



THỰC TRẠNG BẠO HÀNH PHỤ NỮ DO CHỒNG TRONG THỜI KỲ MANG THAI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ HUẾ

Võ Nữ Hồng Đức¹, Trần Đại Tri Hân¹, Nguyễn Hoàng Thuỳ Linh¹, Lương Thanh Bảo Yến¹,

Đặng Thị Thanh Nhã¹, Vũ Thị Cúc¹, Phan Thị Mơ³, Võ Văn Thắng¹

¹Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế

³Trung tâm Y tế thành phố Huế, Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế

Tác giả liên hệ: **Võ Văn Thắng** <vovanthang147@huemed-univ.edu.vn>

(Ngày nhận bài: 12-03-2024; Ngày chấp nhận đăng: 11-06-2024)

Tóm tắt. Bạo hành phụ nữ do chồng đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng tăng đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Bạo hành hành phụ nữ do chồng khi mang thai (p-IPV) không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ, mà còn ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của trẻ sơ sinh và sự phát triển sau này của trẻ. Tiến hành nghiên cứu để xác định tỷ lệ p-IPV và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ trong thời kỳ mang thai tại thành phố Huế và đánh giá tác động của p-IPV đến trầm cảm trước sinh ở đối tượng nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, ở giai đoạn 1 của một nghiên cứu thuần tập từ lúc sinh, trên 300 đối tượng phụ nữ mang thai có hộ khẩu thường trú ở thành phố Huế. Sàng lọc bạo hành do chồng hay bạn đời ở phụ nữ thời kỳ mang thai bằng thang đo xung đột hiệu chỉnh CTS-2. Kết quả cho thấy tỷ lệ bạo hành do chồng hay bạn đời ở phụ nữ mang thai là 17,3%; bạo hành tinh thần chiếm 14,0%; bạo hành tình dục 7,0% và bạo hành thể xác 2,3%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ p-IPV bạo hành do chồng: trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu, nhận thức về sự hỗ trợ xã hội từ bạn bè, mối quan hệ với hàng xóm. Trầm cảm trước sinh là 17,3% và bạo hành làm tăng tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai gấp 6,1 lần. Cần đẩy mạnh các hoạt động hỗ trợ tinh thần cho những người phụ nữ mang thai. Thực hiện các nghiên cứu sâu hơn để theo dõi và đánh giá mối liên quan giữa sức khỏe tâm thần với thực trạng bạo hành phụ nữ mang thai.

Từ khóa: Bạo hành do chồng ở phụ nữ mang thai; trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu; trầm cảm trước sinh

PRENATAL INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN IN HUE CITY

Vo Nu Hong Duc¹, Tran Dai Tri Han¹, Nguyen Hoang Thuy Linh¹, Luong Thanh Bao Yen¹,

Dang Thị Thanh Nha¹, Vu Thi Cuc², Phan Thi Mo³, Vo Van Thang^{1,2}

¹Faculty of Public health, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

²Institution for Community Health Research, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

³Hue city Health center, Thua Thien Hue Provincial Health Department

* Correspondence to **Vo Van Thang** <vovanthang147@huemed-univ.edu.vn>

(Received: March 12, 2024; Accepted: June 11, 2024)

Abstract. Intimate partner violence (IPV) against pregnant women is a growing public health issue, particularly in low- and middle-income countries. Prenatal IPV during pregnancy (p-IPV) not only negatively impacts the health of the expectant mother but also affects the growth and development of newborn. This study aimed to determine the prevalence of p-IPV and its associated factors in Hue City and assess the impact of p-IPV on antenatal depression in the study population. A cross-sectional study as the first phase of a birth cohort follow up study, was conducted on 300 pregnant women with permanent residency in Hue City. The p-IPV was measured using the Conflicts Tactics Scale-2 (CTS-2). The results showed that the prevalence of p-IPV was 17.3%, with 14.0% psychological aggression, 7.0% sexual coercion, and 2.3% physical violence. The study also uncovered factors linked to IPV during pregnancy, including adverse childhood experiences, perceived support from friends, and relationships with neighbors. The prevalence of antenatal depression was also 17.3%, and p-IPV was found to be significantly associated with and increased risk of antenatal depression by 6.1 times. These findings highlight the need for enhanced mental support for pregnant women. Further research is required to monitor and evaluate the relationship between mental health and violence against pregnant women.

Keywords: Prenatal intimate partner violence (p-IPV); Adverse childhood experiences (ACEs); Antenatal depression

1. Đặt vấn đề

Bạo hành do chồng hay bạn tình là bất kỳ hành vi nào trong mối quan hệ thân mật gây tổn hại về thể chất, tình dục hoặc tâm lý, bao gồm các hành vi xâm hại thể xác, cưỡng ép tình dục, lạm dụng tâm lý và kiểm soát hành vi. Bạo hành bạn đời phần lớn xảy ra ở phụ nữ, có thể trong suốt cả cuộc đời và ngay cả khi đang mang thai.

Bạo hành phụ nữ do chồng hay bạn tình khi mang thai (p-IPV) đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng tăng đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, 35% phụ nữ trên toàn thế giới đã từng bị bạo hành thể xác và/hoặc bạo hành tình dục trong cuộc đời. Bạo lực bạn tình (IPV) là một hình thức phổ biến trong thời kỳ tiền sản: khoảng 13,8% phụ nữ bị bạo hành về thể xác trong thời kỳ mang thai; 8% bị lạm dụng tình dục và 28,4% bị bạo lực về tinh thần [1], [2].

Tại Việt Nam, một nghiên cứu tổng quan hệ thống từ 4.598 phụ nữ mang thai cho thấy có 5,9%–32,5% phụ nữ từng bị bạo hành trong giai đoạn mang thai, trong đó bạo hành thể chất (3,0%–8,5%), bạo hành tinh thần (6,0%–32,5%), bạo hành tình dục (3,4%–10,0%) [3]. Một nghiên cứu thuần tập từ lúc sinh tại thành phố Huế được thực hiện vào năm 2018 trên 150 phụ nữ mang thai cho thấy rằng có đến 14,7% phụ nữ bị phơi nhiễm với ít nhất một loại bạo lực do chồng trong thai kỳ. Phụ nữ khi mang thai phải chịu bạo lực sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng đối với sức khỏe của họ và thai nhi, không những họ có nguy cơ sẩy thai, thai chết lưu, sinh non, sinh nhẹ cân thậm chí trong một số trường hợp nặng còn có nguy cơ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh mà còn có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của trẻ sơ sinh và sự phát triển sau này của trẻ [4], [5], [6]. Bên cạnh đó, những hình thức bạo lực có thể dẫn đến trầm cảm, rối loạn căng thẳng, sợ hãi, lo lắng cho phụ nữ mang thai, tỷ lệ phụ nữ mang thai bị bạo hành có nguy cơ trầm cảm gấp 3 lần phụ nữ không bị bạo hành [7].

Hiện nay, dù đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề p-IPV, nhưng để hiểu rõ hơn về hiện trạng và một số vấn đề liên quan đến bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai, cũng như cung cấp thêm bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách đưa ra các giải pháp nhằm hạn chế tình trạng này, cải thiện sức khỏe phụ nữ và trẻ em, đặc biệt là tại thành phố Huế, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng bạo hành phụ nữ do chồng khi mang thai và các yếu tố liên quan tại thành phố Huế năm 2023, (2) Phân tích tác động của bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai đến trầm cảm trước sinh ở đối tượng nghiên cứu.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ đã có chồng, mang thai 3 tháng cuối (từ 29 tuần trở lên), thường trú tại thành phố Huế.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người từ chối tham gia vào nghiên cứu.
- + Người không thể giao tiếp bằng ngôn ngữ.
- + Người có sức khỏe không đảm bảo trong quá trình phỏng vấn.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích ở giai đoạn 1 của một nghiên cứu thuần tập từ lúc sinh từ năm 2023 đến năm 2024.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

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

Trong đó:

- + n: là cỡ mẫu tối thiểu.
- + $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, với $\alpha = 0.05$ ứng với mức ý nghĩa thống kê 95% ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
- + p: Tỷ lệ ước lượng, $p = 0,147$ (Tỷ lệ phụ nữ bị bạo hành trong thời kỳ mang thai – Nghiên cứu thử nghiệm năm 2018 tại thành phố Huế) [8].
- + d: khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể, với khoảng sai lệch cho phép 5% ta có $d = 0,05$.
- + Thay vào công thức ta tính được cỡ mẫu là: 193

Nhân cỡ mẫu tính toán với hệ số 1,5. Cỡ mẫu tối thiểu là: $n = 289,5$ và thực tế là 300.

Nghiên cứu được thực hiện trên 300 đối tượng phụ nữ mang thai từ 29 tuần trở lên ở 8 phường thuộc thành phố Huế.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu xác suất tỷ lệ, theo 2 giai đoạn: (1) Dựa vào danh sách phụ nữ có thai và đặc điểm về địa lý của các phường, chúng tôi đã chọn 08 phường: Hương Hồ, Thuận Lộc, Hương Sơ, Gia Hội, Phú Thượng, Thủy Xuân, Hương Thọ, Phường Đức; (2) Tại mỗi phường được chọn, căn cứ vào tiêu chuẩn chọn mẫu để chọn đối tượng nghiên cứu cho đến khi đủ mẫu.

2.3.3. Biến số nghiên cứu

(1) Thông tin chung về bà mẹ; (2) Thông tin trước sinh; (3) Thông tin về người cha; (4) Thông tin về cộng đồng (các biến được đưa vào mô hình đa biến là mối quan hệ với hàng xóm

và môi trường sống xung quanh); (5) Trải nghiệm đau buồn thời niên thiếu: đo lường sử dụng thang đo trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu ACEs (Adverse childhood experiences); (6) Các mối quan hệ xã hội: đo lường sử dụng thang đo hỗ trợ xã hội (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS) (các biến được đưa vào mô hình đa biến là nhận thức về sự HTXH từ người đặc biệt, từ gia đình và từ bạn bè); (7) Các đặc điểm tâm lý và sức khỏe tâm thần của phụ nữ mang thai: đo lường sử dụng thang đo trầm cảm PHQ-9 (Patient health questionnaire-9); (8) Thực trạng bạo hành do chồng hay bạn đời ở phụ nữ mang thai: đo lường dựa vào Thang đo xung đột hiệu chỉnh CTS-2 – một trong những thang đo định lượng được sử dụng rộng rãi để đánh giá bạo hành gia đình.

Thang đo CTS-2 gồm 20 câu hỏi chia thành 3 nhóm để khảo sát bạo hành (bạo hành tinh thần từ câu 1 đến câu 4, bạo hành thể chất từ câu 5 đến câu 15, bạo hành tình dục từ câu 16 đến câu 20), mỗi câu được đánh giá với 4 mức độ (chưa bao giờ; 1 lần; 2-5 lần; trên 5 lần). “Có bạo hành” khi trả lời CÓ với một trong các câu hỏi trên ở các mức độ từ một lần trở lên tương ứng với các mức 2, 3, 4.

2.3.4 Thu thập số liệu

Điều tra viên là nữ hộ sinh hoặc cộng tác viên dân số đang công tác tại 08 phường đã được tập huấn về nội dung bộ câu hỏi soạn sẵn và kỹ năng phỏng vấn.

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu tại TYT xã/phường khi phụ nữ mang thai đến khám hoặc sử dụng dịch vụ y tế tại trạm. Cuộc phỏng vấn được bố trí ở phòng riêng của TYT để bảo đảm tính riêng tư và được thực hiện sau khi đối tượng nghiên cứu đã đồng ý và ký vào phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.3.5. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng thống kê mô tả (tần số và tỷ lệ %); sử dụng test Chi square và Fisher’s exact test ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ để so sánh sự khác biệt giữa 2 hay nhiều tỷ lệ; Sử dụng mô hình hồi quy đa biến logistic để kiểm định các yếu tố liên quan đến BHPNMT ở đối tượng nghiên cứu.

2.3.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế theo biên bản số H2023/025 ngày 10 tháng 03 năm 2023 và Sở Y tế, trung tâm Y tế và các phường thuộc thành phố Huế nơi triển khai nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật hoàn toàn trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu và kinh tế xã hội

Nghiên cứu được thực hiện trên tổng số 300 phụ nữ mang thai thuộc địa bàn 8 phường của thành phố Huế, kết quả như sau:

Nhóm tuổi chiếm đa số là 25-34 tuổi với 62,7%. Độ tuổi trung bình là 29,5 (độ lệch chuẩn 5,24). Đa số đối tượng là dân tộc Kinh (99,7%) và không theo tôn giáo nào (99,7%). Trình độ học vấn từ THPT trở lên (67%). Về nghề nghiệp, có 34,7% lao động tự do, cán bộ viên chức chiếm 20,3% và kinh doanh, buôn bán chiếm tỷ lệ 17% và công việc của họ là công việc liên tục trong cả năm (68,0%), đặc biệt có khoảng 28% phụ nữ không có công việc trong quá trình mang thai. Hầu hết đối tượng nghiên cứu sống chung với chồng (95,7%).

3.1.2. Đặc điểm thai sản của đối tượng nghiên cứu

Có 60,3% các bà mẹ đã mang thai từ lần 2 trở lên và 100% các bà mẹ có đi khám thai. Hầu hết các bà mẹ đều cho rằng lần mang thai này là nằm trong kế hoạch của gia đình (83,7%).

3.1.3. Tình hình sức khỏe và hỗ trợ xã hội

Sử dụng khảo sát bằng thang đo hỗ trợ xã hội (MSPSS) cho thấy hầu hết các đối tượng nghiên cứu nhận thấy rằng nhận thức của họ về sự hỗ trợ xã hội ở mức độ vừa phải, cụ thể nhận thức về sự hỗ trợ xã hội từ người đặc biệt 91,7%; từ gia đình 94% và từ bạn bè 90,7%.

Khảo sát trải nghiệm thời thơ ấu của đối tượng nghiên cứu bằng thang đo ACEs cho thấy có 12,7% đối tượng nghiên cứu có nguy cơ cao gây chấn thương tâm lý, các vấn đề sức khỏe tinh thần đối với người đang mang thai.

3.2. Đặc điểm nhân khẩu và kinh tế của người chồng

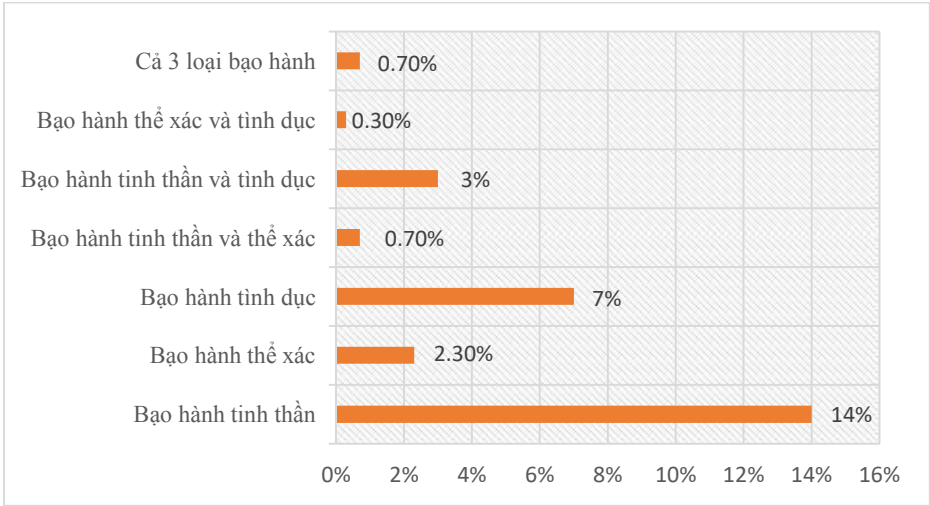
Nhóm tuổi chiếm đa số là 25-34 tuổi với 56,7%, độ tuổi trung bình là 32,5 (độ lệch chuẩn 5,815). 100% người chồng là dân tộc Kinh và có trình độ học vấn từ THPT trở lên (62,3%). 95,7% người chồng có thu nhập và hầu hết công việc của họ là công việc liên tục trong cả năm (86,7%).

3.3. Tỷ lệ bạo hành do chồng ở phụ nữ trong thời kỳ mang thai

Bảng 1. Tỷ lệ bạo hành phụ nữ mang thai do chồng đánh giá theo thang đo CTS-2

Bạo hành phụ nữ mang thai do chồng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	52	17,3
Không	248	82,7
Tổng	300	100,0

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ phụ nữ bị bạo hành bởi chồng trong thời kỳ mang thai được đánh giá theo thang đo CTS-2 là 17,3%.



Biểu đồ 1. Các hình thức bạo hành do chồng ở phụ nữ mang thai

Nhận xét: Tỷ lệ phụ nữ mang thai bị bạo hành tinh thần là 14%, tiếp đến là bạo hành tinh dục (7,0%), bạo hành thể xác (2,3%). Chịu 2 loại bạo hành trong thời kỳ mang thai, bạo hành tinh thần và bạo hành thể xác là 0,7%, bạo hành tinh thần và bạo hành tinh dục là 3,0%, bạo hành thể xác với bạo hành tinh dục là 0,3%. Phụ nữ mang thai chịu cả 3 hình thức bạo hành do chồng kể trên chiếm 0,7%.

Bảng 2. Các hành vi bạo hành phụ nữ trong thời kỳ mang thai

Đặc điểm	Có	
	n	%
Bạo hành tinh thần		
Quát mắng/si nhục hoặc làm vợ cảm thấy tồi tệ	35	11,7
Đe dọa hay dọa nạt vợ bằng bất cứ cách nào	23	7,6
Làm vợ mất phẩm giá hoặc thể diện trước mặt những người khác	4	1,3
Dọa đánh hay dọa giết vợ hoặc người vợ yêu quý (VD: cha mẹ, con cái, bạn bè...)	1	0,3
Bạo hành thể xác		
Cố tình tát vào mặt vợ	4	1,3
Cố tình xô ngã vợ	3	1,0
Cố tình xô thứ gì vào người vợ	2	0,7
Cố tình đá vào người vợ	2	0,7
Cố tình ném vật gì vào người vợ	1	0,3
Cố tình cào cấu hoặc lôi kéo vợ	1	0,3

Đặc điểm	Có	
	n	%
Bạo hành tình dục		
Đòi hỏi vợ quan hệ tình dục cho dù vợ không muốn	23	7,0
Bắt vợ quan hệ tình dục dù vợ không muốn nhưng vẫn phải tuân theo vì sợ những gì xấu do anh ta gây nên nếu từ chối	9	3,0
Bắt vợ quan hệ tình dục bằng đường miệng dù vợ không muốn	3	1,0

Nhận xét: Hình thức bạo hành tình thân chủ yếu là quát mắng hoặc sỉ nhục hoặc làm vợ cảm thấy tồi tệ (11,7%). Các hành vi bạo hành thể chất đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bị chồng cố tình xô ngã (1%), cố tình tát vào mặt hoặc ném hoặc xô vật gì đó vào người vợ (2,3%), cào cấu hoặc lôi kéo vợ hoặc đá vào người vợ (1%). Các hành vi bạo hành tình dục đối tượng nghiên cứu chủ yếu là đòi hỏi quan hệ tình dục cho dù vợ không muốn (7,0%).

Bảng 3. Mô hình hồi quy đa biến logistic các yếu tố liên quan đến bạo hành do chồng hay bạn đời ở phụ nữ mang thai

Biến độc lập		Bị bạo hành do chồng hay bạn đời	
		OR	95% CI
Nhóm tuổi	18-24 tuổi	1	
	25-34 tuổi	1,997	0,725 – 5,500
	35 tuổi trở lên	1,330	0,341 – 5,187
Trình độ học vấn của ĐTNC	Tiểu học	1	
	THCS	3,618	0,587 – 22,310
	THPT	4,426	0,699 – 28,012
	TC, CĐ, ĐH trở lên	4,039	0,653 – 24,971
Nghề nghiệp của ĐTNC	Kinh doanh	1	
	Cán bộ VC, CCNN	0,731	0,219 – 2,442
	Lao động tự do	1,277	0,465 – 3,509
	Không đi làm	0,824	0,275 – 2,471
Sống cùng người thân (ngoại trừ chồng và/hoặc con)	Có	1	
	Không	2,119	0,145 – 1,709
Đã có con	Có	1	
	Không	1,104	0,476 – 2,559
Lần mang thai nằm trong kế hoạch	Có	1	
	Không	1,159	0,447 – 3,005
Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu	Không	1	

	Có	9,398*	2,720 – 32,476
Nhận thức về sự hỗ trợ từ gia đình	Hỗ trợ vừa phải	1	
	Hỗ trợ thấp	0,080	0,005 – 1,321
Nhận thức về sự hỗ trợ xã hội từ bạn bè	Hỗ trợ vừa phải	1	
	Hỗ trợ thấp	10,561*	1,906 – 58,527
Mối quan hệ với hàng xóm	Tốt	1	
	Không tốt	4,224*	1,331 – 13,408
Môi trường sống xung quanh	Tốt	1	
	Không tốt	1,374	0,515 – 3,667

*: $p < 0,05$

Nhận xét: Các yếu tố có mối liên quan với tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai là trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu, cảm nhận về sự hỗ trợ xã hội từ bạn bè và mối quan hệ không tốt với hàng xóm.

3.4. Tác động của bạo hành do chồng hay bạn đời ở phụ nữ mang thai đến tỷ lệ trầm cảm trước sinh

Bảng 4. Biểu hiện trầm cảm của đối tượng nghiên cứu theo thang đo PHQ-9

Vấn đề sức khỏe tâm thần	n	%
Bình thường	248	82,7
Nhẹ	45	15,0
Trung bình	4	1,3
Trên trung bình	3	1,0
Tổng	300	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ PNMT có biểu hiện trầm cảm là 17,3%.

Bảng 5: Mô hình hồi quy đa biến logistic các yếu tố liên quan đến trầm cảm trước sinh ở phụ nữ mang thai

Biến độc lập		Trầm cảm	
		OR	95% CI
Nhóm tuổi	18-24 tuổi	1	
	25-34 tuổi	0,427	0,167 – 1,092
	35 tuổi trở lên	0,347	0,093 – 1,293
Trình độ học vấn của ĐTNC	Tiểu học	1	
	THCS	0,221*	0,057 – 0,862
	THPT	0,176*	0,046 – 0,678
	Trung cấp, CĐ, ĐH trở lên	0,295	0,079 – 1,108

Nghề nghiệp của ĐTNC	Kinh doanh	1	
	Cán bộ VC, CCNN	0,868	0,259 – 2,908
	Lao động tự do	0,837	0,295 – 2,374
	Không đi làm	1,105	0,75 – 3,259
Sống cùng người thân (ngoại trừ chồng và/hoặc con)	Có	1	
	Không	2,446*	1,140 – 5,250
Đã có con	Có	1	
	Không	1,126	0,477 – 2,660
Lần mang thai nằm trong kế hoạch	Không	1	
	Có	4,607*	1.353 - 15.689
Trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu	Không	1	
	Có	2,185	0,868 – 5,503
Bạo hành bạn đời do chồng	Không	1	
	Có	6,107*	2,710 – 13,760
Nhận thức về sự hỗ trợ xã hội từ gia đình	Hỗ trợ vừa phải	1	
	Hỗ trợ thấp	2,549	0,104 – 62,384
Nhận thức về sự hỗ trợ xã hội từ bạn bè	Hỗ trợ vừa phải	1	
	Hỗ trợ thấp	0,139	0,013 – 1,434
Mối quan hệ với hàng xóm	Tốt (≤ 9 điểm)	1	
	Không tốt (> 9 điểm)	1,342	0,519 – 3,470
Môi trường sống xung quanh	Tốt	1	
	Không tốt	1,177	0,477 – 2,909

*: $p < 0,05$

Nhận xét: Các yếu tố liên quan với tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai là bạo hành phụ nữ khi mang thai, sống cùng người thân (ngoại trừ chồng và/hoặc con), lần mang thai nằm trong kế hoạch và trình độ học vấn ($p < 0,05$). Bạo hành do chồng có khả năng tăng nguy cơ trầm cảm trước sinh gấp 6,1 lần.

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ và các hình thức bạo hành do chồng ở phụ nữ trong thời kỳ mang thai (p-IPV)

Nghiên cứu được tiến hành trên 300 phụ nữ mang thai ở 8 phường thuộc thành phố Huế. Kết quả bảng 1 cho thấy, tỷ lệ phụ nữ mang thai bị bạo hành do chồng theo thang đo CTS-2 là 17,3%. Tỷ lệ này phù hợp với báo cáo thống kê toàn cầu về tỷ lệ p-IPV dao động từ 2,5% đến 30,0% [9] và phù hợp với ước tính trong một phân tích tổng hợp về tỷ lệ p-IPV do chồng tại Việt

Nam từ 5,9% đến 32,5% [1]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp hơn một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới đã công bố gần đây.

Nghiên cứu ở phụ nữ mang thai tại huyện Đông Anh, Hà Nội năm 2017 cho thấy có hơn 1/3 phụ nữ trong quá trình mang thai đã trải qua ít nhất một hình thức bạo hành do chồng gây ra (35,2%), trong đó bạo hành về tinh thần phổ biến nhất (32,3%), sau đó là bạo hành tình dục (9,8%) và bạo hành thể xác (3,5%) [10]. Một nghiên cứu tại Hà Nội của Nguyễn Hoàng Thanh cũng báo cáo có 35,4% (Bạo hành tình cảm: 32,2%; bạo hành thân thể: 3,5% và bạo hành tình dục: 9,9%) phụ nữ mang thai bị bạo hành. Thai phụ đã từng bị bạo hành trong 12 tháng trước khi mang thai có nguy cơ cao gấp hơn 6 lần sẽ bị bạo hành trong lần mang thai này so với các thai phụ không bị bạo hành. Bên cạnh đó, nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe thể chất gấp gần 2 lần và sức khỏe tinh thần cao gấp gần 3 lần các thai phụ không bị bạo hành [11]. Tỷ lệ bạo hành khi mang thai ở phụ nữ 18-49 tuổi ở Thành phố Hồ Chí Minh là 23,4%. Bạo hành tinh thần chiếm 16,8%; bạo hành thân thể 7,3% và bạo hành tình dục 12,4% [12]. Nghiên cứu của N.T.T. Trang và P.N.L. Phương ở Quảng Nam và Đà Nẵng (2021) và nghiên cứu của Nguyễn Phúc Kỳ tại Quảng Bình (2020) báo cáo tỷ lệ p-IPV là 24,9% đến 29,4% [13], [14].

Một điều tra tại Trung Quốc (2019) ở phụ nữ mang thai, kết quả có 15,62% phụ nữ mang thai là nạn nhân của bạo hành do bạn tình [15]. Loại bạo hành phổ biến nhất từng trải qua là bạo hành tinh thần (32,8%), tiếp theo là bạo hành tình dục (12,4%) và bạo hành thể xác (4,8%). Tại Hàn Quốc (2016) một nghiên cứu trên phụ nữ chăm sóc trước khi sinh, cho thấy 34,0% phụ nữ trải qua p-IPV [16]. Tại tỉnh Aichi, Nhật Bản (2019) qua khảo sát 6.590 phụ nữ có con nhỏ từ 3-4 tháng tuổi cho thấy 11,1% bị bạo hành thể xác là 1,2%; tinh thần là 10,8%) [17]. Tại Malaysia (2015), một nghiên cứu được thực hiện ở 1.200 phụ nữ sau khi sinh cho thấy tỷ lệ p-IPV là 35,9%, bao gồm: tinh thần (29,8%), thể xác (12,9%) và tình dục (9,8%) [18]. Tỷ lệ p-IPV ở một nghiên cứu tại Iran là 55,9%; nghiên cứu tại quận Tây Pokot, Kenya thì tỷ lệ p-IPV chung là 66,9% [19]; ở Bồ Đào Nha là 43,4% [20].

Những kết quả trên cho thấy tỷ lệ p-IPV dao động nhiều giữa các vùng miền trong nước và các quốc gia trên thế giới do sự khác biệt đặc trưng về kinh tế, văn hóa và xã hội theo yếu tố địa lý, trong đó vấn đề bất bình đẳng giới là nguyên nhân cốt lõi. Tỷ lệ bạo hành phụ nữ mang thai khác nhau là do các nghiên cứu sử dụng thang đo khác nhau và thời điểm đo bạo hành cũng khác nhau trên các nền văn hóa khác nhau. Vì vậy, không thể có một tỷ lệ bạo hành chung cho các quốc gia và địa phương. Tuy nhiên, tỷ lệ bạo hành trong thời gian mang thai của người phụ nữ xuất hiện cao hơn ở các nước châu Phi so với các nước châu Âu và châu Á. Đặc biệt, các nước kém và đang phát triển có tỷ lệ bạo hành ở phụ nữ mang thai thường cao hơn.

Các đánh giá có hệ thống cũng cho thấy tỷ lệ p-IPV là khác nhau giữa các quốc gia. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu với các lý do như đã đề cập ở trên, còn có nguyên nhân do phương pháp nghiên cứu sử dụng công cụ đánh giá bạo hành khác nhau. Bên cạnh đó, tỷ lệ p-

IPV ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trước phù hợp với xu hướng chung của các nước về giảm tỷ lệ bạo lực gia đình (BLGD). Theo thống kê của Bộ Văn hóa Thể thao và Du lịch, trong giai đoạn 2009-2020, số vụ BLGD giảm dần qua các năm: năm 2009 là 53.206 vụ, giảm xuống còn 19.274 vụ trong năm 2015 và 7.831 vụ trong năm 2020. Đây là thành quả của 14 năm triển khai và thực hiện các chương trình tuyên truyền, các văn bản pháp luật về phòng chống BLGD của các cơ quan, ban ngành từ Trung ương đến địa phương [21], [22], [23]. Ngày 01/11/2023, Chính phủ đã ban hành Nghị định 76/2023/NĐ-CP quy định chi tiết một số điều của Luật Phòng, chống BLGD. Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày 25/12/2023. Như vậy bắt đầu từ năm 2024, các hành vi BLGD đã được xác định trong từng trường hợp cụ thể, làm căn cứ xử lý hành vi này và bảo vệ người bị BLGD.

Về các loại p-IPV, bạo hành tinh thần là hình thức bạo hành phổ biến nhất, phù hợp với kết quả của hầu hết các nghiên cứu khác. Bạo hành tinh thần do chồng gây ra là hình thức bạo hành phổ biến nhất mà phụ nữ Việt Nam đề cập – gần một nửa số phụ nữ từng có chồng (47,0%) đã bị bạo hành tinh thần trong đời [24]. Tuy nhiên, bạo hành tinh thần đôi khi khó thống kê được vì nó xảy ra âm thầm, đôi khi người dân cũng chưa có nhận thức đầy đủ giữa các hành vi bạo hành giữa vợ và chồng hoặc những người phụ nữ thường là chịu đựng hơn là nói ra. Bạo hành tinh thần ngày càng diễn biến phức tạp và gây ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe của người phụ nữ. Bạo hành tinh thần khó phát hiện và xử lý vì không để lại “tang chứng, vật chứng” trên cơ thể nạn nhân, nhưng loại hành vi này làm cho người vợ sống trong lo lắng, căng thẳng, trầm cảm, hoang loạn, gây tổn hại tới xúc cảm, tình cảm, tâm lý của người phụ nữ và có thể dẫn đến ý định tự tử cao hơn so với các loại bạo hành thể xác hoặc tình dục [25].

Loại p-IPV về tình dục chiếm tỷ lệ 7%, cao hơn p-IPV về thể xác. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của N.T.T Trang ở Quảng Nam: bạo hành tinh thần, bạo hành tình dục và bạo hành thể xác lần lượt là 47,1%; 12,6% và 8,1% [13]. Một nghiên cứu mới đây cho thấy, tỷ lệ phụ nữ từng bị bạo hành, đặc biệt là bạo hành tình dục, tăng lên theo thời gian và trở thành loại hình bạo hành phổ biến hiện nay vào thời điểm thứ hai [26]. Hành vi bạo hành tình dục trong nghiên cứu chủ yếu là “Đòi hỏi vợ quan hệ tình dục cho dù vợ không muốn”, có thể đây là hành vi mà người phụ nữ không xem đó là bạo lực tình dục nên có thể cởi mở hơn trong việc chia sẻ thay vì họ cảm thấy không thoải mái như các hành vi bạo hành tình dục khác [7].

4.2. Các yếu tố liên quan đến hành vi bạo hành do chồng hay bạn đời ở phụ nữ trong thời kỳ mang thai

Phụ nữ mang thai có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu có tỷ lệ bị bạo hành bởi chồng cao hơn đối tượng không có trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích khi có những trải nghiệm bất lợi thời thơ ấu như khi chứng kiến những người thân mình bị bạo hành ở bất cứ thời điểm nào trong đời, người con gái và là người vợ hiện tại có thể thấy việc bạo hành gia đình như là một điều tất nhiên của cuộc sống vợ

chồng và dẫn đến cam chịu những hành vi bạo hành mà người chồng gây ra, điều này tạo điều kiện cho IPV dễ xảy ra và tỷ lệ p-IPV cũng cao hơn. Báo cáo điều tra quốc gia về Bạo lực đối với phụ nữ ở Việt Nam năm 2019 chỉ ra rằng những phụ nữ cho biết mẹ của họ đã bị chồng đánh đập khi họ còn nhỏ, thì có nhiều khả năng họ bị chồng hiếp tại bạo lực chèn ép gấp 1,82 lần so với những người phụ nữ có mẹ không bị bạn đời đánh hoặc cha, mẹ không sống cùng sau (OR=1,82; KTC 95%: 1,40 – 2,37) [24]. Điều này cho thấy một mô hình lặp lại của bạo lực gia đình trong các thế hệ.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy hỗ trợ xã hội từ bạn bè thấp có thể làm tăng nguy cơ gặp phải IPV ở phụ nữ. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng phụ nữ có mạng lưới hỗ trợ yếu có thể không nhận được phản hồi đầy đủ về sự phù hợp của bạn tình tiềm năng, điều này có thể làm tăng nguy cơ bắt đầu các mối quan hệ không an toàn [27], bên cạnh đó khi xảy ra bạo hành, nếu có sự hỗ trợ xã hội tốt, bạn bè hoặc thành viên gia đình có thể sắp xếp cuộc sống thay thế an toàn hoặc hỗ trợ tài chính cho một người phụ nữ khi cô ấy cố gắng rời bỏ mối quan hệ và họ cũng có thể cho cô ấy lời khuyên về nơi nên đi hoặc những dịch vụ nào (vận động, pháp lý hoặc cách khác) mà cô ấy có thể nhận [27], [28], [29]; hoặc đơn giản phụ nữ cho rằng bạn bè của họ đã giúp đỡ họ vì họ đã lắng nghe những vấn đề của PNMT và chăm sóc con cái khi người phụ nữ vướng vào một mối quan hệ bạo hành [30].

Nghiên cứu của Wright, E.M năm 2015 cũng cho thấy rằng ở những khu vực có hoàn cảnh khó khăn hơn, phụ nữ có thể ít được bảo vệ khỏi nạn bạo hành gia đình khi họ nhận được hỗ trợ xã hội từ gia đình so với khi họ sống ở những khu vực ít thiệt thòi hơn [30]. Đây có thể là một hệ quả của việc sống trong một cộng đồng mà hành vi bạo lực có thể được chấp nhận hoặc không được coi là vấn đề nghiêm trọng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả phù hợp khi tìm thấy mối liên quan giữa mối quan hệ với hàng xóm với tỷ lệ bạo hành do chồng hay bạn đời ở phụ nữ mang thai.

Tóm lại, hành vi bạo hành do chồng trong thời kỳ mang thai có nhiều yếu tố tác động, từ trải nghiệm bất lợi cá nhân của họ, đến hỗ trợ xã hội và môi trường sống. Để giảm bớt vấn đề này, cần có những chiến lược phức tạp và toàn diện, bao gồm việc cung cấp hỗ trợ xã hội, thay đổi thái độ xã hội về bạo hành do chồng, và giúp phụ nữ tìm kiếm sự giúp đỡ khi họ cần.

4.3. Tác động của bạo hành do chồng hay bạn đời đến trầm cảm trước sinh ở phụ nữ mang thai

Tỷ lệ trầm cảm của phụ nữ mang thai trong nghiên cứu là 17,3%. Điều này phù hợp với một báo cáo nghiên cứu tổng hợp được công bố mới đây về tỷ lệ trầm cảm ở bà mẹ khi mang thai là dao động từ 4,9% đến 24,5% ở Việt Nam [31]. Theo một nghiên cứu phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ trầm cảm khảo sát trên 28.248 phụ nữ mang thai là 15,0%, trầm cảm phổ biến nhất khi phụ nữ ở ba tháng cuối của thai kỳ và ít nhất khi ở ba tháng giữa [32]. Tại Trung Quốc, sử dụng thang đo trầm cảm DASS-C21 khảo sát trên 1053 phụ nữ mang thai, kết quả tỷ lệ phụ nữ

mang thai bị trầm cảm ở 3 tháng giữa và 3 tháng cuối là 16,14% [33]. Nghiên cứu theo dõi dọc về trầm cảm ở phụ nữ mang thai của Lima và cộng sự năm 2017 cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở 3 tháng đầu là 27,2%; 3 tháng giữa và 3 tháng cuối lần lượt là 21,7% và 25,4% [34].

Ở Việt Nam, tỷ lệ trầm cảm của phụ nữ mang thai ở thành phố Hồ Chí Minh theo thang đo CES-D là 24,0% [35]; tỷ lệ phụ nữ mang thai giai đoạn ≥ 28 tuần có nguy cơ trầm cảm trước sinh theo thang đo EPDS chiếm 28,7% [36]. Một nghiên cứu thuần tập được thực hiện trên 1274 phụ nữ mang thai ở huyện Đông Anh, Hà Nội cho thấy tỷ lệ phụ nữ mang thai bị trầm cảm là 5,0%, các yếu tố liên quan đến trầm cảm là bạo hành gia đình, tiền sử thai lưu, lo âu trong mang thai và hỗ trợ gia đình trong khi mang thai [37]. Khi đối sánh với các nước trong khu vực Đông Nam Á số liệu phân bố như sau: 10,3% đến 20,0% ở Malaysia, 7,1% đến 17,0% ở Singapore, 19,3% đến 19,7% ở Timor-Leste và 4,9% đến 24,5% ở Việt Nam [33]. Sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm trước sinh ở phụ nữ mang thai có thể do bối cảnh kinh tế, văn hoá và xã hội, phương pháp nghiên cứu và đặc biệt là thang đo khác nhau khi đánh giá trầm cảm ở phụ nữ khi mang thai.

Hệ thống đánh giá của Biaggi đã nhấn mạnh nhiều yếu tố liên quan đến trầm cảm trước sinh như: thiếu sự hỗ trợ, quan tâm từ xã hội hoặc chồng, tiền sử bệnh tâm thần, lạm dụng tình dục, bạo hành gia đình, có thai ngoài ý muốn, các biến chứng của thai kỳ trong quá khứ hoặc hiện tại. Việc trầm cảm kéo dài trong suốt thai kỳ có thể làm tăng những bất lợi khi sinh bao gồm sinh non, trẻ sinh nhẹ cân hay chậm phát triển [38].

Kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng việc PNMT bị bạo lực trong quá trình mang thai có thể dẫn đến các vấn đề sức khỏe tinh thần ở thai phụ. Đây là kết quả từ một nghiên cứu cắt ngang nên chỉ hình thành giả thuyết nhân quả về mối quan hệ giữa bạo hành và sức khỏe tinh thần. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trên thế giới rằng IPV có liên quan đến căng thẳng tâm lý và căng thẳng tâm lý đó kéo theo những trường hợp mới của IPV [38], [39], [40]. Ở Ethiopia, nghiên cứu nhận thấy giai đoạn trầm cảm phổ biến hơn ở những bà mẹ mang thai bị lạm dụng thể chất khi mang thai so với những người chưa từng bị lạm dụng thể chất khi mang thai (KTC 95%: 1,19-3,30); Những bà mẹ bị nhiều hơn một loại bạo lực do bạn tình gây ra trong thời kỳ mang thai có nhiều giai đoạn trầm cảm hơn so với những người bị một hoặc không bị bạn tình bạo hành trong thời kỳ mang thai (AOR: 10,18; KTC 95%: 7,10-16,18) [41]. Nghiên cứu ở Đông Nam Na Uy đưa ra tỷ lệ trầm cảm ở phụ nữ mang thai là 14,0%, có 15,4% phụ nữ cho biết có tiền sử bạo hành IPV về thể chất, cảm xúc và/hoặc tình dục trong suốt cuộc đời của họ; những phụ nữ có tiền sử sợ bạn tình, IPV về thể chất, cảm xúc và/hoặc tình dục có nhiều khả năng báo cáo các triệu chứng trầm cảm trước khi sinh hơn đáng kể so với những phụ nữ không có tiền sử IPV [42]. Một nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy nhóm IPV có tỷ lệ trầm cảm cao hơn nhóm không IPV (32,58% so với 15,49%, $p < 0,001$) [39]. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh (2017), thai phụ bị bạo lực có nguy cơ mắc các vấn đề về sức khỏe tinh thần cao gấp gần 3 lần (AOR=2,9; KTC 95%: 2,2-3,6) so với các thai phụ không bị bạo lực [7]. Kết quả của chúng tôi chỉ mới nghiên cứu tại một thời điểm trước sinh, tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho

rằng IPV khi mang thai có liên quan đáng kể đến tỷ lệ trầm cảm sau sinh cao hơn, cân nặng khi sinh thấp, sinh non và ít cho con bú trong năm sau khi sinh [38] và tỷ lệ trầm cảm sau sinh cao hơn tỷ lệ trầm cảm trước sinh dưới tác động của IPV [39], [43].

Dựa vào các kết quả trên, rõ ràng việc đánh giá một cách toàn diện vấn đề này đòi hỏi việc tiến hành nghiên cứu sâu hơn ở nhiều thời điểm, đặc biệt là việc theo dõi cả tác động của IPV đối với trầm cảm ở phụ nữ sau khi sinh. Sự hiểu biết rõ ràng hơn về mối liên hệ giữa IPV và trạng thái sức khỏe tinh thần của phụ nữ mang thai, cũng như ảnh hưởng của IPV đối với sức khỏe sau khi sinh, sẽ giúp chúng ta phát triển các chiến lược hiệu quả để ngăn chặn và xử lý IPV, đồng thời cung cấp sự hỗ trợ cần thiết cho những người phụ nữ bị ảnh hưởng bởi IPV.

5. Kết luận và kiến nghị

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ phụ nữ bị bạo hành bởi chồng xảy ra trong thời kỳ mang thai được đánh giá dựa trên thang đo CTS-2 là 17,3%. Trong đó, tỷ lệ phụ nữ mang thai bị bạo hành tinh thần là 14%, tiếp đến là bạo hành tình dục (7,0%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu chịu 2 loại bạo hành trong thời kỳ mang thai lần lượt như sau: bạo hành tinh thần và bạo hành thể xác là 0,7%, bạo hành tinh thần và bạo hành tình dục là 3,0%, bạo hành thể xác với bạo hành tình dục là 0,3%. Phụ nữ mang thai chịu cả 3 hình thức bạo hành do chồng kể trên chiếm 0,7%. Các đồng yếu tố liên quan đến bạo hành ở phụ nữ trong thời kỳ mang thai: trải nghiệm thời thơ ấu, nhận thức về sự hỗ trợ xã hội từ bạn bè (theo thang đo MSPSS), mối quan hệ với hàng xóm ($p < 0,05$). Phụ nữ mang thai bị bạo hành có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn nhóm không bị bạo hành.

Vì vậy, cần phát hiện sớm bạo hành và trầm cảm trong chăm sóc tiền sản tại tuyến y tế cơ sở nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em cũng như tăng cường các hoạt động tư vấn và hỗ trợ tinh thần cho những người phụ nữ mang thai dễ bị tổn thương. Để có thêm bằng chứng khoa học, tiếp tục thực hiện các nghiên cứu sâu hơn để theo dõi và đánh giá mối liên quan giữa sức khỏe tâm thần với thực trạng bạo hành ở phụ nữ mang thai nhằm hướng đến các giải pháp can thiệp hiệu quả và bền vững trong phòng chống bạo hành do chồng ở phụ nữ mang thai tại địa phương. Hơn nữa, việc nâng cao nhận thức cộng đồng về vấn đề này cũng không kém phần quan trọng, nhằm tạo ra một môi trường an toàn và hỗ trợ cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C. Martinez-Torteya, G. A. Bogat, A. A. Levendosky, and A. von Eye, "The influence of prenatal intimate partner violence exposure on hypothalamic-pituitary-adrenal axis reactivity and childhood internalizing and externalizing symptoms", *Dev Psychopathol*, vol. 28, pp. 55-72, Feb 2016.
2. L. James, D. Brody, and Z. Hamilton, "Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review", *Violence Vict*, vol. 28, pp. 359-80, 2013.
3. H. P. Do, B. X. Tran, C. T. Nguyen, T. V. Vo, P. R. A. Baker, and M. P. Dunne, "Inter-partner violence during pregnancy, maternal mental health and birth outcomes in Vietnam: A systematic review", *Children and Youth Services Review*, vol. 96, pp. 255-265, 2019.
4. J. Chai, G. Fink, S. Kaaya, G. Danaei, W. Fawzi, M. Ezzati, *et al.*, "Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys", *Bull World Health Organ*, vol. 94, pp. 331-9, May 1 2016.
5. G. Lobato, M. E. Reichenheim, C. L. Moraes, F. M. Peixoto-Filho, and L. S. Migowski, "Psychologic intimate partner violence and the risk of intrauterine growth restriction in Rio de Janeiro", *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 143, pp. 77-83, Oct 2018.
6. H. G. Dahlen, A. M. Munoz, V. Schmied, and C. Thornton, "The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years", *BMJ Open*, vol. 8, p. e019566, 2018.
7. H. T. N. Nguyen, V.T; Nguyen, Dang Vung; Nguyen, Dung Huu; Nguyen, Thi Thuy Hanh; Gammeltoft, Tine; Meyrowitsch, Dan Wolf; Rasch, Vibeke, "The Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Maternal Health in Dong Anh District, Hanoi", *Vietnam Journal of Medicine and Pharmacy*, vol. 13, pp. 71-79, 2017.
8. B. Y. Luong-Thanh, L. H. Nguyen, L. Murray, M. Eisner, S. Valdebenito, T. D. Hoang, *et al.*, "Depression and its associated factors among pregnant women in central Vietnam", *Health Psychol Open*, vol. 8, p. 2055102920988445, Jan-Jun 2021.
9. A. B. Ludermir, G. Lewis, S. A. Valongueiro, T. V. de Araújo, and R. Araya, "Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study", *Lancet*, vol. 376, pp. 903-10, Sep 11 2010.

10. T. Tho Nhi, N. T. T. Hanh, N. D. Hinh, N. V. Toan, T. Gammeltoft, V. Rasch, *et al.*, "Intimate Partner Violence among Pregnant Women and Postpartum Depression in Vietnam: A Longitudinal Study", *Biomed Res Int*, vol. 2019, p. 4717485, 2019.
11. T. Phạm Thị, "Thực trạng bạo lực bạn tình và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ phá thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2018", *ĐH Y Hà Nội*, 2019.
12. T. M. Vo, V. T. Tran, T. N. Cuu, T. T. Do, and T. M. Le, "Domestic violence and its association with pre-term or low birthweight delivery in Vietnam", *Int J Womens Health*, vol. 11, pp. 501-510, 2019.
13. N. Thị Thu Trang, T. Đình Trung, and V. Văn Thắng, "Các yếu tố liên quan đến thực trạng bạo hành khi mang thai ở phụ nữ đã kết hôn: Một nghiên cứu mô tả cắt ngang tại huyện Phú Ninh, tỉnh Quảng Nam", *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 501, 07/21 2021.
14. P. Nguyễn Lam Phương, N. Thị Hồng Uyên, and T. Đình Trung, "Tỷ lệ bạo hành gia đình và các loại bạo hành khi mang thai ở phụ nữ đã kết hôn tại Thành phố Đà Nẵng: Một nghiên cứu mô tả cắt ngang", *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 516, 07/31 2022.
15. B. Zheng, X. Zhu, Z. Hu, W. Zhou, Y. Yu, S. Yin, *et al.*, "The prevalence of domestic violence and its association with family factors: a cross-sectional study among pregnant women in urban communities of Hengyang City, China", *BMC Public Health*, vol. 20, p. 620, May 5 2020.
16. S. Lee and E. Lee, "Predictors of intimate partner violence among pregnant women", *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 140, pp. 159-163, Feb 2018.
17. S. Doi, T. Fujiwara, and A. Isumi, "Development of the Intimate Partner Violence During Pregnancy Instrument (IPVPI)", *Front Public Health*, vol. 7, p. 43, 2019.
18. H. Khaironisak, S. Zaridah, F. G. Hasanain, and M. I. Zaleha, "Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia", *Women Health*, vol. 57, pp. 919-941, Sep 2017.
19. I. O. Owaka, M. K. Nyanchoka, and H. E. Atieli, "Intimate partner violence in pregnancy among antenatal attendees at health facilities in West Pokot county, Kenya", *Pan Afr Med J*, vol. 28, p. 229, 2017.
20. F. S. J. Almeida, E. C. Coutinho, J. C. Duarte, C. M. B. Chaves, P. A. B. Nelas, O. P. Amaral, *et al.*, "Domestic violence in pregnancy: prevalence and characteristics of the pregnant woman", *J Clin Nurs*, vol. 26, pp. 2417-2425, Aug 2017.
21. Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế, "Kế hoạch "Thực hiện công tác bình đẳng giới và vì sự tiến bộ của phụ nữ: Truyền thông về bình đẳng giới và phòng ngừa, ứng phó với bạo lực trên cơ sở giới năm 2023 trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế"", ed, 2023.

22. Ủy ban nhân dân tỉnh Thừa Thiên Huế, "Kế hoạch "Truyền thông về bình đẳng giới và phòng ngừa, ứng phó với bạo lực trên cơ sở giới 2023 trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế"", ed, 2023.
23. Bộ Văn hoá thể thao và du lịch, "Kết quả 14 năm thi hành Luật Phòng, chống bạo lực gia đình", ed, 2022.
24. Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội, "Kết quả điều tra quốc gia về Bạo lực đối với phụ nữ Việt Nam năm 2019", ed, 2019.
25. A. Gibbs, K. Dunkle, and R. Jewkes, "Emotional and economic intimate partner violence as key drivers of depression and suicidal ideation: A cross-sectional study among young women in informal settlements in South Africa", *PLoS One*, vol. 13, p. e0194885, 2018.
26. C. Thurston, A. L. Murray, H. Franchino-Olsen, and F. Meinck, "Prospective longitudinal associations between adverse childhood experiences and adult mental health outcomes: a protocol for a systematic review and meta-analysis", *Syst Rev*, vol. 12, p. 181, Sep 30 2023.
27. R. A. Richardson, S. C. Haight, A. Hagaman, S. Sikander, J. Maselko, and L. M. Bates, "Social support and intimate partner violence in rural Pakistan: A longitudinal investigation of the bi-directional relationship", *SSM Popul Health*, vol. 19, p. 101173, Sep 2022.
28. M. J. Islam, P. Mazerolle, L. Broidy, and K. Baird, "Exploring the Prevalence and Correlates Associated With Intimate Partner Violence During Pregnancy in Bangladesh", *J Interpers Violence*, vol. 36, pp. 663-690, Jan 2021.
29. O. O. Omowumi and I. F. Olufunmilayo, "Perceived social support and the experience of intimate partner violence among married and cohabiting young women in urban slums, Ibadan, Nigeria: a descriptive study", *BMJ Public Health*, vol. 2, p. e000425, 2024.
30. E. M. Wright, "The Relationship Between Social Support and Intimate Partner Violence in Neighborhood Context", *Crime & Delinquency*, vol. 61, pp. 1333-1359, 2015.
31. A. Fekadu Dadi, E. R. Miller, and L. Mwanri, "Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis", *PLoS One*, vol. 15, p. e0227323, 2020.
32. H. I. Okagbue, P. I. Adamu, S. A. Bishop, P. E. Oguntunde, A. A. Opanuga, and E. M. Akhmetshin, "Systematic Review of Prevalence of Antepartum Depression during the Trimesters of Pregnancy", *Open Access Maced J Med Sci*, vol. 7, pp. 1555-1560, May 15 2019.

33. F. Chang, X. Fan, Y. Zhang, B. Tang, and X. Jia, "Prevalence of depressive symptoms and correlated factors among pregnant women during their second and third trimesters in northwest rural China: a cross-sectional study", *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 22, p. 38, Jan 16 2022.
34. M. d. O. P. Lima, M. A. Tsunehiro, I. C. Bonadio, and M. Murata, "Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: longitudinal study", *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 30, pp. 39-46, 2017.
35. P. Thị Thu Phương, Đ. Thị Minh Trang, and T. Thanh Trúc, "Trầm cảm, lo âu và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai tại thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp Chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, vol. 24, p. 9, 2020.
36. T. Thị Trúc Phương and T. Mai Xuân Hồng, "Khảo sát tỉ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan trên phụ nữ mang thai ở 3 tháng cuối thai kỳ tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương", *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 504, 08/21 2021.
37. T. N. Trần, T. T. H. Nguyễn, V. T. Ngô, and Đ. H. Nguyễn, "Trầm cảm ở phụ nữ mang thai và một số yếu tố liên quan tại huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội", *Tạp chí Phụ sản*, vol. 14, pp. 62-67, 05/01 2016.
38. S. A. Hong and D. Buntup, "Maternal Depression during Pregnancy and Postpartum Period among the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Countries: A Scoping Review", *Int J Environ Res Public Health*, vol. 20, Mar 12 2023.
39. H. Yu, X. Jiang, W. Bao, G. Xu, R. Yang, and M. Shen, "Association of intimate partner violence during pregnancy, prenatal depression, and adverse birth outcomes in Wuhan, China", *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 18, p. 469, Dec 3 2018.
40. T. Da Thi Tran, L. Murray, and T. Van Vo, "Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016-2021", *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 22, p. 315, Apr 13 2022.
41. S. Ayele, M. Alemayehu, E. Fikadu, and G. E. Tarekegn, "Prevalence and Associated Factors of Depression among Pregnant Mothers Who Had Intimate Partner Violence during Pregnancy Attending Antenatal Care at Gondar University Hospital Northwest Ethiopia in 2020", *Biomed Res Int*, vol. 2021, p. 9965289, 2021.
42. T. C. Melby, N. B. Sørensen, L. Henriksen, M. Lukasse, and E. M. E. Flaathen, "Antenatal depression and the association of intimate partner violence among a culturally diverse population in southeastern Norway: A cross-sectional study", *Eur J Midwifery*, vol. 6, p. 44, 2022.

43. M. A. San Martin Porter, S. Kisely, K. S. Betts, and R. Alati, "The effect of antenatal screening for depression on neonatal birthweight and gestation", *Women Birth*, vol. 34, pp. 389-395, Jul 2021.