

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA PHỤ NỮ VỀ SINH SẢN VÀ VÔ SINH

Lê Minh Tâm*, Bùi Thị Thanh Hương**, Cao Ngọc Thành*

Tóm tắt

Giới thiệu: Số liệu thống kê hiện nay chưa đầy đủ về trình độ hiểu biết và thái độ thực hành của người phụ nữ về sinh sản và vô sinh. Trong nhiều nguyên nhân khác nhau dẫn đến vô sinh, một số trường hợp có thể dự phòng được nếu người dân có kiến thức và thái độ thực hành đúng đắn. Ngoài ra, sự hiểu biết đúng về khả năng sinh sản cũng giúp bệnh nhân hiếm muộn có sự hợp tác cao với thầy thuốc trong quá trình theo dõi và điều trị.

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ của phụ nữ về sinh sản và vô sinh giúp xác định các vấn đề còn tồn tại trong công tác tuyên truyền giáo dục đối với cộng đồng trong lĩnh vực này.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang kiến thức, thái độ của 530 phụ nữ trong độ tuổi sinh sản về sinh sản và vô sinh tại 05 xã/phường đã được chọn của Tỉnh Thừa Thiên Huế, với bộ câu hỏi tự chọn.

Kết quả: Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản ở Tỉnh Thừa Thiên Huế có tỷ lệ cao hiểu đúng về độ tuổi có kinh bình thường (95,7%), thời điểm trong chu kỳ kinh nguyệt khả năng thụ thai cao nhất (65,8%), nhưng tỷ lệ thấp (33,6%) biết được độ tuổi có khả năng sinh sản cao nhất từ 18-24 tuổi. Kiến thức về vô sinh đa số chưa biết được khái niệm vô sinh (96,4%), không biết được tỷ lệ vô sinh hiện nay tại Việt Nam (93,4%), chỉ một nửa trường hợp biết được vô sinh thứ phát (55,1%). Tỷ lệ hiểu được các nguy cơ và nguyên nhân gây vô sinh chưa cao, cơ bản chỉ biết đến tiền sử nạo phá thai (61,4%) hay viêm nhiễm sinh dục (39,1%), nguyên nhân vô sinh do bất thường tinh trùng được đề cập đến trong 2/3 trường hợp và không quá 1/3 trường hợp biết được các nguyên nhân vô sinh nữ. Khảo sát thái độ khi có cặp vợ chồng vô sinh, việc tìm đến cơ sở y tế chiếm tỷ lệ khá cao, nhưng vẫn còn một số nhỏ tin vào tâm linh (4,2%) và thầy lang (2,6%), nhiều trường hợp cho rằng việc điều trị vô sinh sẽ rất tốn kém (52,5%) và đa số không biết được các phương pháp điều trị thường dùng.

Kết luận: Nghiên cứu này khẳng định một lần nữa những thiếu sót trong việc cung cấp thông tin về sinh sản và vô sinh cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản để giúp người dân có nhiều cơ hội tiếp cận và lựa chọn đúng đắn dịch vụ y tế hiệu quả và kịp thời.

Abstract: Study on knowledge, attitudes of women on fertility and infertility

Introduction: The current data of understanding on fertility and infertility in reproductive-age women are not available. In many different causes of infertility, some cases may be preventable if people have knowledge and attitudes to practice correctly. Additionally, the right understanding about fertility will encourage infertile patients with high co-operation in the process of following and treatment.

Objective: To describe knowledge, attitudes of reproductive-age women about fertility and infertility, identify problems that exist in the communication and education in this area.

Materials & methods: Cross-sectional descriptive study on knowledge, attitudes of 530 reproductive-age women on fertility and infertility in 05 communes/wards in Thua Thien Hue province, with the prepared questionnaire.

Results: The reproductive-age women in Thua Thien Hue Province almost know about normal age of menarche correctly (95.7%), the time with highest possibility of fertility in the menstrual cycle the (65,8%), but the low rate (33.6%) know the best age for reproduction between 18-24 years old. Concerning knowledge on infertility, most of them do not know the concept of infertility (96.4%), do not know the current rate of infertility in Vietnam (93.4%), only half of cases know secondary infertility (55.1%). Knowledge on risk and causes of infertility is not good, just mention on history of abortion (61.4%) or genital infections (39.1%), abnormal sperm mentioned in 2/3 cases and no more than one third of cases known causes of female infertility. Survey on attitudes when suggest infertile couples, visiting health care center accounted for a high rate, but still a small number believe in spirituality (4.2%) and traditional healers (2.6%) In many cases believe that infertility treatment cost so much (52.5%) and most do not know the treatment methods.

Conclusion: This study confirms once again the shortcomings in the communication and education about fertility and infertility for reproductive age women that can help people more opportunities to arrive on time and choose effective health services.

* Trường Đại học Y Dược Huế; ** Trung tâm Y tế thành phố Nha Trang

Đặt vấn đề

Trong các vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản, vô sinh được xem là một trong những vấn đề hàng đầu trong chiến lược về dân số và sức khỏe sinh sản trong cả nước. Tại Việt Nam, tỷ lệ vô sinh ở những cặp vợ chồng trong tuổi sinh sản chiếm khoảng 12%, tương đương với gần 1 triệu cặp vợ chồng [10]. Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ gây vô sinh có thể từ phía người vợ hoặc người chồng hoặc cả hai vợ chồng [15]. Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, đặc biệt là ứng dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản vào việc điều trị vô sinh, y học hiện nay có thể giải quyết được hầu hết các nguyên nhân vô sinh [12].

Điều đáng lưu ý là khả năng sinh sản sẽ giảm dần khi tuổi đời tăng cao, đặc biệt là tuổi vợ; cơ hội có thai càng giảm khi thời gian vô sinh càng dài [15]. Điều này đồng nghĩa với cơ hội có thai sẽ cao khi các trường

hợp vô sinh được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Trong nhiều nguyên nhân khác nhau dẫn đến vô sinh, một số trường hợp có thể dự phòng được nếu người dân có kiến thức và thái độ thực hành đúng đắn. Ngoài ra, sự hiểu biết đúng về khả năng sinh sản cũng giúp bệnh nhân hiếm muộn có sự hợp tác cao với thầy thuốc trong quá trình theo dõi và điều trị.

Hiện nay các số liệu thống kê chưa đầy đủ về trình độ hiểu biết và thái độ thực hành của người phụ nữ về sinh sản và vô sinh cũng như các biện pháp phòng ngừa để giúp cho các nhà nghiên cứu trong lĩnh vực dân số và sức khỏe sinh sản có cơ sở trong công tác quản lý, chỉ đạo và đề ra những nhiệm vụ, giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ, đặc biệt trong lĩnh vực điều trị vô sinh.

Đề tài “Khảo sát kiến thức, thái độ của phụ nữ về sinh sản và vô sinh” thực hiện tại tỉnh

Thừa Thiên Huế nhằm mục đích mô tả kiến thức, thái độ của phụ nữ về sinh sản và vô sinh giúp xác định các vấn đề còn tồn tại trong công tác tuyên truyền giáo dục đối với cộng đồng trong lĩnh vực này, tăng cơ hội tiếp cận chẩn đoán và điều trị kịp thời cho những cặp vợ chồng vô sinh, tăng khả năng thành công trong điều trị.

Thiết kế nghiên cứu

Đề tài được thực hiện trên 530 phụ nữ độ tuổi từ 18 – 49, đã lập gia đình, đang sinh sống tại 05 xã/phường đã được chọn của Tỉnh Thừa Thiên Huế, trong thời gian từ tháng 07/2011 đến tháng 03/2012. Các xã/phường thuộc 3 huyện thị đại diện cho 3 vùng địa lý-kinh tế-xã hội của Tỉnh Thừa Thiên Huế là huyện Phú Vang (xã Phú Mậu và Vinh Hà: 216 người), huyện Nam Đông (thị trấn Khe Tre: 111 người) và Thành phố Huế (phường An Hòa và phường An Cựu: 203 người).

Phương pháp điều tra theo mẫu đại diện,

sau đó tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích tìm hiểu kiến thức, thái độ của phụ nữ về sinh sản và vô sinh theo mẫu câu hỏi định sẵn.

Bộ câu hỏi bao gồm các thông tin chung về tuổi, nghề nghiệp và trình độ học vấn. Để khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi về sinh sản và vô sinh, đối tượng nghiên cứu cần trả lời các câu hỏi liên quan đến độ tuổi sinh sản của nữ giới, độ tuổi bắt đầu có kinh bình thường, khả năng sinh sản bình thường và đặc điểm kinh nguyệt, thời điểm có khả năng thụ thai cao nhất trong chu kỳ kinh, định nghĩa về vô sinh, tỷ lệ vô sinh hiện nay, nguyên nhân vô sinh do vợ hay chồng, khả năng vô sinh thứ phát, các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân gây vô sinh, mức độ tổn kém trong điều trị vô sinh, các phương pháp điều trị vô sinh và các tuyến có thể điều trị.

Số liệu được thu thập và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 19.0.

Kết quả nghiên cứu

Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi		
15-29	68	12,8
30-39	223	42,1
40-49	239	45,1
Nghề nghiệp		
Làm nông	133	25,1
Buôn bán	162	30,6
Cán bộ công chức	66	12,4
Khác	169	31,9
Trình độ học vấn		
Mù chữ	50	9,4
Phổ thông	435	82,1
Cao Đẳng, Đại học	45	8,5

*Kiến thức về sinh sản**Bảng 2. Kiến thức về sinh sản nữ giới*

Kiến thức	n	%
Độ tuổi sinh sản tốt nhất		
18-24	178	33,6
25-35	341	64,3
Độ tuổi nào cũng như nhau	11	2,1
Độ tuổi bắt đầu có kinh bình thường		
<12 tuổi	7	1,3
12 - 18	507	95,7
Bất kỳ tuổi nào	16	3,0
Thời điểm có khả năng thụ thai cao nhất		
Sau sạch kinh	136	25,7
Giữa chu kỳ	349	65,8
Cuối chu kỳ	30	5,7
Không rõ	15	2,8
Có kinh nguyệt tức khả năng sinh sản BT		
Đúng	364	68,7
Sai	74	14,0
Không rõ	92	17,4

*Kiến thức và thái độ về vô sinh**Bảng 3. Kiến thức về vô sinh*

Kiến thức	n	%
Gọi là vô sinh khi mong con		
1 năm	19	3,6
2 năm	58	10,9
Trên 3 năm	409	77,2
không rõ	44	8,3
Tỷ lệ vô sinh hiện nay		
1-5%	45	8,5
5-10%	39	7,4
10-15%	35	6,6
Không rõ	411	77,5
Nguyên nhân vô sinh thường do		
Do vợ	45	8,5
Do chồng	46	8,6
Do vợ/chồng như nhau	154	29,1
Do cả hai vợ chồng	285	53,8
Khả năng vô sinh khi vợ chồng đã có con		
Chắc chắn không mắc	145	27,4
Vẫn có thể vô sinh	292	55,1
Không rõ	93	17,6

Bảng 4. Kiến thức về nguy cơ và nguyên nhân vô sinh

Kiến thức	n	%
Các yếu tố nguy cơ gây vô sinh		
Viêm nhiễm sinh dục	207	39,1
Tiền sử nạo phá thai	325	61,4
Phẫu thuật vùng chậu	30	5,7
Nghiện thuốc lá	86	16,2
Nghiện rượu	106	20,0
Mắc quai bị có viêm tinh hoàn	262	49,4
Nguyên nhân gây vô sinh		
Do không rụng trứng	182	34,3
Do tắc vòi tử cung	180	34,0
Do bất thường tử cung	147	27,7
Do bất thường tinh trùng	343	64,7

Bảng 5. Thái độ khi có trường hợp cặp vợ chồng vô sinh

Thái độ	n	%
Để khám và điều trị vô sinh		
Chi cần người vợ đi khám	3	0,6
Vợ đi khám trước rồi tới chồng	76	14,3
Cả 2 vợ chồng	428	80,8
Không rõ	23	4,4
Để chữa vô sinh hiệu quả cần		
Đến chùa, nhà thờ cầu nguyện	22	4,2
Đến thầy lang theo tin đồn	14	2,6
Đến cơ sở y tế chuyên khoa	469	88,5
Không làm gì vì không chữa được	25	4,7
Cơ sở y tế có thể điều trị vô sinh		
Tuyến cao nhất (bệnh viện Trung ương)	246	46,4
Bệnh viện bất kỳ có đơn vị điều trị vô sinh	231	43,6
Bệnh viện bất kỳ	53	10,0
Chi phí cho điều trị vô sinh		
Rất tốn kém (cả trăm triệu)	99	18,7
Tốn kém (vài chục triệu)	179	33,8
Vừa phải (vài triệu)	10	1,9
Tốn kém tùy trường hợp	242	45,6
Các phương pháp điều trị vô sinh		
Phẫu thuật	17	3,2
Kích thích rụng trứng bằng thuốc	62	11,7
Bơm tinh trùng vào tử cung	75	14,2
Thụ tinh ống nghiệm	251	47,4
Không biết	297	56,0

Bàn luận

Chẩn đoán và điều trị vô sinh không chỉ mang tính khoa học mà còn liên quan nhiều đến các mặt xã hội. Cặp vợ chồng đi điều trị vô sinh thường không mang nỗi đau thể xác do bệnh tật như những trường hợp bệnh lý khác. Họ có thể là những người hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất chỉ duy nhất mong muốn có con chưa được thành hiện thực [6]. Nhiều rào cản tâm lý, kinh tế, xã hội và nhận thức có thể khiến họ trì hoãn việc điều trị. Vì nhiều lý do khác nhau, việc bỏ trị của các cặp vợ chồng vô sinh chiếm tỷ lệ lớn, trong đó có lý do là thiếu sự hợp tác chặt chẽ giữa thầy thuốc và bệnh nhân [1][7]. Người thầy thuốc tiếp cận cặp vợ chồng vô sinh không chỉ cần đảm bảo về mặt chuyên môn tốt mà phải cần có tiếp cận tâm lý và tư vấn giáo dục đầy đủ nhất.

Nghiên cứu này thực hiện đối với các phụ nữ trong độ tuổi sinh sản tại Tỉnh Thừa Thiên Huế nhằm mô tả kiến thức, thái độ của phụ nữ về sinh sản và vô sinh. Điều trở ngại ban đầu cho chúng tôi là không tìm được nghiên cứu tương tự trước đây tại Việt Nam để tham khảo, so sánh. Các câu hỏi kiến thức và thái độ về sinh sản và vô sinh được xây dựng dựa trên các thông tin xác định từ y văn cập nhật [4][9][10][12][15]. Bộ câu hỏi thiết kế đơn giản, có chọn lựa để người tham gia nghiên cứu dễ quyết định câu trả lời theo hiểu biết của mình. Đối tượng nghiên cứu tập trung ở độ tuổi sinh sản, với nhiều ngành nghề khác nhau và đa số có trình độ phổ thông (Bảng 1).

Khảo sát về kiến thức sinh sản, đến 64,3% cho rằng khả năng sinh sản của nữ giới tốt nhất ở độ tuổi 25-35. Đây có thể xem là độ tuổi hợp lý về mặt văn hóa và xã hội Việt Nam cho việc lập gia đình và sinh con. Tuy nhiên sinh lý học sinh sản người nữ, khả năng cao nhất quanh độ tuổi 20-22, từ 30 tuổi khả năng sinh sản giảm dần và giảm đi nhanh chóng sau 35 tuổi. Tỷ lệ có thai trung bình của một phụ nữ dưới 35 tuổi là $0,19 \pm$

$0,13$ cho mỗi tháng, còn đối với phụ nữ trên 35 tuổi tỷ lệ có thai chỉ còn $0,1 \pm 0,12$ cho mỗi tháng. Ngoài ra, tỷ lệ bất thường nhiễm sắc thể, khuyết tật bẩm sinh cũng cao hơn [15].

Đa số trường hợp có quan điểm đúng về độ tuổi có kinh bình thường từ 12-18 tuổi (95,7%) và thời điểm có khả năng thụ thai cao nhất vào giữa chu kỳ (65,8%). Tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ nhỏ chưa hiểu đúng về tầm quan trọng của hành kinh đúng độ tuổi (4,3%) cũng như ngày rụng trứng giữa chu kỳ (34,2%). Bình thường, hiện tượng phóng noãn xảy ra vào ngày thứ 14 của chu kỳ 28 ngày. Khi estrogen đạt tới một nồng độ cao trong thời gian tương đối dài (gần giữa chu kỳ) sẽ kích thích tuyến yên sản xuất và giải phóng LH tạo nên đỉnh LH, giúp nang noãn trưởng thành và gây ra hiện tượng phóng noãn [10]. Điều đáng lưu ý là có đến 68,7% cho rằng khi người phụ nữ có kinh nguyệt tức là khả năng sinh sản bình thường. Khi chu kỳ không phóng noãn, nội mạc tử cung vẫn có thể bong ra không theo chu kỳ. Người phụ nữ có kinh thưa hơn, vòng kinh thường trên 35 ngày và không thể có thai trong chu kỳ đó.

Khảo sát kiến thức và thái độ về vô sinh, đặc biệt đáng ghi nhận là quan điểm đúng về khái niệm vô sinh với thời gian mong con sau 1 năm chỉ có 3,6%. Hầu hết đối tượng nghiên cứu cho rằng thời gian mong con trên 3 năm mới được xem là vô sinh (77,2%). Thời gian hiếm muộn được xem như là một chỉ điểm tiên lượng đối với cặp vợ chồng vô sinh. Khi thời gian hiếm muộn trên 3 năm, cơ hội thành công trong điều trị chỉ còn 50% so với các cặp vợ chồng vô sinh dưới 3 năm [15]. Chính vì thế, việc tiếp cận sớm với chẩn đoán và điều trị vô sinh có thể tăng cơ hội cho các cặp vợ chồng.

Đa số trường hợp không biết được tỷ lệ vô sinh hiện nay tại Việt Nam (77,5%). Điều này chính là một hạn chế của công tác truyền thông giáo dục. Nếu người dân đều biết tỷ lệ vô sinh thực tế hiện nay đến 12-13%

thì việc tư vấn cho người thân đi khám và điều trị được dễ dàng hơn vì tình trạng của họ không phải là vấn đề cá biệt. Nguyên nhân vô sinh được cho là liên quan cả hai vợ chồng (53,8%), được xem là một quan điểm thuận lợi cho công tác điều trị vì thực tế tỷ lệ của vợ và chồng và tương đương trong nguyên nhân vô sinh.

Quan điểm một cặp vợ chồng đã từng có con vẫn có thể vô sinh được 55,1% đồng ý. Tuy nhiên đáng ghi nhận là vẫn có đến 27,4% cho rằng những trường hợp này không thể nào mắc vô sinh được. Điều này chính là một trở ngại lớn khiến những trường hợp vô sinh thứ phát chậm trễ điều trị vì vẫn tin là mình chắc chắn sẽ có thai tự nhiên.

Đánh giá kiến thức về nguy cơ và nguyên nhân gây vô sinh, thứ tự ưu tiên các yếu tố nguy cơ được đa số chọn lựa là tiền sử nạo phá thai (61,4%), mắc quai bị có viêm tinh hoàn (49,4%), viêm nhiễm sinh dục (39,1%). Các nguy cơ như nghiện rượu, thuốc lá và phẫu thuật vùng chậu không được đánh giá cao mặc dù theo y văn đây là các yếu tố nguy cơ trực tiếp[9][15]. Nguyên nhân bất thường tinh trùng được nhiều người biết đến (64,7%), tuy nhiên tác vôi tử cung chỉ được đề cập ở 34% và không rụng trứng 34,3% trường hợp.

Khảo sát thái độ thực hành khi có trường hợp vô sinh, đa số cho rằng cả hai vợ chồng cần đi khám (chiếm 80,8%) và cần đến cơ sở y tế chuyên khoa (88,5%). Mặc dù chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, nhưng rõ ràng vẫn còn một số người lựa chọn phương cách đi cầu nguyện (4,2%) hay tìm đến thầy lang theo tin đồn (2,6%) để mong muốn có con thành hiện thực. 25 trường hợp khác (chiếm 4,7%) cho rằng bị vô sinh không thể chữa được nên không cần đi khám. Đây là những vấn đề liên quan đến thiếu sót trong việc cung cấp thông tin một cách khoa học và chính xác đến người dân để họ có thể tiếp cận điều trị một cách hiệu quả khi có nhu cầu chữa vô sinh. Vai trò của ngành y tế, của truyền thông và đặc biệt là

những người làm công tác quản lý y tế tại địa phương cần được nâng cao.

Bên cạnh những hiểu biết về cách thức điều trị vô sinh, đa số các trường hợp được phỏng vấn đều cho rằng điều trị vô sinh tốn kém tùy theo trường hợp (chiếm 45,6%). Đây là một quan điểm đúng đắn vì nguyên nhân vô sinh khác nhau theo từng cặp vợ chồng và vì thế chi phí điều trị cũng rất khác nhau. Điều quan trọng là việc khảo sát ban đầu chỉ tốn kém rất ít nhưng có thể phát hiện và chẩn đoán được nguyên nhân trong phần lớn trường hợp vô sinh. Nhờ đó, người dân có thể được tư vấn cách thức tốt nhất để đạt được nguyện vọng có con. Tuy vậy, một tỷ lệ cao (52,2%) vẫn tin rằng điều trị vô sinh rất tốn kém, từ vài chục đến vài trăm triệu đồng. Điều này có thể là một yếu tố cản trở người dân có nhu cầu điều trị vô sinh tiếp cận cơ sở y tế.

Hiện nay, mặc dù nhu cầu điều trị vô sinh thực sự rất lớn nhưng các trung tâm điều trị vô sinh chưa đáp ứng được nhu cầu này. Việc triển khai kỹ thuật cao trong hỗ trợ sinh sản chủ yếu các trung tâm lớn ở hai đầu đất nước. Bởi thế, về việc lựa chọn cơ sở y tế có thể điều trị vô sinh, đa số cho rằng để có kết quả tốt nhất nên đến tuyến cao nhất như bệnh viện tuyến Trung ương ở Thành phố Hồ Chí Minh hoặc Hà Nội. Tuy nhiên, như trình bày ở phần trên, vô sinh có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau và vì thế, việc can thiệp cũng thay đổi tùy từng trường hợp. Nhiều trường hợp rối loạn mức độ nhẹ có thể được phát hiện, theo dõi và điều trị tại tuyến huyện, tuyến tỉnh với nhân lực đã qua đào tạo và trang thiết bị cơ bản, giúp điều trị ngay tại địa phương, tiết kiệm thời gian và chi phí điều trị mà vẫn đảm bảo hiệu quả. Công tác tư vấn tốt sẽ giúp người dân chủ động hơn trong lựa chọn dịch vụ, yên tâm điều trị và ổn định công việc. Điều này cũng thể hiện trong tỷ lệ 43,6% chọn lựa câu trả lời “đến bệnh viện bất kỳ có đơn vị điều trị vô sinh”, phản ánh phần nào quyết

định hợp lý của người dân.

Để kết luận qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy khả năng hiểu biết của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản ở Tỉnh Thừa Thiên Huế có tỷ lệ cao hiểu đúng về độ tuổi có kinh bình thường, thời điểm trong chu kỳ kinh nguyệt khả năng thụ thai cao nhất, nhưng tỷ lệ thấp biết được độ tuổi có khả năng sinh sản cao nhất từ 18-24 tuổi. Kiến thức về vô sinh đa số chưa biết được thời gian mong con 1 năm là hiếm muộn, không biết được tỷ lệ vô sinh hiện nay tại Việt Nam, chỉ một nửa trường hợp biết được vô sinh thứ phát. Tỷ lệ hiểu được các nguy cơ và nguyên nhân gây vô sinh chưa cao, cơ bản chỉ biết đến tiền sử nạo phá thai hay viêm nhiễm sinh dục, nguyên nhân vô sinh do bất thường tinh trùng được đề cập đến trong 2/3 trường

hợp và không quá 1/3 trường hợp biết được các nguyên nhân vô sinh nữ. Khảo sát thái độ khi có cặp vợ chồng vô sinh, việc tìm đến cơ sở y tế chiếm tỷ lệ khá cao, nhưng vẫn còn một số nhỏ tin vào tâm linh và thầy lang, nhiều trường hợp cho rằng việc điều trị vô sinh sẽ rất tốn kém và đa số không biết được các phương pháp điều trị thường dùng. Nghiên cứu này khẳng định một lần nữa những thiếu sót trong việc cung cấp thông tin về sinh sản và vô sinh cho phụ nữ trong độ tuổi sinh sản để người dân có nhiều cơ hội tiếp cận và lựa chọn đúng đắn dịch vụ y tế hiệu quả và kịp thời. Đây là cơ sở trong công tác quản lý, chỉ đạo và đề ra những nhiệm vụ, giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ, đặc biệt trong lĩnh vực sinh sản và vô sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aarts, JWM, van Empel, IWH, Boivin, J, Nelen, WL, Kremer, JAM, Verhaak CM. (2011). Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction* 26(5):1112-1118.
2. Akyuz A, Seven M, Devran A, Demiralp M. (2010). Infertility history: is it a risk factor for postpartum depression in Turkish women? *J Perinat Neonatal Nurs*;24:137-145.
3. Anne M. Jequier. (2000). *Male Infertility, A Guide For The Clinician*. Blackwell Science Ltd.
4. Berek, Jonathan S. (2007). *Berek & Novak's Gynecology*, Lippincott Williams & Wilkins.
5. Boivin J, Domar A, Shapiro D, Wischmann T, Fauser B, Verhaak C. (2012) Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Hum Reprod*;27(4):941-950.
6. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *Br Med J*;342:d223.
7. Boivin, J & Griffiths, E. (2011). A meta-analysis of prospective studies investigating pre-treatment anxiety and depression and their effect on the success of assisted conception. *British Medical Journal*; 342:223-31.
8. Boivin, J, Takefman, J, Braverman, A. (2011) Development and preliminary validation of the fertility quality of life (FertiQoL) tool. *Simultaneous publication in Human Reproduction*, 26(8), 2084-2091 and *Fertility and Sterility*, 96, 409-15.
9. Botros R. M. B. Rizk, Juan A. Garcia-velasco, Hassan N. Sallam, Antonis Makrigiannakis. (2008). *Infertility and Assisted Reproduction*. Cambridge University Press.
10. Cao Ngọc Thành, Lê Minh Tâm. (2011) *Nội tiết phụ khoa và y học sinh sản*. Nhà xuất bản Đại học Huế.
11. Daniluk J. (1997). *Helping patients cope*

- with infertility. *Clin Obstet Gynecol*; 40:661–672
12. Gardner K. David, Ariel Weissman, Colin M Howles, Zeev Shoham. (2009). *Textbook of Assisted Reproductive Technologies*, Informa Health Care 3rd Edition.
 13. Groh CJ, Wagner C. (2005). The art of communicating ART results: an analysis of infertile couples' experience. *J Reprod Infant Psychol*;23:333–346.
 14. McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Fisher J, Hammarberg K, Wynter K, Saunders D. (2011). Older first-time mothers and early postpartum depression: A prospective cohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*, 96, 1218–24.
 15. Speroff Leon, Fritz Marc A. (2005). *Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility*, 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.