Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tình dục ở thai phụ tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2025

Lê Đắc Hiệp[1*], Bùi Văn Hiếu[1], Phạm Thị Len[1], Trần Khắc Quang[1]
Nguyễn Thị Hồng Ánh[1], Tô Thị Lan Anh[1]
[1]Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

doi: 10.46755/vjog.2025.4.1873
Tác giả liên hệ (Corresponding author): Lê Đắc Hiệp, Emai: hiepledac81191@gmail.com
Nhận bài (received): 25/9/2025 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/12/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: *Mô tả thực trạng rối loạn chứng năng tình dục và một số yếu tố liên quan ở 239 thai phụ khỏe mạnh đến khám thai quý III tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/2024 đến 5/2025 được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi FSFI.*

Kết quả: *cho thấy độ tuổi trung bình là 29,26 ± 4,951 và có tiền sử khỏe mạnh (97,5%). Tình trạng có rối loạn chức năng tình dục ở thai phụ là 67,8%, trong đó tỷ lệ rối loạn từng quý lần lượt: quý I (53,6%), quý II (49%) và quý III (61,5%). Tỷ lệ rối loạn từng hình thái chức năng tình dục theo từng quý bao gồm: quý III ghi nhận tỷ lệ rối loạn cao nhất ở tất cả các chỉ số, đặc biệt là rối loạn sự hài lòng (51,0%), cực khoái (34,3%) và đau khi quan hệ (31,8%). Các yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tình dục gồm có: trình độ học vấn (OR = 0,4; 95%CI: 0,2 - 0,77); tình trạng nhà ở (OR = 1,84; 95%CI: 1,00 - 3,3); tiền sử nạo/sảy/hút/phá thai (OR = 5,35; 95%CI: 1,13 - 25,37); tiền sử viêm nhiễm phụ khoa (OR = 10,10; 95%CI: 1,33 - 76,89).*

Kết luận: *Tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục trong thai kỳ chiếm tỷ lệ khá cao (67,8%). Các yếu tố: trình độ học vấn, tình trạng nhà ở, tiền sử nạo/sảy/hút/phá thai và tiền sử viêm nhiễm phụ khoa có mối liên quan đến tình trạng này*

Từ khóa: *Rối loạn chức năng tình dục, thang điểm FSFI, hình thái chức năng tình dục.*

Prevalence and associated factors of sexual dysfunction among pregnant women at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2025

Le Dac Hiep[1*], Bui Van Hieu[1], Pham Thi Len[1], Tran Khac Quang[1]
Nguyen Thi Hong Anh[1], To Thi Lan Anh[1]
[1]Hai Phong University of Medicine and Pharmacy

Abstract

Objective: *To describe the prevalence of sexual dysfunction and associated factors among 239 healthy pregnant women attending antenatal care in the third trimester at Hai Phong University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2024 to May 2025, assessed using the Female Sexual Function Index (FSFI).*

Results: *The mean age of participants was 29.26 ± 4.951 years, with 97.5% reporting a healthy medical history. The overall prevalence of sexual dysfunction during pregnancy was 67.8%, with trimester-specific rates of 53.6% in the first trimester, 49.0% in the second trimester, and 61.5% in the third trimester. The third trimester exhibited the highest dysfunction rates across all domains, particularly in satisfaction (51.0%), orgasm (34.3%), and pain during intercourse (31.8%). Factors significantly associated with sexual dysfunction included educational level (OR = 0.40; 95% CI: 0.20 - 0.77), housing condition (OR = 1.84; 95% CI: 1.00 - 3.30), history of abortion or miscarriage (OR = 5.35; 95% CI: 1.13 - 25.37), and history of gynecological infections (OR = 10.10; 95% CI: 1.33 - 76.89).*

Conclusion: *Sexual dysfunction was highly prevalent during pregnancy, affecting 67.8% of participants. Educational attainment, housing condition, history of abortion/miscarriage, and gynecological infections were significantly associated with this condition.*

Keywords: *Sexual dysfunction, FSFI, sexual function domains.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình dục là một phần thiết yếu trong cuộc sống con người, góp phần quan trọng vào chất lượng cuộc sống và sức khỏe tổng thể, đặc biệt trong mối quan hệ vợ chồng. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2006) định nghĩa sức khỏe tình dục là "trạng thái khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội trong mối liên quan đến tình dục không chỉ đơn thuần là không có bệnh tật hay rối loạn" [1]. Tuy nhiên, rối loạn chức năng tình dục (RLCNTD) lại là một vấn đề phổ biến ở phụ nữ, đặc biệt là trong thai kỳ - giai đoạn có nhiều thay đổi sinh lý, tâm lý và nội tiết tố làm ảnh hưởng không nhỏ đến đời sống tình dục và hạnh phúc gia đình.

Theo Hiệp hội Tâm thần Hoa Kỳ (APA) định nghĩa: "Rối loạn chức năng tình dục (sexual dysfunction) là những vấn đề mà một cá nhân gặp phải trong một giai đoạn nào đó của hoạt động tình dục bình thường, trong đó có khoái cảm thể xác, ham muốn, hưng phấn hoặc cực khoái" [2]. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ RLCNTD ở phụ nữ mang thai rất đáng báo động. Một nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ ghi nhận có đến 64,3% phụ nữ mang thai trải qua ít nhất một dạng rối loạn chức năng tình dục [3]. Ở Iran, một nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ RLCNTD ở phụ nữ mang thai lên đến 79,1% [4]. Tình trạng này có thể bao gồm giảm ham muốn, khó đạt cực khoái, đau khi quan hệ và khó khăn trong việc duy trì sự gần gũi về mặt thể chất. Tại Việt Nam, vấn đề sức khỏe tình dục trong thai kỳ vẫn còn là chủ đề nhạy cảm, chưa được quan tâm đúng mức. Một số nghiên cứu nhỏ lẻ đã được thực hiện, ví dụ nghiên cứu của Phan Chí Thành và cộng sự tại Hà Nội (2020) cho thấy tỷ lệ RLCNTD ở phụ nữ mang thai là 51,5%, trong đó hình thái chức năng tình dục (CNTD) đều có xu hướng giảm qua các quý, rõ rệt nhất là giảm ham muốn [5]. Nghiên cứu của tác giả Lê Trọng Khiêm, Lê Minh Tâm (2024) thực hiện trên 997 thai phụ cho thấy tỷ lệ thay đổi chức năng tình dục trong thai kỳ tăng cao (81,3%), điểm số ham muốn tình dục theo FSFI giảm ở quý I và quý II, sụt giảm đáng kể ở quý III [2]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu sâu và hệ thống về chủ đề này ở nước ta vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại thành phố Hải Phòng chưa có nghiên cứu tổng quan nào về chủ đề này nhằm đề xuất các phương án tư vấn và can thiệp chăm sóc sức khỏe sinh sản toàn diện cho thai phụ tại Hải Phòng. Do đó cần có những bước nghiên cứu đầu tiên đề đánh giá thực trạng RLCNTD của thai phụ tại Hải Phòng và những yếu tố liên quan. Xuất phát từ thực trạng đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Thực trạng rối loạn chức năng tình dục ở thai phụ trên địa bàn thành phố Hải Phòng năm 2025" nhằm hai mục tiêu chính: Mô tả thực trạng rối loạn chức năng tình dục ở thai phụ trên địa bàn thành phố Hải Phòng năm 2025 và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tình dục ở đối tượng nghiên cứu trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các thai phụ đang ở quý III của thai kỳ đến khám thai tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/2024 đến 5/2025; đồng ý tham gia nghiên cứu với tiêu chuẩn:

** Tiêu chuẩn lựa chọn:* Thai phụ trên 18 tuổi, ở cùng chồng/ bạn tình trong suốt thai kỳ.

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Đã được chẩn đoán rối loạn tình dục trước khi mang thai.

- Mắc bệnh cấp hoặc mãn tính trầm trọng/ bệnh lý sản khoa có nguy cơ phải đình chỉ thai nghén trong thời gian ngắn.

- Thai phụ và chồng/ bạn tình không có điều kiện để hoạt động tình dục (dưỡng thai tại bệnh viện, thời gian sinh hoạt, làm việc khác nhau,...).

- Không biết chữ, đang gặp các vấn đề về tâm thần, mắc chứng trầm cảm hoặc người không làm chủ được các hành vi của bản thân.

- Không nhớ thông tin về tình trạng tình dục các quý trước trong thai kỳ.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/2024 đến 5/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

- *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:* Tính cỡ mẫu theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang; Chọn mẫu thuận tiện không xác suất, chọn toàn bộ thai phụ mang thai quý III đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- *Công thức tính cỡ mẫu:* $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

Z: Là hệ số tin cậy phụ thuộc vào ngưỡng xác suất α (chọn α = 0,05 với độ tin cậy 95% thì Z1-α/2 = 1,96).

p = 0,81: với p là tỷ lệ thai phụ bị rối loạn chức năng tình dục: 81% theo nghiên cứu cắt ngang kéo dài 6 tháng của nhóm Daud S, Zahid AZM, Mohamad M, Abdullah B, Mohamad năm 2019 ở Malaysia [4].

d: Là mức sai số tuyệt đối chấp nhận (chọn d = 0,05).

Theo công thức trên, cỡ mẫu tính được là n = 236 thai phụ. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã thu được 239 thai phụ đủ điều kiện vào mẫu.

- *Bộ câu hỏi sử dụng trong nghiên cứu:*

Bộ câu hỏi gồm có 5 phần:

- Phần 1: Thông tin chung của đối tượng: Tên, tuổi, dân tộc, tôn giáo, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập bình quân hàng tháng, tình trạng nhà ở, có đang ngủ cùng con, cân nặng trước mang thai, chiều cao, tiền sử mắc các bệnh mạn tính, các loại thuốc đang sử dụng, chế độ sinh hoạt khi mang thai.

- Phần 2: Thông tin liên quan đến tiền sử sản phụ khoa: Tiền sử rối loạn chức năng tình dục trước đó, chu kì kinh nguyệt, số lần mang thai, số lần nạo/ hút/ sảy thai, số lần sinh, số con hiện tại, bệnh lý từng mắc, phẫu thuật sản, phụ khoa.

- Phần 3: Thông tin liên quan đến thai kỳ lần này: Hình thức thụ thai, số lượng thai, vấn đề bất thường trong thai kỳ, tự ti về sự thay đổi của cơ thể trong quá trình mang thai.

- Phần 4: Thang điểm DASS - 21 (Depression Anxiety and Stress Scale 21).

Bộ câu hỏi này gồm có 21 câu hỏi giúp đánh giá mức độ lo âu, trầm cảm, stress:

Điểm tổng sẽ bằng tổng điểm của các câu hỏi nhân đôi. Phân loại các mức độ mức độ trầm cảm, mức độ lo âu, mức độ stress.

- Phần 5: Thang điểm đánh giá rối loạn chức năng tình dục FSFI (Female Sexual Function Index). Đối tượng nghiên cứu có điểm FSFI < 26,55 được xác định là có rối loạn chức năng tình dục (theo Rosen et al., J Sex Marital Ther, 2000).

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

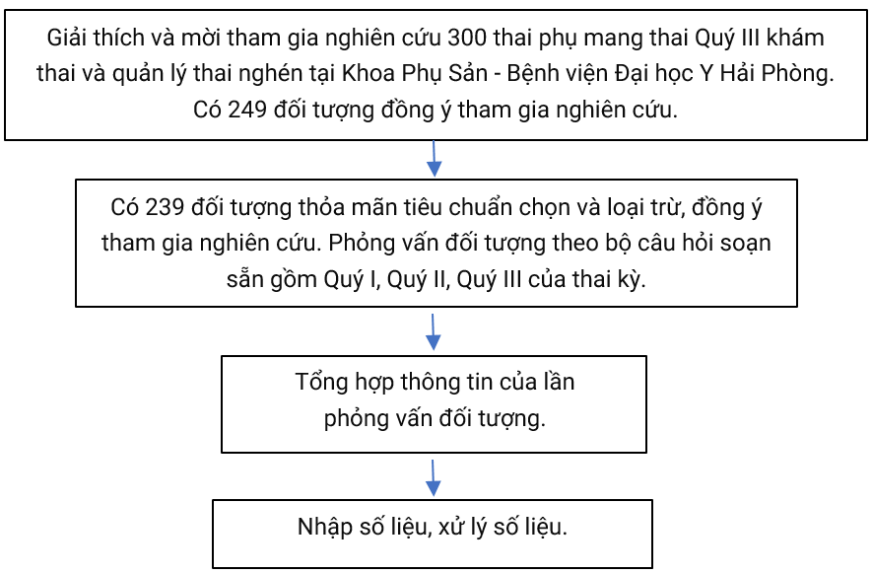
Bước 1: Tại khoa Sản, Bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng, tất cả những thai phụ mang thai Quý III đăng ký khám thai và quản lý thai nghén tại Khoa Sản - Bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Thai phụ được khám sàng lọc và thu thập một số thông tin theo bộ câu hỏi soạn sẵn gồm thông tin nhân khẩu học, bộ câu hỏi DASS 21, bộ câu hỏi FSFI trước khi mang thai. Những đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích và mời tham gia nghiên cứu.

Bước 3: Phỏng vấn đối tượng tham gia nghiên cứu theo bộ câu hỏi soạn sẵn tại quý III sau đó phỏng vấn hồi cứu sản phụ về chức năng tình dục ở Quý I và Quý II.

Bước 4: Tổng hợp thông tin của lần phỏng vấn đối tượng.

Bước 5: Nhập số liệu, xử lý số liệu.



***Sơ đồ 1.** Sơ đồ quy trình tiến hành lấy số liệu và xử lý số liệu

2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính được tính tỷ lệ %, biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất và nhỏ nhất. Sử dụng Chi – square test và Hồi quy logistics đơn biến đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục chung với các yếu tố liên quan. Phân tích hồi quy logistics đa biến đánh giá mối liên quan thực sự của các yếu tố.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt theo quyết định số 314/QĐ-YDHP và được sự đồng ý của Ban Giám hiệu, Phòng Quản lý đào tạo Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

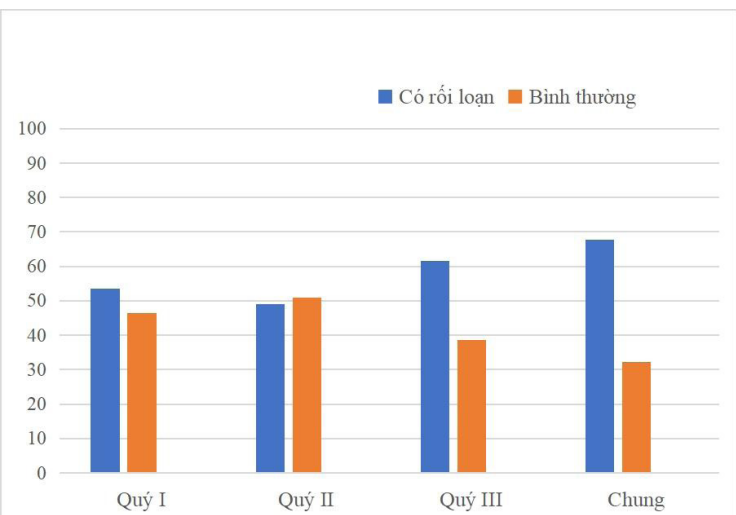
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 239)	Tỷ lệ (100%)
Nhóm tuổi		
18 đến 29	178	74,5
30 đến 35	42	17,6
> 35	19	7,9

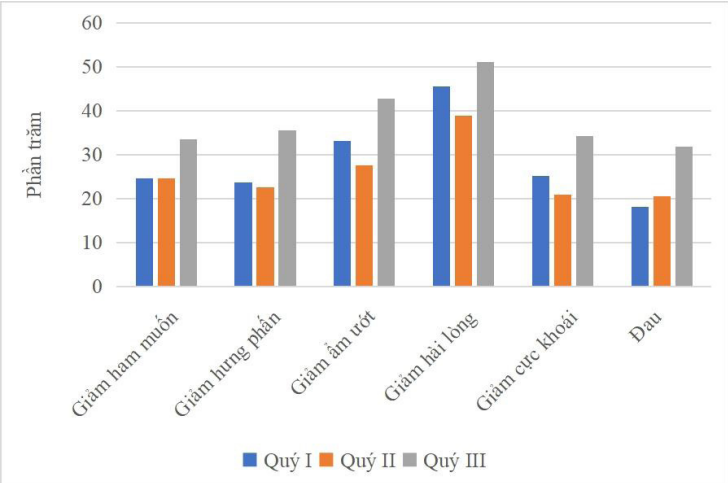
Bệnh lý mạn tính		
Khỏe mạnh	233	97,5
Đái tháo đường	3	1,3
Tăng huyết áp	1	0,4
Khác	2	0,8
Trình độ học vấn		
THCS	8	3,3
THPT	137	57,3
Đại học	92	38,5
Sau đại học	2	0,8
Mức thu nhập		
Dưới 6 triệu	12	5
Từ 6 đến 16 triệu	213	89,1
Trên 16 triệu	14	5,9
Tình trạng nhà ở		
Ở chung	113	47,3
Ở riêng	126	52,7
Ngủ cùng con		
Có	92	38,5
Không	147	61,5

Hầu hết sản phụ ở độ tuổi sinh đẻ và có tiền sử khỏe mạnh.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục ở đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ mắc RLCNTD chung ở thai phụ 67,8%. Tỷ lệ rối loạn từng quý có sự thay đổi từ 53,6% ở quý I xuống 49% ở quý II và tăng lên 61,5% ở quý III.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ rối loạn theo từng hình thái chức năng tình dục

Giảm hài lòng (cao nhất 51% ở quý III) và giảm ẩm ướt (43% ở quý III) là hai hình thái có tỷ lệ rối loạn cao nhất, các hình thái khác đều có xu hướng tăng dần theo các quý thai kỳ.

Bảng 2. Phân tích đa biến một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tình dục ở thai phụ

Yếu tố		OR (95%CI)	AOR (95%CI)	p value
Tuổi mẹ	< 30	0,54	0,67	
	≥ 30	(0,29 - 0,99)	(0,34 - 1,29)	0,228
Nhà ở	Ở chung	0,52	1,84	0,049
	Ở riêng	(0,30 - 0,90)	(1,00 - 3,37)	
Chế độ sinh hoạt	Bình thường	0,64	1,88	0,110
	Nghỉ dưỡng thai	(0,32 - 1,28)	(0,87 - 4,10)	
Ngủ cùng con	Có	0,875	1,07	0,819
	Không	(0,49 - 1,53)	(0,58 - 1,99)	
Trình độ học vấn	Chưa hoàn thành THPT			0,023
	Đã hoàn thành THPT	0,697 (0,167 - 2,91)	0,66 (0,14 - 3,10)	0,600
	Đại học/ Sau đại học	0,457 (0,255 - 0,81)	0,40 (0,20 - 0,77)	0,006
BMI	Bình thường (18,5 - 22,9)			0,452
	Thiếu cân (<18,5)	1,72 (0,66 - 4,48)	1,68 (0,60 - 4,74)	0,323
	Thừa cân (≥23)	0,69 (0,21 - 2,26)	0,62 (0,16 - 2,43)	0,491
Thu nhập bình quân	Dưới 6 triệu)			0,348
	Từ 6 đến 16 triệu	1,833 (0,145 - 23,154)	0,21 (0,03 - 1,80)	0,155
	Trên 16 triệu	0,313 (0,068 - 1,436)	0,24 (0,03 - 2,29)	0,216
Tiền sử nạo/hút/sảy/ phá	Có	4,98	5,35	
	Không	(1,13 - 21,97)	(1,13 - 25,37)	0,035
Tự ti về cơ thể	Có	0,687 (0,398 - 1,185)	1,68 (0,92 - 3,07)	0,090

Trình độ học vấn, tình trạng nhà ở, tiền sử nạo hút sảy phá thai là cho thấy mối liên quan với RLCNTD ở thai phụ (với p < 0,05), các yếu tố còn lại thì không cho thấy có mối liên quan nào.

4. BÀN LUẬN

Thực trạng rối loạn chức năng tình dục trên đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 239 thai phụ tham gia nghiên cứu của chúng tôi, kết quả thu được tổng số thai phụ mắc RLCNTD là khá cao (67,8%). Trong đó tỷ lệ mắc rối loạn ở quý I là 53,6%, giảm xuống 49% ở quý II và tăng mạnh trở lại 61,5% ở quý III. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hanafy và cộng sự (2014) tại Ai Cập với tỷ lệ RLCNTD là 68% ở quý I, giảm xuống 51% ở quý II và tăng lên 72% ở quý III [5]. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Hanafy, điều này có thể được lý giải do sự khác biệt về văn hóa và quan điểm xã hội liên quan đến tình dục trong thai kỳ. Ở các quốc gia Trung Đông như Ai Cập, những rào cản văn hóa, tôn giáo nghiêm ngặt hơn đối với hoạt động tình dục khi mang thai có thể góp phần làm gia tăng tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục được ghi nhận. Thứ hai là đặc điểm dân số và bối cảnh nghiên cứu, nghiên cứu tại Ai Cập được tiến hành chủ yếu tại các bệnh viện tuyến trung ương với mẫu bệnh nhân đa dạng về bệnh lý sản khoa, có thể làm tăng nguy cơ RLCNTD so với nhóm phụ nữ khỏe mạnh được khảo sát tại một bệnh viện tuyến tỉnh như ở Hải Phòng. Cuối cùng, mức độ hỗ trợ từ bạn đời, trình độ học vấn và khả năng tiếp cận thông tin y tế cũng là những yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến nhận thức và trải nghiệm tình dục trong thai kỳ, vốn có thể khác nhau giữa các quốc gia và vùng lãnh thổ.

Khi so sánh với nghiên cứu của ThS.BS Phan Chí Thành (2020) được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ RLCNTD được ghi nhận là 51,5%, thấp hơn đáng kể so với kết quả của chúng tôi [3]. Trước hết, về đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm phụ nữ mang thai ở quý III thai kỳ, trong đó tỷ lệ thai phụ ở quý III tương đối cao, quý được chứng minh là có tỷ lệ RLCNTD cao nhất do ảnh hưởng của các yếu tố sinh lý và tâm lý như tăng áp lực vùng chậu, lo lắng về chuyển dạ, giảm khả năng vận động, hoặc thay đổi hình thể làm giảm sự hấp dẫn cá nhân và tự tin trong quan hệ tình dục. Ngược lại, nghiên cứu của ThS.BS Phan Chí Thành tập trung chủ yếu vào thai phụ trong tam cá nguyệt I và II, giai đoạn mà chức năng tình dục thường ổn định hoặc chỉ giảm nhẹ, có thể dẫn đến tỷ lệ RLCNTD thấp hơn. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu này có thể đến từ một số yếu tố then chốt về phương pháp nghiên cứu, đặc điểm dân số khảo sát, cũng như phân bố quý thai kỳ của các đối tượng tham gia và bối cảnh nghiên cứu cũng như cách tiếp cận dịch vụ y tế.

Như vậy, có thể nói rằng tỷ lệ RLCNTD ở thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao, đặc biệt ở quý III thai kỳ. Tình trạng này chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như đặc điểm dân số, bối cảnh nghiên cứu, nền tảng văn hóa - xã hội và mức độ hỗ trợ từ bạn đời cũng như khả năng tiếp cận thông tin sức khỏe sinh sản.

Rối loạn hình thái chức năng tình dục trên đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận RLCNTD gặp ở hầu hết các lĩnh vực của chức năng tình dục nữ, bao gồm ham muốn, hưng phấn, ẩm ướt, hài lòng, cực khoái và đau khi quan hệ. Trong đó, quý III ghi nhận tỷ lệ rối loạn cao nhất ở tất cả các chỉ số, đặc biệt là rối loạn hài lòng (51,0%), cực khoái (34,3%) và đau khi quan hệ (31,8%). Đây là những chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng hoạt động tình dục toàn diện và cho thấy ảnh hưởng rõ rệt của sự tiến triển thai kỳ lên đời sống tình dục của thai phụ. Tỷ lệ rối loạn ham muốn duy trì ổn định ở quý I và II (24,7%) nhưng tăng lên đáng kể trong quý III (33,5%), điều này có thể do sự kết hợp giữa yếu tố nội tiết, mệt mỏi thể chất, lo lắng trước sinh và hình ảnh cơ thể thay đổi. Rối loạn hưng phấn cũng tăng rõ rệt ở quý III (35,6%), đồng thời tỷ lệ rối loạn âm ướt tăng từ 27,6% (quý II) lên 42,7% (quý III), phù hợp với giả thuyết về giảm kích thích và thay đổi môi trường nội tiết (estrogen, progesterone) trong giai đoạn cuối thai kỳ. Đặc biệt, tỷ lệ rối loạn hài lòng tăng cao nhất trong cả ba quý và đạt đỉnh ở quý III. Điều này có thể phản ánh sự suy giảm đáng kể về chất lượng đời sống tình dục, không chỉ do yếu tố thể chất mà còn liên quan đến cảm xúc, mối quan hệ vợ chồng và tâm lý lo lắng cho thai nhi. Tỷ lệ đau khi quan hệ cũng tăng đáng kể trong quý III (31,8%), có thể liên quan đến sự chèn ép vùng chậu, tăng nhạy cảm mô âm đạo hoặc tâm lý tránh né giao hợp do sợ ảnh hưởng đến thai nhi, nguy cơ sinh non. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu trên thế giới như của Yıldız (2015) tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy tỷ lệ RLCNTD của các hình thái CNTD tăng đáng kể ở quý III so với quý I và II, đặc biệt ở các lĩnh vực như cực khoái, hài lòng [6]; nghiên cứu của Jamali & Mosalanejad (2013, Iran), Ugwu et al. (2023, Nigeria), và Kerdarunsuksri & Manusirivithaya (2010, Thái Lan) cũng đều cho thấy sự suy giảm của các hình thái CNTD trong quý III, đặc biệt là ở các miền cực khoái, ẩm ướt và hài lòng [2], [7], [8].

Các yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tình dục trên đối tượng nghiên cứu

Kết quả hồi quy đa biến cho thấy người có trình độ học vấn cao hơn sẽ giảm khả năng mắc RLCNTD bằng 0,4 lần so với nhóm có học vấn thấp hơn. Điều này cho thấy giáo dục có vai trò trong việc nâng cao nhận thức về thay đổi sinh lý trong thai kỳ, cải thiện tâm lý lo ngại về ảnh hưởng của quan hệ tình dục với thai nhi, từ đó giúp thai phụ duy trì đời sống tình dục lành mạnh. Những người phụ nữ có tiền sử nạo/ hút/ sảy/ phá thai hoặc có tiền sử viêm nhiễm phụ khoa có nguy cơ RLCNTD lần lượt gấp 5 lần và 10 lần so với nhóm

không có tiền sử. Nhóm thai phụ này có tâm lý lo lắng về khả năng sinh sản hoặc cảm thấy sợ hãi khi quan hệ tình dục trong thai kỳ. Kết quả cho thấy tỷ lệ RLCNTD ở nhóm sống chung với người thân thấp hơn 0,52 lần so với nhóm sống riêng. Việc thiếu không gian riêng tư sẽ ảnh hưởng đến khả năng biểu hiện tình cảm, ảnh hưởng trực tiếp đến tần suất và chất lượng quan hệ tình dục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những yếu tố khác như tuổi, BMI, loại thai, số lượng thai, sự tự ti về thay đổi ngoại hình trong thai kỳ,... chưa thấy có mối liên quan với RLCNTD của thai phụ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy có mối liên quan giữa tuổi, BMI,.. với RLCNTD như nghiên cứu của Ribeiro (2014) tại Brazil phát hiện phụ nữ mang thai thừa cân có điểm số FSFI thấp hơn rõ rệt trong quý III [9] hay nghiên cứu của Ana-Maria và cộng sự (2023) lại ghi nhận mối liên quan giữa biến chứng thai kỳ hoặc mang đa thai với suy giảm chức năng tình dục, chủ yếu do ảnh hưởng của stress, lo âu, và thay đổi nội tiết tố trong thai kỳ [10]. Điều này có thể được lý giải một phần bởi hạn chế về cỡ mẫu, dẫn đến giảm độ mạnh thống kê trong việc phát hiện các mối liên quan tiềm ẩn. Điều này có thể giải thích do văn hoá và vấn đề ngại thể hiện quan điểm tình dục ở văn hoá Phương Đông.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ RLCNTD ở thai phụ là khá cao (67,8%) và RLCNTD có thể gặp ở bất cứ thời gian nào trong thai kỳ, cũng như ở bất cứ hình thái chức năng tình dục nào. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, tình trạng nhà ở, tiền sử viêm nhiễm phụ khoa và tiền sử nạo/ sảy/ hút/ phá thai với RLCNTD trên thai phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mối quan hệ giữa tình dục trước khi mang thai và chức năng tình dục trong thời kỳ mang thai và sau sinh. Tạp chí trị liệu tình dục và hôn nhân. 2025 Tập 41, Số 1.

2. Lê Trọng Khiêm, Lê Minh Tâm. Nghiên cứu nhu cầu, thực hành tình dục ở các thai phụ và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Phụ Sản. 2024, 22(3), 64- 71

3. Phan Chí Thành, Trần Danh Cường, Ngô Văn Toàn, Trần Kim Thanh. Thực trạng rối loạn chức năng tình dục và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. TCNCYH. 2022, vol. 153, no. 5, Art. no. 5, Jun., doi: 10.52852/tcncyh.v153i5.777.

4. S. Daud, A. Z. M. Zahid, M. Mohamad, B. Abdullah, and N. A. N. Mohamad. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2019, vol. 300, no. 5, pp. 1279–1285, doi: 10.1007/s00404-019-05273-y.

5. S. Hanafy, N. E. Srour, and T. Mostafa. Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters: an Egyptian study, Sex Health, vol. 11, no. 3, pp. 240–243, Jul. 2014, doi: 10.1071/SH13153.

6. H. Yıldız. The Relation Between Prepregnancy Sexuality and Sexual Function During Pregnancy and the Postpartum Period: A Prospective Study. Journal of Sex & Marital Therapy. 2015, vol. 41, no. 1, pp. 49–59, doi: 10.1080/0092623X.2013.811452.

7. E. O. Ugwu, C. C. Dim, and G. U. Eleje. Sexual Function in Pregnancy in a Nigerian Population: A Prospective Longitudinal Study. Niger J Clin Pract. 2023, vol. 26, no. 5, pp. 636–645, doi: 10.4103/njcp.njcp_119_23.

8. A. Kerdarunsuksri and S. Manusirivithaya. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. J Med Assoc Thai. 2010, vol. 93, no. 3, pp. 265–271.

9. M. C. Ribeiro, M. U. Nakamura, M. R. Torloni, M. de T. Scanavino, F. B. Scomparini, and R. Mattar. Female sexual function of overweight women with gestational diabetes mellitus - a cross-sectional study. PLoS One. 2014, vol. 9, no. 4, p. e95094, doi: 10.1371/journal.pone.0095094.

10. A.-M. C. Daescu et al. The Paradox of Sexual Dysfunction Observed during Pregnancy. Healthcare (Basel). 2023, vol. 11, no. 13, p. 1914, doi: 10.3390/healthcare11131914.

11. Rezaei N et al. Sexual function and related factors in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2024;103(1):e36825.

12. Szöllősi K et al. Sexual function one year after childbirth and associated factors. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2022;43(2):123–131.

13. Tavares LVC et al. Relationship between genital self-image and sexual function in pregnancy: a cross-sectional study. MTP & Rehabilitation Journal. 2024.

14. Tartaglia S et al. Determinants of female sexual dysfunction from late pregnancy to postpartum: a prospective study. Healthcare (Basel). 2025;13(2):115. doi:10.3390/healthcare13020115

15. Lorzadeh N et al. Female sexual dysfunction and its determinants during pregnancy: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(1):654. doi:10.1186/s12884-023-05954-9