

HIỆU QUẢ CAN THIỆP KỂ CHUYỆN TRONG THAY ĐỔI HÀNH VI LỐI SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2019 - 2022

Nguyễn Thị Thu Cúc^{1,2,✉}, Nguyễn Hoàng Giang²
Trần Thị Mai Oanh², Phan Hồng Vân², Hà Anh Đức³
Nguyễn Lan Hoa⁴, Nguyễn Thị Hoài Thu¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

³Bộ Y tế

⁴Đại học Y khoa Massachusetts Chan Hoa Kỳ

Nghiên cứu đánh giá hiệu quả thay đổi hành vi lối sống của người bệnh tăng huyết áp thông qua mô hình can thiệp kể chuyện tại tỉnh Hưng Yên. Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng theo cụm thực hiện trên 671 người bệnh tại 16 xã từ năm 2019 - 2022. Nhóm can thiệp nhận các đĩa DVD gồm các câu chuyện của những người bệnh đã kiểm soát huyết áp thành công chia sẻ về kinh nghiệm thực hành thay đổi hành vi lối sống, nhóm chứng nhận tài liệu giáo dục thường quy. Số liệu phân tích bằng mô hình Khác biệt-trong-Khác biệt (DiD). Kết quả sau 12 tháng cho thấy nhóm can thiệp cải thiện đáng kể hành vi ăn mặn so với nhóm chứng. Tỷ lệ “bỏ thêm muối khi chế biến” giảm với hiệu quả can thiệp ròng 10,8 điểm phần trăm ($p = 0,014$); “chấm thêm mắm/muối khi ăn” giảm 10,9 điểm phần trăm ($p = 0,021$). Các hành vi hút thuốc, uống rượu và vận động thể lực chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng có sự cải thiện ở cả hai nhóm. Kết luận, can thiệp kể chuyện có hiệu quả rõ rệt trong việc giảm thói quen ăn mặn, phù hợp triển khai tại y tế cơ sở.

Từ khóa: Tăng huyết áp, kể chuyện, thay đổi lối sống, ăn mặn, Hưng Yên.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang phải giải quyết gánh nặng bệnh tật kép gồm bệnh truyền nhiễm và bệnh không lây nhiễm trong đó các bệnh không lây nhiễm đang ngày càng gia tăng với bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu, chiếm 39,5% số ca tử vong trên cả nước.¹ Trong số các trường hợp mắc bệnh và tử vong do tim mạch hàng năm có khoảng 35 - 40% nguyên nhân do tăng huyết áp (THA).² Năm 2021, tỷ lệ mắc tăng huyết áp là 26,2% ở người trưởng thành từ 18 - 69 tuổi.¹

Mặc dù, các hướng dẫn điều trị hiện hành đều nhấn mạnh vai trò nền tảng của việc thay đổi lối sống bao gồm chế độ ăn giảm muối, hạn chế rượu bia, không hút thuốc lá và tăng cường vận động thể lực, nhưng việc tuân thủ các hành vi này tại cộng đồng vẫn còn nhiều hạn chế.¹ Các phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe truyền thống thường tập trung vào việc cung cấp kiến thức một chiều từ nhân viên y tế đến người bệnh, đôi khi mang tính lý thuyết và thiếu sự gắn kết với bối cảnh văn hóa, xã hội cụ thể của người dân, dẫn đến hiệu quả thay đổi hành vi chưa cao và thiếu tính bền vững.³ Do đó, nhu cầu tìm kiếm các mô hình can thiệp mới, phù hợp với văn hóa và tâm lý người bệnh để thúc đẩy sự tham gia chủ động của họ vào

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Cúc

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyencuc@hspi.org.vn

Ngày nhận: 08/12/2025

Ngày được chấp nhận: 11/01/2026

quá trình tự quản lý bệnh là vô cùng cấp thiết.⁴

Phương pháp “can thiệp kể chuyện” (Storytelling intervention) là một cách tiếp cận dựa trên lý thuyết thay đổi hành vi, sử dụng các câu chuyện thực tế của những người bệnh đã kiểm soát thành công huyết áp (“nhân vật điển hình”) để chia sẻ và chuyển tải thông tin đến những người bệnh đang mắc tăng huyết áp không kiểm soát hoặc mới mắc tăng huyết áp.⁴ Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh phương pháp này hiệu quả trong việc cải thiện chỉ số huyết áp ở các nhóm dân cư yếu thế.^{4,5} Tại Việt Nam, một nghiên cứu thử nghiệm tính khả thi (pilot) thực hiện tại tỉnh Hưng Yên giai đoạn 2014 - 2016 đã cho thấy can thiệp kể chuyện giúp giảm đáng kể huyết áp tâm thu và cải thiện sự tuân thủ điều trị của người bệnh.⁶ Tiếp nối các kết quả khả quan từ giai đoạn thử nghiệm, bài báo này trình bày kết quả đánh giá về hiệu quả thay đổi hành vi lối sống của người bệnh tăng huyết áp thông qua áp dụng mô hình can thiệp kể chuyện và kết hợp một số can thiệp khác ở 4 huyện của tỉnh Hưng Yên năm 2019 - 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là những người bệnh chưa kiểm soát được tình trạng tăng huyết áp (THA), có độ tuổi từ 25 tuổi trở lên. Người bệnh có chỉ số huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg tại thời điểm sàng lọc và đồng ý tham gia được mời tham gia nghiên cứu (bao gồm những người đã từng được chẩn đoán THA và chưa từng được chẩn đoán THA).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế thử nghiệm can thiệp cộng đồng phân bổ ngẫu nhiên theo cụm có đối chứng (Cluster Randomized Controlled Trial).

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại 16 xã thuộc 4 huyện Kim Động, Khoái Châu, Văn Giang, Ân Thi của tỉnh Hưng Yên. Thời gian triển khai can thiệp với mỗi xã trong vòng 12 tháng. Đánh giá đầu kỳ được triển khai lần lượt ở 16 xã bắt đầu từ tháng 10/2019 và đánh giá cuối kỳ được hoàn thành vào tháng 4/2022.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Đơn vị chọn mẫu ngẫu nhiên hóa là cấp xã với tổng số 16 xã tham gia nghiên cứu được phân bổ ngẫu nhiên vào hai nhóm: 8 xã thuộc nhóm can thiệp và 8 xã thuộc nhóm chứng. Việc tính toán cỡ mẫu được thực hiện dựa trên công thức cho thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng, đảm bảo đủ độ mạnh thống kê để phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm, với kích cỡ mẫu tăng lên 10% để dự phòng cho việc không theo dõi được người bệnh đến khi kết thúc can thiệp.⁷ Tổng cỡ mẫu tính toán là 680 người bệnh cho cả hai nhóm (340 người bệnh nhóm can thiệp và 340 người bệnh nhóm đối chứng). Nhóm nghiên cứu kết hợp với trạm y tế xã tổ chức sàng lọc và đo huyết áp tại trạm. Người bệnh có số đo huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 tại thời điểm sàng lọc lần 1 và đáp ứng các tiêu chí được mời đo lại trong 1 - 2 tuần tiếp theo. Người bệnh được xác định mới mắc THA hoặc đã mắc THA nhưng chưa kiểm soát được tại thời điểm khám sàng lọc lần thứ hai đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Kết quả tuyển chọn ban đầu ghi nhận tổng số 671 người bệnh tham gia nghiên cứu, trong đó có 340 người thuộc nhóm can thiệp và 331 người thuộc nhóm đối chứng. Tại thời điểm kết thúc can thiệp, có 326 người nhóm can thiệp và 323 người nhóm đối chứng hoàn thành đánh giá cuối kỳ. Cỡ mẫu này vẫn cao hơn cỡ mẫu tối thiểu cần có để đảm bảo các kiểm định thống kê.

Nội dung can thiệp

Nghiên cứu được kế thừa từ kết quả của thử nghiệm tính khả thi (pilot study) đã thực hiện thành công trên 160 bệnh nhân tại Hưng Yên giai đoạn 2014 - 2016, chứng minh tính phù hợp văn hóa và hiệu quả sơ bộ của mô hình.⁶ Trong nghiên cứu, 4 đĩa DVD được chuyển đến người bệnh THA tham gia nghiên cứu tại các thời điểm bắt đầu can thiệp, tháng thứ 3, tháng thứ 6, và tháng thứ 9. Các đĩa DVD bao gồm các video kể chuyện của những người bệnh điển hình (“ngôi sao”) đang sinh sống tại địa phương đã kiểm soát thành công huyết áp chia sẻ về kinh nghiệm thực tế, các rào cản gặp phải và cách thức tuân thủ điều trị cũng như thay đổi lối sống. Quá trình xây dựng các video kể chuyện bắt đầu từ các cuộc thảo luận nhóm với những người bệnh đã kiểm soát huyết áp thành công đang sinh sống tại địa phương. Trên cơ sở đó, nhóm nghiên cứu lựa chọn các “ngôi sao” là những người có câu chuyện phong phú về nội dung liên quan đến quá trình điều trị và kiểm soát huyết áp cũng như khả năng kể chuyện hay nhất và có sức thuyết phục lôi cuốn người nghe. Việc lựa chọn được thực hiện thông qua Phiếu chấm điểm dựa trên các tiêu chí về nội dung, tính phù hợp và mức độ ảnh hưởng.

Đi kèm với các câu chuyện là phần «Tìm hiểu thêm» cung cấp kiến thức y khoa chính thống. Bên cạnh việc cung cấp tài liệu, nhân viên y tế thôn bản (NVYT) đóng vai trò cốt lõi trong quy trình can thiệp. NVYT được tập huấn kỹ năng và thực hiện thăm hộ gia đình để: (i) hỗ trợ kỹ thuật xem DVD và thảo luận với người bệnh về nội dung câu chuyện, từ đó khơi gợi động lực và tư vấn giải pháp vượt qua rào cản trong tuân thủ điều trị và lối sống.

Để đảm bảo sự tương đồng về tiếp cận quản lý điều trị THA, cả hai nhóm can thiệp và đối chứng đều được quản lý theo Chương trình Phòng chống THA quốc gia tại địa phương. Do nghiên cứu tập trung chủ yếu vào nội dung

can thiệp hành vi, nên tại thời điểm sàng lọc và trong suốt quá trình theo dõi, tất cả người bệnh có huyết áp chưa kiểm soát đều được tư vấn và giới thiệu lên Trung tâm Y tế huyện hoặc Bệnh viện đa khoa tỉnh để khởi trị (nếu chưa dùng thuốc) hoặc điều chỉnh phác đồ điều trị theo qui định chuyên môn.

Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc tại hai thời điểm: đầu kỳ (trước can thiệp) và cuối kỳ (sau 12 tháng can thiệp). Công cụ thu thập số liệu về hành vi lối sống được xây dựng dựa trên bộ công cụ chuẩn hóa WHO STEPS của Tổ chức Y tế Thế giới nhằm đảm bảo tính chính xác và khả năng so sánh quốc tế.⁸

Biến số nghiên cứu

Các biến số đầu ra chính bao gồm các hành vi nguy cơ: hút thuốc lá, uống rượu bia quá mức, thói quen ăn mặn (bao gồm hành vi bỏ thêm muối khi nấu nướng và chấm thêm gia vị khi ăn), tiêu thụ thực phẩm chế biến sẵn, mức độ tiêu thụ rau quả và tình trạng vận động thể lực. Các chỉ số nghiên cứu được thu thập tại thời điểm bắt đầu và sau 12 tháng can thiệp để đánh giá sự thay đổi. Mặc dù, quản lý THA là quá trình dài hạn, nghiên cứu lựa chọn mốc đánh giá 12 tháng vì đây là khoảng thời gian đủ dài và phù hợp với tiêu chuẩn của các thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng, phản ánh trung thực việc người bệnh có duy trì được thói quen tự quản lý bệnh sau khi giai đoạn can thiệp tích cực ban đầu kết thúc hay không, từ đó cung cấp bằng chứng tin cậy cho việc nhân rộng mô hình.

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ chuẩn hóa WHO STEPS để lượng giá các thay đổi hành vi:⁹ (i) *Hút thuốc*: Tình trạng hút thuốc trong 30 ngày qua (Có/Không). (ii) *Uống rượu bia*: Tần suất và lượng cồn tiêu thụ quy đổi, đánh giá mức độ sử dụng rượu bia quá mức theo khuyến cáo; (iii) *Vận động thể lực*: Sử dụng bộ

câu hỏi trong WHO STEPS để tính tổng thời gian vận động, quy đổi ra chỉ số MET-phút/tuần.

(iv) *Chế độ ăn*: Số khẩu phần rau và trái cây tiêu thụ trung bình mỗi ngày; (v) *Hành vi tiêu thụ muối* đánh giá qua tần suất thực hiện 3 thói quen sử dụng muối: Thêm muối khi chế biến; chấm thêm nước mắm, muối khi ăn; và ăn các thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều muối.

Ngoài ra, các biến số liên quan đến đặc điểm đối tượng nghiên cứu bao gồm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tham gia bảo hiểm y tế (BHYT), các bệnh đồng mắc, và phân độ THA.

Phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi thu thập được nhập liệu và quản lý trực tuyến trên phần mềm REDCap, sau đó được làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 14.1. Để đánh giá hiệu quả thực sự của mô hình can thiệp sau khi đã loại trừ các yếu tố nhiễu và sự thay đổi tự nhiên theo thời gian, chúng tôi sử dụng phương pháp phân tích Khác biệt-trong-Khác biệt (Difference-in-Differences - DiD). Mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát (Generalized Linear Model) mở rộng được áp dụng. Để đảm bảo tính chính xác của các ước lượng thống kê, sai số chuẩn (robust standard errors) được tính toán có hiệu chỉnh theo cụm (cluster) dựa trên mã định danh của người bệnh. Các mô hình đa biến cũng được xây dựng để hiệu chỉnh các đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu bao gồm tuổi,

giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và các bệnh đồng mắc. Hiệu quả can thiệp được xác định là hệ số tương tác giữa nhóm (can thiệp/chứng) và thời gian (trước/sau), trình bày dưới dạng sự thay đổi điểm phần trăm (percentage points) với khoảng tin cậy 95%.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học Viện Chiến lược và Chính sách Y tế phê duyệt đề cương và vấn đề đạo đức theo Quyết định số 171/QĐ-CLCSYT ngày 10/9/2019 và đề cương nghiên cứu sinh được phê duyệt bởi Hội đồng bảo vệ đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội ngày 29/12/2020. Đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 trình bày kết quả phân tích đặc điểm nhân khẩu học cho thấy sự tương đồng khá cao giữa hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu. Độ tuổi trung bình của cả hai nhóm là khoảng 66 tuổi. Tỷ lệ người trên 70 tuổi chiếm 36,3% ở nhóm can thiệp và 29,7% ở nhóm chứng. Về giới tính, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới ở cả hai nhóm (52,6% ở nhóm can thiệp so với 57,4% ở nhóm chứng), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,216$).

Bảng 1. Đặc điểm của người bệnh THA tham gia can thiệp tại thời điểm ban đầu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Can thiệp (n = 340)		Đối chứng (n = 331)		Kiểm định χ^2 p-value
	n	%	n	%	
<i>Giới tính</i>					
Nam	161	47,4	141	42,6	0,216
Nữ	179	52,6	190	57,4	

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Can thiệp (n = 340)		Đối chứng (n = 331)		Kiểm định χ^2 p-value
	n	%	n	%	
<i>Nhóm tuổi</i>					
Dưới 60 tuổi	78	22,9	56	16,9	0,073
60-70 tuổi	161	47,4	155	46,8	
Trên 70 tuổi	101	29,7	120	36,3	
Hôn nhân: đang sống cùng vợ/chồng	227	81,5	253	76,4	0,109
<i>Trình độ học vấn</i>					
Tiểu học trở xuống	73	21,5	100	30,2	0,035
Trung học cơ sở	190	55,9	164	49,6	
Phổ thông trung học trở lên	77	22,6	67	20,2	
<i>Nghề nghiệp</i>					
Đang đi làm	195	57,4	200	60,4	0,462
Hưu trí	78	22,9	63	19,0	
Không đi làm/thất nghiệp	67	19,7	68	20,6	
Có BHYT	310	91,2	309	93,4	0,292
Có bệnh mạn tính đồng mắc	131	38,5	126	38,1	0,902
<i>Phân độ THA</i>					
Độ I	155	45,6	154	46,5	0,536
Độ II	134	39,4	137	41,4	
Độ 3	51	15,0	40	12,1	

Về trình độ học vấn và nghề nghiệp, đa số đối tượng nghiên cứu có trình độ từ trung học cơ sở trở xuống và chủ yếu làm nghề nông hoặc đã nghỉ hưu. Cụ thể, tỷ lệ người có trình độ tiểu học trở xuống chiếm 21,5% ở nhóm can thiệp và 30,2% ở nhóm chứng. Phần lớn người bệnh vẫn đang tham gia lao động (60,4% ở nhóm can thiệp và 57,4% ở nhóm chứng). Tỷ lệ người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế rất cao, đạt trên 90% ở cả hai nhóm. Bên cạnh THA, khoảng 38% người bệnh ở cả hai nhóm đều mắc kèm các bệnh mạn tính khác. Người bệnh

hai nhóm cũng có phân độ THA tương đồng nhau, với THA độ I chiếm tỉ lệ cao nhất (45,6% nhóm can thiệp và 46,5% nhóm chứng)

2 Thay đổi về hành vi lối sống

Kết quả phân tích mô hình Khác biệt-trong-Khác biệt (DiD) cho thấy những tác động khác nhau của mô hình can thiệp lên các nhóm hành vi lối sống. Điểm nổi bật nhất trong kết quả nghiên cứu là sự thay đổi tích cực và có ý nghĩa thống kê đối với các hành vi liên quan đến thói quen ăn mặn.

Bảng 2. Đánh giá hiệu quả can thiệp giữa hai nhóm trước và sau can thiệp

Yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm – WHO-STEPs (%)	Đối chứng (n = 323)		Can thiệp (n = 326)		Khác biệt trong khác biệt	
	Đầu kỳ	Cuối kỳ	Đầu kỳ	Cuối kỳ	Δ Thay đổi (%) [95% CI]	p-values
Hút thuốc lá	12,3 (40)	11,4 (37)	10,5 (34)	6,2 (20)	-3,1% ((-6,7) – 0,005)	0,090
Uống rượu bia quá mức	30,7 (100)	25,2 (82)	28,2 (91)	16,7 (57)	-5,04% ((-10,8) – 0,01)	0,088
Bỏ thêm muối khi chế biến	62,6 (204)	40,5 (132)	74,0 (239)	40,9 (132)	-10,8% ((-19,4) – (-2,2))	0,014
Chấm thêm mắm, muối khi ăn	80,4 (262)	52,8 (172)	84,8 (274)	46,4 (150)	-10,9% ((-20,2) – (-1,6))	0,021
Ăn đồ ăn chế biến sẵn có nhiều muối	15,6 (51)	7,77 (25)	10,2 (33)	3,4 (11)	1,1% ((-4,9) – 7,2)	0,712
Ăn ít rau quả so với khuyến cáo	61,0 (199)	43,3 (141)	62,9 (203)	48,9 (158)	4,1% ((-6,4) – 14,7)	0,443
Ít vận động thể lực theo khuyến cáo (< 150 phút/tuần)	22,1 (72)	14,1 (46)	28,2 (91)	20,7 (67)	0,5% ((-7,4) – 8,4)	0,898

Tại thời điểm đầu kỳ, tỷ lệ người bệnh có thói quen “bỏ thêm muối khi chế biến” rất cao ở cả hai nhóm (62,6% ở nhóm chứng và 74,0% ở nhóm can thiệp). Tuy nhiên, sau 12 tháng, tỷ lệ này giảm mạnh ở nhóm can thiệp xuống còn 40,9%, trong khi nhóm chứng giảm ít hơn xuống 40,5%. Phân tích mô hình hồi quy cho thấy mức độ giảm của nhóm can thiệp vượt trội so với nhóm chứng, với hiệu quả can thiệp ròng (DiD) là giảm 10,8 điểm phần trăm (95% CI: -19,4 đến -2,2; p = 0,014). Tương tự, hành vi “chấm thêm mắm, muối khi ăn” cũng ghi nhận sự cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ này ở nhóm can thiệp giảm từ 84,8% xuống 46,4%, tạo ra hiệu quả can thiệp là giảm 10,9 điểm phần trăm so với nhóm chứng (95% CI: -20,2 đến -1,6; p = 0,021). Đối với hành vi tiêu thụ đồ ăn chế biến

sẵn có nhiều muối, mặc dù tỷ lệ này thấp ở cả hai nhóm ngay từ đầu kỳ, kết quả phân tích không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm sau can thiệp.

Đối với các hành vi nguy cơ khác như hút thuốc lá và uống rượu bia, chế độ dinh dưỡng và vận động đều có sự cải thiện theo thời gian ở cả hai nhóm, với mức cải thiện lớn hơn ở nhóm can thiệp. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ hút thuốc lá tại thời điểm cuối kỳ giảm ở cả hai nhóm, nhưng mức giảm ở nhóm can thiệp từ 10,5% xuống 6,2% trong khi nhóm đối chứng giảm từ 12,3% xuống 11,4%. Tương tự, tỷ lệ uống rượu bia quá mức có xu hướng giảm mạnh ở nhóm can thiệp từ 28,2% xuống 16,7%, trong khi nhóm đối chứng giảm từ 30,7% xuống 25,2%. Tỷ lệ

người bệnh ăn ít rau quả so với khuyến cáo và tỷ lệ ít vận động thể lực đều có sự biến động ở cả hai nhóm theo thời gian.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp những bằng chứng can thiệp quan trọng về hiệu quả của mô hình can thiệp kể chuyện đối với việc thay đổi hành vi lối sống ở người bệnh THA tại vùng nông thôn Việt Nam. Sự thay đổi tích cực và cũng là đóng góp quan trọng nhất của nghiên cứu này là việc khẳng định hiệu quả vượt trội của can thiệp đối với việc thay đổi thói quen ăn mặn, một trong những yếu tố nguy cơ khó kiểm soát nhất trong quản lý THA.

Sự giảm thiểu đáng kể các hành vi “bỏ thêm muối khi nấu” và “chấm thêm gia vị khi ăn” ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng là một kết quả rất đáng khích lệ. Trong văn hóa ẩm thực của người Việt, đặc biệt là tại các vùng nông thôn miền Bắc như Hưng Yên, thói quen ăn mặn và sử dụng bát nước chấm chung trong mâm cơm là một nét văn hóa đã ăn sâu vào tiềm thức, rất khó thay đổi chỉ bằng những lời khuyên y tế đơn thuần. Việc mô hình kể chuyện thành công trong việc thay đổi hành vi này có thể được lý giải bởi tính “gần gũi” và “thuyết phục” của nó. Những nhân vật xuất hiện trong các đĩa DVD không phải là các chuyên gia y tế, mà là những người nông dân, những người cùng hoàn cảnh ngay tại địa phương. Khi họ chia sẻ về cách họ giảm bớt lượng muối nêm nếm, cách họ pha nước chấm nhạt hơn mà vẫn giữ được không khí gia đình, những thông điệp đó trở nên sống động, thực tế và dễ chấp nhận hơn rất nhiều đối với người xem. Cơ chế “mô hình hóa hành vi từ người đồng đẳng” (peer modeling) đã phát huy tác dụng, giúp người bệnh vượt qua rào cản tâm lý “ăn nhạt là mất ngon” để thực hành theo. Ở Việt Nam, các chương trình tại Thái Bình và U Minh (Cà Mau) cũng ghi nhận giảm

rõ rệt tình trạng ăn mặn và tiêu thụ chất béo bão hòa sau can thiệp.^{9,10} Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu quốc tế, chẳng hạn như nghiên cứu tại Trung Quốc sử dụng ứng dụng di động để hướng dẫn giảm muối, hay nghiên cứu tại Nepal sử dụng tin nhắn SMS, đều cho thấy các can thiệp hành vi tập trung và liên tục có thể tác động đến thói quen ăn uống.^{11,12} Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp kể chuyện qua DVD là một cách tiếp cận phù hợp hơn với bối cảnh nông thôn, nơi tỷ lệ sử dụng điện thoại thông minh ở người cao tuổi có thể chưa cao bằng các khu vực đô thị.

Đối với hành vi hút thuốc lá và uống rượu bia, mặc dù có sự cải thiện theo thời gian nhưng kết quả phân tích không có ý nghĩa thống kê. Tương tự các kết quả nghiên cứu can thiệp về tự quản lý tăng huyết áp tại Ninh Bình, nghiên cứu cũng chỉ ra sự không khác biệt trong cải thiện hành vi hút thuốc lá và uống rượu bia của người bệnh ở hai nhóm can thiệp và đối chứng.¹³ Điều này cần được nhìn nhận và lý giải dưới góc độ đặc điểm nhân khẩu học và văn hóa xã hội. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ giới chiếm đa số (gần 60%). Tại Việt Nam, đặc biệt là vùng nông thôn, tỷ lệ phụ nữ hút thuốc lá và uống rượu bia là rất thấp. Do đó, tỷ lệ hiện mắc các hành vi nguy cơ này tại thời điểm đầu vào của nghiên cứu đã ở mức thấp (hút thuốc chỉ khoảng 10 - 12%), dẫn đến dư địa để can thiệp giảm tiếp là không nhiều (hiệu ứng sàn). Đối với nam giới, hút thuốc và uống rượu thường gắn liền với các hoạt động giao tiếp xã hội và thói quen lâu năm, đòi hỏi các can thiệp chuyên sâu và mạnh mẽ hơn để thay đổi, thay vì chỉ dừng lại ở việc xem các video kể chuyện. Mặc dù vậy, xu hướng giảm tỷ lệ uống rượu bia ở nhóm can thiệp (giảm gần 12%) là một tín hiệu tích cực, gợi ý rằng nếu kéo dài thời gian can thiệp hoặc tăng cường độ tương tác, chúng ta có thể đạt được những kết quả tốt hơn.

Về hoạt động thể lực, việc không tìm thấy sự khác biệt giữa hai nhóm cũng là một vấn đề đáng bàn luận. Khác với các quần thể nghiên cứu tại đô thị hay nhóm nhân viên văn phòng, người dân tại 4 huyện nghiên cứu của tỉnh Hưng Yên đa phần làm nghề nông hoặc các công việc lao động chân tay. Mức độ hoạt động thể lực nền tảng của họ thông qua lao động hàng ngày đã ở mức khá cao. Khái niệm “tập thể dục” như đi bộ hay tập dưỡng sinh có thể chưa được người dân phân biệt rạch ròi với hoạt động lao động. Do đó, các thông điệp khuyến khích vận động trong các câu chuyện kể có thể chưa tạo ra sự thay đổi lớn về tổng lượng vận động trong ngày của họ. So sánh với các nghiên cứu khác như tại Ấn Độ hay Malaysia, nơi các can thiệp bao gồm việc tổ chức các buổi tập thể dục nhóm trực tiếp tại cộng đồng, mô hình can thiệp gián tiếp qua DVD của chúng tôi có thể thiếu đi yếu tố “thúc đẩy trực tiếp” và “tương tác nhóm” cần thiết để thay đổi hành vi vận động.^{14,15}

Mặc dù có những kết quả đa dạng giữa các nhóm hành vi, nghiên cứu này vẫn khẳng định giá trị của phương pháp kể chuyện như một công cụ truyền thông sức khỏe hiệu quả và dễ nhân rộng. Điểm mạnh của nghiên cứu là thiết kế thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng chặt chẽ, cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài (12 tháng), cho phép đưa ra các kết luận tin cậy. Việc sử dụng mô hình phân tích DiD cũng giúp loại bỏ các sai lệch do sự khác biệt ban đầu giữa hai nhóm, tăng tính chính xác của kết quả. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, số liệu về hành vi hoàn toàn dựa trên báo cáo tự khai (self-reported) của người bệnh, có thể dẫn đến sai số nhớ lại hoặc thiên kiến mong muốn xã hội (người bệnh có xu hướng khai báo tốt hơn thực tế để làm hài lòng cán bộ nghiên cứu). Thứ hai, nghiên cứu được thực hiện tại khu vực nông thôn miền Bắc, nơi có những đặc thù văn hóa riêng biệt, do đó khả năng ngoại suy kết quả cho các khu vực thành

thị hoặc các vùng miền khác cần được cân nhắc thận trọng

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã cung cấp bằng chứng khoa học cho thấy mô hình can thiệp kể chuyện thông qua các đĩa DVD là một phương pháp hiệu quả để thay đổi hành vi lối sống của người bệnh THA tại cộng đồng nông thôn, đặc biệt là trong việc giảm thói quen ăn mặn (bỏ thêm muối khi nấu, chấm thêm gia vị khi ăn). Đây là một kết quả quan trọng, đóng góp vào chiến lược kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch tại Việt Nam. Đối với các hành vi nguy cơ khác như hút thuốc lá, uống rượu bia và vận động thể lực, mô hình kể chuyện đơn thuần có thể chưa đủ mạnh để tạo ra sự thay đổi đột phá và cần được kết hợp với các biện pháp can thiệp chuyên sâu hoặc trực tiếp hơn.

Từ kết quả này, chúng tôi khuyến nghị ngành y tế xem xét tích hợp phương pháp truyền thông bằng kể chuyện vào các chương trình quản lý bệnh không lây nhiễm tại y tế cơ sở, đồng thời phát triển các nội dung câu chuyện đa dạng hơn, phù hợp với từng nhóm đối tượng đặc thù để tối ưu hóa hiệu quả can thiệp toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế và Tổ chức Y tế thế giới. Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam. 2023.
2. Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn, và cs. Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng. 2008.
3. Lee SJ, Back AL, Block SD, et al. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2002:464-83. doi:10.1182/asheducation-2002.1.464
4. Houston TK, Allison JJ, Sussman M, et al. Culturally Appropriate Storytelling to Improve Blood Pressure. *Annals of internal medicine*.

- 2011;154(2):77-84. doi:10.7326/0003-4819-154-2-201101180-00004 %m 21242364
5. Green MC. Transportation into narrative worlds: The role of prior knowledge and perceived realism. *Discourse Processes*. 2004;38(2):247-266.
6. Hoa L Nguyen DAH, Robert J Goldberg, Catarina I Kiefe, et al. Culturally adaptive storytelling intervention versus didactic intervention to improve hypertension control in Vietnam- 12 month follow up results: A cluster randomized controlled feasibility trial. *PLOS ONE*. 2018;
7. Ahn C, Heo M, Zhang S. Sample Size Calculations for Clustered and Longitudinal Outcomes in Clinical Research. CRC Press. New York. *CRC Press New York*. 2015;
8. World Health Organization. *STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS)*. World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>
9. Nguyễn Văn Bình, Dương Phúc Lam. Nghiên cứu đánh giá tình hình tăng huyết áp và đánh giá kết quả can thiệp ở người tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;65/2023
10. Phạm Minh Vị, Phạm Thị Tâm. Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và kết quả một số giải pháp can thiệp phòng chống bệnh tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên tại huyện U Minh tỉnh Cà Mau năm 2017-2018. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019;22:2019
11. Liu F, Song T, Yu P, et al. Efficacy of an mHealth App to Support Patients' Self-Management of Hypertension: Randomized Controlled Trial. Article. *Journal of Medical Internet Research*. 2023;25(1) doi:10.2196/43809
12. Bhandari B, Narasimhan P, Jayasuriya R, et al. Effectiveness and Acceptability of a Mobile Phone Text Messaging Intervention to Improve Blood Pressure Control (TEXT4BP) among Patients with Hypertension in Nepal: A Feasibility Randomised Controlled Trial. *Glob Heart*. 2022;17(1):13. doi:10.5334/gh.1103
13. Nguyễn Hoàng Giang, Đỗ Trà My, Nguyễn Thị Thắng, và cs. Kết quả can thiệp tăng cường tự quản lý tăng huyết áp tại một số trạm y tế xã thuộc tỉnh Ninh Bình *Tạp chí Y học cộng đồng* 2025;6(11):25-30. doi:<https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2795>
14. Yatim HM, Wong YY, Lim SH, et al. Evaluation of a group-based hypertension self-management education programme among hypertensive community dwellers. Article. *European Journal of Integrative Medicine*. 2018;24:79-84. doi:10.1016/j.eujim.2018.10.016
15. P Suseela R, Ambika RB, Mohandas S, et al. Effectiveness of a community-based education and peer support led by women's self-help groups in improving the control of hypertension in urban slums of Kerala, India: a cluster randomised controlled pragmatic trial. Article. *BMJ Global Health*. 2022;7(11) doi:10.1136/bmjgh-2022-010296

Summary

EFFECTIVENESS OF STORYTELLING INTERVENTION ON LIFESTYLE BEHAVIORAL CHANGES AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN HUNG YEN PROVINCE IN 2019-2022

The study aimed to evaluate the effectiveness of a storytelling intervention model on lifestyle changes among hypertensive patients in Hung Yen province. A cluster-randomized controlled trial was conducted on 671 patients in 16 communes from 2019 to 2022. The intervention group (n = 340) received DVDs featuring real-life experience in lifestyle modification supporting hypertension management, while the control group (n = 331) received standard educational materials. Data were analyzed using the Difference-in-Differences (DiD) model. Results after 12 months showed significant improvement in salt reduction behaviors in the intervention group compared to the control group. Specifically, the rate of "adding salt during cooking" decreased with a net intervention effect of 10.8 percentage points ($p = 0.014$); "dipping food in sauce/salt" decreased by 10.9 percentage points ($p = 0.021$). Although smoking, alcohol consumption, and physical activity behaviors did not show statistically significant differences, improvements were observed in both groups, with greater improvements in the intervention group. In conclusion, the storytelling intervention is effective in reducing salt intake habits and suitable for implementation at the grassroots level.

Keywords: Hypertension, storytelling, lifestyle modification, salt reduction, Hung Yen.