

Tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nữ hiếm muộn

Nguyễn Thị Ngọc Diễm^{1*}, Vũ Thị Lan Anh¹, Nguyễn Cao Trí¹, Phạm Dương Toàn¹,
Vương Thị Ngọc Lan²

¹Trung tâm nghiên cứu HOPE, Bệnh viện Mỹ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bộ môn Phụ sản, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Theo báo cáo của tổ chức Y tế thế giới, rối loạn lo âu, trầm cảm là hai rối loạn tâm thần phổ biến nhất trên thế giới gây ra gánh nặng cho cộng đồng. Phụ nữ có tỷ lệ mắc rối loạn lo âu, trầm cảm cao hơn nam giới. Hiếm muộn hiện là một trong những vấn đề sức khỏe toàn cầu với khoảng 12% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản mắc phải. Hiếm muộn có thể gây lo lắng, căng thẳng, trầm cảm và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, và tác động của nó vẫn có thể kéo dài, ngay cả vấn đề hiếm muộn được giải quyết.

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nữ hiếm muộn tại bệnh viện Mỹ Đức.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 1028 bệnh nhân nữ hiếm muộn lần đầu đến khám tại Bệnh viện Mỹ Đức từ tháng 10/2020 – 12/2020. Bệnh nhân nữ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi soạn sẵn và trích xuất 1 phần dữ liệu về hiếm muộn từ hồ sơ bệnh án. Rối loạn lo âu được đánh giá bằng thang đo GAD 7, Trầm cảm được đánh giá bằng thang đo PHQ 9.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn lo âu theo thang đo GAD 7 là 7,7% [KTC 95% = 6,2 – 9,5] với điểm cắt là 10. Tỷ lệ trầm cảm theo thang đo PHQ 9 là 9,5% [KTC 95% = 7,9 – 11,5] với điểm cắt là 10. Rối loạn lo âu có liên quan đến nhóm tuổi chồng từ 21 – 30 tuổi, bị bàn tán về tình trạng hiếm muộn. Trầm cảm có liên quan đến sự chia sẻ tâm lý từ chồng, bệnh nhân nữ đã từng điều trị bằng phương pháp IUI và bệnh nhân nữ có tiền sử trầm cảm, chưa được điều trị trước đó.

Kết luận: Bệnh nhân nữ hiếm muộn cần được quan tâm nhiều hơn về sức khỏe tâm thần đặc biệt là những bệnh nhân nữ bị bàn tán về tình trạng hiếm muộn, có nhóm tuổi chồng từ 21 – 30 tuổi, sự quan tâm chia sẻ tâm lý từ chồng, đã từng điều trị bằng phương pháp IUI và có tiền sử trầm cảm chưa được điều trị trước đó.

Từ khóa: hiếm muộn; rối loạn lo âu; trầm cảm; PHQ 9; GAD 7

Ngày nhận bài: 21-10-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 28-11-2024 / Ngày đăng bài: 30-11-2024

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Ngọc Diễm. Trung tâm nghiên cứu HOPE, Bệnh viện Mỹ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: diem.ntn@myduchospital.vn

© 2024 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

PREVALENCE OF ANXIETY DISORDERS, DEPRESSION AND RELATED FACTORS AMONG INFERTILE WOMEN

Nguyen Thi Ngoc Diem, Vu Thi Lan Anh, Nguyen Cao Tri, Pham Duong Toan, Vuong Thi Ngoc Lan

Background: According to the World Health Organization, anxiety disorders and depression are the most prevalent mental disorders worldwide, imposing a significant burden on society. Women have higher rates of anxiety disorders and depression compared to men. Infertility is a global health concern, affecting approximately 12% of couples in reproductive age. Infertility can lead to anxiety disorders, stress, and depression, impaired quality of life, and its effects may persist even after infertility is resolved.

Objectives: This study aims to determine the prevalence of anxiety disorders, depression and related factors among female infertility patients at My Duc Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 1028 female patients with primary infertility who visited My Duc Hospital from October 2020 to December 2020. Participants were interviewed using a structured questionnaire, and data on infertility were extracted from medical records. Anxiety disorders were assessed using the GAD-7 scale, and depression was assessed using the PHQ-9 scale.

Results: The prevalence of anxiety disorder, as measured by the GAD-7 scale with a cut-off score of 10, was 7.7% [95% CI: 6.2–9.5]. The prevalence of depression, as measured by the PHQ-9 scale with a cut-off score of 10, was 9.5% [95% CI: 7.9–11.5]. Anxiety disorder was significantly associated with husbands aged 21–30 and social stigma related to infertility. Depression was significantly associated with the emotional support from husbands, female patients who have undergone IUI and the female patients have a history of untreated depression.

Conclusion: Female patients experiencing infertility require increased attention to their mental health, particularly those facing social stigma related to infertility, whose husbands aged 21–30 years, the emotional support from husbands, have undergone IUI and have a history of untreated depression.

Keywords: infertility; anxiety disorder; depression; PHQ-9; GAD-7

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của tổ chức Y tế thế giới, rối loạn lo âu, trầm cảm là hai rối loạn tâm thần phổ biến nhất trên thế giới gây ra gánh nặng cho cộng đồng [1]. Phụ nữ thì có tỷ lệ mắc rối loạn lo âu, trầm cảm cao hơn nam giới. Việc này có thể xuất phát từ những lo âu, bất lợi trong cuộc sống của phụ nữ đến từ việc phân biệt đối xử, bất bình đẳng giới vẫn đang diễn ra ở nhiều quốc gia, khu vực trên thế giới. Trầm cảm là nguyên nhân chính gây ra gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Trong khi đó, năm 2010 ước tính, rối loạn lo âu làm giảm đi 10,4% số năm sống ở người mắc bệnh [2]. Mặc dù đã có những phương pháp điều trị rối loạn tâm thần hiệu quả, nhưng có hơn 75% người dân ở các nước có thu nhập thấp và trung bình không được điều

trị, hoặc tiếp cận điều trị [3]. Trầm cảm cũng được xác định là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tự tử [1].

Hiếm muộn là một trong những vấn đề sức khỏe toàn cầu hiện nay, ước tính có khoảng 186 triệu người trên toàn thế giới và khoảng 12% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản bị ảnh hưởng [4]. Hiếm muộn có thể gây lo lắng, căng thẳng, trầm cảm và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, và tác động của nó vẫn có thể kéo dài, ngay cả vấn đề hiếm muộn được giải quyết [5,6]. Phần lớn phụ nữ hiếm muộn không chia sẻ câu chuyện của mình với gia đình, bạn bè nên càng làm tăng tổn thương tâm lý. Không có khả năng sinh sản tự nhiên gây ra cảm giác xấu hổ, mặc cảm và tự ti cho người phụ nữ. Những cảm giác tiêu cực này có thể dẫn đến các mức độ khác nhau của trầm cảm, lo lắng, đau khổ và giảm chất lượng cuộc

sống [7]. Ngay cả việc quyết định bắt đầu điều trị hiếm muộn cũng là một quyết định khó khăn làm cho người phụ nữ lo lắng. Cảm xúc tiêu cực và căng thẳng cũng thay đổi trong quá trình điều trị [8,9]. Giải thiết can thiệp hỗ trợ tâm lý cho phụ nữ hiếm muộn trong quá trình điều trị có thể làm giảm lo lắng, trầm cảm và có thể dẫn đến tỷ lệ mang thai sau điều trị cao hơn đang được cân nhắc nhiều hơn [7].

Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nữ hiếm muộn tại bệnh viện Mỹ Đức. Việc đánh giá tỷ lệ rối loạn lo âu và trầm cảm của bệnh nhân nữ hiếm muộn tại bệnh viện Mỹ Đức sẽ giúp cá thể hóa và tăng tỷ lệ thành công của điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) nữ đến khám và điều trị hiếm muộn tại bệnh viện Mỹ Đức từ tháng 10/2020 - 12/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân nữ hiếm muộn đến khám lần đầu tiên tại Bệnh viện Mỹ Đức, nghe hiểu được tiếng Việt và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Tình trạng sức khỏe và tinh thần không có khả năng trả lời được phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với giá trị p tham khảo từ nghiên cứu của Võ Minh Tuấn ($p=0,122$) và chọn d là độ chính xác tuyệt đối là 0,02 [10]. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 1028 bệnh nhân.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, lấy liên tục cho đến khi đủ mẫu từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2020. Bệnh nhân nữ đến khám tại Đơn vị hỗ trợ sinh sản bệnh viện

Mỹ Đức sẽ được sàng lọc theo các tiêu chuẩn nhận loại của nghiên cứu.

Sau khi thỏa các tiêu chuẩn, bệnh nhân sẽ được mời vào phòng phỏng vấn nghiên cứu đáp ứng tính chất riêng tư, kín đáo, cách âm tách biệt với các khu vực còn lại. Tại phòng tư vấn, một nhân viên y tế đã được tập huấn sẽ giới thiệu và giải thích căn cứ thông tin nghiên cứu cho BN. Những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn gồm 5 phần:

Thông tin của vợ;

Thông tin của chồng;

Thông tin tiền sử điều trị tâm lý, sự bàn tán và thu nhập;

Bảng câu hỏi tầm soát và đánh giá rối loạn lo âu (GAD 7);

Bộ câu hỏi tự đánh giá rối loạn trầm cảm (PHQ 9).

Các dữ liệu về hiếm muộn của bệnh nhân nữ sẽ được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.

2.2.4. Công cụ và thu thập dữ liệu

Thang đo GAD 7 (Generalized Anxiety Disorder 7) của Spitzer ra đời từ năm 2006 bao gồm 7 câu hỏi, tự đánh giá trong 2 tuần vừa qua. Mỗi câu có 4 tùy chọn trả lời là “Không chút nào”, “Vài ngày”, “Hơn một nửa số ngày”, “Gần như mọi ngày” và chỉ chọn 1 đáp án cho mỗi câu. Điểm của mỗi câu được tính từ 0 – 3, do đó tổng điểm của thang đo sẽ dao động từ 0 – 21 điểm.

Thang đo PHQ 9 (The Patient Health Questionnaire PHQ 9) của Kroen ra đời 2001 gồm 9 câu hỏi tự trả lời về những triệu chứng của trầm cảm chính (tiêu chí DSM IV). Phiên bản DSM V, được cập nhật vào năm 2013, không có thay đổi nào về các triệu chứng được liệt kê trong DSM IV. Những người tham gia khảo sát đã sử dụng thang đo Likert từ 0 (hoàn toàn không phải) đến 3 (gần như mỗi ngày) để báo cáo tần suất các triệu chứng mà họ đã trải qua trong vòng 2 tuần qua. Tổng số điểm từ 0 đến 27 được sử dụng để sàng lọc các trầm cảm và đánh giá mức độ trầm cảm: càng cao, càng nặng.

Nghiên cứu lựa chọn hai thang đo GAD 7 và PHQ 9 vì tính ngắn gọn và có độ tin cậy cao. Cả hai bộ công cụ này đều là thang đo tự trả lời, được thiết kế đơn giản, dễ hiểu và dễ sử dụng. Quan trọng, với mục tiêu là sàng lọc ban đầu thì 2 thang đo này đã được chứng minh là phù hợp, giảm áp lực đánh giá cho bác sĩ chuyên sâu. Bên cạnh đó, bệnh nhân chỉ mất 10

phút để trả lời 2 thang đo này (9 câu ở PHQ 9 và 7 câu ở GAD 7). Thời gian này là phù hợp để bệnh nhân có thể tập trung trả lời, tránh việc nôn nóng do tốn nhiều thời gian trước khi đi vào quy trình thăm khám thường quy.

2.2.5. Phương pháp thống kê

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm HOPE EPI và xử lý số liệu bằng phần mềm R. Thống kê mô tả được áp dụng để tính tần số, tỷ lệ phần trăm đối với biến số định tính; trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến số định lượng có phân phối bình thường và mô tả phân theo trung vị, khoảng tứ phân vị đối với biến số định lượng có phân phối lệch. Mô hình hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá các yếu tố có ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn lo âu, trầm cảm. Giá trị $p < 0,25$ từ phân tích đa biến sẽ được xem là có ý nghĩa về thống kê.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 12 năm 2020, có tổng cộng 1028 bệnh nhân nữ đến khám lần đầu tại Đơn vị hỗ trợ sinh sản bệnh viện Mỹ Đức, thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Về đặc điểm dân số nghiên cứu, các cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung vị lần lượt vợ 31,0 [27,0; 35,0] và chồng 33,0 [30; 38]. Các cặp vợ chồng sống chủ yếu ở các tỉnh ngoài khu vực thành phố với tỷ lệ 76,2%. Về trình độ học

vấn, tỷ lệ vợ chồng có học vấn ở bậc Đại học/Cao đẳng/Trung cấp chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng ở vợ và chồng lần lượt là 61,6% và 56,9%. Về nghề nghiệp, nhóm việc làm văn phòng phổ biến ở vợ với tỷ lệ 37%, nhóm việc làm ở chồng có sự phân bố rộng với nhiều ngành nghề, các ngành nghề khác phổ biến ở vợ bao gồm giáo viên, nhân viên y tế, nội trợ và lao động tự do; và ở chồng là kỹ sư, lái xe, bộ đội, công an và nhóm làm việc tự do. Tỷ lệ cặp vợ chồng không chia sẻ về thu nhập của gia đình là 37,4%, mức thu nhập từ 15-20 triệu đồng có tỷ lệ 27,7%, cao nhất trong nhóm các vợ chồng chồng có chia sẻ về thu nhập.

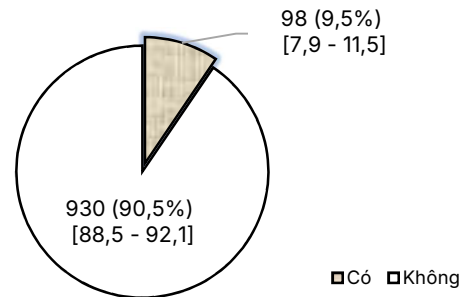
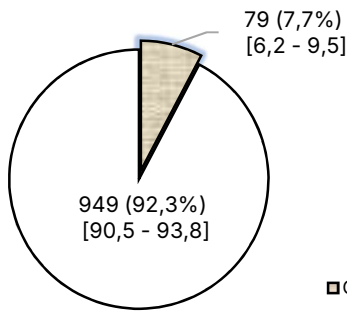
Về các đặc điểm liên quan đến chu kỳ điều trị, đa số các cặp vợ chồng kết hôn lần đầu và chưa từng điều trị hỗ trợ sinh sản với tỷ lệ tương ứng lần lượt 95,5% và 85,9%. Về thói quen hút thuốc, uống rượu, tỷ lệ ở nhóm vợ là 0,7% và 4,4%; và ở nhóm chồng là 33,8%, và 63,4%. Thời gian mong con phổ biến từ 12-24 tháng và nguyên nhân vô sinh chủ yếu chưa được xác định (40,5%) (Bảng 1).

Kết quả từ thang đo GAD7 cho thấy có 79 phụ nữ có rối loạn lo âu, chiếm tỷ lệ 7,7% KTC95% [6,2-9,5]. Số phụ nữ có trầm cảm theo thang đo PHQ 9 là 98 người, tương ứng 9,5% KTC95% [7,9-11,5]. Tỷ lệ các cặp vợ chồng bị bàn tán về tình trạng hiếm muộn là 37,6%. Đa số phụ nữ trước khi tham gia khảo sát đều không có tiền sử chẩn đoán có rối loạn lo âu (98,7%) hay trầm cảm (99,2%).

Bảng 1. Mô tả một số đặc điểm chính của dân số nghiên cứu (n = 1028)

Đặc tính mẫu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc tính mẫu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi vợ	18 – 27	264	25,7	Nhóm tuổi chồng	21 – 30	315	30,6
	28 – 31	328	31,9		31 – 33	215	20,9
	32 – 35	228	22,2		34 – 38	277	27,0
	≥ 36	208	20,2		≥ 39	221	21,5
Nghề nghiệp vợ	Nhân viên văn phòng	380	37,0	Nghề nghiệp chồng	Nhân viên văn phòng	255	24,8
	Kinh doanh, buôn bán	163	15,8		Kinh doanh, buôn bán	222	21,6
	Công nhân	121	11,8		Công nhân	155	15,1
	Nông dân	46	4,5		Nông dân	59	5,7
	Khác	318	30,9		Khác	337	32,8
Trình độ học vấn vợ	≤ Cấp II	127	12,4	Trình độ học vấn chồng	≤ Cấp II	123	12,0
	Cấp III	238	23,2		Cấp III	282	27,4
	Đại học/ Cao đẳng / Trung cấp	634	61,6		Đại học/ Cao đẳng / Trung cấp	585	56,9
	Sau đại học	29	2,8		Sau đại học	38	3,7

Đặc tính mẫu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc tính mẫu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chia sẻ tâm lý với vợ	Có	844	82,1	Bị bàn tán	Có	386	37,6
	Không	184	17,9		Không	642	62,4
Thu nhập của cả 2 vợ chồng hằng tháng	Hơn 50 triệu	37	3,6	Thời gian mong con	Từ 12 đến dưới 24 tháng	565	55,0
	Hơn 30 – 50 triệu	76	7,4		Từ 24 – < 48 tháng	230	22,4
	Hơn 15 triệu – 30 triệu	285	27,7		Hơn 48 tháng	233	22,7
	Từ 5 triệu – 15 triệu	246	23,9	Nguyên nhân hiếm muộn	Do vợ	337	32,8
	Không phản hồi về thu nhập	384	37,4		Do chồng	206	20,0
Số lần điều trị hiếm muộn	Trên 2 lần	25	2,4		Do cả hai vợ chồng	69	6,7
	2 lần	37	3,6		Chưa tìm ra nguyên nhân	416	40,5
	2 lần	83	8,1				
	Chưa điều trị	883	85,9				



Hình 1. Tỷ lệ rối loạn lo âu (Trái) và Trầm cảm (Phải) tương ứng thang đo GAD 7 và PHQ 9 (n=1028)

Kết quả từ mô hình hồi quy đa biến khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn lo âu cho thấy nhóm tuổi chồng và yếu tố bị bàn tán về tình trạng hiếm muộn có tác động đáng kể đến tình trạng rối loạn lo âu. Cụ thể, nhóm tuổi chồng từ 21-30 tuổi có nguy cơ cao hơn nhóm chồng có tuổi ≥ 39 PR: 2,71 KTC95% [1,21-6,88], nhóm vợ chồng bị bàn tán có nguy cơ cao hơn với PR: 1,94 KTC95% [1,26-2,98] (Bảng 2).

Bảng 2. Mô hình hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn lo âu (n=1028)

Các yếu tố	PR	KTC 95%	p-value
Nhóm tuổi vợ			
≥ 36	1		
18 – 27	1,41	0,61-3,23	0,421
28 – 31	1,45	0,62-3,41	0,391
32 – 35	1,75	0,8-3,81	0,161
Nghề nghiệp vợ			
Khác	1		

Các yếu tố	PR	KTC 95%	p-value
Nhân viên văn phòng	1,49	0,73-3,05	0,273
Kinh doanh- buôn bán	1,09	0,55-2,17	0,796
Công nhân	1,61	0,72-3,61	0,245
Nông dân	0,47	0,12-1,79	0,269
Trình độ học vấn vợ			
Sau đại học	1		
$\leq$ Cấp II	1,29	0,17-10,03	0,809
Cấp III	0,74	0,1-5,74	0,777
Đại học/ Cao đẳng/Trung cấp	0,79	0,11-5,64	0,810
Vợ hút thuốc lá	2,47	0,82-7,42	0,106
Nhóm tuổi chồng			
≥ 39	1		
21-30	2,71	1,21-6,88	0,017
31-33	1,06	0,4-2,82	0,910
34-38	1,83	0,86-3,91	0,117

Các yếu tố	PR	KTC 95%	p-value
Nghề nghiệp chồng			
Khác	1		
Nhân viên văn phòng	0,91	0,42-1,93	0,797
Kinh doanh- buôn bán	1,50	0,84-2,67	0,173
Công nhân	1,03	0,47-2,22	0,947
Nông dân	2,12	0,74-6,04	0,160
Trình độ học vấn chồng			
Đại học/Cao đẳng/Trung cấp	1		
≤ Cấp II	1,18	0,51-2,73	0,693
Cấp III	0,94	0,54-1,62	0,813
Sau đại học	//	//	//
Chồng hút thuốc lá	1,20	0,76-1,9	0,424
Chồng có Uống rượu	1,38	0,82-2,31	0,226
Bị bàn tán	1,94	1,26-2,98	0,002
Thu nhập của cả 2 vợ chồng hằng tháng			
Không phản hồi về thu thập	1		
Từ 5 – 15 triệu	1,49	0,89-2,49	0,134
Từ 15 – 30 triệu	0,94	0,5-1,78	0,857
Từ 30 – 50 triệu	1,21	0,49-3,03	0,679
Hơn 50 triệu	1,11	0,28-4,44	0,887
Số lần điều trị hiếm muộn			
Chưa điều trị	1		
Một lần	1,77	0,91-3,45	0,092
Hai lần	0,47	0,06-3,72	0,476
Hơn hai lần	1,96	0,45-8,47	0,368
Nguyên nhân hiếm muộn			
Chưa tìm ra nguyên nhân	1		
Do vợ	1,51	0,93-2,45	0,093
Do chồng	0,96	0,53-1,76	0,901
Do cả hai vợ chồng	0,67	0,21-2,11	0,497

// NA

Bảng 3. Mô hình hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm (n = 1028)

Các yếu tố	PR	KTC 95%	p-value
Nhóm tuổi vợ			
≥ 36	1		
18 – 27	1,19	0,56-2,53	0,648
28 – 31	1,31	0,62-2,77	0,480
32 – 35	0,78	0,38-1,59	0,488

Các yếu tố	PR	KTC 95%	p-value
Nghề nghiệp vợ			
Khác	1		
Nhân viên văn phòng	0,85	0,48-1,52	0,586
Kinh doanh- buôn bán	0,53	0,26-1,08	0,079
Công nhân	1,67	0,83-3,38	0,152
Nông dân	1,25	0,36-4,31	0,727
Trình độ học vấn vợ			
Sau đại học	1		
≤ Cấp II	0,40	0,1-1,57	0,188
Cấp III	0,33	0,09-1,16	0,085
Đại học/ Cao đẳng/Trung cấp	0,33	0,11-1,06	0,064
Số lần lập gia đình của vợ			
Lần thứ hai	1		
Lần đầu	3,54	0,49-25,55	0,210
Nhóm tuổi chồng			
≥ 39	1		
21-30	1,63	0,79-3,39	0,187
31-33	1,36	0,61-3,04	0,447
34-38	1,17	0,61-2,25	0,641
Nghề nghiệp chồng			
Khác	1		
Nhân viên văn phòng	0,89	0,46-1,7	0,716
Kinh doanh- buôn bán	1,67	0,97-2,89	0,065
Công nhân	1,05	0,53-2,07	0,882
Nông dân	1,12	0,37-3,35	0,839
Trình độ học vấn chồng			
Sau đại học	1		
≤ Cấp II	3,99	0,51-31,13	0,187
Cấp III	2,98	0,42-20,96	0,273
Đại học/ Cao đẳng/Trung cấp	4,03	0,58-27,87	0,157
Có chia sẻ tâm lý với vợ	0,63	0,4-1	0,049
Tiền sử mắc và điều trị rối loạn lo âu			
Không	1		
Có- đã chẩn đoán- điều trị	3,26	0,7-15,1	0,132
Có- đã chẩn đoán- chưa điều trị	//	//	//
Tiền sử mắc và điều trị trầm cảm			
Không	1		
Có- đã chẩn đoán- điều trị	1,40	0,27-7,1	0,687

Các yếu tố	PR	KTC 95%	p-value
Có- đã chẩn đoán- chưa điều trị	7,41	1,25-43,85	0,027
Thu nhập của cả 2 vợ chồng hằng tháng			
Không phản hồi về thu thập	1		
Từ 5 – 15 triệu	1,08	0,7-1,67	0,733
Từ 15 – 30 triệu	0,75	0,46-1,22	0,246
Từ 30 – 50 triệu	0,25	0,06-1,11	0,068
Hơn 50 triệu	0,88	0,29-2,72	0,830
Loại hiếm muộn			
Nguyên phát	1		
Thứ phát	0,95	0,61-1,48	0,817
Tiền sử điều trị hiếm muộn			
Chưa từng điều trị	1		
Đã từng điều trị bằng phương pháp IUI	2,10	1,21-3,64	0,008
Đã từng điều trị bằng phương pháp IUI và TTON	1,10	0,3-4,09	0,885
Đã từng điều trị bằng phương pháp TTON (IVM- IVF)	1,14	0,4-3,21	0,809
Đã điều trị bằng các phương pháp khác	//	//	//
Nguyên nhân hiếm muộn			
Chưa tìm ra nguyên nhân	1		
Do vợ	1,39	0,88-2,17	0,154
Do chồng	1,22	0,73-2,02	0,446
Do cả hai vợ chồng	0,59	0,23-1,47	0,254

// NA

Đối với các yếu tố ảnh hưởng đến trầm cảm, phụ nữ có tiền sử trầm cảm - chưa điều trị và đã từng thực hiện hỗ trợ sinh sản bằng phương pháp IUI có nguy cơ cao hơn lần lượt PR: 7,41 KTC95% [1,25-43,85] và PR: 2,1 KTC95% [1,21-3,64]. Ngược lại, phụ nữ được sự chia sẻ tâm lý từ chồng sẽ giảm nguy cơ trầm cảm PR: 0,63 KTC95% [0,4-1] (Bảng 3).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rối loạn lo âu và trầm cảm lần lượt là 7,7% và 9,5% được đánh giá theo thang đo tương ứng là GAD 7 và PHQ 9. Các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn lo âu và trầm cảm bao gồm nhóm tuổi chồng từ 21-30, bị bàn tán về tình trạng hiếm muộn, có tiền sử mắc trầm cảm – chưa điều trị, sử dụng phương pháp hỗ trợ sinh sản IUI và được

chia sẻ tâm lý.

Về tỷ lệ rối loạn lo âu theo GAD 7 là 7,7% với điểm cắt là 10, kết quả của chúng tôi (7,7%) thấp hơn so với các nghiên cứu đã công bố [10-12]. Nguyên nhân là do các nghiên cứu sử dụng các thang đo khác nhau như Bảng câu hỏi Cattle, Thang đo lo âu và trầm cảm ở bệnh viện HADS, Bảng đánh giá chăm sóc ban đầu về rối loạn tâm thần PRIME-MD. Khi so sánh với tỷ lệ rối loạn lo âu khoảng 3,26% ở nữ giới theo WHO ghi nhận tại Việt Nam năm 2019, có thể thấy tình trạng hiếm muộn là một yếu tố có khả năng liên quan tăng tỷ lệ rối loạn lo âu ở phụ nữ. Kết quả trên cũng tương ứng với truyền thống văn hoá và quan niệm của người Việt Nam về trọng trách sinh con của phụ nữ khi lập gia đình, mặc dù lý do hiếm muộn do vợ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là 32,8%.

Tỷ lệ trầm cảm ở điểm cắt 10 trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,5% cao hơn so với nghiên cứu đã công bố thực hiện tại Đan Mạch và Đài Loan, tuy nhiên lại thấp hơn nghiên cứu tại Thụy Điển, Iran hay Việt Nam [10-14]. Sự khác biệt có thể đến từ các nguyên nhân, nghiên cứu tại Đan Mạch thực hiện trên các đối tượng trước khi điều trị hiếm muộn, trong và sau khi điều trị hiếm muộn, cũng như sự hỗ trợ của bác sĩ trong suốt quá trình điều trị có thể làm giảm tỷ lệ trầm cảm. Chất lượng cung cấp dịch vụ của cơ sở y tế cũng góp phần giúp bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn, được nâng đỡ tinh thần nhiều hơn trong quá trình điều trị. Trong các nghiên cứu trên, chỉ có nghiên cứu tại bệnh viện Từ Dũ là sử dụng thang đo giống với nghiên cứu của chúng tôi (PHQ 9), trong khi các nghiên cứu còn lại sử dụng 2 thang đo khác nhau. Sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm của nghiên cứu này và nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ có thể do sự khác biệt về cơ sở điều trị và đặc điểm của người bệnh khi chọn cơ sở điều trị như đã trình bày. Bệnh viện Từ Dũ có số lượng người thăm khám lớn, là bệnh viện tuyến đầu, trong khi đó, bệnh viện Mỹ Đức là bệnh viện tư nhân, quy mô hạn chế và lượng thăm khám ít. Ngoài ra, tỷ lệ lần đầu tiên đi khám hiếm muộn ở bệnh viện Mỹ Đức là 85% cao hơn so với bệnh viện Từ Dũ là 70,6%. Về mặt tâm lý, bệnh nhân thường có nhiều hy vọng, sự lạc quan hơn ở lần điều trị đầu tiên và chưa đối mặt với thất bại trong chu kỳ điều trị. Sự khác biệt đáng kể khác là trình độ học vấn của đối tượng trong nghiên cứu của hai nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 61,7% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn từ Trung cấp/Cao đẳng/ Đại học trở lên, trong khi đó, tỷ lệ này trong nghiên cứu ở bệnh viện Từ Dũ chỉ chiếm 20,7%. Trình độ học vấn có thể ảnh hưởng đến quá trình tìm kiếm và tiếp

nhận thông tin điều trị, có ảnh hưởng đến nhận thức và kỳ vọng của bệnh nhân trong quá trình điều trị. Từ đó, bệnh nhân có thể có những chuẩn bị về tâm lý trước cho quá trình thăm khám và điều trị hiếm muộn.

Tuổi chồng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Volgsten H [12]. Nhóm tuổi chồng từ 21 – 30 tuổi là nhóm tuổi được coi là sung sức về sinh sản nhất của người đàn ông. Tuy nhiên, việc chậm con ở những cặp vợ chồng có độ tuổi từ 21 đến 30 có lẽ làm tăng áp lực có con lên người chồng. Và từ đó, có tác động đến tình trạng rối loạn lo âu của người vợ.

Nghiên cứu ghi nhận có 37,6% bệnh nhân nữ chịu sự bàn tán từ những người xung quanh về vấn đề hiếm muộn, dẫn đến tăng nguy cơ rối loạn lo âu (1,94 lần). Điều này có thể giải thích bởi văn hoá hay hỏi thăm, quan tâm về cuộc sống gia đình những người xung quanh hoặc người thân trong nhà, vô hình chung đụng chạm đến vấn đề thiếu tự tin của cặp vợ chồng hiếm muộn. Ngoài ra, áp lực về việc có con, nỗi đồng tông đường vẫn gây nhiều lo lắng đến các cặp vợ chồng hiếm muộn mà nhất là phụ nữ.

Hiếm muộn là một bệnh thực thể, tuy nhiên tâm lý của bệnh nhân cũng đóng vai trò hết sức quan trọng trong quá trình nhận biết được bệnh, đi khám và điều trị. Quá trình chẩn đoán cho thấy nguyên nhân dẫn đến hiếm muộn đa số là chưa xác định và là vấn đề của cả hai vợ chồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm bệnh nhân nữ có chồng chia sẻ tâm lý giảm nguy cơ bị trầm cảm. Việc đồng hành của người chồng có vai trò quan trọng về mặt tâm lý, giúp người vợ cảm thấy có sự đồng cảm, chia sẻ, quan tâm.

Các bệnh nhân nữ đã từng điều trị bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn 2,1 lần so với nhóm chưa từng điều trị. Phương pháp IUI, có ưu điểm ít xâm lấn, chi phí tương đối thấp và quy trình đơn giản, thường được xem là lựa chọn đầu tay cho trường hợp vô sinh do yếu tố nam từ nhẹ đến trung bình, tuy nhiên tỷ lệ thành công từ phương pháp này tương đối hạn chế và có khoảng dao động lớn từ 10-20% [15]. Sự thất bại trong chu kỳ IUI đầu tiên có thể là nguyên nhân dẫn đến sự lo lắng quá mức ở các lần điều trị tiếp theo.

Sự thành công của chu kỳ điều trị không chỉ đến từ phương pháp và kỹ thuật điều trị mà còn là tâm lý của bệnh nhân. Trong bối cảnh tỷ lệ điều trị hỗ trợ sinh sản ngày càng tăng, việc chăm sóc sức khoẻ tâm lý là vô cùng cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu mới nhất khảo sát tỷ lệ rối

loạn lo âu và trầm cảm ở phụ nữ điều trị hiếm muộn ở Việt Nam. Nghiên cứu được tiến hành với cỡ mẫu lớn, không chỉ mô tả tần suất bệnh mà còn các thông tin quan trọng liên quan đến tình trạng rối loạn lo âu và trầm cảm, các thông tin của nghiên cứu là nguồn y văn có giá trị cho các dự án, các nghiên cứu can thiệp hỗ trợ tâm lý cho phụ nữ trong quá trình điều trị hiếm muộn.

Nghiên cứu một số hạn chế như thiết kế nghiên cứu cắt ngang không cho phép xác định mối liên quan nhân quả của các yếu tố nguy cơ. Quá trình phỏng vấn bệnh nhân được tiến hành tại một thời điểm nên khó xác định thời điểm khởi phát rối loạn lo âu, trầm cảm. Một số biến số trong nghiên cứu mang tính chủ quan như tình trạng kinh tế, bị mọi người bàn tán có thể ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu.

Trong số 125 phụ nữ có vấn đề rối loạn lo âu hoặc trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 33 bệnh nhân tìm đến cơ sở khám và điều trị tâm thần để được khám và tư vấn. Các bệnh nhân không tìm đến bác sĩ chuyên khoa tâm thần đều trả lời tự điều chỉnh cảm xúc cá nhân được, hoặc cảm thấy ổn hơn sau khi được thăm khám chuyên sâu hiếm muộn. Do đó, trong tương lai cần có một nghiên cứu có sự kết hợp chặt chẽ hơn với chuyên khoa tâm thần để có thể thực hiện khám và điều trị tâm thần ngay tại cơ sở khám và điều trị hiếm muộn.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm ở các bệnh nhân nữ hiếm muộn đến khám lần đầu tiên tại bệnh viện Mỹ Đức cho thấy Tỷ lệ rối loạn lo âu theo thang đo GAD 7 là 7,7% [KTC 95% = 6,2 – 9,5] và Tỷ lệ trầm cảm theo thang đo PHQ 9 là 9,5% [KTC 95% = 7,9 – 11,5]. Việc xác định được các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân nhằm giúp nhân viên y tế có thể khai thác thông tin liên quan và hỗ trợ bệnh nhân trong suốt quá trình điều trị hiếm muộn. Việc này giúp bệnh nhân có tình trạng tâm lý tốt hơn, sẵn sàng đối mặt với những khó khăn trong quá trình điều trị.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu nhận được kinh phí tài trợ từ bệnh viện Mỹ Đức theo quyết định số 123-2/2020/QĐ-BVMD.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết

này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Thị Ngọc Diễm

<https://orcid.org/0009-0009-9629-2004>

Vũ Thị Lan Anh

<https://orcid.org/0009-0005-4882-2294>

Nguyễn Cao Trí

<https://orcid.org/0000-0003-0670-0414>

Phạm Dương Toàn

<https://orcid.org/0000-0002-7267-2274>

Vương Thị Ngọc Lan

<https://orcid.org/0000-0001-6529-6912>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Thị Ngọc Diễm

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Thị Ngọc Diễm, Vương Thị Ngọc Lan, Phạm Dương Toàn

Thu thập dữ liệu: Nguyễn Thị Ngọc Diễm

Giám sát nghiên cứu: Vũ Thị Lan Anh

Nhập dữ liệu: Nguyễn Thị Ngọc Diễm

Quản lý dữ liệu: Nguyễn Cao Trí

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Cao Trí, Phạm Dương Toàn

Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Thị Ngọc Diễm

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Thị Ngọc Diễm, Vương Thị Ngọc Lan

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 261/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 16/04/2020.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates 2017. 2024. https://www.who.int/mental_health/management/depre

sion/prevalence_global_health_estimates/en/.

2. Mangolini VI, Andrade LH, Lotufo-Neto F, Wang YP. Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. Clinics (Sao Paulo). 2019;74:e1316.
3. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychological Medicine. 2018;48(9):1560-71.
4. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. Human Reproduction Update. 2008;14(6):605-21.
5. King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. Soc Sci Med. 2003;56(4):739-51.
6. Lechner L, Bolman C, van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. Human Reproduction. 2007;22(1):288-94.
7. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues Clin Neurosci. 2018;20(1):41-7.
8. Hammarberg K, Astbury J, Baker H. Women's experience of IVF: a follow-up study. Hum Reprod. 2001;16(2):374-83.
9. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaijmaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Hum Reprod Update. 2007;13(1):27-36.
10. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. Hum Reprod. 2004;19(10):2313-8.
11. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. BMC Womens Health. 2004;4(1):9.
12. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundstrom Poromaa I. Prevalence of psychiatric

disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Human Reproduction. 2008;23(9):2056-63.

13. Sejbaek CS, Hageman I, Pinborg A, Hougaard CO, Schmidt L. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42,880 women treated with ART. Human Reproduction. 2013;28(4):1100-9.
14. Vo TM, Tran QT, Le CV, Do TT, Le TM. Depression and associated factors among infertile women at Tu Du hospital, Vietnam: a cross-sectional study. Int J Womens Health. 2019;11:343-51.
15. Jeong M, Kim SK, Kim H, Lee JR, Jee BC, Kim SH. Predictive value of sperm motility before and after preparation for the pregnancy outcomes of intrauterine insemination. Clin Exp Reprod Med. 2021;48(3):255-61.