

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ.จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง จากการสำรวจข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม-พฤษภาคม 2536 พบว่าจำนวนครอบครัวตัวอย่างทั้งหมด 273 ครอบครัว มีอัตราการตอบแบบสอบถามของครอบครัวตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 100.0 การสำรวจกระทำโดยการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวหรือภรรยา ในวันที่เข้าไปสำรวจ โดยกรایشแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นซึ่งประกอบไปด้วยคำถาม 3 หมวด จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของประชาชนในชุมชนแออัดด้านเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 มีอัตราส่วนของเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.7 และ 48.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดของโครงสร้างอายุพบว่า ร้อยละ 68.6 ของประชากรทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (มีอายุระหว่าง 15 - 60 ปี) ร้อยละ 27.0 อยู่ในวัยเด็ก (มีอายุต่ำกว่า 15 ปี) ร้อยละ 4.4 อยู่ในวัยสูงอายุ (มีอายุมากกว่า 60 ปี) ประชากรเกือบทั้งหมดมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 52.8 ของประชากรทั้งหมดมีสถานภาพสมรส แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 42.7 มีสถานภาพสมรสเป็นโสดซึ่งรวมกลุ่มที่เป็นเด็กด้วย ประชากรส่วนใหญ่มิระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ กล่าวคือร้อยละ 51.1 ของประชากรทั้งหมดมิระดับการศึกษาอยู่ขั้นประถมศึกษา ร้อยละ 20.0 มิระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาและมีกลุ่มที่มีระดับการศึกษาชั้นอุดมศึกษาเพียงร้อยละ 5.6 เท่านั้น ร้อยละ 54.9 ของประชากรทั้งหมดว่างงาน มีผู้ที่ประกอบอาชีพร้อยละ 45.1 และร้อยละ 64.2 ของผู้ที่ประกอบอาชีพทั้งหมด ประกอบอาชีพรับจ้าง (ตารางที่ 1.6)

ภายในแต่ละหลังคาเรือนส่วนใหญ่มิจะประกอบด้วยครอบครัวเพียง 1 ครอบครัว (ร้อยละ 78.0 ของตัวอย่าง) มิเพียงร้อยละ 3.4 ของตัวอย่างที่ประกอบด้วยครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครอบครัวในหนึ่งหลังคาเรือน (ตารางที่ 1.4) และแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่มิจะมีจำนวนสมาชิกภายในครอบครัวประมาณ 3-4 คน (ร้อยละ 37.0 และ 25.3 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1.5

เกี่ยวกับหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 88.6 เป็นเพศชาย มีเพียงร้อยละ 11.4 เท่านั้นที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 จะมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี รองลงมา ร้อยละ 32.3 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 86.8 มีสถานภาพสมรส แต่งงานและอยู่ด้วยกัน หัวหน้าครอบครัวเกือบทั้งหมดมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.4 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 90.1 ประกอบอาชีพซึ่งอาชีพส่วนใหญ่ออกอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 68.3 ของหัวหน้าครอบครัวที่ประกอบอาชีพ) ดังแสดงในตารางที่ 1.3

ร้อยละ 88.7 ของตัวอย่างมีจำนวนผู้มีรายได้ประมาณ 1-2 คนต่อครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นหัวหน้าครอบครัวและภรรยาของหัวหน้าครอบครัว (ตารางที่ 2.1) ร้อยละ 68.8 ของตัวอย่าง(ครอบครัว)มีรายได้ต่ำกว่า 8,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 2.2) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามถึงเศรษฐกิจของครอบครัวตัวอย่างพบว่าร้อยละ 59.0 ของครอบครัวตัวอย่างมีเศรษฐกิจพอกิน พอใช้ ในขณะที่มีกลุ่มที่มีเศรษฐกิจไม่พอใช้และต้องกู้ยืมเท่ากับร้อยละ 8.1 (ตารางที่ 2.3) ซึ่งข้อมูลรายได้นี้อาจเชื่อถือได้ว่าได้แก่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมักบอกข้อมูลที่จริง ถึงแม้จะพยายามชี้แจงแล้วก็ตาม อาจเป็นไปได้ที่บางรายอาจไม่สามารถบอกถึงรายได้ที่แท้จริง เนื่องจากไม่สามารถคำนวณหาได้หรืออาจจะลืมข้อมูล ร้อยละ 50.2 ของครอบครัวตัวอย่างมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองต้องเช่าบ้านเพื่อการอยู่อาศัย และร้อยละ 40.3 ของครอบครัวตัวอย่างมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (ตารางที่ 2.4)

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 56.4 ของครอบครัวตัวอย่างมีการไปใช้บริการอนามัย (ตารางที่ 3.1) ร้อยละ 59.8 ของตัวอย่าง(ครอบครัว)จะไปใช้บริการอนามัยครอบครัวละ 1 คน ค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกภายในครอบครัวตัวอย่างที่ไปใช้บริการอนามัยเท่ากับครอบครัวละ 1.82 คน (ตารางที่ 3.2)

ร้อยละ 87.9 ของครอบครัวตัวอย่างไปใช้บริการการรักษาพยาบาล ร้อยละ 35.7 ของครอบครัวตัวอย่างไปใช้บริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีอยู่เพียงร้อยละ 23.6 ที่ใช้บริการทั้ง 2 ประเภท ร้อยละ 93.9 ของผู้ไปรับบริการการรักษาพยาบาลมีจุดประสงค์เพื่อการรักษาโรคและความเจ็บป่วย ในขณะที่ ร้อยละ 67.0 ของผู้ไปรับบริการการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีจุดประสงค์เพื่อการตรวจสุขภาพแต่กดี รองลงมาคือการไปฝากครรภ์ (ร้อยละ 17.0) ดังแสดงในตารางที่ 3.3 แสดงให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนแออัด ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อยกว่าการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเนื่องมาจากความรู้ บังคับย เวลาที่ต้องทุ่มเทให้กับการทำงานเพื่อ

เสียงชีพ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยให้มีร่างกายที่สมบูรณ์พอที่จะทำงานได้ต่อไป แต่อย่างไรก็ตามควรจะได้มีการศึกษาต่อไป

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษายาบาล ร้อยละ 59.3 อยู่ในวัยทำงาน ร้อยละ 35.0 อยู่ในวัยเด็ก และร้อยละ 5.7 อยู่ในวัยสูงอายุ ร้อยละ 75.2 ของผู้ที่มารับบริการการรักษายาบาลทั้งหมดเมื่อมีการเจ็บป่วยแล้วจะไปรับการรักษาทันที แสดงให้เห็นถึงว่าประชาชนในชุมชนแออัดในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ส่วนใหญ่มีความตื่นตัวในการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นดีพอควร เมื่อพิจารณาลงไปในแต่ละกลุ่มอายุในกลุ่มที่ไปรับการรักษาทันทีพบว่าวัยสูงอายุมีการรับรู้สูงที่สุด (ร้อยละ 85.7) รองลงมาคือวัยทำงาน (ร้อยละ 76.7) และวัยเด็ก (ร้อยละ 70.9) ดังแสดงในตารางที่ 3.6 และพบว่าร้อยละ 93.1 ของผู้ที่มาใช้บริการการรักษายาบาลไม่ต้องพักรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วย แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของปัญหาสุขภาพนั้นน่าจะไม่มีรุนแรง (ตารางที่ 3.7)

จากการใช้สถิติโคสแควร์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการไปใช้บริการอนามัยดังแสดงในตารางที่ 3.8 พบว่าปัจจัยด้านบุคคลซึ่งรวมถึง อายุและระดับการศึกษาของประชาชนในชุมชนแออัด ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 มีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และมีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($P < .01$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านบุคคลอื่นๆที่เหลือ และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการไปใช้บริการอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อศึกษาถึงรายละเอียดของแต่ละตัวแปร (ตารางที่ 3.4) พบว่าในด้านเกี่ยวกับเพศ เพศหญิงมีการไปใช้บริการอนามัยมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 30.0 และ 27.9 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดย์และนูญเกส เกี่ยวกับประเทศไทย (2520) และ Nathanson's Review (1977) ที่ว่าเพศหญิงมีการใช้บริการทางการแพทย์มากกว่า ดังนั้นสถานบริการอนามัยของรัฐจึงควรจะมีการจัดบริการอนามัยเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับสตรีให้เหมาะสมและเพียงพอ ในด้านที่เกี่ยวกับอายุ พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีการไปใช้บริการอนามัยเท่ากับร้อยละ 63 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ดังนั้นสถานบริการอนามัยของรัฐจึงควรจะมีการจัดบริการอนามัยให้เหมาะสมกับทั้ง 2 กลุ่ม เช่น มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเด็กทารกและเฉพาะด้าน มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและหรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น มีจุดที่น่าสนใจที่พบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีการไปใช้บริการอนามัย น้อยกว่า กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสงวน นิตยารัมพงษ์ และคณะ (2525) Odin Anderson (1963) และ Given JD. (1978) ที่ว่าถ้ามีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยมากขึ้นและจะมีการ

ใช้บริการอนามัยต่างๆ มากขึ้น รวมทั้งแตกต่างจากการศึกษาของ Roos and Shapiro (1981) ที่ว่า มีการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการอนามัยสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีซึ่งมีเด็กรวมอยู่ด้วยนั้นจะมีผู้ใหญ่อยู่มากด้านสุขภาพอนามัยอยู่ และผู้ใหญ่บางส่วนในกลุ่มนี้มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพอนามัยมากกว่าและส่วนใหญ่อยู่นานวัยทำงานซึ่งสามารถรับผิดชอบด้านค่าใช้จ่ายได้ด้วยตนเอง ในขณะที่กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปีซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือระดับต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา อาจมีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพอนามัยน้อยกว่า ถึงแม้จะมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ดี และผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องพึ่งพาลูกหลานในด้านค่าใช้จ่ายในการที่จะไปใช้บริการอนามัย อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ในด้านที่เกี่ยวกับระดับการศึกษาพบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอีกตัวหนึ่ง แต่จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามีการไปใช้บริการอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 51.1) และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีการไปใช้บริการอนามัยน้อยที่สุด (ร้อยละ 5.6) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ประภัสสร เสยวาพรจักร์ (2523) ที่ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพอนามัย และมีความระมัดระวังเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนในชุมชนแออัด ในเขตรับผิดชอบ ของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษานั้น ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับภารกิจหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อการดำรงชีพของตนมากกว่าการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ในด้านที่เกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว พบว่าในกลุ่มที่มีรายได้สูงที่มากกว่า 15,000 บาท ต่อเดือนมีการไปใช้บริการอนามัยมากที่สุด ในขณะที่ในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 8,000 บาทต่อเดือน มีการไปใช้บริการอนามัยน้อยที่สุด (ตารางที่ 3.5) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thomas W. Bice (1973) ที่ว่ารายได้เป็นปัจจัยสำคัญ ผู้มีรายได้สูงจะไปใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ดังนั้นสถานบริการอนามัยของรัฐ น่าจะมุ่งเน้นในการดูแลและให้บริการอนามัยแก่พวกที่มีรายได้ต่ำ เหล่านี้ซึ่งเป็นประชนส่วนใหญ่นชุมชนแออัดที่มีระดับการศึกษาไม่สูงนัก และมักที่จะให้ความสำคัญในการทำงานเพื่อการดำรงชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งเป็นผลให้มีโอกาสที่จะมีปัญหากับเกี่ยวกับด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าประชาชนในกลุ่มอื่น

ในด้านที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจของครอบครัวตัวอย่างพบว่า กลุ่มที่มีเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมมีการไปใช้บริการอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 59.1) กลุ่มที่มีเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ไม่ต้อง

ผู้ที่มีรายได้น้อยที่สุด (ร้อยละ 27.3) อาจจะเป็นเพราะมาจาก ในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืม มักจะให้ความสำคัญในการทำงานเพื่อการดำรงชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง เช่นเดียวกับกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สำหรับพฤติกรรม การเจ็บป่วยของประชาชน ในชุมชนแออัด ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 นั้น เมื่อพิจารณาตามความรุนแรงของความเจ็บป่วยพบว่า ทั้งของเด็กและผู้ใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือถ้ามีการเจ็บป่วยเล็กน้อยมักจะนิยมการไปซื้อยามารับประทานเอง (ร้อยละ 32.5 และ 52.4 ตามลำดับ) รองลงมาคือการไปใช้บริการอนามัยที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (ร้อยละ 29.9 และ 13.9 ตามลำดับ) แต่มีข้อสังเกตว่าในผู้ป่วยที่เป็นเด็กนั้นมีอัตราการปล่อยให้หายเองน้อยกว่าในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ (ร้อยละ 2.5 และ 12.5 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ใหญ่นิยมไปซื้อยามารับประทานเองมากกว่าเด็กที่เลือกใช้บริการที่เหมาะสมให้กับเด็กในครอบครัว และในขณะที่เด็กมีความเป็นห่วงอยู่มากที่จะไม่ปล่อยให้เด็กหายเอง แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยหนักจึงมักจะนิยมไปใช้บริการอนามัยจากโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 72.6 และ 66.3 ตามลำดับ) รองลงมาคือการไปใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกเอกชน (ตารางที่ 3.9 , 3.10) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอรทัย รวยอาจิณ และคณะ (2528) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาพยาบาลในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่า ในด้านความนิยมที่จะไปซื้อยามารับประทานเองยังคงสูงเป็นอันดับต้นเช่นเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งๆที่ได้มีความพยายามที่จะรณรงค์ให้ประชาชนระวังการใช้จ่ายที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมและแนะนำให้มาใช้บริการจากสถานบริการอนามัยของรัฐ ส่วนที่ต่างกันคือประชาชนในชุมชนแออัดในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ซึ่งมีพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในเขตพัฒนาที่จัดว่าเป็นเขตเมืองชั้นใน พบว่าไม่มีบริการอนามัยแบบแผนโบราณ

เกี่ยวกับสถานบริการอนามัยที่สมาชิกในครอบครัวตัวอย่งไปใช้บริการอนามัย พบว่า ประชาชนในชุมชนแออัด ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 ส่วนใหญ่นิยมที่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ทั้งประเภทการรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 62.2 และ 62.0 ตามลำดับ) รองลงมานิยมไปใช้บริการอนามัยที่ศูนย์บริการสาธารณสุข (ร้อยละ 15.4 และ 30.0 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4.1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในเขตพัฒนาที่และบริเวณใกล้เคียง มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของภาครัฐรวมทั้งสถาบันเฉพาะโรคจำนวนถึง 7 แห่ง มีศูนย์บริการสาธารณสุข 3 แห่งและผลการดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุขยังไม่เป็นที่ยอมรับของประชาชนเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลของรัฐ หรืออาจเป็นเพราะมาจาก

เหตุผลในด้านความเชื่อของประชาชนที่ว่าโรงพยาบาลของรัฐน่าจะดีกว่า และจกการที่ขาดการประชาสัมพันธ์ที่ดีพอ ทำให้ไม่ทราบว่าศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถให้บริการในบางระดับได้เช่นเดียวกับการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาของบรรลุ กิริพานิช และคณะ (2518) แสดงให้เห็นว่าความพยายามที่จะเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการอนามัยแก่ประชาชนโดยที่แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การดูแลระดับปฐมภูมิ (Primary Care) เช่น การทำงานของศูนย์บริการสาธารณสุข การดูแลระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) เช่น การทำงานของโรงพยาบาลทั่วไปและการดูแลระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) เช่น การทำงานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัย ถือได้ว่าไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งๆที่ได้มีความพยายามในลักษณะต่างๆที่จะปรับปรุงการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขให้ดีขึ้น เพื่อให้เป็นที่พึ่งแก่ประชาชนในการดูแลระดับปฐมภูมิได้แต่ยังไม่เป็นผลเท่าที่ควรเท่าที่ยังมีการไปเพิ่มงานแก่โรงพยาบาลต่างๆโดยอ้างว่าเป็นและทำให้ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณเป็นจำนวนมาก

สำหรับเหตุผลที่ประชาชนในชุมชนแออัด ในเขตรังสิตของศูนย์บริการสาธารณสุข 11 จะเลือกใช้บริการอนามัยแต่ละแห่ง ในด้านของที่ตั้งคือความใกล้ (ตารางที่ 4.2, 4.8) เหตุผลในด้านของความสะดวกคือต้องการความสะดวกมาก ยกเว้นสำหรับเหตุผลที่จะเลือกใช้บริการสาธารณสุขคือมีความสะดวกพอใช้ (ตารางที่ 4.3, 4.9)

สำหรับเหตุผลด้านของความพร้อมในการให้บริการของสถานบริการอนามัยคือความพร้อมในการให้บริการครบทุกด้าน ยกเว้นสำหรับเหตุผลที่จะเลือกใช้บริการสาธารณสุขและคลินิกคือมีบางด้านแต่เพียงพอที่จะให้บริการ (ตารางที่ 4.4, 4.10)

สำหรับเหตุผลด้านของค่าบริการของสถานบริการอนามัยคือ คิดค่าบริการที่เหมาะสม ยกเว้นสำหรับเหตุผลที่จะเลือกใช้บริการสาธารณสุข คือคิดค่าบริการถูก (ตารางที่ 4.5, 4.11)

สำหรับเหตุผลด้านของคุณภาพของบริการอนามัยคือ มีคุณภาพของบริการอนามัยที่ดี ยกเว้นสำหรับเหตุผลที่จะเลือกใช้บริการจากร้านขายยาคือมีคุณภาพของบริการอนามัยในเกณฑ์พอใช้ (ตารางที่ 4.6, 4.11)

สำหรับเหตุผลด้านของอัยยาศัยของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของสถานบริการอนามัย คือ มีอัยยาศัยที่ดี ยกเว้นสำหรับเหตุผลที่จะเลือกโรงพยาบาลเอกชนคือ มีอัยยาศัยที่ดี ถึง ดีมาก และเหตุผลที่จะเลือกใช้บริการจากร้านขายยาคือ มีอัยยาศัยที่ในเกณฑ์พอใช้ ถึง ดี (ตารางที่ 4.7 และ 4.3)

เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลในการเลือกใช้โดยรวมแล้ว (ตารางที่ 4.14, 4.15) เป็นที่น่า
สนใจว่าสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขนั้น เมื่อมีที่ตั้งอยู่ใกล้ มีความสะดวกพอใช้ มีความพร้อมใน
การให้บริการบางด้านแต่ก็เพียงพอ เสียค่าบริการถูก เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยในการให้บริการอยู่ใน
เกณฑ์ดี แล้วเพราะเหตุใดจึงไม่เป็นที่นิยมของประชาชนในชุมชนแออัด ในเขตรับผิดชอบของ ศูนย์
บริการสาธารณสุข 11 ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่ควรจะหาการศึกษาต่อไป