

TỈ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TRẦM CẢM SAU SINH Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV

Nguyễn Mạnh Hoan¹, Cao Ngọc Thành²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

(2) Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu: Nhiễm HIV có liên quan đến sự phát triển của trầm cảm sau sinh (TCSS). Tại Việt Nam, chưa có báo cáo về tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV (H). Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Xác định tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến TCSS ở các phụ nữ nhiễm HIV (H). **Vật liệu và Phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc thực hiện tại Đồng Nai và Bình Dương từ 30/11/2012 đến 30/3/2014. Tất cả 135 phụ nữ nhiễm H và 405 phụ nữ không nhiễm H (tỉ lệ 1: 3) đồng ý tham gia đã được sàng lọc TCSS bằng cách sử dụng thang Edinburgh (EPDS) từ khi nhập viện sinh đến 1 và 6 tuần sau khi sinh. TCSS được đánh giá ở tất cả các lần, các EPDS có điểm cắt ≥ 13 được sử dụng để xác định trầm cảm có thể xảy ra. Mẫu có EPDS ≥ 13 ở thời điểm nhập viện được loại khỏi nghiên cứu. Phiếu thu thập số liệu được sử dụng để thu thập các đặc điểm của tất cả các mẫu nghiên cứu. **Kết quả:** Trong bài này chúng tôi chỉ trình bày đánh giá ở thời điểm sau sinh 6 tuần. Tỉ lệ TCSS tại thời điểm 6 tuần ở nhóm nhiễm H là 61,2% so với tỉ lệ 8,7% ở nhóm không nhiễm ($p < 0,001$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm ở một số đặc điểm: học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, tiền căn trầm cảm, hôn nhân, sức khỏe con, bú sữa mẹ. Phân tích đa biến xác định có sự liên quan giữa TCSS với các yếu tố: nhiễm H, sống trong tỉnh, tiền căn trầm cảm và tình trạng sức khỏe con. Phân tích đơn biến xác định các yếu tố: phát hiện bệnh trễ trong chuyển dạ, con bị nhiễm H, mặc cảm mang bệnh H và cảm thấy có lỗi với gia đình có liên quan đến TCSS ở phụ nữ nhiễm H. **Kết luận:** Tỉ lệ TCSS tại thời điểm 6 tuần ở nhóm nhiễm H là 61%. Người nhiễm HIV có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp 6,4 lần người không nhiễm HIV với $p < 0,001$. Sản phụ sống trong tỉnh ít nguy cơ hơn sản phụ nhập cư với RR 0,72 (KTC 95% 0,53-0,98); Sản phụ có tiền căn trầm cảm nguy cơ cao gấp 1,72 lần sản phụ không có tiền căn này (KTC 95% 1,02-2,89); Sản phụ sinh con yếu hoặc chết nguy cơ TCSS gấp 1,75 lần người sinh con khỏe mạnh (KTC 95% 0,96-3,18).

Từ khóa: Trầm cảm sau sinh (TCSS), HIV (H).

Abstract

PREVALENCE AND RELATED FACTORS OF POSTNATAL DEPRESSION IN HIV INFECTED WOMEN

Nguyen Manh Hoan¹, Cao Ngọc Thành²

(1) PhD Students of Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Background and Objective: HIV infection is also a cause of postpartum depression, however, in Vietnam, there has not yet the prevalence of postpartum depression in HIV infected women. The objective is to determine prevalence and related factors of postpartum depression in HIV infected

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Mạnh Hoan, * Email: nguyenhoan84@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.4+5.20

- Ngày nhận bài: 27/9/2014 * Ngày đồng ý đăng: 9/11/2014 * Ngày xuất bản: 16/11/2014

women. **Materials and Methods:** From November 30th, 2012 to March 30th, 2014, a prospective cohort study is done at Dong Nai and Binh Duong province. The sample includes 135 HIV infected women and 405 non infected women (ratio 1/3) who accepted to participate to the research. We used “Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) as a screening test when women hospitalized for delivery and 1 week, 6 weeks postpartum. Mother who score EPDS ≥ 13 are likely to be suffering from depression. We exclude women who have EPDS ≥ 13 since just hospitalize. Data are collected by a structural questionnaire. **Results:** At 6 weeks postpartum, prevalence of depression in HIV infected women is 61%, in the HIV non infected women is 8.7% ($p < 0.001$). There are statistical significant differences ($p < 0.05$) between two groups for some factors: education, profession, income, past history of depression, child’s health, breast feeding. Logistical regression analysis determine these factors are related with depression: late diagnosis of HIV infection, child infected of HIV, feeling guilty of HIV infected and feeling guilty with their family. Multivariate regression analysis showed 4 factors are related with depression: HIV infection, living in the province, child’s health, past history of depression. **Conclusion:** Prevalence of postpartum depression in HIV infected women is 61.2%; risk of depression of postnatal HIV infected women is 6.4 times the risk of postnatal HIV non infected women, RR=6.4 (95% CI:4.3 – 9.4). Domestic women have lower risk than immigrant women from other province, RR=0.72 (95% CI:0.5 – 0.9). Past history of depression is a risk factor with RR=1.7 (95% CI:1.02 – 0.9. Women whose child is weak or die, RR=1.7(95% CI:0.9 – 3.1).

Key words: Postpartum depression, HIV-positive postpartum women.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng nhiễm HIV (H) có liên quan đến sự phát triển của trầm cảm sau sinh (TCSS), sự hiện diện của TCSS đã gắn liền với chất lượng kém của cuộc sống, tiến triển của bệnh HIV và không tuân thủ điều trị Anti Retro Virus (ARV). Mặc dù điều trị chống trầm cảm đã chứng minh hiệu quả về cải thiện các triệu chứng lâm sàng, và tăng cường sự tuân thủ ARV, nhưng TCSS thường xuyên không được phát hiện và điều trị. Trên thế giới, tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm H từ 22% đến 74,1% [11] [12][13]. Tại VN, chưa có báo cáo về tỉ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm H. Nghiên cứu của chúng tôi muốn đánh giá sự phổ biến của TCSS ở phụ nữ nhiễm H và tìm các yếu tố có liên quan đến TCSS ở nhóm phụ nữ này.

Mục tiêu cụ thể :

- Xác định tỉ lệ TCSS ở sản phụ nhiễm H.
- Xác định mối liên quan giữa TCSS và tình trạng nhiễm H được kiểm soát theo đặc tính mẫu nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc

2.2. Đối tượng nghiên cứu

+ Dân số mục tiêu: Các phụ nữ trong thời kỳ thai sản, đặc biệt là phụ nữ nhiễm HIV.

+ Dân số nghiên cứu: Các sản phụ sinh tại Đồng Nai và Bình Dương từ 30/11/2012 đến 30/3/2014.

+ Tiêu chuẩn chọn: Khi sản phụ đồng ý tham gia và thực hiện các yêu cầu của nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại: Khi sản phụ có một trong các yếu tố sau: đang mắc bệnh mãn tính; hoặc đang có các biểu hiện rối loạn tâm thần, nhất là trầm cảm (đã được Bác sĩ chuyên khoa xác định); hoặc sàng lọc trầm cảm theo thang EPD khi vào viện có điểm cắt ≥ 13 ; hoặc thai kỳ lần này có nguy cơ cao; hoặc bị tai biến sản khoa trong lần sinh này.

+ Tính cỡ mẫu: Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu thuần tập theo chiều dọc, so sánh tỉ lệ TCSS giữa 2 nhóm nhiễm H. và không nhiễm H. Giả thuyết của nghiên cứu: nguy cơ TCSS ở nhóm nhiễm H. gấp 2 lần ở nhóm không nhiễm H. (RR=2). Xác suất TCSS ở nhóm không nhiễm 0,15 (Ng Mai Hạnh) [3], suy ra xác suất TCSS ở nhóm nhiễm H là 0,30. Lấy mẫu theo tỉ số không nhiễm H.: nhiễm H. = 3:1. Cỡ mẫu cần cho nhóm nhiễm H. là 112. Theo NC của Ng Mạnh Hoan (2005-2011) tại Đồng Nai tỉ lệ mất dấu là 7% và tỉ lệ nhiễm H. thực sự của các mẫu có test sàng lọc (+) là 90% [4],

vậy cỡ mẫu của nhóm nhiễm H là 135 và nhóm không nhiễm H là 405.

- Thu thập và xử lý số liệu:

+ Nhóm nhiễm H: Gồm các sản phụ đã biết nhiễm H trước nhập viện và các sản phụ có sàng lọc HIV (+) khi nhập viện sau đó có khẳng định (+). Lấy đến khi đủ cỡ mẫu yêu cầu là 135.

+ Nhóm không nhiễm H: Gồm các sản phụ có sàng lọc HIV (-) khi nhập viện. Cách lấy mẫu: cứ một sản phụ nhóm nhiễm H nhập viện thì sẽ lấy ngẫu nhiên đơn 3 sản phụ nhóm không nhiễm H nhập viện ngay sau sản phụ trên. Các mẫu đã được chọn vẫn được đưa vào nghiên cứu dù các ca test sàng lọc (+) đứng trước nó sau này có kết quả khẳng định (-).

Tên của các sản phụ sẽ được mã hoá trong phiếu thu thập số liệu và thang sàng lọc EPDS. Tiêu chuẩn đánh giá dựa trên điểm EPDS: < 9 - không có rối loạn tâm thần; 9 đến 12 - buồn sau sinh (BSS); ≥ 13 - rất có thể TCSS.

+ Tiến hành. Mỗi sản phụ được thực hiện EPDS ở 3 giai đoạn. Giai đoạn 0. Lúc vào viện chưa chuyển dạ hoặc chuyển dạ tiềm thời, mục đích loại các ca có điểm EPDS ≥ 13. Giai đoạn 1.

Sau sinh 1 tuần đang nằm viện, mục đích tìm mẫu có EPDS ≥ 9. Giai đoạn 2. Sau sinh 6 tuần, mục đích tìm tỉ lệ mới mắc TCSS.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Epi Info, phép kiểm chi bình phương và Fisher, phân tích hồi qui đơn biến và hồi qui đa biến.

Vấn đề y đức : Sản phụ tham gia nghiên cứu ký Phiếu đồng thuận, được dấu tên và bí mật thông tin. Các sản phụ sàng lọc có nguy cơ TCSS sẽ được giới thiệu đến Bệnh viện Tâm thần TW2 để chẩn đoán xác định và có hướng điều trị.

3. KẾT QUẢ

Mẫu ban đầu bao gồm 135 sản phụ nhóm nhiễm H và 405 sản phụ nhóm không nhiễm H.

Sau khi loại các ca có tiêu chuẩn loại và/hoặc có kết quả khẳng định H (-), mẫu nghiên cứu gồm 403 ca không nhiễm và 109 ca nhiễm H. Đến thời điểm kết thúc nghiên cứu, 6 tuần sau sinh, mất dấu khoảng 11% ở 2 nhóm, mẫu còn lại ở nhóm không nhiễm là 375 và ở nhóm nhiễm 98.

Vì khuôn khổ của bài báo có giới hạn, nên trong bài này chúng tôi chỉ trình bày một phần của nghiên cứu, ở thời điểm sau sinh 6 tuần.

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nhận xét đặc điểm chung của hai nhóm

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu, kinh tế xã hội

Đặc điểm	Không nhiễm	Nhiễm	Giá trị P
	n = 403(%)	n (109(%))	
Nhóm tuổi			
< 20	26 (6,6)	9 (8,3)	0,812
20 – < 35	338 (84,3)	91 (83,4)	
≥ 35	36 (9,1)	9 (8,3)	
Nơi cư trú			
Ngoài tỉnh	135 (33,5)	39 (35,8)	0,661
Trong tỉnh	268 (66,5)	70 (64,2)	
Trình độ học vấn			
< THPT	223 (55,3)	80 (73,4)	0,001
THPT	136 (33,8)	26 (23,9)	
>THPT	44 (10,9)	3 (2,7)	
Nghề nghiệp			
Ko nghề, nội trợ	80 (19,8)	39 (35,8)	< 0,001
Có nghề	323 (80,2)	70 (64,2)	
Kinh tế			
Khó khăn	52 (12,9)	30 (27,5)	0,001
Đủ sống - dư giả	351 (87,1)	79 (72,5)	

Tuổi: Sự phân bố nhóm tuổi không có khác biệt giữa 2 nhóm,

Cư trú: Phân bố dân số trong và ngoài tỉnh không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm.

Học vấn: Trình độ học vấn ở nhóm nhiễm thấp

hơn ở nhóm không nhiễm, với $p < 0,001$.

Đặc điểm kinh tế: Nhóm nhiễm có tỉ lệ thất nghiệp và hoàn cảnh kinh tế khó khăn cao hơn nhóm không nhiễm, với giá trị p là $p < 0,001$ và $p = 0,001$.

Bảng 2. Đặc điểm tiền căn - hôn nhân – Sản khoa

Đặc điểm	Không nhiễm	Nhiễm	Giá trị P
	n = 403	n = 109	
<i>Tiền căn trầm cảm</i>			
Có	10 (2,5)	9 (8,2)	0,003
Không-không biết	393 (97,5)	100 (92,8)	
<i>Đăng ký kết hôn</i>			
Có	371 (92,1)	77 (70,6)	<0,001
Không	32 (7,9)	32 (29,4)	
<i>Tình trạng hôn nhân</i>			
Chung sống	398 (98,8)	10 (9,2)	<0,001
Không chung sống	5 (1,2)	99 (90,8)	
<i>“Quan hệ” ngoài chồng</i>			
Không	388 (96,3)	62 (56,9)	<0,001
Có	15 (3,7)	47 (43,1)	
<i>Phương thức sinh</i>			
Sinh ngã dưới	266 (66,2)	74 (67,9)	0,736
Sinh mổ	137 (33,8)	35 (32,1)	
<i>Tình trạng sơ sinh</i>			
Khoẻ	393 (97,5)	101 (92,7)	0,034[€]
Yếu hoặc chết	10 (2,5)	8 (7,3)	
<i>Cho con bú</i>			
Bú mẹ	395 (98,5)	8 (7,3)	<0,001
Không bú mẹ	8 (1,5)	101 (92,7)	

€: phép kiểm Fisher chính xác

Tiền căn trầm cảm: Ở nhóm nhiễm cao hơn ở nhóm không nhiễm ($p = 0,003$).

Đăng ký kết hôn: Tỉ lệ sống không hôn thú ở nhóm nhiễm cao hơn 4 lần ở nhóm không nhiễm (29,4:7,9) với $p < 0,001$.

Tình trạng hôn nhân: Tỉ lệ vợ chồng không còn chung sống ở nhóm nhiễm cao gấp 9 lần so với không nhiễm, $p < 0,001$.

“Quan hệ” ngoài chồng: Có khác biệt có ý

nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p < 0,001$.

Đặc điểm sản khoa: Không có sự khác biệt về phương thức sinh giữa 2 nhóm ($p = 0,736$) nhưng có khác biệt về tình trạng sức khỏe của con; tỉ lệ con yếu hoặc chết ở nhóm nhiễm cao hơn không nhiễm ($p = 0,034$) và tỉ lệ không cho con bú ở nhóm nhiễm gần 100%, cao gấp 6 lần nhóm không nhiễm (1,5%).

3.2. Nhận xét đặc điểm riêng của nhóm nhiễm H

Bảng 3. Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền mẹ - con

Đặc điểm	Nhiễm (N 109)	
	N	%
Thời điểm phát hiện nhiễm H		
Trước có thai	44	40,37
Mang thai	10	9,17
Chuyển dạ và sau sinh	55	50,46
Dự phòng ARV cho mẹ		
Có	103	94,5
Không	6	5,5
Dự phòng ARV cho con		
Có	86	78,9
Không	23	21,1
TCD4 máu mẹ		
< 350/mL	24	22,2
≥ 350/mL	46	42,6
Không biết	39	35,2
PCR_I của con		
PCR _I (+)	9	8,3
PCR _I (-)	67	62,0
Không xn/chưa có kq xn	33	29,7

Thời điểm phát hiện nhiễm H.: Khoảng 50% (55/109) sản phụ nhiễm H. được xét nghiệm HIV lần đầu khi chuyển dạ, tương đương tỉ lệ (50%) báo cáo tại hội nghị đánh giá tình hình dịch HIV/AIDS và đáp ứng của VN (14/1/2014).

Dự phòng ARV: Tỉ lệ ARV cho mẹ gần 95%

trong khi tỉ lệ ARV cho con chỉ khoảng 79%.

Nồng độ tế bào TCD4: Khoảng 42,6% sản phụ có lượng TCD4 từ 350/mL trở lên. Có đến 35% sản phụ không biết số lượng TCD4 của mình!

Kết quả PCR_I của con: Tỉ lệ PCR_I (+) khoảng 8%. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 70% trẻ được biết kết quả xét nghiệm PCR_I.

Bảng 4. Đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ bị nhiễm H

Đặc điểm	Nhiễm (N 109)	
	N	%
Bộc lộ bệnh với người khác		
Có	88	82,1
Không	21	17,9
Người đã được bộc lộ	<i>Không</i>	<i>Có</i>
Chồng	10 (11,4)	78 (88,6)
Cha mẹ	37 (42,1)	51 (57,9)
Anh chị em	62 (70,4)	26 (29,6)
Bạn thân	86 (97,7)	2 (2,3)
Bạn tình	87 (98,9)	1 (1,1)
Người khác	86 (96,6)	2 (3,4)
Mặc cảm về căn bệnh H		
Có	75	68,9
Không	34	31,1
Cảm thấy có lỗi với gia đình		
Có	78	72,6
Không	31	27,4

Bộc lộ bệnh với người khác: Tỷ lệ sản phụ bộc lộ bệnh khoảng 82%. Trong đó, phần lớn thổ lộ với chồng (33% biết chồng đã nhiễm) và người thân trong gia đình, tỷ lệ bộc lộ với bạn tình rất thấp (1,1%).

Mặc cảm về căn bệnh đang mang: Tỷ lệ sản phụ nhiễm H có tâm trạng mặc cảm rất cao, gần 70%.

Cảm thấy có lỗi với gia đình: Trên 70% sản phụ nhiễm H cảm thấy có lỗi với gia đình

Bảng 5. Tỷ lệ TCSS mới mắc theo điểm cắt EPDS

Yếu tố	HIV		Giá trị P
	Không nhiễm	Nhiễm	
TCSS/mỗi nhóm	n = 375	n = 98	< 0,001
Không	341 (91,3)	38 (38,8)	
Có	34 (8,7)	60 (61,2)	
TCSS/hai nhóm	N = 473		
Không	379 (80,1)		
Có	94 (19,9)		

Tỷ lệ TCSS mới mắc (trầm cảm sau khi sinh được 6 tuần; sau đây xin gọi là TCSS) ở nhóm nhiễm cao gần gấp 7 lần nhóm không nhiễm ($p < 0,001$). Tỷ lệ TCSS của mẫu NC (tổng 2 nhóm) là 19,9%.

3.3. Liên quan giữa các đặc điểm của hai nhóm với TCSS

3.3.1. Liên quan giữa các đặc điểm chung của hai nhóm với TCSS

Bảng 6. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhân khẩu - kinh tế xã hội

Đặc điểm	TCSS		RR	Giá trị P
	Không (n=379)	Có (n=94)	(KTC 95%)	
Nhóm tuổi				
< 20	20 (83,9)	5 (16,1)	1	0,64
20 – < 35	314 (80,3)	77 (19,7)	1,22 (0,53-2,79)	
≥ 35	33 (73,3)	12 (26,7)	1,65 (0,65-4,23)	
Nơi cư trú				
Ngoài tỉnh	112 (74,7)	38 (25,3)	1	0,04
Trong tỉnh	267 (82,7)	56 (17,3)	0,68 (0,47-0,98)	
Trình độ học vấn				
< THPT	214 (76,7)	65 (23,3)	1	0,25
THPT	120 (81,6)	27 (18,4)	0,78 (0,52-1,17)	
>THPT	45 (95,7)	2 (4,3)	0,18 (0,04-0,72)	
Nghề nghiệp				
Ko nghề - nội trợ	77 (72,6)	29 (27,4)	1	0,03
Có nghề	302 (82,3)	65 (17,7)	0,65 (0,44-0,94)	
Kinh tế				
Khó khăn	49 (67,1)	24 (32,9)	1	0,003
Đủ sống - dư giả	330 (82,5)	70 (17,5)	0,53 (0,36-0,79)	

Liên quan giữa nhóm tuổi và TCSS: Không có liên quan giữa TCSS với yếu tố nhóm tuổi.

Liên quan nơi cư trú-TCSS: Sản phụ đến từ ngoài tỉnh dễ bị TCSS hơn sản phụ sống ở địa phương. Liên quan này có ý nghĩa thống kê, $RR=0,68$ (KTC 95%: 0,47-0,98).

Liên quan trình độ học vấn-TCSS. Phụ nữ có trình độ học vấn cao ít nguy cơ TCSS hơn phụ nữ

có học vấn thấp, $RR=0,18$ (KTC 95%: 0,04-0,72).

Liên quan nghề nghiệp – TCSS. Chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thất nghiệp và TCSS, $RR=0,65$ (KTC 95%: 0,44-0,94).

Liên quan kinh tế - TCSS. Phụ nữ có thu nhập gia đình thấp có nguy cơ TCSS gấp đôi phụ nữ thu nhập khá ($RR=0,53$; KTC 95%: 0,36-0,79).

Bảng 7. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền căn - hôn nhân - sản khoa

Đặc điểm	TCSS		RR	Giá trị P
	Không (379)	Có (94)	(KTC 95%)	
Tiền căn trầm cảm				
Có	10 (50,0)	10 (50,0)	1	0,002
Không-không biết	369 (81,5)	84 (18,5)	2,69 (1,67-4,35)	
Đăng ký kết hôn				
Có	345 (82,3)	74 (17,7)	1	< 0,001
Không	34 (63,0)	20 (37,0)	0,47 (0,32-0,71)	
Tình trạng hôn nhân				
Chung sống	371 (80,8)	88 (19,2)	1	0,043
Không chung sống	8 (57,1)	6 (42,9)	0,44 (0,24-0,84)	
“Quan hệ” ngoài chồng				
Không	349 (83,9)	67 (16,1)	1	< 0,001
Có	30 (52,6)	27 (47,4)	2,94 (2,07-4,18)	
Phương thức sinh				
Sinh ngã dưới	240 (78,4)	66 (21,6)	1	0,166
Sinh mổ	139 (83,7)	27 (16,3)	0,75 (0,50-1,13)	
Tình trạng sơ sinh				
Khoẻ	369 (81,3)	85 (18,7)	1	0.005
Yếu hoặc chết	10 (52,6)	9 (47,4)	2,54 (1,52-4,22)	
Nuôi con bằng sữa mẹ				
Không bú mẹ	54 (48,2)	58 (51,8)	1	<0.001
Bú mẹ	325 (90,0)	36 (10,0)	0,19 (0,13-0,27)	

Liên quan tiền căn trầm cảm-TCSS. Có sự liên quan giữa tiền căn trầm cảm với TCSS (RR= 2,69; KTC 95%: 1,67-4,35).

Liên quan đăng ký kết hôn- TCSS. Sản phụ có hôn nhân không hôn thú có nguy cơ TCSS hơn sản phụ có hôn thú (RR=0,47; KTC 95%: 0,32-0,71)

Liên quan tình trạng hôn nhân-TCSS. Sản phụ đơn thân có nguy cơ TCSS nhiều hơn sản phụ có gia đình ổn định, với RR=0,44 (KTC 95%: 0,24-0,84).

Liên quan “quan hệ” ngoài chồng - TCSS. NC ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng quan hệ ngoài hôn nhân với TCSS (RR=2,94; KTC 95%: 2,07-4,18).

Liên quan phương thức sinh - TCSS. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và phương thức sinh, RR=0,75 (KTC 95%: 0,50-1,13); p=0,166.

Liên quan tình trạng sơ sinh - TCSS. Có sự liên quan giữa TCSS và tình trạng sơ sinh: mẹ có con

khỏe ít nguy cơ TCSS hơn mẹ có con yếu hoặc chết, RR=2,54 (KTC95%: 1,52-4,22).

Liên quan nuôi con bằng sữa mẹ - TCSS. Chúng tôi nhận thấy các bà mẹ không cho con bú có nhiều nguy cơ TCSS hơn các bà mẹ cho con bú, với RR=0,19 (KTC 95%: 0,13-0,27).

Bảng 8. Mối liên quan giữa nhiễm HIV và TCSS trong mô hình hồi qui đa biến

TCSS	RR	KTC 95%	Giá trị p
Có nhiễm HIV	6,40	4,34-9,43	<0,001
Nơi cư trú	0,72	0,53-0,98	0,04
Có tiền căn trầm cảm	1,72	1,02-2,89	0,04
Con yếu hoặc chết	1,75	0,96-3,18	0,07
Giá trị p	<0,001		

Sau khi kiểm soát các biến số nơi cư trú, tiền căn trầm cảm, tình trạng sức khỏe của con; người nhiễm HIV có nguy cơ bị trầm cảm sau sinh cao gấp 6,4 lần người không nhiễm HIV với $p < 0,001$.

3.3.2. Liên quan giữa các đặc điểm riêng của nhóm nhiễm H với TCSS

Bảng 9. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm sinh học, dự phòng lây truyền mẹ - con

Đặc điểm	TCSS/nhiễm (98)		RR (KTC 95%)	Giá trị P
	Không	Có		
Thời điểm phát hiện nhiễm H				
Trước có thai	23 (56,1)	18 (43,9)	1	0,16 0,006
Mang thai	3 (33,3)	6 (66,7)	1,52 (0,85-2,71)	
Chuyển dạ và sau sinh	12 (25,0)	36 (75,0)	1,71 (1,16-2,51).	
Dự phòng ARV cho mẹ				
Có	35 (37,6)	58 (62,4)	1	0,29
Không	3 (60,0)	2 (40,0)	1,5 (0,53-4,61)	
Dự phòng ARV cho con				
Có	28 (35,4)	51 (64,6)	1	0,23
Không	10 (52,6)	9 (47,4)	1,36 (0,82-2,25)	
TCD4 máu mẹ				
< 350/mL	10 (47,6)	11 (52,4)	1	0,62
≥ 350/mL	18 (40,9)	26 (59,1)	1,12 (0,70-1,82)	
PCR_I của con				
PCR _I (-)	27 (40,3)	40 (59,7)	1	< 0,001
PCR _I (+)	0 (0,0)	9 (100,0)	1,67 (1,37-2,04)	

Liên quan thời điểm phát hiện nhiễm H- TCSS: Có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và thời điểm phát hiện nhiễm H, RR=1,71 (KTC 95%:1,16-2,51) không thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TCD4 và TCSS (RR=1,12; KTC 95%: 0,70-1,82).

Liên quan dự phòng ARV-TCSS: NC không thấy có mối liên quan giữa TCSS với ARV cho mẹ (RR=1,5; KTC 95%: 0,53-4,61), hoặc với ARV cho con (RR=1,36 (KTC 95%: 0,82-2,25).

Liên quan nồng độ tế bào TCD4 – TCSS: NC

Liên quan tình trạng nhiễm H của con –TCSS: Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa TCSS với tình trạng sản phụ có con bị nhiễm H (PCR_I(+)). Sản phụ có con bị nhiễm H có nhiều nguy cơ TCSS hơn sản phụ có con không bị nhiễm H với RR=1,67 (KTC 95%:1,37-2,34).

Bảng 10. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ nhiễm H

Đặc điểm	TCSS/nhiễm (98)		RR (KTC 95%)	Giá trị P
	Không	Có		
Bộc lộ bệnh với người khác				
Không	4 (25,0)	12 (75,0)	1	0,232
Có	34 (41,5)	48 (58,5)	0,79 (0,56-1,10)	
Mặc cảm về căn bệnh H				
Không	22 (70,9)	9 (29,1)	1	< 0,001
Có	16 (23,9)	51 (76,1)	2,54 (1,44-4,45)	
Cảm thấy có lỗi với gia đình				
Không	18 (62,0)	11 (38,0)	1	0,004
Có	20 (29,0)	49 (71,0)	1,81 (1,11-2,93)	

Liên quan bộc lộ bệnh – TCSS: NC của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa TCSS với sự bộc lộ đang mang bệnh H của sản phụ nhiễm H (RR=0,79; KTC 95%: 0,56-1,10).

Liên quan mặc cảm về căn bệnh H- TCSS: Các sản phụ có mặc cảm về căn bệnh H đang mang có nguy cơ bị TCSS cao hơn phụ nữ không có tâm trạng này (RR=2,54; KTC 95%: 1,44-4,45).

Liên quan cảm thấy có lỗi với gia đình – TCSS: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS và tâm trạng cảm thấy có lỗi với người thân gia đình (RR=1,81; KTC 95%: 1,11-2,93).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung của hai nhóm

4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu - kinh tế xã hội

Nhóm tuổi. Không có khác biệt giữa 2 nhóm về phân bố nhóm tuổi, khoảng 84% sản phụ ở nhóm tuổi sinh sản, 20 tuổi đến dưới 35 tuổi. Tuổi trung bình ở 2 nhóm là 27 tuổi, so với nghiên cứu của Ng Thị Ngọc Trang thì tuổi trung bình khoảng 29 tuổi [5]. Tuổi nhỏ nhất - lớn nhất ở nhóm không nhiễm là 16 (3 ca) – 45 (5 ca) và ở nhóm nhiễm là 17 (2 ca) - 43 (2 ca).

Cư trú. Phân bố dân số sống trong tỉnh cao hơn ngoài tỉnh là vì trong NC hầu hết các sản phụ nhiễm H (ở 2 tỉnh ĐN, BD) được chuyển về BV tuyến tỉnh để sinh. Tuy nhiên, do đặc điểm kinh tế, tỉ lệ dân nhập cư từ ngoài tỉnh khá cao (gần 35%), nhóm này có nhiều nguy cơ trầm cảm do điều kiện sống bất lợi: căng thẳng, thiếu hỗ trợ, khác văn hóa địa phương [15]. Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố dân số giữa 2 nhóm.

Học vấn. Trình độ học vấn ở nhóm nhiễm thấp hơn ở nhóm không nhiễm. Theo NC của Grussu P và cs (2009, Ý) trình độ đại học là yếu tố bảo vệ đối với TCSS [16].

Đặc điểm kinh tế. Nhóm nhiễm có tỉ lệ thất nghiệp cao hơn nhóm không nhiễm ($p < 0,001$). Hoàn cảnh kinh tế khó khăn ở nhóm nhiễm cao hơn không nhiễm ($p = 0,001$). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh thất nghiệp, kinh tế thấp có liên quan với TCSS [17][18].

4.1.2. Đặc điểm tiền căn - hôn nhân - sản khoa

Tiền căn trầm cảm. Ở nhóm nhiễm cao hơn ở nhóm không nhiễm ($p = 0,003$). Nhiều nghiên cứu cho thấy tiền căn trầm cảm là yếu tố dự báo mạnh cho TCSS [1][3][5].

Đăng ký kết hôn. Số không có hôn thú ở nhóm nhiễm cao gần gấp 4 lần ở nhóm không nhiễm (29,4: 7,9) với $p < 0,001$.

Tình trạng hôn nhân. Vợ chồng không còn chung sống ở nhóm nhiễm cao gấp 9 lần (9,2%) so với không nhiễm (1,2%); NC ghi nhận có 2 nguyên nhân chính là sản phụ bỏ chồng vì nghi bị lây từ chồng ($n=3$) và sản phụ bị chồng bỏ ($n=4$). Có 4 trường hợp chồng không nhiễm, biết vợ bị nhiễm nhưng vẫn kết hôn [2]!

“Quan hệ” ngoài chồng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các “quan hệ” ngoài chồng xảy ra trước hôn nhân lần này và đa phần là với chồng trước (76,2%).

Đặc điểm sản khoa. Không có sự khác biệt về phương thức sinh giữa 2 nhóm ($p=0,736$) nhưng có khác biệt về tình trạng sức khỏe của con; tỉ lệ con yếu hoặc chết ở nhóm nhiễm cao hơn không nhiễm ($p = 0,034$). Tỉ lệ không cho con bú ở nhóm nhiễm gần 100%, cao gấp 6 lần so với nhóm không nhiễm (7,3%), là do các bà mẹ nhóm nhiễm sợ lây truyền bệnh sang con.

Đặc điểm riêng của nhóm nhiễm H

4.1.3. Đặc điểm sinh học và dự phòng lây truyền mẹ - con

Thời điểm phát hiện nhiễm H. Sản phụ được phát hiện nhiễm H muộn vào giai đoạn chuyển dạ đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu sẽ làm tăng nguy cơ TCSS [7]. Thực vậy, lúc đó họ phải chịu đồng thời hai stress: nhiễm HIV và lo âu đau đớn khi chuyển dạ sinh. Tại Việt Nam và một số nước trên thế giới, chủ yếu là các nước châu Phi, tỉ lệ phát hiện muộn từ 30 - 50%. NC của chúng tôi chỉ có 41,9% sản phụ đã biết nhiễm H khi nhập viện sinh!

Dự phòng ARV. Dự phòng ARV là một thành tựu của y học khi ngăn ngừa được sự lây truyền H từ mẹ sang con từ 30-40% xuống còn 2%. Tuy nhiên, nếu dự phòng muộn thì tỉ lệ lây còn cao hơn 5% [14], hơn nữa sản phụ sẽ hoang mang khi dùng thuốc trong giai đoạn chuyển dạ, dễ suy sụp, rối loạn trầm cảm. Tỉ lệ ARV cho mẹ gần 95% trong khi tỉ lệ ARV cho con chỉ khoảng 79% phần lớn do các bà mẹ sợ thuốc có ảnh hưởng đến con.

Nồng độ tế bào TCD4. Khoảng 42,6% sản phụ

có lượng CD4 từ 350/mL trở lên, nồng độ CD4 cao là tín hiệu lạc quan đối với người bệnh. Có đến 35% sản phụ không biết lượng CD4 của mình nên sẽ khó khăn trong chăm sóc, điều trị và tiên lượng bệnh.

Kết quả PCR₁ của con. Tỷ lệ PCR₁ (+) khoảng 8% so với tỷ lệ trong nước năm 2012 là 7%. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 68,3% trẻ được làm XN; số trẻ không XN là do cha mẹ sợ con còn yếu hoặc vì chưa có kết quả XN vào thời điểm kết thúc nghiên cứu (trẻ được làm XN trễ).

4.1.4. Đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ bị nhiễm H

Bộc lộ bệnh với người khác. Bộc lộ bệnh với người khác không phải là dễ, nhất là bệnh H. Nguyên nhân là do các sai lầm khi mới phát hiện HIV, người ta cho rằng HIV/AIDS là căn bệnh của người có hành vi nguy cơ cao (ma túy, mại dâm, tình dục không an toàn). Trong NC này tỷ lệ không bộc lộ bệnh khoảng 18%. Trong đó, phần lớn sản phụ thổ lộ với chồng (88,9%) (33% biết chồng đã nhiễm) và người thân trong gia đình (cha mẹ 57,9%, anh chị em ruột 29,6%). Tỷ lệ bộc lộ với bạn tình rất thấp so với nhiều nghiên cứu khác (1,1% so với khoảng 84%); vì 76,2% số người mà sản phụ có “quan hệ” ngoài chồng là chồng trước.

Mặc cảm về căn bệnh đang mang. Số phụ nữ có tâm trạng mặc cảm trong NC rất cao gần 70%. Đây là một yếu tố nguy cơ mạnh gây TCSS [20][21].

Cảm thấy có lỗi với gia đình. Tỷ lệ phụ nữ nhiễm H có hôn nhân không có hôn thú khoảng 30% (phần lớn ngoài sự đồng ý của gia đình), tỷ lệ tan vỡ hôn nhân cũng như tỷ lệ lây nhiễm H từ người chồng trước cũng cao (khoảng 44%), vì vậy các sản phụ này luôn có mặc cảm có lỗi với gia đình của họ!

4.1.5. Tỷ lệ TCSS mới mắc theo điểm cắt EPDS

Tỷ lệ TCSS mới mắc (trầm cảm sau khi sinh 6 tuần; sau đây xin gọi là TCSS) ở nhóm nhiễm cao gần gấp 7 lần nhóm không nhiễm (61,2: 8,7), với $p < 0.001$. Qua các NC tại VN, tỷ lệ TCSS trong khoảng từ 5,1% - 15%, thấp so với tỷ lệ TCSS ở phụ nữ nhiễm HIV 22% - 74,1%. Tỷ lệ TCSS của mẫu nghiên cứu (bao gồm 2 nhóm) là 19,9%.

4.2. Liên quan giữa các đặc điểm của hai nhóm với TCSS

Liên quan giữa các đặc điểm chung của hai nhóm với TCSS

4.2.1. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm nhân khẩu - kinh tế xã hội

Liên quan (Lq) giữa tuổi và TCSS. Trong cộng đồng, phụ nữ lứa tuổi từ 25 - 44 có tỷ lệ bị trầm cảm cao nhất. Tuy nhiên, trong y văn, tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ sau sinh không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi [1][3][8]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

Liên quan nơi cư trú - TCSS. Tỷ lệ TCSS ở nhóm sản phụ ở địa phương (trong tỉnh) là 17,3%, thấp hơn 0,68 lần so với nhóm sản phụ nhập cư (ngoài tỉnh). Tương tự NC của Ng Mai Hạnh [3], Ng Thị Ngọc Trang [5], Hartley M & cs, Eastwood JG & cs [17][18]. Cuộc sống của các sản phụ đến nhập cư gặp nhiều bất lợi hơn các sản phụ ở địa phương, nên họ có nhiều nguy cơ TCSS [8].

Liên quan trình độ học vấn - TCSS. Phụ nữ có trình độ học vấn cao ít nguy cơ TCSS hơn phụ nữ có học vấn thấp (RR=0,53; KTC 95%: 0,04-0,72); tương tự NC của Nguyễn T Thu Phong, Grussu P [6][16].

Liên quan nghề nghiệp - TCSS. Chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thất nghiệp và TCSS (RR=0,65; KTC 95%: 0,36-0,79). Tương tự NC Nguyễn Thị Thu Phong, Hartley M & cs, Eastwood JG & cs [6][17][18].

Liên quan kinh tế - TCSS. Phụ nữ có thu nhập gia đình thấp có nguy cơ TCSS cao gấp đôi phụ nữ có thu nhập khá (RR=0,53; KTC 95%: 0,36-0,79); tương tự NC Đinh Thị Tố Trinh, Blaney NT, Grussu P [2][10][16].

4.2.2. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tiền căn - hôn nhân - sản khoa

Liên quan tiền căn trầm cảm - TCSS. Tiền căn trầm cảm đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ TCSS. NC của chúng tôi thấy sản phụ có tiền căn trầm cảm có nguy cơ TCSS cao gần gấp 3 lần sản phụ không có tiền căn này (RR= 2,69; KTC 95%: 1,67-4,35).

Liên quan tình trạng hôn nhân - TCSS. Sản phụ có hôn nhân không hôn thú nguy cơ bị TCSS gấp 2 lần người có hôn thú (RR=0,47;

KTC 95%: 0,32-0,71), tương tự NC của Bilszta JL và cs (2008); tại VN chưa có báo cáo về mối liên quan này. Sản phụ không còn chung sống với chồng sau sinh có nguy cơ TCSS gấp 2 lần sản phụ có gia đình ổn định (RR=0,44; KTC 95%: 0,24-0,84), khác với kết quả NC của Nguyễn Thị Ngọc Trang [5], Kosinska Kaczynska (2008) không thấy có mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân với TCSS.

Liên quan “quan hệ” ngoài chồng - TCSS. NC ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng quan hệ ngoài hôn nhân với TCSS (RR=2,94; KTC 95%: 2,07-4,18).

Liên quan phương thức sinh-TCSS. Đã có nhiều NC về mối liên quan này nhưng còn tranh cãi do có kết quả khác nhau. O'Neill T và cs, Edwards và cs, Cup RE cho rằng có mối liên quan giữa phương thức sinh và TCSS. NC của chúng tôi thấy mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,16$); tương tự 2 NC của Tammentie và Winsner KL (2002), Nguyễn T Thu Phong (2007).

Liên quan tình trạng sơ sinh – TCSS. Có sự liên quan giữa TCSS và tình trạng sơ sinh (RR=2,54). Mẹ có con sức khỏe yếu hoặc chết có nguy cơ TCSS cao gấp 2 lần mẹ có con khỏe mạnh. Tương tự NC của Ng T Thu Phong, Nguyễn Mai Hạnh, Glasser và cs (NC đoàn hệ 288 sản phụ ở Israel).

Liên quan nuôi con bằng sữa mẹ. Kết quả của chúng tôi khác NC của Nguyễn Mai Hạnh: các bà mẹ không cho con bú có nguy cơ TCSS hơn cho con bú, có lẽ phần lớn các mẹ không cho con bú là phụ nữ nhiễm H. Tương tự NC của Grussu P, Refugee [15].

4.2.3. Mối liên quan giữa nhiễm HIV và TCSS trong mô hình hồi qui đa biến

Sau khi kiểm soát các biến số nơi cư trú - tiền căn trầm cảm - sức khỏe của con, người nhiễm HIV có nguy cơ bị TCSS cao gấp 6,4 lần người không nhiễm HIV với $p<0,001$.

Liên quan giữa các đặc điểm riêng của nhóm nhiễm H với TCSS

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

Liên quan thời điểm sản phụ phát hiện nhiễm H. Thời điểm phát hiện nhiễm H và ARV trước hoặc khi mang thai sẽ giảm được nguy cơ lây

truyền mẹ-con và vì vậy tỉ lệ trầm cảm ở nhóm sản phụ này sẽ thấp hơn ở nhóm được phát hiện nhiễm H trong chuyển dạ - sau sinh [17][19]. NC của chúng tôi thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TCSS với thời điểm phát hiện nhiễm H.

Liên quan dự phòng ARV-TCSS. NC không thấy có mối liên quan giữa dự phòng ARV cho mẹ hoặc cho con với TCSS, tuy nhiên nếu không dự phòng ARV sẽ tăng nguy cơ lây truyền mẹ-con và giảm khả năng tuân thủ điều trị của bà mẹ sau này do người mẹ không nhận thức được tầm quan trọng của việc phòng ngừa và điều trị bệnh H bằng ARV.

Liên quan nồng độ tế bào TCD4. Nồng độ TCD4=350/mL là mốc quyết định điều trị ARV ở nhiều quốc gia, phụ nữ nhiễm H chưa phải điều trị ARV sẽ có tâm lý tốt hơn và là yếu tố bảo vệ TCSS. Chen YQ và cs nghiên cứu tại Saharan châu Phi (7/2010) cho thấy sản phụ có nồng độ tế bào CD4< 200/mL có nguy cơ TCSS gấp 3,1 lần các sản phụ có CD4>500/mL. NC của chúng tôi không thấy có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TCD4 và TCSS (RR=1,12).

Liên quan giữa tình trạng nhiễm H của con với TCSS. Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tình trạng con bị nhiễm H (PCR_I(+)) và TCSS: sản phụ có con bị nhiễm H có nguy cơ trầm cảm cao hơn sản phụ có con không nhiễm H (RR=1,67; KTC 95%: 1,37-2,34). Trong NC, có đến 77% sản phụ có thai là do mong muốn, vì vậy khi sinh ra con gặp bất hạnh nhiễm H chắc chắn người mẹ có nguy cơ cao bị trầm cảm. NC của Grussu P và Ozbasaran F [19] cũng cho kết quả tương tự.

4.2.5. Liên quan giữa TCSS và đặc điểm tâm lý xã hội của các sản phụ nhiễm H

NC của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa TCSS với sự bộc lộ bệnh của sản phụ nhiễm H (RR=0,79; KTC 95%: 0,56-1,10), khác với nguy cơ tăng gấp 3 lần trong nghiên cứu ở Malawi (OR=3,05; KTC 95%: 1,39-7,24) [13]. Mặt khác, nếu người nhiễm H có mặc cảm về căn bệnh của mình, xấu hổ với gia đình thì dễ bị trầm cảm gấp 2,5 lần người không có tâm lý này (RR=2,54; KTC 95%: 1,44-4,45), tương tự NC ở Malawi (OR=3,44; KTC 95% 1,34-9,75).

5. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu 109 sản phụ nhiễm H và 403 sản phụ sản phụ không nhiễm H sinh tại Đồng Nai và Bình Dương từ 31/11/2012 đến 31/3/2014. Chúng tôi có kết luận như sau:

1. Phụ nữ nhiễm H có nguy cơ bị TCSS cao gấp 6,4 lần phụ nữ không nhiễm H ($p < 0,001$).

2. Có khác biệt giữa 2 nhóm về các đặc điểm: nhân khẩu; trình độ học vấn ($p = 0,001$); đăng ký kết hôn ($p < 0,001$); tình trạng chung sống ($p < 0,001$); “quan hệ” ngoài chồng ($p < 0,001$); tình trạng thất nghiệp ($p < 0,001$); thu nhập thấp ($p = 0,001$); tình trạng sức khỏe con ($p = 0,034$); mẹ cho con bú ($p < 0,001$).

3. Một số đặc điểm chung ở hai nhóm có liên

quan có ý nghĩa thống kê với TCSS: sản phụ sống ở địa phương (trong tỉnh) ít nguy cơ TCSS hơn sản phụ nhập cư (RR 0,72; KTC 95%: 0,53-0,98); Sản phụ có tiền căn trầm cảm nguy cơ TCSS cao gấp 1,72 lần phụ nữ không có tiền căn này (KTC 95%: 1,02-2,89); Sản phụ sinh con yếu hoặc chết nguy cơ TCSS gấp 1,75 lần người sinh con khỏe mạnh (KTC 95%: 0,96-3,18).

4. Một số đặc điểm ở nhóm nhiễm là các yếu tố nguy cơ TCSS: thời điểm phát hiện nhiễm H trong chuyển dạ-sau sinh (RR 1,71; KTC 95% 1,16-2,50); Con bị nhiễm H (RR 1,67; KTC 95% 1,37-2,04); Mặc cảm mang bệnh H (RR 2,54; KTC 95% 1,44-4,45); Cảm thấy có lỗi với gia đình (RR 1,81; KTC 95% 1,11-2,93).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đinh Thị Tố Trinh (2003), Tỷ lệ trầm cảm sau sinh và các yếu tố liên quan. Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Trường ĐHYD TP.HCM, tr 20-50.
- Nguyễn Mạnh Hoan, Đặc điểm dịch tễ và tâm lý xã hội ở phụ nữ nhiễm HIV trầm cảm sau sinh. Tạp chí Phụ sản, 07-2014, 12 (03): 58-63 (ISSN: 1859-3844).
- Nguyễn Mai Hạnh (2005), (Yếu tố nguy cơ của trầm cảm sau sinh), Luận án chuyên khoa cấp II. Trường ĐHYD TP.HCM, tr 33-90.
- Nguyễn Mạnh Hoan, Tình hình chuyển dạ và dự phòng lây truyền HIV của sản phụ có chẩn đoán sàng lọc HIV(+) sinh tại BVĐK tỉnh Đồng Nai 2005-2010. *Tạp chí Phụ Sản*, 2012; 10 (1): 31-36 (ISSN: 1859-3844).
- Nguyễn Thị Ngọc Trang (2001), (So sánh tỷ lệ TCSS giữa nhóm thai kỳ nguy cơ và hai kỳ bình thường tại BVTD). Luận án tốt nghiệp CK II ĐHYD TP HCM, tr 51, 58.
- Nguyễn Thị Thu Phong (2007), Nghiên cứu tình hình buồn, trầm cảm sau sinh và một số yếu tố liên quan. Luận văn thạc sĩ y học, ĐHYD Huế, tr 34, 54.
- Trần Thị Lợi (2004), Tình hình phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Việt Nam, NTLT: Lây truyền HIV từ mẹ sang con. Bộ môn Phụ sản – NHHYD kỳ 19, tr 3.
- Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R (1994), Screening women for high risk of postnatal depression, *J Psychosom Res*, 38 (6): 539-45.
- Brugha, TS, Sharp, HM, Cooper, SA, et al. (1998), The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychol Med*, 28:63.
- Callahan JL, Hynan MT (2002), Postpartum psychiatric illness, *Sep*: 7191-3:169-80.
- Blaney NT; Fernandez MI; Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected pregnant women. *AIDS Patient Care STDS*. 2004; 18(7):405-15 (ISSN: 1087-2914).
- Psaros C; Geller PA; Aaron E The importance of identifying and treating depression in HIV infected, pregnant women: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009; 30(4):275-81 (ISSN: 1743-8942).
- Ross R; Sawatphanit W, Depressive symptoms among HIV-positive postpartum women in Thailand. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011; 25(1):36-42 (ISSN: 1532-8228).
- Dow A; Dube Q; Pence BW, Postpartum Depression and HIV Infection Among Women in Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014; 65(3):359-65 (ISSN: 1944-7884).
- Rochat TJ; Tomlinson M; Newell ML Detection of antenatal depression in rural HIV-affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2013; 16(5):401-10 (ISSN: 1435-1102).
- Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors Postnatal depression (PND) *Arch Womens Ment Health*, February 2011.
- Grussu P; Quatraro RM, Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression

- symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(5):327-33 (ISSN: 0924-9338).
17. Hartley M; Tomlinson M; Depressed mood in pregnancy: Prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements....home-based intervention for preventing and managing illnesses related to HIV, TB, alcohol use and malnutrition in pregnant mothers and their infants. *Reprod Health*. 2011; 8:9 (ISSN: 1742-4755).
 18. Eastwood JG; Phung H; Barnett Postnatal depression and socio-demographic risk: factors associated with Edinburgh Depression Scale scores in a metropolitan area of New South Wales, Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(12):1040-6 (ISSN: 1440-1614)
 19. Ozbaşaran F; Coban A; Kucuk M, Prevalence and risk factors concerning postpartum depression among women within early postnatal periods in Turkey. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 283(3):483-90 (ISSN: 1432-0711).
 20. Piacentini D; Leveni, Prevalence and risk factors of postnatal depression among women attending antenatal courses] *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2009; 18(3):214-20 (ISSN: 1121-189X).
 21. Gausia K; Fisher C; Ali M; Oosthuizen J, Magnitude and contributory factors of postnatal depression: a community-based cohort study from a rural subdistrict of Bangladesh. *Psychol Med*. 2009; 39(6):999-1007 (ISSN: 1469-8978).