

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

TRẦN ĐÌNH TRUNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA BẠO HÀNH DO CHỒNG
TRONG THỜI KỲ MANG THAI ĐẾN KẾT QUẢ SINH, TRẦM CẢM
SAU SINH CỦA BÀ MẸ VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ:
MỘT NGHIÊN CỨU THUẦN TẬP TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HUẾ - 2025

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

TRẦN ĐÌNH TRUNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA BẠO HÀNH DO CHỒNG
TRONG THỜI KỲ MANG THAI ĐẾN KẾT QUẢ SINH, TRẦM CẢM
SAU SINH CỦA BÀ MẸ VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ:
MỘT NGHIÊN CỨU THUẦN TẬP TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 9720701

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. GS. TS. VÕ VĂN THẮNG**
- 2. GS. TS. NGUYỄN VŨ QUỐC HUY**

HUẾ - 2025

Lời Cảm On

Để hoàn thành luận án này, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới Đại học Huế; Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo Sau đại học và Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin gửi lời tri ân sâu sắc tới GS.TS. Võ Văn Thắng và GS.TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy – những người Thầy đã tận tâm hướng dẫn, đồng hành và dành nhiều tâm huyết giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận án.

Tôi cũng xin cảm ơn Ban Giám hiệu và các đồng nghiệp tại Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng đã tạo điều kiện thuận lợi và chia sẻ công việc để tôi hoàn thành luận án.

Đặc biệt, tôi xin chân thành cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng, các Trung tâm Y tế và các Trạm Y tế trên địa bàn thành phố Đà Nẵng đã nhiệt tình hợp tác, hỗ trợ tôi trong quá trình thu thập số liệu và triển khai nghiên cứu. Tôi cũng xin trân trọng cảm ơn các bà mẹ cùng con đã dành thời gian tham gia và cung cấp thông tin quý báu - đây là những đóng góp thiết thực, góp phần quan trọng vào sự thành công của luận án.

Tôi xin chân thành cảm ơn Nhóm Nghiên cứu mạnh Sức khỏe cộng đồng của Đại học Huế (NCM.ĐHH.2018.12) đã hỗ trợ một phần kinh phí cho nghiên cứu và Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF) - Viện Nghiên cứu Dữ liệu lớn (VINIF.2023.TS.140) đã cấp học bổng cho tôi. Đây là nguồn động lực lớn cho bản thân tôi trong quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu này.

Tôi cũng xin chân thành cảm ơn Dự án “Hợp tác đào tạo nghiên cứu và triển khai nghiên cứu phòng, chống bạo lực giới ở Việt Nam” (CONVERGE) do Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ tài trợ và được thực hiện bởi Đại học Emory và Trường Đại học Y Hà Nội, đã đào tạo chuyên sâu và hỗ trợ kỹ thuật giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Cuối cùng, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành và sâu sắc nhất đến vợ, hai con cùng gia đình nội ngoại và đồng nghiệp - những người luôn ở bên cạnh, động viên, chia sẻ và là nguồn động lực to lớn giúp tôi vượt qua mọi khó khăn để hoàn thành công trình này.

Tác giả luận án
Trần Đình Trung

LỜI CAM ĐOAN

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

Tác giả luận án

Trần Đình Trung

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ACEs	Adverse Childhood Experiences	Trải nghiệm Bất lợi Thời thơ ấu
APGAR	Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiration	Đánh giá nhanh tình trạng sức khỏe sơ sinh
ASQ-3	Ages & Stages Questionnaires	Bộ câu hỏi Đánh giá Sự phát triển theo Tuổi và Giai đoạn
BHGD		Bạo hành Gia đình
BHTC		Bạo hành Thể chất
BHTT		Bạo hành Tinh thần
BHTD		Bạo hành Tình dục
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh
CTS-2	Conflict Tactics Scales 2	Thang đo Xung đột Hiệu chỉnh 2
ĐTNC		Đối tượng Nghiên cứu
IPV	Intimate Partner Violence	Bạo hành do chồng/bạn tình
KTC95%		Khoảng tin cậy 95%
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support	Thang đo hỗ trợ xã hội
OR	Odds Ratio	Tỷ suất Chênh
p-IPV	Prenatal Intimate Partner Violence	Bạo hành phụ nữ mang thai do chồng/bạn tình
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9	Bảng câu hỏi đánh giá trầm cảm

Từ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
PPD	Postpartum Depression	Trầm cảm Sau sinh
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index	Chỉ số Chất lượng Giấc ngủ Pittsburgh
RR	Relative Risk	Nguy cơ tương đối
UNFPA	United Nations Population Fund	Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới
WHO-5	World Health Organization Five Well-Being Index	5 Chỉ số Sức khỏe của Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Khái niệm về bạo hành	3
1.2. Khái niệm về kết quả sinh, trầm cảm ở bà mẹ và sự phát triển của trẻ từ lúc sinh.....	6
1.3. Các hậu quả của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai.....	13
1.4. Các thang đo, chỉ số đánh giá trong nghiên cứu.....	16
1.5. Thực trạng và yếu tố nguy cơ bạo hành do chồng/bạn tình của phụ nữ trong thời kỳ mang thai	21
1.6. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu.....	43
1.7. Khung lý thuyết nghiên cứu.....	44
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	45
2.1. Đối tượng nghiên cứu	45
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	46
2.3. Phương pháp nghiên cứu	46
2.4. Đạo đức nghiên cứu	67
2.5. Sai số của nghiên cứu và biện pháp khắc phục	68
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	71
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.....	71
3.2. Thực trạng bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng	77
3.3. Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh và trầm cảm sau sinh của bà mẹ tại thành phố Đà Nẵng	89
Chương 4. BÀN LUẬN	98
4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.....	98
4.2. Thực trạng bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng ..	101
4.3. Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh và trầm cảm sau sinh của bà mẹ tại thành phố Đà Nẵng	110
4.4. Hạn chế nghiên cứu	119

KẾT LUẬN	122
KIẾN NGHỊ.....	124
NHỮNG ĐIỂM MỚI CỦA NGHIÊN CỨU	126
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Chỉ số APGAR.....	9
Bảng 1.2. Tỷ lệ p-IPV tại một số quốc gia trên thế giới.....	22
Bảng 1.3. Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai ở Việt Nam	24
Bảng 1.4. Tác động của bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh.....	35
Bảng 1.5. Tác động của bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm của bà mẹ	38
Bảng 2.1. Cỡ mẫu tham gia vào nghiên cứu thuần tập.....	49
Bảng 2.2. Danh sách các phường xã tham gia vào nghiên cứu	50
Bảng 2.3. Bảng cấu trúc chung của bộ công cụ thu thập số liệu.....	63
Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.....	71
Bảng 3.2. Đặc điểm nhân khẩu học người chồng của đối tượng nghiên cứu.....	72
Bảng 3.3. Tình trạng sức khỏe sinh sản.....	73
Bảng 3.4. Hành vi nguy cơ của đối tượng nghiên cứu	74
Bảng 3.5. Đặc điểm sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu	74
Bảng 3.6. Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu của đối tượng nghiên cứu	76
Bảng 3.7. Tỷ lệ bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng.....	77
Bảng 3.8. Tỷ lệ các hình thức bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng.....	77
Bảng 3.9. Tỷ lệ các hình thức bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng.....	79
Bảng 3.10. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	81

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa đặc điểm chồng và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	82
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa tình trạng sức khỏe sinh sản và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	83
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa hành vi nguy cơ và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	84
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa đặc điểm tâm lý và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	84
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	85
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai.....	85
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa người sống cùng và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	86
Bảng 3.18. Mối liên quan giữa trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai	86
Bảng 3.19. Mô hình hồi quy đa biến logistic tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai.....	87
Bảng 3.20. Kết quả sinh của mẹ	89
Bảng 3.21. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh mẹ.....	90
Bảng 3.22. Kết quả sinh của trẻ.....	90
Bảng 3.23. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh của trẻ.....	91
Bảng 3.24. Tỷ lệ trầm cảm ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau sinh tại thành phố Đà Nẵng.....	92

Bảng 3.25. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau sinh tại thành phố Đà Nẵng	92
Bảng 3.26. Tỷ lệ rối loạn phát triển của trẻ ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng.....	93
Bảng 3.27. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến rối loạn phát triển của trẻ ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng.....	93
Bảng 3.28. Phân bố tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 6 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng.....	94
Bảng 3.29. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 6 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng....	95
Bảng 3.30. Phân bố tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng	96
Bảng 3.31. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng....	97

DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ

Sơ đồ 1.1. Khung lý thuyết các giai đoạn thiết kế nghiên cứu	44
Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu	47
Sơ đồ 2.2. Quy trình nghiên cứu.....	66
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu	75
Biểu đồ 3.2. Mức độ hỗ trợ xã hội của đối tượng nghiên cứu.....	75
Biểu đồ 3.3. Người sống cùng của đối tượng nghiên cứu	76
Biểu đồ 3.4. Số hình thức bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng.....	78

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo hành trong thời kỳ mang thai, đặc biệt do chồng (Prenatal Intimate Partner Violence), là vấn đề về y tế công cộng và quyền con người. Khi mang thai có nhiều thay đổi về thể chất, tâm lý, xã hội, kinh tế, khiến phụ nữ dễ bị tổn thương hơn trước hành vi bạo hành [1]. Bạo hành do chồng trong giai đoạn này ảnh hưởng trực tiếp đến người mẹ và để lại hậu quả cho thai nhi và trẻ [2]. Về thể chất, phụ nữ có thể bị chấn thương, thiếu dinh dưỡng, không khám thai đầy đủ và gặp tai biến sản khoa [9],[10]. Bạo hành do chồng có thể gây sinh non và nhẹ cân – hai nguyên nhân gây tử vong ở trẻ [7]. Bạo hành do chồng có thể gây ra trầm cảm trong giai đoạn chu sinh, ảnh hưởng lâu dài đến mẹ, con, và mối quan hệ mẹ – con, đồng thời làm tăng nguy cơ tự tử [11],[12]. Vì vậy, bạo hành do chồng cần được nhìn nhận như một khủng hoảng y tế và nhân quyền, cần được can thiệp sớm và toàn diện.

Tổng quan hệ thống trên toàn cầu năm 2021 cho thấy khoảng 1/4 phụ nữ mang thai từng bị bạo hành do chồng/bạn tình, trong đó bạo hành tinh thần chiếm 18,7%, thể chất 9,2% và tình dục 5,5% [3]. Tỷ lệ cao hơn ở Châu Phi (36,1%) và Châu Á (32,1%), thấp hơn tại Châu Âu (5,1%) cho thấy sự khác biệt theo bối cảnh [3].

Tại Việt Nam năm 2019 ghi nhận 63% phụ nữ từng kết hôn bị chồng bạo hành, và 31,6% bị trong 12 tháng gần nhất [1]. Nghiên cứu ở Hà Nội cho thấy 35,2% phụ nữ mang thai bị bạo hành do chồng, chủ yếu là tinh thần (32,2%) [4]. Đáng lo ngại, hơn 90% phụ nữ bị bạo hành không tìm kiếm sự trợ giúp [5], [6], do sợ hãi, xấu hổ, bình thường hóa bạo hành và thiếu niềm tin vào cuộc sống [7]. Dù Việt Nam đã có Luật Phòng, chống bạo hành gia đình (2007, sửa đổi 2022) nhưng khoảng cách giữa chính sách và thực thi vẫn còn lớn [8]. Tại Đà Nẵng – một thành phố đang phát triển – tình trạng bạo hành gia đình vẫn

đáng báo động. Tuy nhiên, các số liệu cụ thể về tỷ lệ và yếu tố nguy cơ của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại địa phương còn hạn chế. Việc thiếu nghiên cứu cập nhật tạo ra khoảng trống lớn trong xây dựng chính sách và can thiệp dựa vào bằng chứng.

Tại Đà Nẵng, chưa có đề tài nào về chủ đề này được công bố các bằng chứng áp dụng nghiên cứu theo dõi dọc về bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai và tác động tiêu cực của bạo hành đến kết quả sinh, sức khỏe tâm thần của bà mẹ và sự phát triển của trẻ từ lúc sinh đến sau 12 tháng tuổi. Do đó, việc thực hiện một nghiên cứu thuần tập tại Đà Nẵng là cần thiết, có thể theo dõi diễn tiến, kiểm định rõ mối quan hệ nhân – quả giữa bạo hành do chồng với các kết quả bất lợi này. Nghiên cứu sẽ cung cấp bằng chứng có thuyết phục nhằm hỗ trợ xây dựng chính sách và can thiệp dựa vào bằng chứng giúp cải thiện chất lượng sống của bà mẹ và trẻ em hiệu quả hơn. Đó là lý do mà chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và sự phát triển của trẻ: Một nghiên cứu thuần tập tại thành phố Đà Nẵng”*** với 2 mục tiêu như sau:

1. *Mô tả thực trạng bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan.*

2. *Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và sự phát triển của trẻ tại thành phố Đà Nẵng.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. KHÁI NIỆM VỀ BẠO HÀNH

1.1.1. Bạo hành phụ nữ

Theo Bộ Tư Pháp (2014), bạo hành được hiểu là “*dùng sức mạnh để cưỡng bức, trấn áp hoặc lật đổ*”[13]. Được phân thành các nhóm bạo hành như sau:

Bạo hành thể chất (BHTC): là hình thức hành hạ thân thể đối tượng, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc đe dọa tính mạng của họ. Hành vi này thường biểu hiện qua các hành động gây tổn thương trực tiếp đến cơ thể người phụ nữ, bao gồm nhưng không giới hạn ở các hành vi sau [14]:

- + Tát hoặc ném đồ vật vào người phụ nữ khiến họ bị thương.
- + Xô đẩy, kéo tóc hoặc dùng lực tác động mạnh gây đau đớn.
- + Hành vi đánh đập bằng tay, chân hoặc sử dụng vật cứng gây tổn hại cơ thể.
- + Lôi kéo, hành hạ với mức độ bạo lực cao.
- + Thực hiện các hành vi như bóp cổ, gây ngạt thở hoặc cố ý gây bỏng.
- + Đe nạt hoặc sử dụng vũ khí như dao, súng, hoặc các vật nguy hiểm khác nhằm gây tổn thương hoặc đe dọa tính mạng người phụ nữ.

Bạo hành tinh thần (BHTT): là hình thức bạo lực sử dụng lời nói, thái độ hoặc hành vi có tính chất xúc phạm, gây tổn hại đến nhân phẩm, danh dự và sức khỏe tâm lý của các thành viên trong gia đình. Một số biểu hiện thường gặp của bạo hành tinh thần bao gồm [14]:

- + Xúc phạm, lăng nhục hoặc khiến người phụ nữ cảm thấy bản thân vô giá trị.
- + Cố tình làm người phụ nữ cảm thấy xấu hổ, mất mặt trước người khác.
- + Thể hiện hành vi đe dọa như trợn mắt, lớn tiếng, đập phá đồ vật nhằm tạo áp lực tâm lý.

+ Sử dụng ngôn từ đe dọa đến sự an toàn của người thân trong gia đình của người phụ nữ.

Bạo hành về tình dục (BHTD): là hình thức xâm hại xảy ra trong phạm vi gia đình, bao gồm mọi hành vi cưỡng ép liên quan đến tình dục mà người bị hại không tự nguyện tham gia, kể cả việc ép buộc sinh con. Một số hành vi điển hình thể hiện bạo lực tình dục có thể bao gồm [14]:

- + Cưỡng ép người phụ nữ quan hệ tình dục trái với ý muốn của họ.
- + Người phụ nữ phải chấp nhận quan hệ tình dục dù không mong muốn do lo sợ bị đe dọa hoặc hành hung nếu từ chối.
- + Bắt buộc người phụ nữ thực hiện các hành vi mang tính kích dục mà họ không đồng thuận, vì sợ hậu quả từ việc kháng cự.

Bạo hành về mặt xã hội: là hình thức kiểm soát hoặc cô lập người phụ nữ khỏi các mối quan hệ xã hội và gia đình, làm suy giảm khả năng tiếp cận hỗ trợ tinh thần và xã hội của họ. Một số biểu hiện phổ biến của hình thức bạo hành này bao gồm [14]:

- + Ngăn cản người phụ nữ duy trì tình bạn hoặc gặp gỡ bạn bè.
- + Giới hạn việc liên lạc giữa người phụ nữ với cha mẹ hoặc người thân ruột thịt.
- + Theo dõi, kiểm soát vị trí hoặc yêu cầu người phụ nữ phải báo cáo nơi ở mọi lúc.
- + Tỏ ra tức giận khi người phụ nữ nói chuyện với nam giới khác.
- + Luôn thể hiện sự nghi ngờ về lòng chung thủy của người phụ nữ.
- + Buộc người phụ nữ phải xin phép nếu muốn tự đi khám chữa bệnh.

Bạo hành về kinh tế: là việc can thiệp hoặc kiểm soát các quyền kinh tế của thành viên trong gia đình, làm hạn chế quyền tự do về lao động, tài sản, và các nguồn lực tài chính cá nhân. Một số hành vi đặc trưng có thể bao gồm [14]:

- + Cản trở người phụ nữ tham gia các hoạt động tạo thu nhập như đi làm, kinh doanh, buôn bán.
- + Tự ý chiếm đoạt thu nhập của người phụ nữ mà không có sự đồng thuận.
- + Từ chối cung cấp tiền cho các nhu cầu sinh hoạt gia đình, trong khi vẫn chi tiêu cho các mục đích cá nhân không thiết yếu (như rượu, thuốc lá).
- + Ép buộc người phụ nữ phải gánh vác trách nhiệm tài chính cho chồng hoặc gia đình chồng.
- + Kiểm soát chi tiêu cá nhân bằng cách yêu cầu người phụ nữ phải xin phép khi muốn sử dụng tiền cho bản thân.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ thực hiện các đánh giá BHTC, BHTT, BHTD và không đánh giá bạo hành xã hội, bạo hành kinh tế bởi việc đánh giá về mặt xã hội và kinh tế khó phân biệt, đo lường.

1.1.2. Bạo hành do chồng

Bạo hành do chồng (Intimate Partner Violence - IPV) là một hành vi gây hấn xảy ra trong khuôn khổ mối quan hệ tình cảm gắn bó. IPV có thể biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau từ một sự cố bạo hành đơn lẻ nhưng gây ảnh hưởng lâu dài cho đến những giai đoạn bạo hành mãn tính kéo dài nhiều năm.

Đối với phụ nữ trong giai đoạn thai kỳ, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) định nghĩa bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai (Prenatal Intimate Partner Violence - p-IPV) là *“bất kỳ hành vi bạo hành về thể chất, tình dục, tâm lý/cảm xúc hoặc các mối đe dọa bạo hành về thể chất hoặc tình dục mà phụ nữ mang thai phải trải qua”* [15].

Trong nghiên cứu này, nhằm phù hợp với bối cảnh xã hội tại Việt Nam, người gây bạo hành đối với phụ nữ mang thai được xác định là người chồng có đăng ký kết hôn hợp pháp. Tiêu chí này đã được sử dụng làm cơ sở để lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu.

1.2. KHÁI NIỆM VỀ KẾT QUẢ SINH, TRẦM CẢM Ở BÀ MẸ VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ TỪ LÚC SINH

1.2.1. Kết quả sinh

Kết quả sinh được hiểu là các kết quả liên quan đến sức khỏe của người mẹ và em bé trong thời kỳ chuyển dạ, sinh nở và giai đoạn hậu sản. Chỉ số này đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả của dịch vụ chăm sóc thai sản, đồng thời phản ánh tình trạng sức khỏe tổng thể của mẹ và trẻ sau sinh.

Các kết quả sinh có thể được phân loại theo hai nhóm chính:

- Hình thức sinh (sinh thường, sinh mổ),
- Tai biến sản khoa: là thuật ngữ dùng để chỉ các biến cố y khoa nghiêm trọng, xảy ra không lường trước trong suốt quá trình thai kỳ, chuyển dạ, sinh con hoặc thời kỳ hậu sản. Những biến cố này có thể gây ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe và đe dọa tính mạng của cả sản phụ và trẻ sơ sinh. Một số tai biến thường gặp bao gồm: dọa vỡ và vỡ tử cung, băng huyết, nhiễm khuẩn sau sinh, sản giật, uốn ván trẻ sơ sinh [19].
- Trẻ sinh non (tuổi thai <37 tuần),
- Trẻ nhẹ cân khi sinh (<2500g),
- Chỉ số APGAR (Appearance-Pulse-Grimace-Activity-Respiration) thấp trong 1 hoặc 5 phút sau sinh.

Kết quả sau sinh thường liên quan đến sự phát triển và sức khỏe lâu dài của bà mẹ và trẻ, bao gồm:

- Các vấn đề về sức khỏe tâm thần của bà mẹ sau sinh (trầm cảm sau sinh),
- Các rối loạn phát triển,
- Tình trạng dinh dưỡng (tăng trưởng về cân nặng, chiều cao theo tuổi).

1.2.1.1. Kết quả khi sinh

Hình thức sinh

Có 2 hình thức sinh mà bà mẹ mang thai sẽ trải qua:

Sinh thường: sinh thường (hay còn gọi là sinh qua đường âm đạo) là phương pháp sinh mà thai nhi được đưa ra ngoài cơ thể mẹ bao gồm cổ tử cung và âm đạo, với sự hỗ trợ của các cơn co tử cung tự nhiên hoặc được khởi phát, rặn và đôi khi có sự can thiệp y khoa [16].

Sinh mổ: Sinh mổ là một phương pháp sinh em bé bằng phẫu thuật. Trong quá trình này, bác sĩ sẽ thực hiện hai vết rạch, một ở bụng của người mẹ và một ở tử cung, để đưa em bé ra ngoài. Phương pháp này thường được lựa chọn khi việc sinh em bé theo đường tự nhiên (sinh thường). Sinh mổ có thể cần thiết khi quá trình chuyển dạ gặp các biến chứng không lường trước, hoặc khi có những tình trạng sức khỏe ngăn cản em bé chào đời một cách tự nhiên. Dù là một thủ thuật phẫu thuật phổ biến và thường được coi là an toàn, sinh mổ vẫn tiềm ẩn những rủi ro nhất định, tương tự như bất kỳ cuộc phẫu thuật lớn nào khác, bao gồm nguy cơ nhiễm trùng, mất máu nhiều hơn và thời gian phục hồi sau sinh thường kéo dài hơn so với sinh thường và các bác sĩ có thể chỉ định sinh mổ trong nhiều tình huống khác nhau (suy thai, người mẹ đã từng trải qua phẫu thuật sinh mổ trong lần mang thai trước,...) [17],[18].

Tai biến sản khoa

Đây là một thuật ngữ y tế dùng để chỉ những sự cố bất thường, không mong muốn xảy ra trong quá trình mang thai, chuyển dạ, sinh con và giai đoạn hậu sản. Theo Bộ Y tế, Việt Nam (2000) có 5 tai biến sản khoa chính bao gồm: Doạ vỡ và vỡ tử cung, băng huyết, nhiễm khuẩn sau sinh, sản giật, uốn ván trẻ sơ sinh [19].

Trọng lượng khi sinh

Nhẹ cân là khi trẻ sơ sinh có cân nặng <2500 gram [20]. Đây là một trong những dấu hiệu cảnh báo một số vấn đề về sức khỏe và sự phát triển của thai nhi. Nếu thai nhi quá nhẹ cân, bé có thể bị suy dinh dưỡng từ trong bụng mẹ, dễ mắc các bệnh về phổi, sức đề kháng của trẻ khi sinh ra sẽ kém hơn, thậm chí còn có thể gây ảnh hưởng tới sự phát triển trí thông minh của trẻ sau này. Tiêu chuẩn đánh giá trọng lượng thai tham khảo theo Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization -WHO) [21].

Tuổi thai khi sinh

Phương pháp đo kích thước thai nhi theo từng giai đoạn thai kỳ được thực hiện khác nhau tùy vào tuổi thai:

- Từ tuần thứ 8 đến 19, do thai nhi trong giai đoạn này thường co chân vào bụng mẹ, nên việc đo toàn bộ chiều dài cơ thể gặp khó khăn. Thay vào đó, chiều dài được xác định từ đỉnh đầu đến mông, gọi là chiều dài đầu-mông.
- Từ tuần 20 đến 42, thai nhi được đo từ đầu đến gót chân. Trong giai đoạn này, cả chiều dài lẫn cân nặng của thai nhi đều tăng lên rõ rệt theo thời gian.
- Bắt đầu từ tuần thứ 32, thai nhi bước vào giai đoạn phát triển mạnh về trọng lượng, các đặc điểm hình thể cũng dần hoàn thiện.

Trong thực hành sản khoa, tuổi thai được tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng – dù vào thời điểm đó trứng chưa rụng và sự thụ tinh chưa diễn ra. Do đó, tuổi thai tính theo cách này thường lớn hơn tuổi thật của phôi thai khoảng hai tuần, đặc biệt là ở phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt đều đặn kéo dài 28 ngày [21].

Sinh non

Sinh non là sinh con vào thời điểm tuổi thai <37 tuần kể từ khi ngày đầu của kỳ kinh cuối [20]. Trẻ sinh non thường có nguy cơ cao gặp phải nhiều vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, trong đó có những tình trạng ảnh hưởng lâu dài

như bại não. Một số rối loạn khác, đặc biệt liên quan đến phát triển trí tuệ và hành vi, có thể không biểu hiện ngay mà chỉ được nhận biết khi trẻ đến độ tuổi đi học hoặc trưởng thành. Những trẻ chào đời trước tuần thai thứ 34 được xem là có nguy cơ cao nhất. Dù mức độ nguy cơ có thể thấp hơn, nhưng ngay cả trẻ sinh ra trong giai đoạn từ 34 đến dưới 37 tuần cũng không hoàn toàn miễn nhiễm với các vấn đề sức khỏe liên quan đến sinh non [20].

Chỉ số APGAR

Chỉ số APGAR được đánh giá dựa trên các biểu hiện và phản ứng cơ thể của trẻ sơ sinh để biết được trẻ có đang ở trạng thái bình thường hay không. Với trẻ sơ sinh, khi vừa sinh ra, phải tiếp xúc với môi trường mới, cơ thể sẽ có sự biến chuyển đột ngột trong giai đoạn này. Vậy nên, việc đảm bảo các bé được khỏe mạnh là điều được ưu tiên và các chỉ số APGAR sẽ đóng vai trò quyết định. Chỉ số APGAR dựa vào các dấu hiệu sau [22]:

Bảng 1.1. Chỉ số APGAR

Đặc điểm	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Màu da	Nhợt nhạt	Nhợt nhạt ở các chi Thân hồng hào	Không dấu nhợt nhạt Toàn thân hồng hào
Nhịp tim	Mất nhịp	<100	>100
Phản xạ kích thích	Không đáp ứng	Nhấn mắt/khóc yếu ớt	Khóc hay rụt lại
Cử động	Không	Vài cử động gập	Gập tay và chân chống lại cử động duỗi
Hô hấp	Mất hô hấp	Yếu, không đều, hỗn hển	Tốt, khóc to

Với quy trình sinh thông thường thì điểm APGAR sẽ được tính 2 lần vào 1 phút và 5 phút sau khi bé chào đời. Theo đó, các lần tính điểm này được gọi là “APGAR 1 phút” và “APGAR 5 phút”. Trong trường hợp điểm APGAR ở các thời điểm đánh giá đầu tiên (thường là phút thứ 1 và phút thứ 5 sau sinh) thấp hơn mức mong đợi, nhân viên y tế có thể tiếp tục theo dõi và chấm điểm APGAR ở các mốc thời gian tiếp theo như phút thứ 10, 15 hoặc lâu hơn, tùy theo tình trạng cụ thể của trẻ sơ sinh. Về phân loại kết quả: điểm từ 0 đến 3 cho thấy tình trạng nguy kịch; từ 4 đến 6 phản ánh tình trạng sức khỏe còn yếu; và từ 7 đến 10 được xem là bình thường [22]. Với việc áp dụng bài kiểm tra APGAR tại khoa sản, các bác sĩ đã có thể giảm thiểu được tình trạng tử vong sơ sinh.

1.2.1.2. Phát triển của trẻ sau sinh

Sự phát triển ở trẻ là những thay đổi xảy ra khi một đứa trẻ đang lớn và phát triển, những thay đổi này liên quan tới việc khỏe mạnh về thể chất, sáng suốt về tinh thần, lạc quan trong cảm xúc, tự tin trong giao tiếp và sẵn sàng để học hỏi. Trong đó, 1.000 ngày đầu tiên là khoảng thời gian cơ bản rất quan trọng trong việc định hình nên sức khỏe lâu dài trong tương lai [23].

Các đặc điểm về sự phát triển của trẻ

Giai đoạn sơ sinh: Trong những tuần đầu đời, trẻ ngủ phần lớn thời gian trong ngày (khoảng 20–24 giờ) và có các phản xạ bẩm sinh như tìm vú mẹ để bú, phản xạ cầm nắm, phản xạ Moro (giật mình) hoặc phản xạ bước. Khi được đặt nằm ngửa, tay chân của trẻ thường cử động không đều, biểu hiện các vận động tự phát nhưng chưa có sự kiểm soát chủ động.

Trẻ khoảng 2 tháng tuổi: Trẻ bắt đầu tương tác với môi trường xung quanh thông qua ánh mắt và âm thanh. Trẻ có thể mỉm cười khi được trò chuyện, biết nhìn theo vật sáng di chuyển, và phát ra những âm thanh đơn giản như tiếng lú lo. Khi nằm sấp, trẻ có thể nâng đầu trong thời gian ngắn.

Giai đoạn 3–4 tháng: Trẻ phát triển khả năng quan sát và di chuyển đầu mắt để theo dõi vật thể. Bắt đầu biết lẫy từ tư thế nằm ngửa sang sấp.

Giai đoạn 5–6 tháng: Trẻ bắt đầu nhận biết người quen, có phản ứng khác biệt với người lạ. Có thể lẫy ngược từ sấp sang ngửa, ngồi được trong thời gian ngắn nhưng chưa vững.

Giai đoạn 7–9 tháng: Cảm xúc của trẻ trở nên rõ ràng hơn, thể hiện sự vui vẻ, hào hứng hoặc sợ hãi. Trẻ có thể tự ngồi vững, bắt đầu bò và phối hợp động tác tay để vẫy chào hoặc vỗ tay. Một số âm tiết đơn giản như “ba”, “ma” bắt đầu xuất hiện.

Giai đoạn 10–12 tháng: Trẻ có thể đứng vững và tập đi dọc theo các vật bám (đi men). Các ngón tay trở nên linh hoạt hơn, giúp trẻ dễ dàng cầm nắm đồ vật nhỏ. Trẻ có thể chơi các trò chơi đơn giản và bắt đầu nói được những cụm từ ngắn như “bà ới”.

Trẻ từ 1 đến 2 tuổi: Khả năng ngôn ngữ tiến bộ nhanh chóng, trẻ có thể tạo thành các câu ngắn. Trẻ nhận biết và chỉ được các bộ phận trên cơ thể như mắt, mũi, tai, miệng... Các động tác tay trở nên khéo léo hơn, như cầm cốc uống nước, dùng thìa để ăn. Trẻ đi lại vững vàng, có thể bò lên cầu thang, tự đứng lên – ngồi xuống, và thể hiện mong muốn đi vệ sinh khi cần [24].

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Phát triển cân nặng: Trẻ sơ sinh đủ tháng thường có cân nặng trung bình khoảng 3.000 gram khi chào đời. Bé trai thường nặng hơn bé gái, và con sinh lần hai trở đi có xu hướng nặng hơn con đầu lòng. Trong tuần đầu sau sinh, trẻ thường giảm khoảng 10% cân nặng do mất cân sinh lý, nhưng sẽ lấy lại mức cân nặng ban đầu vào khoảng ngày thứ 10 sau sinh. Trong 4–5 tháng đầu, cân nặng của trẻ tăng nhanh và có thể gấp đôi so với lúc mới sinh. Đến cuối năm đầu tiên, cân nặng của trẻ thường gấp ba lần so với lúc chào đời. Từ năm thứ hai trở đi, tốc độ tăng cân giảm dần, trung bình tăng khoảng 1,5–2kg mỗi năm [24].

Phát triển chiều cao: Chiều dài trung bình của trẻ sơ sinh khi mới sinh là khoảng 48–50cm. Trong năm đầu tiên, tốc độ tăng chiều cao rất nhanh, đặc biệt là trong những tháng đầu.

- + Trong 3 tháng đầu, mỗi tháng trẻ tăng khoảng 3–3,5cm.
- + Từ tháng thứ 4 đến tháng thứ 6, chiều cao tăng khoảng 2cm mỗi tháng.
- + Từ tháng thứ 7 đến tháng thứ 12, tốc độ tăng chậm lại, trung bình 1–1,5cm mỗi tháng.
- + Vào thời điểm trẻ tròn 1 tuổi, chiều cao thường đạt khoảng 70–75cm. Từ sau 1 tuổi, tốc độ tăng chiều cao chậm hơn, trung bình mỗi năm tăng thêm khoảng 5cm [24].

1.2.2. Trầm cảm chu sinh

Trầm cảm chu sinh trong giai đoạn chu sinh là một tình trạng rối loạn tâm lý có thể khởi phát trong thời kỳ mang thai hoặc trong vòng một năm sau khi sinh con. Nguyên nhân có thể liên quan đến nhiều yếu tố như thay đổi hormone, áp lực tâm lý, sự thay đổi trong thể trạng và môi trường sống. Tình trạng này thường được nhận biết qua các biểu hiện như tâm trạng buồn bã kéo dài, không còn hứng thú với các hoạt động thường ngày, rối loạn giấc ngủ hoặc ăn uống, cảm giác kiệt sức, và khó tập trung [25]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trầm cảm sau sinh được đánh giá như là hậu quả của bạo hành trong thời kỳ mang thai đối với bà mẹ.

Trầm cảm sau sinh (TCSS) là một dạng cụ thể của trầm cảm chu sinh, thường xuất hiện trong vài tuần đầu sau sinh. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tâm thần học Hoa Kỳ, thời điểm khởi phát thường được xác định là trong vòng 4 tuần sau khi sinh [26]. Tuy nhiên, nhiều chuyên gia và nghiên cứu chỉ ra rằng các triệu chứng có thể bắt đầu muộn hơn, thậm chí kéo dài đến hết năm đầu đời của trẻ. Bên cạnh đó, trầm cảm khi mang thai cũng là một tình trạng thường gặp nhưng hiện vẫn chưa có sự thống nhất rõ ràng trong cách định nghĩa [26].

Nghiên cứu này được triển khai dưới dạng một nghiên cứu theo dõi dọc từ thời điểm trẻ được sinh ra (Birth cohort). Cụ thể, nhóm đối tượng nghiên cứu là các trẻ sơ sinh sẽ được theo dõi định kỳ nhằm ghi nhận quá trình lớn lên và phát triển của các em trong những tháng đầu đời. Mục tiêu trọng tâm của luận án là khai thác và phân tích sâu các thông tin được thu thập từ nhóm trẻ này. Qua đó, nghiên cứu tập trung đánh giá tình trạng tăng trưởng, dinh dưỡng, cũng như xem xét mức độ ảnh hưởng từ một số yếu tố bất lợi mà trẻ có thể tiếp xúc từ thời kỳ bào thai, chẳng hạn như việc người mẹ bị bạo hành trong lúc mang thai.

Trên cơ sở đó, ở luận án này, chúng tôi mong muốn làm rõ mối liên hệ nhân - quả giữa tác động của bạo hành trong thời kỳ mang thai lên kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và sự phát triển của trẻ tại ba thời điểm quan trọng: kết quả sinh, khi đủ 6 tháng và 12 tháng sau sinh [27],[28].

1.3. CÁC HẬU QUẢ CỦA BẠO HÀNH DO CHỒNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI

1.3.1. Kết quả sinh bất lợi

Bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (p-IPV) tạo ra một môi trường căng thẳng cả về thể chất lẫn tinh thần cho người phụ nữ. Tình trạng căng thẳng kéo dài ở phụ nữ mang thai có thể làm kích hoạt hệ thống phản ứng của cơ thể trước stress, dẫn đến việc sản sinh quá mức các hormone như cortisol và adrenaline. Khi nồng độ các hormone này duy trì ở mức cao trong thời gian dài, chúng có thể cản trở sự phát triển bình thường của thai nhi, làm gia tăng khả năng xảy ra hiện tượng sinh non hoặc trẻ sơ sinh có cân nặng thấp [29]. Ngoài ra, nếu người mẹ bị bạo hành về thể chất, những chấn thương – đặc biệt là ở vùng bụng – có thể gây ra các hậu quả nghiêm trọng cho thai kỳ, như tai biến sản khoa, đặc biệt làm tăng nguy cơ tiền sản giật hoặc bong nhau thai sớm, đe dọa trực tiếp đến tính mạng và sức khỏe của cả mẹ lẫn con [30].

Khi bị bạo hành, nhiều phụ nữ mang thai có thể đối mặt với những phản ứng tiêu cực về mặt tâm lý, dẫn đến việc hình thành các hành vi không lành mạnh như hút thuốc, uống rượu hoặc ăn uống không đầy đủ dinh dưỡng – những yếu tố này đều gây ảnh hưởng bất lợi đến sự phát triển của thai nhi [30],[31]. Đồng thời, tình trạng bạo hành có thể khiến phụ nữ hạn chế tiếp cận hoặc không chủ động sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai sản, từ đó làm gia tăng khả năng gặp biến chứng trong thai kỳ và khi sinh nở. Trong các trường hợp nặng, nếu người mẹ bị tác động trực tiếp đến vùng bụng, thai nhi có thể bị đe dọa nghiêm trọng. Bên cạnh đó, áp lực tâm lý kéo dài cũng có thể khiến các bác sĩ cân nhắc chỉ định mổ lấy thai nhằm giảm rủi ro cho cả mẹ và con trong quá trình sinh thường [5].

1.3.2. Trầm cảm chu sinh của bà mẹ

Bạo hành trong thai kỳ (p-IPV) là một trải nghiệm sang chấn tâm lý và sự căng thẳng liên tục dẫn đến kiệt sức, đồng thời làm giảm khả năng ứng phó và phục hồi sức khỏe [29]. Bạo hành thường đi kèm với chỉ trích và kiểm soát cá nhân, ăn sâu vào lòng tự trọng của người phụ nữ bị hạ thấp, khiến họ cảm thấy vô dụng và mất niềm tin vào chính mình [32]. Vấn đề này làm tăng đáng kể nguy cơ mắc rối loạn tâm thần như trầm cảm chu sinh bao gồm trầm cảm trước sinh và sau sinh (xảy ra trong thai kỳ hoặc trong năm đầu tiên sau khi sinh, thường là trong vài tuần đến vài tháng sau sinh), rối loạn lo âu lan tỏa và rối loạn căng thẳng sau sang chấn. Sự kiểm soát và cô lập thường đi kèm với bạo hành khiến người phụ nữ cảm thấy đơn độc và bất lực [33]. Lo lắng và lo âu còn gây ra rối loạn giấc ngủ và ăn uống, làm trầm trọng thêm rối loạn sức khỏe tâm thần. Trong những tình huống tồi tệ nhất, sự tuyệt vọng do bạo hành gây ra có thể dẫn đến ý nghĩ và hành vi tự sát [33].

1.3.3. Sự phát triển của trẻ

Môi trường trong tử cung và những trải nghiệm của người mẹ trong thai kỳ có ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi. P-IPV tác động đến sự phát triển của trẻ thông qua nhiều cơ chế phức tạp. Hormone stress của mẹ (cortisol) có thể truyền qua nhau thai và ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ của thai nhi, đặc biệt là các vùng liên quan đến cảm xúc và khả năng ứng phó với lo lắng sau này, đặc biệt ảnh hưởng đến trẻ trong thời kỳ 1000 ngày đầu đời [29].

p-IPV không chỉ ảnh hưởng đến cảm xúc, xã hội mà còn tác động tiêu cực đến trí nhớ và chỉ số thông minh, làm giảm trí nhớ so với trẻ không tiếp xúc bạo hành [34]. Sự nuôi dạy của cha mẹ ảnh hưởng đến giấc ngủ của trẻ [35], đau khổ do chấn thương liên quan đến bạo hành gia đình có mối liên hệ với sự suy giảm kỹ năng nhận thức của trẻ [36]. Bên cạnh đó, tiếp xúc bạo hành liên tục còn gây giảm thể tích vỏ não thị giác và kết nối với hệ limbic, đặc biệt rõ rệt ở trẻ phơi nhiễm trước 12 tuổi [37], gây ảnh hưởng đến sự phát triển chung. Ngoài ra, trẻ có cha mẹ ly thân có xu hướng phát triển tâm lý vận động chậm hơn, đặc biệt về ngôn ngữ và khả năng đồ họa so với trẻ có cha mẹ sống cùng nhau [38].

1.3.4. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Tác động của p-IPV đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ diễn ra một cách gián tiếp nhưng vô cùng quan trọng. Phụ nữ bị bạo hành thường có chế độ ăn uống kém do lo lắng, thiếu sự hỗ trợ về kinh tế và xã hội, hoặc do bị kiểm soát về mặt tài chính và thực phẩm, dẫn đến dinh dưỡng kém của mẹ trong thai kỳ, làm thai nhi phát triển kém, nhẹ cân khi sinh và có dự trữ dinh dưỡng ban đầu thấp [39],[40]. Trẻ sinh non và nhẹ cân thường gặp khó khăn trong việc bú mẹ và hấp thu dinh dưỡng sau sinh, làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng. Sức khỏe tâm thần và vấn đề sức khỏe thể chất của người mẹ do bạo hành có thể ảnh hưởng đến khả năng tiết sữa và duy trì việc cho con bú đầy đủ và kéo dài. Trong môi trường gia đình có bạo hành, việc chăm sóc và đảm bảo dinh dưỡng đầy

đủ cho trẻ có thể không được ưu tiên hoặc bị xao nhãng do các vấn đề khác như xung đột gia đình, nghèo đói và sức khỏe tâm thần kém của người mẹ [41]. Cuối cùng, bạo hành có thể hạn chế bà mẹ mua thực phẩm dinh dưỡng cho con hoặc đưa con đi khám và được tư vấn về dinh dưỡng, tác động đến dinh dưỡng lâu dài của trẻ [5].

1.4. CÁC THANG ĐO, CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ TRONG NGHIÊN CỨU

1.4.1. Thang đo CTS-2 đánh giá bạo hành

Trong nghiên cứu này, bộ công cụ đánh giá được xây dựng dựa trên thang đo xung đột được hiệu chỉnh (CTS-2) – một công cụ định lượng phổ biến nhằm nhận diện và đo lường hành vi bạo lực trong các mối quan hệ. CTS-2 là phiên bản cải tiến từ thang đo xung đột gốc được phát triển vào năm 1996, và đã được ứng dụng rộng rãi trong nhiều công trình khoa học và sách chuyên khảo tại khu vực Bắc Mỹ. Thang đo này cho phép đánh giá hành vi bạo lực không chỉ từ phía người bị hại mà còn có thể áp dụng với người gây ra bạo lực hoặc trẻ em là nhân chứng trong các tình huống bạo lực gia đình. Trong khuôn khổ nghiên cứu, thang đo này bao gồm ba phần chính: BHTT, BHTC, BHTD. Dữ liệu có thể được thu thập thông qua hình thức phỏng vấn trực tiếp hoặc bảng hỏi tự điền, với thời lượng thực hiện trung bình từ 7 đến 10 phút mỗi người [42].

Có nhiều cách tính điểm cho thang đo CTS-2, cách tính điểm cho các hình thức bạo hành được áp dụng trong nghiên cứu này là cách tính điểm theo tỷ lệ. Số điểm bằng 1 nếu đối tượng có trên 1 hành vi bạo hành với 3 mức độ (1 lần, 2-5 lần và trên 5 lần) và bằng 0 nếu đối tượng không có 1 hành vi bạo hành nào trong quá trình mang thai với 2 mức độ là “chưa bao giờ” và “không trong khi mang thai mà trước đó”[43].

Thang đo CTS-2 được sử dụng với 21 câu hỏi, thuộc ba nhóm hành vi bạo hành chính, bao gồm bạo hành tinh thần, bạo hành thể chất và bạo hành tình dục.

Bạo hành tinh thần (BHTT) gồm 8 câu hỏi, đánh giá các hành vi gây tổn hại về tâm lý và cảm xúc như xúc phạm, đe dọa, làm nhục, kiểm soát hoặc gây sợ hãi.

Bạo hành thể chất (BHTC) gồm 9 câu hỏi, ghi nhận các hành vi sử dụng vũ lực tác động trực tiếp lên cơ thể, từ mức độ nhẹ đến nghiêm trọng.

Bạo hành tình dục (BHTD) gồm 4 câu hỏi, đánh giá các hành vi cưỡng ép hoặc ép buộc trong quan hệ tình dục khi không có sự đồng thuận.

Tổng hợp 21 câu hỏi này cho phép đánh giá toàn diện các hình thức bạo hành trong mối quan hệ thân mật của đối tượng nghiên cứu.

1.4.2. Thang đo đánh giá trầm cảm PHQ-9

Hiện nay có nhiều thang đo tương tự nhau được sử dụng để xác định trầm cảm. Patient Health Questionnaire, PHQ-9 ưu thế hơn các thang ngắn tự trả lời đánh giá trầm cảm khác, hơn cả EPDS. Hệ số Cronbach's alpha của thang đo nằm trong khoảng từ 0,83 đến 0,89 [44],[45],[46].

Hiện nay, PHQ-9 đã được chứng minh độ tin cậy trên đối tượng phụ nữ mang thai và sau sinh tại Việt Nam, theo nghiên cứu của tác giả Murray và Cs (2021) hệ số Cronbach's alpha của thang đo bằng 0,84 [47].

Thang đo PHQ-9 có tổng cộng 9 câu hỏi. Mỗi câu hỏi được đánh giá bằng thang điểm Likert 4 lựa chọn, theo thứ tự tăng dần tần suất cảm nhận các triệu chứng trầm cảm trong thời gian là 2 tuần qua, ý nghĩa của mỗi mức điểm lần lượt tương ứng từ 0-3 điểm [47].

1.4.3. Thang đo đánh giá sự phát triển theo tuổi và giai đoạn của trẻ (ASQ-3)

Bảng câu hỏi theo dõi sự phát triển trẻ em theo từng độ tuổi và giai đoạn (ASQ-3 – Phiên bản thứ ba) hiện đang được ứng dụng rộng rãi nhờ tính đơn giản, thuận tiện và khả năng hỗ trợ phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường trong quá trình phát triển của trẻ nhỏ. Tại Việt Nam, công cụ này đã được điều chỉnh và biên soạn lại bởi nhóm chuyên gia trong lĩnh vực Phục hồi chức năng Nhi nhằm phù hợp với điều kiện trong nước. Bộ công cụ gồm 9 mẫu phiếu đã được Bộ Y tế phê duyệt và chính thức đưa vào sử dụng từ năm 2021 [48].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi sàng lọc rối loạn phát triển ở trẻ 6, 12 tháng tuổi là một công cụ hữu ích để đánh giá sự phát

triển của trẻ trong các lĩnh vực giao tiếp-ngôn ngữ, vận động thô, vận động tinh, bắt chước và học, cá nhân-xã hội. Bộ câu hỏi bao gồm 20 câu hỏi đơn giản, dễ hiểu, dễ thực hiện, có thể được cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ sử dụng tại nhà.

Mỗi câu hỏi có hai phương án trả lời "Có" và "Không" để ghi nhận khả năng của trẻ trong từng kỹ năng. Dựa trên các câu trả lời, đánh giá cuối cùng được thực hiện để xem liệu trẻ có nghi ngờ bị rối loạn phát triển hay không.

Nếu trẻ không làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực giao tiếp-ngôn ngữ, vận động thô, vận động tinh, bắt chước và học, cá nhân-xã hội hoặc có 1 trong 5 dấu hiệu bất thường khác, thì gia đình và cán bộ sàng lọc được khuyến nghị gửi trẻ đi khám bác sĩ phục hồi chức năng Nhi [48].

1.4.4. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Hiện nay, đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em thường dựa trên ba chỉ số cơ bản:

- Tính tuổi: Để tính tháng tuổi của trẻ, đếm số tháng từ ngày sinh. Trẻ dưới 1 tháng tuổi được tính là 0 tháng tuổi; khi tròn 1 tháng tuổi (đủ 30 ngày) đến dưới 2 tháng tuổi sẽ được tính là 1 tháng tuổi.

- Cân nặng theo tuổi: Chỉ số này phản ánh tổng thể mức độ phát triển thể chất của trẻ và cho thấy dấu hiệu thiếu dinh dưỡng nói chung. Do dễ thu thập và xử lý số liệu, đây là chỉ số phổ biến trong các khảo sát dinh dưỡng cộng đồng.

- Chiều cao theo tuổi: Khi trẻ có chiều cao thấp so với tuổi, điều đó cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng kéo dài trong một khoảng thời gian, thường bắt nguồn từ những giai đoạn trước đó. Trẻ bị chậm phát triển chiều cao được coi là bị còi. Mức đánh giá thường dựa trên các ngưỡng -2SD hoặc -3SD so với quần thể chuẩn (WHO).

- Cân nặng theo chiều cao: Chỉ số này phản ánh tình trạng dinh dưỡng tại thời điểm hiện tại. Trẻ có cân nặng thấp so với chiều cao thường là dấu hiệu của suy dinh dưỡng cấp tính, dẫn đến tình trạng gầy còm. Mức phân loại cũng

dựa vào các ngưỡng -2SD hoặc -3SD như các chỉ số khác. Khi cả chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao đều giảm dưới mức chuẩn, trẻ có thể rơi vào tình trạng suy dinh dưỡng kết hợp, vừa còi vừa gầy [49].

Sau khi thu thập các giá trị chiều cao, cân nặng tuổi. áp dụng công thức sau để đánh giá, đối chiếu theo chuẩn của tổ chức Y tế thế giới .

Zscore hay SD score = (Kích thước đo được - Số trung bình của quần thể tham chiếu)/Độ lệch chuẩn của quần thể tham chiếu.

Các chỉ số này được định nghĩa như sau:

Thấp còi - chiều cao theo tuổi <-2SD so với tiêu chuẩn tăng trưởng trung bình của WHO ở trẻ em;

Gầy còm - cân nặng theo chiều cao <-2SD so với tiêu chuẩn tăng trưởng trung bình của WHO dành cho trẻ em; và

Nhẹ cân - cân nặng theo tuổi <-2 độ lệch chuẩn (SD) của tiêu chuẩn tăng trưởng trung bình của trẻ em WHO [49].

1.4.5. Các thang đo khác

1.4.5.1. Thang đo đánh giá chất lượng giấc ngủ (PSQI)

Thang đo Chất lượng Giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) được thiết kế nhằm đánh giá tình trạng giấc ngủ trong vòng một tháng gần đây. Công cụ này bao gồm 19 câu hỏi tự báo cáo, được chia thành 7 yếu tố chính: thời lượng ngủ, thói quen ngủ, thời gian để đi vào giấc ngủ, việc sử dụng thuốc hỗ trợ ngủ, cảm nhận chủ quan về chất lượng giấc ngủ, sự gián đoạn giấc ngủ và những ảnh hưởng đến sinh hoạt ban ngày. Thang điểm tổng có thể dao động từ 0 đến 21, trong đó điểm càng cao cho thấy chất lượng giấc ngủ càng kém. Điểm $PSQI \leq 5$ thường được xem là biểu hiện của giấc ngủ đạt yêu cầu, trong khi điểm > 5 cho thấy có thể có vấn đề về giấc ngủ. Công cụ này được đánh giá có độ nhạy cao (98,7%) và độ đặc hiệu khá tốt (84,4%) trong việc phân biệt giữa người có và không có rối loạn giấc ngủ [50],[51].

1.4.5.2. Thang đo đánh giá hạnh phúc (Wellbeing-WHO5)

Tổ chức Y tế Thế giới - Chỉ số Hạnh phúc (WHO-5) là một thang đo ngắn tự báo cáo về sức khỏe tinh thần hiện tại. WHO-5 đã được chứng minh là có giá trị thích hợp trong việc tầm soát bệnh trầm cảm và đo lường kết quả trong các thử nghiệm lâm sàng. Các phân tích lý thuyết về phản ứng tâm lý trong các nghiên cứu về người trẻ tuổi và người cao tuổi chỉ ra rằng thang đo có giá trị xây dựng tốt như một thang đo đơn chiều đo lường mức độ hạnh phúc [52].

WHO-5 bao gồm năm câu, được đánh giá theo thang điểm bên dưới (so với hai tuần qua): Mọi lúc = 5; Hầu hết thời gian = 4; Hơn một nửa thời gian = 3; Ít hơn một nửa thời gian = 2; Đôi khi = 1; Tại thời điểm không = 0 [52].

1.4.5.3. Thang đo hỗ trợ xã hội (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS)

MSPSS là một thang điểm gồm 12 mục được thiết kế để đánh giá sự hỗ trợ xã hội từ ba nguồn khác nhau: gia đình, bạn bè và những người quan trọng khác (nghĩa là tình cảm, cấp dưới hoặc mối quan hệ đặc biệt thân thiết khác). Mỗi phạm vi phụ có bốn mục và tổng điểm nằm trong khoảng từ 12 đến 84, với điểm cao hơn cho thấy nhiều hỗ trợ xã hội hơn. Người trả lời được yêu cầu chọn xem họ có đồng ý với từng phát biểu trên thang điểm Likert 7 điểm hay không, từ 1 = “rất không đồng ý” đến 7 = “rất đồng ý” [53].

Thang đo MSPSS cho thấy tính nhất quán nội bộ cao với Cronbach's α là 0,933. Thang điểm MSPSS thể hiện giá trị xây dựng tốt và phân tích nhân tố khẳng định giữ lại ba yếu tố (gia đình, bạn bè và những người quan trọng khác) [53].

1.4.5.4. Thang đo đánh giá trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACE)

Bảng câu hỏi ACE là bảng câu hỏi của Tổ chức Y tế thế giới nhằm đo lường ACE ở tất cả các quốc gia, và mối liên hệ giữa chúng với các hành vi rủi ro trong cuộc sống sau này. ACE được thiết kế để quản lý cho những người từ 18 tuổi trở lên. Các câu hỏi bao gồm: chức năng gia đình; bạo hành

thể chất, tình dục và tình cảm và bị bỏ rơi bởi cha mẹ hoặc người chăm sóc; chứng kiến bạo hành cộng đồng và tiếp xúc với bạo hành tập thể [54].

Những phát hiện từ các cuộc khảo sát ACE có thể có giá trị lớn trong việc tăng cường các giải pháp để giảm bớt những trải nghiệm bất lợi ở trẻ em và cung cấp thêm bằng chứng cho việc thiết kế các chương trình can thiệp phòng ngừa.

1.5. THỰC TRẠNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ BẠO HÀNH DO CHỒNG/BẠN TÌNH CỦA PHỤ NỮ TRONG THỜI KỲ MANG THAI

1.5.1. Nghiên cứu thực trạng bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

1.5.1.1. Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Tỷ lệ p-IPV trên thế giới

Theo thống kê toàn cầu được thực hiện trong giai đoạn 2000–2018 tại 161 quốc gia và vùng lãnh thổ, tình trạng bạo lực đối với phụ nữ vẫn là một vấn đề đáng lo ngại. Gần một phần ba phụ nữ trên thế giới từng bị tác động bởi hành vi bạo lực thể chất, tình dục hoặc cả hai trong suốt cuộc đời. Trong nhóm phụ nữ từ 15 đến 49 tuổi từng có mối quan hệ tình cảm, hơn một phần tư đã từng bị người bạn đời sử dụng bạo lực thể chất hoặc tình dục ít nhất một lần kể từ khi họ bước vào tuổi 15. Tỷ lệ này có sự khác biệt theo khu vực địa lý: dao động khoảng 20% ở khu vực Tây Thái Bình Dương, 22% tại các quốc gia thu nhập cao và châu Âu, 25% tại châu Mỹ, tăng lên 31% ở khu vực Đông Địa Trung Hải, và đạt mức cao nhất là 33% ở châu Phi cũng như khu vực Đông Nam Á [3]. Kết quả về các vụ giết phụ nữ và trẻ em gái liên quan đến giới cho thấy năm 2017 có 58% phụ nữ đã bị giết bởi chồng/bạn tình hay thành viên khác trong gia đình có chủ ý, hơn 1/3 phụ nữ bị chồng/bạn tình hiếp dâm tại hoặc trước đây của họ cố tình giết [55].

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu về p-IPV tập trung nhiều ở các quốc gia đang phát triển. Cụ thể như sau:

Bảng 1.2. Tỷ lệ p-IPV tại một số quốc gia trên thế giới

STT	Tác giả	Năm	Nơi	Thiết kế nghiên cứu	BHTC	BHTT	BHTD	p-IPV
1	Román-Gálvez RM, et al.[56]	2021	Trên thế giới	Tổng quan hệ thống	9,2	18,7	5,5	25,0
2	Avanigadda, D. B., & Kulasekaran, R. A. [57]	2021	Ấn Độ	Cắt ngang	28,0	12,0	6,8	31,6
3	Liyew, A.M., et al. [58]	2022	Ethiopia	Cắt ngang	11,1	24,1	10,2	28,7
4	Biftu BB, Guracho YD [59]	2022	Ethiopia	Tổng quan hệ thống	24	27	21	37
5	Stiller M, et al.[60]	2022	Kenya	Cắt ngang	78,6	67,8	34,8	9,2
6	Nepal S, et al. [61]	2023	Nam Á	Tổng quan hệ thống	13,6	20,2	8,5	23,4
7	Maharlouei N, et al.[62]	2023	Iran	Cắt ngang	7,7	92,9	11	93,1
8	Eikemo R, et al.[63]	2023	Thụy Điển	Cắt ngang	0,6	1,8	0,1	2,1
9	Aslam, S, et al.[64]	2024	Pakistan	Cắt ngang	1,8	16,4	9,5	31,4
10	Jalili M, et al.[65]	2024	Iran	Cắt ngang	14,9	17,4	17,2	19,2
11	Kpordoxah MR, et al.[66]	2024	Ghana	Cắt ngang	6,7	34,8	24,4	46,5
12	Aychiluhm, S. B., et al. [67]	2024	Ethiopia	Cắt ngang	10,7	19,9	18,4	31,3

Tỷ lệ p-IPV, tại nhiều quốc gia trên thế giới, cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia. Thụy Điển (2022) có tỷ lệ bạo hành rất thấp (BHTC: 0,6%, BHTT: 1,8%, BHTD: 0,1%, p-IPV: 2,1%) [63], trong khi Kenya (2022) có tỷ lệ rất cao (BHTC: 78,6%, BHTT: 67,8%, BHTD: 34,8%, IPV: 9,2%) [60]. Đặc biệt, Iran có sự chênh lệch lớn giữa các nghiên cứu, với nghiên cứu của Maharlouei N. và cs (2023) báo cáo IPV lên đến 93,1% [62], trong khi Jalili M. và cs chỉ báo cáo 19,2% [65].

Các khu vực có tỷ lệ bạo hành cao chủ yếu nằm ở châu Phi và Nam Á. Kenya có tỷ lệ BHTC lên đến 78,6%, trong khi Ethiopia, Iran, và Ghana cũng ghi nhận tỷ lệ bạo hành cao đáng kể. Ở Iran, bạo hành thể chất có thể lên tới 92,9%, cho thấy đây là một vấn đề nghiêm trọng đối với phụ nữ mang thai [62]. Ấn Độ cũng có tỷ lệ tương đối cao, với BHTC là 28% và p-IPV là 31,6% [57]. Ngược lại, các quốc gia phát triển như Thụy Điển có tỷ lệ bạo hành rất thấp với tất cả các loại bạo hành đều dưới 3% [63].

Về sự phân bố giữa các loại bạo hành, bạo hành tinh thần thường có tỷ lệ cao nhất, trừ một số trường hợp ngoại lệ như Ấn Độ [57]. Bạo hành tình dục có tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn đáng lo ngại, đặc biệt ở Ghana (24,4%) và Iran (17,2%) [66], [65]. IPV đại diện cho tổng hợp tất cả các loại bạo hành, thường có tỷ lệ cao hơn từng loại riêng lẻ, phản ánh sự kết hợp phổ biến giữa các loại bạo hành.

Nhìn chung, bạo hành ở phụ nữ mang thai mang thai vẫn là một vấn đề nghiêm trọng trên toàn cầu, với sự khác biệt rõ rệt giữa các quốc gia. Các nước có thu nhập thấp và trung bình thường có tỷ lệ bạo hành cao hơn, trong khi các nước phát triển có xu hướng thấp hơn. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức, thực thi pháp luật và hỗ trợ phụ nữ mang thai để giảm thiểu p-IPV trên toàn cầu.

Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai ở Việt Nam

Bảng 1.3. *Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai ở Việt Nam*

STT	Tác giả	Năm	Địa điểm	Thiết kế nghiên cứu	BHTC	BHTT	BHTD	p-IPV
1	Võ Nữ Hồng Đức và Cs [68]	2025	Huế	Cắt ngang	2,3	14,0	7,0	17,3
2	Nguyễn Kiến Quốc và Cs [69]	2023	Đà Nẵng	Cắt ngang	20,8	26,6	13,7	32,5
3	Phạm Nguyễn Lam Phương và Cs [70]	2022	Đà Nẵng	Cắt ngang	20,8	26,0	11,6	29,4
4	Nguyễn Thị Thu Trang và Cs [39]	2021	Quảng Nam	Cắt ngang	8,1	47,1	12,6	24,9
5	Tran Tho Nhi, et al. [4]	2019	Hà Nội	Theo dõi dọc	3,1	24,7	4,9	35,3
6	Trần Thị Nhật Vy [43]	2019	TP HCM	Cắt ngang	7,3	16,8	12,4	23,4
7	Nguyen Thanh Hoang, et al. [6]	2018	Hà Nội	Cắt ngang	3,5	32,2	9,9	35,2

Bảng thống kê về tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai ở Việt Nam cho thấy một bức tranh đáng báo động về vấn đề này, đồng thời làm nổi bật sự phức tạp và đa dạng của các hình thức bạo hành. Số liệu từ các nghiên cứu khác nhau trên khắp cả nước cho thấy tỷ lệ bạo hành dao động đáng kể, phản ánh sự khác biệt trong phương pháp nghiên cứu, đối tượng khảo sát và cả bối cảnh văn hóa xã hội của từng địa phương.

Cụ thể, tỷ lệ bạo hành thể chất (BHTC) được ghi nhận trong các nghiên cứu dao động từ 2,3% ở Huế đến 20,8% ở Đà Nẵng [68], [70]. Điều này cho thấy, trong khi một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ BHTC tương đối thấp, thì ở những địa phương khác, cứ 5 phụ nữ mang thai thì có một người phải chịu đựng bạo hành thể chất từ chồng.

Tình hình còn nghiêm trọng hơn đối với BHTT, với tỷ lệ được ghi nhận cao nhất lên tới 47,1% ở Quảng Nam [39]. Ngay cả ở những nghiên cứu có tỷ lệ BHTT thấp nhất, con số này cũng không dưới 14% ở Huế [68]. Điều này cho thấy bạo hành tinh thần không chỉ phổ biến hơn bạo hành thể chất mà còn là một vấn đề âm thầm, khó nhận biết và khó lên tiếng hơn.

BHTD có vẻ ít được nghiên cứu hơn, với tỷ lệ được ghi nhận dao động từ 4,9% ở Hà Nội đến 13,7% ở Đà Nẵng [69],[4]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đây có thể là hình thức bạo hành khó thống kê và khó lên tiếng nhất, do đó, con số thực tế có thể cao hơn nhiều.

Khi xét đến bạo hành phụ nữ mang thai nói chung (p-IPV), bao gồm cả ba hình thức trên, tỷ lệ được ghi nhận cao nhất là 35,3% ở Hà Nội, và thấp nhất là 17,3% ở Huế [68], [4]. Điều này cho thấy, trung bình cứ 3 đến 5 phụ nữ mang thai ở Việt Nam thì có một người phải chịu đựng ít nhất một hình thức bạo hành từ chồng.

Sự khác biệt về tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai giữa các quốc gia và các vùng ở Việt Nam chủ yếu xuất phát từ sự khác nhau về văn hóa – xã hội, trình độ phát triển kinh tế, hệ thống pháp luật. Ở các nước và địa phương có tư tưởng gia trưởng, định kiến giới sâu sắc, trình độ học vấn thấp và phụ nữ phụ thuộc kinh tế vào chồng, tỷ lệ bạo hành thường cao hơn. Ngược lại, những nơi có hệ thống pháp luật bảo vệ phụ nữ chặt chẽ, truyền thông mạnh mẽ và nhận thức bình đẳng giới cao như Thụy Điển hay một số đô thị lớn ở

Việt Nam, tỷ lệ này thấp hơn rõ rệt. Ngoài ra, sự khác biệt trong phương pháp nghiên cứu, phạm vi khảo sát và khả năng nạn nhân dám lên tiếng cũng góp phần tạo nên chênh lệch giữa các kết quả. Những con số này không chỉ phản ánh thực trạng đáng lo ngại về bạo hành phụ nữ mang thai ở Việt Nam mà còn cho thấy sự cần thiết của các nghiên cứu sâu hơn để hiểu rõ hơn về nguyên nhân, hậu quả và các yếu tố liên quan đến vấn đề này. Đồng thời, cần có các biện pháp can thiệp và hỗ trợ hiệu quả để bảo vệ phụ nữ mang thai khỏi bạo hành và xây dựng một xã hội an toàn và bình đẳng hơn cho tất cả mọi người.

1.5.1.2. Các yếu tố liên quan đến bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Ở hầu hết các quốc gia, p-IPV gây ra là bạo hành phổ biến nhất đối với phụ nữ, những thiệt hại về sức khỏe của phụ nữ bị p-IPV thuộc loại tinh thần, thể chất và tình dục đã được báo cáo trên toàn cầu.

Đặc điểm chung của bà mẹ

Về khu vực, phụ nữ sống ở khu vực nông thôn có nguy cơ bị bạo hành tình dục cao hơn so với phụ nữ thành thị. Điều này có thể do phụ nữ thành thị tiếp cận thông tin, truyền thông và nhận thức pháp luật tốt hơn [71]. Nghiên cứu tại Bangladesh và Togo cũng cho thấy tình trạng tương tự. Sự khác biệt về kinh tế, mức độ nghèo đói và tình trạng cô lập ở nông thôn làm gia tăng căng thẳng gia đình và hạn chế khả năng tiếp cận hỗ trợ, từ đó góp phần làm tăng nguy cơ bạo hành [72],[73].

Về trình độ học vấn, phụ nữ mù chữ có nhiều khả năng bị bạo hành tình dục hơn so với những phụ nữ tốt nghiệp đại học. Một nghiên cứu được thực hiện ở Nepal đã xác định rằng phụ nữ có học vấn thấp có nguy cơ bị bạo hành tình dục từ chồng/bạn tình của họ nhiều hơn [74]. Trong một nghiên cứu được thực hiện ở Serbia, người ta xác định rằng phụ nữ có trình độ học vấn thấp hơn có nhiều khả năng bị bạo hành thể chất hoặc tình dục hơn [75]. Kết quả từ một nghiên cứu tại các vùng khác nhau của Ấn Độ chỉ ra rằng trình độ học vấn cao

hơn làm giảm khả năng phụ nữ bị bạo hành và bạo hành tình dục từ chồng/bạn tình của họ [76]. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam [1],[5].

Về độ tuổi, người ta xác định rằng phụ nữ trong độ tuổi 25–34 và 35–44 tuổi ít bị BHTD hơn so với những phụ nữ trong độ tuổi từ 15–24. Tương tự, trong một nghiên cứu tại Hoa Kỳ, sự gia tăng tuổi được báo cáo là đi đôi với việc giảm nguy cơ bạo hành tình dục [77]. Mối tương quan giữa BHTD và tuổi tác khá phức tạp. Ảnh hưởng của yếu tố kinh tế và tuổi cùng với sự thay đổi vai trò giới và các loại bạo hành cần phải được nghiên cứu sâu hơn trong tính đặc trưng về bối cảnh văn hóa và nhạy cảm về giới [78].

Yếu tố từ cá nhân phụ nữ mang thai, có nhiều khả năng bị bạo hành là những người nghiện rượu, không thực hiện chăm sóc thai sản trước khi sinh, sử dụng dịch vụ y tế trong trường hợp khẩn cấp trong thời kỳ mang thai, mắc đái tháo đường thai kỳ và các bệnh lây truyền qua đường tình dục [79]. Nghiên cứu cho thấy phụ nữ không có thu nhập ($OR = 3,37$, KTC95%: 2,14, 7,95), phụ nữ tin vào quyền quyết định mang thai của họ ($OR = 1,77$, KTC 95%: 1,18, 2,89) và phụ nữ không cùng ý kiến với chồng/bạn tình ($OR = 2,36$, KTC 95%: 1,37, 4,07) được cho là có liên quan đáng kể đến bạo hành trong thời kỳ mang thai [80].

Ngoài ra, những người phụ nữ đã có nhiều hơn một đời chồng hoặc đang sống chung với những người cần được chăm sóc đặc biệt (như người già hoặc trẻ nhỏ) có nguy cơ cao hơn. Tương tự, bà mẹ đơn thân, thai phụ không có công việc ổn định, và những trường hợp mang thai ngoài ý muốn cũng được xác định là các yếu tố làm tăng khả năng bị bạo hành [81].

Đặc điểm chung của người chồng

Liên Hợp Quốc (2014) cho thấy rõ hơn những yếu tố liên quan đến việc người phụ nữ bị bạo hành. Bạo hành do chồng gây ra có một mối liên quan phức tạp với nhiều yếu tố khác nhau. Điều tra cho thấy rằng hành vi bạo hành

của người chồng/bạn tình lên người vợ có mối liên quan đến bất bình đẳng giới, trong đó người chồng/bạn tình được cho là người hung hăng còn người vợ thì thụ động và bị phụ thuộc, qua đó làm cho việc bạo hành được xem như là một việc bình thường và duy trì trong cuộc sống của họ [82].

Trình độ học vấn chồng/bạn tình, phụ nữ có chồng/bạn tình mù chữ có nguy cơ bị bạo hành tình dục cao hơn phụ nữ có chồng/bạn tình là tiểu học. Hơn nữa, những phụ nữ có chồng/bạn tình là trung học ít có khả năng bị bạo hành tình dục hơn so với những phụ nữ có chồng/bạn tình là tiểu học. Trong một nghiên cứu được thực hiện ở Indonesia, kết luận rằng những phụ nữ có chồng/bạn tình có trình độ học vấn dưới 9 năm đối mặt với khả năng bị bạo hành thể chất và tình dục cao hơn [83]. Ngoài ra, một nghiên cứu ở Serbia cho thấy trình độ học vấn của chồng/bạn tình càng thấp thì nguy cơ bị bạo hành thể chất hoặc tình dục đối với phụ nữ càng cao [84]. Tại Việt Nam, kết quả từ Điều tra Quốc gia (2019) về bạo hành đối với phụ nữ chỉ ra rằng trình độ học vấn của chồng/bạn tình càng cao thì nguy cơ phụ nữ bị bạo hành bởi chồng/bạn tình càng thấp [1].

Chồng/bạn tình sử dụng rượu bia, hành vi bạo hành từ người chồng/bạn tình thường liên quan đến những đặc điểm được xem là biểu hiện của sự áp đặt quyền lực hoặc nam tính cực đoan, chẳng hạn như nghiện rượu, từng có hành vi gây gổ với người khác, hoặc có quan hệ ngoài hôn nhân. Những người chồng/bạn tình có các đặc điểm này thường có xu hướng sử dụng bạo lực với vợ nhiều hơn so với những người khác. Trong nhiều trường hợp, phụ nữ báo cáo bị bạo hành thường cho biết chồng/bạn tình của họ có thói quen uống rượu. Việc sử dụng rượu được xem là một trong những yếu tố góp phần làm gia tăng nguy cơ bạo lực, do tác động của rượu có thể làm suy giảm khả năng kiểm soát hành vi, khả năng nhận thức và phán đoán, từ đó dễ dẫn đến hành vi mất kiểm soát như bạo hành [85], [86].

Kinh tế gia đình và nghề nghiệp, tình trạng kinh tế của gia đình và nghề nghiệp của người chồng/bạn tình có ảnh hưởng đáng kể đến nguy cơ phụ nữ mang thai bị bạo hành. Một số nghiên cứu tại Việt Nam chỉ ra rằng khi người vợ phụ thuộc tài chính vào chồng/bạn tình, khả năng xảy ra bạo lực gia đình tăng lên đáng kể. Ngoài ra, việc người chồng/bạn tình không có việc làm ổn định hoặc làm những công việc lao động phổ thông cũng được xem là yếu tố làm tăng nguy cơ phụ nữ mang thai bị bạo hành. Những yếu tố này thường gắn liền với áp lực kinh tế, căng thẳng trong gia đình và sự mất cân bằng quyền lực trong mối quan hệ vợ chồng/bạn tình [39],[40],[5].

Thái độ tiêu cực của chồng/bạn tình, Thái độ tiêu cực của người chồng/bạn tình đối với việc mang thai được xem là một trong những yếu tố làm tăng nguy cơ phụ nữ mang thai bị bạo hành. Khi người chồng/bạn tình có mong muốn con trai rõ rệt, khả năng người vợ phải đối mặt với bạo lực trong thời kỳ thai nghén cao hơn khoảng 1,5 lần. Mối liên hệ này phản ánh sự ảnh hưởng của quan điểm giới tính và vai trò của người chồng/bạn tình trong thai kỳ đến mức độ an toàn của thai phụ [87]. Bên cạnh đó, các yếu tố như sự ghen tuông, nghi ngờ không có cơ sở về sự không chung thủy của vợ, hoặc tâm lý căng thẳng của người chồng/bạn tình cũng được xác định là làm gia tăng hành vi bạo lực trong gia đình đối với phụ nữ đang mang thai [85].

Các đặc điểm trước sinh

Phụ nữ có con ít bị bạo hành tình dục hơn so với những người không có con. Song song với kết quả này, một nghiên cứu được thực hiện ở Nepal (2015) cho thấy việc không có con làm tăng khả năng phụ nữ bị bạo hành tình dục [74].

Trong tổng số 16 nghiên cứu được thực hiện tại 10 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, kết quả cho thấy bạo lực do chồng/bạn tình trong thai kỳ (p-IPV) có tác động tiêu cực đến việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc thai sản [88]. Cụ thể, phụ nữ mang thai bị bạo hành có xu hướng bắt đầu khám thai muộn, số lần

khám ít hơn hoặc hoàn toàn không tiếp cận các dịch vụ chăm sóc trước sinh. Một số phân tích còn ghi nhận sự sụt giảm đáng kể trong việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc thai kỳ ở nhóm phụ nữ này. Nghiên cứu của Simukai Shamu (2018) cũng chỉ ra rằng, phụ nữ phải đối mặt với p-IPV có nguy cơ mang thai ngoài ý muốn cao hơn từ 1,31 đến 2,02 lần. Đặc biệt, những trường hợp bị bạo lực tình dục hoặc kết hợp cả thể chất và tình dục có nguy cơ không tiếp cận khám thai bao giờ cao hơn rõ rệt, lần lượt là 2,09 lần và 2,13 lần so với nhóm không bị bạo hành [89].

Hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội là một khái niệm đa chiều bao gồm nhiều loại hỗ trợ bởi thành viên gia đình, bạn bè, các chuyên gia trợ giúp (bác sĩ, nhà trị liệu), đồng nghiệp và thành viên cộng đồng. Các loại hỗ trợ xã hội bao gồm sự sẵn sàng của ai đó để chấp nhận và cảm thông (hỗ trợ tinh thần) nếu cần thiết, chẳng hạn như cho vay tiền hoặc chăm sóc trẻ em, giải quyết vấn đề hoặc hỗ trợ thông tin và giúp đưa ra quyết định, như lời khuyên về cách hành xử hoặc có phản hồi tốt nhất. Mỗi loại hỗ trợ xã hội có thể ảnh hưởng khác nhau đến tình trạng sức khỏe của người nhận được sự hỗ trợ [32],[90],[40],[33].

Phụ nữ là nạn nhân của bạo hành thường rơi vào tình trạng bị cô lập, thiếu kết nối với cộng đồng xung quanh. Trong bối cảnh đó, mạng lưới hỗ trợ xã hội đóng vai trò thiết yếu, có thể góp phần làm giảm nguy cơ xảy ra bạo lực từ chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai và sau sinh [32],[90]. Ngoài ra, những phụ nữ duy trì mối quan hệ thường xuyên với gia đình của mình được ghi nhận là ít có khả năng bị bạo hành hơn [40],[33].

Về hỗ trợ xã hội, không có ai giúp đỡ về mặt tài chính có liên quan đến tỷ lệ mắc p-IPV gia tăng và các đợt bạo hành lặp đi lặp lại trong thời kỳ mang thai, lần lượt là OR 3,57, (KTC95% 1,85 - 6,90) và OR 3,21, (KTC95% 1,69 - 6,11). Để được hỗ trợ xã hội về mặt giao tiếp, nói chuyện với một thành viên

trong gia đình ít nhất hàng tháng có liên quan đến việc giảm tỷ lệ mắc p-IPV và các đợt p-IPV lặp lại trong thai kỳ, OR 0,46 (KTC 95% 0,26 - 0,82) và OR 0,41 (KTC95 % 0,23 - 0,73) tương ứng. Hỗ trợ xã hội cho phụ nữ có liên quan đến việc giảm tỷ lệ mắc p-IPV trong thời kỳ mang thai. Gia đình ba mẹ đẻ đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ xã hội cho những phụ nữ bị bạo hành trong thời kỳ mang thai; tuy nhiên, sự tham gia thực sự của họ trong việc giảm thiểu tác động của bạo hành ở môi trường châu Phi cần được nghiên cứu thêm [91].

Trong một nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 1.309 phụ nữ mang thai tại huyện Đông Anh, Việt Nam, N.T. Hoàng (2018) ghi nhận rằng những phụ nữ không nhận được sự hỗ trợ xã hội có nguy cơ cao hơn bị bạo hành từ chồng/bạn tình trong thai kỳ. Cụ thể, họ có khả năng phơi nhiễm với bạo lực này ít nhất một lần với OR là 3,1 (KTC 95%: 2,4–3,9) hoặc nhiều lần với OR là 2,9 (KTC 95%: 2,2–3,8). Kết quả nghiên cứu cho thấy sự thiếu hụt hỗ trợ xã hội và tiền sử từng bị bạo hành là những yếu tố làm tăng nguy cơ bạo lực đối với phụ nữ trong thời kỳ mang thai tại Việt Nam [6].

Chất lượng giấc ngủ

Chất lượng giấc ngủ, đây là một lĩnh vực hạn chế hơn trong các nghiên cứu về p-IPV. Hơn nữa, sự giao thoa giữa p-IPV, sức khỏe tâm thần và rối loạn giấc ngủ đã bị bỏ qua phần lớn. Tuy nhiên, đây là một điểm quan trọng do tác động tiềm tàng của sức khỏe của bà mẹ và trẻ.

Phụ nữ trong thời kỳ mang thai và sau khi sinh có thể dễ mắc chứng mất ngủ và các vấn đề khác liên quan đến giấc ngủ [92]. Gần đây, các nghiên cứu đã ghi nhận rằng những thay đổi về nội tiết thần kinh và sinh lý thường gặp khi mang thai và sinh con cũng như các tác nhân gây căng thẳng về xã hội và môi trường như p-IPV có thể góp phần làm giảm chất lượng giấc ngủ và tăng nguy cơ mất ngủ ở phụ nữ mang thai [93]. Và nhiều nghiên cứu đã xác định có mối liên quan giữa p-IPV ở phụ nữ mang thai với các nguy cơ bất lợi về tinh thần,

thể chất, sức khỏe sinh sản và chất lượng giấc ngủ. Theo Woods và Cs (2010) báo cáo rằng các nạn nhân của p-IPV có nguy cơ tăng rối loạn giấc ngủ, xuất phát từ sự cảnh giác cao độ và đề phòng bạo hành khi đang ngủ [93].

Hạnh phúc (Well-being)

Hạnh phúc là một niềm vui bên trong. Tâm lý lạc quan liên quan đến ba mong muốn: cuộc sống dễ chịu (cảm xúc tích cực), cuộc sống tốt đẹp (trí thông minh và thể thao), và cuộc sống đầy đủ ý nghĩa (thể chế tích cực như dân chủ, gia đình mạnh mẽ và tự do tìm hiểu)[94]. Hạnh phúc là yếu tố dự báo chính về chất lượng cuộc sống vì tuổi thọ tích cực tăng đáng kể cả về giá trị tuyệt đối và tương đối ở mọi lứa tuổi trưởng thành. Hơn nữa, nó làm tăng tuổi thọ trung bình [95]. Chỉ số hạnh phúc trong cuộc khảo sát mô tả cắt ngang tại Nepal, dựa trên bảng câu hỏi, trực tuyến bằng cách chọn mẫu thuận tiện đã mô tả số lượng cả nạn nhân và thủ phạm bạo hành bằng lời nói và thể chất đều có điểm số hạnh phúc WHO-5 thấp so với những người không đối mặt hoặc không có hành vi bạo hành [96]. Tuy nhiên, không có nhiều nghiên cứu về yếu tố liên quan này.

Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu của bà mẹ

Một yếu tố tiềm ẩn làm tăng nguy cơ p-IPV này có thể là tiếp xúc với bạo hành thời thơ ấu của bà mẹ. Có mối liên hệ tích cực giữa việc từng tiếp xúc với bạo hành trong quá khứ về việc cha bạo hành mẹ hoặc ngược lại và tình trạng hiện tại của người phụ nữ đã từng bị bạo hành [97].

Phân tích tổng hợp của các bà mẹ từ 8 quốc gia có thu nhập trung bình (2021) cho thấy ở cấp độ từng quốc gia, cả tác động tích cực và tiêu cực của trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACEs) đối với sự gắn bó của thai nhi đã được quan sát thấy sau khi đưa các triệu chứng trầm cảm vào vai trò trung gian, chứng minh rằng các yếu tố văn hóa và địa lý có thể ảnh hưởng đến sự phát triển đồng cảm của người mẹ sau khi tiếp xúc với ACEs [98].

Nghiên cứu về vai trò của ACEs của người mẹ và hỗ trợ xã hội năm 2019 trên 1994 phụ nữ mang thai chứng minh rằng các ACEs dự đoán các triệu chứng trầm cảm trong thai kỳ ($OR = 1,26$; KTC95% 1,12-1,43), giai đoạn sau sinh ($OR = 1,34$; KTC95% 1,17-1,52), và trong suốt thời kỳ chu sinh ($OR = 1,31$; KTC95% 1,12-1,54). Sự hỗ trợ của xã hội không làm giảm mối liên quan giữa ACEs của bà mẹ và trầm cảm trong bất kỳ thời điểm nào [99]. Nghiên cứu theo dõi tiến cứu ở phụ nữ mang thai tại 5 Trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu ở vùng Monastir (Tunisia) từ năm 2015- 2016 cho thấy trầm cảm là yếu tố trung gian tỷ lệ đáng kể của mối quan hệ giữa số lượng tích lũy của ACEs và kết quả mang thai [100].

Các nhà nghiên cứu đã phân loại một nhóm bà mẹ đa quốc gia thành bốn nhóm dựa trên mức độ và loại hình tổn thương mà họ phải chịu đựng khi còn nhỏ. Cụ thể, có ba nhóm được xác định là có nguy cơ cao: (1) nhóm bị ngược đãi nghiêm trọng (chiếm 7%), (2) nhóm bị bạo hành về mặt tinh thần và thể chất kèm theo bạo hành trong gia đình (chiếm 13%), và (3) nhóm chỉ bị bạo hành về mặt tinh thần (chiếm 40%). Nhóm còn lại, (4) có mức độ bạo hành gia đình thấp, cũng chiếm 40%. Kết quả nổi bật cho thấy những bà mẹ thuộc nhóm (2) – những người phải chịu đựng cả bạo hành tinh thần, thể chất và bạo hành gia đình thời thơ ấu – có xác suất sinh con nhẹ cân cao hơn đáng kể so với ba nhóm còn lại [101].

Tại Việt Nam, điều tra quốc gia về bạo hành đối với phụ nữ (2019) cho thấy phụ nữ đã từng bị ép buộc hoặc cưỡng ép quan hệ tình dục lần đầu, từng chứng kiến mẹ của mình bị đánh đập khi còn nhỏ thì có nguy cơ đối mặt với bạo hành cao hơn nhiều các phụ nữ khác [1]. Nghiên cứu quốc gia về bạo hành đối với phụ nữ (2010) cũng chỉ ra rằng phụ nữ đã từng bị bạo hành khi còn nhỏ hoặc bị bạo hành tình dục khi còn nhỏ bị bạo hành nhiều hơn so với các phụ nữ khác [102].

Tại Việt Nam, dữ liệu từ cuộc điều tra quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ năm 2019 cho thấy những người chồng/bạn tình từng trải qua bạo lực khi còn nhỏ hoặc từng chứng kiến mẹ bị bạo hành trong quá khứ có xu hướng dễ tái

hiện hành vi bạo lực với vợ khi trưởng thành [1]. Một nghiên cứu năm 2021 về ảnh hưởng của ACEs đến sự phát triển tình cảm – xã hội giữa mẹ và trẻ sơ sinh tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình đã chỉ ra sự cần thiết của các chương trình can thiệp nhằm phòng ngừa các vấn đề sức khỏe tâm thần ở trẻ. Cách tiếp cận hiệu quả là hỗ trợ người mẹ vượt qua các trải nghiệm tiêu cực trong quá khứ và giúp người chăm sóc tạo ra môi trường an toàn cho trẻ, từ đó hình thành nền tảng vững chắc cho sự phát triển tâm lý và ngăn chặn chu kỳ lặp lại của bạo lực hoặc ngược đãi qua các thế hệ [103].

Bạo hành do chồng/bạn tình gây ra chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố thúc đẩy. Các yếu tố thúc đẩy bao gồm: đặc điểm cá nhân của người vợ như sống ở nông thôn, trình độ học vấn thấp, phụ thuộc tài chính, nghiện rượu hoặc không được hỗ trợ xã hội; đặc điểm của người chồng/bạn tình như trình độ học vấn thấp, thất nghiệp, nghiện rượu, có hành vi hung hăng, quan niệm gia trưởng và mong muốn có con trai; cùng với đó là yếu tố kinh tế khó khăn, căng thẳng gia đình, mang thai ngoài ý muốn và từng có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu. Bên cạnh đó, sự thiếu hụt hỗ trợ xã hội, cô lập khỏi cộng đồng và môi trường gia đình không an toàn cũng làm tăng nguy cơ bị bạo hành.

Ngược lại, hậu quả của bạo hành trong thai kỳ không chỉ gây tổn thương thể chất, tinh thần và tình dục cho người phụ nữ mà còn dẫn đến hàng loạt hệ lụy sức khỏe và xã hội: giảm khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc thai sản, gia tăng nguy cơ mang thai ngoài ý muốn, rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, giảm mức độ hạnh phúc và chất lượng cuộc sống. Ngoài ra, phụ nữ từng bị bạo hành có thể gặp khó khăn trong gắn kết mẹ – con, ảnh hưởng đến sự phát triển tâm lý của trẻ và có nguy cơ tái diễn vòng xoáy bạo lực qua các thế hệ.

Tuy nhiên, khi xem xét các yếu tố nguy cơ, chỉ khoảng một phần ba các nghiên cứu có khả năng kiểm soát các yếu tố gây nhiễu trong mô hình phân tích đa biến. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu về cách thiết kế và xử lý dữ liệu đã hạn chế việc tổng hợp và đánh giá một cách hệ thống các yếu tố nguy cơ liên quan đến bạo hành ở phụ nữ mang thai.

1.5.2. Tác động của bạo hành phụ nữ mang thai đến kết quả sinh bất lợi và trầm cảm sau sinh của bà mẹ

1.5.2.1. Kết quả sinh bất lợi

Một khía cạnh khác của bạo hành trong khi mang thai là có thể dẫn đến làm tăng đáng kể tỷ lệ sinh mổ, nguy cơ sinh non, sinh con nhẹ cân và tử vong sơ sinh.

Bảng 1.4. Tác động của bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh

STT	Tác giả	Năm	Nơi	Kết quả sinh	OR	KTC 95%
1	Finnbogadóttir, H., et al. [104]	2020	Thụy Điển	Sinh mổ	1,33	1,02-1,70
2	Shamu S, et al. [89]	2018	Zimbabwe	Sảy thai	1,45	1,06-1,98
				Nhẹ cân khi sinh	1,78	1,26-2,52
3	Dhar D, et al. [105]	2018	Ấn Độ	Sảy thai	1,35	1,11-1,65
				Thai chết lưu	1,36	1,02-1,82
4	Trần Thị Nhật Vy [43]	2019	Việt Nam	Sinh non	1,44	1,00-2,10
				Nhẹ cân	1,44	1,00-2,30

Một nghiên cứu thuần tập theo dõi dọc trên 1939 phụ nữ mang thai ≥ 18 tuổi tại Thụy Điển từ năm 2012-2014 đã chỉ ra bạo hành làm tăng nguy cơ sinh mổ của phụ nữ, bạo hành tinh thần cũng làm tăng đáng kể nguy cơ sinh mổ bất kể là sinh mổ theo kế hoạch hay sinh mổ khẩn cấp (OR= 1,50; KTC95% 1,09-2,06) [104]. Nghiên cứu của tác giả Simukai Shamu (2018) với nghiên cứu cắt ngang ghi nhận mỗi dạng IPV đều có liên quan đến tiền sử sảy thai (OR: 1,26–1,38) và bất kỳ sức khỏe tiêu cực nào của bà mẹ và trẻ sơ sinh trong suốt cuộc đời của họ (OR: 1,32–1,55) [89].

Nghiên cứu về bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai đến sức khỏe bà mẹ và cân nặng của trẻ mới sinh cho thấy rằng bạo hành trong khi mang thai là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với trẻ sơ sinh nhẹ cân [106]. Một nghiên cứu cắt ngang do Gillbert và cs (2012) cho thấy phụ nữ mang thai từng bị bạo hành có nguy cơ cao hơn trong việc sử dụng rượu và các chất kích thích trong thai kỳ [107]. Tương tự, một nghiên cứu khác được tiến hành tại Hoa Kỳ vào năm 2011 cũng chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa bạo lực đối với thai phụ và tình trạng tăng cân chậm trong suốt thời gian mang thai [108].

Một nghiên cứu thuần tập hồi cứu từ năm 2003-2009 cho thấy phụ nữ bị bạo hành có nhiều khả năng sinh non hơn so với phụ nữ không bị bạo hành (18,3% so với 10,3%). Trẻ sơ sinh của phụ nữ bị bạo hành có nhiều khả năng bị nhẹ cân hơn so với trẻ của phụ nữ không bị bạo hành (21,5% so với 11,0%) và được chăm sóc tích cực sơ sinh (23,4% so với 7,8%) [109]. Một nghiên cứu được thực hiện tại Hà Nội trong giai đoạn 2014–2015 cho thấy rằng phụ nữ mang thai từng trải qua bạo hành thể chất có nguy cơ sinh non cao hơn khoảng 5,5 lần (OR = 5,5; KTC 95%: 2,1–14,1) và nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gần 6 lần (OR = 5,7; KTC 95%: 2,2–14,9) so với những phụ nữ không bị bạo hành thể chất trong thai kỳ [5].

Các hành vi bạo lực thể chất hoặc tình dục đối với phụ nữ mang thai có thể gây ra hậu quả nghiêm trọng đối với thai nhi, bao gồm nguy cơ mất thai, thai lưu hoặc tử vong sau sinh. Một phân tích dữ liệu tại Ấn Độ vào năm 2018 cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa bạo lực trên cơ sở giới trong thai kỳ và các biến cố sản khoa như sảy thai (OR = 1,35; KTC 95%: 1,11–1,65) và thai chết lưu (OR = 1,36; KTC 95%: 1,02–1,82) [105]. Một nghiên cứu tại Châu Phi (2018) chỉ ra mỗi dạng IPV suốt đời (cảm xúc, thể chất, tình dục, thể chất/tình dục) đều có liên quan đến tiền sử sảy thai (OR: 1,26–1,38), tử vong ở trẻ sơ sinh (OR: 1,13–2,05) và bất kỳ sức khỏe tiêu cực nào của bà mẹ và trẻ

sơ sinh kết quả trong suốt cuộc đời của họ (OR: 1,32–1,55) [89]. Nghiên cứu về ảnh hưởng của bạo hành gia đình đến tử vong chu sinh và trẻ nhỏ (2006) cũng chỉ ra rằng các ca sinh ở những bà mẹ từng bị bạo hành gia đình có nguy cơ tử vong là 2,59 (KTC95%: 1,35 - 4,95) cao hơn so với các trường hợp sinh ở các bà mẹ không bị bạo hành [110].

Mối quan hệ giữa bạo hành gia đình và một số tai biến sản khoa, như thiếu máu và rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, cũng đã được nghiên cứu. Phụ nữ mang thai bị bạo hành gia đình được phát hiện có nguy cơ cao bị tai biến sản khoa [9], [10]. Những phụ nữ bị bạo hành gia đình khi mang thai có nguy cơ tử vong chu sinh và sơ sinh tương đối cao hơn 2,6 và 2,4 lần so với phụ nữ không bị bạo hành, sau khi kiểm soát các yếu tố nguy cơ về hành vi xã hội học và sức khỏe bà mẹ [110].

Một nghiên cứu thuần tập trên phụ nữ mang thai cho thấy phụ nữ có tiền sử bạo hành làm tăng nguy cơ sinh mổ của phụ nữ (OR 1,33, KTC 95% 1,02–1,70). Tiền sử bạo hành tinh thần cũng làm tăng đáng kể nguy cơ sinh mổ bất kể là sinh mổ theo kế hoạch hay sinh mổ khẩn cấp (OR 1,50, KTC 95% 1,09–2,06). Trẻ sinh ra từ người mẹ có tiền sử bạo hành, có nguy cơ sinh non <37 tuần tuổi đáng kể so với trẻ sinh ra bởi bà mẹ không có tiền sử bạo hành ($p = 0,049$) [104]. Bên cạnh đó, tỷ lệ sinh non tăng gần gấp hai lần đối với phụ nữ tiếp xúc với IPV trong thời kỳ mang thai [7].

1.5.2.2. Trầm cảm của bà mẹ

Tác động của bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm của bà mẹ cho thấy một mối liên hệ đáng báo động giữa bạo hành và trầm cảm, cả trước và sau sinh [111]. Các nghiên cứu được thực hiện ở nhiều quốc gia khác nhau, từ Brasil đến Ấn Độ, Ethiopia, Bangladesh, Canada và Việt Nam, cho thấy đây là một vấn đề toàn cầu, không giới hạn ở một khu vực hay quốc gia nào.

Bảng 1.5. Tác động của bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm của bà mẹ

STT	Tác giả	Năm	Địa điểm	Thiết kế nghiên cứu	Trầm cảm trước sinh	Trầm cảm sau sinh	OR	KTC 95%
1	Da Silva Lima L., et al. [112]	2020	Brasil	Cắt ngang	41,5%	-	6,74	2,0-21,7
2	Sheeba B, et al. [113]	2019	Ấn Độ	Cắt ngang	35,7%	-	5,9	1,7-20,6
3	Ashenafi Wondimye et al. [11]	2021	Ethiopia	Cắt ngang	-	16,3%	1,98	1,53-2,54
4	Islam MJ, et al. [12]	2017	Bangladesh	Cắt ngang	-	35,2%	6,92	1,71-28,04
5	Urquia ML, et al. [114]	2011	Canada	Cắt ngang	-	-	4,3	2,1-8,7
6	Do HP, et al. [115]	2019	Việt Nam	Tổng quan	-	-	3,69	2,51-5,42
7	Tho Nhi Tran, et al. [4]	2019	Việt Nam	Theo dõi dọc	-	-	2,75	1,19-6,35

Tỷ lệ trầm cảm trước sinh ở các bà mẹ bị bạo hành dao động từ 35,7% (Ấn Độ) đến 41,5% (Brasil) [112],[113]. Điều này cho thấy hơn một phần ba số bà mẹ bị bạo hành phải đối mặt với trầm cảm ngay trong thời kỳ mang thai, một giai đoạn vốn dĩ đầy những thay đổi và áp lực. Bên cạnh đó, tỷ lệ trầm cảm sau sinh cũng ở mức cao. Nghiên cứu của Ashenafi Wondimye et al. (2021, Ethiopia) ghi nhận tỷ lệ trầm cảm sau sinh là 16,3% [11], trong khi con số này ở Bangladesh là 35,2% [12].

Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng bạo hành do chồng/bạn tình là một yếu tố nguy cơ lớn đối với trầm cảm ở bà mẹ. Điều này được thể hiện qua chỉ số OR, dao động từ 1,98 ở Ethiopia đến 6,92 ở Bangladesh, OR trên 1 cho thấy mối liên hệ dương tính, nghĩa là những bà mẹ bị bạo hành có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn so với những người không bị bạo hành [11], [12].

Tại Brasil cho thấy 41,5% phụ nữ mang thai có các triệu chứng trầm cảm. Trong phân tích hồi quy logistic, những triệu chứng này có mối liên hệ đáng kể ở những phụ nữ trải qua IPV (OR = 6,74; KTC 95%: 2,0 - 21,7) [112]. Tại Ấn Độ (2019) ghi nhận tỷ lệ hiện mắc trầm cảm trước khi sinh là 35,7%. Sự hiện diện của bạo hành gia đình gây ra nguy cơ mắc trầm cảm trước khi sinh cao hơn gấp 5 lần so với các phụ nữ khác [113].

Tại Ethiopia (2018) cho thấy có 16,3% phụ nữ bị trầm cảm sau sinh (postpartum depression –PPD). Tỷ lệ PPD ở phụ nữ bị IPV trong thai kỳ cao hơn 1,98 lần so với những phụ nữ không bị IPV trong thời kỳ mang thai (KTC95%: 1,53–2,54). Tiếp xúc với bạo hành tinh thần của chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai được phát hiện làm tăng tỷ lệ PPD lên 1,79 so với không tiếp xúc với bạo hành tinh thần của chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai (KTC95%: 1,48–2,18) [11]. Tại Bangladesh từ năm 2015-2016 cũng cho thấy khoảng 35,2% phụ nữ trải qua trầm cảm sau sinh trong vòng 6 tháng đầu tiên sau khi sinh con. Tỷ lệ PPD cao hơn đáng kể ở những phụ nữ bị bạo hành thể chất (OR: 1,79; KTC95%: 1,25-3,43), tình dục (OR: 2,25; KTC95%: 1,14-4,45) và tâm lý (OR: 6,92; KTC 95%: 1,71-28,04) [12]. Khảo sát về trải nghiệm thai sản trên toàn quốc tại Canada chứng minh hầu hết các khía cạnh bạo hành có liên quan đến trầm cảm sau sinh, đặc biệt là sự kết hợp của bạo hành tinh thần và bạo hành thể chất bắt đầu từ trước và tiếp tục trong thời kỳ mang thai (OR = 4,1; KTC95%: 1,9-8,9) và do chồng/bạn tình gây ra (OR = 4,3; KTC95%2,1-8,7) [114].

Một phân tích tổng hợp từ 7 nghiên cứu độc lập (1970-2018) tại Việt Nam chỉ ra bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai về tinh thần có nguy cơ mắc chứng rối loạn tâm thần trước sinh gấp 4 lần so với những người không bị bạo hành (OR= 3,69; KTC95%: 2,51- 5,45), I²= 36%) [115]. Nghiên cứu dọc về IPV ở phụ nữ mang thai và trầm cảm sau sinh tại Hà Nội cũng cho thấy bạo hành thể xác và tình dục đều có liên quan chặt chẽ với trầm cảm sau sinh (tương ứng là OR = 2,75, KTC95%: 1,19-6,35 và OR = 1,93, KTC95%: 1,01-3,73) [4].

Ngoài những ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần, trầm cảm ở phụ nữ mang thai còn tiềm ẩn nguy cơ gây hại cho chính bản thân họ và những người xung quanh. Một nghiên cứu năm 2013 ghi nhận rằng có đến 75% phụ nữ mang thai từng trải qua trầm cảm biểu hiện các dấu hiệu của sang chấn tâm lý. Đáng lo ngại hơn, khoảng 42,4% trong số đó từng có những hành vi cực đoan, bao gồm hành động làm tổn hại bản thân hoặc đe dọa đến tính mạng người khác. Điều này cho thấy trầm cảm trong thai kỳ không chỉ là vấn đề cá nhân mà còn là mối quan tâm nghiêm trọng đối với cộng đồng và hệ thống y tế [116].

Một nghiên cứu tổng quan năm 2021 cho thấy bạo hành trong thai kỳ có liên quan chặt chẽ đến các vấn đề sức khỏe tâm thần ở phụ nữ, đặc biệt là trầm cảm sau sinh. Do đó, các nhân viên y tế cần phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để hỗ trợ tâm lý, ngăn ngừa di chứng và bảo vệ mối liên kết mẹ - con [117].

1.5.2.3. Sự phát triển của trẻ

Graham (2010) theo dõi dọc trong 2 năm cho thấy bạo hành do chồng/bạn tình không chỉ ảnh hưởng đến sự phát triển cảm xúc xã hội, mà còn ảnh hưởng đến khả năng nói của trẻ [34]. Một nghiên cứu cắt ngang của Koenen (2003) cho thấy những trẻ em chứng kiến bạo hành trung bình có chỉ số thông minh thấp hơn 8 điểm so với những đứa trẻ không tiếp xúc, ngay cả khi kiểm soát các biến gây nhiễu có thể xảy ra cho thấy có sự ảnh hưởng lẫn nhau giữa đau khổ liên quan đến chấn thương và kỹ năng nhận thức ở trẻ em chứng kiến bạo hành tại nhà [36].

Vỏ não xử lý kích thích cảm xúc và thông tin. Đáng chú ý là việc tiếp xúc trực tiếp với bạo hành liên tục có liên quan đến việc giảm thể tích trong vỏ não thị giác và giảm kết nối giữa vỏ não thị giác và hệ limbic. Quan trọng nhất, sự giảm thể tích não và các kết nối trong tế bào thần kinh được quan sát có liên quan trực tiếp đến tình trạng phơi nhiễm mãn tính trước 12 tuổi [37]. Tất cả điều này tác động chung đến sự phát triển của trẻ, tuy nhiên vấn đề này còn ít được nêu rõ ràng.

Nghiên cứu của Kacenebogen và cs (2016), được thực hiện dưới dạng cắt ngang, đã so sánh sự phát triển của trẻ em có cha mẹ ly thân với những trẻ em có cha mẹ ở cùng. Kết quả cho thấy, mặc dù khả năng thực hiện nhảy đứng và tự mặc quần áo ở trẻ có cha mẹ ly thân tương đương với trẻ có cha mẹ ở cùng (tỷ lệ lần lượt là 0,9 và 1,1), và thậm chí có phần nhỉnh hơn ở các kỹ năng vẽ đường thẳng đứng và vòng tròn (tỷ lệ lần lượt là 1,3 và 1,2), nhìn chung, những đứa trẻ có cha mẹ ly thân vẫn thể hiện sự chậm tiến hơn trong quá trình phát triển tâm lý vận động [38].

Nghiên cứu của Donald (2018) với 1.143 ca sinh sống, 1.002 ca được theo dõi sau 24 tháng, và tổng số 734 trẻ em (73%) được đánh giá về sự phát triển, trong đó 354 trẻ em (48,2%) là trẻ em gái. Một tỷ lệ cao trẻ em được phân loại là chậm phát triển (được xác định bằng cách cho điểm < -1 độ lệch chuẩn dưới điểm số trung bình được tính theo thang điểm BSID-III từ dân số Hoa Kỳ) 55,3% trẻ em có >1 lĩnh vực bị ảnh hưởng và 10,2% bị chậm phát triển ở tất cả các lĩnh vực. Trong đó có trầm cảm hoặc bạo hành và nhiễm HIV ở bà mẹ ($p = 0,042$) có liên quan đến chậm phát triển ở trẻ [118].

1.5.2.4. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Bạo hành do chồng/bạn tình trong hoặc ngay trước thai kỳ được ghi nhận có ảnh hưởng tiêu cực đến việc nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Nghiên cứu của Brand (2011) với thiết kế theo dõi dọc chỉ ra rằng phụ nữ trải qua bạo hành có xu hướng ít bắt đầu nuôi con bằng sữa mẹ hơn, và những người đã bắt đầu cho con bú cũng có nguy cơ ngừng cho con bú sớm hơn đáng kể chỉ sau bốn

tuần sau sinh [119]. Điều này trực tiếp tác động đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lin (2023) đã kết luận rằng việc bà mẹ tiếp xúc với p-IPV làm tăng nguy cơ trẻ nhỏ bị suy dinh dưỡng so với những bà mẹ không bị bạo hành [120].

Phân tích sâu hơn cho thấy p-IPV, đặc biệt là BHTC, BHTD, liên quan đáng kể đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống chỉ ra rằng bạo hành thể chất và tình dục làm tăng 55% nguy cơ trẻ bị suy dinh dưỡng (OR 1,55, KTC 95% 1,14–2,11). Mặc dù mỗi liên hệ với suy dinh dưỡng thể thấp còi và thiếu cân có thể không đạt ý nghĩa thống kê trong phân tích tổng thể, nhưng các nghiên cứu theo quốc gia tại Châu Phi cận Sahara cho thấy mức độ liên quan biến đổi đáng kể. Cụ thể, tỷ lệ chênh lệch điều chỉnh giữa IPV và suy dinh dưỡng nói chung, suy dinh dưỡng thể thấp còi và thiếu cân là rất cao tại một số quốc gia như Burkina Faso và Burundi [120],[121].

Nghiên cứu Barnett (2022) theo dõi tác động của IPV trong thai kỳ đến sự phát triển của trẻ trong 12 tháng đầu đời cho thấy bạo hành (cả cảm xúc và thể chất) có liên quan đến việc giảm cân nặng của trẻ cả khi sinh và ở thời điểm 12 tháng tuổi. Bạo hành thể chất được phát hiện có ảnh hưởng tiêu cực đến chiều cao của trẻ lúc mới sinh, trong khi cả bạo hành cảm xúc và thể chất đều tác động đến chiều cao của trẻ khi được 12 tháng tuổi. Đáng chú ý, việc bà mẹ sử dụng rượu và thuốc lá trong thai kỳ và sau sinh còn làm trầm trọng thêm những tác động tiêu cực này lên sự phát triển thể chất của trẻ [122].

Trên quy mô lớn hơn, một nghiên cứu cắt ngang của 204.159 phụ nữ đã kết hôn tại 29 quốc gia thu nhập thấp và trung bình, trong đó 34,1% báo cáo từng bị bạo hành bởi chồng/bạn tình, đã xác nhận mối liên hệ giữa bạo hành thể chất hoặc tình dục với tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ. Phân tích hồi quy logistic cho thấy bạo hành thể chất (OR: 1,11; KTC 95%: 1,09-1,14) và bạo hành tình dục (OR: 1,09; KTC 95%: 1,05-1,13) từ chồng/bạn tình đều liên quan đến nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn ở trẻ. Mối liên hệ này có xu hướng mạnh hơn ở các khu

vực thành thị, nhóm phụ nữ có trình độ học vấn thấp và tại các quốc gia có mức thu nhập trung bình. Nghiên cứu này cũng phát hiện mối liên quan giữa bạo hành và tình trạng gãy mòn ở trẻ (OR: 0,94; KTC 95%: 0,90-0,98) [41].

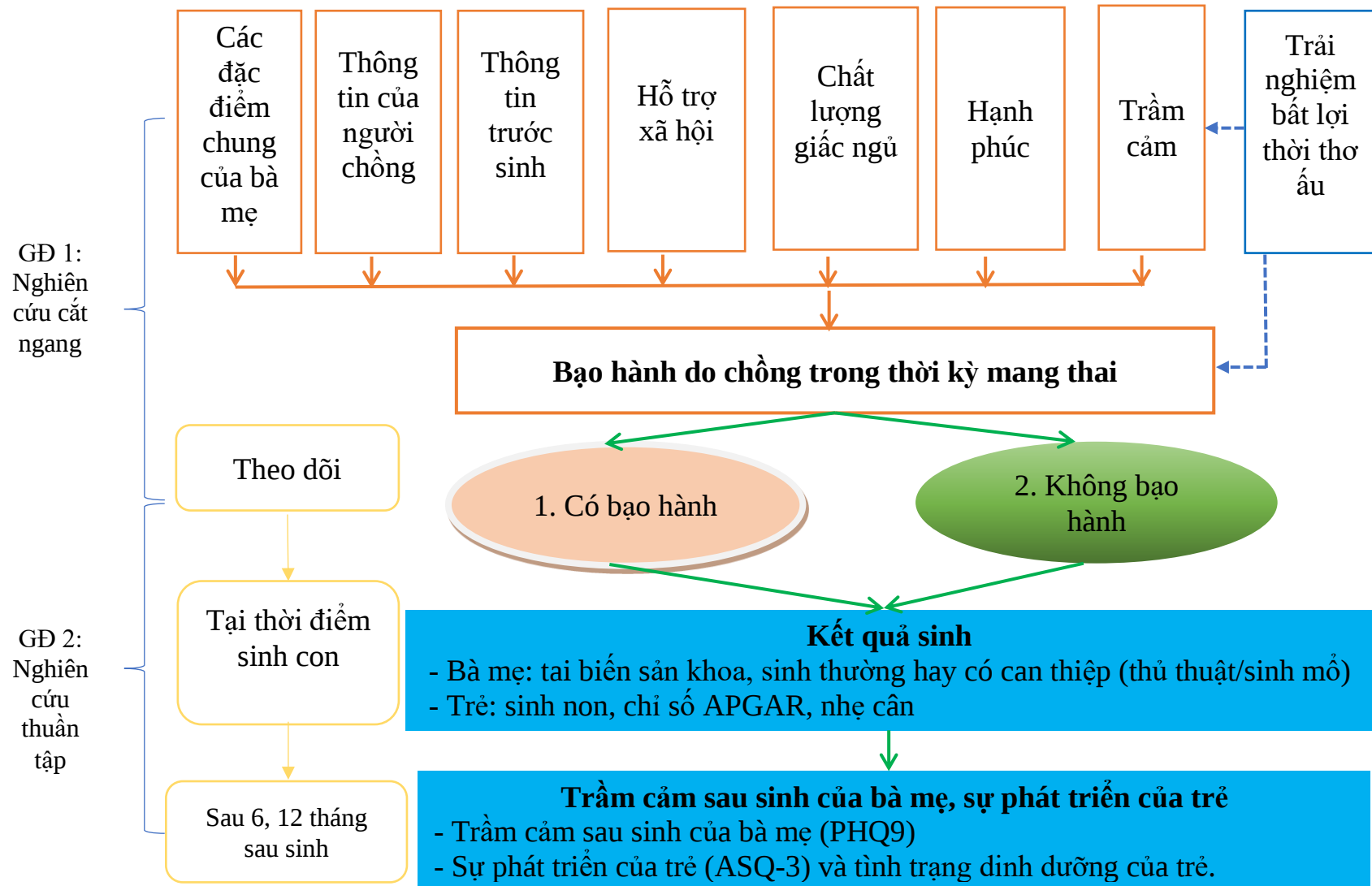
1.6. GIỚI THIỆU VỀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

Thành phố Đà Nẵng trong giai đoạn 2022 - 2024 là đô thị loại I trực thuộc Trung ương, nằm ở khu vực Nam Trung Bộ, hiện có 56 xã, phường. Đây là trung tâm kinh tế - xã hội phát triển năng động của Việt Nam, đồng thời cũng là địa phương có hệ thống y tế được đầu tư mạnh mẽ, đặc biệt trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Các chương trình sàng lọc trước sinh, kế hoạch hóa gia đình và tư vấn chăm sóc thai kỳ được triển khai rộng rãi, góp phần cải thiện các chỉ số sức khỏe của phụ nữ và trẻ nhỏ.

Tuy nhiên, bên cạnh những tiến bộ đó, vấn đề bạo hành gia đình - đặc biệt là bạo hành đối với phụ nữ mang thai - vẫn tồn tại và là thách thức đáng kể trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Chính quyền thành phố đã ban hành nhiều chính sách và kế hoạch hành động cụ thể, như Kế hoạch số 22/KH-UBND ngày 25/01/2022 về công tác gia đình và phòng, chống bạo hành gia đình, nhằm nâng cao nhận thức, tăng cường thực thi pháp luật và bảo vệ các giá trị gia đình. Dù vậy, các số liệu chuyên sâu về thực trạng bạo hành trong thai kỳ và tác động của nó đến sức khỏe bà mẹ, kết quả sinh vẫn còn hạn chế.

Việc lựa chọn Đà Nẵng làm địa bàn nghiên cứu là cần thiết và phù hợp. Một mặt, đây là địa phương đang trong giai đoạn đô thị hóa nhanh, tiềm ẩn nhiều yếu tố nguy cơ cũng như cơ hội cho các biện pháp can thiệp xã hội; mặt khác, sự quan tâm của chính quyền và hệ thống y tế tạo điều kiện thuận lợi cho việc ứng dụng kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Đà Nẵng không chỉ giúp làm rõ mối liên hệ giữa bạo hành do chồng trong thai kỳ với các kết quả sức khỏe của mẹ và trẻ mà còn cung cấp bằng chứng khoa học phục vụ hoạch định chính sách, góp phần nâng cao hiệu quả chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản và phòng, chống bạo hành gia đình tại địa phương và các vùng có điều kiện tương tự [123].

1.7. KHUNG LÝ THUYẾT NGHIÊN CỨU



Sơ đồ 1.1. Khung lý thuyết các giai đoạn thiết kế nghiên cứu

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Giai đoạn 1: Nghiên cứu cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu là các phụ nữ mang thai được tuyển chọn vào cuối thai kỳ tại các xã/phường.

2.1.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đang mang thai ở giai đoạn 3 tháng cuối, có tuổi thai ≥ 28 tuần.
- Độ tuổi từ 18 đến 49 tuổi.
- Đã đăng ký kết hôn và đang sống cùng chồng.
- Có thường trú hoặc tạm trú (tối thiểu 12 tháng) tại thành phố Đà Nẵng.
- Có khả năng hiểu thông tin về nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu bằng văn bản (phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu).
- Không có các bệnh lý tâm thần nặng hoặc tình trạng sức khỏe khác làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng cung cấp thông tin chính xác và tham gia theo dõi suốt quá trình nghiên cứu.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có kế hoạch hoặc khả năng cao chuyển nơi cư trú ra khỏi địa bàn thành phố Đà Nẵng trong vòng 12 tháng sau sinh.
- Không thể giao tiếp hiệu quả hoặc cung cấp thông tin đáng tin cậy cho mục đích nghiên cứu (do rào cản ngôn ngữ nghiêm trọng).

2.1.2. Giai đoạn 2: Nghiên cứu thuần tập

Bao gồm các phụ nữ đã được khảo sát vào cuối thai kỳ để đánh giá kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và phát triển của trẻ sau sinh theo dõi trong 12 tháng sau sinh.

2.1.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Đã tham gia và hoàn thành phần khảo sát/phỏng vấn ở giai đoạn nghiên cứu ban đầu (trong thời kỳ mang thai).
- Sinh sống/cư trú tại địa bàn thành phố Đà Nẵng (trong suốt thời gian diễn ra giai đoạn theo dõi).
- Đồng ý tham gia nghiên cứu theo dõi.

2.1.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không sinh con tại các cơ sở y tế trên địa bàn tại thành phố Đà Nẵng.
- Chuyển đi khỏi địa bàn thành phố Đà Nẵng trước các thời điểm thu thập số liệu theo dõi.
- Mất dấu/mất liên lạc khi không liên lạc được sau nhiều lần cố gắng (3 lần).

2.2. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 06 năm 2024.

- Giai đoạn 1: từ tháng 10/2022 đến tháng 04/2023.
- Giai đoạn 2: từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại 28 phường xã của thành phố Đà Nẵng.

2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

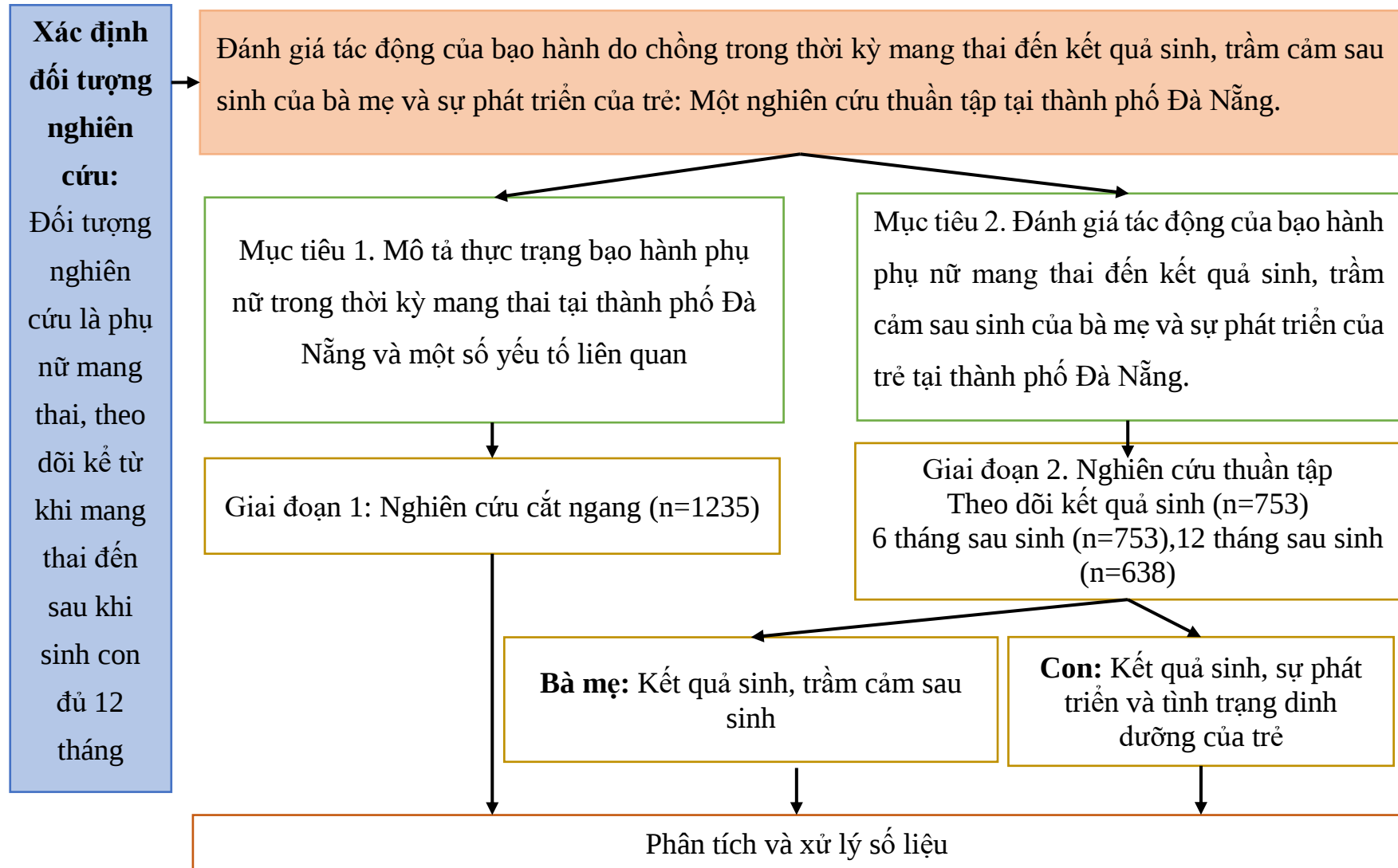
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế gồm hai giai đoạn, kết hợp nghiên cứu cắt ngang và nghiên cứu thuần tập.

Giai đoạn 1 áp dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang, thực hiện tại thời điểm tuyển chọn phụ nữ mang thai ở 3 tháng cuối thai kỳ (tuổi thai ≥ 28 tuần).

Giai đoạn 2 áp dụng thiết kế nghiên cứu thuần tập, theo dõi dọc các đối tượng đã được tuyển chọn ở giai đoạn 1 từ khi sinh con đến thời điểm trẻ đủ 12 tháng tuổi.

Thiết kế kết hợp này cho phép vừa mô tả tình trạng bạo hành trong thai kỳ tại thời điểm ban đầu, vừa theo dõi và đánh giá các kết quả sức khỏe xảy ra sau phơi nhiễm theo trình tự thời gian, phục vụ các mục tiêu nghiên cứu đã đề ra.



Sơ đồ 2.1. Thiết kế nghiên cứu

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.3.2.1. Cỡ mẫu

+ *Giai đoạn 1: Cỡ mẫu đối với nghiên cứu mô tả cắt ngang.*

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ:

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

Trong đó:

n : Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu.

Z : Với xác suất 95% có $Z = 1,96$ (tra trong bảng Z).

α : Mức ý nghĩa thống kê (xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$).

$d = 0,05$: là sai số tuyệt đối chấp nhận.

$p = 0,234$ (Tỷ lệ phụ nữ phải chịu bạo hành từ chồng trong thời gian mang thai tại thành phố Hồ Chí Minh (2019) theo thang đo CTS-2 của tác giả Trần Thị Nhật Vy là 23,4%) [43].

DE: hệ số thiết kế bằng 4. Do thai phụ tham gia trong cùng một thành phố thường có đặc điểm giống nhau, nên thông tin họ cung cấp ít đa dạng hơn. Vì vậy, để có kết quả chính xác tương đương với lấy mẫu ngẫu nhiên, phải tăng cỡ mẫu lên 4 lần.

$$n = 1,96^2 \times \frac{0,234 \times (1 - 0,234)}{0,05^2} \times 4 \approx 1104$$

Để dự phòng mất mẫu chúng tôi lấy thêm 10% nữa và cỡ mẫu dự kiến là 1214 đối tượng nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tiến hành thu thập vào nghiên cứu 1235 đối tượng đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

+ *Giai đoạn 2: Cỡ mẫu đối với nghiên cứu thuần tập.*

Cỡ mẫu được tính theo công thức cho nghiên cứu thuần tập:

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n : là cỡ mẫu chung

$Z_{1-\alpha/2}$: giá trị từ phân bố chuẩn và bằng 1,96.

$Z_{1-\beta}$: giá trị từ lực thống kê và bằng 0,842.

p_1 : Tỷ lệ mắc bệnh trong nhóm phơi nhiễm

p_2 : Tỷ lệ mắc bệnh trong nhóm không phơi nhiễm

Kiểm định tỷ số nguy cơ (Relative risk):

+ H_0 : $RR=1$

+ H_1 : $RR \neq 1$

$p_1:p_2 = 1:2$ vì nhóm phụ nữ bị bạo hành thường ít hơn nhóm không bị bạo hành. Đảm bảo tăng độ tin cậy và sức mạnh thống kê của nghiên cứu.

Bảng 2.1. Cỡ mẫu tham gia vào nghiên cứu thuần tập

Tác giả	Biến số	Tỷ lệ	Cỡ mẫu dự kiến
Đ.T.A Thu và Cs (2022) [124].	Trầm cảm sau sinh	Nguy cơ trầm cảm ở nhóm các bà mẹ không bị bạo hành là 18,1%, và nhóm các bà mẹ bị bạo hành là 38,1%	188:376 (n=564)
N.T.N Vy (2021) [43].	Nhẹ cân của trẻ	Tỷ lệ nhẹ cân khi sinh ở nhóm không bị bạo hành là 22,6%, và nhóm các bà mẹ bị bạo hành là 36,2%	163:326 (n=489)
Donald (2018) [118].	Chậm phát triển của trẻ	Tỷ lệ chậm phát triển nhóm không bạo hành là 14%, $RR = 1,88$	182: 364 (n=546)

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cho giai đoạn 2 của nghiên cứu thuần tập là **564** đối tượng nghiên cứu với tỷ lệ với nhóm phơi nhiễm với bạo hành là 188 đối tượng và nhóm không bị phơi nhiễm với bạo hành là 376 đối tượng.

Thực tế, trong giai đoạn 2 của nghiên cứu thuần tập, sau khi rà soát danh sách bà mẹ và trẻ là con của các bà mẹ theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ chúng tôi thu thập được đồng thời **753** bà mẹ và trẻ tham gia vào nghiên cứu. Trong đó, theo dõi lần 1 từ lúc sinh và lần 2 tại thời điểm 6 tháng sau sinh: có 222 bà mẹ và trẻ có phơi nhiễm với bạo hành do chồng, có 531 bà mẹ và trẻ không

phối nhiễm với bạo hành do chồng; theo dõi lần 3 tại thời điểm 12 tháng sau sinh: có 190 bà mẹ và trẻ có phối nhiễm với bạo hành do chồng, có 448 bà mẹ và trẻ không phối nhiễm với bạo hành do chồng; tổng cộng có đồng thời **638** bà mẹ và trẻ tham gia nghiên cứu lần 3. Tỷ lệ mất mẫu sau 12 tháng theo dõi là 15,3% và vẫn đảm bảo lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu.

2.3.2.2. Phương pháp chọn mẫu

+ *Giai đoạn 1: Nghiên cứu cắt ngang:* Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Bước 1: Trong số 56 phường xã tại thành phố Đà Nẵng, chọn ngẫu nhiên 50% phường xã và được 28 phường/xã (bảng 2.1) nhằm đảm bảo tính đại diện của mẫu nghiên cứu và tính khả thi về nguồn lực khi thu thập dữ liệu.

Bảng 2.2. *Danh sách các phường xã tham gia vào nghiên cứu*

STT	Phường/xã	Số lượng	STT	Phường/xã	Số lượng
1	Hải Châu 2	23	15	Khuê Mỹ	38
2	Thạch Thang	30	16	Hòa Hiệp bắc	32
3	Hòa Thuận Tây	42	17	Hòa Hiệp Nam	43
4	Hòa Cường Bắc	39	18	Hòa Khánh Bắc	63
5	Hòa Cường Nam	44	19	Hòa Khánh Nam	59
6	Thanh Bình	33	20	Hòa Minh	102
7	An Hải Bắc	59	21	Hòa Nhơn	32
8	Phước Mỹ	21	23	Hòa Sơn	43
9	Nại Hiên Đông	55	23	Hoà Tiến	47
10	Mân Thái	48	24	Hòa Phước	21
11	Thọ Quang	63	25	Hòa Khương	34
12	Hòa Quý	53	26	Hòa Liên	44
13	Hòa Hải	69	27	Hòa Phong	32
14	Mỹ An	43	28	Hòa Phú	12

Bước 2: Lập danh sách khung mẫu là những phụ nữ mang thai 3 tháng cuối căn cứ vào ngày đầu của chu kỳ kinh cuối, có đăng ký thường trú hoặc tạm trú tối thiểu 12 tháng tại thành phố Đà Nẵng theo danh sách quản lý trong sổ A3/CSYT tại Trạm Y tế phường/xã.

Danh sách quản lý thai nghén trong sổ A3/CSYT tại Trạm Y tế được thực hiện dựa trên các nguồn khác nhau như:

Các phụ nữ mang thai đến tiêm Uốn ván và quản lý thai nghén tại Trạm Y tế trong sổ A3/CSYT.

Do cộng tác viên dân số tại tổ/thôn báo cáo rà soát hàng tháng để bổ sung các phụ nữ mang thai vào sổ quản lý thai nghén A3/CSYT. Hầu hết các phụ nữ mang thai 3 tháng cuối đều được phát hiện và rà soát bổ sung.

Các trường hợp khác được đối chiếu trên phần mềm tiêm chủng với các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có tiêm vắc xin uốn ván, cán bộ của Trạm y tế và công tác viên dân số tại tổ/thôn trực tiếp hoặc gọi điện điều tra xác minh để bổ sung vào sổ quản lý thai nghén A3/CSYT.

Nhóm nghiên cứu tiến hành làm sạch và đưa vào khung mẫu các phụ nữ đảm bảo tiêu chuẩn về thời gian mang thai theo ngày đầu chu kỳ kinh cuối và có đăng ký thường trú hoặc tạm trú tối thiểu 12 tháng tại thành phố Đà Nẵng.

Chọn ngẫu nhiên đơn các đối tượng nghiên cứu trong danh sách khung mẫu theo từng phường/xã.

+ Giai đoạn 2: Nghiên cứu thuần tập

Chọn các đối tượng nghiên cứu từ nghiên cứu cắt ngang đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu thuần tập.

2.3.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.3.1. Nội dung nghiên cứu cho Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng và các yếu tố liên quan

Nội dung này tập trung vào việc thu thập và phân tích các số liệu tại thời điểm tuyển chọn đối tượng nghiên cứu (khi thai phụ ở 3 tháng cuối thai kỳ) nhằm cung cấp bằng chứng về tình hình bạo hành và các yếu tố liên quan tại thành phố Đà Nẵng.

- Tỷ lệ hiện mắc IPV trong thai kỳ: Nghiên cứu đã đánh giá và xác định tỷ lệ phụ nữ mang thai trải qua bạo hành do chồng trong thai kỳ hiện tại. Các hình thức bạo hành cụ thể (bạo hành thể chất, bạo hành tinh thần/cảm xúc, bạo hành tình dục) đã được khảo sát riêng biệt, cùng với tỷ lệ bạo hành chung (bất kỳ hình thức nào).

- Tình trạng trầm cảm và hạnh phúc của bà mẹ tại thời điểm tuyển chọn: Tại thời điểm ban đầu, nghiên cứu đã thu thập thông tin về tình trạng sức khỏe tâm thần của bà mẹ, bao gồm:

+ Trầm cảm trước sinh: Đã được đánh giá bằng cách sử dụng thang đo Phiếu hỏi sức khỏe bệnh nhân-9 (Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9).

+ Hạnh phúc (Well-being): Đã được đánh giá thông qua các câu hỏi hoặc thang đo phù hợp nhằm phản ánh cảm nhận tổng thể về sự khỏe mạnh và hài lòng trong cuộc sống của bà mẹ.

+ Mối liên hệ giữa tình trạng bạo hành và các chỉ số sức khỏe tâm thần/hạnh phúc này tại cùng thời điểm đã được phân tích.

- Các yếu tố liên quan đến bạo hành trong thai kỳ:

+ Đặc điểm kinh tế - xã hội và nhân khẩu học của bà mẹ: Tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, số lần sinh con, tình trạng kinh tế.

+ Thông tin liên quan đến chồng: Tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng sử dụng rượu/chất kích thích, tiền sử bị bạo hành.

+ Mức độ hỗ trợ xã hội: Đã đánh giá mạng lưới và mức độ hỗ trợ mà bà mẹ nhận được từ gia đình, bạn bè, cộng đồng.

+ Những trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (Adverse Childhood Experiences - ACEs) của bà mẹ.

2.3.3.2. Nội dung nghiên cứu cho Mục tiêu 2: Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và sự phát triển của trẻ. Nội dung này tập trung vào việc theo dõi các đối tượng đã được tuyển chọn và thu thập số liệu về các kết quả xảy ra sau thời điểm xác định có (hoặc không có) bạo hành trong thai kỳ, nhằm đánh giá mối quan hệ nhân - quả.

- *Kết quả sinh*: Các thông tin liên quan đến quá trình chuyển dạ và sinh nở đã được thu thập, bao gồm:

+ Đối với bà mẹ: Các tai biến sản khoa (tiền sản giật, băng huyết sau sinh, nhiễm trùng), Hình thức sinh (sinh thường qua đường âm đạo, sinh mổ).

+ Đối với trẻ sơ sinh: Tình trạng sinh non (sinh trước tuần 37 thai kỳ), chỉ số APGAR tại thời điểm 5 phút sau sinh (nhằm đánh giá sức khỏe ban đầu của trẻ), cân nặng khi sinh (để xác định tỷ lệ trẻ nhẹ cân - dưới 2500 gram).

- Trầm cảm sau sinh của bà mẹ và tình trạng trẻ nhỏ trong 12 tháng đầu đời:

+ Trầm cảm sau sinh: Tình trạng trầm cảm của bà mẹ đã được đánh giá định kỳ tại các mốc thời gian cụ thể sau sinh (6 tháng, 12 tháng) bằng thang đo PHQ-9.

+ Sự phát triển của trẻ: Sự phát triển của trẻ nhỏ đã được theo dõi và đánh giá tại các mốc thời gian phù hợp (6 tháng, 12 tháng sau sinh) bằng công cụ Bảng câu hỏi Sàng lọc Tuổi và Giai đoạn - Phiên bản 3 (Ages & Stages Questionnaire – ASQ-3 do Bộ Y tế ban hành hướng dẫn), tập trung vào các lĩnh vực phát triển chính như giao tiếp, vận động thô, vận động tinh, giải quyết vấn đề và kỹ năng cá nhân - xã hội.

+ Tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Đã thu thập thông tin về các chỉ số nhân trắc của trẻ (cân nặng, chiều cao) tại các thời điểm theo dõi (6, 12 tháng tuổi) để đánh giá tình trạng dinh dưỡng (suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi, cân nặng theo chiều cao).

Phân tích tác động của bạo hành trong thai kỳ (xác định ở Mục tiêu 1) lên các kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của mẹ, phát triển và tình trạng dinh dưỡng của trẻ được đo lường tại các mốc thời gian khác nhau sau sinh (thu thập ở Mục tiêu 2).

2.3.4. Biến số nghiên cứu

Các biến số trong nghiên cứu này được xác định và thu thập thông tin theo từng giai đoạn nghiên cứu, để đạt được các mục tiêu đã đề ra.

2.3.4.1. Biến số cho Mục tiêu 1 (Sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang tại thời điểm tuyển chọn)

Biến phụ thuộc

Tình trạng bạo hành đã được đánh giá thông qua Thang đo Xung đột hiệu chỉnh (Conflict Tactics Scales – CTS-2). Gồm 21 câu thuộc ba hình thức chính: bạo hành thể chất, bạo hành tinh thần/cảm xúc và bạo hành tình dục. Đánh giá thang đo theo nghiên cứu T.T.N Vy (2019) [43]. Khi phân tích phân thành 2 nhóm:

+ Có bạo hành: Nếu đối tượng báo cáo ít nhất một hành vi thuộc bất kỳ hình thức bạo hành nào trong thai kỳ.

+ Không bạo hành: Nếu không báo cáo hành vi bạo hành nào.

Biến độc lập

- Thông tin chung của phụ nữ mang thai

+ Tuổi: Tính tại thời điểm mang thai theo năm dương lịch, khi phân tích chia thành 03 nhóm: <25 tuổi, 25-35 tuổi, >35 tuổi.

+ Trình độ học vấn: Học vấn cao nhất tại thời điểm khảo sát bao gồm: Tiểu học trở xuống, Trung học cơ sở, Trung học Phổ thông, Trung cấp/cao đẳng, Từ đại học trở lên.

+ Nghề nghiệp: Công việc gần nhất trong 12 tháng qua của đối tượng nghiên cứu. Các công việc bao gồm: Cán bộ, công chức; Nhân viên văn phòng; Công nhân; Lao động tự do; Nội trợ; Khác.

+ Dân tộc: Kinh, Khác

+ Tôn giáo: Có (thiên chúa giáo, phật giáo,...), Không

+ Người đang sống cùng: Ở riêng với chồng, con; Cha, mẹ chồng; Cha, mẹ ruột; Khác.

- + Thu nhập hàng tháng: số tiền tính theo đơn vị Việt Nam đồng (VNĐ).
- + Kinh tế gia đình: Nghèo; Cận nghèo; Bình thường, khá giả.
- Thông tin về chồng của phụ nữ mang thai:
 - + Tuổi chồng: Tính tại thời điểm khảo sát theo năm dương lịch, khi phân tích chia thành 03 nhóm: <25 tuổi, 25-35 tuổi, >35 tuổi.
 - + Trình độ học vấn của chồng: Học vấn cao nhất tại thời điểm khảo sát bao gồm: Tiểu học trở xuống, Trung học cơ sở, Trung học Phổ thông, Trung cấp/cao đẳng, Từ đại học trở lên.
 - + Nghề nghiệp của chồng: Công việc gần nhất trong 12 tháng qua của đối tượng nghiên cứu. Các công việc bao gồm: Cán bộ, công chức; Nhân viên văn phòng; Công nhân; Lao động tự do; Buôn bán, dịch vụ; Khác.
 - + Dân tộc: Kinh, Khác
 - + Sử dụng rượu bia: Có (ít nhất 1 lần/tuần), Không.
 - + Nếu có sử dụng rượu bia của được đánh giá theo các mức độ: 1-2 lần/tuần; 3-4 lần/tuần; 5-6 lần/tuần; Hàng ngày.
- Tình trạng sức khỏe sinh sản của phụ nữ mang thai
 - + Thai lần đầu: lần đầu mang thai của đối tượng nghiên cứu. Bao gồm: Có; Không.
 - + Kế hoạch mang thai: Lần mang thai này có nằm trong kế hoạch của vợ/chồng đối tượng nghiên cứu. Bao gồm: Có; Không.
 - + Đa thai: Là thai đôi, thai ba. Bao gồm: Có; Không.
 - + Khám thai đầy đủ: Tính đến thời điểm khảo sát đã khám thai nhiều hơn 3 lần. Bao gồm: Có; Không.
 - + Thời điểm khám thai lần đầu tiên: Ở lần mang thai này đối tượng đã đi khám thai lần đầu ở tuần mang thai sớm nhất.
 - + Số lần khám thai: Tính đến thời điểm khảo sát.
 - + Tiêm ngừa rubella: Có; Không.

- + Bổ sung viên sắt và vitamin tổng hợp: Có; Không.
 - + Tiêm phòng uốn ván (tiêm ở bắp tay hoặc vai để phòng ngừa uốn ván cho trẻ sau sinh): Có; Không.
 - + Siêu âm thai: Có; Không.
 - + Sử dụng rượu bia: Có (ít nhất 1 lần/tuần), Không.
 - + Nếu có sử dụng rượu bia của được đánh giá theo các mức độ: 1-2 lần/tuần; 3-4 lần/tuần; 5-6 lần/tuần; Hàng ngày.
 - + Hút thuốc lá: Có (ít nhất 1 điếu/ngày); Không
 - + Nếu có hút thuốc lá được đánh giá theo các mức độ: 1-2 điếu/ ngày, 2-5 điếu/ngày, Nhiều hơn 5 điếu/ngày.
 - + Từng phá thai: Chưa; 1 lần; Nhiều hơn 2 lần.
- Mức độ hỗ trợ xã hội MSPSS: Đã được đánh giá bằng Thang đo Hỗ trợ Xã hội Đa chiều Cảm nhận (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). Thang đo gồm 12 câu hỏi được nhóm thành 3 nguồn hỗ trợ (gia đình, bạn bè, người quan trọng khác), mỗi câu trả lời theo thang điểm 7 mức độ (từ 1 - Rất không đồng ý đến 7 - Rất đồng ý). Điểm số cho từng nguồn hỗ trợ và tổng điểm MSPSS (tổng điểm 12 câu chia 12) đã được tính toán. Tổng điểm MSPSS đã được phân loại thành 3 mức:
- + Thấp (< 3 điểm)
 - + Trung bình (từ 3 đến ≤ 5 điểm)
 - + Cao (> 5 điểm).
- Trầm cảm: Đã được đánh giá bằng thang đo PHQ-9 dựa trên triệu chứng trong 2 tuần liên tiếp trước thời điểm phỏng vấn. Tổng điểm PHQ-9 (từ 0 đến 27) đã được phân loại theo mức độ nặng [47]. Để phân tích mối liên quan với bạo hành, biến này đã được phân thành hai nhóm nhị phân:
- + Có dấu hiệu trầm cảm (tổng điểm ≥ 5)
 - + Không có dấu hiệu trầm cảm (tổng điểm 0-4).

- Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACE): Đã được đánh giá thông qua một bảng hỏi thu thập thông tin về các trải nghiệm tiêu cực đã xảy ra trước 18 tuổi (bạo hành thể chất/tinh thần/tình dục, bỏ bê, chứng kiến bạo hành gia đình) [54]. Tổng số ACE đã được tính cho mỗi đối tượng và được phân loại thành hai nhóm: Có (ít nhất 1 trải nghiệm) và Không (không có trải nghiệm bất lợi nào).

- Chất lượng giấc ngủ (PSQI): Đã được đánh giá bằng Chỉ số Chất lượng Giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI), dựa trên kinh nghiệm trong 1 tháng gần nhất. PSQI bao gồm các thành phần đánh giá các khía cạnh khác nhau của giấc ngủ. Tổng điểm PSQI (từ 0 đến 21) đã được tính toán. Chất lượng giấc ngủ đã được phân loại thành hai nhóm:

+ Kém (> 5 điểm)

+ Tốt (≤ 5 điểm).

- Mức độ hạnh phúc - WELL BEING: Đã được đánh giá bằng Thang đo Hạnh phúc của WHO (WHO-5 Well-Being Index), dựa trên cảm nhận trong 2 tuần gần nhất. Tổng điểm thô (từ 0 đến 25) đã được chuyển đổi sang thang điểm 100. Dựa trên nghiên cứu của Đ.H Phúc và Cs (2021) tại Việt Nam [125], ngưỡng điểm 60 đã được sử dụng để phân loại (dưới 60 điểm cho thấy có nguy cơ gặp vấn đề về sức khỏe tinh thần).

2.3.4.2. Biến số cho Mục tiêu 2 (Sử dụng thiết kế nghiên cứu thuần tập)

Các biến số kết quả (phụ thuộc) được đánh giá trong quá trình theo dõi:

Tại thời điểm sinh và ngay khi sinh (0 tháng)

* Kết quả sinh của bà mẹ

- *Tai biến sản khoa*: Sự xuất hiện (có/không) của các tai biến sản khoa nghiêm trọng được ghi nhận trong bệnh án và báo cáo từ sổ đẻ, bao gồm: dọa vỡ/vỡ tử cung, chảy máu sau sinh, nhiễm khuẩn sau sinh, tiền sản giật nặng/sản giật, hoặc các tai biến khác được phân loại theo hướng dẫn của Bộ Y tế [126].

- *Hình thức sinh*: sinh thường qua đường âm đạo/sinh mổ.

* Kết quả sinh của trẻ

+ *Sinh non*: tình trạng trẻ được sinh ra khi tuổi thai dưới 37 tuần (có/không) [20],[127]. Bao gồm: Có, không.

+ *Cân nặng khi sinh*: cân nặng của trẻ đo được trong 72 giờ đầu sau sinh (gram). Tình trạng nhẹ cân được xác định nếu cân nặng dưới 2500 gram [20]. Bao gồm: Có, không.

+ *Chỉ số APGAR*: Điểm số APGAR tại thời điểm 1 phút và 5 phút sau sinh, dựa trên đánh giá 5 dấu hiệu (màu sắc da, nhịp tim, phản xạ kích thích, cử động, hô hấp) với thang điểm từ 0-2 cho mỗi dấu hiệu, tổng điểm từ 0 đến 10. Chỉ số APGAR tại 5 phút đã được phân loại thành hai nhóm: Bình thường (7-10 điểm) và Thấp (0-6 điểm) [22].

Tại các thời điểm 6 tháng, và 12 tháng sau sinh

* Trầm cảm sau sinh của bà mẹ: Tình trạng trầm cảm đã được đánh giá tại các mốc 6 và 12 tháng sau sinh bằng thang đo PHQ-9, dựa trên triệu chứng trong 2 tuần gần nhất. Kết quả đã được phân loại thành hai nhóm: Có dấu hiệu trầm cảm (tổng điểm ≥ 5) và Không có dấu hiệu trầm cảm (tổng điểm 0-4) tại mỗi thời điểm đánh giá.

* Sự phát triển của trẻ: Sự phát triển của trẻ đã được đánh giá bằng Bảng câu hỏi sàng lọc tuổi và Giai đoạn - phiên bản 3 (ASQ-3) tại các mốc tuổi phù hợp (6 tháng, 12 tháng tuổi tùy thuộc vào lịch đánh giá của công cụ và nghiên cứu). ASQ-3 đánh giá 5 lĩnh vực phát triển chính (Giao tiếp, Vận động thô, Vận động tinh, Giải quyết vấn đề, Cá nhân - Xã hội). Điểm số cho từng lĩnh vực đã được tính toán [48]. Kết quả tổng thể sự phát triển tại mỗi mốc đánh giá đã được phân loại dựa trên tiêu chuẩn của ASQ-3 thành:

+ Bình thường

+ Nghi ngờ chậm phát triển (trẻ không làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực giao tiếp-ngôn ngữ, vận động thô, vận động tinh, bắt chước và học, cá nhân-xã hội hoặc có 1 trong 5 dấu hiệu bất thường khác) [48].

* Tình trạng dinh dưỡng của trẻ: Các chỉ số nhân trắc của trẻ (cân nặng, chiều cao) đã được đo lường tại các lần khám/phòng vấn (6, 12 tháng tuổi). Tình trạng dinh dưỡng của trẻ đã được đánh giá dựa trên việc so sánh các chỉ số nhân trắc với quần thể tham chiếu theo khuyến cáo của WHO (sử dụng Z-score cho cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi, cân nặng theo chiều cao) để phân loại tình trạng suy dinh dưỡng (như nhẹ cân, thấp còi, gầy còm) [49].

+ Còi cọc - chiều cao theo tuổi $<-2SD$ so với tiêu chuẩn tăng trưởng trung bình của WHO ở trẻ em;

+ Gầy còm - cân nặng theo chiều cao $<-2SD$ so với tiêu chuẩn tăng trưởng trung bình của WHO dành cho trẻ em; và

+ Thiếu cân - cân nặng theo tuổi $<-2 SD$ của tiêu chuẩn tăng trưởng trung bình của trẻ em WHO.

2.3.5. Phương pháp thu thập thông tin

Quá trình thu thập thông tin trong nghiên cứu được thực hiện một cách có hệ thống qua hai giai đoạn chính, sử dụng các công cụ chuẩn hóa và đội ngũ nghiên cứu viên/điều tra viên đã qua tập huấn kỹ lưỡng nhằm đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy của số liệu.

2.3.5.1. Công tác chuẩn bị

Trước khi tiến hành thu thập số liệu trên thực địa, nhóm nghiên cứu đã thực hiện các công tác chuẩn bị cần thiết:

- Xây dựng và hoàn thiện bộ công cụ thu thập số liệu: Dựa trên mục tiêu và nội dung nghiên cứu, nhóm đã xây dựng các bộ câu hỏi chi tiết dành cho đối tượng nghiên cứu (Phụ lục 2, Phụ lục 3). Bộ công cụ bao gồm các phần thu thập thông tin về đặc điểm dân số - xã hội, kinh tế, tiền sử sản khoa, tình trạng sức khỏe tâm thần (sử dụng các thang đo như PHQ-9, WHO-5, PSQI), CTS-2, hỗ trợ xã hội (MSPSS) ở giai đoạn ban đầu; và các câu hỏi/công cụ đánh giá về trầm cảm (PHQ-9), sự phát triển của trẻ (ASQ-3) và tình trạng dinh dưỡng của trẻ ở các giai đoạn theo dõi. Các công cụ này đã được biên dịch/điều chỉnh để phù hợp với bối cảnh văn hóa và ngôn ngữ Việt Nam.

- Thử nghiệm bộ công cụ (Pre-test): Một nghiên cứu thử nghiệm đã được tiến hành trên một nhóm nhỏ gồm 30 phụ nữ mang thai và 30 phụ nữ sau sinh tại phường Thạch Thang. Mục đích của đợt thử nghiệm này là kiểm tra tính rõ ràng, dễ hiểu của các câu hỏi, thời gian trung bình cần thiết để hoàn thành bộ câu hỏi, sự chấp nhận của đối tượng đối với các câu hỏi nhạy cảm (đặc biệt là về bạo hành), và phát hiện các vấn đề kỹ thuật hoặc logic trong bộ công cụ. Dựa trên kết quả thử nghiệm, bộ công cụ đã được rà soát và hoàn thiện lần cuối trước khi đưa vào sử dụng chính thức.

- Tuyển chọn và tập huấn điều tra viên: Đội ngũ điều tra viên chủ yếu là các điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh đang công tác tại các Trạm Y tế (TYT) ở địa bàn nghiên cứu đã được tuyển chọn. Đây là những người có kinh nghiệm làm việc với phụ nữ mang thai và sau sinh tại cộng đồng. Các điều tra viên được tập huấn nhằm trang bị cho điều tra viên kiến thức về mục tiêu nghiên cứu, đạo đức nghiên cứu, quy trình thu thập thông tin chuẩn hóa, kỹ năng phỏng vấn (bao gồm cách tiếp cận và xử lý các câu hỏi nhạy cảm về bạo hành), sử dụng thành thạo bộ công cụ, và quy trình đảm bảo chất lượng số liệu.

- Lập kế hoạch thu thập số liệu và chuẩn bị hậu cần: Kế hoạch chi tiết về thời gian, địa điểm và số lượng đối tượng cần phỏng vấn mỗi ngày đã được xây dựng. Thời gian phỏng vấn trung bình cho một đối tượng được ước tính khoảng 45 - 60 phút. Việc phối hợp với các Trạm Y tế được lựa chọn đã được thực hiện để sắp xếp lịch trình và bố trí không gian phỏng vấn riêng tư tại các Trạm Y tế.

2.3.5.2. Tiếp cận đối tượng nghiên cứu và quy trình thu thập số liệu

Quy trình thu thập số liệu đã được triển khai theo hai giai đoạn tương ứng với thiết kế nghiên cứu:

- Giai đoạn 1: Thu thập số liệu cắt ngang tại thời điểm tuyển chọn (10/2022 - 04/2023)

+ Xin giấy phép và phối hợp địa phương: Nhóm nghiên cứu đã hoàn tất các thủ tục hành chính cần thiết, bao gồm việc xuất trình giấy giới thiệu từ Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, làm việc với các Trung tâm Y tế

và Trạm Y tế trên địa bàn nghiên cứu. Phối hợp chặt chẽ với Trạm trưởng TYT các phường xã được lựa chọn vào nghiên cứu để triển khai kế hoạch thu thập số liệu.

+ Xác định và sàng lọc đối tượng tiềm năng: Tại các TYT được chọn, danh sách các phụ nữ đang mang thai trong 3 tháng cuối thai kỳ đã được rà soát từ sổ quản lý thai (Sổ A3) và/hoặc hệ thống quản lý tiêm chủng mở rộng. Danh sách này sau đó đã được sàng lọc dựa trên các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu (tuổi, tình trạng cư trú, tuổi thai).

+ Mời tham gia và phỏng vấn: Các phụ nữ đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia đã được gửi thư mời (có thể thông qua cộng tác viên dân số hoặc nhân viên y tế thôn/tổ dân phố) đến Trạm Y tế vào một ngày đã hẹn để tiến hành phỏng vấn. Tại TYT, mỗi đối tượng đã được phỏng vấn riêng trong một phòng kín, đảm bảo tính riêng tư tuyệt đối. Điều tra viên đã giải thích lại mục đích nghiên cứu, quy trình, quyền lợi và xin chữ ký vào phiếu đồng thuận tham gia trước khi bắt đầu phỏng vấn chính thức. Các điều tra viên đã sử dụng bộ câu hỏi chuẩn hóa (Phụ lục 2) để phỏng vấn trực tiếp đối tượng và ghi nhận thông tin.

- Giai đoạn 2: Thu thập số liệu thuần tập từ lúc sinh (01/2023 - 06/2024)

+ Các đối tượng đã hoàn thành phỏng vấn Giai đoạn 1 và đồng ý tham gia theo dõi đã được đưa vào danh sách theo dõi. Nhóm nghiên cứu đã thiết lập hệ thống theo dõi để liên lạc và thu thập thông tin từ các đối tượng này tại các thời điểm xác định sau sinh.

+ Theo dõi lần 1 (Ngay sau sinh/0 tháng): Thông tin về kết quả sinh của bà mẹ và trẻ sơ sinh đã được thu thập chủ yếu thông qua sổ quản lý sinh đẻ tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng và sổ quản lý sinh đẻ tại TYT. Các biến số cụ thể được thu thập ở lần này bao gồm tai biến sản khoa của mẹ, hình thức sinh, tuổi thai khi sinh, cân nặng khi sinh, chiều cao khi sinh và chỉ số APGAR của trẻ.

+ Theo dõi lần 2 (sau sinh 6 tháng) và Theo dõi lần 3 (sau sinh 12 tháng): Việc thu thập số liệu sau sinh, theo dõi 6 tháng và 12 tháng được thực hiện bởi nhân viên y tế tại Trạm Y tế phường/xã nơi đối tượng cư trú, phối hợp cùng nghiên cứu viên. Tất cả đều đã được tập huấn thống nhất về nội dung bảng hỏi, kỹ năng phỏng vấn, hướng dẫn thực hiện bộ công cụ PHQ-9 và ASQ-3, cũng như cách đo lường, ghi chép, và đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Tại các mốc thời gian này, các đối tượng (bà mẹ và trẻ) trong nhóm theo dõi đã được liên lạc lại (qua điện thoại và/hoặc thư mời). Họ đã được mời đến Trạm Y tế để tham gia phỏng vấn và quan sát trực tiếp. Tương tự Giai đoạn 1, việc phỏng vấn đã diễn ra trong phòng riêng tư tại TYT. Các điều tra viên đã sử dụng bộ câu hỏi theo dõi (Phụ lục 3) để thu thập thông tin về tình trạng trầm cảm của bà mẹ (PHQ-9) và tình trạng sức khỏe trẻ nhỏ (đánh giá sự phát triển bằng ASQ-3 và thu thập thông tin về tình trạng dinh dưỡng của trẻ). Việc thực hiện ASQ-3 đã được các điều tra viên thực hiện sau khi đã được tập huấn chuyên sâu về cách tiến hành và chấm điểm công cụ này.

Toàn bộ quy trình thu thập số liệu đã được giám sát chặt chẽ bởi nghiên cứu viên và giám sát viên để đảm bảo tính tuân thủ quy trình, đầy đủ, chính xác và bảo mật của số liệu thu thập được.

2.3.6. Công cụ thu thập thông tin

Nghiên cứu sử dụng các bộ câu hỏi và phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn, chuẩn hóa và tập huấn cho điều tra viên, trình bày chi tiết trong các Phụ lục của luận án. Cụ thể:

Phụ lục 1: Phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Phụ lục 2: Bộ câu hỏi thu thập thông tin ban đầu (nghiên cứu cắt ngang), bao gồm thông tin chung của bà mẹ và chồng, tình trạng bạo hành trong thai kỳ (CTS-2), thông tin trước sinh, hỗ trợ xã hội (MSPSS), trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACEs) và sức khỏe tâm thần của bà mẹ (PHQ-9, PSQI, WHO-5).

Phụ lục 3: Phiếu thu thập thông tin theo dõi thuần tập sau sinh tại các mốc 0, 6 và 12 tháng, bao gồm kết quả sinh của mẹ và trẻ, trầm cảm sau sinh (PHQ-9) và sự phát triển, dinh dưỡng của trẻ.

Phụ lục 4: Hướng dẫn thực hiện và chấm điểm thang đo phát triển trẻ em ASQ-3 theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Cấu trúc chung của bộ công cụ thu thập số liệu, số câu hỏi và thời điểm khảo sát được trình bày tại Bảng 2.3.

Bảng 2.3. Bảng cấu trúc chung của bộ công cụ thu thập số liệu

Nội dung đo lường	Biến số	Số câu hỏi	Giai đoạn khảo sát
Thông tin chung của ĐTNC	Đặc điểm chung của ĐTNC	8	Giai đoạn 1
Thông tin chồng	Đặc điểm chung của chồng ĐTNC	6	Giai đoạn 1
Bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai	Thang đo phương thức xung đột hiệu chỉnh (CST-2)	21	Giai đoạn 1
Thông tin trước sinh của ĐTNC	Mang thai ngoài ý muốn, cân nặng, chiều cao, bệnh lý	16	Giai đoạn 1
Hỗ trợ xã hội	Thang đo MSPSS	12	Giai đoạn 1
Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu của phụ nữ mang thai	Thang đo ACE	10	Giai đoạn 1
Trầm cảm	Thang đo PHQ-9	9	Giai đoạn 1 và giai đoạn 2
Chất lượng giấc ngủ	Thang đo PSQI	19	Giai đoạn 1
Wellbeing	Thang đo WHO-5	5	Giai đoạn 1
Kết quả sinh của trẻ	Sinh non, tử vong, nhẹ cân, Chỉ số APGAR, cân nặng, chiều cao.	3	Giai đoạn 2
Kết quả sinh của bà mẹ	Tai biến sản khoa, hình thức sinh	2	Giai đoạn 2
Sự phát triển của trẻ	Thang đo ASQ-3 theo Bộ Y tế (20 câu), cân nặng và chiều cao (2 câu).	22	Giai đoạn 2 (6, 12 tháng)

2.3.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ số liệu thu thập từ nghiên cứu được kiểm tra, làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau khi hoàn tất nhập liệu và kiểm tra lỗi, cơ sở số liệu được chuyển đổi và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0. Quá trình phân tích được thực hiện theo từng mục tiêu cụ thể như sau:

2.3.7.1. Phân tích số liệu cho Mục tiêu 1: Mô tả thực trạng bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng (Nghiên cứu cắt ngang)

Đây là phân tích nhằm mô tả đặc điểm của quần thể nghiên cứu tại thời điểm tuyển chọn và thực trạng bạo hành trong thai kỳ dựa trên số liệu thu thập ở Giai đoạn 1 (nghiên cứu cắt ngang).

Thông kê mô tả:

- Các biến định tính (trình độ học vấn, nghề nghiệp, hình thức bạo hành, v.v.) được mô tả bằng n và tỷ lệ phần trăm (%).
- Các biến định lượng (tuổi, tuổi thai, số con) được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (đối với phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (đối với phân phối không chuẩn).
- Thực trạng bạo hành trong thai kỳ được mô tả chi tiết, bao gồm tỷ lệ bị bạo hành chung (bất kỳ hình thức nào) và tỷ lệ hiện mắc của từng hình thức bạo hành cụ thể (thể chất, tinh thần, tình dục) trong thai kỳ hiện tại.

Thông kê phân tích

Sử dụng các phép kiểm định thống kê đơn biến để khám phá mối liên quan giữa các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (như tuổi, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế), đặc điểm của chồng, trầm cảm tại thời điểm ban đầu, mức độ hỗ trợ xã hội, chất lượng giấc ngủ, hạnh phúc (well-being) và trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu với tình trạng bị bạo hành trong thai kỳ.

Các phân tích thống kê bao gồm: kiểm định Chi bình phương (χ^2) được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm đối với các biến định tính; đối với

các biến định lượng, sử dụng kiểm định t độc lập hoặc kiểm định Mann-Whitney U tùy theo phân bố dữ liệu. Các yếu tố liên quan đến bạo hành được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm điều chỉnh các yếu tố nhiễu, mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

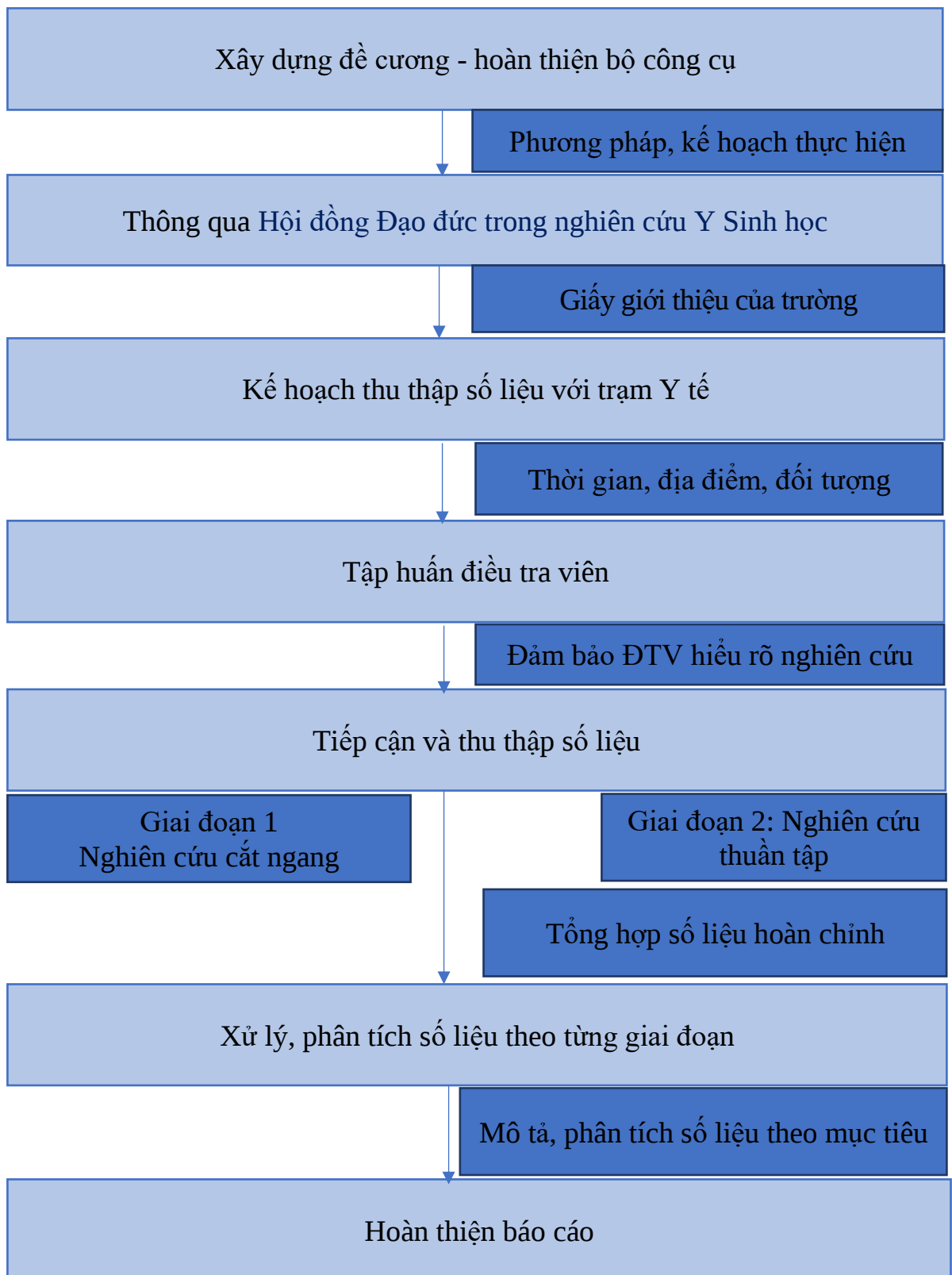
2.3.7.2. Phân tích số liệu cho Mục tiêu 2: *Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và sự phát triển của trẻ (Nghiên cứu thuần tập)*

Phân tích này sử dụng số liệu thu thập từ Giai đoạn 2 (thuần tập từ lúc sinh) để đánh giá mối liên hệ giữa "phơi nhiễm" (tình trạng bạo hành trong thai kỳ xác định ở Giai đoạn 1) và các "kết cục" xảy ra sau đó (kết quả sinh, trầm cảm sau sinh ở bà mẹ).

Phân tích mô tả kết quả sinh: Mô tả tỷ lệ mắc mới các kết quả sinh chính (tỷ lệ sinh non, tỷ lệ trẻ nhẹ cân, tỷ lệ trầm cảm sau sinh tại các thời điểm theo dõi).

Phân tích đơn biến: So sánh tỷ lệ mắc mới các kết quả sinh (sinh non có/không, trầm cảm sau sinh có/không) giữa nhóm phụ nữ bị bạo hành trong thai kỳ và nhóm không bị bạo hành, sử dụng kiểm định Chi bình phương hoặc phép kiểm định Fisher chính xác. Tính toán Nguy cơ tương đối (Relative Risk - RR).

Bên cạnh đó, trường hợp sự kiện xảy ra tại thời điểm 6 tháng nhưng không còn tại 12 tháng được ghi nhận là 'đã từng xảy ra', phản ánh đặc điểm tạm thời hoặc hồi phục của biến kết cục; dữ liệu được xử lý theo nguyên tắc ghi nhận sự kiện từng có trong thời gian theo dõi.



Sơ đồ 2.2. Quy trình nghiên cứu

2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế chấp thuận phê duyệt theo mã số H2020/503 ngày 20/10/2022.

Trong suốt quá trình thực hiện, nhóm nghiên cứu đã nghiêm túc tuân thủ các hướng dẫn về đạo đức và an toàn cho nghiên cứu bạo hành gia đình của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2001). Các biện pháp cụ thể đã được triển khai để đảm bảo sự an toàn tối đa cho cả đối tượng tham gia nghiên cứu và nghiên cứu viên/điều tra viên. Các quy trình xử lý khi đối tượng bộc lộ thông tin về bạo hành đã được thiết lập và tập huấn, bao gồm việc nhận biết các dấu hiệu nguy cơ, cách tiếp cận hỗ trợ một cách nhạy cảm và giới thiệu đến các dịch vụ trợ giúp phù hợp tại địa phương (như y tế, tư vấn tâm lý, hỗ trợ pháp lý) khi đối tượng có nhu cầu và đồng ý.

Trước khi tham gia, tất cả các đối tượng nghiên cứu đã được cung cấp thông tin đầy đủ và rõ ràng về mục đích của nghiên cứu, quy trình tham gia, các hoạt động thực hiện, thời gian theo dõi dự kiến, những lợi ích tiềm năng cũng như các rủi ro có thể gặp phải. Đối tượng đã được tạo cơ hội đặt câu hỏi và được giải đáp thỏa đáng. Chỉ những phụ nữ hoàn toàn tự nguyện và sau khi đã hiểu rõ thông tin mới được mời ký vào Phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu bằng văn bản.

Nguyên tắc bảo mật thông tin cá nhân và ẩn danh cho đối tượng nghiên cứu đã được tuân thủ nghiêm ngặt. Thông tin thu thập được mã hóa ngay sau khi được ghi nhận. Số liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và chỉ có nghiên cứu viên mới có quyền truy cập. Khi phân tích và trình bày kết quả, mọi thông tin đã được tổng hợp dưới dạng số liệu thống kê, đảm bảo không thể nhận dạng danh tính của bất kỳ cá nhân cụ thể nào.

Các cuộc phỏng vấn đã được tiến hành tại địa điểm và thời gian thuận tiện, đảm bảo sự riêng tư cho người tham gia. Việc không phỏng vấn về các vấn đề bạo hành khi có sự hiện diện của chồng/người nhà đã được thực hiện nhằm tạo không gian an toàn cho đối tượng chia sẻ. Đối tượng nghiên cứu đã được thông báo rõ về quyền được từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào hoặc rút lui khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào mà không gặp bất kỳ bất lợi nào.

2.5. SAI SỐ CỦA NGHIÊN CỨU VÀ BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

2.5.1. Sai số thông tin

Sai số nhớ lại: Mặc dù việc thu thập thông tin về bạo hành trong thai kỳ được thực hiện khi thai phụ đang ở 3 tháng cuối thai kỳ (nhằm giảm khoảng thời gian nhớ lại), nhưng vẫn có khả năng xảy ra sai số do đối tượng không nhớ chính xác các sự kiện, tần suất hoặc mức độ của bạo hành đã trải qua trong những tháng trước đó của thai kỳ.

Sai số báo cáo: Do tính nhạy cảm và kỳ thị xã hội liên quan đến bạo hành, một số đối tượng có thể đã ngần ngại hoặc không báo cáo đầy đủ, chân thực về trải nghiệm bạo hành của mình.

Biện pháp khắc phục đã áp dụng: Bộ câu hỏi đã được thiết kế cẩn thận, sử dụng ngôn từ ít nhạy cảm và không mang tính phán xét. Quy trình tuyển chọn và tập huấn điều tra viên đã đặc biệt chú trọng đến việc xây dựng mối quan hệ tin cậy với đối tượng, tạo không gian an toàn để chia sẻ và sử dụng kỹ thuật đặt câu hỏi phù hợp cho các chủ đề nhạy cảm.

2.5.2. Mất dấu đối tượng nghiên cứu

Đây là một thách thức hay gặp của nghiên cứu thuần tập. Trong quá trình nghiên cứu, một số đối tượng đã không tiếp tục tham gia đầy đủ tất cả các đợt thu thập số liệu vì nhiều lý do khác nhau (chuyển nơi ở, thay đổi thông tin liên lạc, lý do cá nhân, bận rộn, hoặc từ chối tiếp tục tham gia). Các đặc điểm và kết quả sinh của nhóm bị mất dấu có thể dẫn đến sai số chọn lọc và ảnh hưởng đến tính tổng quát hóa của kết quả.

Biện pháp khắc phục đã áp dụng: Các biện pháp tích cực đã được triển khai để duy trì liên lạc với đối tượng, bao gồm thu thập nhiều kênh liên lạc, nhắc lịch hẹn trước các đợt phỏng vấn, và nỗ lực liên hệ lại 03 lần khi không thành công. Các điều tra viên đã được khuyến khích xây dựng mối quan hệ tốt với đối tượng để tăng cường sự gắn kết.

2.5.3. Hạn chế liên quan đến quy trình thu thập số liệu và điều tra viên

Mặc dù đã có quy trình chuẩn, sự khác biệt nhỏ trong cách diễn giải câu hỏi hoặc tương tác giữa các điều tra viên khác nhau có thể đã xảy ra, dẫn đến sai số trong thu thập dữ liệu.

Biện pháp khắc phục đã áp dụng: Một quy trình tuyển chọn và tập huấn điều tra viên (bao gồm 4 bước đã nêu: giới thiệu mục đích, hướng dẫn kỹ thuật, thực hành đóng vai, và phỏng vấn thử) đã được thực hiện một cách bài bản để đảm bảo sự hiểu biết thống nhất về bảng hỏi và chuẩn hóa kỹ năng phỏng vấn. Hoạt động giám sát thường xuyên (bao gồm kiểm tra phiếu hỏi ngay sau thu thập, liên lạc với điều tra viên) đã được triển khai để phát hiện và chỉnh sửa kịp thời các sai sót trong quá trình thu thập dữ liệu.

2.5.4. Biện pháp khắc phục sai số khác

- Bộ câu hỏi được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu.
- Chọn đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu viên lập danh sách phụ nữ tham gia phỏng vấn và lên kế hoạch thu thập số liệu cụ thể. Điều tra viên thường xuyên liên lạc báo cáo kết quả và nêu những khó khăn trong quá trình thu thập số liệu.

- Tập huấn thu thập số liệu.

Nghiên cứu viên và các chuyên gia tập huấn cho điều tra viên (nhân viên y tế tại TYT) thu thập số liệu.

Bước 1: Nghiên cứu viên nêu rõ mục đích nghiên cứu, tầm quan trọng thu thập số liệu nghiên cứu.

Bước 2: Nghiên cứu viên và các chuyên gia nêu cách thức thu thập số liệu, các nguyên tắc thu thập số liệu, nội dung của từng câu hỏi, cách đặt câu hỏi và các vấn đề có thể gặp phải trong khi thu thập số liệu.

Bước 3: Thực hành bắt cặp phỏng vấn giữa các điều tra viên, đặt câu hỏi câu nghi vấn và nghiên cứu viên trả lời.

Bước 4: 28 điều tra viên trực tiếp phỏng vấn phụ nữ, nghiên cứu viên và các chuyên gia quan sát và phản hồi thông tin khi cần thiết.

- Giám sát viên: Sau mỗi ngày phỏng vấn, 06 giám sát viên liên lạc với điều tra viên để thu lại phiếu và làm sạch số liệu để quản lý và lập danh sách cho từng đợt phỏng vấn.

Mặc dù các biện pháp này đã được triển khai nhằm giảm thiểu tối đa các sai số, nghiên cứu thừa nhận rằng một mức độ ảnh hưởng nhất định từ các hạn chế này vẫn có thể tồn tại và cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THÔNG TIN CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học của phụ nữ mang thai

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

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<25 tuổi	166	13,4
	25-35 tuổi	873	70,7
	>35 tuổi	196	15,9
Dân tộc	Kinh	1227	99,4
	Khác	8	0,6
Tôn giáo	Có	80	6,5
	Không	1155	93,5
Trình độ học vấn	Dưới THPT	281	22,8
	THPT	255	20,6
	Trên THPT	699	56,6
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên văn phòng	636	51,5
	Công nhân	157	12,7
	Lao động tự do	136	11,0
	Khác	306	24,8
Tình trạng kinh tế	Hộ nghèo, cận nghèo	71	5,7
	Khá giả trở lên	1164	94,3
Tổng cộng		1235	100,0

Nhóm tuổi phụ nữ chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 25 đến 35 tuổi (70,7%). Về dân tộc, đại đa số đối tượng là người Kinh (99,4%). Tỷ lệ đối tượng không theo tôn giáo nào chiếm ưu thế (93,5%). Nhóm có trình độ học vấn trên Trung học phổ

thông (THPT) chiếm tỷ lệ lớn nhất (56,6%). Về nghề nghiệp, nhóm cán bộ, nhân viên văn phòng có tỷ lệ cao nhất (51,5%), tiếp theo là nhóm công nhân (12,7%) và lao động tự do (11,0%). Có 5,7% đối tượng nghiên cứu là hộ nghèo, cận nghèo.

3.1.2. Đặc điểm nhân khẩu học về người chồng của phụ nữ mang thai

Bảng 3.2. Đặc điểm nhân khẩu học người chồng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi chồng	<25 tuổi	105	8,5
	25-35 tuổi	798	64,6
	>35 tuổi	332	26,9
Dân tộc	Kinh	1231	99,7
	Khác	4	0,3
Trình độ học vấn	Dưới THPT	93	7,5
	THPT	452	36,6
	Trên THPT	690	55,9
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên văn phòng	466	37,7
	Công nhân	383	31,0
	Lao động tự do	273	22,1
	Khác	113	9,2
Sử dụng rượu bia	Có	740	59,9
	Không	495	40,1
Tổng cộng		1235	100,0

Đa số người chồng của các phụ nữ mang thai nằm trong độ tuổi từ 25 đến 35 (64,6%). Về trình độ học vấn, tỷ lệ người có trình độ trên THPT chiếm cao nhất (55,9%), tiếp đến là THPT (36,6%) và dưới THPT (7,5%). Xét về nghề nghiệp, công nhân (31,0%) và lao động tự do (22,1%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm vợ chủ yếu làm việc văn phòng (51,5%). Ngoài ra, gần 60% người chồng có sử dụng rượu bia.

3.1.3. Tình trạng sức khỏe

Bảng 3.3. Tình trạng sức khỏe sinh sản

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thai lần đầu	Có	601	48,7
	Không	634	51,3
Sinh con trong kế hoạch	Có	982	79,5
	Không	253	20,5
Đa thai	Có	87	7,0
	Không	1148	93,0
Thường xuyên khám thai	Có (≥ 4 lần)	1162	94,1
	Không	73	5,9
Tiêm chủng ngừa rubella	Có	764	61,9
	Không	471	38,1
Bổ sung viên sắt và vitamin tổng hợp	Có	1175	95,1
	Không	60	4,9
Tiêm phòng uốn ván	Có	1200	97,2
	Không	35	2,8
Siêu âm thai	Có	1135	91,9
	Không	100	8,1
Tổng		1235	100,0

Phần lớn phụ nữ có tuân thủ tốt các khuyến cáo chăm sóc thai kỳ, với tỷ lệ khám thai đầy đủ (≥ 4 lần) đạt 94,1%, bổ sung viên sắt và vitamin tổng hợp 95,1%, tiêm phòng uốn ván 97,2% và siêu âm thai 91,9%. Ngoài ra, tỷ lệ sinh con theo kế hoạch cũng tương đối cao (79,5%). Tuy nhiên, tỷ lệ chưa tiêm ngừa rubella trước mang thai còn khá cao (38,1%) và tỷ lệ có thai ngoài ý muốn là 20,5%. Tỷ lệ mang thai đôi hoặc đa thai tương đối thấp, chỉ chiếm 7,0%.

Bảng 3.4. *Hành vi nguy cơ của đối tượng nghiên cứu*

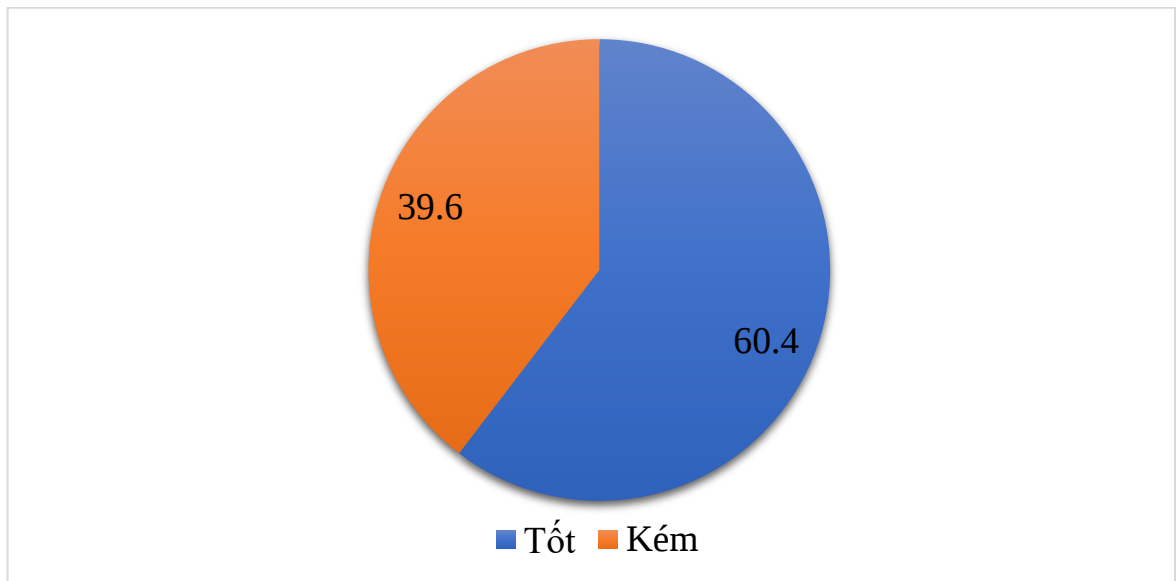
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng rượu bia	Có	96	7,8
	Không	1139	92,2
Từng phá thai	Không	1118	90,5
	1 lần	96	7,8
	Nhiều hơn 1 lần	21	1,7
Tổng		1235	100,0

Tỷ lệ phụ nữ mang thai sử dụng rượu bia chiếm 7,8%. Bên cạnh đó, có 9,5% từng có tiền sử phá thai, trong đó đa số chỉ một lần (7,8%) và chỉ 1,7% từng phá thai nhiều hơn một lần.

Bảng 3.5. *Đặc điểm sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu*

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm	Có	293	23,7
	Không	942	76,3
Hạnh phúc	Có	776	62,8
	Không	459	37,2
Tổng cộng		1235	100,0

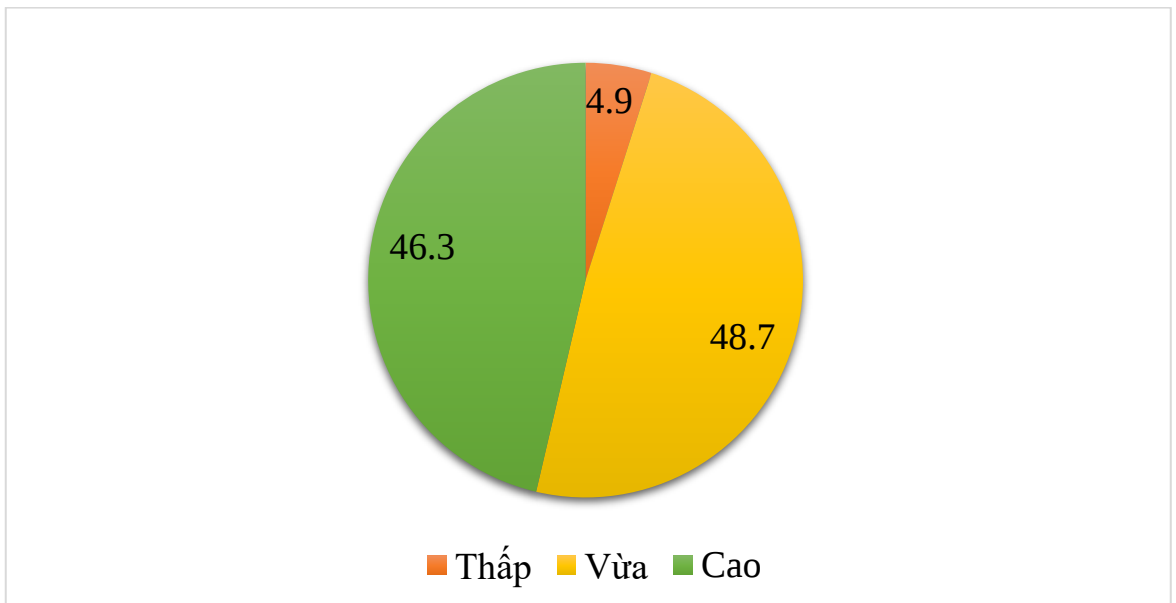
Có 23,7% phụ nữ mang thai trong nghiên cứu có biểu hiện trầm cảm và 37,2% phụ nữ mang thai không hạnh phúc.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

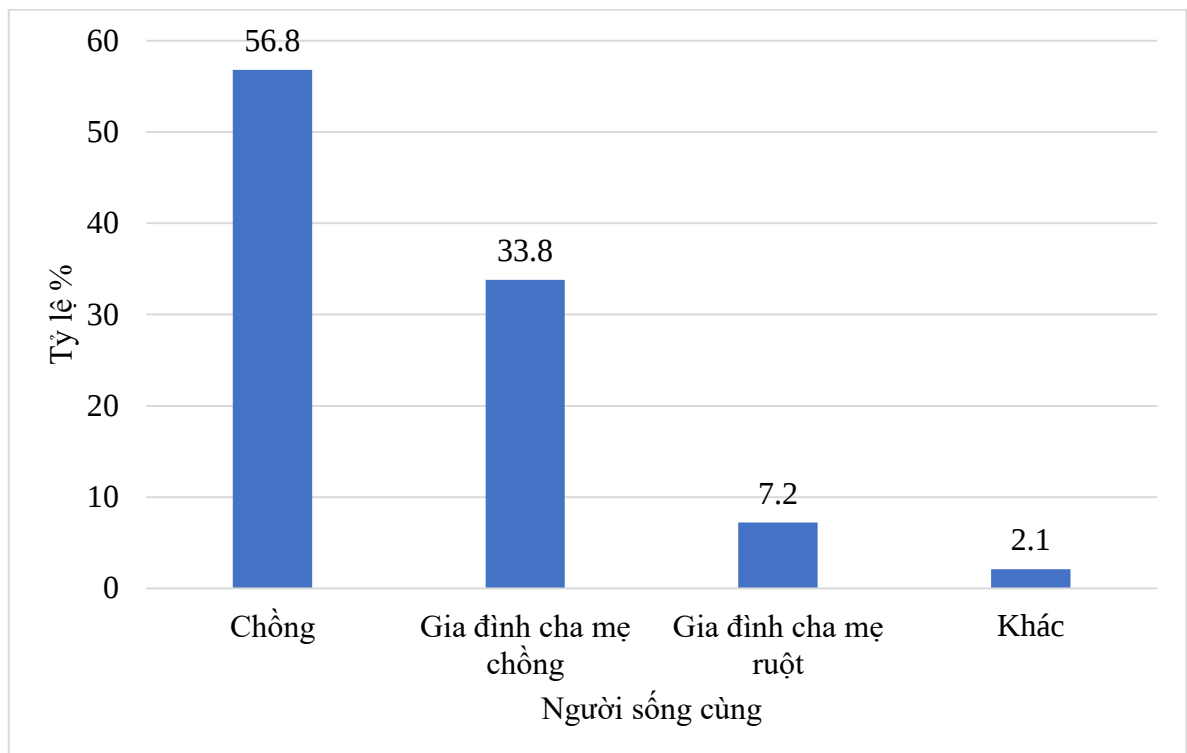
Có 39,6% phụ nữ mang thai trong nghiên cứu có chất lượng giấc ngủ kém.

3.1.4. Hỗ trợ xã hội



Biểu đồ 3.2. Mức độ hỗ trợ xã hội của đối tượng nghiên cứu

Đa số phụ nữ mang thai nhận được sự hỗ trợ xã hội ở mức vừa (48,7%) và cao (46,3%), trong khi chỉ có 4,9% nhận được hỗ trợ thấp.



Biểu đồ 3.3. Người sống cùng của đối tượng nghiên cứu

Phần lớn phụ nữ mang thai sống cùng chồng (56,8%), tiếp theo là cùng gia đình chồng (33,8%) và gia đình ruột (7,2%), chỉ 2,1% sống cùng người khác ngoài các nhóm trên.

3.1.5. Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu

Bảng 3.6. Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu của đối tượng nghiên cứu

Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	288	23,3
Không	947	76,7
Tổng cộng	1235	100,0

Có 23,3% phụ nữ mang thai từng trải qua các trải nghiệm bất lợi trong thời thơ ấu.

3.2. THỰC TRẠNG BẠO HÀNH DO CHỒNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

3.2.1. Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Bảng 3.7. Tỷ lệ bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

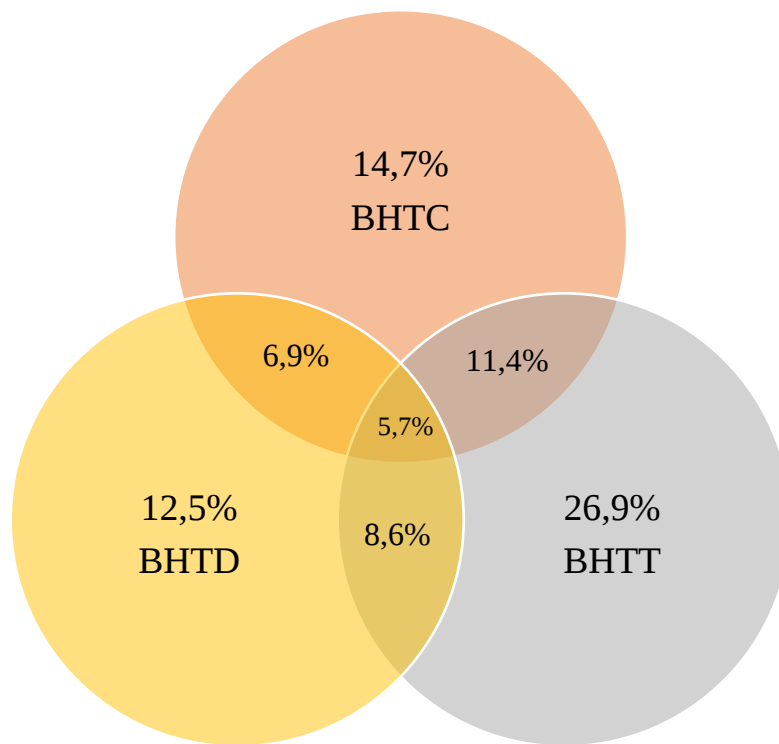
Bạo hành	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	406	32,9
Không	829	67,1
Tổng cộng	1235	100,0

Tỷ lệ bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng chiếm 32,9%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ các hình thức bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Bạo hành		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bạo hành thể chất	Có	182	14,7
	Không	1053	85,3
Bạo hành tinh thần	Có	332	26,9
	Không	903	73,1
Bạo hành tình dục	Có	154	12,5
	Không	1081	87,5
Tổng cộng		1235	100,0

14,7% phụ nữ mang thai bị bạo hành thể chất, 26,9% bị bạo hành tinh thần, và 12,5% bị bạo hành tình dục trong thai kỳ.



Biểu đồ 3.4. Số hình thức bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Có 5,7% phụ nữ mang thai đã trải qua ba hình thức bạo hành khác nhau trong suốt thai kỳ. Có 6,9% phụ nữ chịu đựng đồng thời bạo hành thể chất và bạo hành tình dục. Có 8,6% cho biết họ đã trải qua sự kết hợp giữa bạo hành tinh thần và bạo hành tình dục. Có 11,4% cho biết họ đã trải qua sự kết hợp giữa bạo hành tinh thần và bạo hành thể chất.

Bảng 3.9. Tỷ lệ các hình thức bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Hình thức	Chưa bao giờ n (%)	Một lần n (%)	2-5 lần n (%)	>5 lần n (%)	Không trong khi mang thai mà trước đó có n (%)
BẠO HÀNH TINH THẦN					
Quát mắng – sỉ nhục – làm cảm thấy tồi tệ	963 (78,0)	199 (16,1)	42 (3,4)	2 (0,2)	29 (2,3)
Làm mất phẩm giá – mất thể diện trước người khác	1078 (87,3)	124 (10,0)	15 (1,2)	2 (0,2)	16 (1,3)
Đe dọa – dọa nạt – nhìn gườm, quát mắng, đập phá	1097 (88,8)	87 (7,0)	19 (1,5)	2 (0,2)	30 (2,4)
Dọa đánh – dọa giết – đe dọa người thân	1139 (92,2)	76 (6,2)	13 (1,1)	1 (0,1)	6 (0,5)
BẠO HÀNH THỂ CHẤT					
Xô ngã	1152 (93,3)	53 (4,3)	8 (0,06)	0 (0,0)	22 (1,8)
Xô vật vào người	1162 (94,1)	50 (4,0)	11 (0,9)	0 (0,0)	12 (1,0)
Tát vào mặt	1152 (93,3)	58 (4,7)	13 (1,1)	1 (0,1)	11 (0,9)
Ném vật vào người	1141 (92,4)	74 (6,0)	5 (0,4)	0 (0,0)	15 (1,2)
Bóp cổ	1204 (97,5)	15 (1,2)	11 (0,9)	1 (0,1)	4 (0,3)
Đánh bằng tay – nắm đấm – gậy – chổi	1182 (95,7)	25 (2,0)	9 (0,7)	0 (0,0)	19 (1,5)
Đá vào người	1180 (95,5)	40 (3,2)	6 (0,5)	2 (0,2)	7 (0,6)
Cào cào – lôi kéo	1189 (96,3)	27 (2,2)	12 (1,0)	0 (0,0)	7 (0,6)

Hình thức	Chưa bao giờ n (%)	Một lần n (%)	2-5 lần n (%)	>5 lần n (%)	Không trong khi mang thai mà trước đó có n (%)
Đánh nhừ tử	1200 (97,2)	22 (1,8)	9 (0,7)	2 (0,2)	2 (0,2)
Gây bỏng	1203 (97,4)	17 (1,4)	13 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,2)
Dọa hoặc tấn công bằng dao – súng	1208 (97,8)	19 (1,5)	7 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,1)
BẠO HÀNH TÌNH DỤC					
Ép quan hệ khi không muốn	1084 (87,8)	99 (8,0)	36 (2,9)	1 (0,1)	15 (1,2)
Quan hệ vì sợ hãi	1084 (87,7)	113 (9,1)	10 (0,8)	1 (0,1)	27 (2,2)
Cưỡng ép bằng vũ lực	1178 (95,4)	19 (1,5)	11 (0,9)	1 (0,1)	26 (2,1)
Ép quan hệ bằng miệng	1155 (93,5)	42 (3,4)	11 (0,9)	1 (0,1)	26 (2,1)
Ép quan hệ bằng hậu môn	1192 (96,5)	26 (2,1)	8 (0,6)	1 (0,1)	8 (0,6)
Dùng dụng cụ tình dục trái ý muốn	1201 (97,2)	19 (1,5)	5 (0,4)	1 (0,1)	9 (0,7)

Bạo hành tinh thần: 22,0% phụ nữ bị quát mắng, sỉ nhục, 13,0% bị đe dọa hoặc dọa nạt, và 7,8% từng bị dọa đánh hoặc dọa giết.

Bạo hành thể chất: tát vào mặt (6,0%), ném vật (6,4%), xô ngã (4,9%), trong khi các hành vi nghiêm trọng như bóp cổ, đánh nhừ tử, đe dọa bằng dao/súng chiếm dưới 2%.

Bạo hành tình dục: ép quan hệ khi không muốn (12%) và quan hệ vì sợ hãi (11,3%); các hành vi nặng hơn như cưỡng ép bằng vũ lực hoặc sử dụng dụng cụ chiếm dưới 4%.

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

3.2.2.1. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)

Đặc điểm		Bạo hành				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Nhóm tuổi	<25 tuổi	53	31,9	113	68,1	0,995
	25-35 tuổi	289	33,1	584	66,9	
	>35 tuổi	64	32,7	132	67,3	
Dân tộc	Kinh	403	32,8	824	67,2	0,723
	Khác	3	37,5	5	62,5	
Tôn giáo	Có	23	28,8	57	71,2	0,417
	Không	383	33,2	772	66,8	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	106	37,7	175	62,3	0,143
	THPT	81	31,8	174	68,2	
	Trên THPT	219	31,3	480	68,7	
Nghề nghiệp	Cán bộ, nhân viên văn phòng	216	34,0	420	66,0	0,621
	Công nhân	55	35,0	102	65,0	
	Lao động tự do	42	30,9	94	69,1	
	Khác	93	30,4	213	69,6	
Tình trạng kinh tế	Hộ nghèo, cận nghèo	25	35,2	46	64,8	0,666
	Khá giả trở lên	381	32,7	783	67,3	
Tổng		406	32,9	829	67,1	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm nhân khẩu học và bạo hành ở phụ nữ mang thai, $p > 0,05$.

3.2.2.2. Mối liên quan giữa đặc điểm chồng và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa đặc điểm chồng và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)

Đặc điểm		Bạo hành				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Nhóm tuổi chồng	<25 tuổi	31	29,5	74	70,5	0,713
	25-35 tuổi	267	33,5	531	66,5	
	>35 tuổi	108	32,5	224	67,5	
Dân tộc	Kinh	405	32,9	826	67,1	1,000
	Khác	1	25,0	3	75,0	
Trình độ học vấn chồng	Dưới THPT	45	48,4	48	51,6	<0,001
	THPT	163	36,1	289	63,9	
	Trên THPT	198	28,7	492	71,3	
Nghề nghiệp chồng	Cán bộ, nhân viên văn phòng	125	26,8	341	73,2	<0,001
	Công nhân	157	41,0	226	59,0	
	Lao động tự do	77	28,2	196	71,8	
	Khác	47	41,6	66	58,4	
Sử dụng rượu bia	Có	267	36,1	473	63,9	0,003
	Không	139	28,1	356	71,9	
Tổng		406	32,9	829	67,1	

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn chồng, nghề nghiệp chồng, sử dụng rượu bia và tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

3.2.2.3. Mối liên quan giữa tình trạng sức khỏe và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa tình trạng sức khỏe sinh sản và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)

Đặc điểm		Bạo hành				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Thai lần đầu	Có	187	31,1	414	68,9	0,200
	Không	219	34,5	415	65,5	
Sinh con trong kế hoạch	Có	298	30,3	648	69,7	<0,001
	Không	108	42,7	145	57,3	
Đa thai	Có	40	46,0	47	54,0	0,007
	Không	366	31,9	782	68,1	
Thường xuyên khám thai	Có	366	31,5	796	68,5	<0,001
	Không	40	54,8	33	45,2	
Chủng ngừa rubella	Có	262	34,3	502	65,7	0,176
	Không	144	30,6	327	69,4	
Bổ sung viên sắt và vitamin tổng hợp	Có	379	32,3	796	67,7	0,040
	Không	27	45,0	33	55,0	
Tiêm phòng uốn ván	Có	391	32,6	809	67,4	0,202
	Không	15	42,9	20	57,1	
Siêu âm thai	Có	360	31,7	775	68,3	0,004
	Không	46	46,0	54	54,0	
Tổng		406	32,9	829	67,1	

Có mối liên quan giữa kế hoạch Sinh con, có đa thai, thường xuyên khám thai, bổ sung viên sắt và vitamin tổng hợp, thường xuyên siêu âm và tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai, có ý nghĩa thống kê $<0,05$.

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa hành vi nguy cơ và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)

Đặc điểm		Bạo hành				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Sử dụng rượu bia	Có	41	42,7	55	57,3	0,033
	Không	365	32,0	774	68,0	
Từng phá thai	Chưa từng	338	30,2	780	69,8	<0,001
	1 lần	52	54,2	44	45,8	
	Nhiều hơn 1 lần	16	76,2	5	23,8	
Tổng		406	32,9	829	67,1	

Có mối liên quan giữa sử dụng rượu bia, từng phá thai và tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai, có ý nghĩa thống kê $<0,05$.

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa đặc điểm tâm lý và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)

Đặc điểm		Bạo hành				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Trầm cảm	Có	112	38,2	181	61,8	0,026
	Không	294	31,2	648	68,8	
Hạnh phúc	Có	252	32,5	524	67,5	0,697
	Không	154	33,6	305	66,4	
Tổng		406	32,9	829	67,1	

Có mối liên quan giữa trầm cảm khi mang thai và tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai, có ý nghĩa thống kê $<0,05$.

Bảng 3.15. *Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)*

Chất lượng giấc ngủ	Bạo hành				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Tốt	239	32,0	507	68,0	0,493
Kém	167	34,2	322	65,8	
Tổng	406	32,9	829	67,1	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ và bạo hành ở phụ nữ mang thai, $p > 0,05$.

3.2.2.4. Mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Bảng 3.16. *Mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)*

Hỗ trợ xã hội	Bạo hành				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Thấp	18	29,5	43	70,5	<0,001
Vừa	235	39,0	367	61,0	
Cao	153	26,7	419	73,3	
Tổng	406	32,9	829	67,1	

Có mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai, có ý nghĩa thống kê $< 0,001$.

Bảng 3.17. *Mối liên quan giữa người sống cùng và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)*

Người sống cùng	Bạo hành				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Chồng	241	34,3	461	65,7	0,295
Gia đình cha mẹ chồng	124	29,7	294	70,3	
Gia đình cha mẹ ruột	30	33,7	59	66,3	
Khác	11	42,3	15	57,7	
Tổng	406	32,9	829	67,1	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa người sống cùng và bạo hành ở phụ nữ mang thai, $p > 0,05$.

3.2.2.5. *Mối liên quan giữa trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai*

Bảng 3.18. *Mối liên quan giữa trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai (n=1235)*

Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu	Bạo hành				p
	Có		Không		
	n	%	n	%	
Có	153	53,1	135	46,9	<0,001
Không	253	26,7	694	73,3	
Tổng	406	32,9	829	67,1	

Có mối liên quan giữa trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu và tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai, có ý nghĩa thống kê $< 0,001$.

Bảng 3.19. Mô hình hồi quy đa biến logistic tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Biến	OR	KTC95%	p
Trình độ học vấn chồng			
Trên THPT	1		
THPT	1,20	0,89-1,62	0,237
Dưới THPT	1,87	1,13-3,11	0,016
Nghề nghiệp chồng			
Cán bộ, nhân viên văn phòng	1		
Công nhân	1,97	1,41-2,76	<0,001
Lao động tự do	0,87	0,59-1,30	0,499
Khác	1,38	0,86-2,24	0,184
Chồng sử dụng rượu bia			
Không	1		
Có	1,40	1,06-1,84	0,016
Sinh con trong kế hoạch			
Có	1		
Không	1,13	0,82-1,55	0,455
Đa thai			
Không	1		
Có	1,84	1,12-3,01	0,015
Thường xuyên khám thai			
Có	1		
Không	1,96	1,14-3,37	0,016
Bổ sung viên sắt và vitamin tổng hợp			
Có	1		
Không	1,12	0,60-2,10	0,724

Biến	OR	KTC95%	p
Siêu âm thai			
Có	1		
Không	1,58	0,99-2,52	0,055
Sử dụng rượu bia ở phụ nữ			
Không	1		
Có	1,40	0,88-2,23	0,151
Từng phá thai			
Chưa từng	1		
1 lần	1,73	1,07-2,80	0,025
Nhiều hơn 1 lần	6,47	2,20-18,99	0,001
Trầm cảm			
Không	1		
Có	1,24	0,92-1,68	0,156
Hỗ trợ xã hội			
Thấp	1		
Vừa	1,19	0,64-2,22	0,585
Cao	0,82	0,44-1,56	0,536
Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu			
Không	1		
Có	2,88	2,14-3,89	<0,001

Nhận xét:

Trình độ học vấn của chồng: Chồng có trình độ học vấn dưới THPT có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,87 lần (OR = 1,87; KTC 95%: 1,13-3,11).

Nghề nghiệp của chồng: Phụ nữ có chồng là công nhân có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,97 lần (OR = 1,97; KTC 95%: 1,41-2,76).

Chồng sử dụng rượu bia: Phụ nữ có chồng sử dụng rượu bia có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,40 lần (OR = 1,40; KTC 95%: 1,06-1,84)

Đa thai: Trường hợp đa thai có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,84 lần (OR = 1,84; KTC 95%: 1,12-3,01; $p = 0,015$).

Tần suất khám thai: Phụ nữ không khám thai đầy đủ có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,96 lần (OR = 1,96; KTC 95%: 1,14-3,37).

Tiền sử phá thai: Phụ nữ từng phá thai 1 lần có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,73 lần (OR = 1,73; KTC 95%: 1,07-2,80), từng phá thai nhiều hơn 1 lần có nguy cơ bạo hành cao hơn 6,47 lần (OR = 6,47; KTC 95%: 2,20-18,99).

Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu: Phụ nữ có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu có nguy cơ bạo hành cao hơn 2,88 lần (OR = 2,88; KTC 95%: 2,14-3,89).

3.3. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA BẠO HÀNH DO CHỒNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI ĐẾN KẾT QUẢ SINH VÀ TRẦM CẢM SAU SINH CỦA BÀ MẸ TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

3.3.1. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh bất lợi

Bảng 3.20. Kết quả sinh của mẹ (n=753)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hình thức sinh	Sinh thường	303	40,2
	Sinh mổ	450	59,8
Tai biến sản khoa	Có	9	1,2
	Không	744	98,8
Tổng		753	100,0

Có 59,8% bà mẹ sinh mổ và 1,2% có tai biến sản khoa (5 bà mẹ bị băng huyết chiếm tỷ lệ cao nhất với 0,7% và 4 bà mẹ nhiễm khuẩn sau sinh chiếm tỷ lệ 0,5%.

Bảng 3.21. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh mẹ (n=753)

Đặc điểm		Tai biến sản khoa		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	6 (2,7)	216 (97,3)	4,78	0,022
	Không	3 (0,6)	528 (99,4)	(1,21-18,95)	
		Hình thức sinh			
		Sinh thường n (%)	Sinh mổ n (%)		
p-IPV	Có	92 (41,4)	130 (58,6)	1,04	0,664
	Không	211 (39,7)	320 (60,3)	(0,86-1,26)	

Nhận xét: Phụ nữ mang thai bị bạo hành bất kì có nguy cơ mắc tai biến sản khoa cao gấp 4,78 lần so với không bị bạo hành. Tai biến sản khoa là 2,7% ở nhóm bạo hành (4 bà mẹ bị băng huyết và 2 bà mẹ bị nhiễm khuẩn sau sinh) so với 0,6% ở nhóm không bạo hành hành (1 bà mẹ bị băng huyết và 2 bà mẹ bị nhiễm khuẩn sau sinh).

Không có mối liên quan giữa phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành và hình thức sinh, $p > 0,05$.

Bảng 3.22. Kết quả sinh của trẻ (n=753)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính trẻ	Nam	410	54,4
	Nữ	343	45,6
Sinh non	Có	70	9,3
	Không	683	90,7
Nhẹ cân	Có	56	7,4
	Không	697	92,6
APGAR	Bình thường	737	97,9
	Thấp	16	2,1
Tổng		753	100,0

Tỷ lệ bé trai (54,4%), bé gái (45,6%). Tỷ lệ trẻ sinh non (9,3%), tỷ lệ trẻ nhẹ cân (7,4%), tỷ lệ trẻ có chỉ số APGAR thấp (2,1%).

Bảng 3.23. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh của trẻ (n=753)

Đặc điểm		Sinh non		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	41 (18,5)	181 (81,5)	3,38 (2,16-5,30)	<0,001
	Không	29 (5,5)	502 (94,5)		
		Nhẹ cân			
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	35 (15,8)	187 (84,2)	3,99 (2,38-6,69)	<0,001
	Không	21 (4,0)	510 (96,0)		
		APGAR			
		Bình thường n (%)	Thấp n (%)		
p-IPV	Có	209 (94,1)	13 (5,9)	10,37 (2,98-36,02)	<0,001
	Không	528 (99,4)	3 (0,6)		

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ sinh non cao gấp 3,38 lần so với không phơi nhiễm, $p<0,001$.

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ trẻ sơ sinh nhẹ cân cao gấp 3,99 lần so với không phơi nhiễm, $p<0,001$.

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ có chỉ số APGAR thấp gấp 10,37 lần so với không phơi nhiễm, $p<0,001$.

3.3.2. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm sau sinh của bà mẹ tại thành phố Đà Nẵng

Bảng 3.24. Tỷ lệ trầm cảm ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau sinh tại thành phố Đà Nẵng

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm 6 tháng sau sinh (n=753)	Có	191	25,4
	Không	562	74,6
Trầm cảm 12 tháng sau sinh (n=638)	Có	196	30,7
	Không	442	69,3

Tỷ lệ trầm cảm ở thời điểm 6 tháng sau sinh là 25,4%. Tỷ lệ trầm cảm ở thời điểm 12 tháng sau sinh là 30,7%.

Bảng 3.25. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau sinh tại thành phố Đà Nẵng

Đặc điểm		Trầm cảm 6 tháng sau sinh (n=753)		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	68 (30,6)	154 (69,4)	1,32 (1,03-1,70)	0,032
	Không	123 (23,2)	408 (76,8)		
		Trầm cảm 12 tháng sau sinh (n=638)			
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	71 (37,4)	119 (62,6)	1,34 (1,06-1,70)	0,018
	Không	125 (27,9)	323 (72,1)		

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ trầm cảm sau sinh 6 tháng cao gấp 1,32 lần so với không phơi nhiễm, $p=0,032$. Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ trầm cảm sau sinh 12 tháng cao gấp 1,3 lần so với không phơi nhiễm, $p=0,018$.

3.3.3. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến sự phát triển của trẻ tại thành phố Đà Nẵng

Bảng 3.26. Tỷ lệ rối loạn phát triển của trẻ ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn phát triển của trẻ 6 tháng tuổi (n=753)	Nghi ngờ chậm phát triển	95	12,6
	Không	658	87,4
Rối loạn phát triển của trẻ 12 tháng tuổi (n=638)	Nghi ngờ chậm phát triển	107	16,8
	Không	531	85,2

Đánh giá tại thời điểm sau 6 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có nghi ngờ chậm phát triển là 12,6% trong mẫu nghiên cứu (n=753). Kết quả đánh giá tại thời điểm 12 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có nghi ngờ chậm phát triển là 16,8% trong mẫu nghiên cứu (n=638).

Bảng 3.27. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến rối loạn phát triển của trẻ ở thời điểm 6 tháng, 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng

Đặc điểm		Rối loạn phát triển của trẻ 6 tháng tuổi (n=753)		RR KTC 95%	p
		Nghi ngờ chậm phát triển n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	43 (19,4)	179 (80,6)	1,98 (1,36 – 2,87)	<0,001
	Không	52 (9,8)	479 (90,2)		
Đặc điểm		Rối loạn phát triển của trẻ 12 tháng tuổi (n=638)		RR KTC 95%	p
		Nghi ngờ chậm phát triển n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	47 (24,7)	143 (75,3)	1,85 (1,31-2,60)	<0,001
	Không	60 (13,4)	388 (86,6)		

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ rối loạn phát triển trẻ 6 tháng tuổi cao gấp 1,98 lần so với không phơi nhiễm, $p < 0,001$. Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ rối loạn phát triển trẻ 12 tháng tuổi cao gấp 1,85 lần so với không phơi nhiễm, $p < 0,001$.

3.3.4. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ

3.3.4.1. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ 6 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng

Bảng 3.28. Phân bố tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 6 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng ($n=753$)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng suy dinh dưỡng nhẹ cân	Có	84	11,2
	Không	669	88,8
Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi	Có	157	20,8
	Không	596	79,2
Tình trạng suy dinh dưỡng gầy còm	Có	91	12,1
	Không	662	87,9

Kết quả đánh giá tại thời điểm sau 6 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng nhẹ cân là 11,2% trong mẫu nghiên cứu ($n=753$). Kết quả đánh giá tại thời điểm sau 6 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng thấp còi là 20,8% trong mẫu nghiên cứu ($n=753$). Kết quả đánh giá tại thời điểm sau 6 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng gầy còm là 12,1% trong mẫu nghiên cứu ($n=753$).

Bảng 3.29. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 6 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng
(n=753)

Đặc điểm		Tình trạng suy dinh dưỡng nhẹ cân		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	34 (15,3)	188 (84,7)	1,63 (1,08-2,44)	0,019
	Không	50 (9,4)	481 (90,6)		
Đặc điểm		Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	58 (26,1)	164 (73,9)	1,40 (1,06-1,86)	0,021
	Không	99 (18,6)	432 (81,4)		
Đặc điểm		Tình trạng suy dinh dưỡng gầy còm		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	28 (12,6)	194 (87,4)	1,06 (0,70-1,61)	0,774
	Không	63 (11,9)	468 (88,1)		

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân ở trẻ 6 tháng tuổi cao gấp 1,63 lần so với không phơi nhiễm, p=0,019.

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 6 tháng tuổi cao gấp 1,40 lần so với không phơi nhiễm, $p=0,021$.

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành có nguy cơ suy dinh dưỡng gầy còm ở trẻ 6 tháng tuổi cao gấp 1,06 lần so với không phơi nhiễm, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê $p=0,774$.

3.3.4.2. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng

Bảng 3.30. Phân bố tỷ lệ tình trạng dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng ($n=638$)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng suy dinh dưỡng nhẹ cân	Có	58	9,1
	Không	580	90,9
Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi	Có	109	17,1
	Không	529	82,9
Tình trạng suy dinh dưỡng gầy còm	Có	54	8,5
	Không	584	91,5

Kết quả đánh giá tại thời điểm sau 12 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng nhẹ cân là 9,1% trong mẫu nghiên cứu ($n=638$). Kết quả đánh giá tại thời điểm sau 12 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng thấp còi là 17,1% trong mẫu nghiên cứu ($n=638$). Kết quả đánh giá tại thời điểm sau 12 tháng tuổi cho thấy tỷ lệ trẻ có suy dinh dưỡng gầy còm là 8,5% trong mẫu nghiên cứu ($n=638$).

Bảng 3.31. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng (n=638)

Đặc điểm		Tình trạng suy dinh dưỡng nhẹ cân		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	24 (12,6)	166 (87,4)	1,66 (1,02-2,73)	0,043
	Không	34 (7,6)	414 (92,4)		
Đặc điểm		Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	45 (23,7)	145 (76,3)	1,66 (1,18-2,33)	0,004
	Không	64 (14,3)	384 (85,7)		
Đặc điểm		Tình trạng suy dinh dưỡng gầy còm		RR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
p-IPV	Có	24 (12,6)	166 (87,4)	1,89 (1,13-3,14)	0,014
	Không	30 (6,7)	418 (93,3)		

Trẻ 12 tháng tuổi sinh ra từ các bà mẹ có phơi nhiễm bạo hành bất kỳ trong thai kỳ có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân cao gấp 1,66 lần (KTC 95%: 1,02–2,73; p=0,043), nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi cao gấp 1,66 lần (KTC 95%: 1,18–2,33; p=0,004) và nguy cơ suy dinh dưỡng gầy còm cao gấp 1,89 lần (KTC 95%: 1,13–3,14; p=0,014) so với trẻ của các bà mẹ không bị bạo hành.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. THÔNG TIN CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học - kinh tế - xã hội của phụ nữ mang thai

Trong nghiên cứu độ tuổi chủ yếu của phụ nữ mang thai (70,7% từ 25-35 tuổi) và chồng (64,6% từ 25-35 tuổi) phù hợp với độ tuổi sinh sản phổ biến tại Việt Nam và nhiều quốc gia khác [69],[70]. Tỷ lệ phụ nữ có học vấn trên THPT cao (56,6%) và làm công việc văn phòng (51,5%) có thể phản ánh đặc điểm của dân số tại Đà Nẵng. Điều này cũng tương đồng với học vấn của người chồng (55,9% trên THPT). Tuy nhiên, cơ cấu nghề nghiệp của chồng đa dạng hơn với tỷ lệ công nhân (31,0%) và lao động tự do (22,1%) cao, cho thấy sự khác biệt về vai trò kinh tế trong gia đình. Tỷ lệ người Kinh chiếm đa số tuyệt đối (99,4%) phản ánh đặc điểm dân tộc học tại nhiều vùng ở Việt Nam, tuy nhiên cần lưu ý kết quả này có thể không đại diện cho các khu vực có đông đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống.

Một điểm đáng lưu ý là gần 60% người chồng có sử dụng rượu bia. Tỷ lệ này khá cao và phù hợp với các báo cáo về tình trạng sử dụng rượu bia ở nam giới Việt Nam, vốn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng lo ngại. Việc chồng sử dụng rượu bia có thể ảnh hưởng gián tiếp đến sức khỏe và tâm lý của phụ nữ mang thai qua nhiều yếu tố như kinh tế gia đình, mối quan hệ vợ chồng và nguy cơ bạo hành gia đình [39],[82].

4.1.2. Đặc điểm sức khỏe và thai kỳ

Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ các khuyến cáo chăm sóc thai kỳ quan trọng như khám thai đầy đủ (94,1%), bổ sung vi chất (95,1%), tiêm phòng uốn ván (97,2%) và siêu âm (91,9%) là rất cao. Kết quả chúng tôi cao hơn nghiên

cứu D.H. Phuc (2021) chỉ có 15% phụ nữ báo cáo rằng họ đã sử dụng đầy đủ các dịch vụ trước khi sinh bao gồm bốn lần trở lên để tiêm vắc-xin phòng bệnh rubella và uốn ván, bổ sung sắt, sàng lọc siêu âm và tư vấn tâm lý [125]. Điều này có thể là do sự cải thiện trong hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cho bà mẹ, và trình độ học vấn tương đối cao của đối tượng nghiên cứu giúp họ nhận thức tốt hơn về tầm quan trọng của việc chăm sóc tiền sản. Tỷ lệ này có thể cao hơn so với các nghiên cứu thực hiện ở những nhóm dân số khó khăn hơn hoặc ở các quốc gia có hệ thống y tế kém phát triển [88].

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu vẫn còn những khoảng trống đáng kể. Tỷ lệ chưa tiêm ngừa rubella trước mang thai còn cao (38,1%) là một mối lo ngại, làm tăng nguy cơ mắc Hội chứng Rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh nếu người mẹ nhiễm bệnh trong thai kỳ. Tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn (20,5%) cũng tương đối cao, cho thấy nhu cầu cần cải thiện hơn nữa việc tiếp cận và sử dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả, cũng như tư vấn kế hoạch hóa gia đình. Tỷ lệ phụ nữ mang thai sử dụng rượu bia (7,8%), tiền sử phá thai (9,5%) cũng cần được xem xét trong bối cảnh sức khỏe sinh sản và tâm lý của phụ nữ. Có nhiều khả năng bị bạo hành là những người nghiện rượu, không thực hiện chăm sóc thai sản trước khi sinh, sử dụng dịch vụ y tế trong trường hợp khẩn cấp khi mang thai, mắc đái tháo đường thai kỳ và các bệnh lây truyền qua đường tình dục [79]. Nghiên cứu cho thấy phụ nữ tin vào quyền quyết định mang thai của họ và phụ nữ không vâng lời chồng được cho là có liên quan đến bạo hành khi mang thai [80].

4.1.3. Sức khỏe tâm thần và chất lượng giấc ngủ

Tỷ lệ phụ nữ mang thai có dấu hiệu trầm cảm (23,7%) và cảm giác không hạnh phúc (37,2%) ở mức cao, cho thấy sức khỏe tâm thần trong thai kỳ đang là vấn đề đáng lo ngại. Một số nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận tỷ lệ tương tự,

như tại Brasil là 41,5% [112] và tại Ấn Độ năm 2019 là 35,7% [113]. Ngoài ra, khoảng 40% thai phụ gặp khó khăn về giấc ngủ. Giấc ngủ kém có thể vừa là nguyên nhân, vừa là hậu quả của các vấn đề tâm lý trong thai kỳ, chịu ảnh hưởng bởi thay đổi nội tiết, lo âu về việc sinh nở, áp lực công việc, gánh nặng kinh tế và căng thẳng trong mối quan hệ vợ chồng, đặc biệt khi người chồng có thói quen sử dụng rượu bia [11],[113].

4.1.4. Hỗ trợ xã hội

Hỗ trợ xã hội đa dạng, đến từ chồng, gia đình, bạn bè, đồng nghiệp và cộng đồng. Nó bao gồm hỗ trợ tinh thần (chấp nhận, thông cảm), vật chất (giúp đỡ hữu hình), thông tin (giải quyết vấn đề, tài nguyên) và đánh giá (lời khuyên, phản hồi). Mức độ hỗ trợ phụ thuộc vào số lượng và chất lượng của các mối quan hệ này, và mỗi loại hỗ trợ tác động đến sức khỏe theo những cách riêng [32], [90], [40]. Đa số phụ nữ mang thai trong nghiên cứu chúng tôi nhận được sự hỗ trợ xã hội ở mức vừa (48,7%) và cao (46,3%). Môi trường sống chủ yếu là cùng chồng (56,8%) hoặc gia đình chồng (33,8%), phản ánh cấu trúc gia đình phổ biến tại Việt Nam, nơi các mối quan hệ gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ phụ nữ mang thai.

Phụ nữ bị bạo hành thường bị cô lập và tách khỏi cộng đồng. Do đó, sự hỗ trợ của xã hội là yếu tố quan trọng và ý nghĩa có thể giúp giảm bạo hành do chồng liên quan đến việc mang thai và sinh con [32], [90]. Bên cạnh đó, người phụ nữ thường xuyên liên hệ với gia đình mình thì ít có nguy cơ bị bạo hành hơn [40], [33].

4.1.5. Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACEs)

Tỷ lệ 23,3% phụ nữ mang thai từng có ACEs là một phát hiện quan trọng. ACEs bao gồm các hình thức bạo hành, bỏ mặc, hoặc rối loạn chức năng gia đình. Tỷ lệ này tương đương với một số báo cáo quốc tế, mặc dù có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia và quần thể [128].

ACEs không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và hành vi của phụ nữ mà còn có thể góp phần làm tăng nguy cơ họ trở thành nạn nhân của bạo hành trong giai đoạn trưởng thành, bao gồm cả trong thời kỳ mang thai. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét tiền sử ACEs trong các nỗ lực phòng ngừa và can thiệp bạo hành gia đình [99], [100].

Tóm lại, nghiên cứu cho thấy một bức tranh đa chiều về phụ nữ mang thai tại Đà Nẵng. Mặc dù có những điểm tích cực như tuân thủ tốt chăm sóc tiền sản và nhận được hỗ trợ xã hội cao, nhưng cũng tồn tại những thách thức lớn về sức khỏe tâm thần (trầm cảm, không hạnh phúc, ngủ kém), tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn, tỷ lệ chưa tiêm phòng rubella còn cao, và một bộ phận không nhỏ có tiền sử trải qua ACEs. Các yếu tố về đặc điểm kinh tế-xã hội (trình độ học vấn, nghề nghiệp) và hành vi của người chồng (sử dụng rượu bia) có vai trò rất quan trọng trong mối liên hệ với sức khỏe của thai phụ.

4.2. THỰC TRẠNG BẠO HÀNH DO CHỒNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

4.2.1. Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại thành phố Đà Nẵng cho thấy một tỷ lệ đáng lo ngại về bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai, chiếm 32,9%. Khi so sánh với các nghiên cứu khác tại Việt Nam về bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai, tỷ lệ này nằm giữa mức cao nhất được ghi nhận ở Hà Nội là 35,3% [4] và mức thấp nhất là 17,3% ở Huế [68]. Kết quả có sự khác biệt với một số quốc gia trên thế giới Canada (24,07%) [129], Iran (51,5%) [130]. Có nghiên cứu cho thấy rằng p-IPV đang tăng trong những năm gần đây 2020-2022 [131],[132]. Điều này cho thấy bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai là một vấn đề có tính địa phương và đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt tại Đà Nẵng.

Về bạo hành thể chất, chiếm 14,7%. So sánh với các nghiên cứu khác trong nước, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của N.T.T Trang và Cs (2019) tại tỉnh Quảng Nam với tỷ lệ 8,1% [39], cũng như các nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh (7,3%) [133]. Tuy nhiên, kết quả tương đồng với nghiên cứu của P.N.L Phương và Cs (2021) cũng tại thành phố Đà Nẵng, ghi nhận tỷ lệ 20,8% BHTC [70]. Nghiên cứu của L.T.B. Yen tại thành phố Huế cũng cho thấy tỷ lệ BHTC rất thấp, chỉ 2,0% [134], càng làm nổi bật sự khác biệt giữa các địa phương trong nước. Khi đối chiếu với bối cảnh quốc tế, nghiên cứu tại Ethiopia năm 2020 cho thấy tỷ lệ BHTC ở phụ nữ mang thai là 25,93% [135]. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự đa dạng về văn hóa, kinh tế và xã hội giữa các quốc gia và vùng miền, ảnh hưởng đến nhận thức và hành vi bạo hành.

Đối với bạo hành tinh thần, chiếm 26,9%, tương đồng với kết quả 26,0% từ nghiên cứu của P.N.L Phương và Cs (2021) tại Đà Nẵng [70]. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh (16,8%)[133] và các tỉnh Nam Trung bộ (14,0%) [134]. Thấp hơn nghiên cứu của T.T Nhị và Cs (2018) ở Hà Nội cũng cho thấy một tỷ lệ cao, với 50,4% phụ nữ mang thai đã trải qua ít nhất một kiểu BHTT [136]. Tỷ lệ BHTT cao nhất tại miền Trung Việt Nam trong các nghiên cứu được so sánh là tại huyện Phú Ninh, tỉnh Quảng Nam, với 47,1% [39]. Khi đối chiếu với bối cảnh quốc tế, có 25,62% tại Ethiopia năm 2020 [135]. Sự khác biệt lớn về tỷ lệ BHTT cho thấy vai trò quan trọng của các yếu tố văn hóa, xã hội và mối quan hệ quyền lực trong việc hình thành và duy trì hành vi BHTT.

Bên cạnh đó, kết quả cho thấy sự chiếm ưu thế của BHTT trong số các hình thức bạo hành khác, tương tự các nghiên cứu tại Việt Nam [39],[136] và trên thế giới [137]. Điều này có thể là do tính phổ biến và khó nhận diện của vấn đề này. BHTT bao gồm một loạt các hành vi như lăng mạ, đe dọa, kiểm soát, cô lập và hạ thấp giá trị, những hành vi có thể diễn ra một cách thường

xuyên và kín đáo trong mối quan hệ. So với các hành vi bạo hành thể xác hoặc tình dục, BHTT đôi khi khó được nhận diện rõ ràng là hành vi bạo hành, cả bởi nạn nhân và những người xung quanh, thường bị xem nhẹ hoặc cho là những xung đột gia đình thông thường. Việc sử dụng lời nói và thái độ để gây tổn thương tâm lý không đòi hỏi sức mạnh thể chất hoặc những cơ hội đặc biệt như các hình thức bạo hành khác. Hơn nữa, mặc dù không để lại dấu vết thể xác, ảnh hưởng tâm lý kéo dài của BHTT là vô cùng nghiêm trọng, dẫn đến trầm cảm, có thể khiến nạn nhân cảm thấy bất lực và khó khăn trong việc tìm kiếm sự giúp đỡ. Bạo hành tinh thần thường được xem là tiền đề cho các hình thức bạo hành khác, tạo ra một môi trường kiểm soát trong gia đình (chồng kiểm soát vợ), từ đó dẫn đến các hành vi BHTC, BHTD.

Nghiên cứu ghi nhận 12,5% phụ nữ mang thai bị BHTD. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của N.T.T Trang và Cs (2019) với tỷ lệ 12,6% [39] và nghiên cứu của P.N.L Phương và Cs (2021) tại Đà Nẵng với 11,6% [70]. Đồng thời, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Võ MT (2016) với 12,4% [133] và L.T.B. Yen với tỷ lệ rất thấp 1,3% [134]. Sự khác biệt này có thể do tính nhạy cảm của vấn đề bạo hành tình dục, dẫn đến khó khăn trong việc thu thập số liệu chính xác và đầy đủ.

Sự khác biệt về tỷ lệ bạo hành khi mang thai giữa các vùng miền tại Việt Nam phản ánh đặc điểm văn hóa – xã hội, kinh tế và nhận thức giới của từng khu vực. Việt Nam vẫn chịu ảnh hưởng bởi tư tưởng gia trưởng và bất bình đẳng giới tiềm ẩn, khiến hành vi bạo hành trong gia đình được dung thứ hoặc xem là “chuyện riêng”. Đặc biệt tại các khu vực đô thị như Đà Nẵng, quá trình đô thị hóa nhanh, di cư lao động, áp lực kinh tế và thay đổi vai trò giới có thể làm gia tăng mâu thuẫn trong gia đình, dẫn đến tỷ lệ bạo hành cao hơn so với một số địa phương khác.

Bên cạnh đó, Đà Nẵng là thành phố du lịch – công nghiệp, nơi nhiều cặp vợ chồng trẻ sống xa gia đình, thiếu sự hỗ trợ xã hội và mạng lưới bảo vệ phụ nữ. Điều này có thể khiến phụ nữ dễ bị tổn thương hơn trước bạo hành, nhưng lại ngại chia sẻ hoặc tìm kiếm sự trợ giúp. Việc thiếu các dịch vụ chuyên biệt hỗ trợ nạn nhân mang thai bị bạo hành (đường dây nóng, tư vấn, nơi tạm lánh) cũng làm cho tình trạng này bị che giấu và kéo dài.

Ngoài ra, sự khác biệt trong cách thu thập thông tin, công cụ đo lường và mức độ cởi mở của người trả lời giữa các nghiên cứu cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ ghi nhận. Tuy nhiên, tỷ lệ 32,9% tại Đà Nẵng cho thấy đây không chỉ là vấn đề cá nhân mà là vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng, cần được đưa vào chương trình can thiệp sản – nhi và chính sách phòng chống bạo lực giới ở cấp địa phương.

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bạo hành thể chất (14,7%) cao hơn một chút so với bạo hành tình dục (12,5%). Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi tính nghiêm trọng và dễ nhận thấy của bạo hành thể chất. Các hành vi gây tổn thương cơ thể thường rõ ràng và dễ bị lên án hơn. Ngoài ra, rào cản pháp lý và xã hội đối với bạo hành thể chất thường mạnh mẽ hơn so với bạo hành tinh thần, mặc dù pháp luật ngày càng chú trọng đến các hình thức bạo hành phi vật chất. Mặt khác, tính nhạy cảm của vấn đề bạo hành tình dục có thể dẫn đến việc nạn nhân ngại chia sẻ, làm cho tỷ lệ được báo cáo có thể thấp hơn so với thực tế. Cảm giác xấu hổ, sợ hãi bị phán xét hoặc kỳ thị có thể ngăn cản phụ nữ lên tiếng về vấn đề này.

4.2.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

4.2.2.1. Mối liên quan giữa đặc điểm chồng và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Nghiên cứu thực hiện tại Đà Nẵng cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa trình độ học vấn của người chồng và nguy cơ gây bạo hành đối với vợ trong thời gian mang thai. Cụ thể, phụ nữ có chồng học dưới trình độ THPT có nguy cơ

bị bạo hành cao hơn 2,3 lần, trong khi con số này ở nhóm chồng học hết THPT là 1,4 lần, so với những người có chồng học trên THPT. Kết quả này mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và $p = 0,009$), đồng thời phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây trong và ngoài nước. Điều tra quốc gia năm 2019 về bạo lực đối với phụ nữ tại Việt Nam cũng cho thấy, khi trình độ học vấn của nam giới tăng, nguy cơ bạo hành đối với phụ nữ có xu hướng giảm [1]. Nghiên cứu ở Indonesia [83] và Serbia [84] cũng chỉ ra rằng học vấn thấp hơn của chồng có liên quan đến nguy cơ BHTC, BHTD cao hơn đối với phụ nữ. Điều này có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố, bao gồm sự khác biệt về nhận thức, thái độ đối với vai trò giới, kỹ năng giải quyết xung đột và khả năng tiếp cận thông tin về các chuẩn mực xã hội tích cực. Trình độ học vấn cao hơn có thể đi kèm với sự tôn trọng lẫn nhau và các phương pháp giao tiếp hiệu quả hơn trong mối quan hệ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy chồng làm công nhân có nguy cơ bạo hành cao gấp 1,9 lần so với chồng là cán bộ, viên chức ($OR = 1,90$, $p < 0,001$). Mối liên hệ giữa nghề nghiệp của chồng và bạo hành cũng được đề cập trong các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của N.T.T. Trang và Cs (2019) [39] cho thấy sự phụ thuộc kinh tế của phụ nữ vào chồng có liên quan đến bạo hành giữa các cặp vợ chồng. Báo cáo tổng quan năm 2013 [40] cũng chỉ ra rằng tình trạng thất nghiệp của chồng là một yếu tố làm tăng nguy cơ bạo hành đối với phụ nữ mang thai. Một nghiên cứu tại huyện Đông Anh, Hà Nội [5] còn cụ thể hơn khi chỉ ra rằng thai phụ có chồng làm lao động phổ thông hoặc không có nghề nghiệp có nguy cơ bị bạo hành cao hơn. Điều này có thể do điều kiện kinh tế khó khăn, công việc không ổn định có thể làm tăng căng thẳng, dẫn đến hành vi bạo hành như cách giải tỏa cảm xúc hoặc khẳng định quyền lực. Ngược lại, người có việc làm ổn định và địa vị xã hội thường kiểm soát cảm xúc và giải quyết vấn đề hiệu quả hơn [138].

Cuối cùng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chồng sử dụng rượu bia có nguy cơ bạo hành cao gấp 1,45 lần so với những người không sử dụng (OR=1,45, $p<0,003$). Mối liên hệ giữa việc sử dụng rượu bia của chồng và bạo hành đã được chứng minh [85],[86],[139],[140]. Rượu bia có khả năng làm giảm ức chế, suy giảm khả năng phán đoán và nhận thức, từ đó làm tăng các hành vi bạo hành. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng những người chồng có các hành vi như nghiện rượu, từng đánh nhau hoặc có quan hệ ngoài hôn nhân thường có xu hướng bạo hành phụ nữ nhiều hơn [1].

4.2.2.2. Mối liên quan giữa tình trạng sức khỏe và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Sinh con không trong kế hoạch có nguy cơ bạo hành. Tương tự, nghiên cứu của Simukai Shamu (2018) đã chỉ ra mối liên quan giữa P-IPV và việc mang thai ngoài ý muốn (OR: 1,31–2,02), gợi ý một mối tương quan phức tạp giữa thời điểm mang thai và nguy cơ bạo hành [89]. Việc mang thai ngoài ý muốn có thể tạo ra căng thẳng trong mối quan hệ, gây ra cảm giác không được chào đón hoặc trách nhiệm không mong muốn cho người chồng, từ đó làm tăng nguy cơ xung đột và bạo hành. Ngoài ra, phụ nữ mang thai ngoài ý muốn có thể cảm thấy ít được hỗ trợ hoặc có địa vị thấp hơn trong mối quan hệ, khiến họ dễ bị tổn thương hơn trước hành vi bạo hành.

Phụ nữ mang đa thai có nguy cơ bị bạo hành cao hơn 1,8 lần so với mang đơn thai. Việc mang đa thai có thể làm tăng áp lực thể chất, tâm lý và tài chính, khiến mối quan hệ gia đình dễ căng thẳng, từ đó làm gia tăng nguy cơ bạo lực. Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy phụ nữ ít khám thai có nguy cơ bị bạo hành cao gấp 2,6 lần, và ít siêu âm có nguy cơ cao gấp 1,8 lần so với những người thường xuyên thực hiện. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác cho thấy mối liên quan giữa bạo lực và việc không tiếp cận đầy đủ dịch vụ chăm sóc thai kỳ [88], [89]. Việc không thường xuyên khám

thai/siêu âm có thể là một biểu hiện của việc bị kiểm soát, cô lập hoặc thiếu sự hỗ trợ từ người chồng. Phụ nữ bị bạo hành có thể gặp khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe do bị người chồng ngăn cản, thiếu phương tiện đi lại, hoặc do những vấn đề sức khỏe tâm thần liên quan đến bạo hành. Việc không thường xuyên khám thai/siêu âm không chỉ là một yếu tố nguy cơ mà còn có thể là một dấu hiệu cảnh báo về tình trạng bạo hành mà người phụ nữ đang phải đối mặt.

Phụ nữ có sử dụng rượu bia có nguy cơ bạo hành. Việc phụ nữ mang thai sử dụng rượu bia có thể là một dấu hiệu của căng thẳng, trầm cảm hoặc các vấn đề sức khỏe tâm thần khác, những yếu tố này cũng có thể làm tăng nguy cơ bạo hành. Ngoài ra, trong một số trường hợp, việc sử dụng chất kích thích có thể làm suy giảm khả năng kiểm soát hành vi và tăng nguy cơ xung đột trong mối quan hệ. Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải mối liên hệ này, vì có thể có các yếu tố khác đóng vai trò trung gian.

Phụ nữ từng phá thai một lần có nguy cơ bị bạo hành cao gấp 1,7 lần, và nếu phá thai nhiều hơn một lần, nguy cơ tăng lên gấp 6,5 lần so với người chưa từng phá thai. Tiền sử phá thai có thể phản ánh những khó khăn trong quan hệ, mâu thuẫn về quyết định sinh sản hoặc áp lực từ bạn đời, từ đó làm tăng nguy cơ bạo hành. Nguy cơ gia tăng theo số lần phá thai có thể liên quan đến sự tích lũy của xung đột và tổn thương tâm lý chưa được giải quyết.

Phụ nữ trầm cảm có nguy cơ bạo hành cao. Trầm cảm có thể làm giảm khả năng của phụ nữ trong việc tự bảo vệ mình hoặc tìm kiếm sự giúp đỡ khi đối mặt với bạo hành. Đồng thời, bạo hành cũng là một yếu tố nguy cơ lớn gây ra hoặc làm trầm trọng thêm các triệu chứng trầm cảm. Mối quan hệ này có thể là hai chiều, trong đó trầm cảm làm tăng tính dễ bị tổn thương trước bạo hành và ngược lại.

4.2.2.3. Mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phụ nữ có mức độ hỗ trợ xã hội vừa phải có nguy cơ bị bạo hành cao gấp 1,7 lần so với những người có mức độ hỗ trợ xã hội cao. Phát hiện này nhất quán với nhiều nghiên cứu khác [32], [90], [40],[33],[91] cho thấy vai trò bảo vệ của hỗ trợ xã hội đối với phụ nữ mang thai trước nguy cơ bạo hành. Nghiên cứu của N.T Hoàng (2018) tại Việt Nam [6] thậm chí còn chỉ ra rằng phụ nữ mang thai không được hỗ trợ xã hội có khả năng bị p-IPV ít nhất một lần cao gấp 3,1 lần và nhiều lần cao gấp 2,9 lần. Nghiên cứu cũng nhấn mạnh rằng việc thường xuyên liên hệ với gia đình (ít nhất hàng tháng) có liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ mắc và tái diễn p-IPV. Ngược lại, việc thiếu hỗ trợ tài chính làm tăng nguy cơ bạo hành lặp lại [91].

Sự hỗ trợ từ gia đình, bạn bè và cộng đồng – cả về tinh thần, vật chất lẫn thông tin – là yếu tố quan trọng giúp phụ nữ vượt qua căng thẳng và các hoàn cảnh khó khăn, trong đó có nguy cơ bị bạo hành. Khi phụ nữ cảm thấy được quan tâm, tin tưởng và có người bên cạnh, họ sẽ vững vàng hơn về mặt tâm lý, giảm cảm giác cô lập, từ đó hạn chế nguy cơ trở thành nạn nhân của bạo lực [141].

Ngoài ra, thái độ tiêu cực của người chồng đối với việc mang thai cũng làm tăng khả năng xảy ra bạo hành [5]. Cụ thể, nếu người chồng có mong muốn con trai, nguy cơ phụ nữ bị bạo hành trong thai kỳ tăng lên khoảng 1,5 lần. Điều này cho thấy nhận thức và hành vi của người chồng trong thời gian vợ mang thai có ảnh hưởng lớn đến mức độ an toàn và sức khỏe tinh thần của thai phụ [87].

4.2.2.4. *Mối liên quan giữa trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu và tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai*

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phụ nữ có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu có nguy cơ bị bạo hành cao gấp 3,1 lần. Phát hiện này được củng cố mạnh mẽ bởi nhiều nghiên cứu khác. Một yếu tố tiềm ẩn làm tăng nguy cơ p-IPV là tiền sử tiếp xúc với bạo hành thời thơ ấu [97]. Điều tra quốc gia về bạo hành đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2019 [1] và 2010 [102] cũng chỉ ra rằng phụ nữ từng bị ép buộc quan hệ tình dục lần đầu hoặc chứng kiến mẹ bị bạo hành khi còn nhỏ có nguy cơ bị bạo hành cao hơn.

Những tác động tiêu cực trong giai đoạn tuổi thơ, chẳng hạn như bị ngược đãi, thiếu sự chăm sóc, hoặc trải qua những sự kiện gây sang chấn tâm lý, có thể để lại hậu quả lâu dài đối với sức khỏe tinh thần và cách thức thiết lập mối quan hệ ở tuổi trưởng thành. Phụ nữ từng trải qua các sự kiện bất lợi thời thơ ấu thường dễ rơi vào các mối quan hệ thiếu an toàn, gặp khó khăn trong việc xây dựng lòng tin với người khác, và dễ phản ứng quá mức khi đối mặt với xung đột, từ đó làm tăng nguy cơ bị bạo hành. Ngoài ra, việc từng chứng kiến cảnh bạo hành gia đình khi còn nhỏ có thể hình thành một mô hình ứng xử tiêu cực, khiến cá nhân xem hành vi bạo lực như một cách bình thường để giải quyết bất đồng.

Đáng chú ý, trong nghiên cứu này, các yếu tố như tuổi, dân tộc, tôn giáo, trình độ học vấn, nghề nghiệp, chất lượng giấc ngủ, và hình thức sống chung không có mối liên hệ thống kê đáng kể với nguy cơ bị bạo hành trong thai kỳ. Kết quả này cho thấy rằng tình trạng bạo hành không bị chi phối bởi yếu tố nhân khẩu học hay hoàn cảnh sống của người phụ nữ, mà chủ yếu chịu ảnh hưởng từ các đặc điểm của người chồng, những yếu tố liên quan đến thai kỳ, hành vi nguy cơ, sức khỏe tâm thần, mức độ hỗ trợ từ xã hội, và đặc biệt là tiền sử ACEs.

Tóm lại, tỷ lệ bạo hành phụ nữ mang thai tại Đà Nẵng được ghi nhận ở mức rất cao (32,9%), với bạo hành tinh thần là phổ biến nhất. Nghiên cứu phân

tích các yếu tố nguy cơ quan trọng bao gồm trình độ học vấn thấp và nghề nghiệp của chồng, mang thai ngoài ý muốn, đa thai, không tuân thủ chăm sóc tiền sản, sử dụng rượu bia, tiền sử phá thai, trầm cảm, thiếu hỗ trợ xã hội và đặc biệt là có ACEs.

4.3. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA BẠO HÀNH DO CHỒNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI ĐẾN KẾT QUẢ SINH VÀ TRẦM CẢM SAU SINH CỦA BÀ MẸ TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

4.3.1. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh bất lợi

Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến tai biến sản khoa

Phụ nữ mang thai bị bạo hành có nguy cơ có tai biến sản khoa cao gấp 4,78 lần so với không bị bạo hành ($RR=4,78$; $KTC95\%:1,21-18,95$). Nghiên cứu của chúng tôi tại Đà Nẵng cho thấy một mối liên hệ đáng lo ngại giữa bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai và nguy cơ tai biến sản khoa (băng huyết sau sinh và nhiễm trùng hậu sản). Cụ thể, phụ nữ mang thai bị phơi nhiễm bạo hành khi xem xét bất kỳ hình thức bạo hành nào, nguy cơ này tăng lên 4,78 lần ($RR=4,78$), cho thấy bạo hành có tác động tiêu cực đáng kể đến sức khỏe sản khoa của bà mẹ. Nghiên cứu về ảnh hưởng của bạo hành gia đình đến tử vong chu sinh và trẻ nhỏ năm 2006 [110] đã ghi nhận rằng phụ nữ bị bạo hành gia đình trong thời kỳ mang thai có nguy cơ cao hơn về các tai biến sản khoa, mặc dù nghiên cứu này tập trung chủ yếu vào kết quả tử vong.

Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến hình thức sinh

Mối liên hệ giữa bạo hành và hình thức sinh không phải là một phát hiện mới và đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Một nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc được thực hiện tại Thụy Điển từ năm 2012-2014

trên 1939 phụ nữ mang thai đã chỉ ra rằng bạo hành nói chung làm tăng nguy cơ sinh mổ [104]. Đáng chú ý, nghiên cứu này cũng nhấn mạnh rằng bạo hành tinh thần làm tăng đáng kể nguy cơ sinh mổ ($OR=1,50$), bất kể là sinh mổ theo kế hoạch hay sinh mổ khẩn cấp [104]. Mặc dù không nêu cụ thể từng loại tai biến sản khoa, nghiên cứu này ngầm chỉ ra rằng bạo hành là một yếu tố nguy cơ chung cho các vấn đề sức khỏe liên quan đến thai kỳ.

Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa việc phụ nữ bị bạo hành và hình thức sinh. Lý do chính có thể là bởi ở Đà Nẵng, tỷ lệ sinh mổ cao và phổ biến. Khi mà đa số các ca sinh đã là sinh mổ vì nhiều nguyên nhân khác nhau như chỉ định y tế cần thiết, mong muốn cá nhân của sản phụ, hoặc để tiện cho việc sắp xếp của bệnh viện thì ảnh hưởng của bạo hành đến việc lựa chọn phương pháp sinh dường như bị lu mờ.

Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến sinh non

Phụ nữ mang thai bị bạo hành có nguy cơ sinh non cao gấp 3,38 lần so với không bị bạo hành ($RR=3,38$; KTC95%: 2,16-5,30). Nghiên cứu của chúng tôi tại Đà Nẵng cho thấy một mối liên quan đáng kể giữa việc phụ nữ mang thai bị phơi nhiễm bạo hành từ chồng và nguy cơ sinh non. Cụ thể, phụ nữ mang thai có bất kỳ hình thức bạo hành nào, nguy cơ sinh non tăng lên 3,38 lần ($RR=3,38$). Điều này cho thấy bạo hành trong thai kỳ là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với việc sinh non. Những phát hiện của chúng tôi về mối liên quan giữa bạo hành và sinh non hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu khác được thực hiện cả ở Việt Nam và trên thế giới. Một nghiên cứu tại Hà Nội vào năm 2014-2015 đã chỉ ra rằng thai phụ bị bạo hành thể chất có nguy cơ sinh non cao gấp hơn 5 lần ($OR=5,5$). Mặc dù nghiên cứu tại Hà Nội tập trung vào bạo hành thể chất, kết quả của chúng tôi mở rộng ra cho thấy tất cả các hình thức bạo hành đều có tác động đáng kể đến nguy cơ sinh non [5]. Nghiên cứu thuần tập được thực hiện tại Thụy Điển từ năm 2012-2014 [69] cũng ghi nhận

rằng tiền sử bạo hành ở phụ nữ mang thai làm tăng nguy cơ sinh non (<37 tuần tuổi) một cách đáng kể ($p = 0,049$). Tương tự, một nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng tỷ lệ sinh non tăng gần gấp đôi đối với phụ nữ tiếp xúc với bạo hành trong thời kỳ mang thai [7].

Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến nhẹ cân

Phụ nữ mang thai có bị bạo hành có nguy cơ trẻ sơ sinh nhẹ cân cao gấp 3,99 lần so với không bị bạo hành ($RR=3,99$; KTC95%: 2,38-6,69). Nghiên cứu của chúng tôi tại Đà Nẵng cho thấy một mối liên quan giữa việc bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai và nguy cơ sinh con nhẹ cân (cân nặng sơ sinh dưới 2500 gram). Cụ thể, phụ nữ mang thai bị bất kỳ hình thức bạo hành nào, nguy cơ sinh con nhẹ cân tăng lên 3,99 lần ($RR=3,99$), cho thấy bạo hành trong thai kỳ là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với tình trạng nhẹ cân ở trẻ sơ sinh. Những phát hiện của chúng tôi về mối liên quan giữa bạo hành và trẻ sơ sinh nhẹ cân được củng cố bởi nhiều nghiên cứu khác trong nước và quốc tế, chứng minh bạo hành trong khi mang thai là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với tình trạng nhẹ cân. Nghiên cứu thuần tập năm 2014-2015 trên 1276 phụ nữ ở huyện Đông Anh, Hà Nội cũng phát hiện phụ nữ bị bạo hành thể chất trong thời kỳ mang thai có khả năng sinh non cao gấp 5 lần và có khả năng sinh con nhẹ cân cao gấp gần 6 lần so với những phụ nữ không bị bạo hành [5], [142].

Có nhiều cơ chế phức tạp giải thích cho mối liên quan giữa bạo hành và tình trạng nhẹ cân ở trẻ sơ sinh. Bạo hành có thể tác động tiêu cực đến hành vi sức khỏe của người mẹ trong thai kỳ, bao gồm chế độ ăn uống không đầy đủ, thiếu ngủ, tăng nguy cơ sử dụng chất kích thích (như rượu và ma túy - nghiên cứu của Gillbert và Cs [107]).

Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến chỉ số APGAR

Nghiên cứu của chúng tôi tại Đà Nẵng cho thấy mối liên quan giữa việc bạo hành do chồng khi mang thai và chỉ số APGAR thấp ở trẻ sơ sinh. Cụ thể,

phụ nữ mang thai bị phơi nhiễm bất kỳ hình thức bạo hành nào, nguy cơ sinh con có chỉ số APGAR thấp tăng lên đáng kể 10,37 lần, cho thấy bạo hành trong thai kỳ có tác động tiêu cực nghiêm trọng đến sức khỏe của trẻ sơ sinh ngay sau khi chào đời.

Hiện chưa tìm thấy nhiều nghiên cứu đánh giá tác động đến chỉ số APGAR. Chỉ số APGAR là một đánh giá nhanh về sức khỏe tổng thể của trẻ sơ sinh ngay sau khi sinh, bao gồm các yếu tố như nhịp tim, hô hấp, trương lực cơ, phản xạ và màu da. Chỉ số APGAR thấp thường cho thấy trẻ sơ sinh có thể gặp khó khăn trong quá trình chuyển dạ, thiếu oxy hoặc có các vấn đề sức khỏe khác cần được can thiệp y tế ngay lập tức.

Mặc dù không trực tiếp đo lường chỉ số APGAR, nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ giữa bạo hành trong thai kỳ và các kết quả bất lợi khác cho trẻ sơ sinh, chẳng hạn như sinh non và nhẹ cân [5],[7],[104]. Sinh non và nhẹ cân đều là những yếu tố nguy cơ cao dẫn đến chỉ số APGAR thấp. Nghiên cứu về ảnh hưởng của bạo hành gia đình đến tử vong chu sinh và trẻ nhỏ năm 2006 [110] cũng cho thấy trẻ sinh ra từ bà mẹ bị bạo hành có nguy cơ tử vong sơ sinh cao hơn, điều này ngầm chỉ ra tình trạng sức khỏe kém của trẻ ngay sau sinh, có thể được phản ánh qua chỉ số APGAR thấp.

Tóm lại, nghiên cứu tại Đà Nẵng đã cung cấp bằng chứng mạnh mẽ về tác động tiêu cực của bạo hành trong thai kỳ đối với kết quả sinh, bao gồm tăng nguy cơ tai biến sản khoa cho mẹ, và đặc biệt là tăng nguy cơ sinh non, nhẹ cân, và chỉ số APGAR thấp cho trẻ sơ sinh.

4.3.2. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm sau sinh của bà mẹ tại thành phố Đà Nẵng

Kết quả nghiên cứu cho thấy phụ nữ mang thai bị bạo hành có nguy cơ trầm cảm sau sinh 6 tháng cao gấp 1,32 lần so với không bị bạo hành (RR=1,32; KTC95%: 1,03-1,70). Phụ nữ mang thai bị bạo hành có nguy cơ trầm cảm sau sinh 12 tháng cao gấp 1,3 lần so với không bị bạo hành (RR=1,30; KTC 95%:1,02-1,66).

Tại thành phố Đà Nẵng (2024), tỷ lệ trầm cảm sau sinh 6 tháng là 25,4%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi nằm trong phạm vi được báo cáo ở các nghiên cứu khác. Nghiên cứu dọc tại Hà Nội [4] chỉ ghi nhận 8,2% trầm cảm sau sinh. Nghiên cứu tại Ethiopia năm 2021 [11] ghi nhận tỷ lệ trầm cảm sau sinh là 16,3%, thấp hơn so với kết quả của chúng tôi. Ngược lại, một nghiên cứu tại Bangladesh (2015-2016) [12] lại cho thấy tỷ lệ trầm cảm sau sinh trong vòng 6 tháng đầu tiên là 35,2%, cao hơn đáng kể. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự khác biệt về văn hóa, kinh tế, hệ thống hỗ trợ xã hội.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa việc bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai và nguy cơ trầm cảm sau sinh 6 tháng cao gấp 1,32 lần. Nghiên cứu dọc tại Hà Nội [4] cũng ghi nhận mối liên hệ giữa bạo hành tình dục và trầm cảm sau sinh ($OR = 1,93$), tại đây 2023 cho thấy BHTT liên quan đến TCSS [143]. Nghiên cứu tại Ethiopia [11] cho thấy tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ bị bất kỳ hình thức IPV nào cao hơn 1,98 lần. Nghiên cứu tại Bangladesh [12] cũng cho thấy bạo hành tình dục làm tăng nguy cơ trầm cảm sau sinh ($OR: 2,25$), với mức độ tác động tương đương với kết quả của chúng tôi.

Kết quả của chúng tôi củng cố bằng chứng cho thấy bạo hành trong thai kỳ là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với trầm cảm sau sinh. Các hình thức bạo hành khác nhau có thể tác động đến sức khỏe tâm thần của người phụ nữ thông qua các cơ chế khác nhau, bao gồm tổn thương tâm lý, suy giảm lòng tự trọng và cảm giác cô lập. Mức độ tác động khác nhau giữa các hình thức bạo hành có thể phản ánh sự khác biệt về bản chất của hành vi bạo hành và tác động tâm lý mà chúng gây ra. Bạo hành thể chất và tình dục thường liên quan đến sự xâm phạm và đe dọa trực tiếp, có thể dẫn đến nguy cơ trầm cảm cao hơn so với bạo hành tinh thần trong một số nghiên cứu. Tuy nhiên, bạo hành tinh thần, với tính chất dai dẳng và hạ thấp giá trị, cũng có thể gây ra những tổn thương sâu sắc và kéo dài.

Nghiên cứu của chúng tôi tại Đà Nẵng cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở thời điểm 12 tháng sau sinh là 30,7%, cho thấy một tỷ lệ đáng kể phụ nữ vẫn đang phải đối mặt với trầm cảm một năm sau khi sinh. Tương tự như ở thời điểm 6 tháng, phụ nữ mang thai từng bị phơi nhiễm bạo hành từ chồng tiếp tục có nguy cơ trầm cảm sau sinh 12 tháng cao hơn đáng kể: Phụ nữ bị phơi nhiễm bất kỳ hình thức bạo hành nào trong thai kỳ có nguy cơ trầm cảm sau sinh 12 tháng cao gấp 1,3 lần. Các kết quả này vẫn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), khẳng định rằng bạo hành trong thai kỳ có tác động kéo dài đến trầm cảm của bà mẹ, kéo dài ít nhất đến 12 tháng sau sinh.

Sự duy trì nguy cơ trầm cảm sau sinh cao ở thời điểm 12 tháng cho thấy những tác động tiêu cực của bạo hành trong thai kỳ có thể kéo dài và ảnh hưởng sâu sắc đến trầm cảm của bà mẹ. Những tổn thương về thể chất và tinh thần do bạo hành gây ra có thể cần thời gian dài hơn để hồi phục, và những khó khăn trong vai trò làm mẹ có thể bị trầm trọng hơn do những trải nghiệm bạo hành trước đó. Việc thiếu sự hỗ trợ liên tục và các vấn đề kinh tế, xã hội liên quan đến bạo hành cũng có thể góp phần vào tình trạng trầm cảm kéo dài [115].

Tóm lại, nghiên cứu cung cấp bằng chứng rõ ràng về hậu quả trầm cảm lâu dài của bạo hành trong thai kỳ đối với phụ nữ tại Đà Nẵng, với nguy cơ trầm cảm sau sinh tăng cao và kéo dài ít nhất đến 12 tháng sau sinh. Tỷ lệ trầm cảm sau sinh cao trong mẫu nghiên cứu càng nhấn mạnh tầm quan trọng của vấn đề.

4.3.3. Sự phát triển của trẻ tại thành phố Đà Nẵng

Sự phát triển của trẻ trong 6 và 12 tháng sau sinh

Nghiên cứu của chúng tôi tại Đà Nẵng cho thấy bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai có tác động tiêu cực đáng kể đến sự phát triển của trẻ trong 6 và 12 tháng sau sinh.

Tại 6 tháng tuổi: Tỷ lệ trẻ có rối loạn phát triển là 12,6%. Trẻ có mẹ từng bị bạo hành bất kỳ hình thức nào trong thai kỳ đều có nguy cơ rối loạn phát triển cao hơn đáng kể ($RR=1,98$).

Tại 12 tháng tuổi: Tỷ lệ trẻ có rối loạn phát triển tăng lên 16,8%. Nguy cơ rối loạn phát triển ở trẻ có mẹ từng bị bạo hành vẫn còn cao, mặc dù RR có sự thay đổi nhẹ so với 6 tháng (bất kỳ hình thức nào: $RR=1,85$).

Tất cả các kết quả này đều có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$), cho thấy bạo hành trong thai kỳ là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với sự phát triển sớm của trẻ. Các nghiên cứu khác đã chỉ ra mối liên hệ giữa việc trẻ chứng kiến bạo hành và các vấn đề phát triển. Nghiên cứu Graham (2010) phát hiện tác động tiêu cực đến chỉ số thông minh và chức năng nhận thức của trẻ, bao gồm cả trí nhớ [34]. Một nghiên cứu khác cho thấy trẻ em chứng kiến bạo hành có chỉ số thông minh trung bình thấp hơn 8 điểm so với trẻ không tiếp xúc bạo hành [36]. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào việc mẹ bị bạo hành trong thai kỳ, kết quả này gợi ý rằng môi trường gia đình bạo hành có thể ảnh hưởng đến sự phát triển nhận thức của trẻ.

Nghiên cứu Kacenelenbogen N, et al. (2016) về trẻ có cha mẹ ly thân cũng cho thấy sự chậm trễ trong phát triển tâm lý vận động, đặc biệt là về ngôn ngữ và đồ họa. Mặc dù không trực tiếp về bạo hành, sự gián đoạn trong cấu trúc gia đình và căng thẳng liên quan có thể có những điểm tương đồng về tác động đến sự phát triển của trẻ [38]. Nghiên cứu của Donald (2018) tại một bối cảnh khác (liên quan đến HIV ở bà mẹ) cũng cho thấy mối liên hệ giữa trầm cảm hoặc bạo hành ở bà mẹ và sự chậm phát triển ở trẻ sau 24 tháng [118]. Kết quả của chúng tôi mở rộng điều này đến giai đoạn phát triển sớm hơn (6 và 12 tháng) và cho thấy tác động trực tiếp của bạo hành trong thai kỳ.

Có nhiều cơ chế tiềm năng giải thích cho tác động của bạo hành trong thai kỳ đến sự phát triển của trẻ. Stress ở mẹ do bạo hành có thể ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ của thai nhi trong tử cung thông qua các trục thần kinh nội tiết. Sau khi sinh, môi trường gia đình căng thẳng và thiếu an toàn do bạo hành có thể ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc và tương tác giữa mẹ và con, những

yếu tố then chốt cho sự phát triển toàn diện của trẻ. Trầm cảm sau sinh, một hậu quả thường gặp của bạo hành trong thai kỳ (như đã bàn luận ở trên), cũng có thể làm suy giảm khả năng chăm sóc và tương tác tích cực của mẹ với con, dẫn đến chậm phát triển ở trẻ. Việc trẻ chứng kiến bạo hành (ngay cả khi không trực tiếp là nạn nhân) cũng có thể gây ra những ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển cảm xúc, xã hội và nhận thức của trẻ [73]. Sự gián đoạn trong sự gắn kết mẹ con và các vấn đề trầm cảm của mẹ có thể ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ và các kỹ năng vận động, ngôn ngữ và xã hội của trẻ.

Tóm lại, nghiên cứu tại Đà Nẵng cung cấp bằng chứng thuyết phục rằng việc mẹ bị bạo hành trong thai kỳ có tác động tiêu cực rõ rệt và kéo dài đến sự phát triển thần kinh của trẻ trong năm đầu đời, làm tăng hơn gấp đôi nguy cơ rối loạn phát triển. Đây là một minh chứng rõ ràng cho thấy hậu quả của bạo hành không chỉ dừng lại ở người mẹ mà còn mang tính liên thế hệ, ảnh hưởng đến tiềm năng phát triển của trẻ em.

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Nghiên cứu của chúng tôi tại Đà Nẵng cho thấy bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai có liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ trong 6 và 12 tháng sau sinh, với các tác động khác nhau tùy thuộc vào loại suy dinh dưỡng và thời điểm đánh giá.

Thời điểm trẻ 6 tháng tuổi, bạo hành làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân (W/A) lên 1,63 lần và suy dinh dưỡng thấp còi (L/A) lên 1,4 lần. Ở 12 tháng tuổi, bạo hành làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân (W/A) lên 1,66 lần và suy dinh dưỡng thấp còi (L/A) lên 1,66 lần. Tất cả các kết quả này đều có ý nghĩa thống kê, cho thấy bạo hành trong thai kỳ là một yếu tố nguy cơ đối với tình trạng dinh dưỡng của trẻ trong giai đoạn đầu đời. Các bằng chứng này đã hỗ trợ các phát hiện từ các nghiên cứu trước đây trên thế giới rằng có mối liên hệ giữa bạo hành ở bà mẹ với suy dinh dưỡng thể gầy còm

và thấp còi của trẻ [144],[145]. Tuy nhiên, phát hiện của Issah (2022) cho thấy bạo hành gia đình của người mẹ có liên quan đến tình trạng thiếu cân ($RR = 0,63$; KTC 95%: 0,44, 0,91) và thừa cân/béo phì ($RR = 1,28$; KTC 95%: 1,04, 1,58) [146], điều này góp phần cung cấp bằng chứng hiện có cho thấy rằng có thể có con đường khác ngoài hành vi của người mẹ có liên quan chặt chẽ đến kết quả sức khỏe của trẻ.

Các nghiên cứu khác đã ghi nhận mối liên hệ giữa bạo hành đối với bà mẹ và tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ. Nghiên cứu của Lin K, et al. (2023) kết luận rằng việc bà mẹ tiếp xúc với IPV làm tăng nguy cơ trẻ nhỏ bị suy dinh dưỡng [120]. Phân tích sâu cho thấy bạo hành thể chất và tình dục có liên quan đáng kể đến suy dinh dưỡng ở trẻ, với nguy cơ tăng 55% ($OR\ 1,55$) [120], [121]. Mặc dù mối liên hệ với suy dinh dưỡng thể thấp còi và thiếu cân có thể không nhất quán trong các phân tích tổng thể, các nghiên cứu theo quốc gia tại Châu Phi cận Sahara cho thấy mức độ liên quan đáng kể ở một số quốc gia.

Nghiên cứu theo dõi của tác giả Barnett W, et al. [122] cho thấy bạo hành (cả tinh thần và thể chất) trong thai kỳ có liên quan đến việc giảm cân nặng của trẻ cả khi sinh và ở 12 tháng tuổi, và bạo hành thể chất ảnh hưởng tiêu cực đến chiều cao của trẻ khi sinh và cả bạo hành cảm xúc và thể chất đều tác động đến chiều cao ở 12 tháng tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tác động kéo dài của bạo hành đến cả cân nặng và chiều cao của trẻ.

Điều tra Sức khỏe và Dân số tổng hợp trên 42 nghiên cứu ở 29 quốc gia thu nhập thấp và trung bình cũng xác nhận có mối liên quan giữa bạo hành thể chất hoặc tình dục từ chồng với nguy cơ suy dinh dưỡng thể gầy còm ở trẻ [41]. Nghiên cứu tại Tanzania [147] cho thấy bạo hành gia đình (thể chất và tình dục) có liên quan đến sự phát triển kém hơn của trẻ, bao gồm cả tăng nguy cơ suy dinh dưỡng thể thấp còi.

Có nhiều cơ chế tiềm năng giải thích cho tác động của bạo hành trong thai kỳ đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ. Bạo hành có thể ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe thể chất và tinh thần của bà mẹ, dẫn đến chế độ ăn uống kém, giảm khả năng chăm sóc bản thân và em bé.

Sau khi sinh, bạo hành có thể làm gián đoạn việc nuôi con bằng sữa mẹ [119], một yếu tố then chốt cho dinh dưỡng tối ưu trong 6 tháng đầu đời. Môi trường gia đình bạo hành và căng thẳng cũng có thể ảnh hưởng đến sự phát triển toàn diện của trẻ, bao gồm cả khả năng hấp thụ và sử dụng chất dinh dưỡng. Trầm cảm sau sinh, một hậu quả thường gặp của bạo hành, cũng có thể làm giảm khả năng chăm sóc con của bà mẹ.

4.4. HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thuần tập này đã cung cấp các bằng chứng khoa học khá chi tiết về thực trạng bạo hành phụ nữ mang thai tại Đà Nẵng và kiểm định các hậu quả nghiêm trọng của nó đối với sức khỏe của cả bà mẹ và trẻ em. Những phát hiện này có giá trị quan trọng trong việc nâng cao nhận thức về vấn đề này, xác định các nhóm phụ nữ có nguy cơ cao, và làm cơ sở cho việc xây dựng và triển khai các chương trình can thiệp và chính sách hiệu quả để bảo vệ và hỗ trợ phụ nữ mang thai và gia đình của họ. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một số hạn chế cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo, cụ thể:

Nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Đà Nẵng, một đô thị lớn ở miền Trung Việt Nam. Do đó, kết quả của nghiên cứu có thể không hoàn toàn khái quát hóa cho các vùng nông thôn hoặc các địa phương có đặc điểm kinh tế, văn hóa và xã hội khác biệt trên cả nước. Cần có thêm các nghiên cứu ở các vùng miền khác nhau để có một bức tranh toàn diện hơn về thực trạng bạo hành phụ nữ mang thai và tác động đến sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại Việt Nam.

Nghiên cứu đã xác định một số yếu tố nguy cơ liên quan đến bạo hành, nhưng có thể vẫn còn những yếu tố tiềm ẩn khác chưa được khám phá thêm như các yếu tố liên quan đến tiền sử bạo hành của người chồng, các vấn đề về sức khỏe tâm thần của người chồng, hoặc các yếu tố kinh tế xã hội phức tạp hơn có thể đóng vai trò quan trọng trong việc gây ra bạo hành. Việc đưa thêm các biến số này vào phân tích có thể cung cấp một hiểu biết sâu sắc hơn về các yếu tố nguy cơ dẫn đến bạo hành.

Việc đánh giá sự phát triển và tình trạng dinh dưỡng của trẻ ở 6 và 12 tháng tuổi có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác ngoài bạo hành mà người mẹ phải chịu đựng trong thai kỳ. Một số yếu tố gây nhiễu liên quan đến sức khỏe mẹ và trẻ sau sinh 6 tháng và 12 tháng như chế độ dinh dưỡng, nuôi con bằng sữa mẹ, điều kiện kinh tế – xã hội, môi trường sống, bệnh lý sau sinh và sự hỗ trợ của gia đình khó kiểm soát hoàn toàn. Các yếu tố này có thể ảnh hưởng đến tình trạng trầm cảm của mẹ, sự phát triển và dinh dưỡng của trẻ, làm giảm khả năng xác định mối quan hệ nhân – quả thuần túy giữa bạo hành trong thời kỳ mang thai và các kết quả bất lợi. Việc theo dõi bà mẹ và trẻ tại các mốc 6 và 12 tháng sau sinh gặp khó khăn do phụ thuộc vào sự hợp tác của đối tượng nghiên cứu; một số trường hợp mất liên lạc hoặc không tái khám đúng thời điểm có thể làm giảm cỡ mẫu thực tế. Thông tin về bạo hành do chồng được thu thập qua phỏng vấn tự khai nên có thể chịu ảnh hưởng bởi sai lệch ghi nhớ và xu hướng che giấu. Đối với cân nặng sơ sinh được đo trong vòng 72 giờ sau sinh, thời điểm này trẻ có thể đã trải qua sụt cân sinh lý (mất 5–10% trọng lượng cơ thể). Do đó, số liệu cân nặng có thể chênh lệch so với cân nặng thực tại thời điểm sinh, làm giảm độ chính xác khi đánh giá mối liên quan giữa bạo hành thai kỳ và cân nặng sơ sinh.

Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa phân tích rõ tác động của bạo hành trong thai kỳ đến sức khỏe mẹ và trẻ sơ sinh, cũng như chưa làm rõ mối liên quan

giữa loại, tần suất, mức độ và sự kết hợp các hình thức bạo hành với các chỉ số sức khỏe. Điều này hạn chế khả năng đánh giá toàn diện hậu quả của bạo hành thai kỳ đối với mẹ và con.

Nghiên cứu này tập trung vào bạo hành do chồng gây ra. Các hình thức bạo hành khác, chẳng hạn như bạo hành từ các thành viên khác trong gia đình hoặc cộng đồng, không được xem xét trong nghiên cứu này. Việc mở rộng phạm vi nghiên cứu để bao gồm các hình thức bạo hành khác có thể cung cấp một cái nhìn toàn diện hơn về vấn đề bạo hành phụ nữ mang thai.

Bên cạnh đó, tồn tại Sai số do báo cáo sai tình trạng bạo hành trong gia đình từ phía yếu tố người vợ, thường muốn giấu những sự kiện không tốt trong gia đình ra bên ngoài. Và chưa có can thiệp để chứng minh yếu tố nguy cơ và giải pháp phù hợp nhằm làm giảm tình trạng bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai.

Mặc dù có những hạn chế, nghiên cứu của chúng tôi vẫn cung cấp những bằng chứng quan trọng về thực trạng và tác động của bạo hành phụ nữ mang thai tại Đà Nẵng. Những phát hiện này có thể được sử dụng để xây dựng các chương trình can thiệp và chính sách hiệu quả hơn nhằm bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của phụ nữ mang thai và đối tượng trẻ em, đặc biệt sự phát triển tâm thần thể chất và vận động của trẻ trong 1000 ngày đầu đời. Tuy nhiên, chúng tôi khuyến nghị các nghiên cứu trong tương lai nên khắc phục những hạn chế này để có được những kết quả toàn diện và các bằng chứng khoa học mạnh mẽ hơn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu thuần tập được thực hiện tại thành phố Đà Nẵng từ khi phụ nữ mang thai đến sau sinh 12 tháng đã cung cấp những bằng chứng về thực trạng bạo hành trong thai kỳ và tác động của nó đến kết quả sinh cũng như trầm cảm của bà mẹ và phát triển của trẻ sau sinh.

1. Thực trạng bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan

1.1. Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Tỷ lệ bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai là 32,9%. Trong đó, bạo hành tinh thần là phổ biến nhất (26,9%), tiếp theo là bạo hành thể chất (14,7%) và bạo hành tình dục (12,5%).

1.2. Các yếu tố liên quan đến bạo hành ($p < 0,05$)

Chồng có trình độ học vấn dưới THPT có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,87 lần.

Phụ nữ có chồng là công nhân có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,97 lần.

Phụ nữ có chồng sử dụng rượu bia có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,40 lần.

Trường hợp đa thai có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,84 lần.

Phụ nữ không khám thai đầy đủ có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,96 lần.

Phụ nữ từng phá thai 1 lần có nguy cơ bạo hành cao hơn 1,73 lần, từng phá thai nhiều hơn 1 lần có nguy cơ bạo hành cao hơn 6,47 lần.

Phụ nữ có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu có nguy cơ bạo hành cao hơn 2,88 lần.

2. Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và sự phát triển của trẻ tại thành phố Đà Nẵng.

Về kết quả sinh, phụ nữ mang thai bị bạo hành có nguy cơ tai biến sản khoa cao hơn so với nhóm không bị bạo hành ($RR = 4,78$; $p < 0,05$). Đồng thời, nguy cơ sinh non ($RR = 3,38$; $p < 0,001$), trẻ sơ sinh nhẹ cân ($RR = 3,99$; $p < 0,001$) và chỉ số APGAR thấp ($RR = 10,37$; $p < 0,01$) đều tăng đáng kể.

Đối với trầm cảm sau sinh, bạo hành trong thai kỳ làm tăng nguy cơ trầm cảm ở bà mẹ tại cả thời điểm 6 tháng ($RR = 1,32; p < 0,05$) và 12 tháng sau sinh ($RR = 1,30; p < 0,05$).

Về sự phát triển của trẻ, con của các bà mẹ bị bạo hành trong thời kỳ mang thai có nguy cơ rối loạn phát triển cao hơn ở 6 tháng ($RR = 1,98; p < 0,001$) và 12 tháng tuổi ($RR = 1,85; p < 0,001$).

Ngoài ra, bạo hành trong thời kỳ mang thai còn làm gia tăng nguy cơ suy dinh dưỡng ở trẻ, bao gồm nhẹ cân, thấp còi và gầy còm, với RR dao động từ 1,40 đến 1,89 tại các thời điểm 6 và 12 tháng tuổi ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Xuất phát từ khó khăn trong quá trình nghiên cứu, đặc biệt là việc theo dõi sức khỏe mẹ và trẻ trong các giai đoạn sau sinh, cùng với những bằng chứng thu được về thực trạng và tác động của bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai (p-IPV) đến sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, chúng tôi đề xuất một số kiến nghị cụ thể nhằm phòng ngừa, phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và giảm thiểu tác động của bạo hành tại thành phố Đà Nẵng.

1. Đối với cơ quan y tế và Hội Phụ nữ địa phương

Triển khai sàng lọc thường quy bạo hành tinh thần, thể chất và tình dục bằng thang đo CTS-2 trong quản lý thai nghén, sinh đẻ và chăm sóc sau sinh; đồng thời tổ chức đào tạo, tập huấn cho nhân viên y tế về kỹ năng nhận diện, tư vấn, hỗ trợ và chuyển tuyến các trường hợp p-IPV, bảo đảm nguyên tắc bảo mật và tôn trọng người phụ nữ.

Phối hợp với Hội Phụ nữ và các tổ chức xã hội đẩy mạnh truyền thông về hậu quả của bạo hành trong thai kỳ, thúc đẩy bình đẳng giới; xây dựng và duy trì các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, tư vấn cộng đồng nhằm phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và hỗ trợ phụ nữ tiếp cận các dịch vụ bảo vệ quyền lợi.

2. Đối với cán bộ trực tiếp thực hiện công tác phòng, chống bạo hành tại địa phương

Tổ chức sàng lọc trầm cảm sau sinh bằng thang PHQ-9 tại các thời điểm 6 và 12 tháng, ưu tiên nhóm phụ nữ có tiền sử p-IPV; theo dõi và quản lý liên tục các trường hợp nguy cơ cao.

Tăng cường theo dõi dinh dưỡng, sàng lọc phát triển sớm bằng ASQ-3 và triển khai các can thiệp phục hồi chức năng phù hợp nhằm giảm thiểu tác động lâu dài của p-IPV trong 1000 ngày đầu đời.

3. Đối với gia đình, phụ nữ mang thai và người chồng

Khuyến khích sự tham gia tích cực của người chồng trong hỗ trợ tinh thần, tình cảm và vật chất cho phụ nữ mang thai, góp phần giảm nguy cơ và hậu quả của bạo hành trong thai kỳ.

Khuyến khích phụ nữ mang thai chủ động tìm kiếm sự hỗ trợ từ hệ thống y tế và các dịch vụ xã hội khi có dấu hiệu bạo hành; đồng thời nâng cao nhận thức về lập kế hoạch mang thai và sinh con an toàn.

4. Kiến nghị về chính sách

Đưa nội dung sàng lọc và can thiệp p-IPV vào các chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em nhằm bảo đảm tính bền vững và đồng bộ trong triển khai.

Thiết lập cơ chế theo dõi dài hạn đối với bà mẹ và trẻ em bị ảnh hưởng bởi p-IPV để đánh giá toàn diện các chỉ số sức khỏe thể chất, tinh thần và phát triển, làm cơ sở cho hoạch định chính sách và can thiệp phù hợp.

NHỮNG ĐIỂM MỚI CỦA NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu thuần tập được thực hiện một cách bài bản, bắt đầu từ thời điểm phụ nữ sinh con và theo dõi từ lúc sinh trong suốt một năm sau đó. Điểm đặc biệt của thiết kế này là khả năng quan sát và phân tích một cách toàn diện, chi tiết các tác động đa chiều của tình trạng bạo hành trong suốt thai kỳ lên cả sức khỏe của người mẹ và sự phát triển của trẻ sơ sinh theo diễn tiến thời gian. Trên phạm vi toàn cầu, một thiết kế nghiên cứu thuần tập như vậy vẫn còn ít, và đây còn là một trong số ít những nghiên cứu về chủ đề này được thực hiện ở Việt Nam với phương pháp tiếp cận này trong lĩnh vực bạo hành phụ nữ mang thai.

Nghiên cứu đã cung cấp những bằng chứng mạnh mẽ và thuyết phục về những hậu quả tiêu cực mà bạo hành gây ra cho phụ nữ trong giai đoạn mang thai. Những phát hiện này không chỉ có ý nghĩa quan trọng đối với bối cảnh Việt Nam mà còn có tiềm năng lớn để được tham khảo và áp dụng tại các quốc gia có mức thu nhập thấp và trung bình với những đặc điểm kinh tế, xã hội và văn hóa tương đồng. Việc có được những bằng chứng xác thực này sẽ góp phần nâng cao nhận thức về vấn đề bạo hành phụ nữ mang thai và thúc đẩy việc xây dựng các chương trình can thiệp hiệu quả hơn ở nhiều quốc gia trên thế giới.

Kết quả thu được từ nghiên cứu này cung cấp một nền tảng khoa học vững chắc cùng với những thông tin thực tiễn có giá trị. Đây là cơ sở quan trọng để các nhà hoạch định chính sách có thể xem xét, bổ sung và xây dựng các chính sách phòng chống bạo hành đối với phụ nữ mang thai một cách hiệu quả hơn. Việc này hứa hẹn sẽ mang lại những cải thiện đáng kể trong chất lượng cuộc sống của cả phụ nữ và trẻ em, đặc biệt là trong việc đảm bảo chăm sóc toàn diện sức khỏe thể chất, vận động và tâm thần cho trẻ trong giai đoạn 1000 ngày đầu đời – một giai đoạn có ý nghĩa quyết định cho sự phát triển toàn diện của con người.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

Công trình nghiên cứu đã đăng tạp chí khoa học

1. Tran Dinh Trung, Nguyen Vu Quoc Huy, Vo Van Thang (2024), Intimate partner violence during pregnancy: a large-scale survey of pregnant women in Da Nang City, Vietnam, *Hue Journal of Medicine and pharmacy*, Vol. 14 (No. 6), page 91-97.
2. Trần Đình Trung, Võ Văn Thắng, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2025), Thực trạng trầm cảm trước sinh và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại thành phố Đà Nẵng năm 2023, *Tạp chí Y học dự phòng*. Tập 35, số 1, trang 46-53.
3. Tran Dinh Trung, Vo Van Thang, Nguyen Vu Quoc Huy (2025), Assessing the Impact of Prenatal Intimate Partner Violence on Birth Outcomes and Maternal Mental Health in Da Nang City, *Journal of Clinical Medicine – Hue Central Hospital*. Vol. 17, No. 5, page 21-26.

Báo cáo tại Hội nghị quốc tế

4. Tran Dinh Trung, Nguyen Vu Quoc Huy, Vo Van Thang (2023), Intimate partner violence among pregnant women in a largest city of the central Vietnam, *The the 9th AHILA International Conference, May 14th-17th, 2023, Phuket, Thailand*.
5. Tran Dinh Trung, Nguyen Vu Quoc Huy, Vo Van Thang (2023), Intimate partner violence during pregnancy and related factors in married women in Da Nang city, Vietnam, *The 13th International Conference on Public Health among the Greater Mekong Subregion Countries 2023 (IPHC GMS13), June 30 - July 2, 2023, Hue City, Vietnam*.

6. Tran Dinh Trung, Nguyen Vu Quoc Huy, Vo Van Thang (2024), Intimate Partner Violence during Pregnancy: A large-scale survey of pregnant women in Da Nang city, Vietnam, *The 14th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries (14th ICPH-GMS)*, 27-29th June, 2024, Luangprabang Province, Lao PDR.

Báo cáo tại Hội nghị trong nước

7. Trần Đình Trung, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Võ Văn Thắng (2023), Thực trạng bạo hành do chồng ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối tại thành phố Đà Nẵng: Một nghiên cứu cắt ngang, *Hội nghị Sau đại học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế lần thứ XII*, 18/11/2023, thành phố Huế, Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MOLISA. Điều tra quốc gia về bạo lực đối với phụ nữ ở Việt Nam năm 2019.2020.
2. Bikinesi LT, Mash R, Joyner K. Prevalence of intimate partner violence and associated factors amongst women attending antenatal care at Outapi clinic, Namibia: A descriptive survey. *African journal of primary health care & family medicine*. 2017;9(1):1-6.
3. WHO. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. 2021.
4. Tho Nhi T, Hanh NTT, Hinh ND, Toan NV, Gammeltoft T, Rasch V, et al. Intimate partner violence among pregnant women and postpartum depression in Vietnam: a longitudinal study. *BioMed research international*. 2019;2019:2-9.
5. Nguyễn Hoàng Thanh. Bạo lực gia đình và sức khỏe của thai phụ, trẻ sơ sinh tại huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2014-2015. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội 2014.
6. Nguyen TH, Ngo TV, Nguyen VD, Nguyen HD, Nguyen HTT, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy in Vietnam: prevalence, risk factors and the role of social support. *Global health action*. 2018;11(sup3):1638052.
7. Donovan B, Spracklen C, Schweizer M, Ryckman K, Saftlas A. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta - analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;123(8):1289-99.

8. Quốc Hội. Luật số 13/2022/QH15 về Phòng, chống bạo lực gia đình ngày 14 tháng 11 năm 2022. 2022.
9. Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, Kidane G. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. *Reproductive health*. 2019;16(1):1-9.
10. Cook J, Bewley S. Acknowledging a persistent truth: domestic violence in pregnancy. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2008;101(7):358-63.
11. Ashenafi W, Mengistie B, Egata G, Berhane Y. The role of intimate partner violence victimization during pregnancy on maternal postpartum depression in eastern Ethiopia. *SAGE open medicine*. 2021;9:2050312121989493.
12. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: the experience of women of Bangladesh. *PloS one*. 2017;12(5):e0176211.
13. Bộ Tư pháp. Phòng, chống bạo lực gia đình – Một số vấn đề lý luận và thực tiễn. 2014.
14. Quốc hội. Luật số 02/2007/QH12 ngày 21 tháng 11 năm 2007 về phòng, chống bạo lực gia đình 2007 2007.
15. CDC. Intimate Partner Violence 2021 [Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html>].
16. StatPearls Publishing. Vaginal Delivery 2024 [Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/>].
17. StatPearls Publishing. Cesarean Delivery 2024 [Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>].
18. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(12):1-27.

19. Bộ Y tế. Quyết định 3519/2000/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và xử trí cấp cứu 5 tai biến sản khoa. 2000.
20. Bộ Y tế. Quyết định số 2582/QĐ-BYT ngày 25 tháng 7 năm 2012 về việc ban hành “hướng dẫn chăm sóc trẻ đẻ non, khám sàng lọc, điều trị và theo dõi bệnh võng mạc trẻ đẻ non”. 2012.
21. Kiserud T, Piaggio G, Carroli G, Widmer M, Carvalho J, Neerup Jensen L, et al. The World Health Organization fetal growth charts: a multinational longitudinal study of ultrasound biometric measurements and estimated fetal weight. *PLoS medicine*. 2017;14(1):e1002220.
22. Ajibo BD, Wolka E, Aseffa A, Nugusu MA, Adem AO, Mamo M, et al. Determinants of low fifth minute Apgar score among newborns delivered by cesarean section at Wolaita Sodo University Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia: an unmatched case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):665-9.
23. UNICEF Lao. Ensuring a Healthy Start: The First 1,000 Days 2025 [Available from: <https://www.unicef.org/laos/ensuring-healthy-start-first-1000-days-0>].
24. Bệnh Nhi Trung ương. Sự phát triển thể chất, tâm thần vận động của trẻ 2016 [Available from: <https://benhviennhitronguong.gov.vn/su-phat-trien-the-chat-tam-than-van-dong-cua-tre.html>].
25. WHO. ICD-10, international statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. World Health Organization; 1992.
26. Sharma V, Mazmanian D, Palagini L, Bramante A. Postpartum psychosis: Revisiting the phenomenology, nosology, and treatment. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2022;10:100378.
27. Canova C, Cantarutti A. Population-Based Birth Cohort Studies in Epidemiology. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):1-6.

28. Valdebenito S, Murray A, Hughes C, Băban A, Fernando AD, Madrid BJ, et al. Evidence for Better Lives Study: a comparative birth-cohort study on child exposure to violence and other adversities in eight low- and middle-income countries - foundational research (study protocol). *BMJ open*. 2020;10(10):e034986.
29. Coussons-Read ME. Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstetric medicine*. 2013;6(2):52-7.
30. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
31. Da Thi Tran T, Murray L, Van Vo T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016 - 2021. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022;22(1):315-29.
32. Chan KL, Lo C, Lu Y, Ho FK, Leung WC, Ip P. Intimate partner violence before pregnancy, during pregnancy, and after childbirth: a new conceptualization highlighting individual changes in violence against pregnant women over time. *Journal of interpersonal violence*. 2021:0886260521997451.
33. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PloS one*. 2011;6(3):e17591.
34. Graham-Bermann SA, Howell KH, Miller LE, Kwek J, Lilly MM. Traumatic Events and Maternal Education as Predictors of Verbal Ability for Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence (IPV). *Journal of Family Violence*. 2010;25(4):383-92.

35. Murray L, McDonald N, Thang VV. Mothers' experiences of settling infants in central Vietnam "through their eyes": A photo-elicitation study. *Health Care Women Int.* 2019;40(5):495-514.
36. Koenen KC, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Purcell S. Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and Psychopathology.* 2003;15(2):297-311.
37. Tomoda A, Polcari A, Anderson CM, Teicher MH. Reduced visual cortex gray matter volume and thickness in young adults who witnessed domestic violence during childhood. *PloS one.* 2012;7(12):e52528.
38. Kacenelenbogen N, Dramaix-Wilmet M, Schetgen M, Roland M, Godin I. Parental separation: a risk for the psychomotor development of children aged 28 to 32 months? A cross-sectional study. *BMC pediatrics.* 2016;16(1):89.
39. Nguyễn Thị Thu Trang, Trần Đình Trung, Võ Văn Thắng. Các yếu tố liên quan đến thực trạng bạo hành khi mang thai ở phụ nữ đã kết hôn: một nghiên cứu mô tả cắt ngang tại huyện Phú Ninh tỉnh Quảng Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;501(2):181-6.
40. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims.* 2013;28(3):359-80.
41. Chai J, Fink G, Kaaya S, Danaei G, Fawzi W, Ezzati M, et al. Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. *Bulletin of the World Health Organization.* 2016;94(5):331.
42. Signorelli MS, Arcidiacono E, Musumeci G, Di Nuovo S, Aguglia E. Detecting Domestic Violence: Italian Validation of Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2). *Journal of Family Violence.* 2014;29(4):361-9.
43. Trần Thị Nhật Vy. Điều tra thực trạng về ảnh hưởng giữa bạo hành gia đình và sinh non hoặc sinh con nhẹ cân tại thành phố Hồ Chí Minh: Luận án tiến sĩ, trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2019.

44. Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *British Journal of General Practice*. 2008;58(546):32-6.
45. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ - 9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(9):606-13.
46. Wang L, Kroenke K, Stump TE, Monahan PO. Screening for perinatal depression with the Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9): A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2021;68:74-82.
47. Murray A, Hemady C, Do PH, Dunne M, Foley S, Osafo J, et al. Measuring antenatal depressive symptoms across the world: A validation and cross-country invariance analysis of the Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) in eight diverse low resource settings. *Psychol Assess*. 2022;34(11):993-1007.
48. Bộ Y tế. Quyết định số 2254/ QĐ-BYT ngày 07 tháng 05 năm 2021 về việc ban hành bộ công cụ phát hiện sớm rối loạn phổ tự kỷ ở trẻ em. 2021.
49. WHO. Malnutrition in children 2025 [Available from: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-children>].
50. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test–retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of psychosomatic research*. 2002;53(3):737-40.
51. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213.
52. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.

53. Sharif M, Zaidi A, Waqas A, Malik A, Hagaman A, Maselko J, et al. Psychometric Validation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support During Pregnancy in Rural Pakistan. *Frontiers in psychology*. 2021;12:601563.
54. WHO. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) 2020 [Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))].
55. Nunes ED. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global study on homicide: trends, context, data. Vienna: UNODC; 2011. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:3447-9.
56. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Fernández-Félix BM, Zamora J, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health*. 2021;9:738459.
57. Avanigadda DB, Kulasekaran RA. Associations between intimate partner violence and pregnancy complications: A cross-sectional study in India. *Journal of family & community medicine*. 2021;28(1):17-27.
58. Liyew AM, Alem AZ, Ayalew HG. Magnitude and factors associated with intimate partner violence against pregnant women in Ethiopia: a multilevel analysis of 2016 Ethiopian demographic and health survey. *BMC public health*. 2022;22(1):284.
59. Bifftu BB, Guracho YD. Determinants of Intimate Partner Violence against Pregnant Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 2022;2022:4641343.
60. Stiller M, Bärnighausen T, Wilson ML. Intimate partner violence among pregnant women in Kenya: forms, perpetrators and associations. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):210.

61. Nepal S, Atreya A, Shrestha DB, Budhathoki P, Lamichhane S, Nepal S, et al. Intimate Partner Violence During Pregnancy in South Asia: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2023;20(3):562-9.
62. Maharlouei N, Roozmeh S, Zahed Roozegar MH, Shahraki HR, Bazrafshan K, Moradi-Alamdarloo S, et al. Intimate partner violence during pregnancy in COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from South-west of Iran. *BMC Public Health*. 2023;23(1):325.
63. Eikemo R, Barimani M, Elvin-Nowak Y, Eriksson J, Vikstrom A, Nyman V, et al. Intimate partner violence during pregnancy - Prevalence and associations with women's health: A cross-sectional study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2023;36:100843.
64. Aslam S, Farooq N, Ain QU, Khalid L, Siraj N, Mushtaq N. Exploring factors associated with domestic violence among pregnant women in Pakistan and its implications for maternal and perinatal health. *Women Health*. 2024;64(10):819-28.
65. Jalili M, Kohan S, Tarrahi MJ, Torabi F. Correlation Between Intimate Partner Violence During Pregnancy and Parental Acceptance by Primiparous Mothers. *Iranian journal of medical sciences*. 2024;49(2):101-9.
66. Kpordoxah MR, Adiak AA, Issah AN, Yeboah D, Abdulai N, Boah M. Magnitude of self-reported intimate partner violence against pregnant women in Ghana's northern region and its association with low birth weight. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):29.
67. Aychiluhm SB, Mare KU, Ahmed KY, Demissie MS, Tadesse AW. Intimate Partner Violence and its associated factors among pregnant women receiving antenatal care. A Bayesian analysis approach. *PLoS One*. 2024;19(7):e0304498.

68. Võ Nữ Hồng Đức, Trần Đại Tri Hân, Nguyễn Hoàng Thuỳ Linh, Lương Thanh Bảo Yến, Đặng Thị Thanh Nhã, Vũ Thị Cúc, et al. Thực trạng bạo hành phụ nữ do chồng trong thời kỳ mang thai và một số yếu tố liên quan tại thành phố Huế. *Tạp chí Khoa học Đại học Huế: Khoa học Xã hội và Nhân văn*. 2025(6A):171–90.
69. Nguyễn Kiến Quốc, Đoàn Thị Thùy Dương, Nguyễn Đình Phương Thảo. Thực trạng bạo hành do chồng ở phụ nữ mang thai tại quận Liên Chiểu, Thành Phố Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;531(1):117-21.
70. Phạm Nguyễn Lam Phương, Ngô Thị Hồng Uyên, Trần Đình Trung. Tỷ lệ bạo hành gia đình và các loại bạo hành khi mang thai ở phụ nữ đã kết hôn tại thành phố Đà Nẵng: một nghiên cứu mô tả cắt ngang. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;516(2):54-7.
71. Naved RT. Sexual violence towards married women in Bangladesh. *Archives of sexual behavior*. 2013;42(4):595-602.
72. Ragetlie R, Sano Y, Antabe R, Luginaah I. Married women's experiences of intimate partner violence and utilization of antenatal health care in Togo. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2020;23:100482.
73. Antai D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. *BMC Public Health*. 2011;11:511.
74. Atteraya MS, Gnawali S, Song IH. Factors associated with intimate partner violence against married women in Nepal. *J Interpers Violence*. 2015;30(7):1226-46.
75. Djikanovic B, Jansen HA, Otasevic S. Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study. *Journal of epidemiology and community health*. 2010;64(8):728-35.

76. Rao S. A natural disaster and intimate partner violence: Evidence over time. *Social science & medicine* (1982). 2020;247:112804.
77. Siddique JA. Age, Marital Status, and Risk of Sexual Victimization: Similarities and Differences Across Victim-Offender Relationships. *J Interpers Violence*. 2016;31(15):2556-75.
78. Chibber KS, Krupp K, Padian N, Madhivanan P. Examining the determinants of sexual violence among young, married women in Southern India. *J Interpers Violence*. 2012;27(12):2465-83.
79. Defilipo EC, Chagas PSdC, Ribeiro LC. Violence against pregnant women and associated factors in the city of Governador Valadares. *Revista de saude publica*. 2020;54.
80. Fekadu E, Yigzaw G, Gelaye KA, Ayele TA, Minwuye T, Geneta T, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):138.
81. Martinez-Galiano JM, Delgado-Rodriguez M. Intimate partner violence in pregnant women: predisposing factors. *Revista espanola de salud publica*. 2020;94.
82. UNFPA. Từ bạo lực gia đình đến bạo lực giới ở Việt Nam: mối liên hệ giữa các hình thức bạo lực. 2014.
83. Hayati EN, Hogberg U, Hakimi M, Ellsberg MC, Emmelin M. Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. *BMC Womens Health*. 2011;11:52.
84. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive health matters*. 2010;18(36):158-70.

85. Hellmuth JC, Gordon KC, Stuart GL, Moore TM. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *Archives of women's mental health*. 2013;16(1):19-27.
86. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *Journal of women's health (2002)*. 2006;15(8):934-40.
87. Nguyen HT, Ngo TT, Nguyen QV, Van Ngo T, Nguyen VD, Nguyen HD, et al. Intimate partner violence during pregnancy in Vietnam: role of husbands. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(2):271-9.
88. Metheny N, Stephenson R. Intimate partner violence and uptake of antenatal care: A scoping review of low-and middle-income country studies. *International perspectives on sexual and reproductive health*. 2017;43(4):163-71.
89. Shamu S, Munjanja S, Zarowsky C, Shamu P, Temmerman M, Abrahams N. Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-10.
90. Daley D, McCauley M, van den Broek N. Interventions for women who report domestic violence during and after pregnancy in low-and middle-income countries: a systematic literature review. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020;20(1):1-9.
91. Sigalla GN, Rasch V, Gammeltoft T, Meyrowitsch DW, Rogathi J, Manongi R, et al. Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania. *BMC Public Health*. 2017;17(1):240.
92. Sivertsen B, Hysing M, Dørheim SK, Eberhard-Gran M. Trajectories of maternal sleep problems before and after childbirth: a longitudinal population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:129.

93. Woods SJ, Kozachik SL, Hall RJ. Subjective sleep quality in women experiencing intimate partner violence: contributions of situational, psychological, and physiological factors. *Journal of traumatic stress*. 2010;23(1):141-50.
94. Kainulainen S. Concurrent Assessments of Individuals' Affect and Contentment and the Correlation of these Estimates to Overall Happiness at Specific Moments. *Applied Research in Quality of Life*. 2022;17(5):3151-74.
95. Toshkov D. The Relationship Between Age and Happiness Varies by Income. *Journal of Happiness Studies*. 2022;23(3):1169-88.
96. Ghimire C, Acharya S, Shrestha C, Kc P, Singh S, Sharma P. Interpersonal Violence during the COVID-19 Lockdown Period in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA; journal of the Nepal Medical Association*. 2020;58(230):751-7.
97. Đặng Thị Hoa. Thực trạng các yếu tố ảnh hưởng tới bạo lực gia đình từ góc nhìn xã hội và văn hóa. *Tạp chí khoa học học viện phụ nữ Việt Nam*. 2021;2018(3):2-9.
98. Brown RH, Eisner M, Walker S, Tomlinson M, Fearon P, Dunne MP, et al. The impact of maternal adverse childhood experiences and prenatal depressive symptoms on foetal attachment: Preliminary evidence from expectant mothers across eight middle-income countries. *Journal of affective disorders*. 2021;295:612-9.
99. Racine N, Zumwalt K, McDonald S, Tough S, Madigan S. Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *Journal of affective disorders*. 2020;263:576-81.
100. Salah AB, Lemieux A, Mlouki I, Amor I, Bouanene I, Salem KB, et al. Impact of social violence and childhood adversities on pregnancy outcomes: a longitudinal study in Tunisia. *Journal of global health*. 2019;9(2):1-10.

101. Hemady CL, Speyer LG, Murray AL, Brown RH, Meinck F, Fry D, et al. Patterns of adverse childhood experiences and associations with prenatal substance use and poor infant outcomes in a multi-country cohort of mothers: a latent class analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2022;22(1):1-12.
102. Tổng cục Thống kê Việt Nam. Bạo hành gia đình với phụ nữ ở Việt Nam. Nghiên cứu quốc gia 2010.
103. Imran N, Liaqat S, Bodla ZH, Zeshan M, Naveed S. Impact of Adverse Childhood Experiences on the Mother-Infant Social-Emotional Well-Being in Low-and Middle-Income Countries. *Psychiatric Annals*. 2021;51(7):316-21.
104. Finnbogadóttir H, Baird K, Thies-Lagergren L. Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020;20(1):1-10.
105. Dhar D, McDougal L, Hay K, Atmavilas Y, Silverman J, Triplett D, et al. Associations between intimate partner violence and reproductive and maternal health outcomes in Bihar, India: a cross-sectional study. *Reproductive health*. 2018;15(1):1-14.
106. Gebreslasie KZ, Weldemariam S, Gebre G, Zenebe D, Mehari M, Birhane A, et al. Intimate partner violence during pregnancy and risks of low birth weight and preterm birth in hospitals of Tigray, Northern Ethiopia. *Scientific reports*. 2024;14(1):1363.
107. Gilbert L, El-Bassel N, Chang M, Wu E, Roy L. Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2012;26(2):226.

108. Beydoun HA, Tamim H, Lincoln AM, Dooley SD, Beydoun MA. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. *Social science & medicine*. 2011;72(6):867-73.
109. Chen P-H, Rovi S, Vega ML, Barrett T, Pan K-Y, Johnson MS. Birth outcomes in relation to intimate partner violence. *Journal of the national medical association*. 2017;109(4):238-45.
110. Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *American journal of public health*. 2006;96(8):1423-8.
111. Wei X, Wang W, Law YW, Zhang H. The Impacts of Intimate Partner Violence on Postpartum Depression: An Updated Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*. 2024;25(2):1531-50.
112. da Silva Lima L, do Carmo TOA, Neto CdSB, da Cunha Pena JL. Depressive symptoms in pregnant women and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Enfermería Global*. 2020;19(4):31-45.
113. Sheeba B, Nath A, Metgud CS, Krishna M, Venkatesh S, Vindhya J, et al. Prenatal depression and its associated risk factors among pregnant women in Bangalore: a hospital based prevalence study. *Frontiers in Public Health*. 2019;7:108.
114. Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI, Janssen PA, Thiessen KR. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: an analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC pregnancy and childbirth*. 2011;11(1):1-9.
115. Do HP, Tran BX, Nguyen CT, Van Vo T, Baker PR, Dunne MP. Inter-partner violence during pregnancy, maternal mental health and birth outcomes in Vietnam: A systematic review. *Children and youth services review*. 2019;96:255-65.

116. Huth-Bocks A, C, Krause K, Ahlfs-Dunn S, Gallagher E, Scott S. Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodynamic psychiatry*. 2013;41(2):277-301.
117. Mazza M, Caroppo E, Marano G, Chieffo D, Moccia L, Janiri D, et al. Caring for mothers: a narrative review on interpersonal violence and peripartum mental health. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(10):5281.
118. Donald KA, Wedderburn CJ, Barnett W, Nhapi RT, Rehman AM, Stadler JA, et al. Risk and protective factors for child development: An observational South African birth cohort. *PLoS medicine*. 2019;16(9):e1002920.
119. Brand E, Kothari C, Stark MA. Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. *The Journal of perinatal education*. 2011;20(1):36-44.
120. Lin K, Zhou P, Liu M, Chen B, Zhou Z, Zhang Y, et al. The relationship between intimate partner violence and child malnutrition: a retrospective study in 29 sub-Saharan African countries. *Front Public Health*. 2023;11:1231913.
121. Rahman M, Poudel KC, Yasuoka J, Otsuka K, Yoshikawa K, Jimba M. Maternal exposure to intimate partner violence and the risk of undernutrition among children younger than 5 years in Bangladesh. *Am J Public Health*. 2012;102(7):1336-45.
122. Barnett W, Nhapi R, Zar HJ, Halligan SL, Pellowski J, Donald KA, et al. Intimate partner violence and growth outcomes through infancy: A longitudinal investigation of multiple mediators in a South African birth cohort. *Maternal & child nutrition*. 2022;18(1):e13281.
123. UBND thành phố Đà Nẵng. Kế hoạch số 22/KH-UBND ngày 25-1-2022 về việc thực hiện công tác gia đình và phòng, chống bạo lực gia đình năm 2022 trên địa bàn thành phố Đà Nẵng. 2022.

124. Dang TAT, Vo TV, Dunne MP, Eisner M, Luong-Thanh B-Y, Hoang TD, et al. Effect of intimate partner violence during pregnancy on maternal mental health: a cohort study in central Vietnam. *Women & Health*. 2022;62(3):205-13.
125. Do HP, Baker PRA, Van Vo T, Murray A, Murray L, Valdebenito S, et al. Intergenerational effects of violence on women's perinatal wellbeing and infant health outcomes: evidence from a birth cohort study in Central Vietnam. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):648.
126. Bộ Y tế. Quyết định 5231/QĐ-BYT này 28 tháng 12 năm 2010 về việc phê duyệt tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu tai biến sản khoa”. 2010.
127. Bộ Y tế. Quyết định số 5992/QĐ-BYT ngày 26 tháng 12 năm 2019 về việc phê duyệt hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong chăm sóc trẻ sơ sinh. 2019.
128. Racine N, Devereaux C, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2021;21(1):1-10.
129. Muldoon KA, Denize KM, Talarico R, Boisvert C, Frank O, Harvey ALJ, et al. COVID-19 and perinatal intimate partner violence: a cross-sectional survey of pregnant and postpartum individuals in the early stages of the COVID-19 pandemic. *BMJ open*. 2021;11(5):e049295.
130. Raziani Y, Hasheminasab L, Gheshlagh RG, Dalvand P, Baghi V, Aslani M. The prevalence of intimate partner violence among Iranian pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of public health*. 2024;52(1):108-18.
131. Ozgurluk I, Tastekin B, Yazkan Hira S, Gungorer B, Hekimoglu Y, Keskin HL, et al. Assessment of the COVID-19 Pandemic's Impact on Physical Intimate Partner Violence Against Pregnant Women in Ankara (Turkey): A Hospital-Based Study. *International journal of women's health*. 2023;15:1161-9.

132. Avalos LA, Ray GT, Alexeeff SE, Adams SR, Does MB, Watson C, et al. Association of the COVID-19 Pandemic With Unstable and/or Unsafe Living Situations and Intimate Partner Violence Among Pregnant Individuals. *JAMA network open*. 2023;6(2):e230172.
133. Vo TM, Tran VT, Cuu TN, Do TT, Le TM. Domestic violence and its association with pre-term or low birthweight delivery in Vietnam. *International journal of women's health*. 2019;11:501-10.
134. Luong-Thanh BY, Nguyen LH, Murray L, Eisner M, Valdebenito S, Hoang TD, et al. Depression and its associated factors among pregnant women in central Vietnam. *Health psychology open*. 2021;8(1):2055102920988445.
135. Musa A, Chojenta C, Loxton D. High rate of partner violence during pregnancy in eastern Ethiopia: findings from a facility-based study. *Plos one*. 2020;15(6):e0233907.
136. Nhi TT, Hanh NTT, Gammeltoft TM. Emotional violence and maternal mental health: a qualitative study among women in northern Vietnam. *BMC women's health*. 2018;18:1-10.
137. Aghababaei S, Masoumi Z, Tahmasebi R, Jenabi E, Toosi Z, Ghelichkhani S. Violence against women during pregnancy and its dimensions in COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Industrial psychiatry journal*. 2024;33(Suppl 1):S8-s18.
138. Atilla R, Yavuz A, Kocaöz S. Exposure of Pregnant Women to Intimate Partner Violence during the Pandemic in Turkey and Influencing Factors. *Journal of community health nursing*. 2023;40(1):1-13.
139. Alemu TG, Tamir TT, Workneh BS, Mekonen EG, Ali MS, Zegeye AF, et al. Intimate partner violence and associated factors among women during the COVID-19 pandemic in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in global women's health*. 2024;5:1425176.

140. Tekeba B, Tamir TT, Zeleke GA, Zegeye AF. Prevalence and determinants of intimate partner sexual violence among pregnant women in sub-Saharan Africa: Evidence from the most recent DHS data 2015-2022. *Women's health (London, England)*. 2024;20:17455057241305268.
141. Meaney S, Leita S, Olander EK, Pope J, Matvienko-Sikar K. The impact of COVID-19 on pregnant women's experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2022;35(3):307-16.
142. Hoang TN, Van TN, Gammeltoft T, D WM, Nguyen Thi Thuy H, Rasch V. Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes in Vietnam: A Prospective Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(9):e0162844.
143. Nguyễn Xuân Long, Hoàng Anh Tuấn, Trần Quang Mạnh, Nguyễn Ngọc Quỳnh, Nguyễn Lương Tài, Nguyễn Ngọc Tuấn, et al. Nghiên cứu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở phụ nữ sau sinh trên địa bàn thành phố Hà Nội năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;532(2):192-7.
144. Sobkoviak RM, Yount KM, Halim N. Domestic violence and child nutrition in Liberia. *Social science & medicine (1982)*. 2012;74(2):103-11.
145. Ackerson LK, Subramanian SV. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *American journal of epidemiology*. 2008;167(10):1188-96.
146. Issah AN, Yeboah D, Kpordoxah MR, Boah M, Mahama AB. Association between exposure to intimate partner violence and the nutritional status of women and children in Nigeria. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268462.
147. Neamah HH, Sudfeld C, McCoy DC, Fink G, Fawzi WW, Masanja H, et al. Intimate Partner Violence, Depression, and Child Growth and Development. *Pediatrics*. 2018;142(1):1-10.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA NGHIÊN CỨU

Xin chào Chị,

Chúng tôi là Điều tra viên thực hiện nghiên cứu: ***“Đánh giá tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ và sự phát triển của trẻ: Một nghiên cứu thuần tập tại Thành phố Đà Nẵng”***, do ThS.BS. Trần Đình Trung làm chủ nhiệm đề tài.

1. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá thực trạng bạo hành trong thai kỳ và tác động của nó đến kết quả sinh và trầm cảm của phụ nữ sau sinh, từ đó đề xuất các biện pháp can thiệp, hỗ trợ hiệu quả nhằm cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

2. Nghiên cứu được tiến hành theo dõi trong 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Được tiến hành khi Chị mang thai 3 tháng cuối.

Giai đoạn 2: Được tiến hành qua 3 lần theo dõi: Lần 1 khi Chị sinh con; Lần 2 tại thời điểm 6 tháng sau sinh; Lần 3 tại thời điểm 12 tháng sau sinh.

3. Nội dung tham gia: Trả lời phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi chuẩn hóa (khoảng 30–60 phút/lần). Cho phép thu thập thông tin từ hồ sơ y tế sản khoa. Cho phép khảo sát về trầm cảm của mẹ và sự phát triển của trẻ tại các thời điểm sau sinh.

4. Tính tự nguyện và quyền lợi: Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Chị có thể từ chối hoặc rút lui bất cứ lúc nào mà không cần đưa ra lý do và không ảnh hưởng đến quyền lợi khám, chữa bệnh hoặc các dịch vụ y tế khác.

5. Tính bảo mật: Thông tin cá nhân và dữ liệu thu thập sẽ được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và báo cáo khoa học dưới dạng tổng hợp, không tiết lộ danh tính và thông tin cá nhân.

6. Rủi ro và lợi ích: Một số câu hỏi có thể gây khó chịu hoặc làm Chị gọi lại những trải nghiệm không mong muốn. Vì một lý do nào đó nếu Chị không tham gia tiếp trong Giai đoạn 2 của nghiên cứu thì chúng tôi sẽ báo lại với Chị. Ngoài ra, Chị sẽ được cung cấp thông tin về chăm sóc sức khỏe tâm thần, hỗ trợ kết nối các dịch vụ tư vấn, chăm sóc mẹ và trẻ (nếu cần).

Nếu có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ vui lòng liên hệ:

ThS.BS. Trần Đình Trung – Chủ nhiệm đề tài

Địa chỉ: 99 Hùng Vương, P. Hải Châu 1, Q. Hải Châu, TP. Đà Nẵng

Email: trandinhtrung@dhktyduocdn.edu.vn | Điện thoại: 0936.050.489.

XÁC NHẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã được nghe giải thích đầy đủ về mục tiêu, nội dung, quyền lợi và trách nhiệm khi tham gia nghiên cứu. Tôi đồng ý tự nguyện tham gia và hợp tác trong suốt quá trình nghiên cứu.

☐ **Có** – Tôi đồng ý tham gia

☐ **Không** – Tôi không đồng ý tham gia

Trân trọng cảm ơn!

Đà Nẵng, ngày tháng năm 202

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Điều tra viên

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 2
PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN VỀ THỰC TRẠNG BẠO HÀNH PHỤ NỮ MANG THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

- Q1. Phường/Xã: [_____] [_____]
Q2. Ngày phỏng vấn: __/__/202__
Q3. Tên viết tắt của điều tra viên: _____
Q4. Tên viết tắt của giám sát viên: _____

Cảm ơn Chị đã đồng ý tham gia phỏng vấn. Tất cả các câu hỏi đều nhằm khảo sát thực trạng và đề xuất các giải pháp can thiệp hiệu quả để cải thiện sức khỏe cho phụ nữ và trẻ em trong tương lai. Xin Chị vui lòng trả lời các câu hỏi này trong bối cảnh thời điểm mang thai này mà Chị đã trải qua.

Phiếu điều tra gồm 9 phần:

- Phần 1: Thông tin chung của phụ nữ mang thai (8 câu)
- Phần 2: Thông tin về chồng của phụ nữ mang thai (6 câu)
- Phần 3: Tình trạng sức khỏe sinh sản của phụ nữ trong thời kỳ mang thai (16 câu)
- Phần 4: Thực trạng bạo hành phụ nữ mang thai (CTS–2) (21 câu)
- Phần 5: Mức độ hỗ trợ xã hội (MSPSS) (12 câu)
- Phần 6: Thang đo đánh giá trầm cảm (PHQ-9) (9 câu)
- Phần 7: Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu (ACE) (10 câu)
- Phần 8: Chất lượng giấc ngủ (PSQI) (19 câu)
- Phần 9: Mức độ hạnh phúc (WHO-5) (5 câu)

Cuộc khảo sát này kéo dài khoảng 45-60 phút. Hãy luôn nhớ rằng Chị có thể tự do từ chối trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà Chị không muốn trả lời. Chị có câu hỏi nào trước khi chúng ta bắt đầu không không?

(Điều tra viên khoanh tròn hoặc điền thông tin vào phần trả lời tương ứng)

TT	CÂU HỎI	CÂU TRẢ LỜI
PHẦN 1: THÔNG TIN CHUNG CỦA PHỤ NỮ MANG THAI		
A1	Năm sinh	____
A2	Trình độ học vấn của chị	1. Tiểu học trở xuống 2. Trung học cơ sở 3. Trung học Phổ thông 4. Trung cấp/cao đẳng 5. Từ đại học trở lên.

TT	CÂU HỎI	CÂU TRẢ LỜI
A3	Chị đang làm công việc gì trong 12 tháng qua?	1. Cán bộ, công chức 2. Nhân viên văn phòng 3. Công nhân 4. Lao động tự do 5. Nội trợ 6. Khác (ghi rõ):.....
A4	Chị là người dân tộc nào?	1. Kinh 2. Khác, xin ghi rõ: _____
A5	Chị theo tôn giáo nào?	1. Có, ghi rõ: _____ 2. Không
A6	Chị đang sống cùng với ai?	1. Ở riêng với chồng, con 2. Cha, mẹ chồng 3. Cha, mẹ ruột 4. Khác
A7	Thu nhập hàng tháng của chị là bao nhiêu?	_____ VNĐ
A8	Kinh tế gia đình chị thuộc diện:	1. Nghèo 2. Cận nghèo 3. Bình thường, khá giả
PHẦN 2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI CHỒNG		
B1.	Cha của đứa bé sinh năm bao nhiêu?	_____
B2.	Trình độ học vấn của cha của đứa trẻ như thế nào?	1. Tiểu học trở xuống 2. Trung học cơ sở 3. Trung học Phổ thông 4. Trung cấp/cao đẳng 5. Từ đại học trở lên.
B3.	Anh ấy đang làm công việc gì trong 12 tháng qua?	1. Cán bộ 2. Nhân viên văn phòng 3. Công nhân 4. Lao động tự do 5. Buôn bán, dịch vụ 6. Khác (ghi rõ) : _____
B4.	Anh ấy là người dân tộc nào?	1. Kinh 2. Khác, xin ghi rõ: _____
B5.	Anh ấy có thường xuyên sử dụng rượu bia không (ít nhất 1 lần/tuần)?	1. Có → Chuyển B6 2. Không → Chuyển C1

TT	CÂU HỎI	CÂU TRẢ LỜI
B6.	Nếu có, mức độ sử dụng rượu bia của anh ấy như thế nào?	1. 1-2 lần/tuần 2. 3-4 lần/tuần 3. 5-6 lần/tuần 4. Hàng ngày

PHẦN 3. TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA PHỤ NỮ MANG THAI

C1	Đây có phải là lần đầu mang thai của Chị?	1. Có 2. Không
C2	Lần mang thai này có nằm trong kế hoạch của vợ/chồng chị không?	1. Có 2. Không
C3	Ở lần mang thai này, có phải đa thai không (thai đôi, thai ba)?	1. Có 2. Không
C4	Chị có thường xuyên khám thai không (nhiều hơn 3 lần)?	1. Có 2. Không
C5	Ở lần mang thai này, Chị đã đi khám thai lần đầu ở tuần thứ bao nhiêu?	Tuần thứ ____
C6	Ở lần mang thai này, Chị đã đi khám thai bao nhiêu lần?	Số lần: ____
C7	Chị đã chủng ngừa rubella chưa?	1. Có 2. Không
C8	Chị có đang dùng bổ sung viên sắt và vitamin tổng hợp không?	1. Có 2. Không
C9	Chị có được tiêm phòng uốn ván (tiêm ở bắp tay hoặc vai để phòng ngừa uốn ván cho trẻ sau sinh) không?	1. Có 2. Không
C10	Ở lần mang thai này, Chị có được siêu âm thai lần nào không?	1. Có. Số lần:..... 2. Không
C11	Chị có ý định nuôi con bằng sữa mẹ không?	1. Có 2. Không
C12	Ở lần mang thai này, Chị có sử dụng rượu bia không? (ít nhất 1 lần/tuần)	1. Có 2. Không
C13	Nếu có, mức độ sử dụng rượu bia của chị như thế nào?	1. 1-2 lần/tuần 2. 3-4 lần/tuần 3. 5-6 lần/tuần 4. Hàng ngày

C14	Ở lần mang thai này, Chị có hút thuốc lá không?	1. Có 2. Không
C15	Nếu có, mức độ hút thuốc lá của chị như thế nào?	1. 1-2 điếu/ ngày 2. 2-5 điếu/ngày 3. Nhiều hơn 5 điếu/ngày
C16	Chị đã từng phá thai lần nào chưa?	1. Chưa 2. 1 lần 3. Nhiều hơn 2 lần

PHẦN 4. THỰC TRẠNG BẠO HÀNH PHỤ NỮ MANG THAI (THANG ĐO XUNG ĐỘT HIỆU CHỈNH CTS-2)

Tất cả các câu hỏi đều đề cập đến khoảng thời gian trong lần mang thai này.

	Hình thức	Chưa bao giờ	Một lần	2-5 lần	>5 lần	Không trong khi mang thai mà trước đó có
E1	BẠO HÀNH TINH THẦN					
E1.1	Trong khi đang mang thai này, chồng chị có bao giờ quát mắng/sỉ nhục hoặc làm chị cảm thấy tồi tệ hay không?	1	2	3	4	5
E1.2	Trong khi đang mang thai này, chồng chị có bao giờ làm chị mất phẩm giá hoặc thể diện trước mặt những người khác?	1	2	3	4	5
E1.3	Trong khi đang mang thai này, chồng chị có bao giờ đe dọa hay dọa nạt chị bằng bất cứ cách nào (vd: nhìn gườm, quát mắng hoặc đập phá thứ gì...)?	1	2	3	4	5
E1.4	Trong khi đang mang thai này, chồng chị có bao giờ dọa đánh hay dọa giết chị hoặc người chị yêu quý (vd: cha mẹ, con cái, bạn bè ...) không?	1	2	3	4	5
E2	BẠO HÀNH THỂ CHẤT					
E2.1	Chồng chị có bao giờ cố tình xô ngã chị hay không?	1	2	3	4	5

E2.2	Chồng chị có bao giờ cố tình xô thứ gì vào người chị hay không?	1	2	3	4	5
E2.3	Chồng chị có bao giờ cố tình tát vào mặt chị hay không?	1	2	3	4	5
E2.4	Chồng chị có bao giờ cố tình ném vật gì vào người chị hay không?	1	2	3	4	5
E2.5	Chồng chị có bao giờ cố tình bóp cổ chị hay không?	1	2	3	4	5
E2.6	Chồng chị có bao giờ cố tình dùng vật gì (vd: gậy, chổi...) hoặc dùng nắm đấm để đánh chị hay không?	1	2	3	4	5
E2.7	Chồng chị có bao giờ cố tình đá vào người chị hay không?	1	2	3	4	5
E2.8	Chồng chị có bao giờ cố tình cào cào hoặc lôi kéo chị hay không?	1	2	3	4	5
E2.9	Chồng chị có bao giờ đánh chị như từ hay không?	1	2	3	4	5
E2.10	Chồng chị có bao giờ cố tình làm cho chị bỏng hay không?	1	2	3	4	5
E2.11	Chồng chị có bao giờ cố tình dùng dao hoặc súng để dọa hoặc tấn công chị hay không?	1	2	3	4	5
E3	BẠO HÀNH TÌNH DỤC					
E3.1	Chồng chị có bao giờ đòi hỏi chị quan hệ tình dục cho dù chị không muốn hay không?	1	2	3	4	5
E3.2	Chồng chị có bao giờ bắt chị quan hệ tình dục dù chị không muốn nhưng vẫn phải tuân theo vì sợ người đó hay không?	1	2	3	4	5
E3.3	Chồng chị có bao giờ dùng vũ lực để bắt chị quan hệ tình dục hay không?	1	2	3	4	5

E3.4	Chồng chị có bao giờ bắt chị quan hệ tình dục bằng đường miệng dù chị không muốn hay không?	1	2	3	4	5
E3.5	Chồng chị có bao giờ bắt chị quan hệ tình dục bằng đường hậu môn cho dù chị không muốn hay không?	1	2	3	4	5
E3.6	Chồng chị có bao giờ dùng dụng cụ để quan hệ tình dục cho dù chị không muốn hay không?	1	2	3	4	5

PHẦN 5. MỨC ĐỘ HỖ TRỢ XÃ HỘI MSPSS

Bây giờ, chúng tôi muốn tìm hiểu cách mà chị cảm nhận về gia đình và bạn bè, không bao gồm chồng chị. Chị vui lòng đọc kỹ từng câu và đánh dấu và ô tương ứng

F	MSPSS	Hoàn toàn không đồng ý	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Trung lập	Đồng ý	Rất đồng ý	Hoàn toàn đồng ý
F1	Có một người đặc biệt luôn ở cạnh tôi khi tôi cần	1	2	3	4	5	6	7
F2	Có một người đặc biệt tôi có thể chia sẻ niềm vui, nỗi buồn	1	2	3	4	5	6	7
F3	Gia đình luôn sẵn sàng giúp đỡ tôi	1	2	3	4	5	6	7
F4	Tôi được gia đình hỗ trợ về mặt tinh thần và giúp đỡ khi cần	1	2	3	4	5	6	7
F5	Có một người đặc biệt là chỗ dựa an ủi tôi	1	2	3	4	5	6	7
F6	Bạn bè của tôi thực sự cố gắng giúp tôi	1	2	3	4	5	6	7
F7	Tôi có thể dựa vào bạn bè khi có vấn đề gì đó xảy ra	1	2	3	4	5	6	7

F8	Tôi có thể chia sẻ những khó khăn của mình với gia đình	1	2	3	4	5	6	7
F9	Tôi có những người bạn có thể chia sẻ niềm vui, nỗi buồn	1	2	3	4	5	6	7
F10	Có một người đặc biệt trong đời luôn quan tâm đến cảm xúc của tôi	1	2	3	4	5	6	7
F11	Gia đình tôi sẵn sàng giúp tôi đưa ra quyết định	1	2	3	4	5	6	7
F12	Tôi có thể chia sẻ những khó khăn của mình với bạn bè	1	2	3	4	5	6	7

PHẦN 6. THANG ĐO ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM (PHQ-9)					
Tự đánh giá mức độ thường xuyên chị gặp các vấn đề sau trong 2 tuần gần đây:					
G	PHQ-9	Không hề	Một số ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
G1	Cảm thấy mình ít quan tâm, ít hứng thú làm gì	0	1	2	3
G2	Cảm thấy buồn rầu, chán nản hoặc tuyệt vọng	0	1	2	3
G3	Trần trọc khó ngủ, ngủ không sâu giấc hoặc ngủ quá nhiều (so với bình thường)	0	1	2	3
G4	Cảm thấy mệt mỏi, thiếu năng lượng	0	1	2	3
G5	Chán ăn, ăn không ngon miệng, hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
G6	Cảm thấy mình tội tệ, hoặc kém cỏi hoặc khiến bản thân hoặc gia đình thất vọng	0	1	2	3
G7	Thấy mình khó tập trung vào việc gì (ví dụ khó tập trung đọc báo, xem ti vi)	0	1	2	3
G8	Đi đứng, cử chỉ hoặc nói năng chậm chạp đến mức người khác có thể để ý thấy? Hoặc ngược lại: quá bồn chồn bứt rứt đến	0	1	2	3

	mức đi qua đi lại, đứng lên ngồi xuống nhiều hơn bình thường.				
G9	Có ý nghĩ rằng thà chết còn hơn hoặc tự làm tổn thương bản thân theo cách nào đó?	0	1	2	3

PHẦN 7. TRẢI NGHIỆM BẤT LỢI THỜI THƠ ẤU (ACE)

Tất cả các câu hỏi đều đề cập đến khoảng thời gian trước khi chị 18 tuổi.

Bây giờ, chị hãy nhớ lại giai đoạn trước khi chị 18 tuổi...		Có	Không
I1	Chị cảm thấy rằng chị không có đủ ăn, phải mặc quần áo dơ bẩn hoặc không có ai bảo vệ hay chăm sóc chị?	1	0
I2	Chị có cha, mẹ, hay người giám hộ (người chăm sóc) ly hôn/ly thân hoặc qua đời?	1	0
Bây giờ, chị hãy nhớ lại giai đoạn trước khi chị 18 tuổi...		Có	Không
I3	Chị có sống cùng nhà với ai bị trầm cảm, mắc bệnh tâm thần hay từng tự tử không?	1	0
I4	Chị có sống cùng nhà với ai nghiện rượu hay sử dụng ma túy hoặc lạm dụng thuốc theo toa hoặc thuốc không rõ nguồn gốc không?	1	0
I5	Cha mẹ hoặc người lớn trong gia đình quý vị có bao giờ đe dọa làm hại lẫn nhau không?	1	0
I6	Chị có sống cùng nhà với ai bị giam hay đi tù không?	1	0
I7	Cha mẹ hoặc người lớn trong gia đình chị có bao giờ chửi rủa, xúc phạm hoặc hạ nhục chị không?	1	0
I8	Cha hoặc mẹ hoặc người lớn trong gia đình chị có bao giờ đánh, đập, đá hoặc làm tổn thương cơ thể chị không?	1	0
I9	Chị có cảm thấy rằng không ai trong gia đình đã yêu thương chị hoặc nghĩ rằng chị là người đặc biệt?	1	0
I10	Chị có bị xâm hại tình dục (chẳng hạn như mơn trớn hoặc giao hợp/quan hệ qua đường miệng/hậu môn/âm đạo)?	1	0

PHẦN 8. CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ (PSQI)**Các câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen đi ngủ thường ngày của chị**

J1	Trong tháng qua, chị thường lên giường đi ngủ lúc mấy giờ?	Giờ đi ngủ thường là:.....			
J2	Trong tháng qua, mỗi đêm chị thường mất bao nhiêu phút mới chợp mắt được?	Số phút thường là:.....			
J3	Trong tháng qua, chị thường thức giấc ngủ buổi sáng lúc mấy giờ?	Giờ thức giấc thường là:.....			
J4	Trong tháng qua, mỗi đêm chị thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ?	Số giờ ngủ được mỗi đêm thường là:			
J5	Trong tháng qua, chị có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho chị không?	Không	Ít hơn 1 lần/tuần	1-2 lần/tuần	3 hoặc hơn 3 lần/tuần
J5.1	Không thể ngủ được trong vòng 30 phút	1	2	3	4
J5.2	Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng	1	2	3	4
J5.3	Phải thức dậy để tắm	1	2	3	4
J5.4	Khó thở	1	2	3	4
J5.5	Ho hoặc ngứa to	1	2	3	4
J5.6	Cảm thấy rất lạnh	1	2	3	4
J5.7	Cảm thấy rất nóng	1	2	3	4
J5.8	Có ác mộng	1	2	3	4
J5.9	Thấy đau	1	2	3	4
J5.10	Lý do khác:.....	1	2	3	4

J6	Trong tháng qua, chị có thường phải sử dụng thuốc ngủ không (sử dụng theo đơn hoặc tự mua về dùng)?	1	2	3	4
J7	Trong tháng qua, chị có hay gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo lúc lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xã hội hay không?	1	2	3	4
J8	Trong tháng qua, chị có gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành các công việc không?	1. Không gặp khó khăn gì	2. Cũng hơi khó	3. Ở chừng mực nào đó cũng khó khăn	4. Đó là một khó khăn lớn
J9	Trong tháng qua, nhìn chung chị đánh giá về chất lượng giấc ngủ của mình như thế nào?	1. Rất tốt	2. Tương đối tốt	3. Tương đối kém	4. Rất kém

PHẦN 9. MỨC ĐỘ HẠNH PHÚC - WELL BEING

Bây giờ, chúng tôi muốn hỏi chị một vài câu hỏi về mức độ hạnh phúc. Không có câu trả lời đúng hay sai, chỉ có Chị mới biết chính xác cảm nhận của mình. Xin vui lòng khoanh tròn vào câu nói thể hiện đúng nhất cảm giác của bản thân Chị trong thời gian mang thai.

K		Mọi lúc	Hầu như mọi lúc	Hơn một nửa thời gian	Ít hơn một nửa thời gian	Đôi lúc	Không bao giờ
K1	Tôi thấy mình vui vẻ và tinh thần tốt	5	4	3	2	1	0
K2	Tôi thấy mình bình tĩnh và thư giãn	5	4	3	2	1	0
K3	Tôi thấy mình năng động và mạnh mẽ	5	4	3	2	1	0

K4	Tôi thức dậy thấy mình sáng khoái và thư thái	5	4	3	2	1	0
K5	Trong cuộc sống hàng ngày, tôi được làm những điều tôi thích	5	4	3	2	1	0

Cảm ơn chị đã trả lời những câu hỏi trong giai đoạn 1 của nghiên cứu. Trong giai đoạn 2 chúng tôi mong chị có thể chia sẻ về tình trạng sức khỏe của chị và sự phát triển của trẻ trong tương lai!

PHỤ LỤC 3

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN KẾT QUẢ SINH CỦA BÀ MẸ
VÀ TRẺ TẠI THỜI ĐIỂM SINH (LẦN 1)

(Điều tra viên hãy điền hoặc khoanh tròn vào đáp án)

Năm sinh của mẹ	____ ____
Ngày sinh của trẻ	____ / ____ / 2023
Phường/Xã	[____] [_____]

PHẦN A. KẾT QUẢ SINH CỦA BÀ MẸ			
KQ1	Hình thức sinh con?	1. Sinh thường	2. Sinh mổ
KQ2	Tai biến sản khoa?	1. Có	2. Không
KQ2.1	Nếu có, là các tai biến gì? _____		
PHẦN B. KẾT QUẢ SINH CỦA TRẺ			
KQ3	Giới tính của trẻ	1. Nam 2. Nữ	
KQ4	Tuổi thai khi sinh	(tuần)	
KQ5	Cân nặng của trẻ khi sinh	(gram)	
KQ6	Chỉ số APGAR	[____]	

Đà Nẵng, ngày tháng năm 2023
Điều tra viên

PHỤ LỤC 4
PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN TRẦM CẢM CỦA MẸ
VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ THỜI ĐIỂM 6 THÁNG SAU SINH (LẦN 2)
(Điều tra viên hãy điền thông tin hoặc khoanh tròn câu trả lời)

PHẦN 1. THÔNG TIN CHUNG

Năm sinh của mẹ	____ ____
Ngày sinh của trẻ	____/____/2023
Giới tính của trẻ	1. Nam 2. Nữ
Phường/Xã	[_____] [_____]
Cân nặng trẻ:.....kg Chiều cao trẻ:.....cm	

PHẦN 2. ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM SAU SINH THEO THANG ĐO PHQ-9

Trong HAI TUẦN vừa qua, mức độ thường xuyên chị gặp các vấn đề sau không.		Không hề	Một số ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
Q1	Cảm thấy mình ít quan tâm, ít hứng thú làm gì	0	1	2	3
Q2	Cảm thấy buồn rầu, chán nản hoặc tuyệt vọng	0	1	2	3
Q3	Trần trọc khó ngủ, ngủ không sâu giấc, hoặc ngủ quá nhiều (so với bình thường)	0	1	2	3
Q4	Cảm thấy mệt mỏi, thiếu năng lượng	0	1	2	3
Q5	Chán ăn, ăn không ngon miệng, hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
Q6	Cảm thấy mình tồi tệ, hoặc kém cỏi, hoặc khiến bản thân hoặc gia đình thất vọng	0	1	2	3
Q7	Thấy mình khó tập trung vào việc gì (ví dụ khó tập trung đọc báo, xem ti vi)	0	1	2	3
Q8	Đi đứng, cử chỉ hoặc nói năng chậm chạp đến mức người khác có thể để ý thấy? Hoặc ngược lại: quá bồn chồn bứt rứt đến mức đi qua đi	0	1	2	3

Trong HAI TUẦN vừa qua, mức độ thường xuyên chị gặp các vấn đề sau không.		Không hề	Một số ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
	lại, đứng lên ngồi xuống nhiều hơn bình thường.				
Q9	Có ý nghĩ rằng thà chết còn hơn, hoặc tự làm tổn thương bản thân theo cách nào đó?	0	1	2	3

PHẦN 3. SÀNG LỌC RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN Ở TRẺ - 6 THÁNG SAU SINH

CÁC KỸ NĂNG CỦA TRẺ (HỎI VÀ QUAN SÁT)		CÓ	KHÔNG
	Giao tiếp:		
S1	Trẻ có quay lại nhìn khi bạn gọi hoặc có tiếng động mạnh không?	1	0
S2	Trẻ có phát ra những âm thanh như “da,” “ga,” “ca,” và “ba” không?	1	0
S3	Khi ta bắt chước âm thanh của trẻ, trẻ có lặp lại các âm thanh đó không?	1	0
	Vận động thô		
S4	Trẻ có biết lẫy từ tư thế nằm ngửa sang nằm sấp không?	1	0
S5	Trẻ có ngồi chống hai tay khi được giữ 2 bên hông của trẻ không?	1	0
S6	Trẻ có thể trườn bò bằng tay và hai gối không?	1	0
	Vận động tinh:		
S7	Trẻ có biết với lấy đồ vật bằng 2 tay được không?	1	0
S8	Trẻ có biết cầm đồ chơi nhỏ bằng bàn tay/ các ngón tay không?	1	0
S9	Trẻ có biết nhặt một vật nhỏ bằng bàn tay không?	1	0
	Bắt chước và học:		
S10	Trẻ có biết tìm đồ chơi bị rơi ở tư thế nằm sấp không?	1	0
S11	Trẻ có biết cầm đồ vật/ đồ chơi đưa vào miệng không?	1	0
S12	Trẻ có biết chuyển đồ chơi từ tay này sang tay kia không?	1	0
	Cá nhân- Xã hội:		
S13	Trẻ có phản ứng khi nhìn thấy người lạ không?	1	0
S14	Trẻ có biết sờ vào hình ảnh hoặc cười với mình ở trong gương không?	1	0
S15	Trẻ có biết di chuyển/ trườn người đi để lấy đồ chơi không?	1	0

	Các dấu hiệu khác thường khác:		
S16	Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không?	1	0
S17	Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không?	1	0
S18	Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không?	1	0
S19	Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không?	1	0
S20	Trẻ có các bất thường nào khác không? VD: mặt, môi/ hàm ếch..	1	0

Đánh giá: 0. Không 1. Có

Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:

- “Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1→15), hoặc

- “Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu bất thường khác (Câu 16→20)

→ Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng Nhi.

Người trả lời: 1. Mẹ 2. Khác:.....

Ngày sàng lọc/...../2023

Điều tra viên

PHỤ LỤC 5
PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN TRẦM CẢM CỦA MẸ
VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ 12 THÁNG SAU SINH (LẦN 3)
(Điều tra viên hãy điền thông tin hoặc khoanh tròn câu trả lời)

PHẦN 1. THÔNG TIN CHUNG

Năm sinh của mẹ	____ ____
Ngày sinh của trẻ	____ / ____ / 2023
Giới tính của trẻ	1. Nam 2. Nữ
Phường/Xã	[_____] [_____]
Cân nặng trẻ:kg Chiều cao trẻ:cm	

PHẦN 2. ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM SAU SINH THEO THANG ĐO PHQ-9

Trong HAI TUẦN vừa qua, mức độ thường xuyên chị gặp các vấn đề sau không.		Không hề	Một số ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
Q1	Cảm thấy mình ít quan tâm, ít hứng thú làm gì	0	1	2	3
Q2	Cảm thấy buồn rầu, chán nản hoặc tuyệt vọng	0	1	2	3
Q3	Trần trọc khó ngủ, ngủ không sâu giấc, hoặc ngủ quá nhiều (so với bình thường)	0	1	2	3
Q4	Cảm thấy mệt mỏi, thiếu năng lượng	0	1	2	3
Q5	Chán ăn, ăn không ngon miệng, hoặc ăn quá nhiều	0	1	2	3
Q6	Cảm thấy mình tồi tệ, hoặc kém cỏi, hoặc khiến bản thân hoặc gia đình thất vọng	0	1	2	3
Q7	Thấy mình khó tập trung vào việc gì (ví dụ khó tập trung đọc báo, xem ti vi)	0	1	2	3
Q8	Đi đứng, cử chỉ hoặc nói năng chậm chạp đến mức người khác có thể để ý thấy? Hoặc ngược lại: quá bồn chồn bứt rứt đến mức đi qua đi	0	1	2	3

Trong HAI TUẦN vừa qua, mức độ thường xuyên chị gặp các vấn đề sau không.		Không hề	Một số ngày	Hơn một nửa số ngày	Gần như mỗi ngày
	lại, đứng lên ngồi xuống nhiều hơn bình thường.				
Q9	Có ý nghĩ rằng thà chết còn hơn, hoặc tự làm tổn thương bản thân theo cách nào đó?	0	1	2	3

PHẦN 3. SÀNG LỌC RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN Ở TRẺ - 12 THÁNG SAU SINH

CÁC KỸ NĂNG CỦA TRẺ (HỎI VÀ QUAN SÁT)		CÓ	KHÔNG
	Giao tiếp:		
S1	Trẻ có làm theo mệnh lệnh đơn giản không? Ví dụ: đưa cho mẹ, lại đây	1	0
S2	Trẻ có phát ra từ nào ngoài những âm thanh như baba, gaga...không?	1	0
S3	Trẻ có biết chỉ tay vào đồ vật, biết gật đầu/lắc đầu không?	1	0
	Vận động thô:		
S4	Trẻ có biết đứng dậy từ tư thế ngồi có bám tay vào đồ vật không?	1	0
S5	Trẻ có biết đi khi bám tay vào đồ vật không?	1	0
S6	Trẻ có thể tự đi vài bước mà không cần bám tay không?	1	0
	Vận động tinh:		
S7	Trẻ có biết nhặt vật nhỏ bằng đầu các ngón tay không?	1	0
S8	Trẻ có biết giơ cao và tung đồ chơi ra phía trước không?	1	0
S9	Trẻ có biết cùng bạn lật trang sách không	1	0
	Bắt trước và học:		
S10	Trẻ có biết cầm hai vật đập vào nhau không?	1	0
S11	Trẻ có biết bắt chước bỏ đồ vật vào hộp hoặc vào cái bát không?	1	0
S12	Trẻ có biết tìm đồ vật khi bạn giấu dưới mảnh vải/ tờ giấy không?	1	0
	Cá nhân – xã hội:		
S13	Trẻ có đưa cho bạn đồ vật khi bạn đưa tay ra yêu cầu không?	1	0
S14	Trẻ có biết phối hợp (đưa tay ra, xỏ vào) khi mặc quần áo không?	1	0
S15	Trẻ có biết chơi với đồ chơi quen thuộc của mình không?	1	0
	Các dấu hiệu trường hợp Khác:		

S16	Trẻ có khi nào bị co giật/ ngất xỉu không?	1	0
S17	Trẻ có bất thường ở cổ, cột sống, thân mình, tay chân không?	1	0
S18	Trẻ có bất thường ở tai, bệnh về tai hoặc nghe kém không?	1	0
S19	Trẻ có bất thường ở mắt hoặc nhìn kém không?	1	0
S20	Trẻ có các bất thường nào khác không? Ví dụ: mặt, môi/ hàm ếch...	1	0

Đánh giá: 0. Không 1. Có

Trẻ nghi ngờ có rối loạn phát triển khi:

- “Không” làm được 2 trong 3 kỹ năng ở các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ, Vận động thô, Vận động tinh, Bắt chước và học, Cá nhân- Xã hội (Câu 1→15), hoặc

- “Có” 1 trong 5 Các dấu hiệu bất thường khác (Câu 16→20)

→ Gia đình và Cán bộ sàng lọc cần gửi trẻ đi khám bác sĩ Phục hồi chức năng Nhi.

Người trả lời: 1. Mẹ 2. Khác:..... Ngày sàng lọc/...../2024

Điều tra viên

PHỤ LỤC 6
HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC PHÁT TRIỂN CHO BÉ 6 THÁNG – 12
THÁNG TUỔI (PHIÊN BẢN GIẤY)

1. Chuẩn bị:

Trước khi bắt đầu, điều tra viên cần có:

Bộ câu hỏi ASQ-3: Chọn bộ câu hỏi đúng với số tháng tuổi của bé (bé 6 tháng thì dùng bộ 6 tháng, bé 12 tháng thì dùng bộ 12 tháng).

Bút: Để ghi chép.

Chỗ yên tĩnh: Tìm nơi nào ít ồn ào để nói chuyện với người nhà bé dễ hơn.

2. Nói chuyện với người nhà bé trước

Giải thích mục đích chính của phiếu ASQ3 là để phát hiện sớm những điểm mạnh và cả những lĩnh vực bé có thể còn cần sự giúp đỡ. Nếu mình biết được sớm, mình có thể tìm cách hỗ trợ bé kịp thời, giúp bé phát triển tốt nhất có thể.

Hướng dẫn cách đối tượng trả lời các câu hỏi:

Ví dụ: Nếu câu hỏi là "Bé có biết vẫy tay chào không?", mà bé hay vẫy tay chào khi có người đến hoặc đi về, thì mình chọn "Có". Khoanh tròn vào số 1.

Ví dụ: Nếu câu hỏi là "Bé có biết tự đi cầu thang không?", mà bé chưa hề tự đi được, thì mình chọn "Không". Khoanh tròn vào số 0.

3. Bắt đầu hỏi và ghi lại

- Điền thông tin của bé:
- Đọc từng câu hỏi thật rõ ràng. Đọc từng câu một, thật chậm và rõ ràng để người nhà bé có thể nghe và hiểu được câu hỏi.
- Đánh dấu câu trả lời: Sau khi người nhà bé trả lời, điều tra viên dùng bút và đánh dấu (khoanh tròn) vào ô tương ứng trên tờ giấy. Nhớ là chỉ có 2 lựa chọn: "Có" hoặc "Không".

- Kết hợp quan sát bé: Điều tra viên quan sát trực tiếp bé.

Ví dụ, nếu điều tra viên hỏi "Bé có biết vỗ tay không?" và người nhà bé trả lời "Có", điều tra viên có thể thử vỗ tay xem bé có vỗ theo không.

- Cảm ơn khi hoàn thành.

4. Tính điểm và xem kết quả

1. Kiểm tra các kỹ năng bé "KHÔNG" làm được (Từ Câu 1 đến Câu 15):

- Các câu hỏi từ số 1 đến 15 là về những kỹ năng cơ bản mà bé thường làm được ở độ tuổi đó (như giao tiếp, vận động, học hỏi...).

- Điều tra viên xem kỹ từng phần:

- + Giao tiếp - Ngôn ngữ

- + Vận động thô (vận động toàn thân như lật, bò, đi)

- + Vận động tinh (vận động tay, ngón tay như cầm nắm đồ vật nhỏ)

- + Bắt chước và học (bé có biết bắt chước, học theo không)

- + Cá nhân - Xã hội (bé có tự lập được tí nào không, có biết tương tác với người khác không)

- Nếu bé trả lời "KHÔNG" đến 2 trong 3 kỹ năng được hỏi, thì bé có thể đang gặp khó khăn.

Ví dụ: Nếu phần Giao tiếp có 3 câu hỏi, mà bé trả lời "Chưa" 2 câu. Vậy là bé có dấu hiệu cần theo dõi.

2. Kiểm tra các "Dấu hiệu bất thường khác" (Từ Câu 16 đến Câu 20):

Các câu hỏi từ số 16 đến 20 là những dấu hiệu đặc biệt. Chỉ cần bé có MỘT trong các dấu hiệu này (người nhà trả lời "Có" cho 1 trong 5 câu này), thì bé cũng cần được xem xét kỹ hơn.

Ví dụ: Nếu câu hỏi "Bé có thường không nhìn vào mắt người khác khi nói chuyện không?" mà người nhà trả lời "Có", thì bé đã có một dấu hiệu cần chú ý.

5. Trao đổi kết quả với người nhà bé

Dựa vào kết quả, điều tra viên sẽ thông báo cho gia đình:

1. Nếu bé phát triển tốt (Kết quả bình thường):

"Chúc mừng anh/chị/cô/chú! Bé nhà mình phát triển rất tốt và đúng với lứa tuổi đấy ạ. Mình cứ tiếp tục chăm sóc bé như bây giờ và nhớ đưa bé đi kiểm tra sức khỏe định kỳ nhé."

2. Nếu bé có dấu hiệu cần theo dõi (Kết quả có nguy cơ):

"Anh/chị/cô/chú ơi, qua bài sàng lọc này, cháu thấy bé nhà mình có một vài điểm cần quan tâm thêm ở kỹ năng này (ví dụ: giao tiếp) hoặc bé có dấu hiệu này (ví dụ: ít nhìn vào mắt). Đây chỉ là bước sàng lọc ban đầu thôi, để chắc chắn hơn và giúp bé phát triển tốt nhất, mình nên đưa bé đến bác sĩ chuyên khoa (khoa Nhi hoặc trung tâm phát triển trẻ em) để được thăm khám và tư vấn kỹ hơn nhé. Việc này càng sớm thì càng tốt cho bé đấy ạ!".

Xn trân trọng cảm ơn./.

PHỤ LỤC 7

CÁC HÌNH ẢNH TRIỂN KHAI NGHIÊN CỨU THEO CÁC GIAI ĐOẠN NGHIÊN CỨU

Giai đoạn 1:

1. Tập huấn



Hình 1. Nghiên cứu viên giới thiệu đề tài nghiên cứu



**Hình 2. TS. BS. Nguyễn Đình Phương Thảo - chuyên gia Sản khoa
tập huấn các bước điều tra giai đoạn 1**

2. Điều tra tại trạm y tế



Hình 3. Điều tra viên thực hiện phỏng vấn phụ nữ mang thai tại Trạm Y tế



Hình 4. Điều tra viên thực hiện phỏng vấn phụ nữ mang thai tại Trạm Y tế

Giai đoạn 2:

1. Tập huấn



Hình 5. Giới thiệu đề tài nghiên cứu giai đoạn 2



Hình 6. ThS. Võ Thị Thu Thủy - chuyên gia Phục hồi chức năng tập huấn sử dụng bộ công cụ ASQ-3 (Bộ Y tế)



Hình 7. Điều tra viên thực hành bộ công cụ ASQ-3 (Bộ Y tế)



Hình 8. Tổng kết tập huấn giai đoạn 2

2. Điều tra tại trạm y tế



Hình 9. Điều tra viên phỏng vấn bà mẹ có con 6 tháng tuổi tại Trạm Y tế



Hình 10. Điều tra viên phỏng vấn bà mẹ có con 12 tháng tuổi tại Trạm Y tế

3. Đo cân nặng trẻ



Hình 11. Đo cân nặng của trẻ tại Trạm Y tế