

NHỮNG BIẾN ĐỔI GẦN ĐÂY VỀ TỶ SỐ GIỚI TÍNH KHI SINH ở Việt Nam



TỔNG QUAN CÁC BẢNG CHỨNG



Quỹ Dân số Liên Hiệp Quốc tại Việt Nam
Tầng 1, Khu nhà Liên Hiệp Quốc,
2E Vạn Phúc, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam
ĐT: +84 - 4 - 3823 6632
Fax: +84 - 4 - 3823 2822
Email: unfpa-fo@unfpa.org.vn
Website: [//vietnam.unfpa.org](http://vietnam.unfpa.org)

Thiết kế và In ấn tại công ty LUCK HOUSE GRAPHICS
In 2000 cuốn khổ 210x297 (mm)
Giấy phép xuất bản số: 25-112/LĐ ngày 04/8/2009

MỤC LỤC

DANH MỤC VIẾT TẮT	4
DANH MỤC CÁC BẢNG	5
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ	6
LỜI MỞ ĐẦU	7
TÓM TẮT	9

1. Kinh nghiệm của châu Á **11**

1.1 Gia tăng tỷ số giới tính khi sinh: mức độ và xu hướng	11
1.2 Các yếu tố ảnh hưởng và hệ lụy	11

2. Các nguồn số liệu nghiên cứu mất cân bằng giới tại Việt Nam **13**

2.1 Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 1999	13
2.2 Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe năm 2002	14
2.3 Điều tra biến động dân số hàng năm	16
2.4 Điều tra số sinh tại các cơ sở y tế năm 2007	17
2.5 Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (MICS)	18

3. Xu hướng của tỷ số giới tính khi sinh gần đây **19**

3.1 Tỷ số giới tính khi sinh hàng năm	19
3.2 Tỷ số giới tính khi sinh và lựa chọn giới tính trước sinh	21
3.3 Kết luận: Tỷ số giới tính khi sinh tăng nhanh nhưng diễn ra muộn	22

4. Tác động của thứ tự lần sinh và cơ cấu giới tính **25**

4.1 Tỷ số gia tăng số lần sinh và các lần sinh trước	25
4.2 Tỷ số giới tính khi sinh của "lần sinh cuối cùng"	26
4.3 Tỷ số giới tính khi sinh theo thứ tự sinh	29
4.4 Tỷ số giới tính khi sinh và những lần sinh trước	32

5. Sự khác biệt về tỷ số giới tính khi sinh **33**

5.1 Phân tích sự khác biệt về tỷ số giới tính khi sinh theo vùng địa lý	33
5.2 Biết trước giới tính thai nhi	37
5.3 Mối tương quan giữa dân số, xã hội và kinh tế với tỷ số giới tính khi sinh	38

6. Dự báo xu hướng tỷ số giới tính khi sinh **42**

6.1 Các giả thuyết dự báo cho giai đoạn 1999-2050	42
6.2 Tổng dân số	44
6.3 Hệ lụy đối với xã hội	45

7. Kết luận và kiến nghị **48**

7.1 Tỷ số giới tính khi sinh hiện tại và tương lai: xu hướng hiện tại và những lựa chọn chính sách	48
7.2 Kiến nghị	49

Tài liệu tham khảo **53**

DANH MỤC VIẾT TẮT

BPTT	Biện pháp tránh thai
DHS	Điều tra nhân khẩu học và sức khỏe
ISDS	Viện nghiên cứu phát triển xã hội
MICS	Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ
PPR	Tỷ số gia tăng số lần sinh
PKS	Biết giới tính thai nhi trước sinh
SRB	Tỷ số giới tính khi sinh
SKSS	Sức khỏe sinh sản
TCTK	Tổng cục Thống kê
TĐTDS	Tổng điều tra dân số và nhà ở
TFR	Tổng tỷ suất sinh
TSGT	Tỷ số giới tính
UNFPA	Quỹ Dân Số Liên Hiệp Quốc
UNICEF	Quỹ Nhi Đồng Liên Hiệp Quốc



DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1:

Khác biệt về giới tính trong tỷ lệ chết trẻ em (DHS 2002) 15

Bảng 2:

SRB theo thứ tự sinh (DHS 2002) 16

Bảng 3:

SRB ở Việt Nam, 1999-2007 (Điều tra biến động dân số hàng năm) 20

Bảng 4:

SRB, 1988-1997 theo thứ tự sinh ngược (Điều tra biến động dân số 2007) 28

Bảng 5:

SRB của lần sinh thứ ba theo số con trai đã sinh trước, 2000-2006
(Điều tra biến động dân số 2006) 32

Bảng 6:

Biết giới tính trước khi sinh và SRB liên quan với các chỉ số kinh tế và xã hội
(Điều tra biến động dân số 2006) 40

Bảng 7:

Các giả thuyết dự báo dân số, 1999-2050 42



DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1:

Các yếu tố ảnh hưởng tới sự lựa chọn giới tính trước sinh tại châu Á 12

Biểu đồ 2:

Tỷ số giới tính theo nhóm tuổi (Tổng điều tra biến động dân số 1999) 14

Biểu đồ 3:

SRB theo lịch sử sinh sản, điều tra biến động dân số năm 2006 và 2007, 1985 - 2007 21

Biểu đồ 4:

SRB theo lịch sử sinh sản điều tra biến động dân số năm 2006 và 2007, 2000 - 2007 22

Biểu đồ 5:

Tỷ số gia tăng số lần sinh theo thứ tự sinh và cấu trúc giới tính của gia đình (Điều tra biến động dân số 2006) 26

Biểu đồ 6:

Tỷ số giới tính của "lần sinh cuối cùng" và của nhóm dân số trẻ em theo năm sinh (Tổng điều tra biến động dân số 1999) 27

Biểu đồ 7:

SRB của "lần sinh cuối cùng" theo năm (Điều tra biến động dân số 2007) 28

Biểu đồ 8:

SRB theo thứ tự sinh (Điều tra biến động dân số 2007) 30

Biểu đồ 9:

SRB theo số lần sinh, lịch sử sinh sản và "lần sinh cuối cùng" (Điều tra biến động dân số 2007) 31

Biểu đồ 10:

Số trường hợp sinh được đăng ký và SRB tại các tỉnh (Điều tra số ca sinh trong năm 2006) 35

Biểu đồ 11:

SRB theo tỉnh khu vực phía Bắc và phía Nam (Điều tra số ca sinh trong năm 2006) 36

Biểu đồ 12:

Biết giới tính trước sinh và SRB theo nhóm tuổi (Điều tra biến động dân số 2006) 38

Biểu đồ 13:

Hai phương án dự báo biến đổi SRB tại Việt Nam đến năm 2050 43

Biểu đồ 14:

Dự báo tỷ số giới tính chung của dân số ở Việt Nam, 1999-2050 45

Biểu đồ 15:

Dự báo tỷ số giới tính ở dân số trưởng thành ở Việt Nam, 1999-2050 46



LỜI MỞ ĐẦU

Tỷ số giới tính là một chỉ số nhân khẩu học phản ánh cơ cấu giới tính của một quần thể dân số, trong đó tỷ số giới tính khi sinh (SRB) thường được các nhà nhân khẩu học quan tâm nhất. *SRB được xác định bằng số trẻ em trai được sinh ra trên một trăm trẻ em gái.* Tỷ số này thông thường là 104-106/100. Một điểm lưu ý là giá trị của tỷ số này rất ổn định qua thời gian và không gian, giữa các châu lục, quốc gia, khu vực và chủng tộc người. Bất kỳ một sự thay đổi đáng kể nào của tỷ số này chệch khỏi mức sinh học bình thường này đều phản ánh những can thiệp có chủ định, ở các mức độ khác nhau đến sự cân bằng tự nhiên này. Điều đó cũng có nghĩa là để đưa ra một ước lượng chính xác về SRB cần có một số lượng mẫu nghiên cứu đủ lớn và hơn hết là một phương pháp nghiên cứu phù hợp.

Những phân tích về SRB cho chúng ta hiểu rõ hơn các khía cạnh khác nhau của xã hội như truyền thống văn hóa, trình độ phát triển kinh tế, phúc lợi xã hội, thực thi pháp luật, dịch vụ y tế, đặc biệt là mức độ nhận thức và thực hành của người dân về bình đẳng giới.

Những nghiên cứu trong lĩnh vực này đã chỉ ra một xu hướng biến động dân số không mong muốn, bắt đầu diễn ra từ những năm 1980 của thế kỷ trước. Đó là tình trạng gia tăng liên tục SRB ở một số quốc gia châu Á, nơi có quy mô và mật độ dân số cao hơn hầu hết các nước trên thế giới. Cùng với quá trình giảm sinh, xu hướng này có nguy cơ ngày càng lan rộng ở châu Á, đe dọa đến sự ổn định dân số toàn cầu.

Những quan ngại về khả năng Việt Nam cũng sẽ đối mặt với nguy cơ gia tăng SRB đã được đề cập lần đầu tiên trong những năm đầu của thế kỷ 21, sau khi kết quả của cuộc Tổng điều tra dân số năm 1999 được công bố. Tuy nhiên, những tranh cãi xung quanh câu chuyện này dường như bị lãng quên cho đến năm 2006 khi

Tổng cục Thống kê (TCTK) với sự giúp đỡ về kỹ thuật của Quỹ Dân Số Liên Hợp Quốc (UNFPA) đã thu thập những số liệu quan trọng và công bố SRB của Việt Nam ở mức 110/100 theo kết quả cuộc Điều tra biến động dân số năm 2006 do cơ quan này tiến hành.

Từ đó đến nay, UNFPA trong khuôn khổ của Chương trình Quốc gia VII, đã hỗ trợ Chương trình Dân số và Sức khỏe sinh sản của Việt Nam triển khai nhiều nghiên cứu ở các quy mô khác nhau, nhằm giám sát biến động của tỷ số này trên phạm vi cả nước và các vùng. Những kết quả thu được ban đầu đã được các cơ quan hữu quan công bố và bước đầu tạo ra sự chú ý của công luận và các nhà lãnh đạo các cấp.

Bản báo cáo này, với tựa đề **"Những biến đổi gần đây về tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam: Tổng quan các bằng chứng"** sẽ cung cấp cho độc giả một bức tranh toàn cảnh về tình trạng mất cân bằng giới tính đang diễn ra ở Việt Nam. Tiến sỹ Christophe Z. Guilmoto - Tiến sỹ nhân khẩu học có nhiều kinh nghiệm trong nghiên cứu về SRB ở Trung Quốc, Ấn Độ và một số nước châu Á, đã hỗ trợ kỹ thuật cho UNFPA Việt Nam trong việc phân tích số liệu và chuẩn bị báo cáo này. Bản báo cáo đã đưa ra những kết luận cụ thể và các khuyến nghị có giá trị cho Việt Nam cho những năm tiếp theo.

UNFPA trân trọng cảm ơn Tiến sỹ Christophe Z. Guilmoto đã xây dựng báo cáo này. Chúng tôi cũng bày tỏ lời cảm ơn chân thành đối với TCTK đã cung cấp số liệu và có những đóng góp kỹ thuật có giá trị trong quá trình xây dựng báo cáo. Xin cảm ơn Viện Nghiên cứu Phát triển Xã hội đã chia sẻ những kinh nghiệm trong nghiên cứu về mất cân bằng SRB ở Việt Nam. Cảm ơn các chuyên gia trong nước và quốc tế, các cán bộ Văn phòng UNFPA tại Hà Nội đã làm việc cùng với tiến sỹ Christophe Z. Guilmoto và có những góp ý sâu sắc trong quá trình biên soạn và hoàn thiện báo cáo.



UNFPA trân trọng giới thiệu tài liệu quý báu này đến các nhà lãnh đạo, các nhà lập chính sách, các nhà quản lý, các nhà chuyên môn, các nhà nghiên cứu và những ai quan tâm đến lĩnh vực dân số và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam. Đây là nguồn tài liệu tham khảo đặc biệt quan trọng, khi mà Việt Nam đang chuẩn bị những văn bản pháp lý và xây dựng chiến lược và chính sách dân số cho thập kỷ tiếp theo.

Bruce Campbell

Trưởng Đại diện Quỹ Dân Số
Liên Hiệp Quốc tại Việt Nam



TÓM TẮT

Báo cáo tổng quan thực trạng tỷ số giới tính khi sinh (sau đây viết tắt là SRB) với mục tiêu:

- *Phân tích các số liệu hiện có nhằm mô tả sự thay đổi SRB ở Việt Nam.*
- *Xem xét mối liên quan giữa SRB và các yếu tố kinh tế - xã hội thông qua phương pháp bản đồ và thống kê.*
- *Dự báo dân số tương lai dựa trên các phương pháp nhân khẩu học.*

Báo cáo nghiên cứu các tài liệu hiện có về SRB, phân tích số liệu gốc của các cuộc điều tra dân số và số liệu thống kê, kết hợp trao đổi với chuyên gia các ngành khác nhau trong chuyến làm việc 8 ngày vào tháng 12 năm 2007 ở Việt Nam. Báo cáo cũng dựa trên các kết quả thu được từ chuyến đi thực địa tại tỉnh Thái Nguyên và Hội thảo về SRB do TCTK và UNFPA tổ chức vào tháng 12 năm 2007.

Các phân tích đã cung cấp bằng chứng về xu hướng mới có ảnh hưởng lớn tới những biến động dân số Việt Nam: sự gia tăng tỷ lệ trẻ em trai trong tổng số trẻ được sinh ra. Năm 2006, SRB là 110/100, cao hơn nhiều so với mức chuẩn sinh học bình thường là 105/100.

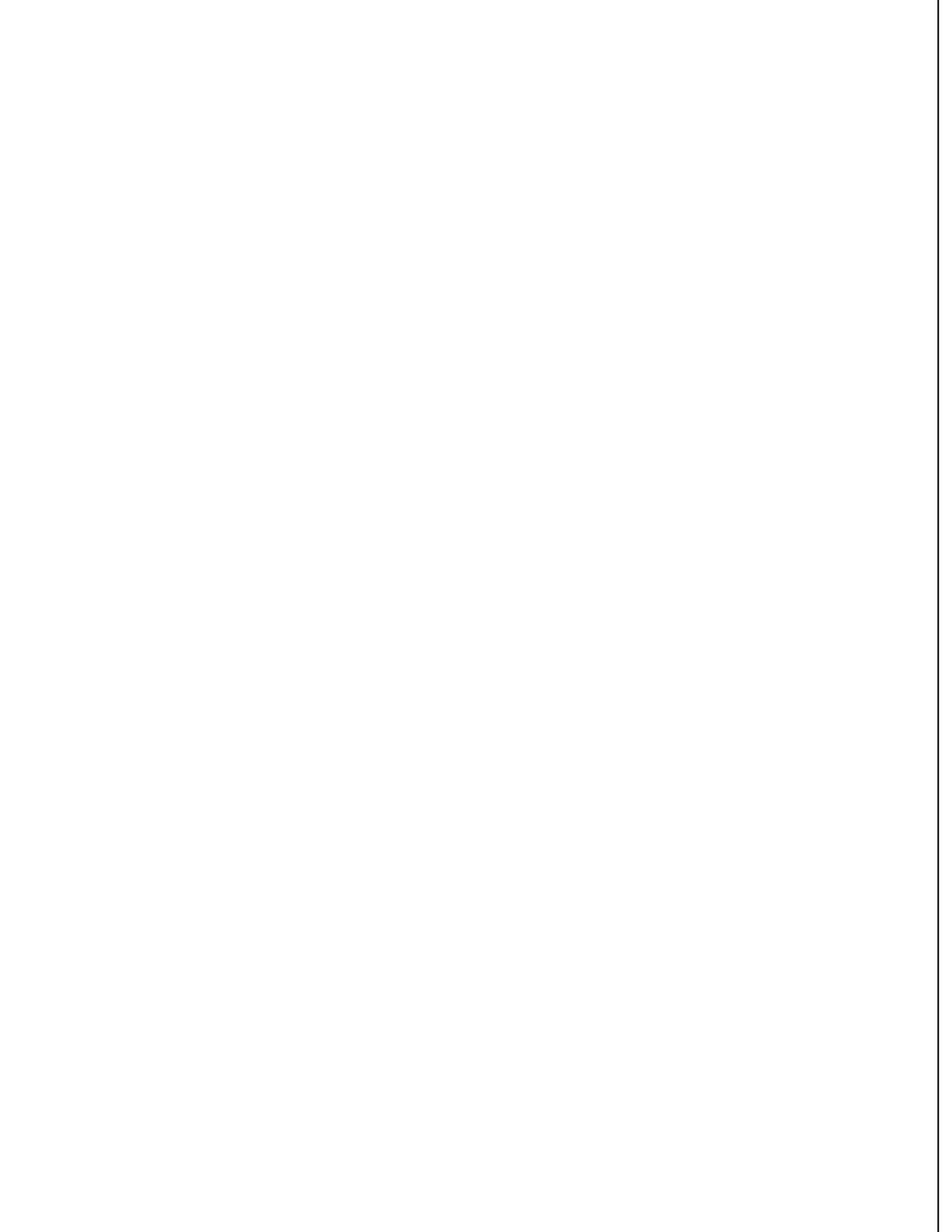
SRB của Việt Nam bắt đầu tăng từ đầu thập kỷ này và tăng ở mức một điểm/năm. Hiện tại tỷ số này của Việt Nam vẫn thấp hơn một số nước châu Á, *nhưng với tốc độ gia tăng như hiện nay, tỷ số này sẽ vượt ngưỡng 115/100 trong vài năm tới.* Các mô hình dự báo nhân khẩu học dựa vào hai phương án biến đổi SRB khác nhau cho thấy: **SRB**

dường như chưa ảnh hưởng nhiều đến phân bố giới tính và cấu trúc tuổi của dân số Việt Nam trước năm 2025. Sau thời điểm này, tình trạng dư thừa nam giới do mất cân bằng giới tính khi sinh là khó tránh khỏi và sẽ ảnh hưởng mạnh mẽ đến nhóm dân số trẻ trong độ tuổi kết hôn.

SRB thay đổi nhanh chóng có thể do sự chậm trễ triển khai các nghiên cứu về tình trạng mất cân bằng SRB, so sánh với các quốc gia láng giềng như Trung Quốc. Khả năng tiếp cận với kỹ thuật xác định giới tính trước sinh hiện nay cho phép các cặp vợ chồng điều chỉnh hành vi sinh sản nhằm thoả mãn nhu cầu có con trai làm chỗ dựa khi về già. Hai yếu tố chính ảnh hưởng đến sự lựa chọn này là: xu hướng giảm sinh và tâm lý ưa thích con trai. Chính điều này khiến phá thai chọn lọc giới tính trở thành một lựa chọn hợp lý, thoả mãn cả hai yếu tố trên. *Tuy nhiên, cũng cần nhấn mạnh rằng đa số các bậc cha mẹ vẫn giữ quan điểm không phân biệt giới tính thai nhi khi quyết định sinh con.*

Những phân tích sâu hơn đã đưa ra một bức tranh chi tiết về thực trạng lựa chọn giới tính trước sinh, xác định được vai trò của một số yếu tố xã hội liên quan tới sự gia tăng SRB như: nhóm phụ nữ có trình độ học vấn, thuộc tầng lớp kinh tế xã hội cao, cư trú tại các khu vực nông thôn giàu có, các khu đô thị của Hà Nội hoặc thành phố Hồ Chí Minh và các vùng lân cận, nơi có mức sinh thấp, và có khả năng tiếp cận với kỹ thuật xác định giới tính trước sinh.

Trong phần cuối, báo cáo tóm tắt các phát hiện chính và đề xuất các khuyến nghị chung nhằm nâng cao nhận thức về mất cân bằng SRB ở Việt Nam.



1. Kinh nghiệm của châu Á

1.1 Gia tăng tỷ số giới tính khi sinh: mức độ và xu hướng

Hiện tượng nam hóa trong dân số châu Á lần đầu tiên được biết đến thông qua sự gia tăng tỷ số giới tính trong các quần thể trẻ em. Là chỉ báo về sự mất cân bằng giới tính, tỷ số giới tính ở trẻ em là kết quả của sự phân biệt đối xử về giới trước và sau khi sinh. Khi không có sự phân biệt về giới, tỷ số giới tính ở trẻ em thấp hơn tỷ số giới tính khi sinh (SRB) chuẩn trung bình ở mức 105/100 do tỷ lệ tử vong ở trẻ em trai cao hơn trẻ em gái. Nhưng khi xem xét dân số châu Á một cách tổng thể, tỷ số giới tính ở trẻ em tăng lên trong nửa thế kỷ trở lại đây, từ 105/100 vào giữa những năm 1950 lên đến 108/100 vào năm 2005. Tỷ số giới tính ở trẻ em của năm 2005 rõ ràng cao hơn mức chuẩn được ghi nhận tại bất kỳ nơi nào trên thế giới (Guilmoto 2007b).

Số liệu chi tiết hơn cho thấy sự gia tăng của tỷ lệ trẻ em trai trong tổng số trẻ ở châu Á chủ yếu là do sự gia tăng tỷ số giới tính ở trẻ em tại khu vực Đông Á, trong khi đó tỷ số này tại khu vực Đông Nam Á và Tây Á lại hầu như bình thường. Xu hướng này ở khu vực Đông Á bị chi phối chủ yếu bởi Trung Quốc và mức độ ít hơn là Hàn Quốc. Trong khi đó khu vực Trung Nam Á bị ảnh hưởng nhiều bởi Ấn Độ.

Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong theo giới ở châu Á, tỷ số giới tính ở trẻ em hiện nay vẫn cao hơn giá trị chuẩn, và có sự gia tăng song hành với SRB. SRB được giả định nằm trong khoảng 104-106/100, tùy thuộc sự khác biệt sinh học ở các vùng khác nhau. Bắt đầu từ những năm 1980, Trung Quốc và một số nước châu Á khác đã ghi nhận sự gia tăng tỷ lệ trẻ em trai trong tổng số trẻ được sinh ra. Đến những năm 1990 tình trạng trở nên xấu đi một cách rõ rệt. Trong giai đoạn 2000-2005, SRB đã lên tới 114/100 tại

khu vực Đông Á do ảnh hưởng của Trung Quốc. Tại Trung - Nam Á, xu hướng này bị chi phối chủ yếu bởi Ấn Độ, ở mức 107/100. Trong gian đoạn 2000-2005, năm nước ở châu Á có tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh. Trầm trọng nhất gồm ba nước khu vực Capca-dơ: Azerbaijan, Armenia và Georgia. Trung Quốc và Hàn Quốc có SRB trên 110/100. Ấn Độ cũng rơi vào tình trạng tương tự, với tỷ số ước tính là 108/100 trong giai đoạn này, mặc dù tại một số bang như bang Punjab tỷ số này cao hơn rất nhiều. Theo ước tính của Liên hợp quốc (United Nations 2007), Việt Nam chưa nằm trong các nước châu Á có tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính trẻ em, nhưng hiện nay SRB đã có xu hướng tăng lên.

1.2 Các yếu tố ảnh hưởng và hệ lụy

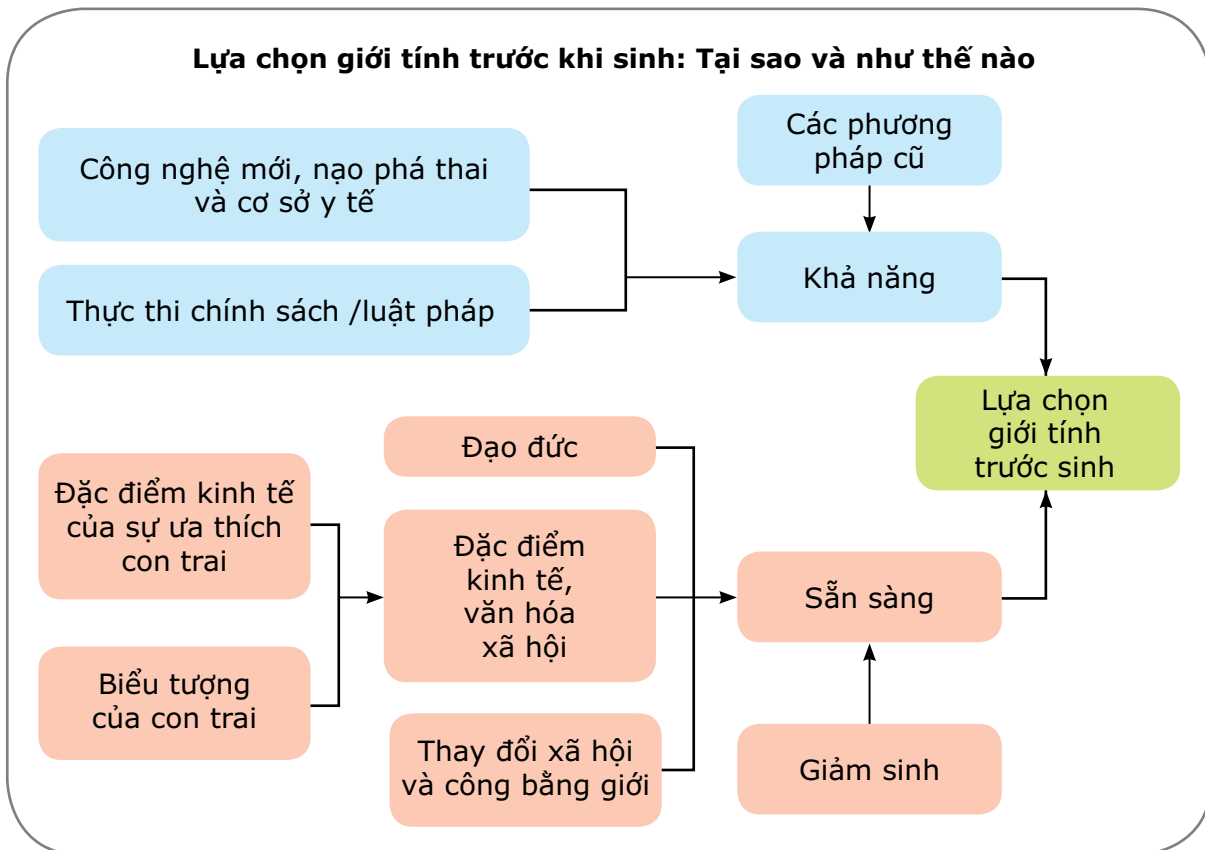
Nguồn gốc của sự gia tăng SRB liên quan đến hiện tượng phá thai chọn lọc giới tính, hiện đang phổ biến ở nhiều quốc gia châu Á. Ở các nước công nghiệp, cũng có những phương pháp khác làm thay đổi SRB (chẳng hạn: kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm) nhưng tình trạng phá thai gái cho đến nay vẫn là phổ biến nhất và là nguyên nhân chính gây ra sự mất cân bằng giới tính ở châu Á (Attané và Guilmoto 2007; Arnold et al. 2002; Guilmoto 2007a, 2007b; Kim 2004; Li 2007; Chu 2003). Khởi đầu của tình trạng này là sự xuất hiện của siêu âm và kỹ thuật chọc ối từ cuối những năm 1970, kỹ thuật này giúp cho các cặp vợ chồng biết trước giới tính của thai nhi. Siêu âm là kỹ thuật đầu tiên được sử dụng để xác định giới tính thai nhi và đã trở nên thông dụng: kỹ thuật này được sử dụng phổ biến ở các bệnh viện công và các cơ sở y tế tư nhân do giá thành lắp đặt và sử dụng của thiết bị này giảm đi nhanh chóng. Kết hợp với những đạo luật cho phép phá thai theo yêu cầu, các kỹ thuật xác định giới tính thai nhi đã cho phép các bậc cha mẹ tránh sinh ra những trẻ có giới tính không mong muốn, và ngay lập tức việc thay đổi hành vi này đã được phản ánh qua những con số thống kê về SRB.

Các yếu tố cung cấp dịch vụ như áp dụng một kỹ thuật mới, chỉ nói lên một phần của câu chuyện. Đằng sau tất cả là sự khao khát có con trai của các cặp vợ chồng vẫn còn tồn tại ở nhiều khu vực châu Á. Điều này thôi thúc họ sử dụng tất cả các biện pháp như: bỏ rơi trẻ sơ sinh, nhận con nuôi, thậm chí là giết trẻ sơ sinh gái, để chắc chắn có con trai (Croll, 2000).

Biểu đồ 1 (Guilmoto, 2007b) đã tổng kết một số yếu tố chính đã được xác định trong các phân tích trước đây về lựa chọn giới tính ở châu Á. Những lý lẽ cho rằng tâm lý ưa thích con trai dường như xuất phát từ những đặc trưng về văn hóa-xã hội và kinh tế của các nước châu Á. Nhìn chung, việc đầu tư cho con trai mang lại nhiều lợi ích hơn là đầu tư cho con gái, vì con trai thường trợ giúp cha mẹ, kể cả khi đã lập gia đình, là chỗ dựa của cha mẹ khi về già và thường được thừa kế tài sản.

Các giá trị truyền thống đã từ lâu coi trọng con trai hơn con gái trong hầu hết các gia đình thuộc hệ thống ngoại hôn. Các giá trị này được củng cố dưới tác động của quá trình phát triển kinh tế và giảm sinh, những thay đổi xã hội mà qua đó lợi ích kinh tế và chi phí nuôi dạy con cái trở thành mối quan tâm hàng đầu của các bậc cha mẹ.

Sự tồn tại các cơ sở siêu âm và phá thai, thậm chí là bất hợp pháp¹, tâm lý ưa thích con trai và mức sinh thấp đã dẫn tới có nhiều ca phá thai lựa chọn giới tính. Tuy nhiên, cũng chính ngay tại các quốc gia đang bị ảnh hưởng như Trung Quốc, Ấn Độ, vẫn có những nơi dường như không bị tác động bởi xu hướng nam hóa này. Tại các khu vực này, nữ giới thường được ưa thích hơn và không có con trai không được xem như là một thảm họa với gia đình.



Biểu đồ 1: Các yếu tố ảnh hưởng tới sự lựa chọn giới tính trước sinh tại châu Á

¹ Pháp lệnh Dân số 2003 và Luật bình đẳng giới đã được thông qua tháng 12 năm 2006 nghiêm cấm nạo phá thai với mục đích lựa chọn giới tính ở Việt Nam.

2. Các nguồn số liệu nghiên cứu mất cân bằng giới tại Việt Nam

Trong phần này, sẽ xem xét các nguồn số liệu hiện có để nghiên cứu sự biến động của SRB và mất cân bằng giới tính. Cần lưu ý rằng các nguồn số liệu liên quan đến hành vi chọn lọc giới tính rất hạn chế, chủ yếu do số liệu của hệ thống đăng ký khai sinh ở Việt Nam không đầy đủ. Điều này xuất phát từ thực tế do SRB là một chỉ báo thống kê có độ nhạy tương đối với cỡ mẫu và cần được tính toán trên số lượng lớn các ca sinh, ví dụ: cỡ mẫu có thể là 10.000 ca sinh hoặc lớn hơn. SRB thực tế là một tỷ số, chứ không phải là một tỷ lệ phần trăm, khoảng biến thiên của SRB khá lớn². *Một minh chứng đơn giản là khoảng tin cậy 5% của SRB ở mức 105/100 (mức sinh học bình thường) tính cho 10.000 ca sinh sẽ dao động từ 101 đến 109/100. Với cỡ mẫu bằng một nửa, 5.000 ca sinh, khoảng tin cậy sẽ dao động rộng hơn từ 99 đến 111/100. Với cỡ mẫu lớn hơn nhiều, 100.000 ca sinh, khoảng biến thiên sẽ hẹp từ 103,7 đến 106,3/100.* Thực tế, SRB tại các quốc gia lớn với hệ thống đăng ký khai sinh có chất lượng, sự biến động SRB hàng năm là rất nhỏ, một phần do các yếu tố ngẫu nhiên.

Một hạn chế nữa là việc thiếu số liệu thống kê tin cậy về phá thai ở Việt Nam. Lựa chọn giới tính trước sinh phụ thuộc vào phá thai lựa chọn giới tính, thiếu số liệu trong lĩnh vực này (số lượng, tuổi, thứ tự sinh của phụ nữ...) cũng là một khó khăn lớn cho việc tính toán SRB³.

² Khoảng tin cậy 5% cho tỷ lệ p các ca sinh con trai được tính trên số quan sát n là $\pm 1.96 \cdot \text{Sqrt}(p \cdot (1-p)/n)$, là giá trị gần với $1/\text{sqrt}(n)$.

³ Tuy nhiên, có những ước lượng cho biết tỷ lệ nạo phá thai cao ở Việt Nam. Theo một số nghiên cứu, 46% các ca thai nghén bị phá trong năm 2002. Số lần nạo phá thai trung bình của 1 phụ nữ đã có gia đình là 1,5 (là 1,7 ở vùng thành thị). Tuy nhiên, báo cáo này không có ý định kiểm chứng chất lượng của các ước lượng này hay sử dụng nhiều những kết quả này.

2.1 Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 1999

Tổng điều tra dân số (TĐTDS) năm 1999 là một công cụ hữu ích để xác định sự biến thiên của tỷ số giới tính ở trẻ em, đặc biệt là tại các quốc gia như Việt Nam là nơi có chất lượng số liệu theo độ tuổi khá tốt. Thứ nhất, TĐTDS 1999 cung cấp thông tin về toàn bộ dân số, dựa trên cỡ mẫu rất lớn. Thứ hai, số liệu được thu thập một cách có hệ thống và được tổng hợp ở cấp hành chính (như cấp tỉnh, khu vực) và cho các nhóm dân số khác (như nhóm dân tộc thiểu số). Sự biến đổi nhỏ về số liệu tại các địa phương cũng có thể xác định được thậm chí khi sự biến đổi này không quan sát được trên phạm vi lớn.

TĐTDS gần đây nhất được tiến hành vào năm 1999 đã cung cấp khối lượng thông tin lớn về điều kiện kinh tế và xã hội của cả nước và các vùng. Khi số liệu của TĐTDS năm 2009 chưa được công bố, thì TĐTDS năm 1999 vẫn là nguồn thông tin nhân khẩu học quan trọng nhất ở Việt Nam.

TĐTDS năm 1999 có hai nhóm thông tin liên quan trực tiếp đến nghiên cứu này. Thứ nhất, phân bố dân cư theo tuổi và giới tính cho phép kiểm tra tỷ số giới tính ở trẻ em như là sự phản ánh SRB trong những năm trước khi tiến hành cuộc điều tra. Thứ hai, câu hỏi về "lần sinh cuối cùng" của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Đây có thể là nguồn thông tin để phân tích những thay đổi của SRB.

Tuy nhiên, số liệu của TĐTDS cũng có một số hạn chế. Ngoài mất cân bằng giới tính khi sinh, số liệu về độ tuổi cũng phản ánh những khác biệt của tỷ lệ chết sơ sinh và trẻ em dưới 5 tuổi theo giới tính. Như vậy, không thể thiết lập được ảnh hưởng tương ứng của các yếu tố này. Một trở ngại khác liên quan đến sử dụng thông tin "lần sinh cuối cùng" làm chỉ báo về mất cân bằng giới tính khi sinh. Phân tích dưới đây sẽ chứng minh cho điều này, số liệu trong "lần sinh cuối cùng" thu thập được từ cha mẹ có

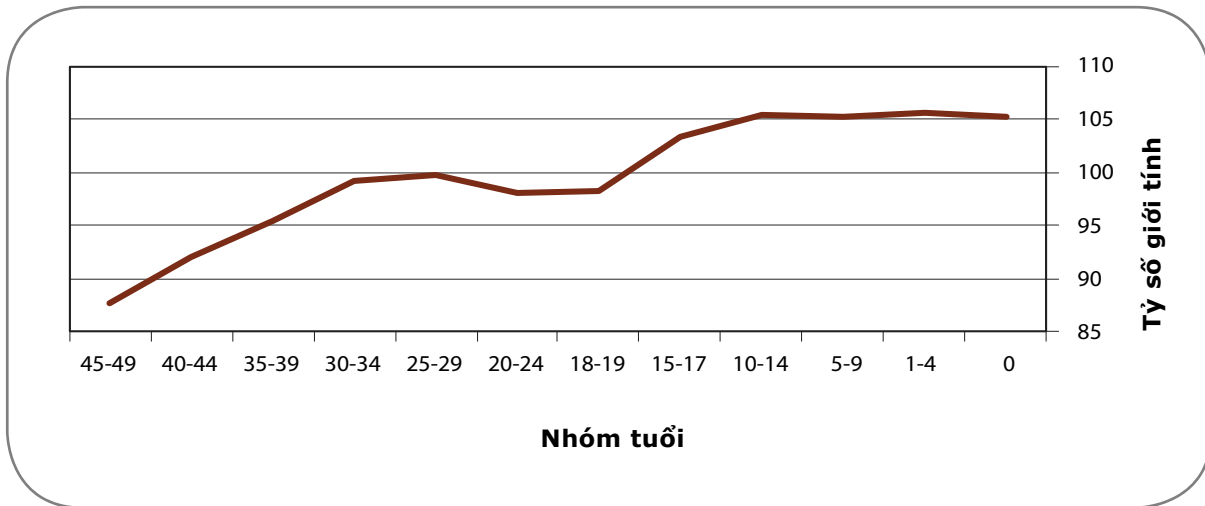
độ sai chệch rất lớn đối với các trường hợp sinh xảy ra vài năm trước TĐTDS. Một hạn chế nữa là TĐTDS được tiến hành 10 năm một lần đã hạn chế hoạt động giám sát về xu hướng biến động của tỷ số giới tính. Trong báo cáo này, TĐTDS 1999 phản ánh thực trạng trong những năm trước khi thực hiện cuộc điều tra. Trên thực tế, các phân tích chỉ ra rằng không có sự chủ động lựa chọn giới tính trước sinh trên phạm vi lớn trước năm 2000. Biểu đồ 2 trình bày tỷ số giới tính theo nhóm tuổi của toàn bộ dân số cho thấy: ở cấp độ quốc gia tỷ số giới tính khá ổn định trong khoảng 105-106/100 đối với nhóm dân cư dưới 15 tuổi⁴. Phân tích sâu hơn theo khu vực (biểu đồ 11) cho thấy không có bất kỳ sự mất cân bằng giới tính nào theo vùng địa lý.

Cuộc TĐTDS năm 2009 sẽ cung cấp thêm nhiều thông tin hơn nữa để so sánh khi mà SRB đang gia tăng nhanh. Điều tra này sẽ là công cụ chính để chứng minh cụ thể hơn quá trình tăng tỷ trọng nam giới hiện nay ở Việt Nam mà các nguồn thông tin sẵn có khác không cho phép làm được.

2.2 Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe năm 2002

Điều tra Nhân khẩu học và Sức khỏe (DHS) thường được sử dụng để khẳng định sự ưa thích con trai và hành vi phân biệt đối xử giữa con trai với con gái. Các điều tra này cũng có vai trò rất quan trọng trong việc cung cấp các ước lượng tin cậy về tỷ lệ chết ở trẻ em.

Điều tra DSH gần đây nhất của Việt Nam được tiến hành vào năm 2002 đã cung cấp một số thông tin có giá trị cho phân tích. Bảng 1 (trích từ bảng 7.3 trong báo cáo DHS) cho thấy sự khác biệt giữa tỷ lệ chết trẻ em trai và trẻ em gái là không nhiều. Trong thời kỳ thơ ấu, chết ở trẻ trai dự tính cao hơn trẻ gái và chết ở trẻ trai dưới 5 tuổi (34,2‰) cao hơn không đáng kể so với trẻ gái (31,4‰). Điểm bất thường duy nhất là tỷ lệ chết trẻ em dưới một tuổi (từ tháng thứ nhất đến tháng thứ 12) ở trẻ em gái cao hơn một chút so với trẻ em trai (7,8‰ so với 7,0‰). Khác biệt nhỏ này có thể bắt nguồn từ sai số ngẫu nhiên do cỡ mẫu nhỏ.



Biểu đồ 2: Tỷ số giới tính theo nhóm tuổi (Tổng điều tra dân số năm 1999)

⁴ Chú ý rằng sự chênh lệch tỷ số giới tính ở nhóm người cao tuổi (trên 40 tuổi) phần nào đó bị ảnh hưởng bởi nhập cư và hậu quả chiến tranh.

Một chỉ số hữu dụng khác của điều tra DHS là số con mong muốn của phụ nữ. Khi được hỏi về quy mô gia đình mong muốn, số liệu năm 2002 cho biết trên 60% phụ nữ được hỏi mong muốn gia đình hai con, và 38% muốn gia đình có nhiều hơn hai con. Kết quả này hàm ý rằng phụ nữ mong muốn có ít nhất một con trai và một con gái. Trong khi 30% phụ nữ muốn có hơn một con trai thì chỉ có 23% mong muốn có hơn một con gái⁵. Sự khác biệt này gần như không đáng kể. Phân tích tương tự được thực hiện để ước lượng tỷ lệ phụ nữ có ít nhất hai con muốn sinh thêm con thứ ba. Kết quả thu được cho thấy có sự khác biệt vừa phải giữa phụ nữ đã có một con trai với phụ nữ chưa có con trai: 2% phụ nữ đã có một con trai muốn có thêm con so với 15% của người chưa có con trai. Nhìn chung, điều tra DHS năm 2002 không chỉ ra được khác biệt cơ bản để giải thích cho tình trạng mất cân bằng giới tính.

Bảng 1: Khác biệt về giới tính trong tỷ lệ chết trẻ em (DHS 2002)

Tỷ lệ chết	Giới tính	
	Nam	Nữ
Sơ sinh	17,5	17,4
Trẻ từ 1 tháng - 1 năm	7,0	7,8
Trẻ < 1 tuổi	24,5	25,1
Trẻ từ 1 đến 4 tuổi	9,9	6,5
Trẻ < 5 tuổi	34,2	31,4

Sử dụng số liệu các cuộc điều tra DHS để phân tích tỷ số giới khi sinh có nhiều hạn chế chủ yếu do cỡ mẫu nhỏ. Điều này dẫn đến không chỉ giá trị SRB thu được không đáng tin cậy mà những khoảng biến thiên nhỏ (như trong trường hợp Việt Nam những năm trước 2002) không thể phát hiện được. Điều này đặc biệt đúng với điều tra năm 2002 của

Việt Nam với số lượng trẻ sinh ra được nghiên cứu là 13.586 (xem bảng C.3 của báo cáo chính). Có chưa đến 2.100 ca sinh trong vòng suốt 5 năm trước khi tiến hành điều tra. Cũng cần lưu ý tỷ số giới khi sinh của những lần sinh này là 105,5/100 và xấp xỉ với phân bố chuẩn.

Mặc dù gặp khó khăn do cỡ mẫu nhỏ, chúng ta vẫn tính được tỷ số giới khi sinh theo thứ tự sinh⁶. Quá trình tính toán được áp dụng cho tất cả các trường hợp sinh trong điều tra cũng như những trường hợp sinh gần đây hơn, từ sau 1995. Bảng 2 cho thấy SRB cho các lần sinh từ thứ ba trở lên là 113,5/100 và có xu hướng cao hơn giá trị bình thường. Điều này có nghĩa là phụ nữ có nhiều con trai hơn so với mong muốn ở các lần sinh sau và điều này có quan hệ với nỗ lực nhằm sinh được một đứa con trai. Tuy nhiên, do cỡ mẫu quá nhỏ để có thể kiểm định tính xác thực của kết quả: phân tích đã sử dụng phép kiểm định khi bình phương (χ^2) cho bảng phân tích 2 biến số (bảng 2x2) và mô hình xác suất lôgít về khả năng sinh con trai. Hai kiểm định này không cho thấy tương quan có ý nghĩa thống kê giữa số lần sinh và khả năng sinh con trai. Hơn thế nữa, ở các quốc gia có tình trạng mất cân bằng giới tính nghiêm trọng như Trung Quốc và Ấn Độ, tỷ số giới khi sinh của các lần sinh sau thường rất cao, trên mức 120/100.

Trong nghiên cứu này, số liệu DHS được sử dụng để tính toán khả năng sinh con trai của những phụ nữ chỉ có con gái. Thông thường, phụ nữ chưa sinh con trai có SRB là cao nhất. Để phân tích, mẫu các ca sinh sau năm 1995 và có thứ tự sinh lớn hơn một đã được sử dụng để so sánh nhóm phụ nữ chưa có con trai với nhóm phụ nữ còn lại. Kết quả cho thấy không xác định được sự vượt trội đáng kể nào về số ca sinh con trai của những người mẹ chưa có con trai. Tuy nhiên kết quả này có thể bị ảnh hưởng do cỡ mẫu nhỏ được sử dụng trong phân tích này (2004 ca sinh).

⁵ Giá trị được tính toán từ số liệu DHS.

⁶ Bảng được tính toán dựa trên số liệu DHS.

Bảng 2: SRB theo thứ tự sinh (DHS 2002)

Tỷ số giới tính khi sinh	Thứ tự sinh		
	1	2	3 hoặc hơn
SRB tính trên tất cả trẻ được sinh ra	106,2	104,7	107,5
Số trẻ sinh ra	5390	4273	2325
SRB tính trên số trẻ sinh sau năm 1995	109,9	105,7	113,5
Số trẻ sinh ra	1228	1088	475

2.3 Điều tra biến động dân số hàng năm

Do chưa đủ các chứng cứ khoa học từ các nguồn số liệu nói trên, ước lượng SRB gần đây chủ yếu dựa vào các cuộc điều tra biến động dân số hàng năm do TCTK thực hiện. Các điều tra này được tiến hành hàng năm, kể từ sau TĐTDS 1999⁷. Các cuộc điều tra này có cỡ mẫu 3% rút ra từ khung mẫu của TĐTDS. Thông tin thu thập liên quan đến dân số chung, hộ gia đình, và số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản 15-49. Điều tra biến động dân số là cơ sở đáng tin cậy để cập nhật các thông tin nhân khẩu học cho toàn quốc và nghiên cứu một số xu hướng nhân khẩu học quan trọng như: di cư trên phạm vi khu vực, tình hình hôn nhân, sinh đẻ, kế hoạch hóa gia đình và tử vong. Mẫu điều tra có quy mô khá lớn so với các điều tra khác (ví dụ như DHS). Trong điều tra biến động dân số năm 2007, trên 461.000 phụ nữ trong độ tuổi từ 15 đến 49 đã được phỏng vấn.

Ngoài việc mô tả thông tin nhân khẩu học - xã hội cơ bản, một số thông tin quan trọng về số sinh và xác định giới tính của thai nhi đã được bổ sung thêm vào điều tra biến động dân số năm 2006 và được sử dụng trong phân tích của báo cáo này. Các thông tin này bao gồm chăm sóc trước sinh, nơi sinh, biết về giới tính thai nhi trước khi sinh của bà mẹ.

Số liệu của điều tra biến động dân số hàng năm có một số hạn chế: thứ nhất, cỡ mẫu có thể không đủ lớn để tiến hành các ước lượng và là quá nhỏ đối với một số phân tích sâu về sự khác biệt SRB theo khu vực/vùng. Thứ hai, mẫu điều tra không được thiết kế lại hoặc cập nhật mới trong nhiều năm. Ở Việt Nam, di chuyển dân cư diễn ra mạnh mẽ và thường xuyên, không những dẫn tới sự thay đổi phân bố dân cư của các địa phương và các khu vực, mà còn thúc đẩy quá trình đô thị hóa nhanh/ hình thành các khu định cư mới tại các thị xã, thành phố, cũng như tại một số khu vực nông thôn. Do vậy, khung mẫu hiện tại không phản ánh đúng đặc trưng của dân số Việt Nam như ở năm 1999. Thứ ba, việc thu thập số liệu hàng năm theo thông lệ của các cán bộ địa phương trên cùng một địa bàn điều tra có thể làm ảnh hưởng đến chất lượng của số liệu và điều đó có thể dẫn đến sự thiếu nhất quán của số liệu thu thập trong điều tra.

Thứ tư, cuộc điều tra biến động dân số hàng năm không thể có đầy đủ thông tin bằng cuộc TĐTDS. Một vài biến số quan trọng bị thiếu và do vậy đã ảnh hưởng tới việc xác định các yếu tố chính liên quan đến mất cân bằng SRB. Cụ thể, các chỉ số kinh tế - xã hội cơ bản không được thu thập như: mức thu nhập hoặc tài sản của hộ gia đình. Một số biến số khác cũng không được thu thập nhưng lại rất cần trong phân tích của báo cáo này bao gồm dân tộc, ngôn ngữ, quy mô đô thị hoặc nghề nghiệp.

⁷ Ngày tiến hành điều tra là 1 tháng 4 hàng năm và ghi chép các sự kiện nhân khẩu học của trong 12 tháng trước thời điểm điều tra. Nghiên cứu được thực hiện trong năm n sẽ mô tả xu hướng nhân khẩu học của năm n-1.

2.4 Điều tra số sinh tại các cơ sở y tế năm 2007

Để bổ sung cho điều tra biến động dân số hàng năm, TCTK với sự hỗ trợ của UNFPA đã tiến hành một cuộc điều tra đặc biệt trong năm 2007 về số ca sinh tại cơ sở y tế công trên cả nước trong năm 2006⁸. Nghiên cứu này là nguồn thông tin tốt nhất để đánh giá SRB khi dựa trên số mẫu của gần 1,1 triệu ca sinh. Con số này xấp xỉ 76% tổng số ca sinh của năm 2007. Số ca sinh được thu thập từ sổ đẻ lưu tại các trạm y tế xã và các cơ sở y tế tuyến trên bao gồm bệnh viện huyện, tỉnh và trung ương. Năm 2006 SRB thô được tính cho tất cả các ca sinh là 109,4/100.

Tuy nhiên, tỷ số này cũng có thể bị sai lệch khi một số lượng lớn cơ sở y tế tuyến xã không được điều tra. Trên thực tế, chỉ có 3420 xã (trong tổng số hơn 9080 xã của năm 2006) được điều tra. Hơn nữa, SRB rất khác nhau theo phân cấp các cơ sở y tế, với cơ sở y tế lớn như bệnh viện thành phố thì SRB cao. Điều này có liên quan trực tiếp đến các yếu tố của người cung cấp dịch vụ (các cơ sở y tế này có khả năng cung cấp dịch vụ xác định giới tính) hoặc các yếu tố của người sử dụng dịch vụ (ảnh hưởng của giảm sinh hoặc tình trạng kinh tế gia đình). Do thiếu tính đại diện cho các cơ sở y tế nhỏ ở vùng nông thôn không được điều tra, ước lượng SRB có xu hướng tăng. Một kỹ thuật được áp dụng để khắc phục hạn chế này là sử dụng hệ số đầy đủ (hệ số hiệu chỉnh bao trùm) cho số ca sinh được ghi tại các xã⁹. Kết quả, năm 2006 tỷ số giới khi sinh sau điều chỉnh là 108,6/100 (UNFPA 2007).

Hệ số hiệu chỉnh ảnh hưởng đáng kể đến kết quả nghiên cứu. Tại một số tỉnh, khác biệt giữa SRB thô và sau khi điều

chỉnh là khá lớn. Lý do chính của sự khác biệt này liên quan đến việc áp dụng hệ số hiệu chỉnh - hệ số này chỉ đơn giản là tỷ số của số xã được điều tra so với tổng số tất cả các xã. Phương pháp này dựa trên giả định rằng: số ca sinh được phân bố đều trên tất cả các xã, và cụ thể là các xã không được điều tra cũng có số ca sinh tương đương các xã được điều tra¹⁰.

Một nguồn sai số nữa mà không thể hiệu chỉnh được, đó là số sinh bị ghi trùng lặp, nghĩa là một số ca sinh có thể được đăng ký đồng thời cả ở bệnh viện - nơi ca sinh diễn ra - và sổ đẻ của cơ sở y tế tại địa phương, nơi mà người mẹ đăng ký.

Kết quả phân tích chỉ ra rằng: hệ số hiệu chỉnh rất khác nhau giữa các tỉnh: hệ số này có thể thấp ở mức 1,2 ở một tỉnh của khu vực châu thổ sông Mekong, nơi chỉ có khoảng 20% số xã không được điều tra, nhưng lại tăng lên trên 5 tại một số tỉnh ở miền Bắc, nơi mà chưa đến 20% số xã được điều tra.

Ước lượng SRB đã hiệu chỉnh của các tỉnh thường xấp xỉ với SRB thô với khác biệt dưới 2 trên 100. Nhưng ở một số tỉnh khác biệt trước và sau khi hiệu chỉnh là khá lớn, ví dụ: ở Nghệ An tỷ số giới khi sinh thô là 113/100 và sau khi hiệu chỉnh là 107/100. Điều này có thể kết luận rằng mặc dù ước lượng này tốt hơn các nguồn số liệu khác xét trên phương diện quy mô mẫu số ca sinh của năm 2006, nhưng ước lượng này vẫn chưa phải là hoàn chỉnh. Vấn đề ở đây là khi phân tích các kết quả, (cần phải cân nhắc đến việc nhiều xã đã không được điều tra và điều đó đã dẫn đến sự khác nhau về SRB của tuyến tỉnh được ước lượng trước và sau hiệu chỉnh).

⁸ Điều tra được mô tả trong xuất bản của UNFPA 2007. Phân tích này sử dụng các thông tin chưa được công bố của UNFPA và TCTK.

⁹ Phương pháp này khá dài dòng nhưng chính xác có thể điều chỉnh cho cả xã được điều tra và xã không được điều tra theo quy mô dân số chứ không theo số xã

¹⁰ Một báo cáo gần đây của Plan International năm 2006 cho thấy đăng ký khai sinh trong nước tăng lên đáng kể từ năm 2001: từ 72% của năm 2000 đến 95% của năm 2005, kết quả này cao hơn so với công bố của MICS.

2.5 Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (MICS)

Hiện có nhiều nguồn thông tin khác nhau để nghiên cứu hành vi sinh sản và phân biệt đối xử trên cơ sở giới ở Việt Nam. Một trong những nguồn thông tin này là Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (MICS) do TCTK và Quỹ Nhi Đồng Liên Hiệp Quốc (UNICEF) tiến hành năm 2006 tại Việt Nam đã được công bố vào tháng 11 năm 2007.

Điều tra này cung cấp thông tin chi tiết về đăng ký khai sinh, theo đó 88% các ca sinh được đăng ký khai sinh trên phạm vi cả nước¹¹. Một điều rất thú vị là, không có sự khác biệt về đăng ký khai sinh theo giới tính của trẻ. Ở các vùng kém phát triển, tỷ lệ đăng ký khai sinh khá thấp ví dụ: Tây Bắc (75%) hoặc Tây Nguyên (78%). Tỷ lệ này chưa đến 75% đối với trẻ là con của các bà mẹ mù chữ, các dân tộc thiểu số và nhóm dân cư nghèo nhất. Trong khi con số trung bình (88%) là khá cao, thực tế chỉ có khoảng 75% trẻ được khai sinh trong năm đầu tiên. Khoảng 20% số trẻ được đăng ký một năm sau khi sinh, điều này cho thấy chưa có sự quan tâm đúng mức của các bậc cha mẹ, đồng thời các quy định hiện nay cũng cho phép đăng ký khai sinh muộn sau khi sinh. Lý do chính cho việc chậm trễ đăng ký khai sinh được giải thích là "không có thời gian đi đăng ký". Điều này cũng hàm ý rằng quy trình đăng ký khai sinh quá rườm rà, làm nản lòng các bậc cha mẹ. Một số lý do khác được đưa ra là "phải đi quá xa" hoặc "không biết trẻ phải đăng ký khai sinh" cũng cho thấy cần phải thông tin rộng rãi hơn và quản lý hành chính chặt chẽ hơn việc đăng ký khai sinh.

¹¹ Sai lệch về thứ tự sinh cho câu hỏi về "lần sinh cuối cùng" là khi các bà mẹ nhiều tuổi được hỏi, thì câu hỏi về "lần sinh cuối cùng" thường liên quan đến trẻ sinh cuối cùng mà thường là nam hơn là nữ. Cơ chế đăng sau sự lựa chọn theo xu hướng này sẽ được đề cập cụ thể hơn dưới đây.

Chất lượng đăng ký khai sinh được ghi nhận là không tốt tại các khu vực miền núi, nơi đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, đặc biệt là những người không biết tiếng Kinh là ngôn ngữ chính thống. Các trường hợp sinh vi phạm chính sách kế hoạch hóa gia đình của địa phương và trẻ sinh ngoài giá thú cũng có thể không được đăng ký đầy đủ. Phạt tiền cha mẹ có thể là nguyên nhân của việc đăng ký muộn hoặc không đăng ký khai sinh cho con.

Phân tích từ Điều tra MICS năm 2006 đã khẳng định kết quả thu được từ DHS hoặc điều tra biến động dân số hàng năm. Ví dụ, không có sự vượt trội nào về tỷ lệ tử vong trẻ em gái ở trẻ dưới một tuổi và trẻ em nói chung ở Việt Nam hiện nay. Một vài chỉ số khác của điều tra này cho thấy sự phân biệt giới nói chung là thấp tại Việt Nam. Ví dụ như tình trạng suy dinh dưỡng ít xảy ra hơn đối với các bé gái. Tỷ lệ trẻ em gái được tiêm chủng các loại vắc-xin cơ bản và có sổ khám sức khỏe cao hơn anh em trai của mình. Tương tự, kỷ luật trong gia đình – bao gồm cả trừng phạt thân thể – thường ít xảy ra hơn đối với các bé gái. Đối trẻ dưới 10 tuổi, tỷ lệ đi học tiểu học là 99% cho cả hai giới. Trên thực tế, số lượng học sinh nữ cao hơn một chút so với nam học sinh ở trung học cơ sở.

Chỉ có một khía cạnh duy nhất mà trẻ em gái thiệt thòi hơn trẻ em trai là lao động trẻ em dưới 15 tuổi, nhưng điều này chủ yếu bắt nguồn từ truyền thống con gái tham gia vào công việc nội trợ nhiều hơn. Trên 15 tuổi, rất nhiều trẻ em gái vị thành niên kết hôn sớm và bức tranh toàn cảnh trở nên ít tươi đẹp hơn với phụ nữ trẻ. Trong nhiều khía cạnh của phân biệt đối xử trên cơ sở giới thì mang thai sớm, thiếu cơ hội tiếp cận giáo dục cao hơn, phân đoạn thị trường lao động theo giới và cơ hội làm việc hạn chế, cũng như nguy cơ của bạo hành trong gia đình là các vấn đề mà phụ nữ phải đối mặt. Khi xem xét vai trò của phụ nữ trong đời sống xã hội như nắm giữ các vị trí lãnh đạo trong chính phủ, tỷ lệ nữ giới còn rất thấp.

3. Xu hướng của tỷ số giới tính khi sinh gần đây

Phân tích trên cho thấy nguồn thông tin để đánh giá SRB gần đây tương đối hạn chế. Do chỉ có số liệu của điều tra về số sinh tại cơ sở y tế được tiến hành năm 2007, nên nghiên cứu này sử dụng số liệu điều tra biến động dân số hàng năm trước năm 2006 để đánh giá SRB. Một nguồn thông tin hữu ích nữa là TĐTDS 1999, mặc dù số liệu này cũng hạn chế. Ước lượng sự dao động SRB hàng năm được tiến hành trên số sinh thu thập từ các cuộc điều tra biến động dân số được tiến hành từ năm 2000.

3.1 Tỷ số giới tính khi sinh hàng năm

Mỗi cuộc điều tra biến động dân số đều phỏng vấn số lần sinh của phụ nữ từ 15 đến 49 tuổi. Câu hỏi lần đầu tiên được sử dụng là về lần sinh cuối cùng của phụ nữ (về giới tính và ngày sinh). Những cuộc điều tra hàng năm gần đây nhất có thu thập thêm thông tin về các ca sinh trong khoảng thời gian ba năm trước khi tiến hành điều tra. Thông tin này cung cấp ước lượng đầu tiên của SRB trong suốt thời gian trước khi điều tra. Cũng có thể sử dụng kết quả của TĐTDS 1999 với cỡ mẫu 3% của toàn bộ dân số vì TĐTDS cung cấp thông tin về giới tính và ngày sinh của lần sinh cuối cùng của các phụ nữ trong độ tuổi 15-49. Trong báo cáo này, số liệu của 3 năm trước bao gồm cả năm điều tra sẽ được sử dụng để tính toán nhằm tránh sai số liên quan đến "lần sinh cuối" thường gặp cho những trẻ sinh ra đã lâu.

Bảng 3 trình bày ước lượng SRB từ các cuộc điều tra khác nhau, bắt đầu từ cuộc TĐTDS 1999. Thời kỳ 12 tháng trước thời điểm điều tra không trùng với năm trước điều tra do các cuộc điều tra được tiến hành vào tháng 4 hoặc tháng 7. Trừ điều tra các năm 2000 và 2007, kết quả của điều tra biến động dân số năm 2006 đã được xuất bản (TCTK, 2007). Trước

năm 2004, SRB biến động không theo xu hướng rõ ràng và dường như dao động ngẫu nhiên trong khoảng 106-109/100. Trong khi khoảng dao động này cao hơn giá trị kỳ vọng của SRB thông thường (105-106/100), sự khác này biệt không có ý nghĩa thống kê, vì cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ (khoảng 22.000 ca sinh mỗi năm) có thể gây ra những biến thiên ngẫu nhiên: khoảng tin cậy 5% của SRB trên thực tế là $\pm 2,9$ trên 100 ca sinh gái. Với cỡ mẫu nghiên cứu này, điều đó có nghĩa là các giá trị của SRB của các cuộc điều tra này có thể tương đương với mức SRB bình thường là 105-106/100.

Tuy nhiên, SRB được tính toán dựa vào số ca sinh trong thời gian 12 tháng trước khi điều tra dường như tăng lên dần từ năm 2004 và đạt ngưỡng 110/100 trong năm 2005 (theo điều tra năm 2006). SRB gần đây nhất của năm 2006 (theo điều tra năm 2007) là 110/100, cao hơn đáng kể so với mức chuẩn sinh học. Con số 110/100 của năm 2006 trên thực tế nằm trong khoảng giữa giá trị 108,6/100 – được ước lượng từ số ca sinh thu được của năm 2006 (đã mô tả ở trên) - và giá trị 111,4/100 được rút ra từ số liệu về lịch sử sinh sản thu thập từ các cuộc điều tra hàng năm (sẽ mô tả dưới đây).

Từ sau năm 2006 trở đi, các cuộc điều tra đã tách biệt số liệu về giới tính và ngày sinh cho 5 lần sinh cuối của phụ nữ trong độ tuổi 15-49. Trong số phụ nữ từ 40 tuổi trở lên, lần sinh cuối có thể đã diễn ra 20 năm trước cuộc điều tra. Trong một chừng mực nào đó, câu hỏi về 5 lần sinh cuối cùng là một biến số tổng hợp nhất để nghiên cứu lịch sử sinh sản cho khoảng thời gian dài trong quá khứ: do không có giới hạn thời gian (như là "lần sinh trong 3 năm trước") hoặc là sai số về thứ tự sinh (như đối với "lần sinh cuối cùng") như trong câu hỏi của các điều tra trước năm 2006¹². Tất nhiên, lịch sử

¹² Ngoài sai số do các bà mẹ nhiều tuổi, còn có sai số liên quan đến câu hỏi về 5 trẻ được sinh ra cuối cùng bao gồm 2 loại sinh: 1) trẻ sinh cuối cùng của các bà mẹ tuổi trên 50 tại thời điểm điều tra và 2) trẻ sinh ra đầu tiên của các bà mẹ có trên 5 con. Cả 2 loại sinh này có thể tác động nhưng ít bởi vì tương đối ít số sinh tiếp theo trong các loại sinh này trong 15 năm trước đây.

Bảng 3: SRB ở Việt Nam, 1999-2007
(Điều tra biến động dân số hàng năm)

Năm điều tra	Nguồn	Thời gian điều tra*	SRB
1999	Tổng điều tra dân số và nhà ở	1/4/1999	107,0
2000	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/7/2000	106,2**
2001	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/4/2001	109,0
2002	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/4/2002	107,0
2003	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/4/2003	104,0
2004	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/4/2004	108,0
2005	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/4/2005	106,0
2006	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/4/2006	110,0
2007	Điều tra biến động dân số hàng năm	1/4/2007	111,6**

* SRB được tính cho các trường hợp sinh trước thời điểm điều tra 1 năm.

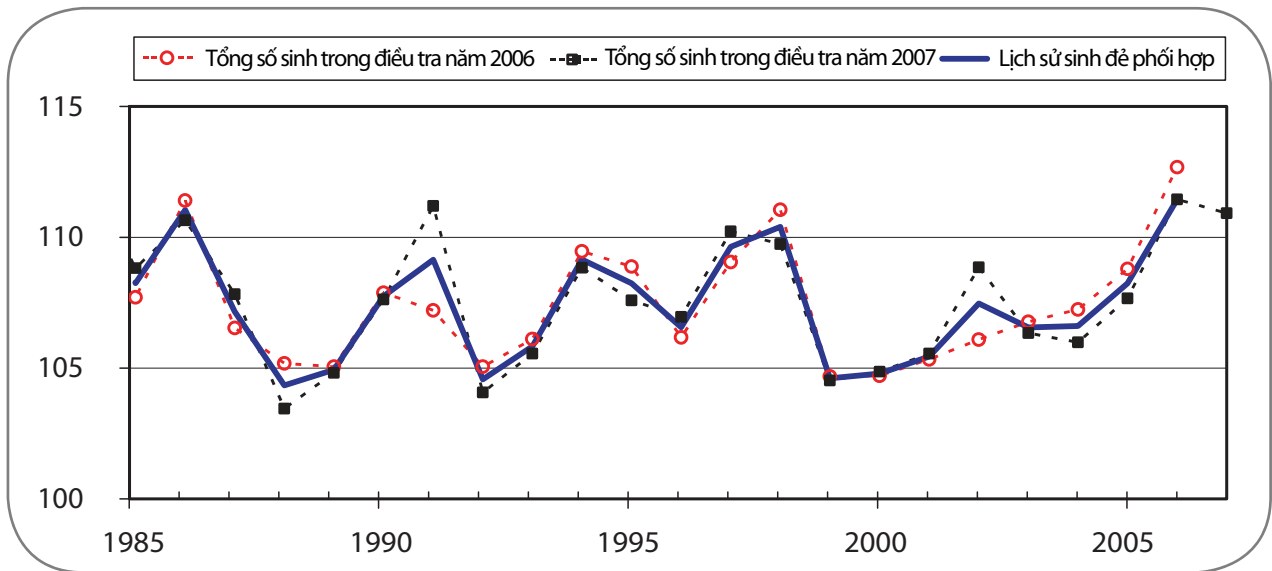
** Ước lượng của chuyên gia

sinh sản của bà mẹ được ghi lại trong quá trình điều tra có xu hướng trùng lặp với thông tin về "lần sinh cuối cùng". Tuy nhiên, thống kê về lịch sử sinh sản cung cấp các thông tin khác như ước lượng không chệch cho một thời gian dài trong quá khứ và cho phép thống kê theo thứ tự các lần sinh¹³.

Số liệu của hai cuộc điều tra dân số năm 2006 và 2007 đã được sử dụng để xây dựng lại lịch sử sinh sản của phụ nữ bắt đầu từ năm 1990. Biểu đồ đầu tiên (biểu đồ 3) chỉ ra rằng cả 2 nguồn số liệu này tương đối nhất quán và phù hợp với sự kỳ vọng khi tiến hành điều tra vì số liệu năm 2006 và 2007 được thu thập gần như trên cùng đối tượng. Tuy nhiên, sự khác biệt đôi khi có thể nhận ra được, ví dụ cho các năm 1991 và 2002. Do đó, nghiên cứu này đã ghép 2 chuỗi dữ liệu vào thành một chuỗi duy nhất bằng việc lấy trung bình SRB đến năm 2005 và sử dụng chuỗi này cho phân tích sâu.

Nhìn chung, bức tranh chi tiết về SRB giống như những kết quả thu được từ phân tích số liệu về "lần sinh cuối cùng" trong giai đoạn 1999-2006 (xem bảng 3). Tuy nhiên, các chuỗi lịch sử sinh sản cho thấy quá trình biến động của SRB trong 20 năm qua tương đối phức tạp: từ năm 1985 đến cuối những năm 1990, SRB dao động khá lớn trong khoảng 104-111/100. Sự dao động này xoay xung quanh giá trị trung bình của thời kỳ 1985-2000 là 107,4/100 và cao hơn không đáng kể so với mức chuẩn sinh học, phản ánh một phần nào đó mức độ mất cân bằng giới tính khi sinh là không đáng kể. Hơn nữa, khả năng các bà mẹ báo cáo thiếu số ca sinh gái (hoặc trẻ em gái) không hoàn toàn được loại trừ - điều này giải thích tại sao SRB cao hơn một chút trong quá khứ. Một điểm lưu ý của chuỗi số liệu đến năm 2000 và có thể vẫn còn là một câu hỏi, chính là các giá trị cực đại và cực tiểu của SRB như 104/100 hoặc 111/100, hoàn toàn nằm ngoài khoảng tin cậy của SRB trung bình (107,4/100). Rất tiếc là tại thời điểm hiện nay không có thông tin để phân tích các đặc điểm này của thời kỳ trước năm 2000.

¹³ Mặt hạn chế của phương pháp này liên quan đến các bà mẹ đã sinh 5 lần: trong trường hợp này, thứ tự sinh không được tính đến nhiều.



Biểu đồ 3: SRB theo lịch sử sinh sản, điều tra biến động dân số năm 2006 và 2007, 1985 - 2007

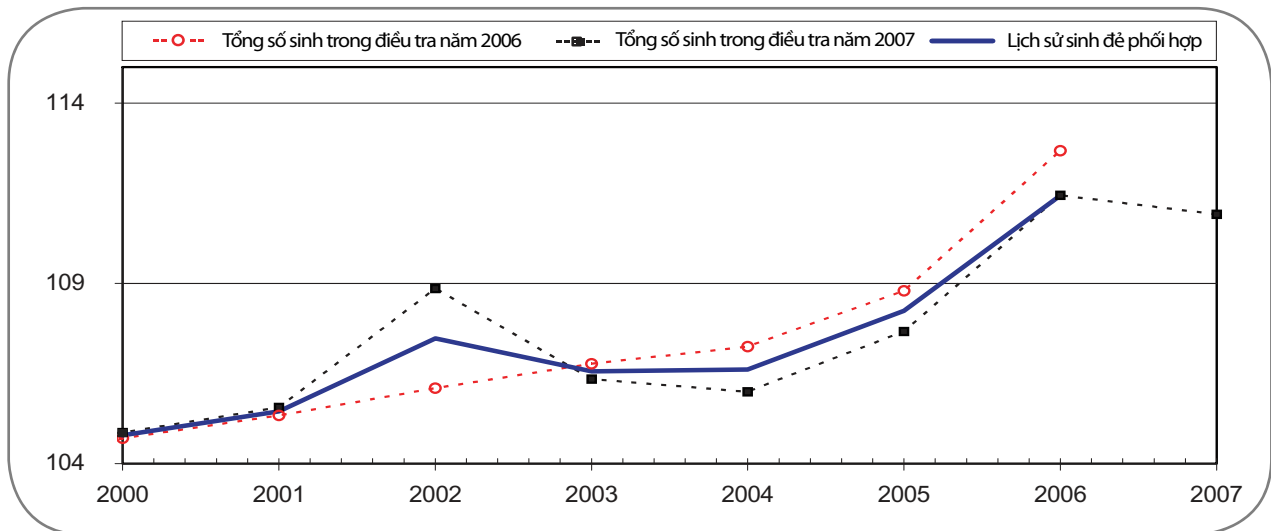
Từ năm 2000 trở đi, xu hướng gia tăng SRB dễ dàng nhận thấy từ các chuỗi số liệu hàng năm (biểu đồ 4). Tỷ số này bắt đầu ở mức dưới 105/100 và tăng lên khá đều đặn cho đến năm 2006, đạt mức 111/100. Trừ các năm 2003-2004¹⁴, SRB gia tăng liên tục hàng năm trong giai đoạn này. SRB từ năm 1999-2000 đến 2005-2006 đã tăng hơn 6 điểm và sự gia tăng này có ý nghĩa thống kê. SRB trung bình cho giai đoạn 1985-2000 so với năm 2006 cũng khác biệt rõ nét, tương ứng là 107,4/100 và 110/100.

¹⁴ Cần chú ý rằng trong giai đoạn từ 2003-2005 sự dao động này được tính từ cuộc điều tra biến động dân số năm 2007. Cuộc điều tra đầu tiên về lịch sử sinh sản được thực hiện năm 2006 chỉ ra sự đổi lập trong gia tăng SRB từ năm 1999-2007. Về tổng thể, số liệu điều tra năm 2006 cho thấy SRB tăng cao hơn cuộc điều tra biến động dân số năm 2007 và số trẻ sinh ra nhiều hơn mặc dù mẫu điều tra như nhau. Chuyên gia cho rằng cuộc điều tra năm 2006 có chất lượng tốt hơn cuộc điều tra năm 2007.

3.2 Tỷ số giới tính khi sinh và lựa chọn giới tính trước sinh

SRB nói lên điều gì về việc lựa chọn giới tính trước sinh? Không có nghiên cứu nào có thể đưa ra được ước lượng chính xác về tỷ lệ phụ nữ đã thực hiện phá thai chọn lọc giới tính bất hợp pháp. Tuy nhiên để có thể hỗ trợ kết quả của các cuộc điều tra, SRB có thể mô phỏng được nếu chúng ta thừa nhận SRB bình thường là 105/100 và sử dụng các mức xác suất khác nhau của lựa chọn giới tính trước sinh.

Đối với tình hình số liệu Việt Nam, mô phỏng lại cơ chế hình thành gia đình được thực hiện với việc sử dụng khái niệm "tỷ số gia tăng số lần sinh" (parity progression ratios-PPR), tương tự như những gì chúng ta quan sát trong các cuộc điều tra gần đây. Các trường hợp mang thai - có kết quả là đưa trẻ được sinh ra hoặc thai bị phá được giả định theo mô hình PPR và xác suất sinh con trai hay con gái. Đặc điểm kỹ thuật lưu ý ở đây là PPR cho lần sinh thứ ba và các lần sinh sau đó được giả định là *cao gấp hai lần* ở các bà mẹ không có con trai (xác suất là 60%) so với các bà mẹ khác (xác suất là 30%). Mức sinh lý thuyết là 2,1 con cho mỗi phụ nữ từ mô hình này tương đương với



Biểu đồ 4: SRB theo lịch sử sinh sản điều tra biên động dân số năm 2006 và 2007, 2000 - 2007

tổng tỷ suất sinh (TFR) của năm 2006 là 2,09, điều này có nghĩa là mô hình được áp dụng, trong một chừng mực nào đó phản ánh khá sát thực mức sinh hiện hành của Việt Nam.

Đồng thời giả sử SRB bình thường là 105/100 cho các bà mẹ đã có một con trai. Nói cách khác, giả định rằng không có việc lựa chọn giới tính ở nhóm các bà mẹ này. Với các phụ nữ khác (bao gồm cả phụ nữ chưa có con) giả sử xác suất phá thai gái là khoảng từ 0% đến 25% để đánh giá tác động chung tới SRB. Sau một vài tính toán thử nghiệm, SRB trung bình là 111/100 quan sát được tại thời điểm hiện tại là hoàn toàn chính xác so với mô hình xác suất phá thai gái là 8%. Theo cách hiểu như vậy, nếu 8% tất cả các phụ nữ chưa có con trai thực hiện phá thai với mục đích chọn lựa giới tính thì SRB chung cho dân số sẽ tương tự với những gì quan sát được hiện nay tại Việt Nam.

Giá trị này có thể được xem là ước lượng sơ bộ của tần suất lựa chọn giới trước sinh ở các bà mẹ chưa có con trai (cho bất kỳ thứ tự sinh nào). Nói cách khác, mô phỏng này hàm ý là 92% phụ nữ chưa có con trai, đang mang thai gái đã không sử dụng biện pháp lựa chọn giới tính. Trên thực tế, phần lớn phụ nữ trong nhóm này hoặc không biết giới tính của thai nhi hoặc không muốn phá thai.

3.3 Kết luận: Tỷ số giới tính khi sinh tăng nhanh nhưng diễn ra muộn

Số liệu gần đây nhất từ cuộc điều tra biến động dân số tiến hành vào năm 2007 cho thấy SRB năm 2006 cao hơn nhiều so với SRB thông thường được ghi nhận tại nhiều nơi khác trên thế giới¹⁵. Giá trị này cũng cao hơn đáng kể so với những thay đổi bất thường trong giai đoạn trước 2000 tại Việt Nam. SRB của Việt Nam hiện tại vẫn thấp hơn Trung Quốc và một số bang của Ấn Độ như là Punjab, Gujarat hoặc Haryana, nhưng có thể khẳng định chắc chắn rằng có hiện tượng lựa chọn giới tính trước sinh ở các bậc cha mẹ.

Từ năm 1999, SRB bắt đầu tăng cho đến nay với mức tăng trung bình hàng năm là một điểm/năm. Một điều hết sức ngạc nhiên là mức tăng này không diễn ra vào cuối thập niên 90 của thế kỷ 20 khi kết quả của TĐTDS năm 1999 đã gợi ý rằng SRB có thể tăng lên tại Việt Nam (Bélanger và cộng sự. 2003). Trên thực tế, nghiên cứu định tính về sự ưa thích con trai của Bélanger (2006) tại tỉnh

¹⁵ SRB trong 3 tháng đầu năm 2007 là 110,9 nhưng không được sử dụng trong nghiên cứu này vì số trẻ sinh ra ít <6.000.

Hà Tây năm 2006 đã không khẳng định sự xuất hiện số lượng lớn các ca phá thai lựa chọn giới tính trong giai đoạn 2000-2002, nhưng một nghiên cứu khác tiến hành năm 2007 đã đưa ra kết luận ngược lại (ISDS, 2007). Sự gia tăng của SRB diễn ra tại Việt Nam muộn hơn các nước châu Á khác nhưng có thể sẽ tiến triển nhanh hơn.

SRB gia tăng nhanh chóng ở Trung Quốc và Hàn Quốc vào giai đoạn 1979 – 2000 và 1980 – 1993, nhưng sự gia tăng của SRB trong giai đoạn này vẫn thấp hơn Việt Nam, chỉ vào khoảng 0,65 điểm/năm. So với Việt Nam, Trung Quốc không chỉ là quốc gia lớn hơn mà còn đa dạng hơn về xã hội, dân tộc, địa lý và điều này có thể lý giải cho SRB tăng chậm ở quốc gia này. Nhưng Hàn Quốc thì ngược lại, là quốc gia nhỏ hơn cả về diện tích và dân số, xã hội đồng nhất hơn và mật độ dân số đông đúc hơn, có trình độ phát triển ở giai đoạn những năm 1980 không kém hơn Việt Nam hiện nay. Tất cả các đặc điểm xã hội và địa lý đều chỉ ra rằng mức độ gia tăng của tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ở Hàn Quốc nhẽ ra phải nhanh hơn so với Việt Nam hiện nay. Điều này cho thấy sự thay đổi nhanh chóng SRB của Việt Nam hiện nay có vẻ không bình thường, thậm chí khi đặt trong mối liên quan với môi trường châu Á.

Lý do giải thích SRB tăng nhanh như trên không thể bắt nguồn chính từ các yếu tố nhu cầu bởi vì thái độ và suy nghĩ của con người vốn được xem là không dễ dàng thay đổi nhanh đến như vậy. Điều này hoàn toàn đúng khi nói về sự ưa thích con trai, một thái độ dựa trên nếp suy nghĩ đã hằn sâu trong mỗi gia đình và hệ giới (Bélanger 2002 và 2006; Haughton và Haughton 1995). Một yếu tố duy nhất có thể đã đóng vai trò thúc đẩy SRB gia tăng nhanh là chính sách dân số và quá trình giảm sinh, nhưng một lần nữa ở đây, có thể không thấy

một sự thay đổi đáng kể nào trong suốt giai đoạn nghiên cứu ở Việt Nam để hỗ trợ cho giả thuyết này.

Yếu tố cung cấp dịch vụ gần như là lý do chính dẫn đến sự thay đổi nhanh chóng này của SRB. Ở Việt Nam, phá thai nói chung là khá dễ dàng, được phục vụ theo nhu cầu từ những năm 1960 và trên thực tế việc này diễn ra khá thường xuyên căn cứ vào ước tính mức độ phá thai đã trình bày ở phần trên. Nhưng cũng không có lý do để tin rằng cung cấp dịch vụ phá thai đã có bất kỳ một sự thay đổi nào cụ thể trong vòng 10 năm qua. *Điều này gợi ý rằng yếu tố chính đằng sau những thay đổi trong cung cấp dịch vụ thực sự liên quan đến các cơ sở y tế có khả năng xác định giới tính thai nhi.*

Thực tế, khi tìm hiểu nguyên nhân tại sao SRB gia tăng diễn ra muộn tại Việt Nam, trong khi xu hướng này đã được ghi nhận tại các quốc gia châu Á khác. Chuyên gia đã nhận được cùng một câu trả lời là: thiếu cơ sở y tế phù hợp, ví dụ cơ sở y tế tư nhân và nhất là thiếu thiết bị phù hợp như máy siêu âm. Kỹ thuật siêu âm xuất hiện từ giữa những năm 1990 tại các bệnh viện lớn trong nước và sau đó có mặt tại các cơ sở y tế tư nhân (Bélanger và cộng sự. 2003). Các thiết bị siêu âm thời kỳ đầu có chất lượng kém. Báo cáo gần đây về tình trạng y tế Việt Nam năm 2006 đã nhấn mạnh sự phát triển về chất lượng và số lượng của trang thiết bị y tế tại Việt Nam trong vòng 10 năm gần đây. Không chỉ việc nhập các thiết bị (bao gồm máy đã qua sử dụng và máy đã tân trang lại) từ nhiều nước trở nên dễ dàng hơn trong những năm gần đây, mà tỷ số chất lượng /giá cả cũng được cải thiện với loại máy siêu âm sách tay, máy siêu âm hình ảnh 3 chiều và chi phí siêu âm giảm. Thực tế, đã có các công ty liên doanh tại Việt Nam sản xuất được thiết bị chẩn đoán hình ảnh như máy chụp X quang, máy siêu âm.

Nghiên cứu gần đây của Gammeltoft và cộng sự (2007) đã cảnh báo về tình trạng “lạm dụng siêu âm sản khoa” tại các khu vực đô thị Việt Nam hiện nay. Cụ thể, nghiên cứu này cho biết rằng việc xác định sớm giới tính và khẳng định lại giới tính thai nhi bằng siêu âm là một mục tiêu chính của những lần khám thai. Trong khi có thể đồng ý với luận điểm của các nhà nghiên cứu này cho rằng “việc lạm dụng siêu âm sản khoa” chủ yếu chỉ là bức tranh minh họa về tình trạng thương mại hoá hiện nay của hoạt động chăm sóc sức khỏe trước sinh, thì vẫn còn có các lý do để tin rằng nghiên cứu này đã không đánh giá đúng vai trò của việc xác định giới tính trong sử dụng dịch vụ siêu âm.

Số liệu về quy trình xác định giới tính rất hiếm. Nhưng số liệu về tỷ lệ người mẹ biết về giới tính của con trước khi sinh, thu thập được từ các cuộc điều tra biến động dân số năm 2006 và 2007, tăng lên một cách đều đặn qua các thời kỳ nghiên cứu, từ 60% năm 2003 (điều tra năm 2003) lên 73% năm 2007 (điều tra năm 2007). Có thể là quá sớm để kết luận các yếu tố chính dẫn đến sự gia tăng nhanh chóng của SRB, nhưng vẫn có những lý do để liên hệ xu hướng tăng của SRB với việc gia tăng khả năng tiếp cận kỹ thuật xác định giới tính thông qua sự bùng nổ của y tế tư nhân ở các khu vực đô thị và bán đô thị¹⁶. Nhu cầu mong muốn có con trai, trong khung cảnh của xu hướng giảm sinh, cuối cùng đã có thể được đáp ứng nhờ các giải pháp kỹ thuật hiện đại, cho phép các bậc cha mẹ lựa chọn thai nhi theo giới tính mà họ mong muốn.



¹⁶ Cơ sở y tế tư nhân không phải đều được trang bị tốt hơn trạm y tế xã ở các vùng nông thôn. Xem Tuấn và cộng sự, 2005.

4. Tác động của thứ tự lần sinh và cơ cấu giới tính

Khi có phương pháp lựa chọn giới trước khi sinh có chất lượng thì SRB luôn luôn có sự biến đổi rất lớn theo sự kết hợp giữa thứ tự sinh và giới tính. Tại rất nhiều khu vực của Trung Quốc và Ấn Độ, đối với lần sinh đầu tiên thì tỷ lệ giữa bé trai và bé gái khá cân bằng, trong khi đó SRB ở các lần sinh sau thường bị mất cân bằng. Điều này bắt nguồn từ mong muốn của cha mẹ muốn điều chỉnh cơ cấu giới tính của gia đình, cụ thể hơn họ muốn một đứa con trai nhưng họ chỉ có con gái nên họ cố gắng can thiệp vào giới tính của đứa trẻ tiếp theo (Li, 2007).

Tuy nhiên, sự tác động qua lại giữa SRB và giới tính của các thành viên trong gia đình có xu hướng phức tạp hơn và rất khác nhau tùy theo công cụ kiểm soát sinh sản được các cặp vợ chồng sử dụng. Có thể xác định được ba tình huống khác nhau. Tình huống thứ nhất là theo bối cảnh truyền thống thì việc sinh đẻ và SRB nằm ngoài sự kiểm soát của các cá nhân do thiếu các biện pháp tránh thai (BPTT) và lựa chọn giới tính. Kết quả là SRB vẫn nằm ở tỷ số bình thường. Tuy nhiên, cha mẹ có thể bỏ rơi hoặc giết con mình nếu giới tính đứa trẻ không như họ mong muốn. Gần đây, BPTT cho phép phụ nữ tránh mang thai ngoài ý muốn khi họ đã có đủ số con và giới tính như họ mong muốn. Tình huống thứ hai, phụ nữ có thể quyết định có hay không có thêm con, nhưng họ không có cách nào tác động đến giới tính của con. Cuối cùng, tình huống thứ ba là ở các nơi có thể tiếp cận kỹ thuật lựa chọn giới tính và phụ nữ có thai có thể phá những thai nhi có giới tính không như mong muốn.

Dựa trên cơ sở dữ liệu hiện có của Việt Nam, có thể thấy rằng từ năm 1980 cho đến nay Việt Nam đều nằm trong tình huống thứ hai. *Tuy nhiên, sự gia tăng gần đây nhất của SRB cho thấy nhiều cặp vợ chồng đã sử dụng kỹ thuật mới để chủ động chọn lựa giới tính của con cái họ.*

4.1 Tỷ số gia tăng số lần sinh và các lần sinh trước

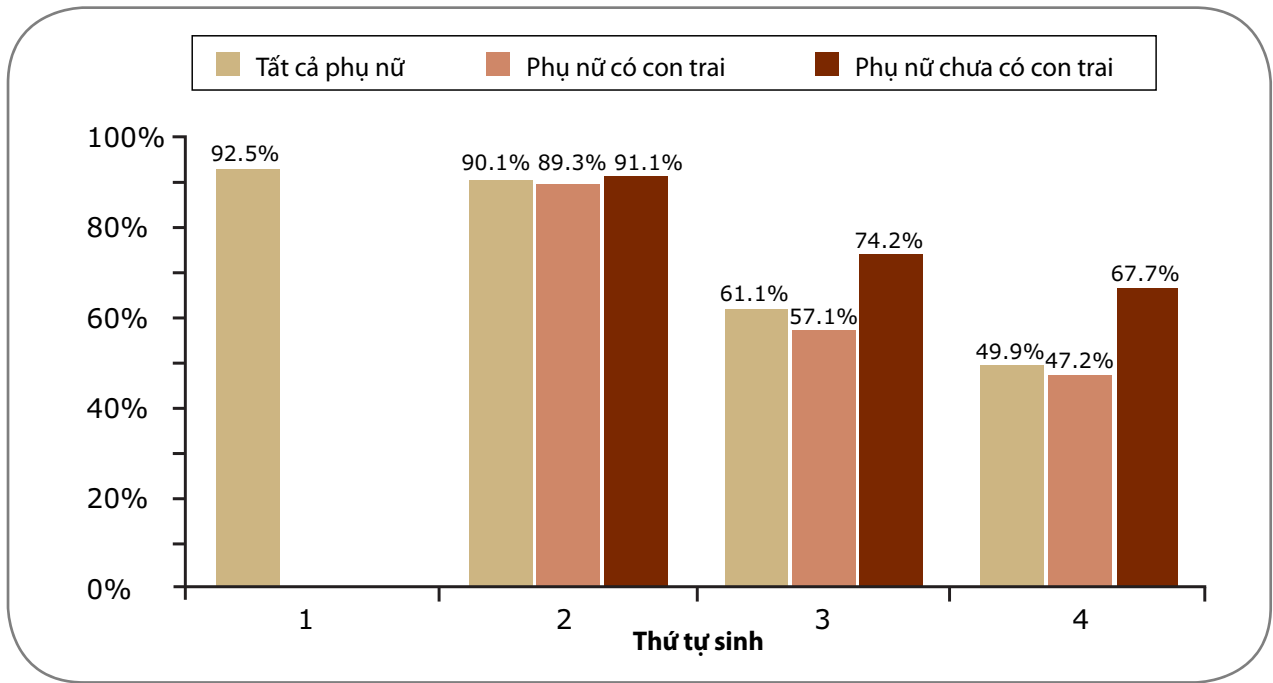
Đầu tiên, sẽ xem xét mức độ ảnh hưởng của cơ cấu giới tính trong gia đình đến tình trạng mang thai (nhưng không sinh). Cụ thể hơn, chúng ta kiểm tra xem những bà mẹ chưa có con trai có xu hướng sinh nhiều con hơn những bà mẹ khác hay không. Một đo lường chính xác về quá trình hình thành một gia đình là tỷ số gia tăng số lần sinh (Parity Progression Ratio hay PPR). *PPR là xác suất mà các bậc cha mẹ, với một số con đã có, tiếp tục sinh thêm con. PPR có thể được tính toán từ sự phân bố sinh trong số phụ nữ đã kết thúc giai đoạn sinh đẻ¹⁷.*

Để xem xét cơ cấu giới tính trong gia đình, giá trị của PPR giữa những bà mẹ chưa có con trai và những bà mẹ khác sẽ được so sánh để đánh giá tác động của việc chưa có con trai đến quyết định sinh thêm con. Kết quả được trình bày biểu đồ 5.

Đầu tiên chúng ta kiểm tra PPR chung cho tất cả các lần sinh. Tỷ số này là khoảng 93% đối với lần sinh thứ nhất, có nghĩa là khoảng 93% số phụ nữ đã từng sinh ít nhất một con. Con số này khá thấp có thể liên quan đến trường hợp của những phụ nữ lớn tuổi không thể kết hôn trong những năm 80 của thế kỷ 20 do tình trạng thiếu hụt nam giới. Giá trị của PPR rất cao, 90%, cho lần sinh thứ hai, nhưng giảm xuống chỉ còn 61% và 50% cho các lần sinh tiếp theo. Những con số này có thể được hiểu là tỷ lệ phần trăm phụ nữ đã có hai con (hoặc ba con) có thêm con thứ ba (hoặc thứ tư). Các con số này phản ánh mức độ sinh sản chung ở phụ nữ Việt Nam thế hệ trước đây.

Việc phân nhóm bà mẹ không có con trai và bà mẹ có ít nhất một con trai để tính giá trị PPR theo cơ cấu giới tính của các con đã có trong gia đình. *Ở đây, chúng*

¹⁷ Đối với lý do liên quan đến cỡ mẫu nghiên cứu, chúng tôi sử dụng ở đây 60.000 phụ nữ trên 39 tuổi trong năm 2006 mặc dù một số ít phụ nữ này có thể vẫn mang thai sau cuộc điều tra năm 2006.



Biểu đồ 5: Tỷ số gia tăng số lần sinh theo thứ tự sinh và cấu trúc giới tính của gia đình, điều tra dân số 2006

ta thấy những bà mẹ chưa có con trai có xu hướng sinh thêm con cao hơn so với những bà mẹ khác. Điều này không đúng với những bà mẹ chỉ có một con. Kết quả thu được phản ánh mức sinh trước đây của Việt Nam, khi mà số gia đình có một con là rất ít và 90% các bậc cha mẹ sinh thêm con bất luận giới tính của đứa con đầu lòng. *Nhưng khác biệt trong giá trị PPR là 17% trong nhóm bà có ít nhất hai con với gần 75% bà mẹ chưa có con trai tiếp tục sinh thêm con thứ ba.*

Sự khác biệt này thậm chí còn lớn hơn ở những bà mẹ đã có ba con: 68% bà mẹ chưa có con trai sẽ sinh thêm con thứ tư so với 47,2% nhóm bà mẹ khác. Xác suất sinh thêm con trong trường hợp này là 21% cao hơn trong số các bà mẹ chưa có con trai (68% trừ 47%). Các kết quả tương tự cũng được rút ra từ nghiên cứu về mang thai ngoài ý muốn và phá thai, cũng chỉ ra cụ thể rằng số con trai đã sinh ra trước có xu hướng làm tăng khả năng phá thai (Le và cộng sự. 2004; Le 2006; Bélanger và cộng sự 2007).

Tuy nhiên những khuynh hướng được mô tả ở đây không phải là lựa chọn giới tính chủ động mà chỉ nói lên khả năng của

cha mẹ tránh sinh thêm con bằng cách tránh thai hoặc phá thai mà không quan tâm đến giới tính thai nhi. Thêm nữa, các số liệu này không bao hàm bất cứ một kết quả cụ thể nào về SRB. Khi thiếu các biện pháp lựa chọn giới tính hiện đại, thì tỷ số giới tính của các ca sinh thêm vẫn bình thường¹⁸.

4.2 Tỷ số giới tính khi sinh của “lần sinh cuối cùng”

Một chỉ báo khác phản ánh quá trình hình thành gia đình chịu ảnh hưởng mạnh mẽ của sự ưa thích giới, đó là tỷ số giới tính cho lần sinh cuối cùng. Như đã đề cập ở trên, nhiều câu hỏi thông thường chỉ đề cập đến lần sinh cuối cùng của người mẹ được điều tra. Mặc dù, những câu hỏi này là phù hợp để đánh giá mức sinh trong một giai đoạn ngắn trước cuộc điều tra, chỉ báo này cũng bị sai lệch khi xem xét đến trường hợp phụ nữ cao tuổi được trình bày dưới đây.

¹⁸ Thực tế, nếu có bất kỳ nhóm quần thể nào có SRB thấp hơn về mặt sinh học thì quần thể đó sẽ sinh nhiều con hơn để có con trai. Điều này có vẻ nghịch lý khi làm cho SRB chung cho cả nước thấp hơn vì dân số có SRB thấp về sinh học có nhiều con hơn các nhóm khác.

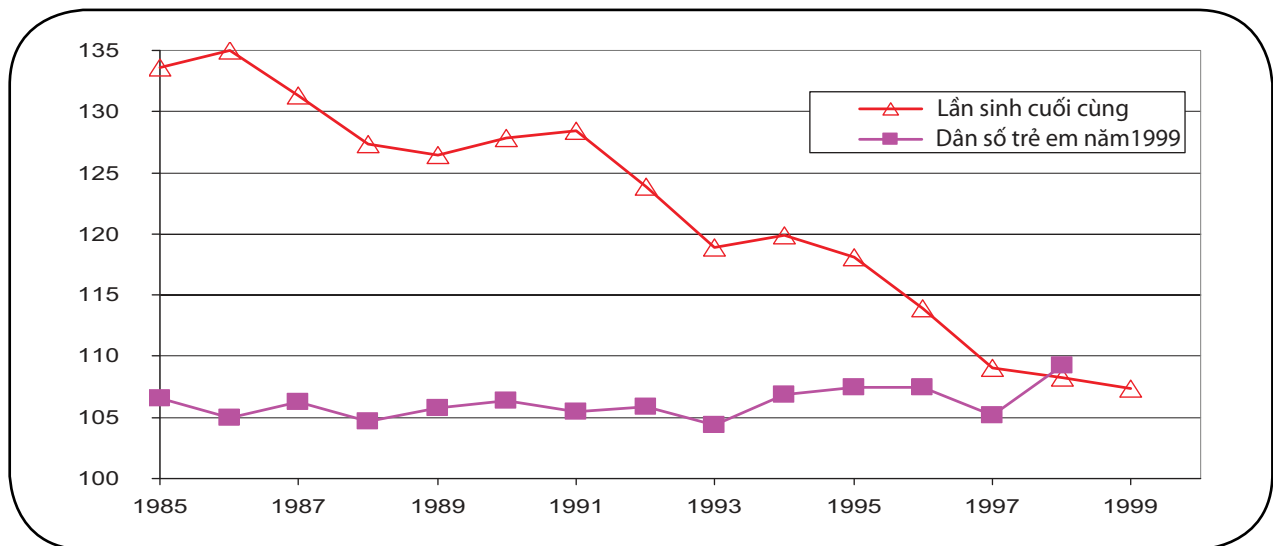
4.2.1 Tỷ số giới tính của lần sinh cuối cùng trong quá khứ cao

Dữ liệu của TĐTDS năm 1999 mô tả rõ ràng quá trình này. Biểu đồ 6 trình bày SRB của lần sinh cuối cùng theo năm sinh trước cuộc TĐTDS và phân bố của trẻ em theo năm sinh - phân bố này thường được sử dụng cho trẻ dưới 15 tuổi. Dễ dàng nhận thấy rằng SRB của các lần sinh có xu hướng tăng lên một cách liên tục khi chúng ta đi ngược thời gian từ mốc thực hiện TĐTDS. Các giá trị SRB trên 110/100 cho lần sinh cuối cùng được ghi nhận tại thời điểm hơn hai năm trước cuộc điều tra, trong khi SRB cao hơn 120/100 xuất hiện trước năm 1993.

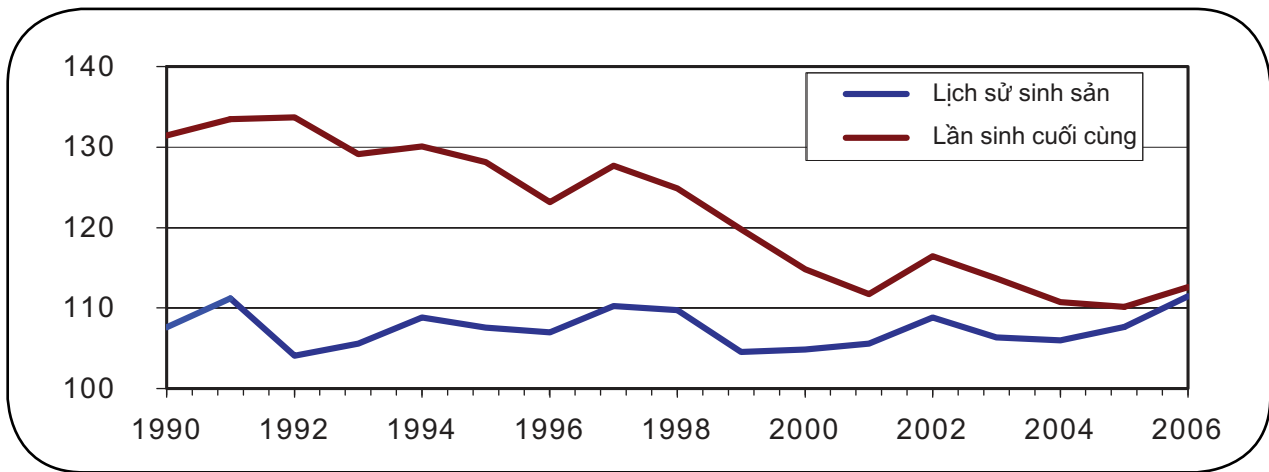
Các kết quả tương tự cũng được trình bày trong Biểu đồ 7 dựa trên nguồn số liệu của điều tra biến động dân số năm 2007. Tỷ số giới tính của lần sinh cuối cùng được đưa vào đồ thị phân theo năm sinh của lần sinh cuối cùng được các bà mẹ cung cấp. SRB theo năm dựa trên lịch sử sinh sản thu thập được trong cuộc điều tra năm 2007 cũng được trình bày theo sơ đồ này. SRB của lần sinh cuối cùng có xu hướng tăng lên rất cao cho những lần sinh xảy ra đã lâu trong quá khứ, ở mức 130/100 cho những lần sinh cuối cùng, trước năm 1992. Giá trị này gần như ổn định tại mức 130-135/100 cho các lần sinh này, mức độ tương tự với kết quả rút ra được từ số liệu năm 1999.

Chúng ta có thể kết luận gì từ xu hướng biến động không rõ ràng của SRB? Câu trả lời nằm ở việc xem xét lại khái niệm "lần sinh trước", được hiểu trong tiếng Việt là "lần sinh gần đây nhất" (nhưng không nhất thiết là "lần sinh cuối cùng" hay "lần sinh chót"). Như Santow (2006) đã nhận xét khi kiểm tra số liệu của điều tra 2006, đây là "chi báo mô tả đơn giản dễ gây nhầm lẫn". Chính xác hơn là chỉ báo này đưa ra một sai lệch có chọn lọc khi hồi tưởng lại các sự kiện trong quá khứ. Trong khi "lần sinh gần đây nhất" được áp dụng cho giai đoạn ngắn, tương ứng với tất cả các trường hợp sinh trong giai đoạn này, hoàn cảnh đã thay đổi khi xem xét cho những khoảng thời gian dài hơn: phụ nữ có "lần sinh gần đây nhất" cách đây trên 10 năm nhìn chung sẽ cao tuổi hơn những phụ nữ khác và do vậy, họ sẽ nói về đến "lần sinh cuối cùng" của mình. Do đó khi quay ngược lại quá khứ, "lần sinh cuối cùng" sẽ chiếm đa số trong tổng số "lần sinh trước" của các bà mẹ cao tuổi.

Tại các nước khác, khái niệm "lần sinh trước" không ảnh hưởng đến SRB vì thứ tự sinh và giới không liên quan gì đến nhau. Nhưng tại Việt Nam, phụ nữ sinh thêm để có một đứa con trai (xem phần PPR), do vậy lần sinh cuối cùng thường cho kết quả là con trai. Điều này liên quan đến "quy luật dừng", khi mà yếu tố giới tính quyết định khả năng chấm



Biểu đồ 6: TSGT của "lần sinh cuối cùng" và của nhóm dân số trẻ em theo năm sinh (Tổng điều tra dân số năm 1999)



Biểu đồ 7: SRB của “lần sinh cuối cùng” theo năm (Điều tra biến động dân số 2007)

dứt việc sinh sản hơn là số lần sinh. Độ sai chệch có chọn lọc này có nghĩa là tỷ lệ “các lần sinh cuối cùng” trong số “các lần sinh trước”, được thống kê trong điều tra, sẽ tăng dần lên khi ta lùi lại trong quá khứ của lịch sử sinh sản và tỷ lệ phần trăm ca sinh trai sẽ dường như càng mất cân đối hơn¹⁹.

4.2.2 Tính toán tỷ số giới tính khi sinh của lần sinh cuối

Phân tích số liệu của điều tra biến động dân số năm 2006 và 2007, bao gồm các thông tin chi tiết về lịch sử sinh sản đã khẳng định thêm vai trò của “quy luật dừng”. Các số liệu này cho phép tính toán được “thứ tự sinh ngược”, trong đó lần sinh cuối cùng (lần sinh chót) được xác định từ các lần sinh khác. Để làm được việc này, chỉ xét đến các ca sinh diễn ra ít nhất 10 năm trước cuộc điều tra, trong giai đoạn 1988-1997, với giả thiết rằng các “lần sinh cuối cùng” này phần lớn là “lần sinh chót” của những phụ nữ trong nhóm được phân tích. Sau đó, xác định các ca sinh theo thứ tự sinh ngược,

bắt đầu từ lần sinh chót. Bảng 4 đưa ra tỷ số giới tính của 300.000 ca sinh ghi nhận được trong giai đoạn 1988-1997.

Bảng 4: SRB, 1988-1997 theo thứ tự sinh ngược (Điều tra biến động dân số 2007)

	SRB
Trẻ sinh cuối cùng	134,2
Trẻ sinh áp chót	105,4
Trẻ sinh trước	73,3
Tổng	107,0

Kết quả chỉ ra mô hình mất cân bằng trầm trọng SRB. “Lần sinh cuối cùng” (lần sinh chót) lệch hẳn về bé trai với SRB là 134/100. Giá trị rất cao này không đem lại ngạc nhiên vì mức 130-135/100 đã được xác định từ trước là giá trị cực đại của SRB cho các lần sinh cuối cùng đã xảy từ lâu trước cuộc điều tra dân số. Trên thực tế, điều này rất gần với cái được gọi là “quy luật dừng” truyền thống²⁰ của người Việt Nam khi chưa có các kỹ thuật lựa chọn giới tính hiệu quả.

¹⁹ Một sai số tương tự khác cũng có thể xảy ra khi hỏi mọi người liệu họ có thành công trong lần sinh cuối cùng không. Khi hỏi những người nhiều tuổi câu trả lời dường như khả quan hơn những người trẻ tuổi không thành công trong lần sinh gần đây.

²⁰ Gọi là “quy luật dừng sinh truyền thống” khi nó phụ thuộc vào BPTT và nạo phá thai để điều chỉnh số lần sinh dựa theo kết quả của lần sinh trước.

Để minh họa cơ chế này, giả sử rằng tất cả các phụ nữ đều ngừng sinh con ở số con n . SRB của lần sinh cuối cùng ở mức bình thường. Bây giờ, giả sử những phụ nữ chưa có con trai quyết định sinh thêm con một lần nữa để có được con trai với lần mang thai thứ $n+1$ với xác suất p sinh được con trai và hoặc $1-p$ khi sinh con gái, giả sử bằng 51,2% (tương ứng với SRB là 105/100). Tỷ lệ phụ nữ chưa có con trai sau n lần sinh gần bằng $(1-p)^n$. Để đơn giản, chúng ta giả sử là những phụ nữ này chỉ cố gắng mang thai thêm một lần nữa để sinh được con trai sau khi đã sinh ra n đứa trẻ. Kết quả là phần lớn phụ nữ đã có con trai ngừng sinh con sau n lần sinh. Nhưng phụ nữ chưa có con trai sẽ có hơn $n+1$ lần sinh và xác suất họ có con trai cuối cùng cũng tăng lên một chút.

Biến số duy nhất không thể xác định được trong mô hình này là số lần sinh n . Với $n = 3$ và "quy luật dừng" được mô tả như sau: tổng tỷ suất sinh (TFR) sẽ tăng từ 3 lên 3,11 do một tỷ lệ nhỏ phụ nữ mang thai thêm để có con trai. Con số này gần với TFR bình quân của Việt Nam trong giai đoạn 1985-2000 ở mức 3,27 con (ước lượng của Liên hợp quốc năm 2007). Bây giờ điều quan tâm là SRB của lần sinh cuối cùng, theo mô hình này là 133/100. Lại một lần nữa mức này rất gần với những giá trị đã đề cập đến trong các phân tích về SRB của các lần sinh cuối cùng. Điều này gợi ra rằng nếu "quy luật dừng" hoạt động giống như đã được mô tả ở trên, thì sẽ cho kết quả SRB tương tự như những gì đã được quan sát từ số liệu về lần sinh cuối cùng của phụ nữ, được trình bày trong báo cáo này.

4.2.3 Kết luận

Có rất nhiều cách để các bậc cha mẹ ở Việt Nam đảm bảo trong gia đình có một người con trai nối dõi, từ việc nhận con nuôi đến quyết định sinh thêm con (Bélanger, 2006; ISDS, 2007)²¹. "Quy luật dừng" từ lâu đã tỏ ra có hiệu quả

nhất đối với họ. Khi mức sinh cao với TFR xấp xỉ 6 con, tỷ lệ phụ nữ không có con trai là rất thấp, chỉ giới hạn khoảng 1,5%, bất kể tác động của tỷ lệ tử vong trẻ em.

Tuy nhiên, mọi thứ đã thay đổi hoàn toàn trong ba thập kỷ trở lại đây với sự có mặt của các BPTT hiện đại cho phép cha mẹ có được số con mong muốn và tránh được mang thai ngoài ý muốn. Trên thực tế, BPTT hiện đại hiệu quả hơn nhiều so với các biện pháp tránh thai truyền thống (ví dụ như việc kiêng giao hợp). Tuy nhiên "quy luật dừng" không còn là tối ưu khi chi phí của việc sinh thêm con tăng lên và được thúc đẩy bởi quá trình giảm sinh diễn ra nhanh chóng. Các BPTT hiện đại và phá thai cho phép tránh sinh, nhưng những biện pháp này không cho biết giới tính thai nhi, nên không thỏa mãn được yêu cầu về giới tính con cái của các bậc cha mẹ, những người đang tìm kiếm một chiến lược sinh phù hợp với họ.

Chính vì lý do này mà các kỹ thuật xác định giới tính đã nổi lên như một biện pháp hiệu quả sàng lọc giới tính thai nhi. Tại một số quốc gia như Trung Quốc, SRB theo thứ tự sinh đã chỉ ra rằng quy luật dừng ở lần sinh con trai cuối cùng đã được tăng cường bởi các phương pháp lựa chọn giới tính. Trái lại, ở Việt Nam, SRB cũng cao ở lần sinh đầu tiên. Tuy nhiên SRB của lần sinh cuối cùng đã giảm trong thập kỷ trước. Nó đang đứng ở mức 109/100 cho giai đoạn 1998-2007 ở những phụ nữ trên 40 tuổi vào năm 2007²².

4.3 Tỷ số giới tính khi sinh theo thứ tự sinh

SRB có xu hướng tăng lên đáng kể cho những lần sinh sau. Tỷ số này ở một số khu vực của Ấn Độ, Trung Quốc có thể trên 120/100 đối với lần sinh thứ hai và trên 150/100 ở lần sinh thứ ba. Số liệu từ điều tra biến động dân số năm 2007 với thông tin về lịch sử sinh gần như đầy

²¹ Xem thêm Belanger (2006) hay ISDS (2007).

²² Tuổi 40 được hạn chế ở đây giả định rằng phụ nữ trên 40 không có khả năng sinh thêm con

đủ đã cho phép kiểm chứng được mối liên quan giữa thứ tự sinh và cơ cấu giới tính khi sinh.

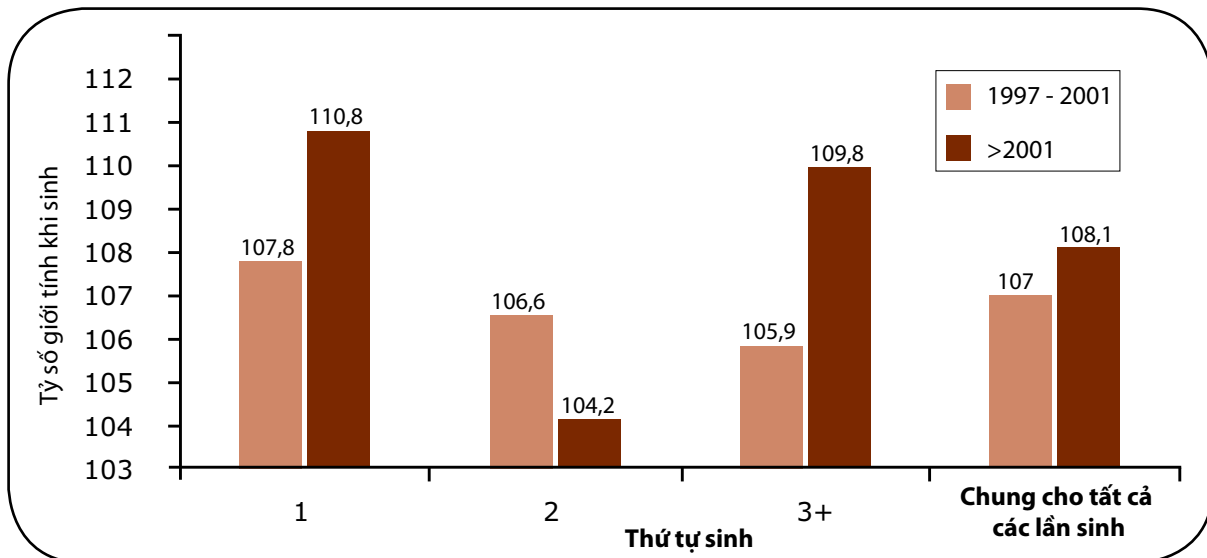
Để làm tăng cỡ mẫu điều tra, số liệu 128.000 ca sinh từ năm 2002 được các bà mẹ báo cáo trong cuộc điều tra năm 2007 đã được sử dụng. Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 8. Tỷ số giới tính chung cho quần thể nghiên cứu này là 108,1/100 cao hơn một chút so với SRB bình thường. Chúng ta cũng so sánh tỷ số này với kết quả phân tích mẫu 125.000 ca sinh từ năm 1997 đến 2001 được các bà mẹ cung cấp trong cùng cuộc điều tra năm 2007.

Số liệu năm 1997-2001 dễ giải thích hơn vì SRB ít thay đổi theo thứ tự sinh. Trong khi SRB trung bình của giai đoạn này là 107/100, sự biến thiên theo thứ tự sinh giới hạn từ -1,1 đến +0,8 và không có ý nghĩa thống kê. Trên phạm vi lớn, sự biến động này của SRB có thể dễ giải thích là không có sự chủ động lựa chọn giới tính. Khi cha mẹ không có khả năng gây ảnh hưởng đến giới tính của đứa trẻ sắp được sinh ra (và không có hiện tượng giết trẻ sơ sinh giả dạng thai chết lưu) thì thứ tự sinh không ảnh hưởng đến SRB.

Trong giai đoạn gần đây, tình hình trở nên phức tạp hơn. Đầu tiên cần chú ý là SRB dao động khá lớn xung quanh giá trị trung

bình 108,1/100 và SRB theo thứ tự sinh dao động từ 104,2/100 đến 110,8/100. Điều này khẳng định lựa chọn giới tính đang tồn tại và thay đổi theo thứ tự sinh, với việc các bậc cha mẹ điều chỉnh hành vi của mình theo cơ cấu giới tính của gia đình. Tuy nhiên, biến thiên SRB trong trường hợp này là không điển hình. Trong khi SRB thường cao hơn ở các lần sinh sau (lần sinh thứ hai hoặc cao hơn) là một đặc điểm phổ biến ở các nước khác, thì tại Việt Nam sự khác biệt này không rõ nét. Hơn nữa, SRB lại cao nhất ở lần sinh thứ nhất, 110,8/100 và thấp nhất ở lần sinh thứ hai, 104,2/100. Về kết luận sơ bộ, có thể nhận thấy có sự tương phản với những gì đã được biết ở những quốc gia khác, thậm chí nếu sự biến thiên của SRB theo thứ tự sinh ở Việt Nam là có ý nghĩa, thì sự biến thiên này cũng không đáng kể, và lựa chọn giới tính lại xảy ra một cách bất thường ngay ở lần sinh đầu tiên.

Nghiên cứu này cũng phân tích cuộc điều tra năm 2007 với cỡ mẫu nhỏ hơn, bao gồm số liệu các ca sinh gần đây nhất (2005-2007). Trong khi mức cân bằng giới tính nghiêng về con trai nhiều hơn do sự suy biến nhanh chóng của SRB vào các năm 2005-2007, SRB của lần sinh thứ nhất và lần sinh thứ ba cao hơn mức trung bình, còn lần sinh thứ hai lại có SRB bình thường ở mức 106/100.

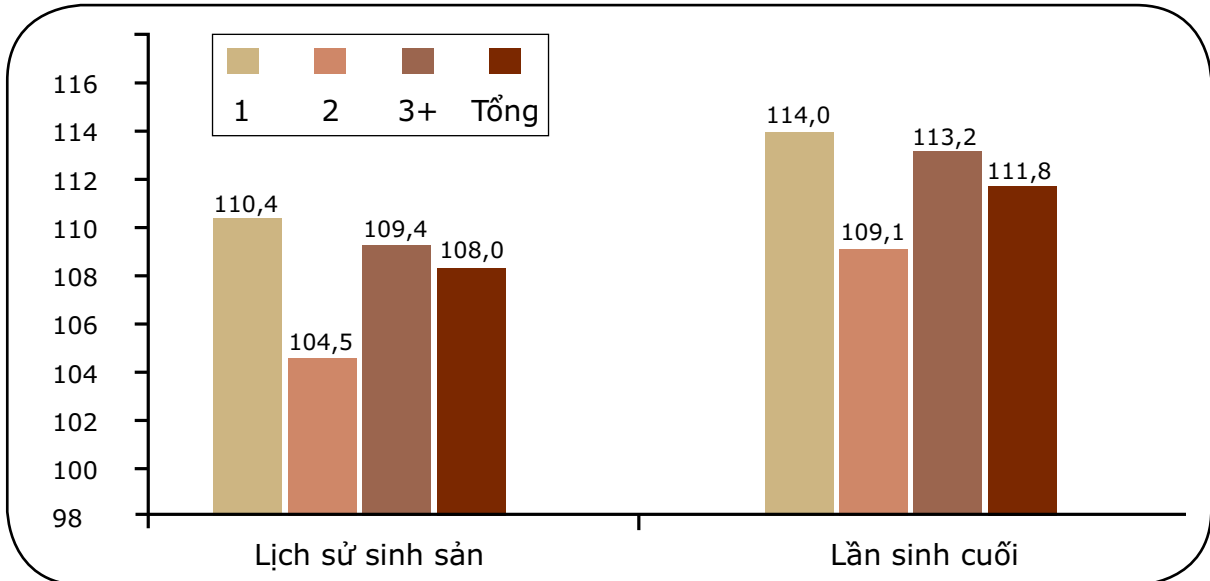


Biểu đồ 8: SRB theo thứ tự sinh (Điều tra biến động dân số 2007)

Ngoài việc sử dụng số liệu về lịch sử sinh sản, một ước lượng khác về SRB có thể được rút ra từ các điều tra biến động dân số, là dựa trên số liệu về tổng số con được sinh ra của mỗi bà mẹ. Thông tin này có thể được sử dụng để ước lượng SRB cho những lần sinh trước đã xảy ra trong thời gian ba năm gần đây trước điều tra. Do đó có thể tính toán lại một lần nữa SRB theo thứ tự sinh. Kết quả được đối chiếu với việc tính toán trước đó dựa trên số liệu về lịch sử sinh (xem biểu đồ 9). Mặc dù giá trị SRB được tính toán từ số liệu của lần sinh cuối, trong một chừng mực nào đó, cao hơn so với việc tính toán dựa trên lịch sử sinh²³, nhưng có cùng phân bố với SRB theo số lần sinh. Cụ thể, chúng ta thấy SRB ở lần sinh thứ hai thấp hơn đáng kể so với các lần sinh khác. Các số liệu sẵn có về SRB theo thứ tự sinh từ nguồn khác như nghiên cứu của Bélanger và cộng sự (2003) cũng dường như tương thích với các kết quả này.

Kết luận sơ bộ về những kết quả tương đối bất thường này là nhiều gia đình Việt Nam đã sử dụng các chiến lược khác nhau để tác động tới giới tính của con cái họ. Các bậc cha mẹ rõ ràng có phân biệt đối xử với con gái ở những lần sinh sau. Nhưng họ cũng thực hiện lựa chọn giới tính ngay cho lần sinh đầu tiên. SRB của lần sinh thứ hai có xu hướng lệch đi rất nhiều ở những khu vực có mức sinh thấp ở phía đông Trung Quốc và phía tây Ấn Độ, nhưng lại là bình thường ở Việt Nam.

Cách giải thích duy nhất cho đặc điểm này của SRB lần sinh thứ hai là liên quan đến tính đa dạng của dân số. Một bộ phận dân số truyền thống, mong muốn có trên hai con có thể không thực hiện lựa chọn giới tính và “quy luật dừng” là cách duy nhất mà họ áp dụng để đạt được cơ cấu giới tính của gia đình. Bên cạnh đó, có một bộ phận nhỏ dân số đã thực hiện lựa chọn giới tính và đã áp dụng ngay cả cho lần mang thai đầu tiên.



Biểu đồ 9: SRB theo số lần sinh, lịch sử sinh sản và “lần sinh cuối cùng” (Điều tra biến động dân số 2007)

²³ Không có giải thích rõ ràng cho sự khác biệt này. Các cán bộ của TCTK thường giả định các thông tin về “lần sinh cuối cùng” có chất lượng tốt hơn lịch sử sinh sản được thu thập trong điều tra biến động dân số.

4.4 Tỷ số giới tính khi sinh và những lần sinh trước

Khi cha mẹ mong muốn có con trai, việc chưa có con trai trong gia đình có thể là một dự báo tốt về giới tính của đứa con tiếp theo. Để xem xét vấn đề này, số liệu các ca sinh trong thời kỳ 2000-2006 được sử dụng để tính toán tỷ số giới tính của những đứa con thứ ba (dựa trên số liệu điều tra năm 2006)²⁴. Việc tính toán này sẽ giúp hiểu được một cách thấu đáo đặc tính cụ thể của tỷ số giới tính theo thứ tự sinh đã được quan sát ở trên.

Bảng 5 cho thấy tỷ số giới tính của đứa con thứ ba theo cơ cấu giới tính của các đứa con đã có trong gia đình. Tỷ số giới tính của đứa con thứ ba cao trên 110/100 đối với những bà mẹ chỉ có con gái. Đối với các bà mẹ đã có ít nhất một con trai, tỷ số này thấp hơn đáng kể, chỉ ở mức 103/100. Kết quả này phản ánh hành vi lựa chọn giới tính trước sinh. Nhìn chung, có thể quan sát thấy sự khác biệt này giữa nhóm bà mẹ không có con trai và nhóm những bà mẹ khác. Ở một số nước châu Á khác, nơi lựa chọn giới tính là phổ biến, SRB có xu hướng vượt quá 125/100 khi các bậc cha mẹ quyết tâm sinh con trai khi đã có hai con gái.

Bảng 5: SRB của lần sinh thứ ba theo số con trai đã sinh trước, 2000-2006 (Điều tra biến động dân số 2006)

Số con trai	SRB
Chưa có con trai	110,3
Một con trai	103,5
Hai con trai	102,2

²⁴ Cỡ mẫu trong cuộc điều tra này chỉ có 9.400 trẻ sinh ra.

5. Sự khác biệt về tỷ số giới tính khi sinh

Một đặc điểm chính quan sát được ở các quốc gia có SRB đang gia tăng chính là sự dao động của tỷ số này. Lựa chọn giới tính là một trường hợp điển hình của dân số học, hiện đang lan tỏa một cách không đồng đều trong phạm vi một quốc gia theo thời gian. Khác với những biến động dân số khác về quy mô và cơ cấu, thường có xu hướng ảnh hưởng đến toàn bộ dân số, lựa chọn giới tính ít nhiều diễn ra một cách riêng lẻ và mang tính tự phát.

Có một số câu hỏi liên quan đến “những người đầu tiên” lựa chọn giới ở Việt Nam: họ là ai và sống ở đâu? Tại các quốc gia châu Á khác, những cặp vợ chồng đầu tiên sử dụng các biện pháp chủ động lựa chọn giới tính có xu hướng là những người có kinh tế khá giả, có trình độ học vấn cao hơn so với những người khác sống ở các khu vực phát triển hơn; điều này đặc biệt liên quan đến khả năng tiếp cận thông tin về các kỹ thuật mới và tiếp cận dễ dàng hơn đến các kỹ thuật này tại các trung tâm đô thị (ví dụ như cơ sở y tế tư nhân) và có khả năng tài chính để đầu tư cho lựa chọn giới tính.

Nhưng cũng có những lập luận từ khía cạnh “nhu cầu” để giải thích cho những biến động quan sát được ở những nhóm dân cư có nhu cầu lựa chọn giới tính. Những giải thích này liên quan chặt chẽ đến mức độ ưa thích con trai, nhưng cũng có thể được hình thành do quá trình giảm sinh hoặc những chính sách kế hoạch hóa gia đình tại địa phương.

5.1 Phân tích sự khác biệt về tỷ số giới tính khi sinh theo vùng địa lý

Sự lan truyền một hiện tượng mới xuất hiện cũng theo những kênh không gian cụ thể giống như sự lan truyền của các bệnh dịch. Điều này cũng đúng với quá trình giảm sinh và chúng ta cũng kỳ vọng có thể quan sát thấy các đặc điểm tương tự về sự gia tăng SRB ở Việt Nam giống như ở Trung Quốc hoặc Ấn Độ. Một trong những khó khăn chính trong việc lập bản đồ sự khác biệt SRB giữa các vùng địa lý là cỡ mẫu của các cuộc điều tra.

Trong nghiên cứu này sẽ sử dụng các nguồn số liệu sẵn có, bao gồm số liệu của cuộc tổng điều tra dân số trước đây, cũng như các nguồn số liệu gần đây để đánh giá sự biến thiên của SRB theo vùng địa lý ở Việt Nam.

5.1.1 Tổng điều tra dân số năm 1999

Số liệu của cuộc TĐTDS ở cấp tỉnh có thể sử dụng để tính toán tỷ số giới tính trẻ em (Bélanger và cộng sự, 2003). Năm 1999, tỷ số giới tính của trẻ dưới một tuổi nhìn chung là bình thường, trừ chín tỉnh có giá trị nằm trong khoảng 108-110/100. Trong khi các giá trị này cao hơn đáng kể so với mức kỳ vọng tỷ số giới tính ở trẻ em, sự khác biệt còn khá nhỏ và khó có thể xác định một cách chắc chắn yếu tố liên quan. Quan sát cũng cho thấy các tỉnh có tỷ số giới tính của trẻ sơ sinh dưới một tuổi cao hơn mức 108/100 nằm rải rác ở miền Trung và miền Nam và không có tỉnh nào ở miền Bắc. Điều bất thường rõ ràng nhất là tỷ số giới tính thấp hơn mức bình thường được ghi nhận ở hai tỉnh phía Bắc, Cao Bằng và Lạng Sơn, dưới mức 100. Những giá trị này có thể đã

bị ước lượng quá thấp bởi vì có rất ít lý do để tin rằng SRB của các địa phương này lại nghiêng về số sinh gái hoặc đã có một sự khác biệt lớn về tỷ lệ tử vong sơ sinh, có lợi hơn cho trẻ gái trong những tháng đầu tiên sau khi sinh, đã làm tỷ số giới tính giảm xuống thấp đến mức như vậy.

Bản đồ phân bố về tuổi đã có ở tuyến xã. Năm 1999, Việt Nam có trên 10.000 xã. Để hạn chế vấn đề mẫu điều tra liên quan đến một số lượng lớn các đơn vị hành chính có dân số ít, bản đồ được trình bày trong nghiên cứu Epprecht và Heinemann (2004) dựa trên nhóm tuổi với khoảng cách lớn hơn, ví dụ trẻ em từ 0-5 tuổi. Nhưng bản đồ chi tiết này đã không cung cấp một bằng chứng nào về tình trạng mất cân đối ở địa phương. Điều này hàm ý rằng hoặc số liệu của tổng điều tra dân số đã phản ánh không có hiện tượng mất cân bằng SRB trong năm 1999 hoặc số liệu từ tuyến xã không tin cậy bằng số liệu ở tuyến tỉnh như đã phân tích ở trên.

5.1.2 Điều tra số sinh năm 2006

Trong năm 2007, một cuộc điều tra lớn được thực hiện trên phạm vi cả nước, trong khuôn khổ của cuộc điều tra biến động dân số hàng năm do TCTK thực hiện. Mục tiêu của cuộc điều tra này nhằm đưa ra một bức tranh tổng thể hơn về sự phân bố giới tính của các ca sinh hiện tại²⁵. Ưu điểm chính của cuộc điều tra này là đã cung cấp số liệu các ca sinh, theo từng tỉnh trong năm 2006, dựa trên một cỡ mẫu lớn. Như biểu đồ 10 đã chỉ ra, ước lượng SRB cho đa số các tỉnh dựa trên số mẫu lớn, trên 10.000 ca sinh²⁶. Tuy nhiên, một vài tỉnh ở miền núi Tây Bắc có dân cư thưa thớt với cơ sở hạ tầng y tế yếu kém và kết quả là ở các tỉnh này, mẫu điều tra nhỏ hơn nhiều so

với mức trung bình và do vậy kết quả ước lượng SRB của những tỉnh này cần được sử dụng một cách cẩn trọng.

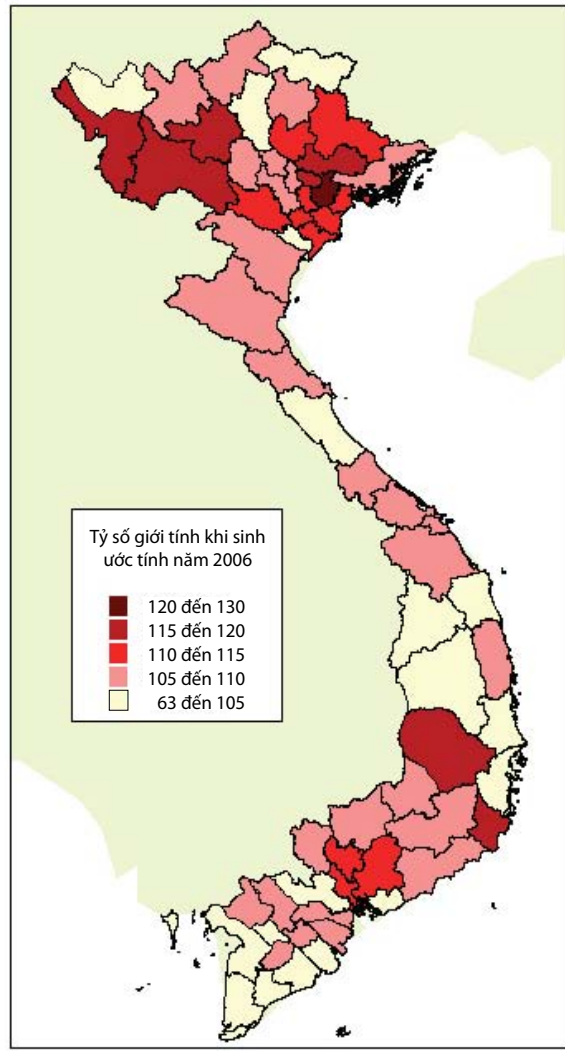
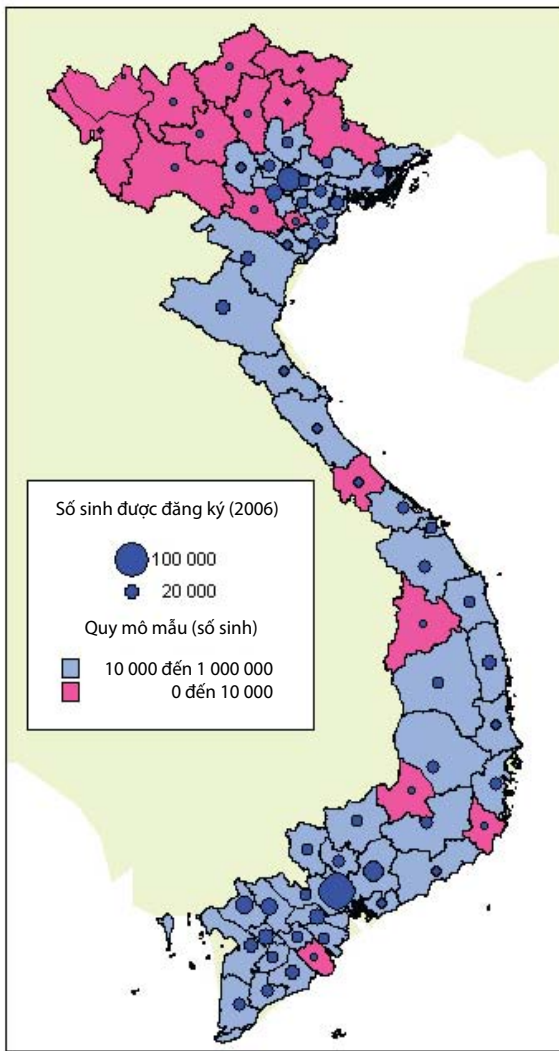
Bản đồ thứ hai trong biểu 10 trình bày ước lượng SRB cho mỗi tỉnh sau khi đã hiệu chỉnh các sai sót. SRB dao động trong khoảng từ 99-120/100. Giá trị nhỏ nhất là 99/100 của tỉnh Cao Bằng với 4.236 ca sinh được điều tra. Tương tự, một vài tỉnh có SRB xấp xỉ 120/100 là Sơn La và Yên Bái ở vùng Tây Bắc và Ninh Thuận với cỡ mẫu ban đầu dưới 10.000 ca sinh. Tuy nhiên, phần lớn các kết quả khác đều được tính toán trên số lượng lớn các ca sinh và mô tả chính xác sự dao động của SRB theo từng vùng.

Sự khác biệt về cỡ mẫu có thể gây cho chúng ta nghi ngờ về chất lượng của số liệu. Nhưng thông qua kỹ thuật phân tích địa lý thống kê, có thể khẳng định độ tin cậy của số liệu. Với phân tích như vậy, đã kiểm tra được sự tương quan về không gian giữa các tỉnh, tức là mối tương quan của SRB giữa các tỉnh lân cận. Để làm được việc này, một quy trình chuẩn để tính hệ số tương quan giữa các quan sát và các khu vực "láng giềng" tương ứng (tức là các tỉnh lân cận) đã được sử dụng. Hệ số tương quan này bằng 0,24 và tương ứng với chỉ số Moran về mối tương quan không gian trong phân tích địa lý thống kê. Khi phân nhóm các tỉnh theo khoảng cách địa lý, đã thu được các giá trị chỉ số Moran cao hơn 27. Các giá trị này rất có ý nghĩa và cho thấy có sự tương quan không gian mạnh mẽ. Do đó, có thể suy ra rằng sự phân bố SRB theo vùng trên bản đồ không phải là ngẫu nhiên. Số liệu từ nghiên cứu các ca sinh tại cơ sở y tế là đáng tin cậy và an toàn, các giá trị bất thường là do cỡ mẫu nhỏ, số liệu được sử dụng ở đây phản ánh chính xác sự biến thiên của SRB trên phạm vi cả nước.

²⁵ Xem phần trình bày về các cuộc điều tra ở phần trước. Cỡ mẫu điều tra dân số hàng năm quá nhỏ cho tính toán SRB theo vùng

²⁶ Số 10.000 ca sinh được sử dụng làm chuẩn để tính SRB.

²⁷ Quy trình được sử dụng ở đây dựa trên phần mềm GeoDa. Khi số Moran được sử dụng để tính toán khoảng cách, tỉnh gần nhất chỉ ra mức tương quan cao hơn (trên 0,75 cho các tỉnh gần hơn 50km).

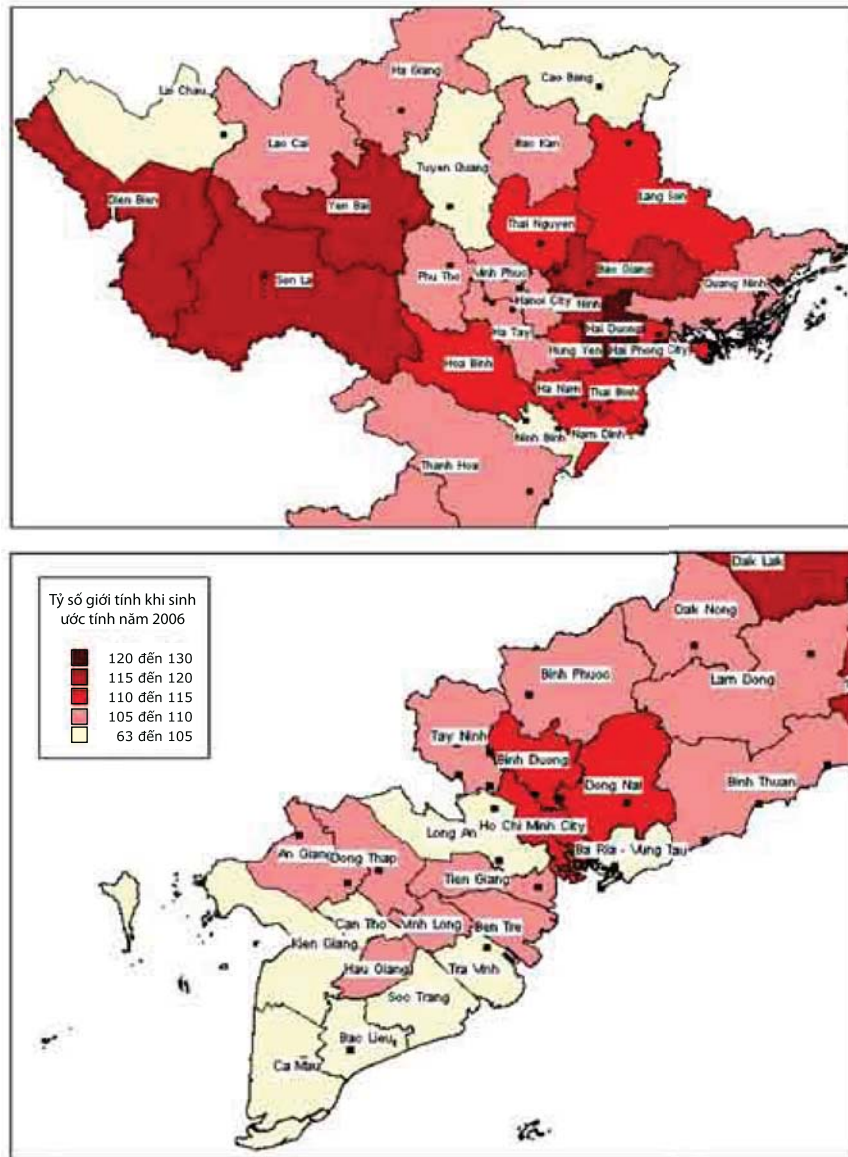


Biểu đồ 10: Số trường hợp sinh được đăng ký và SRB tại các tỉnh (Điều tra số ca sinh trong năm 2006)

Sử dụng các công cụ phân tích thống kê địa lý, có thể xác định được "điểm nóng" của SRB nằm tại khu vực châu thổ sông Hồng. Điểm nóng này bao gồm các tỉnh lân cận như Hải Dương, Hưng Yên, Thái Bình, Bắc Giang và Bắc Ninh, với SRB nằm trong khoảng 111 đến 120/100. Đây là các tỉnh nông nghiệp trù phú nằm gần Hà Nội và được thừa hưởng kết quả của quá trình phát triển công nghiệp. Theo như bản đồ chi tiết (biểu đồ 11), các tỉnh trọng điểm này ở phía Bắc được bao bọc xung quanh bởi các tỉnh có SRB cao, từ Nam Định ở phía Nam lên đến Lạng Sơn dọc biên giới Trung Quốc. Đáng chú ý, Hà Nội là thành phố đầu tiên phát hiện có lựa chọn giới tính (Bélanger và cộng sự, 2003) và một số tỉnh

ở phía Tây có SRB tăng nhẹ, nằm trong khoảng 105-110/100.

Trong số những vùng có SRB cao nhưng không có ý nghĩa thống kê địa lý có thể kể đến khu vực Tây Bắc, nằm dọc theo biên giới với Lào. SRB cao ở khu vực này là ngoài dự kiến bởi vì các tỉnh này có đặc điểm kinh tế kém phát triển, mức sinh cao và có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống - tâm lý ưa thích con trai có thể không phổ biến. Khu vực khác có SRB cao nằm ở xung quanh thành phố Hồ Chí Minh bao gồm hai tỉnh ở khu vực Đông Nam bộ (gồm Bình Dương và Đồng Nai) trên mức 110/100. Đây là một trong những vùng phát triển nhất Việt Nam, do đó ở một chừng mực



Biểu đồ 11: SRB theo tỉnh khu vực phía Bắc và phía Nam (Điều tra số ca sinh trong năm 2006)

nào đó, có thể so sánh với các tỉnh thuộc khu vực châu thổ sông Hồng đã mô tả ở trên.

Quan sát cũng cho thấy SRB khá thấp (dưới 105/100) ở nhiều tỉnh, bao gồm các tỉnh lân cận và thuộc khu vực châu thổ sông Mekong hoặc khu vực Nam Trung Bộ. Về khía cạnh này, khu vực châu thổ sông Mekong khá khác biệt so với khu vực châu thổ sông Hồng.

Như đã kết luận, sự dao động của SRB giữa các vùng được rút ra từ số ca sinh trong năm 2006 là khá lớn và được

khoanh vùng từ góc độ địa lý. Các bản đồ được xây dựng trên số ca sinh năm 2006 không liên quan đến sự khác biệt đã được phát hiện qua số liệu cuộc Tổng điều tra dân số năm 1999; *điều này khẳng định có lẽ không có hiện tượng lựa chọn giới tính trong suốt những năm 1990. Nguồn gốc của sự khác biệt theo vùng này rõ ràng là ở các khu vực giàu có hơn, như các khu đô thị, các vùng dân cư đông đúc, gần các thành phố lớn, có cơ sở hạ tầng y tế tốt hơn và dễ tiếp cận hơn.* Bản đồ hóa khả năng tiếp cận dựa trên số liệu TĐTDS 1999 (Epprecht và Heinemann,

2004) đã cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng nghèo đói với việc hạn chế tiếp cận đến các chòm đô thị. Dân cư trong các khu vực đô thị có trình độ học vấn và giàu có hơn: đó là điều kiện tiên quyết để có thể nhận biết và có khả năng chi trả cho các kỹ thuật mới. Bên cạnh đó, vị trí gần các khu vực trung tâm có nghĩa là sẽ thuận lợi về mặt khoảng cách trong việc tiếp cận với mạng lưới đan xen các cơ sở y tế công và tư nhân.

Sẽ là không đúng nếu chỉ coi yếu tố cung cấp dịch vụ như là nguyên nhân duy nhất dẫn đến sự gia tăng cũng như sự khác biệt của SRB ở các vùng. Trong khi các cơ sở y tế thực sự là cần thiết để triển khai các kỹ thuật lựa chọn giới tính hiện đại, *thì yếu tố chính ẩn sau sự khác biệt của SRB theo vùng chính là tâm lý ưa thích con trai khá phổ biến*, và nói rộng ra đó là mức sinh, tình trạng kinh tế xã hội và bối cảnh văn hoá. Đối với Việt Nam, đã có sự kết hợp giữa các vùng nông thôn giàu có, như các làng xã, thị trấn ở khu vực châu thổ sông Hồng với mức sinh giảm nhanh và tập quán truyền thống ưa thích con trai, đặc biệt trong thừa kế, nối dõi tông đường và thờ phụng tổ tiên (Bélanger 2002). Phân tích sâu hơn dưới đây cho thấy thậm chí có sự khác biệt giữa dân cư nông thôn và thành thị, sống trong cùng một khu vực có trình độ phát triển hơn.

Bình luận cuối cùng nhưng cũng rất quan trọng ở đây là SRB được tính toán từ số liệu các cuộc điều tra biến động dân số hàng năm có cỡ mẫu nhỏ, các phân tích mang tính khẳng định về sự khác biệt theo vùng là không khả thi trong giai đoạn này. Cuộc điều tra về số ca sinh sẽ được tiến hành trong năm 2008 và tiếp theo là cuộc TĐTDS năm 2009 sẽ rất quan trọng để chứng thực cho những kết quả phân tích trong báo cáo này.

5.2 Biết trước giới tính thai nhi

Một thành tố cần thiết để chủ động lựa chọn giới tính là biết giới tính thai nhi trước sinh. Tại nhiều khu vực nông thôn châu Á trong đó có Việt Nam, các bậc cha mẹ cố gắng tác động đến giới tính con cái trước khi thụ thai bằng nhiều phương pháp khác nhau như: cầu khẩn hoặc ăn kiêng. Cha mẹ cũng đoán giới tính thai nhi qua việc kiểm tra cơ thể người mẹ hoặc suy diễn từ các dấu hiệu khác nhau xuất hiện trên cơ thể hoặc trong quá trình mang thai. Nhưng chính các kỹ thuật tiên tiến như siêu âm và chọc ối là những biện pháp xác định một cách khá chính xác giới tính của thai nhi và do đó nó là một công cụ đắc lực cho quyết định phá thai nếu cần.

Điều tra biến động dân số 2006 và 2007 cho phép xác định được số phụ nữ biết giới tính thai nhi trước khi sinh. Điều tra 2007 chỉ ra rằng trên 63,5% phụ nữ biết giới tính thai nhi trước khi sinh. Trong số phụ nữ biết trước giới tính thai nhi, phần lớn (98%) qua siêu âm và 80% trả lời biết giới tính thai nhi sau 16 tuần tuổi, thời gian xác định giới tính thai là khả thi²⁸. Sẽ không ngạc nhiên khi SRB ở nhóm phụ nữ này cao hơn so với nhóm còn lại trong mẫu nghiên cứu. Trong một chừng mực nào đó, chúng ta có thể xem việc biết giới tính thai nhi trước sinh như là một điều kiện cho hành vi phân biệt đối xử. Tất nhiên, điều này không có nghĩa là tất cả những phụ nữ có hành vi phân biệt đối xử về giới tính (chỉ một phần nhỏ trong số họ có hành vi này), nhưng biết giới tính thai nhi trước sinh là một điều kiện tiên quyết không thể thiếu cho lựa chọn giới tính. *Thực tế, chúng ta đã ước lượng tỷ lệ phá thai lựa chọn giới tính vào khoảng 8% phụ nữ chưa có con trai*. Nếu chúng ta thừa nhận 63,5% phụ nữ chưa có con trai, biết giới tính thai nhi trước sinh (tương

²⁸ 90% các bà mẹ trả lời rằng họ biết giới tính của thai nhi trong vòng 16-29 tuần. Mẫu điều tra này không tính đến những lần sinh do bà mẹ nạo phá thai.

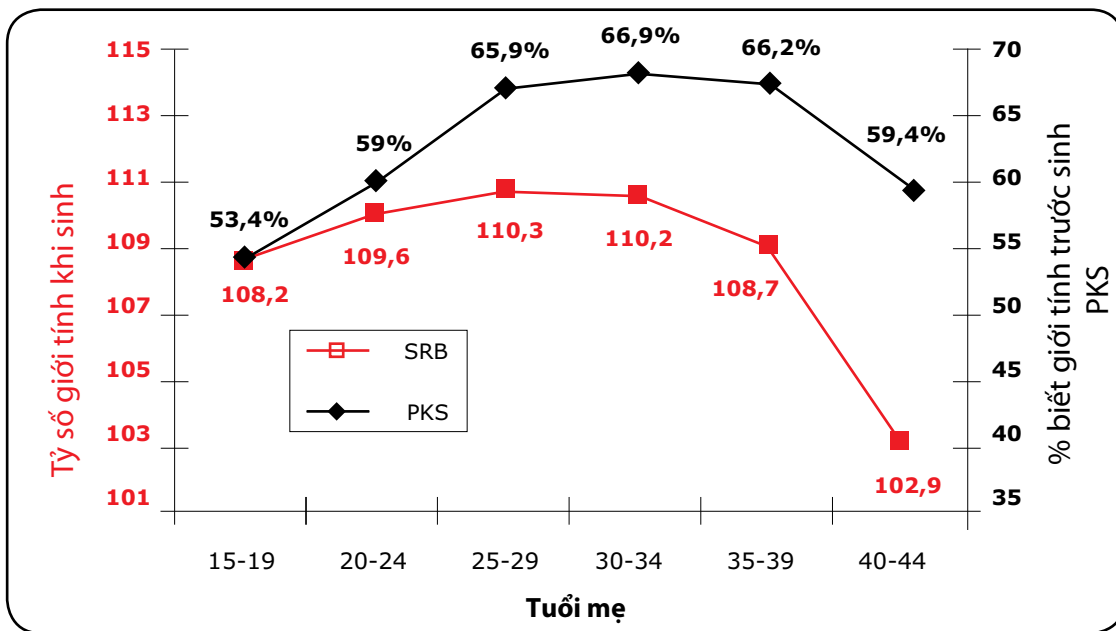
đương với tỷ lệ chung phụ nữ biết giới tính thai nhi trước sinh) thì tỷ lệ phá thai lựa chọn giới tính của phụ nữ chưa có con trai lên mức gần 13%.

5.3 Mỗi tương quan giữa dân số, xã hội và kinh tế với tỷ số giới tính khi sinh

Phần sau đây trình bày kết quả phân tích về các chỉ số xã hội và dân số khác nhau liên quan đến phụ nữ trong độ tuổi sinh sản²⁹. Trong báo cáo này, các kết quả phân tích đã được gia quyền (weighted) theo khung mẫu của điều tra biến động dân số hàng năm. Phần này chỉ lựa chọn một vài khía cạnh chính về sự khác biệt xã hội rút ra được từ thông tin thu thập trong điều tra năm 2006³⁰. Trong số các biến số chính không được thu thập trong điều tra này và có khả năng ảnh hưởng đến hành vi lựa chọn giới tính, có thể kể đến dân tộc, tình trạng kinh tế (mức thu nhập, tài sản hộ

gia đình, điều kiện nhà ở...) và các chi tiết về sở hữu đất đai, tài sản.

Kết quả từ phân tích đầu tiên được trình bày trong biểu đồ 12, so sánh sự biến thiên của SRB theo tình trạng biết giới tính thai nhi trước sinh và theo nhóm tuổi bà mẹ. Biểu đồ 12 cho thấy: biết giới tính thai nhi có xu hướng tăng nhanh theo độ tuổi và đỉnh điểm ở nhóm phụ nữ 25-39 tuổi, ở mức khoảng 66%. Nhưng khác biệt về SRB là rất nhỏ: tỷ số này cao nhất là trên 110/100 ở nhóm tuổi 25-34. *Kết luận rút ra từ các phân tích này là các bà mẹ trẻ ít quan tâm về giới tính của con cái so với các bà mẹ ở tuổi trên 25, cũng như là các bà mẹ ở tuổi trên 35.* Chúng ta cũng lưu ý rằng, tình trạng sinh con sớm phổ biến tại các khu vực nông thôn kém phát triển ở Việt Nam. Điều này là rất quan trọng khi nhấn mạnh tuổi sinh con và thời kỳ sinh sản vì những yếu tố này chịu ảnh hưởng lớn bởi các đặc điểm xã hội khác như dân tộc, nơi cư trú, giáo dục hoặc nghề nghiệp.



Biểu đồ 12: Biết giới tính trước sinh và SRB theo nhóm tuổi (Điều tra biến động dân số 2006)

²⁹ Phân tích chi tiết sẽ cần nhắc đến các số liệu ở cấp độ gia đình như cấu trúc gia đình hoặc những đặc điểm của chồng

³⁰ Số liệu của cuộc điều tra biến động dân số năm 2006 được sử dụng vì điều tra năm 2007 không có thông tin về kinh tế xã hội.

Bảng 6 trình bày các chi tiết về "đổi tượng" tiềm năng có thể sử dụng các biện pháp lựa chọn giới tính. Rất nhiều nhóm có thể được gọi là người sử dụng tiềm năng vì tỷ lệ biết giới tính thai nhi của họ là rất cao - đây là điều kiện tiên quyết cho lựa chọn giới tính. Điều này đặc biệt đối với dân cư đô thị và tầng lớp có trình độ giáo dục cao. Ví dụ, 87% phụ nữ có trình độ đại học biết trước giới tính thai nhi. Điều này cũng đúng ở những phụ nữ làm việc trong các tổ chức nước ngoài hoặc nội trợ. Tỷ lệ biết giới tính của thai nhi rất cao ở nhóm phụ nữ có số lần khám thai nhiều nhất ở lần mang thai trước đó³¹. Một điều chưa rõ ràng là liệu biết giới tính thai nhi có phải là mục đích của những lần khám thai nhắc lại hay không.

Ngược lại, tỷ lệ phụ nữ biết trước giới tính thai nhi là thấp nhất ở nhóm những phụ nữ có trình độ học vấn thấp, chưa đến 28% số phụ nữ mù chữ biết giới tính của thai nhi. Do thiếu thông tin chi tiết nên không phân biệt được giáo dục hay tình trạng kinh tế - xã hội tác động đến khả năng biết giới tính thai nhi. Điều tương tự cũng xảy ra ở những phụ nữ ít có khả năng tiếp cận với cơ sở y tế trước hoặc trong khi sinh. Tỷ lệ biết trước giới tính thai nhi thấp nhất ở những phụ nữ không đi khám thai lần nào (7%), phụ nữ không sinh tại cơ sở y tế (23,5%) hoặc những phụ nữ sinh con với sự trợ giúp của bà đỡ hoặc người nhà (17,5%). Có thể dễ dàng nhận ra đó là những phụ nữ sống ở vùng sâu, vùng xa nơi kỹ thuật xác định giới tính trước sinh, như siêu âm còn rất hiếm và nếu có thì rất đắt tiền. Một điểm thú vị là những phụ nữ không biết giới tính của thai nhi lại là những người muốn sinh thêm con và thường không sử dụng BPTT. *Những phụ nữ không sử dụng BPTT tại thời điểm điều tra lại có SRB của lần sinh trước rất thấp (92,6/100). Điều này phản ánh phần nào kết quả của việc sinh con gái không mong muốn ở lần sinh trước: theo "quy luật dừng", những phụ nữ*

này không thể (hoặc không muốn) thực hiện lựa chọn giới tính, do vậy họ muốn sinh thêm con càng sớm càng tốt.

Những khác biệt của SRB giữa các nhóm là không đáng kể và rất khó phân giải, do cỡ mẫu nhỏ. Như đã nhấn mạnh ở trên, SRB cao nhất (111/100) được ghi nhận ở nhóm phụ nữ đã được chẩn đoán xác định giới tính thai nhi và do đó có thể đã thực hiện các biện pháp lựa chọn giới tính. Nhưng sự khác biệt giữa nhóm phụ nữ này với những phụ nữ khác trong mẫu là rất ít. Điều này cho thấy phần lớn phụ nữ biết trước giới tính thai nhi, nhưng đã không thực hiện lựa chọn giới tính do họ không có sự phân biệt giới tính thai nhi hoặc họ kỳ vọng sẽ sinh được đứa con có giới tính như mong muốn. Kết quả cũng cho thấy rằng chăm sóc tiền sản có xu hướng liên quan đến SRB cao, nhất là việc sử dụng siêu âm trong quá trình mang thai.

Những nhóm có liên quan tới SRB cao là nhóm phụ nữ làm việc cho các tổ chức nước ngoài (mẫu nhỏ) và nhóm những phụ nữ có trình độ học vấn cao. SRB có xu hướng tăng dần theo trình độ giáo dục, từ 103/100 (nhóm mù chữ) lên 113/100 (nhóm tốt nghiệp đại học). Sự biến thiên này liên quan chặt chẽ với việc biết giới tính thai nhi trước sinh, khẳng định việc xác định giới tính là công cụ quyết định số phận thai nhi ở những phụ nữ có trình độ giáo dục cao. Điều này dường như mâu thuẫn với một thực tế là SRB ở khu vực đô thị không cao hơn mức trung bình của cả nước, mặc dù tần suất xác định giới tính trước sinh ở khu vực này cao. Điều đó chứng tỏ rằng đối với dân cư đô thị những người có điều kiện kinh tế xã hội tốt hơn và tiếp cận dễ dàng hơn tới các cơ sở và dịch vụ y tế, mức độ lựa chọn giới tính không đặc biệt nghiêm trọng.

Những phân tích tiếp theo cho thấy SRB thấp ở tầng lớp nghèo nhất trong xã hội, đặc biệt là nhóm phụ nữ mù

³¹ Điều tra biến động dân số cho thấy không dưới 70% phụ nữ đi khám thai từ 3 lần trở lên (Gam-meltoft và CS. 2007) có sử dụng siêu âm.

Bảng 6: Biết giới tính trước khi sinh và SRB liên quan với các chỉ số kinh tế và xã hội (Điều tra biến động dân số 2006)

	Biết về giới tính trước sinh (%)	SRB	Cỡ mẫu
Tất cả các bà mẹ	63,5	109,7	71.448
Bà mẹ ở vùng thành thị	83,1	109,2	18.890
Chủ hộ	73,1	104,4	5.093
Các thành viên khác của gia đình	65,8	112,9	22.227
Mù chữ	28,1	103,4	4.429
Chưa bao giờ đi học	25,4	105,1	3.880
Tiểu học	59,6	107,4	16.512
Đại học	87,2	113,2	2.979
Lớp học cao nhất (0-2)	63,4	102,6	4.636
Lớp học cao nhất (10+)	74,3	111,1	10.751
Nội trợ	81,3	106,7	14.304
Làm cho tổ chức nước ngoài	84,9	117,3	1.380
Không đi khám thai trước sinh	6,9	108,6	7.607
Khám thai trên 5 lần	87,1	113,6	12.277
Đẻ tại nhà	23,5	106,5	6.759
Đẻ do mụ vườn/thành viên trong gia đình đỡ	17,5	101,4	4.570
Biết giới tính trước khi sinh	100	111,1	45.066
Sử dụng BPTT	65,7	112,7	52.199
Không sử dụng BPTT	58,1	101,9	17.077
Đặt vòng	60,1	117,4	26.526
Không sử dụng BPTT do muốn có thêm con	49,1	92,6	5.342

chữ hoặc phụ nữ không có khả năng tiếp cận với các cơ sở y tế và cán bộ y tế, ví dụ như người dân tộc hoặc dân cư ở vùng sâu vùng xa. Thực tế, SRB ở mức bình thường, thậm chí là thấp một cách bất thường, có liên quan mật thiết với rất nhiều biến số như “chưa bao giờ đi học”, “mù chữ”, “sinh con với sự trợ giúp của những người được đào tạo hoặc chưa được đào tạo”. Điều này cho thấy lựa chọn giới tính ở các “khu vực nông thôn” là không giống nhau. Một mặt, có những khu vực nông thôn xa xôi, cực nghèo - nơi có các dân tộc thiểu số sinh sống và phụ nữ sinh đẻ sớm hơn. Mặt khác, có những khu vực nông thôn trù phú hơn, thường nằm gần Hà Nội hoặc thành phố Hồ Chí Minh, được thể hiện trong phần phân tích bản đồ, nơi có năng suất nông nghiệp cao hơn và có nhiều ngành nghề phi nông nghiệp hơn.

Các số liệu thống kê cho phép phân tích sâu hơn, đã không được thu thập đầy đủ từ các cuộc điều tra biến động dân số. Ví dụ như không có số liệu đầy đủ về những tầng lớp trên ở xã hội nông thôn, nhóm này vừa khá giả hơn, lại vừa có khả năng tiếp cận tốt hơn đến các cơ sở y tế hiện đại so với những người nông dân còn lại, nhưng họ vẫn mang nặng nề nghĩ truyền thống ưa thích con trai. Những nghiên cứu đầu tiên đã được thực hiện ở một số tỉnh trong đó có các địa bàn gần Hà Nội (ISDS, 2007) đã cung cấp những bằng chứng cho giả thuyết này. Trong chừng mực nào đó, thực trạng này gần giống với Trung Quốc khi so sánh sự khác biệt phân theo vùng: SRB cao nhất các vùng nông thôn trù phú, khi so sánh với vùng nông thôn xa xôi hoặc các khu vực đô thị.



6. Dự báo xu hướng tỷ số giới tính khi sinh

SRB cao ở Việt Nam hiện nay phản ánh tình trạng phân biệt đối xử đối với phụ nữ, nhưng tỷ số này cũng có thể được sử dụng như một chỉ báo cho tình trạng mất cân bằng giới tính của dân số trong tương lai. Ở một chừng mực nào đó, có thể nói rằng tỷ lệ vượt trội số trẻ em trai được sinh ra bắt đầu từ năm 2000 ở Việt Nam và trong vòng 25 năm tới sẽ gây nên tình trạng dư thừa nam giới ở tuổi trưởng thành.

Phần dự báo dưới đây nhằm đưa ra một vài xu hướng của SRB, bằng cách trình bày các kết quả dự báo nhân khẩu học cho cả nước và các vùng của Việt Nam từ 1999 đến 2050. Đây là những dự báo nhân khẩu học chi tiết hơn, vì các dự báo này có xem xét đến những khả năng thay đổi của SRB trong tương lai³².

6.1 Các giả thuyết dự báo cho giai đoạn 1999-2050

Một số kết quả dự báo dân số cho cả nước và các vùng của Việt Nam đã được công bố (United Nations, 2007; GSO, 2001). Tuy nhiên, các dự báo này đều có các hạn chế như: chỉ dự báo ngắn hạn về tác động của SRB hiện tại hoặc chỉ dựa vào một tình huống duy nhất của SRB trong tương lai. Nghiên cứu này xem xét các khả năng biến động khác nhau trong tương lai để đánh giá tác động của SRB tới xu hướng và cấu trúc dân số Việt Nam đến năm 2050.

Trước tiên, các dự báo được tiến hành cho cả nước. Một nhóm các dự báo khác cũng được tiến hành song song cho các vùng có SRB cao hơn các khu vực khác trong cả nước. Các vùng được dự báo ở đây bao gồm hai khu vực hành chính là châu thổ sông Hồng và miền Đông Nam Bộ. Hai vùng này (được gọi là "tiểu khu vực siêu đô thị"), bao gồm hai trung

Bảng 7: Các giả thuyết dự báo dân số, 1999-2050

Giả thuyết	Việt Nam		Vùng	
	1999	2050	1999	2050
Tổng tỷ suất sinh	2,43	1,85	2,3	1,85
Mô hình sinh đẻ châu Á				
Tuổi thọ của nam giới	69,86	78,23	73,864	78,23
Tuổi thọ của nữ giới	73,39	82,46	77,386	82,46
Mô hình tử vong: Đông Á				
Xuất nhập cư: Không				

³² Các dự báo trong nghiên cứu này đều giả định SRB cố định ở mức 105-106/100.

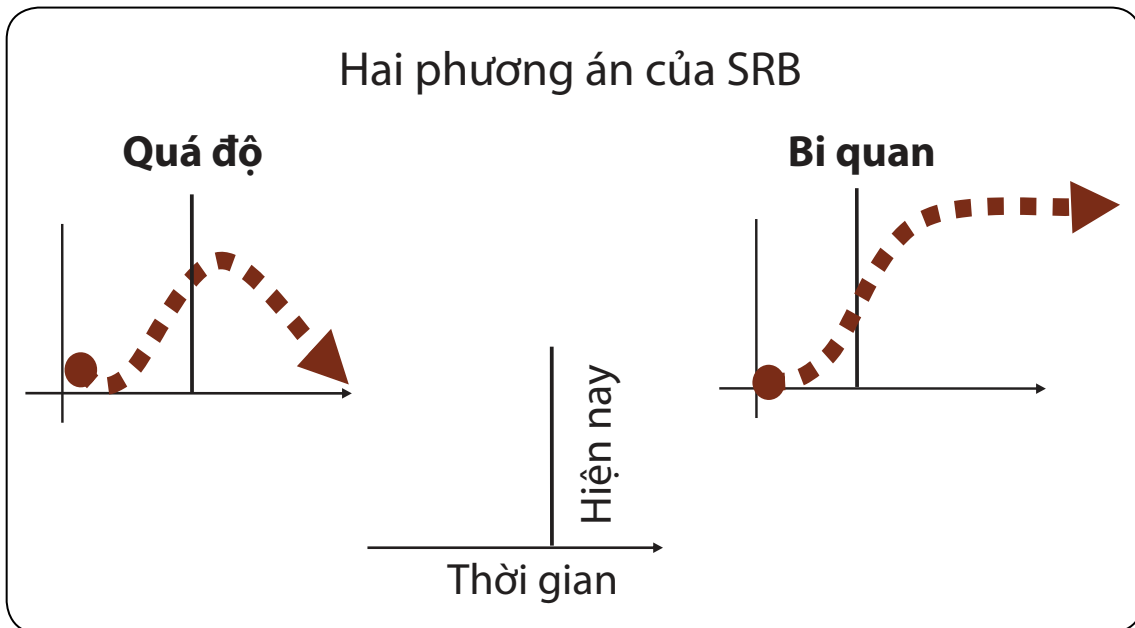
tâm kinh tế phát triển nhất của cả nước và một số tỉnh lân cận. Nhìn chung, các tiểu khu vực này có mật độ dân số rất cao và có các chỉ số về phát triển kinh tế-xã hội cao nhất trong cả nước. Hai tiểu khu vực này cũng được ghi nhận là có tỷ lệ hộ nghèo thấp nhất cả nước (Viện Khoa học Xã hội Việt Nam, 2006). Ngoài ra, hai tiểu khu vực này cũng được đặc trưng bởi những đặc điểm nhân khẩu học vượt trội như mức sinh và tỷ lệ tử vong thấp nhất trong cả nước.

Giả thuyết cho các dự báo này được trình bày một cách đơn giản ở Bảng 7. Mức sinh và tử vong của Việt Nam được căn cứ vào ước lượng của Liên Hợp Quốc cho thời kỳ 1999-2050. Đối với các "tiểu khu vực siêu đô thị", đã điều chỉnh các ước lượng cấp quốc gia, dựa trên giả thuyết rằng sự khác biệt ở cấp quốc gia và các vùng miền tương ứng giống như những gì quan sát được hiện nay. Quy trình dự báo cũng giả định hoàn toàn không có hiện tượng di dân³³,

sử dụng mô hình tử vong của khu vực Đông Á và mô hình mức sinh đặc trưng theo tuổi của châu Á cho cả hai tiểu khu vực này.

Lưu ý rằng trong bối cảnh nguồn số liệu chưa hoàn toàn tin cậy, hai phương án của SRB được trình bày ở biểu đồ 13, với mức SRB cực đại là 125/100 (mặc dù mức trên 135/100 đã được quan sát ở nhiều khu vực của Trung Quốc).

- **Phương án quá độ (transition scenario):** SRB sẽ tăng đến 115/100³⁴ vào năm 2010 và sau đó giảm xuống, trở về mức 105/100 vào năm 2025, rồi ổn định ở mức này trong những năm sau đó.
- **Phương án bi quan (Worsening scenario):** SRB sẽ tăng liên tục, đạt mức 125/100 vào năm 2025, rồi duy trì ở mức này đến năm 2050.



Biểu đồ 13: Hai phương án dự báo biến đổi SRB tại Việt Nam đến năm 2050

³³ Đây là giả định không thực tế do dòng di dân lớn trong các tỉnh này.

³⁴ 120 là giá trị của SRB ở khu vực có SRB tăng nhanh hơn

Để phục vụ cho mục đích so sánh, phương án với SRB không đổi, giữ ở mức 105/100 trong suốt giai đoạn 1999-2050 đã được tính toán.

Các phương án đưa ra trên, ban đầu có vẻ như không hợp lý, nhưng đã phác họa các khả năng biến đổi của SRB. Phương án quá độ có vẻ lạc quan hơn, khi dự báo SRB sẽ trở lại mức bình thường trong tương lai. Mặc dù phương án này đã tính đến tốc độ gia tăng nhanh của SRB, nó giả định rằng SRB không vượt quá 115/100 vào năm 2010.

Phương án bi quan được trình bày ở đây, chủ yếu là để xác định mức trần của dự báo. Mặc dù phương án này không hoàn toàn phi thực tế đối với Việt Nam, nếu nhìn từ kinh nghiệm của Trung Quốc. Một số tỉnh như Hồ Nam hoặc An Huy (Trung Quốc) đã ghi nhận mức SRB trên ngưỡng 125/100 được sử dụng ở đây. Tuy nhiên, xu hướng tương lai của SRB ở Việt Nam có thể sẽ nằm giữa hai phương án này.

6.2 Tổng dân số

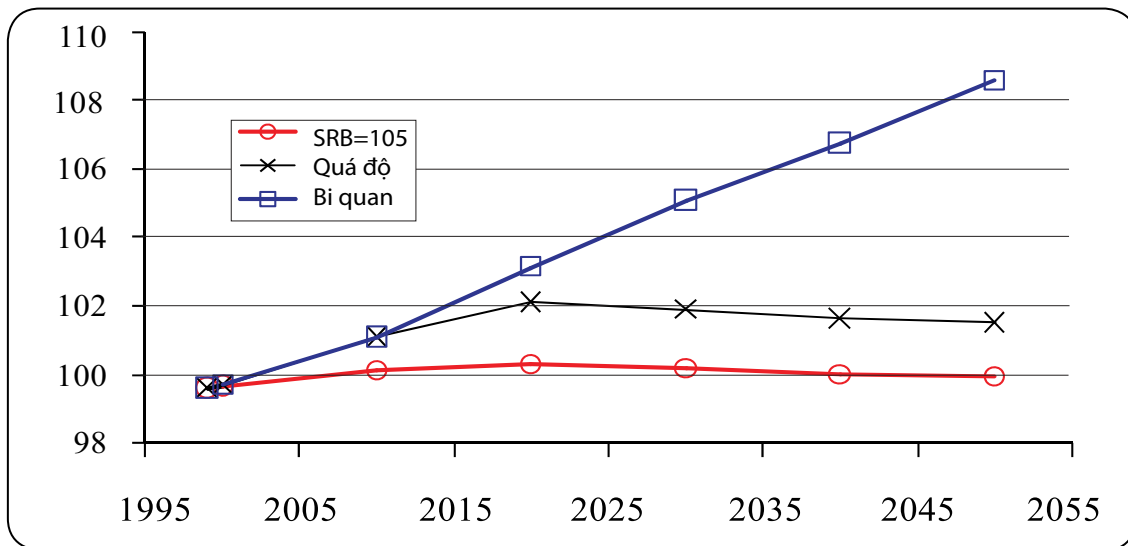
Theo các tình huống SRB dự báo cho thấy: Phương án SRB cao sẽ tác động đến tăng trưởng chung của dân số. Nghĩa là đến năm 2050, quy mô dân số Việt Nam là 116,9 triệu theo phương án bi quan và 117,7 triệu theo phương án quá độ. Sự khác biệt này là hậu quả của sự thiếu hụt phụ nữ trong độ tuổi sinh sản: số trẻ em gái sinh ra hôm nay ít hơn có nghĩa là số trẻ em sinh ra sau 25 năm nữa cũng sẽ giảm đi, mặc dù số lượng nam giới vào thời điểm đó lớn.

Biểu đồ 14 trình bày phát hiện về tỷ số giới tính chung của toàn bộ dân số của Việt Nam trong nghiên cứu này. Dự báo được bắt đầu vào năm 1999 với tỷ số giới tính thực tế dưới mức 100, là kết quả của sự thiếu vắng các biện pháp lựa chọn giới tính và tình trạng dư thừa phụ

nữ do lịch sử để lại. Cơ cấu giới tính của dân số bắt đầu ngả về phía nam từ năm 2002 khi tỷ số giới tính chung vượt qua mốc 100/100.

Phương án quá độ và phương án bi quan cho kết quả dự báo khác nhau từ sau năm 2010. Theo phương án quá độ, tỷ số giới tính chung tăng lên 102/100 cho đến năm 2020 và giảm nhẹ sau đó. Theo phương án bi quan, tỷ số giới tính chung vẫn tiếp tục tăng do sự gia tăng SRB và đạt tới mức 109/100 vào cuối giai đoạn này. Khi so sánh hai phương án, tác động của SRB cao lên tỷ số giới tính chung của dân số trở nên rõ ràng hơn từ sau năm 2020. Nếu SRB ngừng không tăng nữa sau năm 2020, thì tác động lên tỷ số giới tính chung của dân số là thấp nhất. Theo phương án bi quan, tỷ số giới tính chung của dân số sẽ tăng cho đến tận năm 2050 và có thể tiếp tục tăng trong nhiều năm tiếp theo.

Một điều khá thú vị là tại một số khu vực siêu đô thị được chọn trong nghiên cứu này, không thấy có sự gia tăng đột biến nào về tỷ số giới tính chung của dân số, mặc dù giả định rằng mức SRB cao đã đạt được ở các khu vực này. Nguyên nhân của tình trạng này là tỷ số giới tính của các khu vực này vào năm 1999 lại khác hẳn, ở mức thấp là 95 nam trên 100 nữ. Tỷ số giới tính thấp này cũng được ghi nhận vào thời điểm của cuộc TĐTDS 1999, do có ảnh hưởng của những biến động lịch sử, cũng như làn sóng nhập cư đến các khu vực này. Điều đó đã dẫn tới thực trạng là giá trị của SRB giảm đã tác động đến cơ cấu giới tính chung của dân số. Dân số của các khu vực này chỉ ngả về nam giới sau năm 2010 và theo phương án quá độ, tỷ số giới tính chung của dân số tăng nhẹ lên mức 102/100 vào năm 2050. Theo phương án bi quan, tỷ số giới tính chung của dân số khu vực này sẽ đạt đến mức 106/100 vào năm 2050, và duy trì ở mức thấp hơn tỷ số giới tính chung của dân số cả nước trong cả giai đoạn 1999-2050.



Biểu đồ 14: Dự báo tỷ số giới tính chung của dân số ở Việt Nam, 1999-2050

6.3 Hệ lụy đối với xã hội

Các dự báo trên cũng cho phép phân tích sâu hơn theo cơ cấu nhóm tuổi. Theo dự báo, phân bố giới tính của trẻ dưới 10 tuổi sẽ phản ánh tức thời hệ quả những biến động của SRB. Với những nhóm tuổi cao hơn, có khoảng cách thời gian và ảnh hưởng của phân bố tuổi và giới tính ban đầu sẽ rõ ràng hơn cùng với thời gian. Ví dụ: xem xét nhóm dân số trong độ tuổi trưởng thành từ 20-64. Tỷ số giới tính đạt giá trị cực đại 110/100 vào năm 2050 theo phương án bi quan. Ở phương án quá độ, tỷ số giới tính của nhóm này ổn định ở mức 105/100 vào năm 2050 và chỉ ở mức 102/100 nếu SRB giữ nguyên ở mức 105/100. Thậm chí sự gia tăng còn chậm hơn tại các tiểu khu vực siêu đô thị, nơi phụ nữ chiếm tỷ trọng lớn hơn trong dân số trưởng thành đã được ghi nhận trong TĐTDS 1999. Sự kìm hãm này là đáng kể và bắt nguồn từ tỷ số giới tính thấp được ghi nhận trong lịch sử Việt Nam ở đầu thế kỷ 21, khi mà phụ nữ chiếm đa số trong dân số trưởng thành. Thậm chí tỷ số giới tính của nhóm dân số già sẽ giảm xuống còn 82-83/100 từ năm 2000 đến năm 2040.

Một khía cạnh quan trọng của những thay đổi về phân bố giới tính và tuổi gắn liền với tình trạng bất bình đẳng giới trong tương lai và những hậu quả tới thị trường hôn nhân. Để khai thác khía cạnh

này, những kết quả cụ thể trình bày ở đây tập trung vào nhóm dân số trưởng thành. Dựa vào độ tuổi kết hôn thực tế ở Việt Nam, nam giới lập gia đình muộn hơn phụ nữ là 3,5 tuổi, trong phân tích này chỉ tập chung phân tích nhóm nữ tuổi từ 15 đến 44 và nam tuổi từ 20 đến 49. Tỷ số giới tính được trình bày dưới đây cho thấy sự mất cân bằng giữa hai nhóm này.

Biểu đồ 15 cho thấy những biến đổi của tỷ số giới tính trong nửa đầu thế kỷ 21. Xuất phát điểm ở mức 86/100 vào năm 1999 là rất thấp. Tình trạng *thiếu nam giới trầm trọng* này là hậu quả của những bất ổn trong quá khứ (Goodkind, 1997). Sự gia tăng của tỷ số này sau đó, cho đến năm 2020 đạt mức 100/100 hoàn toàn là quá trình phục hồi dần dần của cơ cấu tuổi và giới tính. Các thế hệ sinh ra sau năm 1970 gần như không bị ảnh hưởng bởi những khác biệt về tỷ lệ tử vong theo giới và hiện tượng di cư đã diễn ra đối với nhóm tuổi trưởng thành, và chính hai yếu tố này đã làm mất cân đối cấu trúc giới của nhóm dân số già ở Việt Nam.

Sau năm 2020, tác động của SRB hiện nay sẽ được bộc lộ qua cấu trúc tuổi và giới tính của nhóm dân số trưởng thành. Chênh lệch giữa số lượng nam giới và nữ giới ngày càng tăng, và mức dư thừa nam giới sẽ tới 12% vào năm 2040 (SRB

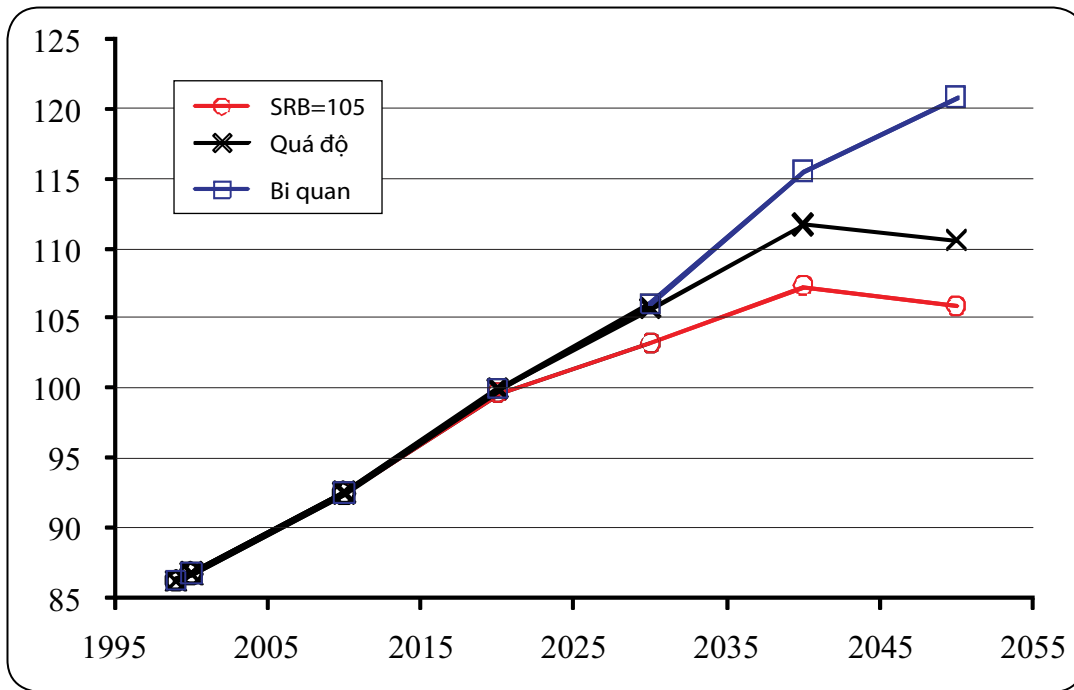
khi đó là 112/100). Tình trạng dư thừa này còn nghiêm trọng hơn khi xét theo phương án bi quan, vượt quá mức 20% trước năm 2050 (SRB trên 120/100). Tỷ số giới tính ở nhóm dân số trong độ tuổi kết hôn thậm chí có thể còn cao hơn ở hai tiểu khu vực siêu đô thị (với mức SRB là 114/100 và 123/100 vào năm 2050). Sự chênh lệch tuyệt đối giữa quy mô dân số nam và nữ ở Việt Nam vào năm 2050 sẽ khoảng 2,3 đến 4,3 triệu người tương ứng theo hai phương án nêu trên.

Tình trạng thiếu phụ nữ trong độ tuổi kết hôn đã diễn ra trên thực tế ở một vài khu vực của Trung Quốc và Ấn Độ. Nếu điều này xảy ra ở Việt Nam sau năm 2020, nó sẽ tác động đến xu hướng kết hôn theo nhiều cách khác nhau. Đầu tiên, thiếu phụ nữ có nghĩa là một bộ phận nam giới sẽ phải trì hoãn kết hôn - đây là sự điều chỉnh đầu tiên cần thiết, đáp ứng với tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính. Do kết hôn muộn, nam giới có thể sẽ hướng đến nhóm những phụ nữ trẻ hơn. Tuy nhiên, nút thắt này không thể gỡ được hoàn toàn bằng cách trì

hoãn hôn nhân, bởi vì tác động tích lũy của mất cân bằng SRB kéo dài trên vài thế hệ. Kết cục là một tỷ lệ nam giới sẽ không thể kết hôn. Điều đó có nghĩa là không chỉ một tỷ lệ lớn đàn ông không thể kết hôn trước 30 tuổi mà còn nhiều người trong số họ hoàn toàn không có khả năng lập gia đình.

Tất nhiên, điều này giả thiết rằng xu hướng hôn nhân không trải qua những thay đổi lớn mà chỉ là giảm căng thẳng trong thị trường hôn nhân như: nhiều phụ nữ kết hôn sớm hơn hoặc tỷ lệ ly hôn và tái hôn ở phụ nữ rất cao.

Kết hôn với người nước ngoài (nhập khẩu cô dâu) dường như cũng không giải quyết được vấn đề này. Nên nhớ rằng Việt Nam hiện đang chứng kiến dòng chảy ngược khi số lượng lớn phụ nữ kết hôn với người nước ngoài và định cư ở nước ngoài. Hiện tượng này phần nào đáp ứng lại tình trạng phân bố giới tính không đều, được trình bày ở biểu đồ 15. Hơn nữa, độ tuổi kết hôn của phụ nữ Việt Nam đang tăng lên có thể làm giảm số



Biểu đồ 15: Dự báo tỷ số giới tính ở dân số trưởng thành ở Việt Nam, 1999-2050

cô dâu trong tương lai. Cùng với sự gia tăng số phụ nữ chọn lối sống độc thân như đã quan sát thấy ở Nhật Bản, Hàn Quốc và Singapore, các xu hướng trong tương lai có thể còn làm trầm trọng hơn - thay vì giảm bớt đi - sự căng thẳng xã hội bởi dư thừa nam giới trong độ tuổi kết hôn sau 20 năm nữa.

Nếu SRB tiếp tục tăng lên trong những thập kỷ tới, sự dư thừa nam giới là không thể tránh khỏi trong tương lai. Những hậu quả cho xã hội của sự mất cân bằng giới tính là rất khó lường. Các nghiên cứu dựa trên kinh nghiệm của Trung Quốc và Ấn Độ đã chỉ ra rằng những tác động tiêu cực nghiêm trọng có thể làm tan vỡ cấu trúc gia đình ở những vùng bị mất cân bằng SRB. Tư tưởng gia trưởng đang phổ biến ở Việt Nam là cần con trai nối

dối tông đường, nhưng những khó khăn trong việc kết hôn do tình trạng dư thừa nam giới trong vòng 20 năm nữa, có thể sẽ làm suy yếu đi khả năng duy trì tư tưởng gia trưởng này. Hệ thống chính trị cũng có thể sẽ phụ thuộc nhiều hơn vào nam giới khi tỷ lệ nam giới tăng lên trong xã hội.

Ngay đối với phụ nữ, tình trạng thiếu hụt cũng không cải thiện được vị thế của họ. Sự khan hiếm này cũng không mở rộng được vị thế xã hội của họ, mà chỉ gây thêm áp lực đối với việc kết hôn, gia tăng các nguy cơ bạo hành giới, gia tăng nhu cầu mua dâm, phát triển mạng lưới buôn bán phụ nữ. Một vài trường hợp về bạo hành giới và buôn bán phụ nữ đã được ghi nhận ở Việt Nam và đã chỉ ra những nguy cơ mà phụ nữ sẽ phải đối mặt.



7. Kết luận và kiến nghị

7.1 SRB hiện tại và tương lai: xu hướng hiện tại và những lựa chọn chính sách

Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng từ năm 2000, SRB đã tăng lên đáng kể tại Việt Nam. Trong khi năm 2000, tỷ số này có thể vẫn bình thường, thì năm 2007 đã ở mức 111/100. Tỷ số này thấp hơn so với một số vùng khác của châu Á, như miền Đông Trung Quốc hay khu vực Tây Bắc Ấn Độ, những khu vực này vốn bị ảnh hưởng sâu sắc bởi làn sóng nam giới hóa, có SRB trên 125/100.

Một điều bất ngờ ở Việt Nam là sự gia tăng nhanh chóng, bất thường của SRB được ghi nhận trong vòng 8 năm trở lại đây. Hậu quả là SRB của Việt Nam giờ đây đã cao hơn cả Ấn Độ³⁵. Nếu tốc độ gia tăng như hiện nay vẫn tiếp tục, thì SRB sẽ vượt qua mức 115/100 trong vòng ba năm nữa, kể từ thời điểm này. *Sự tăng nhanh chóng này có thể liên quan đầu tiên đến các yếu tố cung cấp dịch vụ hơn là do mức độ gia tăng tâm lý ưa thích con trai. Khả năng tiếp cận đến các dịch vụ xác định giới tính có chất lượng hiện nay đã cho phép nhiều cặp vợ chồng điều chỉnh hành vi sinh sản của họ đáp ứng nhu cầu có con trai.* Hành vi sinh sản của họ dựa trên hai mục tiêu: giảm sinh và ưa thích con trai, chính điều này khiến cho phá thai lựa chọn giới tính trở thành một giải pháp thực dụng, thỏa mãn cả hai mục tiêu trên.

Những phân tích số liệu do TCTK thu thập được qua các điều tra biến động dân số hàng năm và điều tra số sinh tại các cơ sở y tế năm 2007, đã đưa ra bức tranh chi tiết về cơ chế và những yếu tố dẫn đến sự gia tăng đột biến này. Có

thể khẳng định rằng sự gia tăng của SRB gần đây là do sự gia tăng tỷ lệ phụ nữ mang thai biết thông tin về giới tính của con ngay từ trước khi sinh. Những người tiên phong trong thực hành lựa chọn giới tính là những người có trình độ giáo dục cao và thuộc tầng lớp khá giả trong xã hội. Đặc biệt là dân cư sống tại các vùng nông thôn giàu có, hoặc các những khu vực bán đô thị xung quanh Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. SRB cao tập trung ở một vài tỉnh thuộc vùng châu thổ sông Hồng và miền Đông Nam bộ.

Thực tế cho thấy sự gia tăng SRB mới chỉ bắt đầu những năm gần đây nên chưa gây lên tình trạng mất cân bằng về phân bố giới tính chung của dân số ở Việt Nam, như một số quốc gia khác ở châu Á. Trong khi SRB cao ảnh hưởng ngay lập tức đến tỷ số giới tính ở quần thể trẻ em, những hậu quả của tình trạng mất cân bằng giới tính hiện nay có thể chưa bộc lộ trên phạm vi cả nước trong vòng hai thập kỷ nữa. Tỷ số giới tính chung của dân số cả nước vẫn dưới mức 102/100 cho đến năm 2020, và tỷ số giới tính của nhóm dân số trưởng thành vẫn nghiêng về nữ giới cho đến năm 2020. Tuy nhiên, nếu SRB tiếp tục tăng sau năm 2010 thì cấu trúc giới tính của dân số cả nước sẽ bị ảnh hưởng nặng nề. Những tác động của hiện tượng này sẽ ảnh hưởng đến các bé trai được sinh ra sau năm 2005 và bước vào độ tuổi lập gia đình vào năm 2030: nhóm nam giới này sẽ dư thừa so với phụ nữ cùng lứa tuổi. Đến năm 2035, mức dư thừa nam giới trưởng thành sẽ chiếm 10% tổng số nam giới và thậm chí còn cao hơn nếu SRB không trở lại mức sinh học bình thường trong hai thập kỷ nữa.

Viễn cảnh này cần được xem xét khi ra các quyết sách trong tương lai liên quan đến các quy định về lựa chọn giới ở Việt Nam. Cần chú ý đến hai nhóm yếu tố khác nhau đứng sau sự gia tăng

³⁵ SRB ở Ấn Độ là 108 trong giai đoạn 2002-2006 theo nghiên cứu mới nhất của cuộc điều tra Sức khỏe Gia đình và Quốc gia (44.000 ca sinh). Tỷ số giới tính theo vùng cao hơn ở vùng Tây Bắc Ấn Độ.

của SRB: *nhóm yếu tố cung cấp dịch vụ và nhu cầu của người dân*. Chúng quyết định khi nào thì lựa chọn giới tính là khả thi và khi nào người dân mong muốn và sẵn sàng thực hiện lựa chọn giới tính. Những nhóm yếu tố này không liên quan trực tiếp với nhau và cần được xem xét một cách độc lập.

Một mặt, lựa chọn giới tính liên quan đến những thay đổi về "cung cấp dịch vụ": đó là dịch vụ xác định giới tính thai nhi trước sinh và dịch vụ phá thai khi mà giới tính của nó không như mong muốn. Sự gia tăng nhanh chóng về số lượng và chất lượng các cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản đóng vai trò quan trọng trong sự thay đổi này. Đặc biệt, nó liên quan đến sự mở rộng các cơ sở y tế kết hợp giữa công và tư nhân trong đó cán bộ y tế của bệnh viện công có thể hành nghề tại các cơ sở y tế tư nhân. Những quy định chặt chẽ hơn phòng ngừa việc xác định giới tính trước sinh và phá thai bất hợp pháp là một lựa chọn dễ dàng, nhưng các quy định này thường dẫn đến việc tăng các chi phí cho các dịch vụ chăm sóc SKSS có chất lượng như khám thai hoặc hạn chế khả năng tiếp cận tự do đến dịch vụ phá thai. Đây chính là tình trạng tiến thoái lưỡng nan của các nhà hoạch định chính sách. Chính sự miễn cưỡng thực hiện quyền sinh sản và những cam kết chính trị nhằm giảm tỷ lệ tăng dân số thực sự là một trong những nguyên nhân chính của sự phản ứng chậm chạp đối với sự gia tăng SRB của chính phủ một số nước châu Á.

Mặt khác, nhu cầu sinh con trai còn cao ở nhiều khu vực trong cả nước, đặc biệt là trong các hộ gia đình nông thôn truyền thống. Điều này có nghĩa là quá trình giảm sinh hiện nay càng làm gia tăng nguy cơ lựa chọn giới tính ở các bậc cha mẹ và nhiều gia đình ở Việt Nam đã phá thai gái, làm cho tình trạng mất cân bằng SRB càng trầm trọng hơn trong những năm tới. Các quan niệm truyền thống dựa trên hệ thống gia trưởng không thể thay

đổi nhanh chóng. Cùng với nhiều khía cạnh khác của bất bình đẳng giới, xã hội Việt Nam không dễ thay đổi thái độ phân biệt đối xử với phụ nữ. Những bất bình đẳng này bắt nguồn từ mọi khía cạnh có liên quan đến giới (thừa kế, tập tục hôn nhân, niềm tin tôn giáo, giá trị xã hội, phân công công việc...).

7.2 Kiến nghị

Phần này đề xuất một số kiến nghị rút ra từ kết quả phân tích của báo cáo này. Do báo cáo không thể phân tích tất cả các khía cạnh liên quan đến SRB tại Việt Nam, nên các kiến nghị được đưa ra dưới đây chỉ mang tính chất chung mà không đi sâu vào các gợi ý cụ thể.

Nghiên cứu mặc dù còn chưa hoàn chỉnh, nhưng những vấn đề liên quan đến sự gia tăng gần đây của SRB tại Việt Nam đã được ghi chép tốt hơn nhiều so với các quốc gia châu Á khác, khi hiện tượng này mới được phát hiện vào những năm 1980 và 1990. Trên thực tế, ở Việt Nam, mất cân bằng giới tính khi sinh đã gây được sự chú ý của công luận và có sự mong muốn tìm hướng giải quyết. Mức độ nhận thức về SRB đã được trình bày chi tiết trong một nghiên cứu định tính do Quỹ Dân số Liên hiệp quốc tài trợ (ISDS, 2007) và đã được đăng tải trên các phương tiện thông tin đại chúng. Điều này chứng tỏ rằng các bài học rút ra từ kinh nghiệm của một số nước khác đã có tác dụng với các nhà lãnh đạo và hoạch định chính sách, cũng như tác động thực sự đến nhận thức của các phương tiện thông tin đại chúng và trên hết là nhận thức của công chúng trên phạm vi rộng lớn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này sẽ nhấn mạnh đến ba mục tiêu khác nhau, cần đạt được trong những năm tới để có thể giám sát tốt hơn tình trạng mất cân bằng SRB và có những đáp ứng về chính sách phù hợp hơn đối với những thách thức mới đặt ra cho xã hội Việt Nam.

7.2.1 Nhu cầu về số liệu và số liệu đăng ký sinh

Báo cáo này đã chỉ ra rằng có sự thiếu hụt nghiêm trọng về số liệu để đánh giá mức độ và hành vi lựa chọn giới tính trên phạm vi cả nước, vì phần lớn những tính toán trong báo cáo đều áp dụng kỹ thuật ước lượng gián tiếp. Nguồn số liệu có ích nhất về phân bố giới tính khi sinh chắc chắn là số liệu hàng năm về đăng ký hộ tịch. Số liệu về SRB của các nước phát triển chủ yếu được rút ra từ một nguồn duy nhất là hệ thống đăng ký hộ tịch (đăng ký sinh). Đây là nguồn số liệu toàn diện nhất và ít bị ảnh hưởng bởi các sai chệch. Việc công bố số lượng trẻ sinh ra được đăng ký khai sinh có phân loại theo giới tính là thông lệ hàng năm và rất hữu ích cho hoạt động giám sát các xu hướng của SRB. Số liệu thống kê này được cung cấp một cách hệ thống theo từng đơn vị hành chính (vùng hoặc tỉnh). Điều này cho phép xác định để dàn trải các “điểm nóng” nghi ngờ. Số liệu này sẵn có không chỉ ở các nước phát triển hơn ở châu Á như Nhật Bản, Hàn Quốc, mà còn ở một số quốc gia khác như Sri Lanka, là nước có hệ thống đăng ký các sự kiện nhân khẩu học có chất lượng.

Thiếu số liệu đăng ký hộ tịch thường là do chất lượng bộ máy hành chính yếu kém, cùng với sự thiếu quan tâm của người dân trong việc kê khai các sự kiện dân sự. Tuy nhiên, đây không phải là vấn đề ở Việt Nam khi mà phần lớn các ca sinh được đăng ký (như điều tra MICS và các nghiên cứu khác đã chỉ ra). Thêm vào đó, phần lớn các ca sinh diễn ra tại các cơ sở y tế với trợ giúp của nhân viên y tế. Cũng cần bổ sung thêm là việc đăng ký khai sinh ở Ủy ban nhân dân được thực hiện một cách có hệ thống đối với các ca sinh diễn ra tại nơi cư trú lâu dài của người mẹ³⁶. Trẻ sơ sinh cũng được nhập sổ ngay tại cơ sở y tế

địa phương, nơi trẻ sinh ra hoặc nơi theo dõi sức khỏe đứa trẻ. Chính phủ đã ban hành nhiều quy định như Nghị định Chính phủ 158/2005/NP-CP tháng 12 năm 2005 nhằm đơn giản hóa và thống nhất thủ tục đăng ký khai sinh. Nhìn chung, mặc dù có hệ thống đăng ký hộ tịch nhưng việc phân tích số liệu rất phức tạp khi mà việc tổng hợp và công bố số liệu đăng ký khai sinh bị bỏ sót hoặc không hoàn chỉnh.

Do vậy, biện pháp dài hạn để nâng cao chất lượng giám sát SRB sẽ bắt đầu từ số liệu thống kê đăng ký khai sinh. Mục tiêu vẫn là 100% trẻ em được đăng ký khai sinh thông qua việc củng cố hệ thống hành chính và đơn giản hóa thủ tục đăng ký. Thêm vào đó, cần động viên cha mẹ (vừa sinh con) đăng ký khai sinh trong vòng một tháng sau khi sinh, thay vì khai sinh muộn, thậm chí trì hoãn cho đến khi họ cần một giấy đăng ký khai sinh chính thức, ví dụ cần có giấy khai sinh để trẻ em nhập học. Nâng cao nhận thức của cha mẹ, cộng đồng và giới công chức là rất cần thiết cho việc cải thiện hệ thống đăng ký khai sinh. Phổ biến số liệu này một cách hệ thống là bước cần thiết tiếp theo để đảm bảo hệ thống đăng ký hộ tịch là đáng tin cậy.

Thống kê nhân khẩu học cũng được thu thập từ nhiều nguồn khác nhau như điều tra biến động dân số hàng năm, điều tra sinh tại các cơ sở y tế và TĐTDS năm 2009. Dưới đây là một số ưu điểm của từng nguồn số liệu.

Điều tra biến động dân số hàng năm cung cấp các số liệu quan trọng nhất cho việc giám sát những thay đổi của dân số ở Việt Nam. Chính từ nguồn số liệu này mà các nhà nghiên cứu đã phát hiện sự gia tăng gần đây của SRB, cho dù một số biến số về kinh tế-xã hội quan trọng không có trong bộ câu hỏi. Nhằm phục vụ cho mục đích sử dụng số liệu sau này, điều tra này cần được điều chỉnh cho phù hợp với những yêu cầu mới về số liệu.

³⁶ Không đăng ký xuất nhập cư có thể sẽ dẫn đến việc chậm đăng ký khai sinh ở cả nơi người xuất nhập cư đi và đến.

Các kết quả và phát hiện của cuộc điều tra này cần được công bố và sẵn sàng cho mục đích nghiên cứu³⁷. Như đã đề cập trong báo cáo này, việc thu thập số sinh tại các cơ sở y tế, do Bộ Y tế thực hiện trên phạm vi cả nước sẽ cung cấp một bức tranh toàn diện nhất về thực trạng mất cân bằng SRB và diễn biến của nó ở các vùng. Đặc biệt, các số liệu báo cáo về số sinh của Bộ Y tế cũng sẽ khẳng định những phân tích sơ bộ trong báo cáo này.

TĐTDS năm 2009 cung cấp hai biến số chính để nghiên cứu sâu hơn về khuynh hướng của SRB. Đầu tiên, phân bố giới tính và độ tuổi sẽ phản ánh chi tiết nhất sự mất cân bằng trong những năm trước cuộc điều tra trên phạm vi cả nước. Thứ hai, tỷ số giới tính của các lần sinh trước sẽ mô tả đầy đủ hơn về các đặc điểm kinh tế, xã hội, vùng miền của bà mẹ và hộ gia đình đang thực hiện lựa chọn giới tính.

7.2.2 Nguyên nhân và cơ chế của lựa chọn giới tính trước sinh

Từ góc độ nghiên cứu định tính, việc thực hành lựa chọn giới tính ở Việt Nam vẫn còn ít được quan tâm nghiên cứu. Việt Nam cần có thêm các nghiên cứu xã hội học và nhân học để ghi chép và hiểu rõ cơ chế và các yếu tố đằng sau sự gia tăng đột biến của lựa chọn giới tính. Trong khi đã có một số nghiên cứu về phá thai và các khía cạnh khác của sức khỏe sinh sản, chưa có nghiên cứu về cung - cầu của lựa chọn giới tính: một mặt, cần phải tìm hiểu về các cơ sở y tế hiện nay và cách thức phụ nữ tiếp cận kỹ thuật lựa chọn giới tính. Mặt khác, cần phân tích các lý do và bối cảnh ẩn sau sự ưa thích con trai. Trên thực tế, trong bối cảnh có ít các nghiên cứu liên quan, rất khó để có sự hiểu biết thấu đáo về cơ chế xã hội của lựa chọn giới tính, ngoại trừ những quan điểm chung về nhu cầu có con trai và giả thuyết về

vai trò của phá thai lựa chọn giới tính khi giải thích cho tình trạng mất cân bằng SRB ở Việt Nam.

Nhu cầu cần có con trai hiện hữu ở nhiều cộng đồng nông thôn châu Á, mặc dù không rõ các bậc cha mẹ sẵn sàng đến mức độ nào để đảm bảo khả năng sinh con trai. Các bậc cha mẹ có thể áp dụng hàng loạt biện pháp để sinh được con trai, từ các phương thức cổ truyền để thụ thai con trai cho đến "quy luật dừng" hoặc phá thai lựa chọn giới tính (ISDS 2007). Tái hôn, nhận con nuôi, bỏ rơi con, thậm chí là giết con cũng là những biện pháp để có thể có con trai. Những biện pháp này ít ảnh hưởng đến SRB nhưng thường làm tăng mức sinh. Do đó, hiểu được khi nào và bằng cách nào các bậc cha mẹ chuyển từ bị động sang chủ động lựa chọn giới tính là rất quan trọng. Trong bối cảnh những thay đổi nhanh chóng về kinh tế, xã hội, nhân khẩu học ở Việt Nam vào cuối những năm 1980, cùng với quá trình giảm sinh nhanh, chi phí cho việc sinh thêm một đứa con tăng cao. Lựa chọn giới tính ngay từ những lần sinh đầu tiên có thể là cần thiết. Về khía cạnh này, SRB cao khá bất thường ở lần sinh đầu tiên của Việt Nam cần được làm rõ bởi vì đây là một đặc điểm bất thường của mất cân bằng SRB.

Nhiều khía cạnh khác liên quan đến sự ưa thích con trai cần tiếp tục nghiên cứu như vai trò tăng trưởng kinh tế, quá trình đô thị hóa và thay đổi cơ cấu nghề nghiệp đã ảnh hưởng đến vị thế của nam giới và phụ nữ trong gia đình. Những cơ chế cụ thể như việc chuyển tiền tích kiệm của con cái cho cha mẹ già - như một giải pháp chính đối với tình trạng đói nghèo ở người cao tuổi (Evans và cộng sự, 2007) cũng cần được quan tâm hơn. Bên cạnh đó, các hệ thống chuẩn mực truyền thống dựa trên tư tưởng gia trưởng ở Việt Nam là không đồng nhất (Bélanger 2000; Jayakody 2005)³⁸.

³⁷ Cùng với ước lượng tỷ lệ sinh đẻ và di dân cơ bản hàng năm, một báo cáo chi tiết có thể xuất bản 2 năm một lần. Điều đó sẽ tăng cường chất lượng và mở rộng việc sử dụng kết quả điều tra mẫu.

³⁸ Mức độ phổ biến của mô hình gia đình hạt nhân (2 thế hệ) ở châu thổ sông Hồng so với châu thổ sông Mekông là một ví dụ.

Điều này không chỉ thấy giữa các dân tộc (người kinh với người thiểu số), văn hóa vùng miền (miền Bắc so với miền Nam) và định hướng kinh tế (người nông dân so với dân thành thị), mà còn bị ảnh hưởng mạnh mẽ trong quá trình chuyển đổi nền kinh tế-xã hội và hệ tư tưởng. Tác động qua lại giữa cơ cấu giới truyền thống của từng địa phương và các thành tố của biến động xã hội cũng chưa được nghiên cứu nhiều. Một chính sách can thiệp đến nhu cầu có con trai của đại bộ phận các cặp vợ chồng đòi hỏi một sự hiểu biết thấu đáo về khác biệt về giới trong toàn xã hội cũng như những tiến triển của nó trong tương lai.

Nghiên cứu khía cạnh cung cấp dịch vụ cũng không kém phần quan trọng. Để làm được điều này, cần mô tả đầy đủ hơn về sự phát triển nhanh chóng của các kỹ thuật mới, đặc biệt là phương pháp xác định giới tính thai nhi như siêu âm, chọc ối. Sự lan tràn của các kỹ thuật này bắt đầu từ các cơ sở y tế công, sau đó đến các cơ sở y tế tư nhân³⁹. Đặc biệt, sự phát triển nhanh chóng của mạng lưới phòng khám và cơ sở y tế trên khắp cả nước trong thập kỷ vừa qua có thể đã trở thành một kênh chính, qua đó phụ nữ tiếp cận với những kỹ thuật lựa chọn giới tính mới. Việc tìm hiểu các phương thức lựa chọn giới tính của các bậc cha mẹ và hoạt động của các cơ sở y tế đáp ứng nhu cầu này là rất khó khăn: không những các trường hợp phá thai không được các bà mẹ báo cáo đầy đủ, thực hành lựa chọn giới tính là bất hợp pháp, mà bản thân các nhân viên y tế cũng rất dè dặt khi thảo luận về lĩnh vực này. Trừ phi có một sự hiểu biết đầy đủ hơn về khả năng tiếp cận dịch vụ chọn lọc giới tính, mới có thể giám sát chặt chẽ dịch vụ này mà không làm tổn hại đến chất lượng và hoạt động của các cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản hiện có.

³⁹ Cần chú ý là đã có một vài nghiên cứu định tính và một số nghiên cứu khác về tình hình phá thai tại Việt Nam nhưng gần như không có nghiên cứu nào xác định sự gia tăng nhu cầu lựa chọn giới tính trước sinh là một bộ phận của thực hành phá thai tại Việt Nam.

7.2.3 Thông tin và phổ biến thông tin

Thông tin và phổ biến thông tin là các cấu thành quan trọng của các hoạt động nghiên cứu. Các phát hiện từ các nghiên cứu định tính và phân tích nhân khẩu học cần được chia sẻ với các bên liên quan, bắt đầu từ công chúng, các tổ chức xã hội dân sự, cán bộ y tế, các nhà quản lý y tế, đến các nhà lãnh đạo. Lựa chọn giới tính là một hành vi cá nhân, được xem như là mang lại các lợi ích cá nhân, nhưng đồng thời hành vi này có tác động tiêu cực cho xã hội (nhà kinh tế học gọi là "các yếu tố ngoại lai"). Để giải quyết hai mặt của vấn đề này, đầu tiên cần chia sẻ mọi thông tin với công chúng về tình trạng hiện tại về mất cân bằng SRB, mức độ trầm trọng của hành vi chọn lọc giới tính, cũng như những hậu quả của nó đối với cơ cấu dân số của xã hội, trước khi đưa ra các quy định cụ thể.

Việc chia sẻ thông tin, ngược lại cũng sẽ thúc đẩy sự tham gia vào hoạt động can thiệp của các tổ chức khác như các cơ quan truyền thông đại chúng, các tổ chức xã hội dân sự. Quá trình này sẽ mang lại nhiều thông tin hơn, cũng như các báo cáo và phân tích về sự gia tăng của lựa chọn giới tính. Kinh nghiệm của một số nước châu Á khác phải đối mặt với mất cân bằng giới tính trầm trọng nhiều năm qua sẽ giúp Việt Nam rút ra những bài học sâu sắc khi bàn về lựa chọn giới tính và những ảnh hưởng của nó đến cấu trúc dân số. Một cách tiếp cận cụ thể là cần khuyến khích giới khoa học và hàn lâm, thông qua các hỗ trợ về nghiên cứu và đào tạo, tham gia nhiều hơn vào những nỗ lực hiện nay nhằm giám sát và phiên giải sự gia tăng gần đây của SRB. Nghiên cứu của sinh viên về nhân khẩu học, xã hội học và của các chuyên gia có kinh nghiệm sẽ là những đóng góp quan trọng trong quá trình này, đặc biệt khi phân biệt đối xử trên cơ sở giới là một hiện tượng phức tạp, là nơi giao thoa giữa các hệ thống giá trị truyền thống, biến động dân số trong quá trình hiện đại hóa, và các thay đổi nhanh chóng về kinh tế và xã hội của Việt Nam đương đại.

Tài liệu tham khảo

Arnold F., Kishor S., Roy T.K. , 2002, "Sex-selective abortion in India", *Population and Development Review*, 28 (3), 759-786.

Attané, I. and Guilmo, C.Z., eds., 2007, *Watering the Neighbour's Garden. The Growing female Deficit in Asia*, CICRED, Paris.

Bélanger, Danièle, et al ., 2003, "Are sex ratios increasing in Viet Nam?" *Population*, vol. 58 no. 2, pp. 231-250.

Bélanger, Danièle, 2002, "Son preference in rural Viet Nam", *Studies in Family Planning*, Vol. 33 no. 4, pp. 321-334.

Bélanger, Danièle, 2006, "Indispensable Sons: Negotiating reproductive desires in rural Viet Nam", *Gender, Place and Culture*, Vol. 13, No. 3, pp. 251-265.

Bélanger, Danièle, and Khuat Thi Hai Oanh, 2007, "Second trimester abortions and sex-selection of children in northern urban Viet Nam", paper under submission.

Chu Junhong 2003, "Prenatal Sex determination and Sex-Selective Abortion in Rural Central China", *Population and Development Review*, 27(2), 259-281.

Croll Elisabeth, 2000, *Endangered Daughters. Discrimination and Development in Asia*, London: Routledge, 207 pages.

Epprecht M, and Heinimann A, editors. 2004. *Socioeconomic Atlas of Viet Nam. A Depiction of the 1999 Population and Housing Census*. Swiss National Centre of Competence in Research (NCCR) North-South, University of Berne. Berne. 168 pp.

Evans, Martin, et al., 2007, *The Relationship between Old Age and Poverty in Viet Nam*, UNDP, Hanoi.

Gammeltoft, Tine and Hanh Thi and Thuy Nguyen, 2007, "The Commodification of Obstetric Ultrasound Scanning in Ha Noi, Viet Nam", *Reproductive Health Matters*, 15(29), 163-171.

General Statistical Office, 2001. *Results of Population Projections for Whole Country, Geographic Regions and 61 Provinces/Cities Viet Nam, 1999 - 2024*, Ha Noi.

General Statistical Office, 2007, *The 2006 Population Change, Labour Force and Family Planning Survey. Major Findings*, Statistical Publishing House, Ha Noi.

Goodkind Daniel, 1997, "The Vietnamese Double Marriage Squeeze", *International Migration Review*, 31(1), 108-127.

Guilmoto, Christophe Z., 2007a, "Characteristics of Sex-Ratio Imbalances in India and Future Scenarios", report for UNFPA.

Guilmoto, Christophe Z., 2007b, "Sex-ratio imbalance in Asia: Trends, consequences and policy responses", report for UNFPA.

Haughton, J., & Haughton, D. (1995). Son preference in Viet Nam, *Studies in Family Planning*, vol. 26 no. 6, pp. 325-338.

Hoang Kim Dzong and Nguyen Quoc Anh, 2006, "Induced abortion in Viet Nam: Facts and solutions", in Susana Lerner and Eric Vilquyn, eds., *Reproductive Health, Unmet Needs and Poverty*, Paris, CICRED, 399, 423.

Institute for Social Development Studies, 2007, *New "Common Sense": Family-Planning Policy and Sex Ratio in Viet Nam. Findings from a qualitative study in Bac Ninh*, Ha Tay and Binh Dinh, report for UNFPA.

Jayakody, Rukmalie et al., 2005, "The Impact of Social Change on Vietnamese Families", communication presented at the World Population Conference, Tours, July.

Kim Doo-Sub, 2004, "Missing Girls in South Korea: Trends, Levels and Regional Variations", *Population (English edition)*, 59(6): 865-878.

Law on Gender Equality, 2006, last accessed in January 2008 on <http://www.ubphunu-ncfaw.gov.vn/?lang=E&unc=newsdt&CatID=132&newsid=1700&MN=132>.

Le, Linh C. *et al.*, 2004, "Reassessing the Level of Unintended Pregnancy in Viet Nam and its Correlates". *Studies in Family Planning*, Vol. 35, no. 1: 15-26

Le, Linh C., 2006, "Unintended live birth vs. Abortion: What factors affect the choices of Vietnamese women and couples?." *Asia-Pacific Population Journal*, Vol. 21, no. 2:45-66.

Li, Shuzhuo, 2007, "Imbalanced Sex Ratio at Birth and Comprehensive Intervention in China", report for UNFPA.

MICS, 2007, Multiple Indicator Cluster Survey 2006 Viet Nam, GSO and UNICEF, Statistical Publishing House, Ha Noi.

Ministry of Health, 2006, *Viet Nam Health Report 2006*. Medical Publishing House, Ha Noi.

Plan International, 2006, "Birth Registration in Viet Nam", Country Report prepared for the Fourth Asia and Pacific Regional Conference on Universal Birth Registration, Bangkok, Thailand, 13-17 March 2006

Sabharwal, Gita and Than Thi Thien Huong, (nd) Missing Girls in Viet Nam: Is High Tech Sexism an Emerging Reality?, *ELDIS library*

Santow, Gigi, 2006, *Review of data on fertility, mortality, and the sex ratio of births as derived from the 2006 population change survey*, Report on consultancy mission to the Department of Population and Labour Statistics, General Statistics Office, Ha Noi, Viet Nam and to UNFPA Viet Nam.

Tuan Tran, *et al.* , 2005, "Comparative quality of private and public health services in rural Viet Nam", *Health Policy and Planning*, 20(5):319-327

UNFPA, 2007, *Population Growth in Viet Nam. What the Data from 2006 tell us. With a Focus on the "Sex ratio at Birth"*, a booklet published UNFPA, Ha Noi.

United Nations, 2007, *World population prospects, The 2006 Revision Population Database, United Nations, Population division*, on the website <http://esa.un.org/>

Viet Nam Poverty Update Report, 2006, *Poverty and Poverty Reduction in Viet Nam 1993-2004*, Vietnamese Academy of Social Sciences, Ha Noi.

Vo Anh Dung, Phuong Thi Thu Huong, Nguyen Ngoc Huyen, Le Thanh Son, 2005, "Sex ratios at birth in Viet Nam and some localities: Current situation and comments", International Conference on *Female deficit in Asia : Trends and perspectives*, Ceped-Cicred-INED, Singapore, 5-7 December 2005.

UNFPA, Quỹ dân số Liên hiệp quốc, một tổ chức phát triển Quốc tế, đang hoạt động nhằm thúc đẩy quyền cho mỗi phụ nữ, nam giới và trẻ em đều có được một cuộc sống dồi dào sức khỏe và có cơ hội bình đẳng. UNFPA đang hỗ trợ các nước trong việc sử dụng số liệu dân số để xây dựng chính sách và chương trình nhằm xóa đói giảm nghèo và đảm bảo rằng mọi phụ nữ đều có thai theo ý muốn, trẻ em đều được sinh ra an toàn, thanh thiếu niên đều không mắc phải HIV/AIDS, trẻ em gái cũng như phụ nữ đều được đối xử bình đẳng và tôn trọng.

Tài liệu này có thể tham khảo từ
<http://vietnam.unfpa.org>