

CHANGING ALCOHOL CONSUMPTION PERCEPTIONS AMONG ELDERLY PEOPLE USING A HEALTHBELIEFS MODEL IN NAM DINH CITY, 2025

Mai Anh Dao*, Vu Manh Do

Nam Dinh Nursing University - 257 Han Thuyen, Nam Dinh ward, Ninh Binh province, Vietnam

Received: 20/03/2026

Revised: 20/04/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the current state of changes in alcohol consumption awareness among the elderly using a health belief model in Nam Dinh city, 2025.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study of 410 elderly individuals on changes in alcohol consumption awareness and intervention compared before and after.

Results: The 60-80 age group accounted for the majority (85.1%), with more men than women (63.7%), and high school or vocational school education or lower (90.5%). Elderly individuals were clearly aware of the health barriers associated with alcohol consumption, with sensitivity at 94.9%; motivation to change habits at 98%. After the intervention, elderly individuals were clearly aware of the risks associated with health barriers, sensitivity, and motivation to change alcohol consumption habits at 94.4%; awareness of alcohol consumption improved significantly after the HBM intervention through barrier scores; the severity level decreased from 13.05 points to 12.08 points ($p < 0.001$), the perception of health benefits decreased from 10.19 points to 8.24 points ($p < 0.001$), and the motivation to change behavior decreased from 10.29 points to 8.23 points ($p < 0.001$).

Conclusion: The health belief model promotes increased motivation, strengthens beliefs about health benefits, and supports habit change, bridging the gap between perception and behavior.

Keywords: Change in alcohol use perception, alcohol use perception among the elderly, health education based on the health belief model.

*Corresponding author

Email: linhletrshs@gmail.com **Phone:** (+84) 982990747 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD6.5341



THAY ĐỔI NHẬN THỨC SỬ DỤNG RƯỢU BIA CỦA NGƯỜI CAO TUỔI BẰNG MÔ HÌNH NIỀM TIN SỨC KHỎE TẠI THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH, NĂM 2025

Mai Anh Đào*, Vũ Mạnh Độ

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định - 257 Hàn Thuyên, phường Nam Định, tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/04/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng thay đổi nhận thức sử dụng rượu bia của người cao tuổi bằng mô hình niềm tin sức khỏe tại thành phố Nam Định, năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 410 đối tượng người cao tuổi về thay đổi nhận thức sử dụng rượu bia và can thiệp so sánh trước-sau.

Kết quả: Nhóm tuổi 60-80 chiếm đa số (85,1%), nam giới nhiều hơn nữ (63,7%), học vấn trung học phổ thông hoặc trung học nghề trở xuống (90,5%). Người cao tuổi nhận thức rõ ràng cảm sức khỏe khi sử dụng rượu bia, tính nhạy cảm 94,9%; động lực thay đổi thói quen 98%. Sau can thiệp, người cao tuổi nhận thức rõ nguy cơ có rào cản mức độ sức khỏe, tính nhạy cảm, động lực thay đổi thói quen sử dụng rượu bia chiếm tỷ lệ 94,4%; nhận thức sử dụng rượu bia được cải thiện rõ sau can thiệp HBM qua điểm số rào cản; mức độ nghiêm trọng giảm từ 13,05 điểm xuống 12,08 điểm ($p < 0,001$), nhận thức về lợi ích sức khỏe giảm từ 10,19 điểm xuống 8,24 điểm ($p < 0,001$) và động lực thay đổi hành vi giảm từ 10,29 điểm xuống 8,23 điểm ($p < 0,001$).

Kết luận: Mô hình niềm tin sức khỏe thúc đẩy tăng động lực, củng cố niềm tin lợi ích sức khỏe và hỗ trợ thay đổi thói quen, thu hẹp khoảng cách giữa nhận thức và hành vi.

Từ khóa: Thay đổi nhận thức sử dụng rượu bia, nhận thức sử dụng rượu bia của người cao tuổi, giáo dục sức khỏe theo mô hình niềm tin sức khỏe.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rượu bia là đồ uống phổ biến trong cộng đồng, tuy nhiên sử dụng thế nào ít nguy hại cho sức khỏe không phải ai cũng biết và thực hiện [1-2]. Đã có nghiên cứu tác động có hại với sức khỏe người cao tuổi do sử dụng rượu bia, sử dụng mức độ nguy hại cho sức khỏe còn cao, đặc biệt một số lệ thuộc rượu bia [4]. Thay đổi nhận thức sử dụng rượu bia bằng mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model - HBM), giúp mang lại lợi ích về sức khỏe, cải thiện chất lượng giấc ngủ, tăng cường hệ miễn dịch và nâng cao sức khỏe tinh thần. Vận dụng HBM nhằm thay đổi hành vi sử dụng rượu bia ở người cao tuổi, phân tích những rào cản niềm tin cố hữu và nhận thức chi phối hành vi sử dụng của nhóm đối tượng, từ đó xây dựng các thông điệp can thiệp sát thực, dễ tiếp nhận và khả năng tạo ra thay đổi bền vững [5]. Dựa trên tác động hỗ trợ thúc đẩy đối tượng nhận thức rõ lợi ích, mức độ nghiêm trọng, rào cản và động lực thay đổi hành vi sức khỏe [6].

Điều tra tại thành phố Nam Định, tỉnh Nam Định (cũ) cho thấy, người cao tuổi sử dụng rượu bia nhóm tuổi

60-80 chiếm 65,3%, nam giới 52,3%, sử dụng rượu bia mức có hại 23,7% và nam 17,4%; mức độ lệ thuộc 11,0% và nam 9,1% [4]. Đây là đối tượng có nguy cơ cao về sức khỏe và cần thay đổi hành vi sử dụng rượu bia. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng thay đổi nhận thức sử dụng rượu bia của người cao tuổi bằng HBM tại thành phố Nam Định (cũ), năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người từ 60 tuổi trở lên đã từng sử dụng rượu bia, trên địa bàn 2 phường Mỹ Xá và Lộc Hòa thuộc thành phố Nam Định.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người cao tuổi đã từng sử dụng rượu bia, thường trú trên địa bàn, có đủ khả năng nhận thức và giao tiếp trực tiếp hoặc điện thoại/zalo và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: trunghscc14@gmail.com Điện thoại: (+84) 979446799 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5341

- Tiêu chuẩn loại trừ: người cao tuổi không hợp tác hoặc đang trong giai đoạn bệnh nặng, đang say rượu bia hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: điều tra và can thiệp trong 6 tháng đầu năm từ 1-6 năm 2025, sau đó hoàn thiện và nghiệm thu.

- Địa điểm: trên địa bàn 2 phường Mỹ Xá và Lộc Hòa, thành phố Nam Định.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang và can thiệp so sánh trước-sau. Nghiên cứu chia thành 2 giai đoạn gồm:

- Đánh giá trước can thiệp (giai đoạn 1): sàng lọc, phỏng vấn người cao tuổi đã từng sử dụng rượu bia, đánh giá thực trạng nhận thức sử dụng rượu bia của người cao tuổi trên địa bàn 2 phường Mỹ Xá và Lộc Hòa.

+ Phân loại điểm nhận thức tác hại sử dụng rượu bia với sức khỏe, căn cứ tổng điểm để phân loại mức độ nguy cơ sức khỏe vào 1 trong 4 nhóm: nguy cơ 1, nguy cơ 2, nguy cơ 3 và nguy cơ 4.

+ Vận dụng HBM, truyền thông nhận thức về tác hại của rượu bia tương ứng với mức độ nguy cơ sức khỏe (phụ lục 2, 3).

- Đánh giá sau can thiệp (giai đoạn 2): đánh giá lại sau 3 tháng, so sánh sự thay đổi điểm số rào cản trước và sau can thiệp.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu của nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì hệ số tin cậy là 1,96; p = 0,5 (để có cỡ mẫu lớn nhất, nên chọn p = 0,5); d là khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ của mẫu nghiên cứu và tỷ lệ thực (d = 0,05).

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trên, tính được n = 384, cộng thêm phần sai số và làm tròn, thực tế chúng tôi điều tra thông tin của 410 đối tượng nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu triển khai thực hiện qua các bước: Chọn mẫu có chủ đích: lựa chọn thành phố Nam Định.

Chọn mẫu thuận tiện: trên địa bàn 2 phường Mỹ Xá và Lộc Hòa thuộc thành phố Nam Định.

Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống: theo số liệu thống kê của của Trạm Y tế các phường, tính đến ngày 01/04/2024, số người có tuổi từ 60 trở lên tại phường Mỹ Xá có 3482 người, phường Lộc Hòa có 2685 người. Sàng lọc và lập danh sách lần lượt người cao tuổi đã từng sử dụng rượu bia.

Kích thước mẫu tính theo công thức là 400, phân số mẫu là: $400/6167 \approx 1/15$, tương ứng với khoảng cách mẫu là 15.

Bốc ngẫu nhiên người cao tuổi đầu tiên được xác định và sau đó cứ 15 người lấy 1 người. Thực tế điều tra 410 người cao tuổi, địa bàn phường Lộc Hòa 175 người, phường Mỹ Xá 235 người đủ điều kiện và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Tiến hành sàng lọc, thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp, điều tra viên ghi lại câu trả lời và lựa chọn đáp án vào phiếu điều tra. Tiến hành can thiệp theo HBM. Sau 3 tháng phỏng vấn trực tiếp lại đối tượng.

2.6. Các khái niệm, tiêu chuẩn đánh giá

2.6.1. Khái niệm

- Người cao tuổi là người từ 60 tuổi trở lên, sinh từ năm 1965 trở về trước.

- Đơn vị rượu chuẩn là lượng rượu bia chứa khoảng 10g ethanol nguyên chất. 1 đơn vị rượu chuẩn tương đương với 1 lon bia 330 ml có nồng độ cồn 5% hoặc 1 cốc rượu vang 140 ml có nồng độ cồn 12% hoặc 1 ly rượu nhỏ 40 ml có nồng độ cồn 40% [3].

- Sử dụng rượu bia: là uống hết từ 1 đơn vị rượu bia chuẩn trở lên.

2.6.2. Tiêu chuẩn đánh giá rào cản nhận thức sử dụng rượu bia

- Dựa trên các câu trả lời theo thang đo Likert 5 mức điểm. Theo phản hồi của đối tượng để xác định điểm số đạt: 1 điểm: Hoàn toàn không cản trở; 2 điểm: Không cản trở; 3 điểm: Trung lập; 4 điểm: Cản trở; 5 điểm: Cản trở hoàn toàn được mã hóa. Chia thành 2 nhóm: nhóm không cản trở (1-3 điểm); nhóm cản trở (4-5 điểm).

- Tính điểm rào cản nhận thức hành vi uống rượu bia có hại cho sức khỏe: Điểm rào cản trung bình = (Tổng điểm của tất cả các câu hỏi khảo sát của người thứ 1 + Tổng điểm của tất cả các câu hỏi khảo sát của người thứ 2 + Tổng điểm của tất cả các câu hỏi khảo sát của người thứ n)/Tổng câu hỏi/Tổng người được khảo sát.

- Tính tỷ lệ bị rào cản thay đổi hành vi sức khỏe: Tỷ lệ rào cản = [(Tổng câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 1)/(Tổng câu hỏi)] + [(Tổng câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ 2)/(Tổng câu hỏi)] + [(Tổng câu hỏi có trả lời mức 4 + Tổng câu hỏi trả lời mức 5 của người thứ n)/(Tổng số câu hỏi)] × 100/Tổng người được khảo sát. So sánh trước sau can thiệp.

2.6.3. Đánh giá nhận thức về nguy cơ sức khỏe do sử dụng rượu bia [2]

Sau khi đánh giá, phân loại nhận thức nhóm nguy cơ sức khỏe theo điểm số thu thập được. Dựa theo điểm số, chia vào 4 nhóm sau:

- Nhận thức về nhóm nguy cơ 1 (từ 0-7 điểm): sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ thấp.

- Nhận thức về nhóm nguy cơ 2 (từ 8-15 điểm): sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ cao.

- Nhận thức về nhóm nguy cơ 3 (từ 16-19 điểm): sử dụng rượu bia mức nguy cơ rất cao.

- Nhận thức về nhóm nguy cơ 4 (≥ 20 điểm): nguy cơ lệ thuộc/nghiện rượu bia.

Lưu ý: Người có mức điểm từ 8-15 nhưng trả lời 4 điểm cho bất cứ câu nào trong 2 câu hỏi 19 và 20 thì xếp được vào nhóm nguy cơ 3; người trả lời từ 2 điểm cho cả 3 câu 14, 15, 16 thì xếp vào nhóm nguy cơ 4.

2.6.4. Xếp loại nhận thức về tác hại của rượu bia

Nhận thức rõ nguy cơ sức khỏe do sử dụng rượu bia mức nguy cơ thấp, mức điểm ≤ 7 điểm. Không rõ nguy cơ sức khỏe do sử dụng rượu bia mức nguy cơ cao, rất cao và lệ thuộc ≥ 8 điểm. Xác định mức độ thay đổi nhận thức, so sánh điểm số thu được trên cùng 1 người và trong 2 lần thu thập.

2.7. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, nhập liệu hai lần độc lập và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Phân tích mô tả sử dụng các chỉ số: giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, trung bình, tần suất và tỷ lệ (%). Các biến được trình bày bằng bảng và biểu đồ. Sử dụng T-test ghép cặp cho dữ liệu phân phối chuẩn để so sánh trước-sau can thiệp; kiểm định χ^2 hai phía ($p \leq 0,05$) để đánh giá mối liên quan và ước lượng OR. Các biến có $p \leq 0,1$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic để xác định yếu tố ảnh hưởng.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu có sự đồng thuận của người tham gia, đảm bảo bảo mật thông tin và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Được sự cho phép của chính quyền địa phương và Trạm Y tế phường. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định phê duyệt (Giấy chứng nhận số 2918/GCN-HĐĐĐ, ngày 22/11/2024).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu (n = 410)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	60-80 tuổi	349	85,1
	> 80 tuổi	61	14,9
Giới tính	Nam	261	63,7
	Nữ	149	36,3

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn	Trung học phổ thông, trung học 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 xã hội	140	34,1
Tình trạng hôn nhân	Sống đơn thân (góa, vợ/chồng mất)	24	5,9
	Sống cùng vợ/chồng, gia đình, con cháu	386	94,1

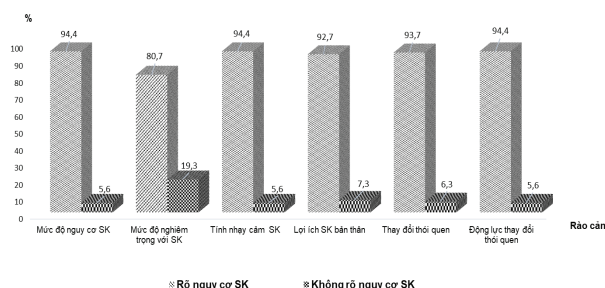
Phần lớn đối tượng trong nhóm từ 60-80 tuổi (85,1%), nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (63,7% so với 36,3%). Trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông hoặc trung học nghề trở xuống (90,5%). Nguồn thu nhập chính phần lớn từ lao động, lương hưu hoặc tích lũy cá nhân (65,9%). Đa số người cao tuổi sống cùng gia đình, chỉ có 5,9% sống đơn thân.

3.2. Thay đổi nhận thức sử dụng rượu bia ở người cao tuổi

Bảng 2. Rào cản nhận thức sử dụng rượu bia trước can thiệp HBM (n = 410)

Rào cản nhận thức	Nhận thức hành vi uống rượu bia			
	Rõ nguy cơ sức khỏe		Không rõ nguy cơ sức khỏe	
	n	%	n	%
Mức độ nguy cơ với sức khỏe	389	94,9	21	5,1
Mức độ nghiêm trọng sức khỏe do sử dụng rượu bia	379	92,4	31	7,6
Tính nhạy cảm ảnh hưởng sức khỏe do rượu bia	389	94,9	21	5,1
Lợi ích sức khỏe bản thân không sử dụng rượu bia	398	97,1	12	2,9
Thay đổi thói quen sử dụng rượu bia	395	96,3	15	3,7
Động lực thay đổi thói quen sử dụng rượu bia	402	98,0	8	2,0

Người cao tuổi nhận thức rõ nguy cơ sức khỏe có rào cản mức độ sức khỏe, tính nhạy cảm tỷ lệ 94,9%; rào cản động lực thay đổi thói quen sử dụng rượu bia 98%. Không rõ nguy cơ có rào cản về mức độ nghiêm trọng với sức khỏe do rượu bia chiếm tỷ lệ 7,6%.



Biểu đồ 1. Rào cản nhận thức sử dụng rượu bia sau can thiệp HBM

Sau can thiệp, người cao tuổi nhận thức rõ rào cản nhận thức, tính nhạy cảm, động lực thay đổi thói quen sử dụng rượu bia chiếm tỷ lệ 94,4%; không rõ nguy cơ có rào cản về mức độ nghiêm trọng với sức khỏe do rượu bia chiếm tỷ lệ 19,3%.

Bảng 3. Thay đổi điểm số rào cản nhận thức trước và sau can thiệp

Rào cản nhận thức sử dụng rượu bia	Thời điểm đánh giá		Kiểm định t	p-value
	Trước can thiệp	Sau can thiệp		
Mức độ nguy cơ với sức khỏe	11,85 ± 2,79	11,25 ± 2,93	5,388	0,000
Mức độ nghiêm trọng với sức khỏe	13,05 ± 2,94	12,08 ± 2,91	8,009	0,000
Tính nhạy cảm ảnh hưởng sức khỏe	11,85 ± 2,79	11,25 ± 2,93	5,388	0,000
Lợi ích sức khỏe không sử dụng rượu bia	10,19 ± 3,73	8,24 ± 3,36	12,227	0,000
Thay đổi thói quen sử dụng rượu bia	11,00 ± 3,25	9,45 ± 3,02	11,034	0,000
Động lực thay đổi thói quen	10,29 ± 3,55	8,23 ± 3,17	13,084	0,000

Sau can thiệp, điểm trung bình rào cản nhận thức giảm có ý nghĩa thống kê ở các khía cạnh ($p < 0,001$). Mức độ nhận thức về mức độ nghiêm trọng với sức khỏe, tính nhạy cảm, lợi ích sức khỏe, khả năng thay đổi thói quen và động lực thay đổi đều giảm điểm, thể hiện nhận thức được cải thiện bằng điểm số rào cản giảm đi rõ rệt.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Sử dụng rượu bia là thói quen phổ biến, mang tính văn hóa tại Việt Nam. Nghiên cứu trên 410 người cao tuổi tại 2 phường Lộc Hòa và Mỹ Xá (thành phố Nam Định) trong 6 tháng đầu năm 2025 cho thấy độ tuổi trung bình $70,47 \pm 9,41$; nhóm 60-80 tuổi chiếm đa số (85,1%), nam giới cao hơn nữ (63,7%), phù hợp với cơ cấu dân số và kết quả điều tra STEPS 2021 [3]. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang và cộng sự (2021), khi nam giới 60-69 tuổi có tỷ lệ sử dụng rượu bia cao nhất [7].

Trình độ học vấn chủ yếu ở mức trung học phổ thông hoặc trung học nghề trở xuống (90,5%), thu nhập từ lao động, lương hưu hoặc tích lũy (65,9%), đa số sống cùng gia đình (94,1%), phản ánh đặc trưng văn hóa Á Đông [7]. Nhìn chung, người cao tuổi có mức học vấn và thu nhập chưa cao, do đó cần tăng cường truyền thông giáo dục nhằm thay đổi hành vi sử dụng rượu bia, góp phần bảo vệ sức khỏe thể chất và tinh thần.

4.2. Rào cản thay đổi nhận thức sử dụng rượu bia

Kết quả cho thấy dù người cao tuổi nhận thức rõ nguy cơ sức khỏe, vẫn tồn tại rào cản lớn, đặc biệt ở mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm (94,9%) và động lực thay đổi (98%). Điều này chứng tỏ nhận thức chưa đủ để chuyển hóa thành hành vi. Các rào cản chủ yếu xuất phát từ thói quen lâu năm, yếu tố văn hóa-xã hội và tâm lý ngại thay đổi khi tuổi cao. Sau can thiệp, tỷ lệ người cao tuổi nhận thức rõ nguy cơ nhưng vẫn còn rào cản duy trì ở mức cao (94,4%), cho thấy can thiệp giúp củng cố nhận thức nhưng chưa làm giảm đáng kể rào cản hành vi, đặc biệt là động lực. Ở nhóm chưa nhận thức rõ nguy cơ, rào cản về mức độ nghiêm trọng tăng lên 19,3%, phản ánh sự tiếp nhận thông tin chưa đầy đủ hoặc kháng cự với can thiệp. Như vậy, rào cản chính không nằm ở thiếu kiến thức mà ở động lực thay đổi và khả năng vượt qua thói quen. Điều này phù hợp với lý thuyết HBM, nhấn mạnh vai trò của việc giảm rào cản cảm nhận, tăng lợi ích và các yếu tố thúc đẩy hành động [9].

Sau can thiệp, điểm số các rào cản đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), bao gồm nhận thức về mức độ nghiêm trọng, tính nhạy cảm, lợi ích, khả năng thay đổi và động lực. Kết quả khẳng định hiệu quả của can thiệp HBM trong nâng cao nhận thức và thúc đẩy thay đổi hành vi. Phù hợp với các nghiên cứu và báo cáo của Bộ Y tế, Tổ chức Y tế Thế giới và các tác giả trong nước, cho thấy truyền thông giáo dục sức khỏe giúp giảm rào cản và tăng động lực thay đổi. Điều này gợi ý cần duy trì, mở rộng và lồng ghép mô hình HBM vào các chương trình quản lý sức khỏe cộng đồng dài hạn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 410 người cao tuổi tại thành phố Nam Định năm 2025 cho thấy nhóm tuổi 60-80 chiếm đa số (85,1%), nam giới cao hơn nữ (63,7%), trình độ học vấn chủ yếu trung học phổ thông hoặc trung học nghề trở xuống (90,5%). Trước can thiệp, người cao tuổi có nhận thức cao về rào cản sức khỏe (94,9%) và động lực thay đổi (98%). Sau can thiệp, tỷ lệ nhận thức rõ nguy cơ và rào cản còn 94,4%.

Can thiệp theo mô hình HBM giúp cải thiện rõ rệt nhận thức, thể hiện qua giảm điểm số rào cản: mức độ nghiêm trọng (giảm từ 13,05 điểm xuống 12,08 điểm), lợi ích sức khỏe (giảm từ 10,19 điểm xuống 8,24 điểm) và động lực thay đổi (giảm từ 10,29 điểm xuống 8,23 điểm), đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Hỏi đáp về phòng chống tác hại của rượu bia. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2016.
- [2] Bộ Y tế. Quyết định số 4946/QĐ-BYT về Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại cho người có nguy cơ sức khỏe do sử dụng rượu, bia. Hà Nội; 2020.
- [3] Tổ chức Y tế Thế giới/Việt nam. Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam (STEPS) năm 2021, Hà Nội, 2021.
- [4] Vũ Mạnh Độ, Phạm Thị Thu Hiền. Sử dụng rượu bia và nguy cơ sức khỏe ở người cao tuổi tại một số phường, xã thành phố Nam Định năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 538 (1): 355-359. doi: 10.51298/vmj.v538i1.9392
- [5] Mona A.E, Al-Kalaldeh M, Mahmoud A, Shahin M. 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).
- [6] De Leon A.N, Peterson R et al. The Health Belief Model in the context of alcohol protective behavioral strategies. Interpers Biol Process, 2023, 86 (1). doi: 10.1080/00332747.2022.2114270
- [7] Nguyễn Thị Hương Giang, Bùi Hồng Ngọc. Thực trạng bệnh không lây nhiễm ở người cao tuổi và các yếu tố hành vi nguy cơ tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021, 144 (8): 253-263.
- [8] Nguyễn Thị Đào, Alison Merrill, Trần Thiện Trung. Các yếu tố liên quan đến việc tiếp tục uống rượu ở người mắc bệnh gan mạn. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2018, 22 (5): 152-157.
- [9] Orbell S, Zahid H, Henderson CJ. Changing behavior using HBM and PMT. In: The Handbook of Behavior Change. Cambridge University Press, 2020. doi: 10.1017/9781108677318.004.