Đề xuất khung nghiên cứu các yếu tố chất lượng dịch vụ trong lĩnh vực y tế và tiền đề cho ý định khám của bệnh nhân tại Việt Nam

An exploration the determinants of service quality in healthcare and antecedents of patient healthcare-seeking behavior in Vietnam

Đỗ Huy Lượng[1], Nguyễn Minh Đức[1], Nguyễn Ngọc Duy Phương[2,3*]

[1]Trường Đại học Văn Hiến, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Trường Đại học Quốc tế, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[3]Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[*]Tác giả liên hệ, Email: nndphuong@hcmiu.edu.vn

THÔNG TIN

DOI:10.46223/HCMCOUJS.soci.vi.20.1.3682.2025

Ngày nhận: 23/08/2024

Ngày nhận lại: 06/01/2025

Duyệt đăng: 23/01/2025

Từ khóa:

chất lượng dịch vụ y tế; mô hình chất lượng dịch vụ y tế; mô hình ý định của bệnh nhân; ý định khám bệnh; ý định lựa chọn của bệnh nhân

Keywords:

healthcare service quality; healthcare service quality model; medical intention model; patient intention to seek medical care; patient choice intention

TÓM TẮT

Mặc dù dịch vụ y tế là một lĩnh vực quan trọng trong việc đảm bảo sức khỏe người dân, tuy nhiên cho đến nay, để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế vẫn có rất ít mô hình nào được phát triển để đo lường một cách cụ thể và nhất quán chất lượng dịch vụ y tế, tạo nên khoảng trống về mặt lý thuyết về vấn đề này. Để giải quyết khoảng trống đó, nghiên cứu này lược khảo một số các mô hình lý thuyết trước đây về chất lượng dịch vụ, và đưa ra mô hình phù hợp để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế tại Việt Nam. Nghiên cứu đã cho thấy rằng mô hình HEALTHQUAL là mô hình tối ưu nên được sử dụng. Bên cạnh đó, có tương đối hạn chế các nghiên cứu đã xây dựng một mô hình nghiên cứu tích hợp các yếu tố, bên ngoài chất lượng dịch vụ, ảnh hưởng đến ý định khám của bệnh nhân, gây ra khoảng trống lý thuyết về vấn đề này. Dựa trên hệ thống hóa lý thuyết về mô hình HEALTHQUAL, cùng với thuyết nhận thức xã hội, thuyết hành vi hoạch định và mô hình niềm tin sức khỏe, nghiên cứu này đề xuất một mô hình tích hợp để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và các tiền đề của ý định khám chữa bệnh của bệnh nhân. Mô hình bao gồm các yếu tố: chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, chuẩn mực chủ quan, nhận thức năng lực bản thân, nhận thức rào cản, nhận thức mối đe dọa, có tác động đến ý định hành vi và cuối cùng là quyết định của người bệnh trong việc khám chữa bệnh. Với khung lý thuyết này, các nghiên cứu trong tương lai có thể có được cơ sở khoa học và hướng nghiên cứu phù hợp trong các vấn đề liên quan về dịch vụ y tế, các nhà quản lý các bệnh viện tại Việt Nam cũng có cơ sở tham khảo quan trọng để thiết kế dịch vụ được nâng cao và thúc đẩy ý định khám chữa bệnh của bệnh nhân tại bệnh viện, góp phần đảm bảo sức khỏe toàn dân.

ABSTRACT

Although numerous service quality scales have been developed, relatively few exist specifically for measuring healthcare service quality. Furthermore, studies constructing an integrated conceptual model encompassing factors beyond service quality influencing patients' intentions to seek medical care are scarce. Drawing upon the HEALTHQUAL model, social cognitive theory, the theory of planned behavior, and the health belief model, this study proposes an integrated model to assess the quality of health services and the antecedents of patients' intentions to seek medical treatment. The model includes the following factors: service quality, satisfaction, subjective norms, self-efficacy, perceived barriers, and perceived threats, all of which impact behavioral intentions and, ultimately, patients' decisions to seek medical treatment. This theoretical framework provides a scientific basis and appropriate research directions for future studies related to health services.

1. Giới thiệu

Trong các nghiên cứu đã được thực hiện về sự lựa chọn cơ sở y tế, hầu hết các kết quả đều cho thấy sự đồng thuận rằng chất lượng dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân đóng vai trò quan trọng bậc nhất để người bệnh lựa chọn nơi để khám chữa bệnh (Bahrampour & ctg., 2018; Victoor & ctg., 2012). Tuy nhiên, chất lượng dịch vụ là một khái niệm rộng và bao quát nhiều yếu tố. Đặc biệt hơn, đối với dịch vụ y tế, dịch vụ mà các nhà cung cấp đem đến cho bệnh nhân còn đa dạng và phức tạp hơn rất nhiều so với nhiều loại hình dịch vụ khác, bởi vì mỗi bệnh nhân sẽ nhận được dịch vụ chăm sóc y tế khác nhau, cho dù cùng là một bệnh nhân thăm khám tại một cơ sở y tế cho cùng một vấn đề sức khỏe, nhưng tại các thời điểm khác nhau. Một trong những mô hình lý thuyết đầu tiên được xây dựng để đánh giá chất lượng dịch vụ là mô hình chất lượng dịch vụ chức năng được phát triển bởi Grönroos (1984). Mô hình này cho rằng chất lượng dịch vụ bao gồm chất lượng kỹ thuật và chất lượng chức năng. Phát triển dựa trên mô hình này, và Grönroos (1984) nhấn mạnh rằng chất lượng chức năng đóng vai trò quan trọng hơn so với chất lượng kỹ thuật. Dựa trên đó, hai thang đo chất lượng dịch vụ là SERVQUAL (Parasuraman & ctg., 1988) và SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992) được phát triển để đánh giá chất lượng dịch vụ. Hai thang đo này được áp dụng và kiểm định rộng rãi trong các nghiên cứu về dịch vụ y tế. Một số nghiên cứu áp dụng, chẳng hạn như Akdere và cộng sự (2020) đánh giá SERVPERF và cho thấy khả năng đánh giá của mô hình, nhưng họ cũng chỉ ra rằng chỉ một số mục hỏi của SERVPERF đã có thể phản ánh đầy đủ chất lượng chức năng và có sự lặp lại cao giữa các mục hỏi khi sử dụng để đánh giá dịch vụ y tế. Tại Việt Nam, Nguyen và cộng sự (2023) cũng cho thấy rằng nếu sử dụng mô hình SERVPERF cần phải có sự phù hợp vời sửa đổi nhất định cho phù hợp với lĩnh vực y tế. Hai thang đo này ban đầu được hình thành nhằm cung cấp một mô hình đánh giá cho tất cả các loại hình dịch vụ, việc áp dụng hai thang đo này được các học giả khuyến nghị cần phải được tinh chỉnh cho phù hợp với bối cảnh cụ thể (Carrillat & ctg., 2007). Các học giả cũng nhấn mạnh rằng, thang đo SERVQUAL không phản ánh được chất lượng kỹ thuật trong dịch vụ y tế, và do đó, nếu muốn đo lường dịch vụ y tế, cần phải có thang đo khác nhất quán và toàn diện hơn (Endeshaw, 2021). Đối với vấn đề này tồn tại một khoảng trống lý

thuyết vì vẫn rất ít mô hình được xây dựng, quan trọng hơn là kiểm định một cách tin cậy, để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế.

Bên cạnh đó, dựa trên các nghiên cứu được thực hiện về quyết định lựa chọn cơ sở y tế của người bệnh, có thể chia các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định của người bệnh thành hai nhóm: nhóm các yếu tố nhân khẩu (giới tính, thu nhập, học vấn, …) và nhóm các yếu tố nhận thức (chất lượng dịch vụ, sự hài lòng, …). Những yếu tố về nhân khẩu là những yếu tố có thể đo lường trực tiếp, tuy nhiên các yếu tố nhận thức là những yếu tố không thể đo lường trực tiếp. Chính vì vậy, chỉ có một tỷ trọng rất nhỏ các nghiên cứu xem xét các yếu tố về nhận thức về quyết định của bệnh nhân (Choi & ctg., 2004). Majeed và Kim (2023) cũng nhấn mạnh rằng việc nghiên cứu về ý định lựa chọn của bệnh nhân phải được xem xét dưới khía cạnh nhìn nhận bệnh nhân là khách hàng, đặc biệt chú trọng đến nhận thức của họ, tuy nhiên số lượng nghiên cứu về vấn đề này được thực hiện là rất ít. Do đó, có thể nói rằng, tồn tại khoảng trống lý thuyết về một khung khái niệm giúp dự đoán lựa chọn của người bệnh, cũng như xác định những yếu tố nhận thức nào của người bệnh tác động đến ý định khám chữa bệnh của họ.

Dựa trên hai khoảng trống nghiên cứu đã nêu, bài báo này được thực hiện để trả lời hai câu hỏi nghiên cứu sau. Thứ nhất, *mô hình lý thuyết hoặc thang đo nào là tối ưu để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế?* Thứ hai, *những yếu tố nhận thức nào có thể ảnh hưởng đến ý định khám chữa bệnh của bệnh nhân?* Để trả lời cho hai câu hỏi này, nghiên cứu này hướng đến hai mục tiêu cụ thể. Thứ nhất là nhằm đánh giá và phân tích các mô hình chất lượng dịch vụ y tế hiện có, từ đó đưa ra mô hình phù hợp nhất để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Để giải quyết mục tiêu này, nghiên cứu đã xem xét các mô hình lý thuyết trước đây về chất lượng dịch vụ, cung cấp một số đánh giá và nhận định, cuối cùng đề xuất rằng mô hình HEALTHQUAL được phát triển bởi Lee (2017) là mô hình phù hợp nhất để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế. Mục tiêu thứ hai là đề xuất khung nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn cơ sở y tế để khám chữa bệnh của bệnh nhân. Thông qua việc xem xét các mô hình lý thuyết về hành vi khách hàng và những yếu tố tác động, nghiên cứu nhận thấy rằng việc tích hợp các mô hình sẽ giúp giải thích tốt hơn hành vi của bệnh nhân, qua đó đề xuất được một khung khái niệm, tích hợp thuyết nhận thức xã hội, thuyết hành vi hoạch định và mô hình niềm tin sức khỏe. Đây là một mô hình có thể kiểm định cho các nghiên cứu sau này dựa vào, và cũng đóng vai trò là một mô hình có khả năng áp dụng thực tiễn để các nhà quản lý tại bệnh viện thu hút thêm bệnh nhân. Kết cấu của bài báo này như sau: bên cạnh phần giới thiệu này, Phần 2 tác giả tổng quan một số mô hình lý thuyết nổi trội trong chất lượng dịch vụ và các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn nơi khám chữa bệnh, Phần 3 nêu lên phương pháp nghiên cứu, Phần 4 tác giả đề xuất khung khái niệm, Phần 5 đưa ra kết luận chung cho bài báo.

2. Các mô hình lý thuyết

2.1. Các mô hình lý thuyết về chất lượng dịch vụ

2.1.1. Mô hình chất lượng kỹ thuật chức năng

Một trong những lý thuyết nền tảng chính thức đầu tiên về chất lượng dịch vụ là mô hình chất lượng dịch vụ chức năng được phát triển bởi Grönroos (1984). Grönroos (1984) cho rằng chất lượng dịch vụ bao gồm chất lượng chức năng và chất lượng kỹ thuật. Chất lượng kỹ thuật là thứ mà khách hàng nhận được cuối cùng khi mua dịch vụ. Chất lượng chức năng là cách thức và chất lượng kỹ thuật được chuyển giao đến cho khách hàng. Trong khi đó, chất lượng chức năng là được minh họa bằng sự giao tiếp tốt với bệnh nhân của nhân viên, thái độ thân thiện và dễ gần của nhân viên bệnh viện. Grönroos (1984) nhấn mạnh rằng chất lượng kỹ thuật và chất lượng

chức năng sẽ quyết định hình ảnh của nhà cung cấp, từ đó tạo thành chất lượng dịch vụ được cảm nhận. Hình ảnh thương hiệu là kết quả của việc khách hàng đánh giá doanh nghiệp như thế nào, và được xây dựng nên bởi chất lượng kỹ thuật và chất lượng chức năng. Như vậy, hình ảnh doanh nghiệp là biến phụ thuộc được quyết định bởi chất lượng kỹ thuật và chất lượng chức năng, và hình ảnh doanh nghiệp có tác động đến chất lượng dịch vụ cảm nhận của khách hàng. Trong lĩnh vực y tế, Holdford và Schulz (1999) xác nhận hoàn toàn cho quan điểm của mô hình Gronroos khi thấy rằng chất lượng chức năng có tác động lớn nhất đến nhận thức của bệnh nhân về chất lượng dịch vụ dược phẩm, mặc dù rằng chất lượng kỹ thuật đóng vai trò quan trọng nhưng có hiệu ứng nhỏ hơn. Fiala (2012) đã nhận thấy một vấn đề quan trọng, đó là trong khi các bác sĩ chỉ chú trọng vào chất lượng kỹ thuật mà ít quan tâm đến chất lượng chức năng, thì bệnh nhân lại đánh giá chất lượng dịch vụ của bệnh viện thông qua chất lượng chức năng, và từ đánh giá chất lượng chức năng họ sẽ suy ra chất lượng kỹ thuật.

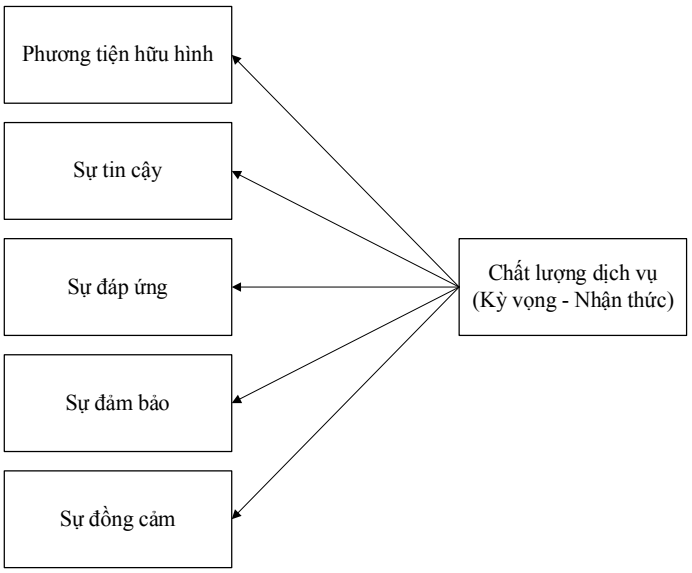
2.1.2. Mô hình SERVQUAL và SERVPERF

Dựa trên nền tảng về mô hình chất lượng dịch vụ kỹ thuật, hai mô hình đánh giá chất lượng dịch vụ nổi tiếng đã được phát triển là SERVQUAL (Parasuraman & ctg., 1988) và sau đó là SERVPERF (Cronin & Taylor, 1992). Cả hai mô hình này dựa trên ngụ ý trong mô hình của Grönroos (1984) là chất lượng chức năng của dịch vụ đóng vai trò quyết định để xác định chất lượng dịch vụ tổng thể. Mô hình của Grönroos (1984) tách biệt rõ ràng chất lượng kỹ thuật và chất lượng chức năng là những yếu tố chất lượng dịch vụ tổng thể, trong khi SERVQUAL và SERVPERF chỉ coi chất lượng dịch vụ bao gồm chất lượng chức năng (Babic-Hodovic & ctg., 2017).

Về các khía cạnh đo lường, hai mô hình này đều cho rằng chất lượng dịch vụ bao gồm 05 khía cạnh chính: phương tiện hữu hình, sự tin cậy, sự đáp ứng, sự đảm bảo, và sự đồng cảm (Cronin & Taylor, 1992). Tuy nhiên mô hình SERVQUAL cho rằng chất lượng dịch vụ được thể hiện qua 05 khía cạnh này là sự khác biệt về kỳ vọng và nhận thức thực tế của khách hàng về chất lượng dịch vụ. Còn mô hình SERVPERF thì cho rằng chất lượng dịch vụ chỉ là nhận thức thực tế của khách hàng (Rodrigues & ctg., 2011).

Hình 1

Các Khía Cạnh Chất Lượng Dịch Vụ của SERVQUAL và SERVPERF



Nguồn: Dữ liệu từ "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality" bởi A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, và L. Berry, 1988, *Journal of Retailing, 64*(1), pp. 12-40

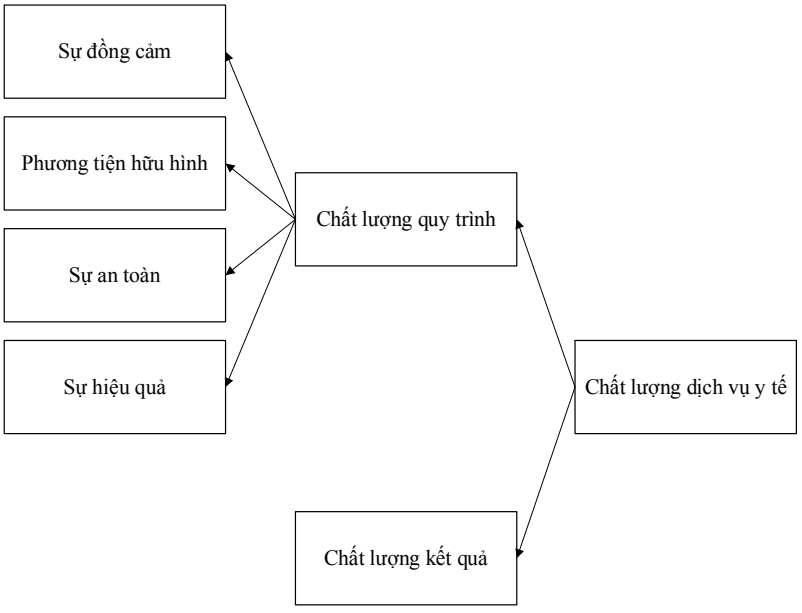
Trong lĩnh vực dịch vụ y tế, Paul (2003) đã so sánh hai thang đo trong dịch vụ nha khoa và khẳng định rằng SERVPERF có thể giải thích được nhiều phương sai cho chất lượng dịch vụ hơn. Một số nhà nghiên cứu đã phát triển thêm các thang đo về chất lượng dịch vụ y tế dựa trên ý tưởng từ SERVQUAL và SERVPERF như Shafei và cộng sự (2019), Qin và cộng sự (2014). Tuy nhiên, SERVPERF là thang đo chỉ tập trung vào hiệu suất mà bỏ qua vai trò của sự mong đợi của khách hàng (Park & Ha, 2013). Bên cạnh đó, 05 khía cạnh chất lượng dịch vụ trong hai mô hình này bị coi là có sự chồng chéo và mơ hồ (Erdil & Yıldız, 2011). Ngoài ra, việc loại bỏ thành phần kỳ vọng trong SERVPERF sẽ hạn chế khả năng đưa ra đánh giá so sánh giữa các bối cảnh dịch vụ, ngành hoặc môi trường văn hóa khác nhau (Jain & Gupta, 2004). Quan trọng hơn, một số học giả cho rằng cả hai thang đo này chỉ tập trung vào đánh giá khía cạnh về chất lượng chức năng và xem nhẹ chất lượng kỹ thuật (Babic-Hodovic & ctg., 2017; Shi & Shang, 2020).

2.1.3. Mô hình HEALTHQUAL

Mặc dù thang đo SERVQUAL và SERVPERF được ứng dụng rộng rãi để đo lường dịch vụ y tế, Lee (2017) nhận thấy rằng các cơ sở y tế phải có thông tin chính xác về mong đợi của bệnh nhân để đáp ứng không chỉ yêu cầu của khách hàng mà còn của các tổ chức chứng nhận và công nhận. Lee (2017) đã phát triển thang đo HEALTHQUAL được áp dụng đặc biệt cho ngành y tế và chăm sóc sức khỏe. Thang đo này được kế thừa nhiều từ các thang đo tiền nhiệm như SERVQUAL và SERVPERF và một số nghiên cứu thực nghiệm trước, nhưng được tác giả điều chỉnh từ ngữ, số lượng câu hỏi và thay đổi các khía cạnh của chất lượng dịch vụ nhằm đo lường được chính xác hơn. Theo đó, chất lượng dịch vụ y tế được đề xuất bao gồm chất lượng về quy trình và chất lượng về kết quả. Chất lượng về quy trình bao gồm các khía cạnh: Sự đồng cảm, Phương tiện hữu hình, Sự an toàn, Sự hiệu quả. Thang đo HEALTHQUAL được cải tiến so với các thang đo tiền nhiệm trước đây như SERVQUAL và SERVPERF bằng cách đánh giá chất lượng dịch vụ theo cả khía cạnh chất lượng kỹ thuật và chất lượng chức năng, trong đó chất lượng kỹ thuật chính là chất lượng kết quả, còn chất lượng chức năng chính là chất lượng quy trình trong mô hình của Lee (2017) và Grönroos (1984).

Hình 2

Mô Hình Thang Đo HEALTHQUAL



Nguồn: Dữ liệu từ "HEALTHQUAL: A multi-item scale for assessing healthcare service quality" bởi D. Lee, 2017, *Service Business, 11*, pp. 491-516 (https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2)

Vì là thang đo mới được xây dựng gần đây, HEALTHQUAL chưa được kiểm định, đánh giá và áp dụng một cách rộng rãi. Sự phổ biến của thang đo này cũng hạn chế hơn so với các thang đo khác vì tính mới và chỉ áp dụng được trong ngành y tế. Allahham và cộng sự (2022) đã sử dụng thang đo để đánh giá chất lượng dịch vụ được cung cấp bởi các bệnh viện tại Syria và thấy rằng các bệnh viện tư được đánh giá cao hơn bệnh viện công. Sharifi và cộng sự (2021) sử dụng hai thang đo SERVQUAL và HEALTHQUAL để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế tại Iran và cho thấy có sự khác biệt giữa hai thang đo, thang đo SERVQUAL có khía cạnh Sự đồng cảm được đánh giá cao nhất, trong khi thang đo HEALTHQUAL có khía cạnh Sự hiệu quả được đánh giá cao nhất. Barrios-Ipenza và cộng sự (2020) áp dụng thang đo này để nghiên cứu về sự hài lòng và lòng trung thành của khách hàng tại hệ thống cơ sở y tế Peru, các tác giả khẳng định rằng thang đo HEALTHQUAL có giá trị và do đó có thể được áp dụng để đo lường sự hài lòng của khách hàng tại các bệnh viện. Một số nghiên cứu khác cũng sử dụng thang đo này và cho thấy khả năng áp dụng tốt cho nhiều bối cảnh khác nhau (Alkhatib & Aloqaily, 2024; Nemati & ctg., 2020).

Nhìn chung, theo tìm hiểu của tác giả, thang đo HEALTHQUAL đã được áp dụng trong một số nghiên cứu về chất lượng dịch vụ y tế và vẫn chưa có chỉ trích đáng kể nào cho thang đo này. Qua đó thể hiện độ tin cậy, giá trị và tính hợp lệ của thang đo là rất tốt. Nghiên cứu này sẽ dựa trên thang đo này làm cơ sở để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế với các lý do như sau. Đầu tiên, thang đo này được thiết kế đặc biệt cho dịch vụ y tế, các thang đo, mục hỏi, từ ngữ và cả khái niệm đều được tinh chỉnh để phù hợp với khảo sát bệnh nhân. Thứ hai, thang đo này dựa trên nền tảng lý thuyết chất lượng dịch vụ kỹ thuật chức năng, SERQUAL và cả SERVPERF, do đó có sự kế thừa cao và phản ánh tốt các khía cạnh chất lượng dịch vụ đã được đề cập trong các mô hình trước. Thứ ba, trong khi SERVQUAL và SERVPERF nhấn mạnh vào chất lượng chức năng, HEALTHQUAL tích hợp các khía cạnh này với yếu tố bổ sung về chất lượng kết quả, vốn là một khía cạnh quan trọng trong khám chữa bệnh, cung cấp đánh giá toàn diện hơn.

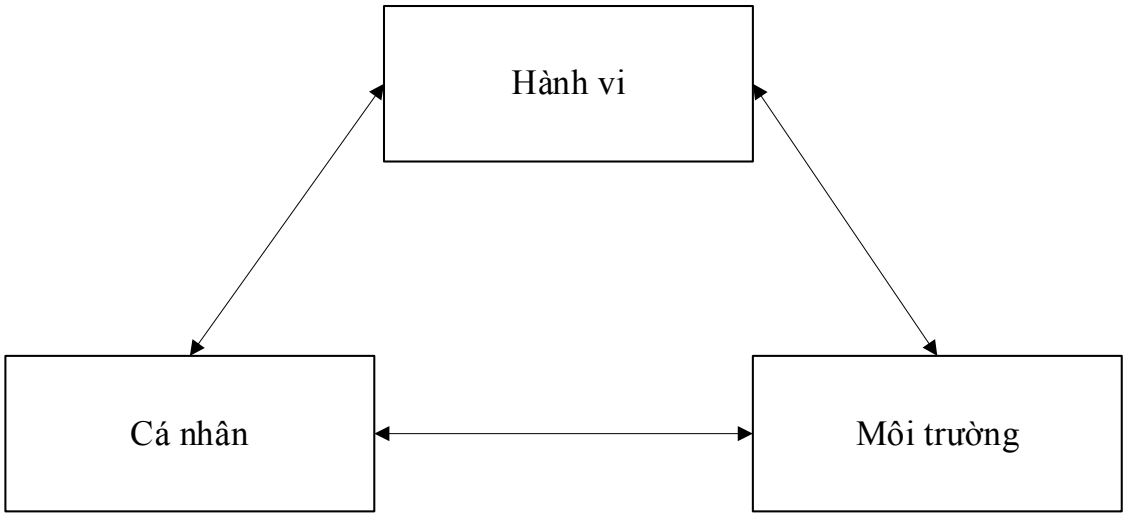
2.2. Các mô hình lý thuyết về quyết định liên quan đến dịch vụ y tế

2.2.1. Thuyết nhận thức xã hội

Thuyết nhận thức xã hội (SCT), được phát triển bởi Bandura (1986), là một lý thuyết để được xây dựng nhằm hiểu hành vi của con người, tập trung vào sự tương tác giữa các yếu tố cá nhân, hành vi và ảnh hưởng môi trường. Trước khi SCT được ra đời, các quan điểm lý thuyết truyền thống thường cho rằng suy nghĩ và hành động của một người chủ yếu được thúc đẩy bởi các yếu tố "bên trong," tức là từ chính bản thân của người đó. Tuy nhiên, Bandura (2000) cho rằng hành vi của con người không chỉ phụ thuộc vào nội tại. Ông cho cho rằng hành vi của con người được hình thành còn thông qua sự quan sát và nhận thức (Manjarres-Posada & ctg., 2020). Thuyết nhận thức xã hội cho rằng nhận thức hay suy nghĩ của cá nhân được xem như các quá trình chịu can thiệp bởi các kích thích và phản ứng có thể quan sát được trong các tình huống trong thế giới thực (Godin & ctg., 2008). Bandura (2011) đã đưa ra cách tiếp cận gọi là chủ nghĩa quyết định tương hỗ bộ ba (Triadic Reciprocal Determinism), nhấn mạnh đến quan hệ nhân quả mang tính qua lại giữa hành vi, các yếu tố cá nhân (yếu tố nhận thức), và các yếu tố môi trường.

Hình 3

Mối Quan Hệ Bộ Ba trong Thuyết Nhận Thức Xã Hội



Nguồn: Dữ liệu từ "Social foundations of thought and action: A social cognitive theory (1st ed.)" bởi A. Bandura, 1986, Prentice-Hall

Theo SCT, yếu tố cá nhân, hành vi và môi trường đồng thời ảnh hưởng lẫn nhau. Mô hình tương hỗ bộ ba này gợi ý rằng các cá nhân không chỉ đơn thuần là những người tiếp nhận thụ động các kích thích của môi trường mà còn là những tác nhân tích cực có khả năng ảnh hưởng đến môi trường xung quanh và hành động của chính họ (Bandura, 2000). Trọng tâm của thuyết nhận thức xã hội được áp dụng trong nghiên cứu hành vi là khái niệm về nhận thức năng lực bản thân (self-efficacy) (Bandura, 1978; Torre & Durning, 2015). Theo Bandura (2011), nhận thức năng lực bản thân có thể hiểu đơn giản là sự tự "đánh giá năng lực cá nhân" của một người. Trong nghiên cứu về y tế, yếu tố nhận thức năng lực bản thân là cấu trúc được sử dụng nhiều nhất. Theo tổng quan gần đây của Islam và cộng sự (2023), hầu như tất cả các nghiên cứu được áp dụng trong lĩnh vực y tế đều sử dụng cấu trúc này để xây dựng khung nghiên cứu.

Với sự ra đời của SCT, các học giả đã liên tục kiểm định, đánh giá và áp dụng lý thuyết này. SCT cũng thường được kết hợp với một số lý thuyết khác để đánh giá hành vi của con người. Tsai (2014) kết hợp SCT và mô hình chấp nhận công nghệ để đánh giá về ý định sử dụng hệ thống y tế từ xa và nhận thấy rằng nhận thức năng lực bản thân cao thì sẽ làm cho các bệnh nhân dễ có ý định sử dụng hơn. Trong hướng nghiên cứu về sự lựa chọn giữa cơ sở khám chữa bệnh, Nuwaha (2006) đã cho thấy rằng sự nhận thức về năng lực bản thân giúp tăng sự tự tin của bệnh nhân trong việc lựa chọn cơ sở chữa bệnh. Ngụ ý rằng bệnh nhân cần thấy được sự dễ dàng và được ủng hộ để lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh. Ozawa và Walker (2011) cũng nhấn mạnh thêm rằng sự tự tin vào năng lực bản thân giúp các bệnh nhân tin tưởng cao hơn vào sự thành công trong việc tiếp nhận điều trị của các bác sĩ. Nhận thức về năng lực bản thân cũng được cho là giúp người dân nâng cao hiểu biết về sức khỏe (Berens & ctg., 2022).

Mặc dù là một lý thuyết được áp dụng rộng rãi, các nhà phê bình cho rằng SCT quá tập trung vào nhận thức của con người trong việc hình thành hành vi mà bỏ qua yếu tố về cảm xúc (Carillo, 2010). Mặc dù những yếu tố nhận thức đã được chứng minh là quan trọng, nhưng sự tập trung này đôi khi có thể bỏ qua vai trò của các quá trình và cảm xúc vô thức trong việc hình thành hành vi. Bên cạnh đó, SCT cũng không tính đến những trải nghiệm hoặc hành vi trước đây mà chỉ chú trọng vào các hành vi được thực hiện thông qua học tập quan sát, những trải nghiệm

trong quá khứ cũng có thể xác định hành vi của một người, thái độ và kỳ vọng về kết quả của hành vi. Hai mô hình khác được xây dựng đã có thể bổ sung vào hạn chế này của SCT, đó là Thuyết hành động hợp lý và sau này phát triển thành Thuyết hành vi hoạch định.

2.2.2. Thuyết hành động hợp lý và Thuyết hành vi hoạch định

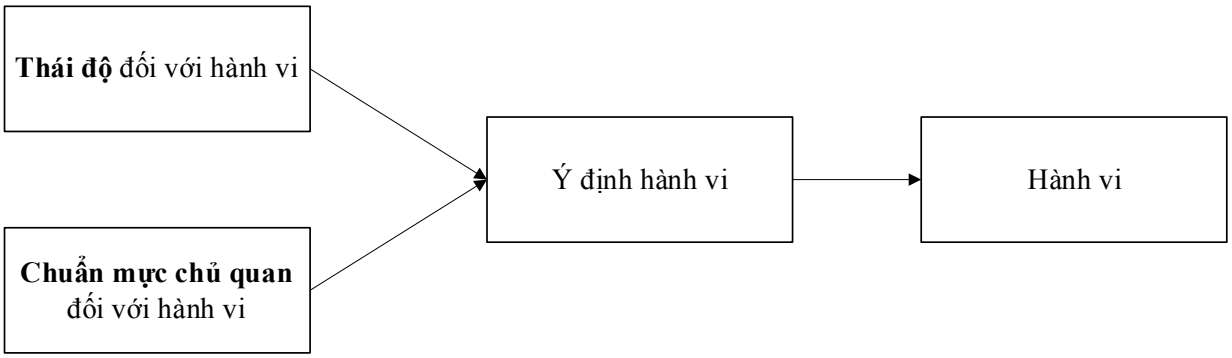
Thuyết hành động hợp lý (Theory of Reasoned Action - TRA) và thuyết hành vi hoạch định (Theory of Planned Behavior - TPB) là hai lý thuyết giúp giải thích và dự đoán hành vi của con người trong mọi tình huống. Về bản chất, TPB chính là TRA được mở rộng, do đó tác giả sẽ trình bày hai lý thuyết này chung tại phần này. Đây là hai mô hình lý thuyết được sử dụng rất rộng rãi để dự đoán về các hành vi sức khỏe trong nghiên cứu (Cooke & French, 2006).

Thuyết hành động hợp lý TRA xuất hiện vào năm 1975, được xây dựng bởi Fishbein và Ajzen (1975). TRA cho rằng ý định thực hiện hành vi của một cá nhân là yếu tố chính quyết định liệu họ có thực sự làm như vậy hay không (Ajzen & Fishbein, 1980). Ý định hành vi (hay gọi tắt là ý định) là thành phần động lực cho biết một người sẵn sàng nỗ lực đến mức nào để thực hiện một hành vi. Ý định thực hiện một hành vi càng mạnh thì cá nhân đó càng có nhiều khả năng thực hiện hành vi đó. TRA bắt nguồn từ ý tưởng rằng con người là những tác nhân có lý trí, sử dụng thông tin sẵn có một cách có hệ thống để đưa ra quyết định. TRA có hai cấu trúc quan trọng có tác động trực tiếp đến ý định của một người, đó là Thái độ đối với hành vi và Chuẩn chủ quan (Fishbein & Ajzen, 1975).

Thái độ đối với hành vi là đánh giá của cá nhân trong việc thực hiện một hành vi là tốt hay xấu, hoặc kết quả khi thực hiện hành vi đó là tích cực hay tiêu cực. Đây là xu hướng tâm lý của một người thể hiện thiện cảm hoặc không thiện cảm đối với hành vi (Fishbein & Ajzen, 2009). Chuẩn mực chủ quan là mức độ nhận thức hay cảm nhận của một người về sự ủng hộ hay phản đối của xã hội để thực hiện một hành vi. Nói cách khác, Chuẩn mực chủ quan phản ánh nhận thức của một cá nhân về sự chấp thuận của xã hội đối với việc thực hiện hành vi (Cooke & French, 2006).

Hình 4

Mô Hình Thuyết Hành Động Hợp Lý



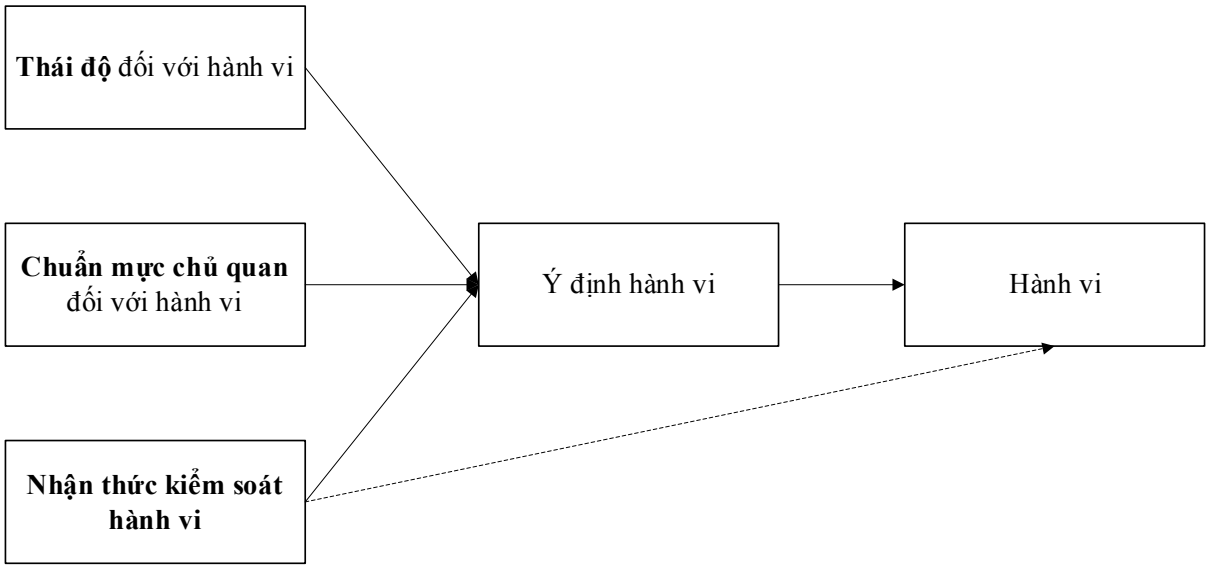
Nguồn: Dữ liệu từ "Belief, attitude, tntention and behavior: An introduction to theory and research" bởi M. Fishbein và I. Ajzen, 1975, Addison-Wesley

Kể từ khi ra đời, TRA đã được kiểm chứng và áp dụng trong nhiều bối cảnh bởi các học giả. Các tổng quan nghiên cứu cho thấy rằng TRA với hai cấu trúc về Thái độ đối với hành vi và Chuẩn mực chủ quan đối với hành vi có khả năng giải thích và dự báo tương đối tốt cho hành vi con người (Blue, 1995; Hagger & ctg., 2002; Hackman & Knowlden, 2014). Tuy nhiên, TRA có một hạn chế lớn và bị nhiều học giả chỉ trích. Đó là TRA giả định rằng tất cả các hành vi đều nằm

dưới sự kiểm soát có ý chí và các cá nhân có thể hành động theo ý định của mình mà không có bất kỳ ràng buộc nào (Montaño & Montaño, 2015). Tuy nhiên, trên thực tế, nhiều hành vi bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nằm ngoài tầm kiểm soát trực tiếp của cá nhân, chẳng hạn như các hạn chế về nguồn lực, cơ hội và kỹ năng. Chính vì lý do đó mà Ajzen (1985) đã xây dựng thuyết hành vi hoạch định để giải quyết lỗ hổng này. Thuyết hành vi hoạch định (TPB) bổ sung thêm cấu trúc Nhận thức kiểm soát hành vi vào mô hình TRA, phản ánh mức độ mà các cá nhân tin rằng họ có thể kiểm soát hành vi của mình khi đối mặt với các điều kiện thuận lợi hoặc không thuận lợi.

Hình 5

Mô Hình Thuyết Hành Vi Hoạch Định



Nguồn: Dữ liệu từ "From intentions to actions: A theory of planned behavior" bởi I. Ajzen, 1985, in J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer (https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2)

Nhận thức kiểm soát hành vi được định nghĩa là "niềm tin vào việc thực hiện hành vi đó dễ hay khó" (Ajzen, 1985, 1991). Nếu một cá nhân nghĩ rằng việc thực hiện một hành vi càng dễ dàng, tốn ít công sức và nguồn lực, thì ý định thực hiện hành vi đó sẽ càng cao. Không chỉ tác động đến ý định hành vi, Nhận thức kiểm soát hành vi còn được cho là có tác động trực tiếp đến hành vi thực sự của các cá nhân (Ajzen, 1985, 1991). Về mặt khái niệm, nhận thức kiểm soát hành vi của TPB và nhận thức năng lực bản thân trong SCT là một (Ajzen, 2020).

Về mặt thực nghiệm, cả TRA và TPB đều đã được thử nghiệm trong rất nhiều nghiên cứu ở đa dạng lĩnh vực. Một số nghiên cứu so sánh cho thấy việc bổ sung yếu tố nhận thức kiểm soát hành vi như TPB giúp việc giải thích cho phương sai của ý định hành vi được nhiều hơn đáng kể (Godin & Kok, 1996). Theo Cooke và French (2006), TRA và TPB được cho là có khả năng giải thích tương đối tốt trong hành vi sức khỏe. Kemp và cộng sự (2022) cho thấy rằng chuẩn mực chủ quan và nhận thức kiểm soát hành vi ở mức độ cao có tương quan với các hành vi khám bệnh của mọi người. Các nhà khoa học thường dựa trên TRA hay TPB để đưa ra những sáng kiến giúp cho các bệnh nhân thực hiện các hành vi tốt cho sức khỏe nhiều hơn, chẳng hạn như thực hiện các biện pháp lâm sàng (Montano & Taplin, 1991), thực hiện hành vi an toàn sức khỏe sinh sản (Bosompra, 2001), tiêm vaccine (Alhalaseh & ctg., 2020), hay sử dụng các công nghệ trong khám chữa bệnh (Kwak & ctg., 2022).

TRA và TPB có một hạn chế lớn thường được các học giả xoáy sâu, đó là cả hai mô hình đều giả định rằng con người là tác nhân duy lý (Ajzen, 1991). Thực tế, hành vi của con người

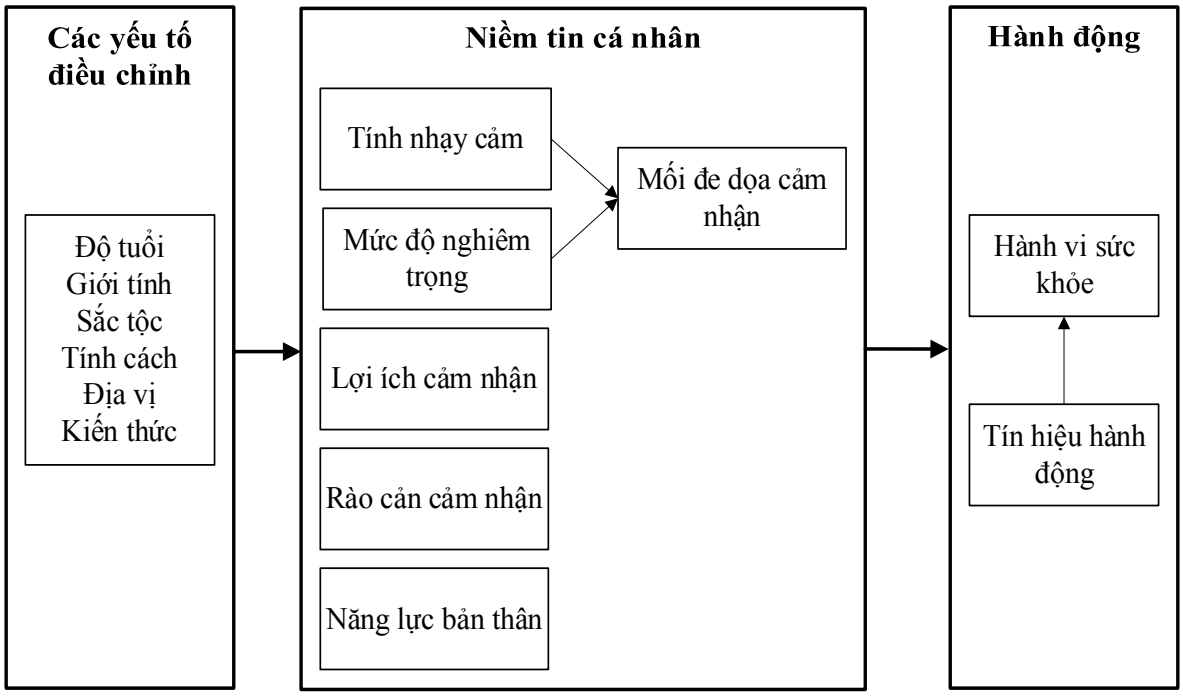
không hề đơn giản mà vô cùng phức tạp, và giả định về tác nhân duy lý được cho là hạn chế lớn của cả TRA và TPB (McCleery, 2009). Các nhà phê bình cho rằng TRA và TPB đang bỏ qua vai trò của một số yếu tố như cảm xúc, bản sắc và nhiều biến số khác trong việc ảnh hưởng đến hành vi của con người (Miller, 2017). Cũng chính vì vậy mà trong các nghiên cứu, các học giả thường phải bổ sung thêm các yếu tố khác hoặc điều chỉnh, lựa chọn các nhân tố trong TRA và TPB để xây dựng mô hình nghiên cứu.

2.2.3. Mô hình niềm tin sức khỏe

Mô hình niềm tin sức khỏe (Health Belief Model), viết tắt là HBM, được phát triển từ những năm 1950 bởi các nhà tâm lý học xã hội tại Sở Y tế Công cộng Hoa Kỳ (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974). Mô hình này được ra đời với mục tiêu ban đầu là giải thích sự thất bại trong việc kêu gọi người dân tham gia vào các chương trình phòng ngừa và phát hiện bệnh tật (Champion & Skinner, 2008), tuy nhiên sau này được phát triển thành mô hình để dự báo hành vi về sức khỏe một cách khái quát.

Hình 6

Mô Hình Niềm Tin Sức Khỏe



Nguồn: Dữ liệu từ "The health belief model" bởi V. L. Champion và C. S. Skinner, 2008, in K. Glanz, B. K. Rimer & P. K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 45-65). John Wiley & Sons

Mức độ nghiêm trọng cảm nhận là cảm giác về mức độ nghiêm trọng của việc mắc bệnh hoặc không được điều trị bao gồm đánh giá về cả hậu quả y tế và lâm sàng (ví dụ như tử vong, tàn tật và đau đớn) và các hậu quả xã hội có thể xảy ra (chẳng hạn như ảnh hưởng của điều kiện sống, công việc, cuộc sống gia đình và quan hệ xã hội). Mối đe dọa cảm nhận là sự kết hợp giữa tính nhạy cảm và mức độ nghiêm trọng. Mối đe dọa càng lớn thì người bệnh sẽ càng có khả năng thực hiện hành vi chăm sóc sức khỏe cụ thể. Sự tự tin vào năng lực bản thân là cấu trúc sau này được thêm vào mô hình (Champion & Skinner, 2008) tương đương với nhận thức năng lực bản thân trong SCT, sự tự tin vào năng lực bản thân là sự tự tin vào khả năng hành động và thực hiện thành công một hành vi cụ thể của một người. Ngoài các cấu trúc cơ bản này, HBM còn có một số yếu tố khác như được thể hiện trong Hình 6.

Khi sử dụng HBM để đánh giá việc các bệnh nhân mắc bệnh mãn tính đặt lịch hẹn với bác sĩ của mình, Mirotznik và cộng sự (1998) nhận thấy rằng động lực sức khỏe chung và mức độ nghiêm trọng của bệnh là hai yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến hành vi của bệnh nhân. Cheney và John (2013) còn cho thấy rằng hành vi tiêm ngừa vaccine cúm được giải thích tương đối nhiều nhờ vào HBM. Mercadante và Law (2021) khẳng định rằng HBM có ý nghĩa rất lớn vì giúp xác nhận rằng hành vi y tế của một bệnh nhân, nhất là bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm chủ yếu là để bảo vệ bản thân họ chứ không phải vì cộng đồng. Gần đây, một số học giả (Wong & ctg., 2021) đã sử dụng HBM để xem xét sự chấp nhận tiêm ngừa Covid-19 của người dân và thấy rằng tất cả các cấu trúc trong HBM đều có tác dụng dự đoán khả năng chấp nhận tiêm chủng của người dân. Không chỉ vậy, các cấu trúc trong HBM còn cho thấy sự tác động mạnh mẽ đến việc tuân thủ các chính sách chính phủ của người dân trong việc kiểm soát dịch bệnh (Jose & ctg., 2021).

Tương tự như các mô hình trước đây, HBM cũng nhận được một số chỉ trích từ các học giả khác. Trong số đó, các học giả thường nhấn mạnh rằng mô hình này phụ thuộc lớn vào niềm tin của bệnh nhân, mà bỏ qua yếu tố đến từ phía nhà cung cấp dịch vụ y tế, điển hình là chất lượng dịch vụ (Knight & Hay, 1989; Willis, 2018). Các bằng chứng cũng cho thấy rằng ứng dụng HBM và kiểm định mô hình trong từng bối cảnh cụ thể cần phải có sự xem xét kỹ lưỡng và cẩn trọng (Wai & ctg., 2005). Cũng chính vì vậy, trong nghiên cứu về ý định hành vi của bệnh nhân, các nhà nghiên cứu cũng thường phải tích hợp các yếu tố từ các mô hình hoặc yếu tố thực nghiệm khác để tăng khả năng giải thích (Jadgal & ctg., 2024; Qian & ctg., 2023).

3. Phương pháp nghiên cứu

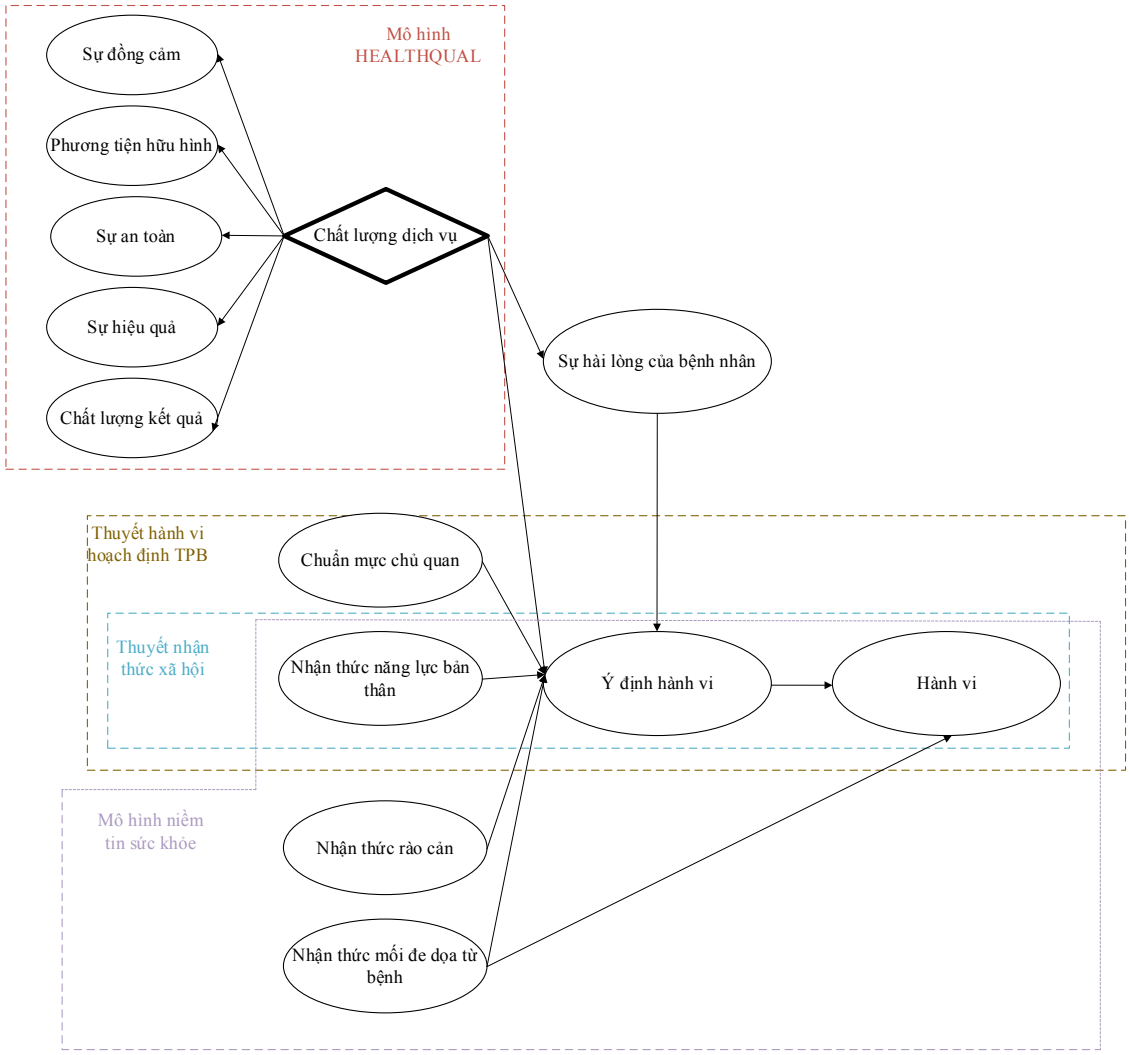
Nghiên cứu này dựa trên nghiên cứu tại bàn, dựa trên cơ sở tài liệu thứ cấp, bao gồm các bài báo khoa học, các tạp chí khoa học uy tín có xếp hạng Scopus, các đề tài nghiên cứu khoa học các cấp và các luận văn luận án. Cơ sở dữ liệu tìm kiếm từ các nguồn đáng tin cậy như Thư viện Quốc gia Việt Nam, Thư viện các trường Đại học tại Việt Nam, cơ sở dữ liệu Scopus, SpringerLink, Jstor, CORE, ProQuest, Ebsco, … Trong quá trình tìm kiếm tài liệu, từ khóa được sử dụng bao gồm "chất lượng dịch vụ y tế," "chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe," "ý định khám chữa bệnh," "ý định lựa chọn cơ sở y tế." Tác giả dựa trên các mô hình và khung lý thuyết trong các nghiên cứu thực nghiệm để tìm kiếm những mô hình lý thuyết phù hợp.

4. Đề xuất khung khái niệm

Khung nghiên cứu đề xuất được tác giả tích hợp từ các nền lý thuyết về thang đo chất lượng dịch vụ y tế HEALTHQUAL, thuyết nhận thức xã hội, thuyết hành động hợp lý và mô hình niềm tin sức khỏe. Đầu tiên, về thang đo HEALTHQUAL, tác giả sử dụng thang đo này để đo lường cho các yếu tố chất lượng dịch vụ trong ngành y tế thay vì các thang đo chung về chất lượng dịch vụ bởi vì các thang đo khác thường bỏ qua hoặc xem nhẹ chất lượng kỹ thuật, vốn là khía cạnh quan trọng trong dịch vụ y tế. Mối liên hệ về chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng được xác nhận trong nhiều nghiên cứu ở các lĩnh vực khác nhau và cả dịch vụ y tế (Meesala & Paul, 2018). Chất lượng dịch vụ cũng được chứng minh là có tác động trực tiếp đến ý định hành vi (Lee & Kim, 2017) và gián tiếp qua sự hài lòng của bệnh nhân (Abdullah & ctg., 2023; Habibi & Rasoolimanesh, 2021). Theo thuyết TPB, chuẩn mực chủ quan và nhận thức kiểm soát hành vi là những tiền đề cho ý định hành vi, và ý định hành vi là yếu tố dự đoán cho hành vi thực tế (Ajzen, 1985).

Hình 7

Khung Nghiên Cứu Đề Xuất



Ghi chú:

Biến bậc 2

Biến bậc 1

Nguồn: Tác giả đề xuất

Cần lưu ý rằng, yếu tố nhận thức kiểm soát hành vi được Ajzen (2020) xác nhận là tương đương với yếu tố nhận thức năng lực bản thân trong thuyết nhận thức xã hội của Bandura (1986). Cuối cùng, yếu tố nhận thức rào cản và nhận thức mối đe dọa là hai yếu tố được sử dụng nhiều nhất từ mô hình niềm tin sức khỏe và được cho là có tác động lớn nhất đến quyết định khám chữa bệnh của bệnh nhân (Cui & ctg., 2017; Victoor & ctg., 2012).

5. Kết luận

Thông qua quá trình xem xét một số mô hình lý thuyết về chất lượng dịch vụ y tế và ý định hành vi, cụ thể là dựa trên mô hình HEALTHQUAL, thuyết nhận thức xã hội, thuyết hành vi hoạch định và mô hình niềm tin sức khỏe, nghiên cứu này đề xuất một mô hình tích hợp để đánh giá chất lượng dịch vụ y tế và các tiền đề của ý định khám chữa bệnh của bệnh nhân. Đây có thể được coi là một trong những mô hình đầu tiên về sự lựa chọn của người bệnh đối với các dịch vụ y tế, xem xét các yếu tố bên ngoài chất lượng dịch vụ và đặc điểm nhân khẩu so với các

nghiên cứu trước đây. Các nghiên cứu tiếp theo có thể lược khảo một số nghiên cứu thực nghiệm đã từng xác nhận mối quan hệ giữa các khái niệm đã nêu để củng cố cơ sở khoa học cho mô hình này. Điều cần thiết là xây dựng các thang đo phù hợp cho từng khái niệm trong ngành y tế, vốn dĩ có những đặc thù khác so với các ngành dịch vụ khác. Bên cạnh đó, các nghiên cứu tương lai cũng có thể so sánh ý định lựa chọn bệnh viện giữa các nhóm bệnh nhân khác nhau, chẳng hạn như bệnh nhân ở bệnh viện công và bệnh viện tư, bệnh nhân nam và nữ, để có thêm nhiều góc nhìn và đánh giá chi tiết hơn. Nghiên cứu này mặc dù đã phát triển được một khung khái niệm về hành vi của người bệnh, cũng như đóng góp về mặt khoa học, tuy nhiên, việc thiết kế mô hình chủ yếu dựa trên tổng quan nghiên cứu của tác giả và những đánh giá chủ quan, các nghiên cứu trong tương lai có thể sử dụng các phương pháp tổng quan khác để bổ sung vào mô hình này, chẳng hạn như phân tích trắc lượng khoa học (bibliometric review), phân tích nội dung (content analysis) hay phân tích tổng hợp (meta-analysis), đánh giá phạm vi (scoping review), từ đó có những dẫn chứng tin cậy và mang hàm lượng khoa học cao hơn. Mô hình nghiên cứu cũng chưa được kiểm định với dữ liệu thực nghiệm, do đó, các nghiên cứu này trong tương lai cũng có thể phát triển thang đo khái niệm và tiến hành kiểm định mô hình này.

Tài liệu tham khảo

Abdullah, M. Z., Othman, A. K., Hamzah, M. I., Anuar, A., Tobi, S. N., & Solat, N. (2023). The influence of healthcare service quality on public university students' satisfaction and behavioural intention: Moderating role of trust. *Journal of Health Management, 25*(3), 489-498. https://doi.org/10.1177/09720634221076886

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(4), 665-683. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x

Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies, 2*(4), 314-324. https://doi.org/10.1002/hbe2.195

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Prentice-Hall.

Akdere, M., Top, M., & Tekingündüz, S. (2020). Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management & Business Excellence, 31*(3/4), 342-352. https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1427501

Alhalaseh, L., Fayoumi, H., & Khalil, B. (2020). The health belief model in predicting healthcare workers' intention for influenza vaccine uptake in Jordan. *Vaccine, 38*(46), 7372-7378. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.09.002

Alkhatib, S. F., & Aloqaily, Y. H. (2024). Private hospitals quality assessment: Evidence from Jordan using HEALTHQUAL model. *Quality Management Journal, 31*(1), 43-57. https://doi.org/10.1080/10686967.2023.2285063

Allahham, L., Mouselli, S., & Jakovljevic, M. (2022). The quality of Syrian healthcare services during Covid-19: A HEALTHQUAL approach. *Frontiers in Public Health, 10*, Article 970922. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.970922

Babic-Hodovic, V., Arslanagic-Kalajdzic, M., & Imsirpasic, A. (2017). Perceived quality and corporate image in mobile services: The role of technical and functional quality. *South East European Journal of Economics and Business, 12*(1), 114-125. https://doi.org/10.1515/jeb-2017-0011

Bahrampour, M., Bahrampour, A., Amiresmaili, M., & Barouni, M. (2018). Hospital service quality - patient preferences - A discrete choice experiment. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 31*(7), 676-683. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2017-0006

Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 1*(4), 139-161. https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (1st ed.). Prentice-Hall.

Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In C. Abraham, P. Norman, & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behaviour* (pp. 1-33). Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9781315080055

Bandura, A. (2011). Social cognitive theory. In P. A. Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 349-373). SAGE Publications.

Barrios-Ipenza, F., Calvo-Mora, A., Velicia-Martín, F., Criado-García, F., & Leal-Millán, A. (2020). Patient satisfaction in the peruvian health services: Validation and application of the HEALTHQUAL Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(14), Article 5111. https://doi.org/10.3390/ijerph17145111

Berens, E. M., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2022). The effect of self-efficacy on health literacy in the German population. *Health Promotion International, 37*(1), Article daab085. https://doi.org/10.1093/heapro/daab085

Blue, C. L. (1995). The predictive capacity of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior in exercise research: An integrated literature review. *Research in Nursing & Health, 18*(2), 105-121. https://doi.org/10.1002/nur.4770180205

Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: An application of the theory of reasoned action. *Social Science & Medicine, 52*(7), 1057-1069. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00213-6

Carillo, K. D. (2010). Social cognitive theory in is research - literature review, criticism, and research agenda. *Information Systems, Technology and Management, 54*. https://doi.org/10.1007/978-3-642-12035-0_4

Carrillat, F. A., Jaramillo, F., & Mulki, J. P. (2007). The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales: A meta-analytic view of 17 years of research across five continents. *International Journal of Service Industry Management, 18*(5), 472-490. https://doi.org/10.1108/09564230710826250

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & P. K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 45-65). John Wiley & Sons.

Cheney, M. K., & John, R. (2013). Underutilization of influenza vaccine: A test of the health belief model. *SAGE Open, 3*(2). https://doi.org/10.1177/2158244013484732

Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research, 57*(8), 913-921. https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00293-X

Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology, 28*(15), 1429-1464. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01685.x

Cooke, R., & French, D. P. (2006). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology & Health, 23*(7), 745-765. https://doi.org/10.1080/08870440701544437

Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, 56*(3), 55-68. https://doi.org/10.2307/1252296

Cui, B., Liao, Q., Lam, W. W., Liu, Z. P., & Fielding, R. (2017). Avian influenza A/H7N9 risk perception, information trust and adoption of protective behaviours among poultry farmers in Jiangsu Province, China. *BMC Public Health, 17*(463). https://doi.org/10.1186/s12889-017-4364-y

Endeshaw, B. (2021). Healthcare service quality - measurement models: A review. *Journal of Health Research, 35*(2), 106-117. https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0152

Erdil, S. T., & Yıldız, O. (2011). *Measuring service quality and a comparative analysis in the passenger carriage of airline industry* [Paper presentation]. The 7th International Strategic Management Conference, Paris, France.

Fiala, T. G. (2012). What do patients want? Technical quality versus functional quality: A literature review for plastic surgeons. *Aesthetic Surgery Journal, 32*(6), 751-759. https://doi.org/10.1177/1090820X12452555

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, tntention and behavior: An introduction to theory and research.* Addison-Wesley.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (2009). *Predicting and changing behavior the reasoned action approach* (1st ed.). Psychology Press. https://doi.org/10.4324/9780203838020

Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*(2), 87-98. https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.87

Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science, 3*(36), 1-12. https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-36

Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing, 18*(4), 36-44. https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784

Habibi, A., & Rasoolimanesh, S. M. (2021). Experience and service quality on perceived value and behavioral intention: Moderating effect of perceived risk and fee. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, *22*(6), 711-737. https://doi.org/10.1080/1528008X.2020.1837050

Hackman, C. L., & Knowlden, A. P. (2014). Theory of reasoned action and theory of planned behavior-based dietary interventions in adolescents and young adults: A systematic review. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 5*, 101-114.

Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L., & Biddle, S. J. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 24*(1), 3-32. https://doi.org/10.1123/jsep.24.1.3

Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A socio-psychological study.* United States Public Health Service Division of Special Health Services.

Holdford, D., & Schulz, R. (1999). Effect of technical and functional quality on patient perceptions of pharmaceutical service quality. *Pharmaceutical Research, 16*, 1344-1351. https://doi.org/10.1023/A:1018934621859

Islam, K. F., Awal, A., Mazumder, H., Munni, U. R., Majumder, K., Afroz, K., Tabassum, M. N., & Hossain, M. M. (2023). Social cognitive theory-based health promotion in primary care practice: A scoping review. *Heliyon*, *9*(4), Article e14889. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14889

Jadgal, M. S., Karimi, M., Alizadeh-Siuki, H., Salarzehi, F. K., & Zareipour, M. (2024). Determinants of preventive behavior against Covid-19 in secondary school students based on Health Belief Model (HBM): A Structural Equations Modeling (SEM). *Journal of Health, Population and Nutrition*, *43*(96). https://doi.org/10.1186/s41043-024-00589-1

Jain, S. K., & Gupta, G. (2004). Measuring service quality: Servqual vs. servperf scales. *Vikalpa: The Journal for Decision Makers, 29*(2), 25-38. https://doi.org/10.1177/0256090920040203

Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., L, M., & Benny, P. (2021). Public perception and preparedness for the pandemic Covid-19: A health belief model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, *9*, 41-46. https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.06.009

Kemp, A., Norton, G., Neese, M., Pei, Y., & O'Brien, K. (2022). Health-seeking behaviors following concussion: An examination of the theory of reasoned action and planned behavior. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 103*(12), Article e78. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2022.08.631

Knight, R. A., & Hay, D. A. (1989). The relevance of the health belief model to Australian smokers. *Social Science & Medicine, 28*(2), 1311-1314. https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90349-3

Kwak, Y., Seo, Y. H., & Ahn, J.-W. (2022). Nursing students' intent to use AI-based healthcare technology: Path analysis using the unified theory of acceptance and use of technology. *Nurse Education Today, 119*, Article 105541. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105541

Lee, D. (2017). HEALTHQUAL: A multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business, 11*, 491-516. https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2

Lee, S., & Kim, E. -K. (2017). The effects of Korean medical service quality and satisfaction on revisit intention of The United Arab Emirates government sponsored patients. *Asian Nursing Research, 11*(2), 142-149. https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.05.008

Majeed, S., & Kim, W. G. (2023). Toward understanding healthcare hospitality and the antecedents and outcomes of patient-guest hospital-hotel choice decisions: A scoping review. *International Journal of Hospitality Management*, *112*, Article 103383. https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2022.103383

Manjarres-Posada, N. I., Onofre-Rodríguez, D. J., & Benavides-Torres, R. A. (2020). Social cognitive theory and health care: Analysis and evaluation. *International Journal of Social Science Studies, 8*(4), 132-141. https://doi.org/10.11114/ijsss.v8i4.4870

McCleery, R. A. (2009). Improving attitudinal frameworks to predict behaviors in human-wildlife conflicts. *Society & Natural Resources, 22*(4), 353-368. https://doi.org/10.1080/08941920802064414

Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services, 40*, 261-269. https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2016.10.011

Mercadante, A. R., & Law, A. V. (2021). Will they, or won't they? Examining patients' vaccine intention for flu and Covid-19 using the health belief model. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 17*(9), 1596-1605. https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.12.012

Miller, Z. D. (2017). The enduring use of the theory of planned behavior. *Human Dimensions of Wildlife, 22*(6), 583-590. https://doi.org/10.1080/10871209.2017.1347967

Mirotznik, J., Ginzler, E., Zagon, G., & Baptiste, A. (1998). Using the health belief model to explain clinic appointment-keeping for the management of a chronic disease condition. *Journal of Community Health, 23*, 195-210. https://doi.org/10.1023/A:1018768431574

Montaño, D. E., & Montaño, D. E. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 95-124). John Wiley & Sons.

Montano, D. E., & Taplin, S. H. (1991). A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Social Science & Medicine, 32*(6), 733-741. https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90153-4

Nemati, R., Bahreini, M., Pouladi, S., Mirzaei, K., & Mehboodi, F. (2020). Hospital service quality based on HEALTHQUAL model and trusting nurses at Iranian university and non-university hospitals: A comparative study. *BMC Nursing, 19*. https://doi.org/10.1186/s12912-020-00513-y

Nguyen, T. D., Pham, A. Q., Ha, N. T. M., & Pham, C. T. H. (2023). Cross-cultural adaption and validation of SERVPERF tool for measuring healthcare quality in an oncology public hospital, Vietnam. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 60*. https://doi.org/10.1177/00469580221146826

Nuwaha, F. (2006). Determinants of choosing public or private health care among patients with sexually transmitted infections in Uganda. *Sexually Transmitted Diseases, 33*(7), 422-427. https://doi.org/10.1097/01.olq.0000204574.78135.9f

Ozawa, S., & Walker, D. G. (2011). Comparison of trust in public vs private health care providers in rural Cambodia. *Health Policy and Planning, 26*(suppl_1), i20-i29. https://doi.org/10.1093/heapol/czr045

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing, 64*(1), 12-40.

Park, A. R., & Ha, H. K. (2013). Comparative analysis of methodologies to evaluate air cargo carriers' service quality: Focusing on SERVQUAL and SERVPERF. *Journal of International Logistics and Trade, 11*(2), 29-45. https://doi.org/10.24006/jilt.2013.11.2.29

Paul, D. P. (2003). An exploratory examination of "SERVQUAL" versus "SERVPERF" for prosthetic dental specialists. *Clinical Research and Regulatory Affairs, 20*(1), 89-100. https://doi.org/10.1081/CRP-120018745

Qian, P., Duan, L., Lin, R., Du, X., Wang, D., Zeng, T., & Liu, C. (2023). Decision-making process of breastfeeding behavior in mothers with gestational diabetes mellitus based on health belief model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *23*(242). https://doi.org/10.1186/s12884-023-05527-3

Qin, H. G., Prybutok, V. R., Peak, D. A., & Boakye, K. G. (2014). UCPERF: An urgent care patient satisfaction instrument. *Quality Management Journal, 21*(3), 11-25. https://doi.org/10.1080/10686967.2014.11918393

Rodrigues, L. L., Barkur, G., Varambally, K., & Motlagh, F. G. (2011). Comparison of SERVQUAL and SERVPERF metrics: An empirical study. *The TQM Journal, 23*(6), 629-643. https://doi.org/10.1108/17542731111175248

Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health and the Nations Health, 50*, 295-302.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education & Behavior, 2*(4), 354-386. https://doi.org/10.1177/109019817400200405

Shafei, I., Walburg, J., & Taher, A. (2019). Verifying alternative measures of healthcare service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 32*(2), 516-533. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2016-0069

Sharifi, T., Hosseini, S. E., Mohammadpour, S., Javan-Noughabi, J., Ebrahimipour, H., & Hooshmand, E. (2021). Quality assessment of services provided by health centers in Mashhad, Iran: SERVQUAL versus HEALTHQUAL scales. *BMC Health Services Research, 21*, Article 397. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06405-4

Shi, Z., & Shang, H. (2020). *A review on quality of service and SERVQUAL model* [Paper presentation]. International Conference on Human-Computer Interaction HCII 2020, Copenhagen, Denmark.

Torre, D., & Durning, S. J. (2015). Social cognitive theory: Thinking and learning in social settings. In J. Cleland & S. J. Durning (Eds.), *Researching medical education* (pp. 105-116). John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch10

Tsai, C. H. (2014). Integrating social capital theory, social cognitive theory, and the technology acceptance model to explore a behavioral model of telehealth systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 11*(5), 4905-4925. https://doi.org/10.3390/ijerph110504905

Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research, 12*(272). https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272

Wai, C. T., Wong, M. L., S. Ng, A. C., Tan, M. H., Chua, W., Mak, B., Aung, M. O., & Lim, S. G. (2005). Utility of the health belief model in predicting compliance of screening in patients with chronic hepatitis B. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *21*(10), 1255-1262. https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02497.x

Willis, E. (2018). Applying the health belief model to medication adherence: The role of online health communities and peer reviews. *Journal of Health Communication, 23*(8), 743-750. https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1523260

Wong, M. C., Wong, E. L., Huang, J., Cheung, A. W., Law, K., Chong, M. K., Ng, R. W., Lai, C. K., Boon, S. S., Lau, J. T., Chen, Z., & Chan, P. K. (2021). Acceptance of the Covid-19 vaccine based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. *Vaccine*, *39*(7), 1148-1156. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.12.083

©The Authors 2025. This is an open access publication under CC BY NC license.