Nghiên cứu tổng quan

NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH TRONG Y TẾ CÔNG CỘNG: TỪ NỀN TẢNG PHƯƠNG PHÁP LUẬN ĐẾN ỨNG DỤNG THỰC TIỄN

Qualitative research in public health: From methodological foundations to practical applications

Nguyễn Việt Hùng[1,*]

[1]*Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng*

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: viethung.nguyen97@yahoo.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hệ thống hóa nền tảng phương pháp luận, mô tả các thiết kế và phương pháp thu thập dữ liệu định tính phổ biến, phân tích ứng dụng thực tiễn trong y tế công cộng tại Việt Nam và quốc tế. **Phương pháp:** Tổng quan tường thuật xem xét sách chuyên khảo, bài báo trên PubMed và Scopus, cùng tài liệu hướng dẫn của WHO, ưu tiên tài liệu trong năm năm gần đây và nghiên cứu tại Việt Nam. **Kết quả:** Nghiên cứu định tính dựa trên triết học diễn giải và kiến tạo xã hội, với ba phương pháp thu thập chủ đạo là phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm tập trung và quan sát tham gia. Năm thiết kế phổ biến — hiện tượng học, lý thuyết nền tảng, dân tộc học, mô tả định tính và nghiên cứu trường hợp — đáp ứng đa dạng mục tiêu trong y tế công cộng. Tuân thủ COREQ và SRQR giúp nâng cao độ tin cậy. Tại Việt Nam, phương pháp này được ứng dụng rộng rãi trong nghiên cứu bệnh truyền nhiễm, bệnh không lây nhiễm và đánh giá chính sách. **Kết luận:** Nghiên cứu định tính đóng vai trò trung tâm trong thiết kế can thiệp và xây dựng chính sách dựa trên bằng chứng. Tăng cường đào tạo, chuẩn hóa báo cáo và kết hợp phương pháp hỗn hợp là hướng ưu tiên.

Từ khóa: nghiên cứu định tính; y tế công cộng; phân tích chủ đề; COREQ; Việt Nam.

ABSTRACT

Objectives: To systematize the methodological foundations of qualitative research, describe common research designs and data collection methods, analyse practical applications in public health, and propose directions for improving research quality in Vietnam. **Method:** This narrative review examined textbooks, peer-reviewed articles indexed in PubMed and Scopus, and guidance documents from WHO on qualitative research in public health, prioritising publications from the past five years and studies conducted in Vietnam. **Results:** Qualitative research is grounded in interpretivist and social constructivist philosophy, employing three principal data collection methods: in-depth interviews, focus group discussions, and participant observation. Five widely used designs—phenomenology, grounded theory, ethnography, qualitative description, and case study—address diverse research objectives in public health. Adherence to COREQ and SRQR reporting guidelines strengthens credibility and applicability of findings. In Vietnam, qualitative methods have been applied with increasing breadth across communicable diseases, non-communicable diseases, health-seeking behaviour, and health policy evaluation. **Conclusion:** Qualitative research plays a central role in evidence-based intervention design and public health policy development. Strengthening researcher capacity, standardising reporting practices, and integrating mixed-methods approaches are priority directions for future development.

Keywords: qualitative research; public health; thematic analysis, COREQ, Vietnam.

Received: 18/03/2026 |	Accepted: 30/03/2026 |	Publication date: 01/09/2026 |

©The author. This **open-access** work is licensed under a CC BY 4.0 License

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y tế công cộng vận hành trong môi trường xã hội phức tạp, nơi hành vi sức khỏe chịu ảnh hưởng đồng thời của văn hóa, kinh tế, cấu trúc xã hội và trải nghiệm cá nhân. Các chỉ số dịch tễ học có thể phản ánh quy mô vấn đề nhưng không giải thích được động lực và ý nghĩa của hành vi. Nghiên cứu định tính cung cấp cách tiếp cận linh hoạt và sâu sắc, tập trung vào ý nghĩa, bối cảnh và quá trình ra quyết định của cá nhân và cộng đồng, từ đó giúp nhà hoạch định chính sách và nhà quản lý hiểu rõ hơn cơ chế vận hành của các chương trình y tế.[1,2]

Phương pháp định tính trong khoa học sức khỏe có nguồn gốc từ nhân học y tế và xã hội học sức khỏe, phát triển mạnh từ thập niên 1960–1970 qua các nghiên cứu về hành vi bệnh tật, chăm sóc sức khỏe ban đầu và y học gia đình.[2,3] Bước ngoặt quan trọng xảy ra vào đầu thập niên 1980 khi đại dịch HIV/AIDS (human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome) bùng phát: những câu hỏi cấp bách về hành vi nguy cơ, kỳ thị xã hội và rào cản tiếp cận dịch vụ không thể trả lời bằng số liệu dịch tễ học thuần túy, buộc các nhà khoa học phải quay sang phương pháp định tính để hiểu được bối cảnh và động lực hành vi.[1,4] Tại Việt Nam, phương pháp này đã được vận dụng để tìm hiểu quan điểm của nhân viên y tế về năng lực đáp ứng bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế đô thị,5 cũng như để đánh giá các can thiệp hỗ trợ bệnh nhân lao và đề xuất ưu tiên phù hợp thực tế địa phương.[6,7]

Sự phát triển của các hướng dẫn chuẩn hóa như COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research)[8] và SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research)9 tạo điều kiện nâng cao tính minh bạch và giá trị ứng dụng. Tuy vậy, nhiều nghiên cứu trong nước gặp khó khăn trong lựa chọn thiết kế và áp dụng chuẩn mực báo cáo quốc tế. Bài viết này nhằm hệ thống hóa khung lý thuyết định tính, phân tích các ứng dụng tiêu biểu và đề xuất hướng tiếp cận hỗn hợp để nâng cao chất lượng bằng chứng trong y tế công cộng hiện nay.

II. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN

Bài viết sử dụng phương pháp tổng quan tường thuật (narrative review). Tác giả thực hiện tra cứu tài liệu từ sách chuyên khảo, các cơ sở dữ liệu PubMed, Scopus và tài liệu hướng dẫn của WHO bằng các từ khóa chính "qualitative research", "public health", "COREQ", "SRQR" và "Vietnam". Tiêu chí lựa chọn tập trung vào các tài liệu về phương pháp luận định tính và phương pháp hỗn hợp. Đặc biệt, đối với các bằng chứng thực tiễn, bài viết ưu tiên các nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam trong giai đoạn từ năm 2018 đến năm 2025 để phản ánh đúng thực trạng và xu hướng ứng dụng hiện hành trong hệ thống y tế công cộng trong nước.

III. NỘI DUNG TỔNG QUAN

Nghiên cứu định tính (qualitative research) là phương pháp thu thập và phân tích dữ liệu phi số nhằm hiểu sâu ý nghĩa, trải nghiệm và bối cảnh xã hội của hiện tượng theo góc nhìn của người tham gia.1,2 Khác với nghiên cứu định lượng hướng đến đo lường và kiểm định giả thuyết, nghiên cứu định tính tập trung trả lời câu hỏi "như thế nào" và "tại sao" thay vì "bao nhiêu", từ đó làm sáng tỏ những chiều kích không thể đo lường bằng số liệu.[1]

1. Cơ sở phương pháp luận

1.1. Nền tảng triết học

Nghiên cứu định tính dựa trên nền tảng triết học diễn giải (interpretivism) và kiến tạo xã hội (social constructivism). Thay vì tìm kiếm mối quan hệ nhân quả tuyến tính, phương pháp này tập trung vào ý nghĩa và quá trình mà con người gán cho trải nghiệm của họ. Nhà nghiên cứu tiếp cận hiện tượng từ góc nhìn của người tham gia, công nhận rằng thực tại được kiến tạo qua tương tác xã hội và bối cảnh văn hóa.[3,10]

1.2. Mục tiêu của nghiên cứu định tính

Nghiên cứu định tính hướng đến bốn mục tiêu chính: (1) khám phá trải nghiệm, nhận thức và kỳ vọng của người tham gia; (2) giải thích bối cảnh xã hội và các chuẩn mực chi phối hành vi sức khỏe; (3) hình thành và mở rộng giả thuyết nghiên cứu; (4) bổ sung chiều sâu cho dữ liệu định lượng và hỗ trợ xây dựng công cụ khảo sát trong nghiên cứu hỗn hợp.[2,4]

1.3. Các thiết kế nghiên cứu phổ biến

Năm thiết kế chính được sử dụng trong nghiên cứu y tế công cộng được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1. So sánh các thiết kế nghiên cứu định tính phổ biến

Thiết kế	Mục tiêu/ Ứng dụng YTCC	Điểm mạnh	Hạn chế
Hiện tượng học	Tìm hiểu trải nghiệm sống cá nhân → Trải nghiệm điều trị, chất lượng sống	Nắm bắt trải nghiệm sống chủ quan và ý nghĩa cá nhân	Yêu cầu kỹ năng phân tích cao
Lý thuyết nền tảng	Xây dựng mô hình khái niệm từ dữ liệu thực địa → Phân tích hành vi, thay đổi hành vi sức khỏe	Phát triển lý thuyết mới	Quy trình dài, phức tạp
Dân tộc học	Mô tả văn hóa và cấu trúc cộng đồng → Phong tục chăm sóc sức khỏe, niềm tin truyền thống	Bối cảnh toàn diện, rõ nét	Mất nhiều thời gian thực địa
Mô tả định tính	Phản ánh thực tế, dễ ứng dụng chính sách → Đánh giá chương trình y tế	Dễ triển khai, gần thực tiễn	Ít chiều sâu lý thuyết
Nghiên cứu trường hợp	Phân tích chuyên sâu một bối cảnh cụ thể → Cải tiến hệ thống y tế, phân tích tổ chức	Phân tích toàn diện một bối cảnh/đơn vị cụ thể	Khó tổng quát hóa

Hiện tượng học (phenomenology) tập trung vào trải nghiệm sống của cá nhân, phù hợp khi nghiên cứu cảm nhận điều trị, chất lượng cuộc sống hay quá trình thích nghi với bệnh tật. Thiết kế này đã được vận dụng tại Việt Nam để khám phá thực trạng và nhu cầu tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 tại cộng đồng.[11] Lý thuyết nền tảng (grounded theory)

nhằm xây dựng mô hình khái niệm từ dữ liệu thực địa thông qua lấy mẫu lý thuyết và so sánh liên tục,[2,3] phù hợp khi nghiên cứu các quá trình phức tạp như yếu tố quyết định hành vi kê đơn kháng sinh tại tuyến y tế cơ sở.[12] Dân tộc học (ethnography) phân tích văn hóa và cấu trúc cộng đồng thông qua thời gian thực địa kéo dài, đặc biệt phù hợp với nghiên cứu về phong tục chăm sóc sức khỏe và niềm tin truyền thống.[3] Mô tả định tính (qualitative description) hướng đến trình bày sát thực tế và dễ ứng dụng trong hoạch định chính sách,[13] được sử dụng trong nghiên cứu hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của phụ nữ trung niên,[14] đánh giá tính chấp nhận của chính sách hỗ trợ bệnh nhân lao6 và đánh giá ngần ngại tiêm vaccine.[15] Nghiên cứu trường hợp (case study) cho phép phân tích sâu một đơn vị hoặc bối cảnh cụ thể, điển hình như phân tích năng lực đáp ứng của trạm y tế xã với bệnh không lây nhiễm.[5]

2. Phương pháp thu thập và phân tích dữ liệu

2.1. Phương pháp thu thập dữ liệu

Ba phương pháp được sử dụng phổ biến trong y tế công cộng được so sánh trong Bảng 2.

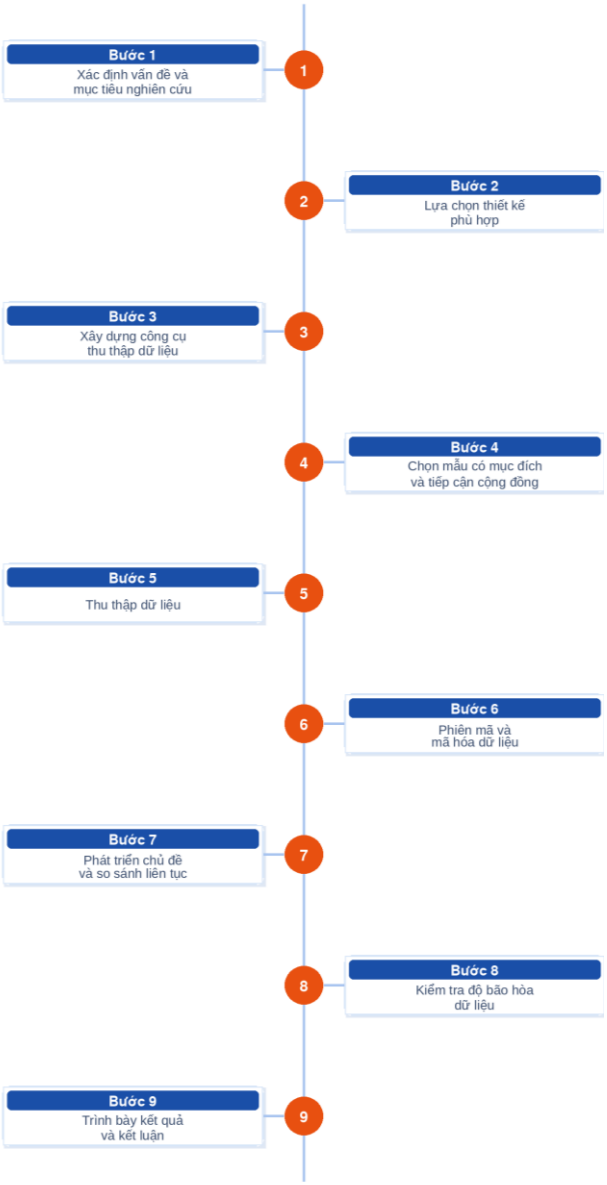
Bảng 2. So sánh ba phương pháp thu thập dữ liệu định tính

Phương pháp	Đơn vị phân tích	Ưu điểm	Hạn chế
Phỏng vấn sâu (Bệnh nhân, nhân viên y tế)	Cá nhân	Chiều sâu cao, khai thác trải nghiệm cá nhân	Phụ thuộc kỹ năng phỏng vấn viên
Thảo luận nhóm tập trung (Nhận thức cộng đồng, thay đổi hành vi)	Nhóm xã hội	Phản ánh chuẩn mực nhóm, tính tương tác	Dễ bị chi phối bởi thành viên mạnh
Quan sát tham gia (Cơ sở y tế, cộng đồng)	Hành vi, tương tác hoặc sự kiện được quan sát	Ghi nhận thực hành thực tế trong môi trường tự nhiên	Tốn nhiều thời gian, ảnh hưởng quan sát viên

Phỏng vấn sâu (in-depth interview) khai thác trải nghiệm cá nhân qua hướng dẫn bán cấu trúc, phù hợp với chủ đề nhạy cảm như hành vi kê đơn kháng sinh[12] hay quan điểm của cán bộ y tế về bệnh không lây nhiễm.[5] Thảo luận nhóm tập trung (focus group discussion, FGD) tập hợp 6–10 người có chung đặc điểm, phản ánh chuẩn mực xã hội và động lực nhóm, được dùng trong đánh giá chính sách hỗ trợ bệnh nhân lao6 và nghiên cứu thái độ ngần ngại tiêm vaccine.[15] Quan sát tham gia (participant observation) ghi nhận hành vi trong bối cảnh tự nhiên, cung cấp dữ liệu ngữ cảnh không thể thu qua phỏng vấn, đặc biệt phù hợp với nghiên cứu tương tác tại cơ sở y tế và thực hành chăm sóc cộng đồng.[3,10]

2.2. Quy trình nghiên cứu định tính chuẩn

Quy trình gồm các bước tuần tự được minh họa trong Sơ đồ 1: (1) Xác định vấn đề và mục tiêu nghiên cứu; (2) Lựa chọn thiết kế phù hợp; (3) Xây dựng công cụ thu thập dữ liệu; (4) Chọn mẫu có mục đích và tiếp cận cộng đồng; (5) Thu thập dữ liệu; (6) Phiên mã và mã hóa dữ liệu; (7) Phát triển chủ đề và so sánh liên tục; (8) Kiểm tra độ bão hòa dữ liệu; (9) Trình bày kết quả và kết luận.



Sơ đồ 1. Quy trình nghiên cứu định tính

Giai đoạn chuẩn bị (bước 1–4) gồm xác định câu hỏi dạng khám phá, lựa chọn thiết kế phù hợp, xây dựng và thử nghiệm sơ bộ công cụ, chọn mẫu có mục đích (purposive sampling) hướng đến bão hòa và hoàn tất thủ tục đạo đức nghiên cứu.[1,3,4] Giai đoạn thu thập và phân tích (bước 5–8) tiến hành thu thập dữ liệu, phiên mã, mã hóa mở với ít nhất hai nhà nghiên cứu độc lập,[10,16] phát triển chủ đề qua phân tích chủ đề[17] hoặc phương pháp khung,18 và kiểm tra bão hòa — thường đạt sau 9–17 cuộc phỏng vấn.[19,20] Bước 9 trình bày kết quả theo chủ đề kết hợp trích dẫn nguyên văn, tuân thủ COREQ (32 mục) hoặc SRQR (21 mục) để bảo đảm tính minh bạch.[8,9]

2.3. Phân tích dữ liệu

Phân tích dữ liệu định tính bao gồm các kỹ thuật như mã hóa ban đầu (initial coding), phân tích chủ đề hoặc mã hóa mở tùy thuộc vào thiết kế nghiên cứu. Trong đó, phân tích chủ đề (thematic analysis) của Braun và Clarke 17 là cách tiếp cận phổ biến nhờ tính linh hoạt, trong khi phương pháp khung (framework method) 18 đặc biệt phù hợp cho nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chính sách y tế. Cần lưu ý ranh giới học thuật giữa các kỹ thuật này: mã hóa mở (open coding) là đặc thù của Lý thuyết nền tảng (Grounded Theory), trong khi phân tích chủ đề có thể áp dụng độc lập với mọi thiết kế. Hiện nay, các phần mềm như NVivo hay ATLAS.ti đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ tổ chức dữ liệu, nhưng không thể thay thế tư duy phân tích hệ thống của nhà nghiên cứu [16].

2.4. Độ bão hòa và cỡ mẫu

Cỡ mẫu trong nghiên cứu định tính không theo logic xác suất thống kê mà hướng đến độ bão hòa thông tin (information saturation) — thời điểm dữ liệu mới không còn xuất hiện chủ đề mới.[20]

Tổng quan hệ thống của Hennink và Kaiser cho thấy bão hòa mã hóa thường đạt sau khoảng 9–17 cuộc phỏng vấn, trong khi bão hòa ý nghĩa đòi hỏi nhiều hơn tùy theo độ phức tạp của chủ đề và tính đồng nhất của nhóm tham gia.[20] Malterud nhấn mạnh cỡ mẫu cần được xác định linh hoạt, phụ thuộc vào mục tiêu nghiên cứu và chất lượng thông tin thu thập được hơn là theo một con số cố định.19 Với FGD, thông thường cần 3–6 nhóm để đạt bão hòa trong phạm vi một nghiên cứu.[20]

2.5. Bảo đảm chất lượng và chuẩn hóa báo cáo

Chất lượng nghiên cứu định tính được đánh giá qua bốn tiêu chí: độ tin cậy (credibility), tính chuyển dịch (transferability), độ phụ thuộc (dependability) và tính xác nhận (confirmability).[3,21] Tính tin cậy được củng cố thông qua kiểm tra chéo giữa nhiều nhà nghiên cứu (researcher triangulation), trình bày trích dẫn nguyên văn minh họa, mô tả quy trình rõ ràng và kiểm tra bằng thành viên tham gia (member checking).[2,25]

Hướng dẫn COREQ gồm 32 mục chia thành 3 lĩnh vực: thông tin nhóm nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, và phân tích – kết quả. Tuy nhiên hướng dẫn này được thiết kế đặc biệt cho phỏng vấn và FGD, không áp dụng trực tiếp cho quan sát tham gia hay dân tộc học.8 SRQR gồm 21 mục tiêu chuẩn hóa báo cáo trên 6 lĩnh vực: tiêu đề, tóm tắt, giới thiệu, phương pháp, kết quả và thảo luận.[9] Cả hai hướng dẫn đã được xác nhận là công cụ hữu hiệu trong nâng cao chất lượng báo cáo nghiên cứu định tính trong y tế công cộng.

3. Ứng dụng trong y tế công cộng

3.1. Phân tích hành vi sức khỏe

Nghiên cứu định tính giúp hiểu cách cộng đồng đánh giá nguy cơ, giải thích bệnh tật và quyết định cách tìm kiếm dịch vụ. Các nghiên cứu định tính về hành vi sức khỏe cho thấy kỳ thị xã hội, chi phí đi lại và niềm tin vào y học truyền thống là những rào cản tiếp cận dịch vụ mà phương pháp định lượng khó phát hiện được.[21] Nhờ đó, nhà quản lý có cơ sở cải thiện thông điệp truyền thông phù hợp với văn hóa địa phương.

3.2. Đánh giá chương trình và chính sách

Phương pháp định tính được sử dụng rộng rãi trong đánh giá tiến trình (process evaluation) và đánh giá bối cảnh (context evaluation) nhằm khám phá rào cản khi triển khai các chương trình tiêm chủng, phòng chống HIV, dinh dưỡng học đường và chăm sóc sức khỏe bà mẹ.[21] FGD và phỏng vấn sâu với nhân viên y tế và cộng đồng giúp xác định lý do tại sao một can thiệp không đạt mục tiêu dù được thiết kế tốt.[1]

3.3. Nghiên cứu hệ thống y tế

Nghiên cứu định tính mô tả trải nghiệm của nhân viên y tế, vấn đề quá tải công việc, chất lượng dịch vụ và tương tác giữa người bệnh và cơ sở y tế. Đây là nguồn bằng chứng quan trọng cho cải tiến chất lượng và cải cách hệ thống.[21]

3.4. Ứng dụng tại Việt Nam

Tại Việt Nam, phương pháp định tính đã được ứng dụng rộng rãi qua nhiều lĩnh vực. Trong bệnh truyền nhiễm, phỏng vấn sâu xác định ưu tiên can thiệp hỗ trợ người bệnh lao đô thị[7] và FGD đánh giá tính chấp nhận của chính sách chuyển tiền mặt cho gia đình bệnh nhân lao.[6] Trong bệnh không lây nhiễm, phỏng vấn sâu làm rõ năng lực đáp ứng của trạm y tế đô

thị,[5] điểm nghẽn giám sát cộng đồng[22] và các yếu tố quyết định hành vi kê đơn kháng sinh.[12]

Về hành vi tìm kiếm dịch vụ và sức khỏe tâm thần, phỏng vấn sâu xác định yếu tố ảnh hưởng đến khám chữa bệnh của phụ nữ trung niên[14] và ghi nhận stress, chiến lược ứng phó ở phụ nữ mắc ung thư trong đại dịch COVID-19.[23] Phương pháp định tính cũng được dùng nghiên cứu thái độ ngần ngại tiêm vaccine,[15] tác động đại dịch đến sức khỏe tâm thần[24] và tự chăm sóc ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại cộng đồng.[11]

IV. THẢO LUẬN

1. Giá trị của phương pháp định tính

Nghiên cứu định tính bổ sung lớp dữ liệu quan trọng mà các khảo sát định lượng khó đo lường. Phương pháp này cho phép nhà nghiên cứu nắm bắt những yếu tố vô hình như động lực, cảm xúc và chuẩn mực xã hội - những yếu tố quyết định đến sự thành công hay thất bại của can thiệp y tế.[1,3] Nghiên cứu hỗn hợp (mixed methods) kết hợp điểm mạnh của cả hai phương pháp đang trở thành xu hướng trong khoa học sức khỏe hiện đại.[1,2]

2. Hạn chế thường gặp

Một số hạn chế được ghi nhận trong thực tiễn: (1) chất lượng thu thập dữ liệu phụ thuộc kỹ năng của nhà nghiên cứu và phỏng vấn viên; (2) mẫu nghiên cứu thường nhỏ, không đại diện cho tổng thể; (3) thiếu chuyên gia phân tích định tính chuyên sâu, đặc biệt tại các tỉnh thành nhỏ của Việt Nam; (4) nhiều báo cáo chưa tuân thủ đầy đủ các hướng dẫn chuẩn như COREQ hoặc SRQR.[8,9]

3. Cơ hội và hướng phát triển

Sự phổ biến của hướng dẫn COREQ và SRQR giúp nâng cao tính minh bạch trong báo cáo. Công nghệ số mở ra cơ hội mới trong phân tích văn bản tự động, phỏng vấn từ xa qua video và thu thập dữ liệu mạng xã hội.[21] Nghiên cứu hỗn hợp ngày càng được sử dụng để cung cấp bằng chứng toàn diện hơn cho hoạch định chính sách.[1,2] Tại Việt Nam, xây dựng mạng lưới nhà nghiên cứu định tính liên ngành và tích hợp đào tạo phương pháp này vào chương trình đào tạo sau đại học là ưu tiên cần thiết.[2]

4. Hạn chế của bài tổng quan

Bài viết này đã hệ thống hóa các nội dung trọng tâm nhưng còn một số hạn chế. Thứ nhất, phương pháp tổng quan tường thuật có thể gây chủ quan trong lựa chọn tài liệu, dẫn đến bỏ sót các tài liệu xám hoặc báo cáo kỹ thuật chưa công bố. Thứ hai, giới hạn ngôn ngữ ở tiếng Anh và tiếng Việt hạn chế cái nhìn toàn diện về các xu hướng phương pháp luận mới ở các khu vực khác. Cuối cùng, do phạm vi rộng của y tế công cộng, bài viết chỉ tập trung vào các thiết kế phổ biến mà chưa khai thác sâu kỹ thuật phân tích chuyên biệt cho từng nhóm đối tượng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu định tính đóng vai trò trung tâm trong việc giải mã chiều sâu hành vi và bối cảnh xã hội chi phối sức khỏe, cung cấp bằng chứng thiết thực cho việc xây dựng chính sách và can thiệp y tế. Tại Việt Nam, việc chuẩn hóa quy trình báo cáo và đẩy mạnh đào tạo chuyên sâu trong chương trình sau đại học là yêu cầu cấp thiết. Hướng đi ưu tiên trong tương lai cần tập trung vào việc ứng dụng công nghệ số trong phân tích dữ liệu và thúc đẩy các thiết kế phương pháp hỗn hợp nhằm cung cấp những bằng chứng toàn diện, đa chiều cho hệ thống y tế công cộng.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Nguồn tài trợ:

Nghiên cứu này không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức nào.

Xung đột lợi ích:

Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 4th ed. SAGE Publications; 2018.
2. Denzin NK, Lincoln YS, eds. *The SAGE Handbook of Qualitative Research. 5th ed*. SAGE Publications; 2018.
3. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice. 4th ed.* SAGE Publications; 2015.
4. Guest G, Namey EE, eds. *Public Health Research Methods.* SAGE Publications; 2015. doi:10.4135/9781483398839.
5. Kien VD, Van Minh H, Giang KB, et al. Views by health professionals on the responsiveness of commune health stations regarding non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:392. doi:10.1186/s12913-018-3217-4.
6. Forse R, Nguyen TT, Dam T, et al. A qualitative assessment on the acceptability of providing cash transfers and social health insurance for tuberculosis-affected families in Ho Chi Minh City, Vietnam. *PLOS Glob Public Health.*2023;3(12):e0002439. doi:10.1371/journal.pgph.0002439.
7. Smith I, Forse R, Annerstedt KS, et al. What matters most? A qualitative study exploring priorities for supportive interventions for people with tuberculosis in urban Viet Nam. *BMJ Open.* 2023;13(8):e076076. doi:10.1136/bmjopen-2023-076076.
8. 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):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
9. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-1251. doi:10.1097/acm.0000000000000388.
10. Silverman D. *Doing Qualitative Research. 5th ed.* SAGE Publications; 2020.
11. Lê THT, Ngô HH, Mai TLA, et al. Thực trạng và nhu cầu nâng cao khả năng tự chăm sóc ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại cộng đồng tỉnh Nam Định: một nghiên cứu định tính. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. 2025;8(2):182-192. doi:10.54436/jns.2025.02.987.
12. Vu MD, Nguyen THH, Nagraj S, et al. Determinants of antibiotic prescribing in primary care in Vietnam: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2024;13:115. doi:10.1186/s13756-024-01471-9.
13. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23(4):334-340. doi:10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g.
14. Nguyen TTP, Nguyen CT, Do HT, et al. Determinants of health-seeking behaviors among middle-aged women in Vietnam's rural-urban transition setting: a qualitative study.

Front Public Health. 2023;10:967913. doi:10.3389/fpubh.2022.967913.

15. Duong MC, Nguyen HT, Duong M. Evaluating COVID-19 vaccine hesitancy: a qualitative study from Vietnam. *Diabetes Metab Syndr.* 2022;16(1):102363. doi:10.1016/j.dsx.2021.102363.

16. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook. 3rd ed.* SAGE Publications; 2014.

17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.

18. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol.* 2013;13:117. doi:10.1186/1471-2288-13-117.

19. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res.* 2016;26(13):1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444.

20. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: a systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med.* 2022;292:114523. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114523.

21. World Health Organization. *Qualitative Research for Health Programmes.* Geneva: WHO; 2022.

22. Nguyen TNT, Nguyen TTT, Tran BQ, et al. Putting non-communicable disease data to work in Vietnam: an investigation of community health surveillance capacity. *BMC Public Health.* 2023;23:321. doi:10.1186/s12889-023-14986-4.

23. Nguyen KT, Vu NTH, Tran MTT, Chan CWH. A qualitative study on stress, coping strategies and feasibility of music intervention among women with cancer receiving chemotherapy during COVID-19 pandemic in Vietnam. *Sci Rep.* 2023;13:542. doi:10.1038/s41598-023-27654-9.

24. Vy NTT, Duy LVQ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health: empirical evidence from Vietnam. *Psicol Refl Crít.* 2025;38:10. doi:10.1186/s41155-025-00349-y.

25. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry.* SAGE; 1985.