

SỰ HỖ TRỢ TÌNH CẢM TRONG MỐI QUAN HỆ VỢ CHỒNG VÀ SỰ HÀI LÒNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI HIẾM MUỘN ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI, TỈNH QUẢNG NINH

Bùi Thùy Linh, Phạm Thu Trang, Trương Quang Lâm

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

Tóm tắt: Theo báo cáo của tổ chức Y tế thế giới (2023), tình trạng hiếm muộn có thể gây ra căng thẳng và những khó khăn về tài chính, ảnh hưởng tới sức khỏe tinh thần và cảm nhận hạnh phúc ở người gặp phải. Đối với những người trải qua hiếm muộn, dù nguyên nhân xuất phát từ nam giới hay phụ nữ thì sự hỗ trợ tình cảm từ người bạn đời đóng vai trò quan trọng và có ảnh tới sự hài lòng cuộc sống của họ. Nghiên cứu này được thực hiện trên 284 khách thể được kết luận là hiếm muộn nguyên phát (gồm 173 phụ nữ và 111 nam giới, độ tuổi từ 21 tuổi đến 51 tuổi) đang điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi, tỉnh Quảng Ninh. Hai thang đo được sử dụng là Hỗ trợ tình cảm và sự hài lòng cuộc sống kết quả chỉ ra các khách thể báo cáo nhận được sự hỗ trợ tình cảm từ người bạn đời tương đối tích cực và sự hài lòng cuộc sống ở mức trung bình khá. Đáng chú ý, sự hỗ trợ tình cảm từ người bạn đời dự báo ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng cuộc sống ở người trải qua hiếm muộn. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận sự khác biệt về giới tính trong vai trò dự báo mức độ hài lòng cuộc sống ở nhóm khách thể này.

Từ khóa: Hỗ trợ tình cảm; Hài lòng cuộc sống; Hiếm muộn; Mối quan hệ vợ chồng.

Ngày nhận bài: 08/01/2026; Gửi phản biện: 22/1/2026; Ngày duyệt đăng bài: 10/3/2026.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay, hiếm muộn đang là một thách thức đặt ra không chỉ những cặp đôi mà còn là vấn đề khó khăn trong lĩnh vực y tế ở nhiều quốc gia trên thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2023), cứ 6 người trên thế giới lại có 1 người chịu ảnh hưởng bởi tình trạng hiếm muộn (khoảng 17,5% dân số thế giới). Không có sự chênh lệch đáng kể giữa tỷ lệ vô sinh ở các vùng địa lý khác nhau. Tỷ lệ vô sinh dường như tương đương giữa các quốc gia thu nhập cao, trung bình và thấp. Điều này chỉ ra rằng đây là một tình trạng báo động trên phạm vi toàn cầu. WHO (2018) định nghĩa hiếm muộn (infertility) là một bệnh của hệ thống sinh sản xác định bởi việc không thể mang thai sau 12 tháng hoặc hơn với tình trạng quan hệ tình dục không sử dụng biện pháp tránh thai. Dựa vào lịch sử có thai, được phân loại thành: hiếm muộn nguyên phát và hiếm muộn thứ phát. Hiếm muộn nguyên phát là dạng hiếm muộn xảy ra ở cặp đôi chưa từng có con trước đây. Trong khi đó, hiếm muộn thứ phát là sự thất bại trong việc thụ thai sau khi người phụ nữ đã mang thai trước đó (Zayed và El-Hadidy, 2020).

Tình trạng hiếm muộn gây ảnh hưởng đáng kể tới sức khỏe tinh thần và sự hài lòng cuộc sống ở các cá nhân và các cặp vợ chồng. Các kết quả nghiên cứu đã chỉ ra, những vấn đề mà người hiếm muộn có thể trải qua bao gồm: trầm cảm, lo âu (Domar và cộng sự, 1993; Rooney và cộng sự, 2018; Massarotti và cộng sự, 2019; Kiani, 2020), cảm giác cô đơn, xấu hổ, tự ti, tội lỗi (Rooney và cộng sự, 2018), áp lực từ xã hội, gánh nặng tài chính (Yang và cộng sự, 2017; Abdishahshahani và cộng sự, 2020); suy giảm chất lượng cuộc sống (Drosdzol

và cộng sự, 2008; Ashraf, 2014; El Kissi và cộng sự, 2014; Sezgin và cộng sự, 2016; Xiaoli và cộng sự, 2016). Tại Việt Nam, việc sinh con được xem là chuẩn mực tất yếu sau hôn nhân; con cái không chỉ đại diện cho hạnh phúc gia đình mà còn giữ vai trò quan trọng trong việc ổn định hôn nhân, củng cố vị thế xã hội và bảo đảm tương lai của các cặp vợ chồng, cũng như trách nhiệm nối dõi dòng họ và duy trì huyết thống gia đình ở nam giới (Wiersema và cộng sự, 2006). Phụ nữ hiếm muộn tại Việt Nam phải chịu nhiều tổn thương về mặt tâm lý, cảm thấy bản thân bị hắt hủi, mặc cảm, tủi thân, hoảng sợ mỗi lần đi thăm khám, tuyệt vọng, chán nản, trầm cảm, rối loạn lo âu (Nguyễn Thị Hằng Phương, 2011; Nguyễn Thị Ngọc Diễm và cộng sự, 2024). Nam giới hiếm muộn lâu năm hoặc nhận biết nguyên nhân hiếm muộn từ bản thân có thể gia tăng cảm xúc xấu hổ (Đặng Hoàng Ngân và cộng sự, 2020).

Bên cạnh đó, các nghiên cứu cũng chỉ ra, tình trạng hiếm muộn có thể ảnh hưởng tới chất lượng mối quan hệ của các cặp vợ chồng ở cả tiêu cực và tích cực gây ra những căng thẳng trong hôn nhân và có nguy cơ làm tăng lên những cảm xúc tiêu cực (Joseph và cộng sự, 2025). Tuy nhiên, điều này tùy thuộc vào cách các cặp đôi giao tiếp và hỗ trợ cho nhau (Pasch và cộng sự, 2002), bởi sự hỗ trợ trong mối quan hệ vợ chồng có thể làm giảm căng thẳng, đóng vai trò như một yếu tố bảo vệ đối với người hiếm muộn, thậm chí còn có thể mạnh mẽ hơn sự hỗ trợ xã hội (Chaves và cộng sự, 2018). Đối với những cặp đôi hiếm muộn, dù cho nguyên nhân hiếm muộn xuất phát từ người nam hay người nữ thì sự hỗ trợ tình cảm từ người bạn đời của mình là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới sự hài lòng cuộc sống của họ. Những hành động hỗ trợ, dù cho nhỏ bé, đến từ người bạn đời có thể hỗ trợ các cá nhân đang trải qua tình trạng hiếm muộn không chỉ về mặt cảm xúc mà còn có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của họ (Joseph và cộng sự, 2025). Sự hỗ trợ từ người bạn đời cũng được cho là một trong những nguồn hỗ trợ quan trọng trong suốt quá trình điều trị hiếm muộn (Tao và cộng sự, 2012) và là một yếu tố thành tố quan trọng đối với việc ứng phó với hiếm muộn (Ying và cộng sự, 2015). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Diễm và cộng sự (2024) chỉ ra rằng phụ nữ điều trị hiếm muộn có chồng chia sẻ những khó khăn sẽ giảm nguy cơ bị trầm cảm. Việc đồng hành của người chồng có vai trò quan trọng về mặt tâm lý, giúp người vợ cảm thấy được đồng cảm, quan tâm, chia sẻ.

Có thể thấy, sự hỗ trợ tình cảm từ người bạn đời có ý nghĩa rất lớn đối với cuộc sống của người hiếm muộn. Tuy vậy, hiện nay ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu xem xét và làm rõ mối quan hệ giữa hỗ trợ tình cảm và hài lòng cuộc sống ở nhóm người hiếm muộn. Nghiên cứu này tiến hành khảo sát tại Bệnh viện Sản Nhi, tỉnh Quảng Ninh nhằm làm rõ thực trạng mức độ nhận được hỗ trợ tình cảm từ bạn đời và sự hài lòng cuộc sống của ở các cá nhân trải qua hiếm muộn và chỉ ra mối quan hệ giữa hai yếu tố này. Từ đó, đề xuất chương trình tham vấn và hỗ trợ tâm lý cho các cặp đôi, giúp gia tăng sự gắn kết vợ chồng và nâng cao sự hài lòng cuộc sống để đương đầu tốt hơn với quá trình tìm kiếm con.

2. Mẫu và phương pháp nghiên cứu

2.1. Mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9 năm 2025 đến tháng 1 năm 2026. Dữ liệu được thu thập qua hình thức khảo sát bằng phiếu hỏi trực tiếp với khách thể được kết luận là hiếm muộn nguyên phát tại Bệnh viện Sản Nhi, tỉnh Quảng Ninh. Trước khi tiến hành khảo sát, các thang đo và tiêu thang đo sử dụng trong nghiên cứu đã được dịch từ tiếng Anh sang tiếng Việt, thích nghi phù hợp với văn hóa Việt Nam và đảm bảo tương minh về nội

hàm các mệnh đề. Trong quá trình triển khai, nhóm nghiên cứu đã liên hệ và được sự chấp thuận của Ban lãnh đạo cũng như sự chấp thuận của các khách thể đang điều trị tại bệnh viện. Mục đích và ý nghĩa nghiên cứu được các thành viên nghiên cứu phổ biến cụ thể, rõ ràng tới các khách thể. Người tham gia khảo sát hoàn toàn tự nguyện và được bảo mật danh tính và có thể dừng trả lời bảng khảo sát bất cứ khi nào họ muốn. Tổng số khách thể được khảo sát là 331, sau khi loại bỏ 47 phiếu không đạt yêu cầu, tổng số phiếu được đưa vào xử lý và phân tích là 284 phiếu.

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu ($N = 284$)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	173	60,9
	Nữ	111	39,1
Nhóm tuổi	21 - 35	186	65,5
	36 - 51	98	34,5
Trình độ học vấn	Không trả lời	4	1,4
	Tiểu học, THCS, THPT	160	56,3
	Trung cấp, Cao đẳng, Đại học, Sau đại học	120	42,3
Thời gian kết hôn	0 - 5 năm	149	52,5
	Trên 05 năm	135	47,5
Thời gian bác sĩ kết luận hiếm muộn	0 - 5 năm	245	86,3
	Trên 05 năm	39	13,7
Nguyên nhân	Từ phía nam	11	3,9
	Từ phía nữ	40	14,1
	Từ hai phía	65	22,9
	Không rõ	168	59,2
Thu nhập	0 - 5 triệu đồng/tháng	17	6,0
	6 - 9 triệu đồng/tháng	54	19,0
	Trên 9 triệu đồng/tháng	184	64,8
	Không trả lời	29	10,2
Nơi cư trú	Thành thị	140	49,3
	Nông thôn	102	35,9
	Ven đô	24	8,5
	Miền núi	18	6,3

2.2. Công cụ nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng (1) Thang đo Hải lòng cuộc sống và (2) tiểu thang đo Hỗ trợ tình cảm.

Thang đo Hải lòng cuộc sống (Satisfaction With Life Scale) được phát triển bởi Diener và cộng sự (1985). Thang đo gồm 5 mệnh đề, được xây dựng nhằm đo mức độ hải lòng cuộc sống tổng quan đối với cuộc sống của khách thể. Câu trả lời được cho điểm trên thang Likert 7 mức từ 1 điểm - Hoàn toàn không đồng ý cho đến 7 điểm - Hoàn toàn đồng ý. Điểm trung bình càng cao phản ánh mức độ hải lòng đối với cuộc sống càng cao và ngược lại. Độ tin cậy của toàn thang đo với hệ số Cronbach's alpha là 0,83.

Tiểu thang đo Hỗ trợ tình cảm thuộc thang đo Hải lòng hôn nhân (Vietnamese Marital Satisfaction Scale) phát triển bởi Trinh và Phan (2020), gồm 9 mệnh đề, (ví dụ: “Người bạn đời hỗ trợ anh/chị trong việc anh/chị đang cố gắng làm”), dùng để đo về mức độ hỗ trợ tình cảm của người bạn đời trong đời sống vợ chồng hàng ngày. Tuy nhiên, với đặc điểm mẫu nghiên cứu là người hiếm muộn nguyên phát, mệnh đề “Tôi yên tâm vì đã có người bạn đời quan tâm yêu thương đến các con” không phù hợp với trải nghiệm thực tế của nhóm khách thể này. Do đó, mệnh đề trên đã được loại bỏ nhằm đảm bảo sự phù hợp về ngữ cảnh và nội dung của công cụ đo lường trong nghiên cứu hiện tại. Sau khi điều chỉnh, tiểu thang đo Hỗ trợ tình cảm đạt độ tin cậy với hệ số Cronbach's alpha bằng 0,94.

Số liệu khảo sát thu được được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Một số phép phân tích thống kê được sử dụng bao gồm phân tích độ tin cậy Alpha của Cronbach, tính điểm trung bình (M), tần suất, độ lệch chuẩn (SD), phân tích tương quan, phân tích hồi quy đa biến.

Dựa trên kết quả điểm trung bình và độ lệch chuẩn, nghiên cứu đã xác định được khoảng điểm trung bình chung cho các thang đo trong nhóm khách thể này theo công thức $M - 1SD < M < M + 1SD$.

Bảng 2: Các mức độ hỗ trợ tình cảm và sự hài lòng cuộc sống ở người trải qua hiếm muộn

Thang đo	M	SD	Min	Max	Khoảng điểm trung bình		
					Mức thấp	Mức trung bình	Mức cao
Hỗ trợ tình cảm	4,08	0,77	0,63	5	0,63 - 3,3	3,31 - 4,85	4,86 - 5
Tỷ lệ %	-	-	-	-	14,5	61,8	23,7
Hải lòng cuộc sống	5,05	1,05	2	7	2 - 3,9	4 - 6,1	6,2 - 7
Tỷ lệ %	-	-	-	-	14,8	69,4	15,8

Tiểu thang Hỗ trợ tình cảm có điểm trung bình đạt $M = 4,08$; $SD = 0,77$. Số liệu ở Bảng 2 cho thấy phần lớn khách thể (61,8%) có điểm trung bình chung dao động trong khoảng 3,31 - 4,85, trong khi tỷ lệ có mức hỗ trợ tình cảm thấp hơn và cao hơn mức trung bình chung lần lượt là 14,5% và 23,7%.

Thang đo Hải lòng cuộc sống đạt điểm trung bình $M = 5,05$; $SD = 1,05$; $Min = 2$; $Max = 7$. Khoảng điểm trung bình chung của thang đo dao động từ 4 - 6,1, chiếm 69,4% khách thể, với tỷ lệ thấp hơn và cao hơn mức trung bình chung lần lượt là 14,8% và 15,8%.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 3: Thực trạng mức độ hỗ trợ tình cảm vợ chồng ở người hiếm muộn

Hỗ trợ tình cảm	Các mức độ %						M	SD
	0	1	2	3	4	5		
1. Người bạn đời của tôi chăm sóc tôi.	-	0,7	4,9	17,6	38,7	38,0	4,08	0,9
2. Người bạn đời của tôi đồng cảm với tôi khi tôi phải chịu áp lực.	-	1,1	4,6	14,4	40,8	39,1	4,12	0,89
3. Người bạn đời của tôi hiểu tôi.	0,4	1,1	7,0	20,8	36,6	34,2	3,95	0,99
4. Người bạn đời của tôi hỗ trợ tôi trong những việc tôi đang cố gắng làm.	-	1,8	3,5	15,8	37,0	41,9	4,14	0,93
5. Người bạn đời của tôi làm rất nhiều thứ để tôi thấy rằng anh ấy/cô ấy rất yêu tôi.	0,7	1,4	4,2	18,7	40,1	34,9	4,01	0,97
6. Tôi cảm nhận được tình cảm mà người bạn đời của tôi dành cho tôi.	0,4	-	1,8	13,0	43,3	41,5	4,24	0,78
7. Tôi tin tưởng vào cách người bạn đời của tôi chăm sóc gia đình.	0,4	1,1	3,5	17,6	40,5	37,0	4,08	0,91
8. Tôi hài lòng về cách người bạn đời của tôi hỗ trợ tôi trong công việc thường ngày của gia đình.	-	1,4	4,2	18,0	42,3	34,2	4,04	0,9
Điểm trung bình chung							4,08	0,77

Ghi chú: 0. Hoàn toàn không đồng ý; 1. Không đồng ý; 2. Không đồng ý một phần; 3. Khá đồng ý; 4. Đồng ý; 5. Hoàn toàn đồng ý.

Kết quả cho thấy các khách thể được khảo sát nhận được sự hỗ trợ tình cảm từ người bạn đời ở mức cao, với điểm trung bình chung $M = 4,08$ trên thang điểm 6 mức độ. Điều này phản ánh rằng đa số người tham gia đều cảm nhận được sự quan tâm, chia sẻ và đồng hành của bạn đời trong quá trình đối diện với vấn đề hiếm muộn. Trong các mệnh đề được khảo sát, mệnh đề “Tôi cảm nhận được tình cảm mà người bạn đời của tôi dành cho tôi”

($M = 4,24$) đạt điểm trung bình cao nhất. Kết quả này cho thấy cảm nhận về tình yêu thương và sự gắn bó giữa hai vợ chồng là yếu tố nổi bật nhất trong trải nghiệm hỗ trợ tình cảm. Tiếp sau đó là các mệnh đề “Người bạn đời của tôi hỗ trợ tôi trong những việc tôi đang cố gắng làm” ($M = 4,14$) và “Người bạn đời của tôi đồng cảm với tôi khi tôi phải chịu áp lực” ($M = 4,12$). Cụ thể, 97,8 % khách thể đồng ý trong việc cảm nhận trực tiếp tình cảm nhận được từ bạn đời; 94,7 % khách thể đánh giá tích cực vai trò hỗ trợ của bạn đời khi họ đang cố gắng thực hiện những mục tiêu quan trọng trong cuộc sống; 94,3% người tham gia cho biết họ nhận được sự đồng cảm từ bạn đời.

Bảng 4: Mức độ hài lòng cuộc sống ở người hiếm muộn

Hài lòng cuộc sống	Các mức độ (%)							M	SD
	1	2	3	4	5	6	7		
1. Hầu hết các khía cạnh trong cuộc sống của tôi gần với lý tưởng của tôi.	1,1	3,5	9,9	14,8	28,5	32,7	9,5	5,02	1,32
2. Điều kiện sống của tôi rất tuyệt vời.	-	1,8	9,2	15,8	28,2	33,8	11,3	5,17	1,2
3. Tôi hài lòng với cuộc sống của mình.	0,4	0,7	6,7	9,2	23,2	39,8	20,1	5,54	1,18
4. Cho đến nay, tôi đã đạt được những điều quan trọng mà tôi mong muốn trong cuộc sống.	1,4	4,6	12,0	20,8	24,6	29,6	7,0	4,8	1,36
5. Nếu có thể sống lại cuộc đời của mình, tôi sẽ gần như không thay đổi gì.	2,5	11,6	10,2	15,1	16,5	32,4	11,6	4,75	1,65
Điểm trung bình chung								5,05	1,05

Ghi chú: 1. Hoàn toàn không đồng ý; 2. Không đồng ý; 3. Không đồng ý một phần; 4. Trung lập; 5. Khá đồng ý; 6. Đồng ý; 7. Hoàn toàn đồng ý.

Mức độ hài lòng cuộc sống trung bình của nhóm khách thể đạt $M = 5,05$ trên thang điểm bảy mức độ, phản ánh mức độ hài lòng ở mức khá. Điều này cho thấy đa số người tham gia nghiên cứu nhìn nhận cuộc sống của họ ở mức tương đối tích cực. Trong năm mệnh đề được khảo sát, mệnh đề “Tôi hài lòng với cuộc sống của mình” được đánh giá cao nhất với 83,1% khách thể tự báo cáo sự hài lòng nhìn chung về cuộc sống. Bên cạnh đó, mệnh đề “Điều kiện sống của tôi rất tuyệt vời” cũng nhận được mức độ đồng tình cao thứ hai với 73,3% khách thể, cho thấy khía cạnh vật chất của nhóm mẫu nhìn chung nằm ở mức trung bình khá. Xem xét các mệnh đề còn lại, 70,7% khách thể cho rằng phần lớn các khía cạnh trong cuộc sống của họ tương đối phù hợp với lý tưởng cá nhân; 61,2% khách thể cảm nhận rằng “Cho đến nay, tôi đã đạt được những điều quan trọng mà tôi mong muốn trong cuộc sống”; 60,5% khách thể cho biết nếu có cơ hội sống lại cuộc đời của mình, họ sẽ hầu như không có mong muốn thay đổi đáng kể, phản ánh mức độ chấp nhận và hài lòng tương đối với cuộc sống đã trải qua.

Bảng 5: Mô hình hồi quy dự báo ảnh hưởng của hỗ trợ tình cảm vợ chồng đến sự hài lòng cuộc sống ở người hiếm muộn

	R ²	Adj R ²	Hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa		Hệ số hồi quy chuẩn hóa	t	p	VIF
			B	SE	β			
	0,349	0,335					< 0,001	
Hỗ trợ tình cảm			0,79	0,07	0,58	11,05	< 0,001	1,03
Giới tính (Nam = 0; Nữ = 1)			0,40	0,12	0,19	3,45	0,001	1,08
Tuổi			0,00	0,01	0,00	0,01	0,991	1,70
Thu nhập			-1,99E-10	0,00	- 0,00	-0,06	0,949	1,02
Số năm kết hôn			0,01	0,01	0,07	1,02	0,310	1,63

Ghi chú: *: $p < 0,05$.

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính cho thấy mô hình có ý nghĩa thống kê, với $R^2 = 0,349$ và Adjusted $R^2 = 0,335$, cho thấy các biến độc lập giải thích được khoảng 33,5% phương sai của hài lòng cuộc sống ($p < 0,01$). Xét từng biến trong mô hình, hỗ trợ tình cảm vợ chồng có ảnh hưởng tích cực đến hài lòng cuộc sống ($\beta = 0,58$, $p < 0,01$), cho thấy khi mức hỗ trợ tình cảm gia tăng thì mức độ hài lòng cuộc sống của cá nhân cũng tăng tương ứng. Bên cạnh đó, giới tính được xác định là một biến nhân khẩu học có khả năng dự báo sự hài lòng cuộc sống ($\beta = 0,19$, $p < 0,01$), cho thấy tồn tại sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hài lòng cuộc sống giữa nam và nữ. Cụ thể, nữ giới có mức độ hài lòng cuộc sống cao hơn nam giới, khi các yếu tố khác trong mô hình được kiểm soát.

4. Bàn luận

Thứ nhất, nhìn chung nhóm khách thể được khảo sát báo cáo mức độ nhận được sự hỗ trợ từ người bạn đời ở mức trung bình. Mức điểm này tương đương với kết quả ở nhóm khách thể không trải qua tình trạng hiếm muộn trong nghiên cứu của Trinh và Phan (2020). Trong thực tế, quá trình điều trị hiếm muộn đòi hỏi sự tham gia, đồng hành của cả vợ và chồng. Đây là quá trình kéo dài, phụ thuộc vào mức độ phức tạp của tình trạng hiếm muộn. Điều này đòi hỏi rất nhiều sự kiên nhẫn và mức độ hợp tác của người vợ và chồng. Việc có chung mục tiêu giúp họ gia tăng sự gắn kết trong quá trình điều trị. Nhóm khách thể trong nghiên cứu này với phần lớn có thời gian điều trị dưới 5 năm, vậy nên họ có thể vẫn đang duy trì tâm lý mong ngóng con cái mạnh mẽ và hy vọng điều trị chưa hoặc ít bị “mài mòn”. Đây có thể là một yếu tố thúc đẩy người vợ và chồng có sự cam kết cao hơn với việc điều trị. Mô hình ứng phó cặp đôi (Dyadic Coping) cũng có thể được dùng để giải thích cho kết

quả từ nghiên cứu của chúng tôi. Theo đó, trong mối quan hệ cặp đôi có tính cam kết, đặc biệt là quan hệ hôn nhân, căng thẳng của một cá nhân cũng có thể ảnh hưởng tới bạn đời của họ, vì vậy, việc ứng phó với sự căng thẳng này là việc của cả hai (Bodenmann, 2005). Tình trạng hiếm muộn có thể được xem như một yếu tố gây căng thẳng cao độ, thúc đẩy các chiến lược ứng phó cặp đôi, có thể bao gồm sự hỗ trợ về cảm xúc lẫn hành vi cụ thể.

Thứ hai, các khách thể tham gia nghiên cứu báo cáo sự hài lòng cuộc sống ở mức trung bình. Trong thực tế, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với phần lớn các nghiên cứu đều chỉ ra tình trạng hiếm muộn gây ra sự giảm sút về nhiều khía cạnh trọng tâm của cuộc sống (Drosdzol và Skrzypulec, 2008; Ashraf và cộng sự, 2014; El Kissi và cộng sự, 2014; Sezgin, 2016; Xiaoli và cộng sự, 2016). Trong nghiên cứu này, việc phân lớn người tham gia khảo sát có mức thu nhập trên mức thu nhập trung bình (> 9 triệu đồng/tháng) có thể là một nguyên nhân giúp duy trì mức độ hài lòng cuộc sống tương đối tích cực. Khả năng về tài chính ở mức trung bình khá có thể hỗ trợ, giảm thiểu những gánh nặng trong quá trình trị liệu hiếm muộn, giảm bớt căng thẳng và áp lực cho người trị liệu. Bên cạnh đó, cũng có thể giải thích rằng hiện nay ở Việt Nam, việc trải qua tình trạng hiếm muộn không còn hiếm gặp. Tỷ lệ hiếm muộn ở các cặp vợ chồng trẻ hiện nay là 7,7% (tương đương với khoảng 1 triệu cặp vợ chồng trẻ) (Cổng thông tin Bộ Y tế, 2019). Vấn đề hiếm muộn vì vậy không còn là một chủ đề “cấm kỵ” mà hiện đang được nhìn nhận một cách tích cực hơn từ cộng đồng.

Thứ ba, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra, hỗ trợ tình cảm vợ chồng là yếu tố dự báo ảnh hưởng tích cực tới sự hài lòng cuộc sống ở các cá nhân trải qua hiếm muộn. Kết quả này phù hợp với lý thuyết về hỗ trợ xã hội, cho rằng sự quan tâm, lắng nghe, thấu hiểu và cảm giác được yêu thương đóng vai trò nền tảng trong việc duy trì sức khỏe tinh thần và cảm nhận hạnh phúc chủ quan của cá nhân (Cohen và Wills, 1985). Khi cá nhân nhận được sự hỗ trợ về mặt cảm xúc, họ có xu hướng đánh giá cuộc sống tích cực hơn, cảm nhận được giá trị bản thân và khả năng đối phó với căng thẳng hiệu quả hơn, từ đó gia tăng mức độ hài lòng chung với cuộc sống. Trong văn hóa Việt Nam, nơi hôn nhân và sinh con được xem là trách nhiệm và giá trị cốt lõi của gia đình, sự nâng đỡ về mặt cảm xúc từ người bạn đời càng trở nên quan trọng, giúp cá nhân đương đầu tốt hơn với áp lực từ gia đình và xã hội. Theo Soleimani và cộng sự (2015), liệu pháp tập trung vào cảm xúc dành cho cặp đôi nhấn mạnh việc tạo điều kiện để các cặp vợ chồng bộc lộ cảm xúc và nhu cầu gắn kết cốt lõi trong giai đoạn tái cấu trúc các tương tác. Quá trình này góp phần tăng cường các hành vi hỗ trợ tình cảm giữa các bạn đời, từ đó đóng vai trò quan trọng trong việc dự báo và nâng cao mức độ hài lòng cuộc sống của các cặp đôi thông qua việc xây dựng mối quan hệ an toàn và thấu hiểu cảm xúc. Thêm vào đó, tại Việt Nam, nghiên cứu của Truong và cộng sự (2022) đã báo cáo rằng nguồn lực hỗ trợ từ người thân (đặc biệt từ người chồng) giúp người vợ giảm mức độ căng thẳng và tạo điều kiện cho việc sử dụng các chiến lược ứng phó tích cực như chủ động tìm kiếm lời khuyên hoặc suy nghĩ lạc quan về quá trình điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu tại Việt Nam ghi nhận ở trường hợp người hiếm muộn là nam giới, hỗ trợ xã hội không dự báo tác động tích cực đối với mức độ căng thẳng do hiếm muộn và dù nhận được sự hỗ trợ từ người quan trọng đối với họ, mức độ căng thẳng liên quan đến hiếm muộn vẫn có xu hướng gia tăng (Lam và cộng sự, 2021), từ đó có thể dẫn đến xu hướng kém hài lòng trong cuộc sống.

Thứ tư, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy giới tính có ý nghĩa trong việc lý giải sự khác biệt về mức độ hài lòng cuộc sống giữa nam giới và nữ giới trong bối cảnh hiếm muộn. Cụ thể, phụ nữ có mức độ hài lòng cuộc sống cao hơn so với nam giới. Điều này có thể được lý giải thông qua những đặc điểm giới khác nhau trong trải nghiệm hiếm muộn ở nam giới và nữ giới. Khi có sự hỗ trợ tinh cảm từ người chồng, phụ nữ cảm nhận được sự chia sẻ về tình cảm và hỗ trợ về thể chất, họ không đơn độc trên hành trình điều trị để có con. Cùng với đó, xét đến sự chuyển dịch xã hội hiện đại, sự phát triển của giáo dục tạo điều kiện cho cho nữ giới nâng cao trình độ học vấn của mình, từ đó có khả năng nhận thức, tự quản lý cảm xúc tốt hơn và thuận lợi khi tiếp cận các nguồn lực xã hội dẫn đến tăng mức độ hài lòng cuộc sống (Tran và cộng sự, 2021). Thêm vào đó, ghi nhận trường hợp nghiên cứu tại Việt Nam, phụ nữ có trình độ học vấn cao và sống ở khu vực đô thị có xu hướng tiếp cận và sử dụng nhiều nguồn lực hỗ trợ hơn, qua đó thúc đẩy các hành vi tự chăm sóc (như thư giãn chánh niệm) và góp phần nâng cao sức khỏe tâm thần cũng như sự hài lòng cuộc sống (Luong và Ha, 2021). Ngược lại, dưới góc độ văn hóanam giới vẫn đối mặt với nhiều vấn đề khiến chất lượng cuộc sống giảm sút có liên quan đến các biểu hiện cảm xúc tiêu cực như căng thẳng do áp lực trách nhiệm xã hội. Mặc dù hiếm muộn không ảnh hưởng đến chức năng sinh lý tình dục nhưng sự “liên kết sinh sản - nam tính” này khiến nam giới dễ diễn giải việc không có con như sự suy giảm bản lĩnh đàn ông, từ đó làm tổn hại đến lòng tự trọng và sự đánh giá bản thân (Throsby & Gill, 2004; Keylor & Apfel, 2010) (dẫn theo Wischmann và Thorn, 2013).

5. Kết luận

Tóm lại, nhóm người hiếm muộn tham gia khảo sát nhìn chung báo cáo mức độ hỗ trợ tinh cảm và hài lòng cuộc sống nằm ở mức trung bình. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra sự hỗ trợ tinh cảm từ người bạn đời có khả năng dự báo ảnh hưởng tích cực đến sự hài lòng cuộc sống ở các cá nhân trải qua hiếm muộn. Trong bối cảnh hiếm muộn thường đi kèm với căng thẳng kéo dài, lo âu, cảm giác tự trách và kỳ thị xã hội thì sự đồng cảm, thấu hiểu và chia sẻ từ bạn đời có thể đóng vai trò như một nguồn lực tâm lý bảo vệ, giúp cá nhân điều hòa cảm xúc và duy trì cảm nhận tích cực về cuộc sống. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy sự hỗ trợ tinh cảm ở các cặp vợ chồng hiếm muộn là một yếu tố quan trọng, giúp gia tăng sự gắn bó cặp đôi. Do đó, trong quá trình can thiệp, hỗ trợ tâm lý cho người hiếm muộn, cần quan tâm đến việc giúp các cặp vợ chồng gia tăng cảm xúc tích cực, giúp họ nhận ra những ý nghĩa khi cùng nhau đồng hành trên hành trình tìm con.

Tài liệu tham khảo

- Công thông tin điện tử Bộ Y tế. (2019). *Chuyên gia khuyến cáo cần chủ động tầm soát vô sinh, hiếm muộn*. https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/chuyen-gia-khuyen-cao-can-chu-ong-tam-soat-vo-sinh-hiem-muon.
- 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*, 11, 43-61.
- 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*, 1, 68-80.
- Nguyễn Thị Ngọc Diễm, Vũ Thị Lan Anh, Nguyễn Cao Trí, Phạm Dương Toàn, Vương Thị Ngọc Lan. (2024). Tỷ lệ rối loạn lo âu, trầm cảm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nữ hiếm muộn. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 5, 194 - 203.

- Abdishahshahani, M., Torabi, M., & Kazemi, A. (2020). Investigating related factors to psychological symptoms of infertile couples undergoing assisted reproductive treatment. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 21. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_412_19.
- Ashraf, D. M., Ali, D., & Azadeh, D. M. (2014). Effect of infertility on the quality of life: A cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(10), OC13-OC15. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8481.5063>.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-49). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11031-002>.
- Chaves, C., Canavarro, M. C., & Moura-Ramos, M. (2018). The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. *Family Process*, 58(2), 509-523. <https://doi.org/10.1111/famp.12364>.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14(1), 45-52.
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13(3), 271-281. <https://doi.org/10.1080/13625180802049187>.
- El Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ali, B. B. (2014). Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 125(2), 134-137. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.10.027>.
- Gannon, K., Glover, L., & Abel, P. (2004). Masculinity, infertility, stigma and media reports. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1169-1175. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.015>.
- Huang, C., Shi, Q., Xing, J., Yan, Y., Shen, X., Shan, H., Sun, H., & Mei, J. (2024). The relationship between duration of infertility and clinical outcomes of intrauterine insemination for younger women: A retrospective clinical study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, Article 6398. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06398-y>.
- Joseph, S. A., El Amiri, S., Brassard, A., Carranza-Mamane, B., & Péloquin, K. (2025). The role of partner support in infertility-related quality of life in couples seeking fertility treatment. *Sexual and Relationship Therapy*, 40(1), 67-88. <https://doi.org/10.1080/14681994.2024.2304113>.
- Kiani, Z., Simbar, M., Hajian, S., Zayeri, F., Shahidi, M., Saei Ghare Naz, M., & Ghasemi, V. (2020). The prevalence of anxiety symptoms in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Fertility Research and Practice*, 6, 7. <https://doi.org/10.1186/s40738-020-00076-1>.
- Lam, T. Q., Linh, T. T., & Thuy, L. B. (2021). The impact of social support on infertility-related stress: A study in the Vietnamese context. *Open Journal of Social Sciences*, 9(12), 259-273. <https://doi.org/10.4236/jss.2021.912017>.
- Luong, T., & Ha, N. T. T. (2021). Impact of supportive resources on middle-aged women's self-care activities: A study in the Vietnamese context. *Asian Social Work Journal*, 6(5), 25-32. <https://doi.org/10.47405/aswj.v6i5.189>.
- Massarotti, C., Gentile, G., Ferreccio, C., Scaruffi, P., Remorgida, V., & Anserini, P. (2019). Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecological Endocrinology*, 35(6), 485-489. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>.

- Mikkelsen, A. T., Madsen, S. A., & Humaidan, P. (2013). Psychological aspects of male fertility treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1977-1986. <https://doi.org/10.1111/jan.12058>.
- Nagórska, M., Lesińska-Sawicka, M., Obrzut, B., Ulman, D., Darmochwał-Kolarz, D., & Zych, B. (2022). Health-related behaviors and life satisfaction in patients undergoing infertility treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9188. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159188>.
- Ni, Y., Huang, L., Tong, C., Qian, W., & Fang, Q. (2021). Analysis of the levels of hope and influencing factors in infertile women with first-time and repeated IVF-ET cycles. *Reproductive Health*, 18, Article 200. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01248-y>.
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and sterility*, 77(6), 1241-1247. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(02\)03097-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(02)03097-2)
- Rooney, K. L., & Domar, A. D. (2018). The relationship between stress and infertility. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 41-47. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney>.
- Sezgin, H., Hocaoglu, C., & Guvendag-Guven, E. S. (2016). Disability, psychiatric symptoms, and quality of life in infertile women: A cross-sectional study in Turkey. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 28(2), 86-94. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.216014>.
- Soleimani, A. A., Najafi, M., Ahmadi, K., Javidi, N., Hoseini Kamkar, E., & Mahboubi, M. (2015). The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *International Journal of Fertility and Sterility*, 9(3), 393-402. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4556>.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0601_1.
- Tang, N., Pei, M., Liu, H., Chen, J., Wang, Y., Xie, L., Hu, J., Wang, J., & Gao, Y. (2024). Infertility-related stress and dyadic coping as predictors of quality of life: Gender differences among couples with infertility issues. *International Journal of Women's Health*, 16, 1265-1276. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S469513>.
- Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction & Infertility*, 13(2), 71-80.
- Tran, D. B., Pham, T. D. N., & Nguyen, T. T. (2021). The influence of education on women's well-being: Evidence from Australia. *PLOS ONE*, 16(3), e0247765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247765>.
- Trinh, L. T., & Phan, H. T. (2020). Preliminary development of the Vietnamese Marital Satisfaction Scale (MSS-VN): A pilot study using a Vietnamese intellectual sample. *Health Psychology Report*, 8(1), 83-96. <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.86701>.
- Truong, L. Q., Luong, T. B., Tran, T., Dang, N. H., Nguyen, L. H., Nguyen, T. T., & Nguyen, P. T. H. (2022). Infertility-related stress, social support, and coping of women experiencing infertility in Vietnam. *Health Psychology Report*, 10(2), 129-138. <https://doi.org/10.5114/hpr.2022.113437>.
- Wiersema, N. J., Drukker, A. J., Dung, M. B. T., et al. (2006). Consequences of infertility in developing countries: Results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *Journal of Translational Medicine*, 4, 54. <https://doi.org/10.1186/1479-5876-4-54>.
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2013). (Male) infertility: What does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(3), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.06.002>.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases (11th rev.; ICD-11)*.

- World Health Organization. (2023). *1 in 6 people globally affected by infertility: WHO*. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>.
- Xiaoli, S., Mei, L., Junjun, B., Shu, D., Zhaolian, W., Jin, W., Ju, Q., Wanli, S., Huali, Z., Li, J., Dong, L., Li, P., & Xiaojin, H. (2016). Assessing the quality of life of infertile Chinese women: A cross-sectional study. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 55(2), 244-250. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2015.06.014>.
- Yang, B., Zhang, J., Qi, Y., Wang, P., Jiang, R., & Li, H. (2017). Assessment on occurrences of depression and anxiety and associated risk factors in infertile Chinese men. *American Journal of Men's Health*, 11(3), 767-774. <https://doi.org/10.1177/1557988317695901>.
- Ying, L. I., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1640-1652. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>.
- Zayed, A. A., & El-Hadidy, M. A. (2020). Sexual satisfaction and self-esteem in women with primary infertility. *Middle East Fertility Society Journal*, 25, 1-5. <https://doi.org/10.1186/s43043-020-00024-5>.