ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC

NGUYỄN MẠNH HOAN

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHỤ NỮ NHIỄM HIV CÓ TRIỆU CHỨNG TRẦM CẢM SAU SINH

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HUẾ, 2020

ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC

NGUYỄN MẠNH HOAN

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHỤ NỮ NHIỄM HIV CÓ TRIỆU CHỨNG TRẦM CẢM SAU SINH

Ngành: SẢN PHỤ KHOA
Mã số: 9 72 01 05

Người hướng dẫn khoa học
GS. TS. CAO NGỌC THÀNH
GS. TS. TRẦN THỊ LỢI

HUẾ, 2020

Lời Cảm Ơn

Trải qua những năm tháng học tập, làm việc và nghiên cứu tại Trường Đại học Y Dược Huế, tôi xin chân thành gởi lời cảm ơn sâu sắc đến:

Ban Giám đốc Đại Học Huế

Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo Sau Đại học Trường Đại học Y Dược Huế.

Ban Giám đốc Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Ban Chủ nhiệm, Thầy PGS.TS. BS Trương Quang Vinh, Thầy TS. BS. Võ Văn Đức, Thầy PGS. BS. Lê Minh Tâm, cùng quý thầy cô giáo Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Huế đã luôn tạo mọi điều kiện, ủng hộ hỗ trợ tôi trong quá trình học tập và làm việc.

Đặc biệt, em xin chân thành bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc và kính trọng đến thầy GS.TS. BS. Cao Ngọc Thành, cô GS.TS. BS. Trần Thị Lợi đã tận tình dạy dỗ, dìu dắt giúp đỡ em trong những tháng ngày học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận án này.

Tôi xin cảm ơn tập thể các bác sĩ và nhân viên của Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, BGĐ Sở Y tế Đồng Nai, các bệnh viện đa khoa Đồng Nai, đa khoa Bình Dương, đa khoa tuyến huyện đã giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, làm việc và nghiên cứu.

Con xin được bày tỏ lòng biết ơn Cha Mẹ, những đấng sinh thành đã nuôi dưỡng con nên người, là nguồn động lực và chỗ dựa tinh thần lớn nhất của con.

Thương yêu gửi đến em và các con đã luôn ở bên anh trong những năm tháng khó khăn nhất cũng như khi anh hạnh phúc.

Xin cảm ơn anh chị em, bạn bè, người thân đã động viên, giúp đỡ cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận án này.

Xin tri ân với những tình cảm sâu sắc nhất!

Huế, tháng 7 năm 2020

Nguyễn Mạnh Hoan

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu kết quả trong luận án là trung thực, khách quan và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác, nếu có gì sai sót tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Tác giả luận án

Nguyễn Mạnh Hoan

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ACOG	American College of Obstetrics and Gynecology Hội Sản Phụ Khoa Hoa Kỳ
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ARV	AntiRetroViral Thuốc kháng virus sao chép ngược
BSS	Buồn sau sinh
BYT	Bộ Y tế
CBT	Cognitive Behavioral Therapy Liệu pháp nhận thức hành vi
CDC	Centers for Disease Control and Prevention Trung tâm Phòng chống và Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ
CS	Cộng sự
DPLTMC	Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
DSM-IV	Dianostic and Statistical manual of Mental disorders-IV Sổ tay chẩn đoán và thống kê rối loạn tâm thần lần thứ 4
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale Thang đánh giá trầm cảm sau sinh Edinburgh
FDA	Food and Drug Administration of the United States Cơ quan quản lý thực phẩm và dược phẩm của Hoa Kỳ
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy Điều trị kháng retrovirus hiệu quả cao
HIV	Human Immunodeficiency Virus

	Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems-10 Bảng phân loại quốc tế về bệnh và các vấn đề liên quan sức khỏe lần thứ 10
ICTV	International Committee on Taxonomy of Viruses Ủy ban Quốc tế về Phân loại Virus
IPT	Inter-Personal Therapy Liệu pháp tương tác cá nhân
KTC	Khoảng tin cậy
LTMC	Lây truyền HIV từ mẹ sang con
MAOI	MonoAmine Oxidase Inhibitor Thuốc ức chế monoamine oxidase
NC	Nghiên cứu
NNRTI	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor Thuốc ức chế men sao chép ngược non-nucleoside
NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside
OR	Odds Ratio Tỉ số chênh
PCR	Polymerase Chain Reaction Phản ứng chuỗi men polymerase
PI	Protease inhibitor Thuốc ức chế men protease
RR	Relative Risk Nguy cơ tương đối
SNRI	Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor

	Ức chế tái thu nhận serotonin và norepinephrine
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Ức chế tái thu nhận chọn lọc serotonin
TCAs	Tri-Cyclic Antidepressants Thuốc chống trầm cảm ba vòng
TCD4	Tế bào lympho T mang thụ thể CD4
TCSS	Trầm cảm sau sinh
THPT	Trung học phổ thông
TP	Thành phố
TP HCM	Thành phố Hồ Chí Minh
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Chương trình phối hợp của Liên Hiệp quốc về HIV/AIDS
USPSTF	The United States Preventive Services Task Force Nhóm Chuyên trách về Dịch vụ Dự phòng Hoa Kỳ
WHO	World Health Organization Tổ chức Y tế Thế giới
XN	Xét nghiệm

MỤC LỤC

Trang

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3
1.1 Tổng quan HIV và sự lây truyền HIV từ mẹ sang con 3
1.2 Trầm cảm ở phụ nữ nhiễm HIV 11
1.3 Trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV 13
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 37
2.1. Đối tượng nghiên cứu 37
2.2. Phương pháp nghiên cứu 39
2.3. Xử lý và phân tích số liệu 55
2.4. Lợi ích mong đợi 55
2.5. Đạo đức nghiên cứu 56
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 59
3.1 Đặc điểm chung của mẫu trong nghiên cứu 59
3.2 Tỉ lệ trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV 66
3.3 So sánh tỉ lệ trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV 80
Chương 4: BÀN LUẬN 89
4.1 Đặc điểm của phương pháp nghiên cứu 89
4.2 Đặc điểm của mẫu trong nghiên cứu 92
4.3 Tỉ lệ trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV 102
4.4 So sánh tỉ lệ trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV 119
KẾT LUẬN 132
KIẾN NGHỊ 132
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC BẢNG

Trang

Bảng 1.1 Phân loại giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV/AIDS ở người lớn 7
Bảng 1.2 Độ nhạy và độ đặc hiệu của một số công cụ sàng lọc TCSS 30
Bảng 2.1 Qui ước các mã bệnh viện trong nghiên cứu 40
Bảng 2.2. Đánh giá và xử trí kết quả PCR ở trẻ em 48
Bảng 3.1 Phân bố mẫu ở hai nhóm trong nghiên cứu 59
Bảng 3.2 Đặc điểm nhân khẩu của hai nhóm 60
Bảng 3.3 Đặc điểm kinh tế xã hội của hai nhóm 61
Bảng 3.4 Đặc điểm tiền sử của hai nhóm 62
Bảng 3.5 Đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm 63
Bảng 3.6 Đặc điểm sản khoa trong lần sinh này của hai nhóm 64
Bảng 3.7 Đặc điểm tâm lý sau sinh của hai nhóm 65
Bảng 3.8 Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền mẹ - con của nhóm nhiễm HIV 66
Bảng 3.9 Đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm nhiễm HIV 67
Bảng 3.10 Đặc điểm hỗ trợ cộng đồng của nhóm nhiễm HIV 68
Bảng 3.11 Tỉ lệ TCSS, theo điểm cắt EPDS, ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV 69
Bảng 3.12 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhân khẩu của nhóm nhiễm HIV 70
Bảng 3.13 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm kinh tế xã hội của nhóm nhiễm HIV 71
Bảng 3.14 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử của nhóm nhiễm HIV 72
Bảng 3.15 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm hôn nhân gia đình của nhóm nhiễm HIV 73
Bảng 3.16 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sản khoa lần này của nhóm nhiễm HIV ...74
Bảng 3.17 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý sau sinh của nhóm nhiễm HIV 75
Bảng 3.18 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sinh học, dự phòng lây truyền mẹ-con 76
Bảng 3.19 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm nhiễm HIV 77
Bảng 3.20 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm hỗ trợ cộng đồng của nhóm nhiễm HIV 78
Bảng 3.21 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm của nhóm nhiễm HIV trong mô hình hồi quy Poisson đa biến 79
Bảng 3.22 Khác biệt về tỉ lệ TCSS, theo điểm cắt EPDS, giữa hai nhóm 80

Bảng 3.23 Mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và nhiễm HIV 81
Bảng 3.24 Khác biệt trong mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội của hai nhóm 82
Bảng 3.25 Khác biệt trong liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử của hai nhóm 83
Báng 3.26 Khác biệt trong liên quan TCSS với đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm 84
Bảng 3.27 Khác biệt trong liên quan giữa TCSS và đặc điểm sản khoa lần này của hai nhóm 85
Bảng 3.28 Khác biệt trong liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý sau sinh của hai nhóm 86
Bảng 3.29 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV trong mô hình hồi quy Poisson đa biến..... 87
Bảng 3.30 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm chung ở hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV trong phân tích đa biến 88
Bảng 4.1 Khác biệt trong mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm chung của hai nhóm, nhiễm HIV và không nhiễm HIV, trong phân tích đơn biến 130

DANH MỤC HÌNH

Trang

Hình 1.1 Cấu tạo HIV-1 5
Hình 1.2 Cấu trúc di truyền của HIV-1 5
Hình 1.3 Chu trình nhân lên của HIV 5
Hình 1.4 Các giai đoạn tiến triển bệnh HIV/AIDS 6

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Trang

Sơ đồ 2.1 Các bước tiến hành nghiên cứu 57
Sơ đồ 2.2 Cách tính các tỉ lệ mới mắc của TCSS 58

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi các trường hợp lâm sàng đầu tiên nhiễm HIV được báo cáo tại Hoa Kỳ vào ngày 10/12/1981 [7] cho đến năm 2017 (UNAIDS) [93], thế giới đã có khoảng 37 triệu người sống với HIV với 1,8 triệu là trẻ em dưới 15 tuổi mà hầu hết là do trẻ bị lây truyền từ mẹ sang con. Hiện nay, nhờ chiến lược dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có hiệu quả, tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con ở các nước phát triển là 2% [42] và ở các nước đang phát triển là 20% - 30%. Tuy nhiên, ngay tại một số nước phát triển tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV mang thai không dự phòng, không tuân thủ điều trị HIV vẫn còn cao. Một trong các nguyên nhân đã được xác định, đó là hậu quả từ tình trạng trầm cảm ở phụ nữ nhiễm HIV/AIDS, đặc biệt trong giai đoạn họ mang thai và sau sinh. Nguyên nhân trầm cảm là do phản ứng tâm lý của bệnh nhân và các vấn đề về tâm lý xã hội khác liên quan đến nhiễm HIV/AIDS hoặc là hậu quả của tổn thương thực thể hệ thần kinh người bệnh do HIV gây ra. Trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV đã gắn liền với chất lượng kém của cuộc sống, khả năng chăm sóc con, tiến triển bệnh và không tuân thủ điều trị HIV. Mặc dù điều trị chống trầm cảm đã chứng minh hiệu quả về kiểm soát triệu chứng, cải thiện các thông số lâm sàng, cận lâm sàng và tăng cường sự tuân thủ ARV, nhưng hiện nay chỉ có khoảng 15% phụ nữ bị trầm cảm chu sinh được điều trị [41].

Mặt khác, thời kỳ thai sản người phụ nữ có nhiều thay đổi phức tạp về tâm sinh lý để thích ứng với chức năng sinh sản và làm mẹ. Các thay đổi này là một quá trình nên họ sẽ thích ứng dần và có tâm trạng hạnh phúc lúc mang thai và khi con của họ chào đời. Tuy nhiên, những thay đổi tâm sinh lý này có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện một số biểu hiện bệnh lý về tâm thần ở các mức độ khác nhau, đặc biệt là trầm cảm trong thời kỳ sau sinh. Thực vậy, năm 2016, ACOG [41] báo cáo rằng cứ bảy phụ nữ thì có một người bị trầm cảm trong khi mang thai và/hoặc trong năm đầu sau khi sinh. Hiện nay, trầm cảm được chứng minh là một trong những biến chứng y học phổ biến nhất trong thời kỳ chu sinh, có thể gây ra những hậu quả nặng nề đối với người mẹ, trẻ sơ sinh và người thân của họ. Tại Hoa Kỳ, tình trạng tự tử vì trầm cảm sau sinh (TCSS) được coi là một nguyên nhân gây tử vong mẹ, cao hơn tử vong do băng huyết sau sinh và tăng huyết áp thai kỳ (ACOG 2015) [38].

Như vậy, người phụ nữ nhiễm HIV sau sinh có sẵn hai nguy cơ có thể gây ra trầm cảm cho họ, nguy cơ liên quan nhiễm HIV và nguy cơ nền TCSS ở phụ nữ. Thực tế, qua các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV từ 22 - 74% [51], [67] cao hơn gấp 2 đến 5 lần tỉ lệ TCSS ở phụ nữ không nhiễm HIV là 10 - 15% [54], [124]. Các tác hại liên quan đến TCSS trên sức khỏe của các bà mẹ và con của họ có ý nghĩa rất quan trọng đối với chính sách y tế công cộng. Nhiều quốc gia đã xem TCSS, đặc biệt ở các phụ nữ nhiễm HIV, là một vấn đề sức khỏe của phụ nữ cần được tầm soát và dự phòng. Năm 2016, ACOG [41] khuyến cáo các bác sĩ lâm sàng nên sàng lọc trầm cảm và lo âu cho bệnh nhân, ít nhất một lần trong thai kỳ; đồng thời USPSTF cũng đưa ra khuyến cáo cần thiết sàng lọc trầm cảm cho tất cả người lớn, bao gồm phụ nữ mang thai và sau sinh [151].

Tại Việt Nam, tháng 12/1990 đã phát hiện trường hợp đầu tiên nhiễm HIV tại TPHCM [7]. Ngày 31/12/2011 [3], theo Ủy ban phòng chống HIV/AIDS, cả nước đã có hơn 198000 người nhiễm HIV với gần 30% là phụ nữ, trong đó 62% ở nhóm tuổi 20-29. Theo Cục Phòng-chống HIV/AIDS Việt Nam, năm 2012, ước tính có khoảng 4.800 phụ nữ nhiễm HIV mang thai [2]. Tại tỉnh Đồng Nai, theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hoan (2005-2010) [13], tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV nhập viện sinh là 0,29%. Trung bình một năm, tỉnh Đồng Nai có khoảng 40.000 ca sinh, như vậy có thể có khoảng 120 phụ nữ nhiễm HIV sinh con mỗi năm!

Cho tới nay, tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về tình trạng trầm cảm ở phụ nữ sau sinh, nhưng chưa có báo cáo về TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi đặt ra câu hỏi: tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV tại Việt Nam như thế nào và nhiễm HIV có làm tăng tỉ lệ TCSS hay không? Để trả lời cho câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu:

"Nghiên cứu dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến phụ nữ nhiễm HIV có triệu chứng trầm cảm sau sinh", nhằm giải quyết 2 mục tiêu:

- *Xác định tỉ lệ trầm cảm sau sinh bằng thang điểm EPDS và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ nhiễm HIV.*

- *So sánh tỉ lệ trầm cảm sau sinh phát hiện bằng thang điểm EPDS và một số yếu tố liên quan giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV.*

Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1 TỔNG QUAN HIV VÀ SỰ LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

1.1.1 Khái quát về HIV/AIDS

1.1.1.1 Lịch sử

Ngày 10/12/1981 ba báo cáo ca lâm sàng HIV đầu tiên tại Hoa Kỳ được đăng trên báo *New England Journal of Medicine* [7]. Tháng 5/1983 Luc Montagnier, Barré-Sinoussi F. ở Viện Pasteur Paris tìm ra virus HIV [7], [48]. Năm 1985, các nhà khoa học đã xác định được ba đường lây truyền chính của virus HIV là đường máu, đường tình dục và đường dọc từ mẹ sang con.

Tháng 12/1990, Việt Nam báo cáo ca lâm sàng đầu tiên nhiễm HIV là một phụ nữ tại thành phố Hồ Chí Minh [7].

Năm 1992, khoảng 10 năm sau khi HIV được phát hiện, đã có 12,9 triệu người nhiễm HIV trên toàn cầu. Từ năm 1990 -1995: dịch HIV-1 lan rộng đến châu Á [93]; tiên lượng bệnh bằng TCD4; phát minh thuốc ức chế men sao chép ngược [70]. Năm 1992-2003 kháng virus hoạt tính cao HAART chứng minh hiệu quả điều trị cao [9]; Năm 1995-1996: theo dõi bệnh bằng tải lượng virus trong huyết tương; nhiều thành công trong dự phòng LTMC; phát minh thuốc ức chế men protease. Năm 1996 - 2000: có hiện tượng kháng thuốc; xuất hiện nhiều chủng HIV tái tổ hợp. Năm 2001 có thuốc ức chế hòa màng [58], [151].

Năm 2012, giảm tỉ lệ LTMC của virus HIV được đánh giá là một trong những sáng kiến sức khỏe cộng đồng hiệu quả nhất tại Hoa Kỳ: trong trường hợp không điều trị nguy cơ lây truyền dọc HIV từ 25 đến 30%, nhưng với việc thực hiện chiến lược nới rộng xét nghiệm HIV, tư vấn đầy đủ, thuốc kháng virus, dự phòng sản khoa và không cho con bú sữa mẹ thì tỉ lệ LTMC đã giảm xuống dưới 2% [8], [9]. Cũng trong năm 2012, hội nghị quốc tế về vaccine HIV (9/2012, Boston, Hoa Kỳ) thảo luận về RV144 Thái Lan, và năm 2016 Viện sức khỏe Hoa Kỳ đã phát động HVTN 702, thử nghiệm hiệu quả vaccine HIV giai đoạn 2b/3 [71].

1.1.1.2 Định nghĩa HIV

HIV, virus suy giảm miễn dịch ở người, là một lentivirus họ retrovirus; có khả năng gây hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, một tình trạng làm hệ miễn dịch của con người bị suy giảm, tạo điều kiện cho những nhiễm trùng cơ hội và ung thư phát triển mạnh, đe dọa đến mạng sống của người bị nhiễm (WHO 1982) [7].

1.1.1.3 Phân loại HIV

Theo phân loại của Ủy ban Quốc tế về Phân loại virus, ICTV (2012) [89], HIV thuộc họ Retroviridae, phân họ Orthoretrovirinae, chi Lentivirus (thời gian ủ bệnh rất dài), loài HIV-1/HIV-2. Theo phân loại Baltimore D [46], dựa trên cơ chế sản xuất ARN thông tin, HIV thuộc nhóm VI ssRNA-RT (ss: single-stranded, positive-sense), là một virus RNA chuỗi đơn dương và sử dụng men sao chép ngược.

Hai loài HIV đã được định rõ đặc điểm là HIV-1 và HIV-2. Trong đó HIV-1 độc hơn HIV-2 và là nguyên nhân của phần lớn các ca nhiễm HIV cũng như gây dịch trên toàn cầu [7], [91].

1.1.1.4 Đặc điểm cấu tạo của HIV-1

Cấu tạo HIV-1

HIV-1 dạng hình cầu, đường kính 120nm, có cấu tạo (Hình 1.1 và 1.2) [7]:

Lớp vỏ: được cấu tạo bởi một màng lipid đôi và có 72 gai nhô lên bề mặt có cấu tạo là glycoprotein: gp120 nhô ra ngoài màng, gp 41 có một phần trong màng.

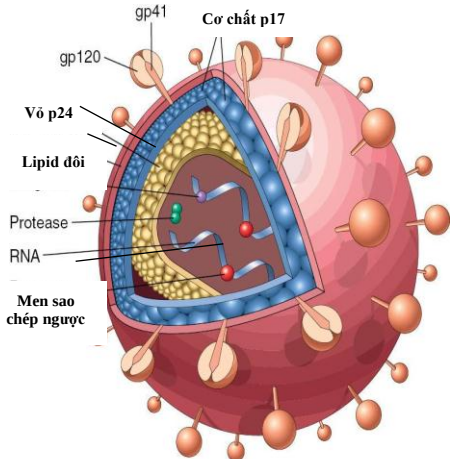
Lớp trong: cấu tạo bởi protein p17, cung cấp các chất cơ bản cho các cơ cấu của siêu vi, giữ cho siêu vi được toàn vẹn.

Lớp lõi: được cấu tạo bởi protein p18, p24, bên trong có 2 chuỗi đơn RNA xoắn vào nhau, mỗi chuỗi gồm có 9200 nucleotide, có men sao chép ngược DNA polymerase và một số protein khác.

Nhóm và phân nhóm của HIV-1

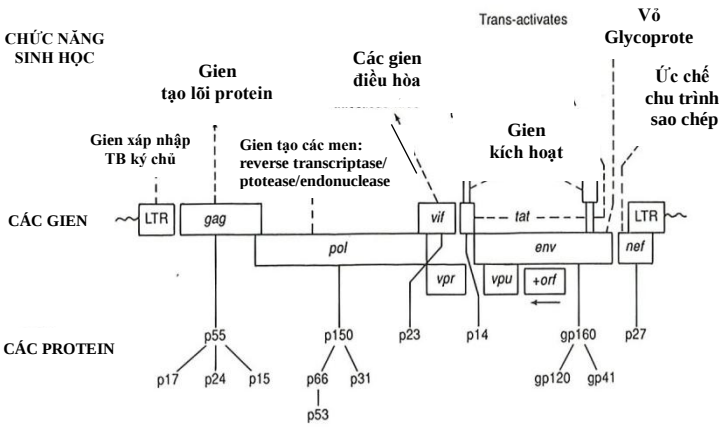
HIV-1 được chia làm 4 nhóm là M, O, N, P [7]. Trong đó, nhóm M là nhóm chính chiếm trên 90% tất cả trường hợp nhiễm HIV trên toàn thế giới. Nhóm này có nhiều phân nhóm A, B, C, D, F, G, H, J và K.

Chủng HIV tại VN là HIV-1, nhóm M, thứ týp tái tổ hợp AE. Phân bố của các nhóm rất quan trọng vì diễn tiến bệnh phụ thuộc từng nhóm, mức độ kháng thuốc cũng thay đổi theo từng nhóm khác nhau.



Nguồn: copyright © 2010 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

Hình 1.1 Cấu tạo HIV-1

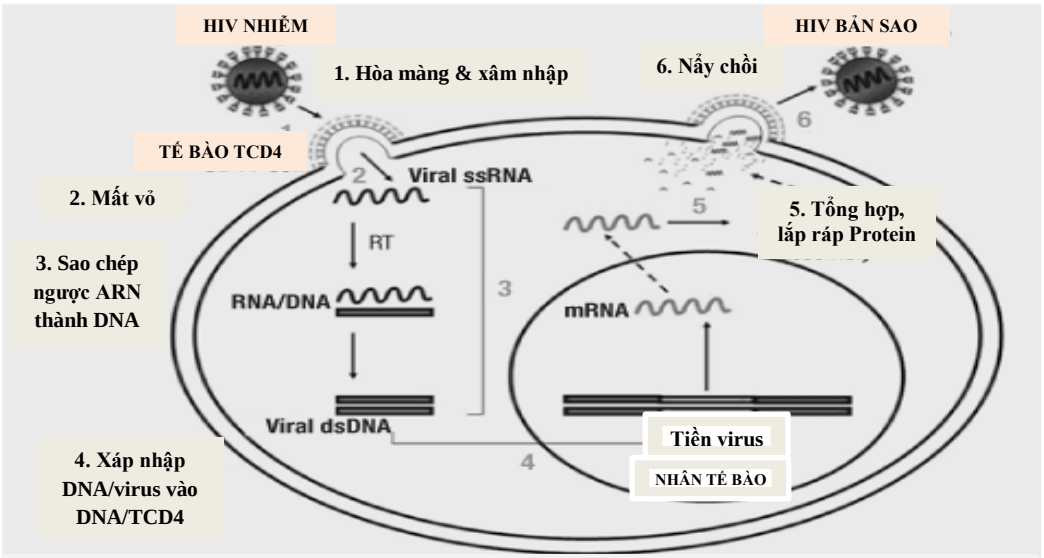


Nguồn: AIDS & Lentivirus, Medical microbiology (1989), 19ND edition, p.529-539

Hình 1.2 Cấu trúc di truyền của HIV-1

1.1.1.5 Chu trình nhân lên của HIV

Chu trình nhân lên (vòng đời) của virus HIV trong tế bào ký chủ TCD4 diễn ra qua sáu giai đoạn tuần tự như trong hình dưới đây (Hình 1.3) [68]:



Nguồn: HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview
Ann 1st super sAnIta 2010 | Vol. 46, no. 1: 5-14

Hình 1.3 Chu trình nhân lên của HIV

1.1.1.6 Các giai đoạn tiến triển bệnh HIV/AIDS

Phân giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV/AIDS (WHO)

Nhiễm HIV/AIDS tiến triển bệnh qua ba giai đoạn (Hình 1.4) [7]:

Giai đoạn 1. Hội chứng nhiễm HIV cấp

Khoảng 20 - 50% trường hợp nhiễm HIV có triệu chứng nhiễm trùng cấp, xuất hiện khoảng 2 - 12 tuần sau khi HIV xâm nhập cơ thể, dù theo con đường nào. Các triệu chứng thường thấy: sốt, đau cơ khớp, mệt mỏi, viêm họng, ban đỏ, hạch to…

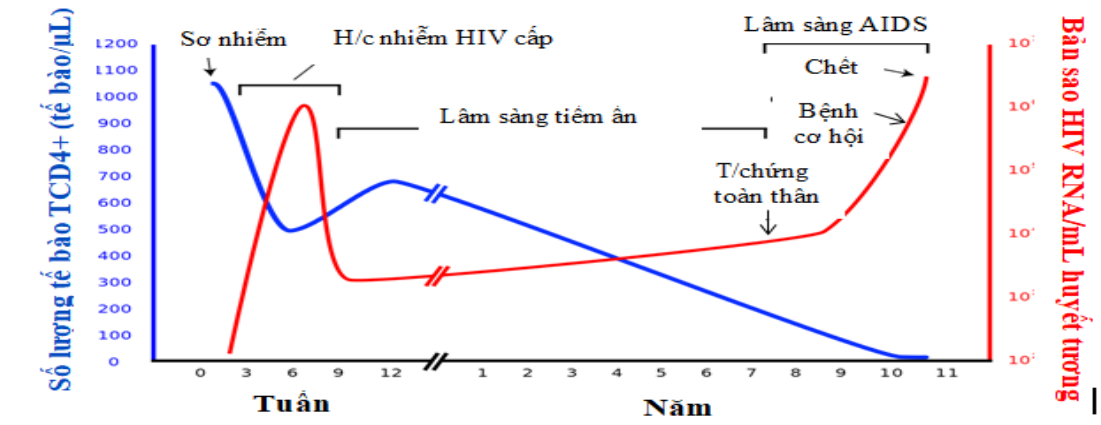
Giai đoạn 2. Lâm sàng tiềm ẩn

Giai đoạn diễn tiến mạn tính, không có triệu chứng lâm sàng trong nhiều năm. Trong giai đoạn này, cơ thể người nhiễm HIV có thể tạo ra những biến đổi quan trọng về sinh học và miễn dịch. Tùy theo từng người, giai đoạn tiềm ẩn kéo dài ít nhất là 2 năm, trung bình khoảng 7 - 10 năm.

Giai đoạn 3. Biểu hiện lâm sàng AIDS

Giai đoạn tiền AIDS: tổng trạng suy sụp với nhiều dấu hiệu báo bệnh đã vào giai đoạn AIDS thật sự: sốt kéo dài trên 38°C, sụt cân trên 10% trọng lượng cơ thể, tiêu chảy kéo dài; rối loạn miễn dịch như viêm tuyến mang tai, viêm khớp, nhiễm nấm candida ở miệng, sinh dục, herpes, mụn cóc.

Giai đoạn hội chứng AIDS: tất cả cơ quan nội tạng đều có thể bị tổn thương.



Nguồn: Tài liệu tập huấn HIV/AIDS (2014). Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế

Hình 1.4 Các giai đoạn tiến triển bệnh HIV/AIDS

Phân giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV/AIDS (WHO)

Đáp ứng miễn dịch của tế bào TCD4 [7]

HIV có ái tính đặc biệt với tế bào lympho TCD4 (T Helper hay CD4) do sự kết dính giữa gp120 của virus với thụ thể CD4 của tế bào này. Tế bào TCD4 có vai

trò chính là gửi tín hiệu tới các loại tế bào miễn dịch. Nếu các tế bào TCD4 cạn kiệt, cơ thể trở nên dễ bị tổn thương với các bệnh nhiễm trùng cơ hội. TCD4 là một chỉ số đáng tin cậy đánh giá hệ thống miễn dịch của bệnh nhân, nguy cơ nhiễm trùng cơ hội, tiên lượng và hiệu quả điều trị. Số lượng tế bào TCD4 trong máu bình thường khoảng 500 - 2000 tế bào/mm^3, sau khi chuyển đổi huyết thanh TCD4 có xu hướng giảm và tiếp tục giảm theo thời gian. Bệnh HIV/AIDS được điều trị khi số lượng TCD4 đạt mức dưới 350 tế bào/mm^3; đối với mục đích giám sát thì số lượng TCD4 dưới 200 tế bào/mm^3 được coi là xác định AIDS.

Giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV/AIDS (WHO) (Bảng 1.1)

Bảng 1.1 Phân loại giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV/AIDS ở người lớn [8]

Mức độ	**Số lượng tế bào TCD4/mm^3**
Bình thường hoặc suy giảm không đáng kể	> 500
Suy giảm nhẹ	350 – 499
Suy giảm tiến triển	200 – 349
Suy giảm nặng	< 200

1.1.1.7 Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV

Khuyến cáo của CDC (22/9/2006): xét nghiệm tầm soát nhiễm HIV cho tất cả phụ nữ trước khi muốn có thai hoặc khi mang thai hoặc khi chuyển dạ sinh.

Xét nghiệm xác định rối loạn miễn dịch

Lymphocyte giảm dưới 1500/mm^3; TCD4 giảm; TCD8 bình thường hoặc tăng; Tỉ lệ [TCD4/TCD8] < 1; IDR âm tính; Beta 2-microglobuline tăng [7], [9].

Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV [10], [7], [158]

. *Xét nghiệm xác định kháng thể kháng HIV:* Elisa, test nhanh, và Western Blot. Western Blot test có thể phân tích được từng thành phần của protein HIV và thường được dùng để xác định nhiễm HIV khi có ELISA dương tính. Các xét nghiệm này bị giới hạn trong giai đoạn sơ nhiễm chưa có chuyển đổi huyết thanh, 4 đến 12 tuần sau khi bị phơi nhiễm.

. *Xét nghiệm xác định kháng nguyên:* đo nồng độ kháng nguyên p24 để xác định nhiễm HIV giai đoạn sớm khi huyết thanh còn âm tính. Nồng độ HIV trong máu cao nhất sau khi phơi nhiễm ba tuần, đạt khoảng 10^5 - 10^6 bản sao/mm^3.

. *Cấy tìm HIV:* cho kết quả trễ, thường dùng trong nghiên cứu tác dụng điều trị.

. *Xét nghiệm PCR/ RT-PCR:* cho chẩn đoán HIV rất sớm vì có thể có kết quả sau ba ngày. PCR là xét nghiệm tin cậy đế chẩn đoán nhiễm virus HIV ở trẻ sơ sinh.

1.1.2 Lây truyền HIV từ mẹ sang con

1.1.2.1 Dịch tễ

Năm 2007, UNAIDS đã ước tính trong năm 2008 có khoảng 1% dân số toàn cầu ở độ tuổi 15 - 49 bị nhiễm HIV. Trong khi đó, hơn 500.000 trẻ em trên toàn thế lây nhiễm HIV từ mẹ và trên 90% số trẻ em bị nhiễm HIV là do lây truyền dọc từ mẹ.

Trong trường hợp không điều trị, nguy cơ lây truyền dọc HIV cao là 25 - 30%. Tại Hoa Kỳ và các quốc gia phát triển, tỉ lệ lây truyền mẹ con đã giảm xuống dưới 2% [8], [40]. Tại Việt Nam, tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV có thai từ 0,02 - 0.38% và tỉ lệ trẻ bị lây truyền HIV từ mẹ bình quân khoảng 7% (2012) [6], [20], [23], [36].

1.1.2.2 Cơ chế lây truyền HIV từ mẹ sang con

Cơ chế chính xác của lây truyền HIV từ mẹ sang con vẫn chưa được biết rõ. Các yếu tố nguy cơ lớn nhất được cho là mức độ tiến triển bệnh, tải lượng virus cao. Lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể xảy ra ở ba giai đoạn của thai kỳ [8], [68]:

Giai đoạn mang thai: virus vào thai qua đường nhau thai. Nhiều nghiên cứu nhận thấy có sự hiện diện của virus ở giai đoạn phôi thai và TCD4 mang virus cũng có thể vào bào thai. Tỉ lệ lây truyền ở giai đoạn này thấp, khoảng 5 - 10%.

Giai đoạn chuyển dạ sinh: giai đoạn lây truyền nhiều nhất, khoảng 15%, do phơi nhiễm với máu, dịch âm đạo của người mẹ hoặc do thai nhi bị chấn thương.

Giai đoạn sau sinh: cho con bú tỉ lệ lây 5 - 15 %, phụ thuộc thời gian cho bú.

1.1.2.3 Một số yếu tố nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con

Những yếu tố nguy cơ bao gồm [7], [8], [22], [97]:

Yếu tố liên quan với giai đoạn bệnh của mẹ: nhiễm HIV khi đang mang thai, nhất là vào 3 tháng cuối thai kỳ; mẹ ở giai đoạn lâm sàng AIDS; suy giảm miễn dịch (TCD4 dưới 200 tế bào/ụL); tải lượng virus trên 1000 bản sao/mL huyết tương.

Yếu tố liên quan với tình trạng sản khoa: sơ sinh non tháng dưới 34 tuần; thời gian vỡ ối với nguy cơ tăng cao khi vỡ ối trên 4 giờ; trẻ sinh qua đường dưới có kèm theo cắt tầng sinh môn, sinh dụng cụ, sang chấn sản khoa; nuôi con bằng sữa mẹ; mẹ bị đồng nhiễm các bệnh lây qua đường tình dục khác; mẹ bị các tổn thương có loét.

Yếu tố liên quan đến ARV: không điều trị dự phòng hoặc dự phòng trễ ARV; không tuân thủ điều trị.

1.1.2.4 Điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Mục tiêu điều trị dự phòng

Giảm thiểu sự phơi nhiễm của trẻ với HIV; tiếp tục chăm sóc toàn diện cho mẹ; bắt đầu chăm sóc toàn diện cho trẻ; giảm thiểu nguy cơ của việc điều trị/dự phòng cho cả mẹ và trẻ [9].

Sản khoa

Năm 2011, ACOG khuyến cáo như sau: (1) Thảo luận về lựa chọn sinh mổ chủ động nên bắt đầu càng sớm càng tốt trong thai kỳ với mỗi người phụ nữ mang thai nhiễm HIV, cho họ có một cơ hội thích hợp để xem xét các lựa chọn và sắp xếp cho kế hoạch sinh; (2) Các rủi ro, nếu có, cho người mẹ phải được cân bằng với những lợi ích dự kiến sẽ có cho trẻ sơ sinh; (3) Quyền tự chủ của bà mẹ phải được tôn trọng khi đưa ra quyết định thực hiện mổ lấy thai, vì tiềm năng bệnh suất của người mẹ là đáng kể; (4) Thai phụ có tải lượng virus >1000/mL: tư vấn điều trị ARV kèm mổ lấy thai chủ động ở tuổi thai 38 tuần; thai phụ có tải lượng virus <1000/mL: cách sinh tùy tình trạng sản khoa; (5) Nếu sinh ngã âm đạo nên tránh các thủ thuật tăng nguy cơ nhiễm HIV cho trẻ sơ sinh như sinh kềm, sinh giác hút, phá ối sớm [9], [54].

Thuốc kháng virus ARV

Chỉ định ARV ở phụ nữ mang thai

Khuyến cáo WHO (6/2013): tất cả các phụ nữ mang thai đều phải được điều trị ARV bất kể số lượng TCD4, tuổi thai và tải lượng virus là bao nhiêu để giảm nguy cơ lây truyền chu sinh dưới 2%. Sự điều trị kết hợp các thuốc chống virus nên được áp dụng trong mọi trường hợp bằng các phác đồ điều trị HAART [9], [119].

Các nhóm thuốc ARV

Năm 2012, đã có 16 loại thuốc có tác dụng điều trị HIV được công nhận, các thuốc này có thể chia làm ba nhóm chính [9], [58], [151] (**Phụ lục 7**):

- Nhóm thuốc ức chế men sao chép ngược có gốc nucleosides và tương tự nucleosides (NRTIs và NARTIs): có các đặc điểm là dung nạp tốt, qua nhau thai, thuộc nhóm B hoặc C (FDA);

- Nhóm thuốc ức chế men sao chép ngược không có gốc nucleosides (NNRTIs): một số thuốc đi qua nhau thai, thuộc nhóm B hoặc C, riêng efavirenz nhóm D;

- Nhóm thuốc ức chế men proteases (PIs): thuốc ức chế men protease, không qua nhau thai dễ dàng, thuộc nhóm B hoặc C.

Phối hợp các ARV

HAART là tên được đặt cho phác đồ điều trị kháng retrovirus hiệu quả cao, được sử dụng để ngăn chặn sự nhân lên của virus HIV, ngăn cản lây truyền dọc và sự tiến triển của bệnh HIV. Phác đồ điều trị HAART thông thường kết hợp ba hoặc bốn thuốc từ ít nhất hai nhóm khác nhau, thường sử dụng gồm hai NRTIs tăng cường một PI hoặc một NNRTI [9].

Tại Việt Nam, quyết định 872/QĐ-BYT, 19/3/2013: Hướng dẫn chăm sóc, điều trị và hỗ trợ phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV; phối hợp 3 thuốc ARV. Quyết định 4126/ QĐ-BYT (VN) ngày 17/10/2013: "Mô hình thí điểm điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng HIV không phụ thuộc số lượng tế bào TCD4 (Option B+)" [37], [118]. ARV ngay từ khi phát hiện, không kể tuổi thai; sử dụng EFV trước tuổi thai 14 tuần **(Phụ lục 4).**

1.1.3 Vấn đề kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV

Sự kỳ thị của cộng đồng đối với các bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS đã gây ra những tổn thương tinh thần nghiêm trọng cho họ và ảnh hưởng rất nhiều đến tiến trình ngăn chặn dịch bệnh.

Nguyên nhân gây sự kỳ thị

Các nguyên nhân bao gồm: (1) Sợ bị lây HIV, căn bệnh gây chết và không thuốc chữa; (2) Cho rằng người có bệnh là do có hành vi nguy cơ cao như ma túy, mại dâm, quan hệ tình dục bừa bãi, quan hệ đồng tính không được xã hội đồng thuận; (3) Không hiểu rõ cách lây truyền bệnh nên lảng tránh không dám tiếp xúc người bệnh; (4) Chính sách không đúng khi gắn kết phòng chống HIV/AIDS với phòng chống tệ nạn xã hội.

Hậu quả của sự kỳ thị và phân biệt đối xử

Người bệnh sợ bị tiết lộ hoặc không dám tiết lộ tình trạng bệnh của mình vì sợ mất việc làm, gia đình tan vỡ. Họ không dám thay đổi hành vi trong cuộc sống hoặc

trong quan hệ vợ chồng vì sợ bị phát hiện, xa lánh người thân, cộng đồng. Họ có mặc cảm tội lỗi, rối loạn tâm thần, trầm cảm, tự tử. Người có nguy cơ nhiễm không dám xét nghiệm HIV.

Vai trò cộng đồng và tổ chức xã hội đối với người nhiễm HIV

Tại Việt Nam, theo "Luật phòng chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm hệ thống miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)" được Quốc hội ban hành ngày 12/7/2006 [27]: Điều 41 qui định: (1) Người nhiễm HIV được chăm sóc tại gia đình, cơ sở y tế của Nhà nước; (2) Trẻ em nhiễm HIV bị bỏ rơi, người nhiễm HIV không nơi nương tựa, không còn khả năng lao động được chăm sóc, nuôi dưỡng tại cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước; (3) Tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ và các tổ chức khác được lập cơ sở chăm sóc người nhiễm HIV; (4) Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiễm huy động cộng đồng tham gia tổ chức các hình thức chăm sóc người nhiễm HIV dựa vào cộng đồng.

1.1.4 Các rối loạn tâm thần trong nhiễm HIV

Các rối loạn tâm thần của người nhiễm HIV/AIDS là thường gặp, đặc biệt ở giai đoạn đầu khi bệnh nhân được thông báo bị nhiễm HIV và ở giai đoạn cuối của AIDS. Nguyên nhân là do phản ứng tâm lý của bệnh nhân và các vấn đề về tâm lý xã hội khác liên quan đến việc nhiễm HIV hoặc do hậu quả hủy hoại hệ thần kinh của HIV. Các rối loạn tâm thần trong HIV/AIDS được thường chia làm 3 loại [9], [10], [19]:

Rối loạn tâm thần phản ứng: khi biết nhiễm HIV người bệnh bị sốc tâm lý rất mạnh. Phản ứng xuất hiện sớm và thường gặp nhất là trạng thái hoảng sợ, lo âu cấp tính, suy sụp, sững sờ...

Rối loạn tâm thần thực tổn do tổn thương não của bệnh AIDS: người bệnh thay đổi tính cách, rối loạn trí nhớ, hoang tưởng. AIDS tiến triển nhanh đến tình trạng mất trí thực tổn như quên toàn bộ, lú lẫn, không nói.

Rối loạn tâm thần do tác dụng phụ và tác dụng tương tác của các thuốc điều trị ARV: biến chứng tâm thần kinh liên quan đến ARV rất đa dạng như chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần.

1.2 TRẦM CẢM Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV

1.2.1 Khái niệm trầm cảm

Trầm cảm là trạng thái bệnh lý rối loạn cảm xúc biểu hiện bằng giảm khí sắc, buồn rầu, giảm thích thú, thường xuyên mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, giảm tập trung

chú ý, cảm thấy không xứng đáng, tự ti, bi quan, kèm theo một số triệu chứng cơ thể khác. Hội chứng trầm cảm có ba đặc điểm chính: cảm xúc buồn rầu, tư duy chậm và trạng thái ức chế tâm thần vận động. Những giai đoạn của trầm cảm nặng, nếu không được điều trị, thường có khuynh hướng tái phát với tình trạng tự sát hay giết người rồi tự sát có tỉ lệ cao. Vì vậy hội chứng trầm cảm nên đươc xem là hội chứng cấp cứu khi người bệnh có xuất hiện một trong các hành vi vừa nêu trên [18].

1.2.2 Dịch tễ học trầm cảm ở phụ nữ nhiễm HIV

Theo báo cáo của WHO (2012) và Trung tâm Dịch tễ học Hoa Kỳ, hằng năm có khoảng 5% dân số thế giới có biểu hiện bệnh lý trầm cảm và đến năm 2020, ở những nước đang phát triển trầm cảm sẽ trở thành một trong các nguyên nhân chủ yếu gây rối loạn hoạt năng, tai nạn và tự sát. Rối loạn trầm cảm là một hội chứng rất hay gặp ở người phụ nữ, hiện diện trên 20% phụ nữ, nhiều gấp hai lần nam giới và tỉ lệ này càng tăng trong giai đoạn thai kỳ và sau sinh.

Phụ nữ nhiễm HIV có tỉ lệ trầm cảm cao so với tỉ lệ trầm cảm trong cộng đồng người bình thường hoặc cộng đồng người nhiễm HIV. Khoảng 50% phụ nữ bị nhiễm HIV có đủ tiêu chuẩn xếp loại trầm cảm nặng [8].

1.2.3 Các dạng lâm sàng trầm cảm ở phụ nữ nhiễm HIV

Trầm cảm là hội chứng thường gặp ở người nhiễm HIV/AIDS, các dạng lâm sàng có thể gặp [8], [9], [10]:

Rối loạn thích ứng: trầm cảm phản ứng, khí sắc trầm do stress, là dạng phổ biến nhất, mức độ có thể từ nhẹ đến nặng và đa số được cải thiện qua thời gian.

Trầm cảm nặng: do sự ức chế cảm xúc kéo dài, giấc ngủ bị rối loạn, tâm trạng buồn rầu vì sợ mắc bệnh AIDS và sợ truyền bệnh cho người khác.

Rối loạn cảm xúc thực tổn: thường có kèm với suy giảm nhận thức. Nguyên nhân chính là do tác động trực tiếp của virus HIV lên hệ thống thần kinh trung ương.

Trầm cảm do thuốc ARV: biến chứng tâm thần liên quan đến ARV rất thay đổi như chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, rối loạn khí sắc và hành vi.

1.2.4 Ảnh hưởng của trầm cảm đối với phụ nữ nhiễm HIV

Trầm cảm làm cho người phụ nữ không thể đáp ứng được tất cả những bổn phận, trách nhiệm, tình cảm trong gia đình và ngoài xã hội mà người thân mong đợi. Trầm cảm gây ra nhiều tổn hại cho cá nhân người bệnh, gia đình họ và xã hội;

trầm cảm là nguyên nhân chủ yếu của gần hai phần ba các trường hợp tự sát và là một trong các nguyên nhân của các tai nạn ở nơi làm việc và trên đường phố (WHO 2012). Trầm cảm có thể kéo dài nhiều tháng, nhiều năm nếu không được điều trị.

1.3 TRẦM CẢM SAU SINH Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV

1.3.1 Khái niệm trầm cảm sau sinh

Trầm cảm sau sinh là một trong những biến chứng y học phổ biến nhất trong thời kỳ mang thai và sau sinh. Không được điều trị, trầm cảm chu sinh và một số rối loạn tâm trạng khác có thể gây ra những hậu quả tàn phá đối với phụ nữ, trẻ sơ sinh và gia đình. Tình trạng tự tử vì TCSS như là một nguyên nhân gây tử vong mẹ, cao hơn tử vong do băng huyết và các rối loạn tăng huyết áp thai kỳ (ACOG 2015) [38].

Hiện nay, chưa có sự thống nhất về quan điểm thời gian của rối loạn trầm cảm sau sinh ở phụ nữ. Theo Hiệp Hội Tâm thần học Hoa Kỳ thì TCSS là những trường hợp trầm cảm xuất hiện trong vòng bốn tuần đầu sau sinh; nhưng quan điểm của các nhà Y tế công cộng thì TCSS có thể khởi phát vào bất kỳ một thời điểm nào đó trong năm đầu sau sinh. TCSS vừa mang đặc điểm của bệnh trầm cảm nói chung vừa có những đặc trưng riêng biệt cả về tần suất lẫn bệnh cảnh của nó.

1.3.2 Dịch tễ học trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV

Sự phổ biến của trầm cảm sau sinh trong cộng đồng

Các báo cáo cho thấy tỉ lệ mắc TCSS có biến thiên rất rộng, từ 5% - 25% (O'Hara MW 1996) [124]. Nguyên nhân của sự khác biệt về tỉ lệ giữa các các nghiên cứu là do khác biệt về đặc tính dân số, văn hóa, chủng tộc và các tiêu chuẩn chẩn đoán không thống nhất trong các nghiên cứu. Tại Việt Nam, qua một số nghiên cứu, tỉ lệ TCSS như sau: nông thôn miền Bắc 26,1% (Fisher J 2010) [73]; TP Huế 9,3% (Nguyễn Thị Thu Phong 2007) [26]; Miền Trung 18,1% (Murray L 2012) [117]; TP HCM từ 15,2% (Nguyễn Mai Hạnh 2005) [12] đến 32,9% (Fisher JRW 2004) [74]. Sự phổ biến TCSS ở một số nước có thu nhập trung bình hoặc thấp (Fisher J 2012) [72] như sau: Nigeria 14,6% (2005); Indonesia 22,6% (2006); Thailand 16,8%. Một số nước có thu nhập cao, tỉ lệ TCSS được báo cáo trong khoảng 6,5 - 1,9% (Gavin NI 2005) [77].

Sự phổ biến của trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV

Mặc dù điều trị chống trầm cảm đã chứng minh hiệu quả về kiểm soát triệu chứng, cải thiện các thông số lâm sàng, cận lâm sàng và tăng cường sự tuân thủ

ARV, nhưng TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV thường xuyên không được phát hiện và điều trị. Trên thế giới, tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV trong các nghiên cứu khoảng từ 22% đến 74,1% [50], [66] cao gấp 2 đến 5 lần tỉ lệ TCSS ở phụ nữ không nhiễm HIV, 10 - 15% [53], [123].

Tại Việt Nam, theo chúng tôi ghi nhận được, chưa có báo cáo về tần suất TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV.

1.3.3 Ảnh hưởng trầm cảm sau sinh đối với phụ nữ nhiễm HIV

TCSS là một vấn đề sức khoẻ cộng đồng quan trọng vì ảnh hưởng tiêu cực đến người mẹ, gia đình, sự tương tác giữa mẹ và con, về tình cảm lâu dài và sự phát triển nhận thức của người con. Có nhiều yếu tố liên quan đến TCSS đã được nghiên cứu, người ta nhận thấy người phụ nữ nhiễm HIV sau khi sinh có nguy cơ kép bị trầm cảm do các nguy cơ TCSS chung của việc sinh nở và nguy cơ trầm cảm sẵn có ở người phụ nữ nhiễm HIV. Các nghiên cứu cho thấy khoảng 75% các bà mẹ nhiễm HIV không tuân thủ điều trị do tuyệt vọng và trầm cảm vì nhiều lý do như tâm lý thay đổi, mất hỗ trợ, mặc cảm, khó tìm lại việc, lo lắng cho tương lai của con.

Các ảnh hưởng liên quan đến trầm cảm và tác động của nó trên sức khỏe bà mẹ và trẻ em có ý nghĩa quan trọng đối với chính sách y tế công cộng. Tình trạng nhiễm HIV có liên quan đến sự phát triển của TCSS, đồng thời sự hiện diện của TCSS đã gắn liền với chất lượng kém của cuộc sống, tiến triển của bệnh HIV, không tuân thủ điều trị ARV và tự sát [8], [10], [44], [106].

1.3.4. Dạng lâm sàng các rối loạn tâm thần ở phụ nữ sau sinh

Trầm cảm nhẹ sau sinh

Buồn sau sinh là dạng trầm cảm nhẹ sau sinh thường xảy ra từ ngày thứ ba sau sinh với tỉ lệ 25% đến 80% số ca sinh. Nguyên nhân được giải thích là do sự thay đổi nội tiết xảy ra quá nhanh sau sinh cùng với các biến đổi tâm lý do bà mẹ quá lo lắng, quá quan tâm để ý đến con, luôn nhạy cảm với nhu cầu được chăm sóc, ăn uống, bế bồng của con.

Hội chứng buồn sau sinh tự mất đi sau vài ngày hoặc có thể kéo dài đến hai tuần, tùy thuộc vào sự quan tâm chăm sóc nâng đỡ về mặt tình cảm của những người xung quanh đối với bà mẹ. Trạng thái này thường nhẹ và lành tính, tuy nhiên một tỉ lệ nhỏ có thể tiến triển thành trầm cảm nặng [18].

Trầm cảm nặng sau sinh

Trầm cảm nặng sau sinh hay trầm cảm chủ yếu sau sinh, với các triệu chứng thường tiến triển nặng dần, không rầm rộ nên về mặt dịch tễ học khó đánh giá đúng mức. Tỉ lệ trầm cảm nặng sau sinh từ 10 - 20%. Tuy nhiên, ở những bà mẹ nhiễm HIV tỉ lệ này cao hơn, có thể gấp nhiều lần so với các bà mẹ không nhiễm. Trầm cảm nặng có thể xuất hiện vào bất kỳ thời điểm nào đó trong năm đầu sau sinh và kéo dài ít nhất 2 tuần. Các triệu chứng cảnh báo thường gặp ở những người phụ nữ bị TCSS như sau [18], [19]:

Mất sinh lực: cảm thấy yếu ớt hoặc không còn sức lực. Người mẹ cảm thấy đau khổ, vô vọng tăng dần sau khi sinh con; đôi khi có cảm giác bị chồng, gia đình, bạn bè bỏ rơi; người mẹ cảm thấy mình không xứng đáng chăm sóc con.

Lo âu: thường là về sức khoẻ bản thân, dù không tìm ra nguyên nhân nhưng người mẹ cứ cảm thấy đau ở đâu đó, thường là ở đầu và cổ, than phiền về sức khoẻ.

Hoảng hốt: người mẹ có thể cảm thấy hoảng hốt đối với những tình huống bình thường xảy ra hàng ngày và khó có thể giữ được bình tĩnh.

Căng thẳng: người mẹ có cảm giác như muốn nổ tung, bực tức, cáu gắt với người khác. Loại căng thẳng này không thể giải quyết bằng thuốc an thần.

Bị ám ảnh: người mẹ trở nên sợ hãi và tin rằng mình là mối nguy hại cho gia đình, đặc biệt là đứa trẻ. Họ có thể có cảm giác tội lỗi mà không rõ nguyên do. Những ý nghĩ ám ảnh thường liên quan đến bạo lực đối với đứa trẻ; trong trường hợp mẹ bị trầm cảm nặng, ý nghĩ và hành vi giết con ngay sau khi sinh có thể xảy ra.

Mất tập trung: khó đọc sách, xem tivi hay trò chuyện bình thường. Họ sẽ cảm thấy kém trí nhớ, đôi lúc không sắp xếp được suy nghĩ, lơ là việc chăm sóc con.

Rối loạn giấc ngủ: thao thức đến gần sáng hoặc không ngủ được. Vài người ngủ không liên tục, hay bị thức giấc vào giữa đêm và không thể ngủ lại được. Nguyên nhân có thể vì quá lo lắng cho sự an toàn của đứa con.

Mất hứng thú tình dục: thường kéo dài một thời gian, không cảm thấy thoải mái trong quan hệ tình dục.

Loạn thần sau sinh

Loạn thần sau sinh là những biểu hiện mang tính chất bệnh lý rõ ràng. Dạng rối loạn này chiếm tỉ lệ từ 1 - 2‰ số ca sinh, và có khoảng một phần ba số bệnh

nhân có biểu hiện loạn thần từ trước sinh [10], [18], [19]. Trạng thái này khởi đầu đột ngột, rõ nhất ở tuần lễ thứ hai, triệu chứng biểu hiện đa dạng, lo âu kích động, có khi hung hãn tấn công, có khi lại lú lẫn, tri giác sai về không gian thời gian. Biểu hiện hoang tưởng như phủ định sự sinh nở, sợ trẻ bị đói bị chết, và/hoặc phủ định vai trò của người cha; cảm thấy mình bị đe dọa, lo sợ các điều xấu sẽ đến. Trạng thái lo sợ dai dẳng và nặng nề có thể dẫn đến tự sát hoặc giết con [132].

1.3.5 Bệnh sinh trầm cảm sau sinh

Cơ chế bệnh sinh của TCSS vẫn còn chưa rõ ràng, cho đến ngày nay vẫn dựa vào giả thuyết đa nguyên, tựu chung bao gồm những yếu tố sinh học và những yếu tố tâm lý xã hội. Đã có rất nhiều nghiên cứu về liên quan đến tâm lý xã hội học đối với TCSS, tuy nhiên hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu khía cạnh sinh học của TCSS. Cho đến nay, có một số vấn đề đã được nghiên cứu và công bố như sau:

1.3.5.1 Yếu tố sinh học liên quan dẫn truyền thần kinh

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy có các thay đổi về nồng độ các chất dẫn truyền thần kinh trung ương như serotonin, noradrenalin, dopamine ở trong dịch não tủy của các bệnh nhân trầm cảm. Gần đây vai trò của GABA (*Gamma-AminoButyric Acid*) và Allopregnanolone (*3α,5α-tetrahydroprogesterone*) trong TCSS cũng đang được chứng minh.

Serotonin (5-Hydroxy-tryptamine, 5-HT)

Serotonin được cho là có vai trò lớn nhất trong trầm cảm. Ở người trầm cảm nặng, nồng độ serotonin ở vỏ não giảm rõ rệt có khi tới 30% so với người bình thường. Serotonin có nồng độ cao và nhiều nhất ở hệ thần kinh trung ương. Có rất nhiều chức năng của não chịu ảnh hưởng của serotonin, bao gồm: chu kỳ thức-ngủ, nhận thức, thụ cảm cảm giác, hoạt động vận động, điều hòa thân nhiệt, thụ cảm đau, cảm xúc, cảm giác ngon miệng và hành vi tình dục [103], [115].

Dopamine

Dopamine có nồng độ cao nhất trong não và đồng thời dự trữ nhiều ở tủy thượng thận. Dopamine trong não được dẫn truyền qua bốn con đường chính là:

trong viền, trung não, nhân đen thể vân và ụ phễu; chúng điều tiết nhiều chức năng khác nhau. Tiến trình sinh lý được dopamine kiểm soát và xử lý gồm có: tưởng thưởng, cảm xúc, nhận biết, ký ức và vận động. Rối loạn điều tiết của hệ thống dopaminergic đạt đến đỉnh điểm trong một số bệnh lý như Parkinson, trầm cảm lưỡng cực, tâm thần phân liệt, loạn động/giảm chú ý, nghiện và lạm dụng chất.

Noradrenalin

Noradrenalin có vai trò trong bệnh trầm cảm. Nồng độ thụ cảm thể β-adrenergic giảm đáng kể ở người trầm cảm so với người bình thường. Các thuốc chống trầm cảm loại tác dụng trên thụ cảm thể β-adrenergic như venlafaxin có hiệu quả chống trầm cảm rõ rệt.

GABA

Các nghiên cứu về sự thích ứng dẫn truyền thần kinh bên trong hệ thống thần kinh trung ương trong khi mang thai rất hiếm, chủ yếu là vì phòng ngừa những ảnh hưởng của kỹ thuật hình ảnh tiếp cận thai nhi khi nghiên cứu. Tuy nhiên, GABA đã được chứng minh là chất ức chế dẫn truyền thần kinh quan trọng nhất trong não bộ. Mức độ GABA thấp hay chức năng GABA thuyên giảm trong não bộ đều có liên quan đến một vài chứng rối loạn tâm thần và thần kinh bao gồm lo âu, trầm cảm, mất ngủ và động kinh. Dược phẩm để giảm lo âu, như nhóm benzodiazepine, kích thích các thụ thể GABA và tạo ra sự thư giãn thoải mái và tăng cường giấc ngủ sâu. Các nghiên cứu cho thấy GABA trong dịch não tủy của phụ nữ mang thai thấp hơn so với phụ nữ không mang thai [105], [134].

Allopregnanolone

Allopregnanolone là một hoạt chất thần kinh, chất này được tổng hợp từ progesterone và có tác dụng tương tự như các chất thúc đẩy khác của thụ thể $GABA_A$, bao gồm giải lo âu, an thần và chống co giật. Allopregnanolone trong huyết thanh tăng khoảng 40 lần trong suốt thai kỳ, sau khi sinh allopregnanolone giảm xuống mức rất thấp và có liên quan đến một vài chứng rối loạn tâm thần bao gồm lo âu, trầm cảm, mất ngủ [87], [125]. Dựa trên các nghiên cứu động vật gặm nhấm, có ý kiến cho rằng allopregnanolone chịu trách nhiệm cho sự giảm hoạt

động trục hạ đồi - tuyến yên - thượng thận trong khi mang thai. Trong khi sự tăng hoạt động của trục này làm gia tăng căng thẳng và giảm hứng thú vào cuối thai kỳ [87], [125].

1.3.5.2 Các yếu tố nội tiết tâm thần kinh học của trầm cảm sau sinh

Một thai kỳ bình thường và thời kỳ hậu sản có nhiều thay đổi nội tiết, những thay đổi sinh lý này nhằm chuẩn bị để thích nghi cho sự sinh nở và cho con bú. Để đạt được điều này, cơ thể người mẹ cần phải có sự điều chỉnh của các hệ thống stress, miễn dịch, và trao đổi chất. Những thay đổi liên quan đến nội tiết tố và dẫn truyền thần kinh được biết là có vai trò quan trọng trong sức khỏe tâm thần và bệnh tật. Trong đó, một số thay đổi nội tiết tố được cho là chịu trách nhiệm làm suy yếu sức khỏe tâm thần của phụ nữ trong thời kỳ hậu sản. Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhớ là mô hình với các thay đổi phức tạp này vẫn có sự cân bằng các yếu tố và phần lớn phụ nữ chu sinh vẫn có sức khỏe tốt ở một thời kỳ có nhiều biến động trong cuộc sống của họ như vậy.

Tuyến yên

Prolactin bắt đầu gia tăng trong thời kỳ đầu mang thai và đến cuối thai kỳ. Nồng độ prolactin trong dịch não tủy và trong huyết tương ở phụ nữ mang thai cao hơn ở phụ nữ không mang thai khoảng 10 lần. Prolactin huyết tương qua hàng rào máu não và do tác dụng giảm đáp ứng của trục hạ đồi - tuyến yên - thượng thận, prolactin có liên quan đến sự giảm gia tăng căng thẳng sau khi sinh [90].

Estradiol và Progesterone

Sự giảm estrogen tại các thời điểm khác nhau trong cuộc sống của một người phụ nữ có liên quan với trạng thái giảm "hạnh phúc" (*well-being*), và điều trị estradiol có khả năng có tác động có lợi ở phụ nữ bị trầm cảm [80]. Sự sụt giảm estrogen ở thời kỳ sau sinh đã được đề xuất như là một yếu tố góp phần cho TCSS.

Progesterone đa phần được kết hợp với buồn sau sinh, là các triệu chứng trầm cảm nhẹ xuất hiện vài ngày đầu ngay sau khi sinh, xuất hiện trùng với sự giảm sâu hoặc giảm nhanh chóng nồng độ progesterone. Trong bệnh trầm cảm, thay đổi hay giữ nguyên nồng độ progesterone không có khác biệt về nguy cơ. Tuy nhiên, giảm progesterone ngay trong giai đoạn sau sinh làm tăng nguy cơ TCSS.

Oxytocin

Oxytocin đã được chứng minh có một tác động cải thiện tâm trạng. Căng thẳng, lo lắng, đau buồn có liên quan với sự giảm sút phóng thích oxytocin tại trung ương [98]. Nồng độ oxytocin ngoại vi giảm được tìm thấy ở những bệnh nhân trầm cảm không mang thai và ở phụ nữ trong khi mang thai có điểm sàng lọc TCSS cao [104].

Tuyến giáp

Bất thường chức năng tuyến giáp có liên quan với tăng tần suất các triệu chứng tâm thần: cường giáp liên quan đến sự lo âu, hưng cảm, bồn chồn, trầm cảm và thiếu hụt nhận thức; trong khi nhược giáp có liên quan với thiếu hụt trí nhớ, thiếu tập trung, tâm thần vận động chậm và trầm cảm [49]. Hơn nữa, rối loạn tâm trạng và viêm tuyến giáp tự miễn là hai tình trạng lâm sàng cũng được biết có ảnh hưởng đến phụ nữ trong - sau sinh. Bất thường trong chức năng tuyến giáp khá phổ biến sau khi sinh, có thể có đến 7% các bà mẹ mới sinh bị rối loạn chức năng tuyến giáp ở so với tỉ lệ 3 - 4% trong dân số chung [100], [135].

Hệ thống miễn dịch

Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu có chứng cứ cho thấy sự hoạt hóa của hệ thống phản ứng viêm có thể được tham gia vào sinh lý bệnh của trầm cảm nặng và trạng thái lo lắng, cũng như TCSS. InterLeukin-6 (IL-6), một cytokine tiền viêm, hiện nay đã được chứng minh có liên quan với trầm cảm nặng. IL-6 tương tác với trục hạ đồi - tuyến yên - thượng thận và nồng độ trong huyết thanh của nó cao hơn đáng kể ở những phụ nữ sau sinh với triệu chứng trầm cảm. Tuy nhiên, nồng độ IL-6 chu sinh hoặc sau sinh không thể dự đoán sự phát triển sau này của TCSS [107], [108].

1.3.6 Các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV/AIDS

Người phụ nữ nhiễm HIV mang thai và sau sinh phải chịu một gánh nặng kép, đó là phải thích nghi với các thay đổi tâm sinh lý cũng như các mối quan hệ khi mang thai và sau sinh; đồng thời lo lắng cho sự an toàn của con họ đối với nguy cơ lây nhiễm HIV trong bào thai và sau khi sinh. Vì vậy, các yếu tố liên quan đến TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV bao gồm các yếu tố nguy cơ chung ở người phụ nữ sau sinh và các yếu tố đặc thù liên quan đến tình trạng nhiễm HIV.

1.3.6.1 Các yếu tố nhân khẩu học và xã hội học

Nhiều nghiên cứu dịch tễ học và các phân tích tổng quan đã chứng minh tầm quan trọng của những yếu tố tâm lý và tâm lý xã hội đối với TCSS. Trong khi những can thiệp dựa theo những yếu tố này có thể là những chiến lược điều trị hiệu quả thì về mặt lý thuyết, những yếu tố này có thể được sử dụng trong thời kỳ mang thai và hậu sản như là những yếu tố nguy cơ để dự phòng TCSS.

Hiện nay đã có rất nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về TCSS, các nghiên cứu chứng cứ đã xác định được một số yếu tố về nhân khẩu học và xã hội học có nguy cơ khởi phát TCSS như sau:

Thu nhập, nhập cư và mức độ học vấn

Hartley M và cs (2002) [84] nhận thấy rằng phụ nữ không có việc làm tăng nguy cơ TCSS. Tuy nhiên, các nghiên cứu của Özbaşaran F (2011) [126], Nguyễn Mai Hạnh (2005) [16] và Nguyễn Thị Ngọc Trang (2008) [33] không thấy mối liên quan giữa TCSS và tình trạng thất nghiệp.

Một số nghiên cứu, cụ thể nghiên cứu của Collins CH và cs (2011) [56], nhận thấy các bà mẹ là người dân mới nhập cư sẽ có nguy cơ trầm cảm cao hơn các bà mẹ sống ở địa phương, có lẽ là do họ có điều kiện sống nhiều bất lợi như căng thẳng, thiếu hỗ trợ, khác văn hóa địa phương. Mặt khác, sự ổn định nghề nghiệp của nhóm phụ nữ nhiễm HIV cũng thấp và vấn đề này gây tăng nguy cơ TCSS. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng thất nghiệp, kinh tế thấp, ở nhà thuê có liên quan với TCSS [67], [84].

Nghiên cứu của Moraes IGS tại Brasil (2006) [114] báo cáo phụ nũ có trình độ học vấn cao ít nguy cơ TCSS hơn phụ nữ có học vấn thấp: nguy cơ TCSS ở phụ nữ chưa hoàn thành THCS gia tăng hơn 6 lần (OR = 6,32; KTC 95%: 1,47 - 2,09) so với phụ nữ phụ nữ có trình độ đại học; phụ nữ THPT ít TCSS hơn phụ nữ chưa hoàn thành THCS khoảng 3 lần (OR = 3,31; KTC 95%: 0,71 - 5,34), và đã hoàn thành THCS 2 lần (OR = 2,37; KTC 95%: 0,46 - 2,08). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (2007) [26] phụ nữ có học vấn dưới THCS nguy cơ bị TCSS gấp 3 lần (OR = 3,08; $p < 0,001$) phụ nữ có học vấn cao hơn. Một nghiên cứu hồi cứu của Grussu P và cs tại Ý (2009), 297 phụ nữ tham gia, nhận thấy giáo dục đại học là yếu tố bảo vệ [81]. Tuy

nhiên, nhiều nghiên cứu ghi nhận vấn đề học vấn thấp không phải là nguy cơ chính đối với TCSS, mà chính sự nghèo khó do ít học mới là yếu tố quan trọng liên quan đến nguy cơ TCSS.

Bạo lực gia đình

Bạo lực từ người thân, nhất là từ chồng, là một nguyên nhân gây trầm cảm ở người phụ nữ, đặc biệt trong giai đoạn sau sinh (Fisher J 2012) [72], (Peltzer K 2016) [128], (Wu Q 2012) [159]. Theo số liệu nghiên cứu của Murray L (2012) [117] tỉ lệ bạo lực do chồng hoặc bạn tình ở Việt Nam là 6,4%; tại khu vực miền Bắc tỉ lệ bạo lực ở nông thôn và thành thị lần lượt là 2% và 3,1%; ở vùng nông thôn và khu vực Thừa Thiên Huế tỉ lệ bạo lực là 5,7% và 7,1%. Trong một phân tích gộp (Wu Q và cs, 2012), 6 nghiên cứu liên quan đến 3950 phụ nữ tham gia, tác giả đã báo cáo bạo lực là một trong những yếu tố chịu trách nhiệm cho TCSS (OR = 3,47; KTC 95%: 2,13 - 5,64) [159].

Hỗ trợ từ gia đình - xã hội

Hỗ trợ cộng đồng, bao gồm hỗ trợ gia đình và xã hội là rất quan trọng trong việc thúc đẩy mối quan hệ giữa các cá nhân và là rất cần thiết cho người phụ nữ trong quá trình mang thai và sau sinh. Thực tế cho thấy, thiếu hỗ trợ từ xã hội là yếu tố nguy cơ của TCSS. Trong một nghiên cứu của Turan B và cs (2014) đã nhận thấy tình trạng giảm hoặc thiếu sự hỗ trợ xã hội là một yếu tố nguy cơ của TCSS [146].

Ngoài ra việc hỗ trợ từ những người đồng đẳng, là những phụ nữ đã từng bị TCSS, có vai trò quan trọng trong việc làm giảm các triệu chứng trầm cảm ở các phụ nữ trong thời kỳ hậu sản. Trong các nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của việc hỗ trợ từ những người đồng đẳng ở bà mẹ mới sinh con có nguy cơ bị TCSS bằng thang đo EPDS, Dennis CL (2003 và 2014) nhận thấy chỉ có 10% phụ nữ trong nhóm nhận sự hỗ trợ từ những người đồng đẳng có điểm EPDS > 12 vào tuần lễ thứ 4 sau sinh so với 41% ở nhóm chứng (p = 0,02) [61], [62].

Bên cạnh đó, sự tiếp nhận hỗ trợ từ gia đình, bạn bè, các nhân viên y tế cũng có vai trò quan trọng làm giảm nguy cơ TCSS. Trong một nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ, Özbaşaran F và cs (2011) [126] cho thấy có tương quan tiêu cực giữa TCSS và sự thiếu hỗ trợ từ phía gia đình như là thiếu chăm sóc hỗ trợ của chồng, thiếu giúp đỡ về vật chất, ít người ghé thăm. Nghiên cứu của Bennetts A và cs (1999) [50]

cũng cho thấy tỉ lệ TCSS cao đã liên quan với những phụ nữ đã không còn quan hệ với đối tác của họ (OR 5,72; KTC 95%: 2,18 - 14,97; p < 0,05).

Xie RH và cs [160] đã thực hiện một nghiên cứu thuần tập tiến cứu trên 534 phụ nữ mang thai, tại tỉnh Hồ Nam Trung Quốc (2007). Nghiên cứu này có kết luận rằng tình trạng giảm hoặc thiếu sự hỗ trợ xã hội là một yếu tố nguy cơ của TCSS, trong đó sự kết hợp giữa hỗ trợ xã hội sau khi sinh và TCSS mạnh hơn so với được hỗ trợ xã hội sớm ngay từ trước khi sinh, OR lần lượt là 9,64 (KTC 95%: 4,09 - 22,69) và 3,38 (KTC 95%: 1,64 - 6,98). Tương tự, nghiên cứu của Vyavaharkar M và cs tại Đông Nam Hoa Kỳ với 399 phụ nữ tham gia, cũng ghi nhận sự hỗ trợ xã hội có ý nghĩa tích cực đối với TCSS (p < 0,001) [154].

Tiền sử trầm cảm

Theo một số nghiên cứu, phụ nữ có tiền sử trầm cảm trước hoặc trong khi mang thai là yếu tố nguy cơ lớn đối với TCSS: Silverman và cs (Thụy Điển, 2017) nguy cơ tăng 21 lần; Siu BWM và cs (Trung Quốc, 2012) [138] nguy cơ tăng hơn 3 lần. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (Huế, 2007) báo cáo phụ nữ có tiền sử trầm cảm sẽ tăng tỉ lệ TCSS lên đến 9 lần [26].

1.3.6.2 Các yếu tố liên quan đến thai sản

Các kết quả của nhiều nghiên cứu về TCSS trên thế giới và tại Việt Nam đã cho thấy vấn đề thai sản có liên quan với trầm cảm ở người phụ nữ thời kỳ sau sinh.

Mối quan hệ vợ chồng trong thời gian mang thai và sau sinh

Mối quan hệ vợ chồng trong khi mang thai và sau sinh có nhiều thay đổi, vì vậy có thể gây nhiều căng thẳng cho người vợ trong thời kỳ hậu sản. Mặt khác, trong một nghiên cứu của Siu BWM và cs ở Trung Quốc (2012) nhận thấy phụ nữ không có kết hôn có nguy cơ mắc TCSS cao gấp hai lần phụ nữ có kết hôn [138]. Theo báo cáo của Eastwood JG và cs, phụ nữ sống đơn thân có liên quan nhiều đến TCSS [67].

Thai kỳ không mong đợi

Sự có thai ngoài ý muốn có thể ảnh hưởng đến tâm lý của người mẹ khi mang thai và sau khi sinh (Özbaşaran F 2011) [126]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong tại Huế (2005) [13] báo cáo phụ nữ có thai ngoài mong đợi gia tăng nguy cơ TCSS gấp 3 lần (RR = 2,96; KTC 95%: 1,10 - 7,78; p < 0,05). Một nghiên cứu

tại Brazil (Moraes IGS 2006) [114] nhận thấy phụ nữ có thai ngoài ý muốn và có ý định bỏ thai trong thai kỳ có liên quan đến TCSS (OR = 2,52; KTC 95%: 1,33 - 4,76; p < 0,05).

Phương thức sinh

Trong y văn, đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa phương thức sinh và TCSS. nhưng vấn đề này còn chưa được đồng thuận do kết quả của các nghiên cứu có khác nhau. Nghiên cứu của Fisher J và cs (tổng quan, 2012) [72] cho rằng có mối liên quan giữa phương thức sinh và TCSS, sinh mổ gia tăng nguy cơ trầm cảm từ 2,5 lần (OR = 2,49; KTC 95%: 1,2 - 5,3) đến 3,5 lần (OR = 3,58; KTC 95%: 1,7 - 7,5) so với sinh thường. Một số nghiên cứu khác lại không thấy có mối liên quan này, như các nghiên cứu của Özbaşaran F và cs (p = 2,26) [126], Sword W và cs (p = 0,69) [143], và Nguyễn Mai Hạnh (p = 0,11) [12].

Sinh con so

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong và cs tại Huế (2007) nhận thấy nguy cơ mắc TCSS ở phụ nữ sinh con so không có khác biệt so với phụ nữ sinh đã có một con trở lên. Tương tự, Nguyễn Mai Hạnh và cs (2005) [12], Özbaşaran F và cs (2011) [126] cũng có các kết luận từ nghiên cứu của họ là không thấy mối liên quan giữa TCSS và số con đã có, với các giá trị p > 0,05.

Nuôi con bằng sữa mẹ

Trong một tổng quan các khảo sát mối liên quan giữa nuôi con bằng sữa mẹ và TCSS (Pope CJ 2016) [129], một số tác giả báo cáo rằng phụ nữ không cho con bú có nhiều khả năng có triệu chứng trầm cảm cao hơn phụ nữ đang cho con bú mẹ. Một nghiên cứu đoàn hệ của Nishioka E và cs (2011) [120] cho thấy rằng ở thời điểm năm tháng sau sinh, các bà mẹ đang cho con bú mẹ có điểm số nguy cơ trầm cảm sau sinh EPDS thấp hơn đáng kể so với các bà mẹ nuôi con bằng sữa công thức (p = 0.04). Nghiên cứu khác của McLearn KT và cs [111] báo cáo rằng những bà mẹ có triệu chứng trầm cảm ít có khả năng tiếp tục cho con bú tới hai đến bốn tháng sau sinh so với những bà mẹ không có triệu chứng trầm cảm.

Sức khỏe của con sau sinh

Nghiên cứu của Surkan PJ và cộng sự (2010) [141] tại 11 quốc gia đang phát triển, nhận thấy rằng các vấn đề sức khỏe kéo dài của đứa con là một trong những

yếu tố dự báo tốt nhất về sự xuất hiện TCSS. Eastwood JG (2011) [67] nhận thấy mẹ có con yếu hoặc chết tăng nguy cơ trầm cảm gấp sáu lần (OR = 6,3; KTC 95%: 2,1 - 19,4) so với nguy cơ TCSS ở mẹ có con khỏe mạnh.

Tương tự, nhiều nghiên cứu tại Việt Nam báo cáo có mối liên quan giữa sức khỏe con và TCSS ở bà mẹ: Fisher J, Nguyễn Thị Như Ngoc và cs (2004) [74] thấy rằng trẻ yếu cũng là một yếu tố dự báo TCSS với điểm sàng lọc EPDS > 12; Nguyễn Mai Hạnh (2005) nhận thấy nguy cơ này gia tăng gần 3 lần (RR = 2,64; KTC 95%: 1,49 - 4,67; p < 0,01). Ngược lại, trầm cảm trong thời kỳ sau sinh là một vấn đề sức khoẻ tinh thần đối với phụ nữ và hậu quả của nó có ảnh hưởng nghiêm trọng đến vấn đề chăm sóc con và sự phát triển tâm lý của trẻ (Lee LC và cs 2006) [102].

Buồn sau sinh

Qua các nghiên cứu Nguyễn Thị Thu phong (2007) [26], Nguyễn Mai Hạnh (2005) [12], và Nguyễn Thi Ngọc Trang (2008) [33], các kết quả cho thấy các bà mẹ có tâm trạng buồn chán sau sinh sẽ gia tăng nguy cơ TCSS.

1.3.6.3 Các yếu tố liên quan đến HIV

Gia cảnh phức tạp

Các phụ nữ nhiễm HIV thường có hoàn cảnh gia đình khó khăn và các mối quan hệ phức tạp. Trong một nghiên cứu phụ nữ nhiễm HIV tại Thái Lan của Bennetts A và cs (1999) [50], phụ nữ sau sinh không còn chung sống với chồng gia tăng nguy cơ trầm cảm 6 lần. Nghiên cứu của Malee K và cs (2014) [109], phụ nữ có hôn nhân không hôn thú nguy cơ bị TCSS gấp gần 1,5 lần người có hôn thú (aOR = 1,35; KTC 95%: 1,08 - 1,68). Nghiên cứu của Rubin LH tại Hoa Kỳ (2011) thấy rằng quan hệ tình dục với nhiều đối tác trước hôn nhân là yếu tố dự báo đáng kể cho TCSS [133].

Người mẹ có con nhiễm HIV

Các bà mẹ có con nhiễm HIV nguy cơ bị TCSS cao hơn các bà mẹ có con không bị nhiễm. Thực vậy, nghiên cứu của Gausia K và cs (2009) cho kết quả là nguy cơ này tăng gấp 3,5 lần (OR = 3,51; KTC 95%: 1.28 - 10.69) [76]. Khi nghiên cứu thuần tập tại Malawi (2014) ở 156 mẹ nhiễm HIV, Dow A và cs nhận thấy tỉ lệ TCSS cao hơn gấp 2 lần ở nhóm phụ nữ có con bị nhiễm HIV (OR = 2,0; KTC

95%: 1,1 - 3,6) [66]. Nghiên cứu của Bennetts và cs (1999) [50] cũng cho kết quả tương tự với OR = 2,15 (KTC 95%: 1,44 - 3,21). Dựa vào các kết quả nghiên cứu, các tác giả gợi ý rằng nhiễm HIV ở trẻ là yếu tố quan trọng để theo dõi TCSS ở các phụ nữ nhiễm HIV.

Tiết lộ bệnh với người khác

Tiết lộ bệnh của mình với người khác không phải dễ thực hiện, nhất là tiết lộ đang nhiễm bệnh HIV. Nguyên nhân khó tiết lộ là do các sai lầm ban đầu khi HIV mới được phát hiện trên thế giới, người ta cho rằng HIV/AIDS là căn bệnh của người có hành vi nguy cơ cao như tiêm chích ma túy, mại dâm, tình dục không an toàn.

Nghiên cứu tình trạng TCSS trên 129 phụ nữ nhiễm HIV, Bennetts A và cộng sự nhận thấy những người không thể tiết lộ tình trạng bệnh HIV của mình cho người khác có nguy cơ trầm cảm cao hơn 3 lần những người tiết lộ được với người khác (OR = 3,15; KTC 95%: 1,29 - 7,24) [50]; tương tư, nghiên cứu của Dow A và cs (2014) [66] ở Malawi (châu Phi) nhận thấy có mối liên quan giữa TCSS với sự bộc lộ bệnh của các phụ nữ nhiễm HIV, nguy cơ này tăng gấp 3 lần ở phụ nữ không dám bộc lộ bệnh (OR = 3.05; KTC 95%: 1,39 - 7,24).

Mặc cảm mang bệnh

Nghiên cứu của Dow A và cs (2014) [66], nếu người phụ nữ nhiễm HIV có mặc cảm về căn bệnh của mình, xấu hổ với gia đình thì dễ bị trầm cảm gấp 3,5 lần những phụ nữ không nhiễm HIV (OR = 3,44; KTC 95%: 1,34 - 9,75). Tương tự, nghiên cứu của Bennetts A [50] tại Thailand cũng báo cáo rằng những phụ nữ có mặc cảm là gia đình sẽ phải xấu hổ về tình trạng nhiễm HIV của họ, sẽ có nguy cơ bị TCSS cao hơn những phụ nữ không có mặc cảm này (OR = 3,44; KTC 95%: 1,34 - 9,77). Vì vậy, chiến lược can thiệp dự phòng và điều trị TCSS cần có can thiệp tâm lý, giải quyết vấn đề công bố thông tin, cảm giác xấu hổ cho các bà mẹ bị nhiễm HIV.

Thời điểm phát hiện nhiễm HIV

Phụ nữ được phát hiện nhiễm HIV muộn vào giai đoạn chuyển dạ đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu sẽ làm tăng nguy cơ TCSS (Gausia K và cs 2009) [72]. Thực vậy, lúc đó họ phải chịu đồng thời hai stress: sang chấn tinh thần khi biết nhiễm HIV và lo lắng căng thẳng khi chuyển dạ sinh. Trong khi đó tại Việt Nam và một số nước trên thế giới, chủ yếu ở châu Phi, tỉ lệ phát hiện nhiễm HIV trong khi

chuyển dạ rất cao, từ 30 - 50%. Thời điểm phụ nữ được phát hiện sớm nhiễm HIV và được điều trị ARV trước hoặc trong khi mang thai sẽ giảm được tỉ lệ lây truyền HIV sang người con của họ; vì vậy, tỉ lệ TCSS ở những phụ nữ này sẽ thấp hơn ở những phụ nữ phát hiện muộn nhiễm HIV trong chuyển dạ hoặc sau khi sinh (Özbaşaran F và cs 2011; Gausia K và cs 2009) [76], [126].

Dự phòng ARV

Dự phòng ARV là một thành tựu của y học thế kỷ XX tại Hoa Kỳ khi ngăn ngừa được sự lây truyền HIV từ mẹ sang con: giảm tỉ lệ lây truyền từ 30 - 40% nếu không dự phòng, xuống còn 2% nếu có dự phòng đúng qui trình. Dự phòng muộn hoặc không đầy đủ, tỉ lệ lây truyền từ mẹ sang con cao trên 5% và hơn nữa, phụ nữ sẽ hoang mang lo lắng khi phải dùng thuốc dự phòng ARV trong giai đoạn chuyển dạ, dễ suy sụp và rối loạn trầm cảm (Grussu P và Quatraro RM, tại Ý 2009) [81].

Nồng độ tế bào TCD4

Nồng độ tế bào TCD4 cao là tín hiệu lạc quan đối với người bệnh. Chen YQ và cs nghiên cứu tại Saharan châu Phi (2010) nhận thấy phụ nữ có nồng độ tế bào TCD4 < 200/mL tăng nguy cơ TCSS gấp 3,1 lần các phụ nữ có nồng độ TCD4 > 500/mL [93]. Kết quả nghiên cứu của Kapetanovic S và cs (2014) [95] tại Hoa kỳ, từ 1997 - 2006, thấy rằng so với các bà mẹ có số lượng tế bào TCD4 thấp nhất lớn hơn 500/mm3, thì các bà mẹ có số lượng TCD4 khoảng 200/mm3 có nguy cơ TCSS gấp 3 lần (OR = 3,1; KTC 95%: 1,32 - 6,88).

Tuân thủ điều trị

Yếu tố quyết định hiệu quả điều trị ARV là sự tuân thủ điều trị. Sự điều trị liên tục và đúng phác đồ đã cải thiện sức khỏe người bệnh, ngăn chặn sự tiến triển bệnh và qua nhiều nghiên cứu đã cải thiện tỉ lệ trầm cảm. Các phụ nữ không tuân thủ điều trị ARV có nguy cơ TCSS nhiều gấp 2 lần các phụ nữ tuân thủ điều trị đúng (OR = 2.14; KTC 95%: 1,08 - 4,23) (Kapetanovic S và cs). Mặt khác, TCSS cũng là yếu tố dự báo mạnh mẽ sự không tuân thủ điều trị ARV sau khi sinh của các phụ nữ (Psaros C và cs, Hoa Kỳ 2009) [130].

Các yếu tố nguy cơ trầm cảm sau sinh qua các nghiên cứu khác tại Việt Nam

Tại Việt Nam, ngoài các nghiên cứu về TCSS đã trình bày trong các phần trên, còn một số yếu tố có nguy cơ gây ra TCSS của một số tác giả mà chúng tôi đã ghi nhận được như sau:

Nghiên cứu đoàn hệ của Fisher JRW, Trần thị Thu Hương và Trần Tuấn tại Hà Nội (2007) [75] về mối liên quan giữa yếu tố kinh tế xã hội với tâm trạng trong thai kỳ tại Việt Nam: các yếu tố bao gồm giáo dục sau trung học, việc làm được trả lương an toàn, tự chủ về sinh sản và khả năng chăm sóc tiền sản cao hơn, tin tưởng vào chồng và việc mang thai được hoan nghênh là các yếu tố bảo vệ đối với TCSS. Trái lại, tâm trạng thấp có liên quan đến công việc không thường xuyên, điều kiện sống khó khăn và quan hệ hôn nhân kém là các yếu tố nguy cơ TCSS.

Nghiên cứu của Murray L (2012) [117], gồm 216 phụ nữ thành thị và 215 phụ nữ nông thôn ở miền Trung Việt Nam, nhận thấy: nghèo đói, thiếu lương thực, tầm mức xã hội thấp, sống trong bối cảnh sợ hãi, và bị bạo lực từ đối tác thân thiết có liên quan chặt chẽ nhất với các triệu chứng TCSS. Nghiên cứu cắt ngang của Nguyễn Thi Thu Phong (Huế, 2008) đã báo cáo một số yếu tố nguy cơ mắc TCSS: kinh tế thấp, học vấn thấp, tiền căn tâm thần, xung đột vợ chồng, thai ngoài mong đợi, con yếu, sinh khó, không cho con bú.

Các nghiên cứu liên quan TCSS tại thành phố Hồ Chí Minh của các tác giả Nguyễn Thị Ngọc Trang [33]; Nguyễn Mai Hạnh [12] tại bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ đã báo cáo rằng yếu tố nguy cơ chính của TCSS bao gồm: cư trú ở nông thôn, tiền sử sản khoa không tốt, không được sự hỗ trợ của chồng hoặc người thân trong gia đình, kinh tế gia đình khó khăn, cuộc sống có nhiều căng thẳng, và thai kỳ có nguy cơ cao.

1.3.7 Phân loại và sàng lọc trầm cảm sau sinh

1.3.7.1 Phân loại theo Bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ 10 (ICD -10)

Giới thiệu

Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật và những vấn đề liên quan đến sức khỏe ICD-10 được WHO triển khai xây dựng từ tháng 9 năm 1983 (**Phụ lục 8**) [5]; các tài liệu liên quan đến ICD-10, do WHO xuất bản năm 1992, gồm 3 tập: danh mục phân loại (tập 1); hướng dẫn sử dụng (tập 2) và danh mục bệnh tật được xếp theo mẫu tự chữ cái (tập 3).

Bảng phân loại quốc tế lần 10 (ICD-10) về các rối loạn tâm thần và các rối loạn hành vi (PLQT-10F) (**Phụ lục 5**) [5], [17]

Danh mục phân loại các rối loạn tâm thần và các rối loạn hành vi thuộc chương V trong ICD-10, bao gồm 10 phân nhóm xếp theo 2 mã số từ F0 đến F9. Trong đó, mỗi F có 10 loại bệnh từ 1 → 10 (ví dụ: F00- F09; F10- F19...).

Các rối loạn trầm cảm được xếp vào phân nhóm F3, bao gồm từ F30 đến F39. Trong đó F32: các giai đoạn trầm cảm (*depressive episode*); F32.0: giai đoạn trầm cảm nhẹ (*mild depressive episode*); F32.1: giai đoạn trầm cảm trung bình (*moderate depresssive episode*); F32.2: giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần (*severedepressive episode without psychotic symtoms*) và F32.3: giai đoạn trầm cảm nặng với các triệu chứng loạn thần (*severedepressive episode with psychotic symtoms*): như F32.2 nhưng có hiện diện các ảo giác, các hoang tưởng, tâm thần vận động chậm, sững sờ, bỏ ăn uống, tự tử.

Phân loại trầm cảm sau sinh: Phân loại quốc tế về bệnh tâm thần

Bảng phân loại ICD-10 không có phân loại cụ thể cho TCSS. Chương XV: Thai nghén, khi sinh và hậu sản, gồm có 8 phân nhóm từ 000 - 099. Trong phân nhóm từ 095 – 099: "Các tình trạng sản khoa khác chưa được xếp loại ở phần khác" có đề cặp đến "rối loạn tâm thần và bệnh lý hệ thần kinh gây biến chứng cho thai nghén, khi sinh và sau sinh" [17].

1.3.7.2 Sàng lọc trầm cảm ở phụ nữ sau sinh

Lợi ích của sàng lọc trầm cảm sau sinh

Theo báo cáo của ACOG (2016) [39], tỉ lệ phụ nữ bị trầm cảm chu sinh là một phần bảy (1:7), bao gồm các giai đoạn trầm cảm chủ yếu và nhẹ trong khi mang thai hoặc trong 12 tháng đầu sau khi sinh; và TCSS là một trong những biến chứng y học phổ biến nhất trong thời kỳ mang thai và sau sinh.

Tỉ lệ trầm cảm tại các phòng khám tâm thần thực sự thấp hơn nhiều so với tỉ lệ thực tế trong cộng đồng, đa phần là do khi người bệnh có biểu hiệu các triệu chứng lâm sàng rõ rệt mới tự đến hoặc được người thân đưa đến các phòng khám chuyên khoa. Chỉ có 15% [39] phụ nữ bị trầm cảm chu sinh được điều trị và có ít hơn 20% phụ nữ bị TCSS được chẩn đoán đã báo cáo các triệu chứng của họ cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ (Whitton A 1996) [157].

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh giá trị của các cộng cụ sàng lọc trầm cảm, độ nhạy và độ chuyên biệt của chúng rất cao. Nhóm Chuyên trách về Dịch vụ Dự phòng Hoa Kỳ (USPSTF) (2012) khuyến nghị (level B) [150]: có chứng cứ mạnh xác định rằng việc sàng lọc cải thiện chính xác các triệu chứng trầm cảm trong thăm khám ban đầu; một lựa chọn nhanh chóng và đáng tin cậy trong những bước đầu tiên của việc đánh giá trầm cảm.

Năm 2016 USPSTF, dựa trên các báo cáo chứng cứ và tổng quan hệ thống về các lợi ích và tác hại của sàng lọc, đã kết luận rằng có chứng cứ về lợi ích của sàng lọc, lợi ích của điều trị, và độ chính xác của dụng cụ sàng lọc TCSS cho phụ nữ sau sinh [121].

Hạn chế của sàng lọc trầm cảm sau sinh

Mặc dù sàng lọc rất quan trọng để phát hiện TCSS, nhưng việc sàng lọc bản thân nó không đủ để cải thiện kết cục lâm sàng và phải được kết hợp với theo dõi, chẩn đoán và điều trị thích hợp khi được chỉ định (ACOG 2016) [39].

Đối tượng và thời điểm sàng lọc trầm cảm sau sinh

Năm 2016, ACOG đưa ra khuyến cáo: Phụ nữ mang thai nên được sàng lọc ít nhất một lần, trong giai đoạn chu sinh, trầm cảm và các triệu chứng lo lắng bằng cách sử dụng một công cụ sàng lọc được chứng nhận chuẩn hóa [39]. Cũng trong năm này, USPSTF khuyến cáo sàng lọc trầm cảm cho tất cả người lớn, bao gồm phụ nữ mang thai và sau sinh.

Công cụ sàng lọc trầm cảm sau sinh

Tại thời điểm hiện tại, chưa có đủ bằng chứng để hỗ trợ đề nghị cho một công cụ phổ biến có thể sử dụng để sàng lọc trầm cảm trước sinh hoặc sau sinh. Hiện nay đã có nhiều công cụ sàng lọc trầm cảm có sẵn để sử dụng, các công cụ này có thể được hoàn thành trong ít hơn 10 phút và hầu hết đều có độ đặc hiệu từ 77% đến 100%. Vì vậy, có thể lập luận rằng độ nhạy nên là yếu tố quyết định để tối đa hóa số lượng các bệnh nhân trầm cảm được phát hiện [150].

Cho đến nay, nhiều công cụ sàng lọc trầm cảm được sử dụng sàng lọc ở phụ nữ sau sinh đã được xác nhận ở nhiều quốc gia với các nền văn hóa và cộng đồng dân số cụ thể. Theo ACOG năm 2015, một đánh giá bao gồm 16 công cụ sàng lọc, thực hiện từ năm 2012 [38], kết quả cho thấy độ nhạy trung bình của các công cụ sàng lọc với trầm cảm nặng là 85%, dao động từ 50 - 97%; và độ đặc hiệu trung bình là 74%, dao động từ 51 - 98% (Bảng1.2).

Trong 16 công cụ sàng lọc được đánh giá, thang EPDS là thang sàng lọc trầm cảm được thiết kế cho các đối tượng là phụ nữ sau sinh. Thang EPDS được sử dụng phổ biến nhất để sàng lọc TCSS do được thiết kế bộ câu hỏi đơn giản, dễ hiểu; có độ nhạy - độ đặc hiệu cao và mất rất ít thời gian để hoàn thành.

Sau đây là bảng liệt kê bảy công cụ sàng lọc trầm cảm được sử dụng rộng rãi và đã được ACOG (2015) khuyến nghị sử dụng để sàng lọc trầm cảm ở phụ nữ trong giai đoạn mang thai và/hoặc sau sinh.

Bảng 1.2 Độ nhạy và độ đặc hiệu của một số công cụ sàng lọc TCSS

Công cụ sàng lọc	Số mục	Thời gian hoàn thành	Độ nhạy/Độ đặc hiệu
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	10	Dưới 5 phút	Độ nhạy: 59-100% Độ đặc hiệu: 49-100%
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	9	Dưới 5 phút	Độ nhạy: 75% Độ đặc hiệu: 90%
Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)	35	5 - 10 phút	Độ nhạy: 91-94% Độ đặc hiệu: 72-98%
Beck Depression Inventory (BDI)	21	5 – 10 phút	Độ nhạy: 47,6-82% Độ đặc hiệu: 85,9-89%
Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	21	5 – 10 phút	Độ nhạy: 56-57% Độ đặc hiệu: 97-100%
Center for Epidermiologic Studies Depression Scale (CES-D)	20	5 – 10 phút	Độ nhạy: 60% Độ đặc hiệu: 92%
Zung Selt-Rating Depression Scale (Zung SDS)	20	5 - 10 phút	Độ nhạy: 45-89% Độ đặc hiệu: 77-88%

Nguồn: ACOG Committee Opinion Number 630 May 2015

**** Thang sàng lọc trầm cảm sau sinh EPDS***

Lịch sử

Năm 1987, thang đo trầm cảm sau sinh Edinburgh (EPDS) **(Phụ lục 3)** đã được phát triển ở các trung tâm y tế tại Livingston và Edinburgh bởi Cox JL và cộng sự [59]. Thang EPDS được phát triển để hỗ trợ các chuyên gia chăm sóc sức khoẻ ban đầu nhằm phát hiện các bà mẹ bị TCSS. Cho đến nay, thang EPDS đã được sử dụng tại 23 quốc gia, với nhiều phiên bản sử dụng bao gồm 12 ngôn ngữ

khác nhau, dựa trên bản gốc Anh ngữ của Cox JL (1987). Việt Nam đã có nhiều phiên bản EPDS bằng tiếng Việt.

Giá trị và độ tin cậy

- Đáp ứng tiêu chí sàng lọc: theo hướng dẫn về các nguyên tắc và thực hành trong sàng lọc y khoa của Wilson (1968) và WHO (2008) [42].

- Thang EPDS là một công cụ được sử dụng rộng rãi trên khắp thế giới để chẩn đoán sàng lọc TCSS (Boyd RC 2005) [53].

- Thang EPDS được thiết kế đặc biệt để phát hiện trầm cảm ở phụ nữ sau sinh bao gồm 10 câu hỏi ngắn, mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn là các cách trả lời có sẵn và bà mẹ chỉ chọn một cách trả lời cho mỗi câu hỏi. Hầu hết các bà mẹ tự hoàn thành bộ câu hỏi trong 5 phút mà không gặp khó khăn. Tổng số điểm tối đa của một thang EPDS là 30.

- Thang EPDS đã được chứng minh có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đồng thời cũng nhạy cảm với sự thay đổi mức độ trầm cảm theo thời gian. Nghiên cứu của Cox JL (1987), với ngưỡng cắt 12/13, xác định EPDS có độ nhạy 86% - độ đặc hiệu 78% và giá trị tiên đoán dương (tỉ lệ bà mẹ có điểm EPDS trên ngưỡng cắt và có chẩn đoán bị trầm cảm) là 73% [59]. Một đánh giá tổng quan 23 nghiên cứu (n = 5398), điểm cắt 13 trên thang đo TCSS EPDS, đã chứng tỏ độ nhạy dao động từ 0,67 (KTC 95%: 0,18 - 0,96) đến 1,00 (KTC 95%: 0,67 - 1,00) và độ đặc hiệu liên tục 0,87 hoặc cao hơn (USPSTF 2016) [122].

- Trong một tổng quan hệ thống (Akena D 2012) [41] so sánh 19 công cụ sàng lọc trầm cảm, EPDS là một trong năm công cụ được sử dụng trong quần thể người nhiễm HIV và không nhiễm HIV và đã được xác nhận có giá trị trong sàng lọc trầm cảm trong dân số chung và trong dân số nhiễm HIV.

Ngưỡng cắt

Một trong những quan tâm chính về đo lường trầm cảm bằng các công cụ sàng lọc, như EPDS, là xác định một ngưỡng cắt thích hợp cho dân số được nghiên cứu. Một tổng quan hệ thống các nghiên cứu sử dụng thang EPDS từ 1987-2008 (Gibson J 2009) [78] nhằm xác nhận "ngưỡng cắt vàng" của thang EPDS: 37 nghiên cứu đã đạt được các tiêu chí đưa vào bao gồm các phiên bản tiếng Anh và không tiếng Anh. Kết quả cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của các điểm cắt có

khác biệt đáng kể giữa các nghiên cứu khác nhau: độ nhạy dao động từ 34 đến 100% và độ đặc hiệu từ 44 đến 100%. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu có thể là do có khác biệt trong phương pháp nghiên cứu, ngôn ngữ và phỏng vấn/tiêu chuẩn được sử dụng. Tuy nhiên, ngưỡng cắt ở mức 9/10 điểm "có thể trầm cảm" và ngưỡng cắt 12/13 điểm "trầm cảm có thể xảy ra" được đa số tác giả đồng thuận. Các điểm cắt 9/10 và 12/13 cũng được sử dụng làm điểm đánh dấu trầm cảm nhẹ và trầm cảm nặng.

Thời điểm, địa điểm sử dụng thang sàng lọc EPDS

Hiện nay, EPDS có thể được sử dụng để sàng lọc trầm cảm ở các phụ nữ từ trong thời gian mang thai và/hoặc cho đến một năm sau sinh.

Phòng khám nhi khoa, khám sản khoa hoặc thăm khám tại nhà có thể cung cấp cơ hội thích hợp cho việc hoàn thành sàng lọc TCSS bằng công cụ EPDS.

Trong những trường hợp nghi ngờ, sàng lọc có thể được lặp lại sau 2 tuần. Có nhiều nghiên cứu thực hiện qua điện thoại trong lần lập lại sàng lọc (Cox JL 1987).

Hạn chế của thang sàng lọc EPDS

Thang EPDS gồm các câu hỏi đơn giản tự điền, hầu hết phụ nữ tự hoàn thành. Tuy nhiên, trở ngại xảy ra khi người mẹ hạn chế tiếng Anh (dùng bản tiếng Anh) hoặc gặp khó khăn khi đọc các câu hỏi do học vấn thấp (phiên bản tiếng quốc ngữ).

S***àng lọc thường qui trầm cảm sau sinh***

Cần có hệ thống để đảm bảo qui trình sàng lọc, chẩn đoán và điều trị TCSS.

Tại một số quốc gia, nhiều trở ngại liên quan đến sàng lọc thường qui TCSS được nêu ra như vai trò của các bác sĩ chuyên khoa lâm sàng (sản khoa, tâm thần học, nhi khoa, tâm lý học…), sử dụng một công cụ sàng lọc chuẩn hóa, phối hợp các chuyên khoa.

Các nhà lãnh đạo cần ban hành một gói cải cách chăm sóc sức khoẻ tâm thần giúp phụ nữ bị TCSS và gia đình của họ. Quy định này sẽ giúp có thể thiết lập, mở rộng hoặc duy trì các chương trình sàng lọc và điều trị trầm cảm ở người mẹ, cải thiện việc tiếp cận chăm sóc có hiệu quả (ACOG 2016) [39].

1.3.8 Quản lý và điều trị trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV/AIDS

Nhiễm HIV thực sự làm cho người phụ nữ có những biến đổi về tâm lý và về cơ thể, nhất là trong thời kỳ sau sinh người phụ nữ còn có nguy cơ nền của TCSS.

Quản lý và điều trị TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV vừa theo mô hình chăm sóc sức khỏe tâm thần nói chung vừa có đặc điểm riêng phù hợp với các thay đổi của người phụ nữ trong thời kỳ sau sinh. Các phương pháp điều trị bao gồm hỗ trợ cộng đồng, liệu pháp tâm lý trị liệu, và liệu pháp dược trị liệu.

1.3.8.1 Hỗ trợ cộng đồng

Cộng đồng là một yếu tố có vai trò quan trọng trong việc khởi phát hoặc đáp ứng điều trị trầm cảm ở phụ nữ, nhất là vào thời kỳ sau sinh với sự thay đổi lựa chọn lối sống, mối quan hệ, và kỹ năng thích ứng sau sinh. Theo luận điểm của Ferdinand Toennies [83], thì hình thái cộng đồng phổ biến và nhỏ nhất chính là gia đình. Toennies cho rằng có ba loại cộng đồng cơ bản là: cộng đồng dựa trên quan hệ huyết thống (gia đình, họ tộc); cộng đồng dựa trên quan hệ láng giềng (có chung một nơi cư trú); và cộng đồng dựa trên sự gắn kết về tinh thần. Mối quan hệ giữa các thành viên cộng đồng và giữa ba loại cộng đồng, trên cơ bản, hình thành các quan hệ xã hội.

Một số vấn đề mà cộng đồng cần quan tâm hỗ trợ đối với các bà mẹ nhiễm HIV [112]: vấn đề hôn nhân hay các mối quan hệ gia đình; sự thiếu thốn vật chất, dinh dưỡng, giải trí; môi trường sống đầy áp lực, căng thẳng, không yên tĩnh, thiếu riêng tư; luôn có mặc cảm nhiễm HIV, và có xu hướng thoát ly môi trường chung quanh thậm chí cả với người thân như gia đình, bạn bè; có sự kỳ thị xa lánh của cộng đồng đối với người nhiễm HIV [110].

1.3.8.2 Liệu pháp tâm lý trị liệu

Các hình thức tâm lý trị liệu

Hiện nay có nhiều hình thức tâm lý trị liệu, còn gọi "liệu pháp nói chuyện", có thể giúp người bị trầm cảm. Hai hình thức tâm lý trị liệu chính là liệu pháp nhận thức hành vi CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) và liệu pháp tương tác cá nhân IPT (*Inter-Personal Therapy)* là có hiệu quả trong việc điều trị trầm cảm. CBT giúp người bị trầm cảm sắp xếp lại những lối suy nghĩ tiêu cực, như vậy sẽ giúp họ hiểu được hoàn cảnh và tương tác của họ với những người xung quanh một cách tích cực và thực tế. IPT giúp người trầm cảm hiểu và giải quyết các mối quan hệ rắc rối mà có thể dẫn đến bệnh trầm cảm của họ [28], [29]. Theo Breese McCoy: "Nhiều nghiên cứu đã báo cáo rằng phụ nữ được IPT đã giảm các triệu chứng trầm cảm theo thời gian so với nhóm chứng…Vì có một số nguy cơ do tác dụng phụ đối với trẻ bú mẹ ở

các bà mẹ đang được điều trị thuốc chống trầm cảm, nên IPT nên là một phương pháp điều trị đầu tay cho những phụ nữ trầm cảm có cho con bú. Một hình thức tương tự với IPT là IPC (*Inter-Personal Counseling*) cũng có thể có hiệu quả đối với các trường hợp TCSS nhẹ và được gọi là tư vấn cá nhân (Barclay L) [47].

Đối với trầm cảm nhẹ đến trung bình, tâm lý trị liệu có thể là lựa chọn tốt nhất. Tuy nhiên đối với trầm cảm nặng hoặc đối với một số người thì việc kết hợp thuốc chống trầm cảm và tâm lý trị liệu có thể là phương pháp hiệu quả nhất để điều trị trầm cảm nặng và giảm khả năng tái phát trầm cảm [28], [29].

Tâm lý xã hội và tâm lý can thiệp điều trị dự phòng trầm cảm sau sinh

Nghiên cứu dịch tễ và phân tích gộp các nghiên cứu tiên đoán đã liên tục chứng minh tầm quan trọng của biến tâm lý và tâm lý xã hội là yếu tố có liên quan với TCSS. Dennis CL và Dowswell T [62] đã thực hiện một phân tích gộp từ Cochrane (2013), gồm 28 thử nghiệm ngẫu nhiên với gần 17000 phụ nữ tham gia. Mục đích đánh giá hiệu quả của các can thiệp tâm lý và tâm lý xã hội so với chăm sóc tiêu chuẩn trước, trong và sau sinh để giảm nguy cơ TCSS. Kết quả nghiên cứu nhận thấy các can thiệp hứa hẹn giảm triệu chứng trầm cảm bao gồm: cung cấp chuyên sâu, chuyên nghiệp dựa trên thăm tại nhà sau sinh (RR 0,56; KTC 95%: 0,43 - 0,73); hỗ trợ đồng đẳng dựa trên điện thoại hoặc đến nhà (RR 0,54; KTC 95%: 0,38 - 0,77); và liệu pháp tâm lý cá nhân (RR 0,75, KTC 95%: 0,61 - 0,92).

1.3.8.3 Liệu pháp dược trị liệu

Thuốc chống trầm cảm

Hầu hết các thuốc chống trầm cảm, về cơ bản, có hai cách để gây hiệu quả là tăng số lượng dẫn truyền thần kinh trong các khớp thần kinh hoặc giảm số lượng dẫn truyền mất đi.

Các nhóm thuốc chống trầm cảm

SSRI: các thuốc ức chế tái thu nhận chọn lọc serotonin và là liệu pháp đầu tiên điều trị trầm cảm của hầu hết các chuyên gia tâm thần kinh [60], [131]. Một số thuốc nhóm SSRIs thường được sử dụng gồm fluoxetine, fluvoxamine, citalopram và escitalopram.

SNRI: các thuốc ức chế tái thu nhận serotonin và norepinephrine. Các thuốc venlafaxine hoặc duloxetine có thể hữu ích ở những bệnh nhân có kèm thêm lo âu.

MAOI: các thuốc ức chế monoamine oxidase có ích trong trầm cảm không điển hình và trầm cảm kháng trị liệu [134].

TCAs (Tri-Cyclic Antidepressants): thuốc chống trầm cảm ba vòng ức chế sự tái hấp thu serotonin và norepinephrine từ các khe tiếp hợp. TCAs thường được sử dụng trong các trường hợp kháng thuốc SSRIs và/hoặc SNRIs.

Nguy cơ của thuốc chống trầm cảm đối với con của bà mẹ

Hiện nay, trên thế giới có đến 6 - 10% phụ nữ mang thai đang được điều trị thuốc chống trầm cảm. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm ước tính có khoảng 500.000 trường hợp phụ nữ mang thai có hoặc sẽ mắc bệnh tâm thần trong thời kỳ mang thai và/hoặc sau khi sinh. Việc sử dụng thuốc hướng thần ở những phụ nữ này là một mối quan tâm vì những rủi ro cho thai và sau sinh. Tuy nhiên, cần tư vấn cho phụ nữ khi ngừng dùng thuốc hướng thần có thể có những nguy cơ mới liên quan đến các bệnh lý tâm thần không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ (Armstrong C 2008) [43].

Dữ liệu về việc sử dụng thuốc hướng thần ở phụ nữ đang nuôi con bằng sữa mẹ ngày càng nhiều, và các ấn phẩm gần đây cho thấy các loại thuốc này không liên quan đến tác dụng phụ kéo dài ở trẻ sơ sinh bị phơi nhiễm với sữa mẹ. Tuy nhiên, tất cả các thuốc thần kinh đều đi qua nhau thai, có trong nước ối, và có thể vào sữa mẹ. Vì vậy, khi chỉ định thuốc cho phụ nữ cho con bú, nguy cơ tiềm ẩn về tiếp xúc với thuốc ở trẻ phải được cân nhắc so với nguy cơ bệnh mẹ không được điều trị (theo ACOG [40] và Kostaras X [99]). Boukhris T và cộng sự [52] thực hiện nghiên cứu thuần tập tình trạng tự kỷ ở trẻ em, dựa vào dân số Quebec mang thai, theo dõi trẻ từ trong bào thai đến khi được 10 tuổi (1998 đến 2009), tổng cộng 145.456 trẻ đủ tháng, sinh đơn, còn sống. Kết quả các thai phụ dùng một số loại thuốc chống trầm cảm trong sáu tháng cuối thai kỳ sẽ có tác động tiêu cực đến khả năng phát triển và thích ứng của não trẻ trong tử cung, làm tăng gấp đôi nguy cơ trẻ được chẩn đoán tự kỷ lúc được 7 tuổi (RR 1,87; KTC 95%:1.15 - 3,04), đặc biệt nếu mẹ có sử dụng nhóm SSRIs (vì serotonin được tham gia nhiều vào quá trình phát triển não thai nhi trước và sau khi sinh).

Ảnh hưởng của thuốc chống trầm cảm trên điều trị ARV

Hiện tại còn thiếu những nghiên cứu về ảnh hưởng của thuốc chống trầm cảm trên phụ nữ nhiễm HIV. Trước khi bắt đầu bất kỳ một thuốc chống trầm cảm nào cho phụ nữ nhiễm HIV đang dùng HAART, cần phải tính xem thuốc đó có ảnh hưởng đến hiệu quả của các ARV đang sử dụng hay không [9].

Liên quan điều trị ARV đối với trầm cảm

Những người đang điều trị trầm cảm hình như có đáp ứng với HAART tốt hơn những bệnh nhân khác và chính điều này đã ủng hộ việc điều trị cùng lúc nhiễm HIV và trầm cảm [8]. Biến chứng tâm thần kinh liên quan đến ARV rất thay đổi từ chóng mặt, rối loạn giấc ngủ, đến rối loạn tâm thần được ghi nhận qua nhiều báo cáo sử dụng zidovudine, nevirapine, đặc biệt là efavirenz [8], [9], [10].

Thuốc nội tiết sinh sản

Nhu cầu về phương pháp mới điều trị trầm cảm sau sinh

*C*ác thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã chứng minh rằng phương pháp điều trị chống trầm cảm bằng thuốc hướng thần và tâm lý liệu pháp là có hiệu quả cho TCSS. Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị TCSS, nhưng tỉ lệ thuyên giảm bệnh của thuốc chống trầm cảm chỉ khoảng 30-50% trong TCSS và trầm cảm nặng (Trivedi MH và cs 2006) [145] và đã để lại một khoảng trống lớn được hứa hẹn từ các phương pháp điều trị mới đối với TCSS.

Estrogen trong tâm thần học và Liệu pháp estradiol

Tác động của estrogen vào tâm trạng rất phức tạp. Các hiệu ứng của estrogen trong não bao gồm tăng mức norepinephrine, giảm tiết dopamine, tăng hiệu ứng trên serotonin, ảnh hưởng đến việc sản xuất BDNF, tăng endorphin cấp và thúc đẩy sản xuất allopregnanolone. Estradiol trị liệu là một liệu pháp mới hứa hẹn cho việc đạt được tỉ lệ thuyên giảm nhanh hơn và cao hơn trong TCSS ở các phụ nữ không nhiễm HIV (Peter J, Schmidt PJ và cs 2018) [136], (Gregoire AJP và cs 1996) [80]. Hai thử nghiệm được công bố cho thấy đáp ứng điều trị TCSS với estradiol sấp sỉ 80% (50,1% ± 90,0%) hơn là các thuốc chống trầm cảm tiêu chuẩn (Walsh BT và cs 2002) [156].

Chương 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Dân số nghiên cứu

Dân số mục tiêu: các phụ nữ trong thời kỳ thai sản.

Mẫu nghiên cứu: được chọn từ các phụ nữ sinh tại hai tỉnh Đồng Nai và Bình Dương trong khoảng thời gian từ ngày 1/11/2012 đến ngày 31/12/2015.

2.1.2 Tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu

Phụ nữ được chọn phải đáp ứng đủ các điều kiện sau:

- Có địa chỉ và có số điện thoại rõ ràng (cố định và/hoặc di động);
- Đã biết nhiễm HIV trước khi nhập viện và/hoặc đồng ý xét nghiệm sàng lọc HIV khi nhập viện;
- Tổng điểm sàng lọc trầm cảm bằng thang EPDS khi nhập viện dưới 13 điểm;
- Đồng ý sàng lọc trầm cảm theo thang điểm EPDS ở ba thời điểm: khi nhập viện sinh; trong thời gian nằm viện từ 3 đến 7 ngày sau sinh; và trong khoảng 6 tuần sau sinh (khi tái khám, hoặc phỏng vấn tại nhà, hoặc phỏng vấn qua điện thoại);
- Phụ nữ có kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV dương tính (+) khi nhập viện đồng ý thực hiện xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV ngay sau đó.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu

Phụ nữ bị loại khỏi nghiên cứu khi có một trong các yếu tố sau:

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu;
- Đang có các biểu hiện rối loạn tâm thần, nhất là trầm cảm (đã được bác sĩ chuyên khoa tâm thần xác định);
- Thai kỳ này chết lưu hoặc có tai biến nặng: vỡ tử cung, sản giật, băng huyết.
- Tổng điểm sàng lọc trầm cảm bằng thang EPDS khi nhập viện trên 12 điểm;
- Lâm sàng giai đoạn AIDS (có chẩn đoán của bác sĩ chuyên khoa nhiễm);
- Các trường hợp mẫu bị coi là mất dấu: ngưng hợp tác, mất liên lạc, không điền đủ 10 câu hỏi của thang EPDS, và bỏ trên 20% số câu hỏi phiếu nghiên cứu.

2.1.4. Cỡ mẫu

Cách tính cỡ mẫu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thuần tập tiến cứu có nhóm chứng, so sánh tỉ lệ trầm cảm sau sinh giữa hai nhóm. Cỡ mẫu cần cho mỗi nhóm được tính theo công thức so sánh hai tỉ lệ như sau:

$$p_2 = p_1 RR$$

$$p = \frac{p_1 + r p_2}{1 + r}$$

$$n' = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)\,p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{r p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]}{r\,(p_2 - p_1)^2} \qquad (*)$$

$$n_{exposure} \geq \frac{n'}{4}\left(1 + \sqrt{1 + \frac{2(r+1)}{n' r\,|p_2 - p_1|}}\right)^2$$

P_1 = Tỉ lệ bệnh trong nhóm phơi nhiễm

P_2 = Tỉ lệ bệnh trong nhóm không phơi nhiễm

Tỉ số nguy cơ RR = $P_1 : P_2 = 2$

Z: hệ số tin cậy (đơn vị độ lệch của phân phối chuẩn)

Xác suất sai lầm loại I (α): nghiên cứu mong muốn có ít hơn 5% cơ hội rút ra một kết luận dương tính giả nên chọn $\alpha = 0.05$; $Z_{(1-\alpha/2)} = Z_{0,975} = 1,96$

Xác suất sai lầm loại II (β): nghiên cứu mong muốn có 90% cơ hội tránh được một kết luận âm tính giả nên chọn $\beta = 0,1$ (hoặc lực của mẫu = 0,9); $Z_{(1-\beta)} = 1,28$.

Tỉ số mẫu (r): Nhóm không phơi nhiễm : Nhóm phơi nhiễm.

Cỡ mẫu cần cho nghiên cứu

Áp dụng công thức (*) vào nghiên cứu, cỡ mẫu cần có được tính:

P_2: Tỉ lệ TCSS ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV; lấy $P_2 = 0,15$ (Nguyễn Mai Hạnh 2005) [12].

P_1: Tỉ lệ TCSS ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Giả thuyết của nghiên cứu là nguy cơ tương đối TCSS (RR) ở nhóm nhiễm HIV cao gấp 2 lần ở nhóm không nhiễm HIV, tức là $P_1 = 2P_2 = 0,15 \times 2 = 0,3$.

Thay các trị số vào công thức (*), cỡ mẫu cần có cho nhóm nhiễm HIV là 118.

Lấy mẫu theo tỉ số: không nhiễm HIV / nhiễm HIV = 3 : 1

Theo nghiên cứu hồi cứu về các đặc điểm của các phụ nữ nhiễm HIV sinh tại tỉnh Đồng Nai (Nguyễn Mạnh Hoan 2012) [13]. Tỉ lệ mất dấu ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV khoảng 7%; tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV được làm XN sàng lọc HIV lần đầu tiên ở giai đoạn nhập viên sinh khoảng 50% và tỉ lệ phụ nữ có XN sàng lọc HIV (+) khi nhập viện nhưng khẳng định không nhiễm HIV khoảng 8%. Như vậy tính trên tổng số mẫu nhiễm HIV của nghiên cứu này, số lượng phụ nữ không nhiễm HIV khoảng 4%. Mặt khác, tỉ lệ tai biến sản khoa nặng tại tỉnh Đồng Nai hoặc tỉnh Bình Dương khoảng gần 3% (số liệu thống kê năm 2011). Vì vậy, chúng tôi ước lượng tỉ lệ tổn thất mẫu dự kiến *(expected loss ratio)* là khoảng 14% (7% + 4% + 3%), và cỡ mẫu thật sự cần có của nhóm nhiễm HIV là 118 : (1 - 0,14) = 140.

Cho rằng tỉ lệ mất dấu dự kiến ở hai nhóm tương đương nhau, với tỉ số lấy mẫu là 3:1, như vậy cỡ mẫu cần cho nhóm không nhiễm HIV là 140 x 3 = 420.

Tổng số mẫu cần có của nghiên cứu là 560.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thuần tập tiến cứu có nhóm chứng.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Mẫu là phụ nữ thuộc nhóm nhiễm HIV (nhóm 1)

Bao gồm các phụ nữ đã biết nhiễm HIV và các phụ nữ có khẳng định nhiễm HIV sau khi có xét nghiệm sàng lọc HIV (+) lúc nhập viện theo phương cách 1 của BYT.

Test sàng lọc HIV được sử dụng tại Đồng Nai và Bình Dương là test nhanh do Trung tâm phòng chống HIV/AIDS của hai tỉnh này cung cấp miễn phí từ các nguồn dự án. Khi các phụ nữ có kết quả sàng lọc HIV (+), các mẫu máu sẽ được chuyển đến Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh Đồng Nai hoặc tỉnh Bình Dương, để khẳng định nhiễm HIV theo phương cách 3 của BYT. Các kết quả xét nghiệm sẽ được trả về nơi gửi mẫu sau 10 đến 14 ngày và được thông báo cho phụ nữ.

Sau khi có kết quả xét nghiệm khẳng định HIV: các mẫu có kết quả HIV (+) được xếp vào nhóm nhiễm HIV, các mẫu có kết quả HIV (-) bị loại khỏi nghiên cứu.

Mẫu là phụ nữ thuộc nhóm không nhiễm HIV (Nhóm 2)

Bao gồm các phụ nữ có kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV (-) khi nhập viện.

Cách lấy mẫu: sau khi có một phụ nữ nhập viện đã biết nhiễm HIV hoặc có xét nghiệm sàng lọc HIV (+), thì sẽ lấy tiếp theo 3 phụ nữ có kết quả sàng lọc HIV (-).

Các mẫu đã được chọn vào nhóm 2 sẽ vẫn được giữ lại nghiên cứu nếu mẫu đứng trước nó khi nhập viện có xét nghiệm sàng lọc HIV (+) và sau này có kết quả khẳng định HIV (-).

2.2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

2.2.3.1 Công cụ thu thập số liệu

Đặc điểm chung

Công cụ thu thập số liệu gồm có phiếu thu thập số liệu (bảng câu hỏi cấu trúc) và thang EPDS. Để bảo đảm bí mật cho mẫu tham gia nghiên cứu, tên của các phụ nữ được dấu kín và bệnh viện nơi các phụ nữ đến sinh cũng sẽ được mã hoá bằng chữ và số, gọi là ID. ID của mỗi mẫu nghiên cứu có 6 ký tự và được chia làm ba nhóm như sau:

(1). *Mã bệnh viện:* có 2 ký tự, viết bằng số. Mã của các bệnh viện được qui định theo số thứ tự từ 01 đến 14 (Bảng 2.1).

Bảng 2.1 Qui ước các mã bệnh viện trong nghiên cứu

Mã BV	TÊN BỆNH VIỆN	Mã BV	TÊN BỆNH VIỆN
01	Đa khoa Biên Hòa	08	Huyện Thống Nhất
02	Huyện Cẩm Mỹ	09	Đa khoa Thống Nhất
03	Khu vực Định Quán	10	Huyện Trảng Bơm
04	Đa khoa Đồng Nai	11	Huyện Vĩnh Cửu
05	Khu vực Long Khánh	12	Huyện Xuân Lộc
06	Khu vực Long Thành	13	Huyện Nhơn Trạch
07	Huyện Tân Phú	14	Đa khoa tỉnh Bình Dương
Ghi chú: TP Biên hòa có 3 bệnh viện đa khoa: Đồng Nai, Thống Nhất, và Biên Hòa			

(2). *Số thứ tự của mẫu:* viết tiếp liền theo mã bệnh viện, và được xếp theo trình tự mẫu được chọn vào nghiên cứu. Dãy số này gồm có 3 ký tự viết bằng số, bắt đầu từ 001 đến số của mẫu cuối cùng được nhận vào nghiên cứu.

(3). *Mã nhóm nghiên cứu:* có một ký tự, tiếp sau dãy số thứ tự, viết chữ in hoa, thể hiện mẫu thuộc nhóm 1 hay nhóm 2. Cụ thể như sau:

- Nhóm 1: bao gồm 2 phân nhóm, phân nhóm mẫu đã biết nhiễm HIV trước khi nhập viện được mã hoá là H *(HIV),* và phân nhóm mẫu có xét nghiệm sàng lọc HIV (+) khi nhập viện sau này có khẳng định HIV(+) được mã hoá là S *(Screening).*

- Nhóm 2: bao gồm các mẫu có xét nghiệm sàng lọc HIV (-) khi nhập viện và được mã hoá là N *(Normal).*

Phiếu thu thập số liệu

Phiếu thu thập số liệu được thiết kế riêng cho mỗi nhóm, gồm có phiếu nghiên cứu nhóm 1 và phiếu nghiên cứu nhóm 2. Thực ra, phiếu nghiên cứu nhóm 1 là phiếu nghiên cứu nhóm 2 cộng thêm phần liên quan đến HIV.

Phiếu nghiên cứu nhóm 1:

Phiếu nghiên cứu nhóm 1 (**Phụ lục 1**), nhóm nhiễm HIV, được thiết kế gồm có 54 câu hỏi (biến số) chủ yếu là câu hỏi đóng, sắp xếp trong 10 mục. Bộ cấu trúc câu hỏi được chia làm 2 phần là phần chung của hai nhóm có 31 biến số, và phần riêng của nhóm 1 có 23 biến số.

Phiếu nghiên cứu nhóm 2:

Phiếu nghiên cứu nhóm 2 (**Phụ lục 2**), nhóm không nhiễm HIV, được thiết kế với 31 biến số.

Thang sàng lọc trầm cảm sau sinh EPDS

Thiết kế thang EPDS gồm có 10 mục nhỏ (10 câu hỏi). Mỗi mục bao gồm bốn cách trả lời và người mẹ sẽ chọn lựa chỉ một trong bốn cách trả lời này. Sao cho cách trả lời được chọn là gần nhất với tâm trạng mà người mẹ cảm thấy trong bảy ngày vừa qua đối với thời điểm phỏng vấn hiện tại.

Điểm của thang EPDS được cho theo từng mục và trong mỗi mục điểm đã được cho sẵn cho từng cách trả lời. Điểm là các số nguyên dương từ 0 đến 3 điểm. Vì vậy, số điểm của mỗi mục thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 3 điểm. Tổng số điểm của một thang EPDS là tổng điểm của 10 mục cộng lại và kết quả tổng điểm của một thang EPDS có thể từ 0 điểm đến tối đa 30 điểm.

Chúng tôi chọn thang EPDS là công cụ sàng lọc TCSS vì thang này có các đặc điểm phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, và vì thang EPDS đã được thừa nhận là công cụ rất tốt để sàng lọc TCSS, dựa trên các chứng cứ sau:

- "Mục đích phát triển thang EPDS là để sàng lọc, phát hiện trầm cảm sau sinh trong cộng đồng" (dịch theo bản gốc tiếng Anh của Cox JL 1987) [59]. Từ năm 1987 đến nay, tại nhiều vùng của Anh quốc, EPDS thường được dùng để sàng lọc trầm cảm ở phụ nữ sau khi sinh 6 - 8 tuần (Gibson J 2009) [78].

- Thang EPDS là công cụ được dùng để sàng lọc TCSS phổ biến nhất, đã được 23 quốc gia sử dụng để sàng lọc trầm cảm chu sinh, và đã được dịch ra 12 thứ tiếng. Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu sàng lọc TCSS sử dụng thang EPDS với các phiên bản tiếng Việt. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phiên bản đã được sử dụng trong một số nghiên cứu TCSS tại bệnh viện phụ sản Từ Dũ.

- Thang EPDS nhạy cảm với sự thay đổi mức độ trầm cảm theo thời gian nên thường được sử dụng trong các nghiên cứu đoàn hệ để tính các tỉ lệ hiện mắc và mới mắc TCSS (Cox JL 1987).

- Lý do chọn ngưỡng cắt 13 để xác định khả năng trầm cảm sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi:

+ Tổng quan hệ thống phân tích gộp 59 nghiên cứu, n = 12810, sử dụng thang EPDS, xác định ngưỡng cắt 12/13 người mẹ "rất có thể bị TCSS" *("probable depression"*) với mức độ khác nhau (Gibson J 2009) [78].

+ Ngưỡng cắt 13 trên thang đo EPDS, dựa trên tổng quan 23 nghiên cứu, mẫu lớn n = 5398, đã chứng tỏ độ nhay cao từ 0,67 (KTC 95%: 0,18- 0,96) đến 1,00 (KTC 95%: 0,67- 1,00) và độ đặc hiệu cao từ 0,87 hoặc hơn (USPSTF 2016) [122].

Nghiên cứu của chúng tôi, ngoài điểm cắt 13 để xác định TCSS, còn sử dụng hai điểm cắt: dưới 9 điểm là không có rối loạn trầm cảm; từ 9 -12 điểm là buồn sau sinh hoặc trầm cảm nhẹ.

2.2.3.2. Định nghĩa các biến số

Biến số phụ thuộc

- *Trầm cảm sau sinh:* biến nhị giá có hai giá trị: a) có (khi tổng số điểm EPDS từ 13 điểm đến 30 điểm); b) không (khi tổng số điểm EPDS nhỏ hơn 13 điểm).

Các biến số độc lập

- *Nhiễm HIV:* Biến định tính có 2 giá trị: a) Có (khi phụ nữ biết đã nhiễm và/hoặc có giấy giới thiệu của phòng khám ngoại trú HIV/AIDS hoặc biết có kết quả khẳng định HIV(+)); b) Không (khi có xét nghiệm sàng lọc HIV (-).

- *Tuổi:* Biến định lượng liên tục, đơn vị là năm. Trong phiếu thu thập số liệu, tuổi được chia làm 6 nhóm với biên độ 5 năm/nhóm để phong phú phần bàn luận. Nhưng trong phân tích kết quả, nhóm tuổi được gom thành 3 phân nhóm bao gồm: a) Dưới 20 tuổi; b) Từ 20 đến dưới 35 tuổi (nhóm tuổi có tỉ lệ sinh sản cao nhất); c) Từ 35 tuổi trở lên. Tuổi của phụ nữ được tính là khoảng thời gian từ ngày tháng năm sinh (ghi theo chứng minh nhân dân hoặc do phụ nữ khai) đến ngày tháng năm tham gia nghiên cứu, tính theo dương lịch. Nếu mẫu chỉ có năm sinh mà không có ngày tháng sinh thì chọn ngày 01/01/năm sinh của mẫu là ngày tháng năm sinh của mẫu.

- *Nơi cư trú:* Do phụ nữ khai trực tiếp, biến định tính, có 3 giá trị: a) Nội thành (các phường, xã thuộc thành phố Biên Hoà hoặc thành phố Thủ Dầu Một); b) Ngoại thành (các huyện thuộc tỉnh Đồng Nai hoặc Bình Dương); c) Ngoài tỉnh (đang tạm trú tại tỉnh Đồng Nai hoặc Bình Dương). Theo Nghị định số 107/QĐ-CP ngày 17/8/2011: Nơi cư trú của công dân là chỗ ở hợp pháp mà người đó thường xuyên sinh sống, thường trú hoặc tạm trú. Nơi thường trú là nơi công dân sinh sống thường xuyên, ổn định, không có thời hạn tại một chỗ ở nhất định và đã đăng ký thường trú. Nơi tạm trú là nơi công dân sinh sống ngoài nơi đăng ký thường trú và đã đăng ký tạm trú. Trong nghiên cứu này, thời gian lưu trú ổn định (thường trú) tại nơi ở hiện tại được tính từ trên 12 tháng.

- *Trình độ học vấn:* biến định tính. Trong phiếu thu thập, học vấn có 4 nhóm với các giá trị: a) Từ tiểu học trở xuống; b) THCS; c) THPT; d) Sau THPT. Nhưng khi phân tích kết quả, nghiên cứu gom thành 3 cấp phổ cập: a) Dưới THPT; b) THPT; c) Sau THPT. Các cấp phổ cập được tính khi phụ nữ đã hoàn tất lớp học cuối của cấp đó.

- *Tôn giáo:* Biến định tính, 2 giá trị: a) Có (theo ít nhất một tôn giáo); b) Không (không theo tôn giáo). Nghiên cứu qui ước thờ cúng tổ tiên không là một tôn giáo.

- *Nghề nghiệp:* Nghề mang lại thu nhập chính cho phụ nữ trong năm qua, do

phụ nữ khai với phỏng vấn viên, vì có một tỉ lệ nghề được phụ nữ khai trong bệnh án sai do phụ nữ khai không chính xác (ví dụ mượn thẻ BHYT đi sinh) hoặc chỉ là nghề ngắn hạn gần thời điểm phỏng vấn. Biến định tính có 6 giá trị: a) Công-viên chức; b) Công nhân; c) Nông nghiệp; d) Kinh doanh - buôn bán; e) Nghề khác; f) Không nghề/Nội trợ (thất nghiệp). Trong phần phân tích mối liên quan, nghiên cứu gom nghề nghiệp thành 2 nhóm là: a) Có nghề (có nghề cụ thể); b) Không nghề/Nội trợ.

- *Nghề nghiệp ổn định:* Khi phụ nữ có công việc làm cùng với mức thu nhập ổn định liên tục trong 12 tháng vừa qua (không tính nghỉ tiền sản, hậu sản). Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có ổn định; b) Không ổn định.

- *Thu nhập gia đình*. Dựa trên:

(1) Quyết định 09/2011/QĐ-TTg của Thủ tướng về tiêu chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011-2015 như sau: Tính trên mức thu nhập bình quân/người/tháng: hộ nghèo < 400000 đồng nếu ở nông thôn hoặc 500000 đồng nếu ở thành thị; hộ cận nghèo từ 401000 - 520000 nếu ở nông thôn hoặc 501000 - 650000 nếu ở thành thị.

(2) Luật thuế thu nhập cá nhân số 04/2007/QH12 ngày 21/12/2007. Trong NC của chúng tôi, "Tình trạng kinh tế" là biến định tính có thứ tự, với 3 giá trị: a) Khó khăn (thu nhập của gia đình < 2 triệu/tháng); b) Đủ sống (thu nhập của gia đình ≥ 2 triệu - 5 triệu/tháng); c) Dư giả (thu nhập của gia đình > 5 triệu/tháng).

- *Hiện đang sống cùng nhà với ai:* Căn nhà mà phụ nữ đang sinh sống là của ai. Biến định tính có 6 giá trị: a) Nhà riêng; b) Nhà cha mẹ chồng; c) Nhà cha mẹ ruột; d) Nhà anh chị em ruột; e) Nhà bạn (bạn, bà con, láng giềng); f) Nhà khác (trọ). Khi phân tích chúng tôi gom 3 nhóm: nhà riêng; nhà trọ (tốn chi phí thuê nhà); chung nhà của người khác (không tốn chi phí thuê nhà).

- *Nghiện chất:* Khi phụ nữ đã và/hoặc đang sử dụng các chất gây nghiện như rượu và/hoặc thuốc lá và/hoặc ma tuý; kéo dài ít nhất 12 tháng. Biến định tính, có 4 giá trị: a) Rượu (có nghiện); b) Thuốc lá (có nghiện); c) Ma túy (có nghiện); d) Không sử dụng (khi không nghiện một trong ba loại trên). Chẩn đoán nghiện một chất theo tiêu chuẩn ICD-10 (chương V, F19.2 Hội chứng nghiện) [1] như sau: nếu người sử

dụng chất gây nghiện, có ít nhất ba trong số sáu nhóm triệu chứng sau đã được biểu hiện vào cùng một lúc trong vòng 12 tháng trở lại đây, thì có kết luận người đó lệ thuộc chất gây nghiện: (1) Cảm giác buộc phải tìm kiếm sử dụng; (2) Khó khăn trong việc kiểm soát hành vi sử dụng ma túy; (3) Xuất hiện hội chứng cai thực thể; (4) Có bằng chứng về sự dung nạp (có xu hướng tăng liều); (5) Sao nhãng các thú vui, sở thích khác; (6) Tiếp tục sử dụng chất gây nghiện đó, bất chấp mọi hậu quả.

Sáu tiêu chí trên bao gồm hai tiêu chí về thực thể và bốn tiêu chí về tâm lý.

- *Tiền sử trầm cảm:* Trước khi có thai lần này, phụ nữ đã được chẩn đoán, ít nhất một lần, bị trầm cảm và đã được điều trị ổn định. Biến định tính có 3 giá trị: a) Có; b) Không; c) Không biết (không biết đã có bị trầm cảm hay chưa).

- *Tiền sử phá thai:* Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có (khi phá thai sống ít nhất một lần, nội khoa hoặc ngoại khoa); b) Không (không phá thai lần nào).

- *Số con đã có (trước lần sinh này):* Biến số định lượng rời, có 3 giá trị: a) Chưa có con; b) Có một con; d) Có hai con trở lên.

- *Thời gian sống chung:* Khoảng thời gian người phụ nữ và cha đứa trẻ sống với nhau tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (đơn vị thời gian là năm). Biến số định lượng rời, có 3 giá trị: a) Dưới 1 năm; b) Từ 1 đến 5 năm; c) Trên 5 năm.

- *Vợ chồng đã có đăng ký kết hôn:* Biến định tính có 2 giá trị: a) Có; b) Không.

- *Tình trạng hôn nhân hiện nay:* Tính đến thời điểm 6 tuần sau sinh. Biến định tính, có 3 giá trị: a) Chung sống; b) Không chung sống (ly dị, ly thân, góa, chết); c) Mẹ đơn thân. Khi phân tích kết quả, nghiên cứu gom biến số này lại còn 2 giá trị là: a) Chung sống; b) Không chung sống.

- *Mối quan hệ vợ chồng trước sinh có tốt không:* Theo cảm nhận của phụ nữ về cuộc sống vợ chồng trong 12 tháng qua. Biến định tính, có 3 giá trị: a) Tốt (hạnh phúc); b) Xấu (không hạnh phúc); c) Bình thường (cảm thấy bình thường).

- *Chồng dùng vũ lực để giải quyết khi có mâu thuẫn gia đình*: Chúng tôi chỉ điều tra bạo hành về thể chất, vì bạo hành tinh thần rất khó đánh giá mức độ tổn thương trong một thời gian tiếp xúc lâm sàng ngắn và cần phải có chuyên gia về lĩnh vực này. Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có (ít nhất 1 lần bị bạo hành/năm) ; b) Không.

- *Đã từng có "quan hệ" ngoài chồng:* Khi người phụ nữ đã có quan hệ tình dục với người khác, trước và/hoặc trong khi đang ở với cha của đứa trẻ hiện tại. Biến định tính có 2 giá trị: a) Có (quan hệ với ít nhất một người, bao gồm người chồng trước, nếu có); b) Không (không ai khác ngoài cha của đứa trẻ hiện tại).

- *Lần mang thai này có mong đợi không:* Biến định tính với 2 giá trị: a) Có (thai lần này muốn có); b) Không (thai lần này chưa muốn hoặc chưa chuẩn bị đã có).

- *Lần mang thai này có khó không:* Khó do yếu tố phụ nữ khoa: tiền sử bị hư thai (lưu hoặc sẩy hoặc ngoài tử cung) hoặc con chết sau sinh và/hoặc không ngừa thai trên một năm mới có thai và/hoặc phải điều trị mới có thai. Biến định tính có 2 giá trị: a) Có (có ít nhất một khó khăn nêu trên); b) Không (không có khó khăn nào).

- *Từng có ý định bỏ thai này:* Trường hợp thai lần này không muốn có và thai phụ đã có ý định bỏ thai này hay không. Biến định tính với 2 giá trị: a) Có (muốn bỏ thai nhưng chưa thực hiện); b) Không (không có ý định bỏ thai).

- *Phương pháp sinh:* Biến định tính, có 2 giá trị: a) Sinh thường (sinh ngã âm đạo, bao gồm sinh thủ thuật); b) Sinh mổ.

- *Tình trạng sức khỏe của con:* từ sau khi sinh đến hết 6 tuần hậu sản. Biến định tính, có 3 giá trị: a) Khoẻ (khi có đủ các yếu tố: không dị tật, phát triển tốt); b) Yếu (khi có một trong các yếu tố sau: dị tật, cân nặng sau sinh dưới 2500g và/hoặc trẻ đã hoặc đang điều trị ở bệnh viện nhi đồng); c) Chết (trong thời gian 6 tuần sau sinh).

- *Nuôi con bằng sữa mẹ:* Tình trạng bú sữa mẹ của trẻ. Biến định tính, có 3 giá trị: a) Hoàn toàn (chỉ bú mẹ); b) Không hoàn toàn (bú dặm sữa công thức); c) Không sữa mẹ.

- *Lo lắng cho sức khỏe của con khi không được bú mẹ:* a) Lo âu, sợ con không khỏe khi không được bú mẹ. Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có; b) Không.

- *Nuôi con sau sinh:* Người chăm sóc trẻ chính. Biến định tính, có 4 giá trị: a) Tự nuôi; b) Người thân; c) Cho con; d) Bỏ con; e) Có ý giết con.

- *Nhận được sự hỗ trợ chăm sóc con:* Khi phụ nữ nhận được sự hỗ trợ chăm sóc trẻ sau sinh thường xuyên từ người thân. Biến định tính có 6 giá trị, có thể chọn nhiều cách trả lời (nếu có hỗ trợ): a) Chồng; b) Gia đình phụ nữ; c) Gia đình chồng; d) Người khác; e) Không được ai hỗ trợ (một mình nuôi con).

- *Mối quan hệ vợ chồng sau lần sinh này:* do phụ nữ tự đánh giá mối quan hệ giữa hai vợ chồng trong thời gian tham gia nghiên cứu. Biến định tính, có 3 giá trị: a) Tốt hơn; b) Bình thường; c) Xấu đi (xấu hơn trước sinh con).

- *Thời điểm phụ nữ được phát hiện bị nhiễm HIV:* Biến định tính có 3 giá trị: a) Trước khi có thai; b) Khi đang mang thai; c) Khi chuyển dạ - sau sinh (có XN sàng lọc HIV (+) và có khẳng định nhiễm HIV trong giai đoạn này).

- *Khẳng định nhiễm HIV của phụ nữ có xét nghiệm sàng lọc HIV (+):* Biến định tính có hai giá trị: a) Có nhiễm; b) Không nhiễm. Tại Đồng Nai và Bình Dương, các mẫu máu thử tại các bệnh viện nếu có kết quả sàng lọc HIV (+) sẽ được gửi đến Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh để làm XN khẳng định nhiễm HIV, thực hiện theo phương cách 3 của BYT (Quyết định 1098/QĐ-BYT ngày 04/4/2013)[18].

Chiến lược xét nghiệm HIV tại Việt Nam, theo BYT, gồm 3 phương cách:

. Phương cách 1 (áp dụng cho an toàn truyền máu): Mọi mẫu máu dương tính hay nghi ngờ dương tính đều phải loại bỏ. Mẫu máu được coi là dương tính khi kết quả dương tính với 1 trong các xét nghiệm: ELISA, SERODIA, hoặc test nhanh.

. Phương cách 2 **(**áp dụng cho giám sát trọng điểm): Mẫu máu được coi là dương tính khi kết quả dương tính ở cả 2 lần xét nghiệm bằng 2 loại sinh phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

. Phương cách 3 (áp dụng cho chẩn đoán các trường hợp nhiễm HIV): Mẫu máu được coi là dương tính khi kết quả dương tính ở cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

- *Kết quả xét nghiệm nhiễm HIV của con*: Kết quả được thông báo từ Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh hoặc do thông tin từ phụ nữ với người phỏng vấn. Biến định tính có 3 giá trị: a) Có nhiễm (PCR 1 (+): nhiều khả năng bị nhiễm; b) Không nhiễm (PCR 1 (-): nhiều khả năng không bị nhiễm); c) Không biết (không làm xét nghiệm hoặc chưa có kết quả xét nghiệm ở thời điểm kết thúc nghiên cứu).

Khẳng định con có nhiễm HIV hay không theo quyết định 1053/QĐ-BYT (4/2010) "Hướng dẫn xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV ở trẻ < 18 tháng tuổi": trẻ

sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV hoặc người mẹ có xét nghiệm sàng lọc HIV (+), được xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV bằng xét nghiệm PCR. Xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ được thực hiện khi trẻ từ 4 - 6 tuần tuổi hoặc ngay sau đó (Bảng 2.2).

Bảng 2.2. Đánh giá và xử trí kết quả PCR ở trẻ em

PCR	Kết quả	Xử trí
PCR lần 1	Âm	- Nếu trẻ hoàn toàn không bú mẹ trong 6 tuần trước khi làm XN, trẻ có thể không nhiễm HIV. - Nếu trẻ có bú sữa mẹ, trẻ vẫn có nguy cơ nhiễm HIV, làm lại XN 6 tuần sau khi ngưng bú. XN phát hiện kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 18 tháng tuổi để khẳng định tình trạng nhiễm.
	Dương	- Điều trị ARV: Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS (Quyết định 3003 & 4139/QĐ-BYT). - Chỉ định xét nghiệm PCR lần 2 để khẳng định.
PCR lần 2	Dương	Tiếp tục điều trị ARV theo quy định.
	Âm	Dừng điều trị ARV.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có xét nghiệm PCR_1(+) được sếp vào nhóm trẻ nhiễm HIV, vì các lý do sau:

. Theo báo cáo của Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS (TT PC HIV/AIDS) tỉnh Đồng Nai và Bình Dương, số lượng trẻ được cha mẹ cho làm xét nghiệm HIV trước 6 tuần sau sinh rất ít. Vì vậy, hầu như trẻ chỉ được xét nghiệm PCR lần 1 sau khi sinh 6 tuần, cũng là thời điểm kết thúc nghiên cứu của chúng tôi.

. Kỹ thuật PCR ở trẻ thường là RT-PCR, có độ chính xác rất cao trên 95% và kết quả có sớm.

- *CD4 của mẹ:* Kết quả xét nghiêm gần nhất với thời điểm phỏng vấn, dựa vào số liệu của TT PC HIV/AIDS hoặc do phụ nữ khai với phỏng vấn viên. Biến định tính, có 3 giá trị: a) $\geq 350/mm^3$; b) $< 350/mm^3$; c) Không biết (không hoặc chưa làm XN hoặc không nhớ). Ngưỡng CD4 < 350 tế bào/mm^3 là mốc quyết định điều trị ARV.

- *Bắt đầu điều trị/ dự phòng ARV cho mẹ:* Thời điểm phụ nữ bắt đầu được điều trị hóa dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Biến định tính, có 4 giá trị: a) Khi mang thai; b) Trong chuyển dạ; c) Sau sinh; d) Không dự phòng (phụ nữ không đồng ý hoặc không được dự phòng vì lý do ngoài ý muốn của phụ nữ).

- *Dự phòng ARV cho con:* Cho trẻ uống ARV theo qui trình dự phòng lây truyền HIV mẹ - con. Biến định tính, có hai giá trị: a) Có; b) Không (không có thuốc hoặc phụ nữ không đồng ý cho con uống thuốc và/hoặc vì lý do khác).

- *Phụ nữ được tư vấn đầy đủ:* Tư vấn đầy đủ bao gồm tư vấn ở các giai đoạn sau: (1) Trước và sau các xét nghiệm sàng lọc HIV và khẳng định nhiễm HIV; (2) Phòng lây truyền trong chuyển dạ/sau sinh (ARV mẹ - con, sản khoa, sữa mẹ); (3) Qui trình chuyển tiếp; và tư vấn khi phụ nữ có nhu cầu (**Phụ lục 6**). Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có (tư vấn đầy đủ); b) Không (tư vấn thiếu ít nhất một giai đoạn, có thể do nhân viên tư vấn hay do phụ nữ không đồng ý nghe tư vấn).

- *Nếu được tư vấn đầy đủ phụ nữ có bớt lo lắng:* Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có; b) Không.

- *Lo âu vì sợ con bị nhiễm HIV:* Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có; b) Không.

- *Tâm trạng phụ nữ sau khi có kết quả sàng lọc H (+):* Biến định tính, có 4 giá trị, có thể chọn nhiều cách trả lời: a) Bàng hoàng hoảng loạn; suy sụp; bình tĩnh; không tin; b) Có thể xét nghiệm đúng; c) Tâm trạng khác (cụ thể).

- *Tiết lộ có kết quả sàng lọc HIV (+):* Khi phụ nữ tự tiết lộ cho ít nhất một người biết tình trạng nghi nhiễm HIV. Biến định tính, có 2 giá trị: a) Có; b) Không.

- *Tâm trạng phụ nữ sau khi có khẳng định không nhiễm HIV:* Biến định tính, có 4 giá trị, có thể chọn nhiều cách trả lời: a) Như mới thoát chết; b) Chưa yên tâm; c) Không hài lòng, muốn có xét nghiêm chính xác ngay từ đầu; d) Tâm trạng khác.

- *Tâm trạng phụ nữ sau khi có khẳng định nhiễm HIV:* Biến định tính, có 6 giá trị, có thể chọn nhiều cách trả lời: a) Hết hy vọng; b) Không muốn sống; c) Tin vào khả năng của y học; c) Cần sống để nuôi con; d) Có nhiều bệnh khó chữa hơn; d) Tâm trạng khác.

- *Chồng phụ nữ có nhiễm HIV không*: Do phụ nữ khai với phỏng vấn viên. Biến định tính có 3 giá trị: a) Có (biết chồng có xác định đã nhiễm HIV); b) Không (biết chồng có XN không nhiễm HIV); c) Không biết chồng có nhiễm hay không.

- *Người đã được phụ nữ tiết lộ bệnh:* Biến định tính, có 6 giá trị (có thể chọn nhiều cách trả lời): a) Chồng; b) Cha mẹ; c) Anh chị em ruột; d) Bạn thân; e) Bạn tình; e) Người khác (nên ghi cụ thể).

- *Mặc cảm bị HIV:* Biến định tính có hai giá trị: a) Có; b) Không.

- *Mặc cảm có lỗi với gia đình:* Biến định tính, có hai giá trị: a) Có; b) Không.

- *Tâm trạng khi con không bị nhiễm HIV:* Biến định tính có 4 giá trị, có thể chọn nhiều cách trả lời: a) Rất mừng; b) Còn lo vì sợ con lây sau này; c) Bình thường; d) Tâm trạng khác (cụ thể).

- *Tâm trạng khi con bị nhiễm HIV:* Biến định tính có 5 giá trị, có thể chọn nhiều cách trả lời: a) Tuyệt vọng; b) Bình thường; c) Có lỗi với con; d) Muốn bỏ con; e) Tâm trạng khác (cụ thể).

- *Hỗ trợ từ gia đình:* Khi được ông bà và/hoặc cha mẹ và/hoặc anh chị em và/hoặc họ hàng hỗ trợ về tinh thần và/hoặc vật chất. Biến định tính có hai giá trị: a) Có (khi có ít nhất một người hỗ trợ); b) Không (khi không có một ai hỗ trợ).

- *Hỗ trợ từ xã hội:* Khi được hỗ trợ về tinh thần và/hoặc vật chất từ nguồn ngoài gia đình. Biến định tính có 2 giá trị: a) Có (khi nhận được sự hỗ trợ từ hàng xóm và/hoặc bạn bè và/hoặc địa phương và/hoặc tổ chức tôn giáo và/hoặc tổ chức xã hội khác (nhóm đồng đẳng, từ thiện…); b) Không được hỗ trợ (khi không được ít nhất một hỗ trợ từ cộng đồng).

2.2.3.3. Cách thu thập số liệu

Đặc điểm nơi thực hiện nghiên cứu

Nghiên cứu được chọn thực hiện tại Đồng Nai và Bình Dương vì hai tỉnh này có nhiều điểm giống nhau về đặc điểm địa lý, cấu trúc dân số, tổ chức hành chính, đặc điểm kinh tế, văn hóa, y tế, và giáo dục. Chúng tôi xin được khái quát như sau:

- *Vị trí địa lý:* Đồng Nai và Bình Dương thuộc vùng Đông Nam Bộ Việt Nam và là hai tỉnh nằm trong vùng phát triển kinh tế trọng điểm phía Nam.

- *Đặc điểm dân số (Tổng cục thống kê Việt Nam, 2012)*: Tỉnh Bình Dương [30] có mật độ dân số là 1.731 người/km^2 (nữ 51,9%). Dân số sống tập trung tại thành thị đạt 64,1%. Tỉnh Đồng Nai [33] có mật độ dân số là 2.707 người/km^2 (nữ chiếm 50,8%), sống tại thành thị khoảng 40%.

Đặc biệt, tại Đồng Nai và Bình Dương, tỉ lệ dân số mới đến nhập cư rất cao nên mức độ tăng dân số có tính đột biến, đặc biệt là lứa tuổi sinh sản. Theo tổng cục thống kê VN (2011) [31], [32], dân số Đồng Nai năm 1995 là 1.844.800 người đến năm 2011 tăng 145,5%; Tại Bình Dương dân số năm 1995 là 639.000 người đến năm 2011 tăng 264,8%. Tương đương với hai nơi có tốc độ tăng dân số nhanh nhất trong cả nước là TPHCM (162,1%) và Thủ đô Hà Nội (275,6%, xáp nhập dân số tỉnh Hà Tây từ năm 2008).

- *Tổ chức hành chính:* Tính đến ngày 2/5/2012, Bình Dương có thành phố Thủ Dầu Một và 6 huyện là Bến Cát, Tân Uyên, Thuận An, Dĩ An, Dầu Tiếng, và Phú Giáo. Năm 2012, tỉnh Đồng Nai có thành phố Biên Hòa và 10 huyện là Long Khánh, Long Thành, Nhơn Trạch, Trảng Bom, Thống Nhất, Cẩm Mỹ, Vĩnh Cửu, Xuân Lộc, Định Quán, Tân Phú.

- *Giáo dục:* Tính đến thời điểm năm 2012, tỉnh Đồng Nai có 529 trường học, trong đó THPT 48 trường, THCS 167 trường, tiểu học 297 trường, 11 trường đào tạo sau THPT (đại học và cao đẳng). Tại Bình Dương, hệ thống bậc tiểu học và phổ thông phủ khắp tỉnh. Ngoài ra, tỉnh còn có 12 trường thuộc hệ cao đẳng, đại học và 8 trường trung học chuyên nghiệp và dạy nghề.

- *Y tế:* Hiện nay, Đồng Nai và Bình Dương đã thành lập được hệ thống các bệnh viện từ tuyến huyện, tuyến khu vực và tuyến tỉnh. Ngoài ra, Đồng Nai còn có các bệnh viện chuyên khoa lớn như BV Tâm thần Trung ương II, BV Nhi Đồng, các BV tư nhân. Tương tự, Bình Dương cũng có BV Sản - Nhi, và các BV tư nhân.

- *Đặc điểm kinh tế:* Đồng Nai và Bình Dương là một trong những địa phương năng động trong kinh tế, thu hút đầu tư nước ngoài và thu hút dân số lao động trẻ. Hai tỉnh có cấu trúc kinh tế giống nhau: phát triển cơ sở hạ tầng và các khu công nghiệp.

Tổ chức mạng lưới nghiên cứu

Nghiên cứu được tổ chức có hệ thống và được quản lý, giám sát hỗ trợ chặt chẽ, kịp thời. Mạng lưới nghiên cứu đa trung tâm gồm có nhóm điều hành nghiên cứu và các nhóm cộng tác viên. Tất cả các thành viên của các nhóm phải có khả năng giao tiếp tốt, có kiến thức về HIV, đã được tập huấn kỹ năng tư vấn HIV và được trưởng nhóm điều hành trực tiếp tập huấn, hiểu và biết sử dụng các công cụ

thu thấp số liệu. Lưu ý các phỏng vấn viên không được gợi ý trả lời cho bệnh nhân và không biết điểm cắt EPDS xác định nguy cơ TCSS. Cụ thể mạng lưới được tổ chức như sau:

- *Nhóm điều hành nghiên cứu:* gồm có trưởng nhóm là nghiên cứu sinh, chủ đề tài nghiên cứu, và các thành viên là 3 bác sĩ chuyên khoa phụ sản, 3 nữ hộ sinh của khoa sản bệnh viện đa khoa Đồng Nai có đều có chứng nhận học khóa tập huấn tư vấn HIV; trong đó trưởng nhóm đang là thư ký tiểu ban phòng chống lây truyền HIV me – con của tỉnh Đồng Nai và là nhân viên quản lý qui trình dự phòng lây truyền HIV mẹ - con của bệnh viện đa khoa Đồng Nai. Nhóm điều hành trực tiếp làm việc với các nhóm cộng tác viên tại các bệnh viện ở hai tỉnh Đồng nai và Bình Dương.

- *Các nhóm cộng tác viên:* mỗi đơn vị cơ sở tham gia nghiên cứu (bệnh viện tuyến tỉnh, khu vực, huyện) có một nhóm cộng tác viên; bao gồm một bác sĩ chuyên khoa phụ sản và ba nữ hộ sinh, trong mỗi nhóm phải có một thành viên đang đảm trách chương trình dự phòng lây truyền HIV mẹ - con của khoa và sẽ quản lý hồ sơ số liệu nghiên cứu của nhóm.

Tại tỉnh Bình Dương, các phụ nữ nhiễm HIV khi mang thai và/hoặc khi đi sinh đều được giới thiệu và chuyển tập trung về bệnh viện đa khoa Bình Dương để thuận tiện cho công tác dự phòng và quản lý bệnh. Vì vậy, tại tỉnh Bình Dương, chúng tôi chỉ nghiên cứu tại một trung tâm là bệnh viện đa khoa Bình Dương. Chúng tôi đã được sự đồng ý của Ban giám đốc và sự giúp đỡ của Ban chủ nhiệm và nhân viên khoa Sản bệnh viện đa khoa Bình Dương, tổ chức một nhóm cộng tác viên dày dạn kinh nghiệm trong lĩnh vực nghiên cứu khoa học và dự phòng lây truyền HIV mẹ - con của khoa Sản bệnh viện Bình Dương, bao gồm một bác sĩ chuyên khoa phụ sản và ba nữ hộ sinh.

Tại tỉnh Đồng Nai, khác với tỉnh Bình Dương, các bệnh viện đều nhận thai phụ nhiễm HIV đến sinh và đều tham gia nghiên cứu (Bảng 2.1). Vì vậy chúng tôi tổ chức ở mỗi bệnh viện có một nhóm cộng tác viên đảm trách lấy mẫu.

Tiến hành nghiên cứu

- Thử bộ câu hỏi để đánh giá và điều chỉnh bộ câu hỏi của phiếu nghiên cứu: Tháng 9/2012 tiến hành điều tra thử với mẫu là 30 phụ nữ không nhiễm HIV và 10 phụ nữ nhóm nhiễm HIV, sau đó xử lý số liệu, điều chỉnh lại bộ câu hỏi.

- Tiến trình lấy mẫu thực hiện từ các đơn vị cơ sở nghiên cứu do nhóm cộng tác viên tại các bệnh viện đảm trách, trực tiếp phỏng vấn.

- Cộng tác viên sẽ nhận vào nghiên cứu các mẫu đạt yêu cầu và thông báo cho nhóm, sau đó nhập mẫu vào danh sách nghiên cứu. Ngoài địa chỉ nơi ở và số điện thoại của phụ nữ, nên xin thêm số điện thoại của chồng và/hoặc người chăm sóc phụ nữ (nếu có) để liên lạc sau này; đặc biệt là nhóm nhiễm HIV có tỉ lệ mất liên lạc khá cao do phụ nữ đổi chỗ ở, thay số điện thoại, hoặc ở địa bàn chưa có địa chỉ rõ ràng.

- Mỗi tuần, nhóm điều hành sẽ kiểm tra lại các mẫu do các nhóm cơ sở báo cáo và/hoặc gửi về. Trưởng nhóm nhập số liệu vào phần mềm thống kê tạo sẵn, đồng thời lưu hồ sơ cứng, bảo mật trong tủ có khóa.

Cách tiến hành

Mỗi đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn 3 lần, vào 3 giai đoạn (**Sơ đồ 2.1**):

- ***Giai đoạn 0:*** thời điểm phụ nữ nhập viện sinh

. *Thực hiện:* (1) Phỏng vấn viên hướng dẫn phụ nữ tự điền vào các ô chọn lựa trong thang EPDS ($EPDS_0$). Nếu điểm số của $EPDS_0$ nhỏ hơn 13 thì mới nhận vào nghiên cứu. (2) Sau khi xét nghiệm sàng lọc HIV tùy kết quả mà xếp mẫu vào nhóm nhiễm HIV hay không nhiễm HIV, đồng thời điền thông tin của các mục I, II và III của Phiếu nghiên cứu. Trường hợp phụ nữ không biết đọc thì người phỏng vấn đọc giùm và giải thích câu hỏi, không có tính gợi ý. Sau đó phụ nữ trả lời và người phỏng vấn tích vào ô trả lời trong phiếu nghiên cứu đúng với chọn lựa của phụ nữ.

. *Địa điểm:* Phỏng vấn cá nhân, tại phòng nhận bệnh hoặc phòng chờ sinh.

. *Mục đích:* Loại các trường hợp có rối loạn trầm cảm trước sinh (EPDS > 12); xếp mẫu được chọn vào nhóm nhiễm hay không nhiễm.

- ***Giai đoạn 1:*** Sau sinh trong vòng một tuần, từ 3-7 ngày, đang nằm viện.

. *Thực hiện:* Cộng tác viên cho phụ nữ tự điền thang EPDS lần hai ($EPDS_1$); đồng thời thu thập thêm thông tin của các mục IV và một phần mục V của phiếu nghiên cứu ở hai nhóm. Riêng nhóm nhiễm, với các mẫu có kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV (+), thu thập thêm hai biến số 8.1; 8.2. (**Phụ lục 1**).

. *Địa điểm:* Phỏng vấn tại buồng bệnh (nếu ở phòng riêng) hoặc ở phòng tư vấn.

. *Mục đích:* Tìm tỉ lệ buồn sau sinh, tỉ lệ có thể trầm cảm sau sinh (**Sơ đồ 2.2**)

Gửi phiếu nghiên cứu nhóm và thang EPDS trống (phiếu câm) cho các phụ nữ mang về khi xuất viện, để dự phòng các trường hợp sau sinh sáu tuần phụ nữ không tái khám được, không phỏng vấn tại nhà được và phải phỏng vấn qua điện thoai. Phụ nữ sẽ dựa vào các câu hỏi trong các phiếu trống này để dễ trả lời phỏng vấn, trường hợp phụ nữ không biết chữ thì cố gắng phỏng vấn tại nhà.

- Giai đoạn 2: Sau khi sinh sáu tuần, là thời điểm kết thúc nghiên cứu.

. *Thực hiện:* Cộng tác viên cho phụ nữ tự điền thang EPDS lần ba, gọi là $EPDS_2$, đồng thời hoàn chỉnh phiếu nghiên cứu của hai nhóm như sau:

Phiếu nghiên cứu 2 nhóm, phần chung: cập nhật bổ sung thông tin cho các mục, bao gồm mục III (các biến 3.3; 3.5; 3.6), mục IV (các biến 4.5; 4.6), mục V, và mục VI (nhóm không nhiễm, các biến $EPDS_1$ và $EPDS_2$).

Phiếu nghiên cứu nhóm nhiễm, phần riêng HIV:

(1) Mẫu có XN sàng lọc (+) và khẳng định (-) khi nhập viện: bổ sung biến 6.2 (muc VI); nhập thông tin mục VIII (trừ 8.4). Không đưa vào nhóm HIV (nhóm I).

(2) Mẫu có XN sàng lọc (+) và khẳng định (+) khi nhập viện: nhập thông tin các mục VI, VII, VIII (trừ 8.3), IX và X.

(3) Mẫu biết nhiễm HIV trước nhập viện: thu thập thông tin các mục VI (trừ 6.2), VII, VIII (trừ các biến từ 8.1 đến 8.4), IX và X.

. *Địa điểm:* Phỏng vấn trực tại buồng tư vấn khi phụ nữ tái khám; hoặc tại nhà, nếu phụ nữ không tái khám và đồng ý cho phỏng vấn nhà; hoặc phỏng vấn qua điện thoại. Dù cách nào, cuộc phỏng vấn phải trực tiếp với phụ nữ không qua người thân.

. *Mục đích:* Tìm tỉ lệ hiện mắc trầm cảm sau sinh (**Sơ đồ 2.2**).

Những người được phát hiện rất có thể trầm cảm (điểm EPDS $\geq$ 13) vào thời điểm sáu tuần sau sinh sẽ được nhóm nghiên cứu giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa tâm thần để chẩn đoán và xử trí sớm.

2.3. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

2.3.1. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1

2.3.2. Phân tích số liệu

Thống kê mô tả:

- Biến định tính: Tính bằng tần xuất, tỉ lệ % và khoảng tin cậy.
- Biến định lượng: Tính trung bình, độ lệch chuẩn.
- Trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

Thống kê phân tích:

- So sánh các tỉ lệ bằng pháp phép kiểm $\chi 2$, và phép kiểm chính xác Fisher được thực hiện nếu tỉ lệ tần số mong đợi nhỏ hơn 5 trên 20%.
- Nguy cơ tương đối TCSS (RR: *relative risk*) và độ tin cậy 95% được tinh toán để đo lường độ lớn mức độ kết hợp của mối liên quan giữa nhiễm HIV và trầm cảm sau sinh.
- Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi giá trị *p* (*p value*) nhỏ hơn mức xác xuất sai lầm loại I là 0,05 (thiết kế nghiên cứu).

Để xác định biến số gây nhiễu tiềm tàng, phương pháp phân tầng được sử dụng và biến số được xác định là có thể gây nhiễu mối liên quan giữa nhiễm HIV và trầm cảm sau sinh sẽ được kiểm soát bằng mô hình hồi quy Poisson với tùy chọn robust. Trong mô hình hồi quy, các biến số được xem là gây nhiễu có giá trị *p* cao nhất sẽ bị loại dần cho đến khi những biến số còn lại trong mô hình có giá trị *p* nhỏ hơn 0,1.

2.4. LỢI ÍCH MONG ĐỢI

Trầm cảm sau sinh là bệnh lý đã được nghiên cứu khá nhiều ở Việt Nam, tuy nhiên TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV chưa được quan tâm. Nếu được quan tâm sớm, trong công tác phòng chống lây truyền HIV mẹ - con sẽ giảm được nguy cơ không tuân thủ điều trị, chấn thương tâm lý nặng nề, và tăng nặng bệnh ở nhóm phụ nữ HIV bị TCSS.

Nếu có sự phối hợp của các nhà tâm thần học, tâm lý - xã hội học và sản khoa trong công việc phòng chống LTMC chắc chắn sẽ mang lại kết quả toàn diện và triệt để hơn.

Nên tầm soát TCSS sớm ở những phụ nữ nhiễm HIV trong thai kỳ vì TCSS phổ biến ở các phụ nữ này rất cao; trong khi đó test sàng lọc TCSS dễ thực hiện, có độ tin cậy cao, rẻ tiền và đã có chứng cớ có lợi ích.

2.5. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

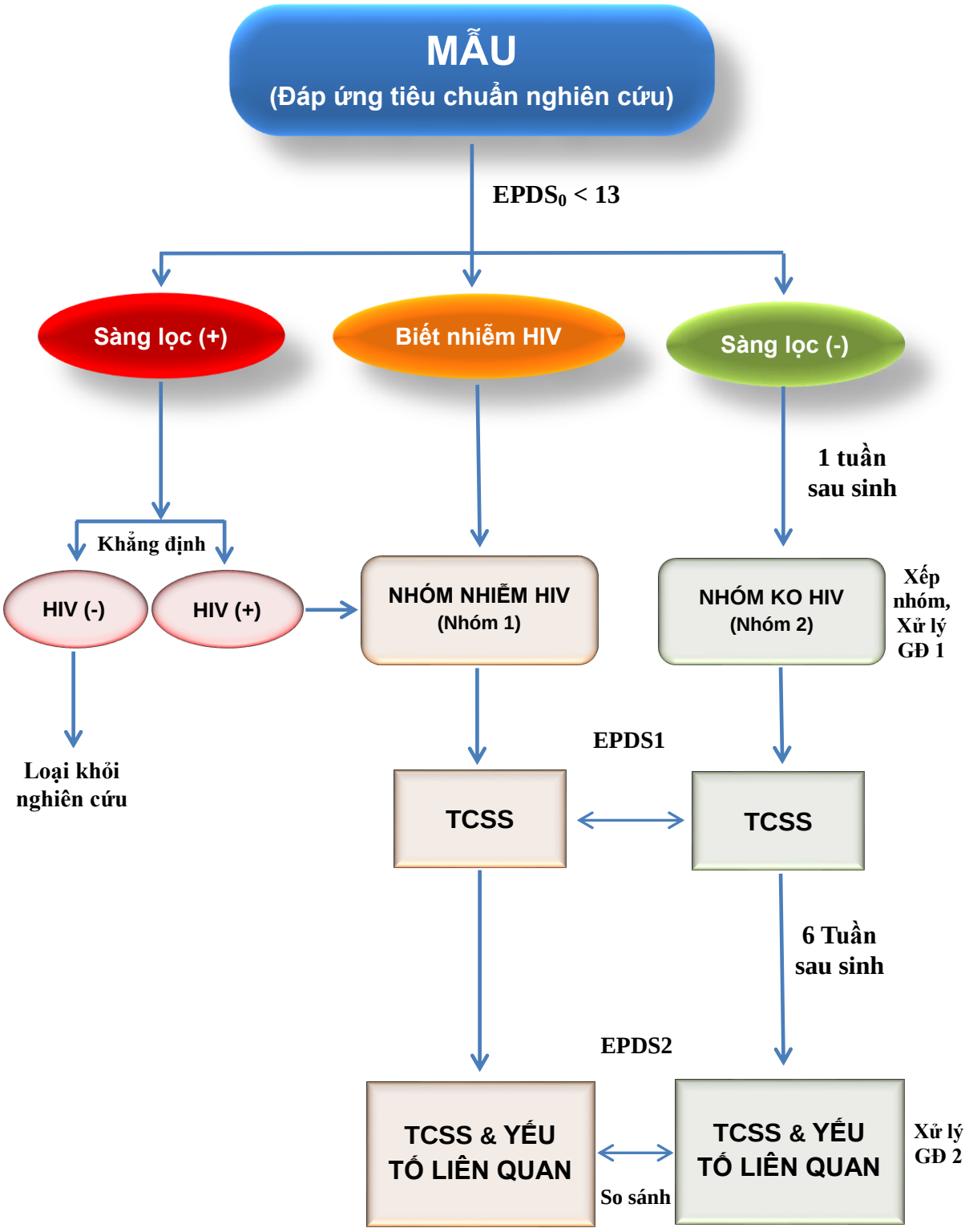
Nghiên cứu được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương và đồng ý cho thực hiện nghiên cứu.

Người tham gia vào nghiên cứu là tự nguyện sau khi đã được chúng tôi giải thích kỹ lưỡng về mục đích của nghiên cứu, cách thức tiến hành, thời gian tham gia nghiên cứu, và thời điểm kết thúc nghiên cứu.

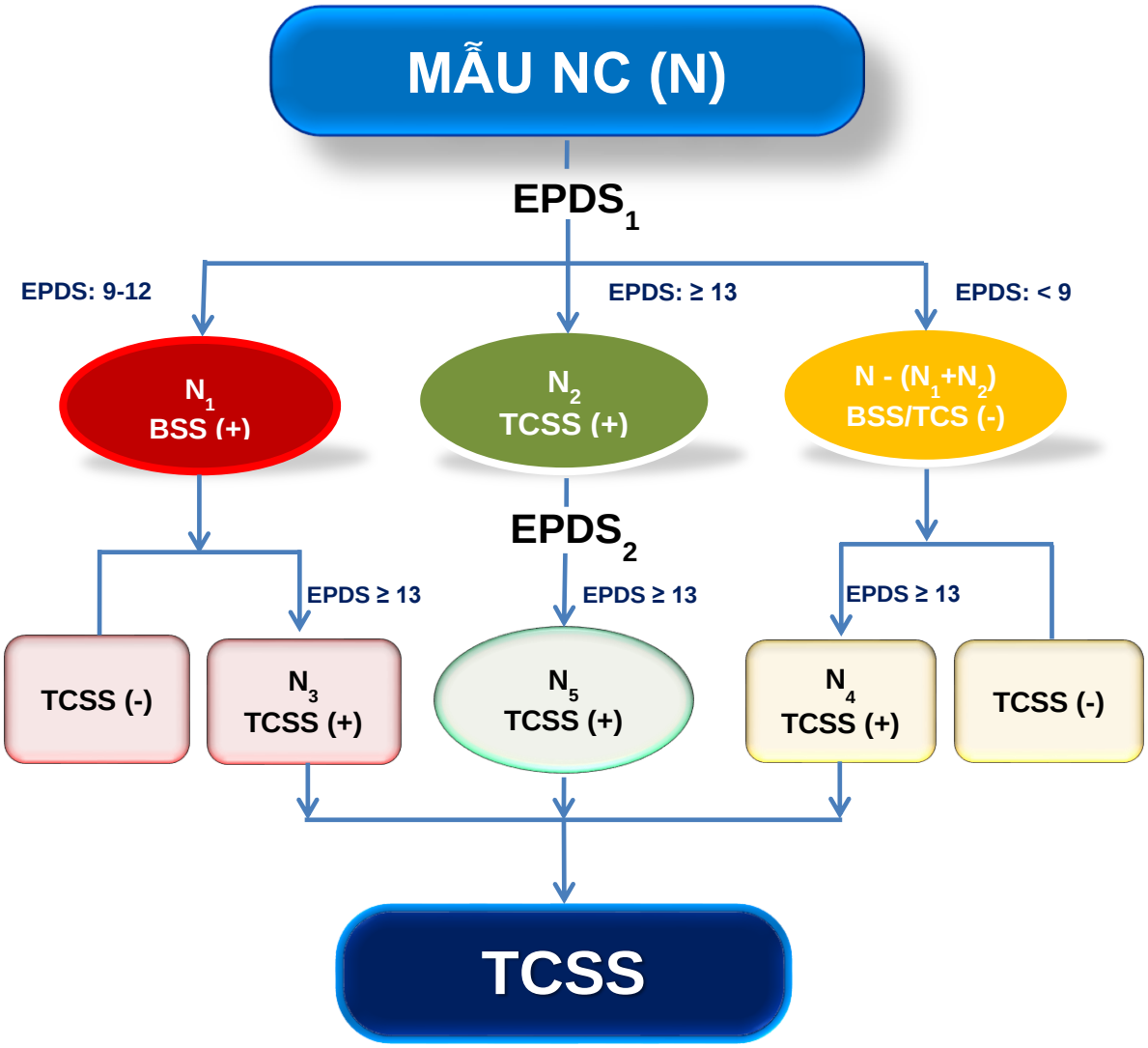
Bí mật của của người tham gia được giữ kín. Mỗi cộng tác viên chỉ biết thông tin của các phụ nữ mà mình phỏng vấn. Nhóm điều hành, người hướng dẫn đề tài, một số bộ phận của Trường Đại học Y Dược Huế được biết thông tin của các phụ nữ khi có nhu cầu. Nếu muốn tiết lộ thông tin của các phụ nữ cho những người khác ngoài những trường hợp nêu trên thì phải có sự đồng ý của các phụ nữ này.

Các thông tin đã được mã hóa và được các phụ nữ đồng ý cho công bố dưới dạng các bài báo cáo nghiên cứu khoa học.

Nghiên cứu không gây tổn hại đến người tham gia (tinh thần, thể xác, vật chất, mối quan hệ xã hội…).



Sơ đồ 2.1 Các bước tiến hành nghiên cứu



Sơ đồ 2.2 Cách tính các tỉ lệ mới mắc của TCSS

N: Mẫu nghiên cứu; **N_1**: Số phụ nữ bị BSS ở giai đoạn 1 ($EPDS_1$); **N_2**: Số phụ nữ bị TCSS ở GĐ1; **N_3**: Số phụ nữ bị TCSS ở giai đoạn 2 ($EPDS_2$) sau khi bị BSS ở GĐ1; **N_4**: Số phụ nữ bị TCSS ở GĐ2 sau khi không bị BSS hoặc TCSS ở GĐ1; **N_5:** Số phụ nữ còn bị TCSS ở GĐ2 sau khi bị TCSS ở GĐ1. Như vậy:

N - (N_1 + N_2) = Số phụ nữ không bị BSS hoặc TCSS vào GĐ1.

Tỉ lệ BSS = N_1: N; Tỉ lệ TCSS ngay GĐ1 = N_2: N

Tỉ lệ TCSS sau khi bị BSS = N_3: N_1

Tỉ lệ TCSS sau khi không bị BSS hoặc TCSS ở GĐ1 = N_4 : [N – (N_1 + N_2)]

* Tỉ lệ mới mắc BSS, sau sinh 1 tuần = N_1 : N

* Tỉ lệ mới mắc TCSS, sau sinh 6 tuần = (N_3 + N_4 + N_5) : N

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA MẪU TRONG NGHIÊN CỨU

3.1.1 Phân bố mẫu ở hai nhóm trong nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi chọn được 612 phụ nữ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào và loại trừ, trong đó có 152 phụ nử nhiễm HIV và 460 phụ nữ không nhiễm HIV. Kết quả nghiên cứu sẽ được chúng tôi trình bày sau đây:

Bảng 3.1 Phân bố mẫu ở hai nhóm trong nghiên cứu

Mẫu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tổng số mẫu trong nghiên cứu	*612*	*100*
Nhiễm HIV	152	24,8
Không nhiễm HIV	460	75,2
Mẫu nhiễm HIV	*152*	*100*
Biết nhiễm HIV trước nhập viện	70	46,1
Biết nhiễm HIV sau nhập viện	82	53,9
Mẫu có sàng lọc HIV(+) khi nhập viện	*104*	*100,0*
XN khẳng định có nhiễm HIV	82	78,8
XN khẳng định không nhiễm HIV	22	21,2

Theo thiết kế nghiên cứu, tổng số mẫu cần có là 560, trong đó nhóm nhiễm HIV là 140 và nhóm không nhiễm HIV là 420. Tuy nhiên, Sau đợt phân tích số liệu và báo cáo một phần của luận án (năm 2014) [14] [15], chúng tôi nhận thấy tỉ lệ mất mẫu khá lớn (gần18% ở nhóm nhiễm HIV) so với dự kiến ban đầu (14%). Vì vậy, chúng tôi quyết định lấy thêm mẫu và đến thời điểm kết thúc lấy mẫu tổng mẫu của hai nhóm là 612 phụ nữ bao gồm nhóm nhiễm HIV 24,8% và nhóm không nhiễm HIV 75,2%, tương đương tỉ lệ 1 : 3 theo thiết kế nghiên cứu.

Trong 152 phụ nữ nhiễm HIV, 46,1% đã biết bị nhiễm trước khi nhập viện và 53,9% mới biết bị nhiễm HIV sau khi nhập viện. Số phụ nữ nhập viện chưa biết

nhiễm HIV và có sàng lọc HIV (+) là 104. Trong đó, 78,8% có kết quả khẳng định nhiễm HIV (n = 82) và 21,2% không nhiễm HIV (n = 22, nhóm phụ nữ này không được tiếp tục đưa vào phần nghiên cứu sau này).

3.1.2 Các đặc điểm chung của hai nhóm

3.1.2.1 Đặc điểm dịch tễ của hai nhóm

Bảng 3.2 Đặc điểm nhân khẩu của hai nhóm

Đặc điểm	Mẫu chung N = 612	Nhiễm HIV n = 152	Không HIV n = 460	Giá trị p
Tuổi				
< 20	40 (6,5)	7 (4,6)	33 (7,2)	
20 – < 35	514 (84,0)	130 (85,5)	384 (83,5)	
≥ 35	58 (9,5)	15 (9,9)	43 (9,3)	0,537
Trung bình	*28 ± 6*	*28 ± 5*	*28 ± 6*	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	*16 - 47*	*17 - 43*	*16 - 47*	
Cư trú				
Nội thành	167 (27,3)	44 (28,9)	123 (26,7)	
Ngoại thành	201 (32,8)	41 (27,0)	160 (34,8)	
Ngoài tỉnh	244 (39,9)	67 (44,1)	177 (38,5)	0,199
Cư trú (nhóm):				
Trong tỉnh	368 (60,1)	85 (55,9)	283 (61,5)	
Ngoài tỉnh	244 (39,9)	67 (44,1)	177 (38,5)	0,221
Tôn giáo				
Có	174 (28,4)	41 (27,0)	133 (28,9)	
Không	438 (71,6)	111 (73,0)	327 (71,1)	0,646
Học vấn				
Dưới THPT	367 (60,0)	114 (75,0)	253 (55,0)	
THPT	186 (30,4)	33 (21,7)	153 (33,3)	
Trên THPT	59 (9,6)	5 (3,3)	54 (11,7)	**< 0,001**

Sự phân bố các đặc điểm nhóm tuổi, nơi cư trú, tôn giáo có khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV, với các giá trị p > 0,05.

Trình độ học vấn ở nhóm nhiễm HIV thấp hơn ở nhóm không nhiễm HIV. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với giá trị p < 0,001.

Bảng 3.3 Đặc điểm kinh tế xã hội của hai nhóm

Đặc điểm	Mẫu chung	Nhiễm HIV	Không HIV	Giá trị p
	N = 612	n = 152	n = 460	
Nghề nghiệp				
Công/viên chức	44 (7,2)	5 (3,3)	39 (8,5)	
Công nhân	324 (52,9)	67 (44 ,1)	257 (55,9)	
Kinh doanh	49 (8,0)	17 (11,2)	32 (6,9)	
Nông nghiệp	28 (4,6)	6 (3,9)	22 (4,8)	
Nghề khác	26 (4,3)	8 (5,3)	18 (3,9)	
Không nghề, nội trợ	141 (23,0)	49 (32,2)	92 (20,0)	**0,003**
Nghề nghiệp (nhóm)				
Có nghề	471 (77,0)	103 (67,8)	368 (80,0)	
Không nghề/Nội trợ	141 (23,0)	49 (32,2)	92 (20,0)	**0,002**
Nghề nghiệp ổn định				
Có	436 (70,8)	79 (52,0)	357 (77,6)	
Không	176 (29,2)	73 (48,0)	103 (22,4)	**< 0,001**
Kinh tế gia đình				
Đủ sống/Dư giả	523 (85,5)	115 (75,7)	408 (88,7)	
Khó khăn	89 (14,5)	37 (24,3)	52 (11,3)	**< 0,001**
Nhà ở				
Nhà riêng	305 (49,8)	50 (32,9)	255 (55,4)	
Chung nhà người khác	207 (33,9)	53 (34,9)	154 (33,5)	
Nhà trọ	100 (16,3)	49 (32,2)	51 (11,1)	**< 0,001**

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các giá trị p < 0,05 giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV về sự phân bố dân số ở một số đặc điểm thuộc kinh tế xã hội. Cụ thể là các đặc điểm nghề nghiệp, có việc làm hay thất nghiệp, sự ổn định nghề nghiệp, tình trạng kinh tế gia đình khó khăn hay đủ sống và vấn đề nhà ở riêng hay phải ở nhà của người khác.

3.1.2.2 Đặc điểm tiền sử của hai nhóm

Bảng 3.4 Đặc điểm tiền sử của hai nhóm

Đặc điểm	Mẫu chung	Nhiễm HIV	Không HIV	Giá trị p
	N = 612	n = 152	n = 460	
Nghiện chất	*Có*	*Có*	*Có*	
Rượu	7 (1,1)	6 (4,0)	1 (0,2)	**0,001**[¢]
Thuốc lá	3 (0,5)	2 (1,3)	1 (0,2)	0,154[¢]
Ma túy	4 (0.7)	2 (1,3)	2 (0,4)	0,259[¢]
Ít nhất một chất	15 (2,5)	10 (6,6)	5 (1,1)	**0,001**[¢]
Trầm cảm				
Có	24 (3,9)	11 (7,2)	13 (2,8)	
Không	535 (87,4)	123 (80,9)	412 (89,6)	**0.011**
Không biết	53 (8,7)	18 (11,9)	35 (7,6)	
Phá thai				
Có	94 (15,4)	35 (23,0)	59 (12,8)	
Không	518 (84,6)	117 (77,0)	401 (87,2)	**0,002**
Số con đã có				
Chưa có	276 (45,1)	60 (39,5)	216 (47,0)	
Một con	269 (44,0)	73 (48,0)	196 (42,6)	0,269
Hai con trở lên	67 (10.9)	19 (12,5)	48 (10,4)	

[¢]: Phép kiểm Fisher chính xác

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phụ nữ nhiễm HIV và nhóm phụ nữ không nhiễm HIV về một số đặc điểm tiền sử của hai nhóm. Đó là các đặc điểm tình trạng nghiện rượu và tình trạng lệ thuộc ít nhất một chất gây nghiện ($p < 0,05$), tỉ lệ phụ nữ đã có phá thai trước lần sinh này ($p < 0,05$), và tỉ lệ phụ nữ có tiền sử trầm cảm ($p < 0,05$).

Sự khác biệt về phân bố số con đã có trong mỗi gia đình ở hai nhóm trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê, với giá trị $p > 0,05$.

3.1.2.3 Đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm

Bảng 3.5 Đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm

Đặc điểm	Mẫu chung	Nhiễm HIV	Không HIV	Giá trị p
	N = 612	n = 152	n = 460	
Thời gian chung sống				
≤ 1 năm	162 (26,5)	32 (21,1)	130 (28,3)	
>1 - 5 năm	291 (47,5)	85 (55,9)	206 (44,8)	0,052
> 5 năm	159 (26,0)	35 (23,0)	124 (26,9)	
Thời gian trung vị	*1,0 2,0 6,0*	*2,0 3,0 5,0*	*1,0 2,0 6,0*	
Thời gian ngắn nhất - lâu nhất	*1 - 29*	*1 - 12*	*1 - 29*	
Đăng ký kết hôn				
Có	530 (86,6)	104 (68,4)	426 (92,6)	
Không	82 (13,4)	48 (31,6)	34 (7,4)	< **0,001**
Hôn nhân hiện tại				
Chung sống	593 (96,9)	138 (90,8)	455 (98,9)	
Không chung sống	19 (3,1)	14 (9,2)	5 (1,1)	< **0.001**[¢]
Quan hệ vợ chồng trước sinh				
Tốt/bình thường	569 (93,0)	127 (83,5)	442 (96,1)	
Không hạnh phúc	43 (7,0)	25 (16,5)	18 (3,9)	< **0,001**
Bạo lực gia đình				
Có	58 (9,5)	31 (20,4)	27 (5,9)	
Không	554 (90,5)	121 (79,6)	433 (94,1)	< **0,001**
"Quan hệ" ngoài chồng				
Có	76 (12,4)	60 (39,5)	16 (3,5)	
Không	536 (87,6)	92 (60,5)	444 (96,5)	< **0,001**

[¢]: Phép kiểm Fisher chính xác

Sự phân bố các yếu tố trong đặc điểm hôn nhân - gia đình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV với các giá trị p < 0,001. Ngoại trừ yếu tố thời gian vợ chồng chung sống là không có sự khác biệt giữa hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV với giá trị p > 0,05.

3.1.2.4 Đặc điểm sản khoa trong lần sinh này của hai nhóm

Bảng 3.6 Đặc điểm sản khoa trong lần sinh này của hai nhóm

Đặc điểm	Mẫu chung	Nhiễm HIV	Không HIV	Giá trị p
	N = 612	n = 152	n = 460	
Mong đợi có thai				
Có	517 (84,5)	118 (77,6)	399 (86,7)	
Không	95 (15,5)	34 (22,4)	61 (13,3)	**0,007**
Nếu không, đã định bỏ thai?	*N = 94*	*n = 33*	*n = 61*	
Có	28 (29,8)	16 (48,5)	12 (19,7)	
Không	66 (70,2)	17 (51,5)	49 (80,3)	**0,004**
Phương pháp sinh				
Sinh ngã dưới	379 (61,9)	105 (69,1)	274 (59,6)	
Sinh mổ	233 (38,1)	47 (30,9)	186 (40,4)	**0,036**
Tình trạng sức khỏe con				
Khoẻ	582 (95,1)	139 (91,5)	443 (96,3)	
Yếu hoặc chết	30 (4,9)	13 (8,5)	17 (3,7)	**0,016**
Nuôi con bằng sữa mẹ				
Hoàn toàn	292 (47,7)	4 (2,6)	288 (62,6)	
Không hoàn toàn	174 (28,4)	9 (5,9)	165 (35,9)	
Không sữa mẹ	146 (23,9)	139 (91,5)	7 (1,5)	**<0,001**

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ có thai ngoài dự tính giữa hai nhóm, nhóm không nhiễm HIV thấp hơn so với nhiễm HIV ($p < 0,05$). Đồng thời cũng có khác biệt giữa hai nhóm về ý định bỏ thai khi người phụ nữ có thai ngoài dự tính ($p < 0,05$), khoảng 48,5% phụ nữ thuộc nhóm nhiễm HIV muốn bỏ thai (một người từ chối trả lời) so với 19,7% phụ nữ thuộc nhóm không nhiễm HIV muốn bỏ thai.

Mặt khác, giữa hai nhóm cũng có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về sự phân bố các đặc điểm phương pháp sinh, tình trạng sức khỏe của con, và nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn.

3.1.2.5 Đặc điểm tâm lý sau sinh của hai nhóm

Bảng 3.7 Đặc điểm tâm lý sau sinh của hai nhóm

Đặc điểm	Mẫu chung	Nhiễm HIV	Không HIV	Giá trị p
	N = 612	n = 152	n = 460	
Lo lắng/con không sữa mẹ	*N = 146*	*n = 139*	*n = 7*	
Có	120 (82,2)	114 (82,0)	6 (85,7)	
Không	26 (17,8)	25 (18,0)	1 (14,3)	1,000¢
Nuôi con sau sinh				
Tự nuôi	553 (90,4)	132 (86,8)	421 (91,5)	
Không tự nuôi	59 (9,6)	20 (13,2)	39 (8,5)	0.090
Hỗ trợ chăm sóc con	*Có*	*Có*	*Có*	
Chồng	479 (78,3)	106 (69,7)	373 (81,1)	**0,003**
Gia đình phụ nữ	201 (32,8)	51 (33,5)	150 (32,6)	0,830
Gia đình chồng	166 (27,1)	35 (23,0)	131 (28,5)	0,190
Người khác	1 (0,2)	0 (0.0)	1 (0,2)	1,000¢
Không ai hỗ trợ	16 (2,6)	9 (5,9)	7 (1,5)	**0.006¢**
Quan hệ vợ chồng sau sinh				
Tốt hơn/không đổi	588 (96,1)	132 (86,8)	456 (99,1)	
Xấu đi	24 (3,9)	20 (13,2)	4 (0,9)	**< 0,001**

¢: Phép kiểm Fisher chính xác

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các bà mẹ nhiễm HIV và không nhiễm HIV ở đặc điểm tâm trạng lo lắng khi con không bú sữa mẹ hoặc khi họ có tự mình nuôi con hay không, với các giá trị $p > 0,05$.

Tỉ lệ các bà mẹ được hỗ trợ chăm sóc con ở hai nhóm rất cao, từ khoảng 95% trở lên. Tỉ lệ các bà mẹ được chồng cùng chăm sóc con ở nhóm không nhiễm cao hơn nhóm nhiễm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên tình trạng các bà mẹ không được ai hỗ trợ chăm sóc con ở nhóm không nhiễm lại thấp hơn ở nhóm nhiễm HIV, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Cũng có khác biệt giữa hai nhóm về mối quan hệ vợ chồng sau sinh, tỉ lệ quan hệ xấu đi ở nhóm nhiễm HIV cao hơn, với $p < 0,001$.

3.2 TỈ LỆ TRẦM CẢM SAU SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÓM PHỤ NỮ NHIỄM HIV

3.2.1 Đặc điểm riêng của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

3.2.1.1 Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền HIV mẹ - con của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.8 Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền mẹ - con của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	Nhiễm HIV (N = 152)	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
TCD4 của mẹ		
≥ 350/mL	59	38,8
< 350/mL	31	20,4
Không biết	62	40,8
PCR của con		
PCR (-)	96	63,2
PCR (+)	10	6,6
Không xét nghiệm	46	30,2
Thời điểm mẹ phát hiện nhiễm HIV		
Trước có thai	60	39,5
Mang thai	10	6,6
Chuyển dạ và sau sinh	82	53,9
Dự phòng ARV cho mẹ		
Trước có thai	41	27,0
Mang thai	23	15,1
Trong chuyển dạ/sau sinh	79	52,0
Không dự phòng	9	5,9
Dự phòng ARV cho con		
Có	129	84,9
Không	23	15,1
Tư vấn DPLTMC cho mẹ		
Có	138	90,8
Không	14	9,2
Mẹ lo sợ con nhiễm HIV		
Có	145	95,4
Không	7	4,6

3.2.1.2 Đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.9 Đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	Nhiễm HIV (N = 152)	
	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Chồng nhiễm HIV		
Có	46	30,2
Không	34	22,4
Không biết	72	47,4
Nghi bị lây nhiễm HIV từ:	*N = 151*	
Chồng	38	25,2
Bạn tình	25	16,5
Nguồn khác	27	17,9
Không biết	61	40,4
Tiết lộ bệnh		
Có	128	84,2
Không	24	15,8
Người đã được tiết lộ	*Có (n)*	*Có (%)*
Chồng	117	91,4
Cha mẹ	61	47,7
Anh chị em	29	22,7
Bạn thân	4	3,1
Bạn tình	2	1,6
Người khác	3	2,3
Mặc cảm bị nhiễm HIV		
Có	115	75,7
Không	37	24,3
Mặc cảm có lỗi với gia đình		
Có	121	79,6
Không	31	20,4
Tâm trạng của mẹ khi con có PCR (+)	*Không (n, %)*	*Có (n, %)*
Tâm trạng bi quan (tuyệt vọng, có lỗi, bỏ con)	0 (0,0)	10 (100,0)

3.2.1.3 Đặc điểm hỗ trợ cộng đồng của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.10 Đặc điểm hỗ trợ cộng đồng của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	Nhiễm HIV (N = 152)	
	Có hỗ trợ (n, %)	Không hỗ trợ (n, %)
Hỗ trợ gia đình	103 (67,8)	49 (32,2)
Hỗ trợ xã hội		
Hàng xóm	0 (0,0)	152 (100,0)
Bạn	10 (6,6)	142 (93,4)
Địa phương	2 (1,3)	150 (98,7)
Tổ chức tôn giáo	5 (3,3)	147 (96,7)
Tổ chức xã hội khác	82 (53,9)	70 (46,1)
Hỗ trợ xã hội (gộp)	*69 (45,4)*	*83 (54,6)*

Kết quả nghiên cứu các đặc điểm riêng của nhóm phụ nữ nhiễm HIV như sau:

- *Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền mẹ - con (Bảng 3.8):*

Có khoảng 59,2% bà mẹ biết số lượng TCD4 của họ và 40,8% bà mẹ không biết số lượng TCD4 của mình. Tỉ lệ trẻ có xét nghiệm PCR_1 (+) khoảng 6,6% (n=10). Tuy nhiên, chỉ có 69,8% trẻ được xét nghiệm PCR_1.

Có đến 53,9% bà mẹ mới biết nhiễm HIV khi chuyển dạ và sau sinh. Tỉ lệ bà mẹ được dự phòng ARV là 94,1%, trong khi tỉ lệ dự phòng ARV cho con của họ chỉ khoảng 84,9%.

Khoảng 90,8% phụ nữ được tư vấn đầy đủ DPLTMC. Tuy nhiên, có đến 95,4% các phụ nữ vẫn còn cảm thấy lo sợ con bị lây nhiễm HIV sau này.

- *Đặc điểm tâm lý xã hội (Bảng 3.9):*

Khoảng 30,2% phụ nữ biết chồng nhiễm HIV, có đến 41,7% phụ nữ nghi bị nhiễm HIV từ chồng (25,2%) hoặc bạn tình (16,5%) của họ và 40,4% phụ nữ không biết bị nhiễm HIV từ đâu! Đa số phụ nữ (84,2%) tiết lộ tình trạng nhiễm HIV của mình với người thân của họ, hầu hết với chồng (91,4%) và với cha mẹ (47,7%). Tuy nhiên số phụ nữ có mặc cảm nhiễm HIV và/hoặc mặc cảm có lỗi với gia đình vẫn chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 75,7% và 79,6%.

Mẹ có tâm trạng bi quan khi con bị nhiễm HIV (PCR (+)) nguy cơ TCSS 100%.

- *Đặc điểm hỗ trợ cộng đồng (Bảng 3.10):*

Số phụ nữ nhiễm HIV được gia đình hỗ trợ chiếm tỉ lệ 67,8%. Tuy nhiên chỉ có 56,6% số phụ nữ nhiễm HIV được sự trợ giúp từ xã hội, trong đó sự hỗ trợ của cộng đồng gần nơi ở của các phụ nữ có tỉ lệ thấp nhất (hàng xóm 0%; địa phương 1,3%) có lẽ do phụ nữ che dấu. Các tổ chức xã hội khác như nhóm đồng đẳng, từ thiện đã chiếm tỉ lệ hỗ trợ cao (53,9%) nhờ các chương trình hỗ trợ từ nguồn ngân sách và quyên góp.

3.2.2 Tỉ lệ trầm cảm sau sinh, theo điểm cắt EPDS, ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.11 Tỉ lệ TCSS, theo điểm cắt EPDS, ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV

TCSS	Nhiễm HIV (N = 152)	
	Tần số (n)	**Tỉ lệ (%)**
Giai đoạn sau sinh một tuần/$EPDS_1$		
Có	100	65,8
Không	52	34,2
*Điểm trung bình $EPDS_1$**	*19 ± 4*	
Điểm nhỏ nhất - lớn nhất	*13 - 30*	
Giai đoạn sau sinh sáu tuần /$EPDS_2$		
Có	94	61,8 (KTC 95%: 53,6- 69,5)
Không	58	38,2
*Điểm trung bình $EPDS_2$**	*18 ± 3*	
Điểm nhỏ nhất - lớn nhất	*14 - 28*	

(*): Các EPDS có tổng điểm từ 13 đến 30: rất có thể mắc trầm cảm sau sinh

Ở giai đoạn sau sinh trong vòng một tuần: tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV mắc TCSS là 65,8% (KTC 95%: 53,6 - 69,5). Điểm trung bình EPDS của các phụ nữ nhiễm HIV trong giai đoạn này là 19 ± 4. Trong đó tổng số điểm của thang EPDS nhỏ nhất là 13 và lớn nhất là 30.

Ở giai đoạn sau sinh trong vòng 6 tuần: tỉ lệ tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV mắc TCSS là 61,8 % . Điểm trung bình EPDS của các phụ nữ nhiễm HIV trong giai đoạn này là 18 ± 3. Trong đó tổng số điểm của thang EPDS nhỏ nhất là 14 và lớn nhất là 28.

3.2.3 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

3.2.3.1 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm dịch tễ của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.12 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhân khẩu của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Tuổi				
< 20	4 (57,1)	3 (42,9)	1	
20 – < 35	78 (60,0)	52 (40,0)	1,05 (0,54 - 2,03)	0,885
≥ 35	12 (80,0)	3 (20,0)	1,40 (0,70 - 2,80)	0,341
Cư trú				
Trong tỉnh	45 (52,9)	40 (47,1)		
Ngoài tỉnh	49 (73,1)	18 (26,9)	0,72 (0,56 - 0,93)	**0,011**
Học vấn				
Dưới THPT	74 (64,9)	40 (35,1)	1	
THPT	19 (57,6)	14 (42,4)	0,89 (0,64 - 1,23)	0,467
Trên THPT	1 (20,0)	4 (80,0)	0,31 (0,05 - 1,80)	0,191
Tôn giáo				
Có	18 (43,9)	23 (56,1)		
Không	76 (68,5)	35 (31,5)	0,64 (0,44 - 0,93)	**0,006**

Nhóm tuổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tuổi của nhóm phụ nữ nhiễm HIV, với giá trị p > 0,05.

Cư trú: Nghiên cứu nhận thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm nơi cư trú của nhóm phụ nữ nhiễm HIV, có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,05. Phụ nữ là người địa phương giảm nguy cơ TCSS 28% so với phụ nữ nhập cư (p < 0,05).

Học vấn: Không có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm học vấn của nhóm phụ nữ nhiễm HIV, với giá trị p > 0,05.

Tôn giáo: Phụ nữ đang theo một tôn giáo giảm nguy cơ TCSS 36% so với phụ nữ không theo tôn giáo nào, liên quan có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.13 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm kinh tế xã hội của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Nghề nghiệp				
Có nghề	57 (55,3)	46 (44,7)		
Không nghề/nội trợ	37 (75,5)	12 (24,5)	1,36 (1,07 - 1,72)	**0,017**
Nghề nghiệp ổn định				
Có	44 (55,7)	35 (44,3)		
Không	50 (68,5)	23 (31,5)	1,23 (0,96 - 1,59)	0,105
Kinh tế gia đình				
Đủ sống, dư giả	71 (61,7)	44 (38,3)		
Khó khăn	23 (62,2)	14 (37.8)	0,99 (0,74 - 1,33)	0,963
Nhà ở				
Nhà riêng	32 (64,0)	18 (36,0)	1	
Chung nhà người khác	26 (49,1)	27 (50,9)	0,77 (0,54 - 1,08)	0,131
Nhà trọ	36 (73,5)	13 (26,5)	1,15 (0,88 - 1,50)	0,314

Nghề nghiệp: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) giữa TCSS và đặc điểm nghề nghiệp của nhóm phụ nữ nhiễm HIV. Phụ nữ không nghề và/hoặc làm nội trợ có nguy cơ TCSS cao hơn 1,36 lần so với phụ nữ đang có việc làm.

Nghề nghiệp ổn định: Mặc dù theo kết quả ghi nhận ở phụ nữ nhiễm HIV, người không ổn định nghề nghiệp và/hoặc không nghề/nội trợ trong một năm trở lại đây có tỉ lệ TCSS cao hơn người có nghề ổn định trong thời gian này 1,23 lần. Tuy nhiên mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm này không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05.

Kinh tế gia đình: Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm kinh tế gia đình của nhóm phụ nữ nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), tỉ lệ TCSS ổ phụ nữ dư giả hoặc đủ sống (61,7%) tương đương tỉ lệ TCSS (62,2%) ở phụ nữ khó khăn.

Nhà ở: Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhà ở của nhóm phụ nữ nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05.

3.2.3.2 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm tiền sử của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.14 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (TCK 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Nghiện chất				
Có	4 (40,0)	6 (60,0)		
Không	90 (63,4)	52 (36,6)	1,58 (0,73 - 3,42)	0,182
Trầm cảm				
Có	6 (54,5)	5 (45,5)		
Không/không biết	88 (62,4)	53 (37,6)	0,87 (0,50 - 1,52)	0,749
Phá thai				
Có	21 (60,0)	14 (40,0)		
Không	73 (62,4)	44 (37,6)	0,96 (0,71 - 1,30)	0,798
Số con đã có				
Chưa có	39 (65,0)	21 (35,0)	1	
Một con	45 (61,6)	28 (38,4)	0,95 (0,73 - 1,23)	0,690
Hai con trở lên	10 (52,6)	9 (47,4)	0,81 (0,51 - 1,29)	0,375

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử của nhóm phụ nữ nhiễm HIV:

Nghiện chất: Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm lệ thuộc ít nhất một chất gây nghiện bao gồm rượu, thuốc lá, ma túy của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05.

Trầm cảm: Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm có tiền sử trầm cảm của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05.

Phá thai: Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm có tiền sử phá thai, nội khoa hay ngoại khoa, của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05.

Số con đã có: Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm số con đã có trước lần sinh này của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05.

3.2.3.3 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm hôn nhân - gia đình của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.15 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm hôn nhân gia đình của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Thời gian chung sống				
≤ 1 năm	21 (65,6)	11 (34,4)	1	
>1 - 5 năm	49 (57,6)	36 (42,4)	0,88 (0,64 - 1,20)	0,414
> 5 năm	24 (68,6)	11 (31,4)	1,04 (0,75 - 1,46)	0,799
Đăng ký kết hôn				
Có	63 (60,6)	41 (39,4)		
Không	31 (64,6)	17 (35,4)	0,94 (0,72 - 1,22)	0,636
Hôn nhân hiện tại				
Chung sống	84 (60,9)	54 (39,1)		
Không chung sống	10 (71,4)	4 (28,6)	0,85 (0,60 - 1,22)	0,438
Quan hệ vợ chồng trước sinh				
Tốt/bình thường	77 (60,6)	50 (39,4)		
Không tốt	17 (68,0)	8 (32,0)	0,89 (0,66 - 1,21)	0,488
Bạo lực gia đình				
Có	20 (64,5)	11 (35,5)		
Không	74 (61,2)	47 (38,8)	1,05 (0,78 - 1,42)	0.731
"Quan hệ" ngoài chồng				
Có	35 (58,3)	25 (41,7)		0,472
Không	59 (64,1)	33 (35,9)	0,91 (0,70 - 1,18)	0,414

Bảng 3.15: cho các kết quả phân tích các mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm về tình trạng hôn nhân và gia đình. Chúng tôi nhận thấy mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm về hôn nhân - gia đình của nhóm phụ nữ nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p > 0,05.

3.2.3.4 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm sản khoa lần này của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.16 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sản khoa lần này của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Mong đợi có thai				
Có	75 (63,6)	43 (36,4)		
Không	19 (55,9)	15 (44,1)	1,14 (0,82 - 1,58)	0,417
Nếu không, có định bỏ thai?	*n = 18*	*n = 15*		
Có	7 (43,7)	9 (56,3)		
Không	11 (64,7)	6 (35,3)	0,68 (0,35 - 1,30)	0,227
Phương pháp sinh				
Sinh ngã dưới	68 (64,8)	37 (35,2)		
Sinh mổ	26 (55,3)	21 (44,7)	0,85 (0,64 - 1,15)	0,268
Tình trạng sức khỏe con				
Khoẻ	86 (61,9)	53 (38,1)		
Yếu hoặc chết	8 (61,5)	5 (38,5)	0,99 (0,63 - 1,56)	0,981
Nuôi con bằng sữa mẹ				
Có	7 (53,8)	6 (46,2)		
Không	87 (62,6)	52 (37,4)	0,86 (0,51 - 1,45)	0,535

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm mong đợi có thai của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05. Tương tự, mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm có ý định bỏ thai của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05 (có một phụ nữ không trả lời câu hỏi này).

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm phương pháp sinh của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05. Tương tự, mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tình trạng sức khỏe của con của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05. Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm nuôi con bằng sữa mẹ của nhóm phụ nữ nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê, với giá trị p > 0,05.

3.2.3.5 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm tâm lý sau sinh của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.17 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý sau sinh của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Lo khi con không sữa mẹ		*n=139*		
Có	74 (64,9)	40 (35,1)		
Không	13 (52,0)	12 (48,0)	1,25 (0,84 - 1,86)	0,227
Nuôi con sau sinh				
Tự nuôi	80 (60,6)	52 (39,4)		
Không tự nuôi	14 (70,0)	6 (30,0)	1,55 (0,84 - 1,59)	0,420
Hỗ trợ chăm sóc con				
Có hỗ trợ	89 (62,2)	54 (37,8)		
Không có hỗ trợ	5 (55,6)	4 (44,4)	0,89 (0,49 - 1,62)	0,732[¢]
Quan hệ vợ chồng sau sinh				
Tốt hơn/Không đổi	81 (61,4)	51 (38,6)		
Xấu đi	13 (65,0)	7 (35,0)	1,06 (0,75 - 1,50)	0,755

[¢]: Phép kiểm Fisher chính xác

Kết quả phân tích các mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý sau sinh của nhóm phụ nữ nhiễm HIV như sau:

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm lo lắng cho sức khỏe của con khi con không bú sữa mẹ của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê với giá trị p > 0,05.

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm mẹ tự nuôi con sau sinh của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê với giá trị p > 0,05.

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm được người khác hỗ trợ chăm sóc con của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê với giá trị p > 0,05.

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm quan hệ vợ chồng sau sinh của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê với giá trị p > 0,05.

3.2.3.6 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm sinh học, dự phòng lây truyền mẹ - con của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.18 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sinh học, dự phòng lây truyền mẹ-con

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Thời điểm mẹ biết nhiễm HIV				
Trước có thai	29 (50,8)	31 (49,2)	1	
Mang thai	5 (50,0)	5 (50,0)	1,03 (0,53 - 2,03)	0,922
Chuyển dạ/sau sinh	60 (73,2)	22 (26,8)	1,51 (1,13 - 2,03)	**0,006**
Tư vấn DPLTMC cho mẹ				
Có	86 (62,3)	52 (37,7)		
Không	8 (57,1)	6 (42,9)	1,09 (0,68 - 1,75)	0,704
Dự phòng ARV cho mẹ				
Có	88 (61,5)	55 (38,5)		
Không	6 (66,7)	3 (33,3)	0,92 (0,57 - 1,49)	1,000[¢]
Dự phòng ARV cho con				
Có	83 (64,3)	46 (35,7)		
Không	11 (47,8)	12 (52,2)	1,35 (0,86 - 2,11)	0,133
TCD4 của mẹ				
≥ 350/mL	34 (57,6)	25 (42,4)	1	
< 350/mL	19 (61,3)	12 (38,7)	0,94 (0,66 - 1,34)	0,735
Không biết	41 (66,1)	21 (33,9)	1,08 (0,77 - 1,50)	0,654
PCR của con				
PCR (-)	60 (62,5)	36 (37,5)	1	
PCR (+)	10 (100,0)	0 (0,0)	1,60 (1,37 - 1,87)	**< 0,001**
Không XN	24 (52,2)	22 (47,8)	0,83 (0,61 - 1,15)	0,266
Mẹ lo sợ con bị nhiễm HIV				
Có	92 (63,4)	53 (36,6)		
Không	2 (28,6)	5 (71,4)	2,22 (0,68 - 7,21)	0,106[¢]

Có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm phụ nữ phát hiện bị nhiễm HIV (p < 0,05): phụ nữ phát hiện nhiễm HIV khi chuyển dạ sinh sẽ có nguy cơ TCSS cao hơn so với phụ nữ phát hiện bị nhiễm HIV trước khi có thai. Không có mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm: mẹ được tư vấn phòng LTMC, dự phòng ARV cho mẹ, dự phòng ARV cho con, số lượng tế bào TCD4 của mẹ và mẹ lo sợ con bị nhiễm HIV, với các giá trị p > 0,05. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và đặc điểm mẹ có con bị nhiễm HIV (PCR_1 (+)), với giá trị p < 0,001.

3.2.3.7 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.19 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Chồng nhiễm HIV		*n = 57*		
Có	33 (71,7)	13 (28,3)	1	
Không	16 (48,5)	17 (51,5)	1,48 (1,07 - 2,20)	**0,049**
Không biết	45 (62,5)	27 (37,5)	1,29 (0,87 - 1,92)	0,209
Nghi bị lây nhiễm HIV từ:		*n = 57*		
Chồng	27 (71,1)	11 (28,9)	1	
Bạn tình	16 (64,0)	9 (36,0)	0,90 (0,63 - 1,29)	0,568
Người khác	12 (44,4)	15 (55,6)	0,63 (0,39 - 1,00)	0,051
Không biết	39 (63,9)	22 (36,1)	0,90 (0,68 - 1,19)	0,475
Tiết lộ bệnh				
Có	77 (60,2)	51 (39,8)		
Không	17 (70,8)	7 (29,2)	0,85 (0,63 - 1,14)	0,323
Người được tiết lộ	*Có*	*Có*		
Chồng	72 (60,5)	47 (39,5)	1,04 (0,63 - 1,71)	1,000[¢]
Cha mẹ	30 (49,2)	31 (50,8)	0,70 (0,52 – 1,00)	0,051
Anh chị em	13 (44,8)	16 (55,2)	0,69 (0,45 - 1,06)	0,053
Bạn thân	0 (0,0)	4 (100,0)	0	0,023[¢]
Bạn tình	1 (50,0)	1 (50,0)	0,83 (0,21 - 3,33)	1,000[¢]
Người khác	1 (33,3)	2 (66,7)	0,55 (0,11 - 2,73)	0,562
Mặc cảm bị nhiễm HIV				
Có	83 (72,2)	32 (27,8)		
Không	11 (29,7)	26 (70,3)	2,43 (1,46 - 4,04)	**<0,001**
Mặc cảm có lỗi với gia đình				
Có	83 (68,6)	38 (31,4)		
Không	11 (35,5)	20 (64,5)	1,93 (1,18 - 3,15)	**<0,001**

[¢]: Phép kiểm Fisher chính xác

Kết quả phân tích các mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm phụ nữ nhiễm HIV như sau:

Có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm phụ nữ có chồng nhiễm HIV, người có chồng nhiễm HIV nguy cơ TCSS cao hơn người có chồng không nhiễm ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm các nguồn lây bệnh HIV mà người phụ nữ nghi đã lây nhiễm cho mình không có ý nghĩa thống kê, với các giá trị $p > 0,05$.

Không có liên quan giữa TCSS và đặc điểm phụ nữ tiết lộ bị nhiễm HIV với người khác ($p > 0,05$).

Không xác định được mối liên quan giữa TCSS và sự tiết lộ nhiễm HIV của phụ nữ với bạn thân do số mẫu quá nhỏ.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và một số đặc điểm phụ nữ có mặc cảm bị nhiễm HIV ($p < 0,001$) và/hoặc mặc cảm có lỗi với gia đình họ ($p < 0,001$).

3.2.3.8 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm hỗ trợ cộng đồng của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Bảng 3.20 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm hỗ trợ cộng đồng của nhóm nhiễm HIV

Đặc điểm	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Hỗ trợ gia đình				
Có	59 (57,3)	44 (42,7)		
Không	35 (71,4)	14 (28,6)	0,80 (0,63 - 1,02)	0,093
Hỗ trợ xã hội				
Có	30 (43,5)	39 (56,5)		
Không	64 (77,1)	19 (22,9)	0,56 (0,42 - 0,76)	**0,001**

Không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm hỗ trợ gia đình ($p>0,05$), nhưng có mối liên quan giữa đặc điểm hỗ trợ xã hội và TCSS, với giá trị $p<0,01$.

3.2.2.9 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm của nhóm phụ nữ nhiễm HIV trong mô hình hồi quy Poisson đa biến

Bảng 3.21 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm của nhóm nhiễm HIV trong mô hình hồi quy Poisson đa biến

Biến số	RR	KTC 95%	Giá trị p
Chồng không nhiễm HIV	0,69	0,49 - 0,96	**0,031**
Có hỗ trợ xã hội	0,77	0,59 - 0,99	**0,049**
Con nhiễm HIV	1,28	1,02 - 1,60	**0,032**
Thất nghiệp	1,35	1,09 - 1,66	**0,006**
Thời điểm mẹ biết nhiễm HIV trong chuyển dạ/sau sinh	1,69	1,27 - 2,25	< **0,001**
Có mặc cảm nhiễm HIV	2,08	1,28 - 3,36	**0,003**

Sau khi kiểm soát các yếu tố liên quan TCSS, một số đặc điểm của nhóm phụ nữ nhiễm HIV dưới đây thực sự là yếu tố nguy cơ TCSS:

(1). Phụ nữ nhiễm HIV được hỗ trợ xã hội giảm nguy cơ TCSS 23% (RR = 0,77; KTC 95%: 0,59 - 0,99) so với phụ nữ không được hỗ trợ xã hội.

(2). Phụ nữ có chồng không nhiễm HIV giảm nguy cơ TCSS 31% (RR = 0,69; KTC 95%: 0,49 - 0,96) so với phụ nữ có chồng nhiễm HIV.

(3). Phụ nữ có con nhiễm HIV có nguy cơ TCSS cao hơn 1,28 lần (RR = 1,28; KTC 95%: 1,02 - 1,60) so với phụ nữ có con không nhiễm HIV.

(4). Phụ nữ nhiễm HIV bị thất nghiệp có nguy cơ TCSS cao hơn 1,35 lần (RR = 1,35; KTC 95%: 1,09 - 1,66) so với phụ nữ không thất nghiệp.

(5). Phụ nữ biết nhiễm HIV trong chuyển dạ/sau sinh có nguy cơ TCSS cao hơn 1,69 lần (RR = 1,69; KTC 95%: 1,27 - 2,25) so với phụ nữ biết nhiễm HIV trước khi có thai.

(6). Phụ nữ mặc cảm nhiễm HIV có nguy cơ TCSS cao hơn 2,08 lần (RR = 2,08; KTC 95%: 1,28 - 3,36) so với phụ nữ không có mặc cảm này.

3.3 SO SÁNH TỈ LỆ TRẦM CẢM SAU SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN GIỮA HAI NHÓM PHỤ NỮ NHIỄM HIV VÀ KHÔNG NHIỄM HIV

3.3.1 Khác biệt về tỉ lệ trầm cảm sau sinh giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Bảng 3.22 Khác biệt về tỉ lệ TCSS, theo điểm cắt EPDS, giữa hai nhóm

TCSS	Nhiễm HIV (n = 152)	Không HIV (n = 460)	Giá trị p
BSS ($EPDS_1$)			
Có	20 (13,2)	108 (23,5)	
Không	132 (86,8)	352 (76,5)	**0,007**
TCSS 1 tuần ($EPDS_1$)			
Có	100 (65,8)	52 (11,3)	
Không	52 (34,2)	408 (88,7)	< **0,001**
*Điểm trung bình EPDS (13 - 30)**	*19 ± 4*	*15 ± 3*	
Điểm nhỏ nhất - lớn nhất	*13 - 30*	*13 - 26*	
TCSS 6 tuần ($EPDS_2$)/BSS	*n = 20*	*n = 108*	
Có	7 (35,0)	21 (19,4)	
Không	13 (65,0)	87 (80,6)	0,144¢
TCSS 6 tuần /TCSS 1 tuần (+)	*n = 100*	*n = 52*	
Có	83 (83,0)	21 (40,4)	
Không	17 (17,0)	31 (59,6)	< **0,001**
TCSS 6 tuần /TCSS 1 tuần (-)	*n = 52*	*n = 408*	
Có	11 (21,2)	37 (9,1)	
Không	41 (78,8)	371 (90,9)	**0,014**¢
TCSS 6 tuần			
Có	94 (61,8)	58 (12,6)	
Không	58 (38,2)	402 (87,4)	< **0,001**
*Điểm trung bình EPDS (13 - 30)**	*18 ± 3*	*17 ± 3*	
Điểm nhỏ nhất - lớn nhất	*13 - 28*	*13 - 28*	
TCSS 6 tuần/tổng mẫu hai nhóm	***Tần số***	***Tỉ lệ (%)***	
Có	152	24,8	
Không	460	75,2	

¢: Fisher chính xác; EPDS1: sau sinh 1 tuần; EPDS2: sau sinh 6 tuần; *: EPDS từ 13 - 30: rất có thể TCSS

Ở giai đoạn sau sinh một tuần, kết quả có được như sau:

- Tỉ lệ BSS ở nhóm nhiễm HIV chiếm 13,2%, thấp hơn so với tỉ lệ ở nhóm không nhiễm HIV là 23,5%, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Tỉ lệ hiện mắc các triệu chứng TCSS ở nhóm nhiễm HIV là 65,8%, cao hơn so với tỉ lệ 11,3% ở nhóm không nhiễm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Điểm trung bình EPDS ở giai đoạn này của nhóm nhiễm HIV là 19 ± 4 và của nhóm không nhiễm HIV là 15 ± 3; khoảng cách điểm trung bình giữa hai nhóm là 4 điểm.

Ở giai đoạn sau sinh sáu tuần, kết quả có được như sau:

- Đối với các phụ nữ có biểu hiện BSS ở giai đoạn sau sinh một tuần, sự khác biệt về tình trạng TCSS ở tuần thứ sáu giữa nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV chưa có ý nghĩa thống kê, với p > 0,05.

- Tỉ lệ phụ nữ có triệu chứng TCSS sáu tuần, sau khi có triệu chứng TCSS ở giai đoạn sau sinh một tuần, ở nhóm nhiễm HIV là 83% và ở nhóm không nhiễm HIV là 40,4% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

- Tỉ lệ phụ nữ có triệu chứng TCSS sáu tuần, sau khi không có triệu chứng TCSS một tuần, ở nhóm nhiễm HIV là 21,2% % và ở nhóm không nhiễm HIV là 9,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,05.

- Tỉ lệ mới mắc các triệu chứng TCSS ở giai đoạn sau sinh sáu tuần ở nhóm nhiễm HIV (61,8 %), cao hơn so với tỉ lệ ở nhóm không nhiễm HIV (12,6%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Điểm trung bình EPDS ở giai đoạn này của nhóm nhiễm HIV là 18 ± 3 và của nhóm không nhiễm HIV là 17 ± 3, khoảng cách điểm trung bình giữa hai nhóm còn 1 điểm.

Bảng 3.23 Mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và nhiễm HIV

TCSS	Nhiễm HIV	Không HIV	RR (KTC 95%)	Giá trị p
	n = 152	n = 460		
Có	94 (61,8)	58 (12,6)		
Không	58 (38,2)	402 (87,4)	4,90 (3,74 - 6,43)	**< 0,001**

Có mối liên quan giữa TCSS và nhiễm HIV: phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ TCSS nhiều hơn 4,9 lần phụ nữ không nhiễm HIV. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001.

3.3.2 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và một số đặc điểm chung của hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV

3.3.2.1 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm dịch tễ ở hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Bảng 3.24 Khác biệt trong mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội của hai nhóm

Đặc điểm	Không HIV				Nhiễm HIV
	TCSS (n, %) Có	Không	RR (KTC 95%)	Giá trị p	*Giá trị p**
Tuổi					
< 20	5 (15,2)	28 (84,8)	1		
20 – 34	49 (12,8)	335 (87,2)	0,84 (0,36 - 1,97)	0,692	
≥ 35	4 (9,3)	39 (90,7)	0,61 (0,18 - 2,11)	0,439	*> 0,05*
Cư trú					
Trong tỉnh	30 (10,6)	253 (89,4)			
Ngoài tỉnh	28 (15,8)	149 (84,2)	0,67 (0,41 - 1,08)	0,101	***0,011***
Học vấn					
< THPT	29 (11,5)	224 (88,5)	1		
THPT	23 (15,0)	130 (85,0)	1,31 (0,79 - 2,18)	0,297	
> THPT	6 11,1)	48 (88,9)	0,97 (0,42 - 2,22)	0,941	*> 0,05*
Tôn giáo					
Có	18 (13,5)	115 (86,5)			
Không	40 (12,2)	287 (87,8)	1,11 (0,66 - 1,86)	0,703	***0,006***
Nghề nghiệp					
Có nghề	44 (11,9)	324 (88,1)			
Không nghề/nội trợ	14 (15,2)	78 (84,8)	1,28 (0,73 - 2,22)	0,399	***0,017***
Nghề ổn định					
Có	37 (10,3)	320 (89,7)			
Không	21 (20,4)	82 (79,6)	1,98 (1,21 – 3,21)	**0,007**	*> 0,05*
Kinh tế gia đình					
Đủ sống, dư giả	50 (12,3)	358 (87,7)			
Khó khăn	8 (14,8)	44 (85,2)	0,80 (0,40 - 1,58)	0,552	*> 0,05*
Nhà ở					
Nhà riêng	35 (13,7)	220 (86,3)	1		
Nhà trọ	5 (9,8)	46 (90,2)	0,71 (0,29 - 1,74)	0,458	
Chung nhà người khác	18 (11,7)	136 (88,3)	0,85 (0,50 - 0,45)	0,554	*> 0,05*

(*): Bảng 3.12 và Bảng 3.13

Đặc điểm nhân khẩu: Mối liên quan giữa các đặc điểm cư trú, tôn giáo và TCSS ở nhóm không nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), nhưng lại có ý nghĩa thống kê ở nhóm nhiễm HIV (p < 0,05) (Bảng 3.12).

Đặc điểm kinh tế xã hội: Mối liên quan giữa đặc điểm có nghề nghiệp và TCSS ở nhóm không HIV không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) nhưng lại có ý nghĩa thống kê ở nhóm nhiễm HIV (p < 0,05) (Bảng 3.13). Trái lại, liên quan giữa đặc điểm nghề nghiệp ổn định và TCSS ở nhóm không nhiễm HIV có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) nhưng không có ý nghĩa thống kê ở nhóm nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.13).

3.3.2.2 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm tiền sử của hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Bảng 3.25 Khác biệt trong liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử của hai nhóm

Đặc điểm	Không HIV				Nhiễm HIV
	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p	*Giá trị p**
	Có	Không			
Trầm cảm					
Có	5 (38,5)	8 (61,5)			
Không/ không biết	53 (11,9)	394 (88,1)	3,24 (1,56 - 6,75)	**0,016**	*> 0,05*
Nghiện chất					
Có	0 (0,0)	5 (100,0)			
Không	58 (12,8)	397 (87,2)	Mẫu quá nhỏ	1,000[¢]	*> 0,05*
Phá thai					
Có	7 (11,9)	52 (88,1)			
Không	51 (12,7)	350 (87,3)	0,93 (0,44 - 1,96)	0,854	*> 0,05*
Số con đã có					
Chưa có con	32 (14,8)	184 (85,2)	1		
Một con	21 (10,7)	175 (89,3)	0,72 (0,43 - 1,21)	0,218	
Hai con trở lên	5 (10,4)	43 (89,6)	0,70 (0,28 - 1,71)	0,438	*> 0,05*

[¢]: Phép kiểm Fisher chính xác *(*): Bảng 3.14*

Có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử trầm cảm của nhóm không nhiễm HIV (p < 0,05) nhưng không có liên quan này ở nhóm nhiễm HIV (p > 0,05).

3.3.2.3 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Báng 3.26 Khác biệt trong liên quan TCSS với đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm

Đặc điểm	Không HIV				Nhiễm HIV
	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p	*Giá trị p**
	Có	Không			
Thời gian chung sống					
≤ 1 năm	13 (10,0)	117 (90,0)	1		
>1 - 5 năm	31 (15,1)	175 (84,9)	1,50 (0,82-2,77)	0,189	
> 5 năm	14 (11,3)	110 (88,7)	1,13 (0,55-2,31)	0,739	*> 0,05*
Đăng ký kết hôn					
Có	56 (13,1)	370 (86,9)			
Không	2 (5,9)	32 (94,1)	2,23 (0,57-8,76)	0,289¢	*> 0,05*
Hôn nhân hiện tại					
Chung sống	57 (12,5)	398 (87,5)			
Không chung sống	1 (20,0)	4 (80,0)	0,63 (0,11-3,68)	0,492¢	*> 0,05*
Quan hệ vợ chồng trước sinh					
Tốt/Bình thường	55 (12,4)	387 (87,6)			
Không hạnh phúc	3 (16,7)	15 (83,3)	0,75 (0,26-2,16)	0,485¢	*> 0,05*
Bạo lực gia đình					
Có	6 (22,2)	21 (77,8)			
Không	52 (12,0)	381 (88,0)	1,85 (0,87-3,92)	0,133¢	*> 0,05*
"Quan hệ" ngoài chồng					
Có	3 (18,7)	13 (81,3)			
Không	55 (12,4)	389 (87,6)	1,51 (0,53-4,32)	0,439¢	*> 0,05*

¢: Phép kiểm Fisher chính xác *(*): Bảng 3.15*

Đặc điểm về hôn nhân-gia đình được khảo sát ở nhóm không nhiễm HIV và nhóm nhiễm HIV (Bảng 3.15) đều không có các mối liên quan với TCSS, với các giá trị p > 0,05.

3.3.2.4 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm sản khoa lần này của hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Bảng 3.27 Khác biệt trong liên quan giữa TCSS và đặc điểm sản khoa lần này của hai nhóm

Đặc điểm	Không HIV				Nhiễm HIV
	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p	*Giá trị p**
	Có	Không			
Mong đợi có thai					
Có	53 (13,3)	346 (86,7)			
Không	5 (8,2)	56 (91,8)	1,62 (0,67-3,89)	0,265	*> 0,05*
Có ý định bỏ thai	*n=5*	*n=56*			
Có	2 (16,7)	10 (83,3)			
Không	3 (6,1)	46 (93,9)	2,72(0,51-14,52)	0,252	*> 0,05*
Phương pháp sinh					
Sinh ngã dưới	38 (13,9)	236 (86,1)			
Sinh mổ	20 (10,7)	166 (89,3)	0,77 (0,47-1,29)	0,323	*> 0,05*
Sức khỏe của con					
Khoẻ	49 (11,1)	394 (88,9)			
Yếu hoặc chết	9 (52,9)	8 (47,1)	4,78 (2,84-8,05)	**<0,001**[¢]	*> 0,05*
Nuôi con bằng sữa mẹ					
Có	56 (12,4)	397 (87,6)			
Không	2 (28,6)	5 (71,4)	0,43 (0,13-1,43)	0,217[¢]	*> 0,05*

[¢]: Phép kiểm Fisher chính xác *(*): Bảng 3.16*

Một số đặc điểm sản khoa bao gồm: mong đợi có thai, có ý định bỏ thai, phương pháp sinh, nuôi con bằng sữa mẹ ở hai nhóm đều không có mối liên quan với TCSS, với các giá trị p > 0,05.

Đặc điểm sức khỏe của con, ở nhóm nhiễm HIV mối liên quan với TCSS không có ý nghĩa thống kê với giá trị p > 0,05 (Bảng 3.16). Tuy nhiên ở nhóm không nhiễm HIV thì lại có liên quan với TCSS, mẹ có con sức khỏe yếu hoặc chết có nguy cơ TCSS cao hơn 4,78 lần mẹ có con khỏe, có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001.

3.3.2.5 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm tâm lý sau sinh của hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Bảng 3.28 Khác biệt trong liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý sau sinh của hai nhóm

Đặc điểm	Không HIV				Nhiễm HIV
	TCSS (n, %)		RR (KTC 95%)	Giá trị p	*Giá trị p**
	Có	Không			
Lo khi con không sữa mẹ					
Có	1 (16,7)	5 (83,3)			
Không	0 (0.0)	1 (100)	0	0,857¢	*> 0,05*
Nuôi con sau sinh					
Tự nuôi	51 (12,1)	370 (87,9)			
Không tự nuôi	7 (17,9)	32 (82,1)	1,48 (0,72-3,04)	0,311¢	*> 0,05*
Hỗ trợ chăm sóc con					
Có hỗ trợ	8 (14,3)	6 (85,7)			
Không có hỗ trợ	57 (12,6)	396 (87,4)	1,14 (0,18-7,08)	1,000¢	*> 0,05*
Quan hệ vợ chồng sau sinh					
Tốt hơn/Không đổi	55 (12,1)	401 (87,9)			
Xấu đi	3 (75,0)	1 (25,0)	6,22(3,35-11,53)	**0,007**	*> 0,05*

¢: Phép kiểm Fisher chính xác *(*): Bảng 3.17*

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý của mẹ lo lắng cho sức khỏe của con khi không đươc bú sữa mẹ ở cả hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV đều không có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p > 0,05.

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm người mẹ tự nuôi con sau sinh ở cả hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV đều không có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p > 0,05.

Mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm người mẹ có được người khác hỗ trợ chăm sóc con sau sinh hay không ở cả hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV đều không có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p > 0,05.

Tuy nhiên, mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm quan hệ vợ chồng sau sinh xấu đi ở nhóm nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), nhưng ở nhóm không nhiễm HIV lại có liên quan có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,05. Cụ thể phụ nữ có mối quan hệ với chồng xấu đi sau sinh sẽ tăng nguy cơ TCSS hơn 6 lần so với phụ nữ có mối quan hệ này không thay đổi hoặc tốt hơn trước khi sinh con.

3.3.2.6 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV trong mô hình hồi quy Poisson đa biến

Bảng 3.29 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV trong mô hình hồi quy Poisson đa biến

Đặc điểm	RR	KTC 95%	Giá trị p
Nghề nghiệp không ổn định	3,10	1,32 - 7,27	**0,009**
Con yếu hoặc chết	5,10	2,96 - 8,79	**< 0,001**
Quan hệ vợ chồng sau sinh xấu đi	7,31	5,16 - 10,36	**< 0,001**

Sau khi kiểm soát các biến số có nguy cơ gây trầm cảm sau sinh, một số biến số là các đặc điểm của nhóm phụ nữ không nhiễm HIV thực sự có liên quan với trầm cảm sau sinh, cụ thể như sau:

Phụ nữ nghề nghiệp không ổn định có nguy cơ TCSS cao hơn phụ nữ nghề nghiệp ổn định khoảng 3,1 lần (RR = 3,10; KTC 95%: 1,32 - 7,27), mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,05.

Phụ nữ có con sức khỏe yếu hoặc chết có nguy cơ TCSS cao hơn 5,1 lần so với phụ nữ có con sức khỏe tốt (RR = 5,10; KTC 95%: 2,96 - 8,79), mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001.

Phụ nữ có quan hệ với chồng sau sinh xấu hơn so với trước khi sinh có nguy cơ bị TCSS cao hơn 7,31 lần so với phụ nữ có mối quan hệ vợ chồng ổn định hoặc tốt hơn sau khi sinh (RR = 7,31; KTC 95%: 5,16 - 10,36). Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001.

3.3.2.7 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm chung ở hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV trong phân tích đa biến

Bảng 3.30 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm chung ở hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV trong phân tích đa biến

TCSS	Nhiễm HIV (n=152)	Không HIV (n=460)	Giá trị p
	RR (KTC 95%)	RR (KTC 95%)	
Nghề nghiệp			
Thất nghiệp[1]	1,35 (1,09 - 1,66)		**0,006**
Nghề nghiệp không ổn định[2]		3,10 (1,32 - 7,27)	**0,009**
Sản khoa lần này			
Sức khỏe của con yếu[2]		5,10 (2,96 - 8,79)	< **0,001**
Tâm lý sau sinh			
Quan hệ vợ chồng sau sinh xấu đi[2]		7,31 (5,16 – 10,36)	< **0,001**

[1]: Bảng 3.21 [2]: Bảng 3.29

Bảng 3.30 được kết hợp từ hai bảng 3.21 và 3.29 với mục đích để dễ hình dung các đặc điểm chung của hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV có liên quan với TCSS.

Từ các kết quả trong mô hình đa biến, mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm chung có ở hai nhóm, nhóm nhiễm HIV (Bảng 3.21) và nhóm không nhiễm HIV (Bảng 3.29). Chúng tôi nhận thấy chỉ có ba nhóm đặc điểm là nghề nghiệp, sức khỏe của con, và mối quan hệ vợ chồng là thực sự có liên quan với TCSS.

Tuy nhiên trong ba nhóm đặc điểm vừa nêu trên, cũng cùng một nhóm đặc điểm, ở nhóm nhiễm HIV có liên quan với TCSS nhưng ở nhóm không nhiễm HIV thì lại không có liên quan với TCSS và ngược lại. Duy nhất chỉ có đặc điểm nghề nghiệp là cùng có ở hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV và cùng có liên quan với TCSS.

Chương 4
BÀN LUẬN

4.1 ĐẶC ĐIỂM CỦA PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

4.1.1 Đặc điểm thiết kế nghiên cứu

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là:

• *Mục tiêu 1: Xác định tỉ lệ trầm cảm sau sinh bằng thang điểm EPDS và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ nhiễm HIV.*

• *Mục tiêu 2: So sánh tỉ lệ trầm cảm sau sinh phát hiện bằng thang điểm EPDS và một số yếu tố liên quan giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV.*

Để đạt được hai muc tiêu của nghiên cứu, chúng tôi thực hiện thiết kế thuần tập tiến cứu có nhóm chứng dựa trên cộng đồng dân số là các phụ nữ trong thời kỳ từ lúc vào viện sinh con đến sáu tuần hậu sản. Tham khảo một số nghiên cứu trong nước về TCSS, chúng tôi nhận thấy phần nhiều các đồng nghiệp đã sử dụng thiết kế cắt ngang và một số nghiên cứu thuần tập. Trong đó có hai nghiên cứu thuần tập được thực hiện tại TP HCM của Nguyễn Mai Hạnh (không nhóm chứng) [12] và Nguyễn Thị Ngọc Trang (có nhóm chứng) [33]. Chúng tôi chọn tỉ lệ TCSS của nghiên cứu Nguyễn Mai Hạnh (p = 0,15) để sử dụng trong thiết kế nghiên cứu của mình, vì lý do nghiên cứu này có một số điểm khá phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi về đặc điểm dân số và thiết kế. Tuy nhiên, chúng tôi sử dụng thiết kế thuần tập tiến cứu có nhóm so sánh, là thiết kế mạnh hơn, để xác định tỉ lệ mắc TCSS và mối liên quan giữa TCSS với các đặc điểm của mẫu nghiên cứu.

Trong thiết kế nghiên cứu, khi chọn p = 0,05 chúng tôi sẽ có được cỡ mẫu lớn nhất đủ năng lực hóa tiêu chuẩn nghiên cứu; kiểm định có ý nghĩa thống kê khi giá trị p (*p value*) nhỏ hơn 0,05. Trong quá trình phân tích số liệu, thống kê mô tả được dùng để đánh giá mọi biến số và ước lượng sự phổ biến; thống kê phân tích chúng tôi sử dụng phân tích đơn biến để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và TCSS. Sau đó sử dụng phân tích hồi qui Poisson đa biến để loại bỏ những yếu tố gây nhiễu và những biến số còn lại trong mô hình có giá trị p nhỏ hơn 0,05 là những yếu tố liên quan đến TCSS chính xác.

4.1.2 Đặc điểm dân số nghiên cứu, địa điểm lấy mẫu, mẫu và theo dõi mẫu

Đặc điểm dân số và địa điểm nghiên cứu

Trong các nghiên cứu tại Việt Nam về TCSS mà chúng tôi tham khảo được, đa phần được thực hiện ở các bệnh viện lớn của các thành phố lớn như thủ đô Hà Nội, TP Huế, TP HCM; vì vậy dân số nghiên cứu chủ yếu sống ở thành thị nên không có tính đại diện mạnh cho cộng đồng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đa trung tâm phân bố ở thành thị và nông thôn, với mong muốn các kết quả thu được từ nghiên cứu có giá trị đặc trưng cho cộng đồng ở mức có ý nghĩa thống kê nhất. Hai tỉnh Bình Dương và Đồng Nai, nơi chúng tôi thực hiện nghiên cứu, có mật độ dân số lớn nhất và biến động nhất miền Đông Nam bộ, có cơ cấu và đặc điểm dân số tương tự nhau, có nền kinh tế đa dạng, năng động nên thu hút nguồn lao động trẻ (tuổi sinh sản) từ các tỉnh khác về tạo nền văn hóa xã hội đa dạng, nhưng cũng có nhiều nguy cơ bùng phát các dịch bệnh, như HIV/AIDS.

Hiện nay, 98% số quận/huyện của Việt Nam đã phát hiện có trường hợp nhiễm HIV và 79.1% số xã/phường/thị trấn có trường hợp nhiễm HIV. Tính đến hết 30/11/2013, tỉ lệ nhiễm HIV toàn quốc theo báo cáo giám sát thì khu vực miền Đông Nam bộ có tỉ lệ cao nhất là 408/100.000. Ước tính trung bình tỉ lệ hiện nhiễm HIV tại miền Đông Nam bộ năm 2012 là 0,171 (n = 21656) và năm 2015 là 0,175 (n = 22907). Phân bố số ca nhiễm HIV mới phát hiện trong năm 2013 chủ yếu vẫn tập trung ở nhóm tuổi từ 20 - 39, chiếm 79% tổng số người nhiễm, và ước tính số phụ nữ mang thai cần điều trị ARV trong DPLTMC tại miền Đông Nam bộ năm 2012 là 212 và năm 2015 là 203 [30], [36], [3].

Theo dõi mẫu trong nghiên cứu

Mẫu thuộc nhóm nhiễm HIV rất dễ mất dấu vì nhiều lý do. Các thành viên nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã có kinh nghiệm do công tác trong lĩnh vực phòng LTMC, vì vậy họ có thể hạn chế tối đa tỉ lệ mất dấu. Cụ thể như kỹ năng vừa giao tiếp vừa chăm sóc (chuyên môn, tâm lý), đồng thời phối hợp với các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS nơi các người bệnh đang và tiếp tục theo dõi điều trị ARV sau sinh. Mặt khác, trong thiết kế nghiên cứu, phỏng vấn viên được các đối tượng tham gia nghiên cứu đồng ý cho phỏng vấn qua điện thoại hoặc đến thăm tại nhà. Nhờ vậy, đã hạn chế được tỉ lệ mất dấu cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Quá trình chọn mẫu trong nghiên cứu

Theo thiết kế nghiên cứu ban đầu, tổng số mẫu hai nhóm cần có là 560 phụ nữ. Trong đó, mẫu của nhóm không nhiễm HIV là 420 phụ nữ và mẫu của nhóm nhiễm HIV là 140 phụ nữ, bao gồm các phụ nữ biết nhiễm HIV trước nhập viện và các phụ nữ có khẳng định nhiễm HIV sau khi có sàng lọc HIV (+) khi nhập viện (Bảng 3.1).

Thực tế, tổng mẫu ban đầu thu nhận được là 749 phụ nữ, gồm 191 ở nhóm nhiễm HIV và 558 ở nhóm không nhiễm HIV (nhóm này ban đầu nhận vào 573 phụ nữ nhưng sau đó có 15 phụ nữ đổi ý từ chối tham gia). Đến thời điểm sáu tuần sau sinh, tổng số mẫu còn lại của hai nhóm là 612 phụ nữ; trong đó nhóm nhiễm HIV gồm 152 phụ nữ do số mẫu bị loại khoảng 20,4% (n = 39) và nhóm không nhiễm HIV gồm 460 phụ nữ do số mẫu bị loại khoảng 17,6% (n = 98). Tỉ lệ mẫu bị loại chung toàn bộ cho hai nhóm là 18,3% (137/749), bao gồm các trường hợp xuất hiện ít nhất một yếu tố loại trừ, dù ở bất cứ thời điểm nào trong quá trình nghiên cứu và các đối tượng này đã bị loại khỏi nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.1).

Mặt khác, trong giai đoạn đầu nghiên cứu (năm 2014), chúng tôi đã đánh giá sơ bộ kết quả nghiên cứu và nhận thấy rằng tỉ lệ mất dấu cao hơn so với dự đoán ban đầu. Do vậy, chúng tôi quyết định giữ nguyên số mẫu của nhóm nhiễm HIV là 152 và nhóm không nhiễm HIV là 460 nhằm bảo đảm có đủ số mẫu theo thiết kế của nghiên cứu đến thời điểm kết thúc.

4.1.3 Công cụ sàng lọc trầm cảm sau sinh sử dụng trong nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang đo trầm cảm sau sinh EPDS để sàng lọc TCSS. Thang EPDS là một công cụ được sử dụng rộng rãi trên khắp thế giới để chẩn đoán sàng lọc rối loạn trầm cảm ở người phụ nữ sau sinh từ 6 đến 8 tuần (Boyd RC 2005) [53].

Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu liên quan TCSS sử dụng thang EPDS để sảng lọc và xác định tỉ lệ TCSS, nhưng hiện nay chưa có thống nhất về một phiên bản tiếng Việt, cũng như ngưỡng cắt thích hợp khi sử dụng thang EPDS để sàng lọc TCSS. Tuy nhiên, hai điểm cắt 9 cho trầm cảm nhẹ và 13 cho trầm cảm nặng đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu về TCSS tại Việt Nam [72], [73], [74], [75], [117]. Chúng tôi tham khảo được một số nghiên cứu liên quan TCSS

thực hiện tại bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ (TP HCM) [12], [33] đã cùng sử dụng một phiên bản EPDS tiếng Việt cũng như các ngưỡng cắt, 9 cho sàng lọc buồn sau sinh và 13 cho sàng lọc TCSS, và đã cho kết quả ít sai biệt khi thực hiện chẩn đoán sau sàng lọc (17,2% / EPDS ≥ 13 so với 15,2% / DSM-IV) [12], [64]. Do các đặc điểm của dân số nghiên cứu đã trình bày trên, chúng tôi chọn phiên bản EPDS tiếng Việt được sử dụng trong nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh, với hai điểm cắt tương tự: 9 cho sàng lọc buồn sau sinh và từ 13 cho sàng lọc TCSS.

4.2 ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA MẪU TRONG NGHIÊN CỨU

4.2.1 Phân bố mẫu ở hai nhóm trong nghiên cứu

Đặc điểm phân bố mẫu của nhóm nhiễm HIV

Tỉ lệ phụ nữ hiện mắc HIV trong nghiên cứu là 24,8% (Bảng 3.1). Trong nhóm phụ nữ nhiễm HIV (n = 152), có 70 người (46,1%) đã biết nhiễm HIV trước nhập viện và có 82 người (53,9%) biết nhiễm HIV sau khi nhập viện.

Trong nghiên cứu, tỉ lệ các phụ nữ nhiễm HIV được xét nghiệm HIV lần đầu khi đã chuyển dạ khoảng 53,9% (Bảng 3.1), cao hơn tỉ lệ (48,2%) trong "Báo cáo Tình hình nhiễm HIV/AIDS và kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS 4 tháng đầu năm 2014" của Bộ Y tế năm 2014 [4] nhưng thấp hơn tỉ lệ 58,2% ở TPHCM (2014) [25]. Khoảng 21,2% phụ nữ không nhiễm HIV nhưng có kết quả sàng lọc HIV (+). Trong giai đoạn chuyển dạ, các phụ nữ được thông báo kết quả nhiễm HIV sẽ có nguy cơ bị stress rất cao. Theo một nghiên cứu dự báo TCSS tại Ý, Grussu P và cs [81] đã báo cáo tâm trạng lo lắng trước sinh là yếu tố tiên đoán mạnh mẽ các triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ vào thời điểm 6 - 8 tuần sau khi sinh. Tính đến năm 2014, Bộ Y tế Việt Nam mới cho phép 94 phòng XN đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV (+) tại 58 tỉnh/thành phố [4]! Như vậy, sẽ có hạn chế trong việc thực hiện chẩn đoán nhiễm HIV sớm trước chuyển dạ cũng như chậm có kết quả khẳng định nhiễm HIV cho phụ nữ sau khi có XN sàng lọc (+).

Đặc điểm phân bố mẫu của nhóm không nhiễm HIV

Các mẫu thuộc nhóm không nhiễm HIV theo thiết kế nghiên cứu là 420 phụ nữ. Mẫu mẫu tham gia nghiên cứu ban đầu là 558, nhưng số phụ nữ đồng hành cùng chúng tôi thực hiện nghiên cứu cho đến khi kết thúc là 460 (Bảng 3.1)

4.2.2 Các đặc điểm chung của hai nhóm

4.2.2.1 Đặc điểm dịch tễ của hai nhóm

Đặc điểm nhân khẩu của hai nhóm:

Nhóm tuổi

Khoảng 84% (n = 514) phụ nữ ở nhóm tuổi sinh sản, từ 20 đến 35 tuổi. Đây là nhóm tuổi có tỉ suất sanh cao nhất ở Việt Nam và hiện nay nhóm tuổi này đang có xu hướng nhiễm HIV ngày càng tăng. Năm 1993 nhóm này chiếm 15% tổng số phụ nữ nhiễm HIV, đến cuối năm 2002 đã là 62% [23]. Nghiên cứu không thấy có khác biệt giữa hai nhóm về phân bố nhóm tuổi (p > 0,05); tuổi trung bình của 2 nhóm là 28 ± 6 tuổi, tuổi nhỏ nhất - lớn nhất ở nhóm không nhiễm HIV là 16 (n = 3) - 47 (n = 5) tuổi và ở nhóm nhiễm HIV là 17 (n = 2) - 43 (n = 2) tuổi (Bảng 3.2).

So với một số nghiên cứu TCSS tại các vùng địa lý khác nhau: ở các nước có nguồn thu nhập thấp và trung bình như Malawi tuổi trung bình 27,1 ± 5,3 (Dow A 2014) [66]; ở các nước phát triển như Hoa Kỳ tuổi trung bình 32,5 ± 5,2 (Goodman JH 2010) [79]; và ở Việt Nam: miền Bắc 27,4 ± 5,3 tuổi (Fisher J 2010) [73], miền Trung 29,45 ± 6,0 tuổi (Murray L 2012) [117], và miền Nam 29,19 ± 5,4 tuổi (Nguyễn Thị Ngọc Trang 2008) [33] thì tuổi trung bình mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi không có khác biệt đáng kể (Bảng 3.2).

Cư trú

Phân bố dân số nghiên cứu không có khác biệt giữa 3 nhóm, nội thành (27,3%; n = 167), ngoại thành (32,8%; n = 201) và ngoài tỉnh (39,9%; n = 244). Sự phân bố dân số về đặc điểm này trong 2 nhóm nghiên cứu cũng không thấy có sự khác biệt (p > 0,05) (Bảng 3.2). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (Huế, 2007) [26] và Nguyễn Mai Hạnh (TP HCM, 2005) [12] dân số nội thành chiếm tỉ lệ cao hơn nhiều, lần lượt là 85% và 80,8%. Điều này có thể giải thích là hai nghiên cứu trên lấy mẫu tại một trung tâm ở trong nội thành các thành phố, khác với nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở nhiều nơi trong tỉnh bao gồm thành phố và nông thôn, nên phân bố dân số tương đương nhau giữa nội và ngoại thành. Mặt khác, so sánh nhóm dân số nhập cư từ ngoài tỉnh ở mỗi nhóm, tỉ lệ mẫu đến từ tỉnh khác ở nhóm nhiễm HIV (44,1%) cao hơn so với nhóm không nhiễm (38,5%), nhưng khác biệt này không có ý nghĩa (p > 0,05).

Học vấn

Trình độ học vấn của mẫu trong nghiên cứu, dưới THPT chiếm 60%, THPT khoảng 30% và trên THPT chỉ gần 10% (n = 59) (Bảng 3.2). Một nghiên cứu tại miền Bắc Việt Nam (Fisher J và cs 2010) [73] về rối loạn tâm thần ở phụ nữ thời kỳ chu sinh [73] tại tỉnh Hà Nam, tỉ lệ học vấn từ THPT trở xuống chiếm 88% và sau THPT chỉ 5%; cũng trong nghiên cứu này, ở Hà Nội học vấn dưới THPT khoảng 30% và THPT khoảng 28,5%. Nghiên cứu khác tại TP Huế (Nguyễn Thị Thu Phong và cs 2007) [26], phụ nữ có học vấn dưới THPT là 39%, THPT là 37% và sau THPT là 24%. Nghiên cứu tại TP HCM (Nguyễn Thị Ngọc Trang, 2008) [33], học vấn dưới THPT 65%, THPT 22% và sau THPT 13%.

Sự phân bố về học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Trang. So sánh sự khác biệt giữa hai nhóm nhiễm và không nhiễm HIV về đặc điểm phân bố học vấn, nghiên cứu chúng tôi thấy mức độ học vấn của nhóm nhiễm HIV thấp hơn so với nhóm không nhiễm HIV, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001 (Bảng 3.2).

Tôn giáo

Trong nghiên cứu, số phụ nữ đang theo một tôn giáo chiếm gần một phần ba dân số mẫu trong nghiên cứu (n = 174; 28,4%). Sự phân bố đặc điểm tôn giáo ở hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV trong nghiên cứu này không có sự khác biệt (p > 0,05) (Bảng 3.2).

Đặc điểm kinh tế xã hội của hai nhóm:

Nghề nghiệp và ổn định nghề nghiệp

Bình Dương và Đồng Nai là hai tỉnh có ngành công nghiệp phát triển, thu hút được một lực lượng lao động trẻ rất lớn từ các tỉnh khác. Vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ phụ nữ là công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, nhiễm HIV 44,1% và không HIV 55,9%. Tuy nhiên, tình trạng không có việc làm ở hai nhóm còn cao, tỉ lệ thất nghiệp ở nhóm nhiễm HIV là 32,2% cao hơn so với ở nhóm không nhiễm HIV là 20% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) (Bảng 3.3).

Mặt khác, ở nhóm HIV, thống kê về công việc đã phản ánh tình hình dịch HIV đang trở nên phổ biến ở mọi thành phần xã hội, đặc biệt ở phụ nữ không nghề/nội trợ (32,2%; n = 49) và công nhân (44,1%; n = 67) (Bảng 3.3). Tương tự, một nghiên

cứu của Trần Thị Lợi năm 2007 [32] tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV làm nội trợ là 44.4% và công nhân là 28.7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng nghề nghiệp không ổn định trong năm vừa qua chiếm một phần ba tổng số mẫu (29,2%; n=176); tỉ lệ này ở nhóm nhiễm HIV (48%) cao hơn so với tỉ lệ ở nhóm không nhiễm HIV (22,4%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0,001 (Bảng 3.3).

Kinh tế gia đình

Sự phân bố đặc điểm kinh tế ở hai nhóm có khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Thất nghiệp và/hoặc không ổn định việc làm đã ảnh hưởng kinh tế gia đình, tình trạng kinh tế khó khăn ở các gia đình phụ nữ nhóm nhiễm HIV (24,3%) cao hơn ở các gia đình phụ nữ không nhiễm HIV (11,3%) (p < 0,001) (Bảng 3.3). Sự khác biệt này có thể do các phụ nữ nhóm nhiễm HIV gặp các bất lợi vì họ có tỉ lệ học vấn không cao và tỉ lệ nhập cư từ địa phương khác cao hơn nhóm không HIV (Bảng 3.2).

Nghiên cứu của Collins CH (2011) [56] nhận thấy các yếu tố nguy cơ gây trầm cảm chung cho phụ nữ di cư bao gồm tiền sử các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống, thiếu sự hỗ trợ xã hội và các yếu tố văn hoá tại nơi nhập cư. Trong một tổng quan 53 bài báo (2014) [96] nghiên cứu về sức khỏe tâm thần của các phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ chu sinh ở các nước phát triển và đang phát triển, Kapetanovic S nhận xét: "Bên cạnh nhiễm HIV, phụ nữ nhiễm HIV mang thai ở các nước có thu nhập thấp và trung bình phải đối mặt với nhiều vấn đề khác có thể có những ảnh hưởng về tâm thần hoặc tâm lý. bao gồm điều kiện kinh tế xã hội kém, thiếu tiếp cận tới dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, đặc tính kinh tế của cộng đồng, văn hoá và có thể có bất bình đẳng giới".

Nhà ở

Số phụ nữ chưa có nhà riêng ở nhóm nhiễm HIV phải ở nhà trọ hoặc ở chung nhà của người khác trong nghiên cứu này chiếm tỉ lệ 67,1% cao hơn nhiều so với tỉ lệ ở nhóm không nhiễm HIV (44,6%) và khác biệt về phân bố đặc điểm này giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê, với p < 0.001 (Bảng 3.3). Nguyên nhân có lẽ do tình trạng thất nghiệp, thu nhập thấp, đời sống chật vật ở nhóm nhiễm HIV cao [56], [116], [84].

4.2.2.2 Đặc điểm tiền sử của hai nhóm

Nghiện chất

Đặc điểm phụ nữ lệ thuộc chất gây nghiện trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), thể hiện bằng tỉ lệ lệ thuộc ít nhất một chất gây nghiện ở nhóm nhiễm HIV (7,2%) cao hơn gấp nhiều lần so với ở nhóm không nhiễm HIV (1,7%). Trong các chất gây nghiện mà các phụ nữ sử dụng, tình trạng nghiện rượu ở nhóm nhiễm HIV (4%; n = 6) cao hơn trong nhóm không nhiễm (0,2%; n = 1) với $p < 0,05$ (Bảng 3.4). Trái với nghiên cứu của chúng tôi, một nghiên cứu trong dân số có thu nhập thấp (trên 60% là người gốc Phi) tại Hoa kỳ (Ethier KA và cs 2002) [69], so với phụ nữ nhiễm HIV thì phụ nữ không nhiễm HIV có tỉ lệ uống rượu trước khi mang thai nhiều hơn ($p = 0,001$), sử dụng chất gây nghiện cũng nhiều hơn ($p = 0,01$/ Marijuana); $p = 0,02$/ Cocaine hoặc Heroin). Nghiên cứu Desmond K tại Nam Phi (2012) [63], cỡ mẫu lớn n = 1201 ở phụ nữ nhiễm HIV mang thai, báo cáo: 18% uống rượu trong thời gian mang thai; phụ nữ nghiện rượu có tỉ lệ kết hôn thấp hơn so với phụ nữ không nghiện (AOR = 0,29; KTC 95%: 0,11 - 0,77); phụ nữ nghiện rượu sức khoẻ tâm thần kém hơn (AOR = 1,08; KTC 95%: 1,02 - 1,15); mức độ nghiêm trọng của việc uống rượu gia tăng mạo hiểm tình dục (AOR= 1,57; KTC 95%: 1,14-2,15) và tăng tỉ lệ đã cố gắng chấm dứt thai kỳ hiện tại, 8% so với 4% ở người không uống rượu, với $p < 0,05$.

Trầm cảm

Tiền sử trầm cảm đã được nghiên cứu rất nhiều ở phụ nữ và đã có chứng cứ tiền sử trầm cảm là một yếu tố liên quan và dự báo TCSS trong cộng đồng và trong nhóm phụ nữ nhiễm HIV [76], [95], [113], [137], [138]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phụ nữ có tiền sử trầm cảm khoảng 3,9% trên tổng mẫu, và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố đặc điểm này giữa hai nhóm ($p < 0,05$), phụ nữ có tiền sử trầm cảm ở nhóm nhiễm HIV (7,2%) phổ biến hơn ở nhóm không nhiễm HIV (2,8%) (Bảng 3.4). Một nghiên cứu của WHO cho thấy có xấp xỉ 298 triệu người mắc trầm cảm trong năm 2010, con số này chiếm khoảng 3 - 5% dân số toàn cầu. Như vậy, tỉ lệ có tiền sử trầm cảm trong dân số chung của nghiên cứu chúng tôi tương tự với tỉ lệ trầm cảm chung trên thế giới.

Phá thai

Số phụ nữ đã từng phá thai trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ 15,4% (n = 94). So với tỉ lệ phá thai trong nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh [12] là 38,8%, thì mẫu của nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ đã từng phá thai thấp hơn. Có thể giải thích, nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh có khác biệt với nghiên cứu chúng tôi về đặc điểm này là do cách định nghĩa biến số, Nguyễn Mai Hạnh thiết kế tiền căn sẩy thai, thai lưu và nạo phá thai vào chung một nhóm, trong khi chúng tôi chỉ nghiên cứu tiền sử phá thai sống do có thai ngoài ý muốn. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỉ lệ có tiền sử phá thai ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV (12,8%) ít hơn gần một nửa so với tỉ lệ này ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV (23%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (Bảng 3.4).

Số con đã có

Khoảng gần 90% (n = 545) số phụ nữ ở thời điểm tham gia nghiên cứu của chúng tôi chưa có con (n = 276; 45,1%) hoặc chỉ có một con (n = 269; 44%) và tỉ lệ phụ nữ đã có hai con trở lên chỉ vào khoảng 11% (n = 67) (Bảng 3.4). Nhóm phụ nữ sinh lần đầu hoặc sinh lần hai chiếm tỉ lệ cao do xu hướng sinh ít con của các gia đình trẻ ngày nay. Nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh, về đặc điểm này, có phân bố tương tự nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ phụ nữ chưa sinh lần nào là 50,8%.

Tình trạng đông con, trên hai con, có liên quan đến tình trạng trầm cảm trong một số nghiên cứu ở phụ nữ mang thai và sau sinh tại các nước có nguồn thu nhập thấp hoặc trung bình [8], [152] và cũng xảy ra ở nước có nguồn thu nhập cao [143]. Tình hình phân bố số con đã có trước lần sinh này của hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), tỉ lệ gia đình trên hai con ở nhóm nhiễm HIV (12,5%) cao hơn nhóm không nhiễm HIV (10,4%) (Bảng 3.4). Đông con, thiếu hỗ trợ sẽ là một gánh nặng cho các bà mẹ nhiễm HIV và là yếu tố tiên lượng TCSS (OR = 1,59; KTC 95%: 1,22 - 2,08) [143].

4.2.2.3 Đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm

Thời gian vợ chồng chung sống

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ các phụ nữ chung sống với chồng từ dưới một năm, từ một đến năm năm, và trên năm năm lần lượt là 26,5%; 47,5%; và 26% (Bảng 3.5). Thời gian chung sống trung bình của các cặp vợ chồng nhóm không

nhiễm HIV khoảng 2 năm so với thời gian này là 3 năm ở nhóm nhiễm HIV. Mặc dù không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống chung giữa hai nhóm (p > 0,05), nhưng chúng tôi nhận thấy tỉ lệ vợ chồng chung sống với nhau trên 5 năm ở nhóm không nhiễm HIV cao hơn nhóm nhiễm HIV (26,9% so với 23%) (Bảng 3.5). Nghiên cứu tại Pakistan (Muneer A và cs 2009) [116] thấy rằng vợ chồng có hôn nhân dưới 5 năm nguy cơ TCSS cao hơn so với vợ chồng chung sống từ 5 năm trở lên (p = 0,001).

Đăng ký kết hôn

Các cặp vợ chồng chung sống có hôn thú ở nhóm không nhiễm HIV chiếm tỉ lệ trên 90%, trong khi đó tỉ lệ này ở nhóm nhiễm HIV chỉ gần 70%. So sánh giữa hai nhóm về tỉ lệ các cặp vợ chồng không đăng ký kết hôn, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt (p < 0,001): vợ chồng chung sống không có hôn thú ở nhóm nhiễm HIV cao hơn 4 lần so với ở nhóm không nhiễm HIV (31,6% so với 7,4%) (Bảng 3.5).

Tình trạng hôn nhân hiện tại

Trong nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh [12], Nguyễn Thị NgọcTrang [33], tỉ lệ vợ chồng không còn chung sống lần lượt là 4,4% và 3,3% tương đương với phân bố đặc điểm này trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,1% (n = 19) (Bảng 3.5). Mặt khác, có thể tình trạng không có kết hôn ở nhóm HIV do các quan hệ phức tạp đã mang lại sự khác biệt lớn về tỉ lệ vợ chồng không còn chung sống giữa hai nhóm, nhiễm là 9,2% (n = 14) và không nhiễm là 1,1%, (n = 5) với p < 0,001 (Bảng 3.5).

Quan hệ vợ chồng trước khi sinh con

Mối quan hệ trong gia đình giữa các cặp vợ chồng xấu là yếu tố dự báo TCSS. Một nghiên cứu trên phụ nữ HIV sau sinh 6 tuần tại châu Phi (Chibanda D, 2010) [55], khi phân tích đa biến cho thấy TCSS có liên quan đáng kể đến các biến cố bất lợi trong cuộc sống (OR 7,04; KTC 95%: 3,15-15,67). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ mối quan hệ vợ chồng không hạnh phúc trong thời kỳ trước khi sinh con ở nhóm nhiễm HIV (16,4%) cao hơn 4 lần so với ở nhóm không nhiễm HIV (3,9%) với p < 0.001 (Bảng 3.5). Nghiên cứu của Siu BWM (Trung Quốc, 2012) [138] báo cáo tình trang không hài lòng vế hôn nhân tăng nguy cơ TCSS lên 8 lần.

Bạo lực gia đình

Bạo lực từ người thân, nhất là từ chồng, là một nguyên nhân gây trầm cảm ở người phụ nữ, đặc biệt trong giai đoạn sau sinh (Peltzer K 2016) [128], (Fisher J 2012) [72], (Wu Q 2012) [159]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tệ nạn bạo lực từ người chồng (hoặc bạn tình) ở nhóm nhiễm HIV cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm không nhiễm HIV (20,4% so với 5,9%) với p < 0.001 (Bảng 3.5). Theo số liệu nghiên cứu của Murray L (2012) [117] tỉ lệ bạo lực do chồng hoặc bạn tình ở Việt Nam là 6,4%, tại miền Bắc tỉ lệ này từ 2% đến 3,1% và ở Thừa Thiên Huế từ 5,7% đến 7,1%.

"Quan hệ" ngoài chồng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các "quan hệ" ngoài chồng xảy ra trước hôn nhân lần này và đa phần là với chồng trước. Khoảng 96,5% phụ nữ ở nhóm không nhiễm HIV không có "đối tác" (*partner*) nào ngoài người chồng hiện tại; trong khi đó, có đến 39,5% số phụ nữ nhóm HIV đã, và/hoặc đang có các "quan hệ" với ít nhất một người đàn ông khác ngoài người chồng hiện đang chung sống. Có sự khác biệt lớn về phân bố đặc điểm "quan hệ" ngoài chồng giữa hai nhóm, tỉ lệ ở nhóm nhiễm HIV (39,5%) cao hơn 10 lần so với ở nhóm không nhiễm HIV (3,5%) với p < 0,001 (Bảng 3.5). Quan hệ với nhiều bạn tình tăng nguy cơ nhiễm HIV vì đường tình dục là một trong những đường lây truyền chính của virus HIV. Mặt khác nghiên cứu tại Tiểu-Sahara châu Phi trên phụ nữ nhiễm HIV (2010) [82], Gupta và cs ghi nhận sự thiếu kiểm soát trong quan hệ tình dục tăng nguy cơ trầm cảm.

4.2.2.4 Đặc điểm sản khoa lần sinh này của hai nhóm

Sự mong đợi có thai

Có con là mong ước của hầu hết phụ nữ trên thế giới. Ngày nay, để có một đứa con theo ý muốn, người phụ nữ thường cần có sự chuẩn bị chu đáo. Tuy nhiên, hiện nay tỉ lệ các bà mẹ có thai ngoài mong đợi còn cao. Sự có thai ngoài ý muốn có thể ảnh hưởng đến tâm lý của người mẹ khi mang thai và sau khi sinh (Özbaşaran F) [126]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ có thai ngoài mong đợi ở nhóm nhiễm HIV là 22,4% cao hơn tỉ lệ 13,3% ở nhóm không nhiễm HIV (p < 0,05) (Bảng 3.6). So với nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh [12] tỉ lệ thai kỳ không mong đợi là 12,4% tương đương với tỉ lệ trong nhóm không nhiễm HIV của nghiên cứu chúng tôi. Mặt khác chúng tôi nhận thấy trong số phụ nữ có thai ngoài ý muốn, ý

định bỏ thai của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV (48,5%) cũng cao hơn so với các phụ nữ nhóm không nhiễm HIV (19,7%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (Bảng 3.6). Nghiên cứu tại Brazil (Moraes IGS, 2006) [114] nhận thấy có ý định bỏ thai trong thai kỳ có liên quan đến TCSS (OR= 2,52; KTC 95%:1,33-4,76).

Phương pháp sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sinh mổ khoảng 38%, so với tỉ lệ sinh mổ (60%) trong nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh [12] thì tỉ lệ mổ lấy thai của chúng tôi gần bằng một phần hai, và gần với tỉ lệ sinh mổ được khuyến cáo trong sản khoa, dưới 30% (Bảng 3.6). Tuy nhiên, so với tỉ lệ sinh mổ 16,9% trong nghiên cứu tại tỉnh Đồng Nai (Nguyễn Mạnh Hoan, 2010) [13] thì tỉ lệ sinh mổ trong nghiên cứu này cao hơn, có thể do xu hướng mổ lấy thai trong những năm gần đây ở nước ta tăng cao. So sánh giữa hai nhóm trong nghiên cứu này, chúng tôi không thấy có sự khác biệt về phân bố đặc điểm phương pháp sinh (p < 0,05) (Bảng 3.6).

Tình trạng sức khỏe con

Có khác biệt về tình trạng sức khỏe của con giữa hai nhóm (p < 0,05), tỉ lệ con yếu hoặc chết ở nhóm nhiễm HIV (8,5%) cao hơn ở không nhiễm HIV (3,7%) (Bảng 3.6). Điều này có thể do người mẹ nhiễm HIV có tình trạng sức khỏe không tốt vì điều kiện dinh dưỡng kém và/hoặc có tiềm ẩn bệnh lý kết hợp do sự suy giảm miễn dịch mà HIV gây ra. Tâm trạng lo lắng về tình trạng sức khỏe của con làm tăng nguy cơ TCSS cho các người mẹ nhiễm HIV. Fisher JRW, Nguyễn Thị Như Ngọc và cs (2004) [74] ghi nhận trẻ yếu là yếu tố tiên lượng điểm EPDS ≥ 13. Hegarty T (2018) [86] nghiên cứu tại Kenya đã nhận thấy các bà mẹ có con nhiễm HIV tăng nguy cơ TCSS gấp bốn lần so với các bà mẹ có con không nhiễm (OR=3,89; KTC 95%:1,24 - 12,25; p=0,021).

Nuôi con bằng sữa mẹ

Tỉ lệ không cho con bú sữa mẹ hoàn toàn của các phụ nữ nhóm nhiễm HIV 91,5% cao hơn gấp 60 lần so với 1,5% ở nhóm không nhiễm HIV và sự khác biệt phân bố đặc điểm này có ý nghĩa với p < 0,001 (Bảng 3.6). Nguyên do là vì các bà mẹ nhiễm HIV được tư vấn về nguy cơ lây truyền HIV sang con qua bú sữa mẹ và đây là một trong các đặc điểm được các bà mẹ tuân thủ nhiều nhất với tỉ lệ gần 100% trong qui trình DP LTMC.

4.2.2.5 Đặc điểm tâm lý sau sinh của hai nhóm

Lo lắng khi con không sữa mẹ

Nghiên cứu chúng tôi thấy tình trạng các bà mẹ lo lắng khi con không được bú sữa mẹ rất cao (82,2%) và không có khác biệt giữa 2 nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV về đặc điểm này (p > 0,05) (Bảng 3.7). Nghiên cứu tổng quan của Pope C.J và cs (2016) [129] báo cáo một nghiên cứu cỡ mẫu lớn phụ nữ được đánh giá từ 6 đến 12 tuần sau sinh, cho thấy những người mẹ cho con bú mẹ hoàn toàn có điểm số trầm cảm trung bình thấp hơn so với những bà mẹ cho con bú một phần. Một nghiên cứu khác ở phụ nữ 6 tháng sau sinh, cho con bú mẹ một phần và cho bú bình hoàn toàn đều có liên quan đáng kể đến các triệu chứng trầm cảm sau khi sinh cao hơn so với phụ nữ cho con bú sữa mẹ hoàn toàn. Mặt khác, nghiên cứu của McLearn KT và cs [111] báo cáo rằng những bà mẹ có triệu chứng trầm cảm ít có khả năng tiếp tục cho con bú 2 đến 4 tháng sau sinh so với những bà mẹ không có triệu chứng trầm cảm (AOR = 0.73, p <0.001).

Nuôi con và hỗ trợ chăm sóc con sau sinh

Hầu hết phụ nữ Việt Nam tự gánh trách nhiệm chính chăm sóc con của mình. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không có ngoại lệ, tỉ lệ các bà mẹ tự nuôi con của mình ở hai nhóm rất cao, khoảng 90%. Chỉ có một tỉ lệ nhỏ các bà mẹ không tự nuôi con sau sinh, và tỉ lệ này ở nhóm nhiễm HIV (13,2%) cao hơn so với ở nhóm không nhiễm HIV (8,5%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa với p > 0,05 (Bảng 3.7).

Có sự khác biệt về phân bố đặc điểm thiếu hỗ trợ chăm sóc con ở hai nhóm, bà mẹ nhiễm HIV không được hỗ trợ có tỉ lệ cao hơn (5,9%) so với bà mẹ không nhiễm HIV (1,5%) (p < 0,05) (Bảng 3.7), và đặc điểm được chồng hỗ trợ chăm sóc con của các bà mẹ nhiễm HIV (69,7%) cũng thấp hơn so với các bà mẹ không nhiễm HIV (81,1%) (p < 0,05) (Bảng 3.7). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong [26], tỉ lệ phụ nữ được hỗ trợ sau sinh là 87,6%, không có khác biệt nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (97,4%) (Bảng 3.7). Một số nghiên cứu [126], [114] báo cáo có mối tương quan tiêu cực giữa TCSS và thiếu sự hỗ trợ gia đình, nhất là từ người chồng.

Quan hệ vợ chồng sau sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối quan hệ vợ chồng sau sinh con theo hướng xấu đi ở nhóm nhiễm HIV (13,2%) cao gấp 14 lần so với ở nhóm không nhiễm HIV (0,9%) với p < 0.001 (Bảng 3.7). Trong một tổng quan hệ thống, tần suất và các yếu tố quyết định các rối loạn tâm thần chu sinh phổ biến ở phụ nữ các nước có thu nhập thấp và trung bình, Fisher J và cs (2012) [72] báo cáo ở Việt Nam, phụ nữ cảm thấy "bị chỉ trích vì những điều nhỏ nhặt" (P < 0,01) và "bị kiểm soát bởi chồng" (P < 0,03) có điểm số EPDS trung bình cao hơn những người khác. Một nghiên cứu khác tại TP HCM [74] báo cáo rằng sự mất niềm tin vào chồng dự báo tăng nguy cơ điểm EPDS ≥13; Nghiên cứu của Gausia K [76] nhận thấy TCSS ở người phụ nữ có thể dự báo mối quan hệ vợ chồng sau khi sinh con trở nên xấu đi.

4.3 TỈ LỆ TRẦM CẢM SAU SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÓM PHỤ NỮ NHIỄM HIV

4.3.1 Đặc điểm riêng của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

4.3.1.1 Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền HIV mẹ - con của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Nồng độ tế bào TCD4 trong máu mẹ

Nghiên cứu của chúng tôi có 38,8% phụ nữ nhiễm HIV có số lượng tế bào TCD4 từ 350/mL máu trở lên. Ngưỡng tế bào TCD4 dưới 350/mL là để chỉ định điều trị cho người nhiễm HIV. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 40,8% phụ nữ không biết lượng tế bào TCD4 của mình (Bảng 3.8) và điều này gây khó khăn trong chỉ định điều trị và tiên lượng bệnh. Nồng độ tế bào TCD4 cao là tín hiệu lạc quan đối với người nhiễm HIV/AIDS, phụ nữ có nồng độ tế bào TCD4 dưới 200/mL sẽ có triệu chứng trầm cảm với tỉ lệ cao 39% (Kaida A 2014) [94].

PCR của con

Tỉ lệ trẻ sơ sinh có kết quả HIV DNA PCR (+) trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,6% (n = 10/N = 152) (Bảng 3.8), tương đương với tỉ lệ 6,7% trẻ có PCR (+) trong nghiên cứu của Trần Thị Lợi và cs (2007) [21] và tỉ lệ sơ sinh nhiễm HIV tại Việt Nam năm 2012 là 7%. Mock Philip A và cs, thực hiện PCR trên máu cuống rốn trẻ sơ sinh, có tỉ lệ PCR (+) là 5,5% (tham khảo nghiên cứu của Trần Thị Lợi) [21].

Tuy nhiên, thực tế tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 69,8% số trẻ sinh ra được làm PCR và số trẻ không được làm PCR chiếm 30,2% (Bảng 3.8) vì các lý do đã được nhóm nghiên cứu ghi nhận như sau: bố mẹ bận việc (n = 5), con chết sau sinh một tháng (n = 2), chờ con 18 tháng làm XN (n = 1), con còn nhỏ (n = 1), con yếu (n = 2), dấu gia đình (n = 2), không biết cần phải XN cho con (n = 2), không tin bị HIV (n = 1), sợ biết kết quả con nhiễm (n = 1), thấy con khỏe mạnh (n = 2), không làm XN (n = 8), và có 19 người không trả lời.

Thời điểm mẹ phát hiện nhiễm HIV

Phụ nữ được phát hiện nhiễm HIV muộn vào giai đoạn chuyển dạ đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu sẽ làm tăng nguy cơ TCSS (Trần Thị Lợi, 2004) [20]. Thực vậy, lúc đó họ phải chịu đồng thời hai stress: nhiễm HIV cùng với sự lo lắng cho con và cơn đau chuyển dạ sinh. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ phụ nữ biết bị nhiễm HIV khi nhập viện sinh là 53,9% (Bảng 3.8) tương tự tỉ lệ (50%) báo cáo tại hội nghị đánh giá tình hình dịch HIV/AIDS và đáp ứng của VN (14/1/2014). Tuy nhiên, tỉ lệ của chúng tôi cao hơn nhiều so với các tỉ lệ phát hiện nhiễm HIV khi vào chuyển dạ trong các nghiên cứu của Vũ Thị Nhung, tại bệnh viện Hùng Vương, lần lượt là 14,5% (2011) [24] và 6% (2014) [24]. Sự khác biệt này là do TPHCM là nơi thực hiện chương trình phòng LTMC đạt hiệu quả tốt nhất trong nước, tỉ lệ lây truyền theo đường dọc dưới mức 5%.

Dự phòng ARV cho mẹ và con

Dự phòng ARV ngăn ngừa được sự lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 30 - 40% (không dự phòng) xuống còn 2% hoặc thấp hơn (dự phòng tốt). Tuy nhiên, nếu dự phòng ARV muộn trong chuyển dạ hoặc sau sinh thì tỉ lệ lây sẽ còn cao > 5% [149]. Nghiên cứu của chúng tôi, 52% số phụ nữ nhiễm HIV mới được bắt đầu dự phòng ARV trong giai đoạn chuyển dạ và/hoặc sau sinh. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ phụ nữ được ARV là 94,1% (Bảng 3.8) tương tự tỉ lệ 95,8% mẹ có ARV được báo cáo trong một NC (2011) của Vũ Thị Nhung tại TP HCM [24].

Tư vấn dự phòng lây truyền HIV mẹ - con

Tỉ lệ phụ nữ được tư vấn về DP LTMC trong nghiên cứu khoảng 91% (Bảng 3.8). Hiệu quả của tư vấn là số phụ nữ sau tư vấn đồng ý ARV cho mẹ gần 95% và tỉ lệ cho con bú sữa thay thế hoàn toàn là 91,5%, tuy nhiên tỉ lệ trẻ được ARV thấp

hơn so với ARV cho mẹ (Bảng 3.8). So sánh với nghiên cứu của Vũ Thị Nhung (2011) [24], nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ ARV cho mẹ tương tự; tuy nhiên, tỉ lệ con không sữa mẹ hoàn toàn và tỉ lệ con được làm xét nghiệm PCR trong nghiên cứu trên là 100% cao hơn so với tỉ lệ của chúng tôi đạt được (Bảng 3.6 và 3.8). Có lẽ vì vậy mà số phụ nữ vẫn còn cảm thấy lo sợ con bị lây nhiễm HIV trong nghiên cứu của chúng tôi là 95,4% (Bảng 3.8).

4.3.1.2 Đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Nguồn nghi lây nhiễm HIV cho phụ nữ

Trong số 152 phụ nữ nhiễm HIV, có khoảng 25,2% (n = 38) nghi bị nhiễm HIV từ chồng của họ, 16,5% nghi nhiễm từ bạn tình, 40,4% không biết bị lây nhiễm từ đâu, và 17,9% (n = 27) cho rằng bị lây nhiễm từ các nguồn khác: chồng trước (n = 22); dùng kim xăm chung (n =2); nhân viên vệ sinh đi nhặt kim tiêm (n = 1); nhổ răng (n =1); truyền máu (n = 1). Như vậy, trong số phụ nữ biết nguồn lây nhiễm HIV (n = 90), có đến 94,4% bị lây nhiễm HIV qua đường tình dục (Bảng 3.9); có thể giải thích là do tình trạng có quan hệ tình dục với nhiều người trong nhóm phụ nữ nhiễm HIV trong nghiên cứu này cao (39,5%) (Bảng 3.5). "Quan hệ" với nhiều bạn tình (Rubin 2011) [133] và/hoặc quan hệ tình dục thiếu kiểm soát (Gupta R 2010) [82] có liên quan đến trầm cảm sau sinh.

Tiết lộ bệnh

Tiết lộ bệnh với người khác không phải là dễ, nhất là bệnh HIV. Nguyên nhân là do sợ bị kỳ thị. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ các phụ nữ không tiết lộ bệnh khoảng 16% (n = 24) vì các lý do sau: không muốn ai biết (n = 6); mặc cảm, xấu hổ (n = 12); sợ chồng biết (n = 1); sợ gia đình tan vỡ (n = 1); không tin bị nhiễm HIV (n = 1); có 3 người không trả lời. Trong các trường hợp tiết lộ bệnh, phần lớn phụ nữ thổ lộ với chồng (91,4%) (30,2% biết chồng đã nhiễm) và người trong gia đình (cha mẹ 47,7%, anh chị em ruột 22,7%) (Bảng 3.9). Tỉ lệ phụ nữ tiết lộ bệnh với bạn tình rất thấp vì phần lớn người mà các phụ nữ có "quan hệ" ngoài chồng là chồng trước của họ. Một số phụ nữ chọn người ngoài gia đình để tiết lộ bệnh của mình đó là bạn thân (n = 6), linh mục (n = 1), nhân viên y tế (n = 1).

Trong một nghiên cứu khác về lây truyền HIV qua đường dọc và tác động của gia đình ở Bangkok (Bennetts) [50], người không tiết lộ tình trạng HIV của họ cho người khác có mức độ lo âu cao hơn người có tiết lộ bệnh. Mặt khác một nghiên cứu ở Nam Phi báo cáo tiết lộ nhiễm HIV góp phần tuân thủ điều trị ARV (Peltzer K 2016) [128].

Mặc cảm bị nhiễm HIV

Người mắc bệnh HIV thường có tâm trạng mặc cảm mang bệnh và sợ người khác xa lánh, kỳ thị. Sự kỳ thị liên quan đến HIV có thể là một yếu tố quan trong góp phần gây ra các triệu chứng trầm cảm cho phụ nữ sống chung với HIV trong thời kỳ mang thai và sau sinh. Nhiều nghiên cứu đã nhận định tỉ lệ mặc cảm mang bệnh vì sợ bị kỳ thị ở những người nhiễm HIV rất cao và điều này đã được chứng minh là rào cản lớn đối với xét nghiệm tự nguyện và tư vấn HIV, cũng như chọn lựa sử dụng dịch vụ sinh và tham gia chương trình phòng LTMC [57], [146], [147], [148].

Mặc dù, trong nghiên cứu của chúng tôi, số phụ nữ nhiễm HIV có bộc lộ bệnh của minh với chồng và/hoặc người thân trong gia đình gần 85%, nhưng số phụ nữ có tâm trạng mặc cảm vẫn rất cao, gần 76% (Bảng 3.9). Mặc cảm mang bệnh HIV là một yếu tố nguy cơ mạnh gây TCSS (Bennetts) [50], đồng thời trầm cảm có thể cản trở liên kết chăm sóc HIV và tuân thủ điều trị ARV (Wagner GJ 2011) [155].

Mặc cảm có lỗi với gia đình

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV có mặc cảm có lỗi với gia đình lên đến 79,6% (Bảng 3.9). Nghiên cứu tại Kenya (Turan B, 2014) [146] nhận thấy rằng hơn 75% phụ nữ nhiễm HIV cảm thấy HIV là một bệnh mà gia đình của họ sẽ xấu hổ. Một nghiên cứu khác tại Thái Lan [50] báo cáo mặc cảm xấu hổ với gia đình ở phụ nữ nhiễm HIV sẽ tăng nguy cơ TCSS gấp hơn 3 lần so với phụ nữ không có mặc cảm này.

Tâm trạng người mẹ có con nhiễm HIV

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 10 phụ nữ (6,6%) (Bảng 3.8) có kết quả xét nghiệm PCR_1 con nhiễm HIV. Trong đó, cả 10 phụ nữ cho biết tâm trạng của mình khi con của họ nghi bị nhiễm HIV và hầu hết họ có tâm trạng bi quan như tuyệt vọng và/hoặc có lỗi với con và/hoặc muốn bỏ con (Bảng 3.9).

Nghiên cứu trên 373 phụ nữ nhiễm HIV tại vùng Blantyre ở Malawi (2014) [66] đã ghi nhận tỉ lệ TCSS ở phụ nữ có con nhiễm HIV (33,5%) cao hơn so với

phụ nữ con không nhiễm HIV (22,5%). Nghiên cứu về sự lo lắng liên quan đến HIV ở phụ nữ sau sinh tại Thái Lan (1999) [50] cũng nhận thấy có sự liên kết TCSS với tâm trạng lo lắng của các bà mẹ có con nhiễm HIV.

4.3.1.3 Đặc điểm hỗ trợ cộng đồng của nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Hỗ trợ cộng đồng, bao gồm hỗ trợ gia đình và xã hội là rất quan trọng trong việc thúc đẩy mối quan hệ giữa các cá nhân và là rất cần thiết trong quá trình mang thai và sau sinh. Tỉ lệ các phụ nữ nhận được sự hỗ trợ từ phía gia đình và xã hội, trong nghiên cứu này, lần lượt là 67,8% và 56,6% (Bảng 3.10).

Tình trạng giảm hoặc thiếu sự hỗ trợ xã hội là một yếu tố nguy cơ của TCSS (Xie RH, 2009) [160], (Turan B 2014) [146] và thiếu sự hỗ trợ của gia đình là yếu tố dự báo TCSS (Özbaşaran F 2011) [126], (John VG 2017) [92].

4.3.2 Tỉ lệ trầm cảm sau sinh, theo điểm cắt EPDS, ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV

Từ kết quả nghiên cứu (Bảng 3.11), chúng tôi nhận thấy rằng trong khoảng thời gian một tuần đầu sau sinh (giai đoạn 1) tỉ lệ phụ nữ có biểu hiện triệu chứng trầm cảm là 65,8%, với điểm trung bình EPDS là 19 ± 4. Trong khi đó ở giai đoạn sáu tuần sau sinh (giai đoạn 2) thì tỉ lệ này là 61,8% (KTC95%: 53,6 – 69,5), với điểm trung bình EPDS là 18 ± 3.

Một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn trầm cảm là các triệu chứng trầm cảm phải kéo dài ít nhất hai tuần. Mặt khác, vào giai đoạn khoảng một tuần ngay sau sinh tâm trạng người phụ nữ có nhiều biến động thoáng qua theo hướng suy thoái, tỉ lệ rối loạn trầm cảm ở giai đoạn này thường không chính xác so với ở giai đoạn sau sinh sáu tuần. Vì vậy, chúng tôi sử dụng tỉ lệ mắc trầm cảm ở giai đoạn sau sinh sáu tuần để phân tích các yếu tố liên quan đến TCSS ở hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV.

Các nghiên cứu trên thế giới về TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV vừa không nhiều vừa thực hiện giới hạn ở một số khu vực trên thế giới, đa phần tại châu Phi và phần lớn tập trung vào giai đoạn trước sinh. Qua các nghiên cứu mà chúng tôi tham khảo được, trong một tổng quan về "tầm quan trọng của việc xác định và điều trị trầm cảm ở phụ nữ mang thai nhiễm HIV", Psaros C và cs (2009) [130] báo cáo các nghiên cứu hiện tại cho biết tỉ lệ trầm cảm chu sinh ở phụ nữ nhiễm HIV trên thế giới khoảng 30,8%.

Một tổng quan khác (Kapetanovic S, 2014) [96], tổng hợp bằng chứng từ 53 bài báo đã được kiểm tra, xem xét các biến số liên quan đến sức khoẻ tinh thần của phụ nữ có HIV trong thời kỳ mang thai và sau sinh; nghiên cứu này trình bày kết quả được tổ chức theo mức độ các nguồn lực kinh tế xã hội ở các quốc gia mà các nghiên cứu được tiến hành. Cụ thể, tỉ lệ TCSS ở một số nước có thu nhập thấp là 54% ở Zimbabwe (Chibanda D 2010) [55]; 42,2% ở Nam Phi (Hartley M 2011) [84]; 85% ở Zambia (2009); tỉ lệ TCSS ở nước có thu nhập trung bình như Thái Lan là 75% (Bennetts 1999) [50]; tỉ lệ TCSS ở nước có thu nhập cao từ 22% - 30% (Swartz HA 1998) [142], (Kapetanovic S 2008) [95].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ TCSS ở các phụ nữ nhiễm HIV là 61,8%. Theo Quỹ tiền tệ quốc tế và Ngân hàng Thế giới (2015) Việt Nam thuộc nhóm các nước có thu nhập thấp [45] và khi so sánh với tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV tại một số nước thuộc nhóm có thu nhập thấp, tỉ lệ TCSS của nghiên cứu chúng tôi cũng tương tự. Tuy nhiên, so với nhiều nghiên cứu về TCSS trên thế giới, tỉ lệ TCSS trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, chúng tôi cho rằng vì nghiên cứu chỉ thực hiện sàng lọc các triệu chứng TCSS, do vậy tỉ lệ TCSS thực sự sau khi có chẩn đoán xác định có thể sẽ thấp hơn.

4.3.3. Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm của nhóm nhiễm HIV

4.3.3.1 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm dịch tễ của nhóm nhiễm HIV

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tuổi của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tuổi của các phụ nữ nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.12). Tương tự, nghiên cứu của Chibanda D và cs (Zimbabwe 2010) [55] không thấy có liên quan giữa tuổi của phụ nữ và TCSS (OR=1,22; KTC 95%: 0.64 - 2.32; p > 0,05); các nghiên cứu của Kapetanovic S và cs (Hoa Kỳ, 2014) [96], của Peltzer K và cs (Nam Phi, 2016) [128] cũng không thấy mối liên quan này, lần lượt với p = 0,65 và p = 0,84.

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm cư trú của nhóm nhiễm HIV

Ở nhóm nhiễm HIV, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phụ nữ sống ở địa phương ít nguy cơ mắc TCSS so hơn phụ nữ đến từ ngoài tỉnh (RR = 0,72 (KTC 95%: 0,56 - 0,93; p < 0,05) (Bảng 3.12). Nghiên cứu của Collins CH và cs (2011) [56] cho thấy TCSS có thể ảnh hưởng đến 42% phụ nữ di cư so với khoảng 10 -

15% phụ nữ địa phương. Các yếu tố nguy cơ chung cho phụ nữ di cư bao gồm các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống, thiếu sự hỗ trợ xã hội và các yếu tố văn hoá [51], [56]. Villegas L và cs tổng quan 19 bài báo (2011) [152] kết luận rằng phụ nữ ở nông thôn có nguy cơ gia tăng TCSS và đưa ra khuyến nghị cần phải có nhận thức về TCSS trong nhóm này, thông báo các chương trình dự phòng và điều trị phù hợp.

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm học vấn của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi, số phụ nữ nhiễm HIV có học vấn từ tốt nghiệp THPT trở lên rất ít (n = 38; 25%) (Bảng 3.2). Khi phân tích đơn biến, chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm hoc vấn, với p > 0,05 (Bảng 3.12). Kết quả có khác với một số nghiên cứu ở phụ nữ nhiễm HIV mà chúng tôi tham khảo được, nguy cơ TCSS gia tăng ở các phụ nữ nhiễm HIV có trình độ học vấn thấp dần: Peltzer K và cs (Nam Phi, 2016) [128] với p = 0,004; Blaney NT và cs (Hoa Kỳ, 2004) [51] với p = 0,04; Bennetts và cs (Thái Lan, 1999) với p = 0,02 [50].

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tôn giáo của nhóm nhiễm HIV

Khoảng một phần ba các phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có theo một tôn giáo, kết quả thống kê mô tả cho thấy tỉ lệ theo một tôn giáo ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV chiếm 27% (Bảng 3.2) và kết quả phân tích cho thấy phụ nữ có tôn giáo giảm nguy cơ TCSS khoảng 36% (RR = 0,64; KTC 95%: 0,44 - 0,93; p < 0,05) so với phụ nữ không theo tôn giáo (Bảng 3.12). Nhiều người cho rằng tín ngưỡng giúp con người vượt qua đau khổ, và niềm tin tôn giáo là yếu tố bảo vệ với trầm cảm. Trái lại, một nghiên cứu đa trung tâm tại Hoa Kỳ (Blaney NT, 2004) [51] với 307 thai phụ nhiễm HIV tham gia, báo cáo rằng phụ nữ theo hoặc không theo tôn giáo nguy cơ có triệu chứng trầm cảm không có khác biệt với p = 0,58.

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nghề nghiệp, kinh tế gia đình của nhóm HIV

Nhiều nghiên cứu về phụ nữ nhiễm HIV trong thời gian chu sinh, báo cáo rằng thất nghiệp và/hoặc không ổn định nghề nghiệp và/hoặc mức thu nhập gia đình thấp là các yếu tố có nguy cơ gây TCSS [50], [51], [66], [84], [128]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ thấy có mối liên quan giữa đặc điểm thất nghiệp của nhóm phụ nữ nhiễm HIV và TCSS, cụ thể là phụ nữ thất nghiệp có nguy cơ TCSS cao hơn có việc làm (RR = 1,36; KTC 95%: 1,07 – 1,72; p < 0,05) so với phụ nữ thất nghiệp (Bảng 3.13). Nghiên cứu không thấy có mối liên quan giữa TCSS và tình

trang không ổn định nghề nghiệp (p > 0,05); và cũng không thấy có liên quan giữa tình trạng kinh tế gia đình với TCSS (p > 0,05) (Bảng 3.13).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhà ở của nhóm nhiễm HIV

Sống trong một căn nhà của mình, được làm chủ mọi sinh hoạt, giảm nguy cơ xung đột với người thân là những yếu bảo vệ đối với TCSS. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả phụ nữ nhóm nhiễm HIV ở nhà riêng của họ nguy cơ TCSS không có khác biệt so với phụ nữ phải ở chung tại nhà của người khác hoặc ở trọ (Bảng 3.13). Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, Hartley M và cs (2011) [84] nghiên cứu 1062 phụ nữ nhiễm HIV không thấy có mối liên quan giữa TCSS và vấn đề nhà ở (OR = 1,04; KTC 95%: 0,72 - 1,49; p > 0,05).

4.3.3.2 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm tiền sử của nhóm nhiễm HIV

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử trầm cảm của nhóm nhiễm HIV

Tiền sử trầm cảm đã được chứng minh là yếu tố dự báo TCSS. Một loạt các nghiên cứu đã báo cáo phụ nữ có tiền sử trầm cảm sẽ gia tăng nguy cơ TCSS: Silverman ME và cs, RR = 21,03 (KTC 95%: 19,72 - 22,42) (Thụy Điển, 2017) [137]; Siu BWM và cs, RR = 3,59 (KTC 95%: 2,27 - 5,68) (Chinese, 2012) [138]; Lee DT và cs, OR = 6,3 (KTC 95%: 1,8 - 22,1) (Hong Kong 2000) [101]; Gausia và cs, OR = 5,6 (KTC 95%: 1,1 - 27,3) (Bangladesh, 2008) [76]; Nguyễn Thị Thu Phong và cs (Việt Nam, 2007) [26] cũng thấy rằng phụ nữ có tiền sử trầm cảm sẽ tăng nguy cơ TCSS lên 9 lần (RR = 9,13; KTC 95%: 7,08 - 11,77) so với phụ nữ không có tiền sử trầm cảm.

Khác với các nghiên cứu trên, kết quả phân tích của chúng tôi ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử có bị trầm cảm (p < 0,05) (Bảng 3.14).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử nghiện chất của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu của Hartley M (2011) [84] nhận thấy nghiện thuốc lá hoặc rượu sẽ gia tăng nguy cơ TCSS với các giá trị p < 0,01, cụ thể là các phụ nữ nghiện thuốc lá tăng nguy cơ TCSS gần 2 lần so với phụ nữ không nghiện (OR = 1,89; KTC 95%: 1,01-5,34), trong khi phụ nữ nghiện rượu nguy cơ TCSS gia tăng gấp rưỡi phụ nữ không nghiện (OR = 1,6; KTC 95%: 1,22-2,10). Nghiên cứu trên nhóm phụ nữ nhiễm HIV, Kapetanovic S và cs (2008) [95] nhận thấy phụ nữ sử dụng chất gây nghiện khi đang mang thai tăng nguy cơ trầm cảm 3 lần (OR = 2,81; KTC 95%:

1,35 - 6,88); nghiên cứu của Rubin [133] trên hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV báo cáo tiền sử sử dụng ma túy là yếu tố dự báo TCSS (p = 0,01),

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử nghiện chất ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.14).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử sản khoa của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử sản khoa ở phụ nữ nhóm nhiễm HIV. Nguy cơ mắc TCSS ở phụ nữ chưa sinh lần nào không có khác biệt so với phụ nữ đã sinh một con trở lên (p > 0,05) (Bảng 3.14), Tương tự, một số nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong và cs (2007), Nguyễn Mai Hạnh và cs (2005), Ozbaşaran và cs (2011) cũng có các kết luận tương tự, với các giá trị p > 0,05.

Kết quả phân tích không thấy có mối liên quan giữa TCSS và tiền sử phá thai ở nhóm nhiễm HIV (Bảng 3.14). Một nghiên cứu cắt ngang, n = 293, tại Thổ Nhĩ Kỳ (2011) [126] cũng không thấy có mối liên quan này (OR = 1,58; KTC 95%: 0,87 - 2,88; p > 0,05). Nghiên cứu thuần tập (n = 250) của Nguyễn Mai Hạnh [12] có kết quả khác với chúng tôi, phụ nữ có tiền căn nạo phá thai có nguy cơ TCSS gấp 2,4 lần (RR = 2,42; KTC 95%: 1,33 -4,40) so với phụ nữ không có tiền căn này.

4.3.3.3 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm hôn nhân - gia đình của nhóm HIV

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm thời gian chung sống của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu của Muneer A và cs (2009) [116] nhận thấy rằng thời gian vợ chồng chung sống năm năm trở lên là một yếu tố bảo vệ đối với TCSS (p < 0,001). Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm thời gian vợ chồng chung sống ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.15).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm đăng ký kết hôn của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm vợ chồng có đăng ký kết hôn hay không ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.15). Tương tự, nghiên cứu của Small R và cs tại Úc (2003) [139] tác giả không thấy vấn đề đăng ký kết hôn có liên quan với TCSS (OR = 0,68; KTC 95%: 0,10 - 3,28; p > 0,05). Nhưng một nghiên cứu của Siu BWM và cs ở Trung Quốc (2012) [138] lại cho thấy phụ nữ không có kết hôn có nguy cơ mắc TCSS cao gấp 2 lần phụ nữ có kết hôn (RR = 2,21; KTC 95%: 1,28 - 3,83; p = 0,006).

Liên quan giữa TCSS *và đặc điểm hôn nhân hiện tại của nhóm nhiễm HIV*

Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy ở nhóm nhiễm HIV, phụ nữ không sống chung với chồng không tăng nguy cơ TCSS so với phụ nữ đang chung sống cùng cha đứa trẻ, với giá trị p > 0,05 (Bảng 3.15). Khác với một nghiên cứu ở các phụ nữ nhiễm HIV tại Thái Lan (1999) [50], phụ nữ sau khi sinh không còn chung sống với chồng gia tăng nguy cơ trầm cảm gần 6 lần (AOR = 5,72; KTC 95%: 2,18-14,97) so với phụ nữ còn đang chung sống.

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm "quan hệ" ngoài chồng của nhóm nhiễm HIV

Một nghiên cứu tại châu Phi (Gupta R 2010) [82] báo cáo phụ nữ thiếu kiểm soát trong quan hệ tình dục gia tăng nguy cơ trầm cảm (OR = 2,35; KTC 95%: 1,46 - 3,81). Nghiên cứu khác tại Hoa Kỳ (2010) [133], Rubin cùng cs nhận thấy quan hệ tình dục với nhiều đối tác trước hôn nhân là yếu tố dự báo đáng kể trầm cảm chu sinh (OR = 2,20). Khác với hai nghiên cứu trên, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và đặc điểm người phụ nữ có mối "quan hệ" ngoài chồng ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.15).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm quan hệ vợ chồng trước sinh của nhóm HIV

Mối quan hệ trong gia đình giữa các cặp vợ chồng không hạnh phúc là yếu tố dự báo TCSS. Tổng quan 47 bài báo (2012) [72] về các rối loạn tâm thần chu sinh phổ biến ở phụ nữ các nước có nguồn thu nhập thấp và trung bình, Fisher và cs nhận thấy nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần khi mang thai và/hoặc sau sinh tăng từ 2 lần (OR = 1,96; KTC 95%: 1,0-3,9) đến gần 10 lần (OR = 9,44; KTC 95%: 2,4-37,8) ở phụ nữ gặp các khó khăn trong mối quan hệ với cha đứa trẻ (như không nhận là cha đứa trẻ, không hỗ trợ, phê phán hoặc cãi nhau, bạo lực thể xác bao gồm tình dục...). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong tại Huế (2007) [26] cũng báo cáo vợ chồng không hòa hợp trong thời gian chu sinh tăng nguy cơ TCSS lên 19 lần (OR = 18,89; KTC 95%: 4,90-78,13) với p < 0,05. Khác với các kết quả đã được nêu trên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm quan hệ vợ chồng trước khi sinh con của các phụ nữ nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.15).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm bạo lực gia đình của nhóm nhiễm HIV

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ tìm hiểu về tình trạng bạo hành thể xác từ người chồng hoặc bạn tình đối với người phụ nữ và tìm mối liên quan giữa tệ

nạn này với tình trạng TCSS ở các phụ nữ nhiễm HIV bị bạo hành. Kết quả nghiên cứu không như chúng tôi dự đoán, phụ nữ bị bạo hành có tỉ lệ TCSS cao hơn so với phụ nữ không bị bạo hành, 64,5% so với 61,2% (Bảng 3.15), nhưng mối liên quan này chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Theo nghiên cứu của Nguyen Dang Vung (Viêt Nam 2008) [153] tỉ lệ phụ nữ bị bạo lực bởi chồng/bạn tình rất cao: "16,3% bị bạo lực vừa phải (như tát, xô ngã) và 14,6% bị bạo lực trầm trọng (đánh gây tổn thương 11,6%, dùng hung khí 1,8%,...)". Phân tích gộp 6 nghiên cứu (2012) [159], 3950 phụ nữ tham gia, Wu Q và cs báo cáo bạo lực là một trong những yếu tố chịu trách nhiệm cho TCSS (OR = 3,47; KTC 95%: 2,13 - 5,64).

4.3.3.4 Liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm sản khoa của nhóm nhiễm HIV

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm mong đợi có thai của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thai ngoài mong đợi ở nhóm nhiễm HIV khá cao (22,4%) (Bảng 3.6). Tuy nhiên, chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm có thai ngoài mong đợi (p > 0,05) (Bảng 3.16). Mặt khác, chúng tôi cũng không thấy có mối liên quan giữa TCSS và ý định bỏ thai của các phụ nữ, với giá trị p > 0,05 (Bảng 3.16). Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh (2005) [12] không thấy có mối liên quan giữa có thai ngoài mong đợi và TCSS (p > 0,05). Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (2005) [26] cho kết quả phụ nữ có thai ngoài mong đợi gia tăng nguy cơ TCSS gấp ba lần (RR = 2,96; KTC 95%: 1,10 - 7,78; p < 0,05).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm phương pháp sinh của nhóm nhiễm HIV

Trong y văn, đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan này nhưng vẫn còn nhiều tranh luận do các nghiên cứu có kết quả khác nhau. Nghiên cứu tổng quan của Fisher J và cs (2012) [72] cho rằng có mối liên quan giữa phương pháp sinh và TCSS, cụ thể mổ lấy thai gia tăng nguy cơ trầm cảm từ 2,5 lần (OR = 2,49; KTC 95%: 1,2 - 5,3) đến 3,5 lần (OR = 3,58; KTC 95%: 1,7 - 7,5) so với sinh ngã âm đạo. Một số nghiên cứu khác lại không thấy có mối liên quan này, như nghiên cứu của Özbaşaran F và cs với p = 2,26 (2011) [126]; Sword W và cs với p = 0,69 (2011) [143]; Nguyễn Mai Hạnh với p = 0,11 (2005) [12]. Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có liên quan giữa TCSS và đặc điểm phương pháp sinh ở nhóm nhiễm HIV (p = 0,27) (Bảng 3.16).

Liên quan giữa giữa TCSS và đặc điểm sức khỏe con ở nhóm nhiễm HIV

Nhiều nghiên cứu đã báo cáo có mối liên quan giữa sức khỏe con và TCSS, như các nghiên cứu của các tác giả sau: Nguyễn Mai Hạnh (2005) RR = 2,64 (KTC 95%: 1,49 - 4,67; p < 0,01) [12], Eastwood JG (2011) OR = 6,3 (KTC 95%: 2,1 - 19,4) [67], và Silverman ME (2017) RR = 1,20 (KTC 95%:1,06 - 1,36) [137]. Một nghiên cứu của Gausia K (2009) [76] báo cáo tử vong chu sinh của trẻ là yếu tố dự báo TCSS (OR = 14,1; KTC 95%: 2,5 - 78,0). Ngược lại, trầm cảm trong thời kỳ sau sinh là một vấn đề sức khoẻ tinh thần đối với phụ nữ và hậu quả của nó có ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển tâm lý của đứa trẻ (Lee LC 2006) [102]. Susan Pawlby S (2008) [127] báo cáo trẻ có mẹ bị trầm cảm trong giai đoạn sau sinh ba tháng sẽ tăng nguy cơ bị rối loạn tâm thần vào lúc 11 tuổi, gấp 4 lần trẻ có mẹ không bị tình trạng này. Nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hoan (2017) [16] trên nhóm phụ nữ nhiễm HIV sau sinh, kết quả cho thấy phụ nữ có con yếu hoặc chết trong vòng 6 tuần sau sinh tăng nguy cơ trầm cảm 2,5 lần (RR = 2,5; KTC 95%: 1,81 - 3,45) so với phụ nữ có con khỏe mạnh.

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm sức khỏe của con sau sinh ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.16).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nuôi con bằng sữa mẹ

Trong một nghiên cứu tổng quan về mối liên quan giữa nuôi con bằng sữa mẹ và TCSS (Pope C.J, 2016) [129], một số báo cáo rằng phụ nữ không cho con bú có nhiều khả năng có triệu chứng trầm cảm cao hơn phụ nữ đang cho con bú. Một nghiên cứu đoàn hệ của Nishioka E và cs (2011) [120] cho thấy rằng ở thời điểm 5 tháng sau sinh, tỷ lệ bà mẹ có điểm số nguy cơ trầm cảm sau sinh EPDS thấp hơn đáng kể ở các bà mẹ đang cho con bú so với những bà mẹ nuôi con bằng sữa công thức (p = 0.04). Hơn nữa, mối liên quan giữa việc cho con bú sữa mẹ và các triệu chứng TCSS đã được duy trì ngay cả khi thu nhập, chủng tộc, tiền sử trầm cảm trước đây đã được kiểm soát (p < 0,001) (Hatton DC, 2005) [85]. Tổng quan từ 48 nghiên cứu, Dias CC và cs (2015) [65] nhận thấy có mối liên quan giữa mẹ cho con bú và TCSS: mẹ bị TCSS sẽ ngưng cho con bú sớm, ngược lại mẹ ngưng cho con bú sớm sẽ tăng nguy cơ trầm cảm. Mặc dù vậy, khi phân tích trên nhóm phụ nữ nhiễm HIV, nghiên cứu chúng tôi không chứng minh được có mối liên quan giữa đặc điểm bà mẹ cho con bú và TCSS (Bảng 3.16).

4.3.3.5 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý sau sinh của nhóm nhiễm HIV

Liên quan giữa TCSS và tâm trạng lo lắng khi con không sữa mẹ ở nhóm HIV

Nghiên cứu của Thome M và cs (2006) [144] nhận thấy các bà mẹ cho con bú mẹ hoàn toàn có điểm số trầm cảm trung bình thấp hơn so với những bà mẹ cho con bú dặm. Tương tự, Ystrom E và cs [161] cũng báo cáo một nghiên cứu ở phụ nữ sau sinh 6 tháng, mẹ lo lắng khi cho con bú mẹ không hoàn toàn hoặc cho bú bình hoàn toàn đều có liên quan đáng kể đến các triệu chứng TCSS, cao hơn so với những người cho con bú sữa mẹ hoàn toàn. Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và tâm trạng lo lắng khi con không sữa mẹ với p > 0,05 (Bảng 3.17).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nuôi con, hỗ trợ chăm sóc con ở nhóm HIV

Nghiên cứu chúng tôi thấy không có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm phụ nữ có tự nuôi con sau sinh hay không (p > 0,05); chúng tôi cũng không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm phụ nữ có được sự hỗ trợ chăm sóc con sau khi sinh hay không (p > 0,05) (Bảng 3.17). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Trang (2008) cũng không thấy mối liên quan này (p = 0,62). Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (2007) [26] thì có mối liên quan, phụ nữ được hỗ trợ sẽ giảm nguy cơ TCSS 12 lần so với phụ nữ không được hỗ trợ (OR = 12,01; KTC 95%: 6,00 - 24,15; p < 0,001).

Liên quan giữa TCSS và mối quan hệ vợ chồng sau sinh của nhóm nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng phụ nữ nhiễm HIV giữ hoặc cải thiện mối quan hệ vợ chồng sau khi sinh không có mối liên quan với TCSS (p > 0,05) (Bảng 3.17). Trái lại, nghiên cứu của Özbaşaran F (Turkey, 2011) [126] báo cáo rằng vợ chồng thiếu gắn kết trong thời gian hậu sản tăng nguy cơ trầm cảm gấp ba lần (OR = 3,1; KTC 95%: 1,1 - 8,9; p = 0,04); một nghiên cứu tại Bangladesh (Gausia K và cs 2009) [76] cũng thấy rằng phụ nữ có mối quan hệ kém với chồng bị gia tăng nguy cơ TCSS hơn bốn lần (RR = 4,34; 3,10 - 6,08 ; p < 0,001) so với các phụ nữ có mối quan hệ này tốt hơn.

4.3.3.6 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sinh học, dự phòng lây truyền mẹ - con

Liên quan giữa TCSS và thời điểm biết nhiễm HIV

Thời điểm phát hiện nhiễm HIV và DPLTMC trước hoặc khi mang thai sẽ giảm được nguy cơ lây truyền mẹ - con, và vì vậy có thể tỉ lệ trầm cảm ở nhóm phụ nữ này

sẽ thấp hơn ở nhóm được phát hiện muộn trong chuyển dạ/sau sinh. Một nghiên cứu ở phụ nữ nhiễm HIV sống tại Hoa Kỳ (Vyavaharkar M 2012) [154] cho thấy thời gian chẩn đoán HIV có liên quan với chất lượng cuộc sống (p = 0,03); một tổng quan bằng chứng từ 53 bài báo xem xét các biến số liên quan đến sức khoẻ tâm thần ở phụ nữ nhiễm HIV mang thai và sau sinh (Kapetanovic S 2014) [96] và kết quả từ các nghiên cứu được thực hiện ở châu Phi cho thấy phụ nữ biết nhiễm HIV trước khi mang thai ít có khả năng phát triển các triệu chứng trầm cảm so với những người được chẩn đoán HIV trong thời kỳ mang thai. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Trinh tại bệnh viện Hùng Vương (2012) [35] báo cáo trầm cảm ở thai phụ nhiễm HIV liên quan với biết nhiễm HIV trước thai kỳ so với trong khi có thai (OR = 0,32; KTC 95%: 0,06 - 0,36).

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có khác biệt về nguy cơ TCSS giữa các phụ nữ biết nhiễm HIV từ trước khi có thai so với các phụ nữ biết nhiễm HIV khi mang thai (p > 0,05), nhưng có sự khác biệt với các phụ nữ biết nhiễm HIV khi chuyển dạ/sau sinh với nguy cơ TCSS cao hơn 1,5 lần phụ nữ biết nhiễm HIV trước khi có thai (RR = 1,51; KTC 95%: 1,13 - 2,03; p < 0,05) so với phụ nữ biết nhiễm HIV trước khi có thai (Bảng 3.18). NC của Turan B và cs (2014) tại Kenya về vấn đề này cũng có báo cáo tương tự [146].

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nồng độ tế bào TCD4 trong máu mẹ

Nồng độ TCD4 dưới 350/mL là mốc quyết định điều trị ARV ở nhiều quốc gia; phụ nữ nhiễm HIV chưa phải điều trị ARV sẽ có tâm lý tốt hơn và là yếu tố bảo vệ TCSS. Phụ nữ có lượng tế bào TCD4 dưới 200/mL, tỉ lệ tử vong liên quan đến HIV là 54% ở những người có trầm cảm trầm trọng (RR = 4,3; KTC 95%: 1,6-11,6) so với 21% ở những người có trầm cảm nhẹ hoặc không có (Ickovics JR 2001) [88]. Trong nhóm các bà mẹ có TCD4 dưới 500/mL, mẹ có TCD4 dưới 200/mL trong thời kỳ mang thai có nguy cơ bị TCSS cao gấp 3,1 lần (OR = 3,1; KTC 95%: 1,32 - 6,88) mẹ có TCD4 cao hơn (Kapetanovic S 2009) [95]. Nghiên cứu của chúng tôi so sánh 2 nhóm, các phụ nữ có lượng TCD4 dưới 350/mL và các phụ nữ có lượng TCD4 từ 350/mL trở lên, kết quả chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa đặc điểm nồng độ TCD4 của mẹ và TCSS (p > 0,05) (Bảng 3.18).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm mẹ có con bị nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi thấy có mối liên quan giữa TCSS ở người mẹ và tình trạng con của họ bị nhiễm HIV, mẹ có con bị nhiễm HIV có nguy cơ TCSS cao hơn phụ nữ có con không nhiễm HIV 1,6 lần (RR = 1,60; KTC 95%: 1,37 - 1,87) (Bảng 3.18). Một số nghiên cứu có kết quả tương tự như sau: Dow và cs (Malawi, 2014) [66], mẹ có con nhiễm HIV tăng nguy cơ trầm cảm 2 lần (OR = 2,0; KTC 95%: 1,1 - 3,6); Peltzer K (Nam Phi, 2016) [128], mẹ có con nhiễm HIV so với mẹ có con không nhiễm hoặc không biết nhiễm HIV tăng nguy cơ TCSS 82% (AOR = 0,28; KTC 95%: 0,11 - 0,71; p < 0,01); Bennetts (Đông Nam Á, 1999) [50], mẹ có con nhiễm HIV có mức độ lo âu cao hơn so với mẹ có con không nhiễm (OR = 3,51; KTC 95%: 1,28 - 10,69).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm dự phòng lây truyền mẹ - con

Về đặc điểm dự phòng LTMC, nghiên cứu của chúng tôi phân tích mối liên quan giữa TCSS và tình trạng hóa dự phòng ARV cho mẹ và con, đồng thời cũng quan tâm đến hiệu quả của việc tư vấn về HIV và dự phòng LTMC. Kết quả chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm vừa nêu trên (các giá trị p > 0,05) (Bảng 3.18). Ngược lại, một nghiên cứu tại Hoa Kỳ [95] báo cáo rằng phụ nữ có các vấn đề trong ARV khi mang thai sẽ có nguy cơ TCSS cao hơn phụ nữ tuân thủ điều trị ARV (OR = 2,14; KTC 95%: 1,08 - 4,23). Mặt khác, trong một tổng quan của Psaros C (2009) [130], trầm cảm đã được xác định là một yếu tố dự báo mạnh mẽ không tuân thủ ARV và liên quan đến khó khăn trong vấn đề chăm sóc con.

Về đặc điểm lo sợ con bị nhiễm HIV, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các bà mẹ lo sợ con bị nhiễm HIV có tỉ lệ TCSS (63,4%) cao hơn tỉ lệ ở các bà mẹ không sợ con bị nhiễm (28,6%), tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với p > 0,05) (Bảng 3.18).

4.3.3.7 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của nhóm nhiễm HIV

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nguồn lây nhiễm HIV cho phụ nữ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có khoảng 30,2% phụ nữ biết chồng hiện tại của mình bị HIV, 22,4% biết chồng không bị HIV và 47,4% không biết chồng có nhiễm HIV hay không (Bảng 3.9). Khác với nghiên cứu tại Thái Lan (Ross 2011) [245], 85,5% phụ nữ khẳng định bị lây nhiễm HIV từ chồng hiện tại hoặc từ người

trước. Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả phụ nữ biết chồng nhiễm HIV có tỉ lệ TCSS (73,3%) cao hơn so với phụ nữ biết chồng không nhiễm HIV (45,7%), mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 3.19). Trái lại, một nghiên cứu tại Nam Phi (Peltzer K 2016) [128] không thấy mối liên giữa TCSS và chồng nhiễm HIV (OR không điều chỉnh = 1,42; KTC 95%: 0,997 - 2,03). Mặt khác, cũng trong nghiên cứu, chúng tôi cũng không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm các nguồn nghi gây nhiễm HIV cho phụ nữ (các giá trị $p > 0,05$) (Bảng 3.19).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiết lộ bệnh

Về tâm lý học, thổ lộ bệnh với người khác không dễ, nhất là bệnh HIV. Nguyên nhân là do các sai lầm khi mới phát hiện HIV, lúc đó người ta cho rằng HIV/AIDS là căn bệnh của người có hành vi nguy cơ cao (ma túy, mại dâm, tình dục không an toàn) đã vô tình gây ra sự kỳ thị và mặc cảm cho người mang bệnh. Trong một nghiên cứu tại Thái Lan [50], nguy cơ TCSS tăng gấp 3 lần ở phụ nữ che giấu căn bệnh nhiễm HIV so với những người đã tiết lộ căn bệnh của họ (OR = 3.05; KTC 95%:1,29 - 7,24) [66]. Trái lại, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa đặc điểm tiết lộ bệnh của nhóm phụ nữ nhiễm HIV và TCSS. ($p > 0,05$). Một nghiên cứu ở Nam Phi (Peltzer K 2016) [128] kết luận là tiết lộ nhiễm HIV góp phần tăng tuân thủ ARV ở các phụ nữ.

Liên quan giữa TCSS và mặc cảm mang bệnh HIV

Sự kỳ thị liên quan đến HIV có thể là một yếu tố quan trọng góp phần gây ra các triệu chứng trầm cảm cho phụ nữ mang thai sống chung với HIV. Sự kỳ thị do đã từng bị kỳ thị hoặc do tự cảm nhận kỳ thị và trầm cảm có liên quan đến HIV bao gồm cả những khía cạnh như mặc cảm, tự đổ lỗi và tự hạ thấp bản thân. Nghiên cứu của Turan JM tại châu Phi (2011) [148] thấy rằng sự kỳ thị là yếu tố tiên đoán đáng kể trầm cảm (OR = 3,67; KTC 95%: 1,87 - 7,22). Một nghiên cứu ở Thái Lan [50], nếu người nhiễm HIV có mặc cảm về căn bệnh của mình thì nguy cơ TCSS tăng hơn 3 lần so với người không mặc cảm bị HIV (OR = 3,44; KTC 95%: 1,34 - 9,77). Tương tự, số phụ nữ có mặc cảm mang bệnh HIV trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 75,7% (Bảng 3.9) và nguy cơ họ bị TCSS cao gần gấp 2,5 lần người không bị mặc cảm như vậy (RR = 2,43; KTC 95%: 1,46 - 4,04; $p < 0,001$) (Bảng 3.19).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm mặc cảm có lỗi với gia đình

Trong khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV có hôn nhân không có hôn thú khoảng 31,6% (Bảng 3.5) và phần lớn ngoài sự đồng ý của gia đình, tỉ lệ tan vỡ hôn nhân cũng như tỉ lệ lây nhiễm HIV từ người chồng trước cũng cao, vì vậy các phụ nữ này luôn có mặc cảm có lỗi với gia đình của họ và kết quả nghiên cứu cho thấy nguy cơ TCSS của các phụ nữ mang mặc cảm có lỗi với gia đình cao hơn gần gấp 2 lần so với các phụ nữ không có mặc cảm trên (RR = 1,93; KTC 95%: 1,18 - 3,15; p < 0,001) (Bảng 3.19). Tương tự nghiên cứu của Bennetts tại Bangkok [50], nếu người nhiễm HIV có mặc cảm có lỗi với gia đình của họ thì nguy cơ họ bị TCSS gia tăng (OR = 3,44; KTC 95%: 1,34 - 9,75).

Liên quan giữa TCSS và tâm trạng bi quan của phụ nữ có con nghi nhiễm HIV

Trong thiết kế nghiên cứu, chúng tôi mong muốn tìm hiểu mối liên quan giữa TCSS và tâm trạng phụ nữ có con nghi nhiễm HIV. Tuy nhiên chúng tôi không xác định được mối liên quan này do mẫu quan sát quá nhỏ (n = 10) (Bảng 3.9).

4.3.3.8 Liên quan giữa TCSS và đặc điểm hỗ trợ cộng đồng ở nhóm nhiễm HIV

Hỗ trợ cộng đồng, bao gồm hỗ trợ gia đình và xã hội, là rất quan trọng trong việc thúc đẩy mối quan hệ giữa các cá nhân và là rất cần thiết trong quá trình phụ nữ mang thai và sau sinh. Tình trạng giảm hoặc thiếu sự hỗ trợ cộng đồng là một yếu tố nguy cơ của TCSS. Nghiên cứu của Xie RH và cs [160] báo cáo sự hỗ trợ từ gia đình, xã hội ngay từ trước khi mang thai làm giảm nguy cơ TCSS hơn rất nhiều so với các hỗ trợ xã hội muộn sau khi sinh, OR điều chỉnh lần lượt là 3,38 (KTC 95%: 1,64 - 6,98) và 9,64 (KTC 95%: 4,09 - 22,69). Nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm phụ nữ được sự hỗ trợ của gia đình (p > 0,05), ngược lại có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm hỗ trợ của xã hội với (p < 0,01) (Bảng 3.20).

4.3.3.9 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm ở nhóm nhiễm HIV trong phân tích đa biến

Chúng tôi tiến hành phân tích đa biến để tìm ra các yếu tố nguy cơ thực sự của TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV. Kết quả chúng tôi tìm được sáu yếu tố có mối liên quan với TCSS sau đây:

(1). Phụ nữ nhiễm HIV được hỗ trợ xã hội giảm nguy cơ TCSS 23% (RR = 0,77; KTC 95%: 0,59 - 0,99) so với phụ nữ không được hỗ trợ xã hội.

(2). Phụ nữ có chồng không nhiễm HIV giảm nguy cơ TCSS 31% (RR = 0,69; KTC 95%: 0,49 - 0,96) so với phụ nữ có chồng nhiễm HIV.

(3). Phụ nữ có con nhiễm HIV có nguy cơ TCSS cao hơn 1,28 lần (RR = 1,28; KTC 95%: 1,02 - 1,60) so với phụ nữ có con không nhiễm HIV.

(4). Phụ nữ nhiễm HIV bị thất nghiệp có nguy cơ TCSS cao hơn 1,35 lần (RR = 1,35; KTC 95%: 1,09 - 1,66) so với phụ nữ không thất nghiệp.

(5). Phụ nữ biết nhiễm HIV trong chuyển dạ/sau sinh có nguy cơ TCSS cao hơn 1,69 lần (RR = 1,69; KTC 95%: 1,27 - 2,25) so với phụ nữ biết nhiễm HIV trước khi có thai.

(6). Phụ nữ mặc cảm nhiễm HIV có nguy cơ TCSS cao hơn 2,08 lần (RR = 2,08; KTC 95%: 1,28 - 3,36) so với phụ nữ không có mặc cảm này.

4.4 SO SÁNH TỈ LỆ TRẦM CẢM SAU SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN GIỮA HAI NHÓM PHỤ NỮ NHIỄM HIV VÀ KHÔNG NHIỄM HIV

4.4.1 Khác biệt về tỉ lệ trầm cảm sau sinh giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV

4.4.1.1 Khác biệt về tỉ lệ TCSS, theo điểm cắt EPDS, giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Tỉ lệ mắc triệu chứng TCSS ở giai đoạn sau sinh một tuần

Trong tuần đầu sau sinh, tỉ lệ buồn sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi, ở phụ nữ nhiễm HIV (13,2%) thấp hơn gần một nửa so với ở phụ nữ không nhiễm HIV (23,5%) và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 3.22).

Chúng tôi cũng nhận thấy tỉ lệ mắc các triệu chứng TCSS một tuần sau sinh ở các phụ nữ nhiễm HIV (65,8%) với điểm trung bình EPDS là 19 ± 4, cao hơn gần sáu lần so với tỉ lệ ở các phụ nữ không nhiễm HIV (11,3%) ($p < 0,001$) với điểm trung bình EPDS là 15 ± 3. Như vậy, điểm trung bình EPDS ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV ít hơn khoảng 5 điểm so với nhóm phụ nữ nhiễm HIV (Bảng 3.22).

Tỉ lệ mắc TCSS ở giai đoạn sau sinh sáu tuần

Chúng tôi thấy rằng ở các phụ nữ nhiễm hoặc không nhiễm HIV bị BSS trong tuần đầu sau sinh, khi ở giai đoạn sau sinh sáu tuần (giai đoạn 2) sự phổ biến các triệu chứng TCSS ở hai nhóm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 3.22)

Tuy nhiên cũng vào giai đoạn này, tỉ lệ phụ nữ có triệu chứng TCSS sau khi đã có triệu chứng TCSS một tuần có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm, cụ thể tỉ lệ này ở nhóm nhiễm HIV (83%) cao hơn gấp 2 lần so với tỉ lệ ở nhóm không nhiễm HIV (40,4%) ($p < 0,001$). Tương tự, tỉ lệ phụ nữ có triệu chứng TCSS sáu tuần (21,2%) nhưng không có triệu chứng TCSS một tuần ở nhóm nhiễm HIV cũng cao gấp hơn 2 lần so với tỉ lệ ở nhóm không nhiễm HIV (9,1%), với $p < 0,05$ (Bảng 3.22).

Tỉ lệ mới mắc TCSS tại thời điểm sáu tuần sau sinh ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV là 61,8 % cao hơn gấp 5 lần tỉ lệ 12,6% ở nhóm không nhiễm HIV. Điểm trung bình EPDS ở giai đoạn này của nhóm nhiễm HIV là 18 ± 3 và của nhóm không nhiễm HIV là 17 ± 3; khoảng cách điểm trung bình giữa hai nhóm còn 1 điểm.

Tỉ lệ các phụ nữ trong tổng mẫu hai nhóm, ở giai đoạn sau sinh sáu tuần, có các triệu chứng TCSS là 24,8% (Bảng 3.22).

Chúng tôi sử dụng tỉ lệ mắc TCSS sáu tuần để phân tích các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh ở hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV.

So sánh với tỉ lệ trầm cảm sau sinh trong cộng đồng

Ước tính chính xác tỉ lệ và các yếu tố nguy cơ của TCSS rất quan trọng đối với sự hiểu biết về rối loạn tâm thần trong thời gian mang thai cũng như lên kế hoạch cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tâm thần cho phụ nữ mang thai, sau sinh và gia đình của họ. Tỉ lệ mắc TCSS, qua các nghiên cứu, có một biên độ khá rộng từ 10% đến 24% (Psaros C, 2009) [130]. O'hara MW và cs (tổng quan, 1996) [123] dựa trên các tỉ lệ TCSS từ 59 nghiên cứu với 12.810 đối tượng tham gia. Ước tính tỉ lệ hiện mắc TCSS, được xác định bởi một đánh giá chẩn đoán hoặc được xác định dựa trên số lượng và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng đã được xác nhận trên một bảng câu hỏi tự điền, như thang sàng lọc TCSS EPDS, khoảng 13% (KTC 95%: 0,123 - 0,134).

Tổng quan y văn, các nghiên cứu về trầm cảm chu sinh mà chúng tôi tham khảo được như sau: tỉ lệ TCSS tại Việt Nam ở miền Bắc là 29% (Fisher J 2010) [73], miền Trung là 18,1% (Murray L 2012) [117], và miền Nam là 15,2% - 33% (Nguyễn Mai Hạnh 2005 [12]; Fisher JRW 2004 [74]). Tỉ lệ TCSS ở các nước thu nhập thấp khoảng 15% (Fisher J 2012) [72], và ở các nước thu nhập cao khoảng từ 6,5 - 12,9% (Gavin NI 2005) [77]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ TCSS ở mẫu

chung hai nhóm là 24,8% (Bảng 3.22), tuy nhiên tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV trong dân số mẫu này chiếm tới 24,8% (Bảng 3.1), trong khi tỉ lệ phụ nữ nhiễm HIV sinh tại một tỉnh miền Đông Việt Nam chỉ chiếm khoảng 0,33% tính trên tổng số phụ nữ sinh của tỉnh này trong cùng một khoảng thời gian (Nguyễn Mạnh Hoan 2012) [13]. Vì vậy tỉ lệ TCSS của mẫu chung trong nghiên cứu này không có tính đại diện cho nhóm phụ nữ không nhiễm HIV, và chúng tôi chọn tỉ lệ 12,6% ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV trong nghiên cứu (Bảng 3.22) để bàn luận trong các phần tiếp theo.

So sánh với các tỉ lệ TCSS trong nước và ở các nước thu nhập thấp hoặc cao, sự phổ biến TCSS ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,6% tương đương với tỉ lệ trong cộng đồng của nghiên cứu O'Hara là 13%.

Tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV đã được chúng tôi trình bày với nội dung so sánh tỉ lệ TCSS trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ TCSS trong dân số phụ nữ nhiễm HIV trên thế giới (xem mục 4.3.2, trang 106 và 107).

4.4.1.2 Mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và HIV

Xét mối liên quan giữa TCSS và HIV qua sự phân bố TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV và phụ nữ không nhiễm HIV; kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có mối liên quan này, phụ nữ nhiễm HIV gia tăng nguy cơ TCSS (61,8%) gấp 5 lần (RR = 4,90; KTC 95%: 3,74 - 6,43; $p < 0,001$) so với phụ nữ không nhiễm (12,6%) (Bảng 3.23).

Trong một nghiên cứu tại Zimbabwe (Chibanda D 2010) [55], tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV là 54% cao gấp 2 lần tỉ lệ ở phụ nữ không nhiễm HIV là 24%. Nghiên cứu khác tại Malawi (Dow A 2014) [66], tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV khoảng 33,5% so với 23,5% ở phụ nữ không nhiễm HIV. Một nghiên cứu nhỏ (Rubin 2010) [133] trong nghiên cứu đặc biệt về HIV (WIHS, Women's Interagency HIV Study), 139 phụ nữ nhiễm HIV và 105 phụ nữ không nhiễm HIV nhưng có nguy cơ nhiễm, kết quả cho thấy tỉ lệ TCSS ở nhóm có nguy cơ nhiễm HIV là 35% không có khác biệt so với ở nhóm đã nhiễm HIV là 31% với $p = 0,43$.

So sánh với ba nghiên cứu vừa nêu trên, sự khác biệt về tỉ lệ TCSS giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn.

4.4.2 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và một số đặc điểm chung của hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV

4.4.2.1 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và đặc điểm dịch tễ của hai nhóm

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tuổi của hai nhóm

Trong y văn, tỉ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh hầu như không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, như các nghiên cứu: O'hara MW và cs (Đa quốc gia, 1996) [123], Fisher JRW và Nguyễn Thị Như Ngọc (Việt Nam, 2004) [74], Nguyễn Mai Hạnh và cs (Việt Nam, 2005) [12], Özbaşaran F và (Turkey, 2011) [126]. Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận một nghiên cứu tại Thụy Điển (Silverman ME 2017) [137], mẫu lớn (n = 707701), báo cáo phụ nữ từ trên 35 tuổi gia tăng nguy cơ TCSS so với nhóm phụ nữ từ 25 đến 29 tuổi (RR = 1,25; KTC 25%: 1,13 - 1,37).

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tuổi của hai nhóm, không nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.24) và nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.12).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm cư trú của hai nhóm

Một nghiên cứu của Stewart DE và cs (Canada, 2008) [140], với mô hình hồi quy cho thấy nguy cơ TCSS gia tăng đối với người tị nạn (OR = 4,8), người nhập cư (OR = 4,6), và phụ nữ xin tị nạn (OR = 3,1). Nghiên cứu này báo cáo phụ nữ ít được chăm sóc trước khi sinh nhiều khả năng có điểm cắt EPDS ≥ 10 (p = 0.03); phụ nữ mới đến (*newcomer women*) có hỗ trợ xã hội thấp có nguy cơ trầm cảm hơn phụ nữ địa phương sinh tại Canada (P < 0.001). Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng ghi nhận nguy cơ TCSS gia tăng ở nhóm phụ nữ nhập cư (ngoài tỉnh) so với ở nhóm phụ nữ người địa phương (trong tỉnh) như nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh (2005) [16] nguy cơ gấp 2,5 lần, Ng Thị Ngọc Trang (2008) [33] nguy cơ gấp 2 lần.

Nghiên cứu của chúng tôi, mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm cư trú không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) ở nhóm không nhiễm HIV (Bảng 3.24), nhưng lại có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) ở nhóm nhiễm HIV (Bảng 3.12).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm học vấn của hai nhóm

Nghiên cứu của Moraes IGS (Brasil, 2006) [114], báo cáo phụ nũ có trình độ học vấn cao ít nguy cơ TCSS hơn phụ nữ có học vấn thấp, tương tự nghiên cứu của

Nguyễn Thị Thu Phong (2007) [26] phụ nữ có học vấn dưới THCS nguy cơ bị TCSS gấp 3 lần phụ nữ có học vấn cao hơn (OR = 3,08; p < 0,001), và nghiên cứu của Grussu P (Ý, 2009) [81] tỉ lệ TCSS ở phụ nữ có trình độ đại học 18,4% cao so với tỉ lệ 34,2% ở phụ nữ học vấn dưới THCS, với p < 0,05.

Nghiên cứu chúng tôi không thấy có mối liên quan (p > 0,05) giữa TCSS và đặc điểm hoc vấn của hai nhóm không nhiễm HIV (Bảng 3.24) và nhiễm HIV (Bảng 3.12)

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tôn giáo của hai nhóm

Nghiên cứu mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tôn giáo ở phụ nữ chu sinh, Ongeri và cs tại Kenya (2016) [124] không thấy có sự khác biệt về tình trạng TCSS giữa nhóm phụ nữ có tôn giáo và nhóm phụ nữ không theo tôn giáo nào (p > 0,05). Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi cũng không thấy có mối liên quan này ở nhóm không nhiễm HIV (p > 0,05) (Bảng 3.24); ngược lại, ở nhóm nhiễm HIV phụ nữ theo tôn giáo giảm nguy cơ TCSS 36% so với phụ nữ không theo tôn giáo (Bảng 3.12).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm kinh tế xã hội của hai nhóm

Sự thất nghiệp hoặc không có việc làm ổn định sẽ là một áp lực lớn cho các bà mẹ mang thai và sau khi sinh vì các nhu cầu phát sinh trong giai đoạn này. Nghiên cứu Hartley M và cs (2011) [84] nhận định phụ nữ không có việc làm sẽ tăng nguy cơ TCSS (OR = 1,48; KTC 95%: 1,08 - 2,07). Trái lại, Özbaşaran F (2011) [126], Nguyễn Mai Hạnh (2005), và Nguyễn Thị Ngọc Trang (2008), trong các nghiên cứu của mình, không thấy có mối liên quan giữa TCSS và tình trạng thất nghiệp. Nghiên cứu chúng tôi thấy mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm thất nghiệp của nhóm không nhiễm HIV không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) (Bảng 3.24), nhưng ở nhóm nhiễm HIV mối liên quan này có nghĩa thống kê với p < 0,05 (Bảng 3.13).

Mặt khác, một số nghiên cứu trong và ngoài nước báo cáo nghề không ổn định, thu nhập kém sẽ gia tăng nguy cơ TCSS. Như các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (VN, 2007) OR = 6,39 (KTC 95%: 3,22 - 12,67), Hartley (Nam Phi, 2011) OR = 1,84 (KTC 95%: 1,42 - 2,49), Eastwood JG (Úc, 2011) OR = 2,7 (KTC 95%: 2,1 - 3,5) [67], Lee DT (Hong Kong, 2000) OR = 3,4 (KTC 95%: 1,3 - 11,4) [101]. Nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV, có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tình trạng việc làm thiếu ổn định (p < 0,05) (Bảng 3.24). Cụ thể phụ nữ không có việc làm ổn định nguy cơ TCSS cao hơn gần 2 lần so

với phụ nữ có việc làm ổn định (RR = 1,98; KTC 95%: 1,21 – 3,21; p = 0,007). Ở nhóm nhiễm HIV thì mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05) (Bảng 3.13).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhà ở của hai nhóm

Có nhà ở riêng, được chủ động các sinh hoạt, giảm nguy cơ xung đột với người thân, không tốn chi phí thuê nhà là những yếu bảo vệ đối với TCSS. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi ở hai nhóm không nhiễm HIV (Bảng 3.24) và nhóm nhiễm HIV (Bảng 3.13), phụ nữ ở nhà riêng của họ nguy cơ TCSS không có khác biệt so với phụ nữ phải ở chung tại nhà của người khác hoặc phải thuê nhà trọ. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, Hartley M (2011) [84] nghiên cứu 1062 phụ nữ, không thấy có mối liên quan giữa TCSS và vấn đề nhà ở OR = 1,04 (KTC 95%: 0,72 - 1,49) với p > 0,05.

4.4.2.2 Khác biệt trong mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử của hai nhóm

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử trầm cảm của hai nhóm

Tiền sử trầm cảm đã được chứng minh là yếu tố dự báo TCSS. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy các phụ nữ ở nhóm không nhiễm HIV, người có tiền sử trầm cảm sẽ tăng nguy cơ TCSS cao hơn 3 lần (RR = 3,24; KTC 95%:1,56 - 6,75; p = 0,016) so với các phụ nữ không có hoặc không biết có trầm cảm trước khi có thai hay không (Bảng 3.25). Tương tự, một số nghiên cứu đã báo cáo phụ nữ có tiền sử trầm cảm sẽ gia tăng nguy cơ TCSS: Silverman ME và cs (Thụy Điển, 2917), RR = 21,03 (KTC 95%: 19,72 - 22,42) [137]; Siu BWM và cs (Chinese, 2012), RR = 3,59 (KTC 95%: 2,27 - 5,68) [138]. Tại Việt Nam, Nguyễn Thị Thu Phong và cs (2007) cũng thấy rằng phụ nữ có tiền sử trầm cảm sẽ tăng nguy cơ TCSS lên 9 lần (RR = 9,13; KTC 95%: 7,08 - 11,77) so với phụ nữ không có tiền sử này. Tuy nhiên ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và tiền sử trầm cảm (p > 0,05) (Bảng 3.14).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử nghiện chất của hai nhóm

Một số nghiên cứu cho thấy người nghiện chất sẽ gia tăng nguy cơ bị TCSS, như nghiên cứu của Hartley M (2011) [84] nhận thấy nghiện thuốc lá hoặc rượu sẽ gia tăng nguy cơ TCSS, và mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với các giá trị p < 0,01. Cụ thể, phụ nữ nghiện thuốc lá tăng nguy cơ TCSS gần 2 lần (OR = 1,89; KTC 95%: 1,01-5,34); nghiện rượu tăng nguy cơ TCSS gấp 1,5 lần (OR = 1,6; KTC 95%: 1,22 - 2,10). Nghiên

cứu của Rubin [133] trên hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV báo cáo tiền sử sử dụng ma túy là yếu tố dự báo TCSS ($p < 0,01$).

Khác với các kết quả trên, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan ($p > 0,05$) giữa TCSS và đặc điểm tiền sử nghiện chất của hai nhóm, không nhiễm HIV (Bảng 3.25) và nhiễm HIV (Bảng 3.14).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử sản khoa của hai nhóm

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền sử sản khoa (phá thai, số con) ở phụ nữ hai nhóm không nhiễm HIV (Bảng 3.25) và nhiễm HIV, với các giá trị $p > 0,05$. Các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong và cs (2007), Nguyễn Mai Hạnh và cs (2005), Ozbaşaran và cs (2011) cũng có các kết luận tương tự, với các giá trị $p > 0,05$.

4.4.2.3 Khác biệt trong mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm hôn nhân - gia đình của hai nhóm

Hôn nhân là một mối quan hệ cơ bản trong gia đình ở hầu hết xã hội. Về mặt xã hội lễ cưới thường là sự kiện đánh dấu sự chính thức của hôn nhân và về mặt luật pháp đó là việc đăng ký kết hôn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm hôn nhân và hạnh phúc gia đình được đánh giá dựa trên thời gian chung sống, có đăng ký kết hôn, sự chung thủy, bạo lực trong gia đình, mối quan hệ vợ - chồng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở hai nhóm, nhiễm HIV (Bảng 3.16) và không nhiễm HIV (Bảng 3.27), đều không có mối liên giữa TCSS và các đặc điểm: hôn nhân gia đình, thời gian chung sống, đăng ký kết hôn, quan hệ vợ chồng trước khi sinh, bạo lực, "quan hệ" ngoài chồng, tình trạng hôn nhân hiện tại, với các giá trị $p > 0,05$ (Bảng 3.26).

Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Trang (2005) [33], không thấy có mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân với TCSS. Ngược lại, nghiên cứu của Eastwood JG (2011) [67], và của Hartley M (2011) [84] báo cáo phụ nữ đơn thân gia tăng nguy cơ TCSS, lần lượt với OR = 1,7 (KTC 95%: 1,5-2,0) và OR = 1,43 (KTC 95%: 1,11-1,83; $p < 0,01$). Gupta R (Châu Phi, 2010) [82] báo cáo phụ nữ thiếu kiểm soát trong quan hệ tình dục gia tăng nguy cơ trầm cảm (OR = 2,35; KTC 95%: 1,46-3,81). Rubin (2010) nghiên cứu tại Hoa Kỳ ([133] nhận thấy quan hệ tình dục với nhiều đối tác trước hôn nhân là yếu tố dự báo đáng kể trầm cảm chu sinh (OR = 2,20).

4.4.2.4 Khác biệt trong mối liên quan giữa TCSS với các đặc điểm sản khoa lần này và tâm lý sau sinh của hai nhóm

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm mong đợi có thai của hai nhóm

Hiện nay, người phụ nữ thường muốn có sự chuẩn bị chu đáo cho đứa con tương lai của mình. Mặc dù vậy, tỉ lệ các bà mẹ có thai ngoài mong đợi còn cao và có thể ảnh hưởng đến tâm lý của người mẹ khi mang thai và sau khi sinh. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chúng tôi ở hai nhóm, nhiễm HIV (Bảng 3.16) và không nhiễm HIV (Bảng 3.27), đều không có mối liên quan giữa TCSS và sự có thai ngoài mong đợi (các giá trị p > 0,05).

Chúng tôi cũng không thấy có mối liên quan giữa TCSS và ý định bỏ thai khi có thai ngoài mong đợi của các phụ nữ ở hai nhóm này, với các giá trị p > 0,05 (Bảng 3.16; Bảng 3.27). Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh và cs [12] không thấy có mối liên quan giữa có thai ngoài mong đợi và TCSS (p > 0,05). Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (2005) có kết quả khác với chúng tôi, phụ nữ có thai ngoài mong đợi gia tăng nguy cơ TCSS gấp ba lần (RR = 2,96; KTC 95%: 1,10 - 7,78; p < 0,05) có thai mong đợi.

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm phương pháp sinh của hai nhóm

Nghiên cứu của chúng tôi ở hai nhóm, nhiễm HIV (Bảng 3.16) và không nhiễm HIV (Bảng 3.27), đều không thấy có liên quan giữa TCSS và đặc điểm phương pháp sinh (các giá trị p > 0,05). Tương tự một số nghiên cứu của Özbaşaran F và cs (2011) [126], p = 2,26; của Sword W và cs (2011) [143]; p = 0,69; của Nguyễn Mai Hạnh (2005) [12], p = 0,11. Ngược lại, nghiên cứu của Fisher J và cs (2012) [72] cho rằng có mối liên quan giữa phương thức sinh và TCSS, mổ lấy thai gia tăng nguy cơ trầm cảm từ 2,5 lần (OR = 2,49; KTC 95%: 1,2 - 5,3) đến 3,5 lần (OR = 3,58; KTC 95%: 1,7 - 7,5) so với sinh ngã âm đạo.

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sức khỏe con của hai nhóm

Nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV, người mẹ có con yếu hoặc chết gia tăng nguy cơ TCSS hơn 4,5 lần (RR = 4,78; KTC 95%: 2,84 - 8,05; p < 0,001) so với mẹ có con khỏe mạnh (Bảng 3.27). Tương tự, nhiều nghiên cứu đã báo

cáo có liên quan giữa tình trang sức khỏe của con và TCSS của mẹ chúng như nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh (2005) (RR = 2,64; p < 0,01) và của Silverman ME (2017) [137] (RR = 1,20; KTC 95%: 1,06 - 1,36). Gausia K và cs (2009) [76] báo cáo tử vong chu sinh của trẻ là yếu tố dự báo TCSS (OR = 14,1; KTC 95%: 2,5 - 78,0).

Mặt khác, Lee LC và cs (2006) [102] nhận thấy rằng TCSS là một vấn đề sức khoẻ tâm thần đối với phụ nữ, và hậu quả trầm cảm có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển tâm lý của đứa trẻ. Pawlby S (2008) [127] báo cáo trẻ có mẹ bị trầm cảm trong giai đoạn sau sinh ba tháng sẽ tăng nguy cơ bị rối loạn tâm thần lúc 11 tuổi gấp bốn lần trẻ có mẹ không bị tình trạng này.

Nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV không thấy có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm tình trạng sức khỏe con với giá trị p > 0,05 (Bảng 3.16).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nuôi con sữa mẹ của hai nhóm

Kết quả phân tích trên hai nhóm nhiễm HIV và không nhiễm HIV, nghiên cứu chúng tôi không chứng minh được có mối liên quan giữa đặc điểm bà mẹ cho con bú và TCSS với các giá trị p > 0,05 (Bảng 3.16; Bảng 3.27). Khác với một số nghiên cứu, trong một tổng quan mối liên quan giữa nuôi con bằng sữa mẹ và TCSS của Pope C.J và cs (2016) [129], tác giả đã báo cáo phụ nữ không cho con bú có nhiều khả năng có triệu chứng trầm cảm cao hơn phụ nữ đang cho con bú mẹ. Nghiên cứu đoàn hệ của Nishioka E và cs (2011) [120] thấy ở thời điểm 5 tháng sau sinh, tỷ lệ các bà mẹ đang cho con bú mẹ có điểm số nguy cơ trầm cảm sau sinh EPDS thấp hơn đáng kể so với các bà mẹ nuôi con bằng sữa công thức (p = 0.04).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nuôi con, hỗ trợ chăm sóc con của hai nhóm

Nghiên cứu của Thome M (2006) [144] nhận thấy các bà mẹ cho con bú mẹ hoàn toàn có điểm số trầm cảm trung bình thấp hơn so với những bà mẹ cho con bú một phần; tương tự, Ystrom E và cs [161] cũng báo cáo các bà mẹ lo lắng khi cho con bú mẹ một phần hoặc cho bú bình hoàn toàn đều có liên quan đáng kể đến các triệu chứng TCSS, cao hơn so với các mẹ cho con bú sữa mẹ hoàn toàn. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS và sự lo âu của người mẹ ở hai nhóm (Bảng 3.17; Bảng 3.28) khi con của họ không được bú sữa mẹ (p > 0,05).

Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm các bà mẹ tự nuôi con sau sinh ở nhóm nhiễm HIV (Bảng 3.17) và nhóm không nhiễm HIV (Bảng 3.28), với các giá trị p > 0,05. Nghiên cứu cũng không thấy có liên quan giữa TCSS và đặc điểm bà mẹ có được sự hỗ trợ chăm sóc con sau khi sinh hay không ở hai nhóm, với các giá trị p > 0,05 (Bảng 3.17; Bảng 3.28). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Trang (2008) [33] cũng không thấy mối liên quan này (p = 0,62). Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phong (2007) [26] cho kết quả có mối liên quan, phụ nữ được hỗ trợ chăm sóc con sau sinh sẽ giảm 12 lần nguy cơ TCSS so với phụ nữ không được hỗ trợ (OR = 12,01; KTC 95%: 6,00 - 24,15; p < 0,001); nghiên cứu của Nguyễn Mai Hạnh (2005) [12] cũng có kết quả tương tự (RR = 3,16; p = 0,001).

Liên quan giữa TCSS và đặc điểm quan hệ vợ chồng sau sinh của hai nhóm

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng ở nhóm không nhiễm HIV, phụ nữ giữ hoặc cải thiện được mối quan hệ vợ chồng tốt hơn sau khi có con nguy cơ TCSS ít hơn sáu lần (RR = 6,22; KTC 95%: 3,35 - 11,53; p = 0,007) (Bảng 3.28) so với phụ nữ có mối quan hệ vợ chồng sau sinh xấu hơn. Nghiên cứu của Özbaşaran F (Turkey, 2011) [126] khuyến cáo vợ chồng thiếu gắn kết trong thời gian hậu sản tăng nguy cơ trầm cảm 3 lần (OR = 3,1; KTC 95%: 1,1-8,9; p = 0,04); tại Bangladesh, Gausia K và cs (2009) [76] cũng thấy rằng phụ nữ có mối quan hệ kém với chồng gia tăng nguy cơ TCSS hơn 4 lần (RR = 4,34; 3,10 - 6,08 ; p < 0,001).

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV không có mối liên quan giữa TCSS và đặc điểm quan hệ vợ chồng sau sinh, với p > 0,05 (Bảng 3.17).

4.4.2.5 Mối liên quan giữa TCSS và một số đặc điểm ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV trong mô hình hồi qui logistic đa biến

Phân tích đơn biến

Phân tích đơn biến xét mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm của nhóm phụ nữ không nhiễm HIV. Kết quả cho thấy có bốn biến số thuộc bốn nhóm đặc điểm bao gồm kinh tế xã hội, tiền sử, sản khoa lần này và tâm lý phụ nữ sau sinh được xem là các yếu tố có liên quan đến TCSS:

(1) Nghề không ổn định: RR = 1,98 (KTC 95%: 1,21 – 3,21), p = 0,007.

(2) Tiền sử trầm cảm: RR = 3,24 (KTC 95%: 1,56 - 6,75), p = 0,016.

(3) Sức khỏe của con: RR = 4,78 (KTC 95%: 2,84 – 8,05), p = 0,000.

(4) Quan hệ vợ chồng sau sinh: RR = 6.22 (KTC 95%: 3,35 -11,53), p = 0,007.

Phân tích đa biến

Sau khi kiểm soát các biến số nguy cơ gây TCSS, thuộc các đặc điểm của nhóm phụ nữ không nhiễm HIV, chúng tôi nhận thấy có ba biến số thuộc ba nhóm đặc điểm là kinh tế xã hội, sản khoa lần này và tâm lý phụ nữ sau sinh, được xem là các yếu tố thực sự có liên quan với TCSS trong mô hình hồi qui Poisson đa biến, cụ thể như sau (Bảng 3.29):

1. Phụ nữ nghề nghiệp không ổn định nguy cơ bị TCSS cao hơn khoảng ba lần so với phụ nữ nghề nghiệp ổn định (RR = 3,10; KTC 95%: 1,32 - 7,27; p = 0,009).

2. Phụ nữ có con sức khỏe yếu hoặc chết nguy cơ TCSS cao hơn khoảng năm lần so với phụ nữ có con sức khỏe tốt (RR = 5,10; KTC 95%: 2,96 - 8,79; p < 0,001).

3. Phụ nữ có mối quan hệ vợ chồng sau sinh xấu đi nguy cơ TCSS cao hơn bảy lần (RR = 7,31; KTC 95%: 5,16 – 10,36; p < 0,001) so với phụ nữ có được mối quan hệ vợ chồng sau sinh ổn định hoặc tốt hơn.

Chúng tôi nhận thấy rằng kết quả này rất phù hợp, bởi vì có nguồn thu nhập cá nhân ổn định, con cái khỏe mạnh và mối quan hệ trong đời sống vợ chồng tốt đẹp là các mong muốn chủ yếu và thiết thực nhất, mang lại hạnh phúc cho hầu hết phụ nữ. Trái lại, người phụ nữ có kinh tế khó khăn, con cái đau ốm thường xuyên, vợ chồng không hạnh phúc sống trong khổ cực thể chất lẫn tinh thần sẽ tăng nguy cơ trầm cảm.

4.4.2.2 Khác biệt trong mối liên quan giữa trầm cảm sau sinh và các đặc điểm chung của hai nhóm phụ nữ, nhiễm HIV và không nhiễm HIV

Nghiên cứu của chúng tôi phân tích sáu đặc điểm cùng có ở hai nhóm phụ nữ, nhiễm HIV và không nhiễm HIV, bao gồm các đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội, tiền sử, hôn nhân-gia đình, sản khoa lần này, và tâm lý sau sinh.

Khác biệt kết quả phân tích đơn biến các đặc điểm chung của hai nhóm, nhiễm HIV và không nhiễm HIV:

Bảng 4.1 Khác biệt trong mối liên quan giữa TCSS và các đặc điểm chung của hai nhóm, nhiễm HIV và không nhiễm HIV, trong phân tích đơn biến

TCSS	Nhiễm HIV (n=152)	Không HIV(n=460)	Giá trị p
	RR (KTC 95%)	RR (KTC 95%)	
Đặc điểm nhân khẩu			
Cư trú[1]	0,72 (0,56 - 0,93)		0,011
Tôn giáo[2]	0,64 (0,44 - 0,93)		0,006
Kinh tế xã hội			
Nghề nghiệp[3]	1,36 (1.07 - 1,72)		0,017
Nghề nghiệp ổn định[4]		1,98 (1,21 - 3,21)	0,007
Tiền sử			
Trầm cảm[5]		3,24 (1,56 - 6,75)	0,016
Sản khoa lần này			
Tình trạng sức khỏe của con[6]		4,78 (2,84 - 8,05)	< 0,001
Tâm lý sau sinh			
Quan hệ vợ chồng sau sinh[7]		6.22 (3,35 - 11,53)	0,007

[1], [2]: Bảng 3.12 [3]: Bảng 3.13 [4]: Bảng 3.24 [5]: Bảng 3.25 [6]: Bảng 3.27 [7]: Bảng 3.28

Kết quả đơn biến ở nhóm nhiễm và không nhiễm HIV, cho thấy ở các đặc điểm cùng có ở hai nhóm đều có chứa các yếu tố có liên quan với TCSS, ngoại trừ đặc điểm hôn nhân-gia đình. Cụ thể nhóm phụ nữ nhiễm HIV có hai đặc điểm (nhân khẩu, kinh tế xã hội) chứa ba yếu tố có liên quan với TCSS là các yếu tố: nghề nghiệp, nơi cư trú, và tôn giáo. Nhóm phụ nữ không nhiễm HIV có bốn đặc điểm (kinh tế xã hội, tiền sử, sản khoa lần này, tâm lý sau sinh) có chứa bốn yếu tố có liên quan với TCSS lần lượt là nghề nghiệp, tiền sử trầm cảm, sức khỏe của con, và mối quan hệ vợ chồng sau sinh.

Tuy nhiên, trong bảy yếu tố có liên quan với TCSS vừa được trình bày trên đây, chỉ có nghề nghiệp là yếu tố duy nhất cùng có ở hai nhóm phụ nữ và cùng có liên quan với TCSS. Từ kết quả trên chúng tôi cho rằng kinh tế, cụ thể là có nghề và sự ổn định nghề, là yếu tố chi phối mạnh đến đời sống vật chất và tinh thần của người phụ nữ sau khi sinh con.

Khác biệt kết quả phân tích đa biến các đặc điểm chung của hai nhóm, nhiễm HIV và không nhiễm HIV:

Trong phân tích đơn biến, có các biến số có RR ≥ 1,0 và khoảng tin cậy 95% không chứa 1, do đó rất có thể có tương tác giữa các biến số với nhau và khó xác định yếu tố nguy cơ thực sự nếu chỉ xét trên quan hệ đơn biến với TCSS. Vì vậy, chúng tôi tiến hành phân tích các biến số này trong mô hình hồi qui đa biến của mỗi nhóm, nhiễm HIV và không nhiễm HIV, để tìm ra các yếu tố nguy cơ thực sự gây ra TCSS.

Kết quả phân tích đa biến chúng tôi tìm được các yếu tố thực sự có liên quan với TCSS như sau (Bảng 3.30):

(1). Ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV, trong các đặc điểm chung với nhóm không nhiễm HIV, có một yếu tố thực sự có liên quan với TCSS đó là thất nghiệp;

(2). Ở nhóm phụ nữ không nhiễm HIV, trong các đặc điểm chung với nhóm nhiễm HIV, có ba yếu tố thực sự có liên quan đến TCSS, đó là: nghề không ổn định; con yếu hoặc chết; quan hệ vợ chồng sau sinh xấu.

Tóm lại, từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng cả hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV đều có một số đặc điểm là các yếu tố nguy cơ TCSS. Trong các đặc điểm cùng có ở hai nhóm, có ba đặc điểm liên quan đến trầm cảm sau sinh ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống người phụ nữ, đó là các yếu tố nghề nghiệp, sức khỏe của con và mối quan hệ vợ chồng.

Hạn chế nghiên cứu:

Nghiên cứu sử dụng thiết kế đoàn hệ có sử dụng nhóm so sánh, theo dõi mẫu từ khi nhập viện sinh cho đến thời điểm sau sinh. Ngoài xác định được tỉ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV và các yếu tố liên quan, nghiên cứu còn đánh giá được tỉ lệ hiện mắc và tỉ lệ mới mắc trầm cảm sau sinh. Nghiên cứu sử dụng thang điểm trầm cảm EPDS, là thang điểm đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới và đã được chứng minh có giá trị trong sảng lọc trầm cảm sau sinh. Mặc dù sàng lọc rất quan trọng để phát hiện trầm cảm sau sinh, nhưng sàng lọc không đủ để cải thiện kết cục lâm sàng mà cần được kết hợp với theo dõi, chẩn đoán và điều trị thích hợp khi có chỉ định.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu 612 phụ nữ, 152 nhiễm HIV và 460 không nhiễm HIV, sinh con tại tỉnh Đồng Nai hoặc Bình Dương từ ngày 1/11/2012 đến ngày 31/12/2015. Chúng tôi có một số kết luận như sau:

1. Tỉ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan:

- Tỉ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV là 61,8% (KTC 95%: 53,6 – 69,5).
- Các yếu tố có liên quan với trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV là:

. Phụ nữ nhiễm HIV được hỗ trợ xã hội giảm nguy cơ TCSS 23% (RR = 0,77; KTC 95%: 0,59 - 0,99) so với phụ nữ không được hỗ trợ xã hội.

. Phụ nữ có chồng không nhiễm HIV giảm nguy cơ TCSS 31% (RR = 0,69; KTC 95%: 0,49 - 0,96) so với phụ nữ có chồng nhiễm HIV.

. Phụ nữ có con nhiễm HIV có nguy cơ TCSS cao hơn 1,3 lần (RR = 1,28; KTC 95%: 1,02 - 1,60) so với phụ nữ có con không nhiễm HIV.

. Phụ nữ nhiễm HIV thất nghiệp có nguy cơ TCSS cao hơn 1,35 lần (RR = 1,35; KTC 95%: 1,09 - 1,66) so với phụ nữ không thất nghiệp.

. Phụ nữ biết nhiễm HIV trong chuyển dạ/sau sinh có nguy cơ TCSS cao hơn 1,7 lần (RR = 1,69; KTC 95%: 1,27 - 2,25) so với phụ nữ biết nhiễm HIV trước khi có thai.

. Phụ nữ có mặc cảm nhiễm HIV có nguy cơ TCSS cao hơn 2 lần (RR = 2,08; KTC 95%: 1,28 - 3,36) so với phụ nữ không có mặc cảm này.

2. So sánh tỉ lệ trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan giữa hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV

- Phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ trầm cảm sau sinh cao hơn năm lần (RR = 4,90; KTC 95%: 3,74 - 6,43) so với phụ nữ không nhiễm HIV.
- Ba đặc điểm chung của hai nhóm phụ nữ nhiễm HIV và không nhiễm HIV liên quan đến trầm cảm sau sinh ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống người phụ nữ, đó là các yếu tố: sự ổn định nghề nghiệp, sức khỏe của con và mối quan hệ vợ chồng.

KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến phụ nữ nhiễm HIV có triệu chứng trầm cảm sau sinh, chúng tôi có hai kiến nghị sau:

1. Kết hợp sàng lọc trầm cảm và tầm soát HIV trong chăm sóc sức khỏe ban đầu

Cần thiết kết hợp sàng lọc trầm cảm và tầm soát HIV ở những phụ nữ nhiễm HIV trước, trong và sau sinh vì trầm cảm phổ biến ở nhóm phụ nữ này rất cao. Hơn nữa, test sàng lọc trầm cảm dễ thực hiện, có độ tin cậy cao, rẻ tiền và đã có chứng cứ có lợi ích.

2. Sàng lọc thường qui trầm cảm sau sinh

Cần xây dựng hệ thống để đảm bảo qui trình sàng lọc, chẩn đoán và điều trị trầm cảm trong khi mang thai và sau sinh. Các nhà hoạch định chính sách cần ban hành một gói cải cách chăm sóc sức khoẻ tâm thần giúp phụ nữ bị trầm cảm sau sinh và gia đình họ. Thực hiện sàng lọc thường qui trầm cảm sau sinh cần sự phối hợp các chuyên khoa lâm sàng (sản khoa, nhi khoa, tâm thần học, tâm lý - xã hội học) và sử dụng một công cụ sàng lọc chuẩn hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Trần Di Ái, Trần Bình An, Lã Thị Bưởi, Nguyễn Thị Khánh Hợi, Nguyễn Viết Thiêm, Nguyễn Việt (1992). Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (PLBQT– 10F) về các rối loạn tâm thần và hành vi. Viện Sức khỏe tâm thần Trung ương, Hà Nội 1992, tr. 39-42,
2. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2009), "Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam, năm 2007 - 2012", tr. 19-33.
3. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2013), "HIV/AIDS tại Việt Nam-Ước tính và dự báo giai đoạn 2011-2015". *Bộ Y Tế*, tr. 10-19; 56-59.
4. Bộ Y tế - Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2014), "Báo cáo Tình hình nhiễm HIV/AIDS và kết quả hoạt động phòng, chống HIV/AIDS 4 tháng đầu năm 2014". *Bộ Y Tế*, vol. 430/BC-BYT, tr 12-13.
5. Bộ Y tế - Cục Quản lý khám chữa bệnh (2015), *Bảng Phân loại quốc tế bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan, phiên bản lần thứ 10 (ICD-10)*: Số 3970/QĐ-BYT: Phiên bản tiếng Việt Nam, tr. 183-277. Bộ Y tế.
6. Bộ Y Tế - Cục Y tế Dự phòng và Phòng chống HIV/AIDS (2005), "Ước tính và dự báo nhiễm HV/AIDS ở VN 2005-2010", tr. 13-38.
7. Nguyễn Hữu Chí (1996), *Nhiễm HIV/AIDS*: NXB TP HCM. Tr. 5-22; 29-207.
8. Nguyển Hữu Chí (2000), *Nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ*:NXB TPHCM,tr. 90-106
9. Nguyển Hữu Chí (2012), *Chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS*: NXB Y Học. tr 27; 85; 397-398; 401; 550-552; 445-475.
10. Nguyễn Văn Dũng (2016), "Các rối loạn tâm thần thường gặp trong nhiễm HIV/AIDS" Tr 1-11. Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 Www.bvtttw1.gov.vn
11. Đỗ Quan Hà (2007), "Qui định về xét nghiệm HIV. Tài liệu tập huấn HIV & thai". *Tài liệu tập huấn HIV & Thai. Cục phòng chống HIV/AIDS*, tr. 20-22.
12. Nguyễn Mai Hạnh, Trần Thị Lợi (2005*), Yếu tố nguy cơ của trầm cảm sau sinh*: Luận án chuyên khoa cấp II chuyên ngành Phụ nữ Khoa ĐHYD TPHCM. Tr 33-62.

13. Nguyễn Mạnh Hoan và cộng sự (2012), "Tình hình chuyển dạ và dự phòng lây truyền HIV của phụ nữ có chẩn đoán sàng lọc HIV(+) sinh tại BVĐK tỉnh Đồng Nai 2005-2010". *Tạp chí Phụ Sản*, vol. 10, tr 31-36.
14. Nguyễn Mạnh Hoan, Cao Ngọc Thành (2014), "Đặc điểm dịch tễ và tâm lý xã hội ở phụ nữ nhiễm HIV trầm cảm sau sinh". Tạp chí Phụ Sản, vol. 12, tr. 58-63.
15. Nguyễn Mạnh Hoan, Cao Ngọc Thành (2014), "Tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV trầm cảm sau sinh". *Tạp chí Y Dược Học*, vol. 22-23, tr. 140-152.
16. Nguyễn Mạnh Hoan, Cao Ngọc Thành (2017), "Sàng lọc trầm càm sau sinh ở phụ nử nhiễm HIV tại Việt Nam". *Tạp chí Phụ Sản*, vol. 15, tr. 100 - 108.
17. Tôn Thất Hưng (2015), *Phân loại một số rối loạn tâm thần và hành vi theo ICD-10 – Phiên bản 2015*, tr 1-3. https://cvdvn.net/2018/01/28/phan-loai-mot-so-roi-loan-tam-than-
18. Bùi Quang Huy (2008), *Trầm cảm*. NXB Y học. Hà Nội, tr. 7-74; 121-126.
19. Ngô Tích Linh (2016), Bài giảng rối loạn trầm cảm nặng. *Tâm thần học*. Bộ môn Tâm thần, Đai hoc Y Dược TPHCM, xuất bản lần 6, tr 116-123.
20. Trần Thị Lợi (2004), *"Tình hình phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Việt Nam"*. Vol. 19, tr 503-505. Bộ môn Phụ sản – ĐHYD TPHCM.
21. Trần Thị Lợi, Trần Nhật Thăng (2007), "Sơ bộ nghiên cứu tỉ lệ lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con giai đoạn trong tử cung". *Y học TP HCM, Tập 11(1)*, tr 193-197.
22. Trần Thị Lợi, Trần Nhật Thăng (2008), Lây truyền HIV từ mẹ sang con. *Sản Phụ khoa Đại học Y Dược TPHCM*, vol. I, tr. 499-506.
23. Vũ Thị Nhung (2004), "Tình hình phụ nữ mang thai nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Hùng Vương 1996 - 2003". *Tap chí Thời sư Y dược học, tập 4 (4)*, tr. 202-204.
24. Vũ Thị Nhung (2011), "Sự khác biệt về kiến thức, thái độ, hành vi của bệnh nhân trước và sau khi tham gia chương trình phòng ngừa lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con tại bệnh viện Hùng Vương". *Tap chí Y Học TPHCM. Tập 16, Phụ bản số 1*, tr. 354-361.

25. Vũ Thị Nhung (2014), "Tình hình chăm sóc thai phụ nhiễm HIV và kiến thức của thai phụ nhiễm HIV tại bệnh viện Hùng Vương". *Tap chí Y Học TPHCM. Tập 18, Phụ bản số 5*, tr. 75-79.
26. Nguyễn Thị Thu Phong, Cao Ngọc Thành (2007), *Nghiên cứu tình hình buồn, trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan. ĐHYD Huế*: Luận văn thac sĩ Y học. Tr 33-52.
27. Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2006). Điều 41: Chăm sóc người nhiễm HIV. Chương IV: Điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV. Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dich mắc phải ở người (HIV/AIDS) số 64/2006/QH11 ngày 29/6/2006. Theo Nghị quyết số 51/2001/QH10 ngày 25/12/2001.
28. Ngô Ngọc Tân, Nguyễn Văn Ngân, Nguyễn Sinh Phúc và cộng sự (2007), Liệu pháp tâm lý. *Tâm thần học và tâm lý y học*. Bộ môn tâm thần học và Tâm lí học, Học viện Quân Y, *NXB Quân đội nhân dân*. Tr. 285-294.
29. Nguyễn Văn Thọ (2007), *Bài giảng các liệu pháp tâm lý*. BV Tâm thần Trung ương 2, tr 238-243.
30. Tiểu ban Giám sát Dự án Phòng chống HIV/AIDS (2014), *Tình hình dịch HIV/AIDS năm 2013 ở Việt Nam*". Tạp chí Y học dự phòng. Phụ bản số 2/2014, tr. 20-22.
31. Tổng cục thống kê Việt Nam (2016), "Niên giám thống kê 1995, 2011", ed: tr. 8-10. www.gso.gov.vn.
32. Tổng cục thống kê Việt Nam (2016), "Tỉnh Bình Dương, số liệu năm 2012: đơn vị hành chánh, dân số, lao động, kinh tế, giáo dục, y tế, văn hóa đời sống". Số liệu thống kê. https://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=714
33. Tổng cục thống kê Việt Nam (2016), "Tỉnh Đồng Nai, số liệu năm 2012: đơn vị hành chánh, dân số, lao động, kinh tế, giáo dục, y tế, văn hóa đời sống". Số liệu thống kê. https://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=714
34. Nguyễn Thị Ngọc Trang, Trần Thị Lợi (2008), *So sánh tỉ lệ trầm cảm sau sinh giữa nhóm thai kỳ nguy cơ và thai kỳ bình thường tại BV Từ Dũ*: Luận án tốt nghiệp CK II ĐHYD TPHCM. Tr 30-59.

35. N. T. Ngọc Trinh, Võ Minh Tuấn (2013), "Tỉ lệ và các yếu tố liên quan của rối loạn trầm cảm ở thai phụ nhiễm HIV khám thai tại Bệnh viện Hùng Vương" *Y Học TPHCM*, vol. vol. 17- Supplement of No 1-2013: tr. 105-109.
36. Trung tâm phát triển Cộng đồng và Trẻ em (2012), "Tình hình nhiễm HIV tại Việt Nam tính đến cuối 2012". *Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam 2007-2012*. Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế.
37. Nguyễn Thị Thúy Vân (2014), "Điều trị ARV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV lựa chọn B+". *Tài liệu tập huấn giảng viên tuyến tỉnh: Tăng cường lồng ghép phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản*. Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế.

TIẾNG ANH

38. ACOG (2015), "The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression". Obstetrics and gynecology, vol. 125, pp. 1268.
39. ACOG (2016), Finale Fly-In: Postpartum Depression. Help families suffering from postpartum depression.http://acog.org/about-ACOG/ACOG-Departments /Government-Relations-and-Outreach/114-Fly-in-Final/PostpartumDepression
40. ACOG (2018), Labor and Delivery Management of Women With Human Immunodeficiency Virus Infection. *ACOG committee opinion,* number 751 (replaces committee opinion No.234, May 2000), Vol 132, No.3, e131-e137.
41. Akena D, Joska J., Obuku EA, et al. (2012), "Comparing the accuracy of brief versus long depression screening instruments which have been validated in low and middle income countries: a systematic review". *BMC psychiatry*, vol. 12, pp. 187.
42. Andermann A, Blancquaert I, et al. (2008), "Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, pp. 317-319.
43. Armstrong C (2008), "ACOG guidelines on psychiatric medication use during pregnancy and lactation". *Ed: Amer Acad Family Physicians*, 78(6):772-778. www.acog.org/.../ ACOG-Departments Government-Relations-and-Outreach /114-Fly-in-Finale/Post- partum-Depression.

44. Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M, et al. (2014), "HIV infection and depression". *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 68, pp. 96-109.
45. Ayesha J (2014), Developed and Developing Countries: World Bank Classification | Economics. http://www.economicsdiscussion.net/economic-development/developed-and-developing-countries-world-bank-classification-economics/30010
46. Baltimore D (1971) (update to 2017), "Expression of animal virus genomes". *Bacteriological Reviews*, pp. 235-241.
47. Barclay L, et al. (2011), "Diagnosis and Management of Postpartum Depression Reviewed". *Southern Med J*, vol. 104, pp. 128-132.
48. Barré-Sinoussi F, et al. (1983), "Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)". *Science 220 (4599)*, pp. 868–871.
49. Basraon S and Costantine MM (2011), "Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction". *Clinical obstetrics and gynecology*, vol. 54 (3), pp. 506-514.
50. Bennetts A, Shaffer N, Manopaiboon C, et al. (1999), "Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth, Bangkok, Thailand". *Social Science & Medicine*, vol. 49, pp. 737-749.
51. Blaney NT, Fernandez IM, Ethier KA, et al. (2004), "Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected pregnant women". *AIDS patient care and STDs*, vol. 18, pp. 405-415.
52. Boukhris T, Sheehy O, Mottron L, et al (2016), "Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Autism Spectrum Disorder in Children" *JAMA Pediatr*., vol. 170(2), pp. 117-124.
53. Boyd RC, Le HN, Somberg R (2005), "Review of screening instruments for postpartum depression". *Archives of women's mental health*, vol. 8, pp. 141-153.
54. CDC (2017), "Elimination of Mother-to-Child HIV Transmission (EMCT) in the United States". https://www.cdc.gov/hiv/group/gender/PregnantWomen/emct.html

55. Chibanda D, Mangezi W, Tshimanga M, et al. (2010), "Postnatal depression by HIV status among women in Zimbabwe". *Journal of Women's Health*, vol. 19, pp. 2071-2077.
56. Collins CH, Zimmerman C, and Howard LM (2011), "Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors". *Archives of women's mental health*, vol. 14, pp. 3-11.
57. Colvin CJ, Konopka S, Chalker JC, Jonas E, et al. (2014), "A systematic review of health system barriers and enablers for antiretroviral therapy (ART) for HIV-infected pregnant and postpartum women". *PLoS One*, vol. 9, p. e108150.
58. Committee Antiretroviral Pregnancy Registry Steering (2018), "Antiretroviral pregnancy registry international interim report for 1 January 1989 through 31 July 2018". *Registry Coordinating Center*, pp. 9-12.
59. Cox JL, Holden JM, and Sagovsky R (1987), "Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale". *The British journal of psychiatry*, vol. 150 (6), pp. 782-786.
60. Craig MC (2016), "Postnatal depression: drug treatments". *BMJ clinical evidence*, vol. Evid. 2016: 1407.
61. Dennis CL (2003), "The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial". *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, 115-124.
62. Dennis CL and Dowswell T (2014), "Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression". *The Cochrane Library*, vol. 2, p. CD001134.
63. Desmond K, Milburn N, Richter L, Tomlinson M, et al. (2012), "Alcohol consumption among HIV-positive pregnant women in KwaZulu-Natal, South Africa: prevalence and correlates". *Drug and alcohol dependence*, vol. 120, pp. 113-118.
64. Dianostic and Statistical manual of Mental disorders-IV (1994), *Depressive Disorders (339) - DSM-IV Classification*, 4th ed, pp. 13-24

65. Dias CC, Figueiredo B (2015), "Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature". *J Affect Disord*, vol. 15, pp. 142-154.
66. Dow A, Queen Dube Q, Pence BW, and Rie AV (2014), "Postpartum depression and HIV infection among women in Malawi". *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, vol. 65, pp. 359.
67. Eastwood JG, Hai Phung, et al. (2011), "Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 45, pp. 1040-1046.
68. Eppes C, Anderson J (2011). "HIV in Pregnancy". *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetric 2011* vol. 4, pp. 265-280. Lippincott Williams & Wilkins.
69. Ethier KA, Ickovics JR, et al. (2002), "The perinatal guidelines evaluation project HIV and pregnancy study: Overview and cohort description". *Public Health Reports*, vol. 117, pp. 137-147.
70. Fauci AS (1999), "The AIDS epidemic - considerations for the 21st century". *New England Journal of Medicine*, vol. 341, pp. 1046-1050.
71. Fauci AS and Dieffenbach CW (2017), "NIH statement on HIV Vaccine Awareness Day - 2017". *NIAID Vaccine Research Center*. https://www.niaid.nih.gov/news-events/nih-statement-hiv-vaccine-awareness-day-2017.
72. Fisher J, Mello MC, Patel V, Tran Thach, et al. (2012), "Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 90, pp. 139-149.
73. Fisher J, Tran T, Kriitmaa K, et al. (2010), "Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 88, pp. 737-745.
74. Fisher JRW, MM Morrow MM, NT Nhu Ngoc, and LT Hoang Anh (2004), "Prevalence, nature, severity and correlates of postpartum depressive symptoms in Vietnam". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 111, pp. 1353-1360.

75. Fisher JRW, Tran TTH, and Tran T (2007), "Relative socioeconomic advantage and mood during advanced pregnancy in women in Vietnam". *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 1, pp. 3.
76. Gausia K, Fisher C, Ali M, et al. (2009), "Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh". *Psychological medicine*, vol. 39, pp. 999-1007.
77. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. (2005), "Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence". *Obstetrics & Gynecology*, vol. 106, pp. 1071-1083.
78. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, et al (2009), "A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women". *Acta Psychiatrica Scandinavica* vol. 119, pp. 350-364.
79. Goodman JH and Tyer-Viola L (2010), "Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers". *Journal of Women's Health*, vol. 19, pp. 477-490.
80. Gregoire AJP, Kumar R, Everitt B, and Studd JWW (1996), "Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression". *The Lancet*, vol. 347, pp. 930-933.
81. Grussu P and Quatraro RM (2009), "Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes". *European Psychiatry*, vol. 24, pp. 327-333.
82. Gupta R, Dandu M, Packel L, Rutherford G, et al. (2010), "Depression and HIV in Botswana: a population-based study on gender-specific socioeconomic and behavioral correlates". *PloS one*, vol. 5 (12), e14252-14261.
83. Harris J, Hollie M (2001), "Community and Civil society". Translated from Ferdinand Tönnies "Gemeinschaft and Gesellschaft". *Printed in the United Kingdom at the University Press, Cambridge. Book one, Section 1 and 2*, pp 15-52.
84. Hartley M, Tomlinson M, Erin Greco E, Comulada WS, et al. (2011), "Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements". *Reproductive health*, vol. 8, pp. 9.

85. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, (2005), "Symptoms of postpartum depression and breastfeeding". *Journal of Human Lactation*, vol. 21, pp. 444-449.
86. Hegarty T et al. (2018), "Postpartum Depression and Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT) in Kenya". Abstract. *A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Public Health*. Department of Global Health, University of Washington.
87. Heinrichs M, Meinlschmidt G, Neumann I, et al. (2001), "Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women". *The journal of clinical endocrinology & metabolism*, vol. 86, pp. 4798-4804.
88. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, et al. (2001), "Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study". *JAMA*, vol. 285, 1466-1474.
89. International committee on taxonomy of viruses (ICTV) (2017), *Human immunodefi -ciency virus 1* vol. EC 49, pp 1-7. http//www.ictvonline.org/ subcommittees.asp
90. Ishimoto H and Jaffe RB (2010), "Development and function of the human fetal adrenal cortex: a key component in the feto-placental unit". *Endocrine reviews*, vol. 32, pp. 317-355.
91. Jawetz E, Joseph LM, Adelberg EA. et al. (1989). "AIDS & Lentivirus". *Medical microbiology*, 18th ed., pp 529-539. Appleton & Lange medical book.
92. John VG et al. (2017), "Predictors of Postpartum Depression among Women in Karachi, Pakistan". *Loma Linda University Electronic Theses. Dissertations & Projects*, pp 6; 15-17; 29-33.
93. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2017), "AIDS epidemic Data 2017". *UNAIDS*, pp. 4-11.
94. Kaida A, Matthews LT, Ashaba S, et al. (2014), "Depression during pregnancy and the postpartum among HIV-infected women on antiretroviral therapy in Uganda". *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, vol. 67, pp. 179-187.

95. Kapetanovic S, Christensen S, Karim R, et al. (2009), "Correlates of perinatal depression in HIV-infected women". *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 23, 101-108.
96. Kapetanovic S, Dass-Brailsford P, Nora D, and Talisman N (2014), "Mental health of HIV-seropositive women during pregnancy and postpartum period: a comprehensive literature review". *AIDS and Behavior*, vol. 18, p. 1152.
97. Kennedy CE, Yeh PT, Pandey S, et al. (2017), "Elective cesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits". *PMC*, vol. 31(11), pp. 1579–1591.
98. Kim S, Soeken TA, Cromer SJ, et al (2014), "Oxytocin and Postpartum Depression: Delivering on What's Known and What's Not". *NIH*, vol. 0, pp. 219–232.
99. Kostaras X, Kristin K (2005), "The use of psychotropic medications in pregnancy and lactation". *BC Med J*, vol. 47, No.3, pp. 135-138.
100. Kuijpens JL, Vader HL, Drexhage HA, et al. (2001), "Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum," *European Journal of Endocrinology*, vol. 145, pp. 579-584.
101. Lee DT, Yip AS, Leung TY, and Chung TK (2000), "Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study". *Hong Kong Med J*, vol. 6, pp. 349-354.
102. Lee LC, Halpern CT, Hertz-Picciotto I, et al. (2006), "Child care and social support modify the association between maternal depressive symptoms and early childhood behaviour problems: a US national study" *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 60, pp. 305-310.
103. Lesch KP (2007), "Linking emotion to the social brain. The role of the serotonin transporter in human social behaviour". *EMBO Rep.8*, pp. 24-29.
104. Levine A, Zagoory-Sharon O, Ruth Feldman R, and Weller A (2007), "Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal–fetal attachment," *Peptides*, vol. 28, pp. 1162-1169.
105. Licheri V, Tanali G, Gorule AA, et al (2015), "Plasticity of GABAA Receptors during Pregnancy and Postpartum Period: From Gene to Function". *Neural Plast.*, vol. 2015, article ID 170435, 11 pages.

106. Lindahl V, Pearson JL, and Colpe L (2005), "Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum". *Archives of women's mental health*, vol. 8, pp.77-87.
107. Maes M, Meltzer HY, Bosmans E, et al. (1995), "Increased plasma concentrations of interleukin-6, soluble interleukin-6, soluble interleukin-2 and transferrin receptor in major depression". *Journal of affective disorders*, vol. 34, pp. 301-309.
108. Maes M, Yirmyia R, Noraberg J, Brene S, et al. (2009), "The inflammatory & neurodegenerative (I&ND) hypothesis of depression: leads for future research and new drug developments in depression". *Metabolic brain disease*, vol. 24, pp. 27-53.
109. Malee K, Mellins CA, Huo Y, et al. (2014), "Prevalence, Incidence and Persistence of Psychiatric and Substance Use Disorders Among Mothers Living with HIV". *J Acquir Immune Defic Syndr*, vol. 65(5), pp. 526–534.
110. Matsumoto S, Yamaoka K, Takahashi K, et al. (2017), "Social Support as a Key Protective Factor against Depression in HIV-Infected Patients: Report from large HIV clinics in Hanoi, Vietnam". *Sci Rep*, vol. 7(1):15489.
111. McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, and Hou W (2006), "Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices". *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, vol. 160, pp. 279-284.
112. Mehta S, Mehta N (2014), "An Overview of Risk Factors Associated to Postpartum Depression in Asia". *Ment Illn*., vol. 6, p. 5370.
113. Mersha AG, Abebe SA, Sori LM, et al. (2018), "Prevalence and Associated Factors of Perinatal Depression in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Hindawi Depression Research and Treatment*, vol. 2018, p. 8.
114. Moraes IGS, Pinheiro RT, Horta BL, et al (2006), "Prevalence of postpartum depression and associated factors" *Revista de Saúde Pública*, vol. 40, pp. 65-70.
115. Moses-Kolko EL, Wisner KL, Price JC, Berga SL, et al. (2008), "Serotonin 1A receptor reductions in postpartum depression: a positron emission tomography study". *Fertility and sterility*, vol. 89, pp. 685-692.

116. Muneer A, Minhas FA, Mujeeb F, et al. (2009), "Frequency and associated factors for postnatal depression". *J Coll Physicians Surg Pak*, vol. 19, pp. 236-239.
117. Murray L, Dunne MP, Vo VT, Cao NT, et al. (2015), "Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors". *BMC pregnancy and childbirth*, vol. 15, pp. 234.
118. Myer L, Phillips TK (2017), "Beyond "Option B+": Understanding Antiretroviral Therapy (ART) Adherence, Retention in Care and Engagement in ART Services Among Pregnant and Postpartum Women Initiating Therapy in Sub-Saharan Africa". *J Acquir Immune Defic*, vol. 75,
119. National Institutes of Health (2014), "Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States". *The Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC)*, C-25, 31, 33,48, 52, 54.
120. Nishioka E, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, et al. (2011), "A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1–5months after delivery". *Journal of affective disorders*, vol. 133, pp. 553-559.
121. O'Connor E, Rossom RC, et al. (2016), "Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force". *JAMA 2016*, vol. 68, 388-406.
122. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, et al. (2016), "Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force". *Jama*, vol. 315, pp. 388-406.
123. O'hara MW and Swain AM (1996), "Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis". *International review of psychiatry*, vol. 8, pp. 37-54.
124. Ongeri1 L, Otieno P, Mbui J, Juma E and Mathai M (2016), "Antepartum Risk Factors for Postpartum Depression: A Follow up Study among Urban Women Living in Nairobi, Kenya". *J Preg Child Health 3*, vol. 288.

125. Osborne LM, Gispen F, A Sanyal A, et al. (2017), "Lower Allopregnanolone during Pregnancy Predicts Postpartum Depression: An Exploratory Study". *Psychoneuro endocrinology*, vol. 79, pp. 116–121.
126. Özbaşaran F, Çoban A, and Kucuk M (2011), "Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey". *Archives of gynecology and obstetrics*, vol. 283, pp. 483-490.
127. Pawlby S, Sharp D, Hay D, and O'Keane V (2008), "Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis". *Journal of affective disorders*, vol. 107, pp. 241-245.
128. Peltzer K, Rodriguez VJ, Jones D (2016), "Prevalence of prenatal depression and associated factors among HIV-positive women in primary care in Mpumalanga province, South Africa". *SAHARA J*., vol. 13, pp. 60–67.
129. Pope C.J. and Mazmanian D (2016), "Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research". *Depress Res Treat*. Vol 2016, article ID 4765310, 9 pages.
130. Psaros C, Geller PA, Aaron E (2009), "The importance of identifying and treating depression in HIV infected, pregnant women: a re view". *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*,vol.30, p275-281
131. Qaseem A, Snow V, Denberg TD, et al. (2008), "Using second-generation antidepressants to treat d epressive disorders: a clinical practice guideline from the American College of Physicians*"*. *Annals of internal medicine*, vol. 149, pp. 725-733.
132. Rodriguez VJ, Mandell LN, Babayigit S, Manohar RR, et al (2018), "Correlates of Suicidal Ideation During Pregnancy and Postpartum Among Women Living with HIV in Rural South Africa". *AIDS Behav*, vol. 22(10), pp. 3188-3197.
133. Rubin LH, Cook JA, Grey DD, Weber K, et al. (2011), "Perinatal depressive symptoms in HIV-infected versus HIV-uninfected women: a prospective study from preconception to postpartum". *Journal of Women's Health*, vol. 20, pp. 1287-1295.

134. Sacher J, Wilson AA, Houle S, Rusjan P, et al. (2010), "Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period". *Archives of general psychiatry*, vol. 67, pp. 468-474.
135. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR (2015), "The Role of reproductive hormones in postpartum depression". *CNS Spectr*., vol. 20(1), pp. 48–59.
136. Schmidt PJ (2018), "Clinical Trial of Estrogen for Postpartum Depression". *ClinicalTrials.gov. National Institute of Mental Health*.
137. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, et al. (2017), "The risk factors for postpartum depression: A population-based study". *Depression and anxiety*, vol. 34, pp. 178-187.
138. Siu BWM, Leung SSL, O'Hara MW, et al (2012), "Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of Chinese women at maternal and child health centres". *BMC psychiatry*, vol. 12, p. 22.
139. Small R, Lumley JM, Yelland J (2003), "Cross-cultural experiences of maternal depression: associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia". *Ethnicity & health*,vol. 8, 189-206.
140. Stewart DE, Gagnon A, Wahoush O, et al (2008), "Postpartum depression symptoms in newcomers". *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, pp. 121-124.
141. Surkan PJ, Kennedy CE, Herley KM (2011), "Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, pp. 607-615.
142. Swartz HA, Markowitz JC, Sewell MC (1998), "Psychosocial Characteristics of Pregnant and Non pregnant HIV-Seropositive Women". *Psychiatric services*, vol. 49, pp. 1612-1614.
143. Sword W, Landy CK, Thabane L, et al (2011), "Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 118, pp. 966-977.

144. Thome M, Alder EM, Ramel A (2006), "A population-based study of exclusive breastfeeding in Icelandic women: is there a relationship with depressive symptoms and parenting stress?". *International journal of nursing studies*, vol. 43, pp. 11-20.
145. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, et al (2006), "Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR* D: implications for clinical practice". *American journal of Psychiatry*, vol. 163, pp. 28-40.
146. Turan B, Stringer KL, Onono M, et al. (2014), "Linkage to HIV care, postpartum depression, and HIV-related stigma in newly diagnosed pregnant women living with HIV in Kenya: a longitudinal observational study". *BMC Pregnancy and childbirth*, vol. 14, p. 400.
147. Turan JM and Nyblade L (2013), "HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence". *AIDS and Behavior*, vol. 17, p. 2528.
148. Turan JM, Bukusi EA, et al. (2011), "HIV/AIDS stigma and refusal of HIV testing among pregnant women in rural Kenya: results from the MAMAS Study". *AIDS and Behavior*, vol. 15, pp. 1111-1120.
149. U.S. Department of Health and Human Services, CDC (2019), "Preventing Mother-to-Child transmission of HIV". *HIV Prevention*. https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/50/preventing-mother-to-child-transmission-of-hiv
150. U.S. Preventive Services Task Force, "Screening for depression in adults". *US Preventive Services Task Force*, p. 24.
151. Vannappagari V, Koram N, Albano J, et al (2015), "Association between in utero zidovudine exposure and nondefect adverse birth outcomes: analysis of prospectively collected data from the Antiretroviral Pregnancy Registry". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 123, pp. 910-916.

152. Villegas L, McKay K, Dennis CL, et al. (2011), "Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review". *The Journal of Rural Health*, vol. 27, pp. 278-288.
153. Vung ND, Ostergren PO, Krantz G (2008), "Intimate partner violence against women in rural Vietnam - different socio-demographic factors are associated with different forms of violence: Need for new intervention guidelines?". *BMC Public Health* vol. 8
154. Vyavaharkar M, Moneyham L, Murdaugh C, et al (2012), "Factors associated with quality of life among rural women with HIV disease". *AIDS and Behavior*, vol. 16, pp. 295-303.
155. Wagner GJ, Goggin K, Remien RH, et al. (2011), "A closer look at depression and its relationship to HIV antiretroviral adherence". *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 42, pp. 352-360.
156. Walsh BT, Seidman SN, et al (2002), "Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing". *Jama*, vol. 287, pp. 1840-1847.
157. Whitton A, Warner R, and Appleby L (1996), "The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment". *Br J Gen Pract*, vol. 46, pp. 427-428.
158. World Health Organization (2015), "Annex 7. Diagnostics for HIV diagnosis". *Consolidated guidelines on HIV testing services*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180221/WHO_HIV_2015.26_eng.pdf;jsessionid=758397703D9687EC88D7B42225DA2CA0?sequence=1
159. Wu Q, Chen HL, and Xu XJ (2012), "Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis". *Archives of women's mental health*, vol. 15, pp. 107-114.
160. Xie RH, He G, Walker M, et al (2009), "Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression". *Annals of epidemiology*, vol. 19, pp. 637-643.
161. Ystrom E (2012), "Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study". *BMC pregnancy and childbirth*, vol.12, p. 36.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1. PHIẾU NGHIÊN CỨU NHÓM 1

Mã số: ○□□□○ HSNV: ……
Ngày PV: …….

I. Phần hành chánh

1.1 Ngày tháng năm sinh: ……..

a. < 20 ☐ b. 20-24 ☐ c. 25-29 ☐ d. 30-34 ☐ e. 35-39 ☐ f. ≥ 40 ☐

1.2 Địa chỉ (*cụ thể*): …….....

a. Nội thành ☐ b. Ngoại thành ☐ c. Ngoài tỉnh ☐

1.3 Điện thoại liên hệ (*số di động của 2 vợ chồng và số cố định, lấy đủ nếu có)*):

.....

1.4 Nghề nghiệp bản thân (*cụ thể*): .....

a. Công chức, viên chức ☐ b. Công nhân ☐ c. Kinh doanh, buôn bán ☐

d. Nông nghiệp ☐ e. Nghề khác ☐ f. Nội trợ, Không nghề ☐

1.5 Nghề nghiệp có ổn định trong 12 tháng qua không?

a. Có ổn định ☐ b. Không ổn định ☐

1.6 Trình độ học vấn:

a. ≤ Tiểu học ☐ b. THCS ☐ c. THPT ☐

d. Sau THPT ☐ (*cụ thể*) .....

1.7 Tôn giáo (*cụ thể*): .....

a. Có ☐ b. Không ☐

1.8 Tình trạng kinh tế:

a. Khó khăn ☐ b. Đủ sống ☐ c. Dư giả ☐

II. Tiền căn

**** Bệnh lý:***

2.1 Thường xuyên dùng chất gây nghiện: *(có thể chọn nhiều câu trả lời; nếu chọn d thì chỉ chọn một)*

a. Rượu ☐ b. Thuốc lá ☐ c. Ma túy ☐ d. Không sử dụng ☐

2.2 Trầm cảm *(trước lần mang thai này)*:

a. Có ☐ b. Không ☐ c. Không biết ☐

***** Phụ nữ khoa:***

2.3 Đã từng phá thai:

a. Có ☐ b. Không ☐

2.4 Số con đã có trước lần sanh này:

a. Chưa ☐ b. Một con ☐ c. Hai con trở lên ☐

III. <u>Hôn nhân gia đình</u>

3.1 Thời gian sống chung: *(ghi cụ thể)* .....

a. ≤ 1 năm ☐ b. >1 - 5 năm ☐ c. > 5 năm ☐

3.2. Vợ chồng đã có đăng ký kết hôn:

a. Có ☐ b. Không ☐

3.3 Tình trạng hôn nhân hiện tại:

a. Chung sống ☐ b. Không chung sống (ly dị, ly thân, góa) ☐

c. Không chồng ☐

3.4 Quan hệ vợ chồng trước khi sinh lần này?

a. Tốt ☐ b. Không tốt ☐ c. Bình thường ☐

3.5 Có lần nào chồng dùng vũ lực để giải quyết khi có mâu thuẫn vợ chồng?

a. Có ☐ b. Không ☐

3.6 Hiện nay đang sống cùng nhà với ai?

a. Nhà riêng ☐ b. Cha mẹ chồng ☐ c. Cha mẹ ruột ☐

d. Anh chị em ☐ e. Nhà bạn ☐ f. Khác ☐ .....……..

3.7 Đã từng có "quan hệ" ngoài chồng:

a. Có ☐ b. Không ☐

IV. <u>Đặc điểm lần sinh này</u>

4.1 Lần mang thai này có mong đợi không?

a. Có ☐ b. Không ☐

4.2 Lần có thai này có khó có không? *(nếu câu* 4.1 *chọn "*a"*)*

a. Có ☐ b. Không ☐

4.3 Đã từng có ý định bỏ thai này? *(nếu câu* 4.1 *chọn "*b"*)*

a. Có ☐ b. Không ☐

4.4 Phương pháp sinh:

a. Sinh thường ☐ b. Sinh mổ ☐ c. Sinh thủ thuật ☐

4.5 Tình trạng sức khỏe của con (*theo sản phụ*): cân nặng con.....kg

a. Khoẻ ☐ b. Yếu ☐ c. Chết sau sinh ☐

4.6 Nuôi con bằng sữa mẹ:

a. Hoàn toàn ☐ b. Không hoàn toàn ☐ c. Không sữa mẹ ☐

V. Tâm lý trong lần sinh này

5.1 Lo lắng cho sức khoẻ của con khi không được bú mẹ: (*nếu câu* 4.6 *chọn "c"*):

a. Có ☐ b. Không ☐

5.2 Nuôi con sau sinh (*người nuôi chính*) :

a. Tự nuôi ☐ b. Người thân nuôi (*gia đình*) ☐

c. Cho con ☐ d. Bỏ con ☐ e. Có ý giết con ☐

5.3 Nhận được sự hỗ trợ chăm sóc con từ ai? *(có thể chọn nhiều câu trả lời)*

a. Chồng ☐ b. Gia đình phụ nữ ☐ c. Gia đình chồng ☐

d. Người khác ☐ (*ghi ra)*..... e. Không có ai hỗ trợ ☐

5.4 Mối quan hệ vợ chồng sau lần sinh này?

a. Tốt hơn ☐ b. Không thay đổi ☐ c. Xấu đi ☐

VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN NHÓM I

VI. Cận lâm sàng

6.1 Thời điểm phụ nữ được phát hiện nhiễm H:

a. Trước thai ☐ b. Mang thai ☐ c. Chuyển dạ và sau sinh ☐

6.2 Khẳng định nhiễm H của sản phụ có XN sàng lọc (+) khi nhập viện (*nếu 6.1 chọn "c"*):

a. Có nhiễm ☐ b. Không nhiễm ☐

6.3 CD4 của mẹ gần nhất khi mang thai hoặc sau sinh *(nếu mẹ nhiễm H, ghi cụ thể*):

a. < 350/mm3 ☐ ..... b. ≥ 350/mm3 ☐ ..... c. Không biết ☐ .....

6.4 Kết quả xét nghiệm nhiễm H của con *(nếu mẹ nhiễm H)*:

a. Không nhiễm ☐ b. Có nhiễm ☐ c. Không XN ☐ .....

VII. <u>Chăm sóc y tế</u>

7.1 Bắt đầu điều trị/ dự phòng ARV cho mẹ:

a. Trước có thai ☐ b. Khi có thai ……..., tuần c. Trong chuyển dạ ☐

d. Sau sinh ☐ e. Không dự phòng ☐ *(lý do)* ……..……..

7.2 Dự phòng ARV cho con:

a. Có ☐ b. Không ☐ *(ghi lý do)* ……..

7.3 Sản phụ được tư vấn đầy đủ (*xét nghiệm, dự phòng ARV, sữa cho con, chuyển tiếp*):

a. Có ☐ b. Không ☐

7.4 Nếu được tư vấn đầy đủ, phụ nữ có bớt lo lắng không? (*nếu câu* 7.3 *chọn "a"*):

a. Có ☐ b. Không ☐

7.5 Lo âu vì sợ con bị nhiễm H:

a. Có ☐ b. Không ☐

VIII. <u>Tâm lý xã hội</u>

**** Câu 8.1, 8.2 và 8.3 dành cho sản phụ có test sàng lọc (+) lúc nhập viện:***

8.1 Tâm trạng sau khi có kết quả sàng lọc (+) ***(có thể chọn nhiều câu trả lời)*:**

a. Bàng hoàng, hoảng loạn ☐ b. Bình tĩnh ☐ c. Không tin ☐

e. Có thể XN đúng ☐ f. Tâm trạng khác ☐ ……..

8.2 Nói cho người khác biết mình có kết quả xét nghiệm sàng lọc (+):

a. Có ☐ b. Không ☐ *(lý do)* ....…….

8.3 Tâm trạng sau khi có kết quả khẳng định không nhiễm H *(có thể chọn nhiều câu trả lời):*

a. Như mới thoát chết ☐ b. Chưa yên tâm ☐

c. Không hài lòng, muốn có xét nghiêm chính xác ngay từ đầu ☐

e. Tâm trạng khác ☐ *(ghi ra)* ….…….....

8.4 Tâm trạng sau khi có kết quả khẳng định bị nhiễm H *(có thể chọn nhiều câu trả lời):*

a. Hết hy vong ☐ b. Không muốn sống ☐ c. Vẫn tin vào khả năng của y học ☐

d. Cần phải sống để nuôi con ☐ e. Còn có nhiều bệnh khó chữa hơn ☐

f. Tâm trạng khác ☐ *(ghi ra)* ….……

***** Sau khi có khẳng định nhiễm H hoặc đã biết nhiễm H trước nhập viện:***

8.5 Chồng phụ nữ có bị nhiễm H không?

a. Có ☐ b. Không ☐ c. Không biết ☐

8.6 Phụ nữ nghi bị nhiễm H từ đâu?

a. Chồng ☐ b. Bạn tình ☐ c. Người khác ……... d. Không biết ☐

8.7 Phụ nữ có nói về căn bệnh của mình với người khác:

a. Có ☐ b. Không ☐ ……..…….. *(ghi lý do)*

8.8 Nếu có, người đã được phụ nữ nói về căn bệnh là *(có thể chọn nhiều câu trả lời)*:

a. Chồng ☐ b. Cha mẹ ☐ c. Anh chị em ☐

d. Bạn thân ☐ d. Bạn tình ☐ e. Người khác ☐ …..……

8.9 Mặc cảm về căn bệnh đang mang:

a. Có ☐ b. Không ☐

8.10 Cảm thấy có lỗi với gia đình:

a. Có ☐ b. Không ☐

8.11 Tâm trạng sau khi có kết quả con không bị nhiễm H *(có thể chọn nhiều câu trả lời)*:

a. Rất mừng ☐ b. Còn lo vì sợ lây sau này ☐ c. Bình thường ☐

d. Tâm trạng khác ☐ *(ghi ra)* ……...

812 Tâm trạng sau khi có kết quả con bị nhiễm H *(có thể chọn nhiều câu trả lời)*:

a. Tuyệt vọng ☐ b. Bình thường ☐

c. Có lỗi với con ☐ d. Muốn bỏ con ☐

b. Tâm trạng khác ☐ *(ghi ra)* ……

IX. <u>Hỗ trợ của cộng đồng</u>

9.1 Hỗ trợ từ gia đình (*ông bà, cha mẹ, anh chị em, họ hàng*):

a. Có ☐ b. Không ☐

9.2 Hỗ trợ từ xã hội:

a. Hàng xóm ☐ b. Bạn bè ☐

c. Địa phương ☐ d. Tổ chức tôn giáo ☐

e.Tổ chức xã hội khác ☐ f. Không được hỗ trợ . ☐

X. <u>Triệu chứng tâm thần</u>

10.1 Điểm $EPDS_1$: ……. 10.2 Điểm $EPDS_2$: …….. $EPDS_0$:…….

PHỤ LỤC 2. PHIẾU NGHIÊN CỨU NHÓM 2

Mã số:◯☐☐☐◯ HSNV: ……
Ngày PV: …….

I. <u>Phần hành chánh</u>

1.1 Ngày tháng năm sinh: ……..

a. < 20 ☐ b. 20-24 ☐ c. 25-29 ☐ d. 30-34 ☐ e. 35-39 ☐ f. ≥ 40 ☐

1.2 Địa chỉ (*cụ thể*): …….....

a. Nội thành ☐ b. Ngoại thành ☐ c. Ngoài tỉnh ☐

1.3 Điện thoại liên hệ (*số di động của 2 vợ chồng và số cố định, lấy đủ nếu có)*):

……

1.4 Nghề nghiệp bản thân (*cụ thể*): ……...…….....

a. Công chức, viên chức ☐ b. Công nhân ☐ c. Kinh doanh, buôn bán ☐

d. Nông nghiệp ☐ e. Nghề khác ☐ f. Nội trợ, Không nghề ☐

1.5 Nghề nghiệp có ổn định trong 12 tháng qua không?

a. Có ổn định ☐ b. Không ổn định ☐

1.6 Trình độ học vấn:

a. ≤ Tiểu học ☐ b. THCS ☐ c. THPT ☐

d. Sau THPT ☐ (*cụ thể*) ……...…

1.7 Tôn giáo (*cụ thể*): ……...……...

a. Có ☐ b. Không ☐

1.8 Tình trạng kinh tế:

a. Khó khăn ☐ b. Đủ sống ☐ c. Dư giả ☐

II. <u>Tiền căn</u>

**** Bệnh lý:***

2.1 Thường xuyên dùng chất gây nghiện: *(có thể chọn nhiều câu trả lời; nếu chọn d thì chỉ chọn một)*

a. Rượu ☐ b. Thuốc lá ☐ c. Ma túy ☐ d. Không sử dụng ☐

2.2 Trầm cảm *(trước lần mang thai này)*:

a. Có ☐ b. Không ☐ c. Không biết ☐

***** Phụ nữ khoa:***

2.3 Đã từng phá thai:

a. Có ☐ b. Không ☐

2.4 Số con đã có trước lần sanh này:

a. Chưa ☐ b. Một con ☐ c. Hai con trở lên ☐

III. <u>Hôn nhân gia đình</u>

3.1 Thời gian sống chung: *(ghi cụ thể)* …….....

a. ≤ 1 năm ☐ b. >1 - 5 năm ☐ c. > 5 năm ☐

3.2. Vợ chồng đã có đăng ký kết hôn:

a. Có ☐ b. Không ☐

3.3 Tình trạng hôn nhân hiện tại:

a. Chung sống ☐ b. Không chung sống (ly dị, ly thân, góa) ☐

c. Không chồng ☐

3.4 Quan hệ vợ chồng trước khi sinh lần này có hạnh phúc không?

a. Có ☐ b. Không ☐ c. Bình thường ☐

3.5 Có lần nào chồng dùng vũ lực để giải quyết khi có mâu thuẫn vợ chồng?

a. Có ☐ b. Không ☐

3.6 Hiện nay đang sống cùng nhà với ai?

a. Nhà riêng ☐ b. Cha mẹ chồng ☐ c. Cha mẹ ruột ☐

d. Anh chị em ☐ e. Nhà bạn ☐ f. Khác ☐ ……..

3.7 Đã từng có "quan hệ" ngoài chồng:

a. Có ☐ b. Không ☐

IV. <u>Đặc điểm lần sinh này</u>

4.1 Lần mang thai này có mong đợi không?

a. Có ☐ b. Không ☐

4.2 Lần có thai này có khó có không? *(nếu câu 4.1 chọn "*a"*)*

a. Có ☐ b. Không ☐

4.3 Đã từng có ý định bỏ thai này? *(nếu câu 4.1 chọn "*b"*)*

a. Có ☐ b. Không ☐

4.4 Phương pháp sinh:

a. Sinh thường ☐ b. Sinh mổ ☐ c. Sinh thủ thuật ☐

4.5 Tình trạng sức khỏe của con (*theo sản phụ*): cân nặng con.....kg

a. Khoẻ ☐ b. Yếu ☐ c. Chết sau sinh ☐

4.6 Nuôi con bằng sữa mẹ:

a. Hoàn toàn ☐ b. Không hoàn toàn ☐ c. Không sữa mẹ ☐

V. <u>Tâm lý trong lần sinh này</u>

5.1 Lo lắng cho sức khoẻ của con khi không được bú mẹ: (*nếu câu 4.6 chọn "c"*):

a. Có ☐ b. Không ☐

5.2 Nuôi con sau sinh (*người nuôi chính*) :

a. Tự nuôi ☐ b. Người thân nuôi (*gia đình*) ☐

c. Cho con ☐ d. Bỏ con ☐ e. Có ý giết con ☐

5.3 Nhận được sự hỗ trợ chăm sóc con từ ai? (*có thể chọn nhiều câu trả lời*)

a. Chồng ☐ b. Gia đình phụ nữ ☐ c. Gia đình chồng ☐

d. Người khác ☐ (*ghi ra*)..... e. Không có ai hỗ trợ ☐

5.4 Mối quan hệ vợ chồng sau lần sinh này?

a. Tốt hơn ☐ b. Không thay đổi ☐ c. Xấu đi ☐

VI. <u>Triệu chứng tâm thần</u>

6.1 $EPDS_1$: …… 6.2 Điểm $EPDS_2$.: …..…..... $EPDS_0$ .....

PHỤ LỤC 3. THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM SAU SINH EPDS

Nguồn: Cox, JL, Holden, JM, và Sagovsky, R. 1987. Tạp chí Tâm thần học Anh 150:782-786
KL Wisner, BL Parry, CM Piontek, Trầm cảm sau sinh N Engl J Med vol. 347, 3, 18 Tháng Bảy, 2002, 194-199

Thang EPDS bao gồm 10 mục nhỏ, bà mẹ gạch dưới 1 trong 4 khả năng gần đúng nhất dối với cảm giác của họ trong 1 tuần trước đó. Hầu hết bà mẹ hoàn tất thang điểm không khó khăn gì trong khoảng dưới 5 phút. Đây là thang điểm sàng lọc có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nếu số điểm trên hoặc bằng 13 điểm, tuy nhiên cần phải kết hợp khám lâm sàng khi muốn chuẩn đoán xác định.

Chỉ dẫn sử dụng:

1. Bà mẹ chon câu trả lời đúng với tâm trạng họ nhất trong một tuần trước đó.
2. Trả lời đủ 10 câu
3. Cẩn thận tránh khả năng bà mẹ thảo luận câu trả lời với người khác .
4. Bà mẹ tự làm 01 mình
5. EPDS có thể dùng vào tuần thứ 4-6 để tầm soát trầm cảm sau sinh . Các cơ sở chăm sóc sức khỏe trẻ em sau sinh kiểm tra hoặc đến nhà phụ nữ để hoàn thành câu hỏi.

Mã số …….

Địa chỉ ……

Tuổi của con…….tuần.

Do bạn mới có con, chúng tôi muốn biết bạn cảm thấy như thế nào? Xin vui lòng GẠCH DƯỚI câu trả lời gần nhất *với tâm trạng bạn cảm thấy trong 7 ngày vừa qua*

1. Tôi có thể cười và xem xét các sự kiện dưới khía cạnh hài hước.

0 = Luôn luôn có thể như trước đây

1 = Hiện giờ không nhiều hơn trước

2 = Rõ ràng hiện giờ có giảm sút

3 = Hoàn toàn không thể, không thể cười nổi.

2. Tôi mong đợi mọi việc 1 cách đầy hứng thú

0 = Tôi bao giờ cũng vậy

1 = Hơi giảm hơn so với trước đây

2 = Rõ ràng giảm so với trước đây

3 = Hoàn toàn không có

3. Tôi đã tự khiển trách mình một cách không cần thiết

3 = Luôn luôn

2 = Thỉnh thoảng

1 = Không thường xuyên lắm

0 = Chưa bao giờ

4. Tôi đã lo âu hoặc lo lắng không lý do :

0 = Hoàn toàn không có

1 = Hiếm khi

2 = Thỉnh thoản

3 = Thường xuyên

5. Tôi đã cảm thấy lo sợ hoặc hoảng loạn một cách không hợp lý .

3 = Rất nhiều khi

2 = Thỉnh thoảng

1 = Không nhiều lắm

0 = Hoàn toàn không có

6. Mọi việc trở nên cực kỳ khó khăn với tôi .

3 = Phần lớn thời gian tôi không thể tự xử lý mọi thứ

2 = Đôi khi tôi không thể xử lý tốt như thường lệ

1 = Phần lớn thời gian tôi xử lý khá tốt .

0 = Tôi luôn xử lý tốt như trước đây.

7. Tôi cảm thấy không vui khi khó ngủ .

3 = Hầu hết thời gian

2 = Thỉnh thoảng

1 = Không thường xuyên

0 = Hoàn toàn không có

8.Tôi cảm thấy buồn hoặc khốn khổ

3 = Hầu hết thời gian

2 = Thường xuyên

1 = Không thường xuyên

0 = Hoàn toàn không có

9.Tôi cảm thấy không vui và khóc

3 = Hầu hết thời gian

2 = Thường xuyên

1 = Chỉ thỉnh thoảng

0 = Chưa bao giờ

10.Ý nghĩ làm hại bản thân xuất hiện trong tôi

3 = Thường xuyên

2 = Thỉnh thoảng

1 = Hiếm khi

0 = Không bao giờ

PHỤ LỤC 4.

PHÁC ĐỒ B$^+$ TRONG ĐIỀU TRỊ DPLT HIV TỪ MẸ SANG CON TẠI VN

(Quyết định 4126/ QĐ-BYT (VN) ngày 17/10/2013)

Tóm tắt dự phòng ARV của mẹ và trẻ nhũ nhi với các tình huống lâm sàng khác nhau

Tình huống	Điều trị ARV cho mẹ [a]	Dự phòng ARV cho trẻ nhũ nhi [b]	Thời gian dự phòng cho trẻ nhũ nhi
Người mẹ được chẩn đoán nhiễm HIV trong thai kỳ	Bắt đầu điều trị ARV cho mẹ	NVP	6 tuần 12 tuần: nếu mẹ được chẩn đoán và điều trị muộn <4 tuần + cho con bú
Người mẹ được chẩn đoán khi chuyển dạ hoặc sau khi sinh và CHO CON BÚ	Bắt đầu điều trị ARV cho mẹ	NVP	12 tuần
Người mẹ được chẩn đoán khi chuyển dạ hoặc sau khi sinh và CHO CON ĂN SỮA THAY THẾ	Chuyển mẹ đến cơ sở điều trị HIV để đánh giá điều trị	NVP	6 tuần

PHỤ LỤC 5.

BẢNG PHÂN LOẠI QUỐC TẾ LẦN 10 (ICD-10) VỀ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN VÀ CÁC RỐI LOẠN HÀNH VI (PLQT - 10F)

Danh mục phân loại các rối loạn tâm thần và các rối loạn hành vi thuộc chương V trong ICD-10, bao gồm 10 phân nhóm xếp theo 2 mã số từ F0 đến F9. Trong đó, mỗi F có 10 loại bệnh từ 1 → 10 (ví dụ: F00- F09; F10- F19...).
Chương V: Rối loạn tâm thần và hành vi (Mental and behavioural disorders) (F00-F99)

F00-09	Organic, including symptomatic, mental disorders
F10-19	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
F20-29	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
F30-39	Mood disorders (Rối loạn tâm trạng)
F40-48	Neurotic, stress-related and somatoform disorders
F50-59	Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors
F60-69	Disorders of adult personality and behavior
F70-79	Mental retardation
F80-89	Disorders of psychological development
F90-98	Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence
F99	Unspecified mental disorder

Các rối loạn trầm cảm được xếp vào phân nhóm F3, bao gồm từ F30 đến F39. Trong đó F32: các giai đoạn trầm cảm (*depressive episode*); F32.0: giai đoạn trầm cảm nhẹ (*mild depressive episode*); F32.1: giai đoạn trầm cảm trung bình (*moderate depressive episode*); F32.2: giai đoạn trầm cảm nặng không có các triệu chứng loạn thần (*severe depressive episode without psychotic symtome)* và F32.3: giai đoạn trầm cảm nặng với các triệu chứng loạn thần (*severe depressive episode with psychotic symtome)*: như F32.2 nhưng có hiện diện các ảo giác, các hoang tưởng, tâm thần vận động chậm, sững sờ, tự tử, bỏ ăn uống.

F30-F39 Rối loạn tâm trạng (Mood disorders)

F32 Giai đoạn trầm cảm (Depressive episode)

Một giai đoạn trầm cảm có các triệu chứng chính, gồm:

Khí sắc trầm

Mất quan tâm, thích thú cũ.

Giảm năng lượng dẫn đến tăng sự mệt mỏi và giảm hoạt động.

Các triệu chứng phổ biến khác:

Giảm sự tập trung và chú ý

Giảm sút tính tự trọng và lòng tin

Có những ý tưởng bị tội và không xứng đáng

Nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan

Ý tưởng và hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát

Rối loạn giấc ngủ

Ăn ít ngon miệng

Chẩn đoán rối loạn trầm cảm dựa vào các tiêu chuẩn sau:

Có ít nhất 2 triệu chứng điển hình

Có ít nhất 2 triệu chứng phổ biến

Thời gian kéo dài hơn 2 tuần, nếu bệnh tiến triển nhanh hoặc nặng có thể dưới 2 tuần.

Rối loạn trầm cảm gồm 3 mức độ:

1.Trầm cảm nhẹ (F32.0)

Có ít nhất 2 triệu chứng điển hình.

Có ít nhất 2 triệu chứng phổ biến khác.

Thời gian tối thiểu của cả giai đoạn khoảng 2 tuần.

Các triệu chứng điển hình thường nhẹ, khí sắc trầm, mất thích thú khi làm những công việc bình thường, giảm khả năng làm việc, hoạt động xã hội.

2. Trầm cảm vừa (F32.1)

Có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng điển hình

Có ít nhất 3 triệu chứng phổ biến.

Thời gian tối thiểu của cả giai đoạn này là 2 tuần.

Các triệu chứng có biểu hiện rõ rệt. Bệnh nhân thường có nhiều khó khăn để tiếp tục hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc công việc gia đình.

3. Trầm cảm nặng không có triệu chứng loạn thần (F32.2)

Có 3 triệu chứng điển hình

Có ít nhất 4 triệu chứng phổ biến khác và một số phải đặc biệt nặng.

Trong giai đoạn trầm cảm nặng bệnh nhân có hành vi tự sát, giảm khả năng hoạt động nghề nghiệp, xã hội rõ rệt.

Processed on 03.06.2003 Source: World Health Organization © Copyright WHO 1994/2003

PHỤ LỤC 6

HƯỚNG DẪN TƯ VẤN XN HIV
CHO PHỤ NỮ MANG THAI KHI CHUYỂN DẠ

(Tài liệu tập huấn giảng viên tuyến tỉnh tăng cường lồng ghép phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, Hà Nội, 6/2014)

Tư vấn trước XN	
Các bước	**Nội dung**
Giới thiệu	- Chào hỏi, giới thiệu nhanh tên, vai trò và nhiệm vụ của nhân viên y tế - Giải thích ngắn gọn tình hình sức khỏe hiện tại của phụ nữ mang thai (PNMT) - Khẳng định việc bảo mật các thông tin cá nhân
Cung cấp thông tin và giải thích về XN HIV	- Giải thích ngắn gọn về lợi ích và ý nghĩa của XN sàng lọc HIV, các XN máu khác để chuẩn bị cho cuộc sinh nở an toàn - Nhấn mạnh lợi ích của điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
Thỏa thuận đồng ý XN	- Nếu PNMT đồng ý làm XN HIV, tiến hành lấy máu XN theo quy trình - Nếu PNMT không đồng ý làm XN HIV, lặp lại quy trình tư vấn sau sinh
Tư vấn sau XN với kết quả XN HIV ÂM TÍNH	
Thông báo và giải thích về kết quả XN	- Giải thích kết quả âm tính: không nhiễm HIV tại thời điểm XN - Giải thích ý nghĩa của giai đoạn cửa sổ và sự cần thiết của việc làm XN, lại nếu có nguy cơ
Tư vấn sau XN với kết quả sàng lọc HIV DƯƠNG TÍNH	
Giải thích kết quả XN	- Giải thích sơ bộ ý nghĩa của kết quả XN - Nêu rõ đây chỉ là kết quả XN sàng lọc và cần phải thực hiện thêm XN khẳng định - Trao đổi về việc hẹn lịch trả kết quả XN khẳng định
Đánh giá phản ứng của PNMT khi nhận kết quả XN	- Lắng nghe và quan sát những phản ứng, biểu hiện của PNMT khi nhận kết quả

Tư vấn về điều trị ARV và điều trị dự phòng cho con	- Tư vấn về điều trị dự phòng lây nhiễm HIV cho con - Khẳng định việc sử dụng thuốc ARV trong thời gian ngắn không ảnh hưởng tới sức khỏe của mẹ và con - Tư vấn về lựa chọn nuôi dưỡng trẻ
Tư vấn hỗ trợ tinh thần, tâm lý	- Cung cấp thông tin về các dịch vụ điều trị ARV và dự phòng lây truyền mẹ con sẵn có trên địa bàn
Tư vấn sau XN với kết quả khẳng định HIV DƯƠNG TÍNH	
Thông báo và giải thích về kết quả XN	Kết quả XN khẳng định dương tính có nghĩa là PNMT nhiễm HIV, không xác định được thời điểm lây nhiễm
Tư vấn hỗ trợ tinh thần, tâm lý	- Cung cấp thông tin về các dịch vụ điều trị ARV và dự phòng lây truyền mẹ con sẵn có trên địa bàn
Tư vấn về điều trị ARV cho mẹ và dự phòng cho con	- Tư vấn về điều trị tiếp tục cho mẹ và dự phòng lây nhiễm HIV cho con - Tư vấn về tuân thủ điều trị
Thảo luận kế hoạch chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ sau sinh	- Thảo luận kế hoạch chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ an toàn sau sinh (bú sữa mẹ hoàn toàn, dùng sữa công thức, v.v.)
Tư vấn chuyển gửi cặp mẹ con	- Tư vấn chuyển gửi đến các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS người lớn và trẻ em - Ý nghĩa của XN chẩn đoán sớm cho trẻ phơi nhiễm, dự phòng viêm phổi cho trẻ bằng cotrimoxazol
Cung cấp thông tin về dự phòng lây nhiễm	- Nêu các đường lây truyền HIV và các yếu tố nguy cơ . Hướng dẫn cách phòng lây nhiễm cho người xung quanh
Khuyến khích bạn tình làm XN HIV	- Tư vấn về việc bộc lộ tình trạng nhiễm HIV với chồng, bạn tình - Cung cấp danh sách các điểm làm XN HIV bao gồm VCT - Khẳng định lại lần nữa XN HIV được bảo mật, chỉ có thai phụ có quyền thông báo kết quả XN HIV cho người khác

PHỤ LỤC 7. BẢNG PHÂN LOẠI ARV SỬ DỤNG TRONG THAI KỲ

The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetric 2011. HIV and Prenancy. 4h Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

TABLE 21-3 Preclinical and Clinical Data on Antiretrovirals in Pregnancy

Antiretroviral Drug	FDA Pregnancy Category	Placenta Passage	Long-Term Animal Carcinogenicity Studies	Animal Teratogenicity Studies
Nucleoside and Nucleotide Analogue Reverse Transcriptase Inhibitors				
Abacavir (Ziagen, ABC)	C	Yes (rats)	Positive (malignant and nonmalignant tumors of the liver, thyroid, preputial and clitoral glands)	Positive (fetal anasarca and skeletal malformations)
Didanosine (Videx, ddI)	B	Yes (human)	Negative	Negative
Emtricitabine (Emtriva, FTC)	B	Yes (mice and rabbits)	Negative	Negative
Lamivudine (Epivir, 3TC)	C	Yes (human)	Negative	Negative
Stavudine (Zerit, d4T)	C	Yes (rhesus monkey)	Positive (liver and bladder tumors)	Negative
Tenofovir (Viread)	B	Yes (human)	Positive (hepatic adenomas)	Negative
Zalcitabine (HIVID, ddC)	C	Yes (rhesus monkey)	Positive (thymic lymphoma)	Positive (hydrocephalus)
Zidovudine (AZT)	C	Yes (human)	Positive (noninvasive vaginal epithelial tumors)	Positive (and fetal resorption)
Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors				
Delavirdine (Rescriptor)	C	Unknown	Positive (hepatocellular adenomas, carcinomas)	Positive (VSD)
Efavirenz (Sustiva)	D	Yes (monkey, rat, rabbit)	Positive (hepatocellular adenomas, carcinomas, pulmonary alveolar/ bronchiolar adenomas in females)	Positive (anencephaly, anophthalmia, microophthalmia)
Nevirapine (Viramune)	B	Yes (human)	Positive (hepatocellular adenomas and carcinomas)	Negative
Protease Inhibitors				
Amprenavir (Agenerase)	C	Minimal/variable (human)	Positive (hepatocellular adenomas and carcinomas)	Negative (but deficient ossification and thymic elongation)
Atazanavir	B	Minimal/variable (human)	Positive (hepatocellular adenomas)	Negative
Darunavir (Prezista)	B	Unknown	Not completed	Negative
Fosamprenavir (Lexiva)	C	Unknown	Positive (benign and malignant liver tumors)	Negative (deficient ossification with amprenavir)
Indinavir (Crixivan)	C	Minimal (human)	Positive (thyroid adenomas and carcinomas)	Negative (but extra ribs)
Lopinavir/ritonavir (Kaletra)	C	Yes (human)	Minimal/Variable (human)	Positive (hepatocellular adenomas and carcinomas)

(Continued)

TABLE 21-3 Preclinical and Clinical Data on Antiretrovirals in Pregnancy *(Continued)*

Antiretroviral Drug	FDA Pregnancy Category	Placenta Passage	Long-Term Animal Carcinogenicity Studies	Animal Teratogenicity Studies
Nelfavir (Viracept)	B	Minimal/variable (human)	Positive (thyroid follicular adenomas and carcinomas)	Negative
Ritonavir (Norvir)	B	Minimal (human)	Positive (liver adenomas and carcinomas)	Negative (but cryptorchidism)
Saquinavir (Fortovase)	B	Minimal (human)	Negative	Negative
Tipranavir (Aptivus)	C	Unknown	In progress	Negative (decreased ossification and weights)
Entry Inhibitor				
Enfuvirtide (Fuzeon)	B	Unknown	Not done	Negative
Maraviroc (Selzentry)	B	Unknown	In progress	Negative
Integrase Inhibitors				
Raltegravir (Isentress)	C	Yes (rats)	In progress	Negative (extranumerary ribs)

Adapted from Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America. Treating opportunistic infections among HIV-infected adults and adolescents. *MMWR Recomm Rep* 2004;53(RR15);1–112.

PHỤ LỤC 8.

INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES & RELATED HEALTH PROBLEMS 10TH (ICD-10) (VERSION FOR 2003)

(Bảng phân loại quốc tế về bệnh tật và những vấn đề liên quan đến sức khỏe -10)

Chapter	Blocks	Title
I	A00-B99	Certain infectious and parasitic diseases
II	C00-D48	Neoplasms
III	D50-D89	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
IV	E00-E90	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
V	F00-F99	Mental and behavioural disorders (Rối loạn tâm thần và hành vi)
VI	G00-G99	Diseases of the nervous system
VII	H00-H59	Diseases of the eye and adnexa
VIII	H60-H95	Diseases of the ear and mastoid process
IX	I00-I99	Diseases of the circulatory system
X	J00-J99	Diseases of the respiratory system
XI	K00-K93	Diseases of the digestive system
XII	L00-L99	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
XIII	M00-M99	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
XIV	N00-N99	Diseases of the genitourinary system
XV	O00-O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium
XVI	P00-P96	Certain conditions originating in the perinatal period
XVII	Q00-Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
XVIII	R00-R99	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
XIX	S00-T98	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
XX	V01-Y98	External causes of morbidity and mortality
XXI	Z00-Z99	Factors influencing health status and contact with health services
XXII	U00-U99	Codes for special purposes

Processed on 03.06.2003 M.S. Source: World Health Organization © Copyright WHO 1994/2003

DANH SÁCH MẪU THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tỉnh Bình Dương: **14**

Tỉnh Đồng Nai: **03**: BV Định Quán; **04**: BV Đồng Nai; **05:** BV Long Khánh; **06:** BV Long Thành; **09**: BV Thống Nhất; **12**: BV Xuân Lộc.

N: Mẫu không nhiễm HIV

H: Mẫu biết nhiễm HIV trước nhập viện **S**: Mẫu biết nhiễm HIV sau nhập viện

1. DANH SÁCH MẪU NHIỄM HIV

STT	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án	EPDS1	EPDS2
1	03068S	Chí	1982	2118	6	7
2	03069S	Đặng	1985	2548	1	5
3	03070H	Phạm	1983	3531	10	10
4	03107H	Trừ	1987	6028	5	5
5	03115S	Chung	1972	5748	19	15
6	03118H	Huỳnh	1983	6190	6	6
7	04001H	Lê	1989	52487	20	15
8	04002S	Hồ	1990	54713	5	19
9	04003H	Danh	1985	58625	14	5
10	04004H	Nguyễn	1986	60450	16	14
11	04005H	Nguyễn	1986	1647	13	5
12	04006H	Đặng	1988	1691	3	9
13	04007H	Nguyễn	1988	7359	11	16
14	04008H	Phan	1981	7731	2	7
15	04013S	Ngô	1986	10739	18	16
16	04014S	Nguyễn	1973	13469	6	15
17	04015H	Nguyễn	1987	13280	7	7
18	04016H	Nguyễn	1986	15774	21	16
19	04017H	Nguyễn	1984	15653	2	1
20	04018S	H Bon	1988	19950	13	8
21	04020S	Võ	1993	19460	11	18
22	04021H	Hồ	1978	22258	4	5
23	04022S	Nguyễn	1985	45858	5	7
24	04023H	Hùng	1987	21639	6	14
25	04024H	Dương	1982	37906	24	15
26	04025H	Huỳnh	1993	39071	14	15
27	04026H	Nguyễn	1980	49152	23	25

28	04027H	Nguyễn	1980	50676	4	4
29	04028H	Trần	1990	44105	15	20
30	04029S	Nguyễn	1982	55930	8	12
31	04030S	Đỗ	1982	47198	4	5
32	04031S	Tạ	1992	46995	14	14
33	04074S	Lê	1984	27684	16	21
34	04083S	Phạm	1992	25548	14	17
35	04084H	Dương	1994	46	7	9
36	04085S	Lưu	1990	47607	12	12
37	04086H	Viên	1990	46113	19	14
38	04087S	Nguyễn	1983	336371	8	12
39	04088H	Bùi	1983	36357	4	9
40	04089H	Huỳnh	19 79	30561	17	3
41	04090H	Vũ	1988	34398	12	14
42	04091S	Phan	1985	34619	6	5
43	04092H	Nguyễn	1989	43416	21	16
44	04093S	Nguyễn	1987	41904	11	16
45	04094S	Nguyễn	1985	40721	12	4
46	04095H	Mai	1983	46221	2	6
47	04096H	Nguyễn	1988	39804	6	8
48	04108H	Nguyễn	1986	1640	2	3
49	04109H	Nguyễn	1992	20699	22	12
50	04111H	Trần	1989	34370	12	11
51	04112S	Dương	1983	43579	16	16
52	04113S	Nguyễn	1980	9513	15	15
53	04119H	Nguyễn	1989	23219	12	12
54	04120H	Nguyễn	1981	13569	13	5
55	04121S	Kim	1990	6447	17	15
56	04122H	Nguyễn	1988	18451	16	17
57	04123H	Nguyễn	1984	11770	10	15
58	04124H	Trần	1989	79022	5	11
59	04125S	Lê	1987	56937	20	16
60	04126H	Nguyễn	1992	24460	6	5
61	04174S	Ứng	1987	35700	12	14
62	04176S	Trần	1987	55049	17	17
63	04179S	Nguyễn	1983	19786	6	6
64	04183H	Trần	1990	27745	4	10
65	04184S	Lê	1986	21990	12	12
66	04187H	Trần	1989	43817	10	12
67	05079H	Lý	1986	12468	14	14

68	05080H	Phạm	1983	08951	4	4
69	06127S	Phạm	1980	22013	19	19
70	06128S	Lê	1993	23430	12	16
71	09072S	Trần	1996	13706	6	12
72	09075S	Đào	1988	19620	17	22
73	09076S	Lê	1988	18775	15	18
74	09077S	Nguyễn	1982	19786	8	8
75	09110S	Trương	1986	54349	22	25
76	09182S	Vũ	1990	13650	4	4
77	12081S	Ngô	1982	5539	3	14
78	12082H	Trương	1990	4280	16	11
79	14032H	Ngô	1986	36049	16	16
80	14033H	Huỳnh	1985	36883	15	16
81	14034H	Nguyễn	1988	43837	12	12
82	14035H	Nguyễn	1982	45037	13	16
83	14036H	Nguyễn	1993	45882	24	19
84	14037S	Dương	1975	59633	24	15
85	14038S	Phạm	1990	24949	19	18
86	14039S	Nguyễn	1987	47911	27	21
87	14040S	Phạm	1993	46285	17	15
88	14041S	Sơn	1985	62361	19	16
89	14043S	Nguyễn	1986	61257	23	12
90	14044S	Nguyễn	1991	64932	27	20
91	14045S	Bùi	1991	60556	23	16
92	14048S	Dương	1990	40318	20	12
93	14049S	Nguyễn	1988	23848	21	23
94	14050S	Trương	1989	41660	24	24
95	14051S	Nguyễn	1984	27417	24	20
96	14052S	Nguyễn	1983	12048	22	22
97	14053H	Lê	1976	12379	19	16
98	14054S	Quách	1992	13641	21	16
99	14055H	Nguyễn	1979	81575	9	11
100	14056S	Võ	1970	14340	23	14
101	14057H	Trần	1987	13766	12	12
102	14058S	Trần	1976	15950	20	16
103	14059S	Nguyễn	1984	17276	21	22
104	14060S	Bùi	1977	18189	22	20
105	14061H	Đặng	1984	19384	18	15
106	14062H	Đỗ	1989	21932	15	14
107	14063H	Lê	1976	22538	9	12

108	14097H	Lê	1991	37868	15	10
109	14098H	Nguyễn	1991	54164	16	14
110	14099H	Trần	1978	54726	15	15
111	14100H	Nguyễn	1989	37835	15	15
112	14101S	Lê	1989	47764	13	16
113	14102H	Nguyễn	1982	34799	14	15
114	14103S	Nguyễn	1993	40610	13	15
115	14104S	Lê	1993	50680	25	12
116	14105S	Võ	1992	26629	23	20
117	14106H	Nguyễn	1985	36583	11	11
118	14129S	Võ	1990	70051	23	18
119	14130H	Phan	1985	67657	12	12
120	14131H	Dương	1989	76680	17	12
121	14132S	Lê	1994	64095	19	19
122	14134S	Đỗ	1984	61836	26	20
123	14135H	Nguyễn	1982	77473	30	17
124	14136S	Nguyễn	1984	13991	24	19
125	14137S	Đỗ	1978	16893	26	14
126	14138S	Nguyễn	1992	14174	25	18
127	14140S	Võ	1976	11645	24	18
128	14141S	Trần	1975	10711	24	24
129	14142S	Phạm	1985	71360	23	12
130	14143S	Đỗ	1979	15756	20	19
131	14144S	Lê	1991	11711	25	19
132	14145S	Nguyễn	1995	3856	26	15
133	14146S	Lê	1985	18756	28	21
134	14147H	Võ	1985	53312	19	12
135	14148S	Lê	1988	53168	18	15
136	14149S	Nguyễn	1991	54091	15	5
137	14150S	Nguyễn	1980	53088	16	8
138	14151S	Dương	1989	50834	19	12
139	14152H	Hồ	1977	49244	15	14
140	14153H	Lê	1982	47546	24	18
141	14154H	Nguyễn	1984	46479	24	18
142	14155S	Chống	1991	44382	15	25
143	14156S	Phạm	1992	40950	15	20
144	14157H	Nguyễn	1986	39075	22	16
145	14158H	Trần	1981	39406	16	15
146	14159H	Lê	1985	24686	20	19
147	14160S	Đỗ	1990	27317	28	20

148	14161S	Lê	1990	22425	26	21
149	14162S	Hồ	1982	25142	18	15
150	14163S	Nguyễn	1985	23306	26	19
151	14164S	Nguyễn	1991	23158	21	28
152	14165H	Vương	1985	39962	17	17

2. DANH SÁCH MẪU KHÔNG NHIỄM HIV

STT	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án	Epi 1	Epi 2
1	03001N	Trương	1983	7407	1	2
2	03002N	Nguyễn	1987	4899	4	3
3	03003N	Mai	1977	4889	3	2
4	03004N	Trần	1981	2160	1	1
5	03005N	Lý	1996	2394	1	1
6	03006N	Bùi	1983	1317	3	3
7	03007N	Ninh	1978	2392	1	1
8	03008N	Phan	1984	2145	1	2
9	03009N	Nguyễn	1988	1130	1	1
10	03010N	Mai	1979	4272	9	8
11	03011N	Trương	1991	4922	6	7
12	03012N	Nghiêm	1987	2096	2	2
13	03013N	Đỗ	1990	4906	16	15
14	03014N	Điểu	1989	3940	7	6
15	03015N	Lê	1976	5826	6	6
16	03016N	Nguyễn	1991	2043	5	6
17	03017N	Nguyễn	1989	2182	5	5
18	03018N	Lê	1985	1247	11	11
19	03019N	Phạm	1987	5076	14	15
20	03020N	Bùi	1974	4982	8	8
21	03021N	Hoàng	1990	5035	4	4
22	03022N	Điểu	1989	1512	10	8
23	03023N	Phạm	1989	1315	5	4
24	03024N	Đỗ	1983	1063	1	1
25	03025N	Hồ	1992	2379	11	11
26	03026N	Lý	1989	5272	1	2
27	03027N	Châu	1982	1112	1	5
28	03028N	Nguyễn	1994	1088	6	6
29	03029N	Mai	1988	5837	9	8
30	03030N	Đinh	1992	1099	6	6
31	03031N	Nguyễn	1977	5866	3	3
32	03032N	Mai	1979	1834	9	9

33	03033N	Nguyễn	1982	3857	2	2
34	03034N	Châu	1985	2555	10	15
35	03035N	Nguyễn	1987	4886	10	10
36	03036N	Châu	1989	1066	10	10
37	03037N	Lê	1991	5833	2	2
38	03038N	Nguyễn	1991	5920	5	5
39	03039N	Trần	1984	1495	2	3
40	04001N	Cao	1979	2255	14	7
41	04002N	Nguyễn	1979	2259	12	8
42	04003N	Lê	1996	16525	10	5
43	04004N	Trần	1994	2320	10	10
44	04005N	Lê	1988	8141	7	7
45	04006N	Nguyễn	1994	8324	11	3
46	04007N	Phan	1984	1323	4	4
47	04008N	Nguyễn	1986	2815	5	7
48	04009N	Nguyễn	1978	11075	11	12
49	04010N	Huỳnh	1986	3247	10	11
50	04011N	Lưu	1987	2856	1	2
51	04012N	Nguyễn	1986	2426	7	8
52	04013N	Lý	1979	2475	11	9
53	04014N	Nguyễn	1993	2977	5	6
54	04015N	Nguyễn	1978	2590	12	12
55	04016N	Nguyễn	1990	5239	17	15
56	04017N	Huynh	1985	7578	7	8
57	04018N	Nguyễn	1989	5821	10	8
58	04019N	Nguyễn	1986	9144	7	8
59	04020N	Đặng	1983	9145	0	4
60	04021N	Nguyễn	1971	9215	0	3
61	04022N	Lương	1981	9269	13	8
62	04023N	Chu	1979	9370	0	4
63	04024N	Võ	1982	52119	8	7
64	04025N	Phạm	1989	9972	5	6
65	04026N	Lê	1984	9998	8	8
66	04027N	Nguyễn	1990	10067	6	5
67	04028N	Nguyễn	1988	10083	2	3
68	04029N	Đoàn	1980	10206	12	10
69	04030N	Mai	1973	10216	2	3
70	04031N	Nguyễn	1981	10348	8	9
71	04032N	Vũ	1990	8089	7	8
72	04033N	Đinh	1980	10579	10	11

73	04034N	Trần	1982	2855	6	6
74	04035N	Bùi	1995	12455	7	7
75	04036N	Nguyễn	1992	12531	7	7
76	04037N	Phan	1988	7564	9	9
77	04038N	Nguyễn	1988	8233	4	4
78	04039N	Mai	1978	7787	14	8
79	04040N	Kim	1982	2248	5	5
80	04041N	Nguyễn	1984	6974	19	16
81	04042N	Nguyễn	1990	7729	11	11
82	04043N	Bùi	1982	7905	9	9
83	04044N	Phạm	1993	8617	9	9
84	04045N	Nguyễn	1978	21041	5	5
85	04046N	Lê	1978	22064	10	12
86	04047N	Hoàng	1981	23270	12	14
87	04048N	Hà	1985	23136	10	8
88	04049N	Lê	1978	23536	7	11
89	04050N	Lê	1975	23529	17	14
90	04051N	Lý	1982	31974	8	0
91	04052N	Đinh	1981	32114	1	0
92	04053N	Nguyễn	1993	32122	7	6
93	04054N	Thái	1991	34982	5	0
94	04055N	Trần	1991	34981	3	3
95	04056N	Trương	1993	6401	6	3
96	04057N	Nguyễn	1987	37764	7	5
97	04058N	Mai	1987	41083	3	0
98	04059N	Quán	1979	41186	9	2
99	04060N	Bùi	1989	11838	3	3
100	04061N	Nguyễn	1987	40977	5	1
101	04062N	Đặng	1981	40843	5	0
102	04063N	Trần	1991	6435	5	5
103	04064N	Nguyễn	1988	40978	6	6
104	04065N	Nguyễn	1994	41084	2	2
105	04066N	Phạm	1987	41902	3	0
106	04067N	Diệp	1972	43792	7	11
107	04068N	Nguyễn	1986	44075	6	8
108	04069N	Lê	1976	44174	2	0
109	04070N	Nguyễn	1991	51694	6	6
110	04071N	Phan	1984	6648	4	9
111	04072N	Văn	1975	43044	9	8
112	04073N	Lê	1985	42085	9	8

113	04074N	Trương	1986	22664	1	3
114	04075N	Phan	1987	22526	11	11
115	04076N	Đào	1981	23782	13	12
116	04078N	Mai	1978	41977	12	4
117	04079N	Hoàng	1983	42139	9	6
118	04080N	Trần	1991	6405	11	7
119	04081N	Bùi	1992	5692	3	2
120	04082N	Lâm	1990	6259	1	3
121	04083N	Võ	1992	6261	1	2
122	04084N	Nguyễn	1996	5594	9	6
123	04085N	Đinh	1992	5520	6	13
124	04086N	Trần	1984	6400	3	3
125	04087N	Trần	1982	6450	1	2
126	04088N	Nguyễn	1985	11389	1	1
127	04089N	Nguyễn	1987	11321	8	6
128	04090N	Thóng	1988	11019	7	8
129	04091N	Kiều	1993	4614	11	9
130	04092N	Trần	1992	7147	18	18
131	04093N	Phùng	1986	6443	2	2
132	04094N	Nguyễn	1990	6445	3	2
133	04095N	Nguyễn	1987	7312	0	2
134	04096N	Hoàng	1970	7296	10	8
135	04097N	Võ	1985	6149	3	5
136	04098N	Lê	1993	7828	5	4
137	04099N	Hồ	1993	7725	8	6
138	04100N	Nguyễn	1978	6763	6	5
139	04101N	Lê	1974	6885	2	1
140	04102N	Lư	1988	6925	6	9
141	04103N	Nguyễn	1977	6610	4	1
142	04104N	Trần	1989	6982	6	3
143	04105N	Nguyễn	1987	7518	3	3
144	04106N	Từ	1983	7421	2	5
145	04107N	Phạm	1991	7270	8	1
146	04108N	Chung	1989	7084	2	2
147	04109N	Phạm	1974	7451	1	2
148	04110N	Ngô	1988	7433	11	5
149	04111N	Nguyễn	1991	7923	1	0
150	04112N	Nguyễn	1976	6989	4	1
151	04113N	Đỗ	1992	7924	4	0
152	04114N	Bùi	1987	6105	7	2

153	04115N	Tăng	1973	6111	2	0
154	04116N	Phạm	1969	6406	5	2
155	04117N	Phạm	1980	6404	2	0
156	04118N	Nguyễn	1998	6166	2	1
157	04119N	Đỗ	1979	6988	5	2
158	04120N	Lê	1982	7077	4	2
159	04121N	Phan	1989	7058	6	3
160	04122N	Nguyễn	1986	7848	6	6
161	04123N	Lê	1990	7834	5	2
162	04124N	Tạ	1988	7899	2	1
163	04125N	Mai	1983	6055	5	2
164	04126N	Lâm	1984	6369	10	6
165	04127N	Lê	1984	6446	1	1
166	04128N	Nguyễn	1993	6365	5	0
167	04129N	Trương	1985	6110	6	5
168	04130N	Cao	1991	7149	2	2
169	04131N	Võ	1985	6149	4	4
170	04133N	Huỳnh	1990	8088	14	16
171	04134N	Lý	1992	6976	9	11
172	04135N	Trần	1982	1645	12	8
173	04136N	Nguyễn	1986	6890	3	5
174	04137N	Nguyễn	1980	44033	7	7
175	04138N	Nguyễn	1988	21049	5	0
176	04139N	Lê	1989	23147	12	22
177	04140N	Lê	1988	15923	10	7
178	04141N	Châu	1984	15097	4	0
179	04145N	Nguyễn	1984	4815	4	0
180	04146N	Nguyễn	1990	15499	18	0
181	04147N	Võ	1981	6072	0	2
182	04148N	Đỗ	1987	20971	0	0
183	04149N	Lê	1986	6694	10	6
184	04150N	Nguyễn	1990	6647	0	7
185	04151N	Trần	1985	6983	7	6
186	04152N	Lý	1990	6888	4	0
187	04153N	Trần	1989	8695	12	8
188	04154N	Lai	1981	6653	12	2
189	04155N	Nguyễn	1979	7157	6	1
190	04156N	Lê	1988	9283	4	3
191	04157N	Lại	1976	7061	10	4
192	04158N	Đồng	1991	8704	0	8

193	04159N	Vũ	1983	6767	11	2
194	04160N	Lê	1980	6882	16	17
195	04161N	Nguyễn	1987	69567	13	2
196	04162N	Huỳnh	1986	8692	2	1
197	04163N	Nguyễn	1995	7159	8	6
198	04164N	Nguyễn	1989	9736	12	14
199	04165N	Nguyễn	1982	9713	12	12
200	04166N	Phùng	1991	9714	8	12
201	04167N	Lê	1982	7221	2	3
202	04168N	Nguyễn	1995	9712	12	12
203	04169N	Triệu	1985	9709	13	15
204	04170N	Lê	1983	9706	11	12
205	04171N	Nguyễn	1984	9711	15	14
206	04172N	Trần	1995	6984	13	12
207	04173N	Nguyễn	1986	7848	11	11
208	04174N	Hoàng	1987	7767	13	10
209	04175N	Chế	1991	6108	9	8
210	04176N	Thái	1990	6844	3	3
211	05001N	Trương	1980	9071	3	3
212	05002N	Nguyễn	1978	3082	7	7
213	05003N	Thạch	1978	9022	4	3
214	05004N	Phùng	1986	11631	12	0
215	05005N	Hoàng	1986	11623	0	0
216	05006N	Cao	1983	15518	0	0
217	05007N	Phan	1982	12473	5	6
218	05008N	Lê	1989	12479	0	0
219	05009N	Nguyễn	1992	12472	4	0
220	06001N	Nguyễn	1990	8170	4	4
221	06002N	Đào	1979	8611	8	11
222	06003N	Nguyễn	1989	8906	6	6
223	06004N	Nguyễn	1983	8551	7	0
224	06005N	Nguyễn	1981	8557	5	9
225	06006N	Là	1983	8447	5	6
226	09001N	Nguyễn	1971	22513	11	10
227	09002N	Nguyễn	1986	13711	13	8
228	09003N	Vũ	1981	13703	10	6
229	09004N	Nguyễn	1977	13707	9	11
230	09005N	Phan	1977	13946	14	9
231	09006N	Phan	1986	13961	15	15
232	09007N	Nguyễn	1985	22011	13	8

233	09008N	Đỗ	1986	18791	9	9
234	09009N	Nguyễn	1981	13445	2	5
235	09010N	Nguyễn	1991	19785	8	9
236	09011N	Nguyễn	1988	20358	11	8
237	09012N	Công	1981	20319	12	8
238	09013N	Lê	1988	20251	4	11
239	09014N	Trần	1988	21425	13	8
240	09015N	Trần	1989	21577	6	3
241	09016N	Trần	1972	22872	12	18
242	09017N	Bùi	1982	23010	7	12
243	09018N	Lê	1991	22751	12	19
244	09019N	Nguyễn	1982	54645	11	8
245	09020N	Bùi	1983	54852	7	4
246	09021N	Vũ	1972	54849	9	6
247	12001N	Lê	1990	10680	9	1
248	12002N	Phạm	1979	10311	18	19
249	12003N	Trần	1986	10614	0	0
250	12005N	Huỳnh	1994	10161	1	1
251	14001N	Cừu	1977	9154	21	2
252	14002N	Trần	1995	15850	17	16
253	14003N	Nguyễn	1988	31789	5	4
254	14004N	Trần	1993	15929	14	5
255	14005N	Trương	1980	14143	2	8
256	14006N	Nguyễn	1983	15962	0	1
257	14007N	Trần	1995	17323	0	0
258	14008N	Dương	1993	23700	11	2
259	14009N	Nguyễn	1984	19103	0	0
260	14010N	Nguyễn	1981	12380	2	8
261	14011N	Nguyễn	1987	15853	0	2
262	14012N	Nguyễn	1983	15954	7	4
263	14013N	Nguyễn	1976	32553	13	0
264	14014N	Lê	1987	21580	4	3
265	14015N	Tống	1988	12353	7	0
266	14016N	Nguyễn	1980	12874	8	4
267	14017N	Dương	1986	12365	0	11
268	14018N	Trần	1986	31454	12	14
269	14019N	Lưu	1985	31453	4	11
270	14020N	Đặng	1987	12826	5	3
271	14021N	Nguyễn	1988	32787	3	2
272	14022N	Vi	1991	33239	5	12

273	14023N	Lê	1990	12367	6	8
274	14024N	Trần	1990	31508	15	5
275	14025N	Phan	1984	30809	1	6
276	14026N	Nguyễn	1992	33357	6	11
277	14027N	Lưu	1983	30921	7	3
278	14028N	Trần	1977	15852	3	0
279	14029N	Nguyễn	1991	9068	0	2
280	14030N	Nguyễn	1989	23860	0	0
281	14031N	Đặng	1982	21729	0	0
282	14032N	Trần	1985	13031	0	0
283	14033N	Nguyễn	1986	22855	0	0
284	14034N	Man	1985	22856	0	0
285	14035N	Mai	1983	21961	0	0
286	14036N	Phạm	1988	70642	0	12
287	14037N	Mai	1970	32786	5	7
288	14038N	Nguyễn	1983	30918	12	5
289	14039N	Dương	1988	70680	3	5
290	14040N	Kiều	1993	31029	12	0
291	14041N	Lương	1971	30801	8	6
292	14042N	Nguyễn	1985	70213	3	10
293	14043N	Nguyễn	1993	11959	5	1
294	14044N	Nguyễn	1993	23883	0	0
295	14045N	Lê	1992	30407	8	6
296	14046N	Hoàng	1979	30885	3	11
297	14047N	Nguyễn	1993	30979	6	14
298	14048N	Thị	1989	13670	10	3
299	14049N	Nguyễn	1984	14185	11	5
300	14050N	Tạ	1985	14007	15	8
301	14051N	Lê	1986	23689	0	3
302	14052N	Nguyễn	1989	31932	7	19
303	14053N	Bùi	1979	69633	0	0
304	14054N	Nguyễn	1992	14033	10	6
305	14055N	Nguyễn	1983	26622	12	0
306	14056N	Dương	1989	26424	12	14
307	14057N	Trần	1987	32574	3	8
308	14058N	Nguyễn	1994	32489	3	7
309	14059N	Hoàng	1983	32572	3	11
310	14060N	Dương	1988	30718	2	8
311	14061N	Phạm	1986	69572	8	0
312	14062N	Trần	1978	30751	10	16

313	14063N	Trần	1989	31037	2	3
314	14064N	Nguyễn	1988	25866	0	0
315	14065N	Hà	1988	30828	0	0
316	14066N	Lê	1985	30347	0	2
317	14067N	Châu	1993	25833	0	0
318	14068N	Lê	1987	28915	0	3
319	14069N	Nguyễn	1982	42107	0	0
320	14070N	Đặng	1982	31476	0	0
321	14071N	Nguyễn	1986	42052	0	8
322	14072N	Phạm	1987	28224	0	8
323	14073N	Ngô	1990	28934	0	0
324	14074N	Nguyễn	1991	28933	0	5
325	14075N	Lê	1984	30691	0	0
326	14076N	Nguyễn	1982	25858	0	0
327	14077N	Phan	1980	25859	0	9
328	14078N	Đàm	1989	15777	0	0
329	14079N	Võ	1989	9147	0	0
330	14080N	Phạm	1985	30862	0	8
331	14081N	Chung	1987	33341	0	0
332	14082N	Võ	1989	31534	0	11
333	14083N	Lê	1994	9146	0	0
334	14084N	Phan	1987	32830	0	0
335	14085N	Nguyễn	1987	12358	0	2
336	14086N	Võ	1983	70641	0	3
337	14087N	Nguyễn	1988	32878	0	0
338	14088N	Lý	1993	42438	0	3
339	14089N	Lê	1994	29425	0	4
340	14090N	Hoàng	1989	69555	0	5
341	14091N	Nguyễn	1981	12370	0	5
342	14092N	Hồ	1989	69534	0	6
343	14093N	Chung	1987	33341	7	8
344	14094N	Phạm	1989	30647	0	7
345	14095N	Thị	1990	70643	0	3
346	14096N	Nguyễn	1994	33354	0	0
347	14097N	Trần	1991	1302	0	8
348	14098N	Trần	1988	32829	0	3
349	14099N	Phan	1994	35701	0	10
350	14100N	Huỳnh	1985	30840	0	0
351	14101N	Trịnh	1991	42051	0	0
352	14102N	Nguyễn	1990	30739	0	0

353	14103N	Cảnh	1990	26762	0	10
354	14104N	Lưu	1991	30661	0	9
355	14105N	Nguyễn	1980	42063	0	12
356	14106N	Đinh	1988	18190	0	0
357	14107N	Võ	1990	17207	8	0
358	14108N	Trần	1983	12001	12	28
359	14109N	Nguyễn	1987	12680	5	14
360	14110N	Đặng	1972	42109	11	0
361	14111N	Phan	1993	11748	14	7
362	14112N	Nguyễn	1990	42064	0	0
363	14113N	Nguyễn	1983	32425	1	9
364	14114N	Nguyễn	1987	25550	24	16
365	14115N	Chung	1993	18308	0	3
366	14116N	Nguyễn	1970	18202	0	2
367	14117N	Nguyễn	1975	27410	10	10
368	14118N	Nguyễn	1986	13628	13	0
369	14119N	Đinh	1990	13672	9	4
370	14120N	Nguyễn	1988	26628	7	0
371	14121N	Phan	1982	28916	7	4
372	14122N	Nguyễn	1990	12873	14	0
373	14123N	Nguyễn	1990	12857	12	4
374	14124N	Lương	1980	15447	6	5
375	14125N	Nguyễn	1979	30678	5	7
376	14126N	Phan	1987	8965	7	8
377	14127N	Huỳnh	1980	14266	13	16
378	14128N	Nguyễn	1985	26838	12	2
379	14129N	Võ	1985	22236	17	8
380	14131N	Trần	1980	30820	14	9
381	14132N	Mai	1983	30544	9	2
382	14133N	Nguyễn	1990	28225	8	0
383	14134N	Trần	1989	30876	12	3
384	14135N	Nguyễn	1980	30904	2	17
385	14136N	Nguyễn	1986	25309	10	0
386	14137N	Viên	1994	28725	6	0
387	14138N	Thach	1987	31805	3	8
388	14139N	Nguyễn	1987	26903	16	7
389	14140N	Trần	1985	69650	6	0
390	14141N	Phan	1981	25126	0	17
391	14142N	Trần	1981	25303	7	0
392	14143N	Phạm	1988	25677	11	1

393	14144N	Huỳnh	1983	19117	0	0
394	14145N	Thái	1988	19275	0	1
395	14146N	Phan	1991	14159	26	9
396	14147N	Huỳnh	1995	32777	16	17
397	14148N	Huỳnh	1993	32932	0	7
398	14149N	Nguyễn	1992	30685	0	0
399	14150N	Trần	1989	33021	0	0
400	14151N	Lâm	1984	24911	6	8
401	14152N	Trần	1985	25327	5	18
402	14153N	Phùng	1989	24111	9	8
403	14154N	Đặng	1981	23096	9	14
404	14155N	Đỗ	1981	25782	8	15
405	14156N	Lê	1986	25388	7	11
406	14157N	Nguyễn	1994	25679	10	12
407	14158N	Nguyễn	1984	25805	9	11
408	14159N	Phạm	1985	24668	2	6
409	14160N	Mai	1980	33609	15	12
410	14161N	Trần	1987	25620	7	15
411	14162N	Nguyễn	1987	25843	4	20
412	14163N	Nguyễn	1993	15776	7	18
413	14164N	Phạm	1981	25882	1	18
414	14165N	Trang	1993	25505	3	15
415	14166N	Nguyễn	1986	24339	6	16
416	14167N	Thạch	1988	25521	9	19
417	14168N	Huỳnh	1967	24845	7	7
418	14169N	Đặng	1989	26537	11	9
419	14170N	Nguyễn	1995	24870	13	12
420	14171N	Lê	1995	26251	9	19
421	14172N	Nguyễn	1976	24598	12	17
422	14173N	Nguyễn	1984	26116	10	16
423	14174N	Phạm	1985	25362	7	12
424	14175N	Đào	1985	26185	18	11
425	14176N	Hoàng	1990	25666	14	11
426	14177N	Văn	1989	26166	13	8
427	14178N	Hà	1987	25565	7	5
428	14179N	Huỳnh	1988	69522	7	12
429	14180N	Lê	1991	25982	7	7
430	14181N	Phạm	1987	25248	9	12
431	14182N	Trương	1989	22744	9	20
432	14183N	Đinh	1989	24549	14	19

433	14184N	Huỳnh	1990	25813	17	18
434	14185N	Đỗ	1993	25880	6	8
435	14186N	Lê	1978	9061	11	11
436	14187N	Trương	1987	25528	13	12
437	14188N	Trần	1994	25919	10	12
438	14189N	Lê	1986	25948	11	16
439	14190N	Lê	1985	71 090	5	7
440	14191N	Hồ	1991	23823	11	15
441	14192N	Hoàng	1991	25526	4	22
442	14193N	Nguyễn	1993	24001	10	18
443	14194N	Lương	1991	68856	8	20
444	14195N	Đào	1980	24723	14	18
445	14196N	Nguyễn	1986	24913	7	12
446	14197N	Nguyễn	1982	69652	3	7
447	14198N	Phạm	1984	25066	11	11
448	14199N	Sơn	1995	26237	3	8
449	14200N	Nguyễn	1979	25641	9	16
450	14201N	Lê	1996	24901	3	14
451	14202N	Trần	1975	69655	13	12
452	14203N	Nguyễn	1993	25287	9	16
453	14204N	Trần	1992	26146	6	12
454	14205N	Đàm	1987	25903	11	19
455	14206N	Phạm	1991	25800	14	17
456	14207N	Trần	1980	24960	3	5
457	14208N	Lê	1971	26159	12	12
458	14209N	Nguyễn	1984	69656	7	7
459	14210N	Trần	1982	24834	10	11
460	14211N	Nguyễn	1981	69571	9	11

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự Do - Hạnh phúc

Ngày 08 tháng 02 năm 2018

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Kính gửi: Ban Giám Đốc Bệnh viện Đa khoa Bình Dương

Phòng Kế Hoạch Tổng hợp

Tôi tên: NGUYỄN MẠNH HOAN

Là nghiên cứu sinh tại Trường Đại Học Y Dược Huế

Tôi có thực hiện đề tài luận văn nghiên cứu sinh về tình trạng trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV. Trong thời gian thực hiện đề tài này, tôi đã có nghiên cứu một số sản phụ sinh tại khoa Sản của Bệnh viện Đa khoa Bình Dương.

Kính xin Ban Giám Đốc bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu nêu trên và được liệt kê trong danh sách sau đây:

BỆNH VIỆN ĐK BÌNH DƯƠNG
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

1. DANH SÁCH SẢN PHỤ KHÔNG NHIỄM HIV

STT	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ nhập viện
1	14001N	Cừu	1977	9154
2	14002N	Trần	1995	15850
3	14003N	Nguyễn	1988	31789
4	14004N	Trần	1993	15929
5	14005N	Trương	1980	14143
6	14006N	Nguyễn	1983	15962
7	14007N	Trần	1995	17323

8	14008N	Dương	1993	23700
9	14009N	Nguyễn	1984	19103
10	14010N	Nguyễn	1981	12380
11	14011N	Nguyễn	1987	15853
12	14012N	Nguyễn	1983	15954
13	14013N	Nguyễn	1976	32553
14	14014N	Lê	1987	21580
15	14015N	Tống	1988	12353
16	14016N	Nguyễn	1980	12874
17	14017N	Dương	1986	12365
18	14018N	Trần	1986	31454
19	14019N	Lưu	1985	31453
20	14020N	Đặng	1987	12826
21	14021N	Nguyễn	1988	32787
22	14022N	Vi	1991	33239
23	14023N	Lê	1990	12367
24	14024N	Trần	1990	31508
25	14025N	Phan	1984	30809
26	14026N	Nguyễn	1992	33357
27	14027N	Lưu	1983	30921
28	14028N	Trần	1977	15852
29	14029N	Nguyễn	1991	9068
30	14030N	Nguyễn	1989	23860
31	14031N	Đặng	1982	21729
32	14032N	Trần	1985	13031
33	14033N	Nguyễn	1986	22855
34	14034N	Man	1985	22856
35	14035N	Mai	1983	21961

36	14036N	Phạm	1988	70642
37	14037N	Mai	1970	32786
38	14038N	Nguyễn	1983	30918
39	14039N	Dương	1988	70680
40	14040N	Kiều	1993	31029
41	14041N	Lương	1971	30801
42	14042N	Nguyễn	1985	70213
43	14043N	Nguyễn	1993	11959
44	14044N	Nguyễn	1993	23883
45	14045N	Lê	1992	30407
46	14046N	Hoàng	1979	30885
47	14047N	Nguyễn	1993	30979
48	14048N	Thị	1989	13670
49	14049N	Nguyễn	1984	14185
50	14050N	Tạ	1985	14007
51	14051N	Lê	1986	23689
52	14052N	Nguyễn	1989	31932
53	14053N	Bùi	1979	64633
54	14054N	Nguyễn	1992	14033
55	14055N	Nguyễn	1983	26622
56	14056N	Dương	1989	26424
57	14057N	Trần	1987	32574
58	14058N	Nguyễn	1994	32489
59	14059N	Hoàng	1983	32572
60	14060N	Dương	1988	30718
61	14061N	Phạm	1986	69572
62	14062N	Trần	1978	30751
63	14063N	Trần	1989	31037

64	14064N	Nguyễn	1988	25866
65	14065N	Hà	1988	30828
66	14066N	Lê	1985	30347
67	14067N	Châu	1993	25833
68	14068N	Lê	1987	28915
69	14069N	Nguyễn	1982	42107
70	14070N	Đặng	1982	31476
71	14071N	Nguyễn	1986	42052
72	14072N	Phạm	1987	28224
73	14073N	Ngô	1990	28934
74	14074N	Nguyễn	1991	28933
75	14075N	Lê	1984	30691
76	14076N	Nguyễn	1982	25858
77	14077N	Phan	1980	25859
78	14078N	Đàm	1989	15777
79	14079N	Võ	1989	9147
80	14080N	Phạm	1985	30862
81	14081N	Chung	1987	33341
82	14082N	Võ	1989	31534
83	14083N	Lê	1994	9146
84	14084N	Phan	1987	32830
85	14085N	Nguyễn	1987	12358
86	14086N	Võ	1983	70641
87	14087N	Nguyễn	1988	32878
88	14088N	Lý	1993	42438
89	14089N	Lê	1994	29425
90	14090N	Hoàng	1989	69555
91	14091N	Nguyễn	1981	12370

92	14092N	Hồ	1989	69534
93	14093N	Chung	1987	33341
94	14094N	Phạm	1989	30647
95	14095N	Thị	1990	70643
96	14096N	Nguyễn	1994	33354
97	14097N	Trần	1991	1302
98	14098N	Trần	1988	32829
99	14099N	Phan	1994	35701
100	14100N	Huỳnh	1985	30840
101	14101N	Trịnh	1991	42051
102	14102N	Nguyễn	1990	30739
103	14103N	Cảnh	1990	26762
104	14104N	Lưu	1991	30661
105	14105N	Nguyễn	1980	42063
106	14106N	Đinh	1988	18190
107	14107N	Võ	1990	17207
108	14108N	Trần	1983	12001
109	14109N	Nguyễn	1987	12680
110	14110N	Đặng	1972	42109
111	14111N	Phan	1993	11748
112	14112N	Nguyễn	1990	42064
113	14113N	Nguyễn	1983	32425
114	14114N	Nguyễn	1987	25550
115	14115N	Chung	1993	18308
116	14116N	Nguyễn	1970	18202
117	14117N	Nguyễn	1975	27410
118	14118N	Nguyễn	1986	13628
119	14119N	Đinh	1990	13672

120	14120N	Nguyễn	1988	26628
121	14121N	Phan	1982	28916
122	14122N	Nguyễn	1990	12873
123	14123N	Nguyễn	1990	12857
124	14124N	Lương	1980	15447
125	14125N	Nguyễn	1979	30678
126	14126N	Phan	1987	8965
127	14127N	Huỳnh	1980	14266
128	14128N	Nguyễn	1985	26838
129	14129N	Võ	1985	22236
130	14131N	Trần	1980	30820
131	14132N	Mai	1983	30544
132	14133N	Nguyễn	1990	28225
133	14134N	Trần	1989	30876
134	14135N	Nguyễn	1980	30904
135	14136N	Nguyễn	1986	25309
136	14137N	Viên	1994	28725
137	14138N	Thach	1987	31805
138	14139N	Nguyễn	1987	26903
139	14140N	Trần	1985	69650
140	14141N	Phan	1981	25126
141	14142N	Trần	1981	25303
142	14143N	Phạm	1988	25677
143	14144N	Huỳnh	1983	19117
144	14145N	Thái	1988	19275
145	14146N	Phan	1991	14159
146	14147N	Huỳnh	1995	32777
147	14148N	Huỳnh	1993	32932

148	14149N	Nguyễn	1992	30685
149	14150N	Trần	1989	33021
150	14151N	Lâm	1984	24911
151	14152N	Trần	1985	25327
152	14153N	Phùng	1989	24111
153	14154N	Đặng	1981	23096
154	14155N	Đỗ	1981	25782
155	14156N	Lê	1986	25388
156	14157N	Nguyễn	1994	25679
157	14158N	Nguyễn	1984	25805
158	14159N	Phạm	1985	24668
159	14160N	Mai	1980	33609
160	14161N	Trần	1987	25620
161	14162N	Nguyễn	1987	25843
162	14163N	Nguyễn	1993	15776
163	14164N	Phạm	1981	25882
164	14165N	Trang	1993	25505
165	14166N	Nguyễn	1986	24339
166	14167N	Thạch	1988	25521
167	14168N	Huỳnh	1967	24845
168	14169N	Đặng	1989	26537
169	14170N	Nguyễn	1995	24870
170	14171N	Lê	1995	26251
171	14172N	Nguyễn	1976	24598
172	14173N	Nguyễn	1984	26116
173	14174N	Phạm	1985	25362
174	14175N	Đào	1985	26185
175	14176N	Hoàng	1990	25666

176	14177N	Văn	1989	26166
177	14178N	Hà	1987	25565
178	14179N	Huỳnh	1988	69522
179	14180N	Lê	1991	25982
180	14181N	Phạm	1987	25248
181	14182N	Trương	1989	22744
182	14183N	Đinh	1989	24549
183	14184N	Huỳnh	1990	25813
184	14185N	Đỗ	1993	25880
185	14186N	Lê	1978	9061
186	14187N	Trương	1987	25528
187	14188N	Trần	1994	25919
188	14189N	Lê	1986	25948
189	14190N	Lê	1985	71 090
190	14191N	Hồ	1991	23823
191	14192N	Hoàng	1991	25526
192	14193N	Nguyễn	1993	24001
193	14194N	Lương	1991	68856
194	14195N	Đào	1980	24723
195	14196N	Nguyễn	1986	24913
196	14197N	Nguyễn	1982	69652
197	14198N	Phạm	1984	25066
198	14199N	Sơn	1995	26237
199	14200N	Nguyễn	1979	25641
200	14201N	Lê	1996	24901
201	14202N	Trần	1975	69655
202	14203N	Nguyễn	1993	25287
203	14204N	Trần	1992	26146

204	14205N	Đàm	1987	25903
205	14206N	Phạm	1991	25800
206	14207N	Trần	1980	24960
207	14208N	Lê	1971	26159
208	14209N	Nguyễn	1984	69656
209	14210N	Trần	1982	24834
210	14211N	Nguyễn	1981	69571

2. DANH SÁCH SẢN PHỤ NHIỄM HIV

STT	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ nhập viện
1	14032H	Ngô	1986	36049
2	14033H	Huỳnh	1985	36883
3	14034H	Nguyễn	1988	43837
4	14035H	Nguyễn	1982	45037
5	14036H	Nguyễn	1993	45882
6	14037S	Dương	1975	59633
7	14038S	Phạm	1990	24949
8	14039S	Nguyễn	1987	47911
9	14040S	Phạm	1993	46285
10	14041S	Sơn	1985	62361
11	14043S	Nguyễn	1986	61257
12	14044S	Nguyễn	1991	64932
13	14045S	Bùi	1991	60556
14	14048S	Dương	1990	40318
15	14049S	Nguyễn	1988	23848
16	14050S	Trương	1989	41660
17	14051S	Nguyễn	1984	27417
18	14052S	Nguyễn	1983	12048

19	14053H	Lê	1976	12379
20	14054S	Quách	1992	13641
21	14055H	Nguyễn	1979	81575
22	14056S	Võ	1970	14340
23	14057H	Trần	1987	13766
24	14058S	Trần	1976	15950
25	14059S	Nguyễn	1984	17276
26	14060S	Bùi	1977	18189
27	14061H	Đặng	1984	19384
28	14062H	Đỗ	1989	21932
29	14063H	Lê	1976	22538
30	14097H	Lê	1991	37868
31	14098H	Nguyễn	1991	54164
32	14099H	Trần	1978	54726
33	14100H	Nguyễn	1989	37835
34	14101S	Lê	1989	47764
35	14102H	Nguyễn	1982	34799
36	14103S	Nguyễn	1993	40610
37	14104S	Lê	1993	50680
38	14105S	Võ	1992	26629
39	14106H	Nguyễn	1986	36583
40	14129S	Võ	1990	70051
41	14130H	Phan	1985	67657
42	14131H	Dương	1989	76680
43	14132S	Lê	1994	64095
44	14134S	Đỗ	1984	61836
45	14135H	Nguyễn	1982	77473
46	14136S	Nguyễn	1984	13991

47	14137S	Đỗ	1978	16893
48	14138S	Nguyễn	1992	14174
49	14140S	Võ	1976	11645
50	14141S	Trần	1975	10711
51	14142S	Phạm	1985	71360
52	14143S	Đỗ	1979	15756
53	14144S	Lê	1991	11711
54	14145S	Nguyễn	1995	3856
55	14146S	Lê	1985	18756
56	14147H	Võ	1985	53312
57	14148S	Lê	1988	53168
58	14149S	Nguyễn	1991	54091
59	14150S	Nguyễn	1980	53088
60	14151S	Dương	1989	50834
61	14152H	Hồ	1977	49244
62	14153H	Lê	1982	47546
63	14154H	Nguyễn	1984	46479
64	14155S	Chống	1991	44382
65	14156S	Phạm	1992	40950
66	14157H	Nguyễn	1986	39075
67	14158H	Trần	1981	39406
68	14159H	Lê	1985	24686
69	14160S	Đỗ	1990	27317
70	14161S	Lê	1990	22425
71	14162S	Hồ	1982	25142
72	14163S	Nguyễn	1985	23306
73	14164S	Nguyễn	1991	23158
74	14165H	Vương	1985	39962

Kính mong Ban Giám Đốc xác nhận cho tôi đã thực hiện nghiên cứu ở các sản phụ sanh tại bệnh viện Bình Dương có các hồ sơ bệnh án được liệt kê trong danh sách trên.

Tôi xin chân thành cảm ơn.

Người làm đơn

Nguyễn Mạnh Hoan

Xác nhận của BGĐ bệnh viện

GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH BÌNH DƯƠNG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA

Văn Quang Tân

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Ngày 10 tháng 4 năm 2019

ĐƠN XÁC NHẬN

Kính gửi: - Ban Giám Đốc Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai
- Trưởng phòng Kế hoach tổng hợp

Tôi tên: NGUYỄN MẠNH HOAN

Là nghiên cứu sinh tại trường Đại học Y Dược Huế

Tôi có thực hiện đề tài luận văn về trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV.

Trong thời gian thực hiện, tôi đã có nghiên cứu một số sản phụ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu được liệt kê trong danh sau đây:

1. Danh sách mẫu không nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	04001N	Cao	1979	2255
2	04002N	Nguyễn	1979	2259
3	04003N	Lê	1996	16525
4	04004N	Trần	1994	2320
5	04005N	Lê	1988	8141
6	04006N	Nguyễn	1994	8324
7	04007N	Phan	1984	1323
8	04008N	Nguyễn	1986	2815
9	04009N	Nguyễn	1978	11075

10	04010N	Huỳnh	1986	3247
11	04011N	Lưu	1987	2856
12	04012N	Nguyễn	1986	2426
13	04013N	Lý	1979	2475
14	04014N	Nguyễn	1993	2977
15	04015N	Nguyễn	1978	2590
16	04016N	Nguyễn	1990	5239
17	04017N	Huynh	1985	7578
18	04018N	Nguyễn	1989	5821
19	04019N	Nguyễn	1986	9144
20	04020N	Đặng	1983	9145
21	04021N	Nguyễn	1971	9215
22	04022N	Lương	1981	9269
23	04023N	Chu	1979	9370
24	04024N	Võ	1982	52119
25	04025N	Phạm	1989	9972
26	04026N	Lê	1984	9998
27	04027N	Nguyễn	1990	10067
28	04028N	Nguyễn	1988	10083
29	04029N	Đoàn	1980	10206
30	04030N	Mai	1973	10216
31	04031N	Nguyễn	1981	10348
32	04032N	Vũ	1990	8089
33	04033N	Đinh	1980	10579
34	04034N	Trần	1982	2855
35	04035N	Bùi	1995	12455
36	04036N	Nguyễn	1992	12531
37	04037N	Phan	1988	7564
38	04038N	Nguyễn	1988	8233
39	04039N	Mai	1978	7787

40	04040N	Kim	1982	2248
41	04041N	Nguyễn	1984	6974
42	04042N	Nguyễn	1990	7729
43	04043N	Bùi	1982	7905
44	04044N	Phạm	1993	8617
45	04045N	Nguyễn	1978	21041
46	04046N	Lê	1978	22064
47	04047N	Hoàng	1981	23270
48	04048N	Hà	1985	23136
49	04049N	Lê	1978	23536
50	04050N	Lê	1975	23529
51	04051N	Lý	1982	31974
52	04052N	Đinh	1981	32114
53	04053N	Nguyễn	1993	32122
54	04054N	Thái	1991	34982
55	04055N	Trần	1991	34981
56	04056N	Trương	1993	6401
57	04057N	Nguyễn	1987	37764
58	04058N	Mai	1987	41083
59	04059N	Quán	1979	41186
60	04060N	Bùi	1989	11838
61	04061N	Nguyễn	1987	40977
62	04062N	Đặng	1981	40843
63	04063N	Trần	1991	6435
64	04064N	Nguyễn	1988	40978
65	04065N	Nguyễn	1994	41084
66	04066N	Phạm	1987	41902
67	04067N	Diệp	1972	43792
68	04068N	Nguyễn	1986	44075
69	04069N	Lê	1976	44174

70	04070N	Nguyễn	1991	51694
71	04071N	Phan	1984	6648
72	04072N	Văn	1975	43044
73	04073N	Lê	1985	42085
74	04074N	Trương	1986	22664
75	04075N	Phan	1987	22526
76	04076N	Đào	1981	23782
77	04078N	Mai	1978	41977
78	04079N	Hoàng	1983	42139
79	04080N	Trần	1991	6405
80	04081N	Bùi	1992	5692
81	04082N	Lâm	1990	6259
82	04083N	Võ	1992	6261
83	04084N	Nguyễn	1996	5594
84	04085N	Đinh	1992	5520
85	04086N	Trần	1984	6400
86	04087N	Trần	1982	6450
87	04088N	Nguyễn	1985	11389
88	04089N	Nguyễn	1987	11321
89	04090N	Thóng	1988	11019
90	04091N	Kiều	1993	4614
91	04092N	Trần	1992	7147
92	04093N	Phùng	1986	6443
93	04094N	Nguyễn	1990	6445
94	04095N	Nguyễn	1987	7312
95	04096N	Hoàng	1970	7296
96	04097N	Võ	1985	6149
97	04098N	Lê	1993	7828
98	04099N	Hồ	1993	7725
99	04100N	Nguyễn	1978	6763

100	04101N	Lê	1974	6885
101	04102N	Lư	1988	6925
102	04103N	Nguyễn	1977	6610
103	04104N	Trần	1989	6982
104	04105N	Nguyễn	1987	7518
105	04106N	Từ	1983	7421
106	04107N	Phạm	1991	7270
107	04108N	Chung	1989	7084
108	04109N	Phạm	1974	7451
109	04110N	Ngô	1988	7433
110	04111N	Nguyễn	1991	7923
111	04112N	Nguyễn	1976	6989
112	04113N	Đỗ	1992	7924
113	04114N	Bùi	1987	6105
114	04115N	Tăng	1973	6111
115	04116N	Phạm	1969	6406
116	04117N	Phạm	1980	6404
117	04118N	Nguyễn	1998	6166
118	04119N	Đỗ	1979	6988
119	04120N	Lê	1982	7077
120	04121N	Phan	1989	7058
121	04122N	Nguyễn	1986	7848
122	04123N	Lê	1990	7834
123	04124N	Tạ	1988	7899
124	04125N	Mai	1983	6055
125	04126N	Lâm	1984	6369
126	04127N	Lê	1984	6446
127	04128N	Nguyễn	1993	6365
128	04129N	Trương	1985	6110
129	04130N	Cao	1991	7149

130	04131N	Võ	1985	6149
131	04133N	Huỳnh	1990	8088
132	04134N	Lý	1992	6976
133	04135N	Trần	1982	1645
134	04136N	Nguyễn	1986	6890
135	04137N	Nguyễn	1980	44033
136	04138N	Nguyễn	1988	21049
137	04139N	Lê	1989	23147
138	04140N	Lê	1988	15923
139	04141N	Châu	1984	15097
140	04145N	Nguyễn	1984	4815
141	04146N	Nguyễn	1990	15499
142	04147N	Võ	1981	6072
143	04148N	Đỗ	1987	20971
144	04149N	Lê	1986	6694
145	04150N	Nguyễn	1990	6647
146	04151N	Trần	1985	6983
147	04152N	Lý	1990	6888
148	04153N	Trần	1989	8695
149	04154N	Lai	1981	6653
150	04155N	Nguyễn	1979	7157
151	04156N	Lê	1988	9283
152	04157N	Lại	1976	7061
153	04158N	Đồng	1991	8704
154	04159N	Vũ	1983	6767
155	04160N	Lê	1980	6882
156	04161N	Nguyễn	1987	69567
157	04162N	Huỳnh	1986	8692
158	04163N	Nguyễn	1995	7159
159	04164N	Nguyễn	1989	9736

160	04165N	Nguyễn	1982	9713
161	04166N	Phùng	1991	9714
162	04167N	Lê	1982	7221
163	04168N	Nguyễn	1995	9712
164	04169N	Triệu	1985	9709
165	04170N	Lê	1983	9706
166	04171N	Nguyễn	1984	9711
167	04172N	Trần	1995	6984
168	04173N	Nguyễn	1986	7848
169	04174N	Hoàng	1987	7767
170	04175N	Chế	1991	6108
171	04176N	Thái	1990	6844

2. Danh sách mẫu nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	04001H	Lê	1989	52487
2	04002S	Hồ	1990	54713
3	04003H	Danh	1985	58625
4	04004H	Nguyễn	1986	60450
5	04005H	Nguyễn	1986	1647
6	04006H	Đặng	1988	1691
7	04007H	Nguyễn	1988	7359
8	04008H	Phan	1981	7731
9	04013S	Ngô	1986	10739
10	04014S	Nguyễn	1973	13469
11	04015H	Nguyễn	1987	13280
12	04016H	Nguyễn	1986	15774
13	04017H	Nguyễn	1984	15653

14	04018S	H Bon	1988	19950
15	04020S	Võ	1993	19460
16	04021H	Hồ	1978	22258
17	04022S	Nguyễn	1985	45858
18	04023H	Hùng	1987	21639
19	04024H	Dương	1982	37906
20	04025H	Huỳnh	1993	39071
21	04026H	Nguyễn	1980	49152
22	04027H	Nguyễn	1980	50676
23	04028H	Trần	1990	44105
24	04029S	Nguyễn	1982	55930
25	04030S	Đỗ	1982	47198
26	04031S	Tạ	1992	46995
27	04074S	Lê	1984	27684
28	04083S	Phạm	1992	25548
29	04084H	Dương	1994	00046
30	04085S	Lưu	1990	47607
31	04086H	Viên	1990	46113
32	04087S	Nguyễn	1983	336371
33	04088H	Bùi	1983	36357
34	04089H	Huỳnh	19 79	30561
35	04090H	Vũ	1988	34398
36	04091S	Phan	1985	34619
37	04092H	Nguyễn	1989	43416
38	04093S	Nguyễn	1987	41904
39	04094S	Nguyễn	1985	40721
40	04095H	Mai	1983	46221
41	04096H	Nguyễn	1988	39804
42	04108H	Nguyễn	1986	1640
43	04109H	Nguyễn	1992	20699

44	04111H	Trần	1989	34370
45	04112S	Dương	1983	43579
46	04113S	Nguyễn	1980	9513
47	04119H	Nguyễn	1989	23219
48	04120H	Nguyễn	1981	13569
49	04121S	Kim	1990	6447
50	04122H	Nguyễn	1988	18451
51	04123H	Nguyễn	1984	11770
52	04124H	Trần	1989	79022
53	04125S	Lê	1987	56937
54	04126H	Nguyễn	1992	24460
55	04174S	Ứng	1987	35700
56	04176S	Trần	1987	55049
57	04179S	Nguyễn	1983	19786
58	04183H	Trần	1990	27745
59	04184S	Lê	1986	21990
60	04187H	Trần	1989	43817

Tôi xin chân thành cảm ơn.

Người làm đơn

Nguyễn Mạnh Hoan

Xác nhận của Ban Giám Đốc đã đồng ý cho bác sĩ Nguyễn Mạnh Hoan thực hiện nghiên cứu một số trường hợp sản phụ sinh tại bệnh viện Đồng Nai có các hồ sơ bệnh án được liệt kê trong danh sách trên.

Giám đốc bệnh viện

BS. CK II. Ngô Đức Tuấn

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Biên Hòa, Ngày 26 tháng 10 năm 2017

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Tôi tên là: NGUYỄN MẠNH HOAN.

Là nghiên cứu sinh tại trường Đại học Y Dược Huế.

Tôi có thực hiện đề tài luận văn về trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV.

Trong thời gian thực hiện, tôi có nghiên cứu một số sản phụ tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Định Quán.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu được liệt kê trong danh sách sau đây:

1. Danh sách không nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	03001N	Trương	1983	7407
2	03002N	Nguyễn	1987	4899
3	03003N	Mai	1977	4889
4	03004N	Trần	1981	2160
5	03005N	Lý	1996	2394
6	03006N	Bùi	1983	1317
7	03007N	Ninh	1978	2392
8	03008N	Phan	1984	2145
9	03009N	Nguyễn	1988	1130
10	03010N	Mai	1979	1402729
11	03011N	Trương	1991	4922
12	03012N	Nghiêm	1987	2096
13	03013N	Đỗ	1990	4906
14	03014N	Điểu	1989	3940
15	03015N	Lê	1976	5826
16	03016N	Nguyễn	1991	2043
17	03017N	Nguyễn	1989	2182
18	03018N	Lê	1985	1247
19	03019N	Phạm	1987	5076
20	03020N	Bùi	1974	4982

21	03021N	Hoàng	1990	5035
22	03022N	Điểu	1989	1512
23	03023N	Phạm	1989	1315
24	03024N	Đỗ	1983	1063
25	03025N	Hồ	1992	2379
26	03026N	Lý	1989	5272
27	03027N	Châu	1982	1112
28	03028N	Nguyễn	1994	1088
29	03029N	Mai	1988	5837
30	03030N	Đinh	1992	1099
31	03031N	Nguyễn	1977	5866
32	03032N	Mai	1979	1834
33	03033N	Nguyễn	1982	3857
34	03034N	Châu	1985	2555
35	03035N	Nguyễn	1987	4886
36	03036N	Châu	1989	1066
37	03037N	Lê	1991	5833
38	03038N	Nguyễn	1991	5920
39	03039N	Trần	1984	1495

2. Danh sách mẫu nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	03068S	Chí	1982	2118
2	03069S	Đặng	1985	2548
3	03070H	Phạm	1983	3531
4	03107H	Trừ	1987	6028
5	03115S	Chung	1972	5748
6	03118H	Huỳnh	1983	6190

Xác Nhận Bệnh Viện

Nghiên Cứu Sinh

Nguyễn Mạnh Hoan

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Biên Hòa, Ngày 27 tháng 09 năm 2017

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Tôi tên là: NGUYỄN MẠNH HOAN.

Là nghiên cứu sinh tại trường Đại học Y Dược Huế.

Tôi có thực hiện đề tài luận văn về trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV.

Trong thời gian thực hiện, tôi có nghiên cứu một số sản phụ tại Bệnh viện ĐKKV Long Khánh.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu được liệt kê trong danh sách sau đây:

1. Danh sách không nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án	Số hồ sơ lưu trữ
1	05001N	Trương	1980	13009071	2392/2013
2	05002N	Nguyễn	1978	13003082	0888/2013
3	05003N	Thạch	1978	13009022	2380/2013
4	05004N	Phùng	1986	13011631	2972/2013
5	05005N	Hoàng	1986	13011623	2981/2013
6	05006N	Cao	1983	13015518	3936/2013
7	05007N	Phan	1982	13012473	3148/2013
8	05008N	Lê	1989	13012479	3150/2013
9	05009N	Nguyễn	1992	13012472	3149/2013

1. Danh sách mẫu nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án	Số hồ sơ lưu trữ
1	05079H	Lý	1986	13012468	3158/2013
2	05080H	Phạm	1983	13008951	2371/2013

Xác Nhận Bệnh Viện

Nghiên Cứu Sinh

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Biên Hòa, Ngày 14 tháng 04 năm 2019

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Tôi tên là: NGUYỄN MẠNH HOAN.

Là nghiên cứu sinh tại trường Đại học Y Dược Huế.

Tôi có thực hiện đề tài luận văn về trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV.

Trong thời gian thực hiện, tôi có nghiên cứu một số sản phụ tại Bệnh viện Đa khoa Long Thành.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu được liệt kê trong danh sách sau đây:

1. Danh sách không nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	06001N	Nguyễn	1990	8170
2	06002N	Đào	1979	8611
3	06003N	Nguyễn	1989	8906
4	06004N	Nguyễn	1983	8551
5	06005N	Nguyễn	1981	8557
6	06006N	Là	1983	8447

2. Danh sách mẫu nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	06127S	Phạm	1980	22013
2	06128S	Lê	1993	23430

Xác Nhận Bệnh Viện

Nghiên Cứu Sinh

Nguyễn Mạnh Hoan

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Biên Hòa, Ngày 25 tháng 09 năm 2017

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Tôi tên là: NGUYỄN MẠNH HOAN.

Là nghiên cứu sinh tại trường Đại học Y Dược Huế.

Tôi có thực hiện đề tài luận văn về trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV.

Trong thời gian thực hiện, tôi có nghiên cứu một số sản phụ tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu được liệt kê trong danh sách sau đây:

1. Danh sách không nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án	Số hồ sơ lưu trữ
1	09001N	Nguyễn	1971	22513/6/2013	S5458/06/13
2	09002N	Nguyễn	1986	13711/4/13	S3512/4/13
3	09003N	Vũ	1981	13703/40013	S3509/4/13
4	09004N	Nguyễn	1977	13707/4/13	S3493/4/13
5	09005N	Phan	1977	13946/4/13	S3661/4/13
6	09006N	Phan	1986	13961/4/13	S3648/4/13
7	09007N	Nguyễn	1985	22011/6/2013	S5498/06/13
8	09008N	Đỗ	1986	18791/5/13	S4689/05/13
9	09009N	Nguyễn	1981	13445/4/13	S3572/4/13
10	09010N	Nguyễn	1991	19785/5/13	S4827/05/13
11	09011N	Nguyễn	1988	20358/5/13	S5092/05/13
12	09012N	Công	1981	20319/5/13	S5071/05/13
13	09013N	Lê	1988	20251/5/13	S5049/05/13
14	09014N	Trần	1988	21425/5/2013	S5314/06/13
15	09015N	Trần	1989	21577/5/2013	S5336/06/13
16	09016N	Trần	1972	22872/6/2013	S5666/06/13
17	09017N	Bùi	1982	23010/6	S5644/06/13
18	09018N	Lê	1991	22751/9/13	S5662/06/13
19	09019N	Nguyễn	1982	54645/12/13	S139264/12
20	09020N	Bùi	1983	54852/12/13	S139274/12
21	09021N	Vũ	1972	54849/12/13	S11685/12/13

2. Danh sách mẫu nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án	Số hồ sơ lưu trữ
1	09072S	Trần	1996	13706/1/13	S3510/4/13
2	09075S	Đào	1988	19620/5/2013	S4969/05/13
3	09076S	Lê	1988	18775/5/13	S4655/05/13
4	09077S	Nguyễn	1982	19786/3/2013	S4861/05/13
5	09110S	Trương	1986	54349/12/13	S139239/12
6	09182S	Vũ	1990	13650/04.2013	S3635/04/13

Xác Nhận Bệnh Viện

Nghiên Cứu Sinh

Nguyễn Mạnh Hoan

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Biên Hòa, Ngày 14 tháng 09 năm 2017

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Tôi tên là: NGUYỄN MẠNH HOAN.

Là nghiên cứu sinh tại trường Đại học Y Dược Huế.

Tôi có thực hiện đề tài luận văn về trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV.

Trong thời gian thực hiện, tôi có nghiên cứu một số sản phụ tại Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu được liệt kê trong danh sách sau đây:

1. Danh sách không nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	12001N	Lê	1990	10680/2013
2	12002N	Phạm	1979	10311/2013
3	12003N	Trần	1986	10614/2013
4	12005N	Huỳnh	1994	10161/2013

2. Danh sách mẫu nhiễm HIV

Thứ tự	ID	Họ	Năm sinh	Hồ sơ bệnh án
1	12081S	Ngô	1982	5539/2013
2	12082H	Trương	1990	4280/2013

Xác Nhận Bệnh Viện

Nghiên Cứu Sinh

Nguyễn Mạnh Hoan

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

ĐƠN XÁC NHẬN

Kính gửi :Ban Giám Đốc Bệnh viện ĐKKV Định Quán
Tôi tên: NGUYỄN MẠNH HOAN.
Là nghiên cứu sinh tại trường Đại Học Y Dược Huế.
Tôi có thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học.
Trong thời gian thực hiện,tôi có nghiên cứu bệnh án của các bệnh nhân có tên sau:

DANH SÁCH DERTERMIN DƯƠNG TÍNH

Stt	Họ Và Tên	Năm Sinh	Số Lưu Trữ	Số vào viện
1	Đặng Vũ Yến Vy	1985	2548	13007314
2	Phạm Hồng Nhung	1983	3531	13010626
3	Trừ Hoàng Mỹ Linh	1987	6028	13018342
4	Chung Thị Lan	1972	5748	13017223
5	Huỳnh Thị Yến Loan	1983	6190	13118624
6	Trần Thị Tâm	1984	3358	1301062
7	Trần Thị Ngoan	1988	1530	13013895
8	Lưu Thị Minh	1987	1935	13015194
9	Võ Thị Mai	1990	2329	13016449
10	Nguyễn Thị Kiều Diễm	1989	7055	13121053
11	Phạm Thị Thơm	1980	6527	13119539
12	Đỗ Thị Nhung	1967	5559	13116811
13	Chí Nhịt Phóng	1982	2118	13016035

DANH SÁCH DERTERMIN ÂM TÍNH

Stt	Họ Và Tên	Năm Sinh	Số Lưu Trữ	Số vào viện
1	Điểu Thị Mai Loan	1989	1494	13013940
2	Điểu Thị Chi Mai	1989	1512	13013555
3	TRần Thị Lành	1984	1495	13013934
4	Mai Thị Bích Thu	1991	1834	13014842
5	Nghiêm Hoàng Phượng	1987	2096	13015397
6	Nguyễn Kim Thoa	1991	2043	13015394
7	Trần Thị Thanh Hiền	1981	2160	13016100
8	Phan Thị Phương Thúy	1984	2145	13015954
9	Lý Thị Thuận	1996	2394	13016813
10	Hồ Thị Diễm Châu	1992	2379	13016525
11	Trương Bùi Quyên	1983	2581	13017407

12	Châu Kim Anh	1985	2555	13017220
13	Ninh Thị Hoàng	1985	2392	13016795
14	Tsan Kim Ngân	1987	5272	13014953
15	Hoàng Thị Hồng	1990	5035	13014742
16	Nguyễn Thị Xuân Thu	1987	4886	13014404
17	Trương Thị Hà	1991	4922	13014807
18	Phạm Thị Sương	1987	5076	13014706
19	Mai Thị Hằng	1977	4889	13014670
20	Nguyễn Thị Loan	1989	2182	13008163.
21	Đỗ Thị Hương	1990	4906	13014766
22	Nguyễn Thị Ánh Duyên	1987	4899	13014799
23	Lê Thị Bé Thương	1991	5833	13017268
24	Nguyễn Thị Anh Thư	1982	5834	13017332
25	Lê Thị Thanh Tâm	1976	5826	13017452
26	Mai Thị Tuyết Nga	1988	5837	13017281
27	Nguyễn Thị Mỹ Hương	1991	5920	13017330
28	Bùi Thị Huệ	1974	4987	13015089.
29	Nguyễn Thị Kim Liễu	1977	5866	13017482
30	Mai Thị Loan	1979	999	1402729
31	Châu Mỹ Tiên	1982	1112	1402737
32	Nguyễn Thị Thúy Hằng	1994	1088	1402714
33	Đỗ Thị Bạch Tuyết	1983	1063	1402764
34	Đinh Thị Lệ Quyên	1992	1099	1402766
35	Châu Thị Nghị	1987	1066	1402703
36	Lê Thị Thủy Tiên	1985	1247	1402991
37	Nguyễn Thị Ngọc Thúy	1988	1130	1402991
38	Phạm Thị Thanh Chúc	1989	1315	1403630.
39	Bùi Thị Soạn	1983	1317	1403472.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh Viện xác nhân cho tôi đã thực hiện nghiên cứu các hồ sơ bệnh án trên tại Bệnh Viện.

Tôi xin chân thành cám ơn.

Xác nhận Bệnh Viện

Định Quán,ngày 26 tháng 10 năm 2017

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Văn Danh

Nguyễn Mạnh Hoàn

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

ĐƠN XÁC NHẬN

Kính gửi: - Ban Giám Đốc Bệnh Viện Đa khoa Long Thành

- Trưởng phòng Kế Hoach Tổng Hợp

Tôi tên: NGUYỄN MẠNH HOAN

Là nghiên cứu sinh tại trường Đại học Y Dược Huế

Tôi có thực hiện đề tài luận văn về tình trạng trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV.

Trong thời gian thực hiện, tôi đã có nghiên cứu một số sản phụ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Long Thành.

Kính mong Ban Giám Đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện sao chép một số thông tin trong các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đã tham gia nghiên cứu được liệt kê trong danh sau đây:

1. **Danh sách sản phụ không nhiễm HIV**

Số thứ tự	Họ	Năm sinh	Hồ sơ NV
1.	Nguyễn	1990	8170
2.	Đào	1979	8611
3.	Nguyễn	1989	8906
4.	Nguyễn	1983	8551
5.	Nguyễn	1981	8557
6.	Là	1983	8447

2. **Danh sách sản phụ nhiễm HIV**

Số thứ tự	Họ	Năm sinh	Hồ sơ NV
1.	Phạm	1980	22013
2.	Lê	1993	23430

3. **Xác nhận của cơ quan**

Xác nhận của Lãnh đạo Bệnh viện

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG NAI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC LONG THÀNH

BS CKII. Lê Thành

Biên Hòa, ngày 04 tháng 01 năm 2018

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Mạnh Hoan

SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
BỆNH VIỆN ĐKKV LONG KHÁNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 1143/BV- KHTH

Long Khánh, ngày 27 tháng 9 năm 2017

V/v trích lục hồ sơ bệnh án làm đề tài nhiên cứu khoa học

Kính gửi: Ông Nguyễn Mạnh Hoan

Căn cứ công văn số 3373/SYT-VP, ngày 25.8.2017 của Sở Y tế Đồng Nai, về việc chấp thuận việc trích lục hồ sơ bệnh án làm đề tài nghiên cứu khoa học;

Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh tiến hành kiểm tra hồ sơ bệnh án trong những năm 2013 - 2014 và trích sao những thông tin liên quan việc nghiên cứu khoa học của ông Nguyễn Mạnh Hoan như sau;

STT	Họ và tên bệnh nhân	Năm sinh	Nội dung trích sao từ hồ sơ bệnh án
1.	Nguyễn Thị Yến Nhi (Số hồ sơ: 0888/2013)	1978	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
2.	Phạm Nguyễn Hồng Phượng (Số hồ sơ: 2371/2013)	1983	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Tờ điều trị bé (Từ ngày 14.4.2013 đến 15.4.2013)
3.	Thạch Thị Tú Anh (Số hồ sơ: 2380/2013)	1978	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
4.	Trương Huỳnh Yến Ly (Số hồ sơ: 2392/2013)	1980	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
5.	Nguyễn Thị Tâm (Số hồ sơ: 2808/2013)	1979	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm HIV Tờ điều trị bé (Từ ngày 08.5.2013 đến 10.5.2013)
6.	Phùng Thị Cẩm Nhung (Số hồ sơ: 2972/2013)	1986	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện

7.	Hoàng Nữ Hồng Thu (Số hồ sơ: 2981/2013)	1986	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
8.	Hoàng Thị Lan (Số hồ sơ: 2987/2013)	1989	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Tờ điều trị mẹ (Từ ngày 20.5.2013 đến 21.5.2013) Tờ điều trị bé (Từ ngày 15.5.2013 đến 18.5.2013)
9.	Vũ Thị Thu Thủy (Số hồ sơ: 3129/2013)	1988	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
10	Phan Thị Mỹ Hằng (Số hồ sơ: 3148/2013)	1982	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
11	Nguyễn Thị Xoan (Số hồ sơ: 3149/2013)	1992	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
12	Lê Thị Mỹ Hạnh (Số hồ sơ: 3150/2013)	1989	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
13	Lý Thị Út (Số hồ sơ: 3158/2013)	1986	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Giấy chuyển viện của Bệnh viện ĐK Dầu Giây Phiếu khám bệnh vào viện Tờ điều trị bé (Từ ngày 26.5.2013 đến 28.5.2013)
14	Lê Thị Hiền (Số hồ sơ: 3899/2013)	1988	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
15	Cao Thị Thủy (Số hồ sơ: 3936/2013)	1983	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
16	Phan Thị Ngọc Hậu (Số hồ sơ: 3939/2013)	1983	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện
17	Trần Thị Thúy Kiều (Số hồ sơ: 1724/2014)	1990	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Tờ điều trị bé (Từ ngày 20.3.2014 đến 22.3.2014)

Nơi nhận:
- Như trên;
- Lưu: VT, KHTH.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG NAI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC LONG KHÁNH

Lương Thị Bình

SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
TTYT H. XUÂN LỘC

Số: 284 / TTYT – KHNV
V/v trích lục hồ sơ bệnh án làm đề tài nghiên cứu khoa học

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Xuân Lộc, ngày 14 tháng 9 năm 2017

Kính gửi: Ông Nguyễn Mạnh Hoan.

Căn cứ công văn số 3393/SYT-VP ngày 25 tháng 8 năm 2017 của Sở Y tế Đồng Nai về việc chấp thuận việc trích lục hồ sơ bệnh án làm đề tài nghiên cứu khoa học;

Trung tâm y tế huyện Xuân Lộc đã tiến hành kiểm tra hồ sơ bệnh án trong những năm 2013-2014 và trích sao những thông tin liên quan việc nghiên cứu của ông Nguyễn Mạnh Hoan;

Trung tâm y tế huyện Xuân Lộc gửi danh sách bệnh nhân và nội dung được trích sao từ hồ sơ bệnh án (đã được che phần họ tên của bệnh nhân):

STT	Họ và tên bệnh nhân	Năm sinh	Nội dung trích sao từ hồ sơ bệnh án	Ghi chú
1	Trương Thị Mỹ Danh (Số hồ sơ: 4280/2013)	1990	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post) Tờ điều trị (từ ngày 22/5/2013 đến ngày 29/5/2013)	
2	Ngô Thị Mỹ Ngọc (Số hồ sơ: 5539/2013)	1982	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post) Tờ điều trị (từ ngày 04/6/2013 đến ngày 11/6/2013)	
3	Nguyễn Thị Phượng (Số hồ sơ: 120610/2013)	1989	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post) Tờ điều trị (từ ngày 20/10/2013 đến ngày 28/10/2013)	

4	Lê Nguyễn Duy Anh (Số hồ sơ: 10706/2013)	2013	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sơ sinh Phiếu khám bệnh vào viện Tờ điều trị (từ ngày 22/10/2013 đến ngày 28/10/2013)	
5	Bùi Lý Gia Bảo (Số hồ sơ: 5554/2013)	2013	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sơ sinh Phiếu khám bệnh vào viện Tờ điều trị (từ ngày 04/6/2013 đến ngày 11/6/2013)	
6	Lê Thị Bảo Trân (Số hồ sơ: 4317/2013)	2013	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sơ sinh Phiếu khám bệnh vào viện Tờ điều trị (từ ngày 22/5/2013 đến ngày 29/5/2013)	
7	Huỳnh Thị Phước Chung (Số hồ sơ: 10101/2013)	1994	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
8	Trần Thị Thanh Tuyền (Số hồ sơ: 10563/2013)	1993	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
9	Nguyễn Thị Tâm (Số hồ sơ: 10616/2013)	1983	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
10	Phạm Thị Thảo (Số hồ sơ: 10311/2013)	1979	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
11	Nguyễn Thị Mỹ Duyên (Số hồ sơ: 10203/2013)	1993	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
12	Trương Thị Thúy Diễm (Số hồ sơ: 10230/2013)	1990	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa	

			Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
13	Đào Thị Hồng Gấm (Số hồ sơ: 10586/2013)	1977	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
14	Trần Thị Nga (Số hồ sơ: 10614/2013)	1986	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
15	Lê Thị Bích Châu (Số hồ sơ: 10680/2013)	1990	Bìa hồ sơ bệnh án Bìa bệnh án sản khoa Phiếu khám bệnh vào viện Phiếu xét nghiệm huyết học (Test Q-post)	
Tổng cộng: 15 hồ sơ bệnh án				

Nơi nhận:
- Như trên;
- Lưu: VT, KH-NV.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN XUÂN LỘC

Võ Thư

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc Lập – Tự do – Hạnh phúc

ĐƠN XÁC NHẬN

Kính gửi: - Ban Giám đốc Bệnh viện đa khoa Thống Nhất
- Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp

Tôi tên: NGUYỄN MẠNH HOAN
Là nghiên cứu sinh tại trường Đại Học Y Dược Huế
Tôi có thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học
Trong thời gian thực hiện, tôi có nghiên cứu bệnh án của các bệnh nhân có tên sau:

stt	Họ Và Tên	Năm sinh	Số vào viện	Số hs lưu trữ
1	Vũ Thị Nguyệt	1990	13653/04/2013	S 3635/04/13
2	Trần Thị Út	1996	13706/1/13	S 3510/4/13
3	Đào Thị mỹ Linh	1988	19620/5/2013	S 4969/05/13
4	Lê Thị Loan	1988	18775/5/13	S 4655/05/13
5	Trương Thị Út	1986	54349/12/13	S 139239/12
6	Vũ Thị Thuý	1981	13703/40013	S 3509/4/13
7	Phan Thị Thi	1977	13946/4/13	S 3661/4/13
8	Nguyễn Thị Hồng	1977	13708/4/13	S 3493/4/13
9	Phan Thị Hồng Loan	1986	1394/4/13	S 3648/4/13
10	Đỗ Thị Thanh	1986	18791/5/13	S 4689/05/13
11	Nguyễn Thị Ngọc Tiên	1988	20358/5/13	S 5092/05/13
12	Nguyễn T Huyền Trân	1991	19785/5/13	S 4827/05/13
13	Công Ngọc Hạnh	1981	20319/5/13	S5071/05/13
14	Lê Hồng Diễm	1988	20251/5/13	S 5049/05/13
15	Nguyễn Thị Giang	1982	54645/12/13	S 139264/12
16	Trần Hoa Tuyết Sương	1989	21577/5/2013	S 5336/06/13
17	Bùi Thị Quý Thương	1983	54858/12/13	S 139274/12
18	Trần Thị Mỹ Lệ	1972	22872/6/2013	S 5666/06/13
19	Bùi Thu Hằng	1982	23010/6	S 5644/06/13
20	Nguyễn Thị Nguyệt	1971	22513/6/2013	S 5458/06/13
21	Lê Thị Tú Uyên	1991	22751/9/13	S 5662/06/13
22	Nguyễn T Kim Trang	1985	22011/6/2013	S 5498/06/13

23	Nguyễn T Thanh Huyền	1981	13445/4/13	S 3572/4/13
24	Nguyễn Thị Sao	1989	13705	S 3485/4/13
25	Vũ Thị Thanh Nga	1972	54849/12/13	Sa11685/12/13
26	Trần Thị Ngọc	1988	21425/5/2013	S 5314/06/13
27	Nguyễn Thị Hạnh	1986	13711/4/13	S 3512/4/13
28	Nguyễn Thu Hương	1982	19786/3/2013	S 4861/05/13
Tổng cộng có 28 bệnh án.				

Kính mong Ban Giám đốc Bệnh viện xác nhận cho tôi đã thực hiện nghiên cứu các hồ sơ bệnh án trên tại bệnh viện.
Tôi xin chân thành cám ơn.

Xác nhận Bệnh viện

TL.GIÁM ĐỐC
TP.KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG NAI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT

BS CKI Trần Minh Đức

Biên Hòa, ngày 25 tháng 09 năm 2017

Nghiên cứu sinh

Nguyễn Mạnh Hoa