

Chung quanh vấn đề dân số và kế hoạch hóa gia đình

Nạo thai và kế hoạch hóa gia đình tại 2 xã, phường ở miền Bắc Việt Nam

PAMINA GORBACH¹, ĐÀO KHÁNH HÒA², AMY TSUI³

Giới thiệu

Ở nhiều nơi trên thế giới, việc sử dụng dịch vụ nạo thai vẫn còn là hành vi phải dấu diếm và ít được hiểu biết. Ngay ở các nước phát triển, do có những khó tiếp cận những phụ nữ nạo thai trong các cuộc điều tra dân số nên nghiên cứu về nạo thai không hẳn đã được tiến hành một cách đầy đủ, và mới chỉ dừng lại ở nghiên cứu về các phương tiện nạo thai. Thiếu thông tin về nạo thai cũng là hiện tượng thường thấy ở các nước đang phát triển, cho dù ở một số nước này, nạo thai được coi là hợp pháp. Tại Hội nghị Dân số thế giới họp ở Cairo năm 1994, vấn đề nạo thai cũng đã được bàn đến và giảm tỷ lệ nạo thai được coi như là một trong những mục tiêu quan trọng của chương trình dân số và kế hoạch hóa gia đình.

Nạo thai được đặt trong phạm trù của sức khỏe sinh sản, và nhiều cộng đồng quốc tế đã công khai thừa nhận tình trạng thiếu thông tin về sử dụng các dịch vụ phá thai và hậu quả của nạo thai đối với phụ nữ. Một số ít các nước đang phát triển đã tạo điều kiện dễ dàng cho phụ nữ tiếp nhận dịch vụ nạo thai; nhưng phần lớn các nước đều có những chính sách ngặt nghèo qui định những điều kiện được phép nạo thai. Ở nhiều nước đang phát triển, nạo thai vẫn còn là một chủ đề gây cực kỳ nhiều tranh cãi và vẫn còn chưa được chấp nhận như là một dịch vụ sức khỏe hợp pháp của phụ nữ.

Việt Nam là một trong số ít các nước đang phát triển mà ở đó nạo thai là hợp pháp và dịch vụ này sẵn có ở khắp nơi. Hơn nữa, lịch sử của việc nhà nước công nhận sự cần thiết có các dịch vụ nạo thai đã tạo nên một môi trường mà trong đó nạo thai có thể được nghiên cứu và thảo luận một cách cởi mở. Chính vì thế mà Việt Nam có lẽ là một trong những trường hợp hiếm của các nước đang phát triển mà ở đó có thể tiến hành các nghiên cứu về nạo thai và mối liên quan của nạo thai với việc sử dụng các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Nghiên cứu này khảo sát việc sử dụng nạo thai và kế hoạch hóa gia đình của những phụ nữ ở xã Thanh Hải (huyện Lục Ngạn, Hà Bắc-cũ) và phường Trần Phú (thị xã Hải Dương, Hải Hưng- cũ) với mục đích xác định mức độ sử dụng nạo thai trong 5 năm qua và dự báo xu hướng sử dụng.

Kế hoạch hóa gia đình và nạo thai ở Việt Nam

Chương trình kế hoạch hóa gia đình được tiến hành ở miền Bắc từ đầu những năm 60. Sau ngày thống nhất đất nước năm 1975, chương trình nhận được sự ủng hộ mạnh mẽ từ phía Chính phủ và do Bộ y tế phụ trách. Các phương tiện tránh thai được cung cấp thông qua hệ thống các cơ sở y tế, xuống tận xã phường. Trong thời kỳ này, phần lớn phụ nữ sử dụng biện pháp tránh thai nhận các phương tiện tránh thai ở các Trung tâm y tế xã. Các nguồn khác bao gồm bệnh viện huyện, trung tâm y tế liên xã và khu vực tư nhân nơi ngày một phát triển (Allman; 1991). Trong

¹ Pamina Gorbach, Tiến sĩ, Khoa các Dịch vụ sức khỏe, Trường Tổng hợp Washington

² Đào Khánh Hòa, Thạc sĩ, Trung tâm nghiên cứu và thông tin, tư liệu dân số, Ủy ban Quốc gia Dân số và kế hoạch hóa gia đình

³ Amy Tsui, Tiến sĩ, Trung tâm Dân số Carolina, Trường Tổng hợp Bắc Carolina

chương trình kế hoạch hóa gia đình ở Việt Nam, còn có ít các hoạt động phụ trợ hoặc theo dõi tiếp những người chấp nhận dịch vụ kế hoạch hóa gia đình (Ủy ban Quốc gia Dân số và kế hoạch hóa gia đình, 1990), và có nhiều báo cáo cho rằng chất lượng các dịch vụ do những cán bộ làm công tác kế hoạch hóa gia đình cung cấp còn thấp (Allman, 1991). Năm 1984, Ủy ban Quốc gia Dân số và kế hoạch hóa gia đình (kế hoạch hóa gia đình 6-78912) được thành lập, đó là cơ quan cao nhất chịu trách nhiệm quản lý và tiến hành chương trình dân số- kế hoạch hóa gia đình. (Điểm đáng lưu ý ở đây là vào thời điểm nghiên cứu này được tiến hành, hệ thống cung cấp các phương tiện tránh thai thông qua mạng lưới cộng tác viên cơ sở chưa được hình thành và phát triển)

Nạo thai có một lịch sử lâu dài ở Việt Nam. ở miền Bắc, từ khi bắt đầu tiến hành những nỗ lực phối hợp đầu tiên trong kế hoạch hóa gia đình năm 1963, Chính phủ cũng đã đồng thời cố gắng tạo điều kiện thuận lợi cho những phụ nữ muốn nạo thai (Lập, 1992). Năm 1981, Chính phủ đặt mục tiêu giảm tỷ lệ phát triển dân số đến năm 1985 xuống còn 1,7%, hạn chế mỗi cặp vợ chồng có 2 con, và cách nhau 5 năm, và đề nghị phụ nữ nên đợi đến khi họ trên 22 tuổi mới sinh con (Nhân, 1994). Đồng thời, dịch vụ nạo thai đã sẵn có ở khắp các cơ sở y tế của nhà nước nơi mà sự bí mật cá nhân được tôn trọng, người đi nạo thai được miễn phí hoặc chỉ phải trả một khoản tiền nhỏ, và đôi khi được cấp thuốc không phải trả tiền (Lập, 1992). Điều này góp phần làm cho nạo thai được chấp nhận một cách rộng khắp như một công cụ hạn chế sinh đẻ trong thời kỳ này.

Việt Nam đang có tỷ lệ phát triển dân số là 2,2- 2,4%, tổng tỷ suất sinh (TFR) đã giảm từ trên 6 con xuống còn 3,7 con trong 20 năm (Allman và các tác giả, 1991), nhưng dân số Việt Nam hiện đã hơn 70 triệu người, và tình trạng dân số phát triển quá nhanh vẫn còn là điều đáng lo ngại. Mức độ phổ biến tránh thai ở Việt Nam khá cao: 54% số phụ nữ trong độ tuổi 15-44 hiện đang dùng biện pháp tránh thai. Vòng tránh thai (IUD) hiện nay là biện pháp tránh thai phổ biến nhất; xét trong nhóm những phụ nữ tuổi 15-44 hiện có chồng, thì khoảng 33% đang dùng vòng (kế hoạch hóa gia đình 6-78912, 1990). Khoảng 16% trong số những phụ nữ thuộc nhóm này sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống như biện pháp tính vòng kinh và xuất tinh ngoài, còn lại chỉ 5% phụ nữ trong độ tuổi 15-44 sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại khác. ở miền Bắc nơi nghiên cứu này được tiến hành, những khác biệt này trong tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai thậm chí còn rõ ràng hơn. Hơn 47% phụ nữ miền Bắc dùng vòng tránh thai và dưới 1% đình sản (so với 5% ở miền Nam) (Ủy ban Quốc gia Dân số và kế hoạch hóa gia đình, 1990). Sử dụng các biện pháp truyền thống và các biện pháp tránh thai tạm thời ở miền Nam cũng nhiều hơn so với miền Bắc (Ủy ban Quốc gia Dân số và kế hoạch hóa gia đình, 1990).

Năm 1988, Chính phủ đã thay đổi chính sách về nạo thai. Nạo thai không còn được coi như là phương tiện của kế hoạch hóa gia đình; tuy nhiên, nó vẫn còn được cung cấp miễn phí ở phần lớn các cơ sở y tế của nhà nước. Ngày nay, dịch vụ nạo thai vẫn còn có rộng rãi ở Việt Nam từ đơn vị cơ sở của chăm sóc sức khỏe ban đầu- trung tâm y tế xã/phường, đến các bệnh viện huyện, tỉnh và các trung tâm chăm sóc sức khỏe bà mẹ/trẻ em và kế hoạch hóa gia đình. Từ năm 1989, các bác sĩ tư nhân đã được phép hành nghề bác sĩ ở Việt Nam và cung cấp các dịch vụ nạo thai. Tình trạng thiếu sự kiểm tra giám sát các bác sĩ tư nhân đã được lưu ý với hội chuông báo động vì không có một hệ thống rõ ràng để đảm bảo chất lượng các dịch vụ y tế của họ, bao gồm cả nạo thai.

Ở Việt Nam có hai dạng thủ thuật nạo thai khác nhau. Hút điều hòa kinh nguyệt (Menstrual Regulation) được thực hiện theo kiểu hút chân không bằng tay cho những trường hợp có thai từ 4 tuần tuổi trở xuống. Đối với tất cả các thủ thuật nạo thai khác sau 4 tuần tuổi, "nạo thai" được thực hiện bằng thủ thuật nạo bằng thìa (Sharp Curettage) (Goodkind; 1994). Những nhân viên y tế được phép tiến hành nạo thai và hút điều hòa kinh nguyệt bao gồm các bác sĩ, y sĩ sản nhi và nữ hộ sinh trung cấp được đào tạo. Tuy nhiên, những trường hợp có thai già (khoảng 8 tuần tuổi trở lên) thường được chuyển lên những cơ sở y tế cấp cao hơn để tiến hành nạo thai. Nói chung tiền trả cho dịch vụ nạo thai là không đáng kể, ngoài ra người nạo hút thai mua thuốc uống để dùng với mục đích tránh viêm nhiễm sau khi tiến hành thủ thuật.

Số nạo phá thai đã tăng lên rất nhiều trong thập kỷ vừa qua. Năm 1976 theo báo cáo có 70 281 ca nạo thai được thực hiện trong cả nước, đến năm 1987 con số này đã lên tới 811 176 ca nạo hút thai- tăng gấp hơn 10 lần. Mặc dầu có giảm nhỏ trong mức tăng hàng năm giữa thời kỳ 1987 và 1991, tổng số nạo thai năm 1991 đạt 1,13 triệu nạo thai, tăng lên 1,34 triệu năm 1992, và rồi lên

đến 1,37 triệu năm 1993 (Goodkind; 1994). Năm 1992, theo báo cáo của Bộ Y tế số nạo hút thai được chia ra như sau: 611 000 ca hút điều hòa kinh nguyệt và 754 000 ca nạo thai (PATH; 1994). Điều này phản ánh xu hướng tăng về hút điều hòa kinh nguyệt trong tổng số ca nạo hút thai, tỷ lệ này tăng lên theo thời gian từ khoảng 30% trong năm 1991 lên 45% trong năm 1992. (Goodkind; 1994). Với 2,07 triệu trường hợp sinh được báo cáo trong năm 1992, như vậy cứ 100 trường hợp sinh thì có 66 ca nạo hút thai (PATH; 1994), hay tỷ số nạo hút thai là 0,66. Tổng tỷ suất nạo thai (TAR) của cả nước trong năm 1992 là 2,5 ca nạo hút thai trên một đời sinh sản của người phụ nữ (Goodkind; 1994). ở Thái Bình có 106 ca nạo hút thai trên 1000 trường hợp sinh (Tuyết và các tác giả khác; 1994). Một đánh giá lại mới đây về xu hướng sử dụng nạo hút thai trong các cơ sở cộng đồng cho rằng tỷ lệ nạo hút thai cao nhất là ở 3 thành phố lớn: Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và Hải Phòng cũng như các tỉnh ở vùng đồng bằng sông Hồng và sông Mekong, trong khi tỷ lệ thấp nhất là ở các tỉnh thuộc vùng bắc Trung Bộ, Trung Bộ và nam cao nguyên Trung Bộ (Goodkind; 1994).

Sự tăng nhanh và bùng nổ trong việc sử dụng các dịch vụ nạo hút thai đang được các cơ quan y tế Việt Nam xem như là hồi chuông báo động lớn. Không kể cuộc nghiên cứu nhỏ được tổ chức ở Thái Bình để cung cấp những thông tin mô tả về qui mô sử dụng nạo thai, còn có những nghiên cứu khác chưa được công bố về tình trạng tăng này trong sử dụng nạo thai. Cuộc điều tra Nhân khẩu học và y tế năm 1988 (1988 DHS) đã bao gồm cả nạo thai và hút điều hòa kinh nguyệt vào trong số các biện pháp được dùng để hoãn hoặc tránh có thai, nhưng chỉ 3% những phụ nữ đang có chồng báo cáo rằng họ đã từng sử dụng hút điều hòa kinh nguyệt và 3,5% nói rằng họ đã nạo thai (UBQGDS; 1990). Người ta cho rằng điều này phản ánh tình trạng khai báo không đầy đủ do cách đặt câu hỏi điều tra bởi vì thứ nhất, trong bảng hỏi không hỏi bao nhiêu lần người phụ nữ đó đã từng nạo hút thai (Allman và các tác giả khác; 1991); thứ hai, chỉ hỏi về sử dụng biện pháp như là cách để hoãn lại hoặc để tránh có thai chứ không phải để tránh sinh. Trong khuôn khổ áp lực của xã hội về hạn chế sinh đẻ, tình trạng nhiều người sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống (ví dụ như tính vòng kinh, xuất tinh ngoài) và ít người sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại khác ngoài vòng được xem như là nhân tố quan trọng góp phần làm tăng mạnh số ca nạo phá thai được tiến hành ở Việt Nam (Lập; 1992).

Mục đích của nghiên cứu này là mô tả hành vi và sức khỏe sinh sản của những phụ nữ đã từng có chồng ở 2 xã/phường, một ở Hà Bắc (cũ), một ở Hải Hưng (cũ), và so sánh việc sử dụng các biện pháp tránh thai và nạo thai của họ. Hi vọng rằng sự khảo sát về xu hướng sử dụng nạo thai ở 2 xã/phường này sẽ cung cấp sự hiểu biết sâu hơn về các mô hình hành vi làm tăng khả năng những phụ nữ sẽ phải sử dụng tới nạo thai.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu về sức khỏe sinh sản được tổ chức dưới sự hợp tác giữa Trung tâm nghiên cứu, thuộc kế hoạch hóa gia đình 6-78912 và Trung tâm dân số Carolina thuộc trường Tổng hợp Bắc Carolina. Nghiên cứu này được tiến hành tại phường Trần Phú (thị xã Hải Dương) và xã Thanh Hải (Lục Ngạn, Hà Bắc) vào năm 1994. ở phường Trần Phú, các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng được báo cáo là thường sử dụng vòng, và nạo hút thai. Hải Hưng là một tỉnh được coi là có phong trào mạnh trong thực hiện chương trình kế hoạch hóa gia đình và đã nhận được sự ủng hộ đáng kể từ các tổ chức cho chương trình của họ.

Thanh Hải là xã thuộc huyện miền núi Lục Ngạn, ngoài dân tộc Kinh còn có một số dân tộc ít người; tỷ lệ sử dụng vòng và nạo hút thai ở xã còn thấp. Thanh Hải được coi là có thể đưa ra một hình ảnh tương phản với phường Trần Phú. Hơn nữa, chương trình kế hoạch hóa gia đình ở đây hoạt động kém hơn một cách đáng kể so với phong trào của phường Trần Phú.

Cuộc điều tra về sức khỏe sinh sản của phụ nữ được tổ chức ở 2 xã/phường này. ở phường Trần Phú, một mẫu đại diện đã được lấy ra bằng cách chọn ngẫu nhiên hệ thống 525 hộ gia đình từ danh sách các hộ của toàn phường. Tất cả các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ ở mỗi hộ được chọn đều được phỏng vấn. ở xã Thanh Hải, thiết kế mẫu chùm hai giai đoạn đã được sử dụng. Giai đoạn 1 chọn ngẫu nhiên hệ thống 13 trong số 34 thôn; giai đoạn 2 chọn 40 hộ trong mỗi xã được chọn này. Tất cả những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ của các hộ được chọn này đều được phỏng vấn. Lịch sử 5 năm về sinh đẻ, sử dụng tránh thai, và sử dụng nạo hút thai cũng như các triệu chứng về bệnh

truyền nhiễm qua đường sinh dục (RTI) đã thu được thông qua bảng câu hỏi được tiến hành vào tháng Ba và tháng Tư năm 1994. Mẫu này đã được giới hạn trong những phụ nữ đã từng có chồng trong độ tuổi sinh đẻ 15-49. Kết quả điều tra đã được phân tích bằng chương trình SAS và STATA.

Các biến số

Phân tích được dựa trên các biến độc lập chính sau đây: tuổi, trình độ học vấn, số con còn sống, và sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình của người phụ nữ, và số tài sản của hộ gia đình (các tài sản được tính gồm: xe đạp, xe máy, ti vi, radio và tủ lạnh).

Biến phụ thuộc trong phân tích này là phụ nữ có nạo thai và hút điều hòa kinh nguyệt trong 12 tháng trước khi điều tra. Biến này có được từ câu hỏi trực tiếp về ngày mà người phụ nữ đó nạo thai gần đây nhất. Các biến số về kế hoạch hóa gia đình được lấy từ số liệu của lịch DHS, lịch này đã tóm lược 5-năm lịch sử sinh sản của phụ nữ. Câu hỏi về kế hoạch hóa gia đình được chuyển đổi thành hai biến giả (dummy variables): sử dụng vòng tránh thai và sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống. Biến số dummy là biến số chỉ nhận hai giá trị là 0 và 1; biến số này nhận giá trị 0 nếu sự kiện đó không xảy ra và nhận giá trị 1 nếu sự kiện đó xảy ra. Những phụ nữ không dùng biện pháp kế hoạch hóa gia đình nào và một phần nhỏ những phụ nữ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại khác được dùng như là nhóm đối chứng.

Phương pháp

Với biến phụ thuộc đã cho trong nghiên cứu này là lưỡng phân, phép hồi qui logistic (hoặc logit) đã được sử dụng để phân tích đa biến. Phương pháp này được chọn bởi vì phép hồi qui tuyến tính không phù hợp do nó giả thiết rằng phân bố tuyến tính, liên tục. Các mô hình hồi qui đưa ra trong nghiên cứu này vi phạm giả thiết đó vì nó là lưỡng phân, tức là các biến phụ thuộc chỉ nhận 2 giá trị hoặc là có xảy ra, hoặc là không xảy ra. Hồi qui tuyến tính cố gắng làm khít (fit) các điểm rời rạc với đường hồi qui thông qua phương pháp Bình phương nhỏ nhất thông thường (Ordinary Least Squares- OLS) đó là phương trình ước lượng của đường thẳng có dạng $Y' = a + bE$, ở đây Y' là giá trị trị báo của Y theo phương trình hồi qui. Tuy nhiên, OLS không thể áp dụng đối với mô hình trong nghiên cứu này bởi vì (1) không biết các tính chất phân bố; (2) là nhạy đối với nhiễu số liệu; (3) một phần lớn các tác động thực sẽ không được ước lượng; (4) dự báo một cách hệ thống các dự báo xác suất vượt ra ngoài khoảng 0 tới 1; và (5) sẽ trở nên kém nhất khi áp dụng thống kê chuẩn để cải tiến các ước lượng (Aldrich và Nelson; 1989). Trong khi đó Hồi qui Logit khít các điểm quan sát bằng đường cong Sigmoid, đường mà tiệm cận 0 và 1 nhưng không bao giờ cắt các điểm này. Đường cong Sigmoid giả thiết rằng biến dự báo có tác động lớn nhất lên P khi $P=0,5$ và tác động này trở thành nhỏ hơn về giá trị tuyệt đối khi P tiệm cận các điểm 0 hoặc 1 (Retherod và Choe; 1993). Công thức hàm số của đường cong Sigmoid như sau:

$$P = 1/(1 + e^{-z})$$

ở đây z là biến dự báo còn e là cơ số của logarithm tự nhiên ($e=2,71828\dots$). Do vậy P là xác suất được ước lượng. Công thức đa biến của phương trình này như sau:

$$P = 1 / (1 + e^{-(a+bx)})$$

Để khít mô hình hồi qui logit, phương pháp ước lượng hợp lý cực đại (maximum likelihood estimation) được sử dụng. Muốn làm như vậy, phải tính được hàm hợp lý (likelihood function) L , L là xác suất của các số liệu mẫu đặc biệt của chúng ta quan sát với giả thiết mô hình là thật. Chúng ta giả thiết rằng công thức toán học của mô hình là chính xác, nhưng chúng ta chưa biết giá trị của a và b , những giá trị được chọn để L đạt cực đại. Các giá trị như vậy của các tham số chưa biết được chọn để làm cực đại hoá sự hợp lý của các số liệu được quan sát và chúng được gọi là những tham số thích hợp nhất (best-fitting parameters). Phương pháp này dùng để xem xét tất cả các tổ hợp có thể có của a và b , rồi tính L cho mỗi tổ hợp đó, và chọn tổ hợp mà nó cho giá trị L lớn nhất (Retherod và Choe; 1993).

Do $\text{Log}L$ là hàm tăng đơn điệu, nên cực đại hoá L tương đương với cực đại hoá $\text{Log}L$ (Hanushek và Jackson; 1977). Qui trình hợp lý cực đại xử lý mỗi đơn vị như một quan sát riêng biệt, hơn là nhóm chúng lại để thu được các ước lượng của P . Nếu tất cả các quan sát thu được một cách độc lập thì sự hợp lý của việc thu được mẫu đã cho bằng tích các xác suất của các quan sát cá nhân. Kỹ thuật ước lượng hợp lý cực đại có thể áp dụng khi mà các biến giải thích là các phạm trù thật, chẳng hạn như giới tính, tôn giáo; hoặc khi hỗn hợp các biến giải thích liên tục và các biến có

tính chất thứ hạng cùng nhau (Hanushek và Jackson; 1977). Cho nên, áp dụng hồi qui logit cho phân tích này là thích hợp.

Điều cần lưu ý là trong mô hình logit, hệ số là sự thay đổi trong log của các "odds" liên quan tới thay đổi một đơn vị trong biến ngoại sinh. Một khía cạnh quan trọng của mô hình như vậy là các hệ số của các biến không thể được so sánh bởi vì mỗi hệ số được đo khác nhau (Hanushek và Jackson; 1977).

Kết quả

Hai mẫu cho thấy có sự khác nhau rõ ràng giữa xã nông thôn (Thanh Hải) và phường thành thị (Trần Phú). Các đặc trưng cơ bản của những phụ nữ trong cả hai mẫu được so sánh với những kết quả thu được từ những nghiên cứu khác ở Việt Nam sử dụng các mẫu đại diện cấp quốc gia (ví dụ Điều tra nhân khẩu học và Y tế 1988- 1988 DHS). Mẫu đã được giới hạn đối với những phụ nữ đã từng có chồng trong độ tuổi sinh đẻ 15-49. Các phụ nữ được phân bố theo nhóm tuổi trong cả hai mẫu, mặc dù trong mẫu của phường Trần Phú, có nhiều phụ nữ lớn tuổi hơn (xem Bảng 1). Tỷ lệ lớn phụ nữ trong nhóm có độ tuổi cao ở khu vực thành thị dường như phản ánh tuổi kết hôn muộn ở khu vực thành thị bởi vì ở khu vực thành thị có ít phụ nữ lấy chồng ở độ tuổi dưới 25 hơn ở khu vực nông thôn trong tổng thể dân số mà từ đó mẫu điều tra được chọn. Như đã chỉ ra ở Bảng 1, xã ở nông thôn phản ánh tính đa dạng về dân tộc với 72,6% là dân tộc Kinh, 15,5% là Sán Dìu và 11,9% là dân tộc khác; trong khi đó phường ở thành thị, 99% là dân tộc Kinh.

Có thể thấy rõ ràng từ Bảng 1 sự khác nhau về tình trạng xã hội-kinh tế của các xã, phường này. So với xã Thanh Hải thì phường Trần Phú có ít phụ nữ có trình độ văn hoá thấp và nhiều phụ nữ có trình độ văn hóa cao hơn. Trong khi ở phường Trần Phú có 1% phụ nữ có trình độ văn hóa từ phổ thông cơ sở trở xuống và 61,2% phụ nữ hoàn thành phổ thông trung học trở lên, thì ở xã Thanh Hải các tỷ lệ này là 12,5% và 5,2%, tương ứng. Cũng có những khác biệt dễ nhận thấy giữa hai xã, phường này khi xem xét về mức độ sinh. Số con trung bình còn sống tính trên một người phụ nữ ở phường Trần Phú là 1,01, trong khi đó ở xã Thanh Hải con số này là 3,17. Ở xã nông thôn, số phụ nữ có gia đình với qui mô lớn là nhiều hơn so với ở phường thành thị. Bảng 1 cho thấy 5,8% phụ nữ nông thôn không có con và 22% có 5 con trở lên. Phần lớn phụ nữ ở thành thị có 1 hoặc 2 con (31% và 43,6% tương ứng); có 3,1% không có con và chỉ 1,7% có từ 5 con trở lên.

Các mô hình sử dụng kế hoạch hóa gia đình hoàn toàn khác biệt giữa hai xã phường này là điều không ngạc nhiên. ở vào thời điểm điều tra, phường Trần Phú có nhiều phụ nữ dùng IUD hơn so với xã Thanh Hải, chiếm 24,9% so với 16,7% phụ nữ được điều tra tương ứng (Bảng 2), và nhiều người sử dụng các biện pháp hiện đại ở khu vực thành thị (14,7%) so với khu vực nông thôn (3,8%). Một bộ phận lớn (chiếm 42,8% trong số phụ nữ có chồng được điều tra) phụ nữ ở phường Trần Phú dùng các biện pháp tránh thai truyền thống, trong khi đó con số này là 35,1% ở xã Thanh Hải. Như là kết quả của hiện tượng nhiều người sử dụng biện pháp tránh thai ở khu vực thành thị hơn so với khu vực nông thôn, chỉ có 17,6% phụ nữ ở thành thị so với 44,4% phụ nữ ở nông thôn không sử dụng kế hoạch hóa gia đình ở thời điểm điều tra.

Bảng 1: **Phân bố phần trăm các đặc trưng cơ bản của những phụ nữ ở hai xã/phường: Thanh Hải (Lục Ngạn, Hà Bắc) và Trần Phú (Hải Dương, Hải Hưng). Tháng 4/1994.**

Các đặc trưng cơ bản	Thanh Hải (n=504)	Trần Phú (n=523)
<u>Tuổi</u>		
≤ 25	26,0%	13,0%
26-35	41,2%	42,3%
> 35	32,8%	44,6%
Trung vị	31,5	34,5
<u>Trình độ văn hóa^a</u>		
lớp 0-4	12,5%	1,0%
lớp 5-9	82,3%	37,9%
lớp 10 trở lên	5,2%	61,2%
Trung vị	7,0	10,6
<u>Số con còn sống</u>		
Không có con	5,8%	3,1%
1	12,9%	31,0%
2	23,2%	43,6%
3	20,2%	14,7%
4	15,9%	5,9%
≥ 5	22,0%	1,7%
Trung vị	3,2	2,0
<u>Dân tộc^a</u>		
Kinh	72,6%	n/a
San Diu	15,5%	n/a
Dân tộc khác	11,9%	n/a
<u>Nghề nghiệp^a</u>		
Nông dân	96,0%	n/a
Lao động chân tay	n/a	14,9%
Lao động trí óc	n/a	60,7%
Lao động khác	4,0%	24,3%
<u>Số tài sản^a</u>		
0	17,5%	4,6%
1	30,8%	19,7%
2	25,6%	35,6%
3	22,4%	24,9%
4	3,8%	15,3%
Trung vị	1,6	2,3

^a = Xem định nghĩa biến ở trong bài; n/a = Không thích hợp

Mô hình sử dụng các biện pháp tránh thai cũng được khảo sát cho 5 năm trước thời điểm điều tra và cho thấy số người sử dụng các biện pháp tránh thai đã tăng lên một cách ổn định (Bảng 2). ở khu vực nông thôn, sử dụng vòng (IUD) đã tăng được 6%, và sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại khác đã tăng từ 0,4% lên 3,8%. Sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống cũng tăng từ 19,1% lên 35,1%, và tỷ lệ phụ nữ không dùng bất cứ biện pháp kế hoạch hóa gia đình nào đã giảm được 26%, từ 70% xuống 44%. Các phụ nữ ở thành thị cũng cho một mô hình tương tự: trong số những phụ nữ được điều tra, số người không sử dụng đã giảm cùng một lượng từ 44% xuống 17,6%. Có một bước nhảy được khoảng 10% trong số những phụ nữ dùng các biện pháp tránh thai hiện đại khác (từ 5,7% lên 14,7%). Trong số phụ nữ thành thị, những người dùng vòng đã tăng từ 18,9% lên 24,9%, và sử dụng các biện pháp truyền thống cũng tăng từ 31,4% năm 1989 lên 42,8% năm 1994. Điều này cho thấy xu hướng tăng trong sử dụng các biện pháp hiện đại ngoài vòng của những phụ nữ miền Bắc Việt Nam. Chính vì thế mà cho đến đầu những năm 1994, phụ nữ ở cả hai xã đã sử dụng nhiều biện pháp hiện đại khác ngoài sử dụng vòng.

Bảng 2: Phân bố phần trăm sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình chia theo biện pháp và thời gian sử dụng tại xã Thanh Hải và phường Trần Phú, tháng 4/1994.

<i>Sử dụng tránh thai</i>	<i>Thanh Hải (n=504)</i>		<i>Trần Phú (n=523)</i>	
	<i>5 năm trước thời điểm điều tra (4/1994)</i>	<i>Ở thời điểm điều tra (1/1989)</i>	<i>5 năm trước thời điểm điều tra (4/1994)</i>	<i>Ở thời điểm điều tra (1/1989)</i>
Vòng	10,5%	16,7%	18,9%	24,9%
Biện pháp hiện đại khác	0,4	3,8	5,7	14,7
Biện pháp truyền thống	19,1	35,1	31,4	42,8
Không sử dụng biện pháp tránh thai ^a	70,1	44,4	44,0	17,6

^a Trong số những người không sử dụng ở nông thôn, 17,3% đã có thai trong tháng 1/1989. Trong số những người không sử dụng ở thành thị, 6,7% có thai trong tháng 1/1989

Khảo sát về sử dụng kế hoạch hóa gia đình theo các đặc trưng của phụ nữ ở hai xã, phường này cho thấy những mô hình thú vị. ở xã Thanh Hải, tất cả các biện cơ bản có quan hệ một cách đáng kể đến sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình. Những phụ nữ trẻ hầu như ít sử dụng biện pháp tránh thai, dùng vòng tăng lên theo tuổi, và phần lớn những phụ nữ ở độ tuổi trung niên sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống. Phần lớn những người không sử dụng các biện pháp tránh thai có trình độ văn hóa từ phổ thông cơ sở trở xuống; sử dụng vòng tăng lên khi trình độ văn hóa tăng lên, và sử dụng các biện pháp truyền thống là phổ biến nhất trong các phụ nữ có trình độ phổ thông trung học và dường như những phụ nữ có trình độ văn hóa thấp ít dùng vòng. Số con của người phụ nữ liên quan đến việc sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình trong một mô hình tuyến tính ngoại trừ đối với những phụ nữ có 5 con trở lên. Những phụ nữ này hoặc sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình truyền thống hoặc không dùng biện pháp tránh thai, trong khi đó đối với các phụ nữ khác thì khi số con tăng lên, số không dùng biện pháp tránh thai giảm và số sử dụng vòng và các biện pháp truyền thống tăng. Tài sản của hộ gia đình có liên quan đến việc sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình theo mô hình tuyến tính, phụ nữ có nhiều tài sản hơn dường như sử dụng một biện pháp nhiều hơn, sử dụng vòng và các biện pháp truyền thống tăng khi số tài sản tăng. Cuối cùng, tính dân tộc có liên quan mạnh tới việc sử dụng kế hoạch hóa gia đình. Những người sử dụng vòng phần lớn là người Kinh. Những người không dùng biện pháp tránh thai phần lớn là người Sán Dìu và những người sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống chủ yếu là những người thuộc nhóm dân tộc ít người. Những người sử dụng vòng ở khu vực nông thôn phần lớn là những người lớn tuổi, trình độ văn hóa cao, phụ nữ người Kinh có 3 con và nhiều tài sản gia đình.

Ở khu vực thành thị, các biến cơ bản liên quan đến việc sử dụng vòng theo một mô hình khác. Sự lựa chọn của phụ nữ về các biện pháp kế hoạch hóa gia đình không khác biệt theo trình độ văn hóa hoặc tình trạng nghề nghiệp của họ. Tuy nhiên, tuổi, số con và số tài sản gia đình liên quan một cách đáng kể tới việc sử dụng kế hoạch hóa gia đình. Khi tuổi tăng lên, không dùng các biện pháp tránh thai giảm. Sử dụng vòng là phổ biến nhất đối với những phụ nữ ở tuổi trung niên. Sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại khác và các biện pháp truyền thống tăng lên theo tuổi. Khi những phụ nữ có càng nhiều con thì họ dường như càng sử dụng các biện pháp hiện đại khác, nhưng việc sử dụng vòng và các biện pháp truyền thống đã thưa dần đối với những phụ nữ có 5 con trở lên. Những phụ nữ có nhiều tài sản gia đình hơn dường như là những người sử dụng kế hoạch hóa gia đình nhiều hơn và phần lớn là sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại. Tuy nhiên, việc dùng vòng có mối quan hệ phi tuyến với tài sản hộ gia đình. Những phụ nữ có 4 loại tài sản và không có tài sản thường sử dụng nhiều hơn những phụ nữ khác. Nét tóm tắt lược của những người sử dụng vòng ở khu vực thành thị: họ là những phụ nữ ở độ tuổi trung niên có 2-3 con và có nhiều tài sản gia đình.

Các kết quả tìm được đối với những người sử dụng nạo hút thai trong 5 năm vừa qua cho thấy một mô hình tương tự với những điều đã được thống kê dịch vụ ở Việt Nam báo cáo. Phụ nữ thành thị báo cáo đã từng nạo hút thai nhiều hơn so với phụ nữ nông thôn, 51,2% so với 35,1%

(xem Bảng 3). Khi xem xét riêng biệt mỗi loại thủ thuật, rõ ràng là nhiều phụ nữ nông thôn dùng hút điều hòa kinh nguyệt hơn là nạo thai, trong khi đó tỷ lệ phụ nữ thành thị nạo thai và hút thai là gần như giống nhau. Cả phụ nữ thành thị và nông thôn có tỷ lệ có thể so sánh được về những phụ nữ nạo hút thai nhiều, tức là những phụ nữ có từ 3 lần nạo hút thai trở lên: giữa 11-12%. Khi khảo sát số nạo hút thai trong 12 tháng vừa qua, rõ ràng nhiều phụ nữ nông thôn báo cáo có nạo hút thai (19,1%) trong khi 13,6% phụ nữ thành thị báo cáo có nạo hút thai trong năm vừa qua.

Bảng 3: Các chỉ số về sử dụng nạo hút thai tại xã Thanh Hải và phường Trần Phú, tháng 4/1994.

Sử dụng nạo hút thai	Thanh Hải (n=504)	Trần Phú (n=523)
Đã từng nạo hút thai ít nhất một lần	35,1% (177)	51,2% (268)
Đã từng nạo thai	9,9 (50)	28,3 (155)
Đã từng hút điều hòa kinh nguyệt	30,0 (151)	29,6 (148)
Có 3 lần nạo hút thai trở lên	11,1 (56)	12,1 (63)
Có nạo hoặc hút thai trong 12 tháng qua	19,1 (96)	13,6 (71)

Phần lớn những phụ nữ ở độ tuổi trung niên sử dụng nạo hút thai (xem Bảng 4), nhưng những phụ nữ trẻ ở thành thị sử dụng nạo hút thai nhiều hơn so với những phụ nữ trẻ ở nông thôn hoặc những phụ nữ lớn tuổi ở thành thị. Tuy nhiên, ở khu vực nông thôn, tỷ lệ những phụ nữ trẻ có nạo hút thai thấp hơn so với những phụ nữ lớn tuổi (6,9% so với 24,9%, tương ứng). ở khu vực nông thôn, nạo thai cũng được sử dụng nhiều bởi các phụ nữ có qui mô gia đình lớn (25,2% trong số này có 5 con trở lên), trong khi đó phần lớn những phụ nữ thành thị nạo hút thai khi họ mới chỉ có 1 hoặc 2 con (15,8%). Cũng ở khu vực nông thôn, những phụ nữ có trình độ học vấn càng cao dường như càng sử dụng nạo thai nhiều hơn; nhưng ở thành thị thì ngược lại, những phụ nữ ít trình độ văn hóa hơn sử dụng nhiều nạo thai hơn so với những phụ nữ có trình độ văn hóa cao hơn. Có sự khác nhau trong sử dụng nạo thai giữa các nhóm dân tộc khu vực nông thôn. Phụ nữ trong nhóm dân tộc Kinh dùng nạo hút thai nhiều hơn những phụ nữ thuộc các nhóm dân tộc khác, những phụ nữ dân tộc thiểu số Sán Dìu sử dụng nạo thai ít nhất. Có rất ít khác nhau trong sử dụng nạo hút thai chia theo nghề nghiệp ở cả hai xã, phường. Cuối cùng, có mối quan hệ phi tuyến giữa tài sản hộ gia đình và sử dụng nạo hút thai. ở khu vực nông thôn, những phụ nữ có nhiều tài sản nhất thì có ít nạo thai nhất, nhưng ở khu vực thành thị thì diễn ra điều ngược lại: phụ nữ ít tài sản nhất thì cũng ít nạo thai nhất.

Các mô hình nhiều chiều được ước lượng để đánh giá ảnh hưởng của các dự báo giả thuyết hợp lý về sử dụng nạo hút thai trong 12 tháng qua. Mô hình chính đã kiểm soát các biến về tuổi, số năm đi học, số con còn sống của người phụ nữ, số tài sản của hộ gia đình, sử dụng vòng trong 12 tháng qua, và sử dụng biện pháp truyền thống trong 12 tháng qua.

Bảng 4: Tỷ lệ phần trăm phụ nữ có nạo hút thai trong năm vừa qua chia theo các đặc trưng cơ bản của họ tại xã Thanh Hải và phường Trần Phú, tháng 4/1994.

	Thanh Hải (n=504)	Trần Phú (n=523)
Các đặc trưng cơ bản	(%) Nạo hút thai trong năm vừa qua	(%) Nạo hút thai trong năm vừa qua
<u>Tuổi</u>		
≤ 25	6,9	15,9
26-35	22,2	19,0
> 35	24,9	7,7
<u>Trình độ văn hóa^a</u>		
lớp 0-4	18,7	33,3
lớp 5-9	20,7	14,7
lớp 10 trở lên	15,4	12,8

<u>Số con còn sống</u>		
Không có con	0,0	0,0
1	4,6	17,3
2	18,0	15,8
3	18,6	3,9
4	31,3	9,7
≥ 5	25,2	11,1
<u>Dân tộc^a</u>		
Kinh	21,9	n/a
Sán Diu	9,0	n/a
Dân tộc khác	15,0	n/a
<u>Nghề nghiệp^a</u>		
Nông dân	18,8	n/a
Lao động chân tay	n/a	10,2
Lao động trí óc	n/a	13,9
Lao động khác	25,0	15,0
<u>Số tài sản^a</u>		
0	19,3	12,5
1	14,8	16,5
2	20,9	16,1
3	21,2	10,8
4	26,3	8,8

Bảng 5 trình bày mô hình hồi qui logistic cho thấy loại biện pháp kế hoạch hóa gia đình đã sử dụng trong năm trước cuộc điều tra đã tác động mạnh đến khả năng mà người phụ nữ đã báo cáo có nạo hút thai trong năm đó. Những phụ nữ đang dùng vòng hầu như rất ít có nạo hút thai hơn là những phụ nữ không dùng một biện pháp tránh thai nào (Tỷ số odds là 0,32 ở khu vực nông thôn và 0,46 ở khu vực thành thị). Những phụ nữ nông thôn dùng các biện pháp tránh thai truyền thống có nạo hút thai trong 12 tháng qua nhiều hơn gấp 2 lần rủi so với những người không dùng biện pháp tránh thai (tỷ số odds là 2,59). Những phụ nữ thành thị dùng các biện pháp tránh thai truyền thống hầu như cũng có nạo hút thai nhiều hơn (tỷ số odds là 1,32), tuy nhiên điều này không có ý nghĩa về mặt thống kê (Bảng 5). Đối với những phụ nữ ở nông thôn, có thêm năm học vấn và thêm số con còn sống đã được chỉ ra là một dự báo có ý nghĩa thống kê về sử dụng nạo hút thai. Như trong phân tích nhị phân, tuổi được chỉ ra là có mối quan hệ nghịch đáng kể với sử dụng nạo hút thai gần đây của những phụ nữ thành thị (tuổi càng tăng, sử dụng nạo hút thai càng ít). Các mô hình nhiều chiều bổ xung đã được thử nghiệm cho cả mẫu thành thị lẫn nông thôn và đối với mỗi loại mẫu bao gồm những biến đặc biệt. Ví dụ, mẫu của thành thị không bao gồm biến về dân tộc. Trong mẫu ở nông thôn, biến về dân tộc được đưa ra để dự báo về số sử dụng nạo hút thai trong thời gian qua khi những phụ nữ thuộc nhóm dân tộc Kinh có nạo hút thai trong thời gian gần đây nhiều hơn gấp 2 lần so với những phụ nữ của các nhóm dân tộc ít người khác. Những phụ nữ nông dân dường như ít nạo hút thai hơn. Đối với các phụ nữ thành thị, biến nghề nghiệp được chỉ ra để dự báo về sử dụng nạo hút thai gần đây. Những phụ nữ lao động chân tay dường như ít nạo hút thai hơn những phụ nữ thuộc nhóm nghề hành chính/vấn phòng hoặc những phụ nữ nội trợ hoặc những phụ nữ có nghề chuyên nghiệp khác.

Bảng 5: Mô hình Hồi qui Logistic: Sử dụng nạo hút thai trong 12 tháng qua tại xã Thanh Hải và phường Trần Phú, tháng 4/1994.

	Thanh Hải (n=504)				Trần Phú (n=523)			
	Mô hình I		Mô hình II		Mô hình I		Mô hình II	
<i>Các biến độc lập</i>	Odds Ratio	Z Score	Odds Ratio	Z Score	Odds Ratio	Z Score	Odds Ratio	Z Score
Tuổi	1,04	1,36	1,03	0,88	0,91***	-3,36	0,91***	-3,55
Số năm đi học	1,19***	2,89	1,12*	1,71	0,95	-0,69	0,96	-0,54
Số con còn sống	1,18*	1,68	1,24**	2,11	1,30	1,43	1,32	1,50
Số tài sản hộ gia đình	0,87	-1,16	0,87	-1,18	0,91	-0,79	0,90	-0,81
Sử dụng vòng 12 tháng trước thời điểm điều tra ^a	0,32**	-2,36	0,29***	-2,56	0,46*	-1,81	0,45*	-1,85
Sử dụng biện pháp truyền thống 12 tháng trước thời điểm điều tra ^a	2,59***	3,53	2,52***	3,37	1,32	0,96	1,35	1,01
<i>Các biến bổ sung</i>								
Dân tộc Kinh	n/a	n/a	2,00*	1,64	n/a	n/a	n/a	n/a
Dân tộc Sán Dìu	n/s	n/a	0,84	-3,031	n/a	n/a	n/a	n/a
Nông dân	n/s	n/a	0,94	-0,10	n/a	n/a	n/a	n/a
Lao động chân tay	n/s	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0,46*	-1,67
Không lao động chân tay	n/s	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	0,80	-0,74
<i>Mô hình I</i>								
Log Likelihood	-217,34				-195,69			
X^2	55,70				24,08			
Prob > X^2	0,000				0,001			
<i>Mô hình II</i>								
Log Likelihood	-214,76				-194,17			
X^2	60,86				27,11			
Prob > X^2	0,000				0,001			

^a 12 tháng trước thời điểm điều tra là tháng 4/1993; n/a= Không thích hợp; * $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$

Sự thay đổi trong sử dụng nạo hút thai trong 5 năm trước cuộc điều tra phản ánh cùng mô hình như đã báo cáo trong số liệu cơ bản quốc gia được thảo luận trước đây. Nó cho thấy một sự tăng lên đáng kể trong sử dụng nạo hút thai ở cả hai xã/phường. Số nạo hút thai được tiến hành ở xã Thanh Hải tăng gấp hơn 4 lần, chuyển từ 24 ca nạo hút thai trong thời kỳ 3/1989-2/1990 lên 91 ca nạo hút thai trong thời kỳ 3/1993-2/1994 (Bảng 6). Điều này được phản ánh trong sự thay đổi trong tỷ số nạo hút thai từ 0,21 nạo hút thai tính trên một trường hợp sinh sống lên 0,94 nạo hút thai trên một trường hợp sinh sống năm 1994. ở khu vực thành thị, có nhiều ca nạo hút thai được thực hiện trong những năm 1989, 1990 hơn so với ở khu vực nông thôn (31 so với 24 trong thời gian 3/89-2/90 và 40 so với 28 trong thời gian 3/90-2/91), nhưng số ca nạo hút thai không tăng nhanh nhiều như ở khu vực nông thôn, chỉ khoảng hơn 3 lần so với thời kỳ 3/89-2/90. Tuy nhiên, do số sinh tăng không đáng kể, nên tỷ số nạo hút thai ở khu vực thành thị tăng hơn gấp 2 lần trong 5 năm qua (0,61 so với 1,41). Số sinh ở khu vực thành thị trong năm 1991 tăng được giả thiết là do ảnh hưởng của việc tin vào năm tốt (năm Mùi). Điều đáng chú ý là số nạo hút thai tăng mạnh cả ở khu vực thành thị và nông thôn trong 5 năm trước thời điểm điều tra, trong đó ở khu vực nông thôn tăng nhiều hơn. Trong khi năm 89, số phụ nữ nông thôn nạo hút thai chỉ chiếm khoảng 2/3 số phụ nữ thành thị, thì đến năm 94, số phụ nữ nông thôn nạo hút thai đã nhiều hơn so với khu vực thành thị 15 người.

Ở đây tổng tỷ suất nạo thai (TAR) đã được tính toán để ước lượng mức độ nạo hút thai trên một phụ nữ. Bằng việc sử dụng số liệu về lịch sử sinh đẻ 5-năm của những phụ nữ được phỏng vấn, đã tính được tỷ suất nạo thai chia theo độ tuổi (số nạo thai trên số phụ nữ trong mỗi nhóm tuổi) cho mỗi năm, có xem xét tuổi của các phụ nữ qua các năm. Tổng tỷ suất sinh (TFR) cũng được tính toán để so sánh. ở xã nông thôn, tổng tỷ suất nạo thai là 2,96 và tổng tỷ suất sinh là 4,8 trong khi ở

phường thành thị tổng tỷ suất nạo hút thai là 2,24 và tổng tỷ suất sinh là 2,75. Điều thú vị khi so sánh các tổng tỷ suất sinh với nhau và với con số ước lượng về số nạo hút thai toàn quốc năm 1992 là 2,5 tính trên một phụ nữ (Goodkind;1994). Con số này nằm giữa những TAR tính được cho xã nông thôn và phường thành thị, hơn nữa nó được tính toán dựa trên thống kê dịch vụ, trong khi các TAR của nghiên cứu này được tính từ các số liệu thu được từ phỏng vấn cá nhân. Điểm đáng lưu ý là: TAR và TFR ở khu vực nông thôn cao hơn nhiều so với khu vực thành thị và con số ước lượng cho toàn quốc. Điều này giả thiết rằng phụ nữ nông thôn nói chung có thai nhiều hơn trong 5 năm trước thời điểm điều tra (1989-1994). Phụ nữ thành thị tránh thai được nhiều hơn so với phụ nữ nông thôn, bằng giả thiết rằng phương tiện sử dụng kế hoạch hóa gia đình của họ nhiều hơn.

Bảng 6: Số nạo hút thai và số sinh ra sống trong 5 năm vừa qua, và tỉ số nạo hút thai. Xã Thanh Hải và phường Trần Phú, tháng 4/1994

	<i>Thanh Hải (n=504)</i>			<i>Trần Phú (n=523)</i>		
	<i>Số nạo hút thai</i>	<i>Số sinh ra sống</i>	<i>Tỷ số nạo thai</i>	<i>Số nạo hút thai</i>	<i>Số sinh ra sống</i>	<i>Tỷ số nạo thai</i>
Thời kỳ 12 tháng						
3/89- 2/90	24	112	0,21	31	51	0,61
3/90- 2/91	28	110	0,25	40	49	0,82
3/91- 2/92	51	100	0,51	34	66	0,52
3/92- 2/93	77	88	0,88	53	51	1,04
3/93- 2/94	91	97	0,94	76	54	1,41

Thảo luận

Nạo hút thai ở Việt Nam trong 5 năm qua tăng lên đáng kể. Do mô hình sử dụng các biện pháp tránh thai cũng thay đổi trong 5 năm qua, nên có thể nói rằng việc thay đổi trong loại phương pháp được sử dụng có thể góp phần làm tăng số nạo hút thai. Mô hình phân tích nhiều biến cho thấy rằng những phụ nữ dùng các biện pháp tránh thai truyền thống một năm trước thời điểm điều tra dường như là những phụ nữ có nạo hút thai trong năm đó, đặc biệt là ở khu vực nông thôn. ở cả 2 xã, phường, có một sự tăng đáng kể trong số những phụ nữ sử dụng các phương pháp kế hoạch hóa gia đình truyền thống trong giai đoạn này. Như vậy, tăng sử dụng các biện pháp truyền thống ở cả hai xã phường này đi liền với tăng số nạo hút thai. Trong khi sử dụng vòng tránh thai và các biện pháp tránh thai hiện đại khác có tăng đôi chút, phân tích nhiều biến cho thấy rằng những người sử dụng vòng tránh thai dường như ít có nạo hút thai hơn những phụ nữ khác.

ở khu vực nông thôn, những phụ nữ có vị thế kinh tế-xã hội càng cao thì dường như sử dụng nạo hút thai nhiều hơn so với những phụ nữ khác. Những phụ nữ có trình độ văn hóa càng cao, có càng nhiều tài sản gia đình, những người không phải là nông dân và không thuộc nhóm các dân tộc ít người dường như sử dụng nạo hút thai càng nhiều. Do phần lớn những phụ nữ nông thôn làm nghề nông, những phụ nữ phi nông nghiệp phần nhiều là những phụ nữ có vị thế kinh tế-xã hội cao hơn, và chính điều đó đã tạo cho họ tiếp cận thuận lợi với các dịch vụ nạo hút thai cũng như biết các cách giải quyết khi họ có thai ngoài ý muốn. ở khu vực thành thị, nghề nghiệp của phụ nữ được phát hiện là có ảnh hưởng đến khả năng chi ấy có nạo hút thai gần đây. Nhưng vì trình độ văn hóa và tài sản không dự báo một cách có ý nghĩa về sử dụng nạo hút thai ở khu vực thành thị, nên có thể loại công việc mà người phụ nữ làm, và chính vì thế là nhu cầu về thời gian mà họ phải dành cho công việc đó, có liên quan đến quyết định của họ về sử dụng nạo hút thai, và không đơn thuần là vị thế kinh tế-xã hội của họ. Những phụ nữ không lao động chân tay hầu như có thu nhập khá, đặc biệt nếu họ có nghề nghiệp. Một khía cạnh đáng lưu ý nữa là vị thế kinh tế-xã hội không chỉ ảnh hưởng sự tiếp cận với dịch vụ dưới góc độ tài chính, mà còn có ảnh hưởng tới thái độ và sự lựa chọn của phụ nữ khi họ có thai ngoài ý muốn. Chính vì thế, sự hiểu biết và thái độ của phụ nữ về sử dụng nạo hút thai cũng như về qui mô gia đình có thể góp phần làm tăng sử dụng nạo hút thai.

Mặc dù phụ nữ nông thôn chọn các biện pháp hiện đại khác ngoài biện pháp vòng ở năm 1994 nhiều hơn ở năm 1989, tỷ lệ sử dụng các biện pháp này vẫn còn thấp (3,8%). Việc nhiều phụ nữ thành thị sử dụng các biện pháp hiện đại khác (14,7%) phản ánh sự tiếp cận của họ đối với những biện pháp này là lớn. Do thị trường địa phương không thường xuyên có bán các phương tiện tránh thai, những phụ nữ nông thôn chủ yếu phải dựa vào các nguồn dịch vụ nhà nước để cung cấp các biện pháp tránh thai cho họ, trừ khi họ có thể tự mua ở các thị trường của thành phố lớn. Theo báo cáo thì số lượng các biện pháp tránh thai do các trung tâm y tế nông thôn cung cấp thường

thấp, và nhiều trung tâm không tích cực vận động sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại khác ngoài biện pháp vòng. Ngoài ra, hệ thống cung cấp thuốc viên và bao cao su qua mạng lưới cộng tác viên dân số chưa phát triển trong thời kỳ này. Chính vì thế, những phụ nữ nông thôn muốn sử dụng biện pháp kế hoạch hóa gia đình thường có ít sự lựa chọn hơn phụ nữ thành thị. Nếu họ không muốn dùng vòng tránh thai, họ hầu như chấp nhận dùng biện pháp tránh thai truyền thống.

Có điểm đáng chú ý về xu hướng thay đổi trong tỉ số nạo hút thai khi so sánh hai xã, phường. Trong khi có nhiều phụ nữ thành thị đã từng nạo hút thai, thì sử dụng nạo hút thai dường như đang tăng mạnh hơn ở xã nông thôn. Điều thực tế là cho đến năm 1994, số phụ nữ nạo hút thai ở xã nông thôn vượt hơn hẳn so với khu vực thành thị đã cho thấy phụ nữ nông thôn bắt đầu có xu hướng sử dụng nạo hút thai nhiều hơn so với những phụ nữ sống ở thành thị. Điều này có thể do sự lựa chọn các biện pháp kế hoạch hóa gia đình của họ bị hạn chế. Không chỉ những phụ nữ nông thôn sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống nhiều hơn so với phụ nữ thành thị, mà điều đáng lưu ý là sự khác nhau giữa các loại biện pháp truyền thống mà họ sử dụng. Một bộ phận lớn phụ nữ nông thôn dùng biện pháp xuất tinh ngoài thay cho biện pháp tính vòng kinh, trong khi đó nhiều phụ nữ thành thị sử dụng biện pháp tính vòng kinh hơn. Điều thực tế là đối với phụ nữ nông thôn, sử dụng biện pháp truyền thống trong khoảng thời gian 1 năm trước thời điểm điều tra đã làm tăng một cách đáng kể khả năng có nạo hút thai trong năm tiếp theo, trong khi điều tương tự không diễn đối với những phụ nữ thành thị, đã cho thấy rằng phụ nữ thành thị có thể sử dụng các biện pháp truyền thống một cách có hiệu quả hơn so với các phụ nữ nông thôn. Cũng có thể không chỉ đơn thuần là nhiều phụ nữ nông thôn dùng các biện pháp tránh thai truyền thống, mà vấn đề là ở chỗ họ sử dụng chúng như thế nào để sao cho không ảnh hưởng đến khả năng họ có nạo hút thai.

Kết quả so sánh giữa các tổng tỷ suất nạo hút thai 5 năm ở hai xã, phường cung cấp thêm bằng chứng về khả năng của các phụ nữ thành thị đối với việc tránh có thai ngoài ý muốn là lớn hơn. Những phụ nữ nông thôn có nhiều nạo hút thai và nhiều con hơn so với phụ nữ thành thị trong cùng thời kỳ.

Mối liên hệ giữa tuổi và sử dụng nạo hút thai ở khu vực thành thị cũng hoàn toàn rõ ràng. Phụ nữ thành thị dựa vào nạo hút thai để có thể hoãn lại việc sinh con sớm hoặc giãn khoảng cách giữa các lần sinh, ngược lại phụ nữ nông thôn có thể sử dụng nạo hút thai để hạn chế qui mô gia đình của họ. Khi hỏi nguyên nhân của lần nạo hút thai gần đây nhất, ít phụ nữ thành thị nói rằng vì họ không muốn có thêm con hơn phụ nữ nông thôn (66% so với 70%). Nhưng điều đáng chú ý ở cả hai xã, phường là nhiều phụ nữ sử dụng nạo hút thai vì các nguyên nhân khác ngoài nguyên nhân không muốn có thêm con. Việc nhiều phụ nữ đang dùng một hình thức kế hoạch hóa gia đình nào đó trước lần họ có nạo hút thai gần đây nhất phản ánh tỷ lệ thất bại về phương pháp là khá cao ở hai địa phương này.

Nghiên cứu này cho thấy ngày càng nhiều phụ nữ Việt Nam chấp nhận kế hoạch hóa gia đình ở cả các xã, phường ở thành thị và nông thôn, tuy nhiên, việc sử dụng các biện pháp tránh thai của họ dường như dẫn đến một số lượng lớn thất bại phương pháp. Nhiều phụ nữ dùng nạo hút thai để tránh sinh con ngoài kế hoạch, cho nên để giảm sử dụng nạo hút thai ở Việt Nam cần thiết phải nâng cao hiệu quả của sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình của phụ nữ Việt Nam ở cả khu vực thành thị và nông thôn.

Tài liệu tham khảo

1. Aldrich, John H. and Nelson, Forrest D. 1989. *Linear Probability, Logit, and Probit Models*. California: Sage Publications, Quantitative Applications in the Social Sciences. Paper 45.
2. Allman, James; Vu Quy Nhan, Nguyen Minh Thang, Pham Bich San and Vu Duy Man. 1991. "Fertility and Family Planning in Vietnam". *Studies in Family Planning* 22(5):308-317 September/October.
3. Bauman, Laurie J. and Adair, Elissa Greenberg. 1992. "The Use of Ethnographic Interviewing to Inform Questionnaire Construction". *Health Education Quarterly* 19(1): 9-23 Spring.
4. Goodkind, Daniel. 1994. "Abortion in Vietnam: Measurements, Puzzles, and Concerns." *Studies in Family Planning* Nov./Dec. 25(6):342-352.

5. Grant, James P. 1993. The State of the World's Children 1993. Oxford: Oxford University Press.
6. Knodel, John. 1995. "Major Findings from a National Survey of Reproductive Behavior and Health." Personal Communication of press release: May, 26.
7. Landinsky, Judith L.; Volk, Nancy D.; and Robinson, Margaret. 1987. "The Influence of Traditional Medicine in Shaping Medical Care Practices in Vietnam Today". *Social Science and Medicine* 25 (10): 1105-1110.
8. Ministry of Health. 1994. "Guidelines for Abortion Procedures". Unpublished document: Hanoi, Vietnam.
9. National Committee for Population and Family Planning (NCPFP). 1990. Vietnam Demographic and Health Survey 1988. Hanoi: National Committee for Population and Family Planning.
10. Nguyen The Lap. 1992. "Abortion in a Vietnamese Perspective". Unpublished document, Committee for Population and Family Planning, Thai Binh Province.
11. PATH 1994. "Family Planning in Vietnam: Priority Interventions for the 1990s". Unpublished document: Program for Appropriate Technology in Health (PATH): Seattle, WA: April 1994.
12. Rethorford, Robert D. and Choe, Minja Kim. 1993. Statistical Models for Causal Analysis. New York: John Wiley & Sons, Inc.
13. United Nations Population Fund (UNFPA). 1991. Programme Review and Strategy Development Report: Vietnam. New York: United Nations Population Fund.
14. Vu Quy Nhan. 1994. "Family Planning Programme in Vietnam". *Vietnam Social Sciences*: 1(39): 3-20.