Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 10, 149-153

DEVELOPMENT AND PRELIMINARY FEASIBILITY ASSESSMENT OF AN INTEGRATED COMMUNITY-BASED NON-HORMONAL INTERVENTION MODEL FOR MENOPAUSAL HEALTH CARE IN CAN THO CITY

Le Thi Kim Dinh[1*], Ngo Van Dung[1], Van Thuy Cam[1], Hoang Thi Tuyet Nhung[1], Tran Thi Thanh Truc[1], Truong Minh Vuong[2], Tran Khanh Nga[2], Nguyen Thang[2], Nguyen Minh Phuong[2], Le Thanh Tai[2]

[1]Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital
[2]Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Received: 23/7/2026
Reviced: 31/7/2026; Accepted:

ABSTRACT

Objectives: (1) To describe the needs, facilitators, and barriers regarding menopausal health care in Can Tho City; (2) to develop an integrated community-based non-hormonal intervention model and conduct a preliminary assessment of its feasibility after three months of implementation.

Methods: A study combining qualitative and quantitative components was conducted from April to September 2025. In-depth interviews were held with 26 participants: two CDC representatives, eight commune health station staff, eight community health collaborators, and eight menopausal women. A cross-sectional survey was conducted among 400 menopausal women who had accessed the model in two communes/wards after three months.

Results: Women had clear care needs but relied mainly on self-management. Facilitators included women's motivation and the existing health station–collaborator network; barriers included reluctance to share concerns, limited time, family burden, and difficulties with technology. A three-tier model with four components was developed. After three months, 256/400 women (64.0%) agreed or strongly agreed that they were satisfied overall (mean 3.78 ± 0.83 on a 5-point scale), while 36.0% were neutral or disagreed; women accessed a mean of 2.31 ± 1.33 channels.

Conclusions: The model showed early signals of acceptability in two sites. Its effectiveness has not been evaluated, and a controlled study with longer follow-up is needed.

Keywords: menopause; menopausal health care; non-hormonal intervention; community-based; feasibility; Can Tho.

*Corresponding author
Email: lttai@ctump.edu.vn **Phone**: (+84) 918494733 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

XÂY DỰNG VÀ BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ TÍNH KHẢ THI MÔ HÌNH CAN THIỆP TÍCH HỢP KHÔNG HORMON DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE MÃN KINH TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Thị Kim Định[1*], Ngô Văn Dũng[1], Văn Thúy Cầm[1], Hoàng Thị Tuyết Nhung[1], Trần Thị Thanh Trúc[1], Trương Minh Vượng[2], Trần Khánh Nga[2], Nguyễn Thắng[2], Nguyễn Minh Phương[2], Lê Thành Tài[2]

[1]Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ
[2]Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Ngày nhận bài: 23/7/2026
Ngày chỉnh sửa: 31/7/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả nhu cầu, yếu tố thuận lợi và rào cản trong chăm sóc sức khỏe mãn kinh tại thành phố Cần Thơ; (2) Xây dựng và bước đầu đánh giá tính khả thi của mô hình can thiệp tích hợp không hormon dựa vào cộng đồng sau 3 tháng triển khai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Kết hợp định tính và định lượng (4–9/2025). Phỏng vấn sâu 26 người: 02 đại diện CDC, 08 cán bộ trạm y tế, 08 cộng tác viên và 08 phụ nữ mãn kinh. Khảo sát cắt ngang 400 phụ nữ mãn kinh đã tiếp cận mô hình tại 02 xã/phường sau 3 tháng.

Kết quả: Phụ nữ có nhu cầu chăm sóc rõ nhưng chủ yếu tự xử trí; thuận lợi gồm động lực của phụ nữ và mạng lưới trạm y tế - cộng tác viên; rào cản gồm e ngại chia sẻ, thiếu thời gian, gánh nặng gia đình và khó khăn công nghệ. Mô hình gồm ba tuyến, bốn thành phần. Sau 3 tháng, 256/400 phụ nữ (64,0%) đồng ý/rất đồng ý hài lòng chung (điểm 3,78 ± 0,83/5), 36,0% trung lập hoặc không đồng ý; mỗi phụ nữ tiếp cận trung bình 2,31 ± 1,33 kênh.

Kết luận: Mô hình có tín hiệu chấp nhận ban đầu tại hai địa bàn; hiệu quả can thiệp sẽ được đánh giá có nhóm so sánh với thời gian theo dõi dài hơn.

Từ khóa: mãn kinh; chăm sóc sức khỏe mãn kinh, can thiệp không hormon; dựa vào cộng đồng; tính khả thi; Cần Thơ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phụ nữ mãn kinh thường gặp nhiều triệu chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và lao động [1]. Nhiều phụ nữ có chống chỉ định hoặc không muốn dùng hormon, nhưng các biện pháp không hormon có mức bằng chứng khác nhau: với triệu chứng vận mạch, liệu pháp nhận thức – hành vi, thôi miên lâm sàng và một số thuốc không hormon có bằng chứng điều trị, còn tập luyện, yoga, chánh niệm chưa được khuyến cáo [2]; lối sống, bài tập sàn chậu, giáo dục sức khỏe và hỗ trợ tâm lý - xã hội chủ yếu nâng cao sức khỏe chung và năng lực tự chăm sóc. Tại Cần Thơ, hai nghiên cứu cắt ngang cùng đề tài ghi nhận gánh nặng triệu chứng đáng kể và tỷ lệ thực hành tự chăm sóc tốt còn thấp (bản thảo đang gửi đăng).

Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn quốc gia về chăm sóc phụ nữ tuổi mãn kinh [1]; tuy nhiên, theo thông tin từ CDC thành phố, các trạm y tế tham gia và tra cứu y văn trong nước, chúng tôi chưa ghi nhận mô hình chăm sóc sức khỏe mãn kinh chuyên biệt dựa vào cộng đồng được báo cáo tại địa bàn nghiên cứu. Do đó, nghiên cứu thực hiện với 2 mục tiêu:

- Mô tả nhu cầu, yếu tố thuận lợi và rào cản trong chăm sóc sức khỏe mãn kinh của phụ nữ mãn kinh tại thành phố Cần Thơ.
- Xây dựng và bước đầu đánh giá tính khả thi của mô hình can thiệp tích hợp không hormon dựa vào cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe mãn kinh tại thành phố Cần Thơ sau 3 tháng triển khai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu định tính: chọn mẫu có chủ đích 26 người gồm 02 đại diện lãnh đạo/khoa chuyên môn của CDC thành phố, 08 cán bộ trạm y tế, 08 cộng tác viên dân số và 08 phụ nữ mãn kinh tại 04 xã/phường.

Nghiên cứu định lượng: phụ nữ mãn kinh (vô kinh liên tục ≥ 12 tháng) cư trú tại 02 xã/phường triển khai mô hình, đã tiếp cận hoặc tham gia mô hình và đồng ý tham gia; loại trừ người không đủ khả năng trả lời phỏng vấn hoặc đang bệnh nặng cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: nghiên cứu hỗn hợp kết hợp định tính và định lượng, gồm (1) nghiên cứu định tính đánh giá nhu cầu, yếu tố thuận lợi và rào cản làm cơ sở xây dựng mô hình; (2) khảo sát cắt ngang mô tả, đánh giá bước đầu tính khả thi sau 3 tháng triển khai. Thời gian: 4/2025–9/2025.

Cỡ mẫu và chọn mẫu định lượng:

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

với Z = 1,96; p = 0,5 (chưa có nghiên cứu tương tự tại địa phương); d = 0,05, được 385, làm tròn 400 (200 phụ nữ/xã, phường). Từ danh sách hộ gia đình, chọn ngẫu nhiên hộ đầu tiên rồi tiếp cận hộ kế tiếp bên phải, mỗi hộ chọn 1 phụ nữ đủ tiêu chuẩn cho đến khi đủ cỡ mẫu.

*Tác giả liên hệ
Email: lttai@ctump.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 918494733 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

Quy trình xây dựng mô hình: theo khung MRC về can thiệp phức hợp [3], gồm: (1) tổng hợp bằng chứng về can thiệp không hormon và kết quả khảo sát chất lượng cuộc sống, KAP tại Cần Thơ; (2) phân tích 26 cuộc phỏng vấn sâu; (3) nhóm nghiên cứu (bác sĩ sản phụ khoa, chuyên gia y tế công cộng) thảo luận với đại diện CDC, trạm y tế để chọn thành phần và cấu trúc vận hành, ý kiến khác nhau được giải quyết bằng thảo luận đến đồng thuận, ưu tiên an toàn và khả năng triển khai tại tuyến cơ sở; (4) thử nghiệm tờ rơi, checklist, tranh lật với cộng tác viên và phụ nữ, chỉnh sửa trước khi triển khai.

Đánh giá tính khả thi: theo khung Bowen [4]: (i) tiếp cận – tổng số kênh đã tiếp cận trong 10 kênh (câu hỏi nhiều lựa chọn); (ii) chấp nhận – hài lòng chung, thoải mái khi tham gia, sẵn sàng giới thiệu; (iii) phù hợp – nội dung dễ hiểu, nội dung phù hợp, hình thức phù hợp; (iv) tính thực tế – tài liệu, checklist hữu ích và khó khăn khi dùng ứng dụng; (v) nhu cầu cải tiến – nội dung hữu ích và rào cản. Mục (ii)–(iv) dùng thang Likert 1–5, báo cáo trung bình ± ĐLC và tỷ lệ đồng ý/rất đồng ý (4–5). Không đặt trước ngưỡng khả thi; kết quả được diễn giải như tín hiệu chấp nhận ban đầu. Mô hình được mô tả theo TIDieR [5].

Thu thập và phân tích số liệu: dữ liệu định tính thu thập bằng phỏng vấn sâu do tác giả nghiên cứu thực hiện, mỗi cuộc 30-45 phút theo hướng dẫn bán cấu trúc, ghi âm (gỡ băng) nếu người tham gia cho phép, thông tin được mã hóa độc lập bởi hai nghiên cứu viên chính, phân tích theo chủ đề và báo cáo theo COREQ [6]; dừng thu thập khi thông tin bão hòa. Dữ liệu định lượng thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi cấu trúc, phân tích bằng R với thống kê mô tả.

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu thuộc đề tài luận án tiến sĩ "Chất lượng cuộc sống và hiệu quả can thiệp ở phụ nữ mãn kinh tại thành phố Cần Thơ" (phê duyệt số 23.007.NCS/PCT-HĐĐĐ ngày 15/6/2023, Trường Đại học Y dược Cần Thơ); hợp phần định tính và khảo sát 400 phụ nữ thuộc cùng đề cương, giai đoạn xây dựng và triển khai can thiệp; số liệu bài này chưa được báo cáo hay công bố ở bản thảo khác; hiệu quả can thiệp sẽ được báo cáo riêng.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Hợp phần định tính: 22/26 người là nữ; cán bộ CDC và trạm y tế có thâm niên trung bình 17,8 năm; cộng tác viên tuổi trung bình 52,8; phụ nữ mãn kinh tuổi trung bình 54,4 (45–68). Hợp phần định lượng gồm 400 phụ nữ, tuổi trung bình 56,3 ± 5,2; 95,0% không nghèo; 47,8% nội trợ; 48,2% học vấn trung học cơ sở.

3.2. Nhu cầu và yếu tố thuận lợi, *rào cản trong chăm sóc sức khỏe mãn kinh*

Bảng 1. Chủ đề, chủ đề phụ và trích dẫn tiêu biểu từ phỏng vấn sâu (n = 26)

Chủ đề	Chủ đề phụ (nhóm cung cấp thông tin)	Trích dẫn tiêu biểu
1. Nhu cầu chăm sóc và khoảng trống dịch vụ	Triệu chứng ảnh hưởng thể chất, tâm lý, lao động; tự xử trí theo kinh nghiệm (PNMK, CDC). Thiếu chương trình chuyên biệt, năng lực tư vấn tuyến cơ sở hạn chế (CDC, TYT)	"thường xuyên mất ngủ, hay quên… tự mua dầu xoa bóp đông y, cạo gió" [PNMKA-1]; "Trạm Y tế chưa đào tạo tập huấn thường xuyên" [TYTD-2]
2. Yếu tố thuận lợi	Động lực cải thiện sức khỏe, ưa chuộng biện pháp không dùng thuốc (PNMK, CDC). Mạng lưới trạm y tế – cộng tác viên – hội nhóm sẵn có (TYT, CTV, PNMK)	"Tôi thích thay đổi lối sống không dùng thuốc" [PNMKA-1]; "Kết hợp với các hội nhóm ở xã phường… sẽ dễ tiếp cận" [PNMKA-2]
3. Rào cản	E ngại chia sẻ, xem mãn kinh là điều phải chịu đựng (CDC). Thiếu thời gian, gánh nặng gia đình (PNMK, CTV, TYT). Hạn chế sử dụng điện thoại thông minh (TYT, CTV)	"rất khó tham gia thường xuyên đều đặn do công việc gia đình" [PNMKA-1]; "lớn tuổi không biết sử dụng thiết bị điện thoại thông minh" [CTVB-1]
4. Điều kiện vận hành, duy trì	Đào tạo, giám sát chuyên môn (TYT, CTV). Khuyến khích, công nhận cộng tác viên; hỗ trợ khám sức khỏe (CTV, TYT, PNMK)	"Trạm y tế cần được đào tạo kỹ năng lâm sàng" [TYTD-1]; "công nhận thành viên, trao chứng nhận" [CTVB-1]

PNMK: phụ nữ mãn kinh; CDC: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố; TYT: trạm y tế; CTV: cộng tác viên.

Nhận xét: Các nhóm hội tụ ở nhu cầu chăm sóc và rào cản thời gian – gia đình; khác biệt chủ yếu ở công nghệ số: một số cán bộ trạm y tế cho rằng ứng dụng "hoàn toàn khả thi", còn cán bộ vùng nông thôn và cộng tác viên cho rằng người lớn tuổi khó dùng điện thoại thông minh. Nhận định về khoảng trống dịch vụ là ý kiến người tham gia tại các địa bàn khảo sát, chưa được đối chiếu bằng kiểm kê dịch vụ.

3.3. Mô hình can thiệp tích hợp không hormon dựa vào cộng đồng được xây dựng

Từ bốn chủ đề, mô hình được xây dựng theo ba tuyến: chuyên khoa, điều phối – giám sát và cộng đồng (Bảng 2).

Bảng 2. Mô tả mô hình can thiệp tích hợp không hormon dựa vào cộng đồng theo khung TIDieR rút gọn

Nội dung	Mô tả
Cơ sở xây dựng	Kết quả định tính, tổng hợp bằng chứng, khung MRC [3].
Đối tượng đích	Phụ nữ mãn kinh tại cộng đồng, ưu tiên người có triệu chứng hoặc nhu cầu tư vấn, tự chăm sóc.
Cấu trúc vận hành	(1) Chuyên khoa (bác sĩ sản phụ khoa): chuyên môn, đào tạo, nhận chuyển tuyến; (2) điều phối – giám sát (CDC, trạm y tế); (3) cộng đồng (cộng tác viên, Hội Phụ nữ): truyền thông, hỗ trợ tự chăm sóc, nhắc đi khám.
Thành phần can thiệp	(1) Thay đổi lối sống (dinh dưỡng, vận động, giấc ngủ); (2) can thiệp tâm – thể (yoga, thiền, bài tập sàn chậu); (3) hỗ trợ tâm lý – xã hội qua nhóm sinh hoạt/câu lạc bộ; (4) giáo dục sức khỏe – sàng lọc – tư vấn – chuyển tuyến. Thành phần (1)–(3) nhằm nâng cao sức khỏe chung, không thay thế điều trị triệu chứng vận mạch; trường hợp cần điều trị được chuyển tuyến (hormon hoặc không hormon có bằng chứng) [2].
Người thực hiện	Bác sĩ sản phụ khoa, CDC, cán bộ trạm y tế, cộng tác viên, Hội Phụ nữ.
Hình thức triển khai	Truyền thông trực tiếp, câu lạc bộ, tư vấn tại trạm y tế, vãng gia, tờ rơi/checklist, tranh lật/poster; kênh số bổ trợ (Zalo, ứng dụng).
Tần suất và thời gian	3 tháng đầu để đánh giá tính khả thi; linh hoạt theo điều kiện địa phương, năng lực cộng tác viên và mức sẵn sàng dùng công nghệ.

Nội dung	Mô tả
Cơ chế chuyển tuyến	Dựa trên hướng dẫn quốc gia [1] và thang MRS: ra máu âm đạo sau mãn kinh; MRS ≥ 17 điểm (mức nặng) hoặc triệu chứng cần điều trị; nghi ngờ loãng xương, nguy cơ tim mạch – chuyển hóa cao; trầm cảm/lo âu. Cộng tác viên nhận diện dấu hiệu cảnh báo theo checklist và nhắc đi khám; trạm y tế đánh giá ban đầu, tư vấn, chuyển tuyến; bác sĩ sản phụ khoa khám và tư vấn điều trị.

Kênh số: (1) ứng dụng App "Sức khỏe mãn kinh (Meno Health)" do Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ phát triển, đã thử nghiệm và đang vận hành, cung cấp các chức năng về kiến thức, bài tập thực hành, thư giãn, diễn đàn cộng đồng, tư vấn riêng cùng bác sĩ, ghi nhật ký, tự đánh giá chất lượng cuộc sống/triệu chứng rối loạn mãn kinh/ tình trạng thực hành chăm sóc, trò chuyện với Chatbot, gửi thông báo hoặc thông điệp tích cực mỗi buổi sáng; nội dung do bác sĩ sản phụ khoa biên soạn theo hướng dẫn quốc gia [1] và được kiểm duyệt trước khi đăng. Ứng dụng lưu [thông tin tài khoản, nhật ký, kết quả tự đánh giá]; dữ liệu được [mã hóa / lưu trên máy chủ của bệnh viện / chỉ bác sĩ tư vấn được truy cập]. (2) nhóm Zalo do thành viên nhóm nghiên cứu quản lý, dùng để triển khai thông tin liên quan triển khai mô hình can thiệp.

3.4. Tính khả thi của mô hình sau 3 tháng triển khai

Bảng 3. Mức độ chấp nhận và sự hài lòng đối với mô hình sau 3 tháng (n = 400)

Chỉ số (lĩnh vực Bowen)	Trung bình ± ĐLC	Đồng ý/rất đồng ý, n (%)	Trung lập/ không đồng ý, n (%)
Nội dung dễ hiểu (phù hợp)	4,02 ± 0,85	273 (68,3)	127 (31,8)
Nội dung phù hợp (phù hợp)	3,87 ± 0,85	264 (66,0)	136 (34,0)
Tài liệu truyền thông hữu ích (thực tế)	3,79 ± 0,87	254 (63,5)	146 (36,5)
Hình thức triển khai phù hợp (phù hợp)	3,82 ± 0,92	245 (61,3)	155 (38,8)
Thoải mái khi tham gia (chấp nhận)	3,65 ± 0,96	205 (51,3)	195 (48,8)
Checklist tự chăm sóc hữu ích (thực tế)	3,54 ± 1,00	197 (49,2)	203 (50,8)
Hài lòng chung (chấp nhận)	3,78 ± 0,83	256 (64,0)	144 (36,0)
Sẵn sàng giới thiệu (chấp nhận)	3,71 ± 0,89	235 (58,8)	165 (41,3)

Nhận xét: 256/400 phụ nữ (64,0%) đồng ý/rất đồng ý hài lòng chung, 144 (36,0%) trung lập hoặc không đồng ý. Chỉ số "App dễ sử dụng" không được trình bày vì được hỏi trên toàn bộ 400 người, kể cả người chưa dùng App. Nội dung hữu ích nhất là kiến thức nền tảng về mãn kinh (50,8%), giấc ngủ (34,8%) và dinh dưỡng (32,2%).

Bảng 4. Tỷ lệ tiếp cận các kênh truyền thông của mô hình sau 3 tháng (n = 400)

Kênh tiếp cận*	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tờ rơi/checklist	231	57,8
Poster	148	37,0
Nhân viên y tế	120	30,0
Cộng tác viên	121	30,3
Truyền thông nhóm	77	19,3
Vãng gia	69	17,3
Tranh lật	67	16,8
CLB mãn kinh	45	11,3
App/Zalo	34	8,5
Khác	11	2,8
Số kênh tiếp cận/người, TB ± ĐLC (min–max)	2,31 ± 1,33 (1–6)	

* *Câu hỏi nhiều lựa chọn*

Nhận xét: Do mẫu chỉ gồm người đã tiếp cận mô hình, số kênh trung bình không phản ánh mức tiếp cận của toàn bộ phụ nữ mãn kinh tại địa bàn. Khó khăn khi dùng App (hỏi trên toàn mẫu) gồm không quen dùng ứng dụng trên điện thoại thông minh (44,5%), không có thời gian (39,0%), không biết cài/khó dùng (34,5%), quên/không có thói quen (30,5%), lo ngại riêng tư (24,3%), nội dung chưa hấp dẫn (14,5%) và không có mạng/thiết bị yếu (6,5%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Nhu cầu, yếu tố thuận lợi và rào cản trong chăm sóc sức khỏe mãn kinh tại cộng đồng

Nội dung được đánh giá hữu ích nhất sau 3 tháng là kiến thức nền tảng về mãn kinh, giấc ngủ và dinh dưỡng, gợi ý trước can thiệp nhiều phụ nữ chưa được tiếp cận thông tin chuẩn hóa, phù hợp với định hướng của Bộ Y tế [1]. Mạng lưới cộng tác viên, Hội Phụ nữ sẵn có là nền tảng triển khai, nhưng nhân lực y tế cộng đồng thường chịu khối lượng công việc lớn khi được giao thêm nhiệm vụ [7], vì vậy cần cơ chế phân công và hỗ trợ phù hợp. Văn hóa chịu đựng và gánh nặng thời gian - gia đình là lý do mô hình được thiết kế linh hoạt và đa kênh.

4.2. Cơ sở xây dựng mô hình can thiệp không hormon dựa vào cộng đồng

Mô hình được xây dựng từ kết quả định tính, tổng hợp bằng chứng và sự tham gia của các bên liên quan theo khung MRC [3]. Việc chọn can thiệp không hormon làm trục chính phản ánh mong muốn tránh dùng thuốc được ghi nhận trong phỏng vấn. Tuy nhiên, theo Hội Mãn kinh Bắc Mỹ (2023), tập luyện, yoga và chánh niệm không được khuyến cáo để điều trị triệu chứng vận mạch [2]; vì vậy các thành phần lối sống, tâm – thể và hỗ trợ tâm lý – xã hội được định vị là nâng cao sức khỏe chung và năng lực tự chăm sóc, còn phụ nữ có triệu chứng vận mạch gây khó chịu được chuyển tuyến để điều trị có bằng chứng.

Các thử nghiệm về nhóm hỗ trợ [8] và huấn luyện tự chăm sóc [9] ghi nhận cải thiện chất lượng cuộc sống ở phụ nữ sau mãn kinh, cho thấy tính hợp lý của một số thành phần; tuy nhiên, do khác biệt về cấu trúc, bối cảnh và liều lượng can thiệp, các kết quả này không cho phép suy rộng thành kỳ vọng hiệu quả của mô hình ba tuyến.

4.3. Tính khả thi của mô hình sau 3 tháng triển khai

Theo khung Bowen [4], phụ nữ chủ yếu tiếp cận qua tài liệu in và con người; tham gia sâu hơn như truyền thông nhóm (19,3%) và câu lạc bộ (11,3%) còn thấp, tương ứng với rào cản thời gian và e ngại chia sẻ. Về chấp nhận và phù hợp, điểm các chỉ số từ 3,54 đến 4,02/5 cho thấy tín hiệu chấp nhận ban đầu; tuy nhiên 36,0% phụ nữ trung lập hoặc không đồng ý về hài lòng chung và 41,3% chưa sẵn sàng giới thiệu, trong khi chưa có ngưỡng khả thi xác định trước, nên chưa thể kết luận mức chấp nhận là tốt.

App/Zalo là kênh ít được tiếp cận nhất (8,5%), tương đồng với tổng quan cho thấy tuổi cao liên quan với khả năng chấp nhận mHealth thấp hơn (OR = 0,47; KTC 95%: 0,23–0,93) [10]. Do App và Zalo được ghi nhận chung và khó khăn được hỏi trên toàn mẫu, nghiên cứu chưa tách được rào cản của người đã dùng App, người chỉ dùng Zalo và người chưa tiếp cận kênh số; nội dung này cần được thiết kế riêng ở giai đoạn đánh giá tiếp theo.

Hạn chế: khảo sát cắt ngang, không có nhóm chứng, chưa so sánh trước – sau nên chưa đánh giá được hiệu quả; mẫu chỉ gồm phụ nữ đã tiếp cận mô hình nên chỉ số tiếp cận và chấp nhận có thể cao hơn thực tế; chưa đặt trước ngưỡng khả thi; theo dõi 3 tháng tại hai xã/phường; số liệu tự báo cáo; tính bền vững của vai trò cộng tác viên cần được theo dõi thêm [7].

5. KẾT LUẬN

Phụ nữ mãn kinh có nhu cầu chăm sóc rõ, với rào cản chính là e ngại chia sẻ, thiếu thời gian, gánh nặng gia đình và hạn chế sử dụng công nghệ. Mô hình ba tuyến - bốn thành phần đã được xây dựng và có tín hiệu chấp nhận ban đầu tại địa bàn can thiệp sau 3 tháng (64,0% hài lòng chung). Hiệu quả của mô hình chưa được đánh giá; cần kiểm chứng bằng nghiên cứu có nhóm so sánh với thời gian theo dõi dài hơn (đang triển khai, theo dõi 12 tháng).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Quyết định số 3977/QĐ-BYT ngày 30/12/2024 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản – Nội dung chăm sóc sức khỏe phụ nữ tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh". Hà Nội: Bộ Y tế; 2024.

[2] The 2023 Nonhormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society Advisory Panel. The 2023 nonhormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2023;30(6):573–90. doi:10.1097/GME.0000000000002200.

[3] Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021;374:n2061. doi:10.1136/bmj.n2061.

[4] Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. How we design feasibility studies. Am J Prev Med. 2009;36(5):452–7. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002.

[5] Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ. 2014;348:g1687. doi:10.1136/bmj.g1687.

[6] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.

[7] Astale T, Abebe T, Mitike G. Workload and emerging challenges of community health workers in low- and middle-income countries: a mixed-methods systematic review. PLoS One. 2023;18(3):e0282717. doi:10.1371/journal.pone.0282717.

[8] Yazdkhasti M, Keshavarz M, Khoei EM, Hosseini AF, Esmaeilzadeh S, Amiri Pebdani M, et al. The effect of support group method on quality of life in post-menopausal women. Iran J Public Health. 2012;41(11):78–84.

[9] Khademi K, Kaveh MH, Nazari M, Asadollahi A. Effect of health model-based menopausal self-care training on quality of life and health: a randomised controlled trial. Health Expect. 2025;28(6):e70511. doi:10.1111/hex.70511.

[10] Yang S, Cha MJ, van Kessel R, Warrier G, Thrul J, Lee M, et al. Understanding inequalities in mobile health utilization across phases: systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2025;27:e71349. doi:10.2196/71349.