

9-1-2530

## ทัศนคติและการไปรับบริการ ตลอดจนความต้องการบริการด้านอนามัยและการ สุขาภิบาลของผู้ที่อาศัย...

พรรณี กระจ่างเหมาะ

เกื้อ วงศ์ฤษลิน

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/jdm>



Part of the [Demography, Population, and Ecology Commons](#)

---

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Demography by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

# ทัศนคติและการไปรับบริการ ตลอดจนความต้องการ บริการด้านอนามัยและการสุขภาพของผู้ที่อาศัย ในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร\*

พรรณิ ประจวบเหมาะ\*\*

ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน\*\*\*

จากการสำรวจของกรุงเทพมหานคร (กองผังเมือง สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร, 2527) เมื่อมิถุนายน 2527 พบว่ามีชุมชนแออัดอยู่ในกรุงเทพมหานครประมาณ 508 แห่ง มีผู้อยู่อาศัยอยู่ประมาณ 107,065 ครัวเรือน คิดเป็นจำนวนประชากรโดยประมาณ 638,000 คน ทั้งนี้ไม่รวมจำนวนชุมชนแออัดที่มีการตั้งหลักแหล่งโดยการบุกรุกหรือโดยผิดกฎหมายด้วยประการใด ๆ เช่น ตามริมคลองต่าง ๆ เป็นต้น สภาพความแออัดและการขาดแคลนที่อยู่อาศัยซึ่งถูกสุขลักษณะสำหรับประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีผลทำให้เกิดแหล่งเสื่อมโทรม ปัญหาภาวะแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อาจทำให้ชุมชนแออัดเป็นแหล่งที่เกิดโรคระบาด โรคภัยไข้เจ็บ ตลอดจนภาวะขาดอาหารในเด็กก่อนวัยเรียน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2520 : 281) แผนพัฒนาสุขภาพอนามัยของกรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2525 - 29) แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัด (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2529) โดยที่ทางกรุงเทพมหานครได้บรรจุโครงการสาธารณสุขมูลฐานไว้ในแผนด้วย โครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ที่จะให้บริการที่ดีและเหมาะสมในด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้โดยใช้กลวิธีกระตุ้นและให้การสนับสนุนชุมชนและประชาชนให้มีการช่วยตัวเองในการที่จะพัฒนา และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ โครงการฯ ยังวางแนวทางให้ผู้ที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุขในทุกระดับทราบถึงนโยบายดังกล่าว โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประชาชนที่อยู่ในชุมชนโดยตรง

ทางสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้เริ่มดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนขึ้น โดยการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกแห่งในเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2527 เพื่อทำหน้าที่เป็นวิทยากร และเริ่มอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ส.) ประจำชุมชนแออัดเป็นครั้งแรกใน 4 ชุมชน ที่ได้รับการปรับปรุงทางกายภาพแล้ว (ชุมชนที่มีการจัดสร้างและบริการด้านสาธารณสุขไปก่อน เช่น การสร้างทางเดินคอนกรีต น้ำประปา ไฟฟ้า เป็นต้น) อันได้แก่ ชุมชนวัดไผ่เงิน เขตยานนาวา, ชุมชนวัดสร้อยทอง เขตดุสิต, ชุมชนฟาร์มวัฒนา เขตพระโขนง และชุมชนร่วมรักษา เขตห้วยขวาง ทั้งนี้เพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดอื่น ๆ โดยมีจุดประสงค์ที่จะนำเอาการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีในการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความสามารถในการดำเนินการสาธารณสุขที่จำเป็นขั้นพื้นฐานได้ด้วยตัวเองและเพื่อให้ช่วยสังคมและเพื่อนบ้านได้

\* ผู้เขียนขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ ที่กรุณาอ่าน แนะนำ และเสนอแนะข้อแก้ไขต้นฉบับแรก

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสังคม คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นอกจากรูปแบบการใช้อาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ส.) เป็นผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแล้ว ทางกรุงเทพมหานครยังได้ทดลองใช้กรรมการชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแทน อ.ส.ส. ด้วย โดยเริ่มที่ชุมชนจวดรถไฟกิโลเมตรที่ 11 เขตบางเขน ซึ่งเป็นชุมชนที่ยังไม่ได้มีการปรับปรุงทางกายภาพ สำหรับชุมชนแออัดเขตรอบนอกของกรุงเทพมหานครนั้น ได้นำรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้

งานวิจัยชิ้นนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่ทางสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครได้ทดลองดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 โครงการดังกล่าวเริ่มขึ้นในปลายปี พ.ศ. 2529 (รายละเอียดของงานวิจัยดังกล่าวดูได้จากอรพินท์และคณะ, 2530) โดยทางสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครได้รับความร่วมมือจากสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากองค์การกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ดำเนินการวิจัย อย่างไรก็ตามในบทความนี้ผู้เขียนจะเน้นเรื่องทัศนคติและการไปรับบริการ ตลอดจนความต้องการบริการด้านสุขภาพอนามัย และการสุขภาพิบาลของผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัด 11 แห่ง โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 5 กลุ่มชุมชน คือ

- |                   |  |
|-------------------|--|
| กลุ่มชุมชนที่ I   | ชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงกายภาพและใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ได้แก่ ชุมชนวัดไผ่เงิน ชุมชนวัดสร้อยทอง ชุมชนซอยร่วมรักษา   |
| กลุ่มชุมชนที่ II  | ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงกายภาพและใช้รูปแบบกรรมการชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ชุมชนรถไฟ ก.ม. 11  |
| กลุ่มชุมชนที่ III | ชุมชนแออัดที่ลง จ.ป.ฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ได้แก่ ชุมชนซอยสงวนทรัพย์ เขตตลิ่งชัน  |
| กลุ่มชุมชนที่ IV  | ชุมชนชานเมืองที่ลง จ.ป.ฐ. และใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ชุมชนแขวงหนองจอกหมู่ 1 ชุมชนแขวงหนองจอกหมู่ 2 เขตหนองจอก  |
| กลุ่มชุมชนที่ V   | ชุมชนชานเมืองที่ยังไม่ลง จ.ป.ฐ. และใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ชุมชนแขวงโคกแฝดหมู่ 2 ชุมชนแขวงลำผักชีหมู่ 8 ชุมชนแขวงคู้ฝิ่งเหนือหมู่ 2 ชุมชนแขวงคู้ฝิ่งเหนือหมู่ 3 เขตหนองจอก |

ทั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติ การไปรับบริการ ตลอดจนความต้องการการบริการด้านสุขภาพอนามัยและการสุขภาพิบาล ในชุมชนที่มีลักษณะการดำเนินโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่ต่างวิธีกัน รวมทั้งการเปรียบเทียบชุมชนแออัดในเมืองและเขตรอบนอกกรุงเทพมหานคร

### การให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน

ในแง่ของบริการทางด้านสาธารณสุข สำหรับชุมชนที่ศึกษา 5 กลุ่มชุมชนดังกล่าว เรียกได้ว่ามีหน่วยบริการด้านสาธารณสุขอยู่ทุกชุมชน (จากตารางที่ 1) และในแง่ของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินงาน

โดยสำนักอนามัยของกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 1) ก็มีการให้บริการเกือบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้าน สุขศึกษา การโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก ฯลฯ ยกเว้นในชุมชน กม. 11 และชุมชนคู้ฝิ่งเหนือ หมู่ที่ 3 ในเขตหนองจอก ที่ยังขาดบริการอยู่หลายด้าน

ตารางที่ 1 กิจกรรมทางด้านบริการแยกตามชุมชน

กิจกรรม	ชุมชน										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. สุขศึกษา	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
2. การโภชนาการ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
3. สุขาภิบาลและจัดพื้นที่สะอาด	×	-	-	-	-	×	×	×	×	×	×
4. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว	×	×	×	-	×	×	×	×	×	×	×
5. การสร้างภูมิคุ้มกันโรค	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
6. การป้องกันและควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น	×	×	-	-	×	×	×	×	×	×	-
7. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	×	×	×	-	×	×	×	×	×	×	-
8. การจัดยาที่จำเป็นในชุมชน	×	-	-	-	-	×	-	×	×	×	-
9. การป้องกันบำบัดยาเสพติดและสุขภาพจิต	×	-	×	-	×	×	×	-	-	-	-
10. การทันตสาธารณสุข	×	-	-	-	×	×	×	×	×	-	-
พยาบาลเยี่ยมบ้าน	×	×	×	×	×	×	×	×	-	-	-
ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา	ศ18	ศ4	ศ19	ศ17	ศ31	ค	ค	ก	ข	ข	ก

#### หมายเหตุ

1. วัดไผ่เงิน
  2. ซอยร่วมรักษา
  3. วัดสร้อยทอง
  4. กม. 11
  5. สวงนทรัพย์
  6. หนองจอก หมู่ 1
  7. หนองจอก หมู่ 2
  8. โคกแฝด หมู่ 2
  9. ลำผักชี หมู่ 8
  10. คู้ฝิ่งเหนือ หมู่ 2
  11. คู้ฝิ่งเหนือ หมู่ 3
- ก. สำนักอนามัยโรงพยาบาลชุมชนหนองจอก      ข. โรงพยาบาลภูมิพล  
ค. ศูนย์สาขา

#### ทัศนคติและการไปรับบริการด้านอนามัยและการสุขาภิบาล

เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (ตารางที่ 2) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่เคยใช้บริการ ศูนย์สาขาหรือหน่วยเคลื่อนที่ของกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ ร้อยละ 83.0 เคยใช้บริการดังกล่าว เมื่อพิจารณาแยกตามเขตก็ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เคยใช้บริการเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ชุมชน ก.ม. 11 มีเปอร์เซ็นต์การเคยใช้น้อยกว่าชุมชนอื่น ทั้งนี้เพราะมีการให้บริการน้อยกว่าชุมชนอื่น ๆ (ดูตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ใช้บริการของศูนย์ฯ/สาขา หรือหน่วยเคลื่อนที่ของกรุงเทพมหานครในแต่ละกลุ่มชุมชน

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
เคย	83.4	75.9	76.9	84.8	92.0	83.0
ไม่เคย	16.6	24.1	23.1	15.2	8.0	17.0
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	199	187	121	79	200	786

**หมายเหตุ** กลุ่มชุมชน I คือ ชุมชนวัดไผ่เงิน ชุมชนซอยร่วมรักษา และชุมชนวัดสร้อยทอง  
 กลุ่มชุมชน II คือ ชุมชนกิโลเมตรที่ 11  
 กลุ่มชุมชน III คือ ชุมชนสงวนทรัพย์  
 กลุ่มชุมชน IV คือ ชุมชนหนองจอก หมู่ 1 และชุมชนหนองจอก หมู่ 2  
 กลุ่มชุมชน V คือ ชุมชนโคกแฝด หมู่ 2 ชุมชนลำผักชี หมู่ 8 ชุมชนคู้ฝิ่งเหนือ หมู่ 2 และหมู่ 3

นอกจากการเคยใช้บริการของศูนย์สาขาหรือหน่วยเคลื่อนที่ของกรุงเทพมหานครแล้ว เมื่อถามว่าเคยได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด พบว่าประชาชนได้รับข่าวสารดังกล่าวจากพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์ และจาก ผสส/อสส/อสส มากกว่าจากแหล่งอื่น (ตารางที่ 3) แบบแผนเช่นนี้ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะแยกพิจารณาตามกลุ่มต่าง ๆ ก็ตาม มีข้อสังเกตว่าประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากโทรทัศน์ในอัตรารองลงมา อย่างไรก็ตามสำหรับกลุ่มชุมชนที่ I และกลุ่มชุมชนที่ III มีประชาชนที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย จากพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์ เป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่าจาก ผสส/อสส สำหรับกลุ่มชุมชนที่ II นั้น ประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากพยาบาลเยี่ยมบ้านมากกว่าจากกรรมการชุมชนซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแทน ผสส/อสส ในขณะที่กลุ่มชุมชนที่ IV มีแบบแผนในลักษณะตรงข้าม สำหรับกลุ่มชุมชนที่ V ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากพยาบาลเยี่ยมบ้านและจาก ผสส/อสส ในอัตราใกล้เคียงกัน ผลดังกล่าวอาจชี้ให้เห็นได้ว่า การดำเนินงานของ ผสส/อสส และกรรมการชุมชนที่ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแทน ผสส/อสส ยังต้องมีการปรับปรุงโดยเฉพาะสำหรับกลุ่มชุมชนในเมือง (กลุ่มชุมชนที่ I, II และ III) ทั้งนี้เพราะประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งอื่นมากกว่าจาก ผสส/อสส หรือจากกรรมการชุมชน

พฤติกรรมอนามัย หรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันโรค จะมีความสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับโรคภัยไข้เจ็บ พฤติกรรมของมนุษย์มีอิทธิพลต่อสุขภาพของทั้งตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมทางด้านอนามัยที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคต่าง ๆ จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งหรือจากชุมชนหนึ่งไปสู่อีกชุมชนหนึ่ง ในทางตรงกันข้ามถ้าประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องก็จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชนเช่นกัน (วัน คุชิตา, 2529) จาก

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกตามลักษณะของสื่อสารด้านสุขภาพอนามัยและตามชุมชน

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
ไม่เคย	4.0	2.1	5.0	2.7	1.0	2.8
วิทยุ	4.5	2.6	2.5	2.7	2.1	3.0
โทรทัศน์	26.6	28.0	24.0	24.3	27.1	26.5
นิตยสาร	1.5	0.5	2.5	–	0.5	1.0
หนังสือพิมพ์	3.0	1.1	2.5	–	2.6	2.1
โปสเตอร์	1.5	0.5	5.8	–	0.5	1.5
แผ่นพับ	0.5	–	–	–	–	0.1
เพื่อนบ้าน	2.0	1.6	1.7	2.7	6.3	3.0
กรรมการชุมชน/หมู่บ้าน	1.5	5.8	2.5	2.7	–	2.5
พยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์	34.7	38.1	25.6	4.1	20.8	27.7
ผลส/อสม/อสส	5.0	*	8.3	43.2	19.3	11.5
จนท.สำนักงานเขต	0.5	–	–	1.4	1.6	0.6
จนท.สำนักอนามัย	1.0	1.1	–	1.4	2.6	1.3
แพทย์โรงพยาบาล, คลินิก	9.0	16.4	11.6	4.1	6.3	10.1
อื่นๆ	3.0	1.6	8.3	10.8	8.3	5.5
ไม่ทราบ	1.5	0.5	–	–	1.0	0.8
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	199	189	121	74	192	775

\* หมายเหตุ ใช้กรรมการชุมชนเป็นผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแทน

แนวความคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจะพิจารณาถึงประเด็นปัญหาในเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมต่อไป เนื่องจากประเด็นนี้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรค (Preventive) มากกว่าการรักษา (Curative) อย่างไรก็ดีตาม ประชาชนในเขตชุมชนแออัดมีแนวโน้มที่จะอยู่ในสภาพของการต้องการการรักษาโรคมากกว่า การป้องกันโรค จากการศึกษาของวชิระ สิงหะคเชนทร์ และคณะ (2528) พบว่าประชาชนมีความ ต้องการให้ อสม (อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน) ช่วยในเรื่องของการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาลมากกว่า ทางด้านแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค หรือแม้แต่ว่าทางด้านสุขภาพ-สิ่งแวดล้อม ตลอดจนด้านสุขภาพของเด็กและด้านโภชนาการ การศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับตารางที่ 4 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในแง่ของความ ต้องการด้านสุขภาพอนามัยแล้ว ประชาชนมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าทางด้าน การป้องกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวพบได้ในทุกกลุ่มชุมชนที่ใช้ในการศึกษา และเกิดขึ้นแม้ในกลุ่มระดับการศึกษาต่างกัน (ตารางที่ 5) ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถพิจารณาได้

2 ประเด็น กล่าวคือ งานด้านสาธารณสุขมูลฐานในส่วนที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคนั้นยังดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร หรืออาจจะเป็นเพราะพฤติกรรมของประชาชนยังไม่พร้อมที่จะอยู่ในแนวของการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรค ทั้งนี้เพราะประชาชนอาจมีปัญหาด้านการทำมาหากินมากกว่าจะมาสนใจงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้น จึงสนใจปัญหาของตัวเองเมื่อตอนเจ็บป่วยมากกว่าการคิดถึงทางป้องกันอย่างจริงจัง

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกตามความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ในแต่ละกลุ่มชุมชน

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
ด้านรักษาพยาบาล	23.0	38.6	12.4	53.2	40.0	32.4
ด้านป้องกันโรค *	5.5	3.7	5.0	7.6	5.0	5.1
ทั้งรักษาและป้องกัน	8.0	18.0	5.0	13.9	13.5	11.9
ไม่ต้องการ/มีบริการแล้ว	43.1	30.7	38.8	8.9	23.5	31.1
ไม่ทราบ	20.5	9.0	38.8	16.5	18.0	19.5
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	200	189	121	79	200	789

\* หมายเหตุ การส่งเสริมโภชนาการ สุขศึกษา สุขาภิบาล ส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ตารางที่ 5 ร้อยละของความ ต้องการด้านสุขภาพอนามัย จำแนกตามระดับการศึกษา และกลุ่มชุมชน

	ต่ำกว่า ป.4					ป.4					ป.5-7					สูงกว่า ป.7				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
ด้านป้องกันโรค	5.3	2.8	-	-	-	4.3	5.7	5.9	7.4	4.8	6.7	-	-	11.1	-	9.4	-	7.1	-	18.2
ด้านรักษาพยาบาล	31.6	27.8	-	-	14.3	20.9	43.8	10.3	50.0	40.6	20.0	45.8	5.9	77.8	41.2	21.9	21.7	2.5	50.0	45.5
ทั้งรักษา+ป้องกัน	7.9	22.2	12.5	-	-	9.6	16.2	2.9	16.2	13.9	-	20.8	5.9	-	11.8	6.3	7.4	7.1	-	18.2
ไม่ต้องการ/มีบริการแล้ว	31.6	30.6	25.0	-	71.4	41.7	28.6	48.5	10.3	22.4	66.7	29.2	23.5	-	23.5	50.0	43.5	28.6	-	9.1
ไม่ทราบ/ไม่ตอบ	23.7	16.7	62.5	-	14.3	23.5	5.7	32.4	16.2	18.2	6.7	4.2	64.7	11.1	23.5	12.5	7.4	32.1	50.0	9.1
% รวม	100	100	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	38	36	8	-	7	115	105	68	68	165	15	24	17	9	17	32	23	28	2	11

เพื่อหาคำตอบสำหรับประเด็นที่ผู้เขียนยกขึ้นมา ผู้เขียนจะขอพิจารณาตารางที่ 6 ซึ่งถามประชาชนว่า “ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมจากใคร?” จากตารางดังกล่าวพบว่า โดยส่วนรวมแล้ว สัดส่วนของประชาชนที่ตอบว่า ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมมากกว่าประชากรที่ได้รับคำแนะนำ ยกเว้น กลุ่มชุมชนที่ III และกลุ่มชุมชนที่ IV ซึ่งมีประชาชนได้รับคำแนะนำเป็นจำนวนมากกว่า ในขณะที่กลุ่มชุมชนที่ II ซึ่งมีแต่กรรมการชุมชนนั้นได้รับคำแนะนำน้อยที่สุด ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปในลักษณะตรงข้ามกับคำถามด้านสุขภาพอนามัย (ตารางที่ 3) ซึ่งผู้เขียนได้กล่าวมาแล้ว แนวโน้มดังกล่าวอาจจะเป็นพฤติกรรมของประชาชนเองก็ได้ ในแง่ที่สนใจปัญหาใกล้ตัว (การรักษาโรค) มากกว่าปัญหาไกลตัว (การป้องกันโรค) ทั้งนี้ มีแนวโน้มที่จะสอดคล้องกับตารางที่ 7 ซึ่งถามถึงความร่วมมือของประชาชนในกิจกรรมต่างๆ ถึงแม้ว่ากิจกรรมในด้านเก็บขยะและทำความสะอาดจะมีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าไม่เข้าร่วม แต่ในแง่ของการขาดลอกทางระบายน้ำนั้น กลุ่มชุมชนที่ I, II, III และกลุ่มชุมชนที่ V มีประชาชนที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวน้อยกว่า\* ปัญหาการระบายน้ำมีความสัมพันธ์กับปัญหาสภาพแวดล้อมในชุมชนอย่างมาก ทั้งนี้เพราะมีส่วนสัมพันธ์กับโรคระบาดได้ง่ายมาก (เช่น โรคตาแดงซึ่งเป็นกันมากในชุมชนแออัด) และยังเป็นที่เพาะยุงซึ่งนำโรคระบาดที่สำคัญๆ ด้วย

**ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกตามกลุ่มบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้คำแนะนำเรื่องสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในแต่ละกลุ่มชุมชน**

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
ไม่เคยมีใครมาแนะนำ	69.2	79.4	43.0	19.7	60.9	60.7
ผลส.	-	-	-	27.6	10.2	5.2
อสม.	0.5	-	-	10.5	3.0	1.9
อสส.	4.5	-	15.7	-	-	3.6
กรรมการชุมชน	11.1	14.8	13.2	5.3	1.0	9.2
เพื่อนบ้าน, คนรู้จัก, นักเรียน	1.0	0.5	4.1	5.3	3.6	2.4
เจ้าหน้าที่ศูนย์	5.1	3.2	5.8	3.9	7.6	5.2
สื่อมวลชน	2.0	1.1	6.6	1.3	-	1.9
โรงพยาบาล + คลินิก	1.5	0.5	-	2.0	2.5	1.4
สมาชิกในครัวเรือน	-	0.5	0.8	-	0.5	0.4
ผลส/อสม/อสส/กช/ เจ้าหน้าที่ศูนย์	4.5	-	9.9	23.7	10.7	7.7

\* สำหรับกลุ่มชุมชนที่ IV และ V ที่ตั้งของหมู่บ้าน ตั้งอยู่ริมคลอง กิจกรรมด้านการขาดลอกทางระบายน้ำเป็นเรื่องจำเป็นของประชาชนเพราะประชาชนส่วนมากสัญจรไปมาโดยใช้คลองดังกล่าว จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่กลุ่มชุมชนที่ IV มีผู้ร่วมกิจกรรมนี้สูงกว่าผู้ไม่เข้าร่วม อย่างไรก็ตาม สำหรับกลุ่มชุมชนที่ V ผู้ไม่เข้าร่วมกิจกรรมมีมากกว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ตารางที่ 6 (ต่อ)

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
กช/เจ้าหน้าที่ศูนย์	0.5	-	-	-	-	0.1
อสส/กช/โรงพยาบาล + คลินิก	-	-	0.8	-	-	0.1
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวน	198	189	121	76	197	781

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกตามการร่วมมือกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มชุมชน

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
การเก็บขยะในชุมชน						
เคย	71.4	67.0	70.2	62.0	29.1	58.4
ไม่เคย	28.6	25.0	29.8	38.0	39.2	31.5
ไม่มีกิจกรรม	-	8.0	-	-	31.2	9.8
ไม่ทราบ	-	-	-	-	0.5	0.1
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	199	189	121	79	199	786

หมายเหตุ ไม่รวม ไม่ทราบ ไม่ตอบ 3 ราย

การร่วมมือทำความสะอาดชุมชน

เคย	68.3	63.8	67.8	65.8	36.7	58.8
ไม่เคย	31.7	26.0	32.2	31.6	38.7	32.1
ไม่มีกิจกรรม	-	10.1	-	2.5	24.1	8.8
ไม่ทราบ	-	-	-	-	0.5	0.1
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	199	188	121	79	199	786

หมายเหตุ ไม่รวม ไม่ทราบ ไม่ตอบ 3 ราย

การขุดลอกการระบายน้ำ

เคย	37.2	23.5	30.7	65.4	34.3	35.6
ไม่เคย	60.3	50.8	64.5	34.6	44.3	52.1
ไม่มีกิจกรรม	2.5	25.7	0.8	-	21.2	72.2

ตารางที่ 7 (ต่อ)

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
ไม่ทราบ	-	-	-	-	-	-
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	199	187	121	78	199	784

หมายเหตุ ไม่รวม ไม่ทราบ ไม่ตอบ 5 ราย

การร่วมมือปรับปรุงการเข้าออก

เคย	60.1	79.9	64.5	58.2	31.2	58.0
ไม่เคย	34.3	18.0	35.5	38.0	44.7	33.6
ไม่มีกิจกรรม	5.6	2.1	-	3.8	23.6	2.3
ไม่ทราบ	-	-	-	-	0.5	0.1
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	198	189	121	79	199	786

การป้องกันอัคคีภัย

เคย	51.3	20.4	34.7	8.9	7.0	25.9
ไม่เคย	48.2	53.2	65.3	46.8	41.2	50.1
ไม่มีกิจกรรม	0.5	26.3	-	44.3	51.3	23.8
ไม่ทราบ	-	-	-	-	0.5	0.1
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	199	187	121	79	199	784

หมายเหตุ ไม่รวม ไม่ทราบ ไม่ตอบ 5 ราย

กรณีของกลุ่มชุมชนที่ IV มีข้อน่าสังเกตว่า ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรมมีจำนวนมากกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วม ซึ่งสอดคล้องกับเปอร์เซ็นต์ที่สูงที่ตอบว่าได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพและสิ่งแวดลอมจาก ผสส/อสม/กช และยังมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจาก ผสส/อสม/กช แนวโน้มดังกล่าวอาจจะหมายถึงการทำงานที่มีประสิทธิภาพของ ผสส/อสม/กช หรืออาจจะเป็นเพราะความตั้งใจของชาวบ้านเองด้วย ในขณะที่กลุ่มชุมชนที่ I นั้น ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ไม่ว่าจะเป็นด้านข่าวสารสุขภาพอนามัย ด้านคำแนะนำด้านการรักษาพยาบาล และด้านสุขภาพ สิ่งแวดลอม รูปแบบอาสาสมัครมีประสิทธิภาพไม่ดีเท่าที่ควรเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มชุมชนที่ IV

สำหรับประเด็นที่ผู้เขียนกล่าวว่า งานด้านสาธารณสุขมูลฐานในส่วนที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคนั้น ยังดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควรจะเป็นนั้น ผู้เขียนจะขอพิจารณาในแง่รายละเอียดเพิ่มเติมต่อไป

## หน่วยงานด้านสาธารณสุข การให้บริการในชุมชนและรูปแบบของกิจกรรม

เมื่อถามประชาชนว่า “ในชุมชน/หมู่บ้านเคยมีหน่วยงานหรือองค์กรใดเข้ามาดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ บ้างหรือไม่?” พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่ามีหน่วยงานเข้ามาดำเนินกิจกรรม (ตารางที่ 8) เมื่อพิจารณาแยกตามหน่วยงานพบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาบริการชุมชนเป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่าหน่วยงานอื่น กล่าวคือ ร้อยละ 19.1 และร้อยละ 13.3 มาจากหน่วยงานศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และจากศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ตามลำดับ แบบแผนดังกล่าวปรากฏในแทบทุกกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ V ที่ตอบว่าไม่มีหน่วยงานใดเข้ามาบริการเป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่ามีหน่วยงานอื่น ๆ เมื่อถามว่าหน่วยงานดังกล่าวเข้ามาทำกิจกรรมอะไร โดยส่วนรวมแล้ว หน่วยงานต่าง ๆ จะเข้ามาพัฒนาชุมชนมากกว่าตรวจสุขภาพและรักษาโรค (ตารางที่ 9) อย่างไรก็ตาม หน่วยงานของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร หรือในกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ (ตารางที่ 10) จะเข้ามาบริการด้านรักษาโรคในอัตราสูงกว่าด้านสุขภาพอนามัย รองลงมาคือ ด้านพัฒนาชุมชน ในขณะที่หน่วยงานสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย การเคหะแห่งชาติ หรือพรรคการเมือง จะเข้ามาพัฒนาชุมชนมากกว่าด้านรักษาโรค หรือบริการด้านสุขภาพอนามัย

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์จำแนกตามหน่วยงานที่ให้บริการในแต่ละกลุ่มชุมชน

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.	10.5	41.3	15.7	12.7	11.5	19.1
หน่วยงานสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	6.0	-	-	-	-	1.5
การเคหะแห่งชาติ	10.5	1.1	4.1	-	-	3.5
โรงพยาบาลของรัฐ						
โรงพยาบาลเอกชน/กทม.	-	-	.8	6.3	11.0	3.5
กระทรวงสาธารณสุข	-	-	3.3	-	-	.5
อื่น ๆ	5.5	4.2	13.2	13.9	5.0	7.1
ศูนย์บริการสาธารณสุข						
กทม. + หน่วยงานอื่น ๆ	8.5	5.3	10.7	32.9	19.5	13.3
พรรคการเมือง + หน่วยงานอื่น ๆ	7.5	7.9	7.4	3.8	2.0	5.8
จำชื่อไม่ได้	11.0	2.1	7.4	13.9	8.0	7.9
ไม่มีหน่วยงาน	24.0	26.5	5.8	11.4	34.0	23.1
ไม่ทราบ	16.5	11.6	31.4	5.1	9.0	14.6
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	200	189	121	79	200	789





มีข้อน่าสังเกตว่า (จากตารางที่ 9) การบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข ตามความเห็นของประชาชน อยู่ในรูปของการให้การรักษา (Curative) มากกว่าในด้านการป้องกันโรค (Preventive) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ตามที่เคยกล่าวไว้แล้ว (ตารางที่ 5) ยกเว้นในกลุ่มชุมชนที่ IV ซึ่งประชาชนเห็นว่าบริการที่หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาดำเนินงาน ทั้งในแง่ของการป้องกัน และในแง่ของการรักษาอยู่ในเปอร์เซ็นต์ที่เท่ากัน ผลของการศึกษาดังกล่าว มีแนวโน้มที่ค่อนข้างจะไม่สอดคล้องกับงานด้านสาธารณสุขมูลฐานนัก ทั้งนี้เพราะกิจกรรมในโครงการสาธารณสุขมูลฐานเน้นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ๆ ของชุมชนและให้เป็นไปในลักษณะพึ่งตนเองนั้นเป็นกิจกรรม (จากกิจกรรมที่สำคัญ 10 ประการ) ที่อยู่ในลักษณะซึ่งจะก่อให้เกิดการป้องกันโรค (Preventive) มากกว่าการรักษาโรค (Curative) (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร 2529)

### ความรู้ ทักษะคติของประชาชนต่องานอาสาสมัครด้านสาธารณสุข

จากวัตถุประสงค์ของโครงการสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานครเป็นนโยบายการเน้นให้ชุมชนร่วมมือกับทางราชการ และให้การดำเนินการเป็นลักษณะที่พึ่งตนเอง โดยใช้รูปแบบการอบรม ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือกรรมการชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน จากประเด็นดังกล่าว การวิเคราะห์ขั้นต่อไป ผู้วิจัยจะพิจารณาถึงความรู้และทัศนคติของประชาชนต่องานและบทบาทของอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุข

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามความรู้ถึงบทบาทของ ผสส/อสม/กช ในแต่ละกลุ่มชุมชน

	กลุ่มชุมชน					รวม
	I	II	III	IV	V	
รู้	51.8	70.4	69.4	76.0	51.5	61.3
การรักษา *	21.4	-	37.6	7.1	13.9	15.1
การป้องกัน **	27.2	2.3	27.1	19.6	29.7	19.9
การรักษาและการป้องกัน	4.9	-	3.5	3.6	5.0	3.1
การพัฒนาชุมชน ***	46.6	97.7	31.8	69.6	51.5	61.8
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	103	132	85	56	101	477
ไม่รู้	46.7	29.1	30.6	24.0	48.5	38.2
ไม่ทราบ	0.5	-	-	-	-	0.1
ไม่ตอบ	1.0	0.5	-	-	-	0.4
% รวม	100	100	100	100	100	100
จำนวนรวม	197	189	121	75	196	778

\* = การให้ยา รักษาโรค รักษาพยาบาล

\*\* = ตรวจสอบสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก ชั่งน้ำหนัก อาหารเสริม ข่าวสารสุขภาพ

\*\*\* = บันไดง้อ ท่อน้ำ ทางน้ำ พัฒนาชุมชน ความปลอดภัย อัคคีภัย ความสะอาด และความปลอดภัย

ข้อมูลในตารางที่ 11 ซึ่งให้เห็นว่า มีประชาชนรู้จักบทบาทของ ผสส/อสส/อสม/กช เป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่าที่ไม่รู้ แบบแผนดังกล่าวปรากฏในทุกกลุ่มชุมชนที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม กลุ่มชุมชนที่ V มีเปอร์เซ็นต์การรู้จักอาสาสมัครดังกล่าวน้อยกว่ากลุ่มชุมชนอื่น ๆ รองลงมาคือกลุ่มชุมชนที่ I ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การรู้จักอาสาสมัครสูงกว่าผู้ที่ไม่รู้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ IV มีเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่รู้บทบาทมากกว่าผู้ที่ไม่รู้สูงสุด คือ 76 เปอร์เซ็นต์

สำหรับประชาชนที่รู้บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่ในแง่บทบาทด้านการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มชุมชนที่ II รองลงมาในแง่การป้องกันโรค ตามด้วยการรักษาโรค ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ III ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์รู้บทบาทดังกล่าวในด้านการรักษาโรคมากกว่าการป้องกันโรค จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ประชาชนพอที่จะเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครแม้ว่าจะเน้นเรื่องบทบาทของการพัฒนาชุมชนมากกว่าการป้องกันโรคและการรักษาโรค อย่างไรก็ตาม ประชาชนก็ยังเข้าใจว่าบทบาทของอาสาสมัครนั้นเน้นการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรค ข้อมูลดังกล่าวจึงมีลักษณะขัดกับทัศนคติของประชาชนที่ให้ความเห็นว่าบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ อาทิเช่น จากกรุงเทพมหานคร อยู่ในรูปของการรักษามากกว่าการป้องกันโรค ตามที่กล่าวไว้แล้ว (ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ IV) ผลดังกล่าวมีแนวโน้มว่าประชาชนคงจะมองปัญหาใกล้ตัว (การรักษาโรค) มากกว่าปัญหาไกลตัว (การป้องกันโรค) ทั้งนี้เพราะประชาชนคงไม่มีเวลาให้กับโครงการสาธารณสุขมูลฐานมากนัก เนื่องจากมีปัญหาด้านการทำมาหากินมากกว่า

เนื่องจากประชาชนเข้าใจบทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขดีพอสมควร และการที่ประชาชนมีทัศนคติว่าบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะจากกรุงเทพมหานครเป็นไปในลักษณะของการรักษาโรคมากกว่าป้องกันโรค น่าจะเป็นพฤติกรรมแนวคิดของประชาชนเองมากกว่า โดยประชาชนจะมองปัญหาใกล้ตัว (ในแง่ของการรักษา) มากกว่าปัญหาไกลตัว (ในแง่ของการป้องกันโรค) อย่างไรก็ตาม สำหรับกลุ่มชุมชนที่ IV นั้น ประชาชนเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการของกรุงเทพมหานคร และยังมีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานของอาสาสมัคร ทั้งในแง่ของการป้องกันโรคและการสุขภาพ ตลอดจนปัญหาสิ่งแวดล้อม เรียกได้ว่ารูปแบบอาสาสมัคร สำหรับชุมชนชานเมืองนั้นได้ผล ถ้ากิจกรรมดังกล่าวพัฒนาคู่ไปกับการพัฒนาชุมชน ซึ่งในที่นี้คือ การลงโครงการความจำเป็นพื้นฐานให้กับชุมชน แต่สำหรับชุมชนในเมืองนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ตามที่ได้วิเคราะห์ไปแล้ว ประเด็นปัญหาอาจมีสาเหตุมาจากการที่อาสาสมัครดังกล่าวไม่มีเวลาให้กับโครงการ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมของชาวบ้านเองที่ไม่เห็นประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าว เนื่องจากสามารถรับบริการทางด้านการรักษาโรคได้สะดวกง่ายดายเวลาที่เจ็บไข้ได้ป่วย โดยไปรับบริการจากศูนย์บริการของกรุงเทพมหานคร หรือจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลจากตารางที่ 5 ที่ประชาชนของชุมชนแออัดในเมืองให้ทัศนะที่ไม่ต้องการบริการสุขภาพอนามัยในอัตราที่สูงมาก ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะมีบริการจากศูนย์บริการของกรุงเทพมหานครครบถ้วนแล้ว

ข้อสังเกตจากการศึกษาครั้งนี้ โดยทั่วไปพอจะสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบอาสาสมัครในชุมชนชานเมืองค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบของกรมการชุมชน
2. ประชาชนได้รับความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจากโทรทัศน์ในอัตราที่สูงมาก ดังนั้นทางกรุงเทพมหานครจึงอาจจะใช้สื่อดังกล่าวในการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะการป้องกันโรค นอกเหนือจากวิธีการอื่น ๆ

- สำหรับชุมชนแออัดในเมืองที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ การเน้นการบริการของศูนย์สาขาของกรุงเทพมหานคร ตลอดจนการตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์ให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยอาจจะขยายเวลายานเพิ่มขึ้น เพื่อให้บริการแก่ประชาชนหลังจากที่เขาเหล่านั้นเลิกจากงาน และเน้นเรื่องการป้องกันโรคให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับงานที่อาสาสมัครในชุมชนดำเนินการอยู่ ก็จะทำให้งานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอาสาสมัครในชุมชนแออัดไม่ค่อยมีเวลาให้กับงานมากนัก ถ้าผู้เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว เน้นงานด้านสาธารณสุขมูลฐานควบคู่ไปกับงานพัฒนาอาชีพ หรือการศึกษาเพิ่มเติม โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับโครงการหลังจากเลิกงาน อาจจะมีผลให้งานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จมากขึ้น ทั้งนี้เพราะงานพัฒนาอาชีพนั้น สัมพันธ์กับปัญหาด้านการทำมาหากินซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนไม่ค่อยมีเวลาให้กับงานในหน้าที่ตัวเองมากนัก ดังนั้นถ้างานด้านสาธารณสุขมูลฐานควบคู่ไปกับงานพัฒนาอาชีพ อาจจะมีผลกระตุ้นให้อาสาสมัครสนใจงานเพิ่มขึ้น เพราะได้ประโยชน์ต่อตัวเองและต่อประชาชนในชุมชนทั้งในแง่ของงานด้านสาธารณสุขและอาชีพ การงานที่ทำอยู่

### บทสรุป

ในด้านการบริการทางด้านสาธารณสุขในชุมชนแออัด 11 ชุมชนที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แม้ว่าจะมีบริการเกือบจะครบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขศึกษา การโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก ฯลฯ มีแนวโน้มที่ประชาชนจะใช้บริการดังกล่าวเป็นเปอร์เซ็นต์สูงมากก็ตาม แต่การใช้บริการตลอดจนความต้องการด้านสาธารณสุขมีลักษณะของการรักษามากกว่าการป้องกันโรค สำหรับกิจกรรมที่ประชาชนเข้าร่วมดำเนินการ เช่น ด้านเก็บขยะ และด้านรักษาความสะอาด พบว่ามีผู้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวเป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่าผู้ไม่เข้าร่วมกิจกรรม แต่ในเรื่องของการขุดลอกทางระบายน้ำ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาสภาพแวดล้อมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดหลายโรคด้วยกันนั้น ประชาชนยังให้ความร่วมมือไม่มากนัก ในแง่ของทัศนคติต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครปรากฏว่าประชาชนยังมีทัศนคติต่อการดำเนินงานของอาสาสมัครในรูปของการรักษาโรคมากกว่าการป้องกันโรค ทัศนคติดังกล่าวจะเด่นชัดในชุมชนในเมืองมากกว่าชุมชนชานเมือง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครชุมชนในเมืองมีเวลาไม่เพียงพอ หรืออาจเป็นเพราะพฤติกรรมของชาวบ้านเองที่ยังไม่เห็นประโยชน์มากนักกับโครงการดังกล่าว หรืออาจเป็นไปได้ที่ประชาชนในชุมชนในเมืองสามารถรับบริการต่างๆ ทางด้านการรักษาโรคได้สะดวก และมีสถานบริการมากกว่าชุมชนชานเมือง ทำให้ประชาชนมองข้ามความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขมูลฐานไป ดังนั้นสำหรับชุมชนในเมืองนอกจากการเน้นการบริการของศูนย์สาขาของกรุงเทพมหานคร ตลอดจนการตรวจเยี่ยมของเจ้าหน้าที่ โดยเน้นรูปแบบของการป้องกันโรคให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับงานที่อาสาสมัครในชุมชนดำเนินการอยู่ งานด้านสาธารณสุขมูลฐานอาจจะทำควบคู่ไปกับงานพัฒนาอาชีพหรือการศึกษาเพิ่มเติม โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับโครงการหลังเลิกงาน อาจจะมีผลให้งานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จมากขึ้น

## บรรณานุกรม

- กรุงเทพมหานคร, กองผังเมือง. (2527) "การเปลี่ยนแปลงชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร." กรุงเทพฯ. (เอกสารอัดสำเนา).
- \_\_\_\_\_, สำนักอนามัย, กองส่งเสริมสุขภาพ. (2529) "สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน แผนพัฒนาสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2525-2529)." กรุงเทพฯ.
- วชิระ สิงหะคะเซนทร์, วิวัฒน์ อังคุสิงห์ และ สิทธิพันธ์ ไชยนั้นนทร์. (2528) *การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข.
- วัน คุชิตา. (2529) "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร" วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ แผนกวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรพินท์ บุนนาค, พรรัตน์ ประจวบเหมาะ และ เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2530) "ผลกระทบของโครงการสาธารณสุขมูลฐานต่อชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร." กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อยู่ในระหว่างจัดพิมพ์).