

CĂNG THẲNG TÂM LÝ Ở NAM GIỚI HIẾM MUỘN

Trương Quang Lâm

Lương Bích Thủy

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Phan Thị Kim Ngân

Trường Đại học Văn Lang.

TÓM TẮT

Tình trạng hiếm muộn con đem lại nhiều trải nghiệm căng thẳng, đau khổ và áp lực cho người hiếm muộn. Nghiên cứu này phân tích mức độ căng thẳng của 395 nam giới hiếm muộn ở 3 thành phố lớn là Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh (có độ tuổi trung bình là 33,1 tuổi; SD = 4,98), thời gian kết hôn từ trên 1 năm đến 25 năm (thời gian kết hôn trung bình là 5,27 năm; SD = 3,84). Phương pháp chính được sử dụng là nghiên cứu tài liệu và điều tra bằng bảng hỏi vấn đề sinh sản (Fertility problem inventory - FPI). Kết quả cho thấy, nam giới hiếm muộn bị căng thẳng ở mức độ trung bình. Khía cạnh căng thẳng cao nhất là trong nhu cầu có con và ít căng thẳng nhất trong đời sống tình dục. Kết quả cũng chỉ ra sự khác biệt về mức độ căng thẳng tâm lý của nam giới hiếm muộn theo địa bàn khảo sát, nơi cư trú và theo trình độ học vấn.

Từ khóa: Căng thẳng; Hiếm muộn; Nam giới hiếm muộn.

Ngày nhận bài: 1/2/2021; Ngày duyệt đăng bài: 25/2/2021.

1. Đặt vấn đề

Theo Ủy ban quốc tế giám sát hỗ trợ công nghệ sinh sản và Tổ chức Y tế thế giới (Zegers-Hochschild và cộng sự, 2009), thuật ngữ 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. Dưới góc độ Tâm lý học, tình trạng hiếm muộn và điều trị hiếm muộn tạo ra nhiều tổn thương cho con người. Việc không có con đã dẫn đến những tổn thất cả về thể chất và tinh thần cho các cặp vợ chồng: về mục tiêu sống, vị trí, danh tiếng, sự tự tin (Luckse, Vacc, 1999). Newton và cộng sự (1999) đã chỉ ra năm khía cạnh căng thẳng tâm lý ở người hiếm muộn, đó là căng thẳng trong mối quan hệ xã hội,

trong đời sống tình dục, trong mối quan hệ vợ chồng, nhu cầu làm cha mẹ và căng thẳng trong sự từ chối cuộc sống không con cái. Nicole và cộng sự (2006) nghiên cứu ở miền Nam Việt Nam đã chỉ ra, các cặp vợ chồng hiếm muộn bị áp lực rất lớn về mặt tâm lý. Cặp vợ chồng không có con sau một năm kết hôn sẽ bị hỏi về lý do chưa có con, điều này gây ra nỗi đau và cảm giác áp lực cho các cặp vợ chồng. Bên cạnh đó, áp lực về mặt tài chính cũng khiến họ bị căng thẳng, nhiều cặp vợ chồng hiếm muộn không thể thực hiện các biện pháp điều trị cao hơn, đồng nghĩa với cơ hội có con lại khó hơn. So với nam giới, các vấn đề tâm lý tiêu cực liên quan đến vô sinh, hiếm muộn thường xuất hiện ở phụ nữ nhiều hơn (Edlman, Connolly, 2000), tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ vô sinh cao gấp đôi so với nhóm đối chứng và thể hiện cường độ cao hơn (Domar và cộng sự, 2010). Những trải nghiệm khó khăn của phụ nữ do hiếm muộn và điều trị hiếm muộn thể hiện ở nhiều lĩnh vực của cuộc sống như: tình cảm, cá nhân, xã hội, mối quan hệ, kinh tế, sự nghiệp, ý tế... (Benyamini và cộng sự, 2005). Cũng do văn hóa, phụ nữ được cho là mong muốn có con, theo đó, phụ nữ dường như gặp nhiều đau khổ hơn nam giới nếu mong muốn đó không thành hiện thực.

Bên cạnh đó, cũng có nhiều nghiên cứu chỉ ra các vấn đề tâm lý ở nam giới hiếm muộn. Nam giới hiếm muộn cũng cảm thấy lòng tự trọng sụt giảm cùng với việc vai xã hội của họ bị lu mờ và cảm giác chính họ là nguyên nhân khiến vợ mình không thể có con (Downey, McKinney, 1992; Wright và cộng sự, 1991). Nam giới cũng phải chịu đựng những căng thẳng tâm lý do hiếm muộn và cũng phải được giải quyết trong quá trình tham vấn hiếm muộn (Wischmann, Thorn, 2013). Ở nhiều nền văn hóa, vô sinh nam vẫn là một tình trạng bị kỳ thị và có liên quan đến sự thiếu nam tính (Greil, 1997). Nhiều nghiên cứu tìm ra rằng, nếu so sánh với một nhóm đàn ông đã biết rõ vấn đề sinh sản của mình, đàn ông hiếm muộn có lòng tự trọng thấp và mức độ lo âu cao (Kedem và cộng sự, 1990; Glover và cộng sự, 1996). Sự căng thẳng này diễn ra dai dẳng trong 18 tháng sau điều trị, bất luận việc có sinh con thành công hay không (Glover, Gannon và Abel, 1999). Đặc biệt ở văn hóa phương Đông, việc sinh con, có đông con nhiều cháu có ý nghĩa rất quan trọng. Hầu hết đàn ông và phụ nữ Trung Quốc trẻ đều cảm thấy sự bó buộc văn hóa trong việc phải có con để nối dõi tông đường (Lee, Sun và Chao, 2001; Loke, Yu, Hayter, 2012). Đàn ông Trung Quốc cũng quan niệm rằng, họ sẽ không chạm được tới ngưỡng “chất đàn ông” (masculinity) cho tới khi họ thực sự có con (Lee và Sun, 2000). Chuyện không thể có con sẽ là một điều bất hiểu với cha mẹ và khiến người đó có cảm giác mình ở trong “một gia đình thiếu hoàn thiện” (Ng., Liu, Chan và Chan, 2004).

Ở Việt Nam, nghiên cứu về tâm lý của người hiếm muộn vẫn còn chưa nhiều. Một số nghiên cứu chỉ ra những trạng thái căng thẳng, đau khổ, tuyệt vọng mà phụ nữ phải đối mặt với tình trạng hiếm muộn và trong quá trình điều trị (Nguyễn Thị Hằng Phương, 2011; Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Nguyễn Đỗ Hương Giang, 2017; Trương Quang Lâm, 2020). Còn ở nam giới, nghiên cứu của Đặng Hoàng Ngân, Trương Quang Lâm, Lương Bích Thủy (2020) đã chỉ ra, ở nhóm nam giới hiếm muộn có nền tảng giáo dục thấp hơn và công việc thiếu ổn định thì họ ít đối diện chủ động với vấn đề gặp phải (so với nhóm có điều kiện giáo dục, công việc tốt hơn), ít chủ động tìm kiếm các thông tin điều trị để có con. Bên cạnh đó, ở nhóm nam giới có thời gian hiếm muộn kéo dài (7 - 13 năm) và nhóm nam giới được kết luận nguyên nhân hiếm muộn là do bản thân, thì họ ít biểu đạt cảm xúc của mình ra bên ngoài để tránh bị xấu hổ. Nhìn chung, nghiên cứu về các khía cạnh tâm lý ở nam giới hiếm muộn còn hạn chế. Vì vậy, trong bài viết này, chúng tôi trình bày kết quả thực trạng mức độ căng thẳng tâm lý của nam giới hiếm muộn ở 3 thành phố lớn là Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh. Mục đích của nghiên cứu nhằm trả lời cho câu hỏi: Nam giới hiếm muộn ở ba địa bàn này bị căng thẳng ở mức độ nào? Có sự khác biệt nào về mức độ căng thẳng ở các nhóm khách thể?

2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

2.1. Khách thể nghiên cứu

Nghiên cứu được khảo sát trên 395 nam giới hiếm muộn nguyên phát, chưa từng có con, có độ tuổi từ 23 đến 55 tuổi (độ tuổi trung bình là 33,1 tuổi; độ lệch là 4,98), thời gian kết hôn từ trên 1 năm đến 25 năm (thời gian kết hôn trung bình là 5,27 năm; độ lệch là 3,84). Họ đang thăm khám và điều trị hiếm muộn ở địa bàn 3 thành phố là Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu cũng loại trừ những bệnh nhân không đồng ý tham gia trả lời bảng hỏi. Bảng 1 mô tả cụ thể về thông tin nhân khẩu của các khách thể tham gia vào nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm mẫu khách thể nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm	N	%	Đặc điểm	Nhóm	N	%
Địa bàn khảo sát ($\Sigma = 395$)	Thành phố Hà Nội	128	32,4	Thời gian mong con ($\Sigma = 381$)	Dưới 3 năm	170	44,6
	Thành phố Đà Nẵng	113	28,6		Trên 3 năm đến 6 năm	129	33,9
	Thành phố Hồ Chí Minh	154	39,0		Trên 6 năm đến dưới 10 năm	49	12,9

Nơi cư trú ($\Sigma = 389$)	Thành thị	223	57,3	Thu nhập ($\Sigma = 365$)	Trên 10 năm	33	8,7
	Nông thôn	122	31,4		Dưới 5 triệu	64	17,5
	Nơi khác (vùng biển, miền núi)	44	11,3		6 triệu - 10 triệu	199	54,5
Trình độ học vấn ($\Sigma = 389$)	Trung cấp trở xuống	149	38,3		11 triệu - 20 triệu	64	17,5
	Cao đẳng, đại học trở lên	240	61,7		Trên 20 triệu	38	10,4
Nguyên nhân hiếm muộn ($\Sigma = 364$)	Từ phía nam giới	87	23,9	Thứ tự con trong gia đình ($\Sigma = 369$)	Con một	54	14,6
	Từ phía phụ nữ	47	12,9		Con cả	97	26,3
	Cả nam giới và phụ nữ	141	38,7		Con thứ	218	59,1
	Không rõ nguyên nhân	89	24,5	Thời gian bác sỹ kết luận là hiếm muộn ($\Sigma = 369$)	1 đến 3 năm	214	58,0
Tuổi ($\Sigma = 387$)	Từ 23 đến 30	135	34,2		Trên 3 năm đến 5 năm	80	21,7
	Trên 30 đến 35	145	36,7		Trên 5 năm đến 9 năm	58	15,7
	Từ 36 đến 55	107	27,1		Trên 9 năm	17	4,6

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng Bảng kiểm vấn đề sinh sản (Fertility problem inventory - FPI) của các tác giả Christopher R. Newton, Wendy Sherrard và Irene Glavac (1999) đánh giá mức độ căng thẳng liên quan đến tình trạng vô sinh, hiếm muộn, bao gồm 5 khía cạnh, cụ thể như sau:

Bảng 2: Nội hàm thang đo

TT	Các khía cạnh căng thẳng	Nội hàm khái niệm
1	Mối quan hệ xã hội (Social concern)	Đề cập đến việc cá nhân nhạy cảm và áp lực với những lời nhắc đến, lời bình luận, cũng như câu hỏi về tình trạng hiếm muộn. Cảm giác xa lánh hoặc cô lập với gia đình, đồng nghiệp, họ tham gia các hoạt động xã hội một cách khó khăn. Ví dụ: <i>Những dịp tụ họp gia đình đặc biệt khó khăn với tôi, vì tôi không muốn bị hỏi về chuyện con cái.</i>

2	Đời sống tình dục (Sexual concern)	Mất hứng thú trong quan hệ tình dục, cảm giác áp lực vào thời điểm cần phải quan hệ tình dục để thụ thai, mất lòng tự trọng tình dục. Ví dụ: <i>Trong lúc quan hệ tình dục, tất cả những gì tôi có thể nghĩ là mong chờ có một đứa con.</i>
3	Mối quan hệ vợ chồng (Relationship concern)	Có các vấn đề trong giao tiếp cởi mở giữa hai vợ chồng hoặc hợp tác kém khi nói về vô sinh, khó chấp nhận những khác biệt giới, lo lắng về tương lai của mối quan hệ vợ chồng. Ví dụ: <i>Khi vợ chồng tôi cố gắng nói với nhau về vấn đề hiếm muộn con, dường như luôn dẫn đến một cuộc cãi vã.</i>
4	Từ chối lối sống không con cái (Rejection of childfree lifestyle)	Quan điểm tiêu cực về lối sống không có con, cho rằng hạnh phúc vợ chồng trong tương lai phụ thuộc vào việc có một đứa con. Không nhận thấy các vai trò khác là thỏa mãn/hoàn thành cho đến khi họ có con. Ví dụ: <i>Có một đứa con là không cần thiết cho hạnh phúc của tôi.</i> (Các mệnh đề trong tiểu thang đo này là nghịch đảo).
5	Nhu cầu làm cha mẹ (Need for parenthood)	Đề cập đến việc các cá nhân gắn bó chặt chẽ với vai trò là cha mẹ, mục tiêu cuộc sống chính của họ là trở thành cha mẹ hoặc thuộc về việc làm cha mẹ. Ví dụ: <i>Tôi thường cảm thấy rằng, tôi được sinh ra để trở thành một người cha/một người mẹ.</i>

Độ tin cậy của toàn thang đo với hệ số Alpha của Cronbach là 0,80. Trong đó, độ tin cậy Alpha của Cronbach của 5 tiểu thang đo như sau:

Mối quan hệ xã hội: 0,65 (10 item).

Đời sống tình dục: 0,74 (8 item).

Mối quan hệ vợ chồng: 0,60 (7 item).

Từ chối lối sống không con cái: 0,77 (8 item).

Nhu cầu làm cha mẹ: 0,77 (10 item).

Các khách thể trả lời bằng cách lựa chọn một điểm số phù hợp nhất với quan điểm của bản thân. Mức độ trả lời được cho điểm từ 1 điểm - “Hoàn toàn không đồng ý” đến 6 điểm - “Hoàn toàn đồng ý”. Một số mệnh đề nghịch đảo được quy đổi lại điểm trước khi tính điểm trung bình chung. Căn cứ vào điểm trung bình và độ lệch chuẩn của thang đo ($M = 3,42$; $SD = 0,47$; $Min = 1,77$; $Max = 5,05$), chúng tôi phân chia mức độ căng thẳng tổng thể của nhóm khách thể được khảo sát như sau:

Từ 1,77 - 2,94: Căng thẳng ở mức thấp;

Từ 2,95 - 3,89: Căng thẳng ở mức trung bình;

Từ 3,90 - 5,05: Căng thẳng ở mức cao.

Số liệu khảo sát được xử lý bằng phần mềm toán học SPSS phiên bản 22.0. Một số phép phân tích thống kê được sử dụng như phân tích độ tin cậy Alpha của Cronbach, điểm trung bình, độ lệch chuẩn, kiểm định sự khác biệt T-test, Anova.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Mức độ căng thẳng ở nam giới hiếm muộn trên toàn mẫu nghiên cứu

Thực trạng mức độ căng thẳng ở nam giới hiếm muộn được thể hiện qua bảng 3.

Bảng 3: Mức độ căng thẳng ở nam giới hiếm muộn

Các khía cạnh căng thẳng	N	Min	Max	M	SD
Mối quan hệ xã hội	395	1,30	5,30	3,05	0,65
Đời sống tình dục	395	1,13	5,50	2,80	0,79
Mối quan hệ vợ chồng	395	1,57	5,33	3,19	0,72
Từ chối lối sống không con cái	395	1,50	6,00	3,87	0,86
Nhu cầu làm cha mẹ	395	1,50	6,00	4,17	0,77
Căng thẳng tổng thể	395	1,77	5,05	3,42	0,47

Kết quả cho thấy, trong tình trạng hiếm muộn, mức độ căng thẳng tổng thể của các khách thể được khảo sát ở mức trung bình ($M = 3,42$; $SD = 0,47$). Cụ thể, có 11,6% nam giới bị căng thẳng ở mức thấp, 73,4% nam giới bị căng thẳng ở mức trung bình và 14,9% nam giới bị căng thẳng ở mức cao. Xét theo các khía cạnh cụ thể cho thấy, mức độ stress trong nhu cầu làm cha mẹ cao nhất ($M = 4,17$; $SD = 0,77$), thứ hai là từ chối lối sống không con cái ($M = 3,87$; $SD = 0,86$), thứ ba là trong mối quan hệ vợ chồng ($M = 3,19$; $SD = 0,72$), thứ tư là mối quan hệ xã hội ($M = 3,05$; $SD = 0,65$), thấp nhất là căng thẳng trong đời sống tình dục ($M = 2,80$; $SD = 0,79$).

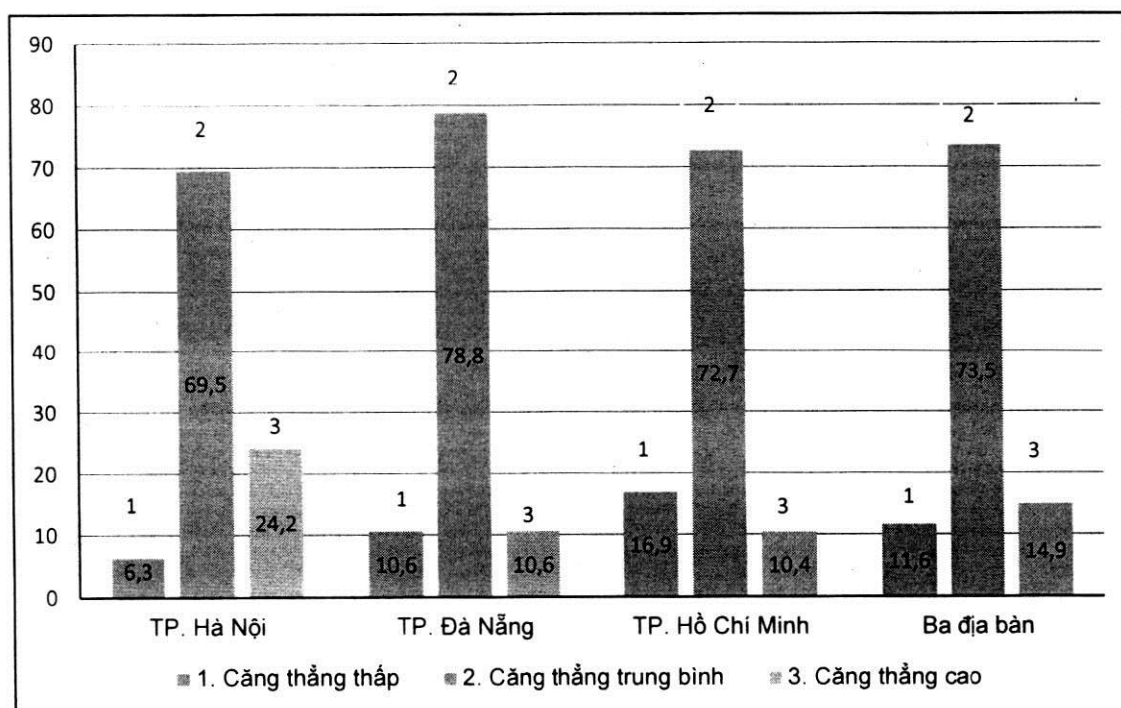
Xét hệ số tương quan ở bảng 4 cho thấy, năm khía cạnh căng thẳng tâm lý ở nam giới hiếm muộn có tương quan thuận tương đối chặt chẽ với căng thẳng tổng thể của toàn thang đo (r dao động từ 0,40 đến 0,76; $p < 0,01$).

Nhìn chung, tỷ nam giới hiếm muộn có mức độ căng thẳng thấp ở thành phố Hà Nội là thấp hơn so với ở thành phố Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh (6,3% so với 16,9% và 10,6%). Ngược lại, tỷ lệ nam giới hiếm muộn ở Hà Nội bị căng thẳng ở mức cao là hơn hai lần so với hai địa bàn còn lại (24,2% so với 10,6% và 10,4%) (biểu đồ 1).

Bảng 4: Tương quan giữa các khía cạnh stress và stress tổng thể

Các khía cạnh căng thẳng	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Mối quan hệ xã hội	1				
(2) Đời sống tình dục	0,61**	1			
(3) Mối quan hệ vợ chồng	0,43**	0,57**	1		
(4) Từ chối lối sống không con cái	0,03	-0,05	-0,26**	1	
(5) Nhu cầu làm cha mẹ	0,15**	0,29**	0,26**	0,37**	1
Căng thẳng tổng thể	0,67**	0,76**	0,61**	0,40**	0,68**

Ghi chú: Mức ý nghĩa **: $p < 0,01$.



Biểu đồ 1: Căng thẳng ở nam giới hiếm muộn theo địa bàn khảo sát

3.2. Sự khác biệt về mức độ căng thẳng ở nam giới hiếm muộn theo các nhóm

Kết quả bảng 5 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ căng thẳng giữa các nhóm nam giới hiếm muộn, cụ thể:

Bảng 5: So sánh mức độ căng thẳng ở nam giới hiếm muộn theo các nhóm

Các khía cạnh căng thẳng	Nhóm	M	SD	t/F; df; p
Mối quan hệ xã hội	(1a) TP. Hà Nội	3,17	0,68	F = 3,43; df = 392; p = 0,033
	(1b) TP. Đà Nẵng	2,97	0,58	
	(1c) TP. Hồ Chí Minh	3,00	0,67	
	(2a) Thành thị	3,04	0,64	t = -0,52; df = 348; p = 0,600
	(2b) Nông thôn	3,08	0,70	
	(3a) Trung cấp trở xuống	3,11	0,64	t = 1,23; df = 393; p = 0,218
	(3b) Cao đẳng, đại học trở lên	3,02	0,67	
Đời sống tình dục	(1a) TP. Hà Nội	2,88	0,82	F = 1,18; df = 392; p = 0,164
	(1b) TP. Đà Nẵng	2,69	0,73	
	(1c) TP. Hồ Chí Minh	2,82	0,81	
	(2a) Thành thị	2,77	0,80	t = -1,53; df = 348; p = 0,127
	(2b) Nông thôn	2,90	0,79	
	(3a) Trung cấp trở xuống	2,95	0,78	t = 2,74; df = 393; p = 0,006
	(3b) Cao đẳng, đại học trở lên	2,72	0,80	
Mối quan hệ vợ chồng	(1a) TP. Hà Nội	3,31	0,74	F = 4,17; df = 392; p = 0,016
	(1b) TP. Đà Nẵng	3,04	0,68	
	(1c) TP. Hồ Chí Minh	3,20	0,72	
	(2a) Thành thị	3,21	0,75	t = -0,33; df = 348; p = 0,736
	(2b) Nông thôn	3,24	0,68	
	(3a) Trung cấp trở xuống	3,24	0,71	t = 0,76; df = 393; p = 0,446
	(3b) Cao đẳng, đại học trở lên	3,18	0,73	

Từ chối lối sống không con cái	(1a) TP. Hà Nội	4,12	0,92	F = 9,62; df = 392; p < 0,001
	(1b) TP. Đà Nẵng	3,88	0,79	
	(1c) TP. Hồ Chí Minh	3,67	0,82	
	(2a) Thành thị	3,74	0,85	t = -3,52; df = 348; p < 0,001
	(2b) Nông thôn	4,09	0,90	
	(3a) Trung cấp trở xuống	3,95	0,82	t = 1,44; df = 393; p = 0,151
	(3b) Cao đẳng, đại học trở lên	3,82	0,89	
Nhu cầu làm cha mẹ	(1a) TP. Hà Nội	4,37	0,77	F = 7,32; df = 392; p = 0,001
	(1b) TP. Đà Nẵng	4,14	0,75	
	(1c) TP. Hồ Chí Minh	4,02	0,75	
	(2a) Thành thị	4,05	0,73	t = -4,29; df = 348; p < 0,001
	(2b) Nông thôn	4,42	0,80	
	(3a) Trung cấp trở xuống	4,30	0,82	t = 2,62; df = 393; p = 0,009
	(3b) Cao đẳng, đại học trở lên	4,09	0,72	
Căng thẳng tổng thể	(1a) TP. Hà Nội	3,57	0,49	F = 10,24; df = 392; p < 0,001
	(1b) TP. Đà Nẵng	3,35	0,42	
	(1c) TP. Hồ Chí Minh	3,34	0,46	
	(2a) Thành thị	3,36	0,46	t = -3,41; df = 348; p = 0,001
	(2b) Nông thôn	3,55	0,50	
	(3a) Trung cấp trở xuống	3,51	0,43	t = 2,91; df = 393; p = 0,004
	(3b) Cao đẳng, đại học trở lên	3,37	0,49	

Ghi chú: Mức ý nghĩa $p < 0,01$ và $p < 0,05$.

Xét theo địa bàn khảo sát: Ở mức độ căng thẳng tổng thể, nam giới hiếm muộn ở thành phố Hà Nội bị căng thẳng cao hơn so với nam giới hiếm muộn ở thành phố Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh ($M = 3,57$ so với $M = 3,35$ và $M = 3,34$; $p < 0,01$). Sự khác biệt này cũng được thấy ở bốn khía cạnh là mối quan hệ xã hội ($M = 3,17$ so với $M = 2,97$ và $M = 3,00$; $p < 0,05$), mối quan hệ vợ chồng ($M = 3,31$ so với $M = 3,04$ và $M = 3,02$), từ chối lối sống không con cái ($M = 4,12$ so với $M = 3,88$ và $M = 3,67$; $p < 0,01$) và khía cạnh nhu cầu làm cha mẹ ($M = 4,37$ so với $M = 4,14$ và $M = 4,02$; $p < 0,01$).

Xét theo nơi cư trú: Nhóm khách thể sống ở nông thôn có mức độ căng thẳng tổng thể cao hơn nhóm ở thành thị ($M = 3,55$ so với $M = 3,36$; $p < 0,1$). Bên cạnh đó, mức độ căng thẳng của nhóm khách thể ở nông thôn cũng cao hơn ở khía cạnh từ chối lối sống không con cái ($M = 4,09$ so với $M = 3,74$; $p < 0,01$) và nhu cầu làm cha mẹ ($M = 4,42$ so với $M = 4,05$; $p < 0,01$).

Xét theo trình độ học vấn: Mức độ căng thẳng tổng thể của nhóm nam giới có trình độ học vấn từ trung cấp trở xuống cao hơn so với nhóm có học vấn từ cao đẳng, đại học trở lên ($M = 3,51$ so với $M = 3,37$; $p < 0,01$). Bên cạnh đó, nhóm khách thể có trình độ học vấn từ trung cấp trở xuống cũng có mức độ căng thẳng cao hơn trong đời sống tình dục ($M = 2,95$ so với $M = 2,72$; $p < 0,01$) và nhu cầu làm cha mẹ ($M = 4,30$ so với $M = 4,09$; $p < 0,01$).

4. Bàn luận

Từ những kết quả nghiên cứu trên có thể đưa ra một số bàn luận sau:

Thứ nhất, trên thực tế, nam giới trong tình trạng hiếm muộn tham gia vào quá trình điều trị có phần nhẹ nhàng hơn so với phụ nữ, trong khi đó, phụ nữ bị can thiệp bởi các kỹ thuật điều trị phức tạp (nội soi, tiêm kích trứng, chọc hút trứng, chuyển phôi vào tử cung...), dù nguyên nhân hiếm muộn là do nam giới hay phụ nữ (Webb, Daniluk, 1999). Do đó, căng thẳng ở nam giới liên quan đến hiếm muộn có thể ở mức vừa phải bởi cơ chế chối bỏ, đè nén và che giấu sự tổn thương cảm xúc để hỗ trợ cho người vợ trong thời điểm hiếm muộn và điều trị (Pollack, 1998; Throsby và Gill, 2004; Cousineau và Domar, 2007). Kết quả nghiên cứu chỉ ra phần lớn nam giới có căng thẳng tổng thể ở mức trung bình, có một tỷ lệ tương đối nam giới căng thẳng ở mức cao, trong đó cao nhất ở khía cạnh nhu cầu làm cha mẹ. Điều này cũng có điểm tương đồng với các nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy, những người đàn ông hiếm muộn có tỷ lệ tự ti, lo lắng cao hơn và các triệu chứng trầm cảm nhiều hơn so với nhóm đối chứng (nam giới dễ thụ thai) (Kedem và cộng sự, 1990; Glover và cộng sự, 1999).

Thứ hai, nhiều nghiên cứu chỉ ra, nam giới hiếm muộn và trong quá trình điều trị hiếm muộn báo cáo mức độ căng thẳng cao ở khía cạnh tình dục. Sự căng thẳng tình dục liên quan đến hiếm muộn được nhắc tới như thể nổi áp lực khi phải quan hệ theo thời gian đã định trước và sự mất hứng thú trong tình dục (Peterson, Newton và Feingold, 2007). Nếu những cặp đôi hiếm muộn tìm tới việc điều trị sinh sản, họ phải tuân theo một chế độ sinh hoạt tình dục nhất định để làm gia tăng khả năng thụ thai, điều mà có thể khiến mối quan hệ tình dục và hôn nhân của họ trục trặc (Cousineau và Domar, 2007). Đàn ông hiếm muộn phản hồi rằng họ có ít sự thỏa mãn tình dục so với đàn ông có khả năng sinh sản, họ gặp căng thẳng tâm lý khi cố gắng quan hệ tình dục để thụ thai, họ bị áp lực do thời gian quan hệ bị ép buộc xung quanh chu kỳ rụng trứng của

phụ nữ (Monga và cộng sự, 2004). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức độ căng thẳng trong đời sống tình dục của các khách thể trong nghiên cứu này mặc dù vẫn có, nhưng ở mức thấp nhất so với các khía cạnh khác. Điều này có thể được giải thích ở khía cạnh văn hóa, việc có con đóng vai trò quan trọng hơn đối với những người hiếm muộn. Với những người đàn ông đồng hành cùng vợ trên hành trình tìm con thì vấn đề thỏa mãn trong đời sống tình dục sẽ ít được coi trọng hơn, còn nhu cầu được làm cha mẹ được đặt lên hàng đầu. Kết quả nghiên cứu chỉ cho thấy sự khác biệt giữa nhóm khách thể có trình độ học vấn từ trung cấp trở xuống có căng thẳng trong đời sống tình dục cao hơn so với khách thể có trình độ cao đẳng đại học trở lên.

Thứ ba, ba thành phố lớn được khảo sát đại diện cho 3 vùng miền ở Việt Nam. Nam giới hiếm muộn được khảo sát ở thành phố Hà Nội có mức độ stress tổng thể cao hơn so với ở thành phố Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh. Đồng thời, các khách thể ở Hà Nội cũng bị căng thẳng lớn hơn về mối quan hệ xã hội, mối quan hệ vợ chồng, từ chối lối sống không con cái và nhu cầu làm cha mẹ. Lý giải cho điều này, chúng tôi cho rằng, yếu tố văn hóa đã chi phối rất rõ rệt đến tâm lý của người dân nói chung và những người nam giới hiếm muộn nói riêng. Người dân sinh sống ở miền Bắc chịu ảnh hưởng mạnh mẽ của văn hóa truyền thống là coi trọng con cái, có con để nối dõi. Vì vậy, trong quan niệm của những người đàn ông cũng cho rằng cần phải có con, nên áp lực có con sẽ rất lớn. Bên cạnh đó, những người con trai trong gia đình miền Bắc cũng bị tác động bởi mong muốn của những người thân trong gia đình, đặc biệt là ông bà, cha mẹ của họ mong muốn có cháu. Chúng tôi cho rằng, thậm chí trong nhiều gia đình, ông bà, cha mẹ sẽ cảm thấy đau khổ nếu con trai, con dâu của họ rơi vào tình trạng hiếm muộn, không sinh được con. Những điều này sẽ tạo nên mức độ căng thẳng của những người đàn ông hiếm muộn được khảo sát ở thành phố Hà Nội cao hơn so với ở thành phố Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh.

Thứ tư, trình độ học vấn đã được chứng minh là một yếu tố dự báo mạnh mẽ việc tìm kiếm trợ giúp y tế ở cả nam giới và phụ nữ hiếm muộn (Moreau và cộng sự, 2010; Swift và Liu, 2014). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra, nam giới có trình độ học vấn từ trung cấp trở xuống có mức độ căng thẳng tổng thể liên quan đến hiếm muộn cao hơn so với nam giới có trình độ cao đẳng, đại học trở lên. Đồng thời, nhóm khách thể này cũng bị áp lực hơn ở khía cạnh đời sống tình dục và nhu cầu làm cha mẹ. Điều này có thể được hiểu là những người có học vấn cao hơn thì có nhiều kiến thức và hiểu biết hơn, đồng thời họ có thể tìm kiếm nhiều nguồn thông tin hơn, từ đó đương đầu tốt hơn với tình trạng của bản thân, nên mức độ căng thẳng thấp hơn. Bên

cạnh đó, người học đại học và cao đẳng trở lên, có thể là cơ hội tìm kiếm việc làm, vị thế kinh tế xã hội tốt hơn và có nhiều nguồn lực hỗ trợ tốt hơn.

Thứ năm, trên cả 3 địa bàn khảo sát, nhóm khách thể sống ở nông thôn có mức độ căng thẳng tổng thể cao hơn nhóm sống ở thành thị và căng thẳng ở khía cạnh từ chối lối sống không con cái và nhu cầu làm cha mẹ cũng cao hơn. Điều này có thể lý giải bởi:

Một là, những người sống ở nông thôn có đặc điểm kinh tế - xã hội ít ưu thế hơn so với những người sống ở thành thị. Do đó, việc tiếp cận các nguồn thông tin, nguồn lực hỗ trợ xã hội, khả năng thu nhập của họ cũng hạn chế hơn những người sống ở thành thị. Bên cạnh đó, chi phí cho điều trị hiếm muộn cũng rất lớn, việc điều trị hiếm muộn chắc chắn làm trầm trọng thêm căng thẳng tài chính cho cả nam giới và phụ nữ (Fisher và Hammarberg, 2012; Wischmann và Thorn, 2013). Thậm chí, sau các đợt điều trị phức tạp như thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), với các cặp vợ chồng không may mắn có được con thì số tiền đó coi như “đổ xuống sông xuống bể”, họ lại phải chuẩn bị tiền cho đợt điều trị tiếp theo (Trần Hà Thu, Trương Quang Lâm, Nguyễn Hạnh Liên, 2020). Đồng thời, do đặc thù điều trị hiếm muộn buộc người phụ nữ phải dành thời gian cho các giai đoạn điều trị (thậm chí phải nghỉ việc) và họ cũng cần thời gian nghỉ ngơi, nên áp lực kiếm tiền chủ yếu đặt lên vai nam giới, do đó nam giới ở nông thôn sẽ căng thẳng hơn nam giới ở thành thị.

Hai là, với những người sống ở nông thôn, chịu ảnh hưởng quan niệm phải sinh được con nặng nề hơn so với những người sống ở thành thị. Kết quả này cũng được chỉ ra, trong nghiên cứu gần đây là các cặp vợ chồng ở nông thôn bị căng thẳng trong áp lực có con cao hơn so với các cặp vợ chồng ở thành thị (Trần Hà Thu, Trương Quang Lâm, Nguyễn Hạnh Liên, 2020). Do các đặc điểm kinh tế - xã hội ít ưu thế hơn như là một hệ quả kéo theo làm gia tăng áp lực có con, với quan niệm của người Việt Nam “*con cái là của để dành*”, “*đông con hơn nhiều của*”, do vậy, con cái là nguồn hỗ trợ đảm bảo khi con người già yếu. Điều này cũng đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra, con cái là nguồn nhân lực đáng tin cậy trong nhiều khu vực nông thôn và ở những nước đang phát triển (Hollo, 2003; Barden-O’Fallon, 2005; Hollos và cộng sự, 2009).

5. Kết luận

Tóm lại, kết quả nghiên cứu về căng thẳng tâm lý của nam giới hiếm muộn ở ba thành phố lớn ở Việt Nam cho thấy, phần lớn có mức độ căng thẳng ở mức trung bình, có một tỷ lệ nhất định nam giới hiếm muộn bị căng thẳng ở mức cao. Xét theo từng khía cạnh, nam giới căng thẳng trong nhu cầu làm cha mẹ là cao nhất và khía cạnh đời sống tình dục có mức độ căng thẳng thấp nhất. Có sự khác nhau giữa các nhóm khách thể theo địa bàn khảo sát, theo nơi cư

trú và theo trình độ học vấn. Những lý giải dưới góc độ tâm lý học và văn hóa đã góp phần làm sáng tỏ các kết quả nêu trên.

Nhìn chung, nghiên cứu này của chúng tôi bước đầu tìm hiểu về những ảnh hưởng tiêu cực của tình trạng hiếm muộn đối với tâm lý nam giới. Trên thực tế, áp lực xã hội, những trải nghiệm trong quá trình điều trị hiếm muộn, phụ nữ phải gánh chịu nhiều hơn so với đàn ông - nhất là với các kỹ thuật điều trị phức tạp, không phải phụ nữ nào cũng thành công trong lần điều trị đầu tiên. Mặc dù vậy, trên hành trình tìm con, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra được căng thẳng tâm lý của nam giới trong nhu cầu được trở thành người cha. Chúng tôi cho rằng, câu hỏi liệu nam giới có ít gặp phải căng thẳng hơn so với phụ nữ do tình trạng hiếm muộn hay không vẫn là một chủ đề cần được khai thác sâu hơn trong các nghiên cứu tiếp theo.

Chú thích:

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Quỹ Phát triển Khoa học và Công nghệ Quốc gia (NAFOSTED) trong đề tài: *Khó khăn tâm lý của các cặp vợ chồng hiếm muộn con*; Mã số 501.01-2019.03; Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn chủ trì; TS. Trương Quang Lâm làm chủ nhiệm.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Trương Quang Lâm (2020). *Tổn thương tâm lý ở phụ nữ hiếm muộn con qua nghiên cứu trường hợp*. Tạp chí Tâm lý học. Số 3. Tr. 83 - 97.
2. Đặng Hoàng Ngân, Trương Quang Lâm, Lương Bích Thủy (2020). *Ứng phó với tình trạng hiếm muộn của người hiếm muộn*. Tạp chí Tâm lý học. Số 10. Tr. 43 - 61.
3. Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Nguyễn Đỗ Hương Giang (2017). *Nhu cầu chăm sóc sức khỏe tâm thần ở người vô sinh (Nghiên cứu trường hợp tại khoa Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện A. Thái Nguyên)*. Kỷ yếu Hội thảo Quốc tế Tâm lý học khu vực Đông Nam Á lần thứ nhất “Hạnh phúc con người và sự phát triển bền vững”. NXB Đại học Quốc gia Hà Nội. Tập 2. Tr. 70 - 77.
4. Nguyễn Thị Hằng Phương (2011). *Thực trạng tổn thương tâm lý ở phụ nữ hiếm muộn/vô sinh*. Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới. Số 1. Tr. 68 - 80.
5. Trần Hà Thu, Trương Quang Lâm, Nguyễn Hạnh Liên (2020). *Áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của các cặp vợ chồng hiếm muộn*. Tạp chí Tâm lý học. Số 11. Tr. 68 - 83.

Tài liệu tiếng Anh

6. Barden-O'Fallon J. (2005). *Associates of self-reported fertility status and infertility treatment-seeking in a rural district of Malawi*. Human Reproduction. Vol. 20 (8). P. 2.229 - 2.236. DOI: 10.1093/humrep/dei008.
7. Benyamini Y., Gozlan M. and Kokia E. (2005). *Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments*. Fertility and Sterility. Vol. 83 (2). DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.10.014.
8. Cousineau T.M. and Domar A.D. (2007). *Psychological impact of infertility*. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. Vol. 21. P. 293 - 308.
9. Domar A.D., Smith K., Conboy L., Iannone M. and Alper M. (2010). *A prospective investigation into the reasons why insured United States patients drop out of in vitro fertilization treatment*. Fertility and Sterility. Vol. 94 (4). P. 1.457 - 1.459. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.06.020.
10. Downey J. and McKinney M. (1992). *The psychiatric status of females presenting for infertility evaluation*. Am. Journal Orthopsychiatry. Vol. 62. P. 196 - 205.
11. Edelmann R.J. and Connolly K.J. (2000). *Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory*. British Journal of Health Psychology. Vol. 5 (4). P. 365 - 375.
12. Fisher J.R.W. and Hammarberg K. (2012). *Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research*. Asian Journal of Andrology. Vol. 14 (1). P. 121 - 129.
13. Glover L., Gannon K., Sherk I. and Abel P. (1996). *Distress in sub-fertile men: a longitudinal study*. Journal Reprod Infant Psychol. Vol. 14. P. 23 - 36.
14. Glover L., Gannon K. and Abel P.D. (1999). *Eighteen-month follow-up of male subfertility clinic attenders: a comparison between men whose partner subsequently became pregnant and those with continuing subfertility*. Journal Reprod Infant Psychol. Vol. 17. P. 83 - 87.
15. Greil A. (1997). *Infertility and psychological distress: A critical review of the literature*. Social Science & Medicine. Vol. 45 (11). P. 1.679 - 1.704.
16. Hollos M. (2003). *Profiles of infertility in Southern Nigeria: women's voices from amakiri*. African Journal of Reproductive Health. Vol. 7 (2). 46. DOI: 10.2307/3583213.
17. Hollos M., Larsen U., Obono O. and Whitehouse B. (2009). *The problem of infertility in high fertility populations: Meanings, consequences and coping mechanisms in two Nigerian communities*. Social Science and Medicine. Vol. 68 (11). P. 2.061 - 2.068. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.03.008.

18. Kedem P., Milkulincer M., Nathanson Y.E. and Bartoov B. (1990). *Psychological aspects of male infertility*. Br. Journal Med. Psychol. Vol. 63. P. 73 - 80.
19. Lee T.Y. and Sun G.H. (2000). *Psychological responses of Chinese infertile husbands and wives*. Archives of Andrology. Vol. 45. P. 143 - 148.
20. Lee T.Y., Sun G.H., Chao S.C. (2001). *The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husband and wives in Taiwan*. Human Reproduction. Vol. 16. P. 1.762 - 1.767.
21. Loke A.Y., Yu P.L. and Hayter M. (2012). *Experiences of sub-fertility among Chinese couples in Hong Kong: A qualitative study*. Journal of Clinical Nursing. Vol. 21 (3 - 4). P. 504 - 512.
22. Lukse M.P. and Vacc N.A. (1999). *Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment*. Obstetrics and Gynecology. Vol. 93 (2). P. 245 - 251.
23. Monga M., Alexandrescu B., Katz S.E., Stein M. and Ganiats T. (2004). *Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function*. Adult Urology. Vol. 63 (1). P. 126 - 130. DOI: 10.1016/j.urology.2003.09.015.
24. Moreau C., Bouyer J., Ducot B., Spira A. and Slama R. (2010). *When do involuntarily infertile couples choose to seek medical help?* Fertility and Sterility. Vol. 93 (3). P. 737 - 744. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.10.011.
25. Ng E., Liu A., Chan C. and Chan C. (2004). *Hong Kong: A social, legal and clinical overview*. In Blyth E. and Landau R. (Eds.). *Third party assisted conception across cultures: Social, legal and perspectives*. P. 21. London: Jessica Kingsley Publishers.
26. Nicole J. Wiersema, Anouck J. Drukker, Mai Ba Tien Dung, Giang Huynh Nhu, Nguyen Thanh Nhu and Cornelis B. Lambalk (2006). *Consequences of infertility in developing countries: Results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam*. Vol. 1. P. 4 - 54. DOI: 10.1186/1479-5876-4-54.
27. Newton C.R., Sherrard W. and Glavac I. (1999). *The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress*. Fertility and Sterility. Vol. 72 (1). P. 54 - 62. DOI: 10.1016/s0015-0282(99)00164-8.
28. Peterson B.D., Newton C.R. and Feingold T. (2007). *Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment*. Fertility and Sterility. Vol. 88 (4). P. 911 - 914. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.12.023.
29. Pollack W.S. (1998). *Real boys: rescuing our sons from the myths of boyhood*. New York. NY: Random House.
30. Swift B.E. and Liu K.E. (2014). *The effect of age, ethnicity, and level of education on fertility awareness and duration of infertility*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Vol. 36 (11). P. 990 - 996. DOI: 10.1016/s1701-2163(15)30412-6.
31. Throsby K. and Gill R. (2004). *It's different for men: masculinity and IVF*. Men and Masculinities. Vol. 6. P. 330 - 348.

32. Webb R.E. and Daniluk J.C. (1999). *The end of the line: infertile men's experience of being unable to produce a child*. Men and Masculinities. Vol. 2 (1). P. 6 - 25.
33. 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.
34. Wright J., Bissonnette F., Duchesne C. et al. (1991). *Psychological distress and infertility: men and women respond differently*. Fertil Steril. Vol. 55. P. 100 - 108.
35. Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., de Mouzon J., Ishihara O., Mansour R., Nygren K., Sullivan E., Vanderpoel S., ICMART and WHO (2009). *International committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology*. Fertility and Sterility. Vol. 92 (5). P. 1.520 - 1.524. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009.