

một bộ phận nhỏ chưa nhận thức đúng, đủ về tác hại của việc hút thuốc lá nên chưa có nhu cầu cai thuốc. Tuy nhiên phần lớn nhóm đối tượng có nhu cầu cai thuốc và đòi hỏi những phương pháp hiệu quả cao, tiện sử dụng và giá cả vừa phải. Để giải quyết vấn đề này trong y học cổ truyền có nhiều phương pháp có thể sử dụng để giúp bệnh nhân cai thuốc như: châm cứu, bấm huyệt, thuốc y học cổ truyền,... Hiện nay trên thị trường cũng đã có nhiều thuốc thành phẩm y học cổ truyền hỗ trợ cai nghiện thuốc lá có nhiều ưu điểm như: tiện sử dụng, không cần đến các cơ sở y tế, hiệu quả cao, ... do đó nhu cầu sử dụng, cũng như khuyến khích người thân và bạn bè sử dụng các phương pháp y học cổ truyền để cai thuốc trong nhóm đối tượng nghiện cứu là rất cao.

Theo bảng 5 thì tỷ lệ người sẵn sàng tham gia khi có chương trình sử dụng y học cổ truyền chiếm 61,3%, đồng thời tỷ lệ khuyến khích người thân hoặc bạn bè sử dụng các phương pháp y học cổ truyền để cai thuốc chiếm 93,7%, điều này phù hợp với xu hướng sử dụng các phương pháp thảo dược an toàn và hiệu quả của xã hội hiện nay. Cũng có thể nhận định rằng những người hút thuốc lá nhiều năm sẽ có các bệnh hoặc triệu chứng bệnh phức tạp dần, khiến họ có tư duy sử dụng các biện pháp thân thiện hoặc gần gũi với thiên nhiên, ít độc hại như y học cổ truyền để điều trị, hỗ trợ cai nghiện thuốc lá.

Bảng 6 thể hiện phương pháp y học cổ truyền để cai thuốc lá được coi là thuận tiện nhất, qua đó cho thấy tỷ lệ nhóm chọn sử dụng phương pháp không dùng thuốc chiếm 43,6% (châm cứu, xoa bóp bấm huyệt...) và có tới 55,4% lựa chọn các chế phẩm y học cổ truyền (trà nhúng, viên ngậm...). Điều này có thể giải thích là trong cuộc sống và sinh hoạt của xã hội hiện đại con người có xu hướng sử dụng các biện pháp từ thiên nhiên hoặc hạn chế hóa dược chất, đồng thời tiết kiệm thời gian và hiệu quả cao, nên các phương pháp dùng chế phẩm y học cổ truyền được ưu tiên lựa chọn.

## V. KẾT LUẬN

Nhận thức của người dân về việc cai thuốc lá: Cần thiết chiếm tỷ lệ cao 41.5% và tỷ lệ suy nghĩ hoàn toàn không cần thiết và không cần thiết rất thấp. Lý do hút thuốc lá có hại cho sức khỏe là lý do chính cai nghiện thuốc lá (57.8%).

Tỷ lệ sẵn sàng tham gia sử dụng phương pháp y học cổ truyền cai nghiện thuốc lá là 61.3%. Tỷ lệ ưu tiên lựa chọn chế phẩm Y học cổ truyền (trà nhúng, nước súc họng, viên ngậm...) để cai thuốc lá chiếm 55.4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beatrice Helena Carlini, Rev. Public Health (2012).** Demand for and availability of online support to stop smoking. 46(6): 1074-81.
2. **Bộ Y Tế, WHO (2015).** Điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (Global Adult Tobacco survey – GATS).

# THỰC TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở CÁC CẶP VỢ CHỒNG ĐIỀU TRỊ HIỂM MUỘN TẠI KHOA CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2021

Lạc Trần Nguyệt Quyên<sup>1,2</sup>, Trần Quang Huy<sup>1</sup>, Trương Việt Dũng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm ở các cặp vợ chồng điều trị hiếm muộn tại khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản-Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC) tỉnh Kiên Giang năm 2021 và phân tích một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 770 đối

tượng nghiên cứu (385 cặp vợ chồng) đang điều trị hiếm muộn tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản, CDC tỉnh Kiên Giang và được chọn vào nghiên cứu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Số liệu được thu thập bằng phát vấn (tự điền) bộ câu hỏi DASS.21.

**Kết quả:** Tỷ lệ lo âu ở người vợ cao hơn so với người chồng (46,2% so với 33,3%). Tỷ lệ trầm cảm ở người vợ và ở người chồng lần lượt là 17,7% và 10,06%. Lo âu và trầm cảm hầu hết ở mức độ nhẹ. Lo âu mức độ nặng và trầm cảm mức độ trung bình chỉ gặp ở người vợ và đều chiếm tỷ lệ nhỏ là 0,5%. Yếu tố liên quan với tình trạng lo âu ở nhóm người vợ là  $\geq 35$  tuổi, tình trạng sống riêng (không ở với gia đình) và thời gian hiếm muộn  $\geq 45$  tháng (với OR lần lượt là 2,30, 3,75 và 1,74 lần). Yếu tố liên quan với tình trạng lo âu ở nhóm người chồng là tình trạng sống riêng (với OR = 2,2). Yếu tố duy nhất liên quan đến tình trạng trầm

<sup>1</sup>Trường ĐH Thăng Long

<sup>2</sup>CDC tỉnh Kiên Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lạc Trần Nguyệt Quyên

Email: lactrannguyetquyen76@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022

cảm ở nhóm người vợ là tình trạng sống riêng với OR = 2,2, trong khi ở nhóm người chồng các yếu tố liên quan đến trầm cảm bao gồm kinh tế khá giả, tình trạng sống riêng với OR tương ứng là 2,58 và 4,74. **Kết luận:** Tỷ lệ lo âu ở các cặp vợ chồng hiếm muộn là khá cao, tỷ lệ lo âu ở người vợ cao hơn rõ rệt so với người chồng (46,2% so với 33,5%). Tỷ lệ trầm cảm ở người vợ cũng cao hơn so với người chồng (17,7% so với 10,06%). Các yếu tố liên quan đến lo âu ở cặp vợ chồng hiếm muộn bao gồm: tuổi  $\geq 35$ , tình trạng sống riêng, thời gian hiếm muộn, trong đó ở người chồng chỉ có yếu tố tình trạng sống riêng là liên quan có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở cặp vợ chồng hiếm muộn bao gồm: kinh tế khá giả và sống riêng, trong đó ở người vợ chỉ có yếu tố sống riêng là liên quan có ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** hiếm muộn, lo âu, trầm cảm, yếu tố liên quan, trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Kiên Giang.

## SUMMARY

### ANXIETY, DEPRESSION STATUS AND RELATED FACTOR IN INFERTILE COUPLES TREATED AT THE REPRODUCTIVE HEALTH CARE DEPARTMENT OF THE CENTER FOR DISEASE CONTROL, KIEN GIANG PROVINCE IN 2021

**Objectives:** to describe the current state of anxiety and depression of infertile couples treated at the Reproductive Health Care Department of the Center for Disease Control of Kien Giang Province in 2021 and analyze some related factors.

**Methodology:** A cross-sectional descriptive study with analysis was carried out on 770 research subjects (385 couples) undergoing infertile treatment at the Reproductive Health Department, CDC Kien Giang Province. The study sample were selected by convenience sampling method. Data were collected by using the self administered DASS.21 questionnaire.

**Results:** The prevalence of anxiety in the wives was higher than that in the husbands (46.2% versus 33.3%). The prevalence of depression in the wives and in the husbands were 17.7% and 10.06%, respectively. Anxiety and depression are mainly at slight and moderate level. Severe anxiety and moderate depression only occurred among the wives with a small rate of 0.5%. Factors were statistically significant associated with anxiety in the wife group were age  $\geq 35$  years old, separate living status and infertile time  $\geq 45$  months had higher risk of getting anxiety than that in the group of wives under 35 years old, living with family and infertile time  $< 45$  months with ORs of 2.30, 3.75 and 1.74 times, respectively. The factor associated with anxiety in the husband group was living separately with OR = 2.2. The only factor associated with depression in the wife group was living separately with OR = 2.2, while in the husband group the factors related to depression included economic status of better off, separate living with ORs of 2.58 and 4.74, respectively.

**Conclusions:** The rate of anxiety in infertile couples is quite high, the anxiety rate among the wives is significantly higher than that in the husbands (46.2% versus 33.5%). The rate of depression of the wives is

also higher than that of the husbands (17.7% versus 10.06%). Factors related to anxiety in infertile couples include: age ( $\geq 35$ ), living separately, time of infertility, in which the husband only has a statistically significant relationship with the separate living factor. The factors related to depression in infertile couples include: economic well-being (better off) and living separately, in which for the wives, only the separate living factor is associated significantly.

**Keywords:** infertility, anxiety, depression, associated factors, reproductive health department, CDC Kien Giang Province.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo âu và trầm cảm là hai rối loạn tâm thần thường gặp ở bệnh nhân và dân cư trong cộng đồng. Hiếm muộn là một trong những vấn đề đáng lo ngại của cá nhân và xã hội ảnh hưởng đến đời sống vợ chồng và chức năng của gia đình. Nó có thể gây ra những rối loạn về tâm thần, stress tâm lý cho người mắc. Một số nghiên cứu ở nước ngoài phát hiện rối loạn lo âu và trầm cảm xảy ra với tỷ lệ cao ở những cặp vợ chồng hiếm muộn nhưng chủ yếu tập trung vào người vợ [2],[5].

Rối loạn lo âu trong một nghiên cứu gộp từ các nghiên cứu trên thế giới với tỷ lệ hiện mắc ở nữ là 36,17%, ở nam 38,0% [3]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Võ Minh Tuấn và cộng sự tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ hiếm muộn là 12,2% [6]. Trầm cảm có thể đóng một vai trò quan trọng trong sinh bệnh học hiếm muộn vì vậy để quản lý các ca bệnh hiếm muộn cần đánh giá tình trạng lo âu và trầm cảm của người bệnh. Ở Việt Nam, có một số nghiên cứu về rối loạn trầm cảm ở phụ nữ hiếm muộn nhưng rất ít nghiên cứu về rối loạn lo âu và trầm cảm trên các cặp vợ chồng hiếm muộn. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm ở các cặp vợ chồng điều trị hiếm muộn tại khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kiên Giang năm 2021.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến lo âu, trầm cảm các cặp vợ chồng hiếm muộn.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các cặp vợ chồng đến khám, điều trị hiếm muộn tại khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản-Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC) tỉnh Kiên Giang từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích.

**Cỡ mẫu:** được xác định dựa trên công thức

tính cỡ mẫu cho nghiên cứu một tỷ lệ với những thông số như sau:  $p = 12,2$  ( $p$  là tỷ lệ phụ nữ hiếm muộn bị trầm cảm được phát hiện trong nghiên cứu ở bệnh viện Từ Dũ [6], hệ số chọn mẫu = 2. Áp dụng công thức tính được cỡ mẫu là  $162 \times 2 = 324$  đối tượng. Thực tế chúng tôi chọn được 385 cặp vợ chồng (tổng số đối tượng là 770 người).

**Chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi DASS-21 tự điền [4] để đánh giá và phân mức độ lo âu và trầm cảm. Mức độ lo âu và trầm cảm ở ĐTNC được phân thành 4 mức độ gồm lo âu/trầm cảm mức độ nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 18.0. Phân tích thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ cho biến định tính và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Thống kê phân tích được sử dụng để xác định tỷ số

### 3.2. Thực trạng lo âu, trầm cảm ở các cặp vợ chồng hiếm muộn

**Bảng 1. Phân bố tình trạng lo âu ở các cặp vợ chồng ( $n=385$ )**

Đối tượng	Tình trạng lo âu (n,%)				Tỷ lệ lo âu (%)
	Không	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Chồng	256 (66,5)	117 (30,4)	12 (3,1)	0 (0,0)	129 (33,5)
Vợ	207 (53,8)	159 (41,3)	17 (4,4)	2 (0,5)	178 (46,2)
Giá trị p	<b>0,002</b>				

**Nhận xét:** Tỷ lệ lo âu ở người vợ và người chồng hiếm muộn lần lượt là 46,2% và 33,5%. Lo âu ở các mức độ nhẹ, và trung bình ở người vợ đều cao so với người chồng. Lo âu ở mức độ nặng chỉ xảy ra ở người vợ với tỷ lệ là 0,5%. Sự khác nhau về tình trạng lo âu ở nhóm người vợ so với nhóm người chồng đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,002$ ).

**Bảng 2. Phân bố tình trạng trầm cảm ở các cặp vợ chồng ( $n=385$ )**

Đối tượng	Tình trạng trầm cảm (n,%)			Tỷ lệ trầm cảm (%)
	Không	Nhẹ	Trung bình	
Chồng	344 (89,4)	41 (10,6)	0 (0,0)	<b>10,06</b>
Vợ	317 (82,3)	66 (17,1)	2 (0,5)	<b>17,7</b>
Giá trị p	<b>0,01</b>			

**Nhận xét:** Tình trạng trầm cảm ở người vợ nhiều hơn ở người chồng (17,6% so với 10,6%) chỉ có 2 trường hợp người vợ bị trầm cảm ở mức trung bình (chiếm 0,5%) Sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm ở người vợ so với ở người chồng là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

### 3.3. Yếu tố liên quan đến lo âu, trầm cảm

#### 3.3.1. Yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu

**Bảng 3. Yếu tố liên quan đến lo âu ở người vợ hiếm muộn ( $n=385$ )**

Yếu tố liên quan		Lo âu ở người vợ (n,%)		OR <sub>hiệu chỉnh</sub> (95%CI)	p
		Có	Không		
Tuổi	Tuổi $\geq 35$	79 (66,4)	40 (33,6)	<b>2,3</b> (1,4-3,8)	<b>0,001</b>
	Tuổi $< 35$	99 (37,2)	167 (62,8)		
Kinh tế	Khá giả	130 (52,0)	120 (48,0)	<b>1,33</b> (0,83-2,13)	<b>0,24</b>
	Đủ sống	48 (35,6)	87 (64,4)		
Người sống cùng	Sống riêng	157 (54,7)	130 (45,3)	<b>3,75</b> (2,15-6,55)	<b>0,000</b>
	Sống chung với	21 (21,4)	77 (78,6)		

chênh (OR), 95% CI. Phép kiểm t-Student để kiểm định sự khác nhau giữa các biến định lượng. Phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ) được sử dụng để kiểm định sự khác nhau giữa các tỷ lệ. Chỉ số  $p < 0,05$  là mức có ý nghĩa thống kê.

Mô hình hồi quy Logistics đơn biến và đa biến được dùng để kiểm định sự liên quan giữa một số yếu tố với lo âu, trầm cảm ở ĐTNC.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của vợ hiếm muộn là  $31,7 \pm 4,7$  (tuổi). Tuổi trung bình của chồng  $33,7 \pm 5,3$ . Người vợ và người chồng ở độ tuổi  $\geq 35$  tuổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 30,90% và 48,05%. Phần lớn các cặp vợ chồng có trình độ từ phổ thông cơ sở trở lên. Chỉ có 12,2% người vợ và 8,8% người chồng có trình độ văn hóa cấp tiểu học. 63,9% cặp vợ chồng có kinh tế khá giả, 51,4% cặp vợ chồng là vô sinh nguyên phát và 51,9% cặp vợ chồng có thời gian hiếm muộn từ 45 tháng trở lên.

	gia đình				
Thời gian hiểm muộn	≥ 45 tháng	109 (54,5)	91(45,5)	<b>1,74</b> <b>(1.12-2.72)</b>	<b>0,014</b>
	< 45 tháng	69 (37.3)	116 (62.7)		

**Nhận xét:** Phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận tuổi ≥ 35, tình trạng sống riêng và thời gian hiểm muộn ≥ 45 tháng làm tăng nguy cơ lo âu trên người vợ, trong khi đó tình trạng kinh tế không có liên quan với tình trạng lo âu.

**Bảng 4. Yếu tố liên quan đến lo âu ở chồng hiểm muộn (n=385)**

Yếu tố liên quan		Lo âu ở người chồng (n,%)		OR <sub>hiệu chỉnh</sub> (95%CI)	P
		Có	Không		
Tuổi	Tuổi ≥ 35	76 (41.1)	109 (58.9)	1.343 (0.83-2.17)	>0,05
	Tuổi < 35	53 (26.5)	147 (73.5)		
Kinh tế	Khá giả	95 (38.6)	151 (61.4)	1.52 (0.92-2.50)	>0,05
	Đủ sống	34 (24.5)	105 (75.5)		
Người sống cùng	Sống riêng	112 (38.0)	183 (62.0)	2.20 (1.20-4.01)	<0,01
	Sống chung với gia đình	17 (18.9)	73 (81.1)		
Thời gian hiểm muộn	≥ 45 tháng	76 (38.0)	124 (62.0)	1.36 (0.87-2.14)	>0,05
	< 45 tháng	53 (28.6)	132 (71.4)		

**Nhận xét:** Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ có tình trạng sống riêng làm tăng nguy cơ lo âu so với nhóm sống chung với cha mẹ. Các yếu tố khác (tuổi, kinh tế, sống chung với gia đình, thời gian hiểm muộn) không liên quan có ý nghĩa thống kê đến lo âu ở người chồng hiểm muộn.

**Bảng 5. Yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người vợ hiểm muộn (n=385)**

Yếu tố liên quan		Trầm cảm ở người vợ (n,%)		OR <sub>hiệu chỉnh</sub> (95%CI)	P
		Có	Không		
Tuổi	Tuổi ≥ 35	76 (41.1)	109 (58.9)	1.343 (0.83-2.17)	>0,05
	Tuổi < 35	53 (26.5)	147 (73.5)		
Kinh tế	Khá giả	95 (38.6)	151 (61.4)	1.52 (0.92-2.50)	>0,05
	Đủ sống	34 (24.5)	105 (75.5)		
Sống cùng gia đình	Sống riêng	112 (38.0)	183 (62.0)	<b>2.20</b> <b>(1.20-4.01)</b>	<b>&lt;0,01</b>
	Sống chung	17 (18.9)	73 (81.1)		
Thời gian hiểm muộn	≥ 45 tháng	76 (38.0)	124 (62.0)	1.36 (0.87-2.14)	>0,05
	< 45 tháng	53 (28.6)	132 (71.4)		

**Nhận xét:** Kết quả hồi quy logistics cho thấy nhóm người vợ có kinh tế khá và sống riêng có nguy cơ trầm cảm nhiều hơn so với nhóm kinh tế đủ sống và nhóm sống chung với gia đình. Các yếu tố khác (tuổi và thời gian hiểm muộn liên quan không có ý nghĩa thống kê với tình trạng trầm cảm).

**Bảng 6. Yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người chồng hiểm muộn (n=385)**

Yếu tố liên quan		Trầm cảm ở người chồng (n,%)		OR <sub>hiệu chỉnh</sub> (95%CI)	P
		Có	Không		
Tuổi	Tuổi ≥ 35	29 (15.7)	156 (84.3)	1.81 (0.84- 3.89)	>0,05
	Tuổi < 35	12 (6.0)	188 (94.0)		
Kinh tế	Khá giả	35 (14.2)	211 (85.8)	<b>2.58</b> <b>1.02-6.52)</b>	<b>&lt;0,05</b>
	Đủ sống	6 (4.3)	133 (95.7)		
Người sống cùng	Sống riêng	39 (13.2)	256 (86.8)	<b>4.74</b> <b>(1.09- 20.49)</b>	<b>&lt;0,05</b>
	Sống chung	2 (2.2)	88 (97.8)		
Thời gian hiểm muộn	≥ 45 tháng	24 (12.0)	176 (88.0)	1.06 (0.53- 2.13)	>0,05
	< 45 tháng	17 (9.2)	168 (90.8)		

**Nhận xét:** Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy nhóm người chồng có kinh tế khá và sống riêng có nguy cơ trầm cảm cao hơn so với nhóm kinh tế đủ sống và ở chung với gia đình. Các yếu tố khác chỉ cho thấy xu hướng có liên quan nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của vợ hiểm muộn là 31,7 ± 4,7. Tuổi trung bình của chồng 33,7 ±

5,3, kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu ở trong nước. Ở những nghiên cứu đó đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 30 – 37 tuổi, và người chồng cũng nhiều tuổi hơn người vợ [1],[6].

Nghiên cứu của chúng tôi có 51,4% cặp vợ chồng là vô sinh nguyên phát và 51,9% cặp vợ chồng có thời gian hiếm muộn từ 45 tháng trở lên. Kết quả này khác với kết quả trong nghiên cứu về sức khỏe sinh sản ở Việt Nam của tổ chức UNFPA với tỷ lệ vô sinh nguyên phát là 33,6% và thứ phát là 66,4% [7]. Có sự khác biệt này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên địa bàn một tỉnh vĩ cỡ mẫu nhỏ so với nghiên cứu của UNFPA được thực hiện trên phạm vi toàn quốc và cỡ mẫu lớn đại diện cho quần thể.

## **4.2. Tình trạng lo âu và trầm cảm của đối tượng nghiên cứu**

**4.2.1. Tình trạng lo âu:** Kết quả nghiên cứu trong Bảng 3.1 và 3.2 cho thấy: nhóm vợ hiếm muộn có tỷ lệ lo âu là 46,2%, trong khi tỷ lệ lo âu ở người chồng là 30,4% thấp hơn một cách có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) và ở người chồng chỉ có lo âu ở mức độ nhẹ, trong khi ở người vợ đã có một tỷ lệ nhỏ (0,5%) lo âu ở mức độ trung bình. Sự lo âu của người vợ cao hơn và nặng hơn so với người chồng là phù hợp với diễn biến tâm lý của phụ nữ hiếm muộn do họ lo sợ hiếm muộn ảnh hưởng đến hạnh phúc gia đình và thường tâm lý phụ nữ cho rằng bản thân họ là nguyên nhân của sự hiếm muộn. Tỷ lệ lo âu và mức độ lo âu của người vợ và người chồng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của một số nghiên cứu khác ở trong nước và thế giới [1],[3],[8] cho thấy tình trạng lo âu, trầm cảm là phổ biến ở các cặp vợ chồng hiếm muộn.

**4.2.2. Tình trạng trầm cảm:** So với lo âu, tình trạng trầm cảm ở các cặp vợ chồng hiếm muộn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều với 10,06 % ở người chồng và 17,7% ở người vợ. Toàn bộ các trường hợp trầm cảm ở người chồng cũng chỉ ở mức độ nhẹ, trong khi ở người vợ cũng có một tỷ lệ nhỏ (0,5%) bị trầm cảm ở mức độ trung bình bằng với ý lo âu. Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Võ Minh Tuấn được thực hiện trên các phụ nữ bị vô sinh ở bệnh viện Từ Dũ và nghiên cứu của Volgsten và cộng sự được thực hiện trên các cặp vợ chồng thực hiện thụ tinh nhân tạo trong ống nghiệm (IVF) ở một bệnh viện trường đại học của Thụy Điển [8]. Sự tương đồng này có thể được giải thích là do diễn biến tâm lý của giới tính nam thường mạnh mẽ, sức chịu đựng và khả năng ứng phó tốt hơn so với nữ giới nên tỷ lệ trầm cảm thấp hơn, hơn nữa các đối tượng nghiên cứu tin tưởng ở khả năng chữa trị vô sinh hiện nay nên họ hy vọng rằng khoa học y học tiên tiến sẽ sớm giúp giải quyết vấn đề của họ.

## **4.3. Một số yếu tố liên quan đến tình**

## **trạng lo âu và trầm cảm ở người hiếm muộn**

### **4.3.1. Yếu tố liên quan với tình trạng lo**

**âu.** Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở người chồng chỉ có duy nhất một yếu tố có liên quan đến tình trạng lo âu đó là sống riêng trong khi ở người vợ lại ghi nhận nhiều yếu tố có liên quan đến tình trạng lo âu như tuổi, sống riêng và thời gian hiếm muộn. Ở người vợ chỉ có yếu tố kinh tế là không liên quan có ý nghĩa thống kê với lo âu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Maroufizadeh và cộng sự tại Iran [5] nhưng khác với kết quả nghiên cứu của Volgsten tại Thụy Điển [8]. Sự tương tự và khác biệt này có thể là do đặc điểm kinh tế xã hội của Iran và Việt Nam có nhiều nét tương đồng vì cùng là các nước đang phát triển trong khi Thụy Điển là một đất nước công nghiệp phát triển. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả người vợ và người chồng đều có tâm lý lo âu với tình trạng vô sinh khi sống riêng (không sống cùng gia đình). Điều này có thể giải thích là do khi sống riêng chỉ có hai vợ chồng nên thiếu đi sự chia sẻ, động viên của người thân trong gia đình nên dễ dẫn đến tâm lý lo âu và tình trạng lo âu có thể "lan truyền" từ người vợ sang người chồng hoặc ngược lại. Sự "lan truyền" tâm lý qua lại này dễ dẫn đến tình trạng lo âu, trầm cảm nặng nề hơn, điều này đặt ra vấn đề chăm sóc tâm lý cho các cặp vợ chồng hiếm muộn phải được chú trọng hơn với các cặp vợ chồng hiếm muộn nhưng không sống cùng gia đình.

### **4.3.2. Yếu tố liên quan với tình trạng**

**trầm cảm.** Kết quả phân tích hồi quy logistics cho thấy ở người vợ chỉ có một yếu tố liên quan đến trầm cảm đó là sống riêng. Những người vợ sống riêng cùng chồng có thể bị trầm cảm cao gấp 2,33 lần so với nhóm người vợ sống cùng chồng và cùng với gia đình. Liên quan đến trình trạng trầm cảm ở người chồng, kết quả nghiên cứu lại cho thấy ngoài yếu tố sống riêng thì kinh tế khá giả cũng là một yếu tố liên quan đến tình trạng trầm cảm ở người chồng. Tuy chưa tìm được những nghiên cứu tương tự để so sánh kết quả nhưng kết quả yếu tố kinh tế khá giả liên quan đến trầm cảm ở người chồng trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích là do những người đàn ông có kinh tế khá giả thường có tâm lý mong muốn có con nhất là có con trai để có người nối dõi tông đường và khi mong muốn chưa thành sự thực thì họ dễ bị trầm cảm hơn.

**4.4. Hạn chế của nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: đây là một

ngiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên một cỡ mẫu tương đối nhỏ lại được chọn mẫu thuận tiện nên ảnh hưởng đến tính đại diện của mẫu nghiên cứu, hơn nữa do lĩnh vực nghiên cứu khá nhạy cảm trong khi phương pháp thu thập số liệu lại là phát vấn (tự điền bộ câu hỏi) nên có thể có thông tin chưa thật sự chính xác và không thống nhất giữa người vợ và người chồng. Những hạn chế này cần được khắc phục khi nghiên cứu tiếp theo về cùng chủ đề.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ lo âu ở các cặp vợ chồng hiếm muộn là khá cao, tỷ lệ lo âu ở người vợ cao hơn rõ rệt so với người chồng (46,2% so với 33,5%). Lo âu hầu hết ở mức độ nhẹ. Lo âu mức độ nặng chỉ xảy ra ở người vợ với tỷ lệ thấp (0,5%).

Tỷ lệ trầm cảm ở người vợ cũng cao hơn so với người chồng (17,7% so với 10,06%). Trầm cảm ở mức trung bình chỉ xảy ở người vợ cũng với tỷ lệ rất nhỏ (0,5%).

Các yếu tố liên quan đến lo âu ở người vợ gồm: tuổi  $\geq 35$ , sống riêng, thời gian hiếm muộn  $\geq 45$  tháng, trong đó ở người chồng chỉ có yếu tố sống riêng là liên quan có ý nghĩa thống kê.

Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người chồng gồm: kinh tế khá giả và sống riêng, trong đó ở người vợ chỉ có yếu tố sống riêng là liên quan có ý nghĩa thống kê.

Cần chú ý chăm sóc tâm lý cho các cặp vợ chồng hiếm muộn sống riêng để giảm thiểu lo âu, trầm cảm và tránh sự lan truyền lo âu giữa người vợ sang người chồng hoặc ngược lại.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Kim Ngọc (2011)**, Nghiên cứu tỷ lệ vô sinh và một số yếu tố ảnh hưởng đến vô sinh trong cộng đồng tại Thành Phố Cần Thơ. Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM, <https://hosrem.org.vn/detailNews/thongtin/nguyen-cuu-ty-le-vo-sinh-va-mot-so-yeu-to-anh-huong-den-vo-sinh-trong-cong-dong-tai-thanh-pho-can-tho-94#>
2. **Drosdzol A, Skrzypulec V (2009)**, Depression and anxiety among Polish infertile couples—an evaluative prevalence study. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol; **30**, 11–20.
3. **Kiana Z, Simbar M, Hajian S, et al (2020)**. The prevalence of anxiety symptoms in infertile women: a systematic review and meta-analysis. Fertility Research and Practice; **6 (7)**, 2-10.
4. **Lovibond PF, Lovibond SH**, Depression Anxiety Stress Scales (DASS). <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/depression-anxiety-stress-scales>.
5. **Maroufizadeh S, Ghaheeri A, Almasi-Hashiani A, et al (2018)**, The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. Middle East Fertility Society Journal; **23**; 103-106.
6. **Tuan M Vo, Quynh TT Tran, Cuong V Le, et al (2019)**, Depression and associated factors among infertile women at Tu Du hospital, Vietnam: a cross-sectional study. International journal of Women's Health, **11**, 343-351.
7. **UNFPA (2012)**, Compendium of Research on Reproductive Health in Viet Nam for the period 2006-2010. <https://vietnam.unfpa.org/en/publications/compendium-research-reproductive-health-viet-nam-period-2006-2010>.
8. **Volgsten H, Svanberg A.S, Ekseius L, et al (2010)**, Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Fertility and Sterility; **93 (4)**, 1088-1096.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ CỨU CÁNH TRONG ĐIỀU TRỊ DIỆT TRỪ HELICOBACTER PYLORI SAU KHI THẤT BẠI PHÁC ĐỒ CÓ BISMUTH

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phác đồ cứu cánh trong diệt trừ Helicobacter pylori (HP) đạt hiệu quả cao, Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá hiệu quả và an toàn của phác đồ cứu cánh trong diệt trừ HP bằng phác cứu cánh. **Đối tượng và phương pháp:** Trong nghiên cứu chúng tôi tuyển chọn được 30 bệnh nhân loét hành tá tràng có HP dương tính thất bại với phác đồ 4

Nguyễn Công Long\*, Nguyễn Văn Khanh\*

thuốc có bismuth, được điều trị phác đồ cứu cánh diệt trừ HP trong 14 ngày với 40mgesomeprazole, 1g amoxicillin, 500mg metronidazole và levofloxacin trong 14 ngày. **Kết quả:** Tỷ lệ diệt trừ HP ở phác đồ cứu cánh của chúng tôi đạt là 93,3%, và chỉ có chủ yếu là các tác dụng phụ không đáng kể là 36,7% mệt mỏi. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rằng phác đồ cứu cánh là phác đồ hiệu quả và an toàn có thể áp dụng HP sau khi thất bại phác đồ có bismuth.

**Từ khóa:** Helicobacter pylori (HP); phác đồ cứu cánh

### SUMMARY

**EFFICACY OF RESCUE THERAPY THERAPY FOR HELICOBACTER PYLORI ERADICATION AFTER FAILED WITH**

\*Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.4.2022