

HIỆU QUẢ CAN THIỆP TRUYỀN THÔNG THEO MÔ HÌNH NIỀM TIN SỨC KHỎE VỀ SỬ DỤNG RƯỢU BIA Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH NĂM 2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của can thiệp truyền thông dựa trên Mô hình Niềm tin Sức khỏe trong cải thiện nhận thức về sử dụng rượu bia ở người cao tuổi tại thành phố Nam Định năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp trước – sau được thực hiện trên 410 người cao tuổi tại 2 phường Lộc Hòa và Mỹ Xá thành phố Nam Định. Dữ liệu được thu thập trước và sau can thiệp bằng bộ câu hỏi cấu trúc được thiết kế dựa trên các thành phần của Mô hình Niềm tin Sức khỏe, sử dụng thang đo Likert 5 mức độ. Phân tích thống kê sử dụng kiểm định t ghép cặp để so sánh sự thay đổi điểm trung bình trước và sau can thiệp.

Kết quả: Sau can thiệp, tất cả các cấu phần nhận thức về sử dụng rượu bia đều cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điểm nhận thức về mức độ nghiêm trọng giảm từ 13,05 xuống 12,08; tính nhạy cảm giảm từ 11,85 xuống 11,25; lợi ích của việc không sử dụng rượu bia giảm từ 10,19 xuống 8,24; nhận thức về các rào cản giảm từ 11,00 xuống 9,45; và động lực thay đổi hành vi giảm từ 10,29 xuống 8,23.

Kết luận: Can thiệp truyền thông dựa trên Mô hình Niềm tin Sức khỏe có hiệu quả trong việc nâng cao nhận thức và thúc đẩy thay đổi hành vi sử dụng rượu bia ở người cao tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc áp dụng các chương trình truyền thông dựa trên lý thuyết hành vi là hướng tiếp cận phù hợp trong can thiệp sức khỏe cộng đồng đối với nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Người cao tuổi; rượu bia; nhận thức; Mô hình Niềm tin Sức khỏe; can thiệp truyền thông.

EFFECTIVENESS OF A HEALTH BELIEF MODEL-BASED COMMUNICATION INTERVENTION ON ALCOHOL USE PERCEPTIONS AMONG OLDER ADULTS IN NAM DINH CITY, 2025

Objective: To evaluate the effectiveness of a Health Belief Model-based communication intervention in improving perceptions of alcohol use among older adults in Nam Dinh City in 2025.

1. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

*Tác giả liên hệ: Phạm Thị Thu Hiền

Email: phamthuhien@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/05/2026

Ngày phản biện: 08/6/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026

Phạm Thị Thu Hiền^{1*}, Vũ Mạnh Độ¹

Method: A one-group pre–post intervention study was conducted among 400 older adults in Loc Hoa and My Xa wards, Nam Dinh City. Data were collected before and after the intervention using a structured questionnaire developed based on the constructs of the Health Belief Model, employing a 5-point Likert scale. Statistical analysis was performed using paired t-tests to compare mean scores before and after the intervention.

Results: Following the intervention, significant improvements were observed across all Health Belief Model constructs related to alcohol use ($p < 0.001$). Mean scores for perceived severity, perceived susceptibility, perceived benefits of abstaining from alcohol, perceived barriers to alcohol cessation, and motivation for behavior change decreased from 13.05 to 12.08, 11.85 to 11.25, 10.19 to 8.24, 11.00 to 9.45, and 10.29 to 8.23, respectively.

Conclusion: The Health Belief Model based communication intervention was effective in enhancing perceptions and promoting behavioral change related to alcohol use among older adults. The findings suggest that theory-based communication programs are an appropriate approach for community health interventions targeting this population.

Keywords: older adults; alcohol use; health belief model; perception; communication intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rượu bia là đồ uống phổ biến trong đời sống xã hội, tuy nhiên việc sử dụng ở mức an toàn vẫn chưa được nhận thức đầy đủ. Việt Nam là một trong những quốc gia có mức tiêu thụ rượu bia cao trong khu vực Đông Nam Á và đang phải đối mặt với gánh nặng ngày càng gia tăng của các bệnh không lây nhiễm [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2019 có khoảng 81,4% số ca tử vong liên quan đến các bệnh không lây nhiễm, trong đó sử dụng rượu bia (SDRB) là một yếu tố nguy cơ quan trọng. Tỷ lệ sử dụng SDRB có xu hướng gia tăng theo thời gian và lan rộng ở nhiều nhóm tuổi [2].

Ở người cao tuổi (NCT), việc SDRB gây ảnh hưởng toàn diện đến sức khỏe thể chất, tâm lý và xã hội, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh mạn tính như tim mạch, tăng huyết áp, ung thư và rối

loạn tâm thần [1, 3]. Nghiên cứu tại Nam Định cho thấy tỷ lệ người cao tuổi SDRB ở mức có hại và lệ thuộc còn đáng kể. Đồng thời, các yếu tố văn hóa, thói quen và nhận thức chưa đầy đủ về tác hại của rượu bia là những rào cản lớn trong việc thay đổi hành vi [4].

Mô hình Niềm tin Sức khỏe (HBM) được xem là một khung lý thuyết hiệu quả trong giải thích và thay đổi hành vi sức khỏe thông qua việc tác động đến nhận thức về nguy cơ, mức độ nghiêm trọng, lợi ích và rào cản của hành vi. Các nghiên cứu cho thấy can thiệp dựa trên mô hình này có thể cải thiện nhận thức và thúc đẩy thay đổi hành vi liên quan đến SDRB [5] [6].

Tuy nhiên, các nghiên cứu can thiệp dựa trên mô hình này ở người cao tuổi tại Việt Nam còn hạn chế, đặc biệt tại cấp cộng đồng. Do đó, nghiên cứu (NC) này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của can thiệp truyền thông dựa trên HBM trong cải thiện nhận thức về SDRB ở người cao tuổi tại thành phố Nam Định năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Đối tượng NC: Người từ 60 tuổi trở lên sinh sống tại hai phường Mỹ Xá và Lộc Hòa, thành phố Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NCT đã từng SDRB, thường trú tại địa bàn nghiên cứu trong thời gian triển khai; có khả năng nhận thức và giao tiếp để trả lời phỏng vấn, đồng ý tham gia đánh giá trước và sau can thiệp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người không hợp tác, từ chối tham gia hoặc đang trong tình trạng bệnh nặng tại thời điểm nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: NC được thực hiện từ tháng 7/2024 đến tháng 04/2025 tại hai phường Mỹ Xá và Lộc Hòa, thành phố Nam Định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trước – sau.

2.2.2. Cỡ mẫu: được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó: với độ tin cậy 95%; (ước tính tỷ lệ để đạt cỡ mẫu lớn nhất); (sai số cho phép). Áp dụng công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 384 NCT. Thực tế

điều tra được 410 NCT trước can thiệp và 410 NCT sau can thiệp đáp ứng đủ tiêu chuẩn của NC.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:

Chọn chủ đích hai phường Mỹ Xá và Lộc Hòa, thành phố Nam Định. Từ danh sách người cao tuổi do Hội Người cao tuổi và Trạm Y tế quản lý tại các tổ dân phố, tiến hành rà soát các đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu. Các đối tượng đủ điều kiện được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống và mời tham gia nghiên cứu cho đến khi đạt cỡ mẫu yêu cầu. Thực tế có 410 NCT (Mỹ Xá: 235 NCT; Lộc Hòa: 175NCT) tham gia đầy đủ nghiên cứu.

2.2.3. Công cụ nghiên cứu

NC tập trung đánh giá sự thay đổi nhận thức về SDRB theo các cấu phần của HBM, bao gồm: nhận thức về mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích, rào cản và động lực thay đổi hành vi. Bộ công cụ được kiểm tra tính giá trị và tham khảo ý kiến chuyên gia có kinh nghiệm. Nội dung phù hợp về mặt ngôn ngữ, tiêu chí tính điểm cho bộ câu hỏi và đã được chỉnh sửa sau khi nhận thông tin góp ý. Bộ công cụ được kiểm tra độ tin cậy thông qua kiểm tra hệ số độ tin cậy. Chỉ số Cronbach's alpha của bộ công cụ là 0,732. Các chỉ số được đo lường bằng bộ câu hỏi cấu trúc sử dụng thang đo Likert 5 mức độ. Điểm trung bình của từng cấu phần được sử dụng để so sánh trước và sau can thiệp.

2.3.4. Quy trình tiến hành NC

Nghiên cứu được thực hiện qua ba giai đoạn:

(1) Đánh giá trước can thiệp: Tiến hành khảo sát NCT bằng bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên các cấu phần của HBM nhằm đánh giá nhận thức về SDRB.

(2) Triển khai can thiệp truyền thông: Chương trình truyền thông được xây dựng dựa trên các cấu phần của HBM. Hình thức can thiệp bao gồm truyền thông trực tiếp, tư vấn nhóm, phát tài liệu truyền thông và nhắc nhở định kỳ.

(3) Đánh giá sau can thiệp: Sau 3 tháng, người tham gia được khảo sát lại bằng cùng bộ công cụ để đánh giá sự thay đổi nhận thức về sử dụng rượu bia.

2.3.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22. Sử dụng thống kê mô tả để tính tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định t ghép cặp được sử dụng để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định chấp thuận theo Quyết định số 2918/

GCN-HĐĐĐ. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần của người tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của người cao tuổi

| Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu | | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|--|--------------|-----------|
| Nhóm tuổi | 60 - 80 tuổi | 349 | 85,1 |
| | Trên 80 tuổi | 61 | 14,9 |
| Mean ± SD: 70.5 ± 9.4 | | | |
| Giới tính | Nam | 261 | 63,7 |
| | Nữ | 149 | 36,3 |
| Trình độ học vấn | THPT, TH nghề trở xuống | 371 | 90,5 |
| | Cao đẳng, đại học trở lên | 39 | 9,5 |
| Thu nhập chính cho sinh hoạt hiện tại | Lao động, lương hưu, tích lũy | 270 | 65,9 |
| | Từ người thân, trợ cấp XH | 140 | 34,1 |
| Hình thức sống, sinh hoạt hàng ngày | Sống đơn thân (Goá, vợ/chồng mất) | 24 | 5,9 |
| | Sống cùng vợ/chồng, gia đình, con cháu | 386 | 94,1 |

Nhận xét: Phần lớn NCT dưới 80 (85,1%), nam giới chiếm 63,7%. Trình độ học vấn chủ yếu là THPT hoặc thấp hơn (90,5%). Nguồn thu nhập chính phần lớn từ lao động, lương hưu hoặc tích lũy cá nhân (65,9%). Đa số NCT sống cùng gia đình, chỉ có 5,9% sống đơn thân.

Bảng 2. Thay đổi rào cản nhận thức về mức độ nghiêm trọng sức khỏe do SDRB ở NCT.

| Nội dung | Trước can thiệp (n=410) | | Sau can thiệp (n=410) | | Giá trị t | p |
|--|-------------------------|------|-----------------------|------|-----------|-------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | |
| Có thường xuyên tự đánh giá mức độ SDRB của mình | 3,47 | 1,38 | 2,98 | 1,37 | 7,87 | 0,000 |
| Uống rượu bia ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe | 3,36 | 1,00 | 3,64 | 1,13 | -6,31 | 0,000 |
| Có khó khăn trong kiểm soát lượng rượu bia uống của mình | 2,75 | 1,09 | 2,66 | 1,11 | 2,09 | 0,037 |
| Thường xuyên cập nhật thông tin về tác hại của rượu bia | 3,48 | 1,26 | 2,80 | 1,27 | 10,81 | 0,000 |
| Mức độ nghiêm trọng sức khỏe do SDRB | 13.05 | 2.94 | 12.08 | 2.91 | 8.009 | 0.000 |

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy sau can thiệp, nhận thức về mức độ nghiêm trọng của SDRB ở NCT được cải thiện đáng kể. Tổng điểm nhận thức giảm từ 13,05 ± 2,94 xuống 12,08 ± 2,91; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Các nội dung thành phần đều thay đổi theo hướng tích cực sau can thiệp.

Bảng 3. Thay đổi rào cản nhận thức về rào cản tính nhạy cảm về sức khỏe do SDRB ở NCT.

| Nội dung | Trước can thiệp (n=410) | | Sau can thiệp (n=410) | | Giá trị t | Sig. |
|---|-------------------------|-------|-----------------------|------|-----------|-------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | |
| Nhận biết dấu hiệu SDRB quá mức | 2,58 | 1,14 | 2,45 | 1,27 | 2,69 | 0,007 |
| Lo lắng về sức khỏe khi tiếp nhận thông tin tác hại | 2,78 | 1,023 | 2,480 | 1,11 | 7,00 | 0,000 |

| Nội dung | Trước can thiệp (n=410) | | Sau can thiệp (n=410) | | Giá trị t | Sig. |
|--|-------------------------|------|-----------------------|------|-----------|-------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | |
| Nhận thức ảnh hưởng của rượu bia đến hoạt động hàng ngày | 3,13 | 1,02 | 3,53 | 1,14 | -8,33 | 0,000 |
| Có điều chỉnh lượng SDRB để bảo vệ sức khỏe | 3,37 | 1,34 | 2,78 | 1,26 | 8,68 | 0,000 |
| Rào cản tính nhạy cảm về sức khỏe do SDRB | 11,85 | 2,79 | 11,25 | 2,93 | 5,388 | 0,000 |

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy sau can thiệp, nhận thức về tính nhạy cảm đối với ảnh hưởng sức khỏe do sử dụng rượu bia được cải thiện đáng kể. Tổng điểm rào cản giảm từ 11,85 ± 2,79 xuống 11,25 ± 2,93; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Thay đổi rào cản nhận thức về lợi ích sức khỏe bản thân khi không ở NCT.

| Nội dung | Trước can thiệp (n=410) | | Sau can thiệp (n=410) | | Giá trị t | Sig. |
|--|-------------------------|------|-----------------------|------|-----------|-------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | |
| Nhận thức rõ về lợi ích sức khỏe khi không SDRB | 2,52 | 1,05 | 2,00 | 0,92 | 10,70 | 0,000 |
| Tin rằng không SDRB sẽ cải thiện chất lượng cuộc sống của mình | 2,48 | 0,98 | 2,03 | 0,91 | 10,53 | 0,000 |
| Nhận thấy từ bỏ SDRB sẽ tránh được những vấn đề sức khỏe | 2,66 | 1,10 | 2,15 | 0,98 | 10,30 | 0,000 |
| Nhận thấy lợi ích sức khỏe khi không SDRB | 2,54 | 1,05 | 2,05 | 0,90 | 10,37 | 0,000 |
| Nhận thức về lợi ích sức khỏe bản thân khi không SDRB | 10,19 | 3,73 | 8,24 | 3,36 | 12,2 | 0,000 |

Nhận xét: Sau can thiệp, nhận thức về lợi ích sức khỏe khi không sử dụng rượu bia được cải thiện đáng kể ở tất cả các nội dung. Tổng điểm nhận thức giảm từ 10,19 ± 3,73 xuống 8,24 ± 3,36, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 5. Thay đổi rào cản nhận thức về các yếu tố cản trở việc bỏ rượu bia ở NCT.

| Nội dung | Trước can thiệp (n=410) | | Sau can thiệp (n=410) | | Giá trị t | Sig. |
|---|-------------------------|------|-----------------------|------|-----------|-------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | |
| Nhận thức rõ rào cản ảnh hưởng đến việc giảm hoặc ngừng SDRB | 2,69 | 1,02 | 2,19 | 0,90 | 11,02 | 0,000 |
| Thấy khó khăn trong việc xác định các yếu tố gây cản trở thay đổi thói quen SDRB | 2,77 | 0,99 | 2,49 | 1,03 | 5,59 | 0,000 |
| Môi trường sinh hoạt, lối sống, làm cản trở việc thay đổi thói quen SDRB | 2,76 | 1,06 | 2,36 | 1,02 | 8,03 | 0,000 |
| Thấy thiếu động lực để thay đổi thói quen SDRB do những rào cản mà bạn nhận thức được | 2,79 | 1,08 | 2,40 | 1,07 | 7,75 | 0,000 |
| Nhận thức về các yếu tố cản trở việc bỏ rượu bia | 11,00 | 3,25 | 9,45 | 3,02 | 11,03 | 0,000 |

Nhận xét: Sau can thiệp, nhận thức của người cao tuổi về các yếu tố cản trở việc giảm hoặc ngừng sử dụng rượu bia được cải thiện rõ rệt. Điểm trung bình của tất cả các nội dung thành phần đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), trong đó mức giảm lớn nhất ghi nhận ở nội dung nhận thức rõ các rào cản ảnh hưởng đến việc giảm hoặc ngừng sử dụng rượu bia (2,69 xuống 2,19). Tổng điểm nhận thức về các yếu tố cản trở việc bỏ rượu bia giảm từ $11,00 \pm 3,25$ xuống $9,45 \pm 3,02$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 6. Thay đổi rào cản nhận thức về động lực thay đổi thói quen SDRB ở NCT.

| Nội dung | Trước can thiệp (n=410) | | Sau can thiệp (n=410) | | Giá trị t | Sig. |
|--|-------------------------|------|-----------------------|------|-----------|-------|
| | Trung bình | SD | Trung bình | SD | | |
| Động lực từ sức khỏe cá nhân là yếu tố quan trọng để giảm hoặc ngừng SDRB | 2,54 | 1,02 | 2,01 | 0,87 | 11,67 | 0,000 |
| Động lực từ gia đình và bạn bè trong việc thay đổi thói quen uống SDRB | 2,54 | 0,97 | 2,02 | 0,86 | 12,32 | 0,000 |
| Các chương trình hỗ trợ hoặc tư vấn giúp tăng cường động lực thay đổi thói quen SDRB | 2,52 | 0,99 | 2,02 | 0,86 | 11,11 | 0,000 |
| Thấy hài lòng với bản thân khi không SDRB là động lực để duy trì thói quen này | 2,69 | 1,08 | 2,17 | 0,98 | 9,83 | 0,000 |
| Động lực thay đổi thói quen SDRB | 10,29 | 3,55 | 8,23 | 3,17 | 13,08 | 0,000 |

Nhận xét: Sau can thiệp, nhận thức về động lực thay đổi thói quen sử dụng rượu bia ở người cao tuổi được cải thiện rõ rệt. Điểm trung bình của tất cả các nội dung thành phần đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), trong đó động lực từ gia đình và bạn bè có mức thay đổi lớn nhất (2,54 xuống 2,02). Tổng điểm nhận thức về động lực thay đổi thói quen sử dụng rượu bia giảm từ $10,29 \pm 3,55$ xuống $8,23 \pm 3,17$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 410 người cao tuổi tại hai phường Lộc Hòa và Mỹ Xá cho thấy phần lớn thuộc nhóm tuổi 60–80 (85%), trong đó nam giới chiếm ưu thế (63,7%) ; Trình độ học vấn chủ yếu ở mức trung học phổ thông hoặc thấp hơn (90,5%), nguồn thu nhập chính đến từ lao động, lương hưu hoặc tích lũy (65,9%). Đa số NCT sống cùng gia đình, con cháu (94,1%), phản ánh đặc trưng văn hoá Á Đông, nơi mô hình gia đình nhiều thế hệ vẫn phổ biến. Đặc điểm này phù hợp với kết quả điều tra STEPS tại Việt Nam [1].

NCT có sự suy giảm chức năng chuyển hóa có thể gia tăng nguy cơ tương tác thuốc, việc SDRB có thể dẫn đến nhiều hệ lụy bất lợi cho sức khỏe, bao gồm làm giảm hiệu quả điều trị bệnh mạn tính và tăng nguy cơ biến chứng. Do đó, việc triển khai các can thiệp truyền thông nhằm nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi sử dụng rượu bia là cần

thiết, góp phần bảo vệ sức khỏe và cải thiện chất lượng cuộc sống cho NCT.

Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp truyền thông dựa trên HBM đã cải thiện toàn diện các cấu phần nhận thức liên quan đến hành vi SDRB ở NCT. Trước hết, đối với nhận thức về mức độ nghiêm trọng (Bảng 2), điểm trung bình của các biến như tự đánh giá mức độ uống rượu bia (3,47 xuống 2,98) và cập nhật thông tin về tác hại (3,48 xuống 2,80) giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), trong khi nhận thức về tác động nghiêm trọng của rượu bia đối với sức khỏe tăng lên (3,36 lên 3,64; $p < 0,001$). Tổng điểm rào cản nhận thức giảm từ 13,05 xuống 12,08 ($p < 0,001$), cho thấy can thiệp đã giúp đối tượng nhận thức rõ hơn về mức độ nghiêm trọng của hành vi. Kết quả này phù hợp với lý thuyết của HBM, trong đó nhận thức về mức độ nghiêm trọng là yếu tố cốt lõi thúc đẩy thay đổi hành vi.

Đối với nhận thức về tính nhạy cảm (Bảng 3), các chỉ số như lo lắng về sức khỏe khi tiếp nhận thông tin tác hại (2,78 xuống 2,48; $p < 0,001$) và hành vi điều chỉnh lượng rượu bia (3,37 xuống 2,78; $p < 0,001$) đều cải thiện rõ rệt. Đặc biệt, nhận thức về ảnh hưởng của SDRB đến hoạt động hàng ngày tăng lên đáng kể (3,13 lên 3,53; $p < 0,001$). Tổng điểm rào cản giảm từ 11,85 xuống 11,25 ($p < 0,001$), cho thấy NCT đã nhận thức rõ hơn về nguy cơ cá nhân. Theo WHO, người cao tuổi là nhóm có tính nhạy cảm cao với tác động của rượu bia do suy giảm chức năng sinh lý và bệnh lý kèm theo, do đó việc nâng cao nhận thức về nguy cơ là rất cần thiết. Ngoài ra, các nghiên cứu cho thấy người cao tuổi lạm dụng rượu bia làm tăng nguy cơ suy giảm nhận thức, té ngã và bệnh mạn tính [7].

Về nhận thức lợi ích (Bảng 4), tất cả các biến đều có sự cải thiện rõ rệt với điểm trung bình giảm mạnh (nhận thức lợi ích sức khỏe khi không uống rượu bia từ 2,52 xuống 2,00; $p < 0,001$). Tổng điểm rào cản giảm từ 10,19 xuống 8,24 ($p < 0,001$), phản ánh sự gia tăng nhận thức về lợi ích của việc thay đổi hành vi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy khi cá nhân nhận thức rõ lợi ích sức khỏe, khả năng duy trì hành vi tích cực sẽ cao hơn [8].

Đối với các yếu tố cản trở hành vi (Bảng 5), điểm trung bình các biến liên quan đến nhận diện rào cản như môi trường sống, thói quen và động lực đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), tổng điểm giảm từ 11,00 xuống 9,45. Điều này cho thấy can thiệp đã giúp NCT nhận diện rõ hơn các yếu tố cản trở và từng bước giảm ảnh hưởng của chúng. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng việc nhận diện và giảm thiểu rào cản là điều kiện quan trọng để thay đổi hành vi sức khỏe [5] [9].

Cuối cùng, về động lực thay đổi hành vi (Bảng 6), các yếu tố như động lực từ sức khỏe cá nhân, gia đình và hỗ trợ xã hội đều được cải thiện rõ rệt ($p < 0,001$), với tổng điểm giảm từ 10,29 xuống 8,23. Điều này cho thấy can thiệp không chỉ tác động đến nhận thức mà còn góp phần tăng cường động lực thay đổi hành vi. Theo các nghiên cứu hành vi sức khỏe, động lực nội tại kết hợp với hỗ trợ xã hội là yếu tố quan trọng giúp duy trì thay đổi hành vi lâu dài [10].

Tuy nhiên, một số chỉ số như khả năng kiểm soát lượng rượu bia chỉ cải thiện ở mức hạn chế ($p < 0,05$), cho thấy vẫn tồn tại khoảng cách giữa nhận

thức và hành vi thực tế. Điều này có thể do ảnh hưởng của thói quen lâu dài, yếu tố văn hóa và môi trường xã hội [3]. Do đó, bên cạnh truyền thông nâng cao nhận thức, cần kết hợp các can thiệp hỗ trợ hành vi như tư vấn cá nhân, hỗ trợ gia đình và môi trường xã hội nhằm đạt hiệu quả bền vững.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp truyền thông dựa trên HBM đã có hiệu quả trong cải thiện nhận thức của người cao tuổi về SDRB. Sau can thiệp, điểm nhận thức về mức độ nghiêm trọng của SDRB giảm từ $13,05 \pm 2,94$ xuống $12,08 \pm 2,91$; tính nhạy cảm đối với ảnh hưởng sức khỏe giảm từ $11,85 \pm 2,79$ xuống $11,25 \pm 2,93$; nhận thức về lợi ích sức khỏe khi không SDRB giảm từ $10,19 \pm 3,73$ xuống $8,24 \pm 3,36$; nhận thức về các yếu tố cản trở việc bỏ rượu bia giảm từ $11,00 \pm 3,25$ xuống $9,45 \pm 3,02$; và động lực thay đổi thói quen SDRB giảm từ $10,29 \pm 3,55$ xuống $8,23 \pm 3,17$. Tất cả các thay đổi đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả cho thấy can thiệp đã góp phần nâng cao nhận thức và thúc đẩy các yếu tố thuận lợi cho việc thay đổi hành vi sử dụng rượu bia ở người cao tuổi.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục duy trì và mở rộng các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe dựa trên HBM tại cộng đồng. Đồng thời, nên kết hợp các biện pháp hỗ trợ thay đổi hành vi như tư vấn cá nhân, tăng cường vai trò của gia đình và môi trường xã hội nhằm nâng cao hiệu quả can thiệp và đảm bảo tính bền vững lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization.** Báo Cáo Khảo Sát Hành Vi Sức Khỏe Học Sinh Toàn Cầu Tại Việt Nam 2019 [Report of the 2019 global school-based student health survey in Viet Nam. Hà Nội; 2022.
- World Health Organization.** Hỏi đáp về phòng chống hại của rượu bia [Questions and answers on the prevention and control of alcohol-related harm] 2019 [Available from: <https://iris.who.int/items/5524e49b-66ba-4924-a63a-5349a53e-7ce1>.
- Wang Q, Zhang Y, Wu C.** Alcohol consumption and associated factors among middle-aged and older adults: results from China Health and Retirement Longitudinal Study. BMC Public Health. 2022;22(1):322.

4. **Độ VM, Hiền PTT.** Sử dụng rượu bia và nguy cơ sức khỏe ở người cao tuổi tại một số phường xã, địa bàn thành phố Nam Định năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;538(1).
5. **De Leon AN, Peterson R, Dvorak RD, Leary AV, Kramer MP, Burr EK, et al.** The health belief model in the context of alcohol protective behavioral strategies. *Psychiatry*. 2023;86(1):1-16.
6. **Mona AE-R, Mahmoud A, Amal M, Mahmoud S.** The application of alcohol brief intervention using the health belief model in hospitalised alcohol use disorders patients. *International Journal of Caring Sciences*. 2014;7(3):843.
7. **White AM, Orosz A, Powell PA, Koob GF.** Alcohol and aging—an area of increasing concern. *Alcohol*. 2023;107:19-27.
8. **Glanz K, Rimer BK, Viswanath K.** Theory, research, and practice in health behavior and health education 2008.
9. **Janz NK, Becker MH.** The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*. 1984;11(1):1-47.
10. **Ryan RM, Deci EL.** Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary educational psychology*. 2000;25(1):54-67.