

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

NGÔ VĂN TÁN

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ
CAN THIỆP PHÒNG CHỐNG CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN
QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI QUAN HỆ ĐỒNG
TÍNH TẠI TỈNH BẾN TRE**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

CẦN THƠ - 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

NGÔ VĂN TÁN

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ
CAN THIỆP PHÒNG CHỐNG CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN
QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC Ở NAM GIỚI QUAN HỆ ĐỒNG
TÍNH TẠI TỈNH BẾN TRE**

CHUYÊN NGÀNH: Y TẾ CÔNG CỘNG

MÃ SỐ: 62.72.03.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS LÊ THÀNH TÀI

2. PGS.TS NGUYỄN TRUNG KIÊN

CẦN THƠ - 2022

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nào.

Cần Thơ, ngày tháng năm 2022

Người thực hiện luận án

Ngô Văn Tấn

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành gửi lời cảm ơn đến toàn thể quý Thầy, Cô Trường Đại học Y Dược Cần Thơ đã truyền đạt những kiến thức quý báu cho tôi trong suốt khoảng thời gian học tập, nghiên cứu tại trường.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến PGS.TS Lê Thành Tài, PGS.TS Nguyễn Trung Kiên đã dành rất nhiều thời gian và tâm huyết hướng dẫn tôi hoàn thành luận án.

Xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo, quý đồng nghiệp Sở Y tế tỉnh Bến Tre, Ban Lãnh đạo, đội ngũ Y, Bác sĩ tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bến Tre đã giúp đỡ cho tôi trong suốt thời gian thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn tất cả thành viên trong Hội đồng Khoa học chấm luận án đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để tôi có thêm kiến thức và hoàn thiện luận án đạt chất lượng tốt hơn.

Mặc dù tôi đã có nhiều cố gắng hoàn thiện luận án bằng tất cả sự nhiệt tình và năng lực của mình. Tuy nhiên, không thể tránh khỏi những thiếu sót, rất mong nhận được những đóng góp của quý Thầy, Cô và quý đồng nghiệp.

Cần Thơ, ngày tháng năm 2022

Người thực hiện luận án

Ngô Văn Tấn

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ARV	: Antiretrovaral - thuốc làm giảm sự sinh sôi của HIV
BCS	: Bao cao su
BKT	: Bơm kim tiêm
BLTQĐTD	: Bệnh lây truyền qua đường tình dục
CBT	: Chất bôi trơn
ĐTNC	: Đối tượng nghiên cứu
HIV	: Human Immunodeficiency Virus Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
HBV	: Hepatitis B virus - Viêm gan siêu vi B
HCV	: Hepatitis C virus - Viêm gan siêu vi C
IBBS	: Integrated Biological and Behavioral Surveillance Giám sát lồng ghép các chỉ số hành vi và sinh học
KTC	: Khoảng tin cậy
MSM	: Men who have Sex with Men Nam giới quan hệ đồng tính/Nam quan hệ tình dục đồng giới/Nam có quan hệ tình dục với nam
NVTCCĐ	: Nhân viên tiếp cận cộng đồng
OR	: Odds ratio Tỷ suất chênh
QHTD	: Quan hệ tình dục
RR	: Relative risk Tỷ số nguy cơ
STIs	: Sexually Transmitted Infections

	Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục
STDs	: Sexually Transmitted Diseases Các bệnh lây truyền qua đường tình dục
SCT	: Sau can thiệp
TCMT	: Tiêm chích ma túy (tiêm/chích)
TCT	: Trước can thiệp
UNAIDS	: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Chương trình phối hợp về HIV/AIDS của Liên Hợp Quốc
VCT	: Voluntary Counselling and Testing Tư vấn và xét nghiệm tự nguyện
WHO	: World Health Organization Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

Trang

Trang phụ bìa	
Lời cam đoan	
Lời cảm ơn	
Danh mục các từ viết tắt	
Mục lục	
Danh mục bảng	
Danh mục hình	
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Một số khái niệm liên quan đến nam quan hệ tình dục đồng giới và bệnh lây truyền qua đường tình dục	3
1.1.1. Khái niệm nam quan hệ tình dục đồng giới.....	3
1.1.2. Bệnh lây truyền qua đường tình dục.....	3
1.1.3. Lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục trên nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới	5
1.2. Thực trạng bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiến thức, thực hành ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới	6
1.2.1. Thực trạng bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới	6

1.2.2. Thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới	9
1.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành, và nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới.....	12
1.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng, chống nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục trong ở nam quan hệ tình dục đồng giới	12
1.3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới	14
1.4. Thực trạng can thiệp và mô hình can thiệp phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục.....	15
1.4.1. Thực trạng hoạt động can thiệp phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nhóm MSM Bến Tre	15
1.4.2. Mô hình can thiệp phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục.....	15
1.5. Một số công trình nghiên cứu về bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiến thức, thực hành ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới	19
1.5.1. Trên thế giới.....	19
1.5.2. Tại Việt Nam	22
1.6. Thông tin về địa bàn nghiên cứu tỉnh Bến Tre.....	25
1.7. Khung lý thuyết	27
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	29
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	29
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	29

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn.....	29
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.....	29
2.1.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	29
2.2. Phương pháp nghiên cứu	29
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	29
2.2.2. Cỡ mẫu.....	30
2.2.3. Phương pháp chọn mẫu	31
2.2.4. Nội dung nghiên cứu	31
2.2.5. Phương pháp và nội dung can thiệp	38
2.2.6. Phương pháp thu thập số liệu	42
2.2.7. Phương pháp hạn chế sai số.....	47
2.2.8. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu.....	48
2.3. Đạo đức trong nghiên cứu	49
2.4. Hạn chế của đề tài.....	49
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	51
3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.....	51
3.2. Tỷ lệ nhiễm một số bệnh lây qua đường tình dục, tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục và một số yếu tố liên quan năm 2014	55
3.2.1. Tỷ lệ nhiễm một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014	55
3.2.2. Kiến thức về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014	56

3.2.3. Thực hành về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014	57
3.2.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành và niềm tin ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới	61
3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014-2018.....	66
3.3.1. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống một số BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014-2018	66
3.3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014 - 2018	67
3.3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp về thực hành đúng phòng chống các BLTQĐTD năm 2014 - 2018	70
3.3.4. Một số kết quả can thiệp về truyền thông và dự phòng	74
Chương 4. BÀN LUẬN	80
4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.....	80
4.2. Thực trạng niềm tin một số bệnh lây qua đường tình dục, tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng và một số yếu tố liên quan ở MSM tại tỉnh Bến Tre năm 2014	83
4.2.1. Tỷ lệ niềm tin một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở ĐTNC năm 2014.....	83
4.2.2. Kiến thức về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014	86

4.2.3. Thực hành về phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014	87
4.2.4. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành và nhiệm ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục ở MSM năm 2014.....	92
4.3. Hiệu quả can thiệp phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở ĐTNC năm 2014–2018	96
4.3.1. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống một số BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014 – 2018.....	96
4.3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức phòng chống các BLTQĐTD năm 2014 – 2018.....	99
4.3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp về thực hành phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014 – 2018.....	101
4.3.4. Một số kết quả can thiệp về truyền thông và dự phòng	103
4.4. Điểm mới của nghiên cứu	105
KẾT LUẬN	106
KIẾN NGHỊ	108
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
Phụ lục 1	
Phụ lục 2	
Phụ lục 3	
Phụ lục 4	
Phụ lục 5	

DANH MỤC BẢNG

Trang

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, nhóm tuổi của ĐTNC năm 2014.....	51
Bảng 3.2. Đặc điểm dân tộc, trình độ học vấn của ĐTNC năm 2014.....	51
Bảng 3.3. Nơi sống của ĐTNC năm 2014	52
Bảng 3.4. Thời gian sinh sống tại nơi thường trú	53
Bảng 3.5. Nghề nghiệp và thu nhập của ĐTNC năm 2014.....	53
Bảng 3.6. Tình trạng sống chung và sở thích bạn tình của ĐTNC	54
Bảng 3.7. Tình trạng lập gia đình và số con của ĐTNC năm 2014.....	55
Bảng 3.8. Tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014.....	55
Bảng 3.9. Kiến thức đúng về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm và đường lây truyền HIV, các BLTQĐTD	56
Bảng 3.10. Tỷ lệ TCMT và sử dụng BKT trong 1 tháng qua của ĐTNC	57
Bảng 3.11. Tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD trong 1 tháng qua với các bạn tình ở ĐTNC năm 2014	58
Bảng 3.12. Cách xử lý khi có triệu chứng các BLTQĐTD của ĐTNC	58
Bảng 3.13. Thực hành sử dụng BCS, CBT trong 12 tháng qua khi QHTD ở ĐTNC năm 2014	59
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với kiến thức phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014	61
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với thực hành phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014	62

Bảng 3.16. Phân tích hồi quy logistic đa biến giữa các biến liên quan với thực hành phòng chống các BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014.....	63
Bảng 3.17. Môi liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng các BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014.....	64
Bảng 3.18. Môi liên quan giữa số người QHTD trong tháng qua, kiến thức, thực hành với nhiễm ít nhất một BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014.....	64
Bảng 3.19. Phân tích hồi quy logistic đa biến giữa các biến liên quan với nhiễm ít nhất một BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014.....	65
Bảng 3.20. Kết quả can thiệp điều trị một số BLTQĐTD năm 2014-2018....	66
Bảng 3.21. Tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD trước và sau can thiệp.....	66
Bảng 3.22. Kiến thức đúng về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và đường lây truyền HIV trước và sau can thiệp.....	67
Bảng 3.23. Kiến thức phòng chống các BLTQĐTD trước và sau can thiệp ..	68
Bảng 3.24. Phân tích hồi quy logistic kiến thức và một số yếu tố TCT và SCT.....	69
Bảng 3.25. Thực hành sử dụng BCS, CBT khi QHTD trước và sau can thiệp.....	70
Bảng 3.26. Tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD trong 1 tháng qua với các bạn tình trước và sau can thiệp.....	71
Bảng 3.27. Thực hành phòng chống các BLTQĐTD của ĐTNC TCT và SCT.....	72
Bảng 3.28. Phân tích hồi quy logistic thực hành và một số yếu tố TCT và SCT.....	73
Bảng 3.29. Số lượng BCS và CBT chương trình can thiệp.....	74

Bảng 3.30. Tiếp cận với chương trình BCS miễn phí của ĐTNCTCT và SCT	74
Bảng 3.31. Tiếp cận được thông tin, tài liệu truyền thông của MSM	75
Bảng 3.32. Thông tin về tiếp cận dịch vụ VCT, điều trị HIV của MSM.....	76
Bảng 3.33. Tiếp cận với thông tin, dịch vụ dành cho người nhiễm HIV.....	77
Bảng 3.34. Hoạt động can thiệp về truyền thông.....	77
Bảng 3.35. Tiếp cận dịch vụ internet (mạng Zalo) ĐTNCTCT	78
Bảng 3.36. Khảo sát độ hòa nhập cộng đồng, sống đúng với bản thân mình của các bạn MSM qua việc từng tiết lộ mình là MSM với gia đình, bạn bè, đồng nghiệp.....	79

DANH MỤC HÌNH

	Trang
Hình 1.1. Khung lý thuyết.....	27
Hình 1.2. Khung can thiệp dự phòng HIV và một số BLTQĐT	28
Hình 2.1. Mô hình can thiệp.....	41
Hình 2.2. Sơ đồ chọn mẫu và thu thập số liệu	42

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Trang

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ kiến thức chung về phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNCS năm 2014	57
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ĐTNCS thực hành chung về phòng chống các BLTQĐTD năm 2014	60

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) vẫn là một mối đe dọa sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới. Sự liên hệ giữa nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và các bệnh lây truyền qua đường tình dục đã được nghiên cứu tại các quốc gia và một số thành phố lớn ở Việt Nam. Tỷ lệ lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới cao hơn ở phụ nữ và nam giới chỉ quan hệ tình dục với phụ nữ [56]. Với ước tính khoảng 357 triệu ca nhiễm *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, giang mai và *Trichomonas vaginalis* hàng năm, gánh nặng toàn cầu về các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục đang tăng lên [75]. Hoa Kỳ (2017) ghi nhận có 68,2% các trường hợp MSM nhiễm giang mai, 38,5% bệnh lậu; ước tính khoảng 13,3-25% MSM bị nhiễm ít nhất một STIs do vi khuẩn [56],[58]. Một trong các bệnh lây truyền qua đường tình dục mang lại gánh nặng bệnh tật và kinh tế nặng nề là HIV/AIDS. Bourgeois và cộng sự (2017), cho thấy 1/2 số ca chẩn đoán HIV thuộc nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới [53]. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới trong một nghiên cứu tương tự cũng cho kết quả từ 14-22% [86].

Tại Việt Nam, Lê Anh Tuấn (2015) thống kê kích cỡ mẫu nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại 3 tỉnh/thành phố là Điện Biên, Cần Thơ và Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2012-2013, kết quả cho thấy nam quan hệ tình dục đồng giới từ 8.500-10.500 người tại Thành phố Hồ Chí Minh [44]. Kích cỡ này tăng lên năm 2019 với số lượng là 74.261 với KTC 95% dao động từ 50.810 đến 137.914 [38]. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nam quan hệ tình dục đồng tính tăng nhanh trong những năm gần đây, tăng từ 5,1% năm 2015 lên 7,36% năm 2017 [14]. Theo nghiên cứu của Lê Minh Giang (2015) tại 3 tỉnh, thành phố của Việt Nam gồm Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội và Nha Trang

cho thấy nam bán dâm đồng giới là hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV, STIs so với các hành vi nguy cơ khác [11]. Tại Đồng bằng Sông Cửu Long (2019), tỷ lệ hiện mắc HIV và các yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới là 16,2% (KTC 95%=13,1-19,7) [37].

Bến Tre là một tỉnh thuần nông thuộc 13 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, so với cộng đồng MSM đô thị, nhóm MSM ở đây chưa được nghiên cứu. Qua ghi nhận từ kết quả vẽ bản đồ số lượng các nhóm nguy cơ cao về HIV/AIDS, toàn tỉnh Bến Tre có trên 2.550 nam quan hệ tình dục đồng giới, tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm này có chiều hướng gia tăng: năm 2012 là 1,18%, năm 2013 là 3,16% và năm 2014 là 4,29%, kèm theo đó là báo cáo về các trường hợp MSM nhiễm HIV và các BLTQĐTD từ các cơ sở y tế trong tỉnh [1].

Qua thực trạng đó, câu hỏi nghiên cứu đặt ra là: Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai, Chlamydia trong nhóm MSM tại tỉnh Bến Tre là bao nhiêu, những yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm và việc áp dụng các can thiệp sau 4 năm trong nhóm này có hiệu quả như thế nào? Xuất phát từ những nội dung trên, chúng tôi thực hiện đề tài ***“Nghiên cứu thực trạng và đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam giới quan hệ đồng tính tại tỉnh Bến Tre”***, với các mục tiêu cụ thể như sau:

1. Mô tả thực trạng nhiễm một số bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiến thức, thực hành phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục và phân tích một số yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014.

2. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014-2018.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm liên quan đến nam quan hệ tình dục đồng giới và bệnh lây truyền qua đường tình dục

1.1.1. Khái niệm nam quan hệ tình dục đồng giới

Thuật ngữ “Nam có quan hệ tình dục đồng giới” hoặc “Nam giới quan hệ đồng tính” hoặc “Nam có quan hệ tình dục với nam” (men who have sex with men-viết tắt MSM) là một thuật ngữ chỉ hành vi quan hệ tình dục của những người nam giới với những người nam giới khác với bất kì hoàn cảnh nào, không phụ thuộc vào khuynh hướng tình dục, nhận dạng tình dục và nhận dạng giới [92].

1.1.2. Bệnh lây truyền qua đường tình dục

Bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD): là các nhiễm trùng do tác nhân là vi khuẩn, vi rút, đơn bào, nấm, kí sinh gây nên và lây truyền từ người này sang người khác qua quan hệ tình dục (QHTD).

Hầu hết các vi khuẩn, đơn bào, nấm và kí sinh vật có thể bị diệt bởi các thuốc điều trị đặc hiệu. Trái lại, các vi rút hiện nay chưa có thuốc nào diệt được, do vậy chúng tồn tại trong cơ thể một thời gian dài hoặc suốt cuộc đời.

Một số tác nhân gây BLTQĐTD:

- Vi khuẩn: xoắn khuẩn giang mai, lậu cầu, chlamydia trachomatis, trực khuẩn hạ cam, ureaplasma urealyticum, calymmatobacterium granulomatis, gardnerella vaginalis, liên cầu nhóm B, vi khuẩn kỵ khí âm đạo.

- Vi rút: herpes simplex, u mềm lây, HIV, vi rút viêm gan B, viêm gan C.

- Nấm và các tác nhân khác: nấm men Candida, trùng roi âm đạo, cái ghẻ, rận mu....[3]

1.1.2.1. HIV/AIDS

HIV là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh “Human Immunodeficiency Virus” là vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người, làm cho cơ thể suy giảm khả năng chống lại các tác nhân gây bệnh.

AIDS là chữ viết tắt của cụm từ tiếng Anh “Acquired Immune Deficiency Syndrome” là Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải do HIV gây ra, thường được biểu hiện thông qua các nhiễm trùng cơ hội, các ung thư và có thể dẫn đến tử vong.

Đường lây truyền HIV: lây truyền qua đường tình dục, qua đường máu và lây truyền từ mẹ sang con. Ngoài các phương thức lây truyền như trên, hiện nay chưa xác định được các phương thức lây khác như đường hô hấp, qua muỗi hoặc côn trùng đốt, hôn, dùng chung bát đĩa.

Hiện nay vắc xin phòng HIV vẫn còn đang thử nghiệm và cũng chưa có cách điều trị AIDS, việc phòng chống căn bệnh thế kỷ này chủ yếu vẫn thông qua hành vi tình dục an toàn. Do đó để việc phòng chống có hiệu quả thì mọi người phải có kiến thức, thái độ và hành vi đúng về HIV/AIDS, đặc biệt là những đối tượng có nguy cơ cao, những nhóm dễ cảm nhiễm với HIV.

Chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV: chăm sóc toàn diện cho người nhiễm HIV trước khi điều trị thuốc kháng vi rút (ARV), điều trị nhiễm trùng cơ hội, điều trị thuốc ARV cho những người MSM nhiễm HIV [5].

1.1.2.2. Bệnh Giang mai

Bệnh giang mai là một BLTQĐTD, do xoắn khuẩn nhạt, tên khoa học là *Treponema pallidum* gây nên. Bệnh có thể gây thương tổn ở da - niêm mạc và nhiều tổ chức, cơ quan của cơ thể mà chủ yếu ở cơ, xương khớp, tim mạch và thần kinh.

Bệnh lây truyền chủ yếu qua QHTD và có thể lây truyền qua đường máu, lây truyền từ mẹ sang con. Bệnh có thể gây hậu quả trầm trọng như giang mai

thần kinh, giang mai tim mạch, giang mai bẩm sinh.

Điều trị sớm và đủ liều để khỏi bệnh, ngăn chặn lây lan, đề phòng tái phát và di chứng. Điều trị đồng thời cho cả bạn tình của bệnh nhân. Penicillin là thuốc được lựa chọn, cho đến nay chưa có trường hợp nào xoắn khuẩn giang mai kháng Penicilin [3].

1.1.2.3. Bệnh Chlamydia (nhiễm *Chlamydia trachomatis*)

Bệnh Chlamydia là BLTQĐTD phổ biến, tiền triển của bệnh và biểu hiện lâm sàng của nhiễm *Chlamydia trachomatis* là do hiệu quả phối hợp của hủy hoại tổ chức tế bào do *Chlamydia trachomatis* nhân lên và đáp ứng viêm của tổ chức với vi khuẩn này và các chất hoại tử do tế bào bị phá hủy.

Chlamydia trachomatis có thể bị nhiễm khi QHTD qua hậu môn, âm đạo hoặc bằng miệng với người nhiễm *Chlamydia trachomatis*. Đối với nam, Chlamydia gây viêm niệu đạo, viêm mào tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt, viêm trực tràng, hội chứng Reiter [3].

1.1.3. Lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục trên nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới

Trong nhiều nghiên cứu cho thấy nguy cơ nhiễm HIV, giang mai, chlamydia trachomatis cao ở nhóm MSM [31], [37], [39], [47]. QHTD giữa nam và nam có nguy cơ lây nhiễm các BLTQĐTD cao hơn QHTD giữa nam và nữ.

MSM sinh hoạt tình dục qua đường hậu môn, làm tăng nguy cơ bị lây nhiễm BLTQĐTD từ người bệnh sang người lành vì hậu môn không có dịch nhờn bôi trơn. Hơn nữa, niêm mạc trực tràng có nhiều mao mạch, dễ bị tổn thương, xây xước khi sinh hoạt tình dục. Qua những vết xây xước này, các tác nhân gây các BLTQĐTD sẽ xâm nhập từ người nhiễm sang người lành và từ đó vào máu.

1.2. Thực trạng bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiến thức, thực hành ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới

1.2.1. Thực trạng bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới

1.2.1.1. Thực trạng bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới trên thế giới

Theo báo cáo của UNAIDS về tình hình dịch HIV/AIDS trên toàn cầu, trong năm 2017 có 36,9 triệu người sống với HIV tăng 4,5 triệu người so với năm 2010 (năm 2010 là 32,4 triệu người), kết quả cho thấy tiếp tục có nhiễm mới và những người sống lâu hơn với HIV [89], [90], tốc độ thay đổi theo nhóm tuổi, giới tính và khu vực [87], [88]. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM đã tăng ít nhất ba lần trong thập kỷ qua - từ 5,3% năm 2007 lên 17,9% năm 2019, tỷ lệ mắc bệnh lậu (18,7%), chlamydia (27,9%) và giang mai (9,6%) trong nhóm MSM trên toàn quốc. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm thanh niên MSM ở các trung tâm thành thị tăng gấp 4 lần trong giai đoạn 2011 - 2015 (từ 3,8% lên 15,6%), năm 2019 tỷ lệ hiện nhiễm cao 17,9% [72], [78], [93].

Năm 2018, tỷ lệ mắc các BLTQĐTD ở MSM bao gồm giang mai tiên phát, thứ phát và bệnh lậu kháng khuẩn cao hơn tỷ lệ được báo cáo ở phụ nữ và nam giới chỉ quan hệ tình dục với phụ nữ [55], [61]. So với năm 2014, MSM chiếm 83% các trường hợp giang mai tiên phát và thứ phát. MSM thường nhiễm BLTQĐTD bao gồm nhiễm chlamydia và lậu. Tỷ lệ mắc BLTQĐTD tương đối cao trong nhóm MSM có thể liên quan đến nhiều yếu tố, bao gồm hành vi cá nhân và hành vi tình dục [64], [77].

Trong số những người đàn ông da đen được chẩn đoán nhiễm HIV vào năm 2016, phần lớn các trường hợp chẩn đoán (80%) là do quan hệ tình dục nam - nam (10.223/12.890). Trong số tất cả MSM trưởng thành được chẩn

đoán nhiễm HIV vào năm 2016 (26.569), có sự chênh lệch về chủng tộc và dân tộc; 38% là người Mỹ gốc Phi hoặc da đen (10,223), 28% là gốc Tây Ban Nha/Latino (7,425), 28% là người da trắng (7,390), và 6% còn lại là người Mỹ bản địa/Alaska bản địa, người Châu Á, Đảo Thái Bình Dương hoặc nhiều chủng tộc (1,532) [57].

Phần lớn các ca nhiễm HIV trong nhóm MSM ở Hoa Kỳ xảy ra ở những người trong độ tuổi lao động. Tỷ lệ nhiễm ở Indonesia (2021) về HIV chiếm 30% ở nam giới vị thành niên và thanh niên có quan hệ tình dục đồng giới; 1/5 có các triệu chứng nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục trong năm qua. 13% biết trước tình trạng nhiễm HIV của mình và 17% biết được tình trạng nhiễm HIV của mình trong cuộc khảo sát. Tỷ lệ hiện mắc ở nhóm MSM từ 25 tuổi trở lên cao hơn 2,2 lần so với nhóm MSM trẻ tuổi [70].

Rein Willekens (2021) thực hiện một nghiên cứu cắt ngang tiền cứu, bao gồm MSM nhiễm HIV không có triệu chứng tham gia các cuộc khám định kỳ từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 12 năm 2017. Trong số 301 bệnh nhân được nghiên cứu bao gồm 60 bệnh nhân (19,9%) có ít nhất một STIs, phổ biến nhất là giang mai (33 trong số 69 STIs), tiếp theo là chlamydia (19 trong 69), lậu (10 trong 69), vi rút viêm gan C (4 trong 69) và lymphogranuloma venereum (3 trong 69). Sử dụng ma túy bất hợp pháp trong khi quan hệ tình dục là biến số duy nhất có liên quan đáng kể đến sự hiện diện của STIs trên phân tích đa biến (OR = 2,13; KTC 95%: 1,17 - 3,89) [79].

1.2.1.2. Thực trạng bệnh lây truyền qua đường tình dục trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam

Trường hợp HIV đầu tiên được phát hiện ở nước ta vào tháng 12/1990 [9]. Trong 5 năm từ 2010 - 2015, số trường hợp HIV dương tính phát hiện năm 2010 từ 17.800 xuống còn 10.195 ca năm 2015, khoảng 9.800 ca năm 2017 và 10.000 năm 2019, tử vong giảm từ 3.300 ca năm 2010 xuống 2.130 ca năm

2015, số bệnh nhân AIDS từ 8.900 ca năm 2010 xuống còn khoảng 6.130 ca năm 2015 [6], [9].

Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM đã tăng từ 5,1% năm 2015 lên 7,36% năm 2017 [10]. Một nghiên cứu được thực hiện tại Thừa Thiên Huế (2014), cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV của MSM là 1,5% [29]. Tỷ lệ lưu hành HIV ở nhóm MSM qua giám sát trọng điểm HIV, lồng ghép hành vi tại 9 tỉnh phía Nam năm 2010-2014 dao động ở mức 2 - 10% [31].

Tại Hà Nội, tỷ lệ dương tính với một trong 4 bệnh STIs gồm HIV, giang mai, lậu và chlamydia là 29%, trong đó, mắc 2 bệnh, 3 bệnh, 4 bệnh lần lượt là 77%, 17% và 6% [48]. Tại Hải Phòng (2018), tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM là 2,0% [15]. Một nghiên cứu tại Hà Nội cho kết quả tỷ lệ nhiễm HIV/STIs ở nam bán dâm đồng giới 16-29 tuổi rất cao (nhiễm HIV: 6,1%; nhiễm ít nhất 1 bệnh STIs: 48,7%; mắc giang mai: 21,0%, lậu: 14,7%, chlamydia: 16,7%) [18].

1.2.1.3. Thực trạng bệnh lây truyền qua đường tình dục trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Bến Tre

Theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bến Tre: năm 2014 BLTQĐTD trong toàn tỉnh là 3.432 trường hợp tăng 372 trường hợp so với năm 2013. Trong đó, giang mai 9 trường hợp, lậu 15 trường hợp, sùi mào gà sinh dục 97 trường hợp, HIV 212 trường hợp, herpes sinh dục 3 trường hợp và các bệnh hoa liễu khác. Trong năm 2020, toàn tỉnh phát hiện thêm 296 trường hợp nhiễm HIV. Lũy tích từ năm 1993 đến 30/11/2020 số người nhiễm HIV được phát hiện trong toàn tỉnh là 3.264 người [1], [41], [42], [43].

Cho đến nay tất cả các huyện và xã/phường/thị trấn đã phát hiện các trường hợp nhiễm HIV/AIDS [43]. Dịch HIV/AIDS tại tỉnh Bến Tre còn trong giai đoạn tập trung với tỷ lệ hiện nhiễm HIV cao trong các nhóm nguy cơ cao như nghiện chích ma túy, gái mại dâm và đặc biệt là nam quan hệ tình

dục đồng giới [1], [41], [42], [43].

Theo kết quả khảo sát năm 2011 của Dự án phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam và Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh trong nhóm MSM ở Bến Tre có tỷ lệ nhiễm HIV chiếm 1,1%, tỷ lệ nhiễm lậu: 1,6%, tỷ lệ nhiễm chlamydia trachomatis: 4,5% và nhiễm lậu hoặc chlamydia trachomatis: 5,8% [47]. Sau đó, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM tăng qua các năm (2012 là 1,18%, 2013 là 3,16% và 2014 là 4,29%) [1].

1.2.2. Thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới

1.2.2.1. Thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới trên thế giới

Đã có nhiều tác giả nghiên cứu về kiến thức, thực hành phòng chống các BLTQD ở nhóm MSM trên thế giới:

Năm 2018, Kyi, NEMM & Chuemchit, M. nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành phòng ngừa liên quan đến HIV/AIDS ở nhóm MSM ở Yangon, Myanmar. Trong số 422 MSM, đa số họ có kiến thức ở mức độ cao (49,1%) và mức độ kiến thức trung bình (41,9%). Một nửa số người MSM được hỏi, có 51,9% có mức độ thực hành trung bình và 25,4% có mức độ thực hành tốt. Trong phân tích đa biến, kiến thức và thái độ có mối liên hệ đáng kể với thực hành phòng chống HIV/AIDS trong ba tháng qua ($p < 0,05$) [69].

Năm 2019, Beatriz Z. Arellano, Aliza Mariel B. Armamento, RMT et al trong một nghiên cứu cắt ngang về kiến thức liên quan đến HIV, thái độ và hành vi quan hệ tình dục của những người đàn ông ở Metro Manila, kết quả cho thấy trong 251 người trả lời: hầu hết những người tham gia đều biết các phương thức lây nhiễm HIV lây truyền và xác định các nguy cơ thâm xuyên (89%), xăm mình và truyền máu (94%) nhiễm HIV thiết bị, dùng chung ống tiêm (98%) với người nhiễm HIV và QHTD không an toàn (99%). Đa số biết

rằng HIV không thể lây lan khi dùng chung thức ăn (94%), đồ dùng vệ sinh cá nhân (92%) và rằng nó không thể lây lan khi sử dụng phòng tắm công cộng (98%), bởi hôn hoặc ôm người có HIV (94%), do côn trùng cắn (89%), hoặc do tiếp xúc với hắt hơi, ho, nước bọt của người có HIV (89%) [52].

1.2.2.2. Thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới ở Việt Nam

Một nghiên cứu về kỳ thị và phân biệt đối xử của nhân viên y tế trong việc cung cấp dịch vụ y tế cho thấy MSM chưa nhận thức được nguy cơ mắc các BLTQĐTD. Các thông điệp truyền thông hiện nay mới dừng lại ở kiểm soát các hành vi tình dục nguy cơ nhưng lại chưa tác động gì đến các giá trị xã hội gắn liền với các hành vi đó [46]. Tỷ lệ tiếp cận thông tin về HIV/AIDS ở nhóm này là 87,1% MSM đã từng tiếp cận truyền thông về HIV/AIDS qua internet, mạng xã hội; tiếp cận qua nhân viên tiếp cận cộng đồng (NVTCCĐ) chiếm 46,4% [36].

Hành vi tình dục có nguy cơ trong nhóm MSM: các kết quả từ các nghiên cứu về hành vi QHTD trên đối tượng MSM tại một số tỉnh thành trong cả nước cho thấy MSM có QHTD với nhiều đối tượng như bạn tình nữ 37,9%, bạn tình nam không vì mục đích trao đổi vật chất chiếm 26,4% và 24,5% QHTD tập thể, tỷ lệ không sử dụng BCS khi QHTD qua đường hậu môn còn khá cao 37,5% [13], [15], [18]. 65,19% đã từng QHTD và chỉ có 40,01% đã từng sử dụng BCS khi QHTD. Đối với người nhiễm HIV/AIDS: có 88,17% đã từng sử dụng BCS khi QHTD và chỉ có 36,91% sử dụng BCS thường xuyên [12]. Một nghiên cứu cắt ngang đã được tiến hành trên 200 đối tượng MSM được thực hiện năm 2012 tại Hà Nội nhằm mô tả thực trạng tiếp cận các dịch vụ của dự phòng lây nhiễm HIV và mối liên quan nhiễm HIV trên nhóm MSM. Kết quả nghiên cứu cho thấy số đối tượng MSM đã khám các BLTQĐTD trong 3 tháng qua rất thấp chỉ có 26,5% [14].

Tư vấn xét nghiệm tự nguyện: liên quan đến xét nghiệm HIV và STIs, các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng một tỷ lệ lớn MSM chưa bao giờ được xét nghiệm HIV với khoảng 20%-30% chưa được xét nghiệm HIV trong cuộc đời của họ và chỉ 1/5 được xét nghiệm trong năm qua [65], [80]. Theo báo cáo Châu Á năm 2010, Việt Nam có 41% MSM chưa từng làm xét nghiệm HIV bằng với tỷ lệ chung của MSM Châu Á; 33% MSM đã từng làm xét nghiệm HIV trong 6 tháng trước đó, cao hơn tỷ lệ của Châu Á là 26% [25]. Theo một nghiên cứu khác thì có gần một nửa số người được hỏi đã đi xét nghiệm HIV (49%). Nhóm tuổi càng cao càng có tỷ lệ đã từng đi xét nghiệm HIV cao hơn. Một nghiên cứu cắt ngang đã được tiến hành trên 200 đối tượng MSM được thực hiện năm 2012 tại Hà Nội nhằm mô tả thực trạng tiếp cận các dịch vụ của dự phòng lây nhiễm HIV và mối liên quan nhiễm HIV trên nhóm MSM chỉ có 63,5% đã từng xét nghiệm nhưng chỉ có 58,0% đã xét nghiệm và biết kết quả [14]. Tại Hải Phòng, tỷ lệ xét nghiệm HIV và biết kết quả trong vòng 12 tháng qua của nhóm MSM là 60,7% [15]. Năm 2014, tác giả Trần Thị Ngọc (2014) ghi nhận có 53,5% MSM đã nhận dịch vụ của chương trình như nhận BCS, CBT và tư vấn xét nghiệm HIV [29].

Khám và điều trị BLTQĐTD: trong tiếp cận can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV và khả năng phát hiện HIV ở nhóm nam bán dâm đồng giới cho thấy tỷ lệ tiếp cận các can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV chưa cao, đặc biệt trong nhóm có trình độ học vấn thấp, trẻ tuổi. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hùng (2017) cắt ngang trên 371 nam bán dâm đồng giới nhằm mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ dự phòng HIV/STIs và các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, tỷ lệ đối tượng đi khám bệnh trong 6 tháng qua là 39,4%, 12,3% đi xét nghiệm/điều trị HIV và 17,1% đi xét nghiệm/điều trị STIs [18].

Các dịch vụ thăm khám và điều trị chỉ thực sự thu hút MSM khi nhu cầu chăm sóc toàn diện sức khỏe tình dục được đảm bảo [46]. Nghiên cứu của

Lê Thị Hương (2017) cho thấy tỷ lệ nhóm MSM sợ khám chữa bệnh vì sợ nhân viên y tế kỳ thị chiếm 37,5%, trong đó, 9,1% sợ khám chữa bệnh thường xuyên, 28,4% mức độ thỉnh thoảng [20].

1.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành, và nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới

1.3.1. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng, chống nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục trong ở nam quan hệ tình dục đồng giới

1.3.1.1. Yếu tố cá nhân

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy những đặc điểm xã hội của cá nhân liên quan đến hành vi sử dụng BCS khi QHTD qua đường hậu môn. Có rất nhiều yếu tố dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM qua đường tình dục. Trước hết là thiếu hiểu biết và nhận thức sai lầm về nguy cơ và cách dự phòng. Mặt khác, còn gặp nhiều rào cản về sử dụng BCS. Một nghiên cứu về kiến thức của MSM phòng lây nhiễm HIV/AIDS năm 2017 ghi nhận tỷ lệ MSM có kiến thức chung đúng về phòng lây nhiễm HIV/AIDS là 58,2%. Trong đó, có 89,0% MSM có kiến thức đúng về việc sử dụng BCS trong các lần QHTD có thể giảm nguy cơ lây nhiễm HIV. 92,2% MSM có kiến thức đúng về QHTD bằng đường hậu môn không sử dụng BCS có thể bị lây nhiễm HIV. QHTD qua đường hậu môn và đường miệng cho xuất tinh ngoài không thể phòng nhiễm HIV thì chỉ có 14,4% MSM có kiến thức đúng [64].

Tại Việt Nam, các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi nguy cơ như kiến thức HIV/AIDS, sự khó khăn về kinh tế, khuynh hướng tình dục và sự tin tưởng vào mối quan hệ với bạn tình, lạm dụng chất gây nghiện (methamphetamine), có nhiều bạn tình bất chợt, và tìm kiếm bạn tình qua internet.

Năm 2014, Trần Thị Ngọc ghi nhận 63,5% MSM thích bạn tình nam, QHTD lần đầu tiên với bạn tình nam là 74,0%, lý do QHTD với bạn tình nam vì tình yêu là 49,3%, vì thỏa mãn tình dục là 43,2%. QHTD với bạn tình nam

trong tháng qua là 97,5%. 64,0% có QHTD vừa cả đường hậu môn và đường miệng. Chỉ có 31,8% sử dụng duy nhất đường miệng. Hầu hết MSM hiểu biết 3 đường lây (83,5%). MSM có kiến thức đúng về HIV/AIDS là 65,5% và có thái độ tích cực với người nhiễm HIV [29].

Một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hùng (2017) cho thấy kiến thức về dự phòng lây nhiễm HIV/STIs của đối tượng nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội thấp: chỉ có 17,5% trả lời đúng về đường/loại hình lây truyền, 11,8% trả lời đúng về nguy cơ về hành vi lây nhiễm HIV/STIs và 2,2% trả lời đúng về dịch vụ y tế/xét nghiệm HIV [18].

Nghiên cứu khác của tác giả Vũ Đức Việt (2015) cho thấy nam bán dâm đồng giới chưa có kiến thức đầy đủ về HIV/AIDS và các BLTQĐTD, trung bình số câu trả lời đúng là 11/18 câu. Tỷ lệ trả lời đúng câu “Bệnh giang mai có thể được dự phòng bằng vắc xin” chỉ đạt 28% [49].

1.3.1.2. Yếu tố môi trường - xã hội

Yếu tố môi trường - xã hội tác động không nhỏ đến tâm lý của MSM. Sự phân biệt đối xử đối với MSM là rất phổ biến, liên quan đến các chuẩn mực về giới, giá trị của gia đình và đặc điểm của văn hóa, tôn giáo đã làm tăng sự kỳ thị đối với nhóm MSM. Do đó khiến họ có nguy cơ cao với lây nhiễm HIV và các BLTQĐTD. Trong đó, nhóm MSM bán dâm là một thành phần của nhóm MSM và bị kỳ thị ở mức độ cao đối với cả hai loại hành vi là quan hệ đồng tính và bán dâm [50], [51], [83]. Một nghiên cứu đánh giá ở Indonesia (2021), 13% tiết lộ về việc có QHTD đồng giới với người thân, gia đình; trong đó, 1/3 bị bạn bè hoặc gia đình kỳ thị và phân biệt đối xử [70].

Nghiên cứu của Lê Thị Hường (2017), cho thấy mức độ kỳ thị thấp chiếm 54,6%; 19,2% nhận định bị kỳ thị cao, 17,8% bị gia đình không chấp nhận ở mức thường xuyên; chỉ có 26,2% đối tượng nhận định không bị kỳ thị. Các yếu tố liên quan đến sự kỳ thị là tuổi, nơi sinh, tình trạng học vấn, tình

trạng hôn nhân, tuổi lần đầu bán dâm cho khách hàng nam, xu hướng tình dục [20]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Ngân (2019) cho thấy sự kỳ thị, phân biệt đối xử ở nhóm đồng tính chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó nhóm đồng tính bị kỳ thị chiếm 70%. Tại nơi làm việc, 78% đã từng bị phân biệt đối xử, 32,5% thường xuyên bị phân biệt đối xử, có khoảng 50% từng bị đuổi việc [27].

1.3.1.3. Hoàn cảnh

Trong nhóm MSM, những đối tượng MSM bán dâm có nhiều yếu tố nguy cơ nhất so với các nhóm còn lại. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, ba yếu tố thường được đề cập đến là địa điểm bán dâm, việc sử dụng chất gây nghiện trước khi quan hệ và các yếu tố liên quan đến khách hàng. Các nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa sử dụng chất gây nghiện và hành vi nguy cơ về tình dục như: không sử dụng BCS, chấp nhận QHTD với khách lạ, chấp nhận QHTD với nhiều người, QHTD kéo dài. Các tác giả trong nước cũng ghi nhận nhóm MSM đã từng sử dụng chất gây nghiện là methamphetamine trước hoặc trong khi quan hệ tình dục [26].

1.3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới

1.3.2.1. Hành vi tình dục

Hành vi tình dục của người nam có quan hệ tình dục với nam bao gồm QHTD qua đường miệng, đường hậu môn và thủ dâm cho nhau... Nguy cơ lây nhiễm HIV qua giao hợp đường hậu môn cao hơn so với giao hợp qua đường âm đạo. Nguyên nhân là do niêm mạc ở trực tràng dễ bị tổn thương và dễ bị vi rút xâm nhập hơn so với niêm mạc âm đạo. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã chỉ ra mối liên quan giữa hành vi tình dục không an toàn và nhiễm các BLTQĐTD ở nhóm MSM [37], [54], [73].

1.3.2.2. Số lượng bạn tình

Theo một báo cáo tại Hoa Kỳ cho thấy MSM có số bạn tình cao hơn đồng thời

có tỷ lệ quan hệ tình dục không bảo vệ cao hơn. Điều này dẫn đến việc tăng nguy cơ nhiễm các BLTQĐTD trong nhóm MSM [80].

1.3.2.3. Sử dụng chất liên quan đến tình dục

Một số nghiên cứu tại các vùng khác nhau trên thế giới và tại các thành phố lớn của Việt Nam cho thấy việc sử dụng các chất, đặc biệt là chất gây nghiện, ma túy như: rượu, methamphetamine, mephedrone, MDMA, cocaine, popper và viagra song song với việc QHTD dễ dẫn đến hành vi tình dục không an toàn, không kiểm soát được hành vi tình dục và tăng nguy cơ lây nhiễm các BLTQĐTD [2], [26], [28],[45].

1.3.2.4. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục

Các BLTQĐTD có mối liên hệ khá chặt chẽ với nhau. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở đâu có tỉ lệ các BLTQĐTD cao ở đó có sự gia tăng HIV/AIDS. Ngược lại vùng nào can thiệp, phòng chống các BLTQĐTD tốt, tỉ lệ nhiễm HIV sẽ rất thấp. Nghiên cứu ở một vùng của Tanzania cho thấy điều trị giảm tỉ lệ các BLTQĐTD trong cộng đồng đã giảm được 38% tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS trong một thời gian ngắn [60].

1.4. Thực trạng can thiệp và mô hình can thiệp phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục

1.4.1. Thực trạng hoạt động can thiệp phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nhóm MSM Bến Tre

Tại tỉnh Bến Tre các hoạt động can thiệp phòng chống BLTQĐTD trên nhóm MSM chủ yếu là hoạt động của chương trình phòng chống HIV/AIDS. Các hoạt động phòng chống BLTQĐTD khác còn hạn chế.

Số lượng NVTCCĐ trong nhóm MSM là 05 người. Trong năm 2013 đã cấp phát 15.000 BCS và 2.500 gói CBT cho đối tượng MSM. Đồng thời tư vấn xét nghiệm và xét nghiệm cho 95 MSM, chuyển gửi điều trị ARV có 03 MSM [1].

1.4.2. Mô hình can thiệp phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục

Đến nay, đã có nhiều lý thuyết được phát triển nhằm nâng cao hiệu quả

triển khai của các can thiệp y tế. Nhiều lý thuyết hướng tới giải thích các hành vi cá nhân hoặc hành vi nhóm xoay quanh các vấn đề về triển khai [30]. Một số mô hình về can thiệp nghiên cứu hướng đến:

1.4.2.1. Đẩy mạnh và đổi mới công tác thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi

Các hoạt động về thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi vẫn cần tiếp tục được duy trì và tăng cường chất lượng. Một số nghiên cứu của các tác giả tại Việt Nam cho thấy hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV/STIs ở nhóm nam bán dâm đồng giới [16], các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV bao gồm các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, tiếp cận dịch vụ y tế, nâng cao kiến thức, tư vấn xét nghiệm tự nguyện. Kết quả có sự cải thiện đáng kể trong việc thay đổi nhận thức về nguy cơ lây nhiễm HIV. Sau 03 năm can thiệp (2015-2017), tỷ lệ người có kiến thức dự phòng và điều trị BLTQĐTD và HIV đã tăng lên ở tất cả các nội dung [17].

Kết hợp giữa truyền thông đại chúng với truyền thông trực tiếp, sinh hoạt nhóm, câu lạc bộ MSM:

Can thiệp cá nhân: tư vấn trực tiếp, tập trung giảm thiểu nguy cơ với các cá nhân tham gia. Can thiệp cộng đồng: truyền thông cho các nhóm, tại các khu vực có nhiều MSM tụ tập để nội dung can thiệp đến với cộng đồng. Truyền thông qua internet, tiếp cận tụ điểm bán dâm để giảm nguy cơ trong hành vi tình dục và tăng nhận thức về tư vấn xét nghiệm HIV và các BLTQĐTD trong nhóm MSM.

Công tác thông tin giáo dục truyền thông được thực hiện bằng nhiều hình thức đa dạng như: tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng, phân phát tờ rơi, sổ tay, sinh hoạt nhóm, văn nghệ cộng đồng MSM, câu lạc bộ MSM qua nhiều hình thức trong đó có mạng internet.

Đẩy mạnh vai trò của nhân viên y tế, NVTCCĐ, đồng đảng viên trong

dịch vụ phòng chống HIV, các BLTQĐTD ở nhóm MSM. Trạm y tế xã cũng tham gia vào các hoạt động xuyên suốt như phát triển các biện pháp can thiệp, vận động chính sách và tham gia vào nghiên cứu (46,3%) [76].

Tăng cường mô hình can thiệp dựa trên internet:

Các can thiệp có thể sử dụng internet như một kênh giáo dục rộng rãi. Bên cạnh những phân khúc nhóm MSM tại các điểm nóng là công viên – đường phố, các cơ sở vui chơi giải trí, số lượng MSM sử dụng các diễn đàn trực tuyến với mục đích kết giao và tìm kiếm thông tin, bạn tình ngày một nhiều và số lượng nhóm MSM thuộc phân khúc này đang có xu hướng gia tăng cùng với sự phát triển của công nghệ thông tin. Do đó, việc triển khai chương trình tiếp cận, truyền thông thay đổi hành vi trên internet và giới thiệu đến sử dụng dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV một cách có hệ thống, bài bản đối với cộng đồng MSM đang sử dụng các trang mạng là một nhu cầu thực tế và cần thiết [67], [82].

So với mô hình truyền thống, mô hình tiếp cận dựa trên internet có một số điểm khác biệt sau:

- Tiếp cận trên internet thay vì đến các điểm nóng.
- Đòi hỏi người tham gia thuộc các diễn đàn, trang mạng và có kỹ năng tiếp cận truyền tải thông điệp trên môi trường mạng.
- Khách hàng tự đến các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện.
- Giám sát đánh giá, cập nhật thông tin, hỗ trợ sử dụng mạng internet.

1.4.2.2. Đẩy mạnh các hoạt động can thiệp giảm tác hại, dự phòng lây nhiễm HIV và BLTQĐTD

Một trong những hoạt động can thiệp cần chú ý là cải thiện chất lượng và đa dạng hình thức phân phối BCS, CBT giúp MSM sử dụng BCS, CBT thường xuyên hơn. Ngoài ra, dự phòng lây truyền qua đường tình dục còn là sử dụng BCS, CBT khi QHTD qua hậu môn, lựa chọn bạn tình, cần xét

nghiệm HIV và các BLTQĐTD thường xuyên.

Can thiệp giảm tác hại kèm theo là chương trình trao đổi BKT và sử dụng chất thay thế chất dạng thuốc phiện cho những MSM có TCMT [67], [82].

1.4.2.3. Nâng cao chất lượng và mở rộng dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV và bệnh lây truyền qua đường tình dục

Tư vấn và xét nghiệm BLTQĐTD là can thiệp quan trọng cho dự phòng lây nhiễm các BLTQĐTD, cung cấp dịch vụ cho khách hàng tìm hiểu nguy cơ nhiễm các BLTQĐTD của bản thân và biết được kết quả mắc các BLTQĐTD, từ đó khuyến khích khách hàng thay đổi hành vi, thực hành các biện pháp dự phòng lây nhiễm các BLTQĐTD. Việc khuyến khích xét nghiệm tự nguyện và mở rộng tiếp cận điều trị cho MSM bằng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tình dục thân thiện với MSM cần tăng cường năng lực của cán bộ cung cấp dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện và khám các BLTQĐTD để những dịch vụ cung cấp trở nên thân thiện hơn; nâng cao chất lượng và sự thuận tiện của các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện cũng là một trong những hoạt động cần thiết để xác định và kiểm soát tỷ lệ hiện mắc HIV và BLTQĐTD ở nhóm MSM hiệu quả hơn. Triển khai phổ cập hoạt động tư vấn xét nghiệm HIV do cán bộ y tế đề xuất lồng ghép với các dịch vụ chăm sóc y tế liên quan tại các cơ sở khám, chữa bệnh, các bệnh viện và phòng khám cho các đối tượng.

Thiết lập và củng cố hệ thống chuyển tiếp các đối tượng tư vấn tiếp cận các dịch vụ như dự phòng, chăm sóc, điều trị HIV; chăm sóc sức khỏe, hỗ trợ xã hội để tăng tỷ lệ điều trị sớm cho người nhiễm HIV và tiếp tục phòng lây nhiễm HIV cho những người chưa bị nhiễm [67], [82].

1.4.2.4. Nâng cao chất lượng khám và điều trị HIV/AIDS và bệnh lây truyền qua đường tình dục

Chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV: chăm sóc toàn diện cho người

nhiễm HIV trước khi điều trị thuốc ARV, điều trị nhiễm trùng cơ hội, điều trị thuốc ARV cho tất cả những người MSM nhiễm HIV [4], [7].

Chẩn đoán và điều trị BLTQĐTD: quản lý hội chứng, kiểm tra định kỳ các triệu chứng lậu niệu đạo và trực tràng, kiểm tra định kỳ các triệu chứng giang mai. Mở rộng hoạt động khám và điều trị BLTQĐTD cho nhóm dễ bị cảm nhiễm, nhóm người dễ bị tổn thương; Lòng ghép khám và điều trị BLTQĐTD với khám sức khỏe định kỳ cho nhân viên các cơ sở dịch vụ vui chơi giải trí, công nhân tại các khu công nghiệp; Định kỳ triển khai các hoạt động hỗ trợ kỹ thuật về chẩn đoán và điều trị BLTQĐTD.

1.5. Một số công trình nghiên cứu về bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiến thức, thực hành ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới

1.5.1. Trên thế giới

Catherine Maulsby (2019), HIV và việc làm ở nam giới da đen quan hệ tình dục đồng giới ở Baltimore. Nhóm MSM chủ yếu dưới 34 tuổi (62%), đã tốt nghiệp trung học hoặc ít học vấn (51%) [54]. Một nghiên cứu gần đây về MSM sống ở các thành phố Trung Đại Tây Dương, cho thấy tỷ lệ thất nghiệp ở Baltimore (41,8%) cao hơn đáng kể so với Philadelphia (26,6%) hoặc Washington DC (17,6%) [63].

Evers Ymke J (2020) nghiên cứu về đặc điểm quan hệ tình dục giữa những nam đồng giới, sự liên quan của nó đối với các hành vi nguy cơ, các STI ở Hà Lan cho thấy: Tuổi trung bình của những người tham gia là 40 tuổi (31 - 47 tuổi), 92,8% (376/405) là người phương Tây và 65,9% (267/405) có trình độ học vấn cao hơn. Số bạn tình trung bình trong 6 tháng qua là 6 (3 - 10), 46,2% (187/405). Có 60,2% giao hợp không dùng BCS qua đường hậu môn (244/405). Tỷ lệ nhiễm ít nhất một bệnh STDs là 22,5% (91/405), 10,1% *Chlamydia trachomatis*, 13,8% *Neisseria gonorrhoeae*, 3,0% bệnh giang mai và 1,0% HIV [62].

Nghiên cứu của Nadav Antebi-Gruszka (2020) tại Hoa Kỳ về các yếu tố hành vi và xã hội học liên quan đến xét nghiệm HIV và STIs ở người MSM. Hơn 2/3 số MSM báo cáo xét nghiệm HIV suốt đời (71,4%), STIs do vi khuẩn (66,7%) và STIs do vi rút (70,8%), và 60,9% đã được xét nghiệm HIV trong năm qua. Nhóm MSM có quan hệ tình dục qua đường hậu môn không dùng BCS với một bạn tình bình thường và có ít hơn hai bạn tình bình thường trong 6 tháng qua có tỷ lệ mắc HIV, STIs do vi khuẩn, STIs do vi rút qua xét nghiệm trong năm qua thấp hơn nhóm còn lại. Tuổi càng trẻ có liên quan đến xác suất xét nghiệm HIV, STIs do vi khuẩn và STIs do vi rút thấp hơn [74].

Nghiên cứu định tính của Renato M. Liboro (2021) về yếu tố rào cản và yếu tố thuận lợi đối với khả năng phòng chống HIV/AIDS ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Canada. Liên quan đến các rào cản được xác định bao gồm: (1) trình độ ngôn ngữ, (2) phân biệt chủng tộc, (3) các chuẩn mực lạc hậu trong văn hóa đồng tính Bắc Mỹ, và (4) kỳ thị với HIV. Liên quan đến yếu tố thuận lợi thúc đẩy phòng chống HIV/AIDS ở nhóm này là (1) phân biệt đối xử, (2) kiên trì trong điều trị, và (3) các dịch vụ xã hội và sức khỏe dựa vào cộng đồng [81].

Năm 2021, phân tích hệ thống của Mohsen Malekinejad và cộng sự ước tính toàn diện về nguy cơ nhiễm HIV gia tăng ở nhóm MSM được chẩn đoán mắc bệnh chlamydia, bệnh lậu và giang mai. Bao gồm 26 nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm chlamydia (6, 66,7%), vi khuẩn lậu (10, 58,9%). Phân tích gộp gợi ý rằng giang mai làm tăng hơn gấp đôi nguy cơ nhiễm HIV với $RR = 2,68$, KTC 95% 2,00 - 3,58; bệnh lậu đối với nguy cơ HIV là $RR = 2,38$, KTC 95% 1,56 - 3,61, bệnh chlamydia tăng nguy cơ nhiễm HIV là $RR = 1,99$, KTC 95% 1,59 - 2,48. Do HIV và STIs có chung các yếu tố nguy cơ, nên có thể yếu tố nguy cơ chưa rõ ở các nhóm phơi nhiễm với STIs so với nhóm

không phơi nhiễm với STIs [73].

Jennifer P Jain (2021) nghiên cứu tại Vịnh San Francisco, tỷ lệ lưu hành STIs do vi khuẩn là: lậu 12,9%, chlamydia 9,3% và giang mai 6,0%. Trong nhóm MSM không nhiễm HIV [68].

Trevor A Hart (2021) nghiên cứu trên 2.449 nam quan hệ tình dục đồng giới, từ tháng 2 năm 2017 đến tháng 8 năm 2019 cho thấy: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở Montreal (14,2%) thấp hơn ở Toronto (22,2%) hoặc Vancouver (20,4%). Tiền sử nhiễm giang mai tương tự nhau giữa các thành phố (14-16%). Vancouver có nhiều người tham gia không xác định/âm tính với HIV cho biết họ chưa từng xét nghiệm HIV (18,6%) so với Toronto (12,9%) hoặc Montreal (11,5%). Cả Montreal (74,9%) và Vancouver (78,8%) đều có tỷ lệ nam giới xét nghiệm STI khác trong 6 tháng qua cao hơn Toronto (67,4%). Vancouver có tỷ lệ nam giới sử dụng biện pháp dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) trong 6 tháng qua (18,9%) cao hơn Toronto (11,1%) hoặc Montreal (9,6%) [86].

Một trong các yếu tố nguy cơ tăng tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM là MSM trẻ (15 - 24 tuổi) có nguy cơ lây nhiễm HIV cao. Tại Malaysia, tỷ lệ hiện mắc trong nhóm MSM trẻ tuổi đã tăng 2,5 lần được ghi nhận từ năm 2014 đến năm 2017 [91]. Các bằng chứng gần đây từ Trung Quốc và Thái Lan cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM trẻ tuổi cao hơn so với nhóm lớn tuổi [71], [84]. Các yếu tố góp phần làm lây truyền HIV trong nhóm MSM gồm việc sử dụng phương tiện truyền thông xã hội và các địa điểm giải trí (ví dụ nhà tắm) để tìm kiếm bạn tình, quan hệ tình dục có nguy cơ cao liên quan đến rượu và sử dụng ma túy và đồng nhiễm các BLTQĐTD nhiễm trùng [59], [66], [95], [96]. Trong khi các tính chất dễ bị tổn thương cụ thể đối với việc lây nhiễm HIV của nhóm MSM trẻ tuổi chưa được hiểu rõ, mức độ nhận thức về HIV và nguy cơ tự nhận thức thấp hơn, ảnh hưởng của bạn

bè đồng lứa từ nhóm MSM lớn tuổi và việc trao đổi giới tính để lấy các nguồn lực đã được xác định là các yếu tố thúc đẩy lây truyền. Hơn nữa, các yếu tố dễ bị tổn thương do lây nhiễm HIV được ghi nhận bởi thanh niên trên toàn cầu bao gồm hạn chế về kỹ năng sống và quyền tự quyết, cưỡng bức tình dục và cảm giác kỳ thị và bị loại trừ xã hội có thể góp phần làm lây lan nhóm MSM trẻ tuổi ở Châu Á và Thái Bình Dương [59].

1.5.2. Tại Việt Nam

Theo kết quả chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STIs (IBBS) tại Việt Nam vòng II năm 2009 khảo sát trên 1.596 MSM: tỷ lệ hiện nhiễm HIV và STIs trong nhóm MSM cao trên 10% tại Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Phòng, đặc biệt cao ở mức 20% trên ở nhóm MSM không mại dâm ở Hà Nội. Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục trong nhóm MSM vẫn ở mức cao mặc dù đã có sự giảm nhẹ từ 2006 đến 2009 tại Hà Nội. Cứ 05 MSM ở Thành phố Hồ Chí Minh thì có 01 người nhiễm ít nhất một nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, tỷ lệ này gần đạt 1/5 ở Cần Thơ và Hà Nội. Tỷ lệ MSM được nhận BCS miễn phí trong vòng 6 tháng qua dao động từ 42% - 65%. Tỷ lệ nhiễm STIs như sau: tại Cần Thơ (cỡ mẫu 398 MSM): 17,3%, Thành phố Hồ Chí Minh (cỡ mẫu 398 MSM): 21,4%, Hà Nội (cỡ mẫu 399): 15,8%, Hải Phòng (cỡ mẫu 400 MSM): 7% [2].

Năm 2011, Dự án phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam tại Bến Tre kết hợp với Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh nghiên cứu về HIV/STIs và hành vi nguy cơ ở quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tỉnh Bến Tre. Nghiên cứu tiên hành khảo sát trên quần thể MSM (n=380), kết quả cho thấy kiến thức cần thiết về HIV trong nhóm này vẫn còn thấp, chiếm 44,2%. Các hành vi nguy cơ như có QHTD bằng miệng với bạn tình nam trong 3 tháng trước đó chiếm 81,1%, tuy nhiên luôn sử dụng BCS chỉ chiếm 33,4%. QHTD bằng đường hậu môn với bạn tình nam trong 3 tháng trước đó 78,2% và luôn

sử dụng BCS chiếm 37,6%. Ngoài ra trong nhóm này có QHTD với bạn tình nữ chiếm 35,8%. Khảo sát cho thấy, tỷ lệ nhiễm HIV trong quần thể MSM là 1,1% [47].

Trần Thị Ngọc (2014) ghi nhận đặc điểm nhóm MSM tại Thừa Thiên Huế cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV của MSM là 1,5%, hiểu biết 3 đường lây (83,5%), có kiến thức đúng về HIV/AIDS là 65,5%. MSM đa số có thái độ tích cực với người nhiễm HIV. Đặc biệt, MSM có QHTD với bạn tình nam trong tháng qua là 97,5%, trong đó 31,8% QHTD qua đường hậu môn. Tỷ lệ sử dụng BCS và chất bôi trơn thấp chủ yếu do không sẵn có. Hầu hết có nhu cầu cung cấp các dịch vụ như BCS, chất bôi trơn và tư vấn xét nghiệm HIV. Những can thiệp này trong tương lai là cần thiết [29].

Trịnh Xuân Tùng (2015) cho thấy MSM tại Hải Phòng với tuổi trung bình là 24, có thu nhập trung bình 1,5 triệu/tháng, các MSM đều có kiến thức tốt về nguy cơ của tiêm chích ma túy, trong khi tỷ lệ có hành vi có nguy cơ cao: nghiện rượu (100%), dùng chung bơm kim tiêm (36%), QHTD không sử dụng các biện pháp bảo vệ (12%). Chỉ 40% MSM tham gia những khóa học về giáo dục truyền thông phòng chống HIV hàng năm. Thái độ, hành vi nguy cơ cao theo chiều hướng ngược lại với hiểu biết về phòng chống HIV trong nhóm đối tượng này. Chiều hướng của những hành vi nguy cơ cao là kết quả của việc phân biệt đối xử và kỳ thị mà nhóm đồng tính nam gặp phải trong cuộc sống [45].

Năm 2017, Lê Xuân Huy ghi nhận đặc điểm tình dục của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới và các yếu tố liên quan tại Khánh Hòa . Có 61,7% MSM QHTD với bạn tình nam trong 1 tháng qua, QHTD với bạn tình nam có nhận tiền chiếm 11,7%; 15,6% quan hệ với phụ nữ bán dâm trong 12 tháng qua và 63,6% sử dụng bao cao su thường xuyên [23]. Dương Công Thành (2017) các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV bao gồm tiêm chích ma túy (8,3%), bán dâm (35,0% trong 12 tháng qua và 27,3% trong 1 tháng qua) và

sử dụng bao cao su thường xuyên tỷ lệ thấp (13,0% với các bạn tình trong 1 tháng qua và 24,4% với khách hàng khi bán dâm trong 1 tháng qua). Trong khi đó tỷ lệ xét nghiệm HIV và biết kết quả xét nghiệm trong 12 tháng qua chỉ là 31,7% [33]. Đây là những thông tin mang tính cảnh báo rằng các chương trình can thiệp dự phòng cho nhóm này cần được cải thiện về cả độ bao phủ, chất lượng và đảm bảo tính bền vững để có thể khống chế tình hình dịch HIV trong nhóm nguy cơ cao này.

Năm 2019, Nguyễn Thị Thu Hương công bố kết quả về tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B, viêm gan C, giang mai, mụn cóc hậu môn sinh dục và lậu ở nam quan hệ tình dục đồng giới mới biết nhiễm HIV. Trong nghiên cứu này tỉ lệ đồng nhiễm giang mai, HBV, HCV, mụn cóc hậu môn sinh dục và lậu trên bệnh nhân HIV/MSM lần lượt là 42,3%, 9,7%, 2,8%, 11,3%, 6,3%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tầm quan trọng và sự cần thiết phải sàng lọc STIs ở bệnh nhân MSM mới biết nhiễm HIV [21].

Năm 2021, Nguyễn Thị Thu Hương công bố kết quả nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ, hành vi nguy cơ và tình trạng suy giảm miễn dịch ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới mới được phát hiện nhiễm HIV tại Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019-2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm MSM mới phát hiện nhiễm HIV này là nhóm dân số trẻ (22-29 tuổi), chủ yếu độc thân (93,3%), trình độ học vấn từ cao đẳng, đại học trở lên chiếm tỷ lệ cao (40,4%). Tỷ lệ MSM tự nhận là người “nhận” (44,2%) cao hơn tỷ lệ MSM tự nhận là người “cho” (21,2%) và trung bình có 4,3 bạn tình trong vòng 12 tháng qua. Tỷ lệ sử dụng BCS thường xuyên thấp (26,2%). Tỷ lệ đồng nhiễm giang mai là 39,7%. Tỷ lệ MSM được chẩn đoán HIV khi có suy giảm miễn dịch tiến triển và nặng chiếm 59,6% [22].

Huỳnh Thị Tố Trinh (2021) nghiên cứu về thực trạng nhiễm HIV/AIDS

và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại cộng đồng tỉnh Tiền Giang năm 2020 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở MSM là 20,6%. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS là trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên có khả năng nhiễm cao hơn 3,6 lần so với các đối tượng có trình độ trung học cơ sở trở xuống (OR=3,64; KTC 95%=1,42-9,35) và nhận thức nguy cơ bản thân không nhiễm HIV của các đối tượng có khả năng nhiễm HIV cao hơn 6,49 lần so với các đối tượng nhận thức bản thân có khả năng nhiễm HIV (OR=6,49; KTC 95%=2,90-14,53) [39].

Điều tra trọng điểm quốc gia về HIV của nhóm MSM từ 16 tuổi trở lên 2014-2018 được thu thập tại 3 tỉnh, gồm An Giang (n=761), Cần Thơ (n=900) và Thành phố Hồ Chí Minh (n=1.426), hội quy logistic đa biến được thực hiện để đánh giá xu hướng và mối tương quan của nhiễm HIV và giang mai trong nhóm MSM. Các yếu tố liên quan đến lây nhiễm HIV bao gồm nơi cư trú, QHTD sớm, sử dụng BCS thường xuyên và không QHTD qua đường hậu môn trong tháng qua, không biết kết quả xét nghiệm HIV, đã từng tiêm thuốc và mắc bệnh giang mai. Ngoài ra, QHTD sớm và có HIV dương tính có liên quan đến việc lây nhiễm bệnh giang mai [37].

1.6. Thông tin về địa bàn nghiên cứu tỉnh Bến Tre

Bến Tre là 01 trong 13 tỉnh của Đồng bằng sông Cửu Long, được hợp thành bởi 3 dãy cù lao: An Hóa, Bảo và Minh. Dân số 1.295.705 người năm 2021, diện tích tự nhiên 2.360,2 Km² phía Bắc giáp tỉnh Tiền Giang, phía Tây và Nam giáp tỉnh Vĩnh Long, Trà Vinh, phía Đông giáp biển Đông, có chiều dài bờ biển là 65 Km. Đường bộ nối liền Bến Tre với Thành phố Hồ Chí Minh (qua tỉnh Tiền Giang, Long An) dài 86 Km. Trên địa bàn tỉnh có 4 quốc lộ đi qua: quốc lộ 57, 57B, 57C và quốc lộ 60. Hệ thống đường thủy gồm những con sông lớn nối từ biển Đông qua các cửa sông như: Cửa Đại, Hàm Luông, Cổ Chiên ngược về phía thượng nguồn đến tận biên giới Campuchia.

Riêng cửa Ba Lai đã xây dựng hệ thống công đập nối liền giao thông giữa 02 huyện Bình Đại và Ba Tri.

Khí hậu thời tiết: có 2 mùa rõ rệt: mùa nắng và mùa mưa, thủy triều ngày 2 lần dâng cao, biên độ trung bình từ 2 - 3m vào thời gian 04 - 05 giờ.

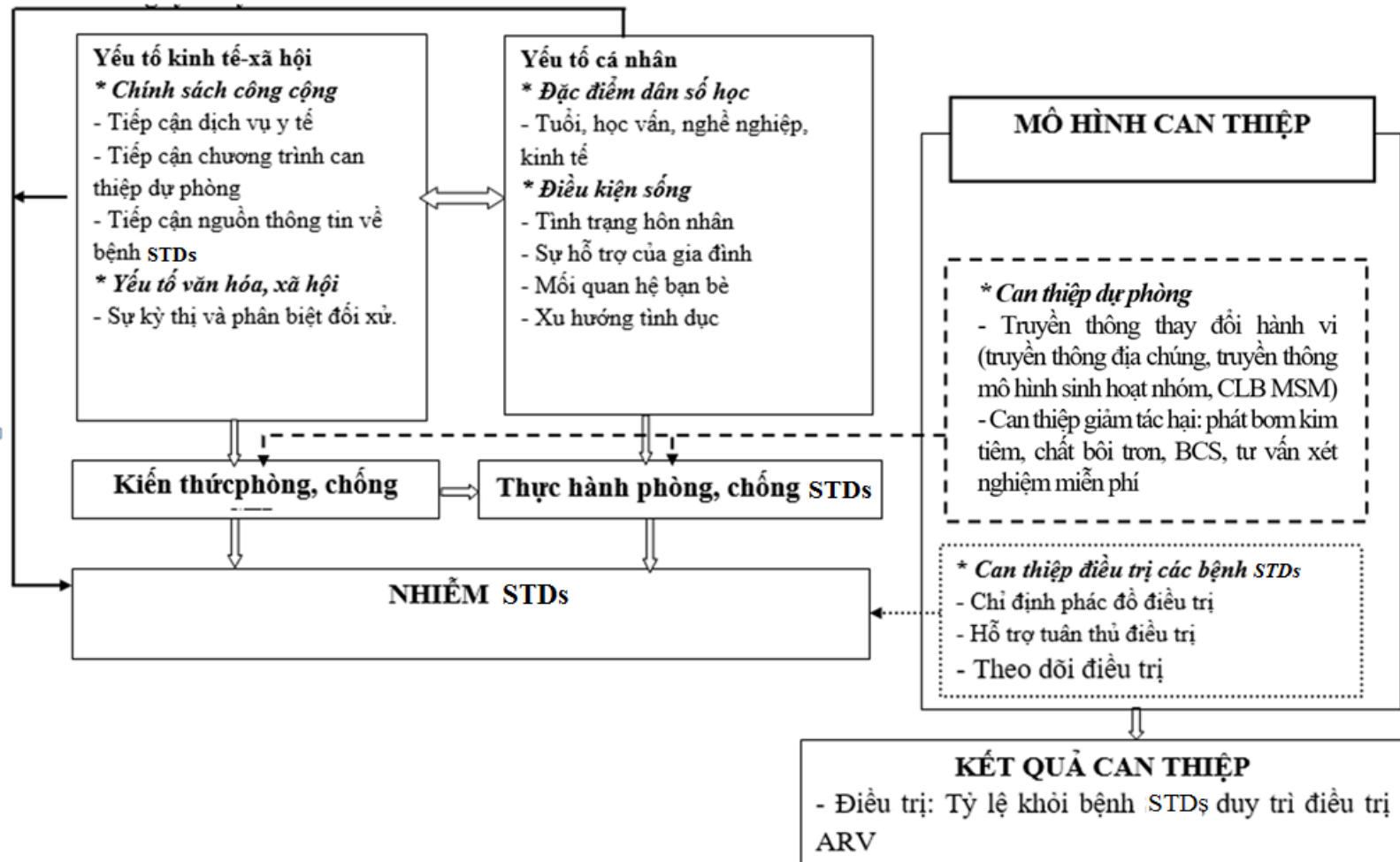
Tỉnh Bến Tre có 09 đơn vị hành chính gồm 01 thành phố và 08 huyện. Thành phố Bến Tre đạt chuẩn đô thị loại II trực thuộc tỉnh năm 2019.

Bến Tre là tỉnh thuần nông, đặc điểm nhóm MSM ở tỉnh Bến Tre với số lượng khoảng 2.550 người, phần lớn là người tại tỉnh, độ tuổi tương đối trẻ, còn nhiều sự kỳ thị (tự kỳ thị và kỳ thị của xã hội) có nhiều mặc cảm với xã hội, chưa dám bộc lộ bản thân với cộng đồng. Nghề nghiệp của nhóm MSM ở đây đa số là buôn bán, làm đẹp, hát, dẫn chương trình, nông dân.

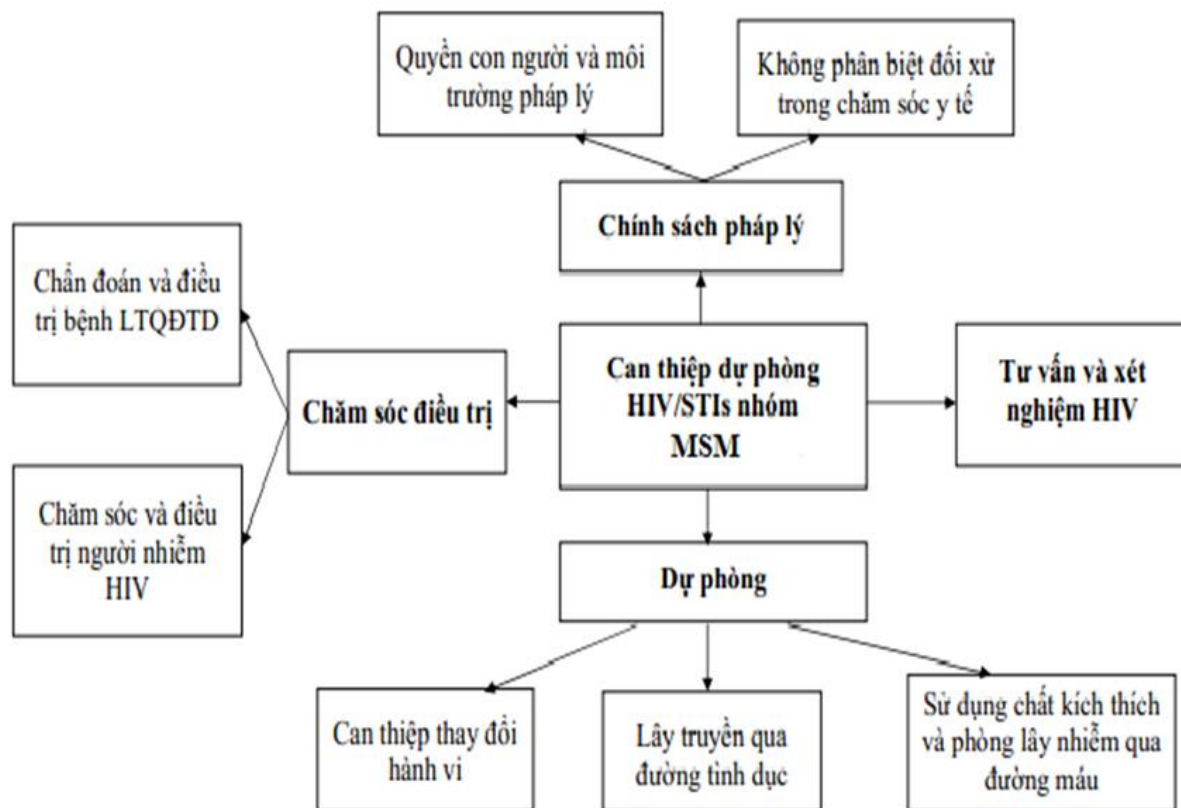
Chương trình can thiệp phòng chống các BLTQĐTD ở tại tỉnh chủ yếu là chương trình phòng chống HIV/AIDS, các hoạt động phòng chống BLTQĐTD khác chưa có nhiều.

Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM được báo cáo qua các năm theo kết quả giám sát phát hiện HIV của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bến Tre như sau: năm 2012 là 1,18%, năm 2013 là 3,16% và năm 2014 là 4,29% [1].

1.7. Khung lý thuyết



Hình 1.1. Khung lý thuyết



Hình 1.2. Khung can thiệp dự phòng HIV và một số BLTQĐTD

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre: xác định được do chính bản thân người có hành vi quan hệ tình dục đồng giới tự bộc lộ với cộng đồng MSM và xã hội.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn

Nam từ 16 tuổi trở lên có quan hệ tình dục đồng giới (đường miệng hoặc hậu môn) ít nhất một lần trong 12 tháng vừa qua.

Đối tượng cư trú tại tỉnh Bến Tre từ 6 tháng trở lên.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Người hạn chế khả năng giao tiếp như câm, điếc, không thể trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

Người có vấn đề về sức khỏe tâm thần, không tự chủ được hành vi.

2.1.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh Bến Tre trong thời gian từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 12 năm 2018.

- Nghiên cứu cắt ngang: từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 04 năm 2015.

- Thời gian can thiệp: từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 02 năm 2018.

- Nghiên cứu đánh giá kết quả can thiệp: từ tháng 08 năm 2018 đến tháng 12 năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang và can thiệp cộng đồng không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu cho mục tiêu 1

Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ với sai số tương đối:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(\varepsilon.p)^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu

Z: là giá trị phân phối chuẩn, với mức ý nghĩa $\alpha = 5\%$ nên $Z=1,96$

ε : sai số tương đối so với p, chọn $\varepsilon= 0,22$.

p: ước đoán tỷ lệ nhiễm BLTQĐTD ở nhóm nam đồng giới, $p = 0,173$ (tỷ lệ MSM nhiễm BLTQĐTD ở Cần Thơ theo điều tra IBBS năm 2009) [2].

Từ công thức trên, chúng tôi tính được cỡ mẫu $n=380$ mẫu. Kết quả điều tra được 390 mẫu.

2.2.2.2. Cỡ mẫu cho mục tiêu 2

Để xác định cỡ mẫu cho nghiên cứu, các số liệu nền trong điều tra trước can thiệp năm 2014 được đưa vào công thức:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_2 - P_1)^2}$$

Trong đó:

$p_1 = 0,173$ là tỷ lệ nhiễm BLTQĐTD ở nhóm nam đồng giới.

$p_2 = 0,08$ là tỷ lệ kỳ vọng nhiễm BLTQĐTD ở nhóm nam đồng giới sau can thiệp.

$(p_2 - p_1)$ là độ lớn của thay đổi có thể xác định; $\bar{P} = (P_1 + P_2) / 2$

$Z_{1-\alpha/2}$ = hệ số z tương ứng với mức độ ý nghĩa mong muốn.

$Z_{1-\beta}$ = hệ số z tương ứng với hiệu suất mẫu mong muốn.

Với $\alpha = 5\%$; $1 - \beta = 95\%$

Cỡ mẫu tính được là 330. Cộng 10% dự phòng từ chối tham gia nghiên cứu hoặc mất dấu, nghiên cứu lấy tròn 367 mẫu. Thực tế nghiên cứu trên $n=390$ đối tượng.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

2.2.3.1. Phương pháp chọn mẫu cho mục tiêu 1

Áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích.

Vẽ bản đồ điểm nóng MSM tại tỉnh. Từ kết quả vẽ bản đồ, chúng tôi chọn 3 địa điểm tập trung nhiều MSM trong tỉnh là thành phố Bến Tre, huyện Chợ Lách, huyện Giồng Trôm làm địa phương tổ chức thu thập mẫu nghiên cứu.

Tại mỗi địa phương:

Bước 1: chọn và phát phiếu mời tham gia nghiên cứu cho một số (khoảng 10 người) MSM mà nhóm nghiên cứu tiếp cận được tại điểm nghiên cứu (nhóm 1).

Bước 2: tiếp tục phát phiếu mời tham gia nghiên cứu cho nhóm đối tượng MSM tiếp theo theo sự giới thiệu của nhóm 1.

Bước 3: thực hiện lặp lại bước 2 cho đến khi thu thập đủ mẫu.

2.2.3.2. Phương pháp chọn mẫu cho mục tiêu 2

Lấy mẫu toàn bộ tất cả những đối tượng nghiên cứu tham gia trong phần nghiên cứu cắt ngang. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào mất dấu khi đánh giá kết quả can thiệp.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

2.2.4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các biến số đặc điểm chung của ĐTNC gồm:

- Tuổi.
- Dân tộc.
- Trình độ học vấn.

- Nơi sống hiện tại.
- Thời gian sống tại nơi nghiên cứu.
- Nghề nghiệp.
- Thu nhập trung bình một tháng.
- Tình trạng hôn nhân.
- Số con hiện có.
- Tình trạng sống chung.
- Sở thích bạn tình.

(chi tiết các biến số Phụ lục 5).

2.2.4.2. Tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD và tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng về phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014

* Phòng xét nghiệm HIV, giang mai, Chlamydia:

- Tên phòng xét nghiệm: phòng xét nghiệm Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Bến Tre (Trung tâm Kiểm soát bệnh tật).
- Chuẩn an toàn sinh học: cấp độ 1.
- Quản lý chất lượng phòng xét nghiệm: thực hiện hoạt động ngoại kiểm đúng quy định.
- Người thực hiện xét nghiệm: cử nhân xét nghiệm Võ Hoàng Thái.

* Xác định tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD ở ĐTNC:

Một số bệnh lây truyền qua đường tình dục: trong nội dung nghiên cứu gồm 03 bệnh là nhiễm HIV, Giang mai và Chlamydia trachomatis (gọi tắt là một số BLTQĐTD).

- Tình trạng nhiễm HIV: gồm 2 giá trị là có và không. Chẩn đoán xác định nhiễm HIV: dùng phương pháp phát hiện kháng thể trong huyết thanh để xác định tình trạng nhiễm HIV. Một người được xác định là nhiễm HIV khi có mẫu huyết thanh dương tính cả ba lần xét nghiệm kháng thể HIV bằng ba loại

sinh phẩm khác nhau với nguyên lý phản ứng và phương pháp chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

Trong nghiên cứu này: mẫu máu được xét nghiệm bằng một test nhanh (Determine HIV-1/2, Abbott) để sàng lọc HIV và sau đó được khẳng định bằng 2 xét nghiệm ELISA – Genscreen HIV 1/2 (Biorad) và Murex HIV 1/2 (Abbott). Nếu kết quả cả 3 xét nghiệm đều dương tính thì mẫu bệnh phẩm đó được kết luận HIV (+).

- Tình trạng nhiễm giang mai: gồm 2 giá trị là có và không. Chẩn đoán xác định nhiễm giang mai: xác định thông qua khám lâm sàng và xét nghiệm sàng lọc bằng test RPR (Rapid Plasma Reagin), nếu có phản ứng RPR (+) sẽ được khẳng định bằng phản ứng ngưng kết hồng cầu chẩn đoán giang mai (TPHA). Nếu kết quả XN (+) cho cả phản ứng RPR và TPHA thì mẫu huyết thanh được kết luận giang mai dương tính.

- Tình trạng nhiễm Chlamydia trachomatis: gồm 2 giá trị là có và không. Chẩn đoán xác định nhiễm Chlamydia trachomatis: xét nghiệm nhuộm Gram thấy > 4 bạch cầu đa nhân/vi trường độ phóng đại 1000X, không có song cầu Gram (-). Dùng PCR để phát hiện ADN của vi khuẩn trong mẫu bệnh phẩm dịch hầu họng, bộ phận sinh dục, hậu môn. Nếu kết quả xét nghiệm PCR Chlamydia trachomatis (+) thì mẫu bệnh phẩm được kết luận Chlamydia trachomatis (+).

- Nhiễm ít nhất một BLTQĐTD: là tỷ lệ đối tượng mắc ít nhất một BLTQĐTD như HIV, giang mai, Chlamydia. gồm 2 giá trị là có và không.

* Kiến thức về phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNK:

- Kiến thức về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và các BLTQĐTD:

+ Giảm nguy cơ lây nhiễm các BLTQĐTD khi QHTD chung thủy một bạn tình và bạn tình đó cũng không có bạn tình khác: gồm 3 giá trị là đúng,

không đúng và không biết. Kiến thức đúng khi trả lời là đúng.

+ Sử dụng BCS đúng cách trong tất cả các lần QHTD làm giảm nguy cơ lây nhiễm các BLTQĐTD: gồm 3 giá trị là đúng, không đúng và không biết. Kiến thức đúng khi trả lời là đúng.

+ Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD đường hậu môn giảm được lây truyền HIV: gồm 3 giá trị là đúng, không đúng và không biết. Kiến thức đúng khi trả lời là đúng.

+ Dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV: gồm 3 giá trị là đúng, không đúng và không biết. Kiến thức đúng khi trả lời là đúng.

- Kiến thức về đường lây truyền HIV:

+ Muối hay các côn trùng khác đốt/cắn có thể truyền HIV: gồm 3 giá trị là đúng, không đúng và không biết. Kiến thức đúng khi trả lời là không đúng.

+ Ăn chung với người nhiễm HIV có thể lây HIV: gồm 3 giá trị là đúng, không đúng và không biết. Kiến thức đúng khi trả lời là không đúng.

Kiến thức chung đúng về phòng các BLTQĐTD: kiến thức đúng khi trả lời đúng 4/4 câu về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và các BLTQĐTD và hiểu đúng đường lây của HIV (tổng 6/6 câu đúng).

* Thực hành về phòng, chống các BLTQĐTD ở ĐTNCC:

- Sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD qua đường hậu môn/1 tháng qua với tất cả bạn tình mà đối tượng có QHTD (bao gồm bạn tình nam, khách hàng nam, nam bán dâm, bạn tình nữ, khách hàng nữ, nữ bán dâm): là biến định tính, có 2 giá trị có và không.

Sử dụng BCS khi QHTD được định nghĩa là việc sử dụng BCS trong suốt quá trình QHTD, từ khi bắt đầu đến khi kết thúc.

QHTD đường hậu môn được định nghĩa là người nam dùng dương vật đưa vào hậu môn của bạn tình để QHTD.

- Sử dụng lại BKT khi tiêm chích ma túy của người khác: là biến định tính, có 2 giá trị: có, không. Thực hành đúng khi trả lời là không.

Tiêm/chích ma túy: đưa các chất dạng thuốc phiện mà không được kê đơn bởi bác sĩ (thuốc phiện, heroin, morphine, amphetamine, methamphetamine, ecstasy, benzodiazepine,...) vào cơ thể bằng đường tiêm/chích.

- Cách xử lý khi có triệu chứng như đau, loét, sùi hay chảy mủ bộ phận sinh dục/hậu môn: đúng khi có biện pháp xử lý như đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, đến nhà thuốc mua thuốc, tự điều trị ở nhà, kể cho bạn tình biết về triệu chứng của mình, ngừng QHTD, sử dụng bao cao su khi có QHTD. Thực hành không đúng khi không làm gì cả.

- Thực hành sử dụng bao cao su/chất bôi trơn khi QHTD:

+ Có sử dụng chất bôi trơn: là biến định tính, có 2 giá trị: có và không.

+ Có sử dụng bao cao su: là biến định tính, có 2 giá trị: có và không.

+ Dùng chất bôi trơn cùng với BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua: là biến định tính, có 2 giá trị: có và không.

+ Dùng chất bôi trơn không dùng với BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua: là biến định tính, có 2 giá trị: có và không.

+ Sử dụng BCS trong lần QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc say/xin: là biến định tính, có 2 giá trị: có và không.

QHTD đường âm đạo được định nghĩa là người nam dùng dương vật đưa vào âm đạo của người nữ để QHTD.

+ Sử dụng BCS trong lần QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc: là biến định tính, có 2 giá trị: có và không.

Thực hành chung đúng về phòng chống các BLTQĐTD: thực hành đúng khi đối tượng sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD trong 1 tháng qua, không sử dụng chung BKT khi tiêm chích ma túy. Khi có thấy các triệu chứng

như đau, loét, sùi hay chảy mủ bộ phận sinh dục/hậu môn, đối tượng đi đến các cơ sở y tế khám và điều trị đồng thời thông báo cho bạn tình, sử dụng BCS khi QHTD trong thời gian có triệu chứng.

* Xác định yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng, chống các BLTQĐTD và tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD:

- Yếu tố liên quan đến kiến thức phòng, chống các BLTQĐTD: tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng gia đình, nơi sống, thời gian sinh sống tại nơi thường trú (chi tiết tại phần 2, Phụ lục 5).

- Yếu tố liên quan đến thực hành phòng, chống các BLTQĐTD: tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng gia đình, nơi sống, thời gian sinh sống tại nơi thường trú, kiến thức phòng, chống các BLTQĐTD (chi tiết tại phần 3, Phụ lục 5).

- Yếu tố liên quan đến nhiễm ít nhất một BLTQĐTD: số người QHTD trong tháng qua: gồm 2 nhóm, từ 2 người trở lên, dưới 2 người. Kiến thức về phòng, chống các BLTQĐTD. Thực hành về phòng, chống các BLTQĐTD.

2.2.4.5. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng, chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014-2018

* Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng, chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam giới quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014-2018

- Kết quả can thiệp điều trị: tỷ lệ khỏi bệnh giang mai, Chlamydia trachomatis, tỷ lệ duy trì điều trị ARV.

- Đánh giá can thiệp dự phòng:

+ So sánh tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD trước và sau can thiệp.

+ So sánh kiến thức, thực hành về phòng, chống HIV và một số BLTQĐTD trước và sau can thiệp. Kết quả của các can thiệp sẽ được đánh

giá thông qua so sánh sự khác biệt về tỷ lệ trước và sau khi can thiệp, kiểm định McNemar test và Hiệu số kết quả can thiệp.

* Hiệu số kết quả can thiệp = $P2 - P1$

Trong đó:

P1: tỷ lệ đạt được trước can thiệp.

P2: tỷ lệ đạt được sau can thiệp.

* Phương pháp tính hiệu quả can thiệp về kiến thức: sử dụng hồi quy logistic đa biến ghép cặp với biến phụ thuộc là kiến thức; biến độc lập là tình trạng can thiệp (TCT, SCT), nhóm tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng gia đình, nơi sống, số năm sống. Hiệu quả can thiệp được thể hiện thông qua tỷ suất chênh OR về kiến thức đúng (SCT/TCT).

* Phương pháp tính hiệu quả can thiệp về thực hành: sử dụng hồi quy logistic đa biến ghép cặp với biến phụ thuộc là hành vi; biến độc lập là tình trạng can thiệp (TCT, SCT), nhóm tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng gia đình, nơi sống, số năm sống. Hiệu quả can thiệp được thể hiện thông qua tỷ suất chênh OR về thực hành đúng (SCT/TCT).

* Kết quả can thiệp về truyền thông và dự phòng trước và sau can thiệp

- Tiếp cận được thông tin, tài liệu truyền thông của MSM: 2 giá trị là có và không.

- *Hoạt động can thiệp về truyền thông*: số lượng tờ rơi được cấp phát, số tin bài viết, số buổi truyền thông nhóm nhỏ, số buổi truyền thông nhóm lớn, tập huấn về truyền thông.

- Tiếp cận với chương trình BCS của MSM trước và sau can thiệp.

+ Nhận bao cao su miễn phí.

+ Lần gần nhất nhận BCS miễn phí: 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng, hơn 1 năm và chưa bao giờ.

- Số lượng BCS và CBT chương trình can thiệp được cấp miễn phí.

- Hướng tiếp cận dịch vụ Internet (mạng Zalo) trong nhóm MSM.
- + Thông tin về cộng đồng MSM, nhiễm HIV, các BLTQĐTD được cung cấp có bổ ích.
- + Tiếp tục tham gia chia sẻ thông tin MSM, các BLTQĐTD trên zalo và giới thiệu bạn bè tham gia.
- Khảo sát độ hòa nhập cộng đồng, sống đúng với bản thân mình của các bạn MSM qua việc từng tiết lộ mình là MSM với gia đình, bạn bè, đồng nghiệp.
- + Thành viên trong gia đình.
- + Đồng nghiệp nơi làm việc.
- + Vợ/bạn gái.
- + Những người bạn không phải là nam quan hệ tình dục đồng giới.
- + Những người bạn cũng là nam có QHTD đồng giới.
- + Bạn tình nam.

2.2.5. Phương pháp và nội dung can thiệp

a) Nội dung can thiệp điều trị

- Đối tượng can thiệp điều trị: tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu có kết quả xét nghiệm dương tính với HIV, giang mai, Chlamydia trachomatis trong nghiên cứu cắt ngang.

- Điều trị HIV: Căn cứ Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2009, sau đó là Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế về việc sửa đổi nội dung tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV trong “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/ADS”: Tất cả người nhiễm HIV không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng và số lượng tế bào T-CD4.

- Đánh giá: qua kết quả khám trong bệnh án tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS và bệnh án điều trị một số BLTQĐTD như: tình trạng bệnh nhiễm trùng cơ hội, bệnh đồng nhiễm, dinh dưỡng, các bệnh khác nếu

có, đặc biệt bệnh lao và viêm gan C, vấn đề tương tác thuốc để cân nhắc chỉ định phác đồ ARV hoặc điều chỉnh liều.

- Tư vấn cho người bệnh nội dung về: mục đích của điều trị bằng thuốc ARV, Lợi ích của điều trị ARV sớm và các nguyên tắc điều trị. Thông báo cho người bệnh về yêu cầu tuân thủ điều trị, tác dụng phụ có thể có của thuốc ARV, lịch tái khám, lãnh thuốc, các xét nghiệm cần thiết khi bắt đầu điều trị và theo dõi điều trị ARV.

- Thảo luận với người bệnh, người hỗ trợ điều trị của người bệnh về nguyện vọng điều trị, các vấn đề có thể gặp phải trong tuân thủ điều trị và các biện pháp giải quyết phù hợp với người bệnh.

- Tư vấn về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khác như QHTD an toàn, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, sử dụng BKT sạch và giới thiệu người bệnh đến các cơ sở cung cấp các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV.

- Tư vấn giới thiệu bạn tình/bạn chích đi xét nghiệm HIV.

- Theo dõi đáp ứng về miễn dịch là theo dõi sự thay đổi của số lượng tế bào CD4, đặc biệt là giữa 2 lần xét nghiệm CD4 liên tiếp, là một trong các thông số được sử dụng để đánh giá đáp ứng với điều trị ARV. Thời điểm và tần suất thực hiện xét nghiệm CD4: 6 tháng một lần nếu không có xét nghiệm tải lượng HIV thường quy hoặc đang điều trị dự phòng bệnh nhiễm trùng cơ hội (tiền phát hoặc thứ phát).

- Theo dõi đáp ứng về vi rút học được thực hiện thông qua việc theo dõi thường quy tải lượng HIV. Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy là phương pháp tốt nhất để theo dõi đáp ứng với điều trị ARV, qua đó đánh giá tuân thủ điều trị và phát hiện sớm thất bại điều trị về vi rút học. Xét nghiệm tải lượng HIV đo số lượng HIV trong máu người bệnh. Ngưỡng phát hiện là số lượng HIV mà kỹ thuật xét nghiệm có thể xác định được. Ngưỡng phát hiện khác

nhau tùy thuộc vào kỹ thuật xét nghiệm tải lượng HIV. Ngưỡng ức chế thường được sử dụng hiện nay là 1.000 bản sao/ml. Thời điểm và tần suất thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV: tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV và định kỳ sau đó 12 tháng một lần.

- Tiêu chuẩn xác định người bệnh điều trị ARV ổn định: người bệnh được xác định là điều trị ARV ổn định khi có các tiêu chuẩn sau: người lớn đang điều trị ARV từ 12 tháng trở lên; tải lượng HIV hai lần liên tiếp dưới 200 bản sao/ml hoặc dựa vào số lượng tế bào CD4 tăng lên khi điều trị ARV hoặc trên 200 tế bào/mm³; không có tác dụng phụ của thuốc; không có bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh lý liên quan đến HIV khác; tuân thủ điều trị tốt.

- Điều trị giang mai: áp dụng phác đồ điều trị giang mai II sơ phát, giang mai kín sớm:

Benzathin pencilin G: tổng liều 4.800.000đv tiêm bắp sâu, trong 2 tuần liên tiếp.

Mỗi tuần tiêm 2.400.000đv, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv.

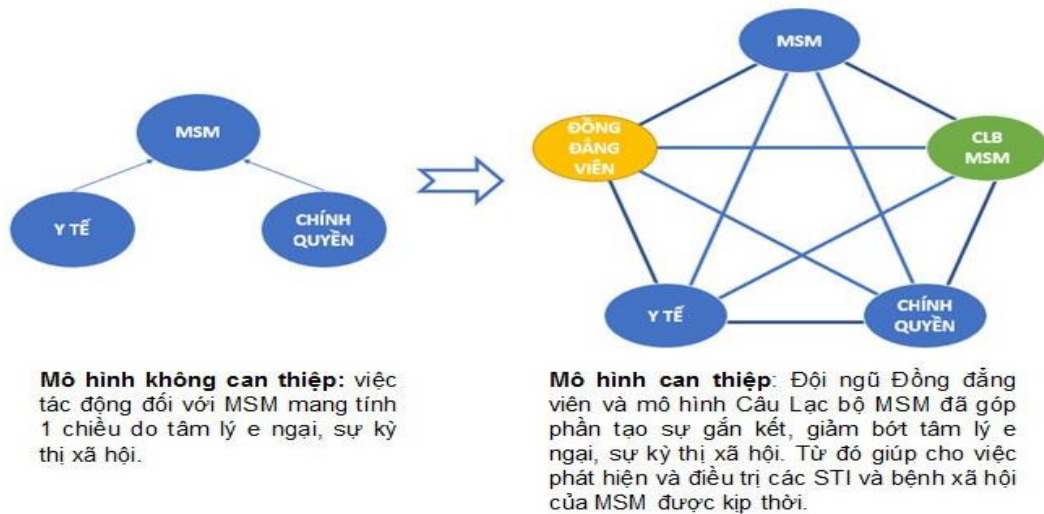
- Điều trị Chlamydia trachomatis:

Doxycycline 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày.

Tetracycline 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày.

* Nội dung can thiệp dự phòng

- Đối tượng can thiệp dự phòng: tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu trong nghiên cứu cắt ngang.



Hình 2.1. Mô hình can thiệp

- Thông tin giáo dục truyền thông thay đổi hành vi: kết hợp giữa truyền thông đại chúng với truyền thông trực tiếp, mô hình can thiệp dựa trên Internet qua các mạng xã hội như Zalo, facebook, các mạng xã hội của cộng đồng MSM, truyền thông qua mô hình giáo dục nội lực trong sinh hoạt nhóm, câu lạc bộ MSM. Can thiệp giảm tác hại, dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS, một số BLTQĐTD, phân phát BCS và CBT. Dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV và một số BLTQĐTD trong nghiên cứu. Can thiệp bằng cách tổ chức sinh hoạt nhóm, truyền thông,... cho những người tham gia nghiên cứu nhằm nâng cao kiến thức và kỹ năng. Tổ chức các hoạt động can thiệp cụ thể như sau:

+ Xây dựng đội ngũ NVTCCĐ nhóm MSM: là người tự nguyện thực hiện công tác tuyên truyền, vận động và giúp đỡ cho các đối tượng MSM hiểu và thực hiện các biện pháp phòng, chống HIV/AIDS. Tổng số NVTCCĐ trong nghiên cứu là 11 người. Đội ngũ NVTCCĐ MSM Bến Tre được đào tạo là các thành viên trong cộng đồng MSM, thực hiện hoạt động can thiệp phòng chống HIV/AIDS và một số BLTQĐTD cho cộng đồng MSM tại Bến Tre.

+ Phát tờ rơi cho đối tượng nghiên cứu: số lượng tờ rơi cấp phát cho chương trình can thiệp là 20.000 tờ, nội dung về phòng chống HIV/AIDS,

tình dục an toàn, tư vấn xét nghiệm tự nguyện, điều trị ARV.

+ Tập huấn kỹ năng tiếp cận online, tập huấn kỹ năng tư vấn y tế, xã hội cho cán bộ can thiệp, NVTCCĐ đăng bài trên facebook, zalo.

+ Tiếp tục thực hiện chương trình bao cao su, chất bôi trơn.

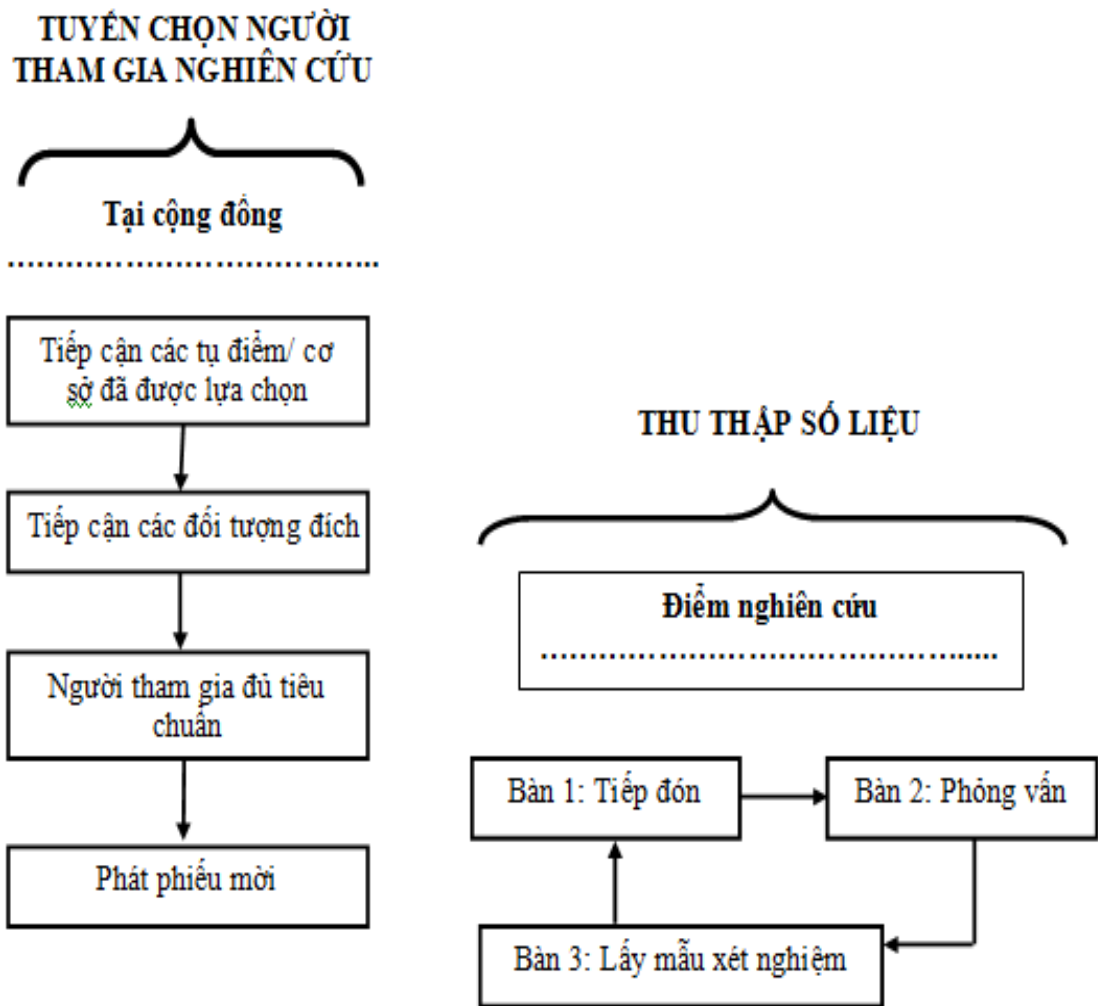
+ Tư vấn xét nghiệm tự nguyện.

+ Duy trì tổ chức hội thi văn nghệ, trình diễn thời trang, sinh nhật nhóm để thu hút, gắn kết và duy trì hoạt động của chương trình can thiệp.

+ Hoạt động câu lạc bộ MSM.

2.2.6. Phương pháp thu thập số liệu

2.2.6.1. Sơ đồ chọn mẫu và thu thập số liệu



Hình 2.2. Sơ đồ chọn mẫu và thu thập số liệu

2.2.6.2. Tiến hành thu thập số liệu

* Điều tra viên trực tiếp phỏng vấn đối tượng nghiên cứu trên bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Mỗi địa điểm nghiên cứu bao gồm hai nhóm:

- Nhóm phát phiếu: người dẫn đường và người phát phiếu.
- Nhóm phỏng vấn tại điểm nghiên cứu: người sàng lọc, phỏng vấn viên, xét nghiệm viên và giám sát viên.

Tất cả người tham gia nghiên cứu đều qua lớp tập huấn trước khi tiến hành.

Tại cộng đồng: nhân viên phát phiếu phối hợp cùng với MSM dẫn đường để tiến hành phát phiếu mời cho các MSM theo danh sách được chọn tại các tụ điểm.

Tại điểm nghiên cứu: khi người MSM đến điểm nghiên cứu, họ đăng ký tại bàn tiếp nhận. Người sàng lọc đánh giá tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu bằng cách: 1) Yêu cầu xuất trình phiếu mời; 2) Xem xét sự đầy đủ các tiêu chuẩn tham gia; và 3) Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Người sàng lọc sử dụng các câu hỏi sàng lọc nhằm loại những người tham gia nghiên cứu nhiều lần hoặc không đủ tiêu chuẩn tham gia. Đồng thời, người sàng lọc đọc bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu cho những người đủ tiêu chuẩn. Tại bàn sàng lọc, những người đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích nghiên cứu và được người sàng lọc trả lời tất cả các thắc mắc về nghiên cứu. Khi đối tượng được nghiên cứu đã hiểu đầy đủ về việc tham gia và đồng ý tham gia nghiên cứu, họ sẽ ký vào bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu trước khi được phỏng vấn và lấy mẫu; đồng thời, người sàng lọc và giám sát viên cùng ký vào bản thỏa thuận đó. Lúc này bộ câu hỏi cùng mã số nghiên cứu duy nhất được đăng ký cho người tham gia. Sau đó, người sàng lọc giúp đối tượng được nghiên cứu di chuyển sang khu vực phỏng vấn để các phỏng vấn viên tiến hành thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi

phỏng vấn cá nhân.

Sau khi kết thúc phỏng vấn, người tham gia đến khu vực xét nghiệm để được lấy máu, cũng như được hướng dẫn cách lấy dịch hậu môn. Khi quá trình phỏng vấn và lấy mẫu đã hoàn tất, người tham gia nghiên cứu quay lại nơi sàng lọc để nhận một khoản tiền bồi dưỡng cho thời gian tham gia phỏng vấn và chi phí đi lại đến nơi phỏng vấn.

* Quy trình thu thập mẫu tại điểm nghiên cứu

- Số lượng cán bộ tại một tụ điểm nghiên cứu:

+ Cán bộ tiếp đón, sàng lọc: 01 người

+ Phỏng vấn viên: 03 phỏng vấn viên tại mỗi địa điểm nghiên cứu

+ Cán bộ tư vấn, lấy mẫu: 01 người

+ Giám sát tại điểm nghiên cứu: 01 người.

- Thời gian lấy mẫu của một đối tượng nghiên cứu: từ 25 – 40 phút.

Bước 1: Tại bàn 1 – Tiếp đón (khi người tham gia đến)

- Chào đón, kiểm tra thẻ mời.

- Sàng lọc, kiểm tra tiêu chuẩn tham gia dựa trên biểu mẫu sàng lọc.

- Lấy thỏa thuận tham gia nghiên cứu dựa trên biểu mẫu thỏa thuận tham gia nghiên cứu.

- Chuẩn bị mã số nghiên cứu – Dán mã số nghiên cứu trên hồ sơ (thẻ mời, bản thỏa thuận, biểu mẫu sàng lọc).

- Ký tên vào thẻ mời của đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Cho mẫu sàng lọc, thẻ mời, mã số nghiên cứu vào túi hồ sơ

- Ghi mã số nghiên cứu vào “Bản thanh toán tiền bồi dưỡng” chi tiền cho đối tượng nghiên cứu.

- Hướng dẫn người tham gia qua bàn số 2 để phỏng vấn.

Bước 2: Tại bàn 2 – Phỏng vấn

- Kiểm tra phiếu mời đã được cán bộ tiếp đón ký chưa?

- Phỏng vấn bộ câu hỏi.
- Ký tên vào “Thẻ mời” khi kết thúc phỏng vấn.
- Hướng dẫn người tham gia qua bàn 3 lấy mẫu.

Bước 3: Tại bàn 3 – Tư vấn và lấy mẫu

- Tư vấn trước xét nghiệm: tư vấn cá nhân hoặc tư vấn nhóm.
- Chuẩn bị các ống mẫu có ghi mã số nghiên cứu.
- Chuẩn bị các ống mẫu và lấy máu.
- Ghi mã số nghiên cứu vào “Phiếu hẹn trả kết quả” tư vấn và giao cho khách hàng, hẹn khách hàng thời gian đến lấy kết quả xét nghiệm tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Bến Tre.

- Ký tên vào thẻ mời.
- Hướng dẫn khách hàng quay lại bàn 1.
- Hoàn thành biểu mẫu “thu thập và bàn giao mẫu”.

Bước 4: Tại bàn 1 – Tiếp đón (khi người tham gia hoàn thành phỏng vấn, lấy mẫu)

- Kiểm tra xem người tham gia nghiên cứu đã hoàn thành tất cả các bước nghiên cứu chưa? (có đủ chữ ký ở 3 bàn 1, 2, 3).

- Thanh toán tiền bồi dưỡng cho đối tượng tham gia nghiên cứu.
- Hoàn thiện hồ sơ nghiên cứu cho từng người.

** Tư vấn và trả kết quả xét nghiệm*

- Sau 2 tuần kể từ ngày nghiên cứu bắt đầu, người tham gia nghiên cứu sẽ cầm thẻ hẹn để được thông báo kết quả xét nghiệm tại Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Bến Tre (Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bến Tre).

- Tư vấn viên sẽ kiểm tra thẻ hẹn lấy kết quả xét nghiệm.
- Thông báo kết quả xét nghiệm và tư vấn sau xét nghiệm cho người tham gia nghiên cứu.
- Giới thiệu người tham gia đến các dịch vụ hỗ trợ thích hợp (nếu cần).

* Lấy máu xét nghiệm huyết thanh HIV, giang mai

Cách lấy:

- Không cần yêu cầu người tham gia nhịn ăn.
- Các kỹ thuật viên đã qua tập huấn lấy 5ml máu tĩnh mạch bằng BKT.
- Sau khi lấy đủ thể tích máu, rút kim ra khỏi tĩnh mạch. Bỏ kim đã sử dụng vào thùng đựng dụng cụ thải sắc nhọn chuyên biệt.
- Để tuýp đựng máu ở tư thế thẳng đứng tối thiểu 30 phút trong nhiệt độ phòng cho cục máu co lại và ra huyết thanh.
- Các dụng cụ đã lấy máu (BKT, bông...) phải cho vào hộp an toàn và đưa tập trung về nơi hủy rác thải y tế nhằm đảm bảo tính an toàn cho nhân viên y tế và người tham gia.
- Nếu có rủi ro xảy ra trong lúc lấy máu, cần xử lý theo đúng quy định về rủi ro nghề nghiệp.

Vận chuyển mẫu:

- Mẫu máu tại các điểm nghiên cứu được vận chuyển về phòng xét nghiệm của Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh để làm xét nghiệm HIV và làm xét nghiệm giang mai, chlamydia trachomatis.
- Mẫu được đựng trong ống nhựa có nắp đậy.
- Để thẳng đứng ống nhựa và vận chuyển nhẹ nhàng ở nhiệt độ lạnh.
- Áp dụng các biện pháp tránh lây nhiễm cần thiết khi vận chuyển mẫu.

Tách và bảo quản mẫu:

Các mẫu máu sau khi được vận chuyển về Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS được tiến hành tách huyết thanh.

- Các mẫu được tách ngay trong ngày.
- Ly tâm ống máu với máy ly tâm 3.000 vòng/phút trong 10-15 phút.
- Huyết thanh được tách vào 2 ống nhựa có dán mã số khớp với mã số trên ống máu. Một ống 0,5 ml huyết thanh dùng để xét nghiệm giang mai và một

ống chứa phân huyết thanh còn lại để xét nghiệm HIV.

- Các mẫu huyết thanh được lưu vào tủ âm 20°C.
- Hạn chế tối đa đông tan huyết thanh nhiều lần (quá 3 lần)

*Lấy dịch hậu môn

Cách lấy:

- + Lấy dịch hậu môn được tiến hành trong buồng kín.
- + Chuẩn bị ống lấy mẫu: dán mã số và kiểm tra mã số của ống khớp với phiếu phỏng vấn.

+ Nhân viên y tế tư vấn và lấy dịch hậu môn bằng que tăm bông cho vào ống có mã số đã dán sẵn và đậy chặt nắp.

Bảo quản:

- Khi thu thập mẫu ở địa điểm lấy mẫu: bảo quản mẫu trong thùng đá lạnh từ (+4) đến (+8)°C.

- Mẫu được vận chuyển từ điểm nghiên cứu hàng ngày về Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS để bảo quản vào tủ âm có nhiệt độ từ (-80)°C đến (-20)°C.

Vận chuyển mẫu:

- Từ thực địa lên tỉnh: vận chuyển mẫu bằng phích đá lạnh.
- Khi tiếp nhận ở các tuyến có bản bàn giao mẫu để tránh nhầm lẫn thất lạc.

2.2.7. Phương pháp hạn chế sai số

- Khung mẫu không đầy đủ: quá trình chọn mẫu được thực hiện một cách ngẫu nhiên, sử dụng khung mẫu được xây dựng trong quá trình lập bản đồ nhóm quần thể MSM, một số tụ điểm có thể bị bỏ sót và không được đưa vào khung mẫu. Ngoài ra có một số tụ điểm tuy được xác định, nhưng cán bộ nghiên cứu lại không thể tiếp cận được, do đó những người tại tụ điểm này cũng không được đưa vào khung mẫu, đồng thời quần thể MSM là một quần thể khá di động, khiến cho việc tiếp cận các đối tượng khó khăn và có thể bỏ

sốt. Để khắc phục trong quá trình lập bản đồ nhóm nghiên cứu sẽ chọn những người đã có kinh nghiệm, tiến hành khung mẫu kỹ lưỡng hơn. Thực hiện các chính sách hỗ trợ quyền lợi cá nhân đồng thời tuyên truyền lợi ích cộng đồng với đối tượng nghiên cứu. Duy trì mối liên hệ thường xuyên trên zalo, facebook và các hoạt động hội nhóm nhằm tránh mất mẫu trong suốt quá trình nghiên cứu.

- Hạn chế do thu thập thông tin: tiến hành phỏng vấn thử 30 MSM để chuẩn hóa bộ câu hỏi để điều chỉnh bộ câu hỏi phù hợp với đối tượng nghiên cứu trước khi thu thập thông tin thực tế.

- Có nhiều người từ chối tham gia nghiên cứu: thường những nghiên cứu hành vi có một tỷ lệ người từ chối tham gia nghiên cứu. Để khắc phục nhóm nghiên cứu cần có những bước tác động vào cộng đồng trước khi tiến hành nghiên cứu, huy động các hỗ trợ tâm lý từ cộng đồng. Cần tập hợp những thông tin và phân tích có hệ thống những người từ chối tham gia nghiên cứu.

- Sự chấp nhận của cộng đồng: sự đồng thuận của cộng đồng là yếu tố rất quan trọng trong việc triển khai các hoạt động can thiệp. Tuy nhiên một số người trong cộng đồng có thể chưa quen và không chấp nhận các biện pháp giảm tác hại phòng chống HIV như nhận, phát BCS, CBT. Để khắc phục khó khăn này, các cán bộ tham gia nghiên cứu tăng cường các cuộc trao đổi thảo luận, phân tích với cộng đồng và để cộng đồng tự lựa chọn các biện pháp can thiệp ưu tiên thích hợp nhất trên cơ sở các biện pháp can thiệp mà nhiều nước trên thế giới đã thực hiện thành công nhằm trước mắt giảm tỷ lệ nhiễm HIV và một số BLTQĐTD.

2.2.8. Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 18.0 nhập liệu và phân tích số liệu.
- Phân tích thống kê mô tả: biến định lượng được viết dưới dạng giá trị trung bình \pm 1 độ lệch chuẩn, trung vị; biến định tính được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ.

- Thống kê phân tích: sử dụng kiểm định Khi bình phương (χ^2) để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ. Sử dụng mô hình hồi quy logistic (Logistic regression) để phân tích đa biến. So sánh kết quả trước và sau can thiệp: sử dụng kiểm định McNemar Test để so sánh hai tỷ lệ trước và sau can thiệp. Phân tích hồi quy logistic đa biến ghép cặp được sử dụng để đánh giá hiệu quả trước can thiệp và sau can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đây là một nghiên cứu nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe cộng đồng và vì lợi ích sức khỏe cho đối tượng được nghiên cứu.

- Được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập số liệu. Tôn trọng đối tượng được nghiên cứu, mọi thông tin liên quan đến danh tính cá nhân được phỏng vấn viên, nghiên cứu viên hoàn toàn bảo mật. Trong quá trình thu thập thông tin phải giải thích rõ mục đích nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn thu thập số liệu và nêu rõ đối tượng có thể không tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Sau quá trình thu thập thông tin, nếu đối tượng muốn tìm hiểu hoặc thắc mắc về HIV/AIDS và các BLTQĐTD, phỏng vấn viên phải ân cần giải thích và cung cấp thông tin hoặc giới thiệu đến những nơi cần thiết để được tư vấn thêm.

- Kết quả nghiên cứu và khuyến nghị sẽ được đề xuất với các cơ quan chức năng của địa phương, góp phần trong việc lập kế hoạch can thiệp cho quần thể MSM và hoạt động phòng chống HIV/AIDS, các BLTQĐTD tại địa phương, khu vực hiệu quả hơn.

- Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y dược Cần Thơ chấp thuận thông qua.

2.4. Hạn chế của đề tài

- Trong phạm vi đề tài này chúng tôi chỉ nghiên cứu 03 bệnh: nhiễm HIV,

Giang mai và *Chlamydia trachomatis*, chưa mở rộng ra các BLTQĐTD khác.

- Mục tiêu nghiên cứu về thực hành khó quan sát vì ảnh hưởng đến quyền cá nhân (như sử dụng CBT, BCS).

- Thiết kế nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng nên việc đánh giá kết quả can thiệp còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nhiễu, yếu tố từ ngoài chương trình can thiệp.

- Nghiên cứu chưa tìm ra các yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNB năm 2014.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 390 nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 12 năm 2018, ghi nhận các kết quả chính sau:

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, nhóm tuổi của ĐTNC năm 2014 (n=390)

Tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhỏ hơn 25 tuổi (<25)	250	64,1
Từ 25 - 49 tuổi (25 - 49)	136	34,9
Lớn hơn 49 tuổi (>49)	4	1,0
Tổng	390	100,0
Tuổi trung vị	23 (nhỏ nhất: 17; lớn nhất: 53)	

Nhận xét:

Tuổi trung vị của ĐTNC năm 2014 là 23 tuổi, trong đó thấp nhất là 17 và cao nhất là 53 tuổi. Nhóm tuổi nhỏ hơn 25 tuổi chiếm phần lớn 64,1%, từ 25 đến 49 tuổi chiếm tỷ lệ 34,9%, trên 49 chiếm 1,0%.

Bảng 3.2. Đặc điểm dân tộc, trình độ học vấn của ĐTNC năm 2014 (n=390)

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Dân tộc	Kinh	384	98,5
	Khác	6	1,5
Trình độ học vấn	Mù chữ	3	0,8
	Tiểu học	27	6,9
	Trung học cơ sở	83	21,3
	Trung học phổ thông	159	40,8
	Trung cấp, đại học/cao đẳng	118	30,3

Nhận xét:

Mẫu nghiên cứu phân bố dân tộc kinh chiếm đa số 98,5%, các MSM là người dân tộc khác chiếm tỷ lệ nhỏ 1,6%.

Đa số các MSM đều có đi học, trình độ học vấn trung cấp, đại học/cao đẳng chiếm 30,3%, trung học phổ thông chiếm 40,8%, trung học cơ sở 21,3%, tiểu học 6,9% và mù chữ là 0,8%.

Bảng 3.3. Nơi sống của ĐTNC năm 2014 (n=390)

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nơi sống (huyện)	Ba Tri	10	2,6
	Bình Đại	1	0,3
	Châu Thành	32	8,2
	Chợ Lách	37	9,5
	Giồng Trôm	56	14,4
	Mỏ Cày Bắc	7	1,8
	Mỏ Cày Nam	3	0,8
	Thạnh Phú	4	1,0
	thành phố Bến Tre	240	61,5
Phân nhóm nơi sống	thành phố Bến Tre	240	61,5
	Các huyện còn lại	150	38,5

Nhận xét:

Phần lớn ĐTNC sống ở thành phố Bến Tre (61,5%), ĐTNC có nơi sống tại các huyện còn lại chiếm 38,5%.

Trong số các huyện còn lại, huyện có số ĐTNC sống cao nhất là huyện Giồng Trôm 14,4%; huyện Chợ Lách 9,5%, huyện Châu Thành 8,2%, huyện Ba Tri 2,6%, huyện Mỏ Cày Bắc 1,8%, huyện Thạnh Phú 1,0%, huyện Mỏ Cày Nam 0,8% và huyện Bình Đại 0,3%.

Bảng 3.4. Thời gian sinh sống tại nơi thường trú (n=390)

Thời gian sinh sống	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 5 năm (<5)	60	15,4
Từ 5 – 10 năm (5 – 10)	22	5,6
> 10 năm (>10)	308	79,0
Tổng	390	100,0
Trung vị	19 (nhỏ nhất: 1; lớn nhất: 53)	

Nhận xét:

Đa số các MSM tham gia nghiên cứu có thời gian sống thường trú tại địa bàn là trên 10 năm (79%), từ 5 đến 10 năm chiếm 5,6% và dưới 5 năm chiếm 15,4%. Trung vị số năm sống của mẫu nghiên cứu tại địa bàn tỉnh Bến Tre năm 2014 là 19 năm.

Bảng 3.5. Nghề nghiệp và thu nhập của ĐTNC năm 2014 (n=390)

Nghề nghiệp	Tần số	Tỷ lệ (%)
Làm nông	24	6,2
Nhân viên nhà nước	13	3,3
Nhân viên phục vụ	53	13,6
Nhân viên bán hàng	28	7,2
Kinh doanh/buôn bán	53	13,6
Sinh viên	111	28,5
Nghề tự do	51	13,1
Bán dâm	4	1,0
Hiện tại thất nghiệp	56	14,4
Công nhân	16	4,1
Nghề khác	25	6,4
Trung vị thu nhập	2.000.000 (nhỏ nhất: 100.000đ; lớn nhất: 15.000.000đ)	

Nhận xét:

Kết quả khảo sát các ĐTNC tại tỉnh Bến Tre năm 2014 cho thấy có hơn

10 nghề nghiệp được ghi nhận. Tỷ lệ ĐTNC đã làm các nghề như sau: sinh viên chiếm 28,5%, thất nghiệp 14,4%, kinh doanh/buôn bán 13,6%, nhân viên phục vụ 13,6%, làm nghề tự do 13,1%, nhân viên bán hàng 7,2%, làm nông 6,2%, nhân viên nhà nước 3,3%, bán dâm 1,0% và làm một số nghề khác (thợ hồ, thợ điện, làm tóc, trang điểm,...) chiếm 6,4%.

Trung vị thu nhập là 2.000.000 đồng. ĐTNC có thu nhập cao nhất là 15.000.000 đồng/tháng và ĐTNC có thu nhập thấp nhất là 100.000 đồng/tháng.

Bảng 3.6. Tình trạng sống chung và sở thích bạn tình của ĐTNC (n=390)

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sống chung	Sống một mình	72	18,5
	Sống với bạn tình nam	14	3,6
	Sống với bạn bè	24	6,2
	Sống với vợ/bạn gái	3	0,8
	Sống với gia đình	276	70,8
	Không sống với ai cố định	1	0,3
Sở thích bạn tình	Chỉ thích bạn tình nam	191	49,0
	Thích bạn tình nam hơn nữ	75	19,2
	Thích bạn tình nữ hơn nam	71	18,2
	Thích bạn tình nam, nữ như nhau	43	11,0
	Chỉ thích bạn tình nữ	10	2,6

Nhận xét:

Đa số các ĐTNC năm 2014 sống chung với gia đình (70,8%), số ĐTNC sống một mình chiếm 18,5%, sống với bạn bè chiếm 6,2%, sống với bạn tình nam chiếm 3,6%, một tỷ lệ nhỏ MSM sống với vợ và bạn gái là 0,8% và số ĐTNC không sống với ai cố định là 0,3%.

Về sở thích bạn tình: 49,0% ĐTNC chỉ thích bạn tình là nam, 19,2% thích bạn tình nam hơn nữ, 18,2% thích bạn tình nữ hơn nam, 11% thích bạn tình là nam, nữ như nhau và 2,6% chỉ thích bạn tình nữ.

Bảng 3.7. Tình trạng lập gia đình và số con của ĐTNC năm 2014

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Từng lập gia đình với một phụ nữ (n=390)	Có	25	6,4
	Không	365	93,6
Số con hiện có (n=25)	Không có con (0)	4	16,0
	Từ 1 đến 2 con (1-2)	18	72,0
	Trên 2 con (>2)	3	12,0

Nhận xét:

Tỷ lệ ĐTNC năm 2014 từng lập gia đình với một người phụ nữ chiếm 6,4%, chưa lập gia đình là 93,6%. Trong số 25 người đã lập gia đình, số ĐTNC có 1 đến 2 con chiếm phần lớn (72,0%).

3.2. Tỷ lệ nhiễm một số bệnh lây qua đường tình dục, tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục và một số yếu tố liên quan năm 2014

3.2.1. Tỷ lệ nhiễm một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014

Bảng 3.8. Tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014 (n=390)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ nhiễm HIV	15	3,8
Tỷ lệ nhiễm Giang mai	1	0,3
Tỷ lệ nhiễm Chlamydia trachomatis	42	10,8
Tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD	56	14,4

Nhận xét:

Thời điểm nghiên cứu năm 2014, tỷ lệ nhiễm HIV ở ĐTNC là 3,8%, nhiễm giang mai là 0,3%, nhiễm Chlamydia trachomatis là 10,8%. Tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD là 14,4%.

3.2.2. Kiến thức về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014

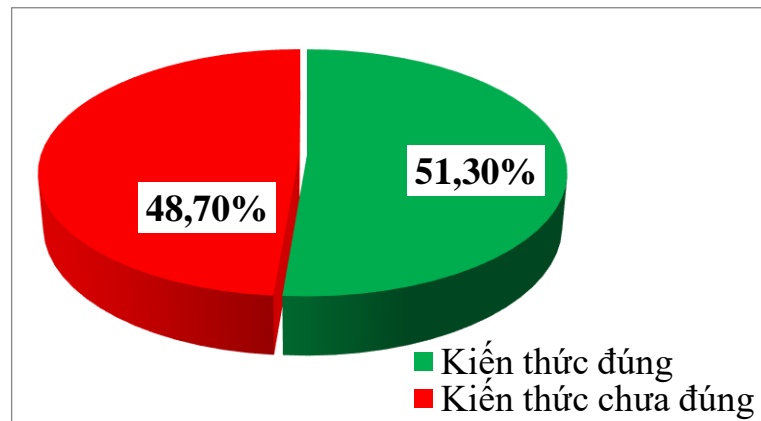
Qua kết quả nghiên cứu năm 2014 cho thấy có 100% ĐTNC được hỏi đã từng nghe nói về HIV/AIDS, các BLTQĐTD. Tuy nhiên kiến thức chung về phòng, chống các BLTQĐTD còn ở mức thấp. Kết quả khảo sát về kiến thức được trình bày ở các bảng dưới đây.

Bảng 3.9. Kiến thức đúng về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm và đường lây truyền HIV, các BLTQĐTD (n=390)

Kiến thức	Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)
QHTD chung thủy với một bạn tình không nhiễm HIV và bạn tình đó cũng không có bạn tình khác	354 (90,8)	36 (9,2)
Sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD giảm lây nhiễm HIV/BLTQĐTD	342 (87,7)	48 (12,3)
Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD đường hậu môn giảm được lây truyền HIV/BLTQĐTD	357 (91,5)	33 (8,5)
Không dùng chung BKT khi tiêm, chích ma túy	335 (85,9)	55 (14,1)
Ăn chung không lây nhiễm HIV	323 (82,8)	67 (17,2)
Muỗi/côn trùng cắn, đốt không lây nhiễm HIV	267 (68,5)	123 (31,5)

Nhận xét:

Kết quả cho thấy tỷ lệ trả lời đúng theo từng câu hỏi về kiến thức phòng chống HIV và các BLTQĐTD nhìn chung là tốt, dao động từ 68,5% đến 90,8%. Câu hỏi có tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất là “Muỗi/côn trùng cắn, đốt không lây nhiễm HIV?” có tỷ lệ trả lời đúng là 68,5%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ kiến thức chung về phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTN năm 2014 (n=390)

Nhận xét:

Kiến thức chung đúng về phòng các BLTQĐTD là tổng hợp kiến thức đúng khi trả lời 04 câu hỏi về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV, các BLTQĐTD và 02 câu hỏi hiểu đúng đường lây của HIV (tổng 6/6 câu đúng). Tỷ lệ kiến thức chung đúng năm 2014 là tương đối thấp (51,3%). Tỷ lệ ĐTN có kiến thức chung chưa đúng là 48,7%.

3.2.3. Thực hành về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014

Bảng 3.10. Tỷ lệ TCMT và sử dụng BKT trong 1 tháng qua của ĐTN

Nội dung		Tần số	Tỷ suất
Tiêm chích ma túy trong 1 tháng qua (n=7)	Có	3	3/7
	Không	4	4/7
Sử dụng lại BKT của người khác trong 1 tháng qua (n=3)	Lúc dùng, lúc không	1	1/3
	Không bao giờ	2	2/3

Nhận xét:

Trong số 7 MSM đã từng sử dụng ma túy, có 3 người cho biết có tiêm/chích ma túy trong 1 tháng qua. Trong đó, có 1 người cho biết có sử dụng lại BKT của người khác.

Bảng 3.11. Tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD trong 1 tháng qua với các bạn tình ở ĐTNC năm 2014

Sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD với các bạn tình	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bạn tình nam (n=193)	95	49,2
Khách hàng nam (n=13)	10	76,9
Nam bán dâm (n=4)	2	50,0
Bạn tình nữ (n=52)	13	25,0
Khách hàng nữ (n=1)	0	0
Nữ bán dâm (n=1)	1	100

Nhận xét:

Trong khi tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đã từng có QHTD là 100%, tỷ lệ người có sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD trong 1 tháng qua với các bạn tình khác nhau như sau: bạn tình nam 49,2%, khách hàng nam 76,9%, nam bán dâm 50%, bạn tình nữ 25%, nữ bán dâm là 100%.

Bảng 3.12. Cách xử lý khi có triệu chứng các BLTQĐTD của ĐTNC

Cách xử lý khi có triệu chứng của các BLTQĐTD (n=26)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đi khám, chữa tại các cơ sở y tế nhà nước	6	23,1
Đi khám, chữa tại các cơ sở y tế tư nhân	2	7,7
Đến nhà thuốc để mua thuốc	4	15,4
Tự chữa trị ở nhà	3	11,5
Kể cho bạn tình biết về triệu chứng của mình	7	26,9
Ngừng QHTD khi có các triệu chứng	6	23,1
Sử dụng bao cao su khi QHTD	2	7,7
Không làm gì cả	14	53,8

Nhận xét:

Trong 390 ĐTNC là MSM tham gia phỏng vấn năm 2014, có 26 người trả lời về cách xử trí khi gặp các triệu chứng của các BLTQĐTD. Chỉ 23,1%

ĐTNC có triệu chứng của một số BLTQĐTD đi khám, chữa tại các cơ sở y tế nhà nước, 7,7% đi khám, chữa tại các cơ sở y tế tư nhân, 15,4% tự đến nhà thuốc để mua thuốc chữa trị, 11,5% tự chữa trị tại nhà, 23,1% cho biết ngưng QHTD khi các triệu chứng xuất hiện, 26,9% kể cho bạn tình biết về triệu chứng của mình và phần lớn 53,8% không làm gì cả.

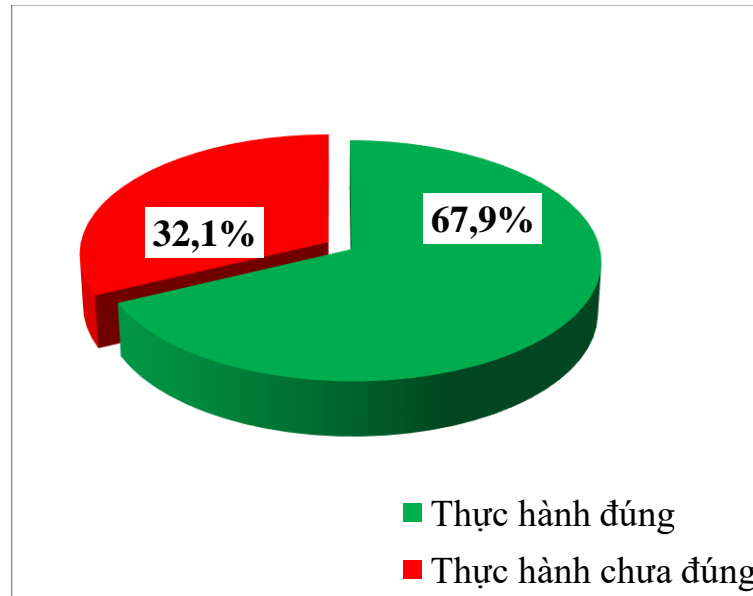
Bảng 3.13. Thực hành sử dụng BCS, CBT trong 12 tháng qua khi QHTD ở ĐTNC năm 2014

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Có sử dụng chất bôi trơn (n=390)	Có	245	62,8
	Không	145	37,2
Có sử dụng bao cao su (n=390)	Có	306	78,5
	Không	84	21,5
Dùng chất bôi trơn cùng với BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua (n=390)	Có	103	26,4
	Không	287	73,6
Dùng chất bôi trơn không dùng với BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua (n=390)	Không	267	68,5
	Có	123	31,5
Sử dụng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc say/xỉn (n=143)	Có	76	53,1
	Không, không nhớ	67	46,9
Sử dụng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc (n=6)	Có	4	66,7
	Không	2	33,3

Nhận xét:

Đặc điểm QHTD ở những người MSM là QHTD qua đường hậu môn, kết quả nghiên cứu đa phần các ĐTNC đã sử dụng một trong hai loại BCS hoặc CBT khi QHTD trong 12 tháng qua lần lượt là 78,5% và 62,8%. Trong khi đó một tỷ lệ thấp 26,4% dùng cả BCS và CBT khi QHTD. Có 31,5% chỉ dùng CBT mà không dùng BCS khi QHTD qua đường hậu môn trong 12

tháng qua. Đặc biệt hơn có 53,1% ĐTNC có sử dụng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc say/xin hay 66,7% sử dụng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ ĐTNC thực hành chung về phòng chống các BLTQĐTD năm 2014 (n=390)

Nhận xét:

Thực hành chung đúng về phòng chống các BLTQĐTD bao gồm thực hành đúng khi đối tượng sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD trong 1 tháng qua, không sử dụng chung BKT khi tiêm chích ma túy. Khi thấy có các triệu chứng như đau, loét, sùi hay chảy mủ bộ phận sinh dục/hậu môn, đối tượng đến các cơ sở y tế khám và điều trị đồng thời thông báo cho bạn tình, sử dụng BCS khi QHTD trong thời gian có triệu chứng. Phân tích tổng hợp câu hỏi về thực hành phòng chống các BLTQĐTD năm 2014, kết quả tỷ lệ ĐTNC thực hành chung đúng là 67,9%, tỷ lệ thực hành chung chưa đúng là 32,1%.

3.2.4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành và nhiệm vụ ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới

3.2.4.1. Yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống các BLTQĐTD

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với kiến thức phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNK năm 2014

Các đặc điểm cá nhân (n=390)		Kiến thức		OR (KTC 95%)	P
		Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)		
Nhóm tuổi	< 25	132 (52,8)	118 (47,2)	3,356(0,344 - 32,703)	0,297
	25 - 49	67 (49,3)	69 (50,7)	2,913(0,296 - 28,709)	0,360
	>49	1 (25,0)	3 (75,0)	-	-
Dân tộc	Kinh	196 (51,0)	188 (49,0)	0,521(0,094 - 2,880)	0,686
	Khác	4 (66,7)	2 (33,3)	-	
Trình độ học vấn	TC, CĐ, ĐH	61 (51,7)	57 (48,3)	2,140(0,189 - 24,250)	0,539
	THPT	93 (58,5)	66 (41,5)	2,818(0,250 - 31,728)	0,402
	THCS	32 (38,6)	51 (61,4)	1,255(0,109 - 14,409)	0,855
	Tiểu học	13 (48,1)	14 (51,9)	1,857(0,150 - 22,998)	0,630
	Mù chữ	1 (33,3)	2 (66,7)	-	-
Thu nhập	≤ 2.000.000	111 (54,4)	93 (45,6)	1,301(0,873 - 1,937)	0,195
	> 2.000.000	89 (47,8)	97 (52,2)	-	
Tình trạng gia đình	Đã lập	9 (36,0)	16 (64,0)	0,512(0,221 - 1,189)	0,114
	Chưa lập	191 (52,3)	174 (47,7)	-	
Nơi sống	thành phố Bến Tre	130 (54,2)	110 (45,8)	1,351 (0,897 - 2,033)	0,150
	Huyện khác	70 (46,7)	80 (53,3)	-	
Số năm sống	< 5	29 (48,3)	31 (51,7)	0,839(0,481 - 1,463)	0,536
	5 - 10	10 (45,5)	12 (54,5)	0,719(0,300 - 1,722)	0,459
	> 10	161 (52,3)	147 (47,7)	-	-

Nhận xét:

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với kiến thức đúng

về phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNCT năm 2014.

3.2.4.2. Yếu tố liên quan đến thực hành phòng, chống các BLTQĐTD

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với thực hành phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNCT năm 2014

Các đặc điểm cá nhân (n=390)		Thực hành		OR (KTC 95%)	p
		Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)		
Nhóm tuổi	< 25	174 (66,9)	76 (30,4)	2,289(0,316-6,556)	0,412
	25 - 49	89 (65,4)	47 (34,6)	1,894(0,258-13,875)	0,530
	>49	2 (50)	2 (50)	-	-
Dân tộc	Kinh	261 (68,0)	123 (32,0)	0,949 (0,149-6,054)	0,956
	Khác	4 (66,7)	2 (33,3)	-	
Trình độ học vấn	Mù chữ	2 (66,7)	1 (33,3)	-	-
	Tiểu học	17 (63,0)	10 (37,0)	0,850(0,068-10,610)	0,900
	THCS	54 (65,1)	29 (34,9)	0,931(0,081-10,708)	0,954
	THPT	107 (67,3)	52 (32,7)	1,029(0,091-11,608)	0,982
	TC, CĐ, ĐH	85 (72,0)	33 (28,0)	1,288(0,113-14,686)	0,839
Thu nhập	≤ 2.000.000	139 (68,1)	65 (31,9)	1,018(0,665 - 1,559)	0,933
	> 2.000.000	126 (67,7)	60 (32,3)	-	
Tình trạng gia đình	Chưa lập	256 (70,1)	109 (29,9)	4,167(1,789-9,709)	0,001
	Đã lập	9 (36,0)	16 (64,0)	-	
Nơi sống	thành phố Bến Tre	168 (70,0)	72 (30,0)	1,275 (0,826-1,968)	0,273
	Huyện khác	97 (64,7)	53 (35,3)	-	
Số năm sống	< 5	35 (58,3)	25 (41,7)	0,606 (0,254-0,897)	0,083
	5 - 10	15 (68,2)	7 (31,8)	0,927 (0,366-2,348)	0,873
	> 10	215 (69,8)	93 (30,2)	-	-

Nhận xét:

Phân tích hồi quy logistic đơn biến giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với thực hành phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNCT năm 2014, kết quả cho thấy có

mối liên quan giữa tình trạng lập gia đình và thực hành đúng phòng chống các BLTQĐTD. Những ĐTNC là MSM chưa lập gia đình có thực hành đúng cao hơn nhóm đã lập gia đình gấp 4,167 lần, KTC 95%: 1,789 - 9,709, $p < 0,05$.

Bảng 3.16. Phân tích hồi quy logistic đa biến giữa các biến liên quan với thực hành phòng chống các BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014

Các đặc điểm (n=390)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Tình trạng lập gia đình				
Đã lập	-		-	
Chưa lập	4,167 (1,789 – 9,709)	0,001	4,175 (1,818–10,00)	0,001
Số năm sống tại địa bàn cư trú				
< 5	0,606 (0,254 – 0,897)	0,083	0,594 (0,333 – 1,058)	0,077
5 - 10	0,927 (0,366 – 2,348)	0,873	0,827 (0,325 – 2,103)	0,690
> 10	-	-	-	-
-2 Log likelihood=474,650; Nagelkerke R square=0,051; $\chi^2 = 0,0001$; $p=1,000$				

Nhận xét:

Trong mô hình hồi quy logistic các yếu tố (tình trạng lập gia đình, số năm sống tại địa bàn cư trú) có khả năng làm tăng thực hành đúng về phòng chống các BLTQĐTD là chưa lập gia đình, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $OR=4,175$, $p < 0,05$.

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành phòng các BLTQĐTD ở ĐTNCC năm 2014

Kiến thức (n=390)	Thực hành				OR (KTC 95%)	p
	Đúng		Chưa đúng			
	n	%	n	%		
Đúng	140	70,0	60	30,0	1,21	0,373
Chưa đúng	125	65,8	65	34,2	(0,79 – 1,86)	

Nhận xét:

Những ĐTNCC có kiến thức đúng có thực hành đúng cao hơn gấp 1,21 lần. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.4.3. Yếu tố liên quan đến nhiễm ít nhất một BLTQĐTD ở ĐTNCC năm 2014

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa số người QHTD trong tháng qua, kiến thức, thực hành với nhiễm ít nhất một BLTQĐTD của ĐTNCC năm 2014

Yếu tố (n=390)	Nhiễm ít nhất một BLTQĐTD		OR (KTC 95%)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Số người QHTD trong tháng qua				
≥ 2 người	23 (22,1)	81 (77,9)	2,18 (1,21 – 3,92)	0,008
< 2 người	33 (11,5)	253 (88,5)	-	-
Kiến thức phòng chống các BLTQĐTD				
Chưa đúng	41 (21,6)	149 (78,4)	3,39 (1,81 – 6,37)	<0,05
Đúng	15 (7,5)	185 (92,5)	-	-
Thực hành phòng các BLTQĐTD				
Chưa đúng	32 (25,6)	93 (74,4)	3,46 (1,93 – 6,18)	<0,05
Đúng	24 (9,1)	241 (90,9)	-	-

Nhận xét:

Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến mỗi liên quan giữa số người QHTD trong tháng qua, kiến thức, thực hành với nhiệm ít nhất một BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014: Có sự liên quan giữa số người QHTD trong 1 tháng qua (≥ 2 người), kiến thức chưa đúng, thực hành chưa đúng với nhiệm ít nhất một BLTQĐTD. Các mối liên quan có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.19. Phân tích hồi quy logistic đa biến giữa các biến liên quan với nhiệm ít nhất một BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014

Các đặc điểm (n=390)	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (KTC 95%)	p	OR(KTC 95%)	p
Số người QHTD trong tháng qua				
≥ 2 người	2,177 (1,209 – 3,920)	0,01	1,600 (0,833 - 3,074)	0,158
< 2 người	-	-	-	-
Kiến thức phòng chống các BLTQĐTD				
Chưa đúng	3,394 (1,808 – 6,369)	<0,05	3,496 (1,830 - 6,680)	<0,05
Đúng	-	-	-	-
Thực hành phòng chống các BLTQĐTD				
Chưa đúng	3,455 (1,933 – 6,176)	<0,05	2,984 (1,590 - 5,599)	0,001
Đúng	-	-	-	-
-2 Log likelihood=285,906; Nagelkerke R square=0,153; $\chi^2 = 6,819$; $p=0,146$				

Nhận xét:

Trong mô hình hồi quy logistic các yếu tố có khả năng làm gia tăng nhiệm ít nhất một BLTQĐTD là kiến thức, thực hành chưa về phòng chống các BLTQĐTD. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014-2018

3.3.1. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống một số BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014-2018

Nghiên cứu trên 390 ĐTNC tham gia can thiệp. Kết quả như sau:

Bảng 3.20. Kết quả can thiệp điều trị một số BLTQĐTD năm 2014 - 2018

Tỷ lệ nhiễm BLTQĐTD (n= 390)	TCT		SCT	
	Tần số (%)	Kết quả điều trị	Tần số (%)	Kết quả điều trị
HIV	15 (3,8%)	100% duy trì uống ARV	15 (3,8%)	100% duy trì uống ARV
Giang mai	1 (0,3%)	Hết bệnh	0	-
Chlamydia	42 (10,8%)	Hết bệnh	9 (2,3%)	Hết bệnh

Nhận xét:

Kết quả can thiệp điều trị một số BLTQĐTD năm 2014: 100% MSM nhiễm Giang mai và Chlamydia được điều trị hết bệnh, 100% MSM nhiễm HIV được duy trì điều trị ARV.

Tỷ lệ nhiễm chlamydia SCT là 2,3% (9 ca) đây là số nhiễm mới từ giai đoạn sau khảo sát lần 1 đến khảo sát lần 2, không nằm trong số 42 ca nhiễm trong đợt khảo sát lần 1. Đối với 09 ca nhiễm chlamydia (các ca SCT) cũng đã được kết nối hỗ trợ điều trị và đã khỏi bệnh.

Bảng 3.21. Tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD trước và sau can thiệp

Tỷ lệ nhiễm BLTQĐTD	TCT năm 2014 (n=390)		SCT năm 2018 (n=390)		p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	n	%	n	%		
HIV	15	3,8	15	3,8	<0,05	0
Giang mai	1	0,3	0	0	<0,05	(-0,3)
Chlamydia trachomatis	42	10,8	9	2,3	<0,05	(-8,5)
Ít nhất một BLTQĐTD	56	14,4	23	5,9	<0,05	(-8,5)
Kiểm định McNemar Test						

Nhận xét:

Trước can thiệp, tỷ lệ nhiễm HIV là 3,8%, giang mai 0,3% và Chlamydia trachomatis là 10,8%, tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD là 14,4%. Sau can thiệp, tỷ lệ nhiễm HIV là 3,8%, giang mai 0% và Chlamydia trachomatis là 2,3%, tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD là 5,9%. Hiệu số kết quả can thiệp HIV là 0%, Giang mai (-0,3%), Chlamydia trachomatis (-8,5%), nhiễm ít nhất một BLTQĐTD (-8,5%). Sự khác biệt tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê (McNemar test, $p < 0,05$).

3.3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014 - 2018

Bảng 3.22. Kiến thức đúng về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và đường lây truyền HIV trước và sau can thiệp

Nội dung	Kiến thức đúng				p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	TCT (n=390)		SCT (n=390)			
	n	%	n	%		
QHTD chung thủy với một bạn tình không nhiễm HIV và bạn tình đó cũng không có bạn tình khác	354	90,8	387	99,2	<0,05	8,4
Sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD	342	87,7	386	99,0	<0,05	11,3
Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD đường hậu môn giảm được lây truyền HIV	357	91,5	388	99,5	<0,05	8,0
Không dùng chung BKT khi tiêm chích ma túy	335	85,9	383	98,2	<0,05	12,3
Không ăn chung với người nhiễm HIV	67	17,2	11	2,8	<0,05	(-14,4)
Tránh bị muỗi đốt	123	31,5	16	4,1	<0,05	(-27,4)
Kiểm định McNemar Test						

Nhận xét:

Có sự thay đổi rõ rệt có ý nghĩa thống kê (p – value luôn nhỏ hơn 0,05, McNemar test) tỷ lệ trả lời đúng các câu hỏi kiến thức đúng về phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và đường lây truyền HIV trước và sau can thiệp.

Kiến thức về phương pháp giảm nguy cơ lây nhiễm HIV tăng lên SCT so với TCT: QHTD chung thủy với một bạn tình (99,2% so với 90,8%, hiệu số kết quả SCT – TCT: 8,4%), sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD (99,0% so với 87,7%, hiệu số kết quả SCT – TCT: 11,3%), luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD đường hậu môn (99,5% so với 91,5%, hiệu số kết quả SCT – TCT: 11,3%), không dùng chung BKT khi TCMT (98,2% so với 85,9%), tỷ lệ ĐTNC hiểu sai đường lây truyền HIV giảm SCT: không ăn chung với người nhiễm HIV/AIDS (2,8% so với 17,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.23. Kiến thức phòng chống các BLTQĐTD trước và sau can thiệp

Kiến thức	TCT năm 2014 (n=390)		SCT năm 2018 (n=390)		p	Hiệu số kết quả SCT- TCT
	n	%	n	%		
Đúng	200	51,3	317	81,3	<0,05	30,0
Chưa đúng	190	48,7	73	18,7		
Kiểm định McNemar Test						

Nhận xét:

Kiến thức phòng chống các BLTQĐTD SCT tăng lên rõ rệt so với TCT (Hiệu số kết quả SCT – TCT là 30,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p – value $< 0,05$, McNemar test). TCT kiến thức chung đúng về phòng chống các BLTQĐTD đạt 51,3%, SCT tăng lên 81,3%.

Bảng 3.24. Phân tích hồi quy logistic kiến thức và một số yếu tố TCT và SCT

Yếu tố (n=780)		Kiến thức		OR (KTC 95%)	P
		Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)		
Tình trạng can thiệp	SCT	317 (81,3)	73 (18,7)	4,872 (3,331 – 7,126)	<0,05
	TCT	200 (51,3)	190 (48,7)	-	-
Nhóm tuổi	< 25	326 (65,2)	174 (34,8)	0,914 (0,183 – 4,576)	0,913
	25 - 49	186 (68,4)	86 (31,6)	1,144 (0,230 – 5,684)	0,869
	>49	5 (62,5)	3 (37,5)	-	-
Dân tộc	Kinh	512 (66,2)	261 (33,8)	0,557 (0,102 – 3,038)	0,499
	Khác	5 (71,4)	2 (28,6)	-	-
Trình độ học vấn	TC, CĐ, ĐH	160 (68,1)	75 (31,9)	1,348 (0,164 – 11,093)	0,781
	THPT	228 (70,6)	95 (29,4)	1,549 (0,190 – 12,651)	0,683
	THCS	96 (55,8)	76 (44,2)	0,736 (0,089 – 6,065)	0,776
	Tiểu học	31 (67,4)	15 (32,6)	1,434 (0,162 – 12,659)	0,746
	Mù chữ	2 (50,0)	2 (50,0)	-	-
Thu nhập	≤ 2.000.000	150 (59,1)	104 (40,9)	1,268 (0,875 – 1,838)	0,210
	> 2.000.000	367 (69,8)	159 (30,2)	-	-
Tình trạng gia đình	Đã lập	52 (73,2)	19 (26,8)	1,179 (0,638 – 2,179)	0,598
	Chưa lập	465 (65,6)	244 (34,4)	-	-
Nơi sống	thành phố Bến Tre	256 (65,6)	134 (34,4)	1,298 (0,928 – 1,816)	0,128
	Huyện khác	261 (66,9)	129 (33,1)	-	-
Số năm sống	< 5	58 (60,4)	38 (39,6)	0,981 (0,605 – 1,590)	0,937
	5 - 10	63 (79,7)	16 (20,3)	1,529 (0,829 – 2,818)	0,174
	> 10	396 (65,5)	209 (34,5)	-	-

Nhận xét:

Qua mô hình phân tích hồi quy, kết quả kiến thức đúng về phòng chống các BLTQĐTD SCT cao hơn kiến thức TCT 4,872 lần, $p < 0,05$.

3.3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp về thực hành đúng phòng chống các BLTQĐTD năm 2014 - 2018

Bảng 3.25. Thực hành sử dụng BCS, CBT khi QHTD trước và sau can thiệp

Nội dung	TCT		SCT		p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Sử dụng chất bôi trơn (n=390)						
Có	245	62,8	381	97,7	<0,05	34,9
Không	145	37,2	9	2,3		
Sử dụng bao cao su(n=390)						
Có	306	78,5	386	99,0	<0,05	20,5
Không	84	21,5	4	1,0		
Dùng CBT, BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua (n=390)						
Có	103	26,4	309	79,2	<0,05	52,8
Không	287	73,6	81	20,8		
Dùng CBT không dùng với BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua (n=390)						
Không	267	68,5	330	84,6	<0,05	16,1
Có	123	31,5	60	15,4		
Sử dụng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc say/xỉn						
Có	76	53,1	204	85,7	<0,05	32,6
Không, không nhớ	67	46,9	34	14,3		
Tổng	143		238			
Dùng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc						
Có	4	66,7	2	100	<0,05	33,3
Không	2	33,3	0	0		
Tổng	6		2			
Kiểm định McNemar Test						

Nhận xét:

Kết quả nghiên cứu năm 2018 có sự thay đổi theo hướng tích cực tỷ lệ thực hành sử dụng BCS, CBT khi QHTD trước và sau can thiệp. Tỷ lệ sử dụng CBT, BCS của các bạn MSM đã tăng lên sau quá trình can thiệp: có sử dụng CBT TCT: 62,8%, SCT: 97,7%; có sử dụng BCS TCT: 75,5%, SCT: 99%. Tỷ lệ dùng CBT cùng với BCS khi QHTD qua đường hậu môn của ĐTNC tăng 52,8% (TCT: 26,4%, SCT: 79,2%). Sử dụng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc say/xỉn tăng 32,6% (TCT: 53,1%, SCT: 85,7%). Dùng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc tăng 33,3% (TCT: 66,7%, SCT: 100%), các sự khác biệt TCT và SCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.26. Tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD trong 1 tháng qua với các bạn tình trước và sau can thiệp

Nội dung	TCT		SCT		p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Bạn tình nam	193		331			
Có	95	49,2	289	87,3	<0,05	38,1
Không	98	50,8	42	22,7		
Khách hàng nam	13		19			
Có	10	76,9	17	89,5	0,003	12,6
Không	3	33,1	2	10,5		
Nam bán dâm	4		11			
Có	2	50,0	11	100	0,022	50,0
Không	2	50,0	0	0		
Bạn tình nữ	52		45			
Có	13	25,0	21	46,7	0,027	21,7
Không	39	75,0	24	53,3		
Khách hàng nữ	1		6			
Có	0	0	6	100	0,125	100
Không	1	100	0	0		
Nữ bán dâm	1		4			
Có	1	100	3	75	0,250	(-25,0)
Không	0	0	1	25		

Nhận xét:

Đã có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê (p - value luôn nhỏ hơn 0,05) so sánh tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD trong 1 tháng qua với các bạn tình TCT và SCT với các nhóm bạn tình như: bạn tình nam (hiệu số kết quả SCT-TCT: 38,1%), khách hàng nam (hiệu số kết quả SCT-TCT: 12,6%), nam bán dâm (hiệu số kết quả SCT-TCT: 50,0%), bạn tình nữ (hiệu số kết quả SCT-TCT: 21,7%). Tuy nhiên sự khác biệt tỷ lệ này ở nhóm khách hàng nữ và nữ bán dâm chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.27. Thực hành phòng chống các BLTQĐTD của ĐTNC TCT và SCT

Thực hành	TCT năm 2014 (n=390)		SCT năm 2018 (n=390)		p	Hiệu số kết quả SCT- TCT
	n	%	n	%		
Đúng	265	67,9	365	83,3	<0,05	15,4
Chưa đúng	125	32,1	65	16,7		
Kiểm định McNemar Test						

Nhận xét:

Kết quả phân tích có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p – value nhỏ hơn 0,05, McNemar test) về tỷ lệ ĐTNC có thực hành phòng chống các BLTQĐTD TCT và SCT: TCT thực hành đúng về phòng, chống các BLTQĐTD đạt 67,9%, SCT thực hành đúng tăng lên 83,3%, hiệu số kết quả can thiệp thực hành đúng là 15,4%.

Bảng 3.28. Phân tích hồi quy logistic thực hành và một số yếu tố TCT và SCT

Yếu tố (n=780)		Thực hành		OR (KTC 95%)	P
		Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)		
Tình trạng can thiệp	SCT	325 (83,3)	65 (16,7)	2,796 (1,816 – 4,304)	<0,05
	TCT	265 (67,9)	125 (32,1)	-	-
Kiến thức	Đúng	405 (78,3)	112 (21,7)	1,180 (0,810 – 1,720)	0,389
	Chưa đúng	185 (70,3)	78 (29,7)	-	-
Nhóm tuổi	< 25	381 (76,2)	119 (23,8)	0,778 (0,157 – 3,847)	0,758
	25 - 49	204 (75,0)	68 (25,0)	0,835 (0,171 – 4,086)	0,824
	>49	5 (62,5)	3 (37,5)	-	-
Dân tộc	Kinh	586 (75,8)	187 (24,2)	1,645 (0,321 – 8,417)	0,550
	Khác	4 (57,1)	3 (42,9)	-	-
Trình độ học vấn	TC, CD, ĐH	176 (74,9)	59 (25,1)	1,132 (0,110 – 11,641)	0,917
	THPT	252 (78,0)	71 (22,0)	1,043 (0,102 – 10,632)	0,971
	THCS	126 (73,3)	46 (26,7)	0,893 (0,087 – 9,179)	0,924
	Tiểu học	33 (71,7)	13 (28,3)	0,932 (0,085 – 10,276)	0,954
	Mù chữ	3 (75,0)	1 (25,0)	-	-
Thu nhập	≤ 2.000.000	184 (72,4)	70 (27,6)	1,001 (0,671 – 1,491)	0,998
	> 2.000.000	406 (77,2)	120 (22,8)	-	-
Tình trạng gia đình	Đã lập	36 (50,7)	35 (49,3)	0,229 (0,131 – 0,398)	<0,05
	Chưa lập	554 (78,1)	155 (21,9)	-	-
Nơi sống	Thành phố Bến Tre	295 (75,6)	95 (24,4)	1,199 (0,838 – 1,716)	0,320
	Huyện khác	295 (75,6)	95 (24,4)	-	-
Số năm sống	< 5	63 (65,6)	33 (34,4)	0,554 (0,335 – 0,918)	0,022
	5 - 10	55 (69,6)	24 (30,4)	0,521 (0,298 – 0,991)	0,022
	> 10	472 (78,0)	133 (22,0)	-	-

Nhận xét:

Qua mô hình phân tích hồi quy, kết quả thực hành đúng về phòng chống một số BLTQĐTD SCT cao hơn thực hành đúng TCT 2,796 lần, $p < 0,05$.

3.3.4. Một số kết quả can thiệp về truyền thông và dự phòng*Bảng 3.29. Số lượng BCS và CBT chương trình can thiệp*

Nội dung	Tổng số
Số lượng BCS cấp miễn phí	45.000
Số lượng chất bôi trơn cấp phát miễn phí	30.000

Nhận xét:

Số lượng BCS cấp phát miễn phí cho ĐTNC là 45.000 cái, số lượng CBT phát miễn phí là 30.000 gói.

Bảng 3.30. Tiếp cận với chương trình BCS miễn phí của ĐTNC TCT và SCT

Nội dung	TCT		SCT		p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Nhận BCS miễn phí (n=390)						
Có	208	53,3	358	91,8	<0,05	38,5
Không	182	46,7	32	8,2	-	
Lần gần nhất nhận BCS miễn phí (n=390)						
1 tháng trước	82	21,0	196	50,3		29,3
6 tháng trước	111	28,5	126	32,3		3,8
12 tháng trước	9	2,3	17	4,4		2,1
Hơn 1 năm	6	1,5	19	4,9		3,4
Chưa bao giờ	181	46,4	31	7,9		(-38,5)
Không nhớ/không trả lời	1	0,3	1	0,3		0
<i>McNemar Test</i>						

Nhận xét:

TCT tỷ lệ MSM nhận BCS miễn phí là 53,3%, SCT là 91,8%. Hiệu số

kết quả can thiệp là 38,5%, sự khác biệt tỷ lệ trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê (McNemar test, $p < 0,05$).

Bảng 3.31. Tiếp cận được thông tin, tài liệu truyền thông của MSM (n=390)

Nội dung	TCT		SCT		p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Được nghe nói về tình dục an toàn	390		390			
Có	267	68,5	370	94,9	<0,05	26,4
Không	123	31,5	20	5,1		
Nguồn cung cấp thông tin về tình dục an toàn						
Giáo dục viên	27	38,6	35	18,1		
Cán bộ y tế	25	35,7	31	16,1		
Đồng đảng viên/bạn bè	36	51,4	173	89,6		
Gia đình, người thân	2	0,5	0			
Trung tâm tư vấn xét nghiệm tự nguyện	10	14,3	9	4,7		
Chương trình biểu diễn/trò chơi HIV	10	14,3	3	1,6		
Bạn tình	6	8,6	7	3,6		
Được nhận tài liệu dành cho MSM về tình dục an toàn	390		390			
Có	208	53,3	350	89,7	<0,05	36,4
Không	182	46,7	40	10,3		
Được nhận thông tin/tài liệu cho MSM về tình dục an toàn lần gần nhất	390		390			
1 tháng trước	46	11,8	87	22,3		
6 tháng trước	104	26,7	200	51,3		
12 tháng trước	22	5,6	29	7,4		
Hơn 1 năm	36	9,2	34	8,7		
Chưa bao giờ	181	46,4	36	9,2		
Không biết/không trả lời	1	0,3	4	1,0		

Nhận xét:

Tỷ lệ MSM được nghe nói về tình dục an toàn tăng sau can thiệp (SCT) (TCT: 68,5,5%, SCT: 94,9%). Tỷ lệ MSM được nhận thông tin/tài liệu cho MSM về tình dục an toàn tăng sau can thiệp (TCT: 53,3%, SCT: 89,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.32. Thông tin về tiếp cận dịch vụ VCT, điều trị HIV của MSM (n=390)

Nội dung	TCT		SCT		p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Biết nơi XN HIV	390		390			
Có	207	53,1	374	95,9	<0,05	42,8
Không	183	46,9	16	4,1		
Đã XN HIV	390		390			
Có	106	27,2	308	79,0	<0,05	51,8
Không	284	72,8	82	21,0		
Lần gần nhất làm XN HIV có kết quả	106					
6 tháng trước	65	61,3	105	34,1		
12 tháng trước	18	17,0	82	26,6		
Hơn 1 năm	19	17,9	112	36,4		
Chưa bao giờ	4	3,8	1	0,3		
Không nhớ, không trả lời	0	0	8	2,6		
Người giới thiệu đến nơi XN HIV (lần gần nhất)						
Nhân viên tiếp cận cộng đồng	19	22,9	157	84,0		
Nhân viên y tế	6	7,2	3	1,6		
Bạn tình	2	2,4	6	3,2		
Bạn cũng là MSM	33	39,8	15	8,0		
Qua các phương tiện thông tin đại chúng	19	22,9	5	2,7		
Gia đình, người thân	4	4,8	1	0,5		
<i>McNemar Test</i>						

Nhận xét :

TCT có 53,1% biết nơi xét nghiệm HIV, SCT tăng lên đạt 95,9%

($p < 0,05$). Tỷ lệ đã xét nghiệm HIV cũng tăng từ 27,2% lên 79,0% ($p > 0,05$).

Bảng 3.33. Tiếp cận với thông tin, dịch vụ dành cho người nhiễm HIV

Nội dung	TCT		SCT		p	Hiệu số kết quả SCT-TCT
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Biết nơi điều trị ARV miễn phí	390		390			
Có	94	24,1	352	90,3	<0,05	66,2
Không	296	75,9	38	9,7		
Biết đến dịch vụ chăm sóc tại nhà cho người nhiễm HIV	390		390			
Có	86	22,1	153	39,2	<0,05	17,1
Không	304	77,9	237	60,8		
<i>McNemar Test</i>						

Nhận xét:

Tỷ lệ các MSM biết nơi người nhiễm HIV điều trị ARV miễn phí tăng sau can thiệp (TCT: 24,1%, SCT: 90,3%), TCT có 22,1% MSM biết đến dịch vụ chăm sóc tại nhà cho người nhiễm HIV, SCT có 39,2% đối tượng biết đến dịch vụ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.34. Hoạt động can thiệp về truyền thông

Nội dung	Tổng số
Số lượng tờ rơi cấp phát (tờ)	20.000
Số tin, bài viết	121
Số buổi truyền thông nhóm nhỏ (20 người)	360
Số chương trình truyền thông nhóm lớn (150 người)	03
Tập huấn về truyền thông	16

Nhận xét:

Hoạt động can thiệp cung cấp dịch vụ truyền thông, đối tượng nhận được thông tin từ các hình thức và các nguồn khác nhau. Một số kết quả về các hoạt

động: số tờ rơi cấp phát 20.000 tờ, số tin và bài viết là 121 bài được đăng tải và chia sẻ rộng rãi trên các mạng zalo, facebook và trong Câu lạc bộ MSM, tổ chức 360 buổi sinh hoạt nhóm nhỏ, tập huấn về kỹ năng truyền thông 16 lần. Số chương trình tuyên truyền nhóm lớn (150 người) 03 lần.

Bảng 3.35. Tiếp cận dịch vụ internet (mạng Zalo) ĐTNC SCT

Nội dung	Sau can thiệp	
	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thông tin về cộng đồng MSM, nhiễm HIV, các BLTQĐTD được cung cấp có bổ ích (n=339)		
Có	339	100
Không	0	0
Tiếp tục tham gia chia sẻ thông tin MSM, các BLTQĐTD trên zalo và giới thiệu bạn bè tham gia (n=339)		
Rất đồng ý	238	70,2
Đồng ý	100	29,5
Không ý kiến	1	0,3

Nhận xét:

Trong số các ĐTNC được tiếp cận thông tin, tài liệu về MSM, HIV, các BLTQĐTD qua mạng zalo (339 người). Tất cả các ĐTNC cho biết những thông tin được cung cấp từ chương trình can thiệp là bổ ích.

Có tới 70,2% ĐTNC rất đồng ý, 29,5% đồng ý sẽ tiếp tục tham gia chia sẻ thông tin MSM, các BLTQĐTD trên zalo và giới thiệu bạn bè tham gia. Chỉ 0,3% (1 người) không đồng ý chia sẻ các thông tin này vì lý do công việc không tiện cho việc đăng tải những tài liệu về các BLTQĐTD, HIV.

Bảng 3.36. Khảo sát độ hòa nhập cộng đồng, sống đúng với bản thân mình của các bạn MSM qua việc từng tiết lộ mình là MSM với gia đình, bạn bè, đồng nghiệp (n=390)

Tiết lộ mình là MSM với gia đình, bạn bè, đồng nghiệp	TCT		SCT	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thành viên trong gia đình	105	26,9	144	36,9
Đồng nghiệp nơi làm việc	57	14,6	67	17,2
Vợ/bạn gái	19	4,9	5	1,3
Những người bạn không phải MSM	94	24,1	109	27,9
Những người bạn là MSM	279	71,5	252	64,6
Bạn tình nam	370	94,9	368	94,4

Nhận xét:

Kết quả khảo sát độ hòa nhập cộng đồng, sống đúng với bản thân mình của các bạn MSM qua việc từng tiết lộ mình là MSM với gia đình, bạn bè, đồng nghiệp: TCT có 26,9% ĐTNC từng tiết lộ việc mình là MSM cho các thành viên trong gia đình, SCT tỷ lệ này tăng lên 36,9%. Tương tự, việc tiết lộ với đồng nghiệp tăng từ 14,6% lên 17,2%, tiết lộ bản thân là MSM với những bạn nam không phải MSM tăng từ 24,1% lên 27,9%.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 23, trong đó tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất là 53. Đa số các đối tượng tham gia nghiên cứu là tuổi trẻ, mẫu tập trung đa số ở nhóm tuổi nhỏ hơn 25 (chiếm 64,1%), nhóm tuổi từ 25 đến 49 chiếm 34,9% và trên 49 chỉ chiếm 1,0%. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu STIs/HIV và hành vi nguy cơ ở quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tỉnh Bến Tre năm 2011 của Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh và Ban Quản lý Dự án Phòng chống HIV/AIDS ở Việt Nam do Ngân hàng Thế giới tài trợ tỉnh Bến Tre thực hiện với tỷ lệ nhóm tuổi dưới 24 tuổi là 76,6%, tuy nhiên tuổi trung bình thấp hơn (22,7 tuổi) [47]. Trịnh Xuân Tùng (2015) cho thấy với tuổi trung bình là 24 tuổi [45]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Evers Ymke J (2020), tuổi trung bình của những người tham gia là 40 tuổi (31 - 47 tuổi) và Trevor A Hart (2021) tuổi trung bình hiệu chỉnh $34,8 \pm 12,9$ đến $37,9 \pm 14,6$ [62], [86].

Mẫu nghiên cứu chủ yếu là dân tộc kinh (98,5%), còn lại là dân tộc khác chiếm tỷ lệ nhỏ (1,5%). Điều này phù hợp với đặc điểm dân số chung của cộng đồng dân cư tỉnh Bến Tre.

Trình độ học vấn của đối tượng trong nghiên cứu đa số là học vấn từ trung học cơ sở trở lên chiếm 92,4%, trong đó trình độ học vấn trung học cơ sở 21,3%, trung học phổ thông 40,8%, trình độ đại học/cao đẳng 30,3%. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu HIV/STIs và hành vi nguy cơ ở quần thể MSM tỉnh Bến Tre năm 2011 với trình độ từ trung học cơ sở trở lên là 92,3% ($p > 0,05$) [47].

Độ tuổi của mẫu nghiên cứu chủ yếu là độ tuổi nhỏ hơn 25(64,1%), ở

độ tuổi này chủ yếu các bạn MSM đang đi học hoặc chưa tìm được việc làm, các công việc làm của nhóm này đa số là làm thêm. Ngoài ra, có 6,2% đối tượng là nông dân, 3,3% là nhân viên nhà nước, 13,6% nhân viên phục vụ, bán hàng 7,2%, kinh doanh 13,6%, công nhân 4,1%, có 1,0% làm nghề bán dâm và 13,1% làm nghề tự do/khác. Các nghề nghiệp của đối tượng phong phú, một số người phải làm nhiều nghề để có thêm thu nhập. Tuy nhiên thu nhập của mẫu nghiên cứu tương đối thấp, trung vị thu nhập là 2.000.000 đồng. Trong đó thu nhập thấp nhất là 100.000 đồng, cao nhất 15.000.000 đồng (người kinh doanh). Việc thu nhập của các đối tượng thấp ảnh hưởng phần nào đến việc dự phòng lây nhiễm HIV như BCS, đến các dịch vụ khám chữa các BLTQĐTD. Catherine Maulsby (2019) ghi nhận kết quả khác nghiên cứu chúng tôi. Nhóm MSM đa số có học vấn thấp, ít học vấn (51%), 22% nam giới thất nghiệp, có thể do quần thể nghiên cứu này thực hiện ở người da đen, nơi có sự kỳ thị về màu da khá cao nên việc học hành của nhóm này khá thấp [54]. Như vậy, tùy theo quần thể, khu vực nghiên cứu mà có đặc điểm nhân khẩu học khác nhau.

Phần lớn ĐTNC sống ở thành phố Bến Tre (61,5%), ĐTNC có nơi sống tại các huyện còn lại chiếm 38,5%. Các MSM từ các vùng nông thôn đến sinh sống tại thành phố Bến Tre để đi học, kinh doanh/buôn bán, nhân viên bán hàng, nhân viên nhà nước, làm tóc, trang điểm hay thậm chí là bán dâm. Do đó, khu vực thành phố Bến Tre có nhiều MSM là điều dễ hiểu. Mặt khác, đa số các MSM tham gia nghiên cứu có thời gian sống thường trú tại địa bàn khá lâu, trung vị số năm sống của mẫu nghiên cứu tại địa bàn tỉnh Bến Tre năm 2014 là 19 năm. MSM tham gia nghiên cứu có thời gian sống thường trú tại địa bàn trên 10 năm là 79%, từ 5 đến 10 năm 5,6% và dưới 5 năm có 15,4%. Điều này cũng minh chứng cho nhận định của đề tài nhóm MSM ở đây mang nhiều đặc điểm của Bến Tre, đặc điểm của một tỉnh thuần nông, khác biệt so

với các nghiên cứu của các tác giả trong nước nghiên cứu trên nhóm MSM tại các khu vực đô thị lớn như Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, Cần Thơ (các nhóm MSM đô thị với xuất thân khá đa dạng).

Khảo sát về tình trạng lập gia đình và con cái của các đối tượng nghiên cứu thu được kết quả như sau: Đa số các đối tượng chưa lập gia đình (93,6%), lập gia đình 6,4%. Trong số ĐTNC đã lập gia đình có từ 1 đến 2 con chiếm 72%, trên 2 con là 12%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc (2014), tình trạng hôn nhân: độc thân 87,0%, sống với gia đình là 71,0% [29]. Không chỉ có những người nam tự nhận là “đồng tính/gay” mới có QHTD với nam giới mà phần lớn cũng có những người đàn ông có QHTD đồng giới nhưng không thể tự nhận mình là người đồng tính. Họ vẫn sống và làm việc mà không ai nhận ra; thông thường họ vẫn là những người trụ cột của gia đình và có con cái. Tỷ lệ chưa lập gia đình cao có thể giải thích do sở thích bạn tình và xu hướng tình dục của các ĐTNC.

Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu trả lời rằng chỉ thích bạn tình là nam (49%) hoặc thích bạn tình là nam hơn nữ (19,2%), 18,2% thích bạn tình nữ hơn nam. Ngoài ra, các đối tượng mặc dù thích QHTD với bạn tình nữ tuy nhiên vẫn có QHTD với bạn tình nam (2,6%) và 11% thích bạn tình là nam, nữ như nhau. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc (2014), ghi nhận 63,5% MSM thích bạn tình nam [29]. Điều này có thể giải thích do MSM bao gồm những người nam có khuynh hướng tình dục đồng giới, lưỡng giới hoặc khác giới và có rất nhiều nguyên nhân mà nam giới QHTD với một nam giới khác như do sự ham muốn của bản thân, một số khác làm vì tiền, vì những lợi ích khác hoặc là do sống trong môi trường thiếu phụ nữ. Một số người bị ép buộc chứ không đơn thuần là sở thích tình dục. Những quần thể MSM ở các khu vực khác nhau thì cơ cấu các nhóm khuynh hướng tình dục có thể sẽ khác nhau.

4.2. Thực trạng nhiễm một số bệnh lây qua đường tình dục, tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng và một số yếu tố liên quan ở MSM tại tỉnh Bến Tre năm 2014

4.2.1. Tỷ lệ nhiễm một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở ĐTNC năm 2014

Trong phạm vi đề tài này chúng tôi chỉ nghiên cứu về nhiễm HIV, giang mai và chlamydia trachomatis. Đề tài chưa có đủ điều kiện để thực hiện thêm các BLTQĐTD phổ biến khác như lậu, mào gà, herpes... Thời điểm nghiên cứu năm 2014, tỷ lệ nhiễm ít nhất một bệnh BLTQĐTD ở ĐTNC MSM là 14,4%. Đây là tỷ lệ nhiễm khá cao.

Tỷ lệ nhiễm HIV trong mẫu nghiên cứu là 3,8%, giang mai là 0,3%, và chlamydia trachomatis là 10,8%. Tỷ lệ nhiễm HIV và giang mai trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu HIV/STIs và hành vi nguy cơ ở quần thể MSM tỉnh Bến Tre năm 2011 (HIV 1,1%, chlamydia 4,5%) với $p < 0,05$. Riêng tỷ lệ giang mai của hai nghiên cứu tương đồng với nhau (0,3% so với 0%) với $p > 0,05$ [47]. Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV và chlamydia trachomatis đã tăng lên đáng kể trong thời gian gần đây.

Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai của nghiên cứu ở nhóm MSM tại Bến Tre thấp hơn kết quả lồng ghép giám sát hành vi và giám sát trọng điểm HIV tại Thành phố Cần Thơ. Năm 2015, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM tại Cần Thơ là 8%, tỷ lệ nhiễm giang mai 2,67% [40]; năm 2016: tỷ lệ nhiễm HIV 17,33%, tỷ lệ nhiễm giang mai 10,67% ($p < 0,05$) [24].

So với các khu vực khác trong nước, Trần Thị Ngọc (2014), tỷ lệ nhiễm HIV của MSM là 1,5% [29]. Tỷ lệ lưu hành HIV ở nhóm MSM qua giám sát trọng điểm HIV, lồng ghép hành vi tại 9 tỉnh phía Nam năm 2010-2014 dao động ở mức 2 - 10% [31]. Tại Hà Nội, tỷ lệ dương tính với một trong 4 bệnh STIs gồm HIV, giang mai, lậu và chlamydia là 29%. Trong đó, mắc 2 bệnh, 3

bệnh, 4 bệnh lần lượt là 77%, 17% và 6% [48]. Tại Hải Phòng (2018), tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM là 2,0% [15]. Tại Hà Nội năm 2017, tỷ lệ nhiễm HIV/STI ở nam bán dâm đồng giới từ 16-29 tuổi rất cao (HIV: 6,1%; nhiễm ít nhất một BLTQĐTD: 48,7%; giang mai: 21,0%, lậu: 14,7% và chlamydia trachomatis 16,7%) [15]. Một nghiên cứu đánh giá về tình trạng gia tăng nhiễm HIV và giang mai trong nhóm MSM tại Việt Nam qua điều tra trọng điểm quốc gia năm 2014-2018 được thu thập từ 3 tỉnh, gồm An Giang (n=761), Cần Thơ (n=900) và Thành phố Hồ Chí Minh (n=1.426) cho thấy có những thay đổi về tỷ lệ lưu hành của HIV và giang mai và các hành vi nguy cơ theo thời gian. Hồi quy logistic đa biến được thực hiện để đánh giá xu hướng và mối tương quan của nhiễm HIV và giang mai trong nhóm MSM. Có xu hướng gia tăng đối với HIV (9,5% năm 2014 lên 14,2% năm 2018, xu hướng $p < 0,01$), bệnh giang mai (4,9% năm 2014 lên 8,0% năm 2018, xu hướng $p < 0,01$) và đồng nhiễm HIV/giang mai (1,9% năm 2014 lên 3,1% năm 2018, xu hướng $p = 0,01$) [85].

So với các nước trên thế giới, tại Hoa Kỳ (2017) ghi nhận có 68,2% các trường hợp MSM nhiễm giang mai, 38,5% bệnh lậu [56], [58]. Ở Alaska, hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM đã tăng ít nhất ba lần trong thập kỷ qua, từ 5,3% năm 2007 lên 17,9% năm 2019 tỷ lệ cao mắc bệnh lậu (18,7%), chlamydia (27,9%) và giang mai (9,6%) trong nhóm MSM trên toàn quốc, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm thanh niên MSM ở các trung tâm thành thị tăng gấp 4 lần trong giai đoạn 2011 - 2015 (từ 3,8% lên 15,6%), năm 2019 tỷ lệ hiện nhiễm cao chiếm 17,9% [72], [78], [93]. Evers Ymke J (2020) nghiên cứu về đặc điểm QHTD giữa những nam đồng giới, và sự liên quan của nó đối với các hành vi nguy cơ, các bệnh STIs ở Hà Lan, tỷ lệ nhiễm các bệnh STIs lần lượt là 10,1% *Chlamydia trachomatis*, 13,8% *Neisseria gonorrhoeae*, 3,0% bệnh giang mai và 1,0% HIV [62]. Năm 2021, phân tích hệ thống của Mohsen

Malekinejad và cộng sự cho thấy tỷ lệ nhiễm chlamydia (6, 66,7%), vi khuẩn lậu (10, 58,9%) [73]. Trevor A Hart (2021) tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở Montreal (14,2%) thấp hơn ở Toronto (22,2%) hoặc Vancouver (20,4%). Tiền sử nhiễm giang mai tương tự nhau giữa các thành phố (14-16%)[86]. Jennifer P Jain (2021) nghiên cứu tại Vịnh San Francisco, tỷ lệ lưu hành STIs do vi khuẩn là: lậu (12,9%), chlamydia (9,3%) và giang mai (6,0%) [68]. Qua đó thấy tình hình nhiễm HIV và Giang mai tại Bến Tre chiếm tỷ lệ thấp so với các tỉnh trong khu vực và cũng thấp hơn các khu vực trên thế giới đã được nghiên cứu.

Tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức 14,4%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu IBBS năm 2009 tại Cần Thơ (17,6%) với $p=0,216$, tại Hà Nội (15,8%) với $p=0,575$. Tỷ lệ trên cũng ghi nhận ở các khu vực khác nhau thì có khác nhau, ví dụ nó cao hơn kết quả nghiên cứu IBBS năm 2009 tại Hải Phòng (7,0%) với $p=0,001$ [2]. Riêng tại Hà Nội năm 2017, nghiên cứu về tỷ lệ nhiễm HIV/STIs ở nam bán dân đồng giới từ 16-29 tuổi cho thấy nhiễm ít nhất 1 BLTQĐTD chiếm 48,7% [18]. Trên thế giới, tại Hoa Kỳ (2017) ước tính khoảng 13,3 - 25% MSM bị nhiễm ít nhất một BLTQĐTD do vi khuẩn [56], [58]. Rein Willekens (2021) thực hiện một nghiên cứu cắt ngang tiền cứu, bao gồm MSM nhiễm HIV không có triệu chứng tham gia các cuộc khám định kỳ từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 12 năm 2017. Trong số 301 người khảo sát, có 60 bệnh nhân (19,9%) có ít nhất một BLTQĐTD [79]. Evers Ymke J (2020) nghiên cứu về đặc điểm quan hệ tình dục giữa những nam đồng giới và sự liên quan của nó đối với các hành vi nguy cơ, các BLTQĐTD ở Hà Lan ghi nhận tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD là 22,5% (91/405) [62].

Nhìn chung, tỷ lệ nghiên cứu của chúng tôi vẫn nằm trong khoảng phù hợp so với một số nghiên cứu khác.

4.2.2. Kiến thức về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014

MSM là một trong những nhóm nguy cơ cao trong việc lây lan các BLTQĐTD, trong đó có HIV. Vì vậy, việc trang bị cho các bạn một số kiến thức về phòng chống các BLTQĐTD cũng như HIV/AIDS để họ tự bảo vệ bản thân, tránh được những hành vi làm lây nhiễm các BLTQĐTD là rất cần thiết.

Qua kết quả nghiên cứu năm 2014 cho thấy có 100% ĐTNC được hỏi đã từng nghe nói về HIV/AIDS, các BLTQĐTD. Tuy nhiên kiến thức chung về phòng, chống các BLTQĐTD còn ở mức thấp. Kết quả cho thấy kiến thức đúng về phòng chống các BLTQĐTD của ĐTNC đạt 51,3%, kiến thức chưa đúng là 48,7%.

So với một nghiên cứu về thực hành của MSM phòng lây nhiễm HIV/AIDS năm 2017 tác giả Gift ghi nhận tỷ lệ MSM có kiến thức chung đúng về phòng lây nhiễm HIV/AIDS là 58,2% [64]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương [64].

Biết được phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV, các BLTQĐTD và quan niệm sai lầm về đường lây truyền HIV có thể giúp cho chúng ta phòng được lây nhiễm BLTQĐTD. Đối với nhóm MSM thì những hành vi nguy cơ cao của họ là QHTD không sử dụng BCS đúng cách có thể lây nhiễm bệnh cho họ hoặc bạn tình của họ. Do đó trang bị kiến thức cho nhóm MSM là cần thiết và cũng là mục tiêu của chương trình can thiệp. Qua nghiên cứu cho thấy, các đối tượng biết được các phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm BLTQĐTD mức từ 85% đến 91%.

Kiến thức đúng của các đối tượng về QHTD chung thủy với một bạn tình có thể giảm nguy cơ nhiễm BLTQĐTD 90,8%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Đức Thạnh đạt 91,5%, $p > 0,05$. Kiến thức “Sử dụng BCS

trong tất cả các lần QHTD” đạt 87,7% thấp hơn nghiên cứu tại Cần Thơ (95,8%), $p < 0,05$. Có 91,5% đối tượng trả lời “Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD đường hậu môn giảm được lây truyền HIV” [34].

Sử dụng chung BKT cũng là một trong những nguy cơ cao lây nhiễm HIV, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về không dùng chung BKT khi tiêm chích ma túy đạt 85,9%, cao hơn nghiên cứu tại Cần Thơ 77,7% ($p < 0,05$) [34].

Đa số các đối tượng có kiến thức đúng về các phương pháp giảm lây truyền HIV và BLTQĐTD (trên 85%); tuy nhiên, cũng có bộ phận không nhỏ hiểu sai về đường lây truyền HIV. Đó là 31,5% đối tượng trả lời cần tránh muỗi đốt và 17,2% không ăn chung với người nhiễm HIV.

4.2.3. Thực hành về phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014

Với tiêu chí đánh giá thực hành đúng: khi đối tượng sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD trong 1 tháng qua; không sử dụng chung BKT khi tiêm chích ma túy; khi thấy các triệu chứng như đau, loét, sùi hay chảy mủ bộ phận sinh dục/hậu môn thì đối tượng đi đến các cơ sở y tế khám và điều trị đồng thời thông báo cho bạn tình, sử dụng BCS khi QHTD trong thời gian có triệu chứng. Qua khảo sát thực hành về phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNV năm 2014, tỷ lệ thực hành đúng đạt 67,9%, tỷ lệ thực hành chưa đúng là 32,1%.

Ở một nghiên cứu cùng chủ đề của Gift (2017) cũng cho kết quả: tỷ lệ MSM có thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS là 23%. Trong đó, 61,4% MSM thực hành đúng khi thường mang BCS trong người; 81,2% MSM có dùng BCS trong lần QHTD gần nhất; 9,7% MSM từng QHTD tập thể và 83,3% trong số họ có sử dụng BCS khi QHTD; 50,4% MSM từng QHTD khi say xỉn và 59,1% trong số họ có sử dụng BCS [64].

QHTD không an toàn qua đường hậu môn là một trong các nguyên nhân chính gây nên lây truyền các BLTQĐTD ở quần thể MSM. Có (57,2%-

87,7%) ĐTNCC có QHTD trong tháng qua và số người trung bình 1 người, số người QHTD cao nhất với ĐTNCC lên đến 21 người trong tháng. Trần Thị Ngọc (2014) ghi nhận MSM có QHTD với bạn tình nam trong tháng qua là 97,5% trong đó 31,8% chỉ QHTD qua đường hậu môn [29]. Việc QHTD không an toàn với nhiều bạn tình càng làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV trong cộng đồng MSM.

Đa số bạn tình mà các đối tượng quan hệ là bạn tình nam tự nguyện - không có trao đổi tiền bạc (49,2%), kể đến là bạn tình nữ (13,3%). Theo nghiên cứu Tình dục đồng giới nam tại Việt Nam sự kỳ thị và quan hệ xã hội của Vũ Mạnh Lợi và Trần Thị Nga cho thấy: Khi được hỏi về những khó khăn thường gặp, hầu hết những người đồng tính nam cho rằng, khó khăn lớn nhất của họ là tìm kiếm bạn tình. Để có được bạn tình, người đồng tính nam thường sử dụng vật chất, tiền bạc để dụ dỗ trao đổi. Nhiều người đồng tính không kiếm được bạn tình họ tham gia vào bán dâm để có cơ hội QHTD với nam giới. Điều này có thể dẫn người đồng tính nam đến nguy cơ bị lây nhiễm các BLTQĐTD, nếu họ thiếu kiến thức và kỹ năng dự phòng.

Vì vậy, khi QHTD với các loại bạn tình khác nhau, ĐTNCC có những thực hành dự phòng lây nhiễm các BLTQĐTD khác nhau hay không cũng là một trong những câu hỏi chúng tôi đặt ra trong nghiên cứu. Một trong những biện pháp phòng chống đơn giản và hiệu quả việc lây nhiễm HIV cũng như BLTQĐTD khác qua con đường QHTD là việc sử dụng BCS. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sử dụng BCS ở các lần QHTD qua đường hậu môn trong 1 tháng qua cụ thể: đối với bạn tình nam tự nguyện đạt 49,2%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Hương và cộng sự năm 2014 (49,5%), $p > 0,05$ [19]. Tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần với khách hàng nam đạt 76,9%, với nam bán dâm 50%, bạn tình nữ 25%, khách hàng nữ 0% và nữ bán dâm 100%. Do đó, nâng cao tỷ lệ sử dụng BCS trong nhóm này rất quan trọng

trong việc phòng, chống các BLTQĐTD.

Nhìn chung nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ khá phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Trần Thị Ngọc (2014) ghi nhận MSM có QHTD với bạn tình nam trong tháng qua, có 35,8% luôn sử dụng BCS trong QHTD, 49,2% chỉ thỉnh thoảng dùng. Mặt khác, có 39,5% luôn sử dụng CBT và 41,2% chỉ thỉnh thoảng sử dụng. Lý do không sử dụng BCS trong QHTD là do không sẵn có 54,5% [29]. Cùng thời gian, tại Vĩnh Phúc, Lê Quang Sơn ghi nhận có 67,6% MSM có QHTD trong 1 tháng qua, trong đó tỷ lệ sử dụng BCS trong tất cả các lần chỉ đạt 49,5%. Có 10,2% cho rằng có QHTD để nhận tiền với bạn tình là nam, trong đó có hơn 90% có sử dụng BCS; 2,5% các đối tượng có QHTD với bạn tình thường xuyên có tiêm chích ma túy, nhưng trong đó chỉ có 37,5% có sử dụng BCS [32]. Trần Thị Bích Hội (2018) ghi nhận tỷ lệ sử dụng BCS thường xuyên trong QHTD với khách hàng của nhóm MSM có QHTD với bạn tình nam nhận tiền là 71,4% [15]. Một nghiên cứu về thực hành của MSM phòng lây nhiễm HIV/AIDS năm 2017, tỷ lệ MSM có thực hành đúng về dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS là 23%. Trong đó, 61,4% MSM thực hành đúng khi thường mang BCS trong người. Có 81,2% MSM có dùng BCS trong lần QHTD gần nhất. Có 9,7% MSM từng QHTD tập thể và 83,3% trong số họ có sử dụng BCS. Có 50,4% MSM từng QHTD khi say xỉn và 59,1% trong số họ có sử dụng BCS [64]. So với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2017) thì kết quả của chúng tôi khá quan hơn. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ sử dụng BCS khi QHTD thấp: Sử dụng BCS qua đường miệng của đối tượng với khách hàng nam (2,2%) và khách hàng nam với đối tượng (2,5%). Sử dụng BCS qua đường hậu môn của đối tượng với khách nam (14,6%) và khách nam với đối tượng (15,3%) [18]. Tương tự, Dương Phương Hiếu (2021) tại Thái Nguyên, tỷ lệ không sử dụng BCS khi QHTD qua đường hậu môn còn khá cao 37,5% [13].

Khảo sát trong số ĐTNC sử dụng ma túy trong 1 tháng qua (07 đối tượng), số có TCMT chiếm 42,9% và tỷ lệ sử dụng lại BKT của người khác trong 1 tháng qua là 33,3% (01 người). Đây cũng là môi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới có sử dụng ma túy. Lê Quang Sơn ghi nhận có 19% đối tượng có sử dụng thuốc lắc và ma túy tổng hợp, 2,8% đã từng tiêm chích ma túy nhưng 100% sử dụng riêng BKT khi tiêm chích [32]. Trần Thị Bích Hội (2018) ghi nhận 2,6% MSM tiêm chích ma túy và 34,7% MSM có sử dụng thuốc lắc và ma túy tổng hợp [15].

Qua khảo sát về tiền sử và cách xử lý khi có triệu chứng như đau, loét, sùi hay chảy mủ bộ phận sinh dục/hậu môn, cho thấy có 6,7% đối tượng có triệu chứng bị loét, sùi hoặc chảy mủ/dịch ở bộ phận sinh dục. Qua khai nhận của các đối tượng về cách xử trí bệnh của các đối tượng khi thấy những biểu hiện của bệnh đa số các đối tượng không làm gì cả chiếm 53,8%, có 26,9% kể cho bạn tình biết về triệu chứng của mình, chỉ có 23,1% đi khám, chữa tại các cơ sở y tế nhà nước, 7,7% khám tại các cơ sở y tế tư nhân và 15,4% đến nhà thuốc để mua thuốc. Có 11,5% các đối tượng trả lời tự điều trị tại nhà và có 23,1% ĐTNC khi có các triệu chứng của BLTQĐT ngừng QHTD hay 7,7% sử dụng BCS khi QHTD.

Về cơ chế lây truyền các BLTQĐT: QHTD giữa nam và nam có nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS nhiều hơn QHTD giữa nam và nữ. Họ sinh hoạt tình dục qua đường hậu môn, làm tăng nguy cơ bị lây nhiễm HIV từ người bệnh sang người lành. Hậu môn không có dịch nhờn bôi trơn. Hơn nữa, niêm mạc trực tràng có nhiều mao mạch, dễ bị tổn thương, xây xước khi sinh hoạt tình dục qua đường này. Những vết xước rất nhỏ không thể nhận thấy bằng mắt thường trên bề mặt của niêm mạc hậu môn xảy ra trong lúc giao hợp là đường xâm nhập của HIV. Qua những vết xây xước này, HIV sẽ xâm nhập từ người nhiễm sang người lành và từ đó vào máu. Trong tinh dịch người bệnh có chứa

rất nhiều HIV, nên người nhận tinh dịch (đóng vai trò phụ nữ) có nguy cơ bị nhiễm cao hơn so với người không nhận (đóng vai trò nam giới). Do đó, sử dụng CBT, BCS khi QHTD đường hậu môn sẽ giảm nguy cơ lây nhiễm các BLTQĐTD.

Khảo sát cho thấy 62,8% ĐTNC có sử dụng CBT, 78,5% có sử dụng BCS. QHTD đường hậu môn là một trong những nguyên nhân gây trầy xước niêm mạc hậu môn tạo cơ hội thuận lợi cho các tác nhân BLTQĐTD xâm nhập vào cơ thể. Việc sử dụng BCS đồng thời với CBT là một trong những biện pháp phòng ngừa lây nhiễm BLTQĐTD một cách hiệu quả. Tỷ lệ sử dụng CBT cùng BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua chiếm 26,4%. Vẫn còn số lượng không nhỏ đối tượng không sử dụng BCS cùng CBT (73,6%) hoặc chỉ sử dụng CBT mà không sử dụng BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua. Đây là nguy cơ có thể dẫn đến tình trạng nhiễm hoặc lây lan các BLTQĐTD sang cho người khác. Tỷ lệ dùng chất bôi trơn không dùng với BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua của nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu STIs/HIV và hành vi nguy cơ ở quần thể MSM tỉnh Bến Tre năm 2011 (31,5% so với 55,1% với $p < 0,05$) [47]. Chiến dịch truyền thông cần tăng cường hơn nữa để những kiến thức đúng, thực hành đúng đến với các đối tượng này, đặc biệt là việc cung cấp BCS và CBT, hướng dẫn QHTD an toàn, kỹ năng thương thuyết tình dục an toàn, kỹ năng xử lý khi có nguy cơ lây nhiễm các BLTQĐTD,...

Hầu hết các bạn MSM được khảo sát đều trả lời có uống rượu bia trong tháng qua, trung bình uống từ 5 đến 7 ngày/tháng, cao nhất là ngày nào cũng uống rượu. Việc sử dụng rượu/bia có thể ảnh hưởng đến việc thực hiện các hành vi an toàn cho bản thân như sử dụng BCS khi QHTD hay dùng riêng BKT khi tiêm chích ma túy. Có 36,7% đối tượng có QHTD khi uống rượu/bia say lần gần nhất. Kết quả nghiên cứu cao hơn nghiên cứu MSM tại Bến Tre

năm 2011 (57,1% có QHTD khi say bia/rượu, $p < 0,05$), tương đương so với nghiên cứu tại Bà Rịa - Vũng Tàu (34%, $p > 0,05$) nhưng thấp hơn nhóm MSM tại Hậu Giang (90,1%, $p < 0,05$) [47].

Qua khảo sát có 46,9% đối tượng không sử dụng BCS trong lần QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc say, đây là nguy cơ cao gây lây nhiễm các BLTQĐTD. Khảo sát IBBS năm 2009 cho thấy có tới 62,5% nam bán dâm đồng giới tại Cần Thơ đã từng có QHTD khi đang say rượu, tỷ lệ này ở Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Hải Phòng lần lượt là: 31,8%, 25,3% và 21,4% [2]. Nguyễn Thanh Thiên (2019) cũng cho thấy có mối quan hệ giữa QHTD an toàn với tình trạng sử dụng chất gây nghiện, trong đó, có rượu bia[35]. Chemnasiri T (2019) và Xu W (2019) ghi nhận yếu tố góp phần làm lây truyền HIV trong nhóm MSM gồm quan hệ tình dục có nguy cơ cao liên quan đến rượu và sử dụng ma túy [59],[95].

Trong các đối tượng tham gia phỏng vấn, có 1,5% có QHTD đường âm đạo/hậu môn lúc phê thuốc gần nhất. Trong số trường hợp có QHTD khi phê thuốc, tỷ lệ sử dụng BCS trong lần QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc chiếm 66,7%, tỷ lệ không sử dụng BCS khi QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc là 33,3%. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với tác giả Rein Willekens (2021) sử dụng ma túy bất hợp pháp trong khi quan hệ tình dục là biến số duy nhất có liên quan đáng kể đến sự hiện diện của STIs trên phân tích đa biến (OR= 2,13; KTC 95% 1,17-3,89) [79].

4.2.4. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành và nhiễm ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục ở MSM năm 2014

4.2.4.1. Yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống các BLTQĐTD ở DTNC năm 2014

Nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa kiến thức phòng chống các BLTQĐTD và các yếu tố như tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, nơi

sống, số năm sống và tình trạng gia đình của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với kiến thức chung đúng về phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNCS năm 2014. Cụ thể, nhóm đối tượng dưới 25 tuổi có kiến thức phòng, chống các BLTQĐTD tốt hơn gấp 3,356 lần nhóm tuổi trên 49; các ĐTNCS có trình độ học vấn THPT có kiến thức đúng cao hơn nhóm ĐTNCS mù chữ 2,818 lần. Nghiên cứu cũng chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dân tộc và kiến thức phòng, chống các BLTQĐTD của ĐTNCS. Nhóm MSM có thu nhập thấp (từ 2 triệu trở xuống) có kiến thức đúng hơn gấp 1,301 lần nhóm có thu nhập từ 2 triệu trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm đối tượng có nơi sống là thành phố Bến Tre có kiến thức đúng gấp 1,351 lần nhóm ĐTNCS sống ở huyện, tuy nhiên sự khác biệt các tỷ lệ này chưa có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu có sự khác biệt so với tác giả Vũ Đức Việt và cộng sự (2015). Một số lý do có thể dẫn đến thực trạng hiểu biết chưa đầy đủ của người bán dâm đồng giới về HIV/AIDS và BLTĐTD. Kết quả so sánh sự hiểu biết theo một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy những người có kiến thức thấp hơn là những người có độ tuổi trẻ hơn, có trình độ học vấn thấp hơn. Do vậy có thể họ chưa tiếp cận hoặc chưa hiểu đầy đủ được những thông tin, kiến thức về HIV/AIDS và BLTĐTD [49].

4.2.4.2. Yếu tố liên quan đến thực hành phòng, chống BLTQĐTD ở ĐTNCS năm 2014

Khảo sát các yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống các BLTQĐTD của MSM, bao gồm các yếu tố về tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng hôn nhân, số năm sống, nơi sống và kiến thức phòng các BLTQĐTD của đối tượng nghiên cứu. Nhóm MSM có tuổi nhỏ hơn 25 tuổi, 25-49 tuổi, trình độ học vấn từ THPT trở lên, có thu nhập thấp (dưới 2 triệu),

nơi sống (thành phố Bến Tre) có xu hướng thực hành phòng, chống BLTQĐTD đúng cao hơn nhóm còn lại với $OR > 1$, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Tương tự, nhóm MSM có kiến thức chung đúng về phòng các BLTQĐTD có thực hành chung đúng về phòng các BLTQĐTD cao hơn gấp 1,21 lần, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Trong mô hình hồi quy đơn biến mỗi liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với thực hành phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNV năm 2014, tìm thấy biến số chưa lập gia đình có liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành đúng phòng, chống các BLTQĐTD, $OR = 4,167$, $KTC\ 95\% = 1,789 - 9,709$, $p < 0,05$.

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố có khả năng làm tăng thực hành đúng về phòng chống các BLTQĐTD (với $p < 0,05$) là chưa lập gia đình, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $OR = 4,175$, $KTC\ 95\%: 1,818 - 10,00$, $p < 0,05$ ($-2\ \text{Log likelihood} = 474,650$; Nagelkerke $R\ \text{square} = 0,051$; $\chi^2 = 0,0001$; $p = 1,000$).

Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Những đặc điểm xã hội của cá nhân liên quan đến hành vi sử dụng BCS khi QHTD qua đường hậu môn: có rất nhiều yếu tố dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM qua đường tình dục trước hết là thiếu hiểu biết và nhận thức sai lầm về nguy cơ và cách dự phòng.

Hay có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thu Nga (2016), ghi nhận nhóm MSM có 26% đã từng sử dụng chất gây nghiện là methamphetamine, chủ yếu qua đường hút và hít khói, 22,6% đã từng sử dụng methamphetamine trước hoặc trong khi quan hệ tình dục [26]. Khác biệt so với Evers Ymke J (2020) nghiên cứu về đặc điểm quan hệ tình dục giữa những nam đồng giới, sự liên quan của nó đối với các hành vi nguy cơ, STIs ở Hà Lan, các loại thuốc được báo cáo sử dụng trước QHTD nhiều nhất là

methamphetamine (36,3%), ketamine (18,0%) và cocaine (9,9%). Số bạn tình trung bình trong 6 tháng qua là 6 (3 - 10), 46,2% (187/405) [62].

4.2.4.3. *Yếu tố liên quan đến nhiễm ít nhất một BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014*

Để phân tích các yếu tố liên quan đến khả năng nhiễm ít nhất một BLTQĐTD, nghiên cứu đã sử dụng phân tích hồi quy logistic trong đó biến số phụ thuộc là nhiễm ít nhất một BLTQĐTD và biến độc lập là những biến số sau khi phân tích đơn biến với nhiễm ít nhất một BLTQĐTD có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) gồm: số người QHTD trong 1 tháng qua, kiến thức và thực hành về phòng chống các BLTQĐTD. Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến mối liên quan giữa số người QHTD trong tháng qua, kiến thức, thực hành với nhiễm ít nhất một BLTQĐTD của ĐTNC năm 2014: có sự liên quan giữa số người QHTD trong 1 tháng qua (≥ 2 người), kiến thức chưa đúng, thực hành chưa đúng với nhiễm ít nhất một BLTQĐTD, các mối liên quan có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, sau khi kiểm soát các yếu tố nhiễu, các yếu tố có khả năng làm gia tăng nhiễm ít nhất một BLTQĐTD là kiến thức chưa đúng (OR=3,496), thực hành chưa đúng (OR=2,984) về phòng chống các BLTQĐTD, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (-2 Log likelihood=285,906; Nagelkerke R square=0,153; $\chi^2 = 6,819$; $p=0,146$).

Kết quả nghiên cứu góp phần tăng thêm bằng chứng việc MSM chưa có kiến thức đúng và thực hành đúng về phòng chống các BLTQĐTD làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và BLTQĐTD trong cộng đồng MSM. Điều này chưa tương đồng với các nghiên cứu của một số tác giả như Jennifer P Jain (2021) nghiên cứu tại Vịnh San Francisco, nhóm MSM nhiễm HIV, yếu tố liên quan đáng kể đến chẩn đoán STIs là số lượng bạn tình nam cao hơn trong 6 tháng qua (OR = 1,03, KTC 95% = 1,00-1,06, $p = 0,02$) [68]. Một số

yếu tố nguy cơ tăng tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM gồm: MSM trẻ (15 - 24 tuổi) có nguy cơ lây nhiễm HIV cao: tại Malaysia, tỷ lệ hiện mắc trong nhóm MSM trẻ tuổi đã tăng 2,5 lần được ghi nhận từ năm 2014 đến năm 2017 [91]. Các bằng chứng gần đây từ Trung Quốc và Thái Lan cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM trẻ tuổi cao hơn so với nhóm lớn tuổi [71], [84]. Phù hợp với một nghiên cứu có kết quả các yếu tố góp phần làm lây truyền HIV trong nhóm MSM gồm việc sử dụng phương tiện truyền thông xã hội và các địa điểm giải trí (ví dụ nhà tắm) để tìm kiếm bạn tình, quan hệ tình dục có nguy cơ cao liên quan đến rượu và sử dụng ma túy và đồng nhiễm các BLTQĐTD nhiễm trùng [28], [59], [66], [95], [96]. Qua nghiên cứu cho thấy các can thiệp cần tăng cường truyền thông về kiến thức phòng các BLTQĐTD trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới. Trong khi các tính chất dễ bị tổn thương cụ thể đối với việc lây nhiễm HIV của nhóm MSM trẻ tuổi chưa được hiểu rõ, mức độ nhận thức về HIV và nguy cơ tự nhận thức thấp hơn, ảnh hưởng của bạn bè đồng lứa từ nhóm MSM lớn tuổi và việc trao đổi giới tính để lấy các nguồn lực đã được xác định là các yếu tố thúc đẩy lây truyền.

Các yếu tố dễ bị tổn thương do lây nhiễm HIV được ghi nhận bởi thanh niên trên toàn cầu bao gồm hạn chế về kỹ năng sống và quyền tự quyết, cưỡng bức tình dục và cảm giác kỳ thị và bị loại trừ xã hội có thể góp phần làm lây lan nhóm MSM trẻ tuổi ở Châu Á và Thái Bình Dương [59].

4.3. Hiệu quả can thiệp phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở ĐTNCC năm 2014–2018

4.3.1. Đánh giá hiệu quả can thiệp phòng chống một số BLTQĐTD ở ĐTNCC năm 2014 – 2018

Chương trình điều trị BLTQĐTD của nghiên cứu đã đưa vào điều trị ARV 15 ĐTNCC nhiễm HIV, điều trị 01 ĐTNCC nhiễm giang mai và 42 ĐTNCC

nhiễm *Chlamydia trachomatis*. Các bệnh nhân HIV được tư vấn về mục đích của điều trị bằng thuốc ARV, lợi ích của điều trị ARV sớm và các nguyên tắc điều trị, về yêu cầu tuân thủ điều trị, tác dụng phụ có thể có của thuốc ARV, lịch tái khám, lãnh thuốc, các xét nghiệm cần thiết khi bắt đầu điều trị và theo dõi điều trị ARV. Hoạt động điều trị thực hiện theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2009 và Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế về việc sửa đổi nội dung tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV trong “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/ADS” [8], [94].

Kết quả can thiệp điều trị ARV trên nhóm ĐTNC nhiễm HIV: Sau khoảng thời gian 2014-2018, hiện các bệnh nhân có sức khỏe tốt, tải lượng vi rút dưới ngưỡng, tuân thủ điều trị ARV tốt, ngoài ra các bệnh nhân được tham gia tư vấn, tham gia các hoạt động can thiệp dự phòng như tư vấn về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khi QHTD an toàn cho bạn tình và giới thiệu người bệnh đến các cơ sở cung cấp các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV. Kết quả minh chứng cho hiệu quả của chương trình can thiệp trong nghiên cứu.

Kết quả điều trị BLTQĐTĐ khác trong đề tài gồm 01 ĐTNC nhiễm giang mai và 42 ĐTNC nhiễm *Chlamydia trachomatis*:

- Điều trị nhiễm *Chlamydia trachomatis* cho 42 ĐTNC tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh theo phác đồ:

+ Doxycycline 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày.

+ Tetracycline 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày.

Kết quả: 42 ĐTNC nhiễm *chlamydia trachomatis* khỏi bệnh 100%.

(Sau quá trình can thiệp có 9 ĐTNC bị nhiễm mới cũng được điều trị khỏi)

- Điều trị giang mai cho 01 ĐTNC tại Bệnh viện da liễu Thành phố Hồ Chí Minh theo phác đồ:

+ Benzathin penicilin G: tổng liều 4.800.000đv tiêm bắp sâu, trong 2 tuần liên tiếp.

+ Mỗi tuần tiêm 2.400.000đv, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv.

Kết quả: ĐTNC nhiễm Giang mai đã được điều trị khỏi bệnh.

Ngoài ra, các bệnh nhân tiếp tục được tiếp cận các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm các BLTQĐTD, đặc biệt phòng ngừa tái nhiễm bằng BCS.

Trên cơ sở thiết lập lộ trình tác động can thiệp từ giai đoạn TCT đến SCT có sự quản lý một cách khép kín và có mục tiêu rõ ràng, có sự phối hợp khá chặt chẽ giữa nhà quản lý, NVTCCĐ và ĐTNC nên đạt được hiệu quả tích cực.

Qua kết quả khảo sát tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD TCT và SCT cho thấy: tỷ lệ nhiễm một số BLTQĐTD trong nhóm MSM SCT giảm so với TCT: tỷ lệ nhiễm HIV SCT (3,8%) tương đương với TCT (3,8%), không có ĐTNC nhiễm mới HIV; tỷ lệ nhiễm giang mai SCT là 0% giảm so với TCT là 0,3%, $p < 0,05$ và tỷ lệ nhiễm Chlamydia trachomatis giảm SCT (TCT: 10,8%, SCT: 2,3%) với $p < 0,05$. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm ít nhất một BLTQĐTD giảm SCT, cụ thể TCT tỷ lệ nhiễm ít nhất 1 BLTQĐTD là 14,4% và SCT giảm còn 5,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Qua đó cho thấy chương trình phòng lây nhiễm BLTQĐTD tại Bến Tre đã đạt được hiệu quả, không chế được tỷ lệ nhiễm mới HIV và một số BLTQĐTD trong nhóm MSM.

Chúng tôi cũng cung cấp thêm những thông tin về việc điều trị BLTQĐTD ở nhóm MSM giai đoạn đến năm 2020: 100% MSM nhiễm được phát hiện trong đề tài vẫn tiếp tục duy trì uống ARV, trong đó có 01 MSM tử vong do nhiễm Lao (năm 2020). Về điều trị Giang mai và Chlamydia: vẫn tiếp tục hỗ trợ điều trị giang mai và chlamydia cho nhóm MSM, từ giai đoạn

sau can thiệp năm 2018 nhiễm giang mai 0 ca, nhiễm Chlamydia 09 ca và được điều trị 100%.

4.3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức phòng chống các BLTQĐTD năm 2014 – 2018

Qua phân tích so sánh kết quả hai lần nghiên cứu năm 2014 và năm 2018, có sự thay đổi rõ rệt kiến thức về phòng, chống các BLTQĐTD SCT so với kiến thức TCT theo hướng tăng từ 51,3% lên 81,3%, hiệu số kết quả SCT – TCT là 30,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Một số kiến thức về phòng, chống các BLTQĐTD SCT tăng so với TCT cụ thể:

Sau can thiệp, các đối tượng biết được các phương pháp làm giảm nguy cơ lây nhiễm BLTQĐTD tăng so với TCT, các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, đồng thời cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Đức Thanh và cộng sự về kiến thức, thực hành dự phòng và kiểm soát lây nhiễm HIV/AIDS của MSM ở quận Ninh Kiều Thành phố Cần Thơ năm 2015. Cụ thể, kiến thức đúng của các đối tượng về QHTD chung thủy với một bạn tình có thể giảm nguy cơ nhiễm các BLTQĐTD tăng 8,4% (TCT: 90,8%; SCT: 99,2%), kiến thức “Sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD” tăng 11,3% (TCT: 87,7%; SCT: 99,0%), có 99,5% đối tượng trả lời “Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần QHTD đường hậu môn giảm được lây truyền HIV” TCT tỷ lệ này chiếm 91,5%. Sử dụng chung BKT cũng là một trong những nguy cơ cao lây nhiễm HIV.

Sau can thiệp, tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về không dùng chung BKT khi tiêm chích ma túy tăng 12,3% (TCT: 85,9%; SCT: 98,2%) [34]. Trước can thiệp, đa số các đối tượng có kiến thức đúng về các phương pháp giảm lây truyền HIV và các BLTQĐTD (trên 85%) tuy nhiên cũng có bộ phận không nhỏ hiểu sai về đường lây truyền HIV như có 31,5% đối tượng trả lời cần tránh muỗi đốt và 17,2% không ăn chung với người nhiễm HIV. Tỷ lệ

hiểu biết sai đã giảm có ý nghĩa thống kê SCT (lần lượt 2,8% và 4,1%), $p < 0,05$.

Đánh giá hiệu quả các can thiệp về kiến thức:

Chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến để phân tích hiệu quả can thiệp về kiến thức đúng phòng chống một số BLTQĐTD trước và sau can thiệp. Các biến độc lập đưa vào mô hình gồm: tình trạng can thiệp (TCT, SCT), tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng gia đình, nơi sống, số năm sống. Sau khi loại các yếu tố nhiễu qua mô hình phân tích hồi quy, kết quả kiến thức đúng về phòng chống một số BLTQĐTD SCT cao hơn TCT 4,872 lần, $p < 0,05$.

Kết quả tăng kiến thức đúng của nghiên cứu này cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Hùng (2018) cho thấy hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV/STIs ở nhóm nam bán dân đồng giới 16 - 29 tuổi tại Hà Nội [16]. Các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV trong ba năm (2015 - 2017), bao gồm các hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, tiếp cận dịch vụ y tế, nâng cao kiến thức, tư vấn xét nghiệm tự nguyện. Kết quả cho thấy có sự cải thiện đáng kể trong việc thay đổi nhận thức về nguy cơ lây nhiễm HIV. Sau 03 năm can thiệp, tỷ lệ người có kiến thức dự phòng và điều trị BLTQĐTD, nhiễm HIV đã tăng lên ở tất cả các nội dung. Tỷ lệ người có kiến thức đúng đã đạt mức chỉ tiêu gần 60% [16].

Với kết quả trên chúng tôi nhận thấy rằng mặc dù MSM đã có những kiến thức phòng bệnh nhưng có thể sai lệch khi chưa tiếp cận được các nội dung được can thiệp. Nhưng họ sẽ điều chỉnh theo phương hướng tốt sau khi được can thiệp. Do đó các tác động can thiệp là một giải pháp không thể thiếu cho nhóm đối tượng này, thậm chí cho cộng đồng.

4.3.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp về thực hành phòng chống các BLTQĐTD ở ĐTNC năm 2014 – 2018

Trên nền tảng tăng kiến thức đúng về phòng chống các BLTQĐTD, kết quả phân tích so sánh cho thấy thực hành đúng cũng tăng lên. Cụ thể, khảo sát tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD trong 1 tháng qua với các bạn tình trước và sau can thiệp: tỷ lệ sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD qua đường hậu môn trong 1 tháng qua với các loại bạn tình có tăng sau can thiệp, trong đó bạn tình tự nguyện mà đối tượng có QHTD cho thấy tỷ lệ sử dụng BCS tăng lên SCT cụ thể: đối với bạn tình nam tự nguyện TCT đạt 49,2%, SCT tỷ lệ này tăng lên đạt 87,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả SCT cao hơn nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Hương và cộng sự năm 2014 (49,5%) [19]. Tỷ lệ sử dụng BCS khi QHTD với nam bán dâm tăng từ 50,0% TCT lên 100% SCT, $p < 0,05$. Việc QHTD với bạn tình “lạ” như khách hàng nam và nam bán dâm, khách hàng nữ, nữ bán dâm trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới được đánh giá có nguy cơ cao trong lây nhiễm các BLTQĐTD. Do đó, việc sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD rất cần thiết ở đối tượng khách hàng nam, nam bán dâm. Ở nhóm khách hàng nữ việc sử dụng BCS tăng SCT tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, việc QHTD không sử dụng BCS ở nhóm nữ bán dâm giảm sau can thiệp, nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Sử dụng CBT, BCS khi QHTD đường hậu môn sẽ giảm nguy cơ lây nhiễm BLTQĐTD. Sau quá trình can thiệp, tỷ lệ sử dụng CBT, BCS của các bạn MSM đã tăng lên: tỷ lệ có sử dụng CBT TCT: 62,8%, SCT: 97,7%; tỷ lệ có sử dụng BCS: TCT: 78,5%, SCT: 99,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ sử dụng CBT cùng BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua TCT thấp chỉ chiếm 26,4%, SCT tỷ lệ này tăng lên đạt 79,2% với

$p < 0,05$. TCT vẫn còn số lượng không nhỏ đối tượng không sử dụng BCS cùng CBT (31,5%), hoặc chỉ sử dụng CBT mà không sử dụng BCS khi QHTD qua đường hậu môn/12 tháng qua, tỷ lệ này đã giảm sau can thiệp (31,5% xuống 15,4%), $p < 0,05$. Đây là nguy cơ có thể dẫn đến tình trạng nhiễm hoặc lây lan BLTQĐTD sang cho người khác.

Qua nghiên cứu còn cho thấy, TCT có 46,9% đối tượng không sử dụng BCS (hoặc không nhớ) trong lần QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc say, SCT tỷ lệ này giảm còn 14,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự, tỷ lệ không sử dụng BCS (hoặc không nhớ) trong lần QHTD đường âm đạo/hậu môn gần nhất lúc phê thuốc tăng SCT là 100% so với TCT là 66,7%. Tuy nhiên số mẫu này nhỏ nên sự thay đổi chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về thực hành phòng, chống đúng các BLTQĐTD SCT của đối tượng có tăng so với TCT. Trước nghiên cứu, thực hành đúng về phòng, chống các BLTQĐTD đạt 67,9%. Sau nghiên cứu, thực hành đúng tăng lên 83,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của một tác giả trong nước cho thấy hiệu quả của mô hình can thiệp thay đổi hành vi trong đó có tăng sử dụng dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV/STIs ở nhóm MSM. Cụ thể, dự định khám sức khỏe tổng quát trong vòng 6 tháng tới tăng từ 72,3% lên 82,1% ($p < 0,05$), chắc chắn nhận dịch vụ y tế về BLTQĐTD tăng từ 17,5% lên 43,3% ($p < 0,05$), xét nghiệm HIV và nhận kết quả tăng từ 49,1% lên 72,7% ($p < 0,05$) [17].

Đánh giá hiệu quả các can thiệp về thực hành:

Tương tự với việc đánh giá kiến thức, mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để phân tích hiệu quả can thiệp về thực hành đúng phòng chống một số BLTQĐTD TCT và sau can thiệp. Các biến độc lập đưa vào mô hình gồm: tình trạng can thiệp (TCT, SCT), kiến thức, tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, thu nhập, tình trạng gia đình, nơi sống, số năm sống. Sau khi loại các yếu

tổ nhiều qua mô hình phân tích hồi quy, kết quả thực hành đúng về phòng chống một số BLTQĐTD SCT cao hơn thực hành đúng TCT 2,796 lần, $p < 0,05$.

4.3.4. Một số kết quả can thiệp về truyền thông và dự phòng

4.3.4.1. Tiếp cận với chương trình can thiệp phòng, chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục

Tỷ lệ các đối tượng nhận được tài liệu dành cho nhóm MSM về tình dục an toàn tăng SCT (từ 53,3% lên 89,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đa số ý kiến MSM cho biết tài liệu truyền thông rất cần cho nhóm đối tượng này trong việc trang bị cho mình những kiến thức căn bản, chuyên sâu và chính thống về chăm sóc sức khỏe. Từ đó khẳng định các công cụ truyền thông là rất cần thiết. Bởi vì ngoài nghe nói họ có thể thấy được kiến thức từ tài liệu và từ đồng đẳng viên. Tác giả Nguyễn Văn Hùng (2018), cho thấy hiệu quả mô hình can thiệp trên nhóm MSM tại Hà Nội cũng có những nhận định và dự định tương tự [17]. Số tờ rơi cấp phát cho hoạt động can thiệp là 20.000 tờ; số tin, bài viết về kiến thức phòng chống HIV và các BLTQĐTD là 121 bài được đăng tải và chia sẻ rộng rãi trên các mạng zalo, facebook và trong Câu lạc bộ MSM; tổ chức 360 buổi sinh hoạt nhóm nhỏ, tập huấn về kỹ năng truyền thông 16 lần.

Tỷ lệ nhận được BCS và CBT miễn phí tăng SCT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (BCS: 91,8% SCT so với 53,3% TCT; CBT: 88,2% SCT so với 44,9% TCT), tỷ lệ nhận BCS trong vòng 6 tháng qua đạt 82,6% cao hơn nghiên cứu tại Cần Thơ năm 2016 [24].

Sau khi khảo sát việc tiếp cận thông tin của đối tượng MSM trên mạng internet đạt kết quả khả quan, chúng tôi đã tiến hành kết nối nhóm MSM thông qua internet, thông qua phần mềm zalo để tuyên truyền phòng, chống các BLTQĐTD. Trong số MSM có tiếp cận các thông tin về MSM, HIV, các

BLTQĐTD qua mạng zalo (339 người) được hỏi cho biết những thông tin về cộng đồng MSM, HIV, các BLTQĐTD được cung cấp là bổ ích. Đặc biệt có 70,2% rất đồng ý, 29,5% đồng ý sẽ tiếp tục tham gia chia sẻ thông tin MSM, các BLTQĐTD trên zalo và giới thiệu bạn bè tham gia.

Giảm sự kỳ thị của xã hội đối với MSM và sự tự kỳ thị của các bạn MSM, góp phần đưa MSM hòa nhập cộng đồng, sống đúng với bản thân mình, là một trong những mong muốn thực hiện được qua nghiên cứu này. Chúng tôi khảo sát độ hòa nhập cộng đồng, sống đúng với bản thân mình của các bạn MSM. Khi được hỏi về có từng tiết lộ sở thích, xu hướng tình dục và giới tính của bản thân cho người khác chưa? So sánh trước và sau can thiệp, tỷ lệ tiết lộ mình là MSM với gia đình tăng lên từ 26,9% đến 36,9% và từ 14,6% lên 17,2% chia sẻ với đồng nghiệp.

Qua khảo sát cho thấy ngoài bạn tình, những bạn cũng là MSM như mình thì các đối tượng dễ chia sẻ thông tin hơn gia đình, đồng nghiệp, bạn bè và bạn gái. Điều này có thể do sự kỳ thị của gia đình và của cộng đồng xã hội vẫn còn. Nhiều người có định kiến về giới và vai trò của giới, vẫn cho rằng nam quan hệ tình dục đồng giới với nam là lệch lạc, trái với tự nhiên, trái với thuần phong mỹ tục. Trong bối cảnh hiện nay, nhiều người không chấp nhận một người con trai có vẻ ngoài ảo lả, đặc biệt là không chấp nhận việc con trai mình mất đi vai trò duy trì nòi giống, nối dõi tông đường, mất đi vai trò trụ cột trong gia đình của nam giới mà họ đã quy định. Có thể do chuẩn mực văn hóa và nỗi sợ bị cộng đồng kỳ thị nên đã khiến họ phải “giấu mình”. Do đó, các bạn MSM có xu hướng che giấu đi xu hướng tình dục của bản thân. Chính những hoàn cảnh này, cùng với sự thiếu hiểu biết có thể sẽ đẩy họ đến nguy cơ nhiễm HIV, hoặc nếu đã nhiễm, cũng sẽ không muốn tìm các dịch vụ để điều trị, chăm sóc và hỗ trợ.

4.4. Điểm mới của nghiên cứu

Thứ nhất, về mặt cung cấp số liệu: đề tài đã cung cấp số liệu mới gồm tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai, chlamydia trachomatis và tỷ lệ đối tượng MSM có kiến thức, thực hành đúng về phòng chống các BLTQĐTD năm 2014. Các kết quả về đánh giá hiệu quả chương trình can thiệp phòng chống một số BLTQĐTD tại tỉnh Bến Tre năm 2014- 2018.

Thứ hai, về mặt địa bàn nghiên cứu: các nghiên cứu của những tác giả khác trong và ngoài nước cùng chủ đề trên nhóm MSM hầu như tập trung nghiên cứu ở các khu vực đô thị lớn như ở Hà Nội, Cần Thơ, Thành phố Hồ Chí Minh và các số liệu nghiên cứu chủ yếu mô tả nhóm MSM ở các địa bàn này, khái quát hơn là MSM ở khu vực thành thị. Về đề tài này, có một sự khác biệt về địa bàn nghiên cứu so với các đề tài trước đây ở việc triển khai nghiên cứu tình hình cũng như các biện pháp can thiệp tại một khu vực không phải là một đô thị lớn mà là tại tỉnh Bến Tre, khu vực nông thôn, nên đây là mảnh ghép bổ sung cho các nghiên cứu khác đã được triển khai. Chính vì vậy đề tài của chúng tôi có một đóng góp quan trọng và thời sự.

Thứ ba, nghiên cứu đã cung cấp những kết quả về sự thay đổi các mối quan hệ xã hội, mức độ hòa nhập cộng đồng của các ĐTNC. Sau khi tiếp cận được với các chương trình can thiệp cụ thể: Trước can thiệp có 26,9% ĐTNC từng tiết lộ việc mình là MSM cho các thành viên trong gia đình, sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 36,9%. Tương tự, việc tiết lộ với đồng nghiệp tăng từ 14,6% đến 17,2%. Với những bạn nam không phải MSM tăng từ 24,1% lên 27,9%. Đề tài cũng cung cấp số liệu về sử dụng mạng internet của nhóm MSM trong việc can thiệp phòng chống các BLTQĐTD.

Thứ tư, các kết quả nghiên cứu của đề tài giúp đánh giá được tình hình dịch HIV và một số BLTQĐTD ở nhóm MSM tỉnh Bến Tre, phản ánh được tình hình nhiễm HIV và một số BLTQĐTD ở nhóm MSM các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long hoặc các tỉnh khác có nét tương đồng về đặc điểm của cộng đồng MSM và điều kiện xã hội.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 390 nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 12 năm 2018, ghi nhận các kết quả chính sau:

1. Thực trạng nhiễm một số bệnh lây qua đường tình dục và tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục và một số yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Bến Tre năm 2014

- Nhiễm HIV 3,8%, giang mai 0,3%, Chlamydia trachomatis 10,8%, nhiễm ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới là 14,4%.

- Kiến thức đúng về phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục là 51,5% và chưa đúng là 48,7%.

- Thực hành đúng về phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục là 67,9% và chưa đúng là 32,1%.

- Chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố đặc điểm cá nhân với kiến thức đúng về phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới năm 2014.

- Những người chưa lập gia đình có thực hành đúng cao hơn những người đã lập gia đình gấp 4,175 lần, $p < 0,05$.

- Yếu tố có khả năng làm gia tăng khả năng nhiễm ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; $OR > 1$) bao gồm: kiến thức phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục chưa đúng, có thực hành phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục chưa đúng.

2. Hiệu quả can thiệp phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam quan hệ tình dục đồng giới

- Kết quả can thiệp điều trị một số bệnh lây truyền qua đường tình dục:

100% đối tượng nghiên cứu nhiễm Giang mai và Chlamydia trachomatis sau thời gian điều trị đã khỏi bệnh, 15/15 nhiễm HIV chấp nhận duy trì điều trị ARV.

- Kết quả can thiệp dự phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục:

+ Trước can thiệp nhiễm HIV 3,8%, giang mai 0,3%, Chlamydia trachomatis 10,8% và nhiễm ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục là 14,4%. Sau can thiệp nhiễm HIV 3,8%, giang mai 0%, chlamydia trachomatis 2,3% và nhiễm ít nhất một bệnh lây truyền qua đường tình dục là 5,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

+ Trước can thiệp kiến thức đúng đạt 51,3%; sau can thiệp kiến thức đúng tăng lên 81,3%. Hiệu số kết quả can thiệp về kiến thức đúng là 30,0%. Sự khác biệt tỷ lệ trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

+ Trước can thiệp thực hành đúng là 67,9% sau can thiệp thực hành đúng tăng lên 83,3%. Hiệu số kết quả can thiệp thực hành đúng là 15,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

+ Kiến thức đúng về phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục sau can thiệp cao hơn trước can thiệp gấp 4,872 lần, $p < 0,05$.

+ Thực hành đúng về phòng chống một số bệnh lây truyền qua đường tình dục sau can thiệp cao hơn trước can thiệp gấp 2,796 lần, $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Dựa trên kết quả nghiên cứu và các sự so sánh đã thể hiện, chúng tôi kiến nghị một số nội dung sau:

- Các địa phương có đặc điểm nhóm MSM tương đồng với tỉnh Bến Tre có thể áp dụng các kết quả của nghiên cứu cho các chương trình can thiệp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Tiếp tục và phát triển ứng dụng công nghệ thông tin (số hóa ngành y tế) cùng với các phương tiện truyền thông khác để chuyển tải các nội dung truyền thông nâng cao kiến thức, thực hành phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới.

- Duy trì và phát triển mô hình câu lạc bộ nam quan hệ tình dục đồng giới tạo sân chơi lành mạnh cho các bạn MSM sinh hoạt. Qua đó các giáo dục viên đồng đẳng, nhân viên sức khỏe dễ dàng tiếp cận hỗ trợ.

- Nên có các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và địa bàn rộng hơn về các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác trên nhóm MSM ở khu vực nông thôn để mô tả thêm về bức tranh thực trạng và can thiệp hiệu quả nhằm các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong cộng đồng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Ban Chỉ Đạo phòng, chống AIDS, Tội Phạm, Tệ nạn xã hội và Xây dựng phong trào toàn dân bảo vệ an ninh tổ quốc (2015), *Báo cáo Kết quả thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS năm 2012 - 2015*
2. Bộ Y tế (2011), *Kết quả Chương trình giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI (IBBS) tại Việt Nam - vòng II – 2009*, Bộ Y tế, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2013), *Chuẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục*, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2015), *Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22 tháng 7 năm 2015 về việc ban hành hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. Bộ Y tế (2015), *Tài liệu đào tạo HIV/AIDS*, Bộ Y tế, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2016), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015 và các nhiệm vụ trọng tâm năm 2016*, Bộ Y tế, Hà Nội.
7. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 3413/QĐ-BYT ngày 27 tháng 7 năm 2017 về việc sửa đổi nội dung tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV trong "Hướng dẫn, quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS" ban hành theo Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.*
8. Bộ Y tế (2017), *Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.*
9. Bộ Y tế (2020), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm 2020*, Bộ Y tế, Hà Nội.
10. Cục phòng, chống HIV/AIDS (2017), *Báo cáo tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm 2018*, Hà Nội.

11. Lê Minh Giang (2015), "So sánh đặc điểm và nguy cơ lây nhiễm HIV của nam bán dâm đồng giới tại 3 thành phố", *Y học Việt Nam*, Số 1/2015, tr. 99-104.
12. Trần Như Hải (2015), *Thực trạng kiến thức, hành vi của cộng đồng và khả năng tiếp cận hoạt động chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Đắk Nông*, Viện vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên.
13. Dương Phương Hiếu (2021), "Hành vi nguy cơ nhiễm HIV/AIDS ở nam đồng tính tại thành phố Thái Nguyên năm 2020", *Tạp chí Y học cộng đồng*, Tập 62 (4), tr.112-118.
14. Nguyễn Thị Phương Hoa và cộng sự (2016), "Thực trạng tiếp cận các dịch vụ của dự phòng lây nhiễm HIV và mối liên quan nhiễm HIV trên nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Hà Nội năm 2012", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 9 (182).
15. Trần Thị Bích Hồi (2018), "Thực trạng nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ ở nhóm phụ nữ bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới qua giám sát trọng điểm tại Hải Phòng", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 28 (9), tr. 192-199.
16. Nguyễn Văn Hùng (2018), "Hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao kiến thức dự phòng lây nhiễm HIV/STIs ở nhóm nam bán dâm đồng giới 16-29 tuổi tại Hà Nội", *Tạp chí y học dự phòng*, Tập 28(1)/2018, tr. 131-139.
17. Nguyễn Văn Hùng (2018), "Hiệu quả mô hình can thiệp thay đổi hành vi và sử dụng dịch vụ phòng lây nhiễm HIV/STIs ở nhóm nam bán dâm đồng giới 16-29 tuổi tại Hà Nội", *Tạp chí y học cộng đồng*, Số 3 (440)/tháng 5-6/2018, tr. 124-130.
18. Nguyễn Văn Hùng (2017), "Thực trạng sử dụng dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV/STIs và các yếu tố liên quan ở nhóm nam bán dâm đồng

- giới tại một số quận Hà Nội", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, số 2 (191) 2017 Phụ bản, tr. 63-70.
19. Phan Thị Thu Hương và cộng sự (2014), *Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM quan hệ tình dục đồng giới tại Vĩnh Phúc năm 2014*, Hà Nội.
 20. Lê Thị Hương (2017), "Một số yếu tố liên quan đến trải nghiệm kỳ thi nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 459 (1/2017), tr. 21-25.
 21. Nguyễn Thị Thu Hương (2019), "Tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B, viêm gan C, giang mai, mụn cóc hậu môn sinh dục và lậu ở nam quan hệ tình dục đồng giới mới biết nhiễm HIV", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 29 (1), tr. 63-70.
 22. Nguyễn Thị Thu Hương (2021), "Đặc điểm dịch tễ, hành vi nguy cơ và tình trạng suy giảm miễn dịch ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới mới được phát hiện nhiễm HIV tại Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 – 2020", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 31 (9), tr. 73-82.
 23. Lê Xuân Huy (2017), "Đặc điểm tình dục của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Khánh Hòa và các yếu tố liên quan", *Tạp chí Y dược học Đại học y dược Huế*, Tập 6(6), tr. 78-84.
 24. Nguyễn Danh Lam, Đinh Công Thức (2016), *Kết quả lồng ghép giám sát hành vi và giám sát trọng điểm HIV tại Thành phố Cần Thơ năm 2016*, Cần Thơ.
 25. Lê Cự Linh và cộng sự (2012), "Tổng quan tài liệu về tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS và các bệnh/nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục đối với nam có quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam", *Tạp chí Y tế công cộng*, 2/2012, Số 23.

26. Vũ Thị Thu Nga (2016), "Sử dụng Methamphetamine trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí nghiên cứu y học*, Tập 104 (6), tr. 92-102.
27. Nguyễn Thị Kim Ngân (2019), "Thực trạng phân biệt đối xử dựa trên khác biệt xu hướng tình dục tại nơi làm việc đối với người đồng tính, song tính, và chuyển giới ở khu công nghiệp", *Tạp chí Y học cộng đồng*, Số 4 (51), tháng 7-8/2019, tr. 77-83.
28. Khuu Văn Nghĩa (2017), "Chiều hướng sử dụng ma túy tổng hợp (MTTH-ATS) ở nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi ở khu vực phía Nam Việt Nam, 2014-2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, số 11/ 2017, tr. 243-249.
29. Trần Thị Ngọc (2014), "Nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 25 (10), 170/2015 số đặc biệt, tr. 177-184.
30. David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam (2018), *Nghiên cứu trong y tế: Hướng dẫn thực hành*, Nhà xuất bản Hồng Đức, Hà Nội.
31. Phạm Duy Quang (2015), "Hiện nhiễm HIV, hành vi nguy cơ và tiếp cận chương trình ở các quần thể nguy cơ tại khu vực phía Nam, 2010-2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, Số 10 (170) 2015 Số đặc biệt, tr.140-149.
32. Lê Quang Sơn (2015), "Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của nam quan hệ tình dục đồng giới tỉnh Vĩnh Phúc năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, Số 10 (170) 2015 Số đặc biệt, tr. 101-108.
33. Dương Công Thành (2017), "Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và việc xét nghiệm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, Số 2 (190) 2017, tr. 34-41.

34. Lê Đức Thanh (2015), *Kiến thức, thực hành về dự phòng và kiểm soát lây nhiễm HIV/AIDS của nam quan hệ tình dục đồng giới ở quận Ninh Kiều thành phố Cần Thơ năm 2015 và các yếu tố liên quan*, Cần Thơ.
35. Nguyễn Thanh Thiên (2019), "Hành vi tình dục an toàn, tình trạng sử dụng rượu, bia, Metamphetamine, dung môi trên nhóm đồng tính nam và chuyển giới nữ tại các tỉnh phía nam", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 24 (1), 2020, tr. 8-16.
36. Đinh Công Thức và cộng sự (2017), "Đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV và tiếp cận truyền thông về HIV/AIDS trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại thành phố Cần Thơ", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, số 11/2017, tr. 216-213.
37. Nguyễn Vũ Thượng (2020), "Tỷ lệ hiện mắc HIV và các yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tại Đồng bằng Sông Cửu Long", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 30, số 2 (2020): số thường kì, tr. 111-120.
38. Đỗ Nhật Trần (2021), "Ước tính cỡ mẫu quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tại Hồ Chí Minh sử dụng phương pháp số nhân mạng xã hội trực tuyến", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 25 (2), tr. 133-140.
39. Huỳnh Thị Tô Trinh, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Thành Chung (2021), "Thực trạng nhiễm HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại cộng đồng tỉnh Tiền Giang năm 2020", *Tạp chí Khoa học nghiên cứu Sức khỏe và phát triển*, Số 1, tr. 65-74.
40. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Cần Thơ (2015), *Báo cáo kết quả Giám sát trọng điểm HIV/STI năm 2015*, Cần Thơ.
41. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bến Tre (2015), *Báo cáo tổng kết hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2015 và phương hướng hoạt*

động năm 2016, Bến Tre.

42. Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bến Tre (2016), *Báo cáo tổng kết hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2016 và phương hướng hoạt động năm 2017*, Bến Tre.
43. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bến Tre (2020), *Báo cáo tổng kết hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2020*, Bến Tre.
44. Lê Anh Tuấn (2015), "Kích cỡ quần thể nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới ở Việt Nam, 2012 – 2013", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, Số 10 (170) 2015 Số đặc biệt, tr. 16-21.
45. Trịnh Xuân Tùng (2015), "HIV và những hành vi nguy cơ cao ở nhóm đồng tính nam có tiêm chích ma túy tại Hải Phòng", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, Số 10 (170) 2015 Số đặc biệt, tr. 133-139.
46. Viện nghiên cứu Xã hội Kinh tế và Môi trường (2011), *Báo cáo nghiên cứu kỳ thị và phân biệt đối xử của nhân viên y tế qua cung cấp dịch vụ y tế cho nam quan hệ tình dục đồng giới*, Hà Nội.
47. Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh (2011), *STI/HIV và hành vi nguy cơ ở quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tỉnh Bến Tre năm 2011*, Thành phố Hồ Chí Minh.
48. Vũ Đức Việt, Lê Minh Giang (2015), "Mô hình bậc thang HIV/STI: Kết quả can thiệp nâng cao sức khỏe tình dục cho nam bán dâm đồng giới ở Hà Nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 1, tr. 55-57.
49. Vũ Đức Việt, Lê Minh Giang (2015), "Thực trạng kiến thức HIV/AIDS và bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXV, Số 10 (170) 2015 Số đặc biệt, tr. 108-115.

TIẾNG ANH

50. Al Scheim (2017), "Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men", *AIDS Care*, 2017, Vol 29: p. 990 - 5.
51. Al Scheim, Bauer GR, Travers R (2017), "HIV-Related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2017, Vol 74, p. 89–96.
52. Beatriz Z. Arellano, Aliza Mariel B. Armamento, RMT et al (2019), "A cross-sectional study on the HIV-related knowledge, attitudes and practices of male youth having sex with men in Metro Manila", *Philippine EJournals*.
53. Bourgeois, A., Edmunds, M., Awan, A., Jonah, L., Varsaneux, O., & Siu, W (2017), "HIV in Canada—Surveillance Report, 2016", *Canada Communicable Disease Report*, 43(12), p. 248 - 256.
54. Catherine Maulsby (2019), "HIV and Employment among Black Men who have Sex with Men in Baltimore", *AIDS Care*, 2020 Jun, Vol 32(6), p. 735–743.
55. CDC (2018), *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017*, Atlanta, Georgia.
56. Centers for Disease Control and Prevention (2020), "Sexually transmitted disease surveillance 2017", *Men who have sex with men*, 2020.
57. Centers for Disease Control and Prevention (2017), *HIV Surveillance Report 2016*.
58. Chan PA, Crowley C, Rose JS, et al (2018), "A Network Analysis of Sexually Transmitted Diseases and Online Hookup Sites Among Men Who Have Sex With Men", *Sexually transmitted diseases*, 2018, 45(7):

p. 462–8.

59. Chemnasiri T, Beane CR, Varangrat A, Chaikummao S, Chitwarakorn A, Van GF et al (2019), "Risk behaviors among young men who have sex with men in Bangkok: a qualitative study to understand and contextualize high HIV incidence", *AIDS Behav*, 2019, 66(4): p. 533–548.
60. Christopher, Hudson (2001), "Community-based trials of sexually transmitted disease treatment: Repercussions for epidemiology and HIV prevention", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol 79, P. 48-58.
61. De Voux A, Kidd S, Grey JA et al (2017), "State-Specific Rates of Primary and Secondary Syphilis Among Men Who Have Sex with Men — United States, 2015", *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2017, 66(13): p. 349–354.
62. Evers Ymke J (2020), "Sex Abroad Among Men Who Have Sex With Men and Its Association With Chemsex, Sexual Risk Behavior, and Sexually Transmitted Diseases: A Cross-Sectional Study in the Netherlands", *Sexually Transmitted Diseases: September 2020*, Volume 47 - Issue 9 - p. e29-e32.
63. German D, Brady K, Kuo I, Opoku J, Flynn C, Patrick R, Mid-Atlantic CC (2017), "Characteristics of Black Men Who Have Sex With Men in Baltimore, Philadelphia, and Washington, D.C.: Geographic Diversity in Socio-Demographics and HIV Transmission Risk", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 75 Suppl 3, S296–S308.
64. Gift TL Spicknall IH, Bernstein KT et al (2017), "Sexual networks and infection transmission networks among men who have sex with men as causes of disparity and targets of prevention", *Sex Transm Infect*, 2017,

vol 93(5), p. 307–308.

65. Golub SA, Fikslin RA, Starbuck L et al (2019), "High rates of PreP eligibility but low rates of PreP access among a national sample of Transmasculine individuals", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2019, 82: p. 1–7.
66. Holtz T, Wimonasate W, Mock P, Pattanasin S, Chonwattana W, Thienkrua W et al (2019), "Why we need pre-exposure prophylaxis: incident HIV and syphilis among men, and transgender women, who have sex with men, Bangkok, Thailand, 2005–2015", *Int J STD AIDS*, 2019, vol 30(5), p. 430–439.
67. Jain J., Santos G.-M., Scheer S., Gibson S., Crouch P.-C., Kohn R., Chang W., Carrico A. W. (2017), "Rates and correlates of syphilis reinfection in men who have sex with men", *LGBT Health*, Vol 4(3), p. 232–236.
68. Jennifer P Jain (2021), "Social and Behavioral Correlates of Sexually Transmitted Infections among Men who Have Sex with Men who Use Alcohol in the San Francisco Bay Area", *Am J Mens Health*, May-Jun 2021, vol 15(3).
69. Kyi , N. E. M. M., & Chuemchit, M. (2018), "Knowledge, attitude, and preventive practices concerning HIV/AIDS among men who have sex with men (MSM) in Yangon, Myanmar", *Journal of Health Research*, 32 (Suppl.1), p. 96 - 103.
70. Lisa G. Johnston (2021), "Alarming High HIV Prevalence Among Adolescent and Young Men Who have Sex with Men (MSM) in Urban Indonesia", *AIDS Behav*, 2021, Vol 25(11), p. 3687–3694.
71. Mao X, Wang Z, Hu Q, Huang C, Yan H, Wang Z et al (2018), "HIV incidence is rapidly increasing with age among young men who have

- sex with men in China: a multicentre cross-sectional survey", *HIV Med*, 2018, Vol 19(8), p. 513–522.
72. Ministry-of-Health (2020), *Integrated biological and behavioral surveillance (2019–2020)*, Jakarta, 2020.
 73. Mohsen Malekinejad, Erin K Barker (2021), "Risk of HIV Acquisition Among Men Who Have Sex With Men Infected With Bacterial Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Sex Transm Dis*, 2021 Oct 1, Vol 48(10), p. 138-148.
 74. Nadav Antebi-Gruszka (2020), "Sociodemographic and behavioural factors associated with testing for HIV and STIs in a US nationwide sample of transgender men who have sex with men", *Sex Transm Infect*, 2020 Sep; 96(6): p. 422-427.
 75. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S et al (2015), "Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting", *PLoS One* 2015, Vol 10(12), p. 143-304.
 76. Nicolas Lorente (2021), "The Role of Community Health Workers Within the Continuum of Services for HIV, Viral Hepatitis, and Other STIs Amongst Men Who Have Sex with Men in Europe", *J Community Health*, 2021 Jun, Vol 46(3), p. 545-556.
 77. Paz-Bailey G, Mendoza MCB, Finlayson T et al (2016), "Trends in condom use among MSM in the United States: the role of antiretroviral therapy and seroadaptive strategies", *AIDS*, 2016, Vol 30(12), p.1985–1990.
 78. Rao A, Stahlman S, Hargreaves J, Weir S, Edwards J, Rice B et al (2017), "Sampling key populations for HIV surveillance: results from eight cross-sectional studies using respondent-driven sampling and

- venue-based snowball sampling", *JMIR Public Heal Surveill*, 2017, Vol 3(4), p. 72.
79. Rein Willekens (2021), "Screening for asymptomatic STIs in HIV-infected men who have sex with men", *Sex Transm Infect*, 2021 Mar, Vol 97(2), p. 170-171.
 80. Reisner SL, Moore CS, Asquith A et al (2019), "High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who have sex with men in the United States", *J Int AIDS Soc*, 2019, Vol 22, p. 25-91.
 81. Renato M. Liboro (2021), "Barriers and Facilitators to Promoting Resilience to HIV/AIDS: A Qualitative Study on the Lived Experiences of HIV-Positive, Racial and Ethnic Minority, Middle-Aged and Older Men Who Have Sex with Men from Ontario, Canada", *Int J Environ Res Public Health*, 2021 Aug, Vol 18(15), p. 80-84.
 82. Rönn M. M., Testa C., Tuite A. R., Chesson H. W. et al (2020), "The potential population-level impact of different gonorrhea screening strategies in Baltimore and San Francisco: An exploratory mathematical modeling analysis", *Sexually Transmitted Diseases*, Vol 47(3), p. 143.
 83. Rood BA, Kochaver JJ, McConnell EA et al (2018), "Minority stressors associated with sexual risk behaviors and HIV testing in a U.S. sample of transgender individuals", *AIDS Behav*, 2018, vol 22: p. 3111–6.
 84. Thienkrua W, Van GF, Mock PA, Dunne EF, Wimonsate W, Howteerakul N et al (2018), "Young men who have sex with men at high risk for HIV, Bangkok MSM cohort study, Thailand 2006–2014", *AIDS Behav*, 2018, Vol 22(7), p. 2137–2146.

85. Thuong V Nguyen, Hau P Tran and et al (2021), "Increases in both HIV and syphilis among men who have sex with men in Vietnam: Urgent need for comprehensive responses", *Int J STD AIDS*, 2021 Dec, Vol 32(14), p. 1298-1307.
86. Trevor A Hart (2021), "Prevalence of HIV and sexually transmitted and blood-borne infections, and related preventive and risk behaviours, among gay, bisexual and other men who have sex with men in Montreal, Toronto and Vancouver: results from the Engage Study", *Can J Public Health*, 2021 Dec, Vol 112(6), p. 1020-1029.
87. UNAIDS (2015), *Global Report - UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2014*.
88. UNAIDS (2016), *Global Report - UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2015*.
89. UNAIDS (2017), *Global Report - UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2016*.
90. UNAIDS (2018), *The global AIDS epidemic*.
91. UNAIDS (2019), *UNAIDS Data 2019*, Geneva.
92. UNDP, USAID, UNAIDS (2011), *Towards Universal Access: Examples of Municipal HIV Programming for Men who have Sex with Men and Transgender People in Six Asian Cities*, Thai Lan.
93. UNICEF (2018), *HIV among Adolescent and Young Key Populations (Aged 15–19 and 20–24) in Indonesia*, Jakarta, 2018.
94. WHO (2016), *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*.
95. Xu W, Zheng Y, Wiginton JM, Kaufman MR (2019), "Alcohol use and binge drinking among men who have sex with men in China: Prevalence and correlates", *Drug Alcohol Depend*, 2019, Vol

202(2019), p. 61–68.

96. Zhang Y, Wu G, Lu R, Xia W, Hu L, Xiong Y et al (2019), "What has changed HIV and syphilis infection among men who have sex with men(MSM) in Southwest China: a comparison of prevalence and behavioural characteristics (2013–2017)", *BMC Public Health*, 2019, Vol 19(1), p. 1–11.

Phụ lục 1
PHIẾU PHỎNG VẤN DÀNH CHO
NAM GIỚI QUAN HỆ ĐỒNG TÍNH (MSM)

PHẦN A: Đặc điểm chung

STT	Câu hỏi	Mã câu trả lời	Chuyển
A1	Bạn sinh vào tháng năm nào?	Tháng _ _ Năm _ _ _ _	
A2	Hiện tại bạn đang sống ở đâu?	Huyện: Tỉnh:	
A3	Bạn đã sống tại..... bao lâu rồi?	_ _ Năm _ _ Tháng Ghi 01 nếu ít hơn 01 tháng Không nhớ ghi 99	
A4	Bạn thuộc dân tộc nào?	Kinh 1 Hoa 2 Khmer 3 Tày 4 Hmông 5 Khác 6 (Ghi rõ)	
A5	Trình độ học vấn cao nhất của bạn? KHOANH 1 CÂU TRẢ LỜI	Mù chữ 1 Tiểu học (Lớp 1-5) 2 Trung học cơ sở (Lớp 6-9) 3 Phổ thông trung học (Lớp 10-12) 4 Trung cấp, cao đẳng, ĐH (>lớp 12) 5	

A6	Bạn đã từng lập gia đình với một người phụ nữ chưa?		Có 1 Không 2	
A7	Nếu có, bạn có bao nhiêu người con?		_ _ con Không có ghi 00	
A8	Hiện tại , bạn sống với ai? Không đọc các lựa chọn – Khoanh vào 1 câu trả lời duy nhất		Sống một mình 1 Sống với bạn tình nam 2 Sống với bạn bè 3 Sống với vợ/ bạn gái 4 Sống với gia đình 5 Không sống với ai cố định 6 Khác (ghi rõ) 7	
A9	Hiện nay , bạn đang làm những nghề gì? Không đọc các lựa chọn. Gợi ý trả lời: còn nghề gì khác không? và khoanh vào các câu trả lời thích hợp		C K Làm nông 1 2 Nhân viên nhà nước 1 2 Nhân viên phục vụ 1 2 Nhân viên bán hàng 1 2 Kinh doanh/buôn bán 1 2 Sinh viên 1 2 Nghề tự do (xe ôm, bán nước) 1 2 Bán dâm 1 2 Hiện tại thất nghiệp 1 2 Khác (ghi rõ) 1 2	

A10	<p>Trong 12 tháng qua, thu nhập trung bình một tháng của bạn là bao nhiêu?</p> <p>Tính tổng thu nhập từ mọi nguồn</p>	<p>_____ _____ _____ VNĐ</p> <p>Không nhớ/ không trả lời 99</p>	
A11	<p>Bạn thích bạn tình của bạn là NAM hay là NỮ?</p> <p>Đọc và khoanh 1 câu trả lời</p>	<p>Chỉ thích bạn tình là nam 1</p> <p>Thích bạn tình là nam hơn nữ 2</p> <p>Thích bạn tình là nữ hơn nam 3</p> <p>Thích bạn tình là nam, nữ như nhau 4</p> <p>Chỉ thích bạn tình là nữ 5</p>	

PHẦN B: KIẾN THỨC VỀ PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS VÀ CBLTQĐTD

STT	Câu hỏi	Mã câu trả lời	Chuyển
B1	Trước lần phỏng vấn này, bạn đã từng nghe nói về HIV/AIDS hay SIDA chưa?	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p>	
B2	Theo bạn, nhìn một người bình thường có biết người đó nhiễm HIV hay không?	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p> <p>Không có ý kiến 9</p>	
B3	Quan hệ tình dục chung thủy với một bạn tình không nhiễm HIV và bạn tình đó cũng không có bạn tình khác, làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/CBLTQĐTD.	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p> <p>Không có ý kiến 9</p>	

B4	Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV/CBLTQĐTD.	Có 1 Không 2 Không có ý kiến 9
B5	Một người trông khoẻ mạnh có thể đã nhiễm HIV	Có 1 Không 2 Không có ý kiến 9
B6	Muối hay các côn trùng khác đốt/ cắn có thể truyền HIV.	Có 1 Không 2 Không có ý kiến 9
B7	Ăn chung với người nhiễm HIV có thể lây HIV	Có 1 Không 2 Không có ý kiến 9
B8	Dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV.	Có 1 Không 2 Không có ý kiến 9
B9	Luôn sử dụng BCS đúng cách mỗi lần quan hệ tình dục đường hậu môn giảm được lây truyền HIV, CBLTQĐTD.	Có 1 Không 2 Không có ý kiến 9

PHẦN C: THỰC HÀNH PHÒNG, CHỐNG HIV VÀ CBLTQĐTD

ST T	Câu hỏi	Mã câu trả lời	Chuyên
C1	<i>Trong 1 tháng qua</i> , bạn đã từng quan hệ tình dục với bao nhiêu người?	<p align="center"> _ _ _ người Nếu không có ghi 000 Không nhớ ghi 999</p>	

	(Đọc: Hãy suy nghĩ về câu hỏi này một lúc để cho chúng tôi câu trả lời chính xác nhất. Câu trả lời của bạn sẽ hoàn toàn được giữ kín)		
C2	<p>Trong 1 tháng qua, trong số bạn tình của bạn, có bao nhiêu người là:</p> <p>Người phỏng vấn phải đọc lần lượt</p> <p>Bạn tình nam /nữ là những người nam/nữ quan hệ tình dục tự nguyện với bạn mà không có sự trao đổi về tiền hay hàng hóa</p> <p>Nam / nữ bán dâm là những người nam/nữ quan hệ tình dục với bạn và bạn phải trả tiền.</p> <p>Khách hàng nam/ nữ là nam / nữ mà bạn QHTD để nhận tiền hoặc hàng hóa.</p> <p>Kiểm tra số bạn tình tại C203 & C204 để đảm bảo khớp số liệu</p>	<p>C2.1 Bạn tình nam _ _ _ _ Không nhớ ghi 999 Nếu không có, ghi 000</p> <p>C2.2 Khách hàng nam _ _ _ _ Không nhớ ghi 999 Nếu không có, ghi 000</p> <p>C2.3 Nam bán dâm _ _ _ _ Không nhớ ghi 999 Nếu không có, ghi 000</p> <p>C2.4 Bạn tình nữ _ _ _ _ Không nhớ ghi 999 Nếu không có, ghi 000</p> <p>C.5 Khách hàng nữ _ _ _ _ Không nhớ ghi 999 Nếu không có, ghi 000</p> <p>C2.6 Nữ bán dâm _ _ _ _ Không nhớ ghi 999 Nếu không có, ghi 000</p>	
C3	Trong 1 tháng qua , trong số bạn tình nam này, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với bao	_ _ _ _ bạn tình nam Không nhớ 999	

	nhiều người?	Nếu không có, ghi 000	
C4	Trong số đó , có bao nhiêu người là bạn tình một lần?	□□□□ người Không nhớ 999 Nếu không có, ghi 000	
C5	Lần gần đây nhất , bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với bạn tình nam , hai người có dùng bao cao su từ lúc bắt đầu quan hệ cho đến khi xuất tinh không? Đọc rõ: hãy suy nghĩ một chút về câu hỏi này để có thể cho chúng tôi câu trả lời chính xác nhất. Câu trả lời của bạn sẽ được giữ bí mật	Có 1 Không 2 Không nhớ 9	
C6	Trong 1 tháng qua , trong tất cả những lần bạn có quan hệ tình dục qua hậu môn với những bạn tình nam này, bạn và bạn tình của bạn có thường xuyên dùng bao cao su không? Chỉ hỏi nếu C301>0 Nếu câu trả lời là “Tất cả các lần” hoặc “ Không bao giờ “, thì kiểm tra câu trả lời của C308	Tất cả các lần 1 Có lúc dùng, có lúc không 2 Không bao giờ 3 Không trả lời 8 Không nhớ 9	

C7	<p>Trong 1 tháng qua, trong số khách hàng nam có QHTD và trả tiền cho bạn, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với bao nhiêu người?</p>	<p>____ người Không nhớ 999 Nếu không có, ghi 000</p>	
C8	<p>Trong số đó, có bao nhiêu người là khách hàng một lần?</p>	<p>Khách hàng 1 lần ____ người Người mà bạn đã quen biết từ trước ____ người Không nhớ 999 Nếu không có, ghi 000</p>	
C9	<p>Lần gần đây nhất, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với khách hàng nam, bạn và khách hàng nam này có dùng bao cao su từ lúc bắt đầu quan hệ cho đến khi xuất tinh không?</p> <p>Đọc rõ: hãy suy nghĩ một chút về câu hỏi này để có thể cho chúng tôi câu trả lời chính xác nhất. Câu trả lời của bạn sẽ được giữ bí mật</p>	<p>Có 1 Không 2 Không nhớ 9</p>	

C10	<p>Trong 1 tháng qua, trong tất cả những lần bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với khách hàng nam, bạn có thường xuyên dùng bao cao su không? (Nếu câu trả lời là “Tất cả các lần” hoặc “Không bao giờ”, thì kiểm tra câu trả lời của C9)</p>	<p>Tất cả các lần 1 Có lúc dùng, có lúc không 2 Không bao giờ 3 Không trả lời 8 Không nhớ 9</p>	
C11	<p>Trong 1 tháng qua, trong số nam bán dâm mà bạn trả tiền để QHTD, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với bao nhiêu người?</p>	<p>□□□□ người Không nhớ 999 Nếu không có, ghi 000</p>	
C12	<p>Trong số đó, có bao nhiêu người bạn chỉ quan hệ một lần duy nhất</p>	<p>□□□□ người Không nhớ 999 Nếu không có, ghi 000</p>	
C13	<p>Lần gần đây nhất, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với nam bán dâm, hai bạn có dùng bao cao su từ lúc bắt đầu quan hệ cho đến khi xuất tinh không? Đọc rõ: hãy suy nghĩ một chút về câu hỏi này để có thể cho chúng tôi câu trả lời chính xác nhất. Câu trả lời của bạn sẽ được giữ bí mật</p>	<p>Có 1 Không 2 Không nhớ 9</p>	

C14	<p><i>Trong 1 tháng qua</i>, trong tất cả những lần bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn với nam bán dâm, bạn có thường xuyên dùng bao cao su không? Nếu câu trả lời là “Tất cả các lần” hoặc “Không bao giờ”, thì kiểm tra câu trả lời của C13</p>	<p>Tất cả các lần 1 Có lúc dùng, có lúc không 2 Không bao giờ 3 Không trả lời 8 Không nhớ 9</p>	
C15	<p><i>Trong 12 tháng qua</i>, bạn có quan hệ tình dục qua âm đạo hoặc qua hậu môn với bạn tình nữ không?</p>	<p>Có 1 Không 2 Không nhớ 9</p>	
C16	<p><i>Lần gần đây nhất</i>, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo với bạn tình nữ, hai bạn có dùng bao cao su từ lúc bắt đầu quan hệ cho đến khi xuất tinh không? Đọc rõ: hãy suy nghĩ một chút về câu hỏi này để có thể cho chúng tôi câu trả lời chính xác nhất. Câu trả lời của bạn sẽ được giữ bí mật</p>	<p>Có 1 Không 2 Không nhớ 9</p>	

C17	<p>Trong 1 tháng qua, trong tất cả những lần bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo với bạn tình nữ, hai bạn có thường xuyên dùng bao cao su không?</p> <p>Nếu câu trả lời là “Tất cả các lần” hoặc “Không bao giờ”, thì kiểm tra câu trả lời của C16</p>	<p>Tất cả các lần 1</p> <p>Có lúc dùng, có lúc không 2</p> <p>Không bao giờ 3</p> <p>Không trả lời 8</p> <p>Không nhớ 9</p>	
C19	<p>Trong 12 tháng qua, bạn có quan hệ tình dục đường âm đạo hoặc hậu môn với khách hàng nữ để nhận tiền không?</p>	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p> <p>Không nhớ 9</p>	
C20	<p>Lần gần đây nhất, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo với khách hàng nữ, hai người có dùng bao cao su từ lúc bắt đầu quan hệ cho đến khi xuất tinh không?</p> <p>Đọc rõ: hãy suy nghĩ một chút về câu hỏi này để có thể cho chúng tôi câu trả lời chính xác nhất. Câu trả lời của bạn sẽ được giữ bí mật</p>	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p> <p>Không nhớ 9</p>	

C21	<p>Trong 1 tháng qua, trong tất cả những lần bạn quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo với khách hàng nữ, hai người có thường xuyên dùng bao cao su không?</p>	<p>Tất cả các lần 1 Có lúc dùng, có lúc không 2 Không bao giờ 3 Không trả lời 8 Không nhớ 9</p>	
C22	<p>Trong 12 tháng qua, bạn có quan hệ tình dục đường âm đạo hoặc hậu môn với phụ nữ bán dâm không?</p>	<p>Có 1 Không 2 Không nhớ 9</p>	
C23	<p>Lần gần đây nhất, bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo với phụ nữ bán dâm này, hai bạn có dùng bao cao su từ lúc bắt đầu quan hệ cho đến khi xuất tinh không?</p> <p>Đọc rõ: hãy suy nghĩ một chút về câu hỏi này để có thể cho chúng tôi câu trả lời chính xác nhất. Câu trả lời của bạn sẽ được giữ bí mật</p>	<p>Có 1 Không 2 Không nhớ 9</p>	

C24	<p>Trong 1 tháng qua, trong tất cả những lần bạn có quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo với phụ nữ bán dâm, hai người có thường xuyên dùng bao cao su không?</p>	<p>Tất cả các lần 1 Có lúc dùng có lúc không 2 Không bao giờ 3 Không trả lời 8 Không nhớ 9</p>	
C25	<p>Lý do chính để bạn không dùng BCS cho tất cả các lần QHTD đường hậu môn hoặc âm đạo là gì?</p> <p>Không đọc các lựa chọn – Khoanh vào 1 câu trả lời duy nhất</p>	<p>Vì BCS làm giảm cảm giác 1 Không có sẵn BCS 2 Nữ bán dâm trông khỏe mạnh 3 BCS quá đắt 4 Nữ bán dâm không muốn dùng 5 Tin tưởng người nữ bán dâm đó 6 Cảm thấy rất ngại khi mua BCS 7 Không kịp dùng 8 Khác (ghi rõ) 9 Không trả lời 10</p>	
C26	<p>Bạn có có sử dụng chất bôi trơn khi quan hệ tình dục?</p>	<p>1. Có 2. Không</p>	
C27	<p>Bạn có có sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục?</p>	<p>1. Có 2. Không</p>	

C28	<i>Lần gần đây nhất</i> bạn mua bao cao su là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không nhớ/không trả lời 9	
C29	<i>Lần gần đây nhất</i> , bạn được nhận bao cao su miễn phí là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không nhớ/không trả lời 9	
C30	Bạn nhận bao cao su miễn phí từ nguồn nào? Không đọc mà chỉ gắng hỏi: còn từ ai/nơi nào khác không? Khoanh tất cả các câu trả lời thích hợp	C K Nhà thuốc 1 2 Cửa hàng tạp phẩm 1 2 Các cơ sở y tế 1 2 Quán bar/ nhà hàng/ KS 1 2 Đồng đảng viên 1 2 Cán bộ y tế cộng đồng 1 2 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 1 2 Hộp/thùng đựng BCS 1 2 Khác (ghi rõ) 1 2	
C31	<i>Lần gần đây nhất</i> bạn mua chất bôi trơn là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không nhớ/không trả lời 9	

C32	<i>Lần gần đây nhất</i> , bạn được nhận chất bôi trơn miễn phí là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không biết, không trả lời 9	
C33	Bạn nhận chất bôi trơn từ nguồn nào? Không đọc mà chỉ gắng hỏi: còn từ ai/nơi nào khác không? Khoanh tất cả các câu trả lời thích hợp	C K Nhà thuốc 1 2 Cửa hàng tạp phẩm 1 2 Các cơ sở y tế 1 2 Quán bar/ nhà hàng/KS 1 2 Đồng đảng viên 1 2 Cán bộ y tế cộng đồng 1 2 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 1 2 Hộp/thùng đựng bao cao su 1 2 Khác (ghi rõ) 1 2	
C34	<i>Trong 12 tháng qua</i> , bạn và bạn tình nam có thường xuyên dùng chất bôi trơn cùng với bao cao su khi quan hệ tình dục qua hậu môn không?	Tất cả các lần 1 Có lúc dùng, có lúc không 2 Không bao giờ 3 Không nhớ 8 Không trả lời 9	

C35	Trong 12 tháng qua , bạn và bạn tình nam có thường xuyên dùng chất bôi trơn mà không dùng bao cao su khi quan hệ tình dục qua hậu môn không?	Tất cả các lần 1 Có lúc dùng, có lúc không 2 Không bao giờ 3 Không nhớ 8 Không trả lời 9	
C36	Bạn đã từng quan hệ tình dục khi say (xỉn) chưa?	Có 1 Không 2 Không nhớ 9	
C37	Bạn quan hệ với ai khi say (xỉn)?	Bạn tình tự nguyện cùng giới 1 Mại dâm nam 2 Bạn gái/vợ 3 Gái mại dâm 4 Khác (ghi rõ) 5	
C38	Trong lần QHTD gần đây nhất đường âm đạo hay hậu môn khi say xỉn, bạn có dùng BCS không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 9	
C39	Bạn đã từng sử dụng ma túy bao giờ chưa?	Có 1 Không 2	

		Từ trước đến nay	Trong 1 tháng
		C K	C K
C40	<p>Bạn có dùng loại ma túy nào sau đây không?</p> <p>KHOANH TẮT CẢ CÁC CÂU TRẢ LỜI PHÙ HỢP. NẾU NGƯỜI TRẢ LỜI CHƯA BAO GIỜ SỬ DỤNG THÌ KHÔNG HỎI CHO “TRONG 1 THÁNG QUA”</p>	Thuốc phiện 1 2	1 2
		Hê rô in 1 2	1 2
		Cần sa, tài mà, bồ đề, cỏ 1 2	1 2
		Thuốc lắc, cần, bay, tình yêu, sư tử, love 1 2	1 2
		Hàng đá, cục, hồng phiến 1 2	1 2
		Keo hit, keo dán 1 2	1 2
		Kê ta min, ke 1 2	1 2
		Nấm thần 1 2	1 2
		Cocain 1 2	1 2
		Thuốc an thần, sen, valium, seduxen, 1 2	1 2
		Methamphetamine 1 2	1 2
		Khác 1 2	1 2
		(Ghi rõ).....	
C41	<p>Bạn đã từng quan hệ tình dục khi phê thuốc chưa?</p>	Có 1	
		Không 2	
		Không nhớ 9	
C42	<p>Bạn quan hệ với ai khi phê thuốc?</p>	Bạn tình nam (tự nguyện) 1	
		Nam bán dâm 2	
		Bạn gái/ vợ 3	
		Nữ bán dâm 4	
		Khác (ghi rõ) 5	
.....			

C43	Lần gần đây nhất quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo khi phê thuốc, bạn có dùng bao cao su không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 9	
C44	Bạn đã từng tiêm chích các loại thuốc kích thích/an thần như ma túy, thuốc ngủ... (không phải do bác sỹ kê đơn) chưa?	Có 1 Không 2 Không nhớ 8 Không trả lời 9	
C45	Khi bạn tiêm chích, bạn đã từng sử dụng lại BKT mà người khác đã dùng chưa?	Có 1 Không 2 Không nhớ 8 Không trả lời 9	
C46	Trong 1 tháng qua , bạn có tiêm chích ma túy không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 9	
C47	Trong 1 tháng qua , khi tiêm chích, bạn có thường sử dụng lại BKT mà người khác đã hoặc vừa sử dụng không?	Tất cả các lần 1 Có lúc dùng, có lúc không 3 Không bao giờ 4 Không nhớ 8 Không trả lời 9	
C48	Trong 12 tháng qua , theo bạn, có ai trong số các bạn tình của bạn tiêm chích ma túy không?	Có 1 Không 2 Không biết 8 Không trả lời 9	
C49	Trong 12 tháng qua , bạn có bị loét, sùi hoặc chảy mủ/ dịch ở bộ phận sinh dục không?	Có 1 Không 2 Không nhớ 9	

C50	Trong 12 tháng qua , bạn có bị đau, loét, sùi hoặc chảy mủ/dịch ở hậu môn không?	Có Không Không nhớ	1 2 9	
C51	<p>a. Lần gần đây nhất, khi có thấy các triệu chứng như đau, loét, sùi hay chảy mủ bộ phận sinh dục/hậu môn bạn đã làm gì?</p> <p><i>Đọc to, Khoanh tròn tất cả những câu trả lời được cung cấp</i></p> <p>a. Đi khám, chữa tại các cơ sở y tế nhà nước</p> <p>b. Đi khám, chữa tại các cơ sở y tế tư nhân</p> <p>c. Đến nhà thuốc để mua thuốc</p> <p>d. Đi khám, chữa tại các thầy lang</p> <p>e. Tự chữa trị ở nhà</p> <p>f. Kể cho bạn tình biết về triệu chứng của mình</p> <p>g. Ngừng quan hệ tình dục khi có các triệu chứng</p> <p>h. Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục trong thời gian anh phát hiện triệu chứng</p> <p>i. Đi đến các dịch vụ miễn phí</p> <p>j. Không làm gì cả.</p>		<p>C K C K</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p>	<p>b. Nó có làm mất các triệu chứng không?</p> <p>C K C K</p> <p>1 2 1 2</p> <p>1 2 1 2</p>
C52	Trong 12 tháng qua , bạn đã từng đến phòng khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục ngay cả khi bạn không có triệu chứng chưa?	Có Không Không biết	1 2 9	
C53	Bạn có từng bị vàng da không?	Có Không Không biết	1 2 9	
C54	Khi bị vàng da bạn có tìm cách chữa trị không?	Có Không Không biết	1 2 9	

PHẦN D: TIẾP CẬN VỚI CÁC CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP

STT	Câu hỏi	Mã câu trả lời	Chuyển
D1	<i>Lần gần đây nhất</i> , ai đó nói cho bạn về tình dục an toàn là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không biết, không trả lời 9	
D2	<i>Nếu có</i> , bao nhiêu lần trong 1 tháng trước?	_ _ lần	
D3	Ai là người đã nói cho bạn về tình dục an toàn? Không đọc. Chỉ gặng hỏi “còn ai nữa không?” và khoanh tất cả các câu trả lời thích hợp	<p align="right">C K</p> Giáo dục viên, tuyên truyền viên 1 2 Cán bộ y tế 1 2 Đồng đảng viên, bạn bè 1 2 Gia đình, người thân 1 2 Trung tâm TVXNTN 1 2 CT biểu diễn/trò chơi HIV 1 2 Bạn tình 1 2 Khác (ghi rõ)..... 1 2	
D4	<i>Lần gần đây nhất</i> , bạn nhận được thông tin và tài liệu dành cho nam giới có quan hệ tình dục với người cùng giới về tình dục an toàn là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không biết, không trả lời 9	

D5	<i>Nếu có</i> , bạn được nhận bao nhiêu lần trong 1 tháng vừa qua?	_ _ lần Không nhớ 99	
D6	<i>Lần gần đây nhất</i> , bạn nhận được thông tin và tài liệu dành cho nam giới có quan hệ tình dục với người cùng giới về tiêm chích an toàn là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không biết, không trả lời 9	
D7	<i>Nếu có</i> , bạn được nhận bao nhiêu lần trong 1 tháng vừa qua?	_ _ lần Không nhớ 99	
D8	Bạn nhận được những thông tin này từ nguồn nào? Không đọc. Chỉ gắng hỏi “còn nguồn nào nữa không?” và khoanh tất cả các câu trả lời	CK ĐĐV, tuyên truyền viên 1 2 Cán bộ y tế 1 2 Bạn cùng tiêm chích 1 2 Trung tâm TVXNTN 1 2 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 1 2 Bạn tình 1 2 Truyền thông đại chúng 1 2 Internet 1 2 Sự kiện văn hóa 1 2 Khác (Ghi rõ)_____ 1 2	

D9	<i>Lần gần đây nhất</i> , bạn được nhận bơm kim tiêm miễn phí là khi nào?	1 tháng trước 1 6 tháng trước 2 12 tháng trước 3 Hơn 1 năm 4 Chưa bao giờ 5 Không biết, không trả lời 9
D10	<i>Nếu trong 1 tháng vừa qua</i> , bạn được nhận bao nhiêu lần?	_ _ lần Không nhớ 99
D11	Ai cung cấp bơm kim tiêm cho bạn? Không đọc. Chỉ gắng hỏi “còn ai hoặc nơi nào cung cấp nữa không?” và khoanh tất cả các câu trả lời	C K Giáo dục, tuyên truyền viên 1 2 Cán bộ y tế 1 2 Đồng đảng viên, bạn bè 1 2 Cán bộ trung TVXNTN 1 2 Câu lạc bộ, điểm giáo dục 1 2 Bạn tình 1 2 Hộp đựng bơm kim tiêm 1 2 Khác 1 2 (ghi rõ).....
D12	Bạn có biết nơi nào mà người nhiễm HIV có thể nhận được thuốc điều trị AIDS (ARV) miễn phí tại thành phố nơi bạn đang sống không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 9
D13	Theo bạn, hiện có loại dịch vụ chăm sóc tại nhà dành cho người nhiễm HIV không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 9

D14	<p>Bạn đã từng tham gia vào những nhóm hỗ trợ cho nam giới có quan hệ tình dục với người cùng giới bao giờ chưa?</p> <p>Nhóm hỗ trợ bao gồm cả những nhóm MSM cùng tập hợp nhau lại để chia sẻ thông tin về những vấn đề của MSM và những nhóm lập trên internet</p>	<p>Có 1</p> <p>Không 2</p> <p>Không trả lời 9</p>	
D15	<p>Những nguồn thông tin nào hay từ người nào sau đây mà bạn tin tưởng để tiếp nhận thông tin liên quan đến sức khỏe?</p> <p>Đọc lần lượt. Khoanh vào tất cả câu trả lời thích hợp</p>	<p>C K</p> <p>Cơ sở Y Tế 1 2</p> <p>BS tại CSYT nhà nước 1 2</p> <p>Bác sĩ tư nhân 1 2</p> <p>Bạn bè/ gia đình 1 2</p> <p>Đồng đảng viên 1 2</p> <p>Dược sĩ 1 2</p>	
D16	<p>Bạn muốn nhận thông tin này bằng hình thức nào?</p> <p>Đọc lần lượt. Khoanh vào tất cả câu trả lời</p>	<p>C K</p> <p>Tivi 1 2</p> <p>Đài 1 2</p> <p>Báo chí 1 2</p> <p>Đài phát thanh 1 2</p> <p>Áp phích 1 2</p> <p>Tờ rơi 1 2</p> <p>Internet 1 2</p> <p>Buổi biểu diễn 1 2</p> <p>Khác (ghi rõ) 1 2</p> <p>.....</p>	

D17	Bạn có biết là bạn có thể xét nghiệm HIV ở đâu không?	Có 1 Không 2 Không trả lời 9
D18	Bạn đã từng xét nghiệm HIV?	Có 1 Không 2 Không trả lời 9
	<i>Nếu có, Lần gần nhất</i> , bạn làm xét nghiệm HIV mà có biết kết quả là khi nào?	6 tháng trước 1 12 tháng trước 2 Hơn 1 năm 3 Chưa bao giờ 4 Không nhớ, không trả lời 9
D19	<i>Lần đó</i> , bạn xét nghiệm ở đâu?	Cơ sở y tế nhà nước 1 Cơ sở tư nhân 2 Trung tâm 06 3 Trung tâm XN lưu động 4 Khác (ghi rõ)..... 5
D20	<i>Lần đó</i> , ai giới thiệu bạn tới dịch vụ xét nghiệm tại điểm đó?	Nhân viên tiếp cận cộng đồng 1 Nhân viên y tế 2 Bạn tình 3 Bạn chích chung 4 Bạn cũng là MSM 5 Qua các phương tiện thông tin 6 Gia đình, người thân 7 Khác 8
D21	<i>Theo bạn</i> , bao nhiêu lâu bạn nên đi xét nghiệm HIV một lần?	□□ tháng/một lần Khác ghi 00 Không biết 88 Không trả lời 99

**PHẦN E: CÂU HỎI VỀ MẠNG LƯỚI VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ
INTERNET**

STT	Câu hỏi	Mã câu trả lời	Chuyển
E1	Có bao nhiêu người nam giới có quan hệ tình dục với người cùng giới (MSM) mà bạn biết và họ biết bạn?	_ _ _ người	
E2	Có bao nhiêu người trong số người MSM này <i>đọc câu trả lời của E1, là từ 16 tuổi trở lên?</i>	_ _ _ người	
E3	Những địa điểm nơi mà những người nam giới quan hệ đồng tính thường tụ tập hoặc gặp gỡ nhau ?	_ _ số địa điểm Không nhớ 99	
E4	<p><i>Nếu có</i>, đó là những địa điểm như thế nào?</p> <p>Không đọc. Chỉ gặng hỏi “còn địa điểm nào nữa không?” và khoanh tất cả các câu trả lời thích hợp</p>	<p>C K</p> <p>Đường phố, công viên hay bờ hồ 1 2</p> <p>Internet 1 2</p> <p>Quán bar, sàn nhảy 1 2</p> <p>Rạp chiếu phim 1 2</p> <p>Hồ bơi 1 2</p> <p>Sauna/”mát-xa” 1 2</p> <p>Tại nhà 1 2</p> <p>Khách sạn, nhà nghỉ 1 2</p> <p>Quán café 1 2</p> <p>Quán nhậu 1 2</p> <p>Karaoke 1 2</p> <p>Khác (ghi rõ) 1 2</p>	

		
E5	Bạn đã từng tiết lộ về việc mình là người nam có quan hệ tình dục đồng giới cho những ai? Không đọc. Chỉ gắng hỏi “còn ai nữa không?” và khoanh tất cả các câu trả lời thích hợp	<p style="text-align: right;">C K</p> Thành viên trong gia đình 1 2 Đồng nghiệp nơi làm việc 1 2 Vợ/bạn gái 1 2 Những bạn không phải là MSM 1 2 Những bạn cũng là MSM 1 2 Bạn tình nam 1 2 Khác (ghi rõ) 1 2	
E6	Bạn thường xem thông tin, tìm hiểu về HIV/AIDS, MSM từ những nguồn nào? Không đọc. Chỉ gắng hỏi “còn gì nữa không?” và khoanh tất cả các câu trả lời thích hợp	Internet 1 Tivi 2 Đài 3 Sách, báo 4 Pano, áp phích 5 Loa truyền thanh 6 Nhân viên y tế 7 Người thân, bạn bè 8 Khác (ghi rõ):	
E7	Bạn có sử dụng mạng xã hội zalo không?	Có 1 Không 2	2 →kết thúc PV
E8	Bạn có quen biết với bao nhiêu bạn MSM trên mạng Zalo?	_ _ _ người Không có 000 Không nhớ 999	

E9	Trong số những MSM mà bạn biết trên Zalo có bao nhiêu người nhiễm HIV/AIDS?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> người Không có 000 Không biết/không nhớ 999	
E10	Bạn có đọc được thông tin về MSM, HIV, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, trên mạng zalo không?	Có 1 Không 2	2 →kết thúc PV
E11	Bạn thấy những thông tin về cộng đồng MSM, bệnh HIV, CBLTQĐTD được cung cấp có bổ ích không?	Có 1 Không 2 Nếu không, đóng góp ý kiến	
E12	Có bao giờ bạn “bình luận”, liên hệ nhờ tư vấn về HIV và các bệnh LTQĐTD trên zalo?	Có 1 Không 2	
E13	Nếu có , Bạn đã từng được giải đáp thắc mắc, tư vấn, được giúp đỡ về HIV và các bệnh LTQĐTD trên zalo không?	Có 1 Không 2	
E14	Bạn sẽ tiếp tục tham gia chia sẻ thông tin MSM, CBLTQĐTD trên zalo và giới thiệu bạn bè tham gia?	Rất đồng ý 1 Đồng ý 2 Không ý kiến 3 Không đồng ý 4 Rất không đồng ý 5	

Cuộc phỏng vấn hoàn thành tại đây. Rất cảm ơn bạn đã dành thời gian giúp đỡ. Bạn có điều gì muốn thảo luận thêm với chúng tôi không? Vui lòng đến phòng kế bên để được tư vấn và tiến hành xét nghiệm.

Phụ lục 2

BIÊN BẢN THỎA THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

“Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả can thiệp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam giới quan hệ đồng tính tại tỉnh Bến Tre”

Giới thiệu

Bản thỏa thuận này chứa đựng các thông tin của “Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả can thiệp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nam giới quan hệ đồng tính tại tỉnh Bến Tre”. *Để chắc chắn rằng bạn được thông báo tham gia vào nghiên cứu này, chúng tôi sẽ yêu cầu bạn ký hoặc điểm chỉ vào văn bản này trước sự có mặt của người làm chứng.* Nghiên cứu này chỉ bao gồm những người tự nguyện tham gia. Hãy cân nhắc trước khi quyết định và đừng ngần ngại hỏi chúng tôi nếu bạn có thắc mắc.

Mục tiêu nghiên cứu

Bạn được yêu cầu tham gia vào nghiên cứu sẽ giúp chúng tôi đo lường hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV, một số BLTQĐTD. Nghiên cứu sẽ giúp chúng tôi thu thập thông tin và sẽ được sử dụng cho việc thiết kế những chương trình can thiệp trong nhóm nguy cơ cao lây nhiễm HIV, một số BLTQĐTD.

Tại sao bạn được mời tham gia vào nghiên cứu?

Bạn được tham gia vào nghiên cứu này vì bạn có nguy cơ nhiễm HIV, một số BLTQĐTD. Những người nam có quan hệ tình dục đồng tính là những người có nguy cơ cao nhiễm HIV, các BLTQĐTD.

Bạn được mời tham gia nghiên cứu này để giúp chúng tôi tìm hiểu về những hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Bạn có thể có nguy cơ nhiễm HIV, một số BLTQĐTD. QHTD không sử dụng BCS tạo ra nguy cơ nhiễm HIV, một

số BLTQĐTD. QHTD với bạn tình nhiễm HIV, một số BLTQĐTD cũng có nguy cơ lây nhiễm cao. Kết quả nghiên cứu này sẽ giúp chúng tôi thu thập thông tin hữu ích để xây dựng các chương trình can thiệp trong nhóm quần thể có nguy cơ cao.

Thông tin về nghiên cứu

Nghiên cứu này sẽ được thực hiện tại tỉnh Bến Tre. Có khoảng 390 - 400 MSM tham gia vào nghiên cứu. Chúng tôi sẽ hỏi bạn một số câu hỏi để đảm bảo bạn phù hợp với việc tham gia nghiên cứu (Ví dụ: bạn bao nhiêu tuổi?).

Nếu phù hợp, chúng tôi sẽ phỏng vấn và hỏi bạn một số câu hỏi về những hành vi liên quan đến tình dục. Chúng tôi không đề nghị bạn cho biết tên. Phỏng vấn sẽ mất 30 – 40 phút.

Sau đó chúng tôi sẽ lấy 3ml máu cho việc xét nghiệm HIV, một số BLTQĐTD. Mẫu máu sẽ được gửi đến phòng thí nghiệm chuẩn thức cho xét nghiệm HIV, một số BLTQĐTD.

Tên của bạn sẽ không được gửi tới phòng xét nghiệm. Do đó cán bộ phỏng vấn sẽ không biết kết quả xét nghiệm của bạn.

Bạn sẽ nhận được kết quả xét nghiệm HIV, một số BLTQĐTD cùng với tư vấn của cán bộ nghiên cứu. Bạn sẽ nhận được một phiếu hẹn trả kết quả sau 4 tuần. Trên phiếu hẹn sẽ có thông tin chi tiết về dịch vụ tư vấn (địa chỉ, giờ làm việc) và Số điện thoại của người phụ trách nghiên cứu, trong trường hợp bạn có vấn đề trao đổi. Bạn có thể nhận kết quả nghiên cứu tại địa điểm này. Bạn sẽ không nhận được kết quả nếu không có phiếu hẹn.

Tham gia vào nghiên cứu:

Nếu bạn đồng ý tham gia vào nghiên cứu, chúng tôi sẽ:

- Hỏi bạn về cuộc sống và hành vi của bạn để xem bạn có đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu không?

- Lấy đồng ý tham gia vào nghiên cứu của bạn.

- Hỏi bạn những câu hỏi về những hành vi trước kia và hiện tại.

- Đề nghị bạn cung cấp mẫu máu để làm xét nghiệm HIV, Chlamydia, Giang mai.

Bạn không nhất thiết phải tham gia vào nghiên cứu này để nhận được dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện.

Nguy cơ có thể xảy ra

Mặc dù nghiên cứu luôn bảo vệ sự riêng tư và bí mật cho các nhân chứng cho người tham gia nghiên cứu có thể bị người khác bắt gặp khi cùng tham gia nghiên cứu có thể gặp những tác động về mặt xã hội (như những tác hại có thể xảy ra khi người nghiên cứu được xác định nhiễm HIV hoặc có hành vi nguy cơ). Ví dụ: như người tham gia nghiên cứu có thể bị kì thị, phân biệt đối xử hoặc không được gia đình/cộng đồng chấp nhận. Việc giảm thiểu nguy cơ tác động xấu về mặt xã hội cho những người tham gia nghiên cứu luôn được duy trì, Một số người sẽ cảm thấy chóng mặt khi lấy máu. Một số thấy đau, khó chịu khi bị kim đâm vào. Bạn có thể bị thâm tím hoặc sưng lên khi rút kim ra, hoặc một số người có thể bị nhiễm trùng tại vết máu nhưng số này rất hiếm.

Bạn có thể sẽ thấy lo lắng, xấu hổ khi nói chuyện về các hành vi tình dục, nếu bạn không muốn trả lời những câu hỏi của chúng tôi, bạn có quyền không trả lời.

Quyền lợi

Bạn sẽ không có quyền lợi trực tiếp từ nghiên cứu này. Nhưng nghiên cứu này sẽ giúp các nhà nghiên cứu thiết kế những chương trình y tế công cộng và nó có thể đem lại lợi ích cho bạn trong tương lai.

Trong những cuộc tư vấn với những tư vấn viên chúng tôi, bạn sẽ được thông báo về kết quả xét nghiệm HIV, một số BLTQĐTD của bạn. Nếu bạn nhiễm một số BLTQĐTD, bạn sẽ được gửi đến các chương trình chăm sóc và điều trị thích hợp hiện có tại địa phương.

Thời gian

Nghiên cứu này sẽ kéo dài trong khoảng 12 ngày. Khi tham gia, bạn có thể đề nghị dừng nghiên cứu này. Cuộc phỏng vấn sẽ được diễn ra ở một nơi kín đáo và riêng biệt. Tên của bạn sẽ không được ghi lại trên phiếu phỏng vấn và cũng không được chuyển đến phòng xét nghiệm. Tên bạn sẽ không được nhắc đến trong bất kỳ báo cáo nào. Chúng tôi sẽ không thông báo cho bố/mẹ bạn, bạn đời/bạn tình của bạn hoặc bạn bè của bạn về việc bạn tham gia trong nghiên cứu này.

Những câu trả lời và số liệu nghiên cứu sẽ được cất giữ trong tủ có khóa hoặc mật khẩu. Những thông tin của bạn sẽ được mã hóa bằng một mật khẩu là mã số nghiên cứu của bạn.

Bồi dưỡng

Chúng tôi trả cho bạn một khoảng thù lao cho sự tham gia của bạn trong nghiên cứu này. Bạn sẽ nhận được khoảng thù lao nhỏ cho sự tham gia vào nghiên cứu, đó là thù lao cho việc đi lại, cho việc bạn dành thời gian cho chúng tôi hôm nay. Số tiền này bạn sẽ nhận được khi hoàn tất các bước trong nghiên cứu.

Nếu bạn quyết định không tham gia vào nghiên cứu:

Bạn có quyền tự quyết định việc có/không tham gia nghiên cứu. Quyết định của bạn không ảnh hưởng gì đến các chăm sóc y tế mà bạn đang được hưởng. Nếu bạn quyết định tham gia vào nghiên cứu, bạn có thể quyết định không trả lời phỏng vấn hoặc không cung cấp máu để làm xét nghiệm. Nếu bạn ngừng tham gia nghiên cứu sẽ không ảnh hưởng bất kỳ chăm sóc y tế nào mà bạn đang được hưởng.

Nếu bạn có vấn đề rắc rối hoặc câu hỏi:

Nếu bạn gặp vấn đề rắc rối khiến bạn nghĩ rằng do liên quan đến sự tham gia vào nghiên cứu của bạn hoặc có bất kỳ câu hỏi nào về quyền của người tham gia nghiên cứu, bạn hãy liên hệ với:

Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS Bến Tre

Số 62 Đường Nguyễn Đình Chiểu, Phường 1, Tp Bến Tre, tỉnh Bến Tre.

Phụ lục 3
THỎA THUẬN TỰ NGUYỆN

* Tài liệu trên đây mô tả quyền lợi, nghĩa vụ, nguy cơ và quy trình nghiên cứu trong những người MSM tại Tỉnh Bến Tre. Tôi đã được đọc và nghe giải thích đầy đủ. Tôi cũng có cơ hội để hỏi về nghiên cứu này và được trả lời thỏa đáng.

Tôi đồng ý tham gia vào nghiên cứu này một cách tự nguyện.

Có Không

Tôi đồng ý cho lưu mẫu máu để làm xét nghiệm khác trong tương lai.

Có Không

Tôi khẳng định mục đích của nghiên cứu, nghĩa vụ, quyền lợi, các nguy cơ có thể xảy ra với những người tham gia nghiên cứu trong quá trình thực hiện nghiên cứu này đã được giải thích cho người có tên trên đây.

Tên người lấy thỏa thuận

Chữ ký của người tham gia

.....

Ngày thángnăm.....

Tôi có mặt tại đây trong suốt quá trình lấy thỏa thuận tham gia nghiên cứu với người tình nguyện. Tất cả các câu hỏi của người tình nguyện đã được trả lời và người tình nguyện đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tên người làm chứng:

Chữ ký người làm chứng.

Phụ lục 4
BIỂU MẪU SÀNG LỌC NHÓM CÁC BẠN (MSM)

Mã nghiên cứu:

1. Bạn bao nhiêu tuổi?

- Dưới 16 tuổi 1 → **KHÔNG** đủ điều kiện tham gia
- 16 tuổi trở lên 2

2. Trong vòng 12 tháng qua, bạn có QHTD với 1 người nam giới không (miệng hoặc đường hậu môn)?

- Không 1 → **KHÔNG** đủ điều kiện tham gia
- Có 2

3. Trong vòng 30 ngày qua, bạn đã từng tham gia nghiên cứu sử dụng phiếu mời tương tự thế này chưa?

- Đã từng 1 → **KHÔNG** đủ điều kiện tham gia
- Chưa từng 2 → Đủ điều kiện

Phụ lục 5

Biến số nghiên cứu

1. Các biến số về đặc điểm cá nhân đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: tính theo năm dương lịch; nhóm tuổi chia thành 3 nhóm là nhỏ hơn 25, 25 đến 49 và trên 49 tuổi trở lên, theo nhóm tuổi tại bộ chỉ số theo dõi và đánh giá chương trình phòng chống HIV/AIDS quốc gia.

- Dân tộc: dân tộc của đối tượng theo chứng minh nhân dân hoặc khai sinh. Các giá trị gồm: Kinh, Hoa, Khmer, khác.

- Trình độ học vấn: cấp học cao nhất của đối tượng đạt được/tốt nghiệp. Các giá trị gồm:

+ Mù chữ: không biết đọc và viết chữ

+ Tiểu học: học hết một trong những lớp 1 – 5.

+ Trung học cơ sở (THCS): học hết một trong những lớp 6 – 9.

+ Trung học phổ thông (THPT): học hết một trong những lớp 10 – 12.

+ Trung cấp/cao đẳng/đại học.

- Nơi sống hiện tại: huyện và tỉnh nơi đối tượng nghiên cứu sống. Phân bố nơi sống gồm thành phố Bến Tre, các huyện còn lại.

- Thời gian sống tại nơi nghiên cứu: số tháng sống và số năm sống.

- Nghề nghiệp: những nghề mà đối tượng làm việc nhằm đổi lấy thu nhập. Các giá trị: làm nông, nhân viên nhà nước, nhân viên phục vụ, nhân viên bán hàng, kinh doanh/buôn bán, sinh viên, nghề tự do (xe ôm, bán nước), bán dâm, hiện tại thất nghiệp, công nhân, khác.

- Thu nhập trung bình một tháng: là thu nhập của đối tượng nghiên cứu trung bình 6 tháng qua tính theo đơn vị Việt Nam đồng. Nhóm thu nhập có 2 giá trị: dưới 2 triệu đồng và từ 2 triệu đồng (tham khảo theo nghiên cứu IBBS 2009).

- Tình trạng hôn nhân: có từng lập gia đình với một phụ nữ, 2 giá trị là có và không.

- Số con hiện có: chia thành 3 nhóm không có con, từ 1 đến 2 con và trên 2 con.

- Tình trạng sống chung, là tình trạng sống chung hiện tại của đối tượng. Các giá trị: sống một mình, sống với bạn tình nam, sống với bạn bè, sống với vợ/bạn gái, sống với gia đình, không sống với ai cố định.

- Sở thích bạn tình: 5 giá trị là chỉ thích bạn tình là nam, chỉ thích bạn tình là nữ, thích bạn tình là nam và nữ như nhau, thích bạn tình là nữ hơn nam, thích bạn tình nam hơn là nữ (tham khảo theo nghiên cứu IBBS 2009).

2. Yếu tố liên quan đến kiến thức phòng, chống các BLTQĐTD

- Tuổi: gồm 3 nhóm, nhóm dưới 25 tuổi, nhóm từ 25 - 49 tuổi, nhóm trên 49 tuổi.

- Dân tộc: gồm 2 nhóm, dân tộc Kinh và dân tộc khác.

- Trình độ học vấn: gồm 5 nhóm: mù chữ, tiểu học (lớp 2-5), trung học cơ sở (lớp 6-9), phổ thông trung học (lớp 10-12), trung cấp, cao đẳng, đại học (>lớp 12).

- Thu nhập: gồm 2 nhóm, từ 2.000.000 đồng trở xuống và trên 2.000.000 đồng.

- Tình trạng gia đình: gồm 2 nhóm, chưa lập gia đình và đã lập gia đình.

- Nơi sống: thành phố Bến Tre và huyện khác.

- Thời gian sinh sống tại nơi thường trú: gồm 3 nhóm: dưới 5 năm, từ 5 đến 10 năm, trên 10 năm.

3. Yếu tố liên quan đến thực hành phòng, chống các BLTQĐTD

- Tuổi: gồm 3 nhóm, nhóm dưới 25 tuổi, nhóm từ 25 - 49 tuổi, nhóm trên 49 tuổi.

- Dân tộc: gồm 2 nhóm, dân tộc Kinh và dân tộc khác.

- Trình độ học vấn: gồm 5 nhóm: mù chữ, tiểu học (lớp 2-5), trung học cơ sở (lớp 6-9), phổ thông trung học (lớp 10-12), trung cấp, cao đẳng, đại học (>lớp 12).

- Thu nhập: gồm 2 nhóm, từ 2.000.000 đồng trở xuống và trên 2.000.000 đồng.

- Tình trạng gia đình: gồm 2 nhóm, chưa lập gia đình và đã lập gia đình.

- Nơi sống: thành phố Bến Tre và huyện khác.

- Thời gian sinh sống tại nơi thường trú: gồm 3 nhóm: dưới 5 năm, từ 5 đến 10 năm, trên 10 năm.

- Kiến thức phòng, chống các BLTQĐTD.