

ÁP LỰC TÂM LÝ Ở CẶP VỢ CHỒNG VÔ SINH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI RỐI LOẠN TÌNH DỤC

Hồ Thị Thanh Tâm⁽¹⁾, Lê Minh Tâm⁽²⁾, Trương Quang Vinh⁽²⁾
(1) Cao Đẳng Y Tế Khánh Hòa, (2) Đại học Y Dược Huế

DOI: 10.46755/vjog.2018.2.520

Từ khóa: Vô sinh, trầm cảm, lo âu, stress, rối loạn tình dục.
Key words: Infertility, depression, anxiety, stress, sexual dysfunction.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nghiên cứu về mức độ áp lực tâm lý và mối liên quan với rối loạn tình dục ở đối tượng vô sinh mang tính đặc trưng theo từng nền văn hóa. Bên cạnh đó rối loạn stress ở vợ, chồng và rối loạn tâm lý của cả cặp vợ sinh, cũng như độ mạnh của mối liên quan giữa rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục chưa được nghiên cứu nhiều. Cung cấp dữ liệu về mức độ áp lực tâm lý và mối liên quan với rối loạn tình dục là góp phần để hình thành chiến lược từng bước đưa can thiệp tâm lý vào chương trình quản lý vô sinh theo khuyến cáo của Tổ Chức Y Tế Thế Giới. Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định mức độ trầm cảm, lo âu, stress ở người vợ, người chồng và cặp vợ chồng vô sinh. (2) Đánh giá mối liên quan giữa các rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng các bộ câu hỏi: Thang đo Trầm cảm - Lo âu - Stress (DASS-21), Chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI-19), Công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm (PEDT) và Chỉ số quốc tế về chức năng cương dương (IIEF-15) cho 213 cặp vợ chồng vô sinh đến khám tại trung tâm Nội tiết sinh sản và Vô sinh - Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm, lo âu, stress và có ít nhất một trong ba rối loạn ở vợ là: 17,4%; 29,1%; 13,6% và 34,7%; ở chồng là: 7,5%; 15,5%; 5,6% và 19,2% và cặp vợ chồng là: 22,1%; 39,0%; 17,8% và 44,1%. Mức độ rối loạn nhẹ và vừa chiếm đa số. Sau khi hiệu chỉnh tuổi, trầm cảm liên quan nhẹ với rối loạn cương (OR=1,06), với xuất tinh sớm (OR=1,18). Lo âu liên quan nhẹ với rối loạn chức năng tình dục nữ (OR=1,09), với rối loạn cương (OR=1,04), với xuất tinh sớm (OR=1,20). Stress chỉ liên quan nhẹ với rối loạn chức năng tình dục nữ (OR=1,11).

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có nhu cầu xây dựng chiến lược chăm sóc tâm lý thích hợp, nhằm từng bước tiến tới tiếp cận toàn diện để quản lý vô sinh. Gần một nửa số cặp vợ chồng có rối loạn

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Hồ Thị Thanh Tâm,
email: thanhtamhobs@yahoo.com
Ngày nhận bài (received): 08/06/2018
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
25/06/2018
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 29/06/2018

về tâm lý, trong đó người vợ chịu áp lực nhiều hơn chồng. Các vấn đề tâm lý nên được quan tâm đồng thời với các vấn đề về tình dục.

Từ khóa: Vô sinh, trầm cảm, lo âu, stress, rối loạn tình dục.

Abstract

PSYCHOLOGICAL BURDEN IN INFERTILE COUPLES AND THE CORRELATE TO SEXUAL DYSFUNCTION

Background and aims: Research on the level of psychological burden and the relationship to sexual dysfunction in infertile subjects is characteristic of each culture. In addition, stress disorder in each spouse and psychological disorders of both infertility couples, as well as the strength of the correlate between psychological disorders and sexual dysfunction have not been studied much. Providing data on the level of psychological burden and its relation to sexual dysfunction is a contribution to the development of a step-by-step strategy to approach psychological interventions into the infertile management program recommended by the WHO. There has been no research on this issue in Vietnam until now. The study aimed to (1) Assess the depression, anxiety, stress scale of wives, husbands and infertile couples; (2) Investigate the correlate between psychological disorders and sexual dysfunction.

Materials and Methods: Cross-sectional descriptive study, using a set of validated questionnaires including the Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS-21), the Female Sexual Function Index (FSFI-19), the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) and the International Index of Erectile Function (IIEF-15) to measure 213 female and male partners on infertile couples who were examined at the Center for Reproductive Endocrinology & Infertility, Hue University Hospital.

Results: The rates of depression, anxiety, stress and at least one of the three disorders in group of wives were: 17.4%; 29.1%; 13.6% and 34.7%; the rates in group of husbands were: 7.5%; 15.5%; 5.6% and 19.2%, respectively; in the group of couples, this rates were respectively 1%; 39.0%; 17.8% and 44.1%. Most of the cases are in mild to moderate disorder. After an age adjustment, it showed that depression related mildly to erectile dysfunction (OR=1.06), and to premature ejaculation (OR=1,18); Anxiety related mildly to female sexual dysfunction (OR=1,09), to erectile dysfunction (OR=1,04), to premature ejaculation (OR=1.20). Stress only related mildly to female sexual dysfunction (OR=1,11).

Conclusion: This research shows that there is a need to develop an appropriate psychosocial strategy, which is stepping towards a holistic approach to managing infertility. Nearly half of the infertile couples have psychological disorders in which the wives are under more pressure than the husbands. And, psychological issues should be addressed simultaneously with sexual problems.

Keywords: Infertility, depression, anxiety, stress, sexual dysfunction.

1. Đặt vấn đề

Trầm cảm, lo âu và stress là các rối loạn về tâm lý được mô tả trong ICD-10. Trầm cảm được mô tả qua một số triệu chứng như khí sắc trầm; mất hoặc giảm sự quan tâm, thích thú; mất hoặc giảm năng

lượng, giảm hoạt động; tự cho mình không xứng đáng; nhìn tương lai ảm đạm; ăn ít ngon...Lo âu đặc trưng bởi cảm giác sợ lan tỏa, khó chịu, mơ hồ, kèm theo các triệu chứng thần kinh tự chủ. Stress chính là những phản ứng không đặc hiệu của cơ thể, do các yếu tố có hại về tâm lý xuất hiện trong

các tình thế mà con người chủ quản thấy là bất lợi hoặc rủi ro.

Vô sinh chiếm 8%-15% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ, đã được thừa nhận gây ra nhiều áp lực tâm lý, gồm có gia tăng trầm cảm, lo âu, stress... [16]. Nhiều nghiên cứu cho thấy mức độ rối loạn tâm lý ở đối tượng vô sinh cao hơn nhóm chúng [10], [12], [18].

Rối loạn tâm lý gây nhiều tổn hại đến cá nhân, cuộc sống gia đình, đặc biệt là giảm khả năng sinh sản và giảm khả năng theo đuổi quá trình điều trị. Nghiên cứu của Belevska cho thấy hỗ trợ tâm lý trong điều trị vô sinh đã tăng tỉ lệ thành công của IVF [7].

Tỉ lệ trầm cảm và lo âu ở người vợ của cặp vô sinh là 2,7% - 79% và 14% - 70%, ở người chồng là 1,8% - 36,7% và 4,5% - 48,3% [4], [8], [15], [19], [25], [32]. Tỉ lệ stress ít được nghiên cứu, tìm thấy ở hai báo cáo tại Pakistan và Iran, chiếm từ 48,3% - 69% ở vợ và 33,3% ở chồng [25], [32]. Mức độ rối loạn ở cặp vợ chồng vô sinh chỉ tìm thấy ở một nghiên cứu của Alosaimi tại Ả Rập Xê Út, trầm cảm 21,7% và lo âu 21,2% [3]. Đáp ứng tâm lý ở đối tượng vô sinh chịu ảnh hưởng của các tiêu chuẩn xã hội và văn hóa [5], nên dữ liệu rối loạn tâm lý tại từng vùng địa lý mang tính đặc trưng, ít có tính phổ quát.

Tần suất rối loạn tình dục cũng tăng ở đối tượng vô sinh. Mặc dù thường là thứ phát do áp lực tâm lý từ vô sinh, rối loạn tình dục lại tăng nặng thêm áp lực tâm lý ở đối tượng này. Mối liên quan giữa rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục đã được xác nhận ở một số báo cáo nhưng không có sự đồng thuận cao, độ mạnh trong mối liên quan này thì chỉ được tìm thấy ở rất ít nghiên cứu, đó là Gao đã nhận thấy rối loạn cương và xuất tinh sớm đều liên quan mức độ trung bình với cả trầm cảm và lo âu [15], Lotti thì thấy liên quan chỉ ở mức độ nhẹ giữa rối loạn cương với trầm cảm, xuất tinh sớm với lo âu [20] và Nelson thấy liên quan mức độ nhẹ giữa chức năng tình dục nữ với trầm cảm [21].

Cung cấp dữ liệu về mức độ áp lực tâm lý và mối liên quan với rối loạn tình dục là góp phần để hình thành chiến lược từng bước đưa can thiệp tâm lý vào chương trình quản lý vô sinh theo khuyến cáo của Tổ Chức Y Tế Thế Giới. Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này, vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài "Áp lực tâm lý ở cặp vợ chồng vô

sinh và mối liên quan với rối loạn tình dục", nhằm hai mục tiêu: (1) Xác định mức độ trầm cảm, lo âu, stress ở người vợ, người chồng và cặp vợ chồng vô sinh. (2) Đánh giá mối liên quan giữa các rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các cặp vợ chồng vô sinh đến khám và điều trị tại Trung tâm Nội tiết sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 01/2017 đến tháng 08/2017, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Dân tộc thiểu số, các đối tượng có tiền sử điều trị bệnh tâm thần, thiếu năng trí tuệ, các đối tượng khiếm khuyết về ngôn ngữ, khiếm thính, khiếm thị.

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Với $d = 0,07$, $\alpha = 0,05$, $p_1 = 48,3\%$ và $p_2 = 33,3\%$: Lần lượt là tỉ lệ có ít nhất một trong ba rối loạn trầm cảm, lo âu và stress ở người vợ, chồng của cặp vô sinh trong nghiên cứu của Samani [25], thì cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n_1 = 196$, $n_2 = 174$.

Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 213 cặp vợ chồng vô sinh.

Quá trình thực hiện: Từng người vợ rời đến người chồng được mời vào phòng riêng phỏng vấn. Các bộ câu hỏi phỏng vấn được ghi mã số bệnh nhân.

*Các bộ câu hỏi sử dụng:

(1) Bộ câu hỏi về nhân khẩu-xã hội học và lâm sàng

(2) Bộ câu hỏi về trầm cảm-lo âu-stress (DASS-21: Depression Anxiety and Stress Scale) [22]

DASS-21 được rút gọn từ DASS-42, gồm có 21 câu hỏi, chia làm 3 nhóm, mỗi nhóm 7 câu để đánh giá các rối loạn trầm cảm, lo âu và stress. Mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn trả lời với điểm từ 0 - 3, theo mức độ xấu dần. Điểm trầm cảm, lo âu và stress được tính bằng cách cộng điểm các câu hỏi trong mỗi nhóm, rồi nhân hệ số 2 để phù hợp với ngưỡng chẩn đoán của DASS-42. Ngưỡng xác định có trầm cảm, lo âu và stress tương ứng ≥ 28

điểm, ≥ 20 điểm và ≥ 34 điểm. DASS-21 cũng xác định được ngưỡng phân loại mức độ rối loạn nhẹ, vừa, nặng và rất nặng.

DASS-21 bản dịch tiếng Việt đã được Nguyễn Văn Hùng và cs. dịch, chuẩn hóa, đạt độ tin cậy và có độ nhạy, độ đặc hiệu tốt [22]

(3) Bộ câu hỏi chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI-19: Female Sexual Function Index)

FSFI gồm 19 câu hỏi, mỗi câu có 5 lựa chọn với điểm từ 1 - 5 theo mức độ tốt dần, đánh giá 6 lĩnh vực tình dục nữ: Ham muốn tình dục (2 câu), hưng phấn (4 câu), tiết dịch âm đạo (4 câu), khoái cảm (3 câu), thỏa mãn tình dục (3 câu) và đau giao hợp (3 câu). Tổng điểm FSFI là tổng điểm của 6 lĩnh vực.

(4) Bộ câu hỏi chỉ số quốc tế về chức năng cương dương (IIEF-15: International Index of Erectile Function)

IIEF-15 gồm 15 câu hỏi, mỗi câu có 5 lựa chọn với điểm từ 1 - 5 theo mức độ tốt dần, đánh giá 5 lĩnh vực trong đời sống tình dục của nam giới: Chức năng cương dương (6 câu), thỏa mãn trong giao hợp (3 câu), cực khoái (2 câu), ham muốn tình dục (2 câu) và thỏa mãn toàn diện về đời sống tình dục (2 câu). Tổng điểm IIEF là tổng điểm của 5 lĩnh vực.

(5) Bộ công cụ chẩn đoán xuất tinh sớm (PEDT: Premature Ejaculation Diagnostic Tool)

PEDT có 5 câu hỏi, đánh giá về khả năng kiểm soát, tần suất mất kiểm soát, kích thích tối thiểu, thất vọng và lo lắng ảnh hưởng bạn tình, mỗi câu có 5 lựa chọn với điểm từ 0 - 4 theo mức độ xấu dần. Tổng điểm PEDT là tổng điểm của 5 câu hỏi.

* Các bộ câu hỏi gốc FSFI, IIEF và FSFI đều đã được nhiều nghiên cứu đánh giá có độ tin cậy cao. Các bản dịch tiếng Việt đảm bảo qui trình dịch thuật, hiệu chỉnh và đã được chúng tôi đánh giá bằng nghiên cứu dẫn đường, cũng có hệ số Cronbach's α đều trên 0,7.

Phân tích thống kê: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Mối liên quan về tâm lý và tình dục được phân tích tương quan r thích hợp. Mô hình hồi qui đa biến được sử dụng để kiểm định mối liên quan về rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục, được hiệu chỉnh tuổi. Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$.

Y đức: Được thông qua bởi hội đồng y đức của Trường Đại học Y Dược Huế

3. Kết quả

Trong nghiên cứu này, bộ câu hỏi DASS-21 đạt hệ số Cronbach's α 0,89, trong đó nhóm nội dung trầm cảm, lo âu, stress có hệ số Cronbach's α lần lượt là 0,79; 0,72; 0,78, vì vậy đạt "độ tin cậy" cao.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu

Khá tương đồng với nhiều nghiên cứu về vô sinh trong và ngoài nước, đặc biệt là tuổi trung bình, loại và nguyên nhân vô sinh.

- Tuổi: Tuổi trung bình của chồng khá trẻ $33,4 \pm 6,2$; Tuổi trung bình của vợ nhỏ hơn chồng nhưng không chênh nhiều $30,5 \pm 5,1$.

- Trình độ học vấn: Tất cả các đối tượng đều không thất học, cấp I chỉ chiếm $< 5\%$. Thuộc giáo dục đại học (cao đẳng, đại học, sau đại học) chiếm cao nhất: chồng $47,9\%$, vợ $56,9\%$.

- Nghề nghiệp: Thất nghiệp chỉ gặp ở người vợ $8,9\%$ và chiếm tỉ lệ cao nhất là công nhân viên: chồng $42,3\%$, vợ $47,4\%$.

- Tôn giáo: Có tới $82,2\%$ người chồng, $77,5\%$ vợ không theo tôn giáo nào.

- Tình trạng kinh tế: Theo đối tượng tự nhận định chỉ có $5,6\%$ là khó khăn, chủ yếu đủ sống.

- Tình trạng hôn nhân: Kết hôn trung bình là gần 5 năm (60 ± 47 tháng).

- Tình trạng vô sinh: Thời gian trung bình gần 3 năm rưỡi ($44,5 \pm 34,4$ tháng), trải qua điều trị $16,6 \pm 14,3$ tháng, $70,4\%$ là nguyên phát, $37,1\%$ là chỉ do nữ, $30,5\%$ chỉ do nam, $18,3\%$ do cả 2 vợ chồng, $7,5\%$ đã trải qua IVF. Thời gian vô sinh dài nhất là 16 năm.

3.2. Mức độ trầm cảm, lo âu và stress ở người vợ, người chồng và cặp vợ chồng vô sinh

- Người vợ trong cặp vô sinh có tỉ lệ rối loạn trầm cảm, lo âu, stress và ít nhất 1 rối loạn tâm lý lần lượt là: $17,4\%$; $29,1\%$; $13,6\%$ và $34,7\%$

- Người chồng trong cặp vô sinh có tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress và ít nhất 1 rối loạn tâm lý lần lượt là: $7,5\%$; $15,5\%$; $5,6\%$ và $19,2\%$

- Cặp vợ chồng vô sinh có tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress và ít nhất 1 rối loạn tâm lý, lần lượt là: $22,1\%$; $39,0\%$; $17,8\%$ và $44,1\%$. Trong đó, những cặp chỉ có người vợ bị rối loạn đã chiếm hơn một nửa.

Bảng 3.1: Tỷ lệ rối loạn tâm lý ở vợ, chồng và cặp vợ chồng vô sinh

	Trầm cảm n(%)	Lo âu n(%)	Stress n(%)	Trầm cảm-lo âu-stress n(%)
Vợ				
Bình thường	176(82,6)	151(70,9)	184(86,4)	139(65,3)
Rối loạn	37(17,4)	62(29,1)	29(13,6)	74(34,7)
Nhe	15(7,0)	23(10,8)	17(8,0)	
Vừa	19(8,9)	25(11,7)	9(4,2)	
Nặng	2(0,9)	10(4,7)	3(1,4)	
Rất nặng	1(0,5)	4(1,9)	0(0,0)	
Chồng				
Bình thường	197(92,5)	180(84,5)	201(94,4)	172(80,8)
Rối loạn	16(7,5)	33(15,5)	12(5,6)	41(19,2)
Nhe	9(4,2)	14(6,6)	4(1,9)	
Vừa	4(1,9)	16(7,5)	5(2,3)	
Nặng	1(0,5)	2(0,9)	2(0,9)	
Rất nặng	2(0,9)	1(0,5)	1(0,5)	
p (so sánh rối loạn vợ-chồng)	0,003	0,001	0,008	0,001
Cặp vợ chồng				
Bình thường	166(77,9)	130(61,0)	175(82,2)	119(55,9)
Rối loạn	47(22,1)	83(39,0)	38(17,8)	94(44,1)
Chỉ vợ rối loạn	31(14,6)	50(23,5)	26(12,2)	
Chỉ chồng rối loạn	10(4,7)	21(9,9)	9(4,2)	
Cả 2 vợ chồng rối loạn	6(2,8)	12(5,6)	3(1,4)	

- Ở cả vợ, chồng, cặp vợ chồng thì cả trầm cảm, lo âu, stress mức độ nhẹ và vừa chiếm tỉ lệ rối loạn cao.

- Ở cả vợ, chồng, cặp vợ chồng thì tỉ lệ rối loạn lo âu cao nhất, rồi đến trầm cảm, stress ít gặp hơn.

- Tỷ lệ rối loạn tâm lý ở người vợ cao hơn chồng cả về trầm cảm, lo âu, stress và ít nhất có 1 rối loạn, có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.2: So sánh điểm trung bình DASS-21 của vợ với chồng

	Vợ X(SD)	Chồng X(SD)	p
Trầm cảm	4,67(5,49)	2,65(4,74)	<0,000*
Lo âu	4,99(5,20)	3,63(3,78)	0,003*
Stress	7,93(6,13)	6,30(5,68)	0,003*

*Mann-Whitney

Điểm trung bình của trầm cảm, lo âu và stress ở vợ cao hơn chồng có ý nghĩa thống kê

3.3. Mối liên quan giữa các rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục

Bảng 3.3: Tương quan giữa điểm DASS-21 của vợ và điểm FSFI

	Ham muốn	Hung phấn	Tiết dịch AD	Khoái cảm	Thỏa mãn	Đau GH	Tổng
Trầm cảm	r	-0,07	-0,16	-0,19	-0,29	-0,23	-0,15
	p	0,336	0,017**	0,007**	0,000**	0,001**	0,032**
Lo âu	r	-0,07	-0,18	-0,12	-0,26	-0,23	-0,20
	p	0,283	0,008**	0,085	0,000**	0,001**	0,004**
Stress	r	-0,04	-0,20	-0,14	-0,28	-0,26	-0,16
	p	0,531	0,003**	0,040**	0,000**	0,000**	0,017**

** Tương quan Pearson

Người vợ có điểm trầm cảm, lo âu và stress đều tương quan nhẹ nghịch chiều với tổng điểm FSFI và với hầu hết điểm của các lĩnh vực chức năng tình dục, trong đó các lĩnh vực khoái cảm và thỏa mãn tình dục có tương quan mạnh hơn. Tuy nhiên, riêng điểm của "ham muốn tình dục" không thấy có tương quan với bất kỳ rối loạn tâm lý nào trong trầm cảm, lo âu và stress.

Bảng 3.4: Tương quan giữa điểm DASS-21 của chồng với điểm IIEF và PEDT

		IIEF					PEDT	
		Cương dương	Thỏa mãn	Cực khoái	Ham muốn	TM toàn diện		Tổng
Trầm cảm	r	-0,22	-0,24	-0,22	-0,23	-0,30	-0,30	0,30
	p	0,001**	0,000**	0,001**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**
Lo âu	r	-0,18	-0,21	-0,15	-0,12	-0,27	-0,23	0,25
	p	0,010**	0,002**	0,032**	0,074	0,000**	0,001**	0,000**
Stress	r	-0,14	-0,15	-0,16	-0,16	-0,18	-0,19	0,25
	p	0,037**	0,029**	0,018**	0,017**	0,009**	0,005**	0,000**

** Tương quan Pearson

Người chồng có điểm trầm cảm, lo âu và stress đều tương quan nhẹ nghịch chiều với tổng điểm IIEF và với hầu hết điểm của các lĩnh vực chức năng tình dục có tương quan mạnh nhất. Đồng thời điểm trầm cảm, lo âu và stress cũng đều tương quan nhẹ thuận chiều với tổng điểm PEDT.

Bảng 3.5: Mối liên quan giữa rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục sau khi hiệu chỉnh tuổi

	FSFI	IIEF	PEDT
Trầm cảm	p>0,05	OR=1,06 (p=0,021)	OR=1,18 (p=0,023)
Lo âu	OR=1,09 (p=0,034)	OR=1,04 (p=0,036)	OR=1,20 (p=0,001)
Stress	OR=1,11 (p=0,041)	p>0,05	p>0,05

4. Bàn luận

4.1. Mức độ trầm cảm, lo âu, stress ở người vợ, người chồng và cặp vợ chồng vô sinh

Bảng 3.1 cho thấy tỉ lệ rối loạn tâm lý cao ở cả vợ và chồng của cặp vô sinh. Mức độ rối loạn có cả nặng và rất nặng. Mức độ vừa là phổ biến. Mức độ rối loạn tâm lý nhẹ và vừa chiếm đa số cũng tìm thấy trong nghiên cứu của Domar [9].

Áp lực tâm lý khá nặng nề ở bệnh nhân vô sinh còn có thể được nhận ra ở tỉ lệ trầm cảm, lo âu cao hơn cả rối loạn stress, nghĩa là có thể những phản ứng không đặc hiệu của stress đã chuyển biến thành những rối loạn đặc trưng trầm cảm hoặc lo âu.

Rối loạn tâm lý ở bệnh nhân vô sinh nặng nề hơn dân số cộng đồng. So với các nghiên cứu tại Việt Nam, cùng sử dụng thang đo DASS-21, như của Van vo T., đối tượng là những người đàn ông đã lập gia đình, tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 5,0%; 3,6%; 2,8%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [27], và của Thạch Duc Tran, đối tượng nghiên cứu là phụ nữ nông thôn miền Bắc, tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 11,8%; 10,9%; 19,5%, cũng thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [26].

Tỉ lệ và mức độ rối loạn tâm lý ở vợ và chồng của cặp vô sinh cao hơn nhóm chứng được tìm thấy ở khá nhiều nghiên cứu, ở nhiều nước khác nhau [1], [10], [11], [12], [18], [32].

Các cặp vợ chồng vô sinh chịu nhiều áp lực tâm lý là bởi vì, mỗi cá nhân khi lập gia đình hầu như đều có một dự định sẽ làm cha mẹ, đây là một mục tiêu quan trọng và là tiêu chí cần thiết để đạt được sự hài lòng cá nhân và chấp nhận xã hội. Khi trải qua vô sinh, cặp vợ chồng dễ phát triển cảm xúc tiêu cực như cảm giác bản thân có khuyết tật, thiếu năng lực, cảm giác thất vọng, lo lắng cho tương lai tuổi già không con cái và chịu sự kỳ thị, áp lực với các thành viên của gia đình và những người xung quanh. Thêm nữa, quá trình chẩn đoán và điều trị vô sinh cũng gây gia tăng áp lực tâm lý. Phản ứng của mỗi cá nhân với vô sinh bị ảnh hưởng bởi văn hóa và môi trường xã hội. Những yếu tố văn hóa sẽ ảnh hưởng đến tác động tâm lý của vô sinh và cách cá nhân điều chỉnh phản ứng cảm xúc của họ.

Chúng tôi so sánh kết quả nghiên cứu với các nghiên cứu khác ở đối tượng vô sinh qua nhiều nền văn hóa khác nhau, qua bảng 4.1. Rút ra một số kết luận sau:

Với các công cụ chẩn đoán khác nhau, ở các vùng địa lý văn hóa khác nhau, các quần thể nghiên cứu có các đặc điểm vô sinh khác nhau, thì tỉ lệ trầm cảm, lo âu, stress khác biệt rất nhiều, kể cả tại cùng một quốc gia, như ở Mỹ [9], [19], [29]. Cũng có lẽ, Mỹ là một quốc gia rộng lớn và đa chủng tộc, đa văn hóa.

Tuy khác biệt trong một giới hạn rất rộng về tỉ lệ rối loạn, nhưng hầu hết thể hiện một mô hình nhất quán là tỉ lệ trầm cảm ở cả vợ và chồng đều cùng cao hơn hoặc thấp hơn lo âu, đồng thời các rối loạn trầm cảm hoặc lo âu cùng thấp hơn hoặc

cùng cao hơn so với các nghiên cứu khác (ở đồng thời cả vợ và chồng nếu nghiên cứu cả cặp), điều này chứng tỏ "độ tin cậy" cao của các bộ công cụ. Sự khác biệt cao về tỉ lệ rối loạn giữa các nghiên cứu có thể là do ngưỡng chẩn đoán của các bộ công cụ chưa thể tạo được sự tương đồng về "hiệu lực phân biệt" nhóm chứng và nhóm rối loạn.

Với các nghiên cứu cùng sử dụng thang đo DASS thì điểm trung bình nhân 2 của DASS-21 trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ hơi thấp hơn một chút so với điểm trung bình của DASS-42 trong nghiên cứu của Hee-Jun Chi ở Hàn Quốc [18], nhưng thấp hơn nhiều khi so với nghiên cứu của Yusuf ở quốc gia hồi giáo Pakistan. Tỉ lệ rối loạn cũng thấp hơn các quốc gia hồi giáo [25],[32]. Các nghiên cứu này đều nằm ở Châu Á, chứng tỏ mức độ rối loạn trong nghiên cứu của chúng tôi nhẹ hơn so với các nước trong khu vực. Kết luận này vẫn phù hợp khi so sánh với nghiên cứu của Gao ở Trung Quốc, dù công cụ sàng lọc có khác nhau [15].

Xem xét khía cạnh quần thể vô sinh, một số đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân có chỉ định IVF, bắt đầu chu kỳ điều trị, cũng góp phần tạo ra sự kém đồng nhất giữa các nghiên cứu [6], [24], [28], [31], tuy nhiên không thể hiện rõ rối loạn tâm lý nặng hơn qua so sánh với đối tượng vô sinh chung ở các nghiên cứu trong bảng tóm tắt này.

Như vậy qua bảng 4.1 đã cho thấy tỉ lệ trầm cảm ở người vợ từ 2,7% - 79%; trầm cảm ở chồng từ 1,8% - 36,7%; lo âu ở vợ từ 14% - 70%; lo âu ở chồng từ 4,5% - 48,3%. Tỉ lệ rối loạn cao nhất ở các quốc gia hồi giáo, tỉ lệ của chúng tôi nằm ở nhóm trung bình, khá tương đồng với Ý [8], hơi cao hơn ở Scotland [4], Thụy Điển [28], nghiên cứu của Lawson [19] và Wichman [29] ở Mỹ, thấp hơn nhóm quốc gia hồi giáo [2], [25], [32], Trung Quốc [15], Slovenia [33], Thổ Nhĩ Kỳ [1] và nghiên cứu của Domar ở Mỹ [9]. Nghiên cứu của Drosdzol ở Ba Lan thì tỉ lệ của cả hai vợ chồng về trầm cảm cao hơn nhưng lo âu thấp hơn của chúng tôi [10].

Qua bảng tóm tắt này cũng cho thấy rất ít nghiên cứu về rối loạn stress ở đối tượng vô sinh, có lẽ do stress là phản ứng sớm, ngay lập tức của cơ thể với tác nhân bất lợi, không mang tính đặc trưng, nên ít được quan tâm nghiên cứu, thể hiện có ít công cụ để khảo sát và ít dữ liệu sẵn có về

stress so với trầm cảm và lo âu. Tuy nhiên, stress bệnh lý đã được biết sẽ gây nhiều hậu quả bất lợi cho sức khỏe tinh thần lẫn thể chất, stress nặng, kéo dài có thể dẫn đến lo âu hoặc trầm cảm. Dữ liệu về stress trong nghiên cứu của chúng tôi cho

thấy mô hình đáp ứng tâm lý có sự nhất quán gần tương tự trầm cảm và lo âu ở đối tượng vô sinh. Có hai nghiên cứu sử dụng thang đo DASS tại Pakistan và Iran cho thấy tỉ lệ stress cao hơn của chúng tôi [25], [32].

Bảng 4.1: So sánh kết quả trầm cảm, lo âu và stress ở bệnh nhân vô sinh

Tác giả	Địa lý	Trầm cảm		Lo âu		Stress		Phương tiện chẩn đoán
		V	Ch	V	Ch	V	Ch	
Chúng tôi	Việt Nam	17,4% 4,67(5,49)	7,5% 2,65(4,74)	29,1% 4,99(5,20)	-15,5% 3,63(3,78)	13,6% 7,93(6,13)	5,6% 6,30(5,68)	DASS-21
Gao [15]	Trung Quốc		15,74%		38,01%			SAS, SDS
Hee-Jun Chi [18]	Hàn Quốc	13,7(8,4)		10,7(6,4)		18,0(8,3)		DASS-42
Yusuf [32]	Pakistan	79% 16,14(8,304)		70% 14,63(8,085)		69% 19,72(9,192)		DASS-42
Samani [25]	Iran	48,3%	36,7%	66,7%	48,3%	48,3%	33,3%	DASS-21
Alhassan [2]	Ghana	62,0%						BDI
Dyer [12]	Nam Phi		58,7(10,3)		56,2(11,9)			SCL-90-R
Dyer [11]	Nam Phi	63,6(5,6)		62,1(7,9)				SCL-90-R
Zorn [33]	Slovenia				19,9%			ZAS
Albayrak [1]	Thổ Nhĩ Kỳ			49,5%				STAI
Drosdzol [10]	Ba Lan	35,44% 8,5(8,3)	15,60% 5,16(6,6)	15,53% 10,9(8,9)	4,7% 6,16(7,7)			BDI, BAI
Edelmann [13]	Anh	5,846(4,98)	4,066(4,59)	36,726(9,16)	32,806(8,10)			BDI, STAI
Anderson [4]	Scotland	2,7%	1,8%	26%	9%			P<0,05 HADS
Volgsten [28]	Thụy Điển	10,9%	5,1%	14,8%	4,9%			PCEMD
Wischmann [31]	Đức	51,9(12,2)	49,3(10,6)	52,7(13,4)	50,7(10,7)			SCL-90-R
Chiapparino [8]	Ý	17,9%	6,9%	14,7%	4,5%			ZDS, ZAS
Beaurepaire [6]	Úc	9,16(7,9)	6,36(5,7)	38,76(11,8)	34,66(8,1)			CES-D, STAI
Wichman [29]	Mỹ	5,6%	3,8%	14,4%	8,8%			BDI, STAI
Lawson [19]	Mỹ	9%		14%				CES-D, STAI
Domar [9]	Mỹ	37%/BDI 25%/CES-D						BDI, CES-D
Peterson [24]	Bắc Mỹ					128,96(35,2)	114,56(28,3)	FPI

Depression Anxiety Stress Scales: DASS; Centre for Epidemiologic Studies-Depression: CES-D; State Trait Anxiety Inventory: STAI; Beck Depression Inventory: BDI; Beck Anxiety Inventory: BAI; Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS; Fertility Problem Inventory: FPI; Zung Anxiety Scale: ZAS; Zung Depression Scale: ZDS; Primary Care Evaluation of Mental Disorders: PCEMD; Self-rating Depression Scale: SDS; Symptom Checklist-90-R: SCL-90-R.

Bảng 3.1 còn cho thấy tỉ lệ có ít nhất một rối loạn tâm lý ở vợ là 34,7% và chồng là 19,2%, một tỉ lệ khá cao có sức khỏe tinh thần bất ổn ở đối tượng vô sinh. Với nhiều khái niệm, nhiều công cụ lượng giá được sử dụng khác nhau của các nghiên cứu, có thể xác định sức khỏe tinh thần bất ổn gặp ở 26,2% - 66% người vợ và 9,2% - 50,3% người chồng của cặp vợ chồng vô sinh [3], [17], [23], [28], [29].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng xác định được các cặp vợ chồng vô sinh có tần suất rối loạn trầm cảm, lo âu, stress rất cao, đặc biệt có tới gần một nửa (44,1%) các cặp vợ chồng vô sinh có ít nhất một trong ba rối loạn tâm lý này. Chúng tôi chỉ tìm được trên y văn một nghiên cứu của Alosaimi tại Ả Rập Xê Út, sử dụng công cụ MINI scale, xác định tỉ lệ 21,7% và 21,2% các cặp vợ chồng vô sinh trải qua trầm cảm và lo âu [3], gần tương tự tỉ lệ các rối loạn này trong nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả từ bảng 3.2 và các nghiên cứu từ bảng 4.1 còn đưa ra một kết luận mạnh mẽ cần được quan tâm, đó là vượt qua các nền văn hóa, tỉ lệ và mức độ rối loạn tâm lý ở vợ luôn cao hơn chồng (luôn có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nghiên cứu), nghĩa là người vợ chịu nhiều áp lực tâm lý hơn chồng. Điều này được cho là vì người vợ chịu sự đe dọa, kỳ thị và mất mát từ vô sinh cao hơn chồng.

Trong hầu hết các nền văn hóa, mang thai và sinh đẻ được coi là một phần trách nhiệm của phụ nữ, vô sinh là sự thể hiện khiếm khuyết nghiêm trọng trong vai trò làm vợ. Trong trí tưởng tượng, thuộc về định kiến âm thầm, dai dẳng của xã hội, phụ nữ không thể thụ thai được liên tưởng đến hình ảnh của “cây không có trái”, “đất cằn cỗi”. Trong một số nền văn hóa, phụ nữ có thể bị cáo buộc chính là nguyên nhân khiến không thể thụ thai. Bản thân người phụ nữ cũng cảm thấy trách nhiệm sinh sản là của họ, vô sinh tạo cho họ cảm giác chưa hoàn thành nhiệm vụ nối dõi của gia đình, dòng họ nhà chồng. Đôi khi vô sinh cũng là mối đe dọa đổ vỡ, là lý do khiến chồng có vợ khác. Ngoài ra, các qui trình chẩn đoán và điều trị vô sinh có tính xâm lấn và đau đớn hơn với người vợ. Chính những điều này đã cho thấy một sự nhất quán về đáp ứng tâm lý của cặp vợ chồng, người vợ luôn dễ bị tổn thương tâm lý hơn chồng, không giống như mức độ áp lực tâm lý ở đối tượng vô sinh có khác biệt giữa các nền văn hóa theo tính đặc trưng.

4.2. Mối liên quan giữa rối loạn tâm lý và rối loạn tình dục

Bảng 3.3, 3.4 và 3.5 cho thấy có mối liên quan nhẹ giữa trầm cảm, lo âu và stress với chức năng tình dục của cả vợ và chồng, sau khi hiệu chỉnh tuổi thì hầu hết các mối liên quan vẫn được duy trì, tuy nhiên ở mức yếu, rối loạn tâm lý chỉ gây tăng khả năng RLTD lên từ 1,04 - 1,20 lần.

Mặc dù rối loạn tình dục (RLTD) nam có thể là nguyên nhân nguyên phát dẫn đến suy giảm khả năng sinh sản như rối loạn cương mức độ nặng làm giảm, mất khả năng giao hợp, giảm tần suất giao hợp, hay xuất tinh sớm mức độ nặng làm khó đưa được tinh trùng vào đường sinh dục nữ, nhưng tỉ lệ chỉ chiếm 0,4% - 4,6% trường hợp vô sinh nam. Phần lớn là vô sinh gây tăng áp lực tâm lý, làm tăng nguy cơ RLTD nam và rồi chính RLTD nam lại làm tăng nặng thêm gánh nặng tâm lý ở bệnh nhân vô sinh [20]. Tuy nhiên, tăng nguy cơ rối loạn tình dục nam ở bệnh nhân vô sinh còn được cho là hậu quả của tâm lý quá quan tâm đến “hiệu suất tình dục”, với mục tiêu sinh sản hơn là niềm vui [30]. Điều này lý giải cho mối liên quan yếu giữa các vấn đề tâm lý và tình dục trong nghiên cứu của chúng tôi. Tương

tự kết luận từ nghiên cứu này, Gao ở Trung Quốc cũng xác định liên quan giữa trầm cảm và lo âu với rối loạn cương và xuất tinh sớm, nhưng mức độ tương quan mạnh hơn, ở mức trung bình [15]. Khi so sánh với nghiên cứu của Lotti tại Ý thì tương đồng về mức độ liên quan nhẹ, nhưng Lotti không thấy liên quan giữa cương dương và lo âu, xuất tinh sớm và trầm cảm [20]. Có thể do đáp ứng tâm lý khác nhau của các nền văn hóa và công cụ đo lường sử dụng trong nghiên cứu đã tạo ra một số khác biệt.

Tương tự với nữ, mặc dù có ít dữ liệu về RLTD nữ là nguyên nhân nguyên phát của vô sinh, tuy nhiên đau, co thắt âm đạo có thể giảm tần suất giao hợp, giảm khả năng mang thai, hoặc lạc nội mạc tử cung có thể là nguyên nhân của cả vô sinh và RLTD. Ngược lại, rối loạn tâm lý cũng có thể gây tăng nguy cơ RLTD nữ. Bên cạnh đó, RLTD ở người vợ còn có thể là hậu quả của RLTD từ người chồng [21]. Chức năng tình dục nữ chịu tác động đa chiều đã ủng hộ cho mối liên quan yếu giữa các vấn đề tâm lý và tình dục trong nghiên cứu của chúng tôi.

Khác với nghiên cứu của Nelson ở Mỹ, ông thấy trầm cảm liên quan yếu với chức năng tình dục nữ [21], trong khi chúng tôi tìm thấy lo âu, stress liên quan nhẹ nhưng trầm cảm không liên quan với chức năng tình dục nữ.

DASS-21 và các bộ công cụ đo lường chức năng tình dục (FSFI, IIEF, PEDT), đã đo lường khách quan các khái niệm được phản ánh qua nhận thức tâm lý chủ quan. Nội dung đo lường thuộc hai khái niệm khác nhau. Mức độ liên quan chỉ ở mức thấp đến trung bình giữa hai công cụ đo lường về tâm lý và tình dục, đã cho thấy “hiệu lực khác biệt” tốt giữa hai bộ công cụ này.

Bảng 3.3 cũng cho thấy các lĩnh vực “khoái cảm” và “thỏa mãn” có liên quan cao hơn các lĩnh vực khác trong chức năng tình dục nữ. Điều này có thể do “khoái cảm” là thành quả rõ rệt của hoạt động tình dục, dễ dàng được nhận ra nên có tác động nhiều đến tâm lý và “thỏa mãn” được xem là lĩnh vực chất lượng cuộc sống trong thang đo hơn là một lĩnh vực chuyên biệt nên liên quan đến vấn đề tâm lý rõ ràng hơn.

Bảng 3.3 còn cho thấy các rối loạn tâm lý không liên quan lĩnh vực “ham muốn” nữ. Có khả

năng lĩnh vực “ham muốn” của FSFI có hiệu lực đo lường kém như chỉ trích của Forbes [14] nên không thể hiện được mối liên quan trong nghiên cứu này.

Tương tự bảng 3.4 cho thấy lĩnh vực “thỏa mãn toàn diện” về đời sống tình dục nam, là lĩnh vực chất lượng cuộc sống của thang đo, thể hiện mối liên quan tốt nhất với các rối loạn tâm lý.

Như vậy những phát hiện qua nghiên cứu này cho thấy gánh nặng tâm lý và nhu cầu hỗ trợ ở cặp vợ chồng vô sinh, đặc biệt là người vợ, bởi vì tư vấn tâm lý đã được cho là có giá trị giảm bỏ trị và tăng cường khả năng điều trị thành công. Đồng thời cho thấy vấn đề tâm lý và tình dục là không tách rời trong mô hình tiếp cận toàn diện ở đối tượng này.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế:

(1) Đánh giá rối loạn tâm lý dựa vào công cụ tự báo cáo DASS-21, nên kết quả mang tính chất sàng lọc hơn là chẩn đoán xác định, (2) Mẫu khảo sát là tại một trung tâm vô sinh, không rõ liệu kết quả của chúng tôi có tính phổ quát với trung tâm khác hay với đối tượng không tiếp cận điều trị hay không, (3) Mối liên quan giữa các vấn đề tâm lý và tình dục chỉ mới được kiểm định cùng với tuổi, một số yếu tố liên quan khác chưa được

đưa vào xem xét trong mô hình đa biến, (4) Tính chất cắt ngang của nghiên cứu không thể làm rõ mối liên hệ nhân quả giữa gánh nặng tâm lý và rối loạn tình dục.

Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số ưu điểm: (1) DASS-21 là một bộ công cụ đã được chuẩn hóa, đạt độ tin cậy và hiệu lực chẩn đoán ngay ở bản gốc và cả bản dịch tiếng Việt, (2) Nghiên cứu của chúng tôi bổ sung dữ liệu còn khá trống về stress, về áp lực tâm lý của cả cặp vợ chồng vô sinh và độ mạnh trong mối liên quan giữa vấn đề rối loạn tâm lý và tình dục. Một điều thú vị là chúng tôi phát hiện ra, theo các báo cáo trên y văn đến thời điểm này thì áp lực tâm lý ở đối tượng vô sinh tại Việt Nam, dù cao nhưng vẫn thấp nhất trong khu vực Châu Á.

5. Kết luận

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có nhu cầu xây dựng chiến lược chăm sóc tâm lý thích hợp, nhằm từng bước tiến tới tiếp cận toàn diện để quản lý vô sinh. Gần một nửa số cặp vợ chồng có rối loạn về tâm lý, trong đó người vợ chịu áp lực nhiều hơn chồng. Các vấn đề tâm lý nên được quan tâm đồng thời với các vấn đề về tình dục.

Tài liệu tham khảo

1. Albayrak E, & Gunay O (2007), “State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri, Turkey”, *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12, 385–390.
2. Alhassan A, Ziblim A, Muntaka S (2014), “A survey on depression among infertile women in Ghana”, *BMC Women’s Health*, 14(1):42.
3. Alosaimi FD, Altuwirqi MH, Bukhari M, et al (2015), “Psychiatric disorders among infertile men and women attending three infertility clinics in Riyadh, Saudi Arabia”, *Ann Saudi Med*, 35(5):359-67.
4. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, et al (2003), “Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic”, *J Psychosom Res*, 54: 353–5
5. Balon R (2011), “Psychological and Cross-Cultural Aspects of Infertility and Human Sexuality”, *Sexual Dysfunction: Beyond the Brain-Body Connection*, Vol 31:164-183
6. Beaurepaire J, Jones M, Thiering P, et al (1994), “Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at

different stages of IVF/ET treatment”, *J Psychosom Res*, 38: 229–40.

7. Belevska J (2015), “The Impact of Psycho-Education on in Vitro Fertilisation Treatment Efficiency”, *PRILOZI*, 2: 0350-1914(e).

8. Chiaffarino F, Baldini M, Scarduelli C, et al (2011), “Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department”, *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 158:235–41.

9. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, et al (1992), “The prevalence and predictability of depression in infertile women”, *Fertil Steril*, 58:1158–63.

10. Drosdzol A, Skrzypulex V (2009), “Depression and anxiety among Polish infertile couples—and evaluative prevalence study”, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 30: 11–20.

11. Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, et al (2005), “Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment”, *Hum Reprod*, 20(7):1938-43.

12. Dyer S, Lombard C, & Van der Spuy Z (2009), "Psychological distress among men suffering from couple infertility in South Africa: A quantitative assessment", *Human Reproduction*, 24, 2821–2826.
13. Edelmann RJ, Connolly KJ (2000), "Gender differences in response to infertility and infertility investigation: real or illusory", *Br J Health Psychol*, 5: 365–75.
14. Forbes MK, Andrew J. Baillie & Carolyn A. Schniering (2014), "Critical Flaws in the Female Sexual Function Index and the International Index of Erectile Function", *The Journal of Sex Research*, 51:5, 485-491.
15. Gao J, Zhang X, Su P, et al (2013), "Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: A large observational study in China", *Journal of Sexual Medicine*, 10, 1935–1942.
16. Greil AL (1997), "Infertility and psychological distress: a critical review of the literature", *Soc Sci Med*, 45:1679-704.
17. Guerra D, Llobera A, Veiga A, et al (1998), "Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service", *Human Reprod*, 13(6):1733-1736.
18. Hee-Jun Chi, Il-Hae Park, Hong-Gil Sun, et al (2016), "Psychological distress and fertility quality of life (FertiQoL) in infertile Korean women: The first validation study of Korean FertiQoL", *Clin Exp Reprod Med*, 43(3):174-80.
19. Lawson AK, Klock SC, Pavone ME, et al (2014), "Prospective study of depression and anxiety in female fertility preservation and infertility patients", *Fertil Steril*, 102(5): 1377–1384.
20. Lotti F, Corona G, Rastrelli G, et al (2012), "Clinical correlates of erectile dysfunction and premature ejaculation in men with couple infertility", *J Sex Med*, 9:2698– 707.
21. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, et al (2008), "Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples", *J Sex Med*, 5:1907–1914.
22. Nguyen HV, et al (2015), "The relationships between the use of self-regulated learning strategies and depression among medical students: accelerated prospective cohort study", *psychology, Health & Medicine*, 20(1), pp. 59-70.
23. Noorbala A, Ramezanzadeh F, Abedinia N, et al (2009), "Psychiatric disorders among infertile and fertile women", *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44, 587–591.
24. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, et al (2006), "Gender differences in how men and women who are referred to IVF cope with infertility stress", *Hum Reprod*, 21: 2443–9.
25. Samani OR, Vesali S, Navid B, et al (2017), "Evaluation on Hope and Psychological Symptoms in Infertile Couples Undergoing Assisted Reproduction Treatment", *Int J Fertil Steril*, 11(2):123-129.
26. Thach Duc Tran, Tuan Tran, Jane (2013), "Fisher Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women", *BMC Psychiatry*, 13: 24.
27. Van Vo T, Hoang HD, Thanh Nguyen NP (2017), "Prevalence and Associated Factors of Erectile Dysfunction among Married Men in Vietnam", *Front Public Health*, 4:5:94.
28. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, et al (2008), "Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment", *Hum Reprod*, 23:2056–2063.
29. Wichman C, Ehlers S, Wichman S, et al (2011), "Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization", *Fertil Steril*, 95: 717–21
30. Wincze J. P. (2015), "Psychosocial aspects of ejaculatory dysfunction and male reproduction", *J.fertnstert*, 07.1155
31. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, et al (2001), "Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation Service", *Human Reproduction*, 16, 1753–1761.
32. Yusuf L, Pak J (2016), "Depression, anxiety and stress among female patients of infertility: A case control study", *Med Sci*, 32(6):1340-1343
33. Zorn B, Auger J, Velikonja V, et al (2007), "Psychological factors in male partners of infertile couples: relationship with semen quality and early miscarriage", *Int J Androl*, 31: 557–64.