

THỰC TRẠNG MẤT CÂN BẰNG GIỚI TÍNH KHI SINH (Nghiên cứu trường hợp tại xã Khánh An và xã Nguyễn Phức, huyện U Minh, tỉnh Cà Mau)

ĐU CHỨC LY(*)

Thực hiện công tác dân số là tập trung giải quyết các vấn đề quy mô, cơ cấu, chất lượng dân số, phân bố và quản lý dân cư, nhưng trong những năm qua do xuất hiện vào giai đoạn xã hội đang nở rộ các dịch vụ siêu âm, mở rộng các dịch vụ y tế tư nhân, thuận tiện, dễ dàng trong nạo phá thai cùng với tâm lý ưa thích con trai trong xã hội... đã dẫn đến tỷ số mất cân bằng giới tính khi sinh (MCBGTKS) tăng vượt mức chỉ tiêu đề ra vào năm 2015 là không chế MCBGTKS dưới 112 bé trai/100 bé gái. Tỷ số mất cân bằng giới tính ở Việt Nam có xu hướng tăng đột biến từ 118 bé trai/100 bé gái vào năm 2000; 127 bé trai /100 bé gái năm 2006; 123 bé trai/100 bé gái năm 2007; đến năm 2013 là 113,8 bé trai/100 bé gái; 6 tháng đầu năm 2014 là 114 bé trai/100 bé gái, vượt quá chỉ tiêu đề ra vào năm 2015 là không chế tỷ số MCBGTKS dưới 112 bé trai/100 bé gái. MCBGTKS ở Việt Nam trong những năm gần đây đang nổi lên một vấn đề rất được quan tâm, đang ở mức báo động.

MCBGTKS ở Việt Nam có những đặc thù khác với các nước trong khu vực như tỷ lệ lựa chọn giới tính khi sinh (LCGTKS) cao ở lần sinh đầu tiên, chứng tỏ các bà mẹ đã chọn lọc giới tính ngay từ lần sinh đầu tiên. Đặc biệt, MCBGTKS diễn ra nghiêm trọng nhất ở nhóm kinh tế khá giả như: tỷ lệ giới tính khi sinh (TLGTKS) ở nhóm giàu là 111,7 và nhóm giàu nhất là 112,9 và tăng dần theo phụ nữ có trình độ học vấn cao 114 ở nhóm có trình độ cao đẳng trở lên, vì họ biết chủ động sử dụng biện pháp tránh thai và điều chỉnh mức con mong muốn. Ảnh hưởng từ giảm sinh và tác động các yếu tố kinh tế, phúc lợi xã hội, mật độ dân số quá lớn nên trong thời gian gần đây tỷ lệ MCBGTKS ngày càng tăng. Can thiệp

giảm thiểu MCBGTKS là vấn đề được cả xã hội quan tâm nhằm khắc phục tình trạng MCBGTKS của Việt Nam trong hiện tại và cả trong tương lai. Do vậy, đã có nhiều tài liệu, nhiều bài viết đăng trên các tạp chí khoa học như:

- Luận văn nghiên cứu: “thực trạng MCBGTKS tại huyện Thiệu Hóa” là luận văn tốt nghiệp cử nhân Y Khoa - Đại học Y Hà Nội, luận văn đã chứng minh thực trạng MCBGTKS theo hướng bé trai cao hơn bé gái của Thanh Hóa là 122/100, đứng thứ 2 cả nước.

- Trong phân tích Điều tra biến động Dân số và KHHGD hàng năm TS. Nguyễn Thị Mỹ Trang cũng đã nhận định, trong vòng 20 năm nữa, cơ cấu dân số Việt Nam sẽ bị ảnh hưởng bởi thừa nam giới và nhiều vấn đề xã hội phức tạp, tác động không nhỏ đến sự phát triển bền vững về kinh tế, văn hóa, xã hội và an ninh quốc phòng.

- Ông Kiran Bhatia cho rằng yếu tố tác động là do định kiến giới, Ông Christophe Guilmoto ông cho rằng cần chấm dứt tình trạng tạo áp lực sinh con 1 bé cho gia đình sinh con 1 bé là gái và nâng cao giá trị của người phụ nữ trong gia đình và ngoài xã hội.

- Theo Ông Bruce Campllell - Trưởng đại diện Quỹ dân số LHQ (UNFPA) đưa ra trong cuộc họp báo về chênh lệch giới tính khi sinh ở Việt Nam, nhóm dân số nghèo nhất thường có tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) rất gần với mức bình thường là 105, trong khi đó với nhóm dân số giàu số này lên đến 112. Ông nhấn mạnh có sự diễn tiến phức tạp “mặc dù TSGTKS của các quốc gia khác cao hơn Việt Nam, như Ấn Độ 112, Trung Quốc 120 và Azerbaijan 117, nhưng

(*) Thạc sĩ Xã hội học



(Hình ảnh chỉ mang tính minh họa)

sự mất cân bằng tỷ số này tại Việt Nam lại tăng nhanh chóng trong vòng 5 năm trở lại đây”.

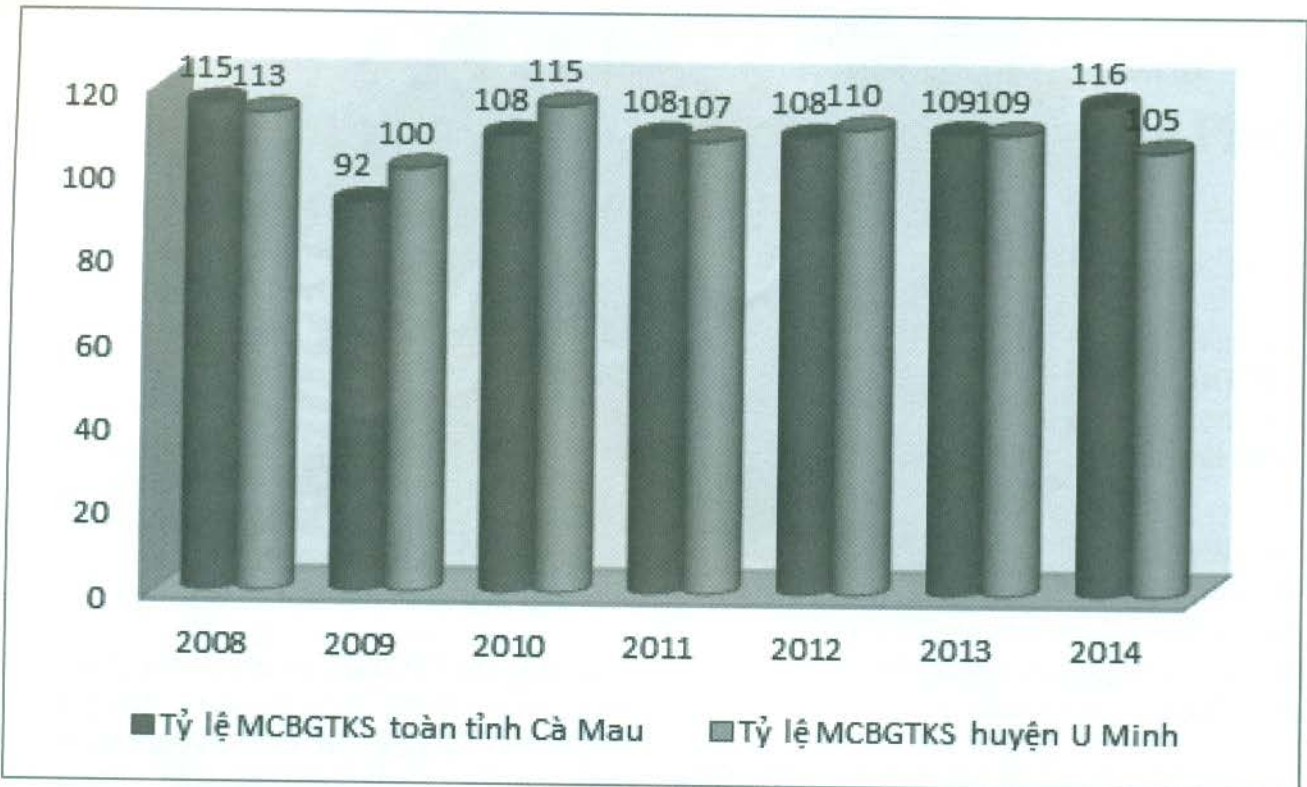
- Các báo giới đã đề cập nhiều đến khả năng TSGTKS ở Việt Nam đang trở nên mất cân bằng: "Thà có con trai còn hơn? Bạn không phải là người duy nhất trong số dân cư đông đúc của Việt nam" (Báo Việt Nam news, 22/12/2005); "Đất nước sẽ phải trả giá sau này" (Báo kinh tế, 01/2/2005); "Bé trai nhiều hơn bé gái sơ sinh" (VietNamnet, 20/7/2006) và "Chính phủ nghiêm khắc trừng phạt hành động phá thai vì giới tính" (VietNamNet, 17/10/2006).

Trong thập kỷ qua thực trạng MCBGTKS đã được quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA), các nhà nghiên cứu, các cơ quan chính phủ quan tâm nghiên cứu trên nhiều khía cạnh khác nhau, từ góc độ tiếp cận quốc gia, cuối của thế kỷ 20, ở một số nước, TSGTKS đã có dấu hiệu tăng cao, theo số liệu của Cơ quan Tình báo Trung ương (CIA) Mỹ năm 2005, có 13 nước đã vượt qua ngưỡng 107. Các nước có TSGTKS cao tập trung chủ yếu ở Châu Á (6 nước), tiếp theo là khu vực Đông Âu. Trong đó, Việt Nam là nước có TSGTKS cao vào hàng thứ 6 trên thế giới.

Khoảng đầu những năm 1980, ở một số nước Châu Á, TSGTKS đã bắt đầu tăng cao thậm chí tăng lên rất cao như Hàn Quốc, Trung Quốc.

Thời gian để TSGTKS từ mức trung bình đến mức cao chỉ trong vòng khoảng 3 đến 5 năm. Vào năm 1982-1983, các nước Singapore, Trung Quốc và Hàn Quốc TSGTKS vẫn nằm trong khoảng giới hạn trung bình nhưng chỉ đến năm 1986, Hàn Quốc và Trung Quốc đã tăng lên rất cao ở mức khoảng 112, thậm chí ở Hàn Quốc chỉ số này tiếp tục tăng cao hơn. Điều này cho phép nhận định rằng: TSGTKS có thể tăng cao chỉ trong một thời gian ngắn, khoảng 3 đến 5 năm; và khi đã tăng cao vẫn có thể kiềm chế để hạ thấp (như Singapore) hoặc giảm dần (như của Trung Quốc) và ngược lại trường hợp của Hàn Quốc chỉ số này tiếp tục tăng lên rất cao.

Tâm lý ưa thích con trai dẫn đến nhu cầu lựa chọn giới tính trước sinh là hiện tượng phức tạp, tổng hợp các quan niệm truyền thống kế thừa từ quá khứ và các giá trị xã hội hiện đại phát sinh từ những chuyển đổi gần đây trong xã hội. Việt Nam cũng như một số nước châu Á, bị ảnh hưởng lớn bởi tư tưởng Nho giáo truyền thống với quan niệm con trai nối dõi tông đường... đã làm cho tâm lý ưa thích con trai trở nên mãnh liệt. Quan niệm "nhất nam viết hữu, thập nữ viết vô" từ lâu đã ăn sâu vào tiềm thức của mỗi cá nhân, các cặp vợ chồng, gia đình và dòng họ. Áp lực giám sinh với khuyến cáo mỗi cặp vợ chồng chỉ sinh 1-2 con cũng là nguyên nhân gián tiếp



Hình 1: Tỷ lệ MCBGTKS của toàn tỉnh Cà Mau so với huyện U Minh

tác động đến thực trạng này. Để sinh ít con mà vẫn đảm bảo có con trai như mong muốn, các cặp vợ chồng không thể áp dụng "quy luật dừng" là sinh đến khi nào có con trai mới thôi, nên họ đã sử dụng các dịch vụ lựa chọn giới tính trước sinh nhằm đáp ứng được cả hai mục tiêu nói trên.

Thực trạng mất cân bằng TSGTKS ở Việt Nam thật sự nóng lên từ năm 2006. Mặc dù khởi đầu muộn hơn các nước trong khu vực châu Á như Trung Quốc, Hàn Quốc, Ấn Độ khoảng 20 năm nhưng tốc độ gia tăng TSGTKS ở Việt Nam nhanh hơn rất nhiều. Bình quân tốc độ gia tăng TSGTKS hằng năm của các nước trên đây chỉ từ 0,4% đến 0,5%, nhưng ở Việt Nam ngay từ những năm đầu tiên xuất hiện thực trạng này, tốc độ gia tăng TSGTKS đã lên cao bất thường, từ 1% đến 1,5%.

Tại Cà Mau, TSGTKS tuy không tăng cao như mặt bằng chung của cả nước nhưng tăng đột biến: Nếu năm 2008 tăng cao 115% nam/100% nữ thì năm 2009 giảm đột ngột còn 92% nam/100% nữ, giai đoạn 4 năm từ năm 2010 đến

2013 tăng điều ổn định thấp với tỷ lệ 108%, 109% nam/100% nữ; riêng năm 2014 tỷ lệ tăng đột biến 116% nam/100% nữ, được thể hiện qua số liệu tổng số liệu tổng trẻ nam sinh ra hàng năm trên tổng số trẻ nữ sinh ra hàng năm (Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản, năm 2008-2014).

TSGTKS của tỉnh Cà Mau ở mức cao theo hướng thừa nam thiếu nữ qua theo dõi các số liệu quản lý thu thập từ cộng tác viên dân số - KHHGD cơ sở trong vòng 7 năm qua. Năm 2014 tỉnh Cà Mau TSGTKS tăng mạnh 116/100 cao hơn cả nước là 114 bé trai/100 bé gái, huyện U Minh cũng có sự chênh lệch khác biệt so với toàn tỉnh Cà Mau.

Xã Khánh An và xã Nguyễn Phích là 2 xã được tác giả chọn làm địa bàn nghiên cứu, là xã phía Tây Nam huyện U Minh, phía Tây Bắc giáp thành phố Cà Mau, tỷ lệ MCBGTKS tại 2 xã này tăng đột biến trong những năm qua như: xã Nguyễn Phích năm 2008 TSGTKS là 109 bé trai/100 bé gái, từ năm 2009 đến 2012 giảm duy trì 106 bé trai/100 bé gái, năm 2013 tăng đột biến

126 bé trai/100 bé gái, năm 2014 là 119 bé trai/100 bé gái. Xã Khánh An tỷ lệ tăng cao liên tục từ năm 2011 đến 2014 là 116 bé trai/100 bé gái.

Về quy mô gia đình khi hỏi 140 người tham gia phỏng vấn thì có 65 người trả lời họ sống trong gia đình chỉ có vợ chồng và con cái (gia đình hạt nhân) chiếm tỷ lệ 46,4%; gia đình có hai vợ chồng, con cái và bố mẹ chồng chiếm tỷ lệ cũng khá cao là 35%; gia đình chỉ có mẹ và con cái, gia đình hai vợ chồng, con cái và bố mẹ vợ chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5%; Gia đình dưới 4 người chiếm tỷ lệ 52,1%.

Nhóm gia đình hạt nhân tỷ lệ quá cao nó tỷ lệ thuận với số con sinh ra là 1 con và tiềm ẩn nhiều nguy cơ tăng tỷ lệ sinh, nhóm gia đình có cha mẹ chồng là nhóm cơ bản chi phối mong muốn kiếm con trai chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Có 94,3% dân tộc Kinh, đạo Phật chiếm lệ cao nhất 35,7%; về quy mô kinh tế gia đình loại khá giả 25%; có 26,1% làm nghề ruộng vườn kết hợp;

Gia đình dưới 4 người chiếm tỷ lệ 52%; tỷ lệ mong muốn sinh thêm con trai rất cao, mong muốn sinh con trai từ lần sinh thứ 2 là mạnh nhất.

Nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm 39%; nhóm đối tượng đã có 1 con là 39,3% tập trung ở trình độ trung cấp chuyên nghiệp, cao đẳng tỷ lệ 80,8%; sinh con 1 bé là trai chiếm tỷ lệ 36,4%;

Nhóm từ 31 đến 40 tuổi có 49% muốn sinh con trai, 21% muốn sinh con gái, trong đó có 42,9% trả lời do các lần trước sinh con gái nên muốn sinh thêm con trai, 1 bé gái muốn sinh thêm con trai vì thích con trai chiếm 30,4%;

Có 92,1% trả lời siêu âm để phát hiện giới tính thai nhi, siêu âm lần 1 chiếm tỷ lệ 38,8%; siêu âm thai lần 2 với tỷ lệ 38,1%; mục đích siêu âm chính là biết giới tính thai nhi không quan tâm đến sức khỏe bà mẹ mang thai và thai nhi, kiến thức chăm sóc sức khỏe sinh sản của bà mẹ mang thai còn thấp.

Những người có trình độ học vấn cao càng

thích sinh con trai, với trình độ nhận thức cao nên phương pháp LCGTKS cũng đa dạng, phương pháp quan hệ vợ chồng như tính ngày rụng trứng; có 62% chọn cách bỏ thai là uống thuốc; trả lời là tính thời điểm trong đó nữ giới 85,7%, nam giới 72,7%;

Có 74,1% dân tộc Kinh và 100 dân tộc Hoa áp dụng phương pháp sinh con theo ý muốn; trong đó cấp 2 và trung học chuyên nghiệp, cao đẳng 75,9%; nhóm có trình độ đại học 71,4%, cấp 3 là 66,7%; dùng cách tính ngày rụng trứng được trả lời cao nhất ở nhóm trình độ học vấn cấp 3 với tỷ lệ 72,7%, cấp 2 là 62,5%; có 91,7% người làm nghề buôn bán và 100% người làm ruộng áp dụng phương pháp LCGTTN; có 56,3% trả lời phương pháp LCGTTN từ trao đổi với người kinh nghiệm; Cùng với đó là nhóm đối tượng có kinh tế khá giả tỷ lệ thích sinh con trai chiếm tỷ lệ cao, họ có đủ điều kiện tiếp cận các dịch vụ LCGTKS như ăn uống theo đông y hoặc cơ hội tiếp cận với công nghệ hiện đại như cấy phôi, lọc tinh trùng. Nhóm đối tượng sinh con 1 bé là gái chiếm tỷ lệ cao đa số những người thích và muốn sinh con trai vì họ đã có con 1 bé là gái gì muốn sinh thêm con trai “để có nếp có tẻ” là nhóm có nguy cơ lựa chọn giới tính cao, nhóm tuổi từ dưới 30 sinh 1 con rất cao theo nhu cầu thì nhất định họ sẽ sinh thêm con, đặc biệt muốn sinh con trai không phải do cha mẹ hoặc ông bà sinh con trai mà xuất phát từ vợ hoặc chồng chiếm tỷ lệ cao, điều này chứng minh tư tưởng phong kiến đã giảm, gia đình nhiều thế hệ hoặc ông bà không chi phối quyết định sinh con trai để nối dõi tông đường như các nghiên cứu trước mà chỉ đơn giản là vợ chồng thích sinh con trai và ở nhóm này mang tính quyết định.

Nhìn chung các yếu tố cá nhân, gia đình về LCGTKS có thay đổi: có 68% trả lời từ tác động của vợ hoặc chồng, trong đó nam giới 75,4%; những người có trình độ cao đẳng đại học trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất trên 70%. Các chuẩn mực, giá trị truyền thống gia đình có thay đổi nhưng thay đổi nhiều như: nhận thức về chi phí cao cho của hồi môn, chi phí nuôi dạy con gái học trình độ cao hơn và có chồng muộn hơn bắt đầu hình

thành theo nhịp phát triển của nền kinh tế thị trường, họ tích cực lựa chọn giới tính nhằm đạt được quy mô gia đình mong muốn, tuổi và số lần sinh của con người bắt đầu thay đổi. Rõ nét hơn là khuôn mẫu giới truyền thống tác động của các thành viên trong gia đình có nhiều thể hệ bao gồm cha mẹ chồng: có chồng là con trai duy nhất, gia đình hạt nhân hình thành, sinh ít con nhưng muốn sinh con trai. Do yếu tố thay đổi về kinh tế, xã hội phát triển: nâng cao học vấn và sự tham gia vào lực lượng lao động của nữ giới, phụ nữ có học vấn cao hơn, di cư ra sống ở thành thị, sự phát triển kinh tế - xã hội và đô thị hóa nhanh chóng, các thay đổi trong đời sống, vị thế phụ nữ được nâng cao do đô thị. Do tiếp cận công nghệ, thị trường ngày càng thuận tiện: sự sẵn có và tiếp cận với các công nghệ siêu âm hiện đại, tiếp thị tới người tiêu dùng về công nghệ LCGTTN, tư nhân hóa và thương mại hóa hệ thống y tế tạo ra việc lạm dụng các thiết bị công nghệ và các xét nghiệm hiện đại, tiếp cận dễ dàng và sự sẵn có của công nghệ lựa chọn giới tính ở mọi nơi kể cả khu vực nông thôn, những người cung cấp dịch vụ y tế xem sàng lọc giới tính là một ngành kinh doanh có lợi nhuận cao.

Tóm lại: Kết quả nghiên cứu đã chứng minh giả thiết là có MCBGTKS tại địa phương nghiên cứu, mong muốn có con trai không thay đổi theo thời gian, chỉ thay đổi phương pháp thích ứng với điều kiện phát triển kinh tế xã hội, MCBGTKS chịu tác động bởi các yếu tố: giới tính, tôn giáo, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập. Qua hơn hai thập kỷ nhưng những nội dung tác động trên vẫn còn chân thực, đúng đắn, có thay đổi nhưng không nhiều, theo kết quả nghiên cứu thì phát sinh thêm vợ hoặc chồng quyết định số con là chính, tập trung ở nhóm có kinh tế khá giả, trình độ học vấn cao, nhóm đã sinh con 1 bé trai, ở lứa tuổi từ 30 đến 40 tuổi và đặc biệt LCGTTN ở lần mang thai thứ 2 phù hợp với đặc thù chung của thể giới, khác tình hình chung của Việt Nam (mong muốn từ lần mang thai thứ 1), nghiên cứu đã góp phần tạo sức mạnh để thực hiện tốt công tác MCBGTKS. Nhất là trong giai đoạn hiện nay, khi mà toàn thể giới đang quan tâm đến sự MCB

GTKS. Công tác đẩy mạnh tuyên truyền, đưa luật bình đẳng giới đến toàn thể quần chúng nhân dân đóng vai trò nòng cốt nhằm hướng tới mục tiêu vì sự phát triển bền vững. Cần khẳng định cân bằng giới tính khi sinh là nội dung cơ bản không thể tách rời trong đường lối, chủ trương và kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của tất cả các cấp, các ngành, là cơ sở quan trọng đảm bảo phát triển bền vững, thực hiện thắng lợi sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Bình đẳng giới và phát triển* (2012).
- *Báo cáo tình hình phát triển kinh tế xã hội xã Khánh An và xã Nguyễn Phích (2008-2014)*.
- Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình tỉnh Cà Mau (2008-2014), *Báo cáo tổng kết năm công tác Dân số - Kế hoạch hóa gia đình*.
- *Đánh giá về giới tại Việt Nam (2011)*, Ngân hàng thế giới.
- Nguyễn Bá Thủy (2007), "*Chênh lệch giới tính sơ sinh đã đến mức báo động*", Báo cáo của Tổng cục Dân số năm 2007.
- Phạm Bá Nhất (2006), *Đề dẫn Hội thảo tỷ số khi sinh tại Việt Nam*.
- Sở Y tế Cà Mau (2014), *Báo cáo tổng kết tình hình thực hiện chiến lược Dân số - KHHGD và chiến lược quốc gia chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2014 - 2020*.
- Tạp chí Y tế Công cộng (2009, số 12), *TSGTKS trên thế giới và Việt Nam*.
- Thông tin cập nhật của UNFPA, *Thực trạng dân số Việt Nam năm 2008 đến 2014*.
- Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh Cà Mau (2008-2014), *Báo cáo tổng kết công tác Chăm sóc sức khỏe sinh sản*.
- Tổng cục Thống kê, *Tổng điều tra dân số 1999, 2009*.