

cường sản xuất một số chất trong đó có fibrinogen đồng thời fibrinogen có trọng lượng phân tử lớn hơn albumin nên khó mất qua nước tiểu hơn [10].

Nồng độ Albumin máu trong nghiên cứu có mối tương quan nghịch mức độ vừa với nồng độ Cholesterol TP ( $r = -0,462$ ;  $p < 0,001$ ); nồng độ LDL-C ( $r = -0,322$ ;  $p < 0,01$ ) và nồng độ Triglyceride ( $r = -0,479$ ;  $p < 0,01$ ) (Bảng 4) tương tự nghiên cứu của Hồ Việt Hiếu, Baxter và CS. Nồng độ Albumin máu có mối tương quan nghịch mức độ vừa với lượng Protein niệu 24 giờ ( $r = -0,409$ ;  $p < 0,01$ ) nghĩa là khi protein niệu 24 giờ càng cao thì nồng độ albumin máu càng giảm và ngược lại tương tự nghiên cứu của nhiều tác giả. Điều này cũng hoàn toàn dễ hiểu vì khi protein máu mất càng nhiều qua nước tiểu thì nồng độ protein máu càng giảm và nồng độ albumin máu càng giảm.

Rối loạn điện giải máu rất hay gặp trong HCTH. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có nồng độ Calci máu có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ Albumin máu ( $r = 0,422$ ;  $p < 0,01$ ) còn nồng độ Na<sup>+</sup> và K<sup>+</sup> máu không có mối tương quan tuyến tính với nồng độ Albumin máu (Bảng 4). Điều đó nghĩa là khi nồng độ albumin máu càng giảm thì nồng độ Calci máu càng giảm do mất các protein liên kết Calci qua nước tiểu. Điều này rất có ý nghĩa trong thực hành điều trị HCTH: khi chúng ta muốn nâng nồng độ Calci máu thì ngoài việc bổ sung các chế phẩm chứa Calci và vitamin D chúng ta cần phải nâng cao nồng độ protein máu đặc biệt là albumin máu và giảm lượng protein niệu 24 giờ thì mới đạt được hiệu quả mong muốn.

#### KẾT LUẬN

Giảm albumin máu là dấu hiệu quan trọng ở bệnh nhân HCTH. Nó là hậu quả của sự mất protein qua nước tiểu do tổn thương cầu thận gây ra. Giảm albumin máu có mối liên quan mật thiết với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân HCTH. Giảm albumin máu càng nặng thì phù càng nặng và số lượng nước tiểu càng giảm. Nồng độ albumin máu có mối tương quan thuận với nồng độ calci, protein máu

và có mối tương quan nghịch với nồng độ Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C, APTTs, Fibrinogen máu và protein niệu 24 giờ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Chất và Nguyễn Thị Thịnh (1996). Tình hình bệnh nhân tiết niệu điều trị nội trú tại khoa thận Bệnh viện Bạch Mai (1991 – 1995). *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai 1995 – 1996*, (2), 181 - 186.

2. Đỗ Gia Tuyển, Lê Văn Bình và Nguyễn Trần Kiên (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát điều trị tại Khoa Thận - Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Thông tin y dược*, (2), 31 - 34.

3. R.D.Barr, P.H.Rees, P.E.Cordy et al (1972). Nephrotic syndrome in adult africans in Nairobi. *Br Med J*, 5806 (2), 131 - 134.

4. Hà Việt Hiếu và Nguyễn Hữu Châu Đức (2006). Nghiên cứu rối loạn lipid máu trong hội chứng thận hư ở trẻ em. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 10,

5. Hà Phan Hải An (2012). Hội chứng thận hư. *Nhà xuất bản Y học*.

6. Bộ môn Nội (2012). Nội khoa cơ sở. *Nhà xuất bản Y học*.

7. Nguyễn Thị Bích Ngọc, Hà Hoàng Kiệm (2012). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến chứng nephritis tắc mạch ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát người lớn. *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, 37(4), 82 - 85.

8. Gigante A, Barbano B, Sardo L et al (2014). Hypercoagulability and nephrotic syndrome. *Curr Vasc Pharmacol*, 12(3), 512-517.

9. Dorhout Mess E.J, Geers A.B and Koeman H.A (1984). Blood Volume and Sodium Retention in the Nephrotic Syndrome: A Controversial Pathophysiological Concept. *Nephron journal*, 36, 201.

10. Vaziri N.D, Gonzales E, Barton CH et al (1991). Factor XIII and its substrates, fibronectin, fibrinogen, and alpha 2-antiplasmin, in plasma and urine of patients with nephrotic. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 117(2), 152 - 156.

## TỈ SỐ GIỚI TÍNH KHI SINH CAO: THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TÁC ĐỘNG

DINH HUY DƯƠNG - Tổng cục dân số - Kế hoạch hóa gia đình  
BÙI THỊ THU HÀ, ĐOÀN THỊ THỦY DƯƠNG, BÙI THỊ MỸ ANH  
Trường Đại học Y tế Cộng đồng

#### TÓM TẮT

Tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) là một chỉ số dân

số học thể hiện các đặc điểm về sự quá độ dân số, bình đẳng giới trong xã hội cũng như những thách thức và trở ngại mà các nhà hoạch định chính sách dân số - xã hội quan tâm. Nghiên cứu này sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) để 1) Mô tả thực trạng và xu hướng mất cân bằng TSGTKS trên thế giới và tại Việt Nam; 2) Phân tích một số yếu tố tác động làm tăng TSGTKS trên thế giới và ở Việt Nam. Tình đến năm 2013, TSGTKS ở Việt Nam là 113,8 tương đương với TSGTKT của Ấn Độ, là quốc gia có TSGTKS đã tăng lên từ 20 năm trước. Các nghiên cứu về TSGTKS đã chỉ ra các yếu

Chủ trách nhiệm: Đinh Huy Dương  
Địa chỉ: Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình  
Email: dinhhuyduong63@yahoo.co.uk  
Ngày nhận: 26/7/2016  
Ngày phản biện: 23/8/2016  
Ngày duyệt bài: 06/9/2016  
Ngày xuất bản: 20/9/2016

tố về nhân khẩu học, tôn giáo, mức độ đô thị hóa thấp, kinh tế xã hội, phong tục tập quán, tâm lý thích sinh con trai, áp dụng khoa học công nghệ vào lựa chọn giới tính khi sinh, áp lực sinh con ít và các chính sách an sinh xã hội... đều có tác động đến việc lựa chọn giới tính thai nhi, dẫn đến sự già tăng TSGTKS và mất cân bằng TSGTKS. Kết quả nghiên cứu là bằng chứng khoa học giúp các nhà hoạch định chính sách xây dựng những chiến lược và chương trình can thiệp có hiệu quả nhằm đưa TSGTKS ở Việt Nam quay trở lại mức cân bằng.

**Từ khóa:** Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh, thực trạng, yếu tố tác động.

## SUMMARY

*Sex ratio at birth (SRB) is an indicator of the demographic transition, the gender equity in society as well as the concern of social and demographic policy makers. A systematic review was conducted to 1) describe the situation and trends of SRB in the world and Vietnam; 2) determinant of high SRB. The results showed that SRB was significantly different between social – economic disparities, ethnic groups. Up to 2013, the SRB in Vietnam was 113.8 and equivalent to SRB in India – a country with high SRB from 20 years ago. These studies on SRB had pointed demographic characteristics, religions, and urbanization disparities, social – economic, gender discrimination, and son preference, applying technology in sex selection at birth... were all the factors related and lead to the imbalanced SRB. Evidence-based results suggest policy-makers to develop the strategic and intervention programs to advert imbalanced SRB in Vietnam.*

**Keywords:** Sex ratio at birth, imbalance, determinant factors.

## ĐÁT VẤN ĐỀ

Tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) là một chỉ số dân số học thể hiện các đặc điểm về quá độ dân số, sự bình đẳng giới trong xã hội, cũng như những thách thức và trở ngại mà các nhà hoạch định chính sách dân số - xã hội quan tâm. TSGTKS có thể được tính bằng số trẻ em trai trên 100 trẻ em gái. Tại hầu hết các quốc gia trên thế giới, tỷ số này dao động trong khoảng 103 – 107 và mức 105 trẻ trai tương ứng với 100 trẻ gái ra đời được coi là giá trị trung bình bình thường về mặt sinh học/dân số học và được nhiều nhà nghiên cứu sử dụng làm chuẩn mực để đánh giá TSGTKS cao/thấp.

Mặc dù TSGTKS cao không phổ biến và chỉ xảy ra ở một số ít các quốc gia. Tuy nhiên những quốc gia này lại chiếm gần một nửa dân số thế giới trong đó có Trung Quốc, Ấn Độ, Bangladesh, Việt Nam, v.v... TSGTKS cao dẫn tới giảm số lượng nữ giới ở tất cả các lứa tuổi. Nam giới sẽ gặp khó khăn hơn trong tìm kiếm bạn tình. Hiện nay theo ước tính có khoảng 80 triệu nam giới ở Trung Quốc và Ấn Độ không có khả năng kết hôn. Nam giới Trung Quốc không thể kết hôn do mình nghèo đói, phụ nữ tại địa phương da sô di lấy chồng thành phố và họ cảm thấy thiếu mục đích sống, thiếu niềm tin, buồn, tức giận và cô đơn. Một số nghiên cứu cũng đưa ra giải thuyết "đu thừa" số lượng lớn nam giới có thể khiến công nghiệp tình dục phát

triển, tình trạng bạo lực và buôn bán phụ nữ có thể tăng cao [3]. Đa phần nam giới không lấy được vợ ở nhóm có địa vị kinh tế xã hội thấp. Không thể kết hôn có thể dẫn tới các hành vi chống đối xã hội và bạo lực, do dọa sự bình ổn của xã hội.

## MỤC TIÊU

Bài báo này được viết để:

Mô tả thực trạng và xu hướng mất cân bằng TSGTKS trên thế giới và tại Việt Nam

Phân tích một số yếu tố tác động làm tăng TSGTKS trên thế giới và ở Việt Nam.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng phương pháp tổng quan hệ thống (Systematic Review) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

### 1. Tiêu chí lựa chọn tài liệu rà soát

Tất cả các tài liệu, báo cáo nghiên cứu bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt, xuất bản hay được viết cho đến 1/6/2016 về TSGTKS của các nước trên thế giới và ở Việt Nam về thực trạng, xu hướng mất cân bằng TSGTKS và nguyên nhân dẫn tới mất cân bằng TSGTKS.

Các tiêu chí loại trừ: Tài liệu không rõ nguồn số liệu, không có trích dẫn, không có số liệu cụ thể.

### 2. Chiến lược tìm kiếm

Các báo cáo viết được thu thập cho cuộc rà soát này bao gồm các nghiên cứu đã xuất bản bằng tiếng Việt hay tiếng Anh cũng như các nghiên cứu chưa xuất bản trước 2016.

### 2.1. Tìm kiếm dữ liệu điện tử

Việc tìm kiếm các báo cáo trên cơ sở dữ liệu điện tử dựa vào hệ thống <https://scholar.google.com/>, sử dụng các từ khóa liên quan đến chủ đề như sau:

Tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS)/ Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh (MCBTSGTKS)/ Mất cân bằng giới tính khi sinh (MCBGTKS)

Lựa chọn giới tính/ Ưa thích con trai/ Nguyên nhân mất cân bằng giới tính khi sinh:

Sex ratio at birth (SRB)/ Sex ratio at birth imbalance/unbalance/ Sex selection/ Son preference

### 2.2. Tìm kiếm dữ liệu xuất bản/công bố

Tất cả các ấn phẩm do tổ chức (chính phủ, hay phi chính phủ), các viện hay cơ quan nghiên cứu và đào tạo về dân số đều được tìm kiếm thông qua liên hệ trực tiếp hay tài trợ trực tiếp từ các website.

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thực trạng và xu hướng mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh

1.1. Thực trạng và xu hướng khác biệt về tỷ số giới tính giữa các quốc gia

Chỉ số về TSGTKS là một chỉ báo để đánh giá về phân biệt đối xử giới tại một số quốc gia. Năm 2012, thư viện của cơ quan tình báo Hoa Kỳ (CIA) đã bổ sung TSGTKS vào các chỉ số về con người và Charibin đã sử dụng số liệu này để mô tả khái quát bức tranh về TSGTKS trên toàn thế giới với số liệu tại các quốc gia từ những năm 2011 trở về trước (Hình 1). Theo đó, số các quốc gia ở Châu Phi, Mỹ La Tinh có tỷ số giới tính khi sinh thấp ở mức dưới 100, trong khi đó các quốc gia Châu Á như Việt Nam, Trung Quốc, Ấn Độ có TSGTKS ở mức trên 106.

Hình 1. Tỉ số giới tính khi sinh tại các quốc gia 2011

Ở khu vực Nam Á, quốc gia có TSGTKS mêt nhất bằng nhât là Ấn Độ. Tuy nhiên, mức độ chênh lệch TSGTKS còn rất khiem lón so với Trung Quốc. Tại Ấn Độ, TSGTKS ở mức 107 vào những năm 1960 và tăng lên đến 113,3 vào năm 2001-2006 [4], tỷ số này cũng có xu hướng giảm khi giai đoạn 2007-2009 là 110,5 bê

Bảng 1: TSGTKS cao tại 1 số quốc gia 2008 – 2014

Quốc gia/ khu vực	TSGTKS	Năm	Nguồn thông tin	Dân số (triệu người)	Số con TB/ phụ nữ 2010- 2015
Trung Quốc	115,9	2014	Châu Á		
Hàn Quốc	105,3	2013	Tổng cục thống kê	1401, 6	1,7
Hồng Kông	109,3	2013	Đăng ký sinh	49,7	1,3
An Độ	110,1	2012	Đăng ký sinh	7,3	1,1
Singapore	107,0	2013	Đăng ký sinh	1.282,4	2,5
Đài Loan	107,4	2012	Đăng ký sinh	5,	1,3
Viet Nam	112,2	2013-2014	Điều tra dân số giữa kỳ 2014	23,4	1,2
			Nam Caucasus	93,4	1,6
Azerbaijan	115,6	2013	Đăng ký sinh	9,6	1,9
Armenia	114,0	2012-2013	Đăng ký sinh	3,0	1,8
Georgia	108,0	2012-2015	Đăng ký sinh	4,3	1,7
			Nam Âu		
Albania	109,0	2012-2013	Đăng ký sinh	3,2	1,8
Kosovo	110,4	2011-2013	Đăng ký sinh	1,8	2,3
Macedonia (Tây Bắc)	110,4	2009-2013	Đăng ký sinh	0,3	1,5
Montenegro	109,0	2009-2013	Đăng ký sinh	0,6	1,7

## 1.2. Sự khác biệt về tỉ số giới tính khi sinh trong một quốc gia

Ngay trong một quốc gia, TSGTKS cũng khác biệt đáng kể tùy thuộc vào đặc điểm kinh tế, văn hóa xã hội của từng nhóm.

### Thứ tự sinh và giới tính của trẻ sinh trước đó:

Theo kết quả điều tra NFHS của Ấn Độ, TSGTKS của con đầu lòng đã cao hơn mức bình thường ở cả ba cuộc điều tra NFHS và đã tăng đều kể từ NFHS-1. Điều này cũng đúng cho những đứa con thứ hai. TSGTKS của những đứa con thứ hai cao nhất, cao hơn đứa con thứ nhất và các con sinh sau đó. Điều này cho thấy tỷ lệ đẻ kẽ các cặp vợ chồng có hai hoặc ba con, họ dừng lại khi sinh được con trai [7].

### Khu vực, thành thị/nông thôn:

Ấn Độ là một trong số những quốc gia xảy ra hiện tượng MCBTSGTKS nghiêm trọng trong khu vực Nam Á. TSGTKS tại Ấn Độ có sự khác biệt giữa các bang, khoảng từ 113/100 lên tới 137/100 và sự chênh lệch này vẫn đang tiếp tục tăng [6]. Trong khi đó, kết quả

trai/100 bé gái và 2012 đang ở mức 110,1 [5]. Ở khu vực Đông Nam châu Á và Tây Á, MCBTSGTKS cũng xảy ra ở một số nước như Albania, Montenegro, Azerbaijan, Armenia và Georgia với mức trên 110. Tại Nam Caucasus (Azerbaijan và Armenia), TSGTKS có thời điểm lên tới 118 trong thập kỷ trước. TSGTKS ở Georgia duy trì ở mức bình thường cho đến năm 1991, sau đó tăng lên 111 vào cuối thế kỷ 20. Ở khu vực Đông Á, TSGTKS lên tới 114 vào những năm 2000-2005 do ảnh hưởng MCBTSGTKS của Trung Quốc và một phần của Hàn Quốc. Vào những năm 60 và 70 thế kỷ 20, TSGTKS ở Trung Quốc vẫn ở mức bình thường 106/100.

Từ những năm 1990 cho đến nay, TSGTKS ở Trung Quốc luôn ở mức cao và rất cao: năm 1990 là 111,3/100, năm 1995 là 116,8/100, năm 2000 là 119,9/100. Năm 2005, TSGTKS đạt mức cao nhất ở ngưỡng 120 và giảm dần với giai đoạn 2009 - 2012 ở mức 118,1/100 [6].

phân tích dữ liệu tương tự tại Trung Quốc cho thấy lựa chọn giới tính xuất hiện rõ hơn ở những người sống ở nông thôn, tuy nhiên, theo thời gian, TSGTKS ở tất cả các vùng đều có xu hướng tăng lên.

### Dân tộc, tín ngưỡng tôn giáo:

Sự khác biệt đáng kể về TSGTKS cũng được quan sát thấy giữa các nhóm tôn giáo, sắc tộc. Tại Hán Quốc, chênh lệch trong TSGTKS quan sát được trong thập niên 1990 giữa các tỉnh gần biên với những đặc điểm vùng miền và sự phân bố của các nhóm tôn giáo. Một số vùng có TSGTKS cao được cho là do các phong tục tập quán văn hóa bảo thủ của họ và việc già tảng nạo phá thai gái [6].

### Kinh tế xã hội:

Tại Ấn Độ, TSGTKS có sự khác biệt đáng kể theo điều kiện kinh tế hộ gia đình. TSGTKS ở 5 năm trước NFHS-3 của nhóm nghèo nhất là 105. TSGTKS ở nhóm có điều kiện kinh tế trên nhóm nghèo nhất vẫn trong phạm vi bình thường là 106. Ở Trung Quốc, TSGTKS cao được quan sát ở trong nhóm có thu

nhập cao nhất và nhóm có thu thập thấp nhất [2]. Các ước tính từ điều tra dân số giữa kỷ năm 2005 cho thấy những tầng lớp có học thức và giàu có nhất thường có TSGTKS thấp (111) so với mức bình quân cả nước (120) [6].

### 1.3. Tỷ số giới tính khi sinh tại Việt Nam

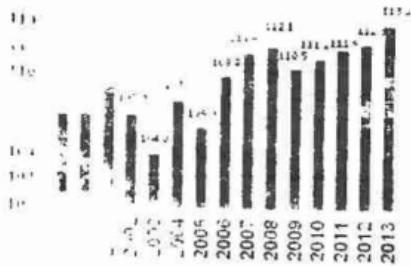
Dân số Việt Nam hiện nay khoảng 93 triệu với 54% nhóm dân tộc, trong đó Kinh chiếm đa số, khoảng 85,8% tổng dân số. Tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam là 73,6. Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh là 12 trên 1000 trẻ đẻ sống.

#### TSGTKS khác biệt giữa các vùng, miền

Năm 1999 có 38 vùng địa lý kinh tế có TSGTKS cao, thi đến năm 2011 chỉ còn 02 vùng Duyên hải miền Trung (103,3) và Tây Nguyên (104,3) là không có tình trạng này. TSGTKS cao nhất là ở vùng đồng bằng sông Hồng (122,4), tiếp đến là vùng đồng bằng Sông Cửu Long.

Mất cân bằng TSGTKS ở Việt Nam xuất hiện muộn nhưng tốc độ gia tăng nhanh hơn so với một số nước châu Á. Theo kết quả Tổng điều tra dân số, Điều tra biến động DS-KHGD, TSGTKS năm 1999 ở mức 107 và có sự biến động qua từng năm (Hình 2).

TSGTKS của Việt Nam bắt đầu gia tăng sau các nước nói trên khoảng 20 năm, nhưng tốc độ gia tăng lại nhanh hơn. TSGTKS đã có dấu hiệu gia tăng từ năm 1999, nhưng bắt đầu từ 2006, TSGTKS bắt đầu tăng và trở thành thách thức lớn với công tác dân số [8, 9] TSGTKS khác biệt theo thứ tự sinh và giới tính của trẻ sinh trước đó.



Hình 2. TSGTKS tại Việt Nam qua các năm 1999 - 2013

TSGTKS cao ngay từ lần sinh thứ nhất: Kết quả Điều tra biến động DS-KHGD năm 2011 cho thấy TSGTKS qua các lần sinh ở Việt Nam như sau: Lần sinh thứ nhất 109,7; lần sinh thứ hai 111,9; lần sinh thứ 3 trở lên là 119,7. Như vậy, ngay từ lần sinh thứ nhất đã xảy ra MCBTSGTKS ở mức khá cao [9].

TSGTKS cao ở lần sinh cuối cùng: Khu vực Đồng bằng sông Hồng (nơi có TSGTKS cao nhất cả nước), TSGTKS đã tăng vọt từ mức 110 trong lần sinh thứ nhất và lần sinh thứ hai lên tới 152 trong lần sinh thứ 3 trở lên.

TSGTKS cao ở nhóm trẻ có chỉ số trước đó: TSGTKS ở nhóm con út là cao nhất (138,7) và đặc biệt trong nhóm những đứa con trước đó đều là gái (181,9) [6]. Gần đây hơn dữ liệu từ Tổng điều tra Dân

số 2009 cho thấy TSGTKS cao hơn nhiều ở nhóm sinh con thứ 3 trở lên (115) và cao nhất trong nhóm chỉ số chỉ gái (132) [9].

#### Sự khác biệt TSGTKS theo đặc điểm kinh tế xã hội

Sự khác biệt TSGTKS theo đặc điểm kinh tế xã hội, TSGTKS thấp nhất (105) ở nhóm 20% dân số nghèo nhất và tăng ở các nhóm giàu hơn (112). TSGTKS ở nhóm trung bình, nhóm giàu và nhóm giàu nhất ở các lần sinh đều cao hơn mức bình thường và tăng cao ở lần sinh thứ 3. Đặc biệt đối với 20% dân số giàu nhất ở lần sinh thứ 3 trở lên, TSGTKS rất cao là 133.

#### 2. Một số yếu tố tác động làm tăng tỷ số giới tính khi sinh

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ số giới tính và có thể chia thành 2 nhóm, các nguyên nhân sinh học và nguyên nhân xã hội.

##### 2.1. Yếu tố sinh học tự nhiên

Mức sinh học tự nhiên của TSGTKS ở khắp mọi nơi trên thế giới là khoảng trên dưới 105 bé trai được sinh ra trên 100 bé gái. Tại Anh, tỷ lệ này là 98, ở Mỹ là 97; và ở các nước Cộng đồng Châu Âu là 92. Trong vùng cát Sahara châu Phi, nơi mà tuổi thọ cho cả nam và nữ là khá thấp, tỷ số này là 99. Ngược lại, có rất nhiều quốc gia trên thế giới - đặc biệt là Trung Quốc và Ấn Độ - nơi có TSGTKS cao là 106.

##### 2.2. Các yếu tố xã hội

###### Tâm lý thích con trai:

Nét tâm lý văn hóa trên chỉ có tác động làm MCBTSGTKS khi các xã hội bước vào thời kỳ què đẻ dân số với mức sinh giảm nhanh và sinh ít con trở thành một chuẩn mực mới của xã hội hiện đại. Tại Việt Nam, giá đình và cộng đồng vẫn đặc biệt thích con trai vì những giá trị của con trai đậm đà. Có con trai nâng cao vị thế của gia đình, xác định danh dự và vị trí của đàn ông trong cộng đồng. Các cặp vợ chồng thường chịu áp lực phải sinh con trai rất lớn từ người chồng/gia đình chồng và cộng đồng. Nghiên cứu của Khuất Thủ Hồng đã chỉ ra "ura thích con trai không chỉ vì nỗi dỗi và còn là áp lực, giá trị, niềm kiêu hãnh và hiếu lễ với cha mẹ, tổ tiên" [9].

Áp dụng kỹ thuật công nghệ và phá thai lựa chọn giới tính:

Tại các quốc gia như Trung Quốc, Ấn Độ, Hàn Quốc, Việt Nam và một số quốc gia có TSGTKS cao, những nguyên nhân trực tiếp dẫn đến MCBTSGTKS liên quan đến việc lạm dụng tiến bộ khoa học công nghệ để thực hiện lựa chọn giới tính trước sinh như áp dụng ngay từ trước lúc thụ thai như chọn ngày phóng noãn; trong lúc thụ thai như chọn thời điểm phóng noãn, chọn phương pháp thụ tinh, lọc rửa tinh trùng để chọn tinh trùng mang nhiễm sắc thể Y; hoặc khi đã có thai như sử dụng siêu âm, bắt mạch, chọc hút dịch ối... để chẩn đoán giới tính và phá bỏ thai gái.

Áp lực sinh ít con và các chính sách an sinh xã hội:

Ở các vùng của Hàn Quốc và đặc biệt là Trung Quốc, Việt Nam việc ban hành chính sách hạn chế nghiêm ngặt quy mô gia đình đã có ảnh hưởng mạnh mẽ tới việc giảm mức sinh, nhưng cũng ảnh hưởng mạnh mẽ tới việc quyết định sử dụng việc lựa chọn giới tính như một công cụ để đạt được cả hai mục tiêu là sinh R

con và cô con trai.

Hiện nay khoảng 70% dân số Việt Nam còn sống ở nông thôn, hầu hết không có lương hưu khi về già, chế độ an sinh xã hội chưa đảm bảo, do vậy họ cần sự chăm sóc, phụng dưỡng của con cái. Theo quan niệm của xã hội hiện nay, trách nhiệm đó chủ yếu thuộc về con trai. Họ sẽ cảm thấy lo lắng và rất không an tâm trong tương lai khi chưa có con trai.

#### KẾT LUẬN

Tính đến năm 2013, TSGTKS ở Việt Nam là 113,8, tương đương với TSGTKT của Ấn Độ, là quốc gia có TSGTKS đã tăng lên từ 20 năm trước. So sánh với các quốc gia trong khu vực Đông Nam Á, Việt Nam là quốc gia duy nhất hiện đang phải đổi mới với vấn đề MCBGTSK trong dân số. MCBGTSK ở Việt Nam xuất hiện muộn nhưng tốc độ gia tăng nhanh hơn so với một số nước châu Á. Sự gia tăng TSGTKS ở các nước như Trung Quốc, Ấn Độ, Hàn Quốc xuất hiện khá sớm, từ những năm 80, 90 của thế kỷ 20, trong khi đó hiện tượng này mới xuất hiện ở Việt Nam vào cuối thế kỷ 20 và tăng mạnh từ những năm 2003-2004.

Các yếu tố về nhận khâu học, tôn giáo, mức độ đô thị hóa thấp, kinh tế xã hội, phong tục tập quán, tâm lý thích sinh con trai, áp dụng khoa học công nghệ vào lựa chọn giới tính khi sinh, áp lực sinh con ít và các chính sách an sinh xã hội... đều có tác động đến việc lựa chọn giới tính thai nhi, dẫn đến sự gia tăng TSGTKS và MCBGTSK.

Trong những năm gần đây, một số kết quả nghiên cứu đã chỉ ra được thực trạng về MCBGTSK tại Việt Nam. Tuy nhiên, mức độ lựa chọn giới tính chủ yếu vẫn dựa trên các giả thuyết và kết quả từ các số liệu

MCBTSGTSK và mối liên quan với cơ cấu giới tính của các lứa sinh trước. Vì vậy, trong tương lai cần có các nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này. Các kết quả nghiên cứu đó sẽ là bằng chứng khoa học và giúp các nhà hoạch định chính sách xây dựng những chiến lược và chương trình can thiệp có hiệu quả nhằm ngăn chặn sự gia tăng TSGTKS và vấn đề MCBGTSK tại Việt Nam.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhou XD, et al. (2011), The very high sex ratio in rural China: Impact on the psychosocial wellbeing of unmarried men, *Social Science & Medicine*, 73(9), pp. 1422-1427.

2. Hesketh, Therese, Lu, Li, and Xing, Zhu Wei (2011), The consequences of son preference and sex-selective abortion in China and other Asian countries, *Canadian Medical Association Journal*.

3. Seth S. (2010), Skewed sex ratio at birth in India, *J. Biosoc. Sci.*, 42, pp. 83-97.

4. Guilmoto, Christophe Z and Tove, James (2015), The masculinization of births. Overview and current knowledge, *Population*, 70(2), pp. 201-264.

5. Guilmoto, C.Z. (2007). Sex-ratio imbalance in Asia: Trends, consequences and policy responses, the 4th Asia Pacific Conference on Sexual and Reproductive Health, LPED/IRD, Paris.

6. UNFPA (2012), *Sex Imbalances at Birth: Current trends, consequences and policy implications*, Bangkok.

7. Pham, B. N., et al. (2012), The Impact of the Stopping Rule on Sex Ratio of Last Births in Vietnam, *Journal of Biosocial Science*(44), pp. 181-196.

8. UNFPA (2011), *Sự ưa thích con trai ở Việt Nam: Ước muốn thầm kín, công nghệ tiên tiến*, UNFPA, Hà Nội.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ THỰC HÀNH PHÁT HIỆN SỚM KHUYẾT TẬT CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON TỪ 0 - 12 THÁNG TUỔI TẠI HUYỆN HOÀI ĐỨC - HÀ NỘI NĂM 2014

NGUYỄN HỮU CHÚT<sup>1</sup>, NGUYỄN THỊ MINH THỦY<sup>2</sup>

NGUYỄN XUÂN TRƯỜNG<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương,

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng, <sup>3</sup>Bộ Y tế

điểm thái độ phát hiện sớm khuyết tật là  $16,76 \pm 0,17$ . Trung bình điểm thực hành phát hiện sớm khuyết tật  $9,33 \pm 0,19$ .

Từ khóa: Trẻ khuyết tật, phát hiện sớm khuyết tật, kiến thức, thái độ và thực hành phát hiện sớm khuyết tật.

#### SUMMARY

**Objective:** To understand the status of knowledge, attitude and practice of early detection of disabilities in children of mothers. **Subjects:** Mothers of children aged 0 - 12 months, in Hoài Đức, Hanoi. **Methods:** Cross-sectional study. **Results:** The mean score for knowledge of early detection of disabilities was  $11,24 \pm 0,12$ . The mean score for attitude of early detection of disabilities was  $16,76 \pm 0,17$ . The mean score for practices of early detection of disabilities was

#### TÓM TẮT

Mục tiêu tìm hiểu thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em của các bà mẹ. Đối tượng nghiên cứu là các bà mẹ có con từ 0 - 12 tháng tuổi, tại Hoài Đức - Hà Nội. Sử dụng phương pháp thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả cho thấy trung bình điểm kiến thức về phát hiện sớm khuyết tật  $11,24 \pm 0,12$ . Trung bình

Chủ trách nhiệm: Nguyễn Hữu Chút

Địa chỉ: Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: chut.vien nhi@gmail.com

Ngày nhận: 29/7/2016

Ngày phản biến: 15/8/2016

Ngày duyệt bài: 26/8/2016

Ngày xuất bản: 20/9/2016