

# NHU CẦU HỖ TRỢ TÂM LÝ - XÃ HỘI CỦA NGƯỜI HIỂM MUỘN: MỘT NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN

Nguyễn Đỗ Hồng Nhung<sup>1</sup>

Trương Quang Lâm<sup>2</sup>

Lương Bích Thủy<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Khoa Tâm lý - Giáo dục, Trường Đại học Sư phạm Thái Nguyên; <sup>2</sup>Khoa Tâm lý học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội; <sup>3</sup>Khoa Xã hội học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

## TÓM TẮT

Hiếm muộn là một vấn đề rất phức tạp và tế nhị được các ngành y học, tâm lý học và xã hội học quan tâm tìm hiểu dưới góc độ nguyên nhân và hậu quả của hiếm muộn cũng như các triệu chứng tâm thần có liên quan. Mục đích của nghiên cứu tổng quan này là làm rõ nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội hay tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần của các cặp vợ chồng hiếm muộn. Bài viết này là một đánh giá dựa trên thông tin từ các tài liệu đã xuất bản bằng tiếng Anh và tiếng Việt từ ngày 1 tháng 1 năm 2000 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021 trên PsychINFO, PubMed, Google Scholar, Science Direct, Web of Science, Researchgate... bằng cách sử dụng các từ khóa sau: hiếm muộn, vô sinh, nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội. Trong phần tổng hợp này, chúng tôi đã thảo luận về các nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội thường gặp ở người hiếm muộn cũng như sự cần thiết phải có các dịch vụ hỗ trợ tâm lý - xã hội với người hiếm muộn trong việc làm giảm các vấn đề khó khăn, rối nhiễu tâm lý và tăng tỷ lệ thành công trong điều trị vô sinh, hiếm muộn.

**Từ khóa:** Nhu cầu; Hiếm muộn; Tâm lý người hiếm muộn; Hỗ trợ tâm lý xã hội; Nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội.

Ngày nhận bài: 5/3/2022; Ngày duyệt đăng bài: 25/3/2022.

## 1. Đặt vấn đề

Hiếm muộn và điều trị hiếm muộn là trải nghiệm mang lại nhiều gánh nặng tâm lý, đòi hỏi nhiều nỗ lực ứng phó để các cặp đôi có thể cân bằng tâm lý và tiếp tục cam kết quá trình điều trị (Schmidt, Christensen và Holstein, 2005). Hiếm muộn (infertility) được định nghĩa là bệnh của hệ thống sinh sản được xác định bởi sự thất bại trong việc mang thai sau 12 tháng hoặc hơn với tình trạng quan hệ tình dục không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào (WHO,

2018). Khi bắt đầu điều trị, các cặp đôi chấp nhận rằng tình trạng hiếm muộn là một tình huống bất thường, mang tính thách thức trong cuộc sống (dẫn theo Zegers-Hochschild Adamson, de Mouzon và cộng sự, 2009) và được xác nhận là trải nghiệm căng thẳng nhất với nhiều tổn thương tâm lý khác nhau (Greil, Slauson-Blevins và McQuillan, 2010; El Kissi, Romdhane, Hidar và cộng sự, 2013). Có mối liên hệ đáng kể giữa vô sinh, hiếm muộn và mất lòng tự trọng (Thoma, Fledderjohann, Cox và Adageba, 2021), cảm giác tội lỗi, thất vọng, lo lắng (Nhưng và Giang, 2017; Lâm, 2020; Thoma, Fledderjohann, Cox và Adageba, 2021), trầm cảm (Wright và cộng sự, 1991; Vo và cộng sự, 2019; Le và Nguyen, 2020; Thoma, Fledderjohann, Cox và Adageba, 2021) và các vấn đề hôn nhân, đặc biệt là các vấn đề tình dục (Ramezanzadeh, Aghssa, Abedinia và cộng sự, 2004). Tác động của tình trạng này có thể gây ra những hậu quả xấu về mặt xã hội và tâm lý đối với cá nhân, từ sự tẩy chay công khai hoặc ly hôn cho đến các hình thức kỳ thị xã hội dẫn đến cô lập và đau khổ về tinh thần (WHO, 2003; Rutstein và Shah, 2004).

Nhu cầu tư vấn của các cặp vợ chồng vô sinh rất đa dạng và họ cần những can thiệp hỗ trợ tâm lý - xã hội và các chương trình hỗ trợ thông tin để làm giảm căng thẳng tâm lý họ gặp phải (Jafarzadeh-Kenarsari và cộng sự, 2015). Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, điều trị vô sinh được coi như là một căng thẳng tâm lý và những người vô sinh cảm thấy rằng nhu cầu cảm xúc của họ không được đáp ứng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe (Robert và Kevin, 1987; Schmidt, 1998).

Những nghiên cứu trước đây nhận định, có một rào cản đối với việc tìm kiếm sự giúp đỡ là nhiều cặp vợ chồng không sẵn sàng về mặt tinh thần để tham gia vào các chương trình hỗ trợ khi bắt đầu điều trị và nhiều bệnh nhân miễn cưỡng tìm kiếm các dịch vụ “sức khỏe tâm thần” vì sợ bị kỳ thị (Wasser, Sewall và Soules, 1993). Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cũng chỉ ra việc cung cấp cho bệnh nhân thông tin và hướng dẫn về các kỹ năng tự chăm sóc để giải quyết các vấn đề thông thường (chẳng hạn như kiểm soát mệt mỏi, giải quyết khó khăn trong giao tiếp và giảm lo lắng) có thể làm giảm đau khổ và tạo điều kiện hợp tác với các hướng dẫn y tế (Cousineau và Domar, 2007). Có thể nói, hỗ trợ tâm lý - xã hội có thể làm giảm ảnh hưởng tiêu cực, đặc biệt là sự đau khổ của những người hiếm muộn (Menning, 1980; Boivin, 2003).

Vì vậy, trong phạm vi bài viết này, chúng tôi tổng quan một số nghiên cứu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội của người hiếm muộn nhằm tìm hiểu mong muốn, nguyện vọng của họ như một gợi ý cho công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cho nhóm đối tượng này.

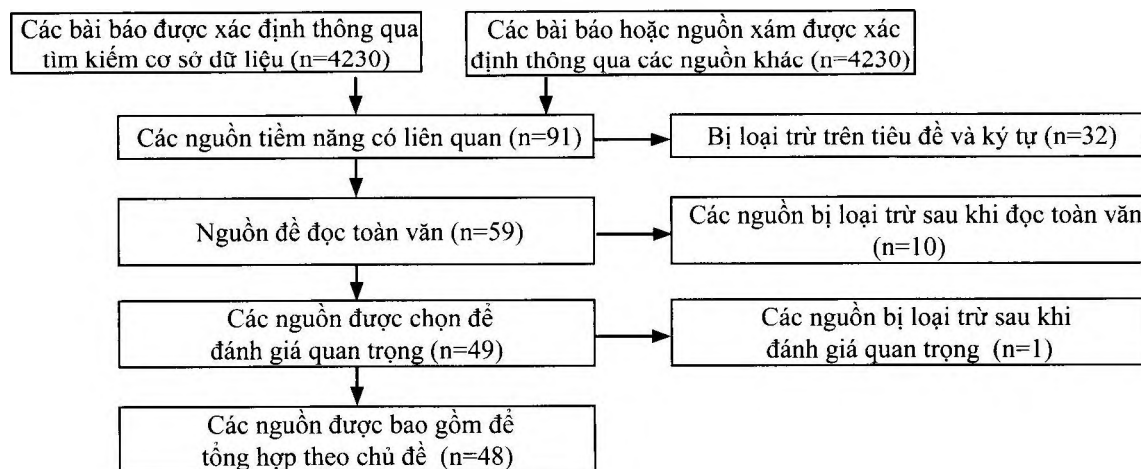
## 2. Phương pháp nghiên cứu

Trong bài viết này, chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu chính là nghiên cứu tài liệu. Việc lựa chọn các tài liệu đưa vào tổng quan trong bài này được dựa trên một vài tiêu chuẩn cốt lõi của mô hình PRISMA trong tổng quan, điểm luận tài liệu (ref)<sup>(1)</sup>.

**Về tiêu chí lựa chọn tài liệu:** Các tài liệu được lựa chọn dựa trên các tiêu chí như sau: nghiên cứu liên quan đến các nhu cầu hỗ trợ tâm lý của các cặp đôi hiếm muộn; các nghiên cứu được xuất bản bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt; các nghiên cứu xuất bản trong khoảng thời gian từ 1/2000 - 12/2021. Các nghiên cứu bị loại trừ nếu các nghiên cứu không rõ tiêu chí đo lường khía cạnh khó khăn tâm lý và nhu cầu hỗ trợ tâm lý của người hiếm muộn.

**Về quá trình tìm kiếm:** Từ/cụm từ khóa chính để tìm kiếm là: hiếm muộn, vô sinh, nhu cầu hỗ trợ tâm lý, nhu cầu hỗ trợ xã hội, nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội. Với cụm từ “hiếm muộn, vô sinh” với các từ khóa tiếng Anh tìm kiếm là “infertility”; “unable to reproduce”; “infertile”; Với cụm từ “nhu cầu hỗ trợ tâm lý”, “nhu cầu hỗ trợ xã hội”, “nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội” với từ khóa tiếng Anh là “needs for psychological support”; “needs for psychological help”, “needs for social support”; “needs for social help”; “psychosocial support needs”. Quá trình tìm kiếm tài liệu được điều chỉnh cho các cơ sở dữ liệu khác nhau với các hàm “và” và “hoặc” (“and” và “or”). Từ các từ khóa trên, chúng tôi đã tìm kiếm từ các cơ sở dữ liệu PsychINFO, PubMed, Google Scholar, Science Direct, Researchgate, Web of Science và từ một số nguồn khác. Thời gian tìm kiếm tài liệu tới tháng 12/2021.

**Về kết quả tìm kiếm:** Từ các cơ sở dữ liệu trên và một số nguồn khác, đầu tiên chúng tôi tìm kiếm được 91 tài liệu. Tiếp đó, dựa vào tiêu đề, tóm tắt và từ khóa của tài liệu, chúng tôi đã loại bỏ 32 tài liệu vì đó là các bài tổng quan, bài trùng lặp giữa các cơ sở dữ liệu... Bước tiếp theo là đọc bản đầy đủ của từng tài liệu, chúng tôi tiếp tục loại bỏ 11 tài liệu do không đáp ứng các tiêu chí nêu trên. Kết quả cuối cùng chúng tôi đã đưa vào tổng quan 48 tài liệu, xuất bản từ 2000 - 2021.



**Hình 1:** Khung kết quả tổng quan hệ thống

### 3. Kết quả nghiên cứu

Trong quá trình điểm luận các nghiên cứu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội của người hiếm muộn, một vài điểm đáng lưu ý có thể khái quát như sau:

#### ***3.1. Nghiên cứu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội được xem như một điều kiện tiên quyết để thiết kế và phát triển các biện pháp can thiệp cho người hiếm muộn***

Với những nghiên cứu được thực hiện trong thế kỷ trước thì việc xác định nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội cho người hiếm muộn không thực sự được quan tâm do tập trung vào điều trị vô sinh như một tình trạng y tế với các hậu quả tâm lý. Trong một cuộc khảo sát trên một quần thể lớn hơn gồm 834 cặp vợ chồng bệnh nhân đến khám tại phòng khám hiếm muộn của bệnh viện Jessop ở Sheffield (Anh) và được thực hiện từ năm 1975 đến năm 1985, Edelmann và Connolly đã sử dụng bảng câu hỏi để thu thập thông tin nhằm xác định nhu cầu tư vấn của bệnh nhân hiếm muộn. Kết quả cho thấy chỉ có 1/3 số cặp vợ chồng tham gia cần được hỗ trợ về tâm lý và thông tin (Edelmann và Connolly, 1987). Nghiên cứu của Greil và cộng sự (2010) cũng chỉ ra các công trình thời điểm đó hầu như ít quan tâm đến cấu trúc xã hội của bệnh vô sinh, bởi lẽ, các đau khổ tâm lý trong điều trị hiếm muộn chỉ xuất hiện khi những người có liên quan khi coi thiên chức làm cha mẹ như một vai trò xã hội mong muốn, theo đó các cá nhân xác định khả năng có con của họ là một vấn đề (Greil, Slauson-Blevins và McQuillan, 2010).

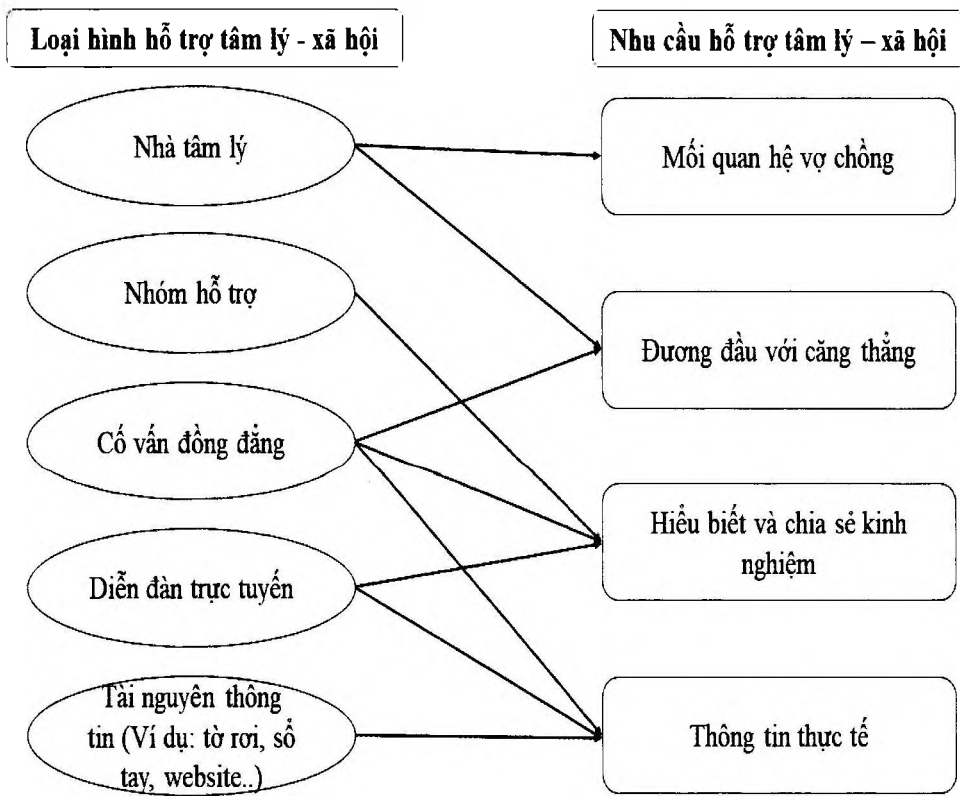
Các nghiên cứu trong hai thập kỷ gần đây đã chứng minh tầm quan trọng của việc xác định nhu cầu tư vấn và tâm lý - xã hội của bệnh nhân vô sinh có thể tỏ ra hiệu quả như một điều kiện tiên quyết để thiết kế và phát triển các can thiệp hỗ trợ và tư vấn (Jafarzadeh-Kenarsari F. và cộng sự, 2015). Bởi lẽ, việc can thiệp tâm lý đồng thời với điều trị y tế đặc hiệu cho vô sinh, hiếm muộn là điều kiện cần thiết để khôi phục trạng thái cân bằng của cá nhân/cặp vợ chồng và tháo gỡ những trở ngại cho sự thành công của việc điều trị hiếm muộn (Vioreanu, 2021). Tuy nhiên, chỉ có ít công trình nghiên cứu có đề cập đến nhu cầu hỗ trợ tư vấn của bệnh nhân hiếm muộn (Read và cộng sự, 2014). Một nghiên cứu định lượng được thực hiện cho 76 cặp vợ chồng được chẩn đoán vô sinh dưới sự chăm sóc của các phòng khám y học sinh sản khác nhau ở Romania từ năm 2018 đến năm 2019 cho thấy hỗ trợ xã hội là điều cần thiết trong việc đối phó với vô sinh, có vai trò bảo vệ, điều chỉnh/giảm bớt mối quan hệ giữa rối loạn cảm xúc và điều chỉnh hôn nhân (Iordachescu, Gica, Vladislav và cộng sự, 2021).

#### ***3.2. Hình thức hỗ trợ tâm lý - xã hội là một trong những hình thức hỗ trợ quan trọng trong điều trị hiếm muộn***

Hầu hết các nghiên cứu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội của người hiếm muộn hướng đến xác định nhu cầu về hình thức hỗ trợ.

Một loạt nghiên cứu định tính và định lượng của các nhà khoa học cũng khẳng định việc cung cấp các hỗ trợ tâm lý - xã hội cùng với các phương pháp điều trị y tế hiện tại là rất quan trọng và *tư vấn* được coi là một trong những thành phần thiết yếu của điều trị vô sinh (Jafarzadeh-Kenarsari và cộng sự, 2015; Read và cộng sự, 2014; Mohammadi và Farahani, 2001; Fatemeh và cộng sự, 2009; Fahami và cộng sự, 2010).

Nghiên cứu định tính trên 32 cặp vợ chồng vô sinh dị tính người Canada của Read và cộng sự cho thấy hầu hết các cặp vợ chồng tham gia đều cần được hỗ trợ tâm lý - xã hội và tư vấn trong quá trình điều trị, nhưng chỉ một nửa trong số họ đã tham gia các chương trình này. Một số chương trình hỗ trợ được đề cập đến trong nghiên cứu này đó là: *cố vấn đồng đẳng, chia sẻ kinh nghiệm* từ sự tương tác với những người khác trong hoàn cảnh tương tự hay *tư vấn cho các cặp vợ chồng và hướng dẫn trong quá trình điều trị* để thỏa mãn nhu cầu tâm lý - xã hội của họ (Read và cộng sự, 2014). Các loại hình hỗ trợ tâm lý - xã hội tương ứng với lý do của các cặp vợ chồng hiếm muộn được minh họa bởi sơ đồ dưới đây:



**Hình 2:** Sự tương ứng giữa loại hình hỗ trợ tâm lý - xã hội và lý do mà các cặp vợ chồng cần hỗ trợ (Read và cộng sự, 2014)

Ngoài việc hỗ trợ trực tiếp tại các cơ sở thăm khám sức khỏe tâm thần, nhiều người hiếm muộn hiện nay sử dụng internet để tìm kiếm thông tin và hỗ trợ (Nguyễn Đỗ Hồng Nhung và Nguyễn Đỗ Hương Giang, 2017; Kahlor và Mackert, 2009; Porter và Bhattacharya, 2008; Rawal và Haddad, 2006). Trong bối cảnh xã hội bùng nổ thông tin hiện nay, việc tiếp cận rộng rãi các công nghệ internet như máy tính và điện thoại di động... đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc cung cấp và thu nhận thông tin và hỗ trợ y tế. Điều này diễn ra thường xuyên hơn ở những người quan tâm, lo lắng đến vấn đề sức khỏe của bản thân. Do đó, những người hiếm muộn và có nhu cầu tìm kiếm sự hỗ trợ có thể dễ dàng tìm kiếm các thông tin liên quan đến tình trạng bệnh, tư vấn và điều trị và cả những hội nhóm hiếm muộn - nơi họ có thể nhận được sự hỗ trợ, chia sẻ từ những người cùng cảnh ngộ mà chưa từng gặp (Chiew và Jan, 2018). Thực tế cho thấy có rất nhiều thông tin về việc điều trị hiếm muộn được công bố mỗi năm, từ những sách báo khoa học về hiếm muộn và những lựa chọn điều trị cho tới những cuốn tự truyện, từ các biện pháp điều trị thay thế cho tới những phương thức điều trị được bảo đảm (Cousineau và Domar, 2007). Những cuốn sách hoặc trang web có thể cung cấp một vài chiến lược ứng phó thiết thực cùng với những câu chuyện chia sẻ, những người đang trong tình trạng hiếm muộn thấy rằng những nguồn thông tin ấy phần nào giúp đỡ được họ trong quá trình tìm con (Cousineau và cộng sự, 2004).

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, các cá nhân nhận thấy nhiều diễn đàn internet có giá trị trong việc chia sẻ các thông tin cá nhân về trải nghiệm điều trị. Để làm quen với ngôn ngữ y tế được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị vô sinh cũng như đối phó tốt hơn với sự kỳ thị tiềm ẩn và đau khổ về tâm lý, những người lo lắng về vô sinh có khả năng tìm kiếm trên internet để tìm kiếm thông tin liên quan đến vô sinh và hỗ trợ xã hội (Huang và cộng sự, 2003). Nhiều phụ nữ và nam giới hiếm muộn thường truy cập các trang web của các phòng khám và bác sỹ hiếm muộn và các trang diễn đàn để tìm kiếm thông tin (Satir và Kavlak, 2017). Wingert và cộng sự (2005) cho rằng việc tìm kiếm các thông tin hỗ trợ trên mạng internet giống như các nhóm hỗ trợ và nghiên cứu của Cousineau cùng các cộng sự (2008) đã phát hiện ra rằng một chương trình được thiết kế để hỗ trợ bệnh nhân qua internet đã có những tác động tích cực.

Bên cạnh đó, Epstein và cộng sự (2002) cũng đưa ra bằng chứng cho thấy rằng những phụ nữ sử dụng internet như một lối thoát duy nhất để hỗ trợ điều trị vô sinh thường bị trầm cảm hơn những phụ nữ còn lại. Tìm kiếm sự hỗ trợ xã hội trực tuyến có thể mang lại lợi ích cho bệnh nhân vô sinh bằng cách cung cấp một phương tiện để bình thường hóa và xác nhận các vấn đề cụ thể về vô sinh và giảm sự cô lập xã hội trong thời gian khó khăn mà họ phải trải qua (Brochu và cộng sự, 2019). Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng cho thấy, khi bệnh nhân chỉ dựa vào những diễn đàn mà bỏ qua các dạng hỗ trợ khác từ cộng đồng, mức độ căng thẳng

của họ sẽ cao hơn so với những người sử dụng đa dạng các phương tiện hỗ trợ (Epstein và cộng sự, 2002). Và các nguồn thông tin dựa trên các trang web có thể không phù hợp với nhu cầu của những người có mức độ đau khổ cao liên quan đến vô sinh (Brochu và cộng sự, 2019). Có thể nói, những kinh nghiệm không thành công được chia sẻ đặc biệt trên các diễn đàn ảnh hưởng không tốt đến bệnh nhân hiếm muộn (Weissman và cộng sự, 2000). Trong khi đó, trong các mối quan hệ xã hội, ở nhiều nền văn hóa, các cá nhân hoặc các cặp vợ chồng có xu hướng che giấu vấn đề vô sinh để không nhận được phản ứng tiêu cực từ những người xung quanh hoặc tránh tiếp xúc với những câu hỏi và sự dồn nén của họ (Ozan và Okumus, 2013). Do đó, sự hỗ trợ xã hội trực tiếp từ những nguồn lực tin cậy đóng vai trò quan trọng (ví dụ như là tìm kiếm những sự trợ giúp tâm lý). Một số phòng khám sử dụng biện pháp thụ tinh trong ống nghiệm (In vitro fertilization - IVF) luôn yêu cầu bệnh nhân tham vấn tâm lý trước khi điều trị. Tuy nhiên, phần lớn các bệnh nhân hiếm muộn không gặp các chuyên gia tâm lý trong quá trình điều trị (Cousineau và Domar, 2007).

### ***3.3. Nội dung và vấn đề khác biệt giới trong nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội của người hiếm muộn***

Trong quá trình tổng quan, chúng tôi nhận thấy một số nhu cầu về nội dung hỗ trợ tâm lý - xã hội của người hiếm muộn xoay quanh các vấn đề sau: (1) “nhu cầu tư vấn tâm lý”, bao gồm bốn chủ đề phụ như “quản lý đau khổ về cảm xúc”, “cải thiện mối quan hệ tình cảm của các cặp vợ chồng (tư vấn hôn nhân)”, “cải thiện hoạt động tình dục (tư vấn tình dục)” và “cải thiện hiệu quả hoạt động của gia đình (tư vấn gia đình)” và (2) “nhu cầu được hướng dẫn và thông tin trong quá trình điều trị”, bao gồm ba chủ đề phụ là “tư vấn điều trị và làm quen với các thủ tục điều trị”, “tư vấn tài chính” và “tư vấn pháp luật” (Read và cộng sự, 2014). Việc hỗ trợ người vô sinh, hiếm muộn theo Boivin và Gameiro (2015) cũng được phân biệt thành ba cấp độ chăm sóc tâm lý - xã hội bổ sung: chăm sóc tâm lý - xã hội thông thường (ví dụ: cung cấp thông tin, can thiệp hỗ trợ tự lực), tư vấn vô sinh (ví dụ: can thiệp khủng hoảng, hỗ trợ đau buồn, tư vấn hệ lụy) và liệu pháp tâm lý (ví dụ: hỗ trợ bệnh nhân bị rối loạn sức khỏe tâm thần được chẩn đoán). Ngoài ra, việc tư vấn tâm lý - xã hội có thể tiến hành cung cấp hỗ trợ tinh thần trong thời điểm khủng hoảng (tư vấn hỗ trợ) và tiến hành các biện pháp can thiệp nhằm giúp mọi người đối phó và giải quyết cảm xúc của họ về vô sinh (tư vấn trị liệu) (Boivin và cộng sự, 1999; HFEA, 1995).

Về khác biệt giới trong nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội: Gần như tất cả các nghiên cứu đều báo cáo rằng phụ nữ bị căng thẳng liên quan đến vô sinh nhiều hơn nam giới (Greil và cộng sự, 2010). Đàn ông có trải qua căng thẳng, nhưng dường như ít bị ảnh hưởng về mặt cảm xúc (Wischmann và Thorn, 2013). Nhìn chung, các nghiên cứu về các cá nhân và cặp vợ chồng đối phó với tình trạng

vô sinh cho thấy phụ nữ có tình trạng sức khỏe tâm thần kém hơn so với nam giới (Greil và cộng sự, 2010; WHO, 2010; Ying và cộng sự, 2015). Điều này được cho là do một số yếu tố có thể ảnh hưởng không cân xứng đến phụ nữ và sức khỏe tinh thần của họ, bao gồm áp lực xã hội để trở thành một người mẹ, đối mặt với trách nhiệm lớn hơn về tình trạng vô sinh, khám và điều trị sinh sản (Dyer, 2007; Hollos và Larsen, 2008; Liamputtong, 2009; Fledderjohann, 2012; Rouchou, 2013; Inhorn và Patrizio, 2015). Thực tế cũng cho thấy, hỗ trợ tâm lý - xã hội vẫn được tìm kiếm và cung cấp chủ yếu cho phụ nữ (O'Donnell, 2007). Các chuẩn mực nam tính có thể góp phần vào sự chênh lệch giới tính trong nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội của người hiếm muộn. Nam giới có thể kìm nén cảm xúc của họ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế đã được chứng minh là có thể bảo vệ nam tính bằng cách sử dụng các từ ngữ để bảo vệ nam giới khỏi cái mác vô sinh (Barnes, 2014), có khả năng dẫn đến việc ít nam giới tự nhận mình là vô sinh hoặc gặp căng thẳng liên quan đến vô sinh. Yếu tố văn hóa cũng là một rào cản tiếp cận hỗ trợ đối với nam giới (Daniels, 2006). Một mặt nam giới kìm nén, không nói ra, nhưng mặt khác, các loại hình hỗ trợ ít khi dành cho nam giới, mà thiên về phụ nữ, vì quan niệm chỉ có phụ nữ mới trải qua điều trị xâm lấn. Vì thế, phụ nữ nói chung có thái độ tích cực hơn trong việc tìm kiếm sự trợ giúp và liệu pháp tâm lý (Doyle và Carballo, 2014).

#### **4. Bàn luận**

Nghiên cứu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội được xem như một điều kiện tiên quyết để thiết kế và phát triển các biện pháp can thiệp cho người hiếm muộn. Chúng ta cũng có thể thấy, tỷ lệ nam giới hiếm muộn có nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội thì luôn thấp hơn nhu cầu của phụ nữ hiếm muộn và thường xuất hiện khi đã phát hiện ra tình trạng vô sinh chứ chưa có những nghiên cứu tìm hiểu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý trước khi được chẩn đoán tình trạng bệnh lý. Tuy vậy, không nên đánh giá thấp tác động của vô sinh do yếu tố nam (Jaffe và Diamond, 2010). Vì thế, các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng khi việc chẩn đoán và điều trị vô sinh nam ngày càng trở nên phổ biến và dễ tiếp cận tại các nước có thu nhập thấp đến trung bình thì tình trạng kỳ thị vô sinh, hiếm muộn cũng như phân biệt giới của kỳ thị này có thể giảm xuống (Inhorn và Wentzell, 2011; Parrott, 2014; Inhorn và Patrizio, 2015) và nam giới có thể chủ động hơn trong việc tìm đến các dịch vụ hỗ trợ tâm lý - xã hội.

Hình thức hỗ trợ tâm lý - xã hội là một trong những hình thức hỗ trợ quan trọng trong điều trị hiếm muộn. Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc tâm lý - xã hội và trợ giúp tâm lý cho các cặp vợ chồng hoặc cá nhân hiếm muộn có thể được coi là một biện pháp hỗ trợ theo quy trình từng bước. Các chuyên gia y tế và sức khỏe tâm thần cung cấp các dịch vụ tư vấn vô sinh, hiếm muộn phù hợp với chuyên môn tương ứng của họ. Các bác sĩ và nhân viên y tế của trung tâm sinh

sản coi bệnh nhân là trung tâm của sự chăm sóc; các chuyên gia y tế - sức khỏe tâm thần và các nhà tư vấn vô sinh đủ tiêu chuẩn khác để cung cấp tư vấn vô sinh và tư vấn khủng hoảng ngắn hạn, trong khi đó, các nhà trị liệu tâm lý nên giải quyết các vấn đề tâm lý nghiêm trọng (Peterson và cộng sự, 2012; Gameiro, Boivin, Dancet và cộng sự, 2015).

Nội dung của nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội của người hiếm muộn bao gồm nhu cầu tư vấn tâm lý và nhu cầu được hướng dẫn và thông tin trong quá trình điều trị. Việc hỗ trợ cũng được đề xuất linh hoạt theo cấp độ nghiêm trọng của tình trạng hiếm muộn và sức khỏe của người hiếm muộn. Các nghiên cứu cho thấy người vô sinh, hiếm muộn cần được hỗ trợ tinh thần và tư vấn tâm lý hôn nhân và tình dục, cũng như để giảm các triệu chứng cảm xúc liên quan đến chẩn đoán. Nâng cao chất lượng thông tin cung cấp cho bệnh nhân là một trong những cách dễ nhất để cải thiện trải nghiệm của bệnh nhân (Dancet và cộng sự, 2010).

Trong các nghiên cứu đã liệt kê ở trên có thể thấy, nhược điểm cũng như tính hiệu lực và độ tin cậy của các nghiên cứu về nhu cầu hỗ trợ tâm lý - xã hội hiện nay của người vô sinh đó là: cỡ mẫu nhỏ, phương pháp chọn mẫu chưa khoa học, sử dụng các biện pháp không chuẩn, thiếu nhóm kiểm soát đầy đủ và là các mẫu thuận tiện được thực hiện tại các trung tâm điều trị vô sinh, hiếm muộn mà các nhà nghiên cứu tham gia (Pasch và Christensen, 2000). Ngoài ra, các nghiên cứu này chủ yếu dựa vào dữ liệu tự báo cáo, những nghiên cứu không cho phép tách hậu quả tâm lý của vô sinh khỏi hậu quả tâm lý của việc điều trị vô sinh và dựa vào dữ liệu cắt ngang (Henning và cộng sự, 2002). Việc tập trung vào những người được điều trị khiến khó có thể khái quát hóa những người không tìm cách điều trị (Greil, 1997).

## 5. Kết luận

Có thể thấy rằng, chỉ gần đây, vai trò của hỗ trợ tâm lý - xã hội mới được thừa nhận một cách công khai như là một đặc điểm quan trọng của các dịch vụ điều trị hiếm muộn. Nhu cầu tư vấn của người hiếm muộn rất đa dạng và họ cần có nhiều biện pháp hỗ trợ tâm lý - xã hội và can thiệp tư vấn. Những người tham gia trong các nghiên cứu được tổng hợp đã chứng minh vai trò của nhu cầu tư vấn trong hành trình dài và khó khăn của bệnh vô sinh và điều trị của nó trong bối cảnh tư vấn tâm lý và hỗ trợ thông tin các chương trình trợ giúp.

Cũng có thể thấy rằng, thông qua kết quả của các công trình nghiên cứu, tư vấn tâm lý được chứng minh là một trong những nhu cầu quan trọng của người hiếm muộn. Các phương pháp điều trị tâm lý cũng được khuyến khích cùng với các phương pháp điều trị y tế thông thường vì tư vấn tâm lý có thể mang lại lợi ích cho những bệnh nhân đang trải qua tình trạng căng thẳng và mất kiểm soát. Bên cạnh đó là những gợi ý đề xuất liên quan đến tính khả thi trong phát triển các chương

trình hỗ trợ đa phương tiện nhằm cung cấp nền tảng lý thuyết, các hình thức tư vấn điều trị vô sinh và hỗ trợ tâm lý xã hội hấp dẫn và thuận tiện cho bệnh nhân trong quá trình điều trị vô sinh, hiếm muộn.

Có sự khác biệt giữa nhu cầu hỗ trợ tâm lý và thực tế sử dụng dịch vụ tư vấn. Một mặt, người hiếm muộn cho rằng mình chưa cần đến loại hình dịch vụ này, khi nào mức độ đau khổ của họ vượt quá mức mà họ sẽ cân nhắc để bắt đầu tiếp xúc với chuyên gia tâm lý. Mặt khác, phần lớn bệnh nhân cho biết họ đã tìm kiếm và có thể nhận được sự giúp đỡ tốt từ các nguồn hỗ trợ không chính thức (như vợ/chồng, gia đình và bạn bè). Mặc dù vô sinh có thể khiến bệnh nhân khá lo lắng, nhưng sự hỗ trợ từ bên ngoài từ gia đình và bạn bè, các cơ hội điều trị mới và các kinh nghiệm khác đều có thể giảm thiểu tình trạng đau khổ về cảm xúc mà rất ít bệnh nhân đạt đến mức cần được chăm sóc chuyên nghiệp.

### **Chú thích:**

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội trong đề tài mã số CS.2022.32; TS. Trương Quang Lâm làm chủ nhiệm.

1. <https://guides.lib.unc.edu/systematic-reviews/prisma>.

### **Tài liệu tham khảo**

#### ***Tài liệu tiếng Việt***

1. Trương Quang Lâm (2020). *Tổn thương tâm lý ở phụ nữ hiếm muộn con qua phân tích trường hợp*. Tạp chí Tâm lý học. Số. 3. Tr. 83 - 97.

2. Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Nguyễn Đỗ Hương Giang (2017). *Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần ở người vô sinh*. Kỷ yếu Hội thảo quốc tế Tâm lý học khu vực Đông Nam Á lần thứ nhất. Quyển 2. Tr. 70 - 77. ISBN: 978-604-62-9912-7. NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.

#### ***Tài liệu tiếng Anh***

3. Barnes L.W. (2014). *Conceiving masculinity: Male infertility, medicine, and identity*. Temple University Press.

4. Boivin J. and Gameiro S. (2015). *Evolution of psychology and counseling in infertility*. Fertility and Sterility. Vol. 104 (2). P. 251 - 259.

5. Boivin J. (2003). *A review of psychosocial interventions in infertility*. Social Science & Medicine. Vol. 57 (12). P. 2.325 - 2.341.

6. Boivin J., Scanlan L.C. and Walker S.M. (1999). *Why are infertile patients not using psychosocial counselling?*. Human Reproduction. Vol. 14 (5). P. 1.384 - 1.391.

7. Brochu F., Robins S., Miner S.A., Grunberg P.H., Chan P., Lo K.,... and Zelkowitz P. (2019). *Searching the internet for infertility information: a survey of patient needs and preferences*. Journal of Medical Internet Research. Vol. 21 (12). e15132.
8. Chiew P.W. and Jan J.M. (2018). *In vitro fertilisation: Women's questions and concerns in a Malaysian online forum*. Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities. Vol. 26 (T). P. 79 - 96.
9. Cousineau T., Green T.C., Corsini E., Seibring A., et.al. (2008). *Online psycho educational support for infertile women: A randomized controlled trial*. Human Reproduction. Vol. 23. P. 554 - 566.
10. Cousineau T.M. and Domar A.D. (2007). *Psychological impact of infertility*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Vol. 21 (2). P. 293 - 308.
11. Cousineau T.M., Lord S.E., Seibring A.R., Corsini E.A., Viders J.C. and Lakhani S.R. (2004). *A multimedia psychosocial support program for couples receiving infertility treatment: A feasibility study*. Fertility and Sterility. Vol. 81 (3). P. 532 - 538.
12. Dancet E.A., Nelen W.L., Sermeus W., De Leeuw L., Kremer J.A. and D'Hooghe T.M. (2010). *The patients' perspective on fertility care: a systematic review*. Human Reproduction Update. Vol. 16 (5). P. 467 - 487.
13. Daniels C.R. (2006). *Exposing men the science and politics of male reproduction*. Oxford & New York. NY: Oxford University Press.
14. Doyle M. and Carballedo A. (2014). *Infertility and mental health*. Advances in Psychiatric Treatment. Vol. 20 (5). P. 297 - 303. DOI: 10.1192/apt.bp.112.010926.
15. Dyer S.J. (2007). *The value of children in African countries: Insights from studies on infertility*. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Vol. 28 (2). P. 69 - 77.
16. Edelmann R.J. and Connolly K.J. (1987). *The counselling needs of infertile couples*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. Vol. 5 (2). P. 63 - 70.
17. El Kissi Y., Romdhane A.B., Hidar S., Bannour S., Idrissi K.A., Khairi H. and Ali B.B.H. (2013). *General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: A comparative study between men and women*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Vol. 167 (2). P. 185 - 189.
18. Epstein Y.M., Rosenberg H.S., Grant T.V. and Hemenway N. (2002). *Use of the internet as the only outlet for talking about infertility*. Fertility and Sterility. Vol. 78 (3). P. 507 - 514.
19. Fahami F., Quchani S.H., Ehsanpour S. and Boroujeni A.Z. (2010). *Lived experience of infertile men with male infertility cause*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 15 (Suppl). P. 265 - 271.

20. Fatemeh R., Noorbala A.A., Abedinia N. and Naghizadeh M.M. (2009). *Emotional adjustment in infertile couples: Systematic review article*. Iranian Journal of Reproductive Medicine. Vol. 7. P. 97 - 103.
21. Fledderjohann J. (2012). "Zero is not good for me": *Implications of infertility in Ghana*. Human Reproduction. Vol. 27 (5). P. 1.383 - 1.390. DOI: 10.1093/humrep/des035.
22. Gameiro S., Boivin J., Dancet E., de Klerk C., Emery M., Lewis-Jones C.,... and Vermeulen N. (2015). *ESHRE guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff*. Human Reproduction. Vol. 30(11). P. 2.476 - 2.485.
23. Greil A.L. (1997). *Infertility and psychological distress: A critical review of the literature*. Social Science & Medicine. Vol. 45 (11). P. 1.679 - 1.704.
24. Greil A.L., Slauson-Blevins K. and McQuillan J. (2010). *The experience of infertility: A review of recent literature*. Sociology of Health & Illness. Vol. 32 (1). P. 140 - 162. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x.
25. Henning K., Strauss B. and Strauss B. (2002). *Psychological and psychosomatic aspects of involuntary childlessness: State of research at the end of the 1990s*. Ashland, OH: Hogrefe and Huber.
26. Hollos M. and Larsen U. (2008). *Motherhood in sub-Saharan Africa: The social consequences of infertility in an urban population in northern Tanzania*. Culture, Health & Sexuality. Vol. 10 (2). P. 159 - 173.
27. Huang J.Y., Al-Fozan H., Tan S.L. and Tulandi T. (2003). *Internet use by patients seeking infertility treatment*. International Journal of Gynecology & Obstetrics. Vol. 83 (1). P. 75 - 76.
28. Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) (1995). *Code of Practice*. 2nd edn. HFEA, London.
29. Inhorn M.C. and Patrizio P. (2015). *Infertility around the globe: New thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century*. Human Reproduction Update. Vol. 21 (4). P. 411 - 426. DOI: 10.1093/humupd/dmv016.
30. Inhorn M.C. and Wentzell E.A. (2011). *Embodying emergent masculinities: Men engaging with reproductive and sexual health technologies in the Middle East and Mexico*. American Ethnologist. Vol. 38 (4). P. 801 - 815. DOI: 10.1111/j.1548-1425.2011.01338.x.
31. Iordachescu D.A., Gica C., Vladislav E.O., Panaitescu A.M., Peltecu G., Furtuna M.E. and Gica N. (2021). *Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility*. Ginekologia Polska. Vol. 92 (2). P. 98 - 104.

32. Jafarzadeh-Kenarsari F., Ghahiri A., Zargham-Boroujeni A. and Habibi M. (2015). *Exploration of the counseling needs of infertile couples: A qualitative study*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. Vol. 20 (5). P. 552 - 559. DOI: 10.4103/1735-9066.164506.
33. Jaffe J. and Diamond M.O. (2010). *Reproductive Trauma*. Psychotherapy with Infertility and Pregnancy Loss Clients. Washington: American Psychological Association.
34. Kahlor L.A. and Mackert M. (2009). *Perceptions of infertility information and support sources among female patients who access the internet*. Fertility and Sterility. Vol. 91 (1). P. 83 - 90.
35. Le M.T. and Nguyen T.N. (2020). *Study on psychological disorders in infertile patients using beck depression inventory (BDI)*. The Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 18. P. 67 - 73. DOI: 10.46755/vjog.2020.2.1118.
36. Liamputtong P. (2009). *Treating the afflicted body: Perceptions of infertility and ethnomedicine among fertile Hmong women in Australia*. In L. Culley, N. Hudson & F. Van Rooij (eds.). *Marginalized reproduction: Ethnicity, infertility and reproductive technologies*. P. 151 - 164. Routledge.
37. Menning B.E. (1980). *The emotional needs of infertile couples*. Fertility and Sterility. Vol. 34. P. 313 - 319.
38. Mohammadi M.R. and Farahani F.K.A. (2001). *Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them*. Journal of Reproduction & Infertility. Vol. 2 (4). P. 33 - 39.
39. O'Donnell E. (2007). *Making room for men in infertility counseling*. Sexuality, Reproduction & Menopause. Vol. 5. P. 28 - 32.
40. Ozan Y.D. and Okumuş H. (2013). *Experiences of Turkish women about infertility treatment: A qualitative study*. Int J Basic Clin Stud. Vol. 2 (2). P. 56 - 64.
41. Parrott F.R. (2014). *At the hospital I learnt the truth: Diagnosing male infertility in rural Malawi*. Anthropology & Medicine. Vol. 21 (2). P. 174 - 188.
42. Pasch L.A. and Christensen A. (2000). *Couples facing fertility problems*. In Schmalings K.B. and Sher T.G. (eds). *The psychology of couples and illness: Theory, research and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
43. Peterson B., Boivin J., Norré J., Smith C., Thorn P. and Wischmann T. (2012). *An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals*. Journal of Assisted Reproduction and Genetics. Vol. 29. P. 243 - 248.
44. Porter M. and Bhattacharya S. (2008). *Helping themselves to get pregnant: A qualitative longitudinal study on the information-seeking behavior of infertile couples*. Human Reproduction. Vol. 23 (3). P. 567 - 572.

45. Ramezanzadeh F., Aghssa M.M., Abedinia N., Zayeri F., Khanafshar N., Shariat M. and Jafarabadi M. (2004). *A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility*. BMC Women's Health. Vol. 4 (1). P. 1 - 7.
46. Rawal N. and Haddad N. (2006). *Use of the Internet in infertility patients*. Internet Journal of Gynecology & Obstetrics. 5. 2.
47. Read S.C., Carrier M.E., Boucher M.E., Whitley R., Bond S. and Zelkowitz P. (2014). *Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want?*. Patient Education and Counseling. Vol. 94 (3). P. 390 - 395.
48. Robert J.E. and Kevin J.C. (1987). *The counselling needs of infertile couples*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. Vol. 5. Iss. 2. P. 63 - 70. DOI: 10.1080/02646838708403476. room/fact-sheets/detail/infertility.
49. Rouchou B. (2013). *Consequences of infertility in developing countries*. Perspectives in Public Health. Vol. 133 (3). P. 174 - 179. DOI: 10.1177/1757913912472415.
50. Rutstein S.O. and Shah I.H. (2004). *Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*. In *infecundity, infertility, and childlessness in developing countries*. P. 56 - 56.
51. Satir D.G. and Kavlak O. (2017). *Use of the internet related to infertility by infertile women and men in Turkey*. Pakistan Journal of Medical Sciences. Vol. 33 (2). P. 265.
52. Schmidt L., Christensen U. and Holstein B.E. (2005). *The social epidemiology of coping with infertility*. Human Reproduction. Vol. 20 (4). P. 1.044 - 1.052.
53. Schmidt Lone (1998). *Infertile couple' assessment of infertility treatment*. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. Vol. 77. P. 649 - 653. Switzerland. DOI: 10.1034/j.1600-0412.1998.770612.x.
54. Thoma M., Fledderjohann J., Cox C. and Adageba R.K. (2021). *Biological and social aspects of human infertility: A global perspective*. In Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health.
55. Vioreanu A.M. (2021). *The psychological impact of infertility. Directions for the development of interventions*. Mental Health: Global Challenges Journal. Vol. 4 (1). P. 21 - 34.
56. Vo T.M., Tran Q., Le C.V., Do T.T. and Le T.M. (2019). *Depression and associated Factors among infertile women at Tu Du hospital, Vietnam: A cross-sectional study*. International Journal of Women's Health. Vol. 11. P. 343 - 351. DOI: 10.2147/IJWH.S205231.
57. Wasser S.K., Sewall G. and Soules M.R. (1993). *Psychosocial stress as a cause of infertility*. Fertility and Sterility. Vol. 59 (3). P. 685 - 689.
58. Weissman A., Gotlieb L., Ward S., Greenblatt E. and Casper R.F. (2000). *Use of the*

- internet by infertile couples*. Fertility and Sterility. Vol. 73 (6). P. 1.179 - 1.182. DOI: 10.1016/S0015-0282(00)00515-X.
59. Wingert S., Harvey C.D., Duncan K.A. and Berry R.E. (2005). *Assessing the needs of assisted reproductive technology users of an online bulletin board*. International Journal of Consumer Studies. Vol. 29 (5). P. 468 - 478.
60. Wischmann T. and Thorn P. (2013). *(Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies*. Reproductive biomedicine online. Vol. 27 (3). P. 236 - 243.
61. World Health Organization (WHO, 2003). *Progress report in reproductive health research*. No. 23. Geneva.
62. World Health Organization (WHO, 2010). *Mother or nothing: The agony of infertility*. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 88. P. 881 - 882. <https://www.who.int/news->
63. World Health Organization (WHO, 2018). *International classification of diseases*. 11th revision (ICD-11). Geneva
64. Wright J., Duchesne C., Sabourin S., Bissonnette F., Benoit J. and Girard Y. (1991). *Psychosocial distress and infertility: Men and women respond differently*. Fertility and Sterility. Vol. 55 (1). P. 100 - 108.
65. Ying L.Y., Wu L.H. and Loke A.Y. (2015). *Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review*. International Journal of Nursing Studies. Vol. 52 (10). P. 1.640 - 1.652. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004.
66. Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., De Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K.,... and Van Der Poel S. (2009). *The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary on ART terminology*. Human Reproduction. Vol. 24 (11). P. 2.683 - 2.687.