

ÁP LỰC CÓ CON VÀ CĂNG THẰNG TRONG ĐỜI SỐNG TÌNH DỤC CỦA CÁC CẶP VỢ CHỒNG HIẾM MUỘN

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, Đại học Quốc gia Hà Nội chủ trì; TS. Trương Quang Lâm làm chủ nhiệm.

Trần Hà Thu

Trương Quang Lâm

Nguyễn Hạnh Liên

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

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành khảo sát thực trạng áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của 209 người hiếm muộn (70 cặp vợ chồng và 69 người vợ) và một số yếu tố có liên quan đến thực trạng này. Phương pháp chính được sử dụng trong nghiên cứu là phương pháp điều tra bằng bảng hỏi, trong đó sử dụng 2 tiêu thang đo căng thẳng trong nhu cầu có con (Need for Parenthood) và căng thẳng trong đời sống tình dục (Sexual Concern) thuộc Thang đo Fertility Problem Inventory (Bảng kiểm vấn đề sinh sản) (FPI) - Bảng kiểm vấn đề sinh sản của Christopher R. Newton, Wendy Sherrard và Irene Glavac (1999). Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn người hiếm muộn khát khao có con, đề cao tầm quan trọng của đứa con trong mối quan hệ hôn nhân; căng thẳng lớn nhất trong đời sống tình dục của người hiếm muộn cũng tập trung vào áp lực phải thụ thai thành công khi quan hệ tình dục. Mức độ căng thẳng của 2 khía cạnh này ở các cặp vợ chồng hiếm muộn có liên quan đến một số đặc điểm cá nhân (địa bàn sinh sống, trình độ học vấn, lứa tuổi, thời gian hiếm muộn). Bên cạnh đó, kết quả cũng chỉ ra mức độ áp lực về nhu cầu có con của các cặp vợ chồng hiếm muộn càng lớn thì những căng thẳng trong đời sống tình dục của họ càng cao.

Từ khóa: Áp lực có con; Căng thẳng; Tình dục; Vợ chồng hiếm muộn.

Ngày nhận bài: 2/10/2020; Ngày duyệt đăng bài: 25/10/2020.

1. Giới thiệu

Mong muốn có con là nhu cầu hoàn toàn chính đáng của những người trưởng thành khi bước vào hôn nhân. Việc mang thai và sinh con góp phần tạo

nên hạnh phúc gia đình một cách trọn vẹn. Tuy nhiên, nhiều cặp vợ chồng không may mắn có được đứa con vì lý do hiếm muộn, thậm chí là đã chữa trị trong thời gian dài. Dưới góc độ Tâm lý học, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tình trạng hiếm muộn và trải qua điều trị vô sinh hiếm muộn khiến con người phải đối mặt với nhiều cảm xúc tiêu cực, như lo âu, đau khổ và trầm cảm... (Peterson, Newton, Feingold, 2007; Cui, 2010; Chachamovich và cộng sự, 2010; Galhardo, Alves, Moura-Ramos, Cunha, 2019). Theo đó, áp lực có con ở người hiếm muộn được hiểu là mong muốn được trở thành cha mẹ mà không đạt được, là việc họ xác định chặt chẽ với vai trò làm cha mẹ, mục tiêu cuộc sống của họ chính là sinh được con (Newton, Sherrard, Glavac, 1999). Các nghiên cứu ở châu Phi và châu Á đã nhấn mạnh nhiều vai trò quan trọng của đứa con đối với các cặp vợ chồng, đặc biệt đối với các bà mẹ, giúp họ trở thành những thành viên đáng quý hơn trong gia đình và cộng đồng (Dyer và Patel, 2012). Do vậy, về mặt văn hóa, những cặp vợ chồng không thể đáp ứng được kỳ vọng văn hóa này sẽ bị coi thường (Lee và Sun, 2000). Đặc biệt, ở các nước châu Á, các gia đình có tư tưởng cần phải có con, thậm chí là rất cần phải có con trai để “nối dõi tông đường”. Nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy, 80% các cặp vợ chồng hiếm muộn muốn có con cảm thấy rằng họ không thể sống tốt nếu không có con và chỉ ra rằng vô sinh là mối lo ngại lớn đối với họ (Lau và cộng sự, 2008). Còn ở Việt Nam, một số nghiên cứu đã chỉ ra những áp lực của việc có con ở người hiếm muộn thể hiện ở những trạng thái lo âu, căng thẳng, mặc cảm, tự ti... vì quá mong có con mà không đạt được, đó là sự mệt mỏi cả về thể chất và tinh thần (Nguyễn Thị Hằng Phương, 2011; Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Nguyễn Hương Giang, 2017).

Bên cạnh áp lực có con, các cặp vợ chồng hiếm muộn còn gặp những căng thẳng trong đời sống tình dục. Hoạt động tình dục là sự phản ánh của tình yêu, sự lãng mạn và sự gần gũi (Lee, 2010; Steuber và Solomon, 2008). Tuy nhiên, đối với các cặp vợ chồng hiếm muộn, tình dục đã trở thành một công cụ để thụ thai nhiều hơn là để tận hưởng. Với khao khát thụ thai của các cặp vợ chồng, quan hệ tình dục trở thành một nhiệm vụ, kèm theo cảm giác tuyệt vọng và lo lắng về thất bại (Lee, 2010). Căng thẳng do không sinh được con ảnh hưởng đến bản sắc và cảm giác nam tính của một người đàn ông, điều này gắn liền với khả năng tình dục của anh ta hơn là với vai trò làm cha, trong khi căng thẳng vô sinh ở phụ nữ liên quan nhiều đến khả năng thụ thai hơn là quá trình quan hệ tình dục (Peterson và cộng sự, 2007). Dần dần, đời sống tình dục mất ý nghĩa ban đầu của nó là sự thích thú, gần gũi mà trở thành một công cụ để tạo ra em bé, gia tăng mối bận tâm về con cái của các cặp vợ chồng hiếm muộn (Cousineau và Domar, 2007). Các cặp vợ chồng khi phải tuân thủ chế độ sinh hoạt tình dục để tăng khả năng thụ thai, dẫn đến mất khoái cảm trong tình dục (Marci và cộng sự, 2012). Do vậy, căng thẳng tình dục ở người hiếm muộn được

mô tả là áp lực phải quan hệ tình dục vào thời gian đã định và mất đi sự thích thú khi quan hệ tình dục, lòng tự trọng của cá nhân bị giảm trong đời sống tình dục (Newton, Sherrard, Glavac, 1999; Peterson, Newton và Feingold, 2007).

Trong phạm vi của bài viết, nghiên cứu tiến hành khảo sát (1) thực trạng áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của những người hiếm muộn và (2) mối quan hệ giữa áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của họ, từ đó là gợi ý để xây dựng các hình thức hỗ trợ xã hội cho nhóm đối tượng này.

2. Khách thể và phương pháp nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm mẫu khách thể nghiên cứu (N = 209)

Đặc điểm	Nhóm	N	%	Đặc điểm	Nhóm	N	%
Giới tính	Nữ (người vợ)	139	66,5	Nguyên nhân hiếm muộn	Từ phía người vợ	40	20,9
	Nam (người chồng)	70	33,5		Từ phía người chồng	46	24,1
Tuổi	23 - 30 tuổi	86	42,6		Từ cả hai phía	63	33,0
	31 - 45 tuổi	116	57,4		Không rõ nguyên nhân	42	22,0
Trình độ học vấn	Tiểu học, trung học cơ sở	12	5,9	Địa bàn	Thành thị	81	39,5
	Trung học phổ thông	56	27,3		Nông thôn	86	42,0
	Trung cấp	24	11,7		Ven đô	12	5,9
	Cao đẳng, đại học	100	48,8		Miền núi	19	9,3
	Sau đại học	13	6,3		Miền biển	05	2,4
Thời gian kết hôn	0 - 4 năm	80	41,0	Thu nhập	≤ 5 triệu	88	42,1
	5 - 9 năm	83	42,6		6 - 9 triệu	58	27,8
	10 - 15 năm	26	13,3		≥ 10 triệu	49	23,4
	15 - 20 năm	6	3,1		Không trả lời	14	6,7
Thời gian hiếm muộn	≤ 4 năm	108	56,0	-	-	-	-
	> 4 năm	85	44,0	-	-	-	-

Nghiên cứu tiến hành khảo sát trên 209 người đã kết hôn (gồm 70 cặp vợ chồng và 69 người vợ, tuổi từ 23 - 45 tuổi) đang thăm khám và điều trị hiếm muộn ở địa bàn thành phố Hà Nội. Cơ cấu các đặc điểm khách thể trong nghiên cứu được mô tả ở bảng 1.

2.1. Công cụ nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng 2 tiêu thang đo: (1) Áp lực có con và (2) Căng thẳng trong đời sống tình dục thuộc thang đo Fertility Problem Inventory (FPI) - Bảng kiểm vấn đề sinh sản của Christopher R. Newton, Wendy Sherrard và Irene Glavac (1999). Tiêu thang đo Áp lực có con gồm 10 mệnh đề (item), với độ tin cậy Alpha của Cronbach = 0,76, thang đo Căng thẳng trong đời sống tình dục gồm 8 item, với độ tin cậy Alpha của Cronbach = 0,76. Hai tiêu thang đo được đo lường trên thang đo Likert 6 mức độ, từ 0- Hoàn toàn không đồng ý đến mức độ 6- Hoàn toàn đồng ý. Điểm trung bình (M) của mỗi tiêu thang đo biến thiên từ 1 đến 6, tương ứng với áp lực có con và mức độ căng thẳng trong đời sống tình dục được đo tăng dần.

2.2. Xử lý dữ liệu

Dữ liệu của nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Dữ liệu thu được từ các thang đo đều có phân bố chuẩn. Các phép thống kê mô tả và suy luận được sử dụng để đưa ra những phân tích định lượng trong nghiên cứu.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Thực trạng áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của những vợ chồng hiếm muộn

Bảng 2: Mô tả tỷ lệ trung bình chung của thang đo

Thang đo	M	SD	Min	Max	Khoảng điểm trung bình		
					Dưới mức trung bình chung	Mức trung bình chung	Trên mức trung bình chung
Áp lực có con	4,51	0,76	1,67	5,89	1,67 - 3,74	3,75 - 5,27	5,28 - 5,89
Tỷ lệ %	-	-	-	-	13,1	68,4	18,4
Căng thẳng trong đời sống tình dục	2,93	0,84	2,93	5,0	1,13 - 2,08	2,09 - 3,77	3,78 - 5,0
Tỷ lệ %	-	-	-	-	15,1	68,3	16,6

Dựa trên kết quả điểm trung bình (M) và độ lệch chuẩn (SD), nghiên cứu đã đưa ra được khoảng điểm trung bình chung của nhóm khách thể trong nghiên cứu này là $M - 1SD < M < M + 1SD$.

Tiêu thang đo Áp lực có con (M = 4,51; SD = 0,76; Min = 1,67; Max = 5,89). Tiêu thang đo Căng thẳng trong đời sống tình dục (M = 2,93; SD = 0,84; Min = 1,13; Max = 5,0).

Số liệu ở bảng 2 cho biết các khoảng điểm trung bình đạt được của khách thể trong nghiên cứu này. Trong tiêu thang đo áp lực có con, 68,4% khách thể có điểm trung bình chung dao động từ 3,75 - 5,27. Số khách thể thấp hơn mức trung bình chung và cao hơn mức trung bình chung lần lượt chiếm 13,1% và 18,4%. Tiêu thang đo Căng thẳng trong đời sống tình dục có khoảng điểm trung bình chung thấp hơn tiêu thang đo áp lực có con với điểm trung bình dao động từ 2,09 - 3,77; cũng chiếm tới 68,3% khách thể. Số khách thể có mức điểm căng thẳng thấp và cao hơn điểm trung bình chung lần lượt là 15,1% và 16,6%.

Bảng 3: Mức độ áp lực có con của các cặp vợ chồng hiếm muộn

Các ý kiến	Các mức độ (%)						M	SD
	1	2	3	4	5	6		
1. Mang thai và sinh con là hai sự kiện quan trọng nhất của mối quan hệ vợ chồng.	2,0	3,0	5,9	17,2	42,4	29,6	4,83	1,12
2. Đối với tôi, trở thành cha mẹ là mục tiêu quan trọng hơn sự nghiệp.	2,0	3,5	15,4	12,9	31,8	34,3	4,72	1,28
3. Hôn nhân của tôi cần có một đứa con.	2,0	2,0	8,9	9,9	37,1	40,1	4,98	1,16
4. Thật khó để cảm thấy bản thân tôi như là một người trưởng thành, cho đến khi có con.	3,0	19,9	16,4	29,9	23,4	7,5	3,73	1,30
5. Một tương lai không con cái khiến tôi lo sợ.	2,5	6,4	9,9	22,3	38,1	20,8	4,49	1,24
6. Tôi cảm thấy trống rỗng, vô vọng vì hiếm muộn	6,0	23,5	18,5	17,5	27,0	7,5	3,58	1,43
7. Có một đứa con không phải là mục tiêu chính của đời tôi.	34,7	32,2	14,9	6,9	8,4	3,0	4,68	1,38
8. Tôi thường cảm thấy tôi được sinh ra để trở thành cha mẹ.	3,0	5,4	11,8	24,1	40,4	15,3	4,39	1,21

9. Tôi nhớ rằng, tôi vẫn muốn trở thành cha mẹ.	1,5	2,5	6,5	11,6	49,2	28,6	4,90	1,06
10. Tôi sẽ làm bất cứ điều gì để có con.	3,1	6,7	9,2	16,4	27,2	37,4	4,70	1,38
Điểm trung bình chung							4,51	0,76

Ghi chú: 1. Hoàn toàn không đồng ý; 2. Không đồng ý; 3. Không đồng ý một phần; 4. Khá đồng ý; 5. Đồng ý; 6. Hoàn toàn đồng ý

Điểm trung bình của thang đo Áp lực có con là 4,51 trên thang điểm 6 mức độ. Nhìn chung, ý kiến của khách thể nghiêng về phía đồng ý với các nhận định được đưa ra. Điều đó cho biết áp lực có con của họ nghiêng về phía mức độ căng thẳng cao. Bốn mệnh đề nhận được sự đồng tình cao nhất của khách thể lần lượt là: “Hôn nhân của tôi cần có một đứa con” (M = 4,98); “Tôi luôn mong muốn được trở thành cha mẹ” (M = 4,90), “Mang thai và sinh con là hai sự kiện quan trọng nhất của mỗi quan hệ vợ chồng” (M = 4,83); “Đối với tôi, trở thành cha mẹ là mục tiêu quan trọng hơn sự nghiệp và Tôi sẽ làm bất cứ điều gì để có con” (M = 4,70). Mức độ đồng tình của khách thể với những quan điểm nêu trên không có sự khác biệt giữa người vợ và người chồng ($p > 0,05$). Cụ thể: 89,4% thể hiện mong muốn trở thành cha mẹ trong tương lai; 89,2% cho rằng mang thai và sinh con là những sự kiện quan trọng trong hôn nhân; 87,1% khách thể đồng ý với quan điểm phải có một đứa con trong hôn nhân; 81% cố gắng làm mọi cách để có con; 79% coi trọng việc sinh con hơn là sự nghiệp. Chỉ có 18,3% khách thể xác định có con không phải là mục tiêu chính của mình. Như vậy, phần lớn các cặp vợ chồng hiếm muộn trong nghiên cứu đều đánh giá cao tầm quan trọng của việc mang thai và sinh con trong mối quan hệ hôn nhân, dù nhu cầu có con lớn nhưng lại chưa thực hiện được nên đã gây ra căng thẳng trong đời sống của họ. Có 52% khách thể cho biết có cảm giác “trống rỗng”, “vô vọng” vì hiếm muộn; 60,8% cảm nhận “mình chưa thực sự trưởng thành khi chưa có con”; 81,2% cảm thấy “lo sợ về tương lai”.

Bên cạnh áp lực có con, nghiên cứu cũng quan tâm đến những căng thẳng trong đời sống tình dục của các cặp vợ chồng hiếm muộn. Điểm trung bình của thang đo Căng thẳng trong đời sống tình dục là 2,93 trên thang điểm 6 mức độ. Như vậy, ý kiến của khách thể tập trung ở quan điểm “không đồng ý một phần”. So với áp lực có con thì căng thẳng trong đời sống tình dục của họ thấp hơn và có hướng nghiêng về phía mức độ căng thẳng thấp. Kết quả chi tiết được mô tả tại bảng 4.

Bảng 4: Mức độ căng thẳng trong đời sống tình dục của các cặp vợ chồng hiếm muộn

Các ý kiến	Các mức độ (%)						M	SD
	1	2	3	4	5	6		
1. Tôi thấy mất hứng thú trong quan hệ tình dục vì vấn đề hiếm muộn.	15,7	36,4	18,2	11,6	14,1	4,0	2,84	1,42
2. Tôi vẫn cảm thấy hấp dẫn với chồng/vợ của tôi như trước đây trong đời sống tình dục.	2,5	12,3	23,6	18,7	32,0	10,8	3,01	1,30
3. Tôi không cảm thấy bất kỳ khác biệt nào so với những người khác về mặt giới tính.	2,0	9,6	5,6	10,1	46,0	26,8	2,31	1,29
4. Tôi cảm thấy như thất bại trong chuyện tình dục.	15,3	47,5	14,4	13,4	7,4	2,0	2,55	1,22
5. Trong lúc quan hệ tình dục, tất cả những gì tôi có thể nghĩ là có con.	5,5	18,4	19,9	16,4	27,4	12,4	3,79	1,47
6. Quan hệ tình dục trở nên khó khăn với tôi.	13,5	44,0	16,5	8,5	12,5	5,0	2,77	1,40
7. Nếu chúng tôi bỏ lỡ 1 ngày thuận lợi quan hệ tình dục, tôi cảm thấy tức giận.	9,5	31,3	19,4	19,4	18,4	2,0	3,11	1,34
8. Đôi khi tôi cảm thấy rất áp lực, quan hệ tình dục trở nên khó khăn.	10,4	37,1	21,3	8,9	17,8	4,5	3,00	1,41
Điểm trung bình chung							2,93	0,84

Ghi chú: 1. Hoàn toàn không đồng ý; 2. Không đồng ý; 3. Không đồng ý một phần; 4. Khá đồng ý; 5. Đồng ý; 6. Hoàn toàn đồng ý.

Theo đó, hai biểu hiện căng thẳng lớn nhất trong đời sống tình dục của vợ chồng gồm: “trong quan hệ tình dục, điều duy nhất họ nghĩ đến là có con” (M = 3,79); tiếp đến là cảm giác “tức giận nếu bỏ lỡ một ngày quan hệ tình dục thuận lợi cho việc có con” (M = 3,11). Quan điểm này không có sự khác biệt giữa người vợ và người chồng ($p > 0,05$). Cụ thể hơn, 56,2% khách thể đồng tình với ý kiến “điều duy nhất họ nghĩ đến là con cái khi quan hệ tình dục”;

39,8% “tức giận nếu bỏ lỡ một ngày quan hệ tình dục thuận lợi cho việc có con”. Rõ ràng, điều khiến đời sống tình dục vợ chồng trở nên căng thẳng có liên quan nhiều hơn đến nhu cầu, áp lực phải thụ thai thành công khi quan hệ tình dục hơn là do sự kém hấp dẫn của người bạn đời. Ở họ, vấn đề hiếm muộn không hoàn toàn là lý do khiến họ cảm thấy bạn đời của mình kém hấp dẫn là quan điểm của phần lớn người vợ và người chồng với tỷ lệ lần lượt là 70,3% và 61,5%.

3.2. So sánh mức độ áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của những vợ chồng hiếm muộn theo nhóm

Kết quả phân tích sự tương đồng và khác biệt về áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của những cặp vợ chồng hiếm muộn theo các nhóm được mô tả tại bảng 5.

Bảng 5: Điểm trung bình áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của vợ chồng hiếm muộn

Nhóm khách thể	Áp lực có con				Căng thẳng trong đời sống tình dục			
	M (SD)	t/F	df	p	M (SD)	t/F	df	p
Giới tính								
Người chồng	4,54 (0,78)	-0,422	206	0,67	2,89 (0,86)	0,544	204	0,58
Người vợ	4,49 (0,75)				2,96 (0,83)			
Khu vực								
Thành thị	4,33 (0,74)	-4,117	165	0,000	2,70 (0,86)	-3,147	163	0,002
Nông thôn	4,78 (0,67)				3,10 (0,77)			
Tuổi								
23 - 30 tuổi	4,68 (0,73)	2,628	200	0,009	2,93 (0,84)	0,258	198	0,79
31 - 45 tuổi	4,39 (0,78)				2,90 (0,83)			
Thời gian hiếm muộn								
≤ 4 năm	4,67 (0,76)	3,036	191	0,003	2,94 (0,87)	0,14	189	0,73
> 4 năm	4,34 (0,74)				2,90 (0,79)			
Trình độ học vấn								
Tiểu học trở xuống	4,76 (0,65)	4,293	203	0,000	3,15 (0,74)	3,50	201	0,001
Đại học trở lên	4,31 (0,80)				2,74 (0,86)			

Thu nhập								
< 5 triệu	4,67 (0,72)	5,717	2,194	0,004	3,09 (0,78)	3,51	2,192	0,03
6 - 9 triệu	4,47 (0,72)				2,83 (0,81)			
> 10 triệu	4,21 (0,87)				2,72 (0,95)			

Kết quả phân tích số liệu đã đưa ra một số gợi ý về sự tương đồng và khác biệt trong nhu cầu có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của vợ chồng hiếm muộn. Hai biến số này không có sự khác biệt về mức độ ở người chồng và người vợ ($M = 4,54$ và $M = 4,49$; $p > 0,05$). Dù vai trò người vợ hay người chồng thì những người hiếm muộn đều xác nhận nhu cầu có con như nhau, những căng thẳng xuất hiện trong đời sống tình dục của hai giới cũng không khác biệt.

Xét theo địa bàn sinh sống, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhu cầu có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của các cặp vợ chồng. Theo đó, nhu cầu có con của những người sống ở nông thôn cao hơn ở thành thị (M lần lượt là 4,78 và 4,33; $p < 0,001$). Tương tự, những cặp vợ chồng ở nông thôn cũng có mức độ căng thẳng trong đời sống tình dục cao hơn ở thành thị (M lần lượt là 3,10 và 2,70; $p < 0,001$).

Trình độ học vấn của khách thể cũng là biến số tạo nên sự khác biệt trong nghiên cứu này. Những người có trình độ học vấn từ bậc THPT trở xuống báo cáo nhu cầu có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của bản thân cao hơn khách thể có trình độ học vấn từ bậc Đại học trở lên ($M = 4,76$ và $M = 4,31$; $p < 0,01$ và $M = 3,15$ và $M = 2,74$; $p < 0,001$).

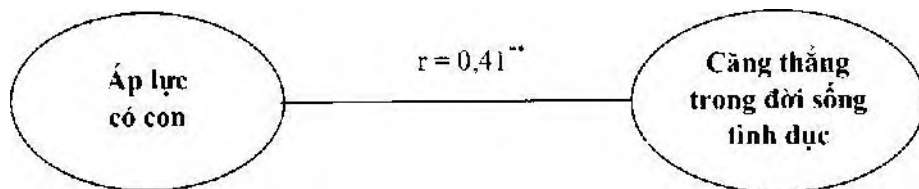
Biên tuổi và thời gian hiếm muộn không xác định sự khác biệt về căng thẳng trong đời sống tình dục của khách thể nhưng có sự khác biệt về áp lực có con. Những người hiếm muộn ở độ tuổi từ 23 - 30 tuổi ghi nhận áp lực có con cao hơn những người ở độ tuổi 31 - 45 tuổi ($M = 4,68$ và $M = 4,39$; $p < 0,001$). Tương tự, những vợ chồng được xác định hiếm muộn ít hơn 4 năm chịu áp lực có con lớn hơn những người bị hiếm muộn trên 4 năm ($M = 4,67$ và $M = 4,34$; $p < 0,001$).

Có sự khác biệt theo mức thu nhập, cụ thể: nhóm khách thể có mức thu nhập càng thấp thì áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục càng cao (M lần lượt là 4,67; 4,47; 4,21; $p < 0,001$ và M lần lượt là 3,09; 2,83; 2,72; $p < 0,05$).

3.3. Mối tương quan giữa áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của các cặp vợ chồng hiếm muộn

Trong nghiên cứu này, mối tương quan giữa áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của những cặp vợ chồng hiếm muộn đã được gợi mở.

Hai biến số này có mối tương quan thuận ở mức trung bình với nhau ($r = 0,41$; $p < 0,01$). Kết quả này cho thấy, khi áp lực có con càng lớn thì nguy cơ gặp căng thẳng trong đời sống tình dục của người hiếm muộn càng cao. Đồng thời, theo hướng ngược lại, những cặp vợ chồng có mức độ căng thẳng trong đời sống tình dục càng cao cho biết áp lực phải có con ở họ càng mạnh mẽ.



Ghi chú. (**): $p < 0,01$.

Hình 1: Mối tương quan giữa áp lực có con và căng thẳng trong đời sống tình dục của các cặp vợ chồng hiếm muộn

4. Bàn luận

Từ các kết quả nghiên cứu trên cho phép đưa ra một số bàn luận sau:

Thứ nhất. nghiên cứu đã mô tả thực trạng căng thẳng trong nhu cầu có con và trong đời sống tình dục của các cặp vợ chồng hiếm muộn. Kết quả không chỉ ra sự khác biệt khi xét theo nhóm nguyên nhân hiếm muộn và xét theo mối quan hệ vợ - chồng. Nhìn chung, phần lớn người hiếm muộn trong nghiên cứu này đề cao tầm quan trọng của việc mang thai và sinh con trong đời sống hôn nhân. Áp lực về việc phải có con khiến họ cảm thấy mệt mỏi, trống rỗng hay sợ hãi khi nghĩ về tương lai. Theo chúng tôi, mong muốn có con là hoàn toàn chính đáng của những người trưởng thành khi kết hôn, đặc biệt là với văn hóa Việt Nam rất coi trọng việc có con. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu trên người hiếm muộn ở Hồng Kông, mặc dù nhìn chung người Hồng Kông hương nền giáo dục phương Tây nhưng phần lớn dân số (92%) là người gốc Hoa. Họ vẫn giữ niềm tin văn hóa Trung Quốc mạnh mẽ rằng các cặp vợ chồng nên có con để nối dõi tông đường (Loke và cộng sự, 2012). Quan niệm văn hóa khiến những người hiếm muộn ở Việt Nam và Hồng Kông (Trung Quốc) chịu áp lực sinh con lớn hơn.

Thứ hai. kết quả trên có một số tương đồng và chênh lệch về số liệu nhất định so với một nghiên cứu ở các cặp vợ chồng hiếm muộn tại Trung Quốc. Xét về mẫu khách thể, hai nghiên cứu có một số điểm tương đồng: phần lớn khách thể là những cặp vợ chồng ở tuổi trưởng thành và đầu tuổi trung niên, hiện đang điều trị hiếm muộn tại các cơ sở y tế, khoảng 1/2 khách thể có trình độ cao đẳng, đại học trở lên. Hơn một nửa khách thể trong nghiên cứu này cho

biết họ “*luôn nghĩ về việc có con khi quan hệ tình dục*”. Các cặp đôi người Trung Quốc cũng cho thấy hơn một nửa (52,2%) người vợ và một phần ba (30,1%) người chồng có nhận định tương tự (Bronya H.K. Luk và Alice Yuen Loke, 2018). Những người vợ trong hai nghiên cứu đều trải nghiệm trạng thái “*tức giận khi bỏ lỡ một ngày thuận lợi để quan hệ tình dục*” cao hơn những người chồng. Tuy nhiên, xét một cách tổng thể, các cặp vợ chồng Trung Quốc xuất hiện cảm xúc này cao hơn so với khách thể Việt Nam với tỷ lệ lần lượt là 54% và 39,8%. Khách thể Trung Quốc cũng báo cáo họ gặp khó khăn trong đời sống tình dục do chịu áp lực phải thụ thai thành công cao hơn khách thể Việt Nam với tỷ lệ lần lượt là 54% và 31,2%.

Thứ ba, tại sao người hiếm muộn dễ xuất hiện cảm giác tức giận nếu bỏ lỡ một ngày thuận lợi để thụ thai? Tại sao việc hiếm muộn lại gây khó khăn trong quan hệ tình dục? Các nhà nghiên cứu nhận định, tình dục vốn là vấn đề tự nhiên nhưng khi điều này trở thành một “*phương tiện*” để thụ thai thì sẽ tạo áp lực lên các cặp vợ chồng và có thể dẫn đến thất vọng (Steuber và Solomon, 2008). Khi các cặp vợ chồng hiếm muộn tìm cách điều trị sinh sản, họ phải tuân theo một chế độ sinh hoạt tình dục để tăng tỷ lệ thụ thai thành công, điều này có thể làm gián đoạn thêm mối quan hệ tình dục và hôn nhân của họ (Cousineau và Domar, 2007). Bên cạnh đó, một lịch trình quan hệ tình dục cố định trong thời gian phụ nữ đang rụng trứng có thể làm giảm hoạt động tình dục và tăng căng thẳng tình dục ở nam giới (Peterson và cộng sự, 2007). Tiếp nhận hormone kích thích rụng trứng ở phụ nữ sẽ làm thay đổi ham muốn tình dục của họ (Family Planning Association Hong Kong - FPAHK, 2017; Marci và cộng sự, 2012). Điều này cũng được minh chứng trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi những vợ chồng càng áp lực mong có con, chỉ luôn nghĩ đến việc thụ thai trong khi quan hệ tình dục thì càng giảm hứng thú trong hoạt động tình dục nói riêng và gây nên những căng thẳng trong đời sống tình dục nói chung. Một vòng luẩn quẩn lại diễn ra trong tình huống này, bởi lẽ việc quan hệ tình dục không hứng thú, không thoải mái có thể khiến việc thụ thai khó hơn và áp lực có con lại ngày một tăng. Do đó, các cặp vợ chồng hiếm muộn cần được giảm bớt áp lực về việc phải mang thai và sinh con, xây dựng những suy nghĩ tích cực, lạc quan hơn về tương lai, tìm kiếm những giá trị tích cực khác trong hôn nhân, gia đình, thiết lập mạng lưới hỗ trợ xã hội (gia đình, bạn bè, tổ chức...) để tinh thần được cân bằng, vững vàng. Khi không bị áp lực sinh con “*đề nén*” thì đời sống tình dục, mối quan hệ vợ chồng sẽ viên mãn hơn và đó cũng chính là một điều kiện tốt để thụ thai thành công.

Thứ tư, các cặp vợ chồng ở nông thôn gặp nhiều căng thẳng trong áp lực có con và trong đời sống tình dục hơn so với các cặp vợ chồng ở thành thị. Đây cũng là điều dễ hiểu bởi dưới góc độ văn hóa vùng miền thì người dân nông

thôn coi trọng vấn đề mang thai và sinh con sau khi kết hôn hơn so với người dân thành phố. Vấn đề sinh sản đóng một vai trò quan trọng trong văn hóa truyền thống ở Việt Nam. Quan niệm “*cây độc không trái, gái độc không con*”, “*nhiều con nhiều của*”, “*nhiều con là nhiều phúc*”... sẽ tạo sự tổn thương cho những người hiếm muộn. Đất nước láng giềng có nhiều quan điểm văn hóa tương đồng với chúng ta là Trung Quốc cũng tìm thấy sự khác biệt tương tự. Nghiên cứu của tác giả Dong và Zhou đã chỉ ra, các cặp vợ chồng hiếm muộn ở nông thôn Trung Quốc bị ảnh hưởng nhiều bởi quan niệm rất khó thay đổi đã ăn sâu trong suy nghĩ, đó là coi trọng tâm quan trọng của việc sinh con (Dong, Zhou, 2016). Con cái là nguồn nhân lực đáng tin cậy trong nhiều khu vực nông thôn và ở những nước đang phát triển (Holloş, 2003; Barden-O’Fallon, 2005; Hollos và cộng sự, 2009). Vị thế kinh tế xã hội của người sống ở nông thôn có nhiều hạn chế hơn, con cái là nguồn cung cấp an ninh kinh tế khi về già; do vậy, tình trạng hiếm muộn thường dẫn đến sự bất ổn trong hôn nhân và khả năng ly hôn hoặc bị bỏ rơi với hậu quả là mất an ninh tài chính (Patel, 2014).

Thứ năm, một điều đặc biệt từ kết quả nghiên cứu này là nhóm vợ chồng có thời gian hiếm muộn dưới 4 năm bị áp lực có con và áp lực trong đời sống tình dục lớn hơn nhóm hiếm muộn trên 4 năm. Và nhóm vợ chồng trẻ hơn (từ 23 - 30 tuổi) lại bị áp lực hơn nhóm vợ chồng lớn tuổi hơn. Điều này có thể lý giải bởi những cặp vợ chồng trẻ, đang ở những năm đầu của cuộc hôn nhân hay thời gian điều trị nên càng háo hức, mong chờ “trái ngọt” của cuộc hôn nhân - đó là mang thai và sinh con hơn những người đã trải qua nhiều năm điều trị và kết hôn. Bên cạnh áp lực có con xuất phát từ chính nhu cầu của người trẻ thì họ có thể bị tác động bởi mọi người xung quanh. Người Việt Nam thường quan niệm sau khi kết hôn là phải sinh con, do đó nếu các cặp vợ chồng sau khi cưới không sinh con sẽ luôn nhận được sự quan tâm, thúc giục của gia đình, họ hàng. Điều này có thể càng gây thêm áp lực cho các cặp vợ chồng trẻ khi luôn nhận được câu hỏi “Tại sao chưa có con?” (Nicole và cộng sự, 2006).

Thứ sáu, những người trình độ học vấn từ đại học trở lên báo cáo mức căng thẳng trong nhu cầu có con và trong đời sống tình dục thấp hơn so với những người có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống. Sự khác biệt có ý nghĩa này phản ánh rằng, người hiếm muộn có trình độ học vấn cao thì đương đầu với áp lực hiếm muộn tốt hơn, những người có trình độ học vấn thấp hơn đối mặt với nhiều khó khăn hơn trong điều trị hiếm muộn (Drosdzol và Skrzypulec, 2008). Chúng tôi cho rằng, những người có học vấn cao hơn sẽ chủ động hơn trong việc tìm hiểu các thông tin về bệnh cũng như về cách thức điều trị hoặc cách thức để giải tỏa cảm xúc tiêu cực. Bên cạnh đó, người có học vấn cao có khả năng kiếm được thu nhập tốt hơn, có công việc tốt hơn, họ có

thể có các mối quan hệ xã hội tốt hơn để hỗ trợ khi cần... do đó áp lực để điều trị có con sẽ nhẹ hơn so với người học vấn thấp hơn.

Thứ bảy, ở Việt Nam, các cặp vợ chồng hiếm muộn phải tự chi trả cho việc điều trị để có con và hoàn toàn chưa có chính sách từ nhà nước hoặc bảo hiểm hỗ trợ cho họ. Kết quả nghiên cứu chỉ ra, nhóm khách thể có mức thu nhập càng thấp thì mức độ căng thẳng càng lớn trong nhu cầu có con và trong đời sống tình dục. Trong nghiên cứu của Wiersema và cộng sự (2006) trên người hiếm muộn ở Việt Nam đã cho thấy, chi phí điều trị sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản khoảng 3000 USD (tương đương gần 70 triệu Việt Nam đồng), nhiều người không đủ khả năng điều trị; họ phải vay mượn hoặc bán nhà cửa (Wiersema và cộng sự, 2006), đây cũng là điểm chung của những người hiếm muộn ở các nước đang phát triển phải đối mặt. Trên thực tế, tài chính là một áp lực ảnh hưởng vừa trực tiếp vừa gián tiếp đến việc điều trị hiếm muộn, vì tài chính là vấn đề quyết định cho các liệu trình, các biện pháp chữa trị hiếm muộn. Ảnh hưởng gián tiếp là vì không có điều kiện tài chính thì thời gian điều trị sẽ kéo dài thêm, gây thêm căng thẳng cho các cặp vợ chồng (Trương Quang Lâm, 2020). 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 để có con. Điều này cũng đã được nhiều tác giả chỉ ra trong các nghiên cứu trước đó là, việc điều trị hiếm muộn chắc chắn làm trầm trọng thêm căng thẳng tài chính cho cả nam giới và phụ nữ báo cáo xung quanh chi phí điều trị (Fisher và Hammarberg, 2012; Wischmann và Thorn, 2013). Nhiều phụ nữ cảm thấy tức giận và đau khổ về chi phí liên quan đến việc điều trị và những tác động trực tiếp và tương lai mà những chi phí đó gây ra cho họ (Redshaw, Hockley, Davidson, 2006). Do đó, sự kết hợp của căng thẳng không có con và gánh nặng tài chính tạo ra khó khăn cho các cặp vợ chồng, bao gồm một số vấn đề về sức khỏe tâm thần và cảm xúc (Hanna và Gough, 2019) và do đó nó cũng làm cho các cặp vợ chồng căng thẳng trong đời sống tình dục, như một hệ lụy kéo theo.

5. Kết luận

Dưới góc độ văn hóa, con cái đối với người Việt Nam có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Do đó, kết quả nghiên cứu một lần nữa khẳng định những khó khăn tâm lý của các cặp vợ chồng hiếm muộn gặp phải: áp lực sinh con và căng thẳng trong đời sống tình dục. Những điều này có tác động qua lại lẫn nhau và có thể ảnh hưởng tới quá trình điều trị của họ. Hiếm muộn và điều trị hiếm muộn thực sự là một hành trình dài, chưa biết khi nào có kết quả mà ở đó những người hiếm muộn phải trải qua nhiều căng thẳng trong đời sống tinh thần.

Nghiên cứu này có một số hạn chế đó là: thứ nhất, nghiên cứu trên các cặp vợ chồng nhưng có thêm 69 khách thể là nữ, do họ đi khám và điều trị một mình. Điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả nói chung. Thứ hai, với số lượng khách thể là 209 người, cách thức chọn mẫu thuận tiện, tất cả số khách thể nghiên cứu là những cặp vợ chồng đang điều trị hiếm muộn tại các cơ sở y tế nên mức độ đại diện và tính thuyết phục còn hạn chế. Nhưng nghiên cứu tiếp theo cần tiếp cận cả những cặp vợ chồng hiếm muộn nhưng không có nhu cầu điều trị để thấy rõ hơn bức tranh toàn cảnh về nhu cầu có con và áp lực trong đời sống tình dục của họ. Vì vậy, kết luận chỉ có ý nghĩa trong phạm vi nhất định, chưa thể đưa ra kết luận mang tính khái quát. Thứ ba, nghiên cứu mới chỉ khai thác ở hai khía cạnh tâm lý của người hiếm muộn và chỉ đơn thuần là định lượng, do đó cần kết hợp với định tính và nghiên cứu ở nhiều khía cạnh khác nhau để làm rõ hơn những căng thẳng trong đời sống tinh thần của các cặp vợ chồng hiếm muộn ở Việt Nam.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tiếng Việt

1. Trương Quang Lâm (2020). *Tôn 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 (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.
3. Nguyễn Thị Hằng Phương (2011). *Thực trạng tôn thương tâm lý ở phụ nữ hiếm muộn/vô sinh*. Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới. Số 1. Tr. 68 - 80.

Tài liệu tiếng Anh

4. Barden-O'Fllon 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.
5. Bronya H.K. Luk & Alice Yuen Loke (2018). *Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 1.469 - 672X (Online). DOI: 10.1080/02646838.2018.1529407.
6. Cousineau T.M. & Domar A.D. (2007). *Psychological impact of infertility*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology. Vol. 21 (2). P. 293 - 308. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003.
7. Cui W. (2010). *Mother or nothing: The agony of infertility*. Bull World Health Organ. 88 (12). P. 881 - 882. DOI: 10.2471/BLT.10.011210.

8. Dyer S.J., Patel M. (2012). *The economic impact of infertility on women in developing countries - A systematic review*. Facts, Views and Vision in Obgyn. Journal of the European Society for Gynaecological Endoscopy. Vol. 4 (2). P. 102 - 109.
9. Dong Y. & Zhou F. (2016). *Comparison of fertility quality of life between urban and rural infertile couples*. Fertility and Sterility. 106 (3). e118. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.07.354.
10. Drosdzol A. & Skrzypulec V. (2008). *Quality of life and sexual functioning of polish infertile couples*. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. Vol. 13 (3). P. 271 - 281.
11. Fatemeh Jafarzadeh-Kenarsari, Ataollah Ghahiri, Mojtaba Habibi, Ali Zargham Boroujeni (2015). *Exploration of infertile couples' support requirements: Aqualitative study*. International Journal of Fertility and Sterility. Vol. 9 (1). P. 81 - 92.
12. Family Planning Association Hong Kong (FPAHK) (2017). Health information: Subfertility. Retrieved from <https://www.famplan.org.hk/en/health-info/subfertility>.
13. Fisher J.R. & 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. 14 (1). P. 121 - 129.
14. Galhardo A., Alves J., Moura-Ramos M. & Cunha M. (2019). *Infertility-related stress and depressive symptoms - the role of experiential avoidance: A cross-sectional study*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. P. 1 - 12. DOI: 10.1080/02646838.2019.1612046.
15. Hanna F. & Gough B. (2019). *The impact of infertility on men's work and finances: Findings from a qualitative questionnaire study*. Gender, Work & Organization. DOI: 10.1111/gwao.12414.
16. Hollos M. (2003). *Profiles of Infertility in Southern Nigeria: Women's Voices from Amakiri*. African Journal of Reproductive Health. 7 (2). 46. DOI: 10.2307/3583213.
17. Hollos M., Iarsen L., Obono O. & Whitehouse B. (2009). *The problem of infertility in high fertility populations: Meanings, consequences and coping mechanisms in two Nigerian communities*. Social Science & Medicine. 68 (11). P. 2,061 - 2,068. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.03.008.
18. Juliana Rigol Chachamovich, Eduardo Chachamovich, Helene Ezer, Marcelo P. Fleck, Daniela Knauth & Eduardo P. Passos (2010). *Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Vol. 31 (2). P. 101 - 110.
19. Lau J.T.F., Wang Q., Cheng Y., Kim J.H., Yang X. & Yi Tsui H. (2008). *Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural Chinese infertile couples*. Journal of Sex & Marital Therapy. Vol. 34 (3). P. 248 - 267. DOI: 10.1080/00926230701866117.

20. Lee G.L. (2010). *Living through fertility loss the experience of Hong Kong Chinese women and men after in vitro fertilization* (doctoral dissertation). Hong Kong. University of Hong Kong.
21. Lee T.Y. & Sun G.H. (2000). *Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives*. Archives of Andrology. Vol. 45 (3). Vol. 143 - 148.
22. Lokc A.Y., Yu P.L. & 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.
23. Marci R., Graziano A., Piva I., Lo Monte G., Soave I., Giugliano E.,... Patella A. (2012). *Procreative sex in infertile couples: The decay of pleasure?* Health and Quality of Life Outcomes. 10 (1). 140. DOI: 10.1186/1477-7525-10-140.
24. Newton C.R., Sherrard W. & 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.
25. 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.
26. Patel M. (2014). *The socioeconomic impact of infertility on women in developing countries. Facts, Views and Vision in Obgyn*. Journal of the European Society for Gynaecological Endoscopy. P. 15 - 17.
27. Peterson B.D., Newton C.R. & 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.
28. Redshaw M., Hockley C. & Davidson L.L. (2006). *A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant*. Human Reproduction. Vol. 22 (1). P. 295 - 304.
29. Steuber K.R. & Solomon D.II. (2008). *Relational uncertainty, partner interference, and infertility: A qualitative study of discourse within online forums*. Journal of Social and Personal Relationships. Vol. 25 (5). P. 831 - 855.
30. Wiersema N.J., Drukker A.J., Dung M., Nhu G., Nhu N. & Lambalk C.B. (2006). *Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam*. Journal of Translational Medicine. Vol. 4 (1) 54. DOI: 10.1186/1479-5876-4-54.
31. Wischmann T. & 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.