

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการอนามัย ตลอดจนการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการอนามัยของประชาชน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการอนามัย
2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัย
3. ผลงานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการอนามัย

การศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการอนามัย เพื่อค้นหาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการอนามัยที่มีอยู่ ณ ท้องถิ่นหรือบริการอนามัยที่รัฐจัดไว้ นั้น ได้มีนักวิจัยพฤติกรรมสุขภาพให้ความสนใจศึกษาเป็นอย่างมาก ว่าทำไมประชาชนกลุ่มต่างๆ ถึงใช้หรือไม่ใช้บริการอนามัยที่มีอยู่ และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการอนามัยของประชาชน แนวคิดพื้นฐานที่น่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้คือ

รูปแบบการศึกษาการให้บริการอนามัยของ อเดย์ และ แอนเดอร์เซน

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday And Andersen ,1975) ได้สร้างรูปแบบการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาถึงการให้บริการอนามัยทั้งระบบ โดยเริ่มต้นจากระบบการให้บริการอนามัยว่าประกอบด้วยปัจจัยอะไรบ้าง โดยมองตั้งแต่ต้นนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตราค่าจ้าง การจัดองค์กรสาธารณสุขว่าจะมีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการอนามัย และลักษณะของผู้ใช้หรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร ดังนี้คือ

1. ลักษณะของระบบการให้บริการอนามัย (Characteristic of health delivery system) ปัจจัยทางด้านนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการอนามัยของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละด้าน แต่ละแห่ง ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรร ทั้งในด้านปริมาณและการกระจาย

นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุข ในด้านระบบการให้บริการและลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ว่าจะมีผลต่อการให้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไร

2. ลักษณะของประชาชนผู้ให้บริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง (Characteristic of population at risk) เป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ แบ่งได้เป็น 3 ปัจจัยคือ

2.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรคือ อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างสังคมคือ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือกีดกั้นบุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ รายได้ หรือทรัพยากรของครอบครัว และแหล่งบริการที่จัดไว้ ณ ชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะต้องการความช่วยเหลือ การเลือกใช้บริการอนามัยที่เหมาะสมด้วย ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพและการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านดังที่ได้กล่าวแล้ว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในด้านต่างๆ ดังนี้คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวก (Convenience) ที่ได้รับจากบริการ ได้แก่

- ก. การใช้เวลารอคอยต่อบริการต่างๆในสถานบริการ
- ข. การได้รับการรักษาดูแล เมื่อมีความต้องการ
- ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2. ความพึงพอใจต่อความพร้อมและการประสานงานของการบริการ (Availability) ได้แก่

- ก. การได้รับการครบทุกประเภทในสถานบริการแห่งหนึ่ง ตามความต้องการของผู้ป่วย
- ข. การที่เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจต่อสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย และจิตใจ
- ค. ได้มีการติดตามผลการรักษา

3. ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางอันดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information) สามารถแยกข้อมูลได้เป็น 2 ประเภท คือ

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย

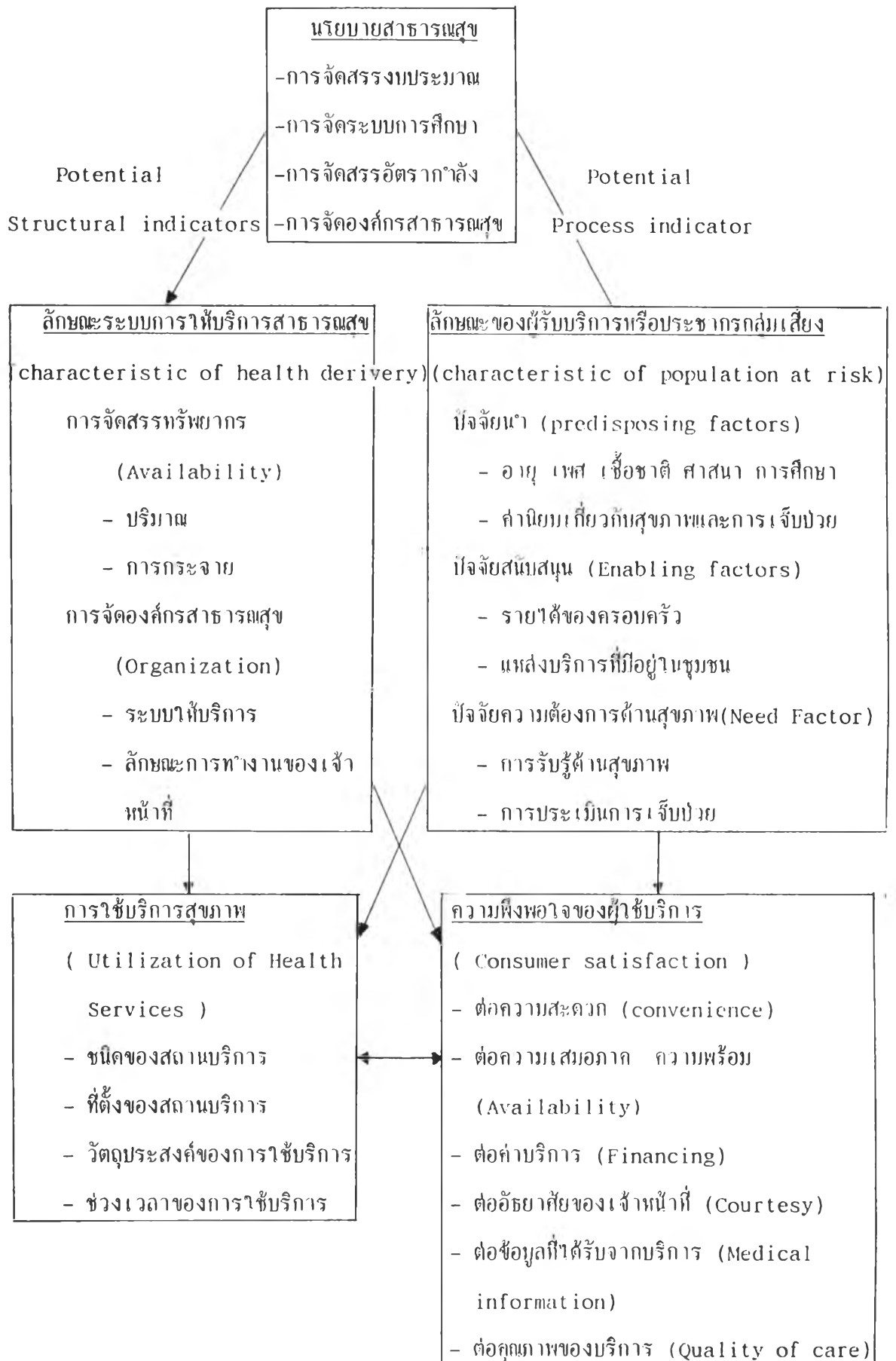
ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตน และการรักษา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของสถานบริการแห่งนั้น

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงและลักษณะระบบการให้บริการ สาธารณสุข ยังส่งผลต่อการใช้บริการอนามัย ตามชนิดและที่ตั้งของสถานบริการ วัตถุประสงค์ของการใช้บริการ และช่วงเวลาของการใช้บริการด้วย ในขณะที่เดียวกันก็จะพบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับการใช้บริการสาธารณสุข ดังแผนผังแสดงรูปแบบของการศึกษาการให้บริการอนามัยในแผนภูมิที่ 1

(Framework for the study of access to medical care)



การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดของกรีนและคณะ

กรีนและคณะ (Green, et al., 1980) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เขาได้พัฒนารูปแบบการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนงานสุขภาพสำหรับกำหนดกลวิธีในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่ เรียกว่า PRECEDE FRAMEWORK (Predisposing Reinforcing and Enabling Cause in Education Diagnosis and Evaluation) เป็นขบวนการของการหาปัจจัยอันได้แก่ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยสร้างเสริมในการวินิจฉัยและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการ ดำเนินงานที่เริ่มจากผล ย้อนกลับไปที่เหตุหรือปัจจัยนำเข้า โดยแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน (ตาม แผนภูมิ ที่ 2) โดยมีขั้นตอนของการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : เริ่มจากการพิจารณาและวิเคราะห์ชุมชนเบื้องต้น โดยการประเมินปัญหาสังคมของ ประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งปัญหาที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 : เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญสังคม หรือในกลุ่ม ประชากรที่ศึกษา แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 : ทำการวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์แล้ว ในขั้นตอนที่ 2 โดยวิเคราะห์ออกมาเป็นพฤติกรรมเฉพาะ หรือเอามาจัดลำดับตามความสำคัญ เพราะบางสาเหตุอาจจะไม่ซับซ้อนทางพฤติกรรมโดยตรง เช่น เศรษฐกิจ ทัศนคติ และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น รวมทั้งวิเคราะห์ดูว่ามีอิทธิพลทางอ้อมมากน้อยเพียงใดซึ่งบางครั้งอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพได้

ขั้นตอนที่ 4 : เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจำนวนปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ประกอบด้วยความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมสุขภาพหรือกลุ่มเป้าหมาย สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจช่วยสนับสนุน หรือ จำกัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็ได้

2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) ประกอบด้วยทรัพยากรที่จำเป็นต่อการทำให้เกิดพฤติกรรม เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการด้านสุขภาพได้แก่ การที่บุคคลามีโอกาส ในการเลือกชั้นแหล่งบริการสุขภาพ ซึ่งมีบริการสุขภาพในลักษณะต่างๆให้เลือก มีโอกาสได้กระทำ สิ่งต่างๆที่เป็นผลดีต่อสุขภาพจนเกิดทักษะหรือจนสามารถกระทำได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3) ปัจจัยสร้างเสริม(Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุนหรือไม่ ซึ่งแหล่งเสริมแรงจะต่างกันไปในกับวัตถุประสงค์ และชนิดของโครงการ เช่น แรงเสริมที่จะให้ผู้ช่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะมาจากแพทย์ พยาบาล ผู้ที่เคยป่วย และครอบครัว แรงเสริมนั้นจะเป็นได้ทั้งการเสริมแรงในทางบวกคือ สนับสนุน และการเสริมแรงไปในทางลบคือ ยับยั้งขัดขวาง ซึ่งการเสริมแรงจะเป็นไปในทางทิศใดก็ขึ้นอยู่กับ ทัศนคติของกลุ่มคนหรือสังคมที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น

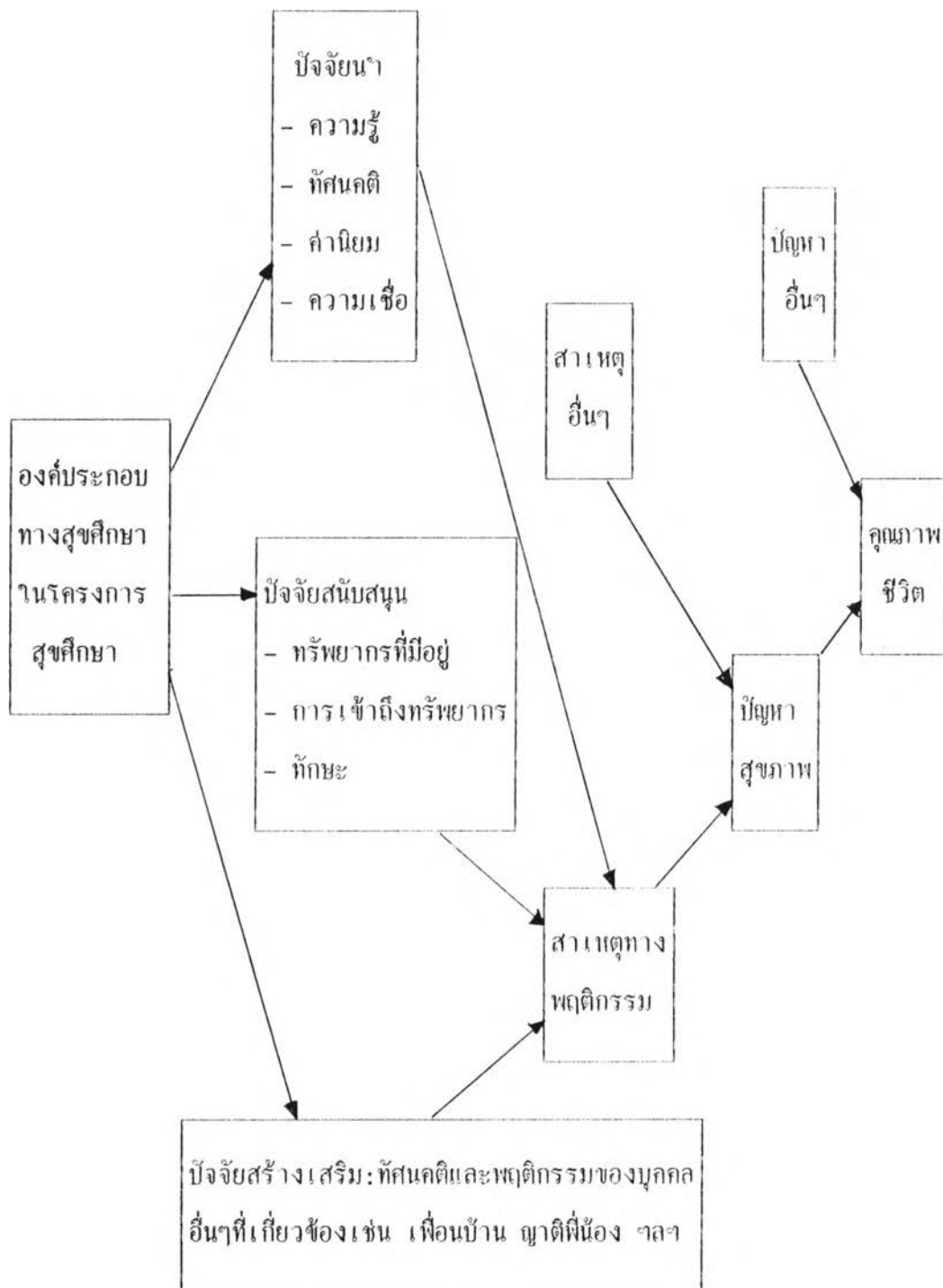
ขั้นตอนที่ 5 : เป็นการวิเคราะห์หาแนวทาง หรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันต่างๆ โดยการศึกษารายละเอียดทั้ง 3 ประเภทดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เพื่อที่จะได้ตัดสินใจว่า เรื่องใดมีความสำคัญควรที่จะได้รับการแก้ไขก่อน และมีแหล่งทรัพยากรใดบ้างที่พอจะช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จ หรือมีอิทธิพลเหนือปัจจัยนั้นได้ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขต่อไป

ขั้นตอนที่ 6 : เป็นการวิเคราะห์ทางการบริหารเกี่ยวกับการกำหนดกลวิธีและดำเนินการตามกลวิธีที่ได้จัดระบบและพัฒนาโครงการนั้นขึ้นมา โดยจะต้องคำนึงอยู่เสมอถึงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ข้อจำกัดด้านเวลาและความสามารถ หรือใช้วิธีการผสมผสานปัจจัยทั้ง 3 ประเภทข้างต้นเข้าด้วยกัน ในขณะที่เดียวกันต้องประเมินปัญหาด้านการบริหารและทรัพยากรด้วยว่ามีสภาวะการณ์เช่นใด

ขั้นตอนที่ 7 : เป็นการประเมินผลว่าในแต่ละขั้นตอนมีปัญหาคืออุปสรรคใดบ้าง โดยทำการประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอน โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ ก่อนการดำเนินงาน ต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุด และภายหลังการดำเนินงาน

(PRECEDE Framework)

ขั้นตอนที่6-7	ขั้นตอนที่4-5	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่1-2
การวิเคราะห์	การวิเคราะห์	การวิเคราะห์	การวิเคราะห์
ทางการบริหาร	ทางการศึกษา	ทางพฤติกรรม	ทางระบาดวิทยา และสังคม



เนื่องจากแต่ละสังคม มีทฤษฎีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาหลายทฤษฎี และมีระบบการแพทย์ที่จะใช้บริการให้เลือกมากมายหลายระบบ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ , 2528) จากแนวความคิดที่ว่า การเจ็บป่วยและการรักษาเป็นพฤติกรรมซึ่งเป็นขั้นเป็นตอน (Stages of illness) ซึ่งโดยทั่วไปแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนการรับรู้อาการ : มีการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นและตัดสินใจว่าตนเองป่วยหรือไม่
2. ขั้นตอนสวมบทบาทผู้ป่วย : อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นที่รับรู้ของสมาชิกในครอบครัว
3. ขั้นตอนการแสวงหาการรักษาพยาบาล
4. ขั้นตอนการยอมรับบทบาทคนป่วยที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
5. ขั้นตอนการหายจากความเจ็บป่วย หรือการเลิกบทบาทผู้ป่วย

ความเจ็บป่วยทุกชนิดไม่ว่าจำเป็นต้องผ่านทุกขั้นตอนเสมอไป ในแต่ละสังคมพบว่าบทบาทของแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญ มีความซับซ้อนของกระบวนการตัดสินใจมากน้อยต่างกัน ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมแสวงหาการรักษาพยาบาลได้ดังนี้

1. ครอบครัวญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดและผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (Significant others) มีบทบาทอย่างมากในการประเมินอาการ สาเหตุความเจ็บป่วย ตลอดจนแนะนำแหล่งบริการการรักษาที่เหมาะสม

2. การวินิจฉัยสาเหตุความเจ็บป่วยซึ่งสะท้อนถึงคติความเชื่อหรือทฤษฎีสาเหตุความเจ็บป่วยของชาวบ้าน เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของค่านิยมในการเลือกแหล่งรักษาพยาบาล

3. ชาวบ้านมักเลือกแหล่งบริการที่ตนเองมีความคุ้นเคยหรือมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับประสิทธิภาพของบริการรักษานั้นๆ

4. การเลือกแหล่งสถานบริการมีลักษณะเป็นขั้นตอนตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ โดยมีการประเมินเลือกแหล่งบริการที่เหมาะสม ขึ้นกับอาการและความจำเป็นเฉพาะหน้าอื่นๆ

ส่วนเรื่องระบบของความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการอนามัยนั้น ขึ้นอยู่กับประเภทของความเชื่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อที่เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นๆ ซึ่งเป็นความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยที่จะมีผลถึงพฤติกรรมการรักษาพยาบาล (สันหัต เสริมศรี, 2528)

สำหรับแนวคิดของพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนว่าจะเลือกแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะการพัฒนาของสังคมนั้น (เบญจมา ยอดคานัน, 2523) โดยมีแนวคิดในการเลือกใช้

บริการอนามัยต่างชนิดกัน พอแบ่งเป็นหมวดหมู่ได้ ดังนี้ คือ

1. อาการเจ็บป่วยต่างกันทำให้เลือกใช้บริการต่างกัน (Features of the disorder as Independent Variables)

- แนวคิดเกี่ยวกับ Folk Dichotomy ของ George Foster จะใช้สาเหตุของการเกิดโรคเป็นหลัก โรคถ้าเกิดจากสาเหตุที่มาจากธรรมชาติที่มีกจะใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน แต่ถ้าคิดว่าเกิดจากสาเหตุเหนือธรรมชาติที่มีกจะใช้การรักษาแบบแผนโบราณ

- แนวความคิดเกี่ยวกับ Efficacy - testing พบว่าจะเลือกใช้บริการชนิดไหนขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลนั้น โดยยึดถือเอาความสำเร็จงานการรักษาที่สำคัญ

- แนวความคิดเกี่ยวกับ Shotgun - therapy พบว่า จะเลือกใช้บริการชนิดไหนก็ได้ ที่คิดว่ามีประสิทธิภาพที่สุดทั้ง 2 ระบบ

- แนวความคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคเฉียบพลัน โรคมีการตั้งข้อสังเกตว่า ถ้าเป็นโรคเรื้อรังมักจะเน้นไปรับการรักษาแบบแผนโบราณ แต่ถ้าเป็นโรคแบบเฉียบพลันมักจะเน้นไปรับการรักษาแบบแผนใหม่

2. คนต่างกลุ่มต่างเหล่ากันจะเลือกใช้บริการอนามัยต่างกัน (Features of the patient as Independent Variable)

- แนวคิดเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ : โดยพวกที่มีฐานะดีมักจะใช้การรักษแบบแผนปัจจุบัน ในขณะที่พวกที่มีฐานะไม่ดีก็จะเลือกใช้บริการเก่าที่จะง่ายได้

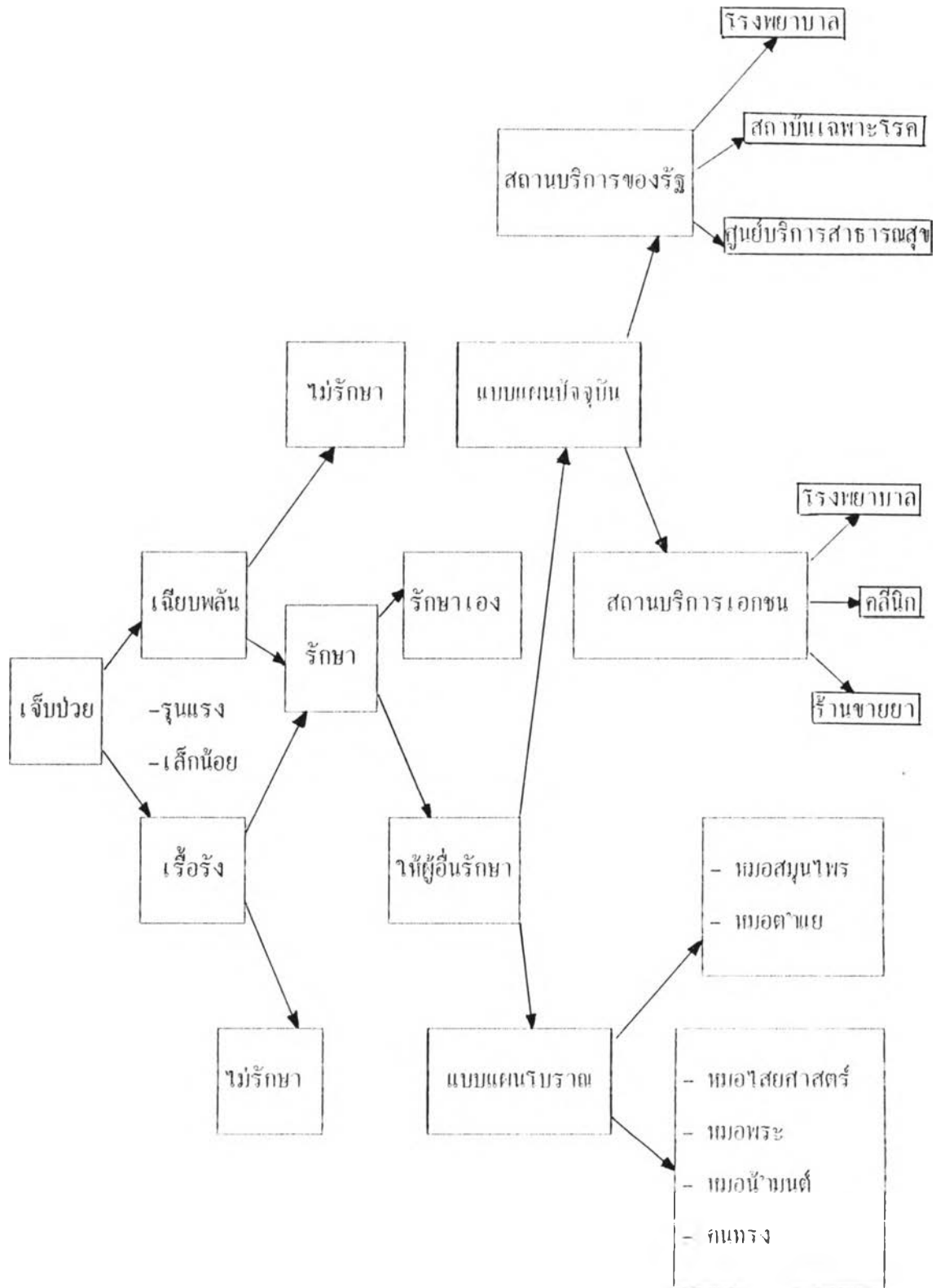
- แนวคิดเกี่ยวกับความผสมผสานทางวัฒนธรรม : ระดับการศึกษา การเคลื่อนย้ายถิ่น การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของศาสนาน้อยเพียงใด ฯลฯ ผู้ที่ใช้บริการแบบแผนปัจจุบันน่าจะเป็นผู้ที่ได้รับอิทธิพล หรือได้มีการผสมผสานทางวัฒนธรรมใหม่

- แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติการริเริ่ม : ผู้ที่มีลักษณะเป็นผู้นำ มีความคิดริเริ่มที่แน่นอนว่าจะรับบริการทางการแพทย์แบบแผนปัจจุบันได้เร็วกว่า

3. อื่นๆ เช่น

- ทัศนคติที่บุคคลมีต่อสุขภาพอนามัย (Attitude as Determinants of Health Care) โดยแต่ละสังคมแต่ละวัฒนธรรม มีแนวความคิดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง จากทั้งหมดที่ได้กล่าวมาแล้วนี้จะพบว่า มีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย ซึ่งพอสรุปแนวทางการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยเมื่อเจ็บป่วยได้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 แสดงแนวทางการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย เมื่อเจ็บป่วยของประชาชน



แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัย

สันทัต เสริมศรี (2528) ได้ทำแนวความคิดทางสังคมวิทยาและการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัยของประชาชน ประกอบด้วยปัจจัยดังนี้

1. ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรค
3. ลักษณะทางสังคมและประชากร เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของบุคคล
4. ประเภทและปริมาณของแหล่งบริการสาธารณสุข
5. คุณภาพและความสามารถของแหล่งบริการสาธารณสุข
6. ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการสาธารณสุข

จากปัจจัยต่างๆจะสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการอนามัย

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ได้ทำแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการอนามัยของประชาชน มี 7 ประการด้วยกันคือ

1. แนวทางด้านประชากร หรือคุณลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการ (Demographic Approach)
2. แนวทางด้านโครงสร้างสังคมของผู้ใช้บริการ (Social structural Approach)
3. แนวทางด้านเศรษฐฐานะของครอบครัวผู้ใช้บริการ (Family resource Approach)
4. แนวทางด้านจิตวิทยาสังคม (Psycho - social Approach)
5. แนวทางด้านแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน หรือสถานบริการที่มีอยู่ในชุมชน (Community resource Approach)
6. แนวทางด้านการจัดบริการสุขภาพ (Organizational Approach)
7. แนวทางด้านระบบการสาธารณสุข (Health system Approach)

เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) พบว่าปัญหาสำคัญอันหนึ่งของการสาธารณสุขของประเทศไทยที่เรื้อรังมานาน ได้แก่ บริการที่ครอบคลุมไม่ทั่วถึง และบริการที่มีอยู่ก็ไม่เข้าถึงประชาชนโดยรวม และปัจจัยที่อาจจะมีส่วนต่อการใช้บริการอนามัยนั้นแบ่งได้ 3 ประเภท คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่
 - การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
 - ความรู้ว่ามีบริการด้านการแพทย์และอนามัย

- ระยะเวลาที่มี
- ประสบการณ์ในอดีต และความพึงพอใจของลูกค้าเกี่ยวกับผู้ให้บริการ
- การเดินทางและแนวโน้มที่จะไปยังที่อื่น
- เงินทอง
- ลักษณะทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

2. ปัจจัยแทรกซ้อน

- ระยะเวลาที่ไกล
- ขาดพาหนะสำหรับเดินทาง
- ความคิดเห็นของเพื่อน และญาติ ผู้ที่ใกล้ชิด
- สถานบริการอื่น ๆ ที่จะเลือกไปรับบริการ

3. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะของสถานบริการ

- คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง
- เครื่องมือและวิธีการรักษาพยาบาล
- ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน
- ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ
- เวลาที่รอคอย

ผลงานวิจัยทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการอนามัยของประชาชน ว่ามีรูปแบบใช้บริการอนามัยจากแหล่งใด มีปัจจัยอะไรบ้างที่ก้าวกัดการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย และปัจจัยแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการอนามัยของประชาชนอย่างไร ได้มีผู้ศึกษาไว้บ้างแล้วดังนี้ คือ รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

เคยและบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) ศึกษาแบบแผนการเข้ารับบริการอนามัยในชนบทไทย ที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ส่วนใหญ่นิยมใช้สถานบริการแบบปัจจุบัน โดยแบ่งเป็นการใช้สถานบริการอนามัยของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นต้น (60.5%) การใช้บริการอนามัยของเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน เป็นต้น (14.0%) และใช้บริการร้านขายยา (11.4%) ที่เหลือ (13.6%) ได้แก่ พวกที่นิยมใช้สถานบริการแบบแผนโบราณ ความรุนแรงของ

การเจ็บป่วยในแต่ละครั้งมีผลต่อการเลือกใช้บริการอนามัย โดยถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยา (58%) แต่ถ้าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยหนักส่วนใหญ่มักจะไปสถานบริการอนามัยของรัฐ (60.6%) สภาพการอ่านออกเขียนได้และการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการใช้บริการอนามัยจากโรงพยาบาลจังหวัดและคลินิกเอกชน

ในปี พ.ศ. 2522 กองแผนงานสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจสภาวะอนามัย การแสวงหา และการใช้บริการสุขภาพกับลักษณะการสื่อสารสัมพันธ์ ระหว่าง ผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการในท้องถิ่น โดยการสุ่มตัวอย่างครัวเรือน 20 จังหวัด จาก 4 ภาค พบว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลมีกรใช้บริการอนามัย ดังนี้คือ สถานพยาบาลของรัฐร้อยละ 24.5 สถานพยาบาลของเอกชนร้อยละ 44.64 ร้านขายยาประเภทต่างๆร้อยละ 29.32 หมอเถื่อนและวัดร้อยละ 1.04 และจากแพทย์ประจำตำบลร้อยละ 0.60

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ (2522) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนแขวงสี่พระยาและมหาพฤฒารามพบว่า ร้อยละ 36.79 รักษาที่คลินิกแพทย์ ร้อยละ 34.55 ซื้อยากินเอง ร้อยละ 28.37 รับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 0.09 รักษาด้วยเวทมนต์ไสยศาสตร์

อรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2528) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการอนามัยในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่าในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะนิยมรักษาพยาบาลขั้นแรกแบบอื่นๆ ซึ่งได้แก่ การปล่อยยาให้หายเอง, การไปศูนย์บริการสาธารณสุข, สถานีอนามัย การไปคลินิก, การไปโรงพยาบาลและการไปหาหมอแผนโบราณเป็นที่นิยมรองลงมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการที่เป็น ถ้าเป็นไข้หวัด ท้องร่วงหรือเป็นคันผุพอง ก็นิยมไปศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ถ้าเป็นลม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ก็นิยมปล่อยยาให้หายเอง

อายุ เกี่ยวกับการเลือกใช้บริการอนามัย

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ คณะ (2525) พบว่าถ้าอายุมากขึ้นโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคบางโรคมากขึ้นเช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรควัณโรคส่วนมากจะมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป เช่นเดียวกับ Odin Anderson (1963) และ Given JD. (1978) ที่พบว่ารูปแบบการเข้ารับบริการสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ โดยจะมีการเข้ารับบริการอนามัยต่างๆสูงขึ้นตามวัยสูงอายุ

Roos and Shapiro (1981) ได้ทำการสัมภาษณ์ประชาชนที่อายุมากกว่า 65 ปีเกี่ยวกับข้อมูลการเข้ารับบริการอนามัย พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของการเข้ารับบริการอนามัยสัมพันธ์กับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีผลสอดคล้องกันระหว่างการเพิ่มขึ้นของอายุและการบันทึกสุขภาพของตนเอง

มีความสัมพันธ์กันทางลบระหว่างการเพิ่มของอายุและการรับรู้ถึงสภาพปัญหา สุขภาพ ของตนเอง
เพศ กับ การเลือกแหล่งบริการอนามัย

เคยล์และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520) พบว่าเพศหญิงนิยมไปใช้สถานบริการของรัฐ
 มากกว่าเพศชาย Nathanson's review (1977) พบว่า ในประเทศที่กล่าวถึงแล้ว เพศหญิงมี
 อัตราการตายต่ำกว่าเพศชาย แต่มีประสบการณ์เจ็บป่วยมากกว่าชาย ดังนั้นจึงพบว่าเพศหญิง
 ใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า ไม่ว่าจะในด้านผ่าตัด การเข้ารับกัตวานโรงพยาบาล หรือ
 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การศึกษา กับ การเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

การศึกษามีผลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะทำให้ความ
 สนาจกับภาวะสุขภาพอนามัย เช่นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ
 และมีความระแวงระวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (ประภัสสร เลี้ยวประไพ, 2523)

รายได้ และ การเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

เจมส์ ไรลีย์ และสันทัด เสริมศรี (2517) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้
 บริการทางการแพทย์ สาธารณสุขและการดูแลสุขภาพของคนไทย พบว่าสถานะเศรษฐกิจมีความสำคัญ
 ในการเลือกรับการบริการการรักษาพยาบาล

Thomas W. Bice, (1973) ได้ทำการสำรวจในเมืองบัลติมอร์ พบว่ารายได้เป็นปัจจัย
 สำคัญในการอธิบายเกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มรายได้ ผู้ที่มีรายได้
 สูงจะไปใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพ และการเลือกใช้แหล่งบริการอนามัย

Kohn and White (1976) ได้ศึกษาถึงการใช้บริการการแพทย์และรับรู้ความเจ็บป่วย
 ในโครงการร่วมของ WHO international collaborative Study of Medical Care
 Utilization โดยวัดออกมาในค่าของ relative risk ในการที่จะไปพบแพทย์ภายใน 2 อาทิตย์
 หลังรับรู้ความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการรู้สึกไม่สบายอย่างรุนแรงหรือแค่จุดเน่าที่ติดกิจกรรมต่างๆ ซึ่ง
 พบว่า ค่าสูงถึง 4.50 ในอังกฤษ 4.13 ในเวอรั่มวอตต์ 15.00 ในประเทศยูโกสลาเวีย จึงพอ
 สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความต้องการด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ความ
 รุนแรงของความเจ็บป่วย

Harshey, et al. (1975) ได้แบ่งลักษณะอาการของความเจ็บป่วย 21 อาการ เป็น

3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ Acute and Worrisome , Nonacute and Worrisome และ Nonacute Nonworrisome จากการสำรวจในชุมชน 1,065ราย พบว่า ใน 2 กลุ่มแรกมีอัตราการใช้บริการอนามัยสูงกว่ากลุ่ม Nonacute Nonworrisome จึงพอสรุปได้ว่าลักษณะของการเจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลต่อการใช้บริการอนามัย

ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการเลือกใช้บริการอนามัย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นเสมือนผลที่แสดงถึงประสิทธิภาพการให้บริการ Linn, et al.(1982) พบว่า จำนวนครั้งของการใช้บริการเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่ได้รับระดับพึงพอใจต่ำมักจะใช้บริการน้อยครั้ง แต่ Ware, et al.(1978) ได้ตั้งข้อสังเกตถึงความเข้มแข็งของระดับความพึงพอใจที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยว่า ยังไม่ชัดเจนนักโดยกล่าวว่า ระดับความพึงพอใจในแง่ของเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการและการเข้าถึงการบริการ ดูเหมือนจะไม่เป็นตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวกับการบ่งชี้การเข้ารับบริการอนามัยที่ดี