

CHƯƠNG 3: MỨC TỬ VONG

Trong nhiều thập kỷ qua, các quốc gia đã có nhiều thành công trong công tác chăm sóc sức khỏe nhằm tăng tuổi thọ của người dân. Tử vong (hay mức chết) luôn là chủ đề nghiên cứu quan trọng trong nhân khẩu học và nhiều ngành khoa học khác có liên quan như dịch tễ học, y tế cộng đồng và thống kê..., và mục đích của nghiên cứu là nhằm thu được những kiến thức khoa học cần thiết để cải thiện cuộc sống thông qua các chương trình và chính sách thích hợp. Trong nghiên cứu nhân khẩu học, tử vong đóng vai trò khá quan trọng, vì mức độ chết cùng với mức độ sinh là nhân tố quan trọng xác định tỷ lệ tăng trưởng của dân số.

Giảm mức chết là không dễ dàng, vì điều đó phụ thuộc nhiều vào điều kiện môi trường, kinh tế, văn hóa, xã hội, công nghệ,... Làm giảm mức tử vong ở Việt Nam vẫn là mục tiêu quan trọng của công tác chăm sóc sức khỏe và của các chính sách, chương trình phát triển. Việc đầu tư đáng kể cho y tế và chăm sóc sức khỏe cộng đồng trong thời gian qua đã cải thiện đáng kể mức tử vong của Việt Nam, như mức độ chết của trẻ em giảm và tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh tăng lên trong nhiều thập niên gần đây.

Cũng như các cuộc Tổng điều tra trước đây, Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 có thu thập thông tin về các trường hợp chết của hộ xảy ra trong 12 tháng trước thời điểm điều tra tại các địa bàn mẫu. Cỡ mẫu của Tổng điều tra năm 2009 là 15% dân số trên phạm vi cả nước. Cỡ mẫu của Tổng điều tra lần này lớn hơn nhiều so với Tổng điều tra 1989 (5%) và 1999 (3%). Dựa vào số liệu của Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 có thể ước lượng được các số liệu tin cậy về mức độ chết của dân số nước ta.

3.1 CHẤT LƯỢNG THÔNG TIN VỀ TỬ VONG

Nói chung, thông tin tử vong thu thập từ các cuộc điều tra mẫu, Tổng điều tra về dân số thường bỏ sót các trường hợp chết, dẫn đến ước lượng thấp mức độ chết. Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 của Việt Nam cũng không phải là ngoại lệ.

Để đảm bảo tính toán, ước lượng chính xác các chỉ tiêu về chết, các nhà nhân khẩu học đã xây dựng kỹ thuật ước lượng gián tiếp các chỉ tiêu nói trên. Tuy nhiên, các kỹ thuật gián tiếp cũng đòi hỏi số liệu thu được của các cuộc điều tra phải có độ chính xác nhất định. Người đi tiên phong trong nghiên cứu tử vong là nhà nhân khẩu học có tên là Brass và các học giả khác như Hill và Trussel.

Chương 1 đã trình bày tóm tắt mô tả kỹ thuật ước lượng gián tiếp tỷ suất chết của trẻ em và đánh giá mức độ đầy đủ của báo cáo các trường hợp chết đối với các cuộc điều tra mẫu, Tổng điều tra về dân số. Trong các công cụ ước lượng gián tiếp, kỹ thuật dùng để tính toán mức chết của trẻ em là thành công nhất và được chấp nhận rộng rãi. Kỹ thuật này sử dụng thông tin đầu vào là số con đã sinh và số con còn sống của phụ nữ trong tuổi sinh đẻ.

Ngoài kỹ thuật ước lượng gián tiếp tỷ suất chết của trẻ em, hai phương pháp cân bằng tăng trưởng chung (GGB) và thể hệ chết giả định (SEG) cũng đã được áp dụng kết hợp để đánh giá mức độ đầy đủ của thông tin về chết của toàn bộ dân số.¹⁶

Cách tiếp cận “GGB– SEG kết hợp” được dùng để đánh giá số liệu về chết của Tổng điều tra 2009. Kết quả cho thấy mức độ đầy đủ của dữ liệu về các trường hợp chết thu thập được trong Tổng điều tra 2009 là tương đối thấp. Mức độ đầy đủ đối với chết của dân số nam cao hơn 13 điểm phần trăm so với con số đó của dân số nữ, tương ứng là 67 và 54 phần trăm.¹⁷

3.2 SỰ THAY ĐỔI MỨC TỬ VONG

3.2.1 Sự thay đổi tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi

Tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi (IMR) là số trẻ dưới 1 tuổi chết tính trên 1000 trẻ sinh sống trong thời kỳ nghiên cứu, thường là một năm. Nói chung việc khai báo số các trường hợp về chết thường bị sót, đặc biệt là đối với trẻ em dưới một tuổi bị chết, vì đây là thông tin nhạy cảm, nên người thân không muốn nhắc đến.

Chính vì lý do đó Liên hợp quốc đã khuyến nghị sử dụng các phương pháp ước lượng gián tiếp để tính toán tỷ suất chết trẻ em đối với các cuộc điều tra mẫu, cũng như Tổng điều tra về dân số. Tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi được ước lượng gián tiếp thông qua số con đã sinh và số con còn sống của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ thu thập được trong Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009. Ước lượng gián tiếp IMR được thực hiện bằng phần mềm QFIVE như đã đề cập trong Chương 1.

Số liệu trong Biểu 3.1 cho thấy mức độ chết trẻ em của toàn quốc đã giảm đáng kể trong vòng 20 năm qua (1989 - 2009), đặc biệt là trong vòng 10 năm gần đây. Ở khu vực thành thị, IMR giảm từ 18,3 xuống 9,4 trẻ em tử vong trên 1000 trẻ em sinh sống, trong khi đó ở nông thôn IMR đã giảm từ 41,0 xuống 18,7 trẻ em tử vong trên 1000 trẻ em sinh sống trong vòng 10 năm qua (1999-2009). Trong 10 năm qua, mặc dù sự sụt giảm điểm phần nghìn của IMR ở khu vực nông thôn cao hơn ở khu vực thành thị nhưng cường độ của hai khu vực này không khác nhau nhiều, tương ứng thành thị giảm 49%, còn nông thôn giảm 54%. Mặt khác, năm 1999, IMR của khu vực nông thôn cao gấp 2,2 lần IMR của khu vực thành thị và đến năm 2009, sự khác biệt đó tăng không đáng kể (2,3 lần). Điều đó cho thấy, sự sụt giảm IMR thời kỳ 1999-2009 diễn ra tương đối đồng đều ở cả khu vực thành thị và khu vực nông thôn nhưng không có dấu hiệu của sự thu hẹp khoảng cách về tỷ suất này giữa hai khu vực.

16 Xem: Các phương pháp phân bố chết đối với ước lượng chết người lớn: Phân tích nhạy cảm với các sai sót của số liệu mô hình. Nghiên cứu nhân khẩu học, tập 21, bài 9 trang 235-254, 25 tháng 8 năm 2009. Kenneth Hill, Danzhen You, Yonoung Choi

17 Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, Các kết quả chủ yếu, Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương, Hà Nội, 6-2010, trang 67.

BIỂU 3.1: TỶ SUẤT CHẾT CỦA TRẺ EM DƯỚI MỘT TUỔI CHIA THEO THÀNH THỊ/NÔNG THÔN, 1989-2009

Đơn vị tính: Trẻ dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống

Nơi cư trú	1989	1999	2009
Toàn quốc	42,3	36,7	16,0
Thành thị	31,5	18,3	9,4
Nông thôn	45,0	41,0	18,7

Nguồn: 1989: Tổng điều tra dân số Việt Nam 1989, “chuyên khảo ước lượng mức độ sinh và chết cho các tỉnh và nhóm dân tộc Việt Nam”, Nhà xuất bản Thống kê – 1994, trang 58.

1999: Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 1999, “chuyên khảo về hôn nhân, sinh đẻ và tử vong ở Việt Nam: mức độ, xu hướng và những khác biệt”, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội - 2001, trang 99.

Những con số trên thể hiện sự thành công rất lớn của các chương trình và chính sách về y tế, đặc biệt là công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Điều này nói lên tính ưu việt của Nhà nước ta trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu của công dân.

So với các nước trong khu vực, tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi của nước ta ở mức trung bình thấp, cao hơn so với của Singapore, Brunei, Thái Lan và Malaysia (tương ứng là 2,1; 7; 7 và 9 phần nghìn); nhưng thấp hơn nhiều so với của Phi-líp-pin, In-đô-nê-xi-a, Cam-pu-chia, Lào và Myanmar (tương ứng là 23, 34, 62, 64 và 75 phần nghìn).¹⁸

3.2.2 Sự thay đổi tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi

Tỷ suất chết của trẻ em dưới 5 tuổi là một chỉ tiêu quan trọng, đo lường mức độ chết cho cả nhóm 5 độ tuổi đầu của dân số. Tỷ suất chết của trẻ em dưới 5 tuổi, thường được biểu diễn bằng 5q0, là số đo mức độ chết của trẻ em trong 5 năm đầu tiên của cuộc sống. Tỷ suất này được định nghĩa là số trẻ em dưới 5 tuổi chết tính bình quân trên 1.000 trẻ em sinh ra sống trong năm.

Chăm sóc sức khỏe trẻ em luôn là vấn đề được thế giới quan tâm. Tại Hội nghị thượng đỉnh Thiên niên kỷ của Liên hợp quốc năm 2000, 189 quốc gia thành viên nhất trí thông qua Tuyên bố Thiên niên kỷ và cam kết đạt được tám mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG) vào năm 2015. Trong 8 mục tiêu đó, có 1 mục tiêu đề cập cụ thể đến việc cải thiện tình trạng sức khỏe trẻ em. Đó là Mục tiêu thiên niên kỷ số 4: giảm 2/3 tỉ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi trong giai đoạn 2000 - 2015.

Theo báo cáo “Việt Nam 2/3 chặng đường thực hiện các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ, hướng tới 2015” đánh giá rằng, hiện nay mức tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở nước ta tương đương với tỷ suất của các nước có thu nhập bình quân đầu người cao hơn Việt Nam 3-4 lần. Việt Nam có mức giảm tỷ suất tử vong trẻ em dưới năm tuổi cao hơn mức giảm trung bình của khu vực Châu Á- Thái Bình Dương. So với mục tiêu đề ra trong “Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010” là giảm tỷ suất tử vong trẻ em dưới năm tuổi xuống còn 36 vào năm 2005 và 32 vào

18 IMR của các nước trong khu vực được lấy từ “Bảng số liệu dân số thế giới năm 2009” của Population Reference Bureau.

năm 2010 thì Việt Nam đã vượt xa mục tiêu quốc gia. Nhận định này được chứng minh qua kết quả tính toán được từ Tổng điều tra 2009 và 1999, số trẻ em dưới năm tuổi tử vong đã giảm từ 58 (năm 1999) xuống còn 24 trên 1000 trẻ đẻ sống (năm 2009). Chiến lược này cũng đặt mục tiêu đến năm 2015, phấn đấu đạt tỷ suất trẻ em dưới 5 tuổi còn dưới 20 và tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi còn dưới 12, vì vậy sẽ hoàn thành Mục tiêu phát triển Thiên niên kỷ số 4 về giảm tỷ suất tử vong trẻ em.

3.2.3 Sự thay đổi tỷ suất chết đặc trưng theo tuổi

Tỷ suất chết đặc trưng theo tuổi (ASDR) là tổng số trường hợp chết của một độ tuổi hoặc nhóm tuổi chia cho dân số của độ tuổi hoặc nhóm tuổi đó và nhân với hệ số, thường là 1000. Số đo này có thể được tính cho thời kỳ nào đó, thường là một năm lịch, hoặc 12 tháng trước điều tra, cho một nước hoặc một đơn vị lãnh thổ; và cho từng giới tính.

Biểu thị các giá trị ASDR theo các độ tuổi hoặc nhóm tuổi bằng một đường cong, phản ánh mức độ chết đặc trưng theo tuổi còn được gọi là mô hình tử vong.

Khi so sánh mô hình tử vong của nước ta theo số liệu Tổng điều tra 1989 với 4 họ bảng sống mẫu của Coal-Denemy đã rút ra kết luận là trật tự chết của dân số Việt Nam gần với họ Bắc của hệ thống Bảng sống mô hình Coale – Deneny. Mức tử vong thay đổi có thể làm cho mô hình tử vong thay đổi theo. Kiểm nghiệm mô hình tử vong của số liệu chết thu thập được trong Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 (xem “Dự báo dân số Việt Nam 2009-2049”¹⁹) bằng cách so sánh đồ thị mô hình tử vong năm 2009 với 4 họ Bắc, Nam, Đông và Tây của hệ thống bảng sống mẫu Coale-Demeny. Kết quả cho thấy đường cong ASDR của nước ta rất gần với cả 4 đường cong của 4 họ nói trên. Song khi so sánh bằng phương pháp bình quân tối thiểu, thì kết quả cho thấy họ Bắc cho giá trị bình phương tối thiểu nhỏ nhất. Điều này cho thấy, cũng như kết luận đối với số liệu tử vong của Tổng điều tra 1989, mô hình tử vong của Việt Nam gần với họ Bắc hơn cả so với các họ còn lại.

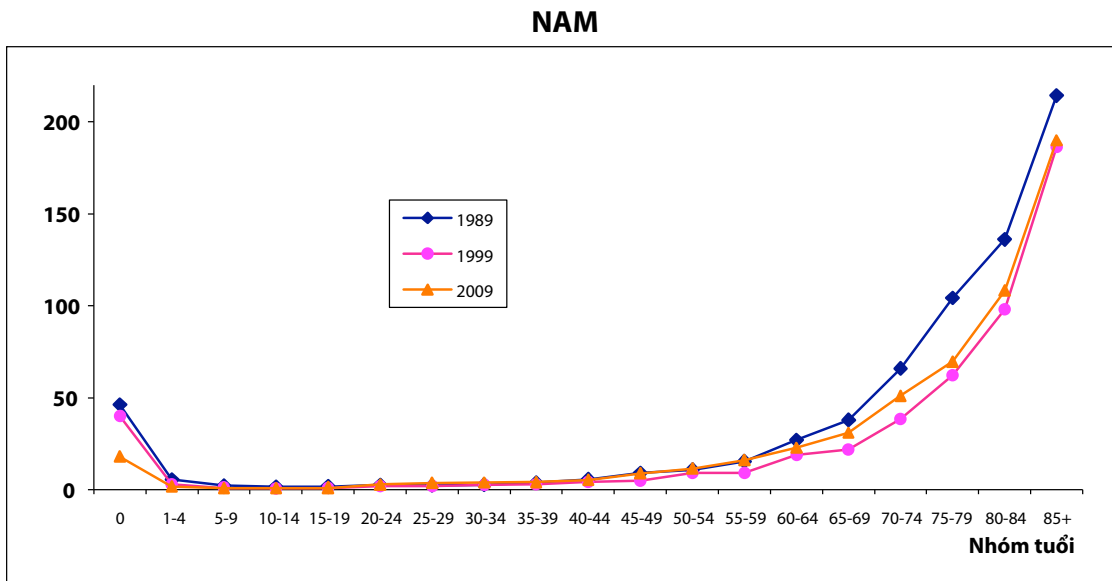
Mô hình tử vong họ Bắc có đặc trưng tỷ suất chết trẻ dưới một tuổi khá thấp, tỷ suất chết trẻ em khá cao và tỷ suất chết trên 50 tuổi giảm xuống dưới chuẩn. Tuổi thọ dự tính cho bảng sống này là từ 44,5 năm đến 74,7 năm.²⁰

Tỷ suất chết đặc trưng theo tuổi và giới tính của Tổng điều tra 1989, 1999 và 2009 được trình bày trong Hình 3.1. Số liệu cho thấy tỷ suất chết trẻ em ở những độ tuổi nhỏ giảm liên tục trong 3 cuộc Tổng điều tra. Song, tỷ suất chết của dân số 15 tuổi trở lên của Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 1999 có giảm so với năm 1989; nhưng con số đó của năm 2009 lại tăng so với năm 1999, đặc biệt là với nhóm dân số già từ 60 tuổi trở lên.

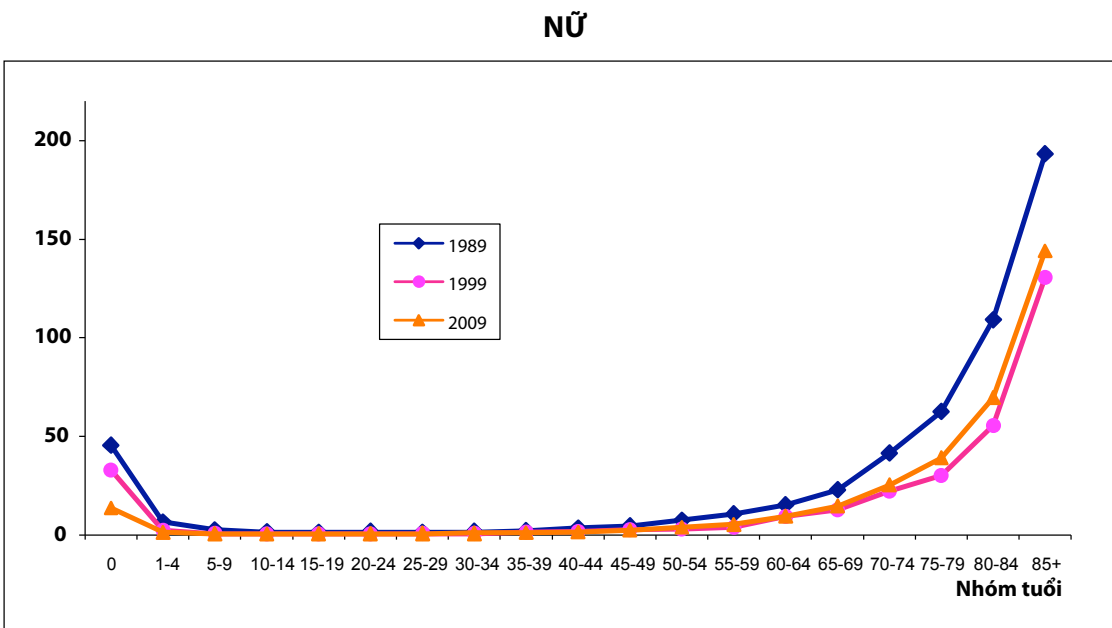
19 Dự báo Dân số Việt Nam 2009-2049, Tổng cục Thống kê, Hà Nội 2-2011, trang 13-15.

20 Liên hợp quốc, 1983. Cẩm nang số X: Các kỹ thuật gián tiếp về ước lượng nhân khẩu học

HÌNH 3.1a: TỶ SUẤT CHẾT ĐẶC TRƯNG THEO TUỔI CỦA VIỆT NAM, 1989-2009



HÌNH 3.1b: TỶ SUẤT CHẾT ĐẶC TRƯNG THEO TUỔI CỦA VIỆT NAM, 1989-2009



Nghiên cứu tỷ suất chết đặc trưng theo tuổi của Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 cho thấy, trung bình cứ 1000 trẻ em sinh ra trong năm trước thời điểm Tổng điều tra có 16 em bị chết. Tỷ suất chết đột ngột giảm xuống ở độ tuổi 1-4 với mức cứ 1000 trẻ em ở nhóm này chỉ có 2 em bị chết trong năm. Sau đó lại giảm từ từ cho tới khi đạt giá trị cực tiểu tại nhóm 10-14 tuổi, tỷ suất chết đặc trưng của nhóm này chỉ có 0,7 trên 1000. Sau tuổi 14, ASDR lại tăng dần cho tới nhóm 55-59 tuổi. Từ 60 tuổi trở đi, ASDR tăng nhanh hơn so với các nhóm tuổi trẻ. Đồ thị biểu diễn tỷ suất chết đặc trưng theo tuổi của Việt Nam có hình dạng giống với chữ J hơn là chữ U. Đặc điểm này cho thấy mức tử vong của 2 nhóm người rất già cao hơn nhiều so với nhóm trẻ và có nhiều nhóm tuổi có tỷ suất chết thấp.

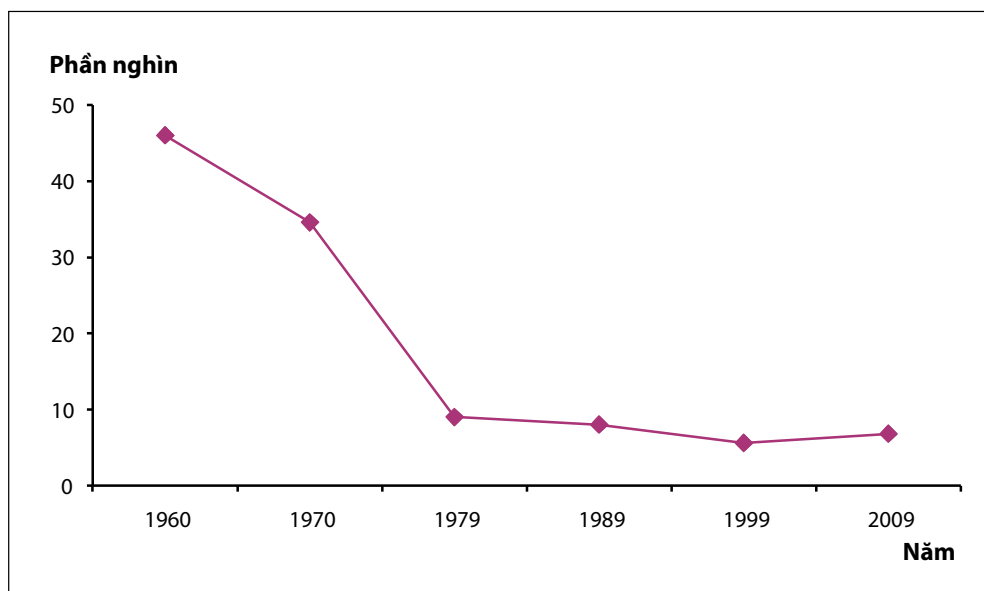
Số liệu của cả 3 cuộc Tổng điều tra đều cho thấy tỷ suất chết của nam nói chung đều cao hơn của nữ ở hầu hết các nhóm tuổi. Đây là xu hướng chung của nhiều quốc gia, cụ thể là xác suất sinh nam cao hơn sinh nữ, tuy nhiên nam có nguy cơ tử vong lớn hơn nữ, kết quả là nữ thường sống thọ hơn nam. Điều này còn do môi trường, thói quen văn hóa, lối sống khác nhau giữa nam và nữ. So với nữ giới, nam thường làm những nghề nghiệp mạo hiểm hơn, thường sử dụng nhiều hơn các đồ có hại và gây nghiện, như thuốc lá, rượu, bia, ma túy, nên có ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe. Hậu quả là nam giới dễ gặp rủi ro và bệnh tật hơn so với nữ giới.

3.2.4 Sự thay đổi tỷ suất chết thô

Tỷ suất chết thô (CDR) cho biết, trung bình cứ 1000 dân, có bao nhiêu người chết trong một khoảng thời gian, thường là một năm lịch hay 12 tháng trước thời điểm điều tra. Tỷ suất chết thô bị ảnh hưởng bởi phân bố dân số theo tuổi và giới tính. Khi tỷ trọng dân số dưới 5 tuổi (có tỷ lệ chết tương đối cao) giảm đi trong điều kiện mức sinh thấp, tỷ suất chết thô có thể giảm. Tuy nhiên, sự gia tăng dân số già (có tỷ suất chết cao) sẽ bù vào sự sụt giảm của số lượng chết sơ sinh và chết trẻ em. Kết quả là, tỷ suất chết thô có thể không thay đổi hoặc thậm chí tăng lên.

Hình 3.2 trình bày CDR của Việt Nam từ năm 1960 đến năm 2009. Đồ thị cho thấy, CDR có xu hướng giảm. Xu hướng này có điểm bất bình thường vào năm 1999. Điều này có thể do hai lý do, một là năm 1999 đã ước lượng CDR thấp hơn so với thực tế; hai là CDR cũng có thể tăng do tỷ trọng người già tăng. Cả hai lý do này làm cho CDR có chiều hướng đi lên sau năm 1999.

HÌNH 3.2: TỶ SUẤT CHẾT THÔ, 1960 - 2009



Nguồn: 1960, 1970: Viện Khoa học Lao động và Xã hội, "Dân số và phát triển ở Việt Nam";

Nhà xuất bản Thế giới, 2004

1979: Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số Trung ương, "Dân số Việt Nam 1-10-1979", Nhà máy in Tiến bộ, Hà Nội 1983

1989: Tổng điều tra dân số Việt Nam 1989, "chuyên khảo ước lượng mức độ sinh và chết cho các tỉnh và nhóm dân tộc Việt Nam", Nhà xuất bản Thống kê - 1994, trang 58.

1999: Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 1999, “chuyên khảo về hôn nhân, sinh đẻ và tử vong ở Việt Nam: mức độ, xu hướng và những khác biệt”, Nhà xuất bản Thống kê – 2001, trang 99.

Cơ cấu tuổi của dân số ảnh hưởng khá lớn tới CDR. Trong cùng một điều kiện kinh tế - xã hội, dân số trẻ thường có mức chết thấp hơn so với dân số già. Theo kết quả toàn bộ, chỉ số già hóa (biểu thị bằng số người 60 tuổi trở lên trên 100 người dưới 15 tuổi) đang có xu hướng tăng lên từ 18,2 phần trăm vào năm 1989, lên 24,3% vào năm 1999 và cho đến Tổng điều tra 2009, con số này là 35,5 phần trăm. Theo dự báo dân số của Tổng cục Thống kê, con số này sẽ tiếp tục tăng lên đến 140,8 vào năm 2049. Rõ ràng dân số Việt Nam đang già hóa. Điều này là một trong những nguyên nhân góp phần làm tăng tỷ lệ chết. Ngoài ra trong một số năm gần đây, tai nạn giao thông gia tăng cùng với biến đổi khí hậu và môi trường ô nhiễm, tác động gây bệnh cao, cũng có thể là những nguyên nhân gây tử vong cao.

3.2.5 Sự thay đổi tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh

Tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh (còn gọi là triển vọng sống trung bình khi sinh hay tuổi thọ trung bình, được ký hiệu là e_0) là chỉ tiêu thống kê chủ yếu của Bảng sống, biểu thị triển vọng một người mới sinh có thể sống được bao nhiêu năm nếu như mô hình chết hiện tại được tiếp tục duy trì.

Tuổi thọ trung bình được sử dụng rộng rãi trong phân tích dân số, phản ánh mức độ chết của dân số không bị tác động của cơ cấu dân số theo độ tuổi.²¹ Song, tuổi thọ trung bình lại chịu ảnh hưởng bởi mức độ chết ở tất cả các độ tuổi, đặc biệt là tuổi sơ sinh và trẻ em. Vì vậy, chỉ tiêu này được sử dụng để so sánh mức độ chết giữa các thời kỳ, giữa các vùng, các nước. Ngoài ra, một công dụng không kém quan trọng của tuổi thọ trung bình là nó thường được sử dụng trong dự báo dân số và là một thành tố để tính chỉ số phát triển con người.

BIỂU 3.2: TUỔI THỌ TRUNG BÌNH TÍNH TỪ LÚC SINH CHIA THEO GIỚI TÍNH, 1989-2009

Đơn vị tính: Năm

Năm	Nam	Nữ	Sự khác biệt (nam - nữ)
1989	63,0	67,5	4,5
1999	66,5	70,1	4,6
2009	70,2	75,6	5,4

Nguồn: 1989: Tổng điều tra dân số Việt Nam 1989, “chuyên khảo ước lượng mức độ sinh và chết cho các tỉnh và nhóm dân tộc Việt Nam”, Nhà xuất bản Thống kê – 1994, trang 58.

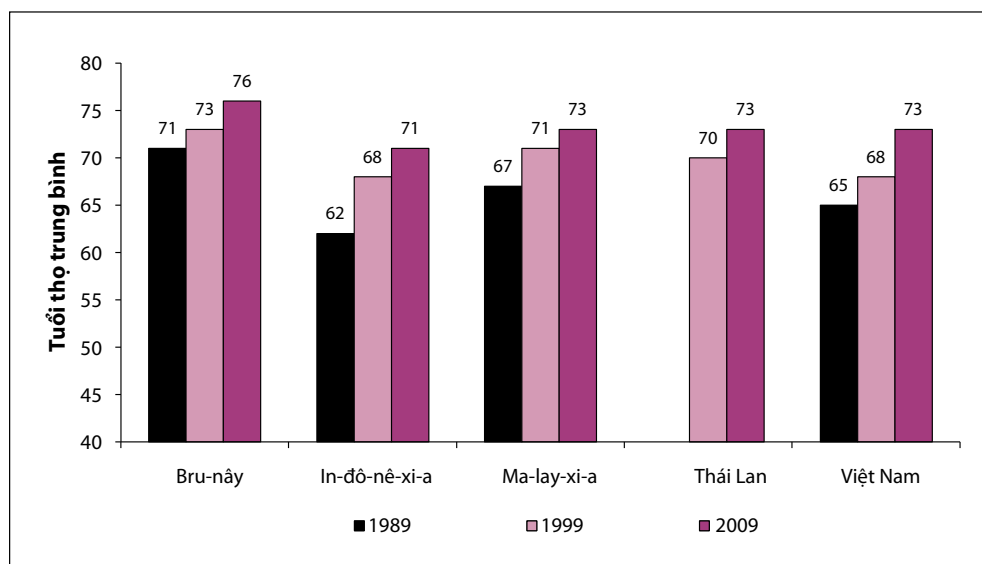
1999: Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 1999, “chuyên khảo về hôn nhân, sinh đẻ và tử vong ở Việt Nam: mức độ, xu hướng và những khác biệt”, Nhà xuất bản Thống kê – 2001, trang 103.

21 Các ký hiệu trong bảng sống (Biểu 7 - Phần Biểu tổng hợp): L_x : số năm-người đang sống trong độ tuổi x ; l_x : số người sống đến độ tuổi x ; d_x : số người chết trong khoảng tuổi $(x, x+1)$; q_x : xác suất chết trong khoảng tuổi $(x, x+1)$; p_x : xác suất sống trong khoảng tuổi $(x, x+1)$; m_x : tỷ suất chết của bảng sống; T_x : tổng số năm những người đã đạt tuổi x còn sống được; e_x : tuổi thọ trung bình.

Biểu 3.2 trình bày tuổi thọ trung bình cho nam và nữ trong giai đoạn 1989-2009. Số liệu trong biểu này cho thấy, tuổi thọ của nam và nữ tăng liên tục trong hai thập kỷ qua và con số đó của nữ cao hơn của nam. Vào năm 1989, e_0 của nam và nữ tương ứng là 63,0 và 67,5 năm. Tuổi thọ trung bình tăng và đạt 66,5 đối với nam và 70,1 đối với nữ vào Tổng điều tra 1999. Trong giai đoạn 1989-1999, tuổi thọ trung bình của nam tăng nhanh hơn so với của nữ (3,5 năm so với 2,6 năm). Tuy nhiên đến giai đoạn 1999-2009, tuổi thọ trung bình của nữ tăng nhanh hơn so với của nam (5,5 năm so với 3,7 năm).

Theo kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, Việt Nam đã tương đối thành công trong việc giảm tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi và tăng tuổi thọ bình quân trong 20 năm qua. So với một số nước có trình độ phát triển khá ở khu vực ASEAN (trừ Ấn-ô-nê-xi-a) thì Việt Nam là nước có tuổi thọ bình quân tăng nhanh nhất (xem Hình 3.3).

HÌNH 3.3: TUỔI THỌ TRUNG BÌNH TÍNH TỪ LÚC SINH CỦA MỘT SỐ NƯỚC ASEAN, 1989-2009



Nguồn: United State of America. Census Bureau, International Data Base

3.3 SỰ KHÁC BIỆT MỨC TỬ VONG THEO LÃNH THỔ

3.3.1 Sự khác biệt theo các vùng kinh tế - xã hội

Biểu 3.3 phản ánh một số chỉ tiêu về mức chết chia theo các vùng kinh tế - xã hội của Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009.

Trong sáu vùng kinh tế - xã hội, Tây Nguyên có CDR thấp nhất (6,1 người chết/1000 dân). Sau Tây Nguyên, Đông Nam Bộ là vùng có CDR thấp thứ hai của cả nước (6,3 người chết/1000 dân). Vùng có CDR cao nhất là Đồng bằng sông Hồng (7,2 người chết/1000 dân). Như đã đề cập ở trên, điều này chủ yếu là do dân số Tây Nguyên trẻ hơn so với các vùng khác và Đồng bằng sông Hồng có dân số già nhất. Cụ thể là, trong các vùng, Tây Nguyên cũng có tuổi trung vị (23,6 năm) và chỉ số già hóa (17,1 phần trăm) thấp nhất; còn các số đó của Đồng bằng sông Hồng cao nhất, tương ứng là 48,5 phần trăm và 29,6 năm. Đồng bằng sông Cửu Long là vùng có CDR tương đương với mức chung của cả nước.

BIỂU 3.3: MỘT SỐ CHỈ TIÊU VỀ MỨC TỬ VONG CHIA THEO CÁC VÙNG KINH TẾ - XÃ HỘI, 2009

Các vùng kinh tế - xã hội	Tỷ suất chết thô	Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi	Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi	Tuổi thọ trung bình chung	Tuổi thọ trung bình của nam	Tuổi thọ trung bình của nữ
Toàn quốc	6,8	16,0	24,1	72,8	70,2	75,6
Trung du và miền núi phía Bắc	6,6	24,5	37,2	70,0	67,2	73,0
Đồng bằng sông Hồng	7,2	12,4	18,6	74,2	71,7	76,9
Bắc Trung Bộ và DH miền Trung	7,1	17,2	25,8	72,4	69,8	75,2
Tây Nguyên	6,1	27,3	41,6	69,1	66,3	72,2
Đông Nam Bộ	6,3	10,0	15,0	75,3	72,9	77,8
Đồng bằng sông Cửu Long	6,8	13,3	20,0	73,8	71,3	76,6

Có sự khác biệt khá rõ về tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi theo vùng kinh tế - xã hội. Đông Nam Bộ là nơi có IMR thấp nhất (10 trẻ dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống) và IMR cao nhất là ở Tây Nguyên (27,3 trẻ dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống).

Tây Nguyên, Trung du và miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung là ba vùng có tỷ suất chết trẻ em dưới năm tuổi cao hơn mức độ chung của cả nước. Tây Nguyên có mức độ chết trẻ em dưới năm tuổi cao gấp 1,7 lần so với toàn quốc (41,6 so với 24,1) và 2,8 lần so với Đông Nam Bộ (41,6 so với 15).

Như trên đã đề cập, tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh bị tác động bởi mức chết ở tất cả các độ tuổi, đặc biệt là tuổi sơ sinh và trẻ em. Vùng nào có IMR thấp, thì vùng đó thường có e_0 cao. Đối với cả hai giới, tuổi thọ trung bình của Đông Nam bộ là cao nhất, tiếp sau đó là của Đồng bằng sông Hồng. Con số đó của Tây nguyên là thấp nhất.

Cũng giống như mức sinh, rõ ràng là tỷ suất chết trẻ em có quan hệ nghịch với trình độ phát triển (thể hiện qua mức thu nhập bình quân đầu người) của các vùng; song, tuổi thọ trung bình có quan hệ thuận với trình độ phát triển. Nơi nào có mức thu nhập bình quân đầu người thấp, thì nơi đó có tỷ lệ chết trẻ em cao và có tuổi thọ trung bình thấp và ngược lại.

3.3.2 Sự khác biệt theo tỉnh/thành phố

Sự khác biệt về mức chết giữa các tỉnh/thành phố được thể hiện trên Bản đồ 3.1 (cho CDR), Bản đồ 3.2 (cho IMR) và Bản đồ 3.3 (cho e_0). Các tỉnh có CDR cao nhất (những tỉnh có màu đậm nhất trên Bản đồ 3.1) thường là những tỉnh có chỉ số già hóa cao nhất như: Thái Bình với CDR là 8,9 người chết/1000 dân và chỉ số già hóa là 63,6 phần trăm; Hà Tĩnh với CDR là 8,9 người chết/1000 dân và chỉ số già hóa là 50,5 phần trăm; và một số tỉnh thuộc vùng núi cao như Cao Bằng với CDR là 8,7 người

chết/1000 dân. Các tỉnh có CDR thấp nhất (những tỉnh có màu nhạt nhất trên Bản đồ 3.1) thường là những tỉnh có chỉ số già hóa thấp nhất như: Đắk Nông với CDR là 5,5 người chết/1000 dân và chỉ số già hóa là 11,7 phần trăm, thấp nhất cả nước; Đắk Lắk với CDR là 5,9 người chết/1000 dân và chỉ số già hóa là 18,2 phần trăm.

Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi của 63 tỉnh/thành phố được thể hiện trên Bản đồ 3.2, những tỉnh có màu nhạt là những tỉnh có tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi thấp, tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi tăng dần thì màu sắc thể hiện trên Bản đồ cũng sẽ đậm dần lên. Tất cả những tỉnh, thành phố có tỷ trọng dân số thành thị cao nhất nước như thành phố Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Đồng Nai, Hà Nội, Đà Nẵng đều có tỷ suất chết trẻ em thuộc loại thấp nhất cả nước (những tỉnh có gam màu nhạt nhất trên Bản đồ 3.2). Các tỉnh có tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi cao nhất (những tỉnh có gam màu đậm nhất trên Bản đồ 3.2) là những tỉnh thuộc Trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên như: Lai Châu (47,7 trẻ em dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ em sinh sống), Điện Biên (39,7 trẻ em dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ em sinh sống), Kon Tum (38,2 trẻ em dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ em sinh sống), Quảng Trị (38,0 trẻ em dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ em sinh sống), Hà Giang (37,5 trẻ em dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ em sinh sống).

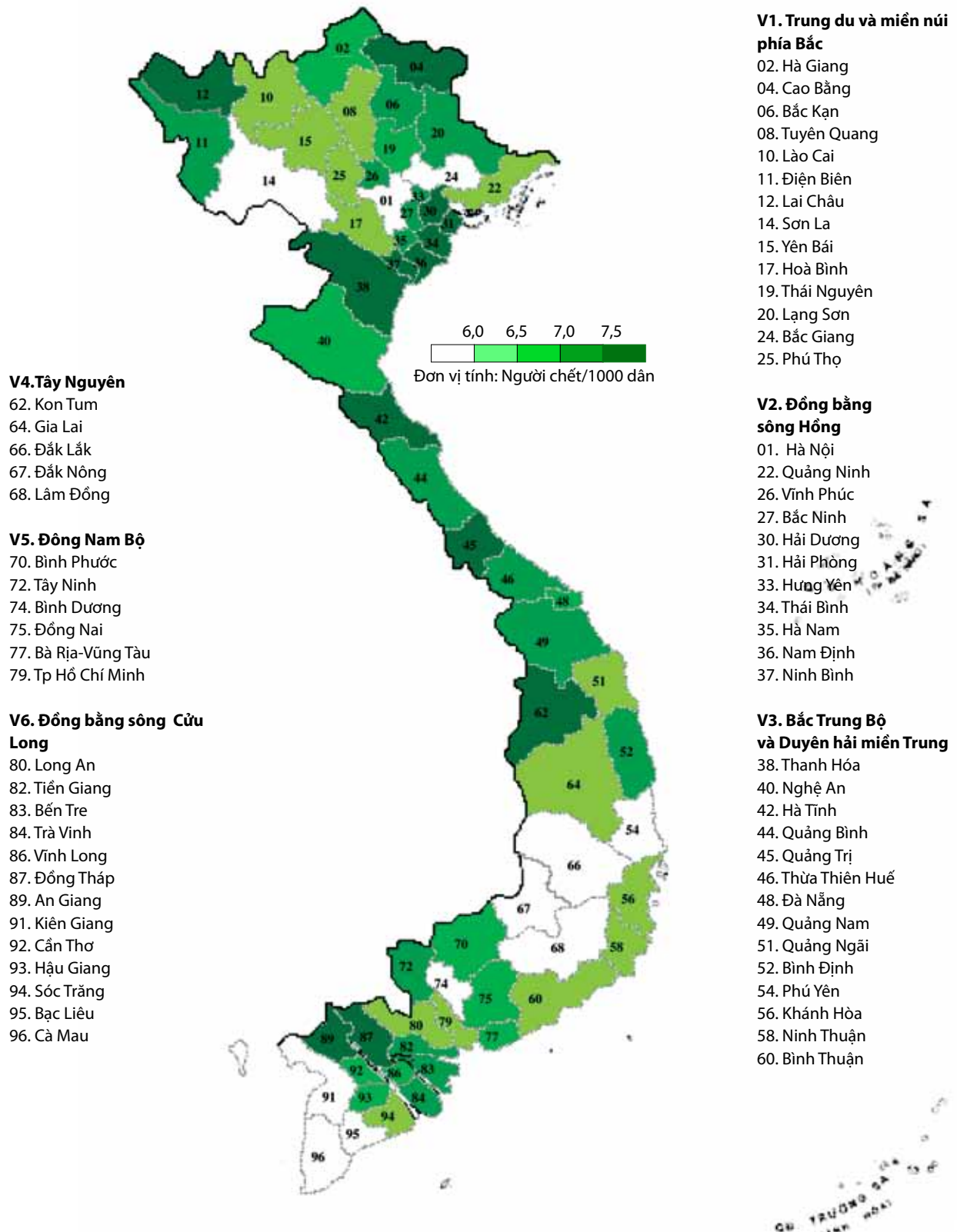
Cũng như trên đã đề cập, các tỉnh có tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi thấp sẽ có tuổi thọ bình quân tính từ lúc sinh cao và ngược lại. Trong Bản đồ 3.3, những tỉnh có e_0 cao hơn sẽ có màu đậm hơn, những tỉnh có màu nhạt nhất là tỉnh có e_0 thấp nhất.

Bản đồ 3.3 cho thấy, các tỉnh đồng bằng, đặc biệt các thành phố lớn, có tuổi thọ trung bình cao nhất và các tỉnh thuộc Trung du miền núi phía Bắc và Tây Nguyên có tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh thấp nhất.

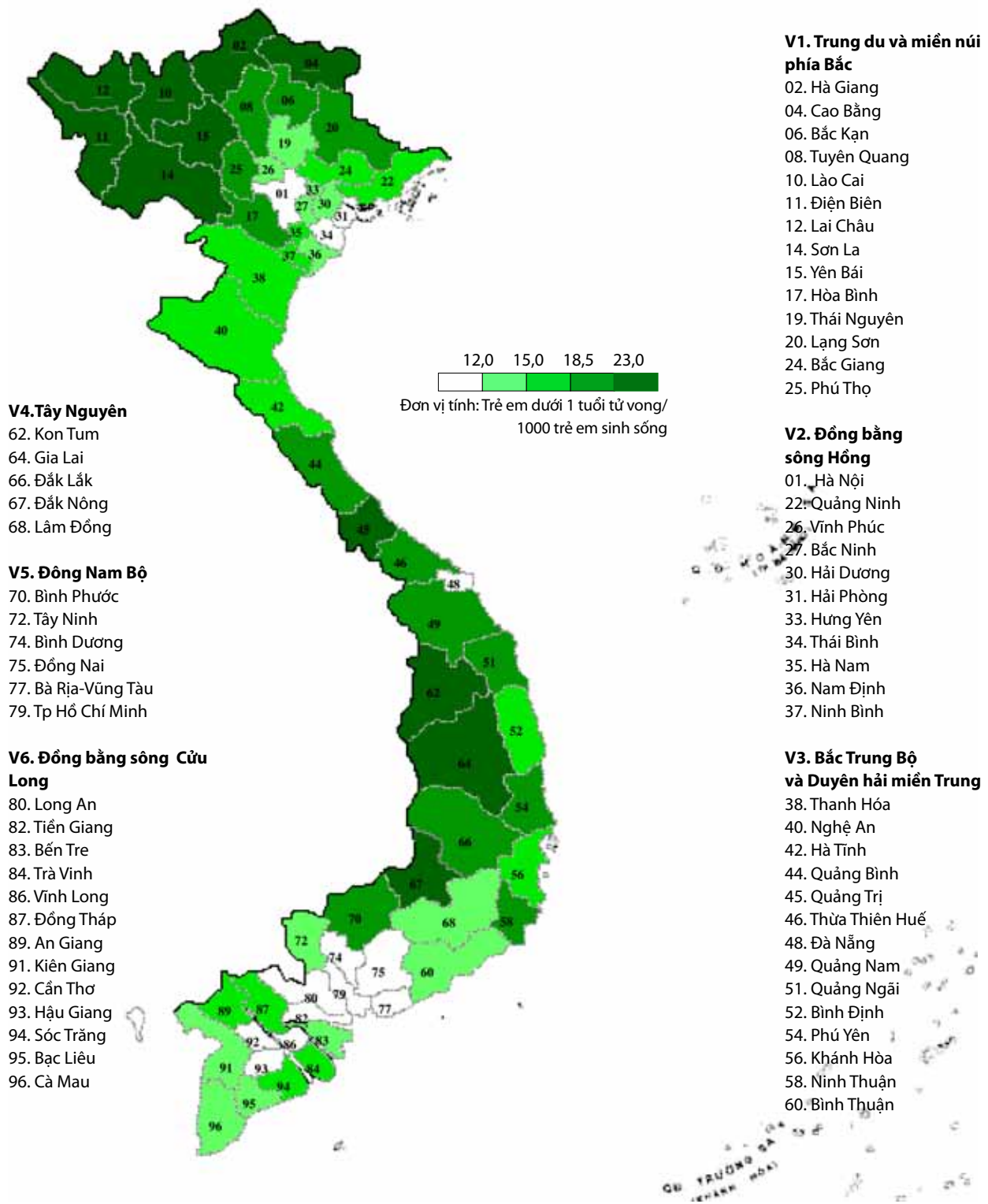
Các tỉnh có tuổi thọ trung bình cao nhất là thành phố Hồ Chí Minh (75,8 năm), Cần Thơ (75,5 năm), Bình Dương và Đồng Nai (75,4 năm), Bà Rịa – Vũng Tàu (75,3 năm), tiếp sau là thành phố Hà Nội (74,9 năm). Còn các tỉnh có số đó thấp nhất là Lai Châu (63,8 năm), Điện Biên (65,8 năm), Kon Tum và Quảng Trị (66,2 năm), Hà Giang (66,3 năm). Chênh lệch giữa tỉnh có tuổi thọ trung bình cao nhất và thấp nhất là 12 năm.

Nếu đối chiếu Bản đồ 3.2 và Bản đồ 3.3, nhận thấy rằng những tỉnh có tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi thấp là những nơi tuổi thọ trung bình cao, và ngược lại. Điều này là do quan hệ nghịch của IMR và e_0 .

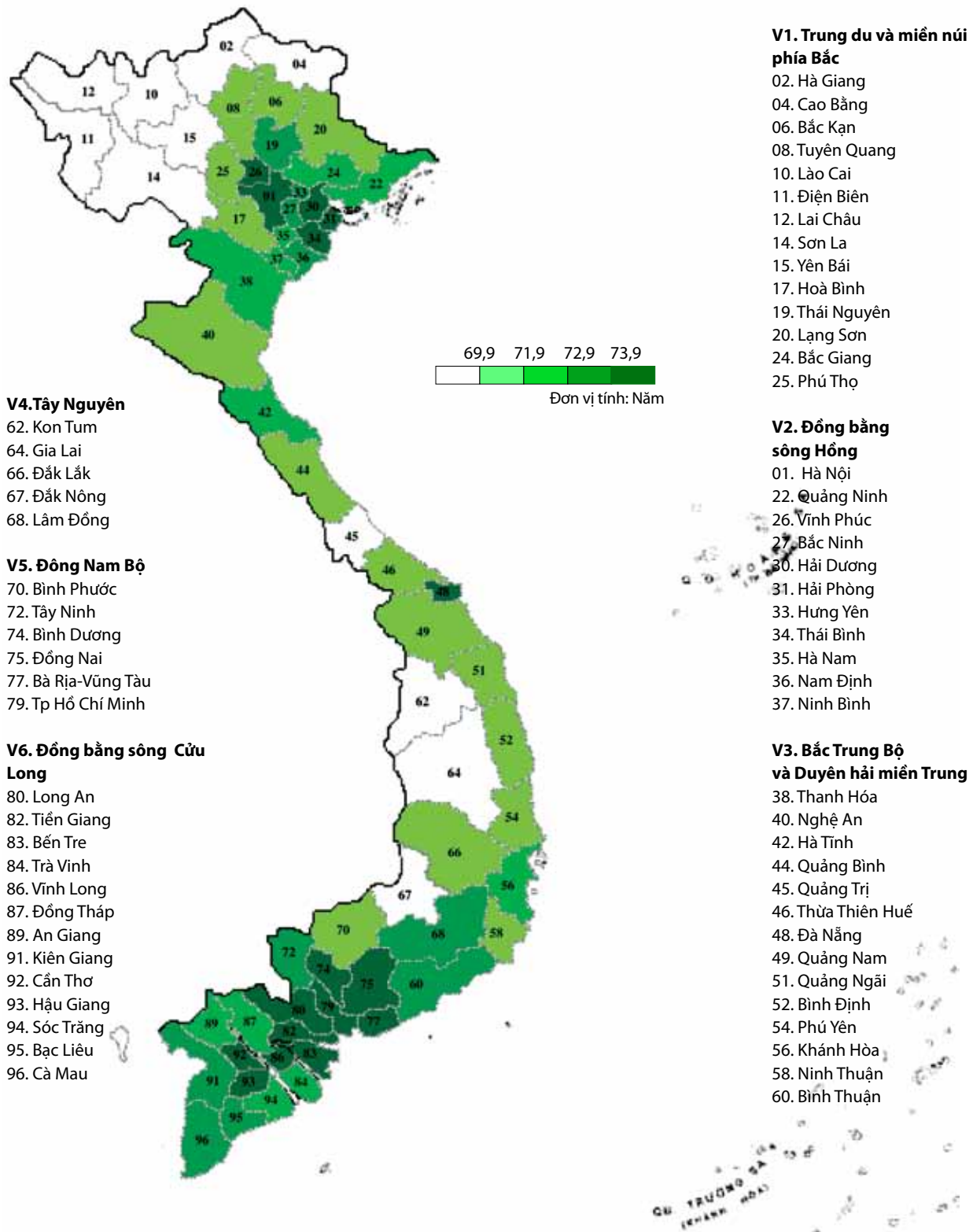
BẢN ĐỒ 3.1: CDR CỦA CÁC TỈNH/THÀNH PHỐ, 2009



BẢN ĐỒ 3.2: IMR CỦA CÁC TỈNH/THÀNH PHỐ, 2009



BẢN ĐỒ 3.3: TUỔI THỌ TRUNG BÌNH TÍNH TỪ LÚC SINH CỦA CÁC TỈNH/THÀNH PHỐ, 2009



3.4 SỰ KHÁC BIỆT MỨC TỬ VONG THEO CÁC ĐẶC TRƯNG NHÂN KHẨU HỌC VÀ KINH TẾ - XÃ HỘI CỦA NGƯỜI MẸ

3.4.1 Sự khác biệt về mức tử vong trẻ em theo tôn giáo của người mẹ

Cũng như lý do như đã trình bày ở Chương 2, Biểu 3.4 chỉ đưa ra một số chỉ tiêu về mức tử vong đối với một số tôn giáo có số lượng tín đồ lớn, các tôn giáo có số lượng tín đồ nhỏ được gộp lại thành một nhóm. Sự khác biệt về mức chết trẻ em ở các nhóm tôn giáo không có sự chênh lệch nhiều. Chỉ có nhóm Phật giáo Hoà hảo và các tôn giáo khác có mức độ chết trẻ em cao hơn so với của toàn quốc. Tuổi thọ trung bình chung của tất cả 5 nhóm tôn giáo đều đạt trên 70 tuổi.

BIỂU 3.4: MỘT SỐ CHỈ TIÊU VỀ MỨC TỬ VONG CHIA THEO TÔN GIÁO, 2009

Tôn giáo	Tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi (%)	Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi (%)	Tuổi thọ trung bình chung (Tuổi)	Tuổi thọ trung bình của nam (Tuổi)	Tuổi thọ trung bình của nữ (Tuổi)
Toàn quốc	16	24	72,8	70,2	75,6
Không tôn giáo	16	24	72,8	70,2	75,6
Phật giáo	13	19	74,0	71,4	76,7
Công giáo	15	23	73,2	70,6	76,0
Phật giáo Hoà Hảo	24	36	70,1	67,3	73,1
Các tôn giáo khác	23	35	70,5	67,7	73,4

3.4.2 Sự khác biệt về mức tử vong trẻ em theo dân tộc của người mẹ

Cũng như lý do như đã trình bày ở Chương 2, Biểu 3.5 trình bày một số chỉ tiêu về mức tử vong trẻ em của các dân tộc có một triệu người trở lên, các dân tộc có số lượng người ít hơn được gộp lại thành một nhóm. Số liệu cho thấy, IMR thay đổi từ mức thấp nhất ở dân tộc Kinh (13 trẻ dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống) và cao nhất ở dân tộc Mông (46 trẻ dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống). Dân tộc Kinh có IMR thấp hơn mức chung của cả nước.

Dân tộc Mông thường cư trú ở vùng núi cao. Phụ nữ Mông thường kết hôn sớm (tuổi kết hôn trung bình lần đầu là 18,8 năm, thấp nhất trong số các dân tộc thiểu số) và tỷ trọng dân số nữ từ 10 tuổi trở lên mù chữ là 70,5 phần trăm (cao nhất trong các nhóm dân tộc).

BIỂU 3.5: MỘT SỐ CHỈ TIÊU VỀ MỨC TỬ VONG CHIA THEO DÂN TỘC, 2009

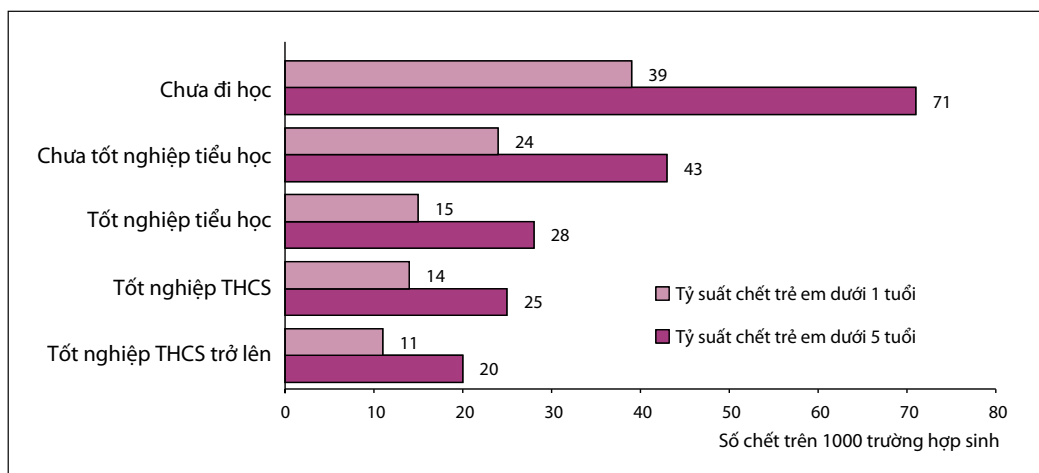
Tên nhóm dân tộc	Tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi (‰)	Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi (‰)	Tuổi thọ trung bình chung (Tuổi)	Tuổi thọ trung bình của nam (Tuổi)	Tuổi thọ trung bình của nữ (Tuổi)
Cả nước	16	24	72,8	70,2	75,6
Kinh	13	19	74,0	71,5	76,7
Tày	23	36	70,3	67,5	73,3
Thái	27	41	69,2	66,3	72,2
Mường	22	34	70,7	68,0	73,7
Khmer	18	27	72,1	69,5	74,9
Mông	46	72	64,3	61,3	67,5
Các dân tộc khác	32	49	67,8	64,9	70,9

Mặc dù, trong nhiều năm qua, Nhà nước ta có nhiều chính sách, chương trình ưu tiên cho các dân tộc thiểu số và quan tâm phát triển miền núi, vùng sâu, vùng xa. Song nghèo đói, thất học, kết hôn sớm, đẻ nhiều con, dẫn đến mức chết trẻ em cao vẫn còn hiện diện trong cộng đồng sinh sống ở vùng núi cao, vùng sâu, vùng xa.

3.4.3 Sự khác biệt về mức tử vong trẻ em theo trình độ học vấn của người mẹ

Tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi và dưới 5 tuổi theo trình độ học vấn của người mẹ được thể hiện qua Hình 3.4. Mức tử vong của trẻ em và trình độ học vấn của người mẹ có mối quan hệ thuận khá chặt chẽ. Con của các phụ nữ chưa bao giờ đi học có mức độ chết cao hơn so với con của các phụ nữ có trình độ học vấn cao hơn. Cụ thể, tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi của phụ nữ chưa bao giờ đi học cao gấp gần 3 lần so với tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi của phụ nữ đã tốt nghiệp trung học cơ sở (71 so với 25 trẻ dưới 5 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống) và cao gấp gần 4 lần so với tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi của phụ nữ đã tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên (71 so với 20 trẻ dưới 5 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống). Mối quan hệ tương tự cũng quan sát được đối với tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi: tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi của phụ nữ đã tốt nghiệp từ phổ thông trung học trở lên thấp nhất (11 trẻ dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống).

HÌNH 3.4: TỶ SUẤT CHẾT TRẺ EM DƯỚI MỘT TUỔI VÀ TỶ SUẤT CHẾT TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI CHIA THEO TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN CỦA NGƯỜI MẸ, 2009



3.4.4 Sự khác biệt về mức tử vong trẻ em theo nghề nghiệp của người mẹ

Nghề nghiệp là một trong những đặc trưng kinh tế - xã hội quan trọng phản ánh vị thế của mỗi cá nhân trong xã hội.

Để bảo đảm độ tin cậy thống kê, 9 nhóm nghề Cấp 1 của Danh mục Nghề nghiệp từ Nhóm 1 đến Nhóm 9, được gộp lại thành 5 nhóm như sau:

- (i) “Chuyên môn kỹ thuật bậc trung trở lên” bao gồm: “Nhà chuyên môn bậc trung”, “Nhà chuyên môn bậc cao” và “Nhà lãnh đạo trong các ngành, các cấp và các đơn vị”.
- (ii) “Nhân viên” bao gồm “Nhân viên trợ lý văn phòng” và “Nhân viên dịch vụ và bán hàng”.
- (iii) “Lao động có kỹ thuật trong nông nghiệp” bao gồm “Lao động có kỹ năng trong nông nghiệp, lâm nghiệp và thủy sản”.
- (iv) “Lao động có kỹ thuật trong phi nông nghiệp” bao gồm “Lao động thủ công và các nghề nghiệp khác có liên quan” và “Thợ vận hành và lắp ráp máy móc thiết bị”.
- (v) “Lao động giản đơn”.

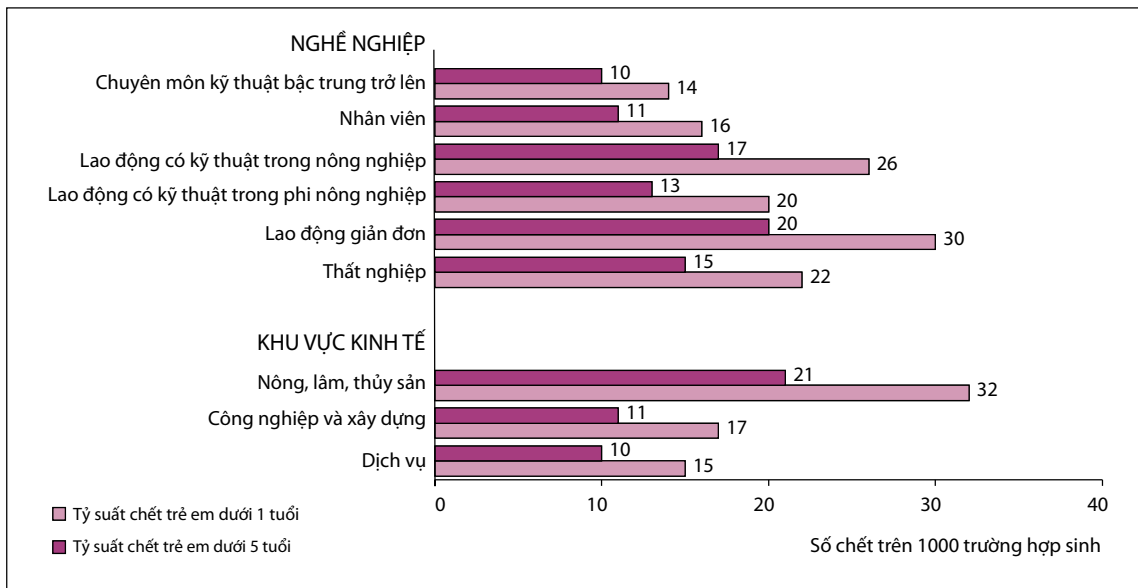
Sự khác biệt về tỷ suất chết trẻ em dưới một tuổi và dưới 5 tuổi theo nghề nghiệp và khu vực kinh tế của người mẹ được thể hiện qua Hình 3.5. Số liệu trong hình này cho thấy, phụ nữ làm việc nhẹ nhàng hơn, nghiêng về trí óc nhiều hơn, thì con của họ có tỷ suất chết thấp hơn. Cụ thể là, tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi của phụ nữ làm việc ở nhóm nghề nghiệp có trình độ từ chuyên môn kỹ thuật bậc trung trở lên là thấp nhất (14 trẻ dưới 5 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống) và cao nhất ở nhóm phụ nữ làm việc ở nhóm nghề lao động giản đơn (30 trẻ dưới 5 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống).

Tương tự cũng có sự khác biệt khá rõ về mức tử vong của trẻ em theo khu vực kinh tế. Tỷ suất chết trẻ em ở nhóm phụ nữ làm trong ngành dịch vụ là thấp nhất (10 trẻ dưới 1 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống và 15 trẻ dưới 5 tuổi tử vong/1000 trẻ sinh sống). Với những phụ nữ làm việc trong

ngành công nghiệp và xây dựng, tỷ suất chết trẻ em cao hơn so với ngành dịch vụ. Phụ nữ làm việc trong ngành nông, lâm và thủy sản có tỷ suất chết trẻ em cao nhất.

Sự khác biệt nêu trên có thể là do các nguyên nhân chủ yếu sau. Thứ nhất, phụ nữ lao động nghiêng về trí óc có học vấn cao hơn, nên họ có điều kiện tốt hơn về chăm sóc con. Thứ hai, phụ nữ làm dịch vụ thường là có thu nhập cao hơn so với các ngành khác, và do đó họ có khả năng tài chính tốt hơn để chăm sóc con. Thứ ba, phụ nữ làm nông nghiệp sống ở nông thôn, có trình độ học vấn thấp hơn, thu nhập thấp hơn và khả năng tiếp cận cũng như hiểu biết về các dịch vụ y tế kém hơn, kết quả là khả năng, điều kiện chăm sóc con của họ kém hơn so với phụ nữ làm nghề khác.

HÌNH 3.5: TỶ SUẤT CHẾT TRẺ EM DƯỚI 1 TUỔI VÀ TỶ SUẤT CHẾT TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI CHIA THEO NGHỀ NGHIỆP VÀ KHU VỰC KINH TẾ CỦA NGƯỜI MẸ, 2009



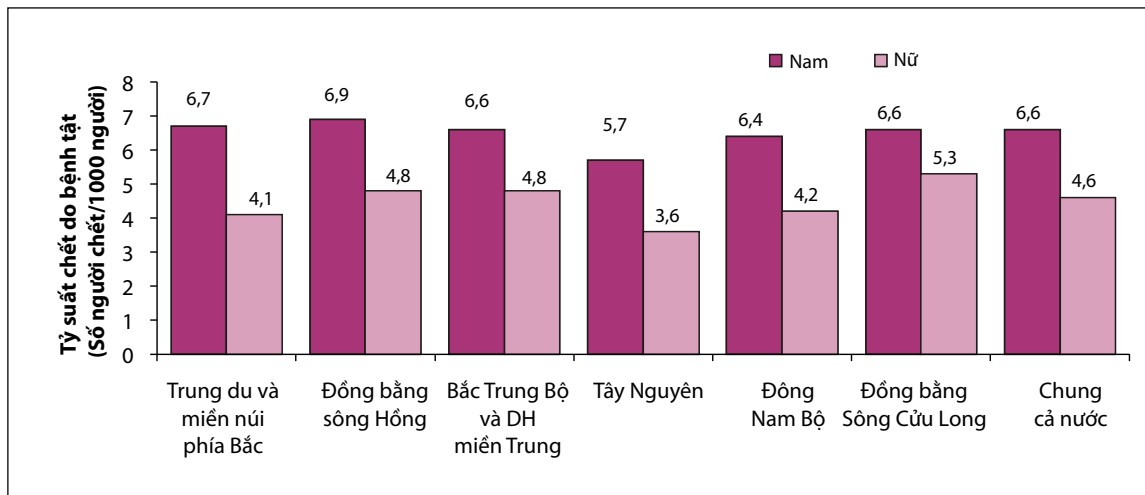
3.5 NGUYÊN NHÂN CHẾT

Tổng điều tra năm 2009 có các câu hỏi thu thập thông tin nguyên nhân chết theo 5 nhóm sau: bệnh tật, tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn khác và nguyên nhân khác. Tai nạn khác ở đây bao gồm những người chết do các tai nạn khác ngoài tai nạn lao động và tai nạn giao thông, như: chết đuối, do cháy nhà, bị điện giật (nhưng không phải trong khi đang làm việc), do động đất, sét đánh, rắn cắn, v.v.... Còn đối với các trường hợp chết do nguyên nhân khác nghĩa là những người bị chết không phải do bệnh tật hay tai nạn mà do sự cố bất ngờ như tự tử, bị người khác giết, ... Kết quả của Tổng điều tra dân số năm 2009 cho thấy phân bố phần trăm số người chết trong 12 tháng trước thời điểm điều tra theo nguyên nhân chết là: chết do bệnh là chủ yếu (82,3%), tai nạn lao động (1%), tai nạn giao thông (4,7%), tai nạn khác (3,0%) và các nguyên nhân khác (8,9%).

Để có cách nhìn chi tiết về sự khác biệt của nguyên nhân chết theo vùng và giới tính, trong phần này coi "tỷ suất chết" theo nguyên nhân là tỷ số giữa số người chết theo nguyên nhân và dân số nhân với 1000. Tỷ suất này được tính cho từng vùng và giới tính.

Hình 3.6 trình bày tỷ suất chết do bệnh. Số liệu cho thấy tỷ suất chết do bệnh của nam cao hơn so với của nữ ở tất cả các vùng. Điều này một lần nữa khẳng định rằng nam giới có nguy cơ chết do bệnh lớn hơn nữ giới.

HÌNH 3.6: TỶ SUẤT CHẾT DO BỆNH TẬT CHIA THEO GIỚI TÍNH VÀ VÙNG KINH TẾ - XÃ HỘI, 2009



Không có sự khác biệt nhiều về tỷ suất chết do bệnh tật chia theo vùng. Nhìn chung, đối với cả 2 giới, tỷ suất chết do bệnh của Tây Nguyên là thấp nhất. Điều này chủ yếu là do Tây Nguyên có dân số trẻ hơn so với các vùng khác. Những vùng có dân số già hơn như Đồng bằng sông Hồng, Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long có tỷ suất chết do bệnh là cao nhất.

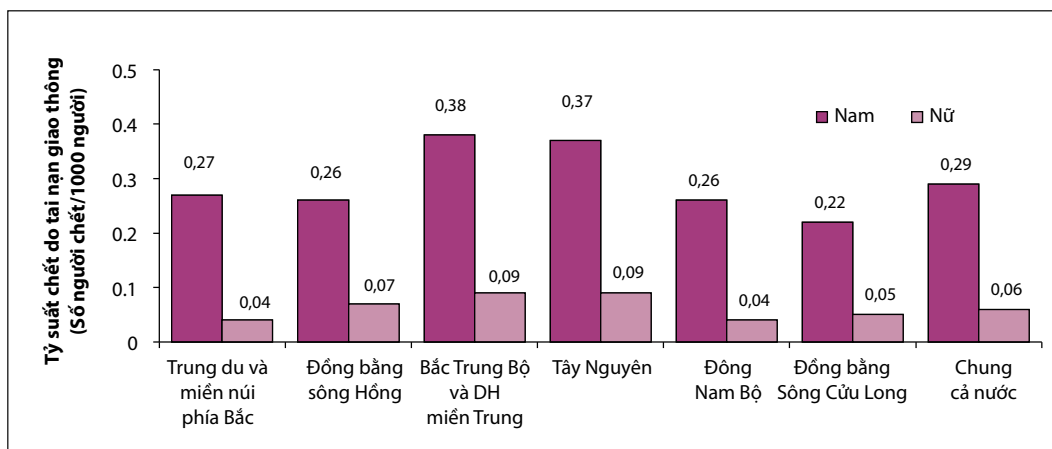
Theo kết quả của Tổng điều tra năm 2009, trong 12 tháng trước thời điểm điều tra (tức là từ tháng 4 năm 2008 đến hết tháng 3 năm 2009) có gần 14,8 nghìn người chết vì tai nạn giao thông. Con số này cao hơn so với con số (11,5 nghìn) do Ủy ban An toàn Giao thông Quốc gia đã thống kê cho năm lịch 2009 (tức là từ tháng 1 năm 2009 đến hết tháng 12 năm 2009). Khác biệt là vì ba lý do. Thứ nhất, là vì khoảng thời gian tính toán khác nhau. Thứ 2 có thể là do đối tượng điều tra không hiểu rõ thế nào là chết do tai nạn giao thông (như khái niệm quy định của Ủy ban An toàn giao thông Quốc gia), nên có thể báo cáo nhầm cả những trường hợp bị chết do nguyên nhân khác là tai nạn giao thông. Thứ ba, là khả năng cao nhất, do Ủy ban An toàn Giao thông Quốc gia không thống kê hết các trường hợp chết xảy ra sau một khoảng thời gian nhất định kể từ thời điểm vụ tai nạn giao thông xảy ra.

Tỷ suất chết do tai nạn giao thông chia theo giới tính và vùng kinh tế - xã hội được thể hiện ở Hình 3.7. Số liệu cho thấy, trên phạm vi toàn quốc, nam giới có tỷ suất chết vì tai nạn giao thông cao gấp 5 lần của nữ. Điều này chủ yếu là do ba nguyên nhân sau. Thứ nhất là, lái xe ô tô chuyên nghiệp hầu hết là nam, khi xảy ra tai nạn giao thông lái xe là người thường có nguy cơ chết cao nhất. Thứ hai là, nam lái xe ô tô và mô tô thường phóng nhanh, vượt ẩu hơn so với nữ. Thứ ba là, nam thường sử dụng rượu bia nhiều hơn nữ, và hậu quả là khi lái xe có thể dẫn đến nguy cơ gặp tai nạn.

Điều này cho ta thấy, ngoài việc xây dựng và nâng cấp cơ sở hạ tầng như đường, cầu..., cần phải giáo dục cho những người điều khiển phương tiện giao thông đường bộ, đặc biệt đối với lái xe là nam giới.

Cũng có sự khác biệt của tỷ suất chết do tai nạn giao thông theo vùng. Xu hướng khác biệt của tỷ suất này ngược lại với tỷ suất chết do bệnh. Con số đó của Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung và của Tây Nguyên là cao nhất đối với cả hai giới. Tỷ suất đó thấp nhất là thuộc về Đồng bằng sông Cửu Long, tiếp sau là Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Hồng.

HÌNH 3.7: TỶ SUẤT CHẾT DO TAI NẠN GIAO THÔNG CHIA THEO GIỚI TÍNH VÀ VÙNG KINH TẾ - XÃ HỘI, 2009



Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Hồng có tỷ suất chết do tai nạn giao thông thấp nhất do đường xá ở hai vùng này tốt hơn so với các vùng khác. Điều đặc biệt là Đồng bằng sông Cửu Long đặc trưng bởi nơi đường bộ ít, đường thủy nhiều, nhưng lại có tỷ suất chết do tai nạn giao thông thấp nhất.

3.6 TỬ VONG MẸ

Mang thai và sinh đẻ là thiên chức của người phụ nữ, tuy nhiên thiên chức này cũng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, bệnh tật và tàn tật đối với phụ nữ. Nhận thấy tầm quan trọng của tử vong mẹ, Tổng điều tra năm 2009 có các câu hỏi để xác định tử vong của người mẹ trong thời gian thai sản.

Tỷ suất chết của người mẹ trong thời gian thai sản (gọi tắt là “tỷ suất tử vong mẹ”, viết tắt là MMR theo tiếng Anh – Maternal Mortality Ratio) là một trong những chỉ tiêu phản ánh mức độ chết theo nguyên nhân chết, phục vụ đánh giá kết quả chăm sóc sức khỏe phụ nữ trong quá trình thai sản nói riêng và các chương trình bảo vệ và chăm sóc bà mẹ và trẻ em nói chung.

Tỷ suất tử vong mẹ là tỷ số giữa số phụ nữ chết do những nguyên nhân liên quan đến mang thai và sinh đẻ trong thời gian từ khi mang thai cho đến 42 ngày sau để tính bình quân trên 100.000 trẻ em sinh ra sống trong kỳ nghiên cứu, thường là một năm lịch.

Dựa vào số liệu của Tổng điều tra năm 2009, tỷ suất tử vong mẹ được ước lượng là 69 trên 100.000 trường hợp sinh sống. Con số này được tính dựa vào phương pháp kết hợp hai phương pháp cân bằng tăng trưởng chung và thể hệ chết giả định, giống như đã tính cho tỷ suất chết thô của toàn quốc. Tỷ suất nói trên có thể thấp hơn so với thực tế do số lượng ca chết mẹ được thu thập trong Tổng điều tra rất nhỏ, không đủ để cung cấp một ước lượng mang tính đại diện cao.

Ngoài tỷ suất tử vong mẹ, Tổ chức Y tế Thế giới đề xuất²² một số đo mới là xác suất chết mẹ trong cả cuộc đời của người phụ nữ (Lifetime Risk of Maternal Mortality, viết tắt theo tiếng Anh là LR) theo khái niệm sau: Xác suất chết mẹ là nguy cơ chết tích lũy trong cả cuộc đời. Xác suất chết

22 Bản tin của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2009.

mẹ thường được sử dụng như là một số đo đơn giản phản ánh ảnh hưởng của chết mẹ (trong khi tỷ suất tử vong mẹ là số đo phản ánh tần suất chết mẹ trong quan hệ với số sinh sống) và được tính theo công thức sau:

$$LR = MMR * TFR,$$

Trong đó, MMR là tỷ suất tử vong mẹ và TFR là tổng tỷ suất sinh.

Bằng cách tính trên, xác suất chết mẹ của nước ta theo kết quả Tổng điều tra năm 2009 là 0,00138, hay tương đương với 1 trên 710 theo cách tính và cách gọi của Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị. Con số này có thể hiểu như sau, có nguy cơ một trong 710 phụ nữ bị chết vì các nguyên nhân liên quan đến mang thai và sinh đẻ.

Biểu 3.6 dưới đây đưa ra các số đo liên quan đến chết mẹ của một số khu vực trên toàn cầu. Tỷ suất tử vong mẹ vẫn còn khá cao (260 phần một trăm nghìn). Con số này cao nhất ở khu vực Tây và Trung Phi (720 phần một trăm nghìn).

So với số liệu của khu vực Nam Á, MMR của Việt Nam thấp hơn 19 điểm phần một trăm nghìn và LR của nước ta cũng thấp hơn so với con số đó của Nam Á, 1 trên 710 so với 1 trên 600.

BIỂU 3.6: ƯỚC TÍNH TỶ SUẤT CHẾT MẸ, NGUY CƠ TỬ VONG MẸ CHIA THEO CÁC KHU VỰC CỦA QUỸ NHI ĐỒNG LIÊN HỢP QUỐC (UNICEF), 2008

Khu vực	Tỷ suất tử vong mẹ (MMR)	Số lượng phụ nữ mà trong đó có 1 người chết vì mang thai và sinh đẻ	Khoảng dao động của MMR	
			Ước lượng dưới	Ước lượng trên
Trên toàn thế giới	260	140	200	370
Các nước công nghiệp	14	4300	12	16
Trung và Đông Âu và Cộng đồng các Quốc gia độc lập	34	1700	29	41
Các nước đang phát triển	290	120	220	410
Các nước kém phát triển	590	37	420	840
Châu Phi	590	36	430	840
Cận Sahara	640	31	470	920
Đông và Nam Phi	550	38	400	770
Tây và Trung Phi	720	26	490	
Trung Đông và Bắc Phi	170	190	120	270
Châu Á	200	210	140	290
Nam Á	88	600	61	130
Đông Á và Thái Bình Dương	290	110	190	430
Châu Mỹ La tinh và Caribe	85	480	72	110
Việt Nam (2009)	69	710	-	-

Nguồn: Xu hướng chết mẹ: 1990 đến 2008, WHO, UNICEF, UNFPA và WB.