

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**

Ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG
Mã số: 9 72 07 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HUẾ - 2025

Công trình được hoàn thành tại:
Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

Người hướng dẫn khoa học:

GS. TS. VÕ VĂN THẮNG

GS. TS. NGUYỄN VŨ QUỐC HUY

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Đại Học Huế
hợp tại Hội trường bảo vệ luận án - Đại Học Huế, số 03 Lê Lợi, TP Huế
Vào hồi..... giờ..... ngày..... tháng năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện quốc gia
2. Thư viện Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI

Bạo hành trong thai kỳ, đặc biệt do chồng (Prenatal Intimate Partner Violence), là vấn đề về y tế công cộng và quyền con người. Khi mang thai 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. 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.

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%. 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. Đáng lo ngại, hơn 90% phụ nữ bị bạo hành không tìm kiếm sự trợ giúp, do sợ hãi, xấu hổ, bình thường hóa bạo hành và thiếu niềm tin vào cuộc sống.

Tại Đà Nẵng, hầu như chưa tìm thấy bất kỳ đề tài nào cung cấp các bằng chứng áp dụng nghiên cứu theo dõi dọc về bạo hành do chồng trong thai kỳ và các hậu quả đến sức khỏe từ lúc sinh đến sau 12 tháng tuổi của trẻ. 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 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.*

2. Ý NGHĨA KHOA HỌC VÀ THỰC TIỄN

Nghiên cứu này có ý nghĩa khoa học quan trọng trong việc bổ sung bằng chứng về bạo hành do chồng trong thai kỳ – một lĩnh vực còn thiếu dữ liệu tại Việt Nam, đặc biệt là dữ liệu theo dõi dọc. Thiết kế nghiên cứu thuần tập cho phép đánh giá mối quan hệ nhân – quả giữa bạo hành trong thai kỳ và các kết cục sức khỏe như kết quả sinh, trầm cảm sau sinh của bà mẹ, và sự phát triển của trẻ trong năm đầu đời. Điều này giúp củng cố cơ sở khoa học trong lĩnh vực dịch tễ học xã hội, sức khỏe sinh sản và sức khỏe bà mẹ - trẻ em.

Về ý nghĩa thực tiễn, nghiên cứu cung cấp cơ sở khoa học để ngành Y tế và chính quyền địa phương triển khai các chương trình sàng lọc, phát hiện sớm và hỗ trợ phụ nữ mang thai bị bạo hành. Ngoài ra, nghiên cứu còn góp phần giúp nhân viên y tế tuyên cơ sở về nhận diện, đánh giá và ứng phó với bạo hành gia đình trong quá trình khám thai và theo dõi sau sinh. Những đóng góp này không chỉ có giá trị tại Đà Nẵng mà còn có thể được áp dụng ở các địa phương khác, góp phần cải thiện chất lượng chăm sóc phụ nữ và trẻ em trong 1000 ngày đầu đời – giai đoạn quyết định cho sự phát triển toàn diện của con người.

3. ĐÓNG GÓP CỦA LUẬN ÁN

- Là nghiên cứu thuần tập đầu tiên tại Việt Nam đánh giá tác động của bạo hành trong thai kỳ, theo dõi phụ nữ từ thời điểm sinh đến 12 tháng sau sinh, cho phép quan sát và phân tích toàn diện các tác động đa chiều của bạo hành đến sức khỏe của mẹ và sự phát triển của trẻ sơ sinh theo diễn tiến thời gian.

- Nghiên cứu đóng góp quan trọng cho thực hành y tế và cộng đồng, giúp nâng cao nhận thức về bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai, hỗ trợ xây dựng các chương trình can thiệp hiệu quả, và làm cơ sở cho việc giáo dục, tư vấn và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho phụ nữ và trẻ em.

- Nghiên cứu có ý nghĩa quốc tế, cung cấp cơ sở khoa học và dữ liệu thực tiễn cho các nước có mức thu nhập thấp và trung bình, hỗ trợ hoạch định chính sách phòng chống bạo hành, cải thiện chất lượng cuộc sống của phụ nữ và trẻ em, đặc biệt trong việc chăm sóc sức khỏe của trẻ trong 1000 ngày đầu đời – giai đoạn quyết định cho sự phát triển toàn diện của con người.

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*”.

1.1.2. Bạo hành do chồng

Bạo hành do chồng/bạn tình là một hành vi gây hấn xảy ra trong khuôn khổ mối quan hệ tình cảm gắn bó. Bạo hành do chồng/bạn tình 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 định nghĩa bạo hành do chồng/bạn tình khi 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*”.

1.2. KHÁI NIỆM VỀ KẾT QUẢ SINH, TRÀM 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.

- Hình thức sinh (sinh thường, sinh mổ); Tai biến sản khoa; 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).

1.3. CÁC HẬU QUẢ CỦA BẠO HÀNH DO CHỒNG KHI MANG THAI

1.3.1. Kết quả sinh bất lợi

Bạo hành do chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai tạo ra một môi trường căng thẳng cả về thể chất lẫn tinh thần cho người phụ nữ. 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.

1.3.2. Trầm cảm chu sinh của bà mẹ

Bạo hành trong thai kỳ 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. 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. Vấn đề này làm tăng đáng kể nguy cơ mắc rối loạn tâm thần như trầm cảm sau sinh, rối loạn lo âu lan tỏa và rối loạn căng thẳng sau sang chấn.

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. Bạo hành do chồng/bạn tình 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.

1.3.4. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Tác động của bạo hành trong thai kỳ 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.

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

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

1.5.1. Nghiên cứu thực trạng bạo hành do chồng khi mang thai

1.5.1.1. Tỷ lệ bạo hành do chồng khi mang thai

Tỷ lệ bạo hành do chồng/bạn tình khi mang thai trên thế giới

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. 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 cố tình bị giết bởi chồng/bạn tình hiện tại hoặc trước đây của họ.

Tỷ lệ bạo hành do chồng khi mang thai ở Việt Nam

Khi xét đến bạo hành phụ nữ mang thai nói chung, 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. 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 khi 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.

1.5.1.2. Các yếu tố liên quan đến bạo hành do chồng khi mang thai

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.

1.5.2. Tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ 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.

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). 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).

Nghiên cứu về bạo hành do chồng/bạn tình khi 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. 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. 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.

1.5.2.2. Trầm cảm của bà mẹ

Tác động của bạo hành do chồng/bạn tình khi 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.

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. 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 Bạo hành do chồng/bạn tình (OR = 6,74; KTC 95%: 2,0 - 21,7). Tại Ấn Độ (2019) ghi nhận 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.

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. 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.

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.

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. Nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lin (2023) đã kết luận rằng việc bà mẹ tiếp xúc với bạo hành do chồng/bạn tình làm tăng nguy cơ trẻ nhỏ bị suy dinh dưỡng so với những bà mẹ không bị bạo hành.

Nghiên cứu Barnett (2022) theo dõi tác động của bạo hành do chồng/bạn tình 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.

1.6. GIỚI THIỆU VỀ ĐỊA BÀN NGHIÊN CỨU

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.

1.7. KHUNG LÝ THUYẾT

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.

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 từ lúc sinh

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.

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 bao gồm hai giai đoạn chính nhằm đáp ứng các mục tiêu nghiên cứu đã đề ra: giai đoạn 1 sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang tại thời điểm tuyển chọn và giai đoạn 2 sử dụng thiết kế nghiên cứu thuần tập từ lúc sinh.

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%).

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 từ lúc sinh.*

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

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

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.

p1: Tỷ lệ mắc bệnh trong nhóm phơi nhiễm

p2: Tỷ lệ mắc bệnh trong nhóm không phơi nhiễm

Kiểm định tỷ số nguy cơ (Relative risk):

+ Ho: RR=1

+ H1: RR≠1

p1:p2= 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.

Trên thực tế, chúng tôi đã tiến hành thu thập thông tin ở lần theo dõi thứ 3 trên **638** đối tượng nghiên cứu, đảm bảo cao hơn với cỡ mẫu tối thiểu được tính toán ở trên. Và với tỷ lệ 1:2 thì số lượng ở nhóm phơi nhiễm với bạo hành là 190 đối tượng (bà mẹ và trẻ) và nhóm không bị phơi nhiễm với bạo hành là 448 đối tượng (bà mẹ và trẻ).

2.3.2.2. Phương pháp chọn mẫu

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

+ *Giai đoạn 2: Nghiên cứu thuần tập từ lúc sinh*

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 do chồng trong thời kỳ mang thai tại thành phố Đà Nẵng

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 bức tranh về tình hình bạo hành và các yếu tố liên quan trong quần thể nghiên cứu.

- Tỷ lệ hiện mắc bạo hành do chồng trong thai kỳ
- 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).

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.

2.3.5. 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.

2.3.6. 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:

2.4. 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).

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

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 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.

3.2. THỰC TRẠNG BẠO HÀNH DO CHỒNG KHI MANG THAI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

3.2.1. Tỷ lệ bạo hành do chồng khi mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Bảng 3.7. Tỷ lệ bạo hành do chồng 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 do chồng 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 khi mang thai tại thành phố Đà Nẵng

Bạo hành	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bạo hành thể chất	Có	182
	Không	1053
Bạo hành tinh thần	Có	332
	Không	903
Bạo hành tình dục	Có	154
	Không	1081
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.

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.

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

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

Biến	OR	KTC95%	p
Trình độ học vấn chồng			
Dưới THPT	1,87	1,13-3,11	0,016
THPT	1,20	0,89-1,62	0,237
Trên THPT	1		
Nghề nghiệp chồng			
Cán bộ, nhân viên văn phòng	1		

Biến	OR	KTC95%	p
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			
Có	1,40	1,06-1,84	0,016
Không	1		
Sinh con trong kế hoạch			
Có	1		
Không	1,13	0,82-1,55	0,455
Đa thai			
Có	1,84	1,12-3,01	0,015
Không	1		
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
Siêu âm thai			
Có	1		
Không	1,58	0,99-2,52	0,055
Sử dụng rượu bia ở phụ nữ			
Có	1,40	0,88-2,23	0,151
Không	1		
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			
Có	1,24	0,92-1,68	0,156
Không	1		
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			
Có	2,88	2,14-3,89	<0,001
Không	1		

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 KHI 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 khi mang thai đến kết quả sinh bất lợi

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 khi 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)	

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 (1 bà mẹ bị băng huyết và 2 bà mẹ bị nhiễm khuẩn sau sinh).

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 khi 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 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 khi mang thai đến trầm cảm sau sinh của bà mẹ tại thành phố Đà Nẵng

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 khi 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 khi mang thai đến sự phát triển của trẻ tại thành phố Đà Nẵng

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 khi 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)		
		Rối loạn phát triển của trẻ 12 tháng tuổi ($n=638$)			
		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 khi mang thai đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ

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

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 khi 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)		
		Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi			
		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)		
		Tình trạng suy dinh dưỡng gầy còm			
		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 khi mang thai đến tình trạng dinh dưỡng ở trẻ tại thời điểm 12 tháng tuổi tại thành phố Đà Nẵng

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 khi 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)		
		Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi			
		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)		
		Tình trạng suy dinh dưỡng gầy còm			
		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)		

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân ở trẻ 12 tháng tuổi cao gấp 1,66 lần (KTC95%: 1,02-2,73) so với không phơi nhiễm, p=0,043.

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 12 tháng tuổi cao gấp 1,66 lần (KTC95%: 1,18-2,33) so với không phơi nhiễm, p=0,004.

Phụ nữ mang thai có phơi nhiễm bạo hành bất kì có nguy cơ suy dinh dưỡng gầy còm ở trẻ 12 tháng tuổi cao gấp 1,89 lần (KTC95%: 1,13-3,14) so với không phơi nhiễm, p=0,014.

Chương 4 **BÀN LUẬN**

4.1. THÔNG TIN CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

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. 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 Trung học phổ thông). 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 nguy cơ bạo hành gia đình.

4.2. THỰC TRẠNG BẠO HÀNH DO CHỒNG KHI MANG THAI TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

4.2.1. Tỷ lệ bạo hành do chồng khi 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 khi mang thai, chiếm 32,9%. Khi so sánh với các nghiên cứu khác tại Việt Nam về bạo hành do chồng khi mang thai, tỷ lệ này nằm giữa mức cao nhất được ghi nhận ở Hà Nội là 35,3% và mức thấp nhất là 17,3% ở Huế. Kết quả có sự khác biệt với một số quốc gia trên thế giới Canada (24,07%), Iran (51,5%). Có nghiên cứu cho thấy rằng p-IPV đang tăng trong những năm gần đây 2020-2022. Điều này cho thấy bạo hành do chồng khi 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 (2019) tại tỉnh Quảng Nam với tỷ lệ 8,1%, cũng như các nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh (7,3%). Tuy nhiên, kết quả tương đồng với nghiên cứu của P.N.L Phương (2021) cũng tại thành phố Đà Nẵng, ghi nhận tỷ lệ 20,8% bạo hành thể chất. Nghiên cứu của L.T.B. Yen tại thành phố Huế cũng cho thấy tỷ lệ bạo hành thể chất rất thấp, chỉ 2,0%, 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%. 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 (2021) tại Đà Nẵng. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại Hồ Chí Minh (16,8%) và các tỉnh Nam Trung bộ (14,0%). Thấp hơn nghiên cứu của T.T Nhị (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 bạo hành tinh thần. Tỷ lệ bạo hành tinh thần 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%. Khi đối chiếu với bối cảnh quốc tế, có 25,62% tại Ethiopia năm 2020.

Nghiên cứu ghi nhận 12,5% phụ nữ mang thai bị bạo hành tình dục Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của N.T.T Trang (2019) với tỷ lệ 12,6% và nghiên cứu của P.N.L Phương (2021) tại Đà Nẵng với 11,6%. Đồng thời, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Võ MT (2016) với 12,4% và L.T.B. Yen với tỷ lệ rất thấp 1,3%. 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.

4.2.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ bạo hành do chồng khi 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 khi mang thai

Nghiên cứu thực hiện tại Đà Nẵng cho thấy 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.

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) 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 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.

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.

4.2.2.2. Mỗi liên quan giữa tình trạng sức khỏe và tỷ lệ bạo hành do chồng khi mang thai

Sinh con không trong kế hoạch có nguy cơ bạo hành cao gấp 1,7 lần so với sinh con có kế hoạch, có ý nghĩa thống kê ($OR=1,71$, $KTC95\%: 1,29-2,27$). 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.

Phụ nữ mang đa thai có nguy cơ bị bạo hành cao hơn 1,8 lần so với mang đơn thai ($OR=1,82$; $KTC 95\%: 1,17-2,82$; $p=0,008$). 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.

Phụ nữ có sử dụng rượu bia có nguy cơ bạo hành cao gấp 1,58 lần so với không sử dụng, có ý nghĩa thống kê $OR=1,58$ ($KTC95\%: 1,04-2,41$). Phụ nữ từng phá thai một lần có nguy cơ bị bạo hành cao gấp 2,7 lần, và nếu phá thai nhiều hơn một lần, nguy cơ tăng lên gấp 7,4 lần so với người chưa từng phá thai.

4.2.2.3. Mối liên quan giữa hỗ trợ xã hội và tỷ lệ bạo hành do chồng khi 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 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 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.

4.2.2.4. Mối liên quan giữa trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu và tỷ lệ bạo hành do chồng khi 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. Điều tra quốc gia về bạo hành đối với phụ nữ tại Việt Nam năm 2019 và 2010 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.

4.3. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA BẠO HÀNH DO CHỒNG KHI 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 khi mang thai đến kết quả sinh bất lợi

Tác động của bạo hành do chồng khi 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 khi 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.

Tác động của bạo hành do chồng khi 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

Tác động của bạo hành do chồng khi 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). 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.

Tác động của bạo hành do chồng khi 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 khi 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.

Tác động của bạo hành do chồng khi 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.

4.3.2. Tác động của bạo hành do chồng khi 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).

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa việc bạo hành do chồng khi mang thai và nguy cơ trầm cảm sau sinh 6 tháng cao gấp 1,32 lần. Nghiên cứu dọc tại Hà Nội 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.

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.

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.

Tình trạng dinh dưỡng của trẻ

Thời điểm trẻ 6 tháng tuổi, bạo hành làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân lên 1,63 lần và suy dinh dưỡng thấp còi lên 1,4 lần. Ở 12 tháng tuổi, bạo hành làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ cân lên 1,66 lần và suy dinh dưỡng thấp còi 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. 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), 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.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu thuần tập được thực hiện tại thành phố Đà Nẵng từ khi phụ nữ mang thai đến 12 tháng sau sinh 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, trẻ của các bà mẹ bị bạo hành trong thai kỳ 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 thai kỳ 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 do chồng 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 mốc 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.

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

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.