

Hành vi an toàn tình dục và các yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ đồng giới nhiễm HIV tại Trung tâm Y tế Xóm Chiếu, Thành phố Hồ Chí Minh

Vũ Trang Thảo¹, Võ Triều Lý^{2,*}, Huỳnh Giao¹, Cao Ngọc Nga¹

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: HIV/AIDS hiện vẫn còn là vấn đề sức khỏe gây ra những gánh nặng cho kinh tế xã hội toàn cầu. Thực trạng cho thấy đường lây truyền phổ biến hiện nay lại là qua đường quan hệ tình dục không an toàn khiến tỷ lệ nhiễm tăng cao. Trong đó nhóm cộng đồng nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) đang là đối tượng nguy cơ cao. Cho đến nay, vẫn còn ít nghiên cứu đánh giá hành vi an toàn tình dục (ATTD) ở cộng đồng MSM nhiễm HIV để hiểu hơn về các yếu tố nguy cơ góp phần làm lây lan nhanh HIV trong cộng đồng MSM.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ MSM đang điều trị ARV có hành vi ATTD, xác định các yếu tố liên quan đến hành vi ATTD đối tượng MSM nhiễm HIV.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 162 đối tượng là MSM đang điều trị ARV tại Khoa Tham vấn và hỗ trợ cộng đồng Trung tâm Y tế Xóm Chiếu, Thành phố Hồ Chí Minh nhằm khảo sát các đặc tính nền, đặc điểm hành vi ATTD và các yếu tố liên quan. Đối tượng tham gia nghiên cứu bằng cách trả lời bộ câu hỏi soạn sẵn.

Kết quả: Tỷ lệ đối tượng thực hiện hành vi an toàn tình dục 40,12%. Nghiên cứu ghi nhận được có mối liên quan giữa số lượng bạn tình ($p = 0,002$), đối tượng bạn tình ($p = 0,001$), đường quan hệ ($p = 0,008$) với hành vi an toàn tình dục của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Kết luận: Tỷ lệ thực hiện hành vi an toàn tình dục ở nhóm đối tượng nghiên cứu chưa cao. Cần triển khai giáo dục sức khỏe bắt đầu từ đối tượng thanh thiếu niên, đẩy mạnh việc giáo dục, tư vấn cách phòng ngừa lây nhiễm HIV chung cho cộng đồng và riêng cho từng đối tượng cụ thể khi đến thăm khám nhằm nâng cao kiến thức bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Từ khóa: an toàn tình dục, nam quan hệ tình dục đồng giới, HIV

Abstract

SAFE SEXUAL PRACTICE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HIV-INFECTED MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN AT XOM CHIEU MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Vu Trang Thao, Vo Trieu Ly, Huynh Giao, Cao Ngoc Nga

Background: HIV/AIDS remains a health problem that largely contributes to global socio-economic burden. The current situation shows that the common transmission route is through unsafe sex, leading to a high infection rate. The men who have sex with men (MSM) community is a high-risk group. To date, there have been few studies on sexual behavior in the HIV-infected MSM community to better understand the risk factors that contribute to the rapid spread of HIV in the MSM community.

Objectives: Determine the proportion of MSM on antiviral treatment (ART) who practice safe sexual practice, and identify factors related to safe sexual behavior among HIV-infected MSM.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 162 MSM participants receiving ART at the Department of Community Health Care, at Xom Chieu medical center, Ho Chi Minh City to investigate baseline characteristics, sexual behavior characteristics, and related factors. Subjects participated in the study by answering a pre-structured questionnaire.

Results: The rate of subjects with safe sexual practice was 40.12%. The study found a correlation between safe sexual behavior with the number of sexual partners ($p = 0.002$), type of sexual partners ($p = 0.001$), and sexual route ($p = 0.008$) of the study group.

Conclusions: The rate of safe sexual practice in the research group is not high. It is necessary to implement health education among adolescents, promote education and counseling on HIV infection prevention in general for the community and for each specific subject when visiting the clinic to improve knowledge of public health.

Keywords: safe sex; MSM (Men who have Sex with Men); HIV

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, có khoảng 42,3% MSM trong tổng số nhiễm HIV được phát hiện chỉ trong tám tháng đầu năm 2023. Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) hiện quản lý gần 53.000 bệnh nhân HIV, trong đó có 48.741 trường hợp đang điều trị thuốc kháng virus HIV, chiếm gần 25% tổng số bệnh nhân cả nước. Riêng Trung tâm Y tế Xóm Chiếu – một trong những quận có đời sống dân cư phức tạp với tỷ lệ mua bán ma túy và hành nghề mại dâm cao đang quản lý 1854 bệnh nhân HIV trong đó có 62 ca mới trong năm 2024 (số liệu lấy tại Khoa Tham vấn và hỗ trợ cộng đồng - TVHTCĐ Xóm Chiếu, TP.HCM). Xu hướng lây nhiễm bệnh qua đường tình dục đang tăng những năm gần đây, vượt qua lây nhiễm đường máu. So với năm 2014, dữ liệu mới ở các nước khu vực Châu Âu cho thấy số lượng thanh thiếu niên có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục cuối cùng đã giảm đáng

kể. Theo dữ liệu thống kê, rõ ràng việc giảm sử dụng bao cao su là phổ biến, trải rộng trên nhiều quốc gia và khu vực, với một số quốc gia giảm đáng kể hơn những quốc gia khác [1,2]. Trong khi đó, kết quả của một nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ đối tượng nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) có hành vi tình dục không an toàn tại Thành phố Cần Thơ năm 2020 là 48,3% [3]. Tỷ lệ nhiễm HIV giảm nhanh ở nhóm nghiện chích ma túy và phụ nữ bán dâm, song tăng nhanh qua đường lây tình dục. Do đó, nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ MSM đang điều trị ARV có hành vi an toàn tình dục (ATTD), xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi ATTD đối tượng MSM đang điều trị ARV tại TVHTCĐ Xóm Chiếu, TP.HCM

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

MSM từ đủ 18 tuổi trở lên, nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Khoa TVHTCĐ Xóm Chiếu, TP.HCM và đồng ý tham gia nghiên cứu. nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3/2025 đến tháng 7/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

Các đối tượng không trả lời đầy đủ các câu hỏi đánh giá hành vi ATTD hoặc không đủ năng lực thể chất hoặc tinh thần tham gia nghiên cứu theo đánh giá của nghiên cứu viên nếu đối tượng không thể nhìn, nghe, đọc, viết hoặc không thể tự đến tái khám nếu không có người thân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân MSM từ đủ 18 tuổi trở lên, nhiễm HIV khi đến khám và điều trị tại địa điểm nghiên cứu trong thời gian thực hiện nghiên cứu sẽ được nghiên cứu viên tiến hành lấy mẫu đến khi đủ số mẫu theo yêu cầu của nghiên cứu.

Công thức ước lượng một tỉ lệ cho nghiên cứu mô tả, trường hợp một mẫu:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 (1-p)p}{d^2}$$

Trong đó:

$Z_{(1-\alpha/2)}$ là hàm phân vị của phân phối bình thường.

α : là xác suất sai lầm loại 1. Với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$
 $\Rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 3,84$.

p: là tỉ lệ bệnh nhân MSM có hành vi ATTD, với $p = 0,896^4$.

d: Sai số cho phép của p, chọn $d = 0,05$.

Từ đó cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là 144 bệnh nhân (BN).

2.2.3. Phương pháp nghiên cứu

Số liệu được thu thập bằng cách các đối tượng trả lời bộ câu hỏi tự điền được tham khảo từ các nghiên cứu trên thế giới khi đến thăm khám định kỳ tại địa điểm nghiên cứu [4-7], gồm 4 phần:

Phần A: gồm 6 câu hỏi về đặc điểm dân số – xã hội của đối tượng nghiên cứu.

Phần B: gồm 6 câu hỏi về quá trình bệnh.

Phần C: gồm 11 câu hỏi hành vi nguy cơ của đối tượng nghiên cứu.

Phần D: gồm 2 câu hỏi về lý do và hoàn cảnh không sử dụng bao cao su (BCS).

2.2.4. Công cụ nghiên cứu

Biến phụ thuộc: Hành vi an toàn tình dục là biến nhị giá gồm 2 giá trị:

- An toàn: khi trong 6 tháng qua đối tượng không quan hệ tình dục (QHTD) hoặc có QHTD và luôn luôn sử dụng BCS khi hành vi QHTD [8].

- Chưa an toàn: khi không thỏa tiêu chí trên.

Biến độc lập: Tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng công việc, thu nhập, thời gian điều trị, tuân thủ điều trị, hành vi QHTD, tuổi lần đầu QHTD, số bạn tình, đường quan hệ, đối tượng QHTD, vai trò trong QHTD, xu hướng QHTD, chi phí để QHTD, sử dụng BCS khi QHTD.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.

Sử dụng tần số và tỷ lệ cho thống kê mô tả, phép kiểm chi bình phương và tỉ số tỉ lệ hiện mắc PR với khoảng tin cậy 95% để phân tích mối liên quan.

Sử dụng phép kiểm chính xác Fisher thay cho phép kiểm chi bình phương khi có > 20% số ô vọng trị < 5 hay bất kỳ ô nào có vọng trị < 1.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $29,9 \pm 6,8$ tuổi. Trong đó nhỏ nhất là 19 tuổi và cao nhất là 61 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≤ 30 tuổi có 88 người (54,32%), đa số thuộc dân tộc Kinh (91,36%). 87,04% các đối tượng sống một mình và hoàn toàn không có đối tượng nào đang hoặc đã từng lập gia đình. Về trình độ học vấn thì kết quả cho thấy đa số các đối tượng tham gia đều từ trên mức trung học cơ sở (THCS) với

87,04% và đa số có thu nhập > 10 triệu (46,91%) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số của đối tượng (n=162)

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	99	61,11
	> 30 tuổi	63	38,89
Dân tộc	Kinh	148	91,36
	Khác	14	8,64
	Độc thân	141	87,04
Tình trạng hôn nhân	Sống chung với bạn tình	21	12,96
	Ly thân/ ly dị	0	0
	Có gia đình	0	0
Trình độ học vấn	≤ THCS	21	12,96
	>THCS	141	87,04
Tình trạng công việc	Việc làm ổn định	144	88,89
	Việc làm không ổn định	11	6,79
	Thất nghiệp	7	4,32
	< 5 triệu	24	14,81
Thu nhập hàng tháng	5 – 10 triệu	62	38,27
	> 10 triệu	76	46,91

3.2. Đặc điểm quá trình bệnh

Tất cả các đối tượng đều tiến hành điều trị ngay khi phát hiện bệnh nên các giá trị trong thời gian chẩn đoán và thời gian điều trị giống nhau và tỷ lệ tiến hành điều trị là 162/162 người (100%). Số lượng người được chẩn đoán và tiến hành điều trị trong vòng 1-5 năm chiếm số lượng cao nhất (61,73%). Tỷ lệ điều trị là 100% nhưng tỷ lệ tuân thủ điều trị (Không quên uống thuốc, không uống sai giờ, không uống sai thuốc và không quên tái khám) lại chỉ chiếm chưa tới 1/3 tổng số người tham gia nghiên cứu (31,38%). Còn lại 68,52% đều đã có ít nhất 1 hành vi không tuân thủ điều trị (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm kinh tế – xã hội của đối tượng (n=162)

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thời gian chẩn đoán và điều trị	< 1 năm	26	16,05
	1 – < 5 năm	100	61,73
	≥ 5 năm	36	22,22
Đang điều trị ARV		162	100
Tuân thủ điều trị ARV	Có	51	31,38
	Không	111	68,52

3.3. Đặc điểm hành vi nguy cơ và lý do không sử dụng BCS

Có 90,12% đối tượng có hành vi QHTD trong vòng 6 tháng còn lại 9,88% đối tượng hoàn toàn không có QHTD. Tuổi lần đầu QHTD trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 19,8 ± 2,91, trong đó sớm nhất là năm 15 tuổi và trễ nhất là 38 tuổi. Có 19 người (11,73%) có QHTD lần đầu từ khi chưa đủ 18 tuổi. 72,6% có bạn tình cố định và tỷ lệ QHTD qua cả đường miệng và hậu môn là 80,14%. các đối tượng tham gia nghiên cứu thì có 148 người chỉ có QHTD với nam và 14 người có QHTD với cả nam lẫn nữ và có 7 đối tượng khai rằng có được trả tiền để QHTD (4,43%). 20,99% đối tượng đã từng hoặc đang mắc STDs và có 34,25% đối tượng luôn luôn sử dụng BCS khi QHTD, 59,59% đối tượng thỉnh thoảng mới sử dụng BCS và có 6,16% đối tượng hoàn toàn không sử dụng BCS khi QHTD (Bảng 3).

3.4. Lý do và hoàn cảnh không sử dụng BCS

Lý do chính khiến các đối tượng không sử dụng BCS là do các đối tượng tin tưởng bạn tình (76,29%) cao gấp 37 lần so với nguyên nhân đối tượng dị ứng với BCS là 2,06% (Hình 1).

3.5. Mối liên quan giữa các yếu tố với hành vi ATTD

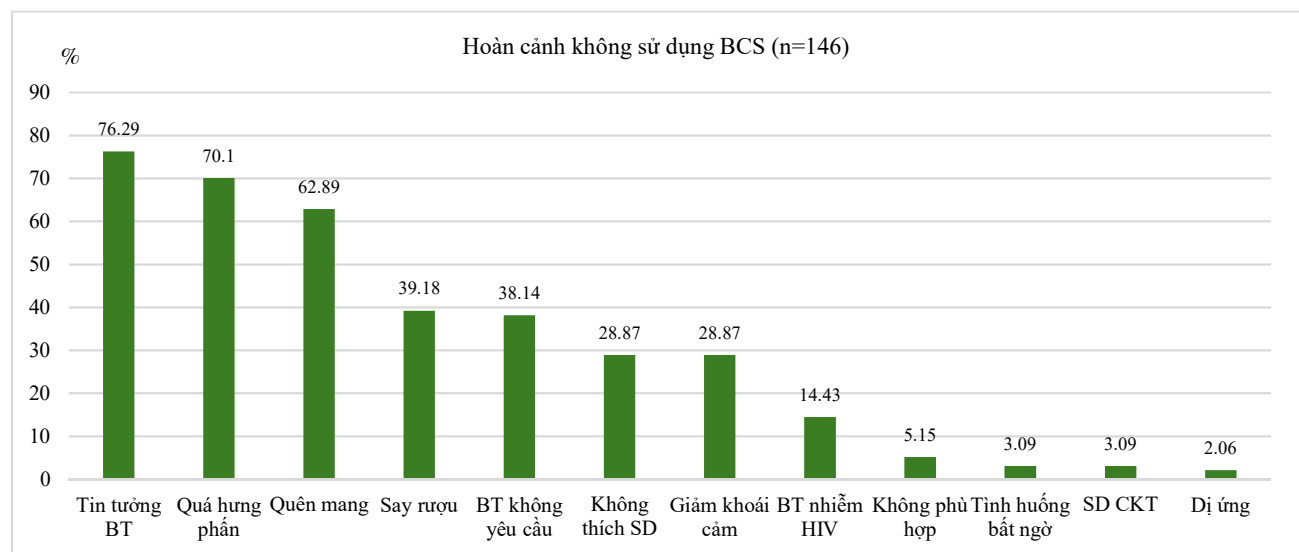
Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng bạn tình với hành vi an toàn tình dục, các đối tượng MSM có số lượng bạn tình ≥ 2 bạn tình thì có hành vi an toàn tình dục bằng 0,42 lần so với 1 bạn tình (tức giảm 58%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002 < 0,05$ và $PR = 0,42$ và KTC 95% (0,23 – 0,78). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đối tượng bạn tình với hành vi ATTD, đối tượng có cả bạn tình cố định lẫn thay đổi có hành vi ATTD bằng 0,1 lần so với đối tượng chỉ có bạn tình cố định (tức giảm 90%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001 < 0,05$ và $PR = 0,1$ và KTC 95% (0,14-0,70). Đường quan hệ cũng là một yếu tố liên quan với hành vi an toàn tình dục, đối tượng có hành vi QHTD chỉ qua đường hậu môn và qua cả hai đường thì có hành vi ATTD lần lượt bằng 0,63 lần và 0,41 lần so với đối tượng chỉ quan hệ qua đường miệng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,008 < 0,05$ và $PR = 0,63$ với KTC 95% (0,32-1,23) đối với hành vi QHTD chỉ qua đường hậu môn và $PR=0,41$ với KTC 95% (0,48-0,99) (Bảng 4).

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa hành vi ATTD với các biến số nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, tình trạng công việc, thu nhập, thời gian điều trị, tuân thủ điều trị,

tuổi lần đầu QHTD, vai trò trong QHTD, xu hướng QHTD và việc được trả tiền để QHTD (Bảng 4).

Bảng 3. Thông tin quá trình bệnh của đối tượng (n=162)

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Hành vi QHTD	Có	146	90,12
	Không	16	9,88
Tuổi lần đầu QHTD	<18 tuổi	19	11,73
	≥18 tuổi	143	88,27
Số lượng bạn tình	1 bạn tình	91	62,33
	≥ 2 bạn tình	55	37,67
Đối tượng bạn tình	Chỉ có bạn tình cố định	106	72,60
	Chỉ có bạn tình thay đổi	15	10,27
	Có cả bạn tình cố định và thay đổi	25	17,13
Các đường quan hệ tình dục	Chỉ đường miệng	13	8,90
	Chỉ đường hậu môn	16	10,96
	Cả 2	117	80,14
Đóng vai trò trong QHTD	Chỉ người cho	60	37,04
	Chỉ người nhận	57	35,19
	Cả cho và nhận	45	27,77
Xu hướng QHTD	Chỉ với Nam	148	91,36
	Cả Nam và Nữ	14	8,64
Được trả tiền để QHTD	Có	7	4,43
	Không	155	95,57
Sử dụng BCS khi QHTD	Luôn luôn sử dụng	50	34,25
	Thỉnh thoảng sử dụng	87	59,59
	Hoàn toàn không sử dụng	9	6,16
Hành vi ATTD	An toàn	65	40,12
	Chưa an toàn	97	59,88



Hình 1. Số lượt đề cập các lý do và hoàn cảnh dẫn đến việc không sử dụng BCS khi QHTD

Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố với hành vi an toàn tình dục (n=162)

Đặc điểm		Hành vi QHTD		Giá trị p	PR (KTC 95%)
		An toàn	Chưa an toàn		
Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	37 (42,05)	51 (57,95)	0,586	0,90 (0,61-1,31)
	> 30 tuổi	28 (37,84)	46 (62,16)		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	57 (40,43)	84 (59,57)	0,839	0,98 (0,81-1,19)
	Sống với bạn tình	8 (38,10)	13 (61,90)		
Trình độ học vấn	Dưới cấp 2	0	2 (100)	0,51*	2,09x10 ⁻⁶ (0,51x10 ⁻⁶ -8,48x10 ⁻⁶)
	THCS trở lên	65 (40,63)	95 (59,37)		
Tình trạng công việc	Ổn định	56 (38,89)	88 (61,11)	0,36	0,78 (0,47-1,29)
	Không ổn định/thất nghiệp	9 (50,0)	9 (50,0)		
	< 5 triệu	10 (41,67)	14 (58,33)		
Thu nhập	5 – 10 triệu	20 (32,26)	42 (67,74)	0,40	0,77 (0,43-1,40)
	> 10 triệu	35 (46,05)	41 (53,95)		
	< 1 năm	7 (26,92)	19 (73,08)		
Thời gian điều trị	1 – < 5 năm	41 (41,0)	59 (59,0)	0,224	1,52 (0,77-3,00)
	≥ 5 năm	17 (47,22)	19 (52,78)		
Tuân thủ điều trị	Có	24 (47,06)	27 (52,94)	0,222	1,27 (0,87-1,86)
	Không	40 (36,94)	71 (63,06)		
Tuổi lần đầu QHTD	<18 tuổi	4 (21,05)	15 (78,95)	0,071	2,03 (0,83-4,94)
	≥18 tuổi	61 (42,66)	82 (57,34)		
Số lượng bạn tình	1 bạn tình	39 (42,86)	52 (57,14)	0,002	0,42 (0,23-0,78)
	≥ 2 bạn tình	10 (18,18)	45 (81,82)		
	Cố định	42 (39,62)	64 (60,38)		
Đối tượng bạn tình	Thay đổi	6 (40,0)	9 (60,0)	0,001*	1,01 (0,52-1,96)
	Cả cố định và thay đổi	1 (4,0)	24 (96,0)		
	Chỉ đường miệng	9 (69,23)	4 (30,77)		
Đường quan hệ	Chỉ đường hậu môn	7 (43,75)	9 (56,25)	0,008*	0,63 (0,32-1,23)
	Cả hai	33 (28,21)	84 (71,79)		
	Chỉ người cho	22 (36,67)	38 (63,33)		
Đóng vai trong QHTD	Chỉ người nhận	28 (49,12)	29 (50,88)	0,122	1,47 (0,90-2,41)
	Cả cho và nhận	15 (33,33)	30 (66,67)		
	Chỉ với nam	58 (39,19)	90 (60,81)		
Xu hướng QHTD	Với cả nam và nữ	7 (50,0)	7 (50,0)	0,430	1,28 (0,73-2,24)
	Có	1 (14,29)	6 (85,71)		
Được trả tiền để QHTD	Không	64 (41,29)	91 (58,71)	0,154	0,346 (0,06-2,14)

*Phép kiểm chính xác Fisher

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số xã hội của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi ≤ 30 tuổi chiếm tỷ lệ 54,32% cao hơn so với nhóm tuổi > 30 tuổi với tỷ lệ 45,68%, đa số là người Kinh chiếm tỷ lệ 91,36% cao vượt trội hơn hẳn nhóm đối tượng thuộc các dân tộc khác tương đồng với một số nghiên cứu tại

Việt Nam [9,10]. Phân bố này phản ánh đúng cơ cấu dân số chung ở nhiều khu vực đô thị và đồng bằng tại Việt Nam, nơi người Kinh chiếm đa số. Kết quả cho thấy mẫu nghiên cứu có xu hướng trẻ, phần lớn trong độ tuổi thanh niên và trung niên trẻ. Nhóm tuổi ≤ 30 thường được xem là nhóm có mức độ hoạt động xã hội và khả năng có các hành vi nguy cơ cao hơn. Điều này phù hợp nếu nghiên cứu tập trung vào các vấn đề sức khỏe cộng đồng như tình dục, HIV, hoặc các hành vi lây truyền bệnh. Sự phân bố tuổi tương đối cân đối, tuy nhiên nghiêng về nhóm trẻ, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát cho toàn bộ quần thể nếu các yếu tố nghiên cứu có liên hệ với độ tuổi. Về tình trạng hôn nhân của các đối tượng nghiên cứu ghi nhận tình trạng độc thân chiếm đa số với tỷ lệ 87,04% so với tỷ lệ người đang sống cùng bạn tình là 12,96%. Số liệu kết quả này khá tương đồng với kết quả của nghiên cứu "Tỷ lệ nhiễm HIV cao ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Brazil năm 2017" tại Brazil năm 2017 ghi nhận nhóm độc thân là 80,4% [4]. Tỷ lệ người độc thân rất cao cho thấy mẫu nghiên cứu có thể gồm nhiều người trẻ, chưa lập gia đình hoặc thuộc các nhóm có xu hướng sống độc lập, đặc biệt như nhóm MSM. Việc so sánh với nghiên cứu tại Brazil là hợp lý nếu đối tượng nghiên cứu có sự tương đồng, ví dụ cùng là nhóm MSM, hoặc nhóm có hành vi nguy cơ với HIV/STDs. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng bối cảnh xã hội, pháp lý và văn hóa giữa Việt Nam và Brazil có thể khác nhau, nên chỉ nên xem đây là một so sánh mang tính tham khảo, không nên suy diễn quá mức từ sự giống nhau về tỷ lệ.

4.2. Đặc điểm kinh tế xã hội của đối tượng

Kết quả cho thấy mức học vấn của đối tượng nghiên cứu khá cao, điều này phản ánh một nhóm dân số có khả năng tiếp cận thông tin tốt, có hiểu biết về sức khỏe và các hành vi liên quan đến phòng tránh lây nhiễm HIV. Tỷ lệ học vấn cao cũng cho thấy sự thay đổi tích cực trong bức tranh toàn cảnh về nhóm MSM nhiễm HIV tại Việt Nam – họ không chỉ dừng lại ở những nhóm yếu thế, dễ bị tổn thương mà đang ngày càng đa dạng hơn về trình độ, tầng lớp xã hội. Tuy nhiên, mặt trái là ở chỗ càng có học vấn và hội nhập tốt, phạm vi quan hệ xã hội càng rộng, khả năng tiếp xúc với nhiều bạn tình hoặc các hành vi tình dục không an toàn cũng có thể tăng, nếu thiếu đi kiến thức và hành vi phòng tránh đúng cách. Về kết quả kinh tế – xã hội của nhóm MSM nhiễm HIV cho thấy tình trạng đang được cải thiện, phản ánh khả năng hòa nhập vào lực lượng lao động chính thức. Thu nhập khá cao

giúp họ có điều kiện tiếp cận các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe, điều trị ARV, cũng như các hoạt động giải trí, du lịch, giao lưu xã hội. Tuy nhiên, như đã nêu, điều kiện kinh tế tốt có thể đi kèm với hành vi nguy cơ nếu không có sự can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đúng mức. Việc có thu nhập cao có thể đồng nghĩa với khả năng chi trả cho các mối quan hệ tình dục có yếu tố trao đổi (dịch vụ, du lịch, bạn tình ẩn danh...) – đây là điều đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu về HIV ở nhóm MSM. Các kết quả nêu trên cho thấy nhóm MSM nhiễm HIV không còn chỉ là nhóm yếu thế về mặt kinh tế – xã hội như trước đây, mà đang hòa nhập tốt hơn, có vị trí trong xã hội. Tuy nhiên, chính vì điều đó mà việc phòng chống HIV/AIDS trong nhóm này đang đối mặt với những thách thức mới: Nguy cơ lây nhiễm không chỉ còn ở nhóm có hành vi nguy cơ cao mà không có thông tin, mà còn ở những người có học thức, có nghề nghiệp, có thu nhập tốt nhưng chủ quan hoặc không tiếp cận đúng kênh truyền thông sức khỏe; Phạm vi quan hệ xã hội rộng hơn, kết hợp với sự phát triển của các ứng dụng hẹn hò, mạng xã hội, càng làm gia tăng nguy cơ tiếp xúc với bạn tình không rõ thông tin về HIV, đặc biệt nếu thiếu biện pháp phòng ngừa. Kết quả tương đồng với một số nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy sự thay đổi về mặt dịch tễ học của HIV trong cộng đồng này [8,9]. Cần thiết lập các chương trình truyền thông và can thiệp có mục tiêu, phù hợp với bối cảnh và hành vi của nhóm MSM hiện đại – vừa mang tính giáo dục, vừa đảm bảo sự tôn trọng, không kỳ thị.

4.3. Đặc điểm thông tin quá trình bệnh của đối tượng

Tỷ lệ đối tượng được chẩn đoán bệnh trong vòng 1 – < 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,73% và thấp nhất là tỷ lệ được phát hiện < 1 năm với 16,05%. Kết quả chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn so với kết quả của nghiên cứu tại Việt Nam [9]. Kết quả cho thấy phần lớn người tham gia đã sống chung với HIV trong một khoảng thời gian tương đối dài (1 – 5 năm). Điều này phản ánh rằng: Đối tượng nghiên cứu không phải là người mới phát hiện bệnh, mà chủ yếu là những người đã được chẩn đoán và đang trong giai đoạn điều trị duy trì; Điều này phù hợp với thực tế tại Khoa TVHTCĐ – nơi thường tiếp nhận các trường hợp đã được chẩn đoán từ tuyến cao hơn và chuyển về để quản lý, điều trị ngoại trú và theo dõi lâu dài. Việc có tỷ lệ thấp đối với người mới được chẩn đoán (< 1 năm) cũng cho thấy: Có thể chưa có nhiều ca phát hiện mới trong thời gian gần đây tại khu vực khảo sát; Hoặc quy trình phát hiện ca mới chủ yếu vẫn đang diễn ra tại tuyến cao

hơn hoặc các chiến dịch cộng đồng, chưa tập trung tại cơ sở này. Mức độ tuân thủ điều trị ở đối tượng là 31,38% thấp hơn so với nghiên cứu tại Việt Nam là 52,5% [9]. Đây là một dấu hiệu đáng lo ngại do mức độ tuân thủ điều trị thấp có thể gây ra làm giảm hiệu quả ức chế virus, tăng nguy cơ kháng thuốc, gây lây truyền HIV cao hơn (nếu tải lượng virus không được kiểm soát), ảnh hưởng đến chất lượng sống và tiên lượng điều trị lâu dài. Có thể do tính chất công việc bận rộn dẫn đến các tình huống bất ngờ khiến các đối tượng không đảm bảo tuân thủ hoặc do các đối tượng chưa lường trước hậu quả của việc không tuân thủ điều trị nên chưa thực hiện tốt việc tuân thủ. Ngoài ra, nếu quá trình tư vấn và hỗ trợ tâm lý sau chẩn đoán chưa hiệu quả, người bệnh có thể không hiểu rõ tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị suốt đời.

4.4. Đặc điểm hành vi nguy cơ và lý do không sử dụng BCS

Nhóm có QHTD sớm khi chưa đủ 18 tuổi chiếm tỷ lệ 11,73%. Tỷ lệ QHTD sớm phản ánh thực trạng đáng lưu ý về xu hướng lối sống tình dục sớm ở một bộ phận giới trẻ, đặc biệt trong bối cảnh mạng xã hội và ứng dụng hẹn hò ngày càng phổ biến. Việc có QHTD sớm khi chưa đủ tuổi trưởng thành gắn liền với nguy cơ thiếu kiến thức, kỹ năng phòng tránh lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs). Tình trạng này đòi hỏi can thiệp sớm từ giáo dục giới tính, tư vấn sức khỏe sinh sản, nhất là trong trường học và các tổ chức cộng đồng dành cho thanh niên. Kết quả này phản ánh hiện thực giới trẻ hiện nay có lối sống khá thoáng, có hành vi QHTD khi chưa đủ tuổi trưởng thành, chưa đủ kiến thức và nhận thức phòng chống lây truyền các bệnh qua đường tình dục. Kết quả nghiên cứu ghi nhận trong vòng 6 tháng có 146 đối tượng có hành vi QHTD chiếm 90,12% và chỉ có 9,88% là hoàn toàn không QHTD. Tỷ lệ QHTD gần đây cao cho thấy hoạt động tình dục vẫn diễn ra thường xuyên ở nhóm đối tượng, bất chấp tình trạng nhiễm HIV. Bên cạnh đó số đối tượng chỉ có 1 bạn tình chiếm 62,33%. Tỷ lệ này cao hơn hẳn kết quả trong nghiên cứu tại Việt Nam⁹ cho thấy các đối tượng đều đã nhận thức được tình trạng bệnh của mình nên đã hạn chế được tình trạng QHTD với nhiều bạn tình khác nhau. Tuy nhiên, tỷ lệ có 1 bạn tình cao hơn so với nghiên cứu khác phản ánh một xu hướng tích cực – người bệnh có ý thức hơn trong việc giảm hành vi nguy cơ, có thể là kết quả của các chương trình tư vấn, điều trị và hỗ trợ tâm lý. Điều này cho thấy hiệu quả bước đầu của các chương

trình can thiệp điều chỉnh hành vi, nhưng vẫn cần tiếp tục duy trì và mở rộng. Tỷ lệ QHTD qua cả 2 đường miệng và hậu môn là 80,14%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả ở nghiên cứu tại Việt Nam [9]. QHTD qua hậu môn là hình thức có nguy cơ lây truyền HIV cao nhất, đặc biệt nếu không dùng bao cao su. Việc tỷ lệ QHTD qua cả hai đường cao như vậy cho thấy tính chất phức tạp và đa dạng trong hành vi tình dục của nhóm MSM, đòi hỏi truyền thông phòng chống HIV phải thực tế, trực diện và cụ thể hơn, không chỉ dừng lại ở khuyến cáo tổng quát. Đối tượng có khả năng lây nhiễm HIV cho cộng đồng cao là nhóm đối tượng nhiễm HIV đóng vai trò cho và vai trò cả cho và nhận với tổng tỷ lệ là 64,81%. Vai trò "cho" (insertive) và đặc biệt là "cả cho và nhận" (versatile) trong QHTD đồng giới liên quan mật thiết đến mức độ lây truyền HIV, vì người nhận (receptive) thường có nguy cơ cao hơn. Điều này cho thấy nhóm đóng vai trò versatile nên là nhóm trọng điểm trong chiến lược dự phòng và truyền thông thay đổi hành vi. Nghiên cứu ghi nhận chỉ có 8,64% đối tượng có QHTD với cả nam và nữ, thấp hơn 1/2 so với kết quả của nghiên cứu tại Brazil là 19,7% và nghiên cứu tại Việt Nam là 19,1% [4,9]. Tỷ lệ thấp hơn cho thấy trong nhóm MSM ở nghiên cứu này, xu hướng tình dục chủ yếu là đồng giới hoàn toàn. Tuy nhiên, vẫn cần lưu ý rằng người có QHTD với cả hai giới (bisexual) là cầu nối tiềm năng trong lây truyền HIV từ nhóm nguy cơ cao (MSM) sang cộng đồng dị tính, nên không thể bỏ qua đối tượng này trong chiến lược phòng chống HIV. Chỉ có 4,43% trường hợp khai nhận được trả tiền để QHTD, kết quả cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Việt Nam là 2,3%, tuy nhiên lại thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Thái Lan là 21,1% [5,9]. Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ: Khác biệt về văn hóa, pháp luật: mua bán dâm đồng giới là phi pháp và bị kiểm soát gắt gao ở Việt Nam, trong khi ở Thái Lan, ngành công nghiệp tình dục mang tính công khai hơn; Sự e ngại khi khai báo: kỳ thị xã hội, pháp lý có thể khiến người tham gia không khai đúng hành vi thực tế. Dù tỷ lệ không cao, đây vẫn là nhóm có nguy cơ lây nhiễm cao, do tần suất QHTD nhiều, bạn tình không cố định, khó kiểm soát tình trạng HIV/STDs. Về hoàn cảnh không sử dụng BCS ghi nhận tỷ lệ cao nhất với 70,10% là khi các đối tượng quá tin tưởng bạn tình. Đây là một yếu tố tâm lý – xã hội rất phổ biến nhưng cũng rất nguy hiểm. Việc tin tưởng bạn tình không đồng nghĩa với đảm bảo an toàn trong QHTD, đặc biệt trong bối cảnh nhiều người có

HIV vẫn chưa được chẩn đoán. Điều này phản ánh nhận thức chưa đầy đủ về nguy cơ lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong mối quan hệ cá nhân. Cần tập trung truyền thông thay đổi nhận thức, nhấn mạnh: “Không ai có thể nhìn thấy HIV – an toàn là phải dùng BCS, kể cả với người yêu, bạn tình lâu dài”.

4.5. Mối liên quan giữa các đặc điểm của đối tượng với hành vi an toàn tình dục

Kết quả phân tích trong nghiên cứu đã ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hành vi an toàn tình dục với một số đặc điểm hành vi tình dục, bao gồm: số lượng bạn tình ($p = 0,002$), đối tượng bạn tình ($p = 0,001$) và đường quan hệ tình dục ($p = 0,008$). Các giá trị $p < 0,05$ cho thấy sự liên quan giữa các yếu tố này với hành vi tình dục an toàn là có ý nghĩa thống kê, đồng thời phản ánh rõ tính chất chủ quan trong hành vi cá nhân là yếu tố tác động lớn đến việc thực hành các biện pháp phòng ngừa lây truyền HIV và các bệnh lây qua đường tình dục (STDs). Cụ thể, số lượng bạn tình càng nhiều thì nguy cơ không sử dụng các biện pháp bảo vệ như bao cao su càng cao, điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy việc có nhiều bạn tình làm tăng khả năng tiếp xúc với các hành vi tình dục rủi ro, đồng thời làm giảm sự ổn định trong mối quan hệ – một yếu tố thường được xem là điều kiện thúc đẩy sử dụng biện pháp bảo vệ thường xuyên. Bên cạnh đó, tính chất của bạn tình (ví dụ: bạn tình cố định, bạn tình thay đổi, hoặc cả hai) có ảnh hưởng đáng kể đến việc lựa chọn hành vi tình dục an toàn. Những đối tượng có xu hướng tin tưởng bạn tình cố định thường bỏ qua việc sử dụng bao cao su, với tâm lý chủ quan rằng bạn tình "an toàn", trong khi đây là một ngộ nhận rất phổ biến và nguy hiểm trong phòng ngừa lây truyền HIV. Đường quan hệ tình dục, đặc biệt là QHTD qua hậu môn hoặc qua miệng, cũng có liên quan đến hành vi tình dục an toàn. Các hình thức QHTD này có nguy cơ lây truyền HIV và STDs cao hơn so với đường âm đạo, đặc biệt nếu không có biện pháp bảo vệ. Nghiên cứu cho thấy, ở những người có QHTD qua hậu môn nhưng không sử dụng bao cao su thường xuyên, nguy cơ phơi nhiễm HIV tăng lên đáng kể, đặc biệt đối với người nhận trong QHTD đồng giới nam. Những phát hiện này khẳng định rằng các yếu tố hành vi mang tính cá nhân và tâm lý chủ quan đóng vai trò quan trọng trong việc quyết định liệu một người có thực hiện hành vi tình dục an toàn hay không. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các chương

trình can thiệp tập trung vào nâng cao kiến thức, kỹ năng và nhận thức cá nhân về các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm HIV và STDs. Đặc biệt trong bối cảnh hiện nay, khi các ứng dụng hẹn hò và mạng xã hội ngày càng phổ biến, mối quan hệ tình dục không cố định, ẩn danh hoặc nhiều bạn tình đang trở nên dễ dàng hơn, thì việc tăng cường truyền thông thay đổi hành vi, tư vấn cá nhân hóa, và đẩy mạnh các chiến lược dự phòng như PrEP, bao cao su miễn phí, xét nghiệm định kỳ là rất cần thiết và cấp bách.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thực hiện hành vi an toàn tình dục chưa cao. Các yếu tố chủ quan có thể là nguyên nhân chính dẫn đến việc các đối tượng QHTD không an toàn. Vì vậy, việc nhận thức về tình trạng sức khỏe và kiến thức khả năng phòng ngừa lây truyền bệnh của các đối tượng đóng vai trò cực kì quan trọng trong việc thực hiện hành vi an toàn tình dục của các đối tượng. Qua đó cho thấy việc tư vấn phòng ngừa ở từng đối tượng cụ thể trong quá trình điều trị là rất cần thiết. Bên cạnh đó cần triển khai giáo dục sức khỏe bắt đầu từ đối tượng thanh thiếu niên, đẩy mạnh việc giáo dục, tư vấn cách phòng ngừa lây nhiễm HIV nhằm nâng cao kiến thức bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

6. KIẾN NGHỊ

Để cải thiện hành vi tình dục an toàn và giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng MSM, nhóm nghiên cứu xin đưa ra một số kiến nghị sau:

1. Tăng cường giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi:

Thiết kế và triển khai các chương trình truyền thông hướng đến thay đổi nhận thức và hành vi tình dục an toàn, tập trung vào các yếu tố đã được chứng minh có liên quan như: số lượng bạn tình, loại hình bạn tình và hình thức QHTD.

Nội dung truyền thông cần phù hợp với đặc điểm tâm lý, văn hóa, và hành vi tình dục của nhóm MSM, sử dụng ngôn ngữ rõ ràng, không kỳ thị, dễ tiếp cận qua các nền tảng mạng xã hội, ứng dụng hẹn hò, website hỗ trợ cộng đồng.

2. Đẩy mạnh các chương trình giáo dục giới tính và sức khỏe tình dục toàn diện:

Tích hợp giáo dục giới tính vào trường học, đặc biệt ở cấp phổ thông và đại học, nhằm giúp giới trẻ có kiến thức đúng đắn và kỹ năng tự bảo vệ bản thân ngay từ sớm.

Mở rộng các lớp tập huấn, tư vấn nhóm nhỏ tại cộng đồng dành cho MSM, trong đó nhấn mạnh hậu quả của hành vi QHTD không an toàn và lợi ích của việc sử dụng bao cao su, PrEP, điều trị ARV sớm.

3. Tăng cường tiếp cận các biện pháp dự phòng sinh học:

Mở rộng độ bao phủ của PrEP (dự phòng trước phơi nhiễm HIV) cho nhóm MSM có nhiều bạn tình, hoặc có hành vi tình dục nguy cơ cao.

Đảm bảo khả năng tiếp cận bao cao su và chất bôi trơn miễn phí hoặc giá rẻ, phân phối tại các điểm nóng, phòng khám thân thiện và qua mạng lưới đồng đẳng.

Khuyến khích xét nghiệm HIV và các STIs định kỳ, đặc biệt cho nhóm có QHTD đa dạng đường và nhiều bạn tình, thông qua các chiến dịch cộng đồng hoặc tự xét nghiệm tại nhà.

4. Củng cố và mở rộng các dịch vụ tư vấn và hỗ trợ tâm lý:

Tăng cường tư vấn cá nhân hóa dựa trên hành vi tình dục và hoàn cảnh cụ thể của từng người, nhằm giúp họ xây dựng kế hoạch tình dục an toàn và bền vững.

Đào tạo đội ngũ tư vấn viên, đồng đẳng viên có chuyên môn và hiểu biết về cộng đồng MSM để đảm bảo sự thân thiện, không kỳ thị trong tiếp cận dịch vụ.

5. Đề xuất chính sách hỗ trợ từ cấp quản lý và ngành y tế:

Đề nghị Bộ Y tế và các Sở Y tế địa phương tăng đầu tư cho các chương trình dự phòng HIV riêng biệt cho nhóm MSM, bao gồm hỗ trợ tài chính, nhân lực và truyền thông.

Ban hành các hướng dẫn chuyên môn lồng ghép yếu tố hành vi và tâm lý xã hội trong quản lý điều trị và phòng ngừa HIV tại các cơ sở y tế.

Giám sát kỹ và phân biệt đối xử đối với nhóm MSM, thông qua các chiến dịch truyền thông cộng đồng và đào tạo nhân viên y tế.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Khoa Tham vấn và hỗ trợ cộng

đồng - Trung tâm Y tế Xóm Chiếu đã hỗ trợ tích cực trong quá trình triển khai nghiên cứu.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Vũ Trang Thảo

<https://orcid.org/0009-0001-5565-2933>

Võ Triều Lý

<https://orcid.org/0009-0004-9577-3926>

Huỳnh Giao

<https://orcid.org/0000-0002-6882-1097>

Cao Ngọc Nga

<https://orcid.org/000-0001-9522-4258>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Vũ Trang Thảo, Võ Triều Lý, Huỳnh Giao, Cao Ngọc Nga

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Vũ Trang Thảo, Võ Triều Lý, Huỳnh Giao, Cao Ngọc Nga

Thu thập dữ liệu: Vũ Trang Thảo

Giám sát nghiên cứu: Võ Triều Lý, Huỳnh Giao, Cao Ngọc Nga

Nhập dữ liệu: Vũ Trang Thảo

Quản lý dữ liệu: Vũ Trang Thảo, Võ Triều Lý, Huỳnh Giao, Cao Ngọc Nga

Phân tích dữ liệu: Vũ Trang Thảo

Viết bản thảo đầu tiên: Vũ Trang Thảo, Võ Triều Lý, Huỳnh Giao, Cao Ngọc Nga

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Vũ Trang Thảo, Võ Triều Lý, Huỳnh Giao, Cao Ngọc Nga

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban

biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 718/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 12/02/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ủy ban Quốc gia phòng, chống AIDS, ma túy, mại dâm. TPHCM: Giám sát trọng điểm HIV với nhóm phụ nữ bán dâm. 2023; <https://tiengchuong.chinhphu.vn/tphcm-giam-sat-trong-diem-hiv-voi-nhom-phu-nu-ban-dam-113230222144737349.htm>.
2. World Health Organization. Alarming decline in adolescent condom use, increased risk of sexually transmitted infections and unintended pregnancies, reveals new WHO report. WHO. 2024; <https://www.who.int/europe/news/item/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use--increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies--reveals-new-who-report>
3. Huỳnh Nguyễn Phương Quang, Huỳnh Nguyễn Phương Thảo. Hành vi tình dục không an toàn và các yếu tố liên quan đến việc chấp nhận sử dụng Prep ở nhóm MSM tại Thành phố Cần Thơ năm 2020. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;(55):13-21.
4. Torres RMC, Santos PAR, Franqueira PDR. High HIV infection prevalence in a group of men who have sex with men. Braz J Infect Dis. 2017;21 (6):596-605.
5. Budkaew JCB, Peintong C, Ekalaksananan T. Sexual behaviors reported by a sample of human immunodeficiency virus-positive men who have sex with men: A descriptive study in Khon Kaen, Thailand. Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS. 2018;39(1):34.
6. Trần Thúy Duy, Phạm Thị Nhã Trúc, Nguyễn Vũ Nhật Thành, Huỳnh Ngọc Hân, Nguyễn Văn Thêm, Đoàn Văn Hậu. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Sóc Trăng năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;545(1):370.
7. Peng L, Cao W, Gu J, et al. Willingness to Use and Adhere to HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) among Men Who Have Sex with Men (MSM) in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(14):2620.
8. Hoàng Thị Thu Hồng. Thực trạng sử dụng chất kích thích tổng hợp dạng amphetamine và các yếu tố liên quan trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới nam tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2017. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Dược TPHCM. 2017.
9. Nguyễn Xuân Nhật Duy. Hành vi quan hệ tình dục và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nam quan hệ tình dục đồng giới nhiễm HIV điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới,. Khóa luận Tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng. 2019.
10. Võ Văn Tâm. Hành vi quan hệ tình dục ở bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện bệnh Nhiệt Đới Tp.Hồ Chí Minh. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y dược TPHCM; pp.26-40. 2017.