



ผลกระทบของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน
ต่อชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร

อรพินท์ บุนนาค
เกื้อ วงศ์บุญสิน
พรรณิ ประจวบเหมาะ

614.42
ป 335 ฅ
ฉ.3

เอกสารวิจัยหมายเลข 57

สถาบันประชากรศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ธันวาคม 2530

ผลกระทบของโครงการสาธารณสุขมูลฐานต่อชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร

The Impact of the Primary Health Care Program of the
Congested Areas in Bangkok



อรพินท์ บุณนาค

เกื้อ วงศ์บุญสิน

พรรณี ประจวบเหมาะ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬา

กันยายน 2530



ด้วยอกนิษฐ์นภาการ

จาก

สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันประชากรศาสตร์เป็นสถาบันวิชาการชั้นสูงของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดตั้งขึ้นโดยมีจุดประสงค์สำคัญ เพื่อให้การวิจัยและฝึกอบรมทางประชากรอื่นมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ดำเนินไปด้วยดีตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนับเป็นหน่วยงานของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหน่วยแรกที่เน้นหนัก ไปทางด้านการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นการเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในอันที่จะดำเนินการวิจัยควบคู่ไปกับการสอนและการบริการชุมชน ทำให้จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ปฏิบัติหน้าที่ของมหาวิทยาลัยอย่างสมบูรณ์ตามหลักสากลนิยม

สถาบันประชากรศาสตร์มีหน้าที่ในการวิจัยทางด้านประชากรศาสตร์ และสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องและร่วมกับภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย เปิดการสอนชั้นมหาบัณฑิตทางสังคมวิทยา เน้นหนักทางประชากรศาสตร์ และให้ความร่วมมือในการสอนวิชาประชากรศาสตร์แก่สถาบันการศึกษาต่าง ๆ พร้อมทั้งในทางสถาบันก็ให้ความร่วมมือกับหน่วยราชการต่าง ๆ ในด้านการวิจัย วางแผนและฝึกอบรมทางประชากร

โครงการการศึกษาและวิจัยของสถาบัน เน้นหนักในส่วนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผน และการประเมินผลตามแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมุ่งศึกษาและวิจัยสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และประชากรของประเทศไทย สถาบันฯ ยังให้ค่าเงินการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและผลการวิจัยกับสถาบันประชากรศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิติกรรมประกาศ



การศึกษาเรื่อง "ผลกระทบของโครงการสาธารณสุขมูลฐานต่อชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร" ซึ่งเริ่มทำการวิจัยในปลายปี 2529 โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่ได้ดำเนินงานไปแล้วในชุมชนต่าง ๆ ซึ่งได้ดำเนินการโดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากองค์การ UNICEF สำหรับการวิจัยในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานครนั้น นับว่าเป็นโครงการวิจัยต่อเนื่องที่มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 และ 2527 ตามลำดับ ซึ่งโครงการดังกล่าวนั้นเป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั้งในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (ทางกายภาพ) เพื่อนำเสนอต่อสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัด และชุมชนชานเมือง ในเขตกรุงเทพมหานคร

สำหรับผู้ร่วมอยู่ในโครงการนี้อีก 2 ท่านคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกื้อวงศ์บุญสิน ซึ่งช่วยในการเก็บข้อมูล ประมวลข้อมูล และเขียนรายงานในบทที่ 4 ส่วนผู้ช่วยศาสตราจารย์พรณี ประจวบเหมาะนั้น เป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลและเขียนรายงานในบทที่ 5 กับส่วนที่เกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ และปัญหาโดยทั่วไปของชุมชน และขอขอบคุณ คุณศิริวรรณ ศิริบุญ คุณมยุรี ศิริธร คุณสากรล เจียสกุล และคุณชลาลัย วายุโชติ ที่มีส่วนช่วยในการเก็บข้อมูลภาคสนามและขอขอบคุณ คุณชูเกียรติ พักบัว ที่ช่วยในการพิมพ์รายงานวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณอย่างสูงต่อ พ.ญ. ประดมา ศกุนตนาค รองปลัดกรุงเทพมหานครฝ่ายสาธารณสุข พ.ญ. สิทธิมาลย์ มุตคามะระ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร คุณสุวรรณา อัครวิวรรธ จาก UNICEF และ ดร. นิพนธ์ เทพวัลย์ หัวหน้ากองประชากร จาก ESCAP ที่ช่วยกรุณาแนะนำและให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ยิ่งต่อโครงการศึกษาครั้งนี้

อรพินท์ บุนนาค

หัวหน้าโครงการ

ธันวาคม 2530

สารบัญ

กิติกรรมประกาศ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนที่

| บทที่ | | หน้า |
|-------|---|------|
| 1 | บทนำ | 1 |
| 2 | ลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ การสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อม | 30 |
| 3 | พฤติกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐาน | |
| | ก. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านสาธารณสุขมูลฐาน | 46 |
| | ข. พฤติกรรมอนามัยก่อนและหลังโครงการสาธารณสุขมูลฐาน | 64 |
| 4 | การให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน | |
| | ก. ความต้องการของประชาชน และการให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน | 78 |
| | ข. หน่วยงานด้านสาธารณสุข การให้บริการในชุมชน และรูปแบบของกิจกรรม | 83 |
| | ค. ความรู้ ทัศนคติ ของประชาชนต่องานอาสาสมัครด้านสาธารณสุข ... | 84 |
| 5 | การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา | |
| | ก. การดำเนินงาน และปัญหาการมีส่วนร่วมในการพัฒนา | 96 |
| | ข. งานสาธารณสุขมูลฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชน | 99 |
| 6 | บทสรุปและข้อเสนอแนะ | 110 |
| 7 | เอกสารอ้างอิง | 115 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| จำนวนแขวง ชุมชนแออัดและครอบครัว (โดยประมาณ) ในกรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายเขต | 4 |
| ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชนจำแนกตามลักษณะโดย ทั่ว ๆ ไปทางประชากร | 32 |
| ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะโดย ทั่ว ๆ ไป ทางสังคม | 35 |
| ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะโดย ทั่ว ๆ ไปทางเศรษฐกิจ | 40 |
| ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะโดย ทั่ว ๆ ไปทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม | 44 |
| ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี จำแนกตามความรู้ โดยทั่ว ๆ ไป ในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน | 51 |
| ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ที่มีบุตรอายุ 0-6 ปีในแต่ละชุมชน จำแนก ตามการปฏิบัติโดยทั่ว ๆ ไปในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน | 52 |
| ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามพฤติกรรม การเจ็บป่วย | 57 |
| ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการมียาสามัญ ประจำบ้าน | 58 |
| ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และวิธีที่ใช้ในการคุมกำเนิด | 59 |
| ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามผู้ที่กำลังคุมกำเนิด และสถานที่ที่ไปใช้บริการ | 60 |
| ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการรู้จักผู้ที่ ศึกษาเสพศิศ ตลอดจนสถานที่ที่ไปรับการรักษา | 61 |
| ตารางที่ 12 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามคนในครอบครัว หลงมัวเมาในอบายมุข | 62 |
| ตารางที่ 13 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามคนในครอบครัว มีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน | 63 |
| ตารางที่ 14 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามบุตรเกิดรอดเฉลี่ย ทุกอายุ เฉลี่ยตามอายุของมารดา | 70 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| ตารางที่ 15 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการคุมกำเนิดตามอายุของมารดา | 71 |
| ตารางที่ 16 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ในระหว่างตั้งครรภ์บุตรคนแรกกับบุตรคนสุดท้าย | 72 |
| ตารางที่ 17 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการฝากครรภ์ และผู้ที่ทำคลอดให้ของบุตรคนแรกกับบุตรคนสุดท้าย | 73 |
| ตารางที่ 18 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาของบุตรคนแรกกับบุตรคนสุดท้าย | 75 |
| ตารางที่ 19 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ที่มีบุตรอายุ 0-6 ปี ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการมีบัตรฉีดวัคซีนของบุตรคนแรกกับบุตรคนสุดท้าย | 76 |
| ตารางที่ 20 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ เมื่อเด็กท้องเสีย/ท้องเดิน | 77 |
| ตารางที่ 21 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามความต้องการด้านสุขภาพอนามัย | 88 |
| ตารางที่ 22 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามกิจกรรมทางด้านบริการต่าง ๆ | 89 |
| ตารางที่ 23 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามผู้ใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ของกทม. | 90 |
| ตารางที่ 24 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามสื่อในการรับข่าวด้านสุขภาพอนามัย | 91 |
| ตารางที่ 25 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะของการให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ | 92 |
| ตารางที่ 26 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามหน่วยงานที่มาให้บริการต่าง ๆ | 94 |
| ตารางที่ 27 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามบทบาทของ ผสส./อสม./กช. | 95 |
| ตารางที่ 28 | ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามหน่วยงานสมาคมหรือองค์กรที่เข้าไปดำเนินงานกิจกรรม | 106 |

- ตารางที่ 29 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการร่วมมือกัน
ทำกิจกรรมต่าง ๆ 107
- ตารางที่ 30 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามประโยชน์
ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ 109



สารบัญแนบ

| | หน้า |
|---|------|
| แผนที่แสดงการกระจายตัวของชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง | 12 |
| แผนที่ชุมชนวัดไผ่เงิน | 14 |
| แผนที่ชุมชนศูนย์เทวา (ขอร่วมรักษา) | 15 |
| แผนที่ชุมชนวัดสร้อยทอง | 17 |
| แผนที่ชุมชนรถไฟ กม. 11 | 18 |
| แผนที่ชุมชนสงวนทรัพย์ | 21 |
| แผนที่ชุมชนแขวงหนองจอก หมู่ 1, 2 | 23 |
| แผนที่ชุมชนแขวงโคกแฝด หมู่ 2 | 25 |
| แผนที่ชุมชนแขวงลำดักสี หมู่ 8 | 26 |
| แผนที่ชุมชนแขวงคูฝิ่งเหนือ หมู่ 2 | 28 |
| แผนที่ชุมชนแขวงคูฝิ่งเหนือ หมู่ 3 | 29 |



บทนำ

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงที่รวมความเจริญไว้ในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา ตลอดจนด้านการเมือง นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์กลาง ในการติดต่อคมนาคมกับทั้งภายในและภายนอกประเทศอีกด้วย ฉะนั้นกรุงเทพมหานครจึง ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยได้ดึงดูดผู้ย้ายถิ่นจากต่างจังหวัดเข้าสู่กรุงเทพฯ เป็นอย่างมาก ทั้งผู้ย้ายถิ่นชั่วคราวและถาวร ปัจจุบันนี้กรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรมากกว่า 5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 11 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และผลจากการเพิ่มของประชากรอย่าง รวดเร็วนี้เอง ที่ทำให้ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับที่อยู่อาศัยมีราคา แพงขึ้น อันเนื่องมาจากการขยายตัวทางด้านอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรม ผู้ที่มีรายได้น้อยจึง ต้องไปอาศัยอยู่ในที่มีราคาถูก และมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีนัก โดยอยู่กันอย่างหนาแน่น บ้านเรือน ตั้งอยู่อย่างไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย จึงได้ชื่อว่าเป็นชุมชนแออัดหรือที่เรียกกันโดยทั่ว ๆ ไปว่า "สลัม" นั่นเอง

สารานุกรมอังกฤษ (Encyclopedia Britanica) ได้ให้ความหมายของ คำว่า "ชุมชนแออัด สลัม หรือแหล่งเสื่อมโทรมว่า หมายถึงที่อยู่อาศัยอันไม่มีที่ว่าง ชำรุด หยุคโทรม ขาดบริการที่ถูกต้องตามหลักอนามัย หรืออาศัยอยู่กันอย่างแออัด ทำให้ไม่อาจใช้ เป็นที่อยู่อาศัยเพื่อดำเนินชีวิตในครอบครัวให้มีความสุขกายสบายใจได้"

สำหรับกระทรวงมหาดไทย ได้ให้ความหมายของชุมชนแออัดว่า "สภาพของย่าน เกะกะสถานหรือบริเวณพักอาศัยในเมืองที่ประกอบด้วยอาคารเก่าแก่ชำรุดทรุดโทรม หรือบริเวณ ที่สกปรกรกรุงรัง ประชากรอยู่กันอย่างแออัดผิดสุขลักษณะ ต่ำกว่ามาตรฐานสมควร จนไม่อาจ อยู่แบบครอบครัวคนปรกติวิสัยมนุษย์ ทำให้ไม่ปลอดภัยในด้านสุขวิทยาและอนามัย"

ชุมชนแออัดในความหมายของการ เกะกะแห่งชาติหมายถึง "ชุมชนที่ส่วนใหญ่มี อาคารหนาแน่นไร้ระเบียบ และชำรุดทรุดโทรม ประชาชนอยู่กันอย่างแออัดมีสภาพแวดล้อม ไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัยและเป็น ชุมชนที่มีปัญหาด้าน เศรษฐกิจและสังคมอยู่ด้วย"

ส่วนกรุงเทพมหานครนั้น การมีบ้านเรือนอยู่กันอย่างแออัดยัดเยียดและมีลักษณะทางกายภาพที่ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยมีจำนวนตั้งแต่ 15-20 หลังคาเรือนขึ้นไป ถือว่าเป็น "ชุมชนแออัด" ซึ่งจากการสำรวจของสำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร ในเดือนพฤษภาคม 2528 พบว่า มีชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครประมาณ 521 แห่ง มีผู้อยู่อาศัยอยู่ประมาณ 117,664 ครอบครัว (ข้อมูลกรุงเทพมหานคร (ฉบับย่อ) กันยายน 2528) ทั้งนี้ไม่รวมจำนวนชุมชนแออัดที่มีการตั้งหลักแหล่งโดยการบุกรุก หรือโดยการผิดกฎหมายด้วยประการใด ๆ เช่น การตั้งบ้านเรือนอยู่ตามริมคลองต่าง ๆ หรือตามบริเวณที่กำลังมีการก่อสร้างต่าง ๆ เป็นต้น

การเคหะแห่งชาติได้ตั้งข้อสังเกตมูลเหตุของการเกิดชุมชนแออัด ในกรุงเทพมหานครไว้ดังต่อไปนี้คือ

1. เกิดจากการย้ายถิ่นของคนชนบทเข้าสู่เมือง ซึ่งมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้มีการอพยพย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพมหานคร การย้ายถิ่นเข้าของประชากรเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาที่อยู่อาศัย ทั้งนี้เพราะผู้ย้ายถิ่นที่มีรายได้น้อยเหล่านี้ไม่สามารถจัดหาที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองได้ จำเป็นต้องเช่าที่อยู่อาศัยในราคาถูกซึ่งมักจะอยู่ในบริเวณที่ดินซึ่งไม่ได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานโลก และมาตรฐานการจากเจ้าของที่ดิน
2. เนื่องจากการขาดแคลนที่อยู่อาศัยที่ดีสำหรับผู้มีรายได้น้อยเป็นจำนวนมาก จำนวนที่อยู่อาศัยที่มีอยู่จึงไม่สามารถรับปริมาณคนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้
3. ปัญหาในเรื่องกรรมสิทธิ์ของเจ้าของที่ดินเอกชน ซึ่งรัฐมีอยู่เกินกว่าที่จะสามารถใช้อำนาจใดไปควบคุมได้ จึงมีการแบ่งที่เป็นแปลงเล็กแปลงน้อย โดยไม่จำเป็นต้องปรับปรุงคุณภาพหรือบริการใด ๆ ให้กับผู้อยู่อาศัยเพิ่มมากขึ้น จนมีความแออัดและหนาแน่น โดยมีได้มีการจัดบริการสาธารณูปโภคและสาธารณูปการใดเป็นพิเศษ
4. กรุงเทพมหานครขาดการวางผังหลักที่เป็นระยะหนึ่งในเรื่องของการใช้ที่ดิน การกระจายสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ ทำให้บริการของรัฐซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเหล่านี้กระจายไปไม่ถึง และไม่เป็นระบบ โดยเฉพาะในบริเวณชุมชนแออัดต่าง ๆ

นอกจากนั้นยังเป็นที่น่าสนใจอีกว่าที่ดินในเขตชุมชนแออัดส่วนใหญ่แล้ว จะมีลักษณะที่ดินเป็น 3 ประเภทด้วยกันคือ เป็นที่ดินของหน่วยงานของทางราชการ ซึ่งว่างเปล่า และถูกทอดทิ้งไว้ยังไม่ใช้ประโยชน์ ที่ดินของวัด และที่ดินทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์และของเอกชน ซึ่งเป็นเจ้าของที่ดินรายใหญ่ ซึ่งในสมัยก่อนนั้นได้แบ่งที่ดินเป็นแปลง ๆ ให้เช่าในราคาถูกและต่อมาได้มีผู้เข้าไปอาศัยอยู่อย่างแออัด

นอกจากนั้นยังปรากฏว่า ชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครนั้นสามารถแยกตามลักษณะการตั้งถิ่นฐานออกได้เป็น 4 ประเภทด้วยกัน ชุมชนดั้งเดิม ชุมชนใหม่ ชุมชนประเภทบุกรุก และชุมชนที่ห้องหรือร้าง เป็นต้น ซึ่งชุมชนแออัดประเภทต่าง ๆ นี้ มีขนาดแตกต่างกัน ตั้งแต่ 20 หลังคาเรือน ถึง 4,000 หลังคาเรือน โดยเฉลี่ยแล้วชุมชนหนึ่ง ๆ จะมีครอบครัวอยู่ประมาณ 150 ครอบครัว และประมาณ 37.0 เพอร์เซ็นต์ของผู้ที่อยู่อาศัยเหล่านี้ปลูกสร้างบนที่ดินของรัฐและประมาณ 63.0 เพอร์เซ็นต์ ปลูกสร้างบนที่ดินของเอกชน (วรรณสุข, 2527:6)

เป็นที่ทราบกันทั่วไปแล้วว่า จำนวนชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครนั้นมีมากกว่า 500 แห่ง โดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่มีประชาชนมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากในลักษณะที่เป็นชุมชนแออัดนี้ ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น การให้บริการทางด้านสาธารณสุขและสาธารณูปการที่ไม่เพียงพอ การขาดความปลอดภัยในทรัพย์สินและที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ยังมีปัญหาภาวะแวดล้อมเน่าเสีย ซึ่งเกิดจากขยะและสิ่งปฏิกูลที่สกปรก มีผลทำให้สุขภาพอนามัยเสื่อมโทรม เกิดโรคร้ายไข้เจ็บและโรคระบาดต่าง ๆ ได้โดยง่าย ส่วนอาชญากรรม โสเภณี และยาเสพติดนั้นก็มิได้อยู่โดยทั่วไปในบริเวณที่เป็นชุมชนแออัด

สำหรับกรุงเทพมหานครนั้น ถึงแม้ว่าการบริการทางด้านสาธารณสุขจะมีค่อนข้างเพียงพอเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ แต่เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเป็นการเพิ่มที่เนื่องมาจากการย้ายถิ่นของชาวชนบทอพยพเข้ามาเป็นจำนวนมาก จึงทำให้การบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะจากทางฝ่ายรัฐบาลมีจำนวนไม่เพียงพอกับคนกลุ่มดังกล่าวนี้ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันทางกรุงเทพมหานครจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ถึง 55 แห่งทั่วกรุงเทพฯ แล้วก็ตาม แต่เนื่องจากระบบและวิธีการให้บริการนั้นไม่สามารถที่จะสนองความต้องการของคนยากจนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเหล่านี้ได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ จึงทำให้มีประชาชนเหล่านี้มีสุขภาพอนามัยที่ไม่สมบูรณ์ เมื่อเทียบกับประชากรกรุงเทพฯ โดยทั่ว ๆ ไป

จำนวนแขวง ชุมชนแออัดและครอบครัว (โดยประมาณ)
ในกรุงเทพมหานคร จำแนกเป็นรายเขต

| เขต | แขวง | ชุมชนแออัด | ครอบครัว (โดยประมาณ) |
|-----------------|------|------------|-------------------------|
| กรุงเทพมหานคร | 150 | 521 | 117,664 |
| 1. พระนคร | 12 | 14 | 2,005 |
| 2. ป้อมปราบฯ | 5 | 7 | 967 |
| 3. ปทุมวัน | 4 | 12 | 3,090 |
| 4. สัมพันธวงศ์ | 3 | 1 | 113 |
| 5. บางรัก | 5 | 5 | 485 |
| 6. ยานนาวา | 8 | 45 | 14,728 |
| 7. คูสิต | 6 | 65 | 13,930 |
| 8. พญาไท | 5 | 49 | 10,258 |
| 9. ห้วยขวาง | 4 | 26 | 3,011 |
| 10. พระโขนง | 9 | 75 | 21,492 |
| 11. บางเขม | 9 | 32 | 5,723 |
| 12. บางกะปิ | 8 | 15 | 1,945 |
| 13. หนองจอก | 8 | - | - |
| 14. มีนบุรี | 7 | 2 | 343 |
| 15. ลาดกระบัง | 6 | 2 | 170 |
| 16. ธนบุรี | 5 | 24 | 6,939 |
| 17. คลองสาม | 4 | 19 | 3,242 |
| 18. บางกอกน้อย | 8 | 42 | 11,680 |
| 19. บางกอกใหญ่ | 2 | 14 | 3,209 |
| 20. ภาษีเจริญ | 10 | 23 | 5,949 |
| 21. บางขุนเทียน | 7 | 16 | 2,875 |
| 22. ดลิ่งชัน | 8 | 5 | 838 |
| 23. ราษฎร์บูรณะ | 4 | 26 | 4,352 |
| 24. หนองแขม | 3 | 2 | 320 |

แหล่งข้อมูล กรุงเทพมหานคร สํารวจเมื่อ พฤษภาคม 2528

การสาธารณสุขเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบำบัดรักษาสุขภาพ
ในขณะเดียวกัน อนามัยของประชากรในชุมชนโดยอ้อมยังบอกถึงภาวะการสาธารณสุขในชุมชนนั้น
ตลอดจนความสามารถในการดำเนินงานสาธารณสุขไปในตัวด้วย สำหรับประเทศไทยนั้นรัฐบาล
ทุกสมัยได้ให้ความสำคัญแก่งานสาธารณสุขตลอดมา แต่การจัดบริการด้านสาธารณสุขก็ยังไม่
สามารถครอบคลุมประชากรของประเทศได้อย่างทั่วถึง ทั้งนี้เนื่องจากปัญหามานาประการ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

เนื่องจากทางกรุงเทพมหานคร ได้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพอนามัยของ
ประชาชน จึงได้ให้ความสำคัญไว้เป็นอันดับแรก โดยจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสุขภาพของ
กรุงเทพมหานคร (2525-2529) นั้น ได้บรรจุโครงการสาธารณสุขมูลฐานไว้ในแผนด้วย
สำหรับโครงการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีนักโดย
มุ่งที่จะให้บริการทางด้านสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับประชาชนที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้เพื่อเป็นการ
หาทางร่วมมือและประสานงานกันในระหว่างหน่วยงานที่ให้การบริการทางด้านสาธารณสุขแก่
ประชาชน โดยใช้โครงการดังกล่าวนี้เป็นสื่อกลางในการสนองตามนโยบายการพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติที่จะให้ประชาชนทั่วไปมีสุขภาพที่ดีขึ้นภายในปี พ.ศ. 2543 และเพื่อให้ได้รับผลสำเร็จ
ตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงจำเป็นต้องกระตุ้นและให้การสนับสนุนชุมชน และประชาชนให้มี
การช่วยตัวเองในการที่จะพัฒนาและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นอกจากนั้นยัง
ต้องวางแนวทางที่จะให้ผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขทราบถึงนโยบายดังกล่าวนี้ในทุก
ระดับ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประชาชนที่อยู่ในชุมชนแออัดโดยตรง เพราะต้องการ
ให้ทำงานร่วมกับประชาชนในการวางแผนและดำเนินงานในการให้บริการสาธารณสุขในชุมชน
ด้วยกัน ไปตั้งแต่ต้น

ดังนั้น สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย โดยความสนับสนุนทางการเงินจากองค์การยูนิเซฟ จึงได้ทำการศึกษาวิจัย
เป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2526 ในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ)
4 แห่ง คือชุมชนวัดไผ่เงิน เขตยานนาวา, ชุมชนวัดสร้อยทอง เขตดุสิต, ชุมชนพาร์มวัฒนา
เขตพระโขนง และชุมชนร่วมรักษา เขตห้วยขวาง และจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งแรก
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้นำมาเป็นแนวทางรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

ในชุมชน โดยได้ดำเนินการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2527 ทุกแห่ง เพื่อทำหน้าที่เป็นวิทยากรในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข และเริ่มอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ส) ประจำชุมชนแออัดเป็นครั้งแรกทั้ง 4 ชุมชน ทั้งนี้ เพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดอื่น ๆ จุดประสงค์เพื่อนำเอาการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีในการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ ความสามารถในการพัฒนาการได้ด้วยตัวของเขาเอง และช่วยสังคมหรือเพื่อนบ้านได้ และเพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ ที่เข้าไปช่วยพัฒนา โดยมีกรรมการชุมชนเป็นแกนสำคัญในการที่จะประสานงานทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด

ในปี พ.ศ. 2527 ทางสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และยูนิเซฟสนับสนุนด้านการเงินให้สถาบันประชากรศาสตร์ทำการวิจัยในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง โดยให้ทำการวิจัยในชุมชนที่จจรดไฟ ก.ม. 11 เขตบางเขน บริเวณที่ตกเป็นตัวอย่างคือ บริเวณซอยปากกล้วย 1, ซอยปากกล้วย 2 และซอยไทรกู่ ผลการวิจัยในครั้งนี้ ปรากฏว่า ปัญหาของชุมชนแห่งนี้มีปัญหาด้านกายภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นชุมชนที่ยังไม่มีหน่วยงานใดเข้าไปช่วยเหลือ จึงถือว่าเป็นชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงตั้งแต่ต้น ฉะนั้นจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงได้เสนอแนะการแก้ไขปัญหาดังกล่าวไว้ดังนี้คือ

1. ให้มีการจัดตั้งกรรมการชุมชน เพื่อเป็นตัวแทนของชาวบ้านทั้ง 3 ซอย คือ ซอยปากกล้วย 1, ซอยปากกล้วย 2 และซอยไทรกู่
2. ให้รับดำเนินการปรับปรุงความสะอาดและสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะในเรื่องการติดตั้งประปา ขอมทางเดินเท้าและจัดทำสนามเด็กเล่น
3. ควรจะมีการนำโครงการพัฒนาชุมชน ในรูปแบบที่มีการช่วยเหลือร่วมมือกันจากประชาชนในชุมชนนั้น
4. แนะนำให้องค์กรเอกชนต่าง ๆ เข้าไปศึกษาและช่วยพัฒนา

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้เริ่มทำการเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2529 โดยทางสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้รับความร่วมมือจากสถาบันประชากรศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนทางการเงินจากองค์การยูนิเซฟ ดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐาน หลังจากทีสำนักอนามัย ได้นำผลการศึกษาวិจัยไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานในด้านสาธารณสุขมูลฐาน ในปี 2526 และ 2527 ตามลำดับ โดยมีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละชุมชน ทั้งนี้เพื่อศึกษาและวัดผลกระทบของโครงการที่มีต่อชุมชนแออัด ในทั้ง 3 รูปแบบ คือทั้งในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ) ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (ทางกายภาพ) และในชุมชนชานเมือง เป็นต้น

นิยามศัพท์

สาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุนบริการของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญระดับชุมชน หมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้าน การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสถานที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคีรัฐบาล ในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษ ฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และพึ่งตนเองได้

ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) หมายถึง ระดับความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตซึ่งมนุษย์แต่ละคนในสังคมพึงจะบรรลุในช่วงเวลาหนึ่ง

ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) คือ อาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมในการดำเนินงานสาธารณสุข-มูลฐานในเขตรอบนอกของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะคล้ายชนบท 11 เขต ประกอบด้วย 805 หมู่บ้าน โดยมีความรับผิดชอบคือ ผสส. 1 คน ดูแลประชาชน 15-20 หลังคาเรือน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ อาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตรอบนอกของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะคล้ายชนบท 11 เขต ประกอบด้วย 805 หมู่บ้าน โดยมีความรับผิดชอบคือ อสม. 1 คน ดูแล ผสส. ประมาณ 10 คน

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) คือ อาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมจากวิทยาการสาธารณสุข-มูลฐาน ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตรอบในของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะ

เป็นเขตเมือง 13 เขต และเป็นชุมชนแออัดประมาณ 521 แห่ง โดยมีความรับผิดชอบคือ
อสส. 1 คน ดูแลประชาชนประมาณ 20-30 หลังคาเรือน

กรรมการชุมชน (ก.ช) คือ คณะกรรมการชุมชนที่มีหน้าที่ดูแลความเป็นอยู่โดยทั่ว ๆ ไปใน
ชุมชนแออัด มีวาระอยู่ในหน้าที่ประมาณ 2-4 ปี

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. ศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านสาธารณสุขมูลฐาน ของผู้ที่อาศัย
อยู่ในชุมชนแออัดทั้ง 3 รูปแบบ
2. ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดก่อน และหลังจากที่มีการ
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ) และที่ยัง
ไม่ได้รับการปรับปรุง (ทางกายภาพ)
3. ศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินงานของโครงการสาธารณสุขมูลฐานว่าเหมาะสม
และสมควรมากน้อยเพียงใดในชุมชนแออัดทั้ง 3 รูปแบบ

เกณฑ์การคัดเลือกชุมชน/หมู่บ้าน

1. คัดเลือกจากชุมชนที่ทำการศึกษาไว้เดิม เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐาน ก่อน/หลัง
2. คัดเลือกจากชุมชนที่ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่แตกต่างกันในทั้ง 3 รูปแบบ
คือ แบบที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขในเมือง (ในชุมชนแออัดในเมืองที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว) และ
แบบที่ไม่มีอาสาสมัครแต่ใช้กรรมการชุมชนแทน (ในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงทางกาย
ภาพ) รวมทั้งแบบที่มีทั้ง ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ในชุมชน
ชานเมือง)
3. เขตหนองจอก ซึ่งเป็นเขตรอบนอก เลือกหมู่บ้านที่ลง จ.ป.ร. และที่ยังไม่
ได้ลง จ.ป.ร. ทั้งนี้เนื่องจากมีสภาพที่ใกล้เคียงกัน หากเลือกเขตอื่นแล้วนำมาเปรียบเทียบกับ
ชุมชนชานเมืองอื่น ๆ จะมีความแตกต่างกันมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากการศึกษาค้างครั้งนั้น เป็นการศึกษากลุ่มที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน ออกไปใน 3 ลักษณะ (โดยเฉพาะในทางกายภาพ) คือ กลุ่มคนที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว กลุ่มคนที่ยังไม่ได้ได้รับการปรับปรุง และกลุ่มคนในเมือง ฉะนั้น จึงมีกลุ่มคนที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาค้างครั้งถึง 6 กลุ่มด้วยกัน คือ กลุ่มคนวัดไผ่เงิน กลุ่มคนซอยร่วมรักษา กลุ่มคนวัดสร้อยทอง กลุ่มคนรถไฟ ก.ม. 11 กลุ่มคนซอยสงวนทรัพย์ และกลุ่มคนหนองจอก (ซึ่งเป็นกลุ่มคนในเมืองที่แบ่งออกเป็น 6 หมู่บ้านอีกด้วย) นอกจากนี้ ในการเก็บข้อมูลครั้งนั้นยังได้ทำการสัมภาษณ์ใน 3 ระดับด้วยกันคือ ระดับผู้นำชุมชน ระดับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน และระดับผู้รับบริการงานสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่เก็บได้มีดังนี้คือ

- จำนวนตัวอย่างระดับชุมชน (focus group) 6 ชุมชน (11 แห่ง)

ถามผู้นำชุมชนในลักษณะเป็นการสนทนากลุ่ม

ประกอบด้วย

กรรมการชุมชน

- ประธาน กรรมการ เลขานุการ

กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

- ผู้นำทางศาสนาและอื่น ๆ

- จำนวนตัวอย่างระดับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข 65 ราย

ถาม ผสส./อสส./อสม./กช.

- จำนวนตัวอย่างผู้รับบริการ

ถามผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ใน 6 ชุมชน

789 ราย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุมชนแออัดที่ตก เป็นตัวอย่าง

| ลำดับที่ | ชื่อชุมชน | จำนวนตัวอย่าง ที่เก็บได้ | |
|----------|----------------------------|-----------------------------|--|
| I | ชุมชนวัดไผ่เงิน | 200 | ชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ) |
| | ชุมชนหอร่วมรักษา | | |
| | ชุมชนวัดสร้อยทอง | | |
| II | ชุมชนรถไฟ ก.ม. 11 | 189 | ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการ ปรับปรุง (ทางกายภาพ) |
| III | ชุมชนซอยสงวนทรัพย์ | 121 | ชุมชนแออัด (ลง จ.ป.๕) |
| IV | ชุมชนแขวงหนองจอกหมู่ 1 | 79 | ชุมชนชานเมือง (ลง จ.ป.๕) |
| | ชุมชนแขวงหนองจอกหมู่ 2 | | |
| V | ชุมชนแขวงโคกแฝดหมู่ 2 | 200 | ชุมชนชานเมือง |
| | ชุมชนแขวงลำผักชีหมู่ 8 | | |
| | ชุมชนแขวงคูฝิ่งเหนือหมู่ 2 | | |
| | ชุมชนแขวงคูฝิ่งเหนือหมู่ 3 | | |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในโครงการนี้ จะแบ่งข้อมูลออกเป็น 5 เขต

ด้วยกันคือ

- I. ชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงกายภาพ ได้แก่ ชุมชนวัดไม้เงิน
ชุมชนวัดสร้อยทอง ชุมชนซอยร่วมรักษา
- II. ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงกายภาพ ได้แก่ ชุมชนรถไฟ ก.ม. 11
- III. ชุมชนแออัดที่ลง จ.ป.ฐ ได้แก่ ชุมชนซอยสงวนทรัพย์
- IV. ชุมชนชานเมืองที่ลง จ.ป.ฐ ได้แก่ ชุมชนแขวงหนองจอกหมู่ 1
ชุมชนแขวงหนองจอกหมู่ 2
- V. ชุมชนชานเมือง ได้แก่ ชุมชนแขวงโคกแฝดหมู่ 2 ชุมชนแขวงลำผักชีหมู่ 8
ชุมชนแขวงคูฝิ่งเหนือหมู่ 2 ชุมชนแขวงคูฝิ่งเหนือหมู่ 3

ฉะนั้น การวิเคราะห์ข้อมูลจากตารางและการอธิบายตัวเลข จะเป็นไปในลักษณะ

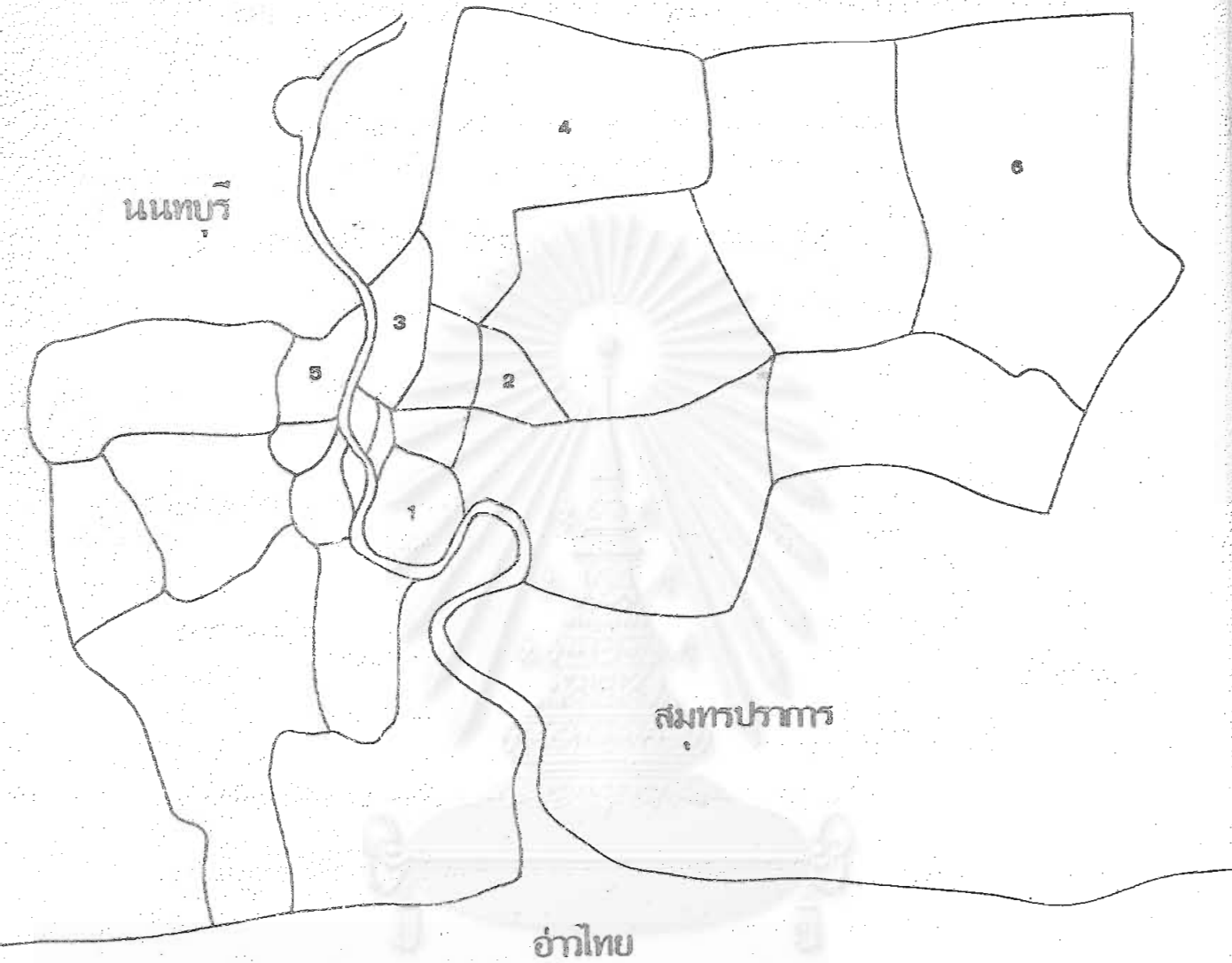
ดังต่อไปนี้

- ก. เปรียบเทียบข้อมูลทั้ง 5 เขต
(I เปรียบเทียบ II เปรียบเทียบ III เปรียบเทียบ IV เปรียบเทียบ V)
- ข. การวิเคราะห์ระหว่างชุมชนแออัดในเมือง เปรียบเทียบกับชุมชนชานเมือง
(I + III เปรียบเทียบ IV + V)

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนที่แสดงการกระจายตัวของชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง



1 เขตตลิ่งชัน

ชุมชนวัดใต้เขม

4 เขตบางเขน

ชุมชนรถไฟ ก.ม. 11

6 เขตหนองจอก

ชุมชนแขวงถนนสองจอก หมู่ 1

ชุมชนแขวงถนนสองจอก หมู่ 2

2 เขตทวีปราชวดี

ชุมชนชลออ่าวเนือกษา

5 เขตบางกอกน้อย

ชุมชนแขวงลำพลึง

ชุมชนแขวงโคกแฝก หมู่ 2

ชุมชนแขวงลำบางกั

ชุมชนแขวงคู้บึงเพนียด หมู่ 2

ชุมชนแขวงคู้บึงเพนียด หมู่ 3

3 เขตตลิ่งชัน

ชุมชนวัดวัดอัมมวาท

ลักษณะทางกายภาพและปัญหาโดยทั่ว ๆ ไปของชุมชน

ก. ชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ)

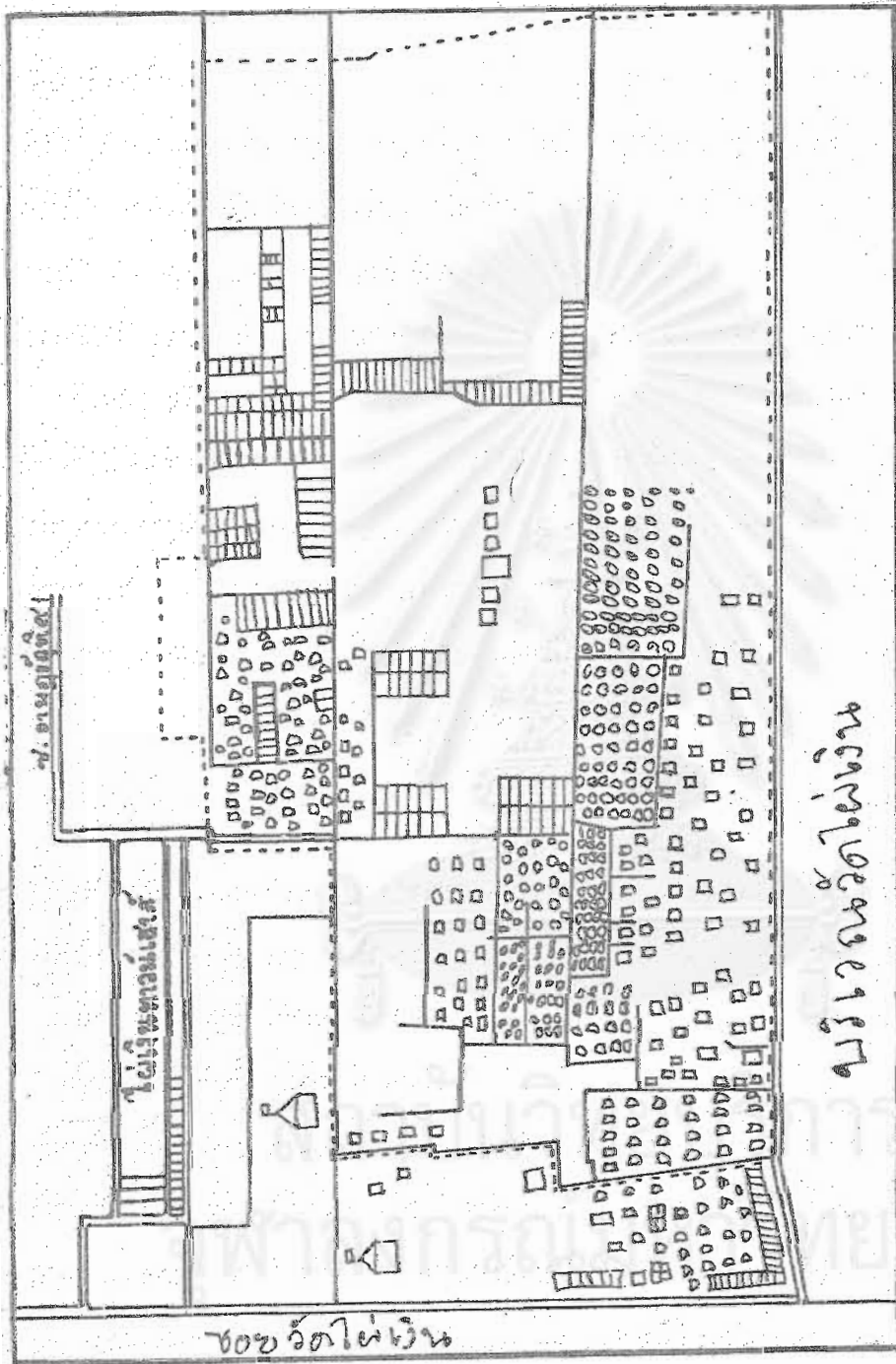
ชุมชนวัดไผ่เงิน

ปัญหาชุมชนในการวิจัยครั้งแรก จะเป็นปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการทิ้งขยะ ปัญหา ยาเสพติด ปัญหาการพนัน ปัญหาลักขโมย ไม่มีสนามเด็กเล่น ปัญหาไม่มีทางระบายน้ำ น้ำขัง ทำให้เกิดยุงชุม ปัญหาเหล่านี้ในการสำรวจครั้งหลังนี้จะพบว่า ชาวบ้านได้รวมตัวกรรมการ ชุมชนพัฒนาแก้ไขโดยร่วมมือกันอยู่ขั้นดี ปัญหาที่ยังคงมีอยู่ ซึ่งผู้อาศัยต้องการพัฒนาคือ ปัญหา การรुकล้ำกुकคลองของชาวบ้านทำให้กुकคลองคั้นเขิน การต่อเติมอาคารบ้านเรือนโดยไม่มีการ ขออนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย การรुकล้ำทางเดิน ปัญหา ยาเสพติด การพนัน ลักเล็ก ขโมยน้อย ปัญหาการเช่าที่ดินระหว่ำผู้เช่าและผู้ให้เช่า การขาดสนามเด็กเล่นและโรงเรียน ไม่พอจำนวนเด็ก (โรงเรียนมีแห่งเดียวที่วัดไผ่เงิน มีการเรียน 2 รอบ) ปัญหาเศรษฐกิจใน ชุมชนนี้ถ้าดูตามลักษณะกายภาพจะคักว่าชุมชนแออัด คืออาชีพของคณมีทั้งข้าราชการ ข้าราชการ บำนาญ ครู ลูกจ้าง กรรมกร ส่วนที่อยู่บ้านมักจะทำร้านค้าเล็ก ๆ ขายขนม ขายกับข้าว มีรายขายยาประเภท 1 อยู่หน้าปากซอย แต่ก็ยังมีปัญหาเรื่องเงินกู้

ชุมชนชอยร่วมรักษา

ผู้ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ประมาณ 70 เปอร์เซนต์ เข้าจากเจ้าของที่ดินรายใหญ่ราย เดียว และส่วนใหญ่อยู่กันมา 10 กว่าปี ผู้เช่า 30 เปอร์เซนต์มาจากต่างจังหวัด จึงเป็นผู้ที่มา เข้าในลักษณะชั่วคราว ในชุมชนนี้มีองค์กรที่เข้าไปช่วยพัฒนาตั้งแต่แรก คือการเคหะแห่งชาติ และทบวงมหาวิทยาลัย ปัญหาการไล่ที่ยังไม่มี เพราะเจ้าของที่บอกขายที่แต่ยังไม่มีคนซื้อ ใน ขณะนี้ก็มีอีกเพียงเมื่อหมดสัญญาแล้วก็ไม่ต่อสัญญาอีก ลักษณะทางกายภาพของชุมชนนี้ ได้พัฒนา แล้ว โดยเฉพาะทางเดินเท้าเป็นปูนซีเมนต์แทบทั้งหมด มีอยู่บางตอนที่ยังเป็นไม้ น้ำประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์เข้าไปถึง ผู้อาศัยในชุมชนนี้มีอาชีพหลายอย่าง เช่น รับจ้างค้าขายในตลาด หาบเร่ กรรมกร พนักงานขับรถ บขส. สภาพของชุมชนนี้มีทางเข้าออกได้หลายทาง ด้าน หลังติดกับตลาดและโรงหนัง คนที่อยู่บ้านจะทำร้านขายอาหารเล็กน้อย ส่วนมากจะรู้จักกันทั่ว ปัญหาในเขตนี้คือ ปัญหาการทำความสะอาด ปัญหาการทิ้งขยะไว้ตรงทางเข้าด้านหนึ่งซึ่งยังมี ที่ว่าง ทำให้เกิดมลภาวะเป็นพิษ ปัญหา ยาเสพติด ส่วนใหญ่จะติดกัญชาและหินเนอร์

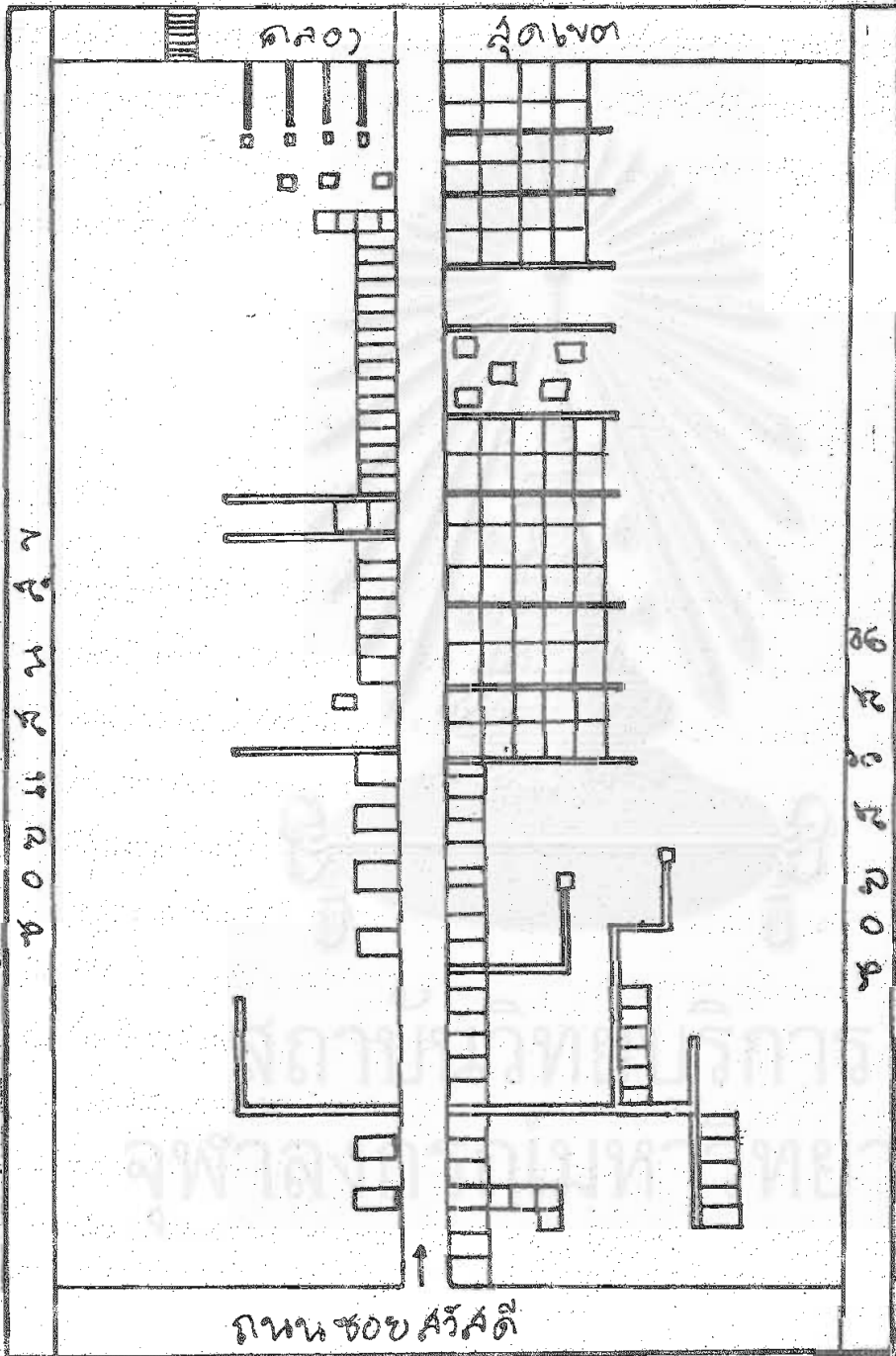
ชุมชนวัดไผ่เงิน



จำนวนประชากร 3506 คน

จำนวนครัวเรือน 626 หนองคาไผ่เงิน

ชุมชนคนตาบอดเขา (ช.ช่วยตา)



จำนวนประชากร 1100 คน

จำนวนครัวเรือน 325 ครัวเรือน

ชุมชนวัดสร้อยทอง

ลักษณะชุมชน ชาวบ้านอาศัยอยู่กันมานานนับเป็น 70 ปี และไม่มีการย้ายออก ที่ดินส่วนใหญ่เป็นของกรมธนารักษ์ มีของเอกชนบ้าง ชุมชนแออัดเขตนี้นานกว่าชุมชนวัดไผ่เงิน และขอयरร่วมรักษา ด้านหน้าติดกับวัดสร้อยทอง โดยมีสะพานไม้เชื่อม แต่ปัจจุบันเป็นปูนซีเมนต์ ซีกหนึ่งของชุมชนนี้ติดกับแม่น้ำเจ้าพระยา ชุมชนนี้ได้พัฒนาทางด้านกายภาพโดยการเคหะแห่งชาติเข้าไปมีส่วนพัฒนาแต่แรกเริ่ม มีประปา ไฟฟ้า โทรศัพท์ โรงเรียนอนุบาล เอกชน สนามเด็กเล่น ส่วนที่เป็นปัญหาของชุมชนในขณะนี้คือ การระบายน้ำ การทิ้งขยะและปัญหาน้ำซึ่งซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของมุง

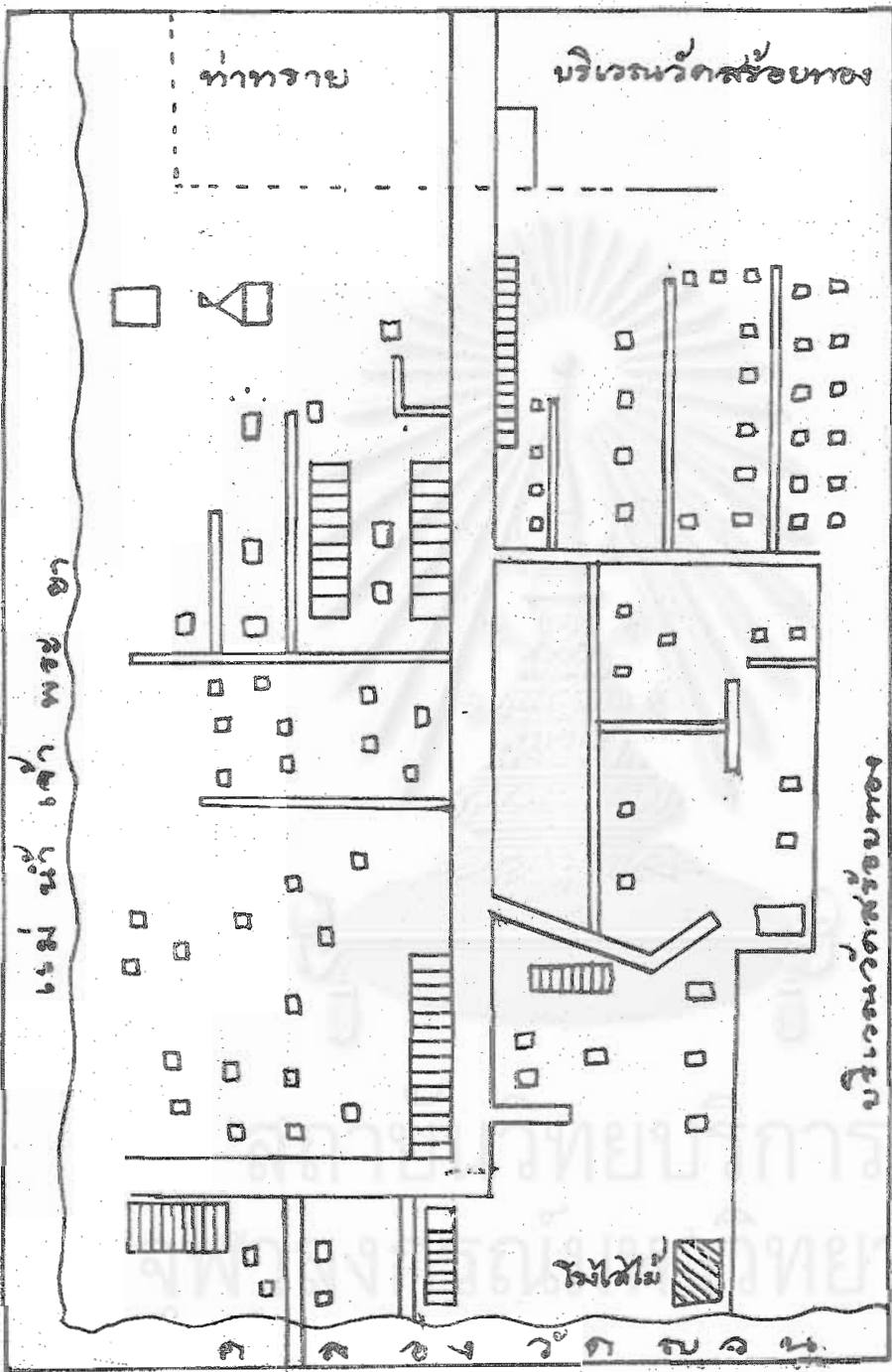
ข. ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (ทางกายภาพ)

ชุมชนแออัดที่จตุรศรไฟ กม. 11

ในการศึกษาวิจัยชุมชนแออัด กม. 11 ใน พ.ศ. 2529 ได้รับข้อมูลซึ่งแตกต่างไปจากครั้งแรกคือ มีการย้ายออกส่วนหนึ่ง มีบ้านเพิ่มเติมอีกโดยยังไม่มีบ้านเลขที่ ได้มีการพัฒนาทางกายภาพ เช่น ทางเดินเท้าได้ซ่อมแซมดีขึ้น โดยทางกรุงเทพมหานครคือสำนักอนามัย สำนักสวัสดิการสังคม และเขตบางเขน ได้เข้ามามีส่วนช่วยในการพัฒนา การเคหะแห่งชาติเข้ามาช่วยโดยทวีสถูปกรณ์ในการทำทางเดิน ช่วยหาอุปกรณ์ดับเพลิงพร้อมทั้งอบรมวิธีใช้ เชคช่วยในการดำเนินการเลือกตั้งกรรมการชุมชน การขอเลขบ้าน จัดตั้งกรรมการชุมชนเป็นครั้งแรก เพื่อสนองความต้องการของประชาชน ในเรื่องการแก้ปัญหาคือ เรื่องน้ำ เป็นผู้ประสานงานในการจัดตั้งประปา ไฟฟ้า นอกจากนั้นยังมีองค์การเอกชนที่เข้ามาช่วยพัฒนา คือสภาสตรีแห่งชาติ เข้ามารณรงค์ในเรื่องรักษาความสะอาดโดยจัดการประกวดบ้าน ให้รางวัลแก่บ้านที่อยู่ในสภาพสะอาด จัดบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ในเรื่องความสะอาดของบริเวณนี้พัฒนาขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2527 โดยเฉพาะการทิ้งขยะตามบริเวณบ้านและลำคลอง

ส่วนปัญหาที่ยังคงมีอยู่ในชุมชน และประชาชนยังต้องการแก้ไขต่อไปคือ ปัญหาสุขภาพเสทติค โดยเฉพาะพวกติดยาเสพติด ทำให้เกิดปัญหาเล็กเล็ขโมยน้อย ปัญหาเรื่องการกำจัดมุง ปัญหาอัคคีภัย อยากได้อุปกรณ์เพิ่มเติมโดยเฉพาะ เครื่องสูบลูกสูบที่เป็นสายที่สูบน้ำจาก

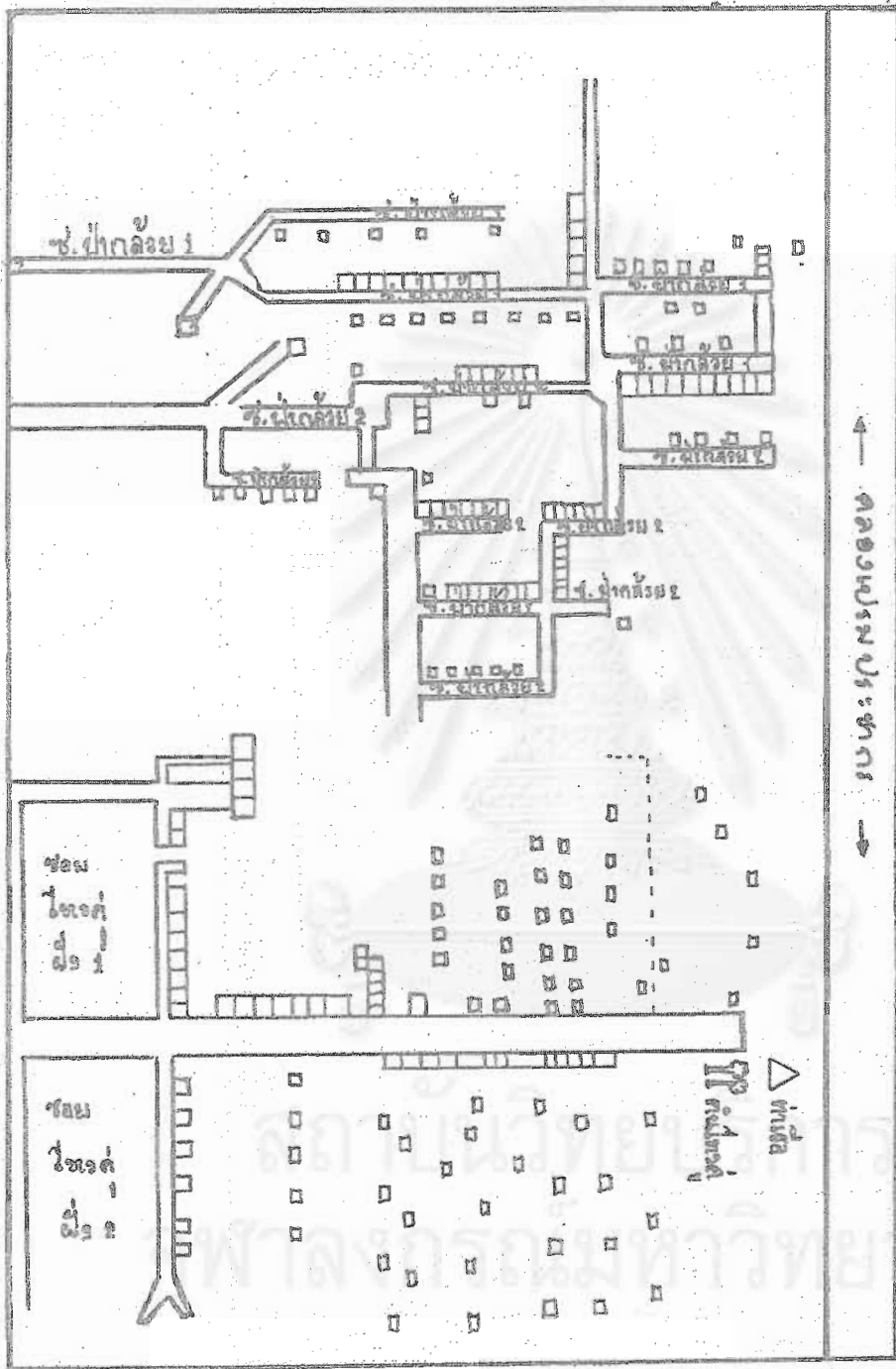
ชุมชนวัดศรัทธาทอง



จำนวนประชากร 722 คน

จำนวนครัวเรือน 120 หลังคาเรือน

ชุมชนรถไฟ ก.ม. 11



จำนวนประชากร ๒๕๕ คน

จำนวนครัวเรือน ๕๐ ครัวเรือน

คลองชลประทานได้ เพราะรถเข้าไปไม่ถึง และอุปกรณ์ทางเคมียังมีไม่พอ ถ้าได้ตามความต้องการ ประชาชนจะได้ช่วยตัวเองในการป้องกันได้มากขึ้น ปัญหาการขุดเจาะดังส้วมในเวลากลางคืนเพื่อระบายลงน้ำ ทำให้เกิดมลภาวะเป็นพิษ ซึ่งยังไม่ทราบจะแก้กันอย่างไร นอกจากนี้ ยังมีความต้องการให้มีโทรศัพท์สาธารณะเพื่อแจ้งเวลาเกิดอัคคีภัยหรือเหตุร้ายต่าง ๆ

นอกจากนั้น ยังมีบริการเสียงตามสายในชุมชนนี้ นับว่าเป็นการประชาสัมพันธ์ที่ดี ทางหนึ่งที่ทางกรรมการชุมชนจะแจ้งข่าวให้ประชาชนได้ทราบอย่างทั่วถึงได้ทันการ โดยเฉพาะในการที่จะร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาชุมชน

ปัญหาเรื่องน้ำมีชื่อที่น่าสังเกตคือ ถึงแม้ผู้อาศัยอยู่ในเขตนี้อาจมีน้ำประปาติดตั้งไปตั้งแต่แล้ว แต่มีเพียง 20 เบลอร์เซ็นต์ ที่จะขอติดตั้ง ส่วนใหญ่ยังต่อท่อพลาสติก หรือขอซื้อจากชาวบ้านที่ติดตั้งแล้ว บางบ้านที่ติดกับคลองชลประทานยังใช้น้ำคลอง ส่วนน้ำดื่มใช้น้ำฝนซึ่งใส่คุ่มไว้ การที่ชาวบ้านไม่ติดตั้งโดยให้คำขอบว่าไม่มีเงินในการขอติดตั้งตอนแรก ผู้ที่จะขอติดตั้งต้องเป็นผู้ที่อยู่มานาน และอยู่ในฐานะค่อนข้างดี มีที่เป็นของตนเอง หรือเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ เพราะใช้ระบบผ่อนได้ ส่วนนี้ที่ไปขอาบ ล้างขาม ซักผ้า ยังเห็นบางบ้านยังใช้คลองในชอปลายกั้วอยู่ โดยเฉพาะเด็ก ๆ ยังลงไปอาบน้ำกันอยู่เสมอ

ส่วนปัญหาเรื่องการไล่ที่มีผู้อาศัยบางท่านเกรงว่าจะอยู่ได้ไม่ถาวร เพราะกลัวจะมีการไล่ที่ เพราะส่วนใหญ่เป็นที่ของเอกชน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการพัฒนา เพราะชาวบ้านไม่มีความมั่นใจในกรรมสิทธิ์ที่ดินที่จะอยู่ได้อย่างถาวร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ก. ชุมชนแออัดในเมือง (ลง จ.ป.ฐ.)

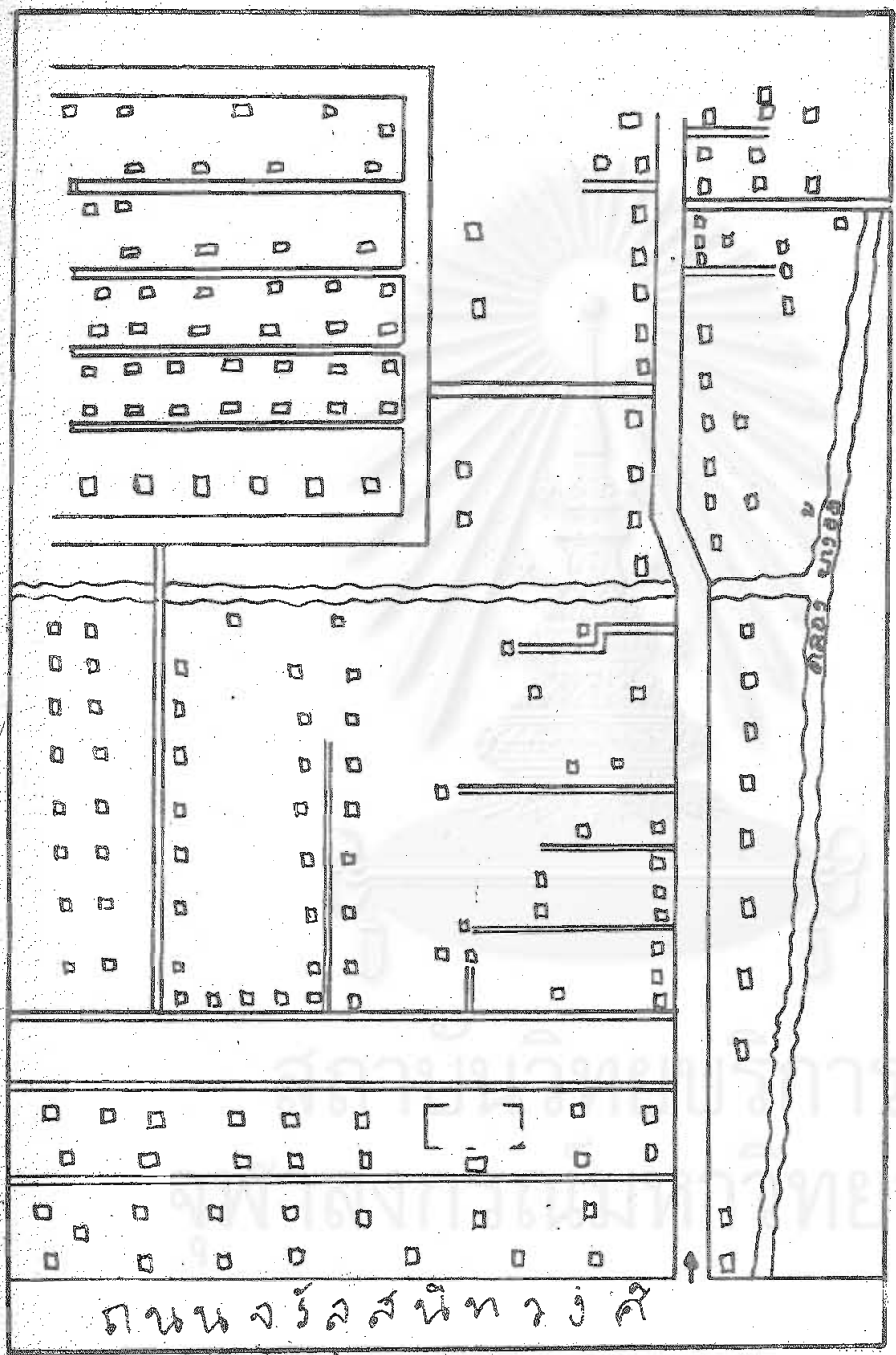
ชุมชนสงวนทรัพย์ เขตบางพลัด

ผู้อยู่อาศัยในชุมชนเป็นพวกที่อยู่กันมาประมาณ 12-13 ปี โดยมาเช่าจากเอกชน
ปลูกกัน มีเจ้าของที่ดินอยู่ 5 ราย บางส่วนที่อยู่ประจำอีกพักอยู่ และไม่คิดย้าย การย้ายออก
ของคนส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มาเช่าอยู่ เพราะคิดว่าที่นี้ค่าเช่าแพง หรือบางคนต้องการมีบ้านของ
ตนเอง โดยผ่อนบ้านจัดสรร ประชาชนมีหลายอาชีพ ลักษณะทางกายภาพเป็นส่วน มีทางเดินเท้า
ทำด้วยปูนซีเมนต์ มีคูสวนเป็นทางระบายน้ำ น้ำประปา ไฟฟ้า มีถัง (น้ำประปาทำใช้กันเอง
ตามบ้าน) เด็กก่อนวัยเรียนนำมาฝากไว้ศูนย์เลี้ยงเด็กของชุมชน เด็กที่โตแล้วถึงเกณฑ์เรียน
เข้าโรงเรียนวัดจักรแก้ว

ปัญหาในชุมชนที่สำคัญคือ น้ำท่วม ปัญหาหนี้ซึ่งยุ่งชุม ปัญหาที่จะต้องช่วยกันพัฒนา
คือเรื่องไฟฟ้า เพราะอยากให้มีการติดอย่างถาวร มีความต้องการที่จะมี เครื่องตัด ไฟฟ้าในชุมชน
เพื่อป้องกันไฟไหม้ และควรตั้งอยู่ที่ตรงทางเข้าชุมชน และควรมี เครื่องดับเพลิงเพิ่มเติม ปัญหา
เรื่องขยะในชุมชน คือการจัดเก็บไม่เป็นเวลาเท่าที่ควร ควรจะมีการปรับปรุงซึ่งกรรมการชุมชน
เห็นสมควรให้มีการเก็บขยะอาทิตย์ละ 2 ครั้ง นอกจากนี้มีปัญหาเรื่องเจ้าหน้าที่ขนขยะพูดจา
ไม่ค่อยดี นอกจากนี้ ผู้นำชุมชนอยากให้มืองค์การต่าง ๆ เข้ามาศึกษาเพื่อให้คำปรึกษาและ
ช่วยพัฒนาในชุมชนเพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาทางด้านอาชญากรรมในชุมชนแห่งนี้มีอยู่ค่อนข้างน้อย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุมชนสวนเทพย์



ถนนจรัสสีหนิทรังสี

จำนวนประชากร 1674 คน

จำนวนครัวเรือน 200 หนึ่งคาเอ็ดน

๖. ชุมชนชานเมือง (ลง จ.ป.ร.)

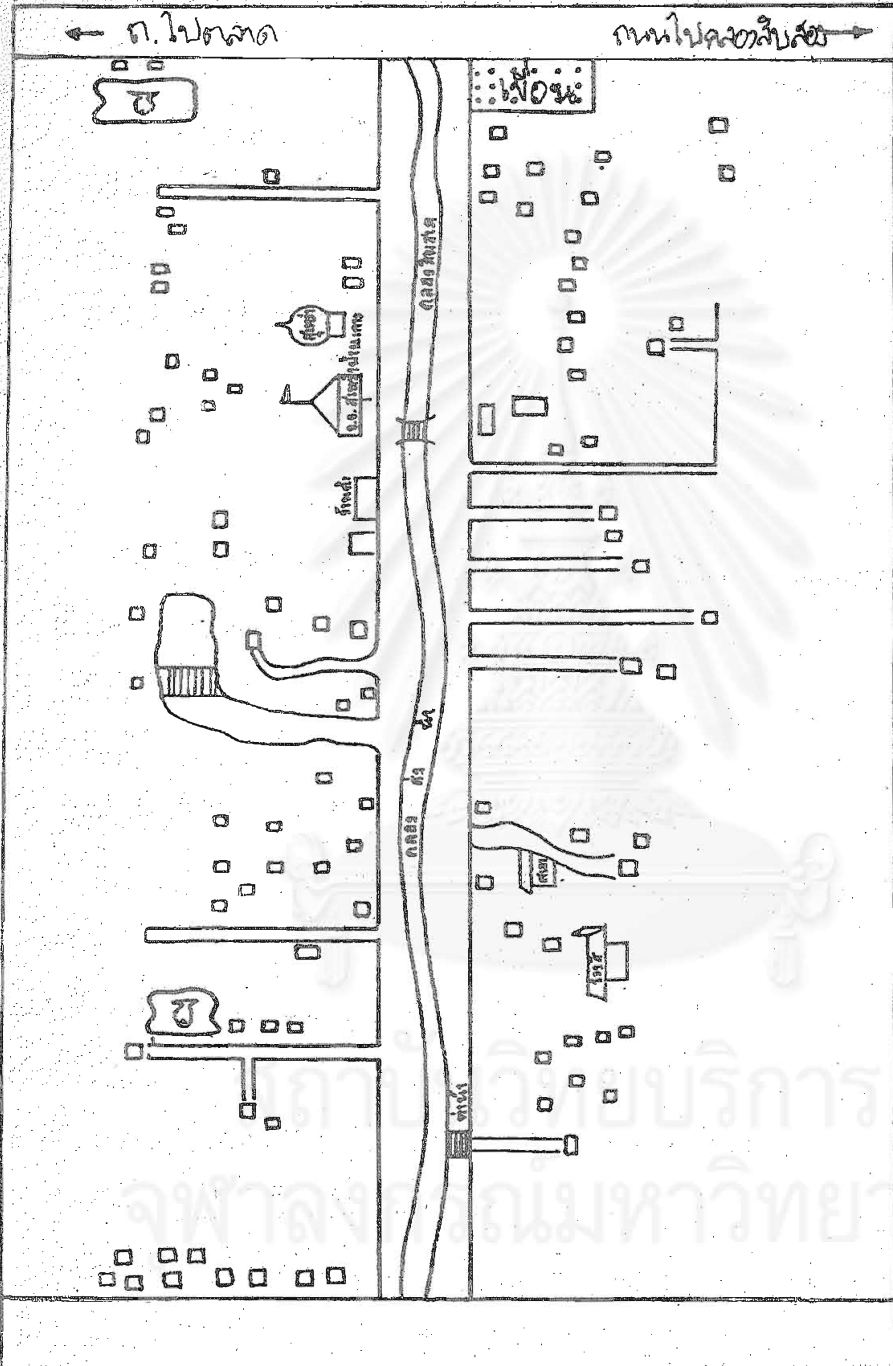
แขวงหนองจอก หมู่ 1 หมู่ 2

มีชื่อเรียกตามภาษาชาวบ้านว่า "บ้านเกาะ" คนในหมู่บ้านส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา คนรุ่นหนุ่มสาวเริ่มออกไปทำงานนอกบ้าน คือ รับจ้าง ส่วนมากทำงานในบริษัทเจริญโภคภัณฑ์ แต่ตำแหน่งอยู่ในระดับลูกจ้าง คนงาน ในหมู่ที่ 1 มีร้านขายของชำเล็ก ๆ เพียง 1-2 ร้าน และหมู่ที่ 2 ก็เช่นกัน มีร้านขายของเพียง 1-2 ร้าน และมีร้านตัดผม 1 ร้าน นอกจากนี้ยังพบว่าราษฎรบางครัวเรือนในหมู่ 1 และหมู่ 2 มีอาชีพเลี้ยงปลาขาย มีบ่อเลี้ยงปลาติดอยู่กับที่พักอาศัย (ไม่เกิน 10 ครัวเรือน)

โดยลักษณะทางกายภาพแล้ว หมู่ 1 และหมู่ 2 เป็นหมู่บ้านที่ใกล้กันมาก และอยู่ห่างกันเพียงคนละปากคลอง โดยมีคลองสิบสามเป็นคลองชลประทานสำหรับส่งน้ำเข้ามากันอยู่ การติดต่อกันของคนใน 2 หมู่บ้านนี้ไม่สามารถให้รถข้ามผ่านไปได้ หมู่บ้านนี้อยู่ห่างจากที่ว่าการหนองจอกประมาณ 1-5 กิโลเมตร ประชากรใน 2 หมู่บ้านนับถือศาสนาอิสลาม "สุเหร่าบ้านเกาะ" เป็นสถานที่สำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และเป็นที่พักประชุมและดำเนินกิจกรรมของคนในหมู่บ้าน เด็ก ๆ ส่วนใหญ่จะศึกษาในโรงเรียนสุเหร่าบ้านเกาะ ซึ่งตั้งอยู่ติดกับสุเหร่าในบริเวณหมู่ 1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุมชนแขวงหนอนจอก ทม. 1, 2



จำนวนประชากร 404 คน

จำนวนครัวเรือน 80 ครัวเรือน

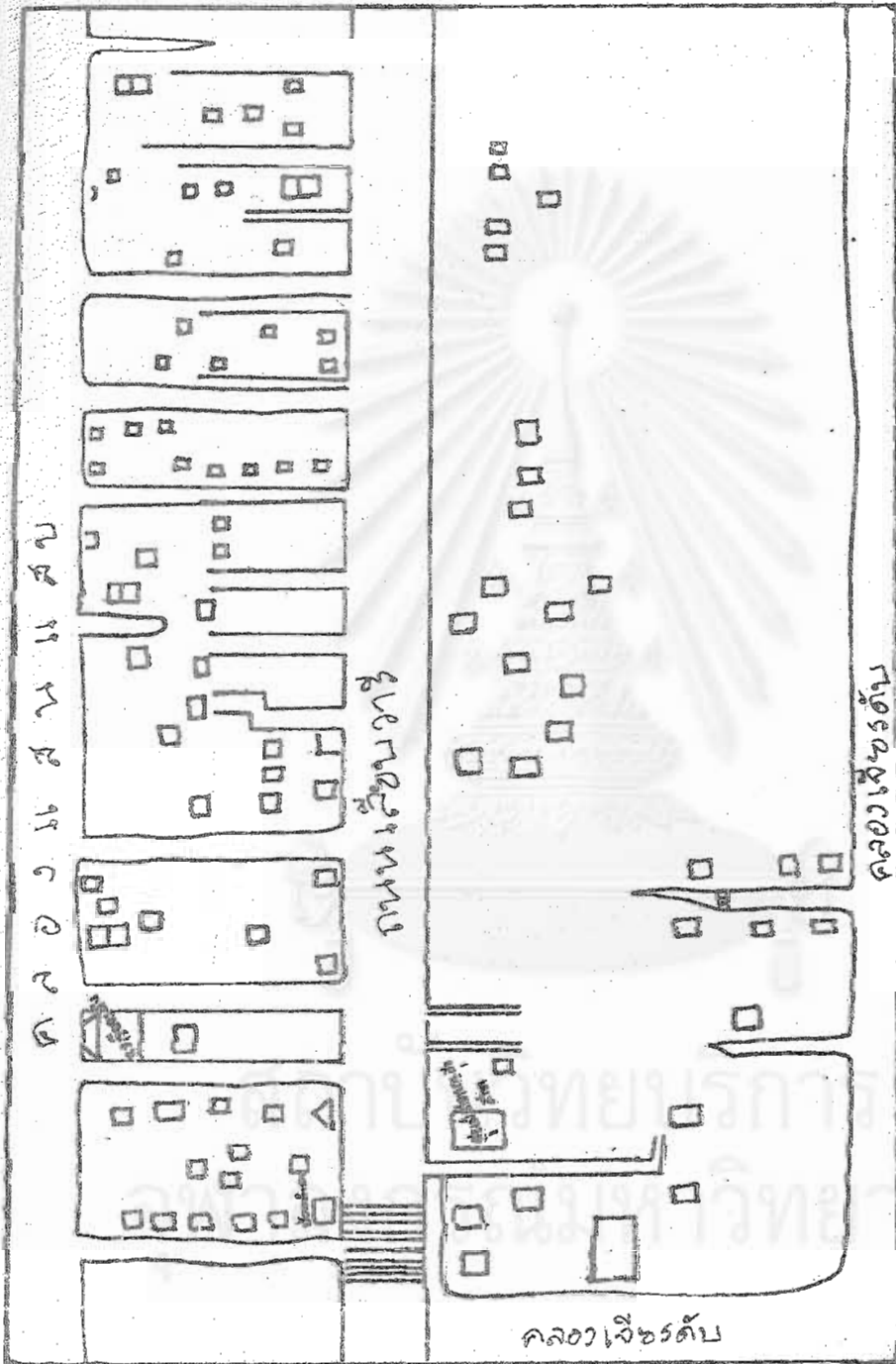
จ. ชุมชนชานเมือง (ไม่ลง จ.ป.ร.)

ชุมชนแขวงโคกแฝก หมู่ 2

ชุมชนแขวงโคกแฝกตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการเขตหนองจอกประมาณ 4 กิโลเมตร หมู่บ้านนี้ตั้งอยู่ 2 ฟากถนนเลียบวารี บริเวณที่มีประชากรหนาแน่นคือ บริเวณฝั่งซ้ายของถนนเลียบวารี ซึ่งอยู่ติดกับคลองแสนแสบ ในหมู่บ้านนี้มีศูนย์สาธารณสุขสาขาตั้งอยู่ด้วย และเจ้าหน้าที่ศูนย์มีความเอาใจใส่ในการปฏิบัติหน้าที่มาก ได้ทราบจากชาวบ้านว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์จะไปเยี่ยมบ้านบ่อยครั้ง โดยไม่ต้องรอให้ชาวบ้านไปขอรับบริการเอง ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา และนับถือศาสนาอิสลาม กิจกรรมที่ทำ เช่น ปั่นโองใส่ผ้าเก็บไว้รับประทานในหน้าแล้ง ส่วนน้ำที่ใช้ในกิจวัตรประจำวันนั้นใช้น้ำในคลอง

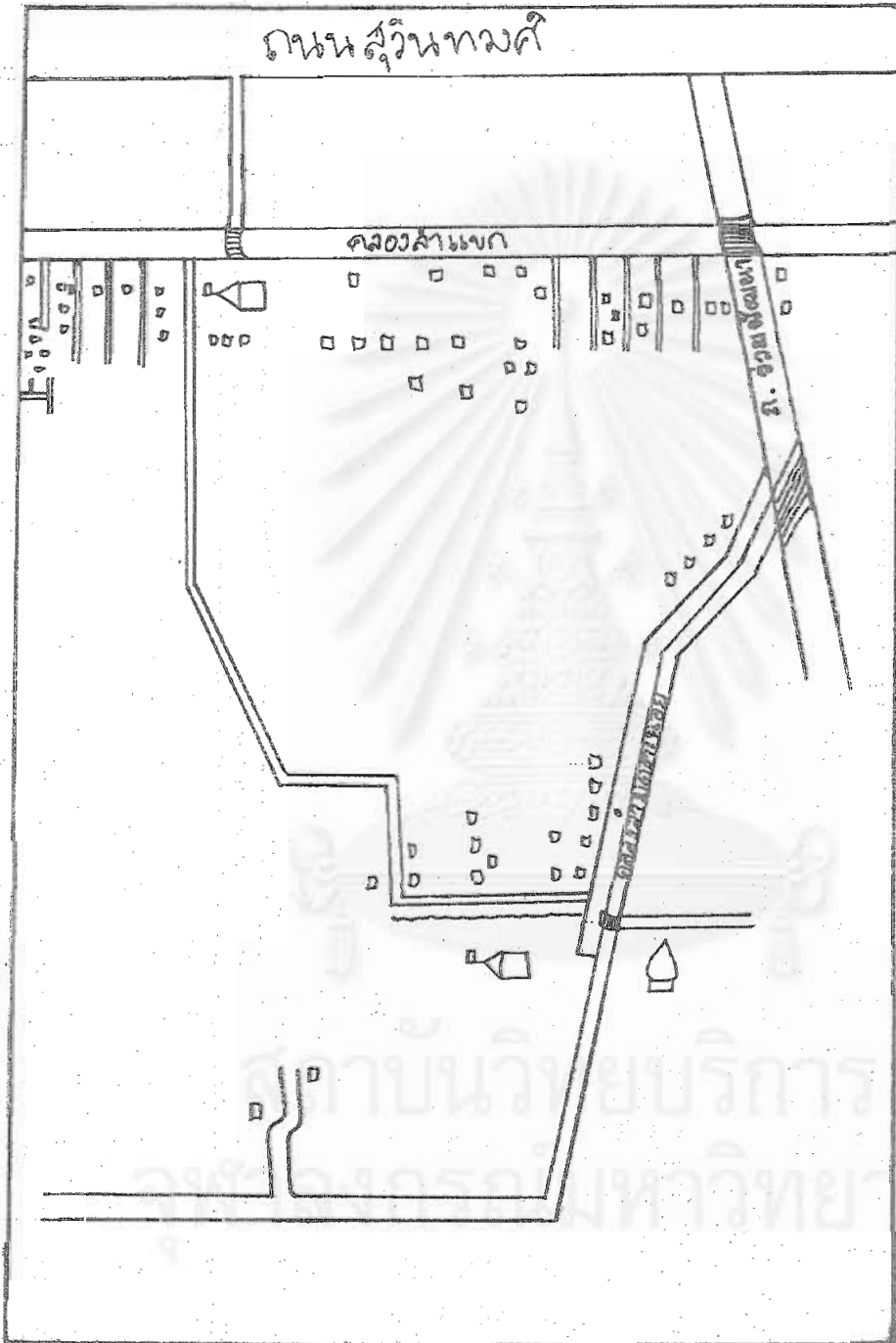
ชุมชนแขวงลำผักชี หมู่ 8

แขวงลำผักชีหมู่ 8 อยู่ห่างจากที่ว่าการเขตหนองจอกไปตามเส้นทางสายกรุงเทพฯ-ฉะเชิงเทรา เป็นระยะทางประมาณ 12-13 กิโลเมตร โดยลักษณะทางกายภาพหมู่บ้านนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ บริเวณหมู่บ้านด้านในซึ่งมีราษฎรปลูกสร้างบ้านเรือนเป็นกลุ่มอยู่ในที่นา ห่างจากถนนสายกรุงเทพฯ-ฉะเชิงเทราไม่ต่ำกว่า 7-8 กิโลเมตร ประชากรที่ปลูกสร้างบ้านเรือนในบริเวณนี้ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ประชากรอีกกลุ่มหนึ่งจะพักอาศัยอยู่ริมคลอง การไปสัมผัสภาพจะต้องใช้เรือโดยตลอด เนื่องจากหมู่บ้านนี้แยกเป็น 2 กลุ่ม จึงมีผู้ใหญ่บ้านแยกกันดูแลราษฎรกลุ่มละคน แต่การรวมตัวกันของชาวบ้านเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ แทบไม่มี ทั้งนี้เพราะชาคู้คนที่เป็นกำลังสำคัญ ชาวบ้านนอกจากมีอาชีพหลักทำนาแล้ว มีการปั่นโอง นอกจากนี้ มีกิจกรรมขุดลอกคลอง กว้จักฝึกตนชว ในหมู่ 8 นี้ นอกจากไม่มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งแล้ว การปลูกสร้างบ้านเรือนที่อยู่ห่างกัน ตลอดจนการอยู่อาศัยในคลองขอมเล็ก ๆ ทำให้การคมนาคมติดต่อเป็นไปโดยไม่สะดวก ชาวบ้านส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม พิธีการทำที่สุเหร่าซึ่งมี 2 แห่ง และชาวบ้านที่อยู่บ้านบริเวณด้านในซึ่งอยู่ในทุ่งนา และชาวบ้านที่อยู่บริเวณริมคลองจึงไม่ค่อยมีโอกาสพบปะหรือติดต่อกันเลย ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อกันด้วยพิธีกรรมทางศาสนาหรือพิธีกรรมทางสังคม



จำนวนประชากร 643 คน

จำนวนครัวเรือน 130 ครัวเรือน



จำนวนประชากร 315 คน

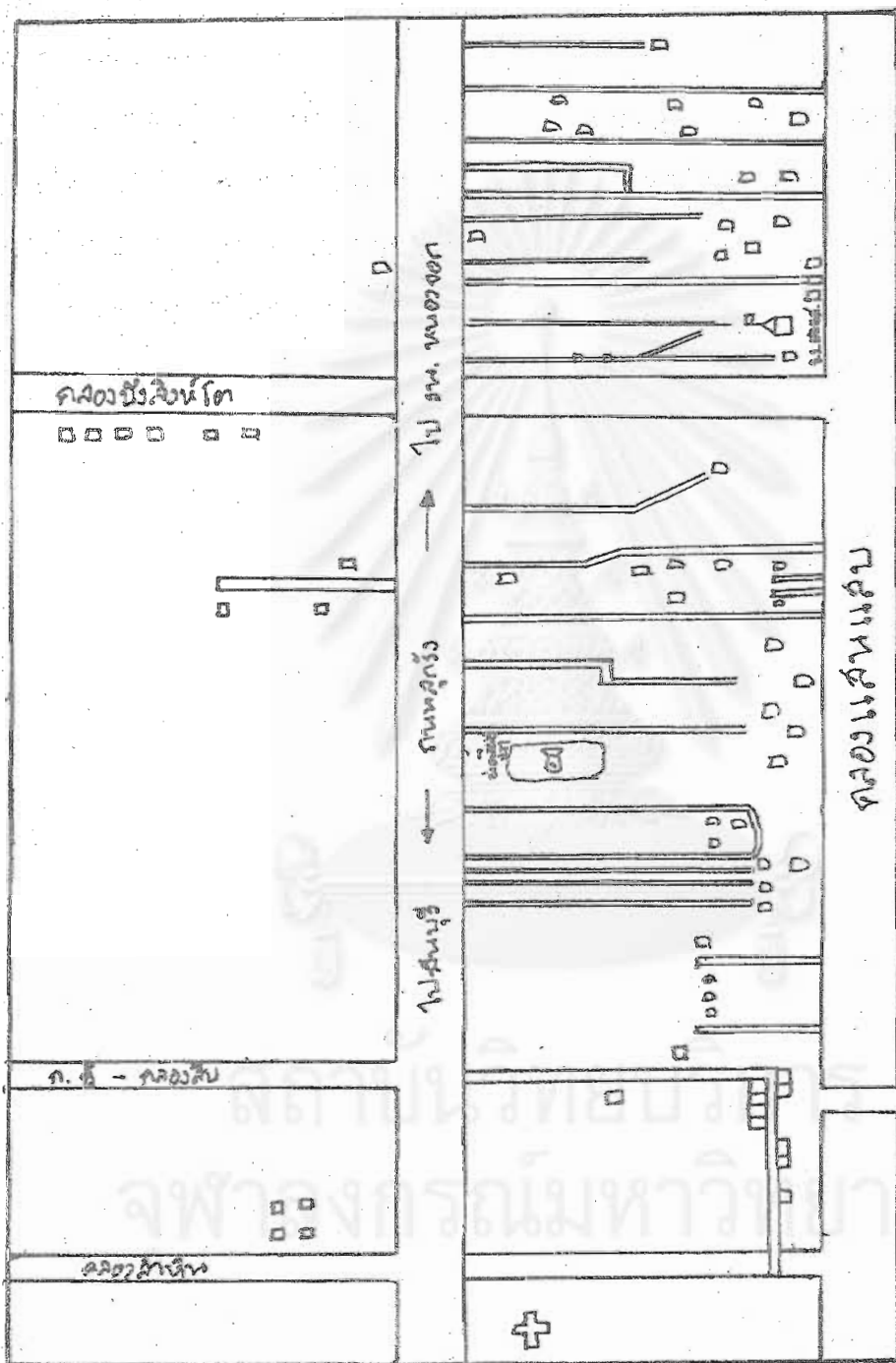
จำนวนครัวเรือน 103 ครัวเรือน

ชุมชนแขวงกู่ฝิ่งเหนือ หมู่ 2, หมู่ 3

แขวงกู่ฝิ่งเหนือ หมู่ 2, หมู่ 3 ลักษณะของหมู่บ้านตั้งอยู่สองฟากถนนมิตรไมตรี การตั้งบ้านเรือนของราษฎรในเขตหมู่บ้านทั้งสองนี้ ตั้งอยู่อย่างกระจายกัน บ้านแต่ละหลังอยู่ในลักษณะห่างกัน จะมีบางแห่งที่บ้านเรือนตั้งอยู่เป็นกระจุกบริเวณสองฟากคลองลำหิน ราษฎรที่พักอาศัยอยู่ติดกับคลองลำหินจะมีอาชีพค้าขาย ในขณะที่ราษฎรที่ตั้งบ้านเรือนอยู่นอกบริเวณดังกล่าวจะมีอาชีพทำนา นอกจากนี้ยังพบว่าในเขตหมู่ 3 มีฟาร์มไก่และโรงพักไข่ซึ่งเป็นโรงงานขนาดกลาง ตั้งอยู่บริเวณใกล้ ๆ กับฟาร์มไก่ จะมีบ้านเรือนราษฎรปลูกอยู่ใกล้ ๆ กันหลายหลัง ซึ่งเป็นราษฎรที่อพยพเข้ามาอยู่ใหม่ ไม่ใช่คนในท้องถิ่นเดิม คนหนุ่มสาวบางคนจะทำงานเป็นลูกจ้างและแรงงานในฟาร์มไก่และโรงพักไข่แห่งนี้

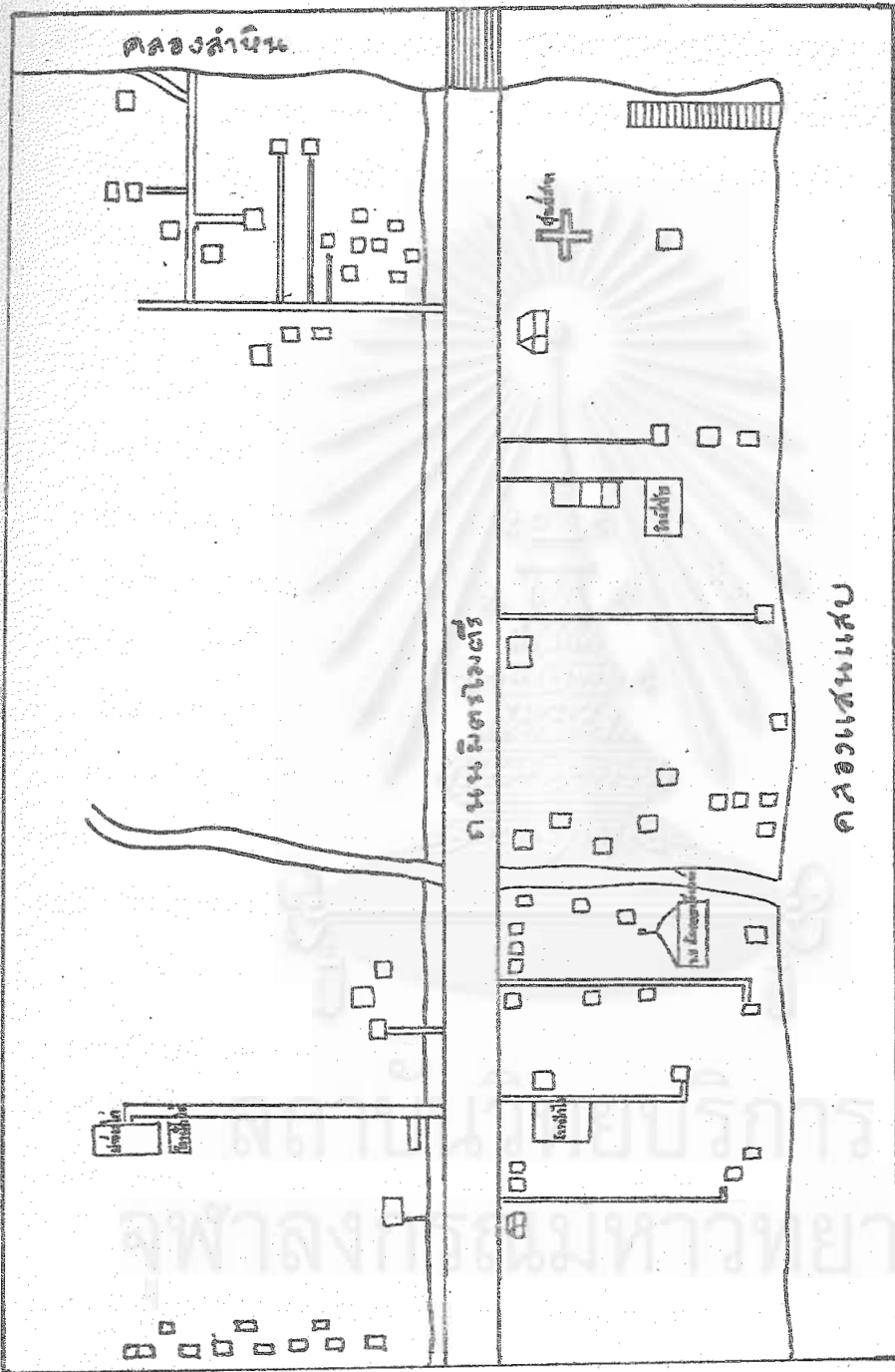


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จำนวนประชากร 385 คน

จำนวนครัวเรือน 47 หลัง



จำนวนประชากร 429 คน

จำนวนครัวเรือน 87 ครัวเรือน

ลักษณะทางประชากร สังคม เศรษฐกิจ การศึกษาบิดาและสิ่งแวดล้อม

สำหรับบุคคลที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้หญิงที่มีอายุอยู่ในระหว่าง 15-49 ปี ที่เคยแต่งงานแล้ว ไม่ว่าจะเป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ และเมื่อพิจารณาถึงลักษณะทางประชากรโดยทั่ว ๆ ไปแล้วพบว่า อายุขัยโดยเฉลี่ยของผู้ให้สัมภาษณ์นั้นอยู่ในระหว่างวัยกลางคน คือประมาณ 25-35 ปี คือมีอยู่เกือบจะครึ่งหนึ่งหรือประมาณ 42.6 เปอร์เซ็นต์ของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด และเป็นแบบแผนที่ดีคล้ายคลึงกันในทุก ๆ ชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง

ส่วนจำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบันนี้ สตรีผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เกือบประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ จะมีบุตรอยู่เพียง 1-2 คนเท่านั้น และถ้าจะพิจารณาถึงชนิดของแต่ละชุมชนก็จะมีลักษณะเช่นเดียวกัน คือมีจำนวนผู้ที่มีบุตร 1-2 คนอยู่ถึง 46.5 เปอร์เซ็นต์ในชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว 55.6 เปอร์เซ็นต์ในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง และสำหรับชุมชนชานเมืองนั้นมีอยู่เพียง 32.9 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น คือผู้ที่มีบุตรจำนวน 1-2 คนในชุมชนชานเมืองนั้นมีจำนวนน้อยกว่าชุมชนสองชนิดแรก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในชุมชนแออัดชานเมืองนั้น ส่วนใหญ่นั้นนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งการวางแผนครอบครัวนั้นขัดกับทางศาสนา หรือไม่ก็ประกอบกับมีอาชีพที่ทำเกษตรกรรมซึ่งต้องการคนช่วยในการทำงาน ฉะนั้น จำนวนสตรีที่มีบุตร 3-4 คน และ 5-6 คนจึงมีจำนวนสูงกว่าชุมชนอื่น ๆ คือมีอยู่ประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์และ 19 เปอร์เซ็นต์ตามลำดับ แต่ก็นับว่ามีความแตกต่างกันไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากสภาพทางเศรษฐกิจที่บังคับอยู่ในตัวให้มีครอบครัวขนาดเล็กก็เป็นได้

สำหรับชุมชนแออัดที่ลง จ.ป.ฐ. และที่ไม่ลง จ.ป.ฐ. นั้น มีความแตกต่างกันมากระหว่างบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบันนี้ เพราะผู้ที่มีบุตรเพียง 1-2 คนนั้นมีเกือบ 50 เปอร์เซ็นต์ ในชุมชนที่ลง จ.ป.ฐ. ในขณะที่ชุมชนที่ไม่ลง จ.ป.ฐ. นั้น มีจำนวนเพียง 35.4 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น แต่ทั้งนี้ก็อาจจะเนื่องมาจากผู้ที่อยู่ในชุมชนชานเมืองที่ไม่ได้ลง จ.ป.ฐ. นั้น นับถือศาสนาอิสลามก็เป็นได้ นอกจากนี้ ยังปรากฏว่าจำนวนบุตรที่เสียชีวิตของสตรีที่ตกเป็นตัวอย่างนี้เมื่อผู้น้อยมาก ก็มีผู้ที่มีบุตรที่เสียชีวิตเพียงคนเดียวอยู่ไม่ถึง 10 เปอร์เซ็นต์ โดยเฉพาะในชุมชนแออัดในเมืองนั้นมีเปอร์เซ็นต์ใกล้เคียงกันมาก ไม่ว่าจะเป็นชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ) หรือไม่ก็ตาม ส่วนในชุมชนชานเมืองนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับในเมืองแล้วจะแตกต่างออกไป คือมีจำนวนเปอร์เซ็นต์บุตรที่เสียชีวิตสูงกว่าเกือบเท่าตัว

ส่วนสถานที่เกิดของผู้ให้สัมภาษณ์นั้น จะมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปสำหรับผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดในเมือง (ชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง) เมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนชานเมืองอย่างเห็นได้ชัด สำหรับผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดภายในเมืองนั้น ประมาณ 30-40 เปอร์เซ็นต์ จะเป็นผู้ที่เกิดในภาคกลางนี้เอง (นอกเขต กทม.) และเกือบ 20 เปอร์เซ็นต์จะมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อีก 5-10 เปอร์เซ็นต์มาจากภาคเหนือและภาคใต้ ตามลำดับ ซึ่งเป็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกับการย้ายถิ่นของคนไทยโดยทั่ว ๆ ไป ส่วนผู้ที่เกิดในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างนั้น สำหรับชุมชนแออัดที่อยู่ในเมืองมีไม่ถึง 15 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ผู้ที่อยู่ในชุมชนชานเมือง (หนองจอก) นั้น ประมาณ 60 ถึง 75 เปอร์เซ็นต์ จะเป็นผู้ที่เกิดในชุมชนนั้นเอง นอกจากนั้นจะเป็นผู้ที่ย้ายเข้ามาจากรอบ ๆ เขตกรุงเทพฯ เองเสียเกือบ 15 เปอร์เซ็นต์ ส่วนที่ย้ายมาจากภาคอื่น ๆ นั้น มีอยู่น้อยมาก หรือแทบจะไม่มีเลย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะโดยทั่ว ๆ ไป ทางประชากร

| อายุ | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|------------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| 15 - 19 | - | - | 6.6 | 1.3 | 4.0 | 2.2 |
| 20 - 24 | 6.5 | 13.2 | 11.6 | 19.0 | 13.5 | 11.9 |
| 25 - 29 | 21.5 | 23.3 | 19.0 | 10.1 | 24.5 | 21.2 |
| 30 - 34 | 24.0 | 20.1 | 22.3 | 19.0 | 20.5 | 21.4 |
| 35 - 39 | 19.0 | 18.5 | 14.9 | 24.1 | 12.5 | 17.1 |
| 40 - 44 | 13.5 | 15.3 | 10.7 | 8.9 | 12.0 | 12.7 |
| 45 - 49 | 15.5 | 9.5 | 14.9 | 17.7 | 13.0 | 13.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |
| จำนวนบุตรที่มีชีวิต | | | | | | |
| ไม่มีบุตรที่มีชีวิต | 3.0 | 9.5 | 7.4 | 8.9 | 8.0 | 7.1 |
| 1 - 2 | 46.5 | 55.6 | 57.9 | 26.6 | 35.0 | 45.5 |
| 3 - 4 | 39.5 | 24.9 | 28.1 | 29.1 | 30.5 | 30.9 |
| 5 - 6 | 7.5 | 9.5 | 5.8 | 21.5 | 17.5 | 11.7 |
| 7 + | 3.5 | 0.5 | 0.8 | 13.9 | 9.0 | 4.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |
| จำนวนบุตรที่เสียชีวิต | | | | | | |
| ไม่มีบุตรเสียชีวิต | 89.1 | 91.8 | 93.7 | 79.2 | 83.6 | 88.1 |
| มีจำนวน 1 คน | 9.3 | 7.1 | 4.5 | 12.5 | 12.0 | 9.1 |
| มีจำนวน 2 คน | 1.0 | 1.1 | 1.8 | 5.6 | 2.2 | 1.9 |
| มีจำนวน 3 คน | 0.5 | - | - | 1.4 | 2.2 | 0.8 |
| มีจำนวน 5 คน | - | - | - | 1.4 | - | 0.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 193 | 170 | 111 | 72 | 183 | 729 |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| สถานที่เกิด | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-----------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ในชุมชน | 14.0 | 12.2 | 3.3 | 74.7 | 64.0 | 30.7 |
| นอกชุมชน (กรุงเทพฯ) | 26.0 | 20.1 | 25.6 | 13.9 | 17.5 | 21.2 |
| ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) | 31.5 | 43.4 | 34.7 | 7.6 | 12.0 | 27.5 |
| ภาคเหนือ | 7.0 | 11.1 | 9.9 | 1.3 | 2.0 | 6.6 |
| ภาคอีสาน | 19.0 | 12.7 | 19.0 | 1.3 | 3.0 | 11.7 |
| ภาคใต้ | 2.0 | 0.5 | 7.4 | 1.3 | 1.5 | 2.3 |
| ไม่ทราบ | 0.5 | - | - | - | - | 0.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำหรับลักษณะทางสังคมโดยทั่ว ๆ ไปนั้น ปรากฏว่าประมาณ 75.9 เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ มีสถานภาพเป็นภรรยาหัวหน้าครัวเรือนและมีเพียง 10 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน และถ้าจะพิจารณาในแต่ละชุมชน คือชุมชนแออัดในเมือง ทั้งที่ปรับปรุงแล้วและยังไม่ได้รับการปรับปรุง (ทางกายภาพ) ตลอดจนชุมชนชานเมืองนั้น จะไม่พบความแตกต่างมากนัก นอกจากในชุมชนชานเมืองที่ลง จ.ป.ร. (ในชุมชนที่ IV) ซึ่งมีสตรีที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครัวเรือนถึง 19.0 เปอร์เซ็นต์ และอื่น ๆ (คือเป็นลูกสาวและลูกสะใภ้ เป็นต้น) อยู่สูงถึง 23.3 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งอาจจะเป็นลักษณะพิเศษภายในชุมชนเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ส่วนสถานภาพสมรสนั้นประมาณ 93.2 เปอร์เซ็นต์นั้น กำลังอยู่กินกับสามี นอกนั้นก็เป็นผู้หย่า หรือแยกกันอยู่ เป็นต้น และในทุก ๆ ชุมชนก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ส่วนในเรื่องของศาสนานั้น เนื่องจากชุมชนแออัดที่ตกเป็นตัวอย่างในครั้งนี้นั้นมากกว่าครึ่งหนึ่งคือ ประมาณ 67.8 เปอร์เซ็นต์ นับถือศาสนาพุทธ ส่วน 31.7 เปอร์เซ็นต์ นับถือศาสนาอิสลาม ทั้งนี้เพราะในชุมชนแออัดในเมืองนี้นับถือศาสนาพุทธเกือบทุกคน ยกเว้นในชุมชนหนองจอกเป็นบางคนหรือเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้นที่นับถือศาสนาพุทธ นอกนั้นจะนับถือศาสนาอิสลามสูงถึงประมาณ 80-90 เปอร์เซ็นต์เช่นเดียวกัน

จากการศึกษาโดยทั่ว ๆ ไปพบว่า ผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดนั้น ส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้าง หรือเป็นกรรมกร โดยจบการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และผู้ที่จบชั้นมัธยมศึกษาชั้นม.อ.อยู่น้อยมาก ยิ่งในชั้นอุดมศึกษาแล้วแทบจะไม่มีเลย สำหรับในการศึกษารั้งนี้ก็พบเช่นเดียวกันว่าผู้หญิงที่ตกเป็นตัวอย่างประมาณ 65 เปอร์เซ็นต์จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนที่ไม่ได้เรียนหนังสือเลยมีอยู่ประมาณ 9.0 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นลักษณะที่คล้ายคลึงกันหมดในชุมชนทุกแห่งที่ตกเป็นตัวอย่าง นอกจากนั้น ยังปรากฏว่า สามีของผู้หญิงที่ตกเป็นตัวอย่างก็มีรูปแบบการศึกษาที่คล้ายคลึงกันอีกด้วย เพียงแต่ผู้ที่เป็นสามีนั้นจะมีเปอร์เซ็นต์ที่จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 สูงกว่าผู้เป็นภรรยาเล็กน้อย และภรรยาของผู้หญิงที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพแต่ทำหน้าที่เป็นแม่บ้านเพียงอย่างเดียว ฉะนั้นจึงปรากฏว่า แม่ที่อยู่ในการศึกษารั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งจะเลี้ยงดูบุตรก่อนวัยเรียน (อายุ 0-6 ปี) ด้วยตนเอง (57.4 เปอร์เซ็นต์) และถ้าจะพิจารณาในแต่ละชุมชนแล้ว ปรากฏว่า แม่ในชุมชนที่ II จะเป็นผู้ที่เลี้ยงดูบุตรเองน้อยที่สุดคือมีจำนวนเพียง 38.3 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่แม่ในชุมชนชานเมืองนั้นจะมีจำนวนการเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองสูงที่สุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำนวนตามลักษณะ โดยทั่ว ๆ ไปทางสังคม



| สถานภาพในครัวเรือน | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-------------------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| หัวหน้าครัวเรือน | 7.5 | 13.2 | 9.9 | 19.0 | 5.5 | 9.9 |
| ภรรยาหัวหน้าครัวเรือน | 79.0 | 74.6 | 86.0 | 58.2 | 75.0 | 75.9 |
| อื่น ๆ | 13.5 | 12.1 | 4.1 | 28.8 | 19.5 | 14.2 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| สมรสไม่ว่าตามกฎหมาย หรือไม่ก็ตาม | 94.4 | 90.5 | 90.9 | 93.7 | 96.0 | 93.2 |
| สมรสแต่แยกกันอยู่ | 1.5 | 2.1 | 3.3 | 1.3 | 0.5 | 1.6 |
| หม้าย | 2.5 | 3.7 | 1.7 | 5.1 | 1.5 | 2.7 |
| หย่าร้างตามกฎหมาย | 2.0 | 3.7 | 4.1 | - | 2.0 | 2.5 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |
| ศาสนา | | | | | | |
| ศาสนาพุทธ | 98.0 | 100 | 95.0 | 1.3 | 17.0 | 67.8 |
| ศาสนาอิสลาม | 1.5 | - | 2.5 | 98.7 | 83.0 | 31.7 |
| ศาสนาอื่น ๆ | 0.5 | - | 1.7 | - | - | 0.4 |
| ไม่ตอบ | - | - | 0.8 | - | - | 0.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ระดับการศึกษาของภรรยา | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่ได้เรียน | 14.5 | 15.8 | 5.0 | 1.3 | 2.5 | 9.0 |
| ระดับประถมศึกษา | | | | | | |
| จบชั้นประถมศึกษาที่ 1-3 | 5.0 | 5.8 | 3.3 | - | 1.0 | 3.4 |
| จบชั้นประถมศึกษาที่ 4 | 56.8 | 53.4 | 54.5 | 84.8 | 82.5 | 65.0 |
| จบชั้นประถมศึกษาที่ 5-6 | 3.0 | 4.8 | 5.8 | 6.3 | 3.0 | 4.2 |
| ระดับมัธยมศึกษา | | | | | | |
| จบชั้น ม.1-3 | 5.5 | 9.5 | 11.6 | 5.1 | 6.0 | 7.5 |
| จบชั้น ม.4-6 | 11.6 | 9.0 | 13.2 | 2.5 | 3.0 | 8.1 |
| ระดับอุดมศึกษา | | | | | | |
| จบชั้นปีที่ 1-3 ของมหาวิทยาลัย หรือเทียบเท่า | 2.0 | 1.7 | 2.5 | - | 0.5 | 1.1 |
| จบปริญญาตรี ปริญญาโท | 1.6 | | | | | 1.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 199 | 189 | 121 | 79 | 200 | 788 |
| ระดับการศึกษาของสามี | | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 3.6 | 3.6 | 3.6 | 2.8 | 2.0 | 3.0 |
| ระดับประถมศึกษา | | | | | | |
| จบชั้นประถมศึกษาที่ 1-3 | 1.6 | 4.7 | 0.9 | - | 1.0 | 1.9 |
| จบชั้นประถมศึกษาที่ 4 | 51.9 | 58.5 | 39.3 | 75.3 | 74.5 | 59.7 |
| จบชั้นประถมศึกษาที่ 5-6 | 2.6 | 2.9 | 5.4 | 4.1 | 3.6 | 3.5 |
| ระดับมัธยมศึกษา | | | | | | |
| จบชั้น ม.1-3 | 11.1 | 8.8 | 15.2 | 9.6 | 3.1 | 9.0 |
| จบชั้น ม.4-6 | 23.8 | 21.1 | 23.2 | 8.2 | 13.5 | 18.9 |
| ระดับอุดมศึกษา | | | | | | |
| จบชั้นปีที่ 1-3 ของมหาวิทยาลัย หรือเทียบเท่า | 2.6 | - | 4.5 | - | 0.5 | 1.5 |
| จบปริญญาตรี ปริญญาโท | 2.6 | 0.6 | 8.0 | - | 1.6 | 2.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 185 | 171 | 112 | 73 | 192 | 733 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| การเลี้ยงบุตรก่อนวัยเรียน อายุ 0 - 6 ปี | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| บุตรคนที่ 1 | | | | | | |
| เลี้ยงดูโดยมารดาของเด็กเอง | 52.4 | 38.3 | 61.7 | 61.2 | 60.4 | 54.7 |
| เลี้ยงดูโดยวิธีอื่น ๆ | 47.7 | 61.6 | 38.3 | 38.8 | 39.6 | 45.3 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 82 | 81 | 60 | 49 | 134 | 406 |
| บุตรคนที่ 2 | | | | | | |
| เลี้ยงดูโดยมารดาของเด็กเอง | 53.3 | 29.4 | 81.3 | 66.7 | 62.9 | 61.6 |
| เลี้ยงดูโดยวิธีอื่น ๆ | 36.7 | 70.6 | 18.7 | 33.3 | 37.1 | 38.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 30 | 17 | 16 | 18 | 70 | 151 |
| บุตรคนที่ 3 | | | | | | |
| เลี้ยงดูโดยมารดาของเด็กเอง | 83.3 | 66.7 | 66.7 | 75.0 | 64.3 | 70.0 |
| เลี้ยงดูโดยวิธีอื่น ๆ | 16.7 | 33.3 | 33.3 | 25.0 | 32.7 | 30.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 6 | 3 | 3 | 4 | 14 | 30 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนในตารางที่ 3 ซึ่งเป็นลักษณะทั่ว ๆ ไปทางเศรษฐกิจนั้นปรากฏว่า ระดับ รายได้โดยเฉลี่ยของผู้หญิงที่ตกเป็นตัวอย่างในทุก ๆ ชุมชนนั้นเฉลี่ยอยู่ประมาณ 800 บาท โดยมีจำนวนสูงสุดอยู่ในชุมชนที่ III ก็คือประมาณ 1,500 บาท และชุมชนที่ I ประมาณ 1,200 บาท ตามลำดับ ส่วนในชุมชนชานเมืองมีรายได้ที่ต่ำมาก หรือแทบจะไม่มีเลย ส่วนรายได้ของสามีก็เช่นเดียวกัน ก็มีระดับรายได้เฉลี่ยประมาณ 3,000-3,999 บาทในชุมชนแออัดในเมือง เมื่อเทียบกับชุมชนชานเมือง ซึ่งสามีมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 2,000-2,999 บาท เป็นต้น

สำหรับสตรีที่ตกเป็นตัวอย่างในชุมชนแออัดครั้งนี้นั้น เมื่อถามถึงความคิดเห็น เกี่ยวกับระดับรายได้ที่คิดว่าอยู่ในระดับยากจนนั้น ส่วนใหญ่ในทุกชุมชนคิดว่าผู้มีรายได้เดือนละ ประมาณ 1,000-1,999 บาท จะเป็นผู้ที่อยู่ในระดับที่ยากจน และผู้ที่มีรายได้ปานกลางนั้น ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้อยู่ประมาณ 3,000-3,999 บาท ส่วนผู้ที่ร่ำรวยนั้นจะให้แก่ผู้ที่มีระดับรายได้ ประมาณหนึ่งหมื่นบาทขึ้นไป เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันหมดในชุมชนแออัดทั้งสามแบบ

แต่สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างชุมชนแออัดที่อยู่ในเมือง (ไม่ว่าจะเป็นชุมชน ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วหรือยังไม่ได้ได้รับการปรับปรุงก็ตาม) และชุมชนชานเมืองแล้ว ทศนคติ เกี่ยวกับเรื่องระดับรายได้จะแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เพราะผู้ที่อยู่ในชุมชนในเมืองนั้นถือว่า ระดับรายได้เดือนละ 2,000-2,999 บาทจึงจะอยู่ในระดับยากจน ส่วนระดับปานกลางนั้น อยู่ในระดับ 5,000-5,999 บาทนั้น มีจำนวนอยู่เกือบหนึ่งในสามของจำนวนผู้ตอบทั้งหมด ทั้งนี้เป็นเพราะว่าระดับความเป็นอยู่ทั้งรายรับ-รายจ่ายนั้นมีระดับที่สูงกว่าในเขตชานเมือง เป็นอันมาก

นอกจากนั้น เมื่อสอบถามถึงฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้ที่ให้สัมภาษณ์ เมื่อเทียบกับครอบครัวโดยทั่ว ๆ ไปในชุมชนที่ตนอยู่นั้น เกือบ 80 เปอร์เซ็นต์คิดว่าฐานะของ ตนเองนั้นอยู่ในระดับปานกลาง และประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์คิดว่าครอบครัวตนเองนั้นยากจน และถ้าเทียบระหว่างชุมชนในเมืองกับชุมชนชานเมืองก็จะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แม้แต่ในชุมชนที่ลง จ.ป.ร.เทียบกับชุมชนชานเมืองที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.ก็เช่นเดียวกัน

ส่วนการเปรียบเทียบรายได้-รายจ่ายในรอบปีที่แล้วกับปีก่อน ๆ นั้น สตรีที่ตก เป็นตัวอย่างเกือบจะครึ่งหนึ่งคิดว่าฐานะทางการเงินของครอบครัวมีสภาพที่แย่ลงกว่าเดิม คือ มีอยู่ถึง 43.2 เปอร์เซ็นต์ ส่วนจำนวนผู้ที่ตอบว่ามีรายได้เหมือนเดิมมีอยู่ประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ ส่วนผู้ที่ตอบว่าดีขึ้นนั้นมีอยู่เพียงประมาณ 24 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น ซึ่งเป็นแบบแผนที่มีลักษณะคล้าย

คลึงกันในทุกชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง ไม่ว่าจะ เป็นชุมชนที่ปรับปรุงแล้ว ชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง หรือชุมชนชานเมือง นอกจากนั้น ในชุมชนที่ลง จ.ป.ร.และไม่ลง จ.ป.ร.นั้นก็ มีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก

สำหรับรายได้ในระดับที่สตรีที่อยู่ในชุมชนแออัดคิดว่า จะเพียงพอกับความเป็นอยู่ ของเขานั้นจะมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ในชุมชนแออัดในเมือง และชุมชนแออัดชานเมือง ทั้งนี้เพราะสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันมาก สำหรับชุมชนในเมืองนั้น ทั้งชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงนั้น มีความคิดที่เกือบ จะคล้าย ๆ กันในด้านระดับรายได้คือ ประมาณ 14.5-17.5 เปอร์เซ็นต์ คิดว่าอยู่ในระดับ 3,000-3,999 บาท ในขณะที่ 25-25.4 เปอร์เซ็นต์ คิดว่าควรอยู่ในระดับ 5,000-5,999 บาท ส่วนประมาณ 21.7 และ 22.5 คิดว่าควรอยู่ในระดับ 7,000-9,999 บาท เป็นตัว ส่วนในชุมชนแออัดชานเมืองนั้น คนส่วนใหญ่คิดว่าระดับรายได้เพียง 3,000-3,999 บาท ก็คง จะเพียงพอกับสภาพความเป็นอยู่โดยทั่ว ๆ ไป

ส่วนชุมชนที่ลง จ.ป.ร. เมื่อเทียบกับชุมชนที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.นั้นก็ มีแบบแผนใน ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบรายได้ที่คิดว่า จะพอเพียงกับความเป็นอยู่ของตนเองในระดับที่ แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เพราะในชุมชนที่ลง จ.ป.ร.นั้น มีสตรีที่คิดว่าควรจะมีระดับรายได้ อยู่ในระดับ 7,000-9,999 บาทนั้น มากถึง 25.0 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด ในขณะที่ ในชุมชนที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.นั้น มีจำนวนสตรีส่วนใหญ่เห็นว่าระดับรายได้ในระหว่าง 3,000-3,999 บาท ก็คงจะเพียงพอที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างสบาย ก็มีจำนวนอยู่ถึง 35.0 เปอร์เซ็นต์ จึงทำให้เห็นว่าระดับความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ลง จ.ป.ร.กับชุมชนที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.นั้นแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนั้นยังปรากฏว่า แม้แต่ในกลุ่มชุมชนชานเมืองเองนั้น สำหรับชุมชนที่ลง จ.ป.ร. จำนวนผู้ที่คิดว่าระดับค่าใช้จ่าย ควรจะอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง คือประมาณเดือนละ 7,000-9,999 บาทนั้น มีอยู่ถึง 17.7 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ในชุมชนชานเมืองที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.นั้น มีอยู่เพียงประมาณร้อยละ 9.5 เท่านั้น และจำนวนสูงสุดจะอยู่ในระดับ 3,000-3,999 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะ โดยตัว จ ไปทางเศรษฐกิจ

| ระดับรายได้ภรรยา | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---------------------------|-------------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่มีรายได้ | 36.9 | 26.7 | 45.4 | 56.6 | 37.6 | 37.9 |
| ต่ำกว่า 2,000 | 26.3 | 28.9 | 14.3 | 38.2 | 49.0 | 31.9 |
| 2,000 - 2,999 | 17.2 | 20.9 | 17.6 | 1.3 | 4.1 | 13.3 |
| 3,000 - 3,999 | 13.1 | 14.4 | 14.3 | 3.9 | 5.7 | 10.9 |
| 4,000 - 4,999 | 4.0 | 5.3 | - | - | 1.0 | 2.6 |
| 5,000 - 5,999 | 2.0 | 2.1 | 4.2 | - | 2.1 | 2.2 |
| มากกว่า 6,000 ขึ้นไป | 0.5 | 1.6 | 4.1 | - | 0.5 | 1.2 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 198 | 187 | 119 | 76 | 194 | 774 |
| Median (บาท) | 1,200 | 1,500 | 1,000 | 0.00 | 417 | 800 |
| ระดับรายได้ของสามี | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 7.0 | 5.3 | 3.6 | 5.7 | 1.1 | 4.5 |
| ต่ำกว่า 2,000 | 6.5 | 18.8 | 4.5 | 28.6 | 40.2 | 19.9 |
| 2,000 - 2,999 | 21.1 | 18.2 | 16.4 | 24.3 | 20.7 | 19.9 |
| 3,000 - 3,999 | 33.0 | 26.5 | 28.2 | 18.6 | 17.4 | 25.3 |
| 4,000 - 4,999 | 12.4 | 12.4 | 11.8 | 4.3 | 9.2 | 10.7 |
| 5,000 - 5,999 | 7.0 | 6.5 | 11.8 | 4.3 | 6.0 | 7.1 |
| มากกว่า 6,000 ขึ้นไป | 13.0 | 12.3 | 23.6 | 14.2 | 5.5 | 12.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 185 | 170 | 110 | 70 | 184 | 719 |
| Median (บาท) | 3,000 | 3,000 | 3,550 | 2,500 | 2,000 | 3,000 |

คลึงกัน ในทุกชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง ไม่ว่าจะ เป็นชุมชนที่ปรับปรุงแล้ว ชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง หรือชุมชนชานเมือง นอกจากนั้น ในชุมชนที่ลง จ.ป.ร.และไม่ลง จ.ป.ร.นั้นก็มึลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก

สำหรับรายได้ในระดับที่สตรีที่อยู่ในชุมชนแออัดคิดว่า จะเพียงพอกับความเป็นอยู่ของเขานั้นจะมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ในชุมชนแออัดในเมือง และชุมชนแออัดชานเมือง ทั้งนี้เพราะสภาพทาง เศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันมาก สำหรับชุมชนในเมืองนั้น ทั้งชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงนั้น มีความคิดที่เกือบจะคล้าย ๆ กันในด้านระดับรายได้คือ ประมาณ 14.5-17.5 เปอร์เซนต์ คิดว่าอยู่ในระดับ 3,000-3,999 บาท ในขณะที่ 25-25.4 เปอร์เซนต์ คิดว่าควรอยู่ในระดับ 5,000-5,999 บาท ส่วนประมาณ 21.7 และ 22.5 คิดว่าควรอยู่ในระดับ 7,000-9,999 บาท เป็นต้น ส่วนในชุมชนแออัดชานเมืองนั้น คนส่วนใหญ่คิดว่าระดับรายได้เพียง 3,000-3,999 บาท ก็คงจะเพียงพอกับสภาพความเป็นอยู่โดยทั่ว ๆ ไป

ส่วนชุมชนที่ลง จ.ป.ร.เมื่อเทียบกับชุมชนที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.นั้นก็มีแบบแผนในด้านความคิด เห็นเกี่ยวกับระบบรายได้ที่คิดว่า จะพอเพียงกับความเป็นอยู่ของตนเองในระดับที่แตกต่างกันมาก เพราะในชุมชนที่ลง จ.ป.ร.นั้น มีสตรีที่คิดว่าควรจะมีระดับรายได้ อยู่ในระดับ 7,000-9,999 บาทนั้น มากถึง 25.0 เปอร์เซนต์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด ในขณะที่ชุมชนที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.นั้น มีจำนวนสตรีส่วนใหญ่เห็นวาระดับรายได้ในระหว่าง 3,000-3,999 บาท ก็คงจะเพียงพอที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างสบาย ก็มีจำนวนอยู่ถึง 35.0 เปอร์เซนต์ จึงทำให้เห็นวาระดับความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ลง จ.ป.ร.กับชุมชนที่ไม่ได้ลง จ.ป.ร.นั้นแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนั้นยังปรากฏว่า แม้แต่ในกลุ่มชุมชนชานเมืองเองนั้น สำหรับชุมชนที่ลง จ.ป.ร. จำนวนผู้ที่คิดว่าระดับค่าจ้างควร จะอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง คือประมาณเดือนละ 7,000-9,999 บาทนั้น มีอยู่ถึง 17.7 เปอร์เซนต์ ในขณะที่ในชุมชนชานเมืองที่ไม่ลง จ.ป.ร.นั้น มีอยู่เพียงประมาณร้อยละ 9.5 เท่านั้น และจำนวนสูงสุดจะอยู่ในระดับ 3,000-3,999 บาท (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะ โดยทั่วไปทางเศรษฐกิจ

| ระดับรายได้ภรรยา | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|----------------------|-------------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่มีรายได้ | 36.9 | 26.7 | 45.4 | 56.6 | 37.6 | 37.9 |
| ต่ำกว่า 2,000 | 26.3 | 28.9 | 14.3 | 38.2 | 49.0 | 31.9 |
| 2,000 - 2,999 | 17.2 | 20.9 | 17.6 | 1.3 | 4.1 | 13.3 |
| 3,000 - 3,999 | 13.1 | 14.4 | 14.3 | 3.9 | 5.7 | 10.9 |
| 4,000 - 4,999 | 4.0 | 5.3 | - | - | 1.0 | 2.6 |
| 5,000 - 5,999 | 2.0 | 2.1 | 4.2 | - | 2.1 | 2.2 |
| มากกว่า 6,000 ขึ้นไป | 0.5 | 1.6 | 4.1 | - | 0.5 | 1.2 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 198 | 187 | 119 | 76 | 194 | 774 |
| Median (บาท) | 1,200 | 1,500 | 1,000 | 0.00 | 417 | 800 |
| ระดับรายได้ของสามี | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 7.0 | 5.3 | 3.6 | 5.7 | 1.1 | 4.5 |
| ต่ำกว่า 2,000 | 6.5 | 18.8 | 4.5 | 28.6 | 40.2 | 19.9 |
| 2,000 - 2,999 | 21.1 | 18.2 | 16.4 | 24.3 | 20.7 | 19.9 |
| 3,000 - 3,999 | 33.0 | 26.5 | 28.2 | 18.6 | 17.4 | 25.3 |
| 4,000 - 4,999 | 12.4 | 12.4 | 11.8 | 4.3 | 9.2 | 10.7 |
| 5,000 - 5,999 | 7.0 | 6.5 | 11.8 | 4.3 | 6.0 | 7.1 |
| มากกว่า 6,000 ขึ้นไป | 13.0 | 12.3 | 23.6 | 14.2 | 5.5 | 12.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 185 | 170 | 110 | 70 | 184 | 719 |
| Median (บาท) | 3,000 | 3,000 | 3,550 | 2,500 | 2,000 | 3,000 |

ตารางที่ 3 (ต่อ)

| ฐานะทางการเงิน เมื่อเทียบกับปีที่แล้ว | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| เลวลง | 45.0 | 45.0 | 38.8 | 40.5 | 43.5 | 43.2 |
| เหมือนเดิม | 33.0 | 26.5 | 34.7 | 32.9 | 31.5 | 31.3 |
| ดีขึ้น | 22.0 | 28.6 | 25.6 | 22.8 | 24.5 | 24.8 |
| ไม่ทราบ | - | - | - | 3.8 | 0.5 | 0.5 |
| ไม่ตอบ | - | - | 0.8 | - | - | 0.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

ระดับรายได้ที่คิดว่าควรจะพอ
กับความเป็นอยู่

| | | | | | | |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| 1,000 | - | - | - | 1.3 | - | 0.1 |
| 1,000 - 1,999 | 0.5 | 1.1 | 1.7 | 5.1 | 5.0 | 2.4 |
| 2,000 - 2,999 | 1.5 | 6.3 | 1.7 | 15.2 | 11.0 | 6.5 |
| 3,000 - 3,999 | 14.5 | 17.5 | 11.6 | 27.8 | 35.0 | 21.3 |
| 4,000 - 4,999 | 18.5 | 15.3 | 12.4 | 10.1 | 18.0 | 15.8 |
| 5,000 - 5,999 | 25.0 | 25.4 | 19.8 | 17.7 | 11.5 | 20.2 |
| 6,000 - 6,999 | 15.5 | 12.7 | 20.7 | 5.1 | 7.5 | 12.5 |
| 7,000 - 9,995 | 22.5 | 21.7 | 29.8 | 17.7 | 9.5 | 19.6 |
| ไม่สามารถระบุได้แน่นอน | 1.0 | - | 0.8 | - | 0.5 | 0.5 |
| ไม่ทราบ | 0.5 | - | 0.8 | - | 1.0 | 0.5 |
| ไม่ตอบ | 0.5 | - | 0.8 | - | 1.0 | 0.5 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

ฐานะทางเศรษฐกิจเมื่อเทียบกับ
ครอบครัวทั่ว ๆ ไปในชุมชนที่ตนอยู่

| | | | | | | |
|----------|------|------|------|------|------|------|
| จนมาก | 0.5 | 1.1 | 0.8 | 1.3 | 1.0 | 0.9 |
| จน | 17.5 | 12.7 | 12.4 | 10.1 | 17.0 | 14.7 |
| ปานกลาง | 75.0 | 81.5 | 81.0 | 81.0 | 74.5 | 77.9 |
| รวย | 7.0 | 4.2 | 5.8 | 7.6 | 6.5 | 6.1 |
| ไม่ทราบ | - | 0.5 | - | - | 0.5 | 0.3 |
| ไม่ตอบ | - | - | - | - | 0.5 | 0.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

เนื่องจากชุมชนแออัดนั้นจะมีสภาพแวดล้อมและการสุขาภิบาลโดยทั่ว ๆ ไปอยู่ในสภาพแยกว่าหมู่บ้านอื่น ๆ โดยทั่ว ๆ ไป ทั้งนี้เพราะสภาพบ้านเรือนและประชาชนที่อยู่กันอย่างหนาแน่นมีความเป็นอยู่ต่ำกว่าระดับมาตรฐาน บริเวณบ้านรกรุงรังไม่เป็นระเบียบ มีขยะส่งกลิ่นเน่าเหม็นอยู่ตามบริเวณบ้าน นอกจากนั้นบางชุมชนยังมีน้ำท่วมขังอยู่ตลอดทั้งปีอีกด้วย ทั้งนี้เพราะระบบการกระจายสาธาณูปโภคเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง ทั้งไฟฟ้า น้ำประปา การเก็บขยะ การระบายน้ำ ทางสัตวกรรมนาคมน ชุมชนแออัดจึงมีสภาพไม่น่าอยู่ หรุตโทรม เป็นผลเสียต่อสุขภาพอนามัยแก่ผู้อยู่อาศัยเป็นอย่างยิ่ง

ส่วนการสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีข้อมูลต่าง ๆ ปรากฏในตารางที่ 4 ในหัวข้อที่เกี่ยวกับเรื่องน้ำดื่มและน้ำใช้นั้น มีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามชนิดของชุมชนอย่างเห็นได้ชัด เพราะในชุมชนแออัดในเมืองนั้นใช้น้ำประปา เป็นทั้งน้ำดื่มและน้ำใช้ ส่วนในชุมชนชานเมืองนั้น เนื่องจากน้ำประปายังไม่ต่อเข้าไปถึงในหมู่บ้าน ฉะนั้น จึงใช้น้ำฝนเป็นน้ำดื่ม และน้ำคลองเป็นน้ำใช้ เป็นต้น

ในเรื่องของความสะดวกภายในบ้านและรอบบ้านที่อยู่อาศัยนั้น ส่วนใหญ่จะสะดวกเรียบร้อยพอสมควร และถ้าจะพิจารณาเปรียบเทียบในแต่ละชุมชนแล้ว ปรากฏว่า ชุมชนแออัดในเขตเมืองที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ) จะมีความสะดวกเรียบร้อยดีกว่าชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (ทางกายภาพ) หรือกว่าชุมชนชานเมือง

นอกจากนั้น จากการสำรวจครั้งนี้ปรากฏว่า เกือบจะทุกบ้านในชุมชนใช้ส้วมซึมที่ใช้ส้วมหลุมนั้นมีน้อยมาก ส่วนที่ไม่มีส้วมใช้เลยนั้นยังปรากฏว่ามีอยู่บ้าง แต่มีน้อยมาก เพราะส่วนใหญ่จะอยู่ในชุมชนที่ทำการเกษตรกรรม ซึ่งทำนา หรือสวนผัก

ส่วนในเรื่องของการใช้บริเวณบ้านเพื่อประโยชน์ใช้สอยอื่น ๆ นั้น ปรากฏว่า ส่วนใหญ่ประมาณ 80-90 เปอร์เซ็นต์ใช้เป็นที่อยู่อาศัยอย่างเดียว ส่วนที่จะใช้บริเวณบ้านประกอบกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ขายอาหารหรือของชำ ทำอุตสาหกรรมในครัวเรือนหรือซ่อมวิทยุ โทรทัศน์นั้น มีอยู่ค่อนข้างน้อย คืออย่างละไม่ถึง 10 เปอร์เซ็นต์ และถ้าจะพิจารณาในแต่ละชุมชนแล้ว คือในทั้ง 5 เขต พบว่ามีลักษณะที่คล้ายคลึงกันในทุกชุมชน

สำหรับในชุมชนแออัดที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ก็มีลักษณะเช่นเดียวกับชุมชนแออัดทั่ว ๆ ไป เพราะมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์ยอมรับว่ามีน้ำขังอยู่ในบริเวณ

บ้านที่คนพักอาศัยอยู่ คือมีจำนวนถึง 66.9 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนั้น เมื่อถามถึงเรื่องการระบายน้ำ สตรีที่ตกเป็นตัวอย่าง 33.5 เปอร์เซ็นต์ตอบว่ามีทางระบายน้ำออก ส่วนอีก 32.4 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีทางระบายน้ำออก และอีกประมาณ 32.8 เปอร์เซ็นต์นั้นตอบว่า "ไม่เข้าข่าย" ทั้งนี้เพราะไม่มีได้ถุนหรือไม่มีน้ำขัง เป็นต้น (ตารางที่ 4)



สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะ
โดยทั่วไป .ฯ ไปทางสมาชิกบิดและสิ่งแวดล้อม

| น้ำดื่ม | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| น้ำฝน | 10.5 | 61.4 | 18.2 | 98.7 | 95.5 | 54.5 |
| น้ำประปา | 79.5 | 26.0 | 61.2 | - | - | 36.6 |
| น้ำคลอง | - | - | - | - | 2.0 | 0.4 |
| น้ำบาดาล | - | - | - | 1.3 | 2.0 | 0.5 |
| น้ำตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป | 10.0 | 12.7 | 20.7 | - | 0.5 | 8.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |
| น้ำใช้ | | | | | | |
| น้ำฝน | 0.5 | 0.5 | - | - | 1.0 | 0.5 |
| น้ำประปา | 96.5 | 66.1 | 100 | - | - | 55.7 |
| น้ำคลอง | 3.0 | 8.0 | - | 57.0 | 66.3 | 25.2 |
| น้ำบาดาล | - | 14.3 | - | 41.8 | 27.1 | 14.4 |
| น้ำตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป | - | 10.9 | - | 1.3 | 5.5 | 4.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 199 | 788 |
| ความสะอาดภายในบ้านและ รอบบ้านที่อยู่อาศัย | | | | | | |
| สะอาดเรียบร้อย | 22.0 | 26.5 | 24.8 | 51.9 | 25.0 | 27.2 |
| สะอาดเรียบร้อยพอสมควร | 66.5 | 56.6 | 62.8 | 38.0 | 57.5 | 58.4 |
| สกปรกรูปร่าง | 9.5 | 12.7 | 11.6 | 10.1 | 17.5 | 12.7 |
| สกปรกรูปร่างมาก | 2.0 | 4.2 | 0.5 | - | - | 1.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |
| การมีส่วนร่วมในบ้าน | | | | | | |
| ไม่มี | 4.5 | 1.6 | 4.1 | 3.8 | 4.0 | 3.5 |
| มีส่วนร่วม | 95.0 | 97.9 | 95.9 | 94.9 | 93.5 | 95.4 |
| มีส่วนร่วม | 0.5 | 0.5 | - | 1.3 | 2.5 | 1.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

ตารางที่ 4 (ต่อ)

| การใช้บริเวณบ้าน ทำกิจกรรมอื่น ๆ | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-------------------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ประเภทร้านอาหาร | 6.5 | 3.7 | 5.0 | 1.3 | 4.0 | 4.4 |
| ประเภทร้านขายของชำ | 2.0 | 2.1 | 1.7 | 3.8 | 3.0 | 2.4 |
| ประเภทอุตสาหกรรมในครัวเรือน | 5.0 | 2.1 | 2.5 | 3.8 | 6.5 | 4.2 |
| ประเภทบริการ เช่น ซ่อมวิทยุ | | | | | | |
| โทรทัศน์ | 2.0 | - | 1.7 | 1.3 | 1.0 | 1.1 |
| ใช้เป็นที่อยู่อาศัยเพียงอย่างเดียว | 33.5 | 92.1 | 88.4 | 89.9 | 85.5 | 87.5 |
| อื่น ๆ | 1.0 | - | 0.8 | - | - | 0.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

การใช้บริเวณบ้านและใต้ถุนบ้าน

| | | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|
| มีน้ำซัง | 76.5 | 83.1 | 70.2 | 48.1 | 48.0 | 67.0 |
| ไม่มีน้ำซัง | 23.5 | 16.9 | 29.8 | 51.9 | 52.0 | 33.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

การมีทางระบายน้ำ

| | | | | | | |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| มีทางระบายน้ำออก | 46.7 | 53.6 | 68.7 | 52.6 | 35.8 | 50.7 |
| ไม่มีทางระบายน้ำออก | 53.3 | 46.4 | 31.3 | 47.4 | 64.2 | 49.3 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 150 | 153 | 83 | 38 | 95 | 519 |

พฤติกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐาน

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านสาธารณสุขมูลฐาน

ในปี 2525 กรุงเทพมหานครได้กำหนดนโยบายให้มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นในแผนพัฒนาการสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง โดยได้ให้ความสำคัญแก่ชุมชนที่ยังขาดบริการ ซึ่งได้แก่กลุ่มผู้มีรายได้น้อยในเขตชุมชนแออัด และในชุมชนในพื้นที่รอบนอกที่บริการสาธารณสุขยังครอบคลุมไม่ถึง ด้วยการสนับสนุนให้มีความรู้ความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในชุมชนนั้น ๆ โดยร่วมมือกับทางราชการซึ่งเป็นบริการสาธารณสุขในลักษณะที่พึ่งตนเอง

จากการศึกษาถึงการรับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนที่อยู่ในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างนั้น ปรากฏว่า ผู้ที่ไม่เคยรู้ข่าวด้านสุขภาพอนามัยเลยนั้นแทบจะไม่มีปรากฏในแต่ละชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง ทั้งนี้เพราะผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครนั้นเป็นผู้ที่ได้รับข่าวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง โดยเฉพาะจากพยาบาลประจำศูนย์ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าโทรทัศน์ ซึ่งนับว่าเป็นสื่อที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในการเสนอเรื่องราวต่าง ๆ ด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชน

นอกจากนั้น ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่ดี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนที่ดี (ไม่นับชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง, ที่จ.จ.ร.พ. กม. 11 ซึ่งไม่มีอาสาสมัคร) ซึ่งมีบทบาทค่อนข้างจะน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลย โดยเฉพาะในชุมชนรอบใน แพทย์ตามโรงพยาบาลและคลินิกซึ่งมีบทบาทมากกว่าเสียอีก ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากเหตุผลที่ว่า ชุมชนรอบในนั้นอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐบาลและเอกชน จึงสะดวกที่จะไปตามสถานที่เหล่านั้น นอกจากนั้นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบในนั้นส่วนใหญ่ทำงานรับจ้าง จึงไม่มีเวลาที่จะอยู่บ้านหรือรอรับบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนในชุมชนรอบนอกนั้น ไม่ว่าจะลง จ.ป.ร. หรือไม่กี่ตาม บทบาทของ ผ.ส.ส. และ อ.ส.ม. จะมีความสำคัญอยู่มาก เพราะสถานที่ตั้งบ้านเรือนห่างไกลจากสถานบริการต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างชาวบ้านกับเจ้าหน้าที่ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

ในการศึกษาค้างนี้ ให้พยายามที่จะทราบถึงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ
เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานที่ได้ดำเนินการในชุมชนแออัดที่ตกเป็นตัวอย่าง โดยได้สอบถาม
ถึงองค์ประกอบที่สำคัญ ๆ ในเรื่องการสาธารณสุข ซึ่งพอที่จะสรุปได้ดังต่อไปนี้คือ

เมื่อถามถึงภาวะโภชนาการในเด็กซึ่งให้แก่ ความรู้ความเข้าใจที่จะให้เด็กได้รับ
อาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ คือได้รับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ คือ โปรตีน วิตามิน
เกลือแร่ ผักและผลไม้ เป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายอุดมสมบูรณ์มีพลังงานมีที่แข็งแรง ไม่
เกิดโรคภัยต่าง ๆ ได้โดยง่ายนั้นจะมีจำนวนแม่ที่เข้าใจและทราบอยู่ถึง 84.2 เปอร์เซ็นต์ และ
จะมีจำนวนสูงถึง 88.4 เปอร์เซ็นต์ ในกรณีที่ถูกอายุต่ำกว่า 1 ขวบและจะมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ
เมื่อเด็กเริ่มมีอายุเพิ่มมากขึ้น และถ้าจะพิจารณาในแต่ละชุมชนแออัดแล้วพบว่า ในชุมชนแออัดใน
เมือง (ทั้งที่ได้รับการปรับปรุงแล้วและในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง) มีจำนวนแม่ที่ทราบถึง
ภาวะโภชนาการในระดับที่ใกล้เคียงกันมาก คือ ประมาณ 75 เปอร์เซ็นต์ แต่ในชุมชนที่ลง
จ.ป.ฐ. ในเขตบางพลัดนั้นมีจำนวนสูงกว่าเล็กน้อย ในขณะที่ในชุมชนชานเมืองนั้น (เขต IV
และเขต V) จำนวนแม่ที่ทราบถึงภาวะโภชนาการนั้นมีจำนวนต่ำกว่าชุมชนแออัดในเมือง คือ
ประมาณ 65.8 และ 75.0 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ

สำหรับในเรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบนั้น โดยทั่ว ๆ
ไป จะมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคอยู่หลายชนิด คือ บีซีจี ป้องกันวัณโรค ดีทีพี ป้องกันโรคคอตีบ
ไอกรน บาดทะยัก นอกจากนั้น ยังมีวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอและหัดอีกด้วย ซึ่งวัคซีนแต่ละชนิด
นั้นจะมีกำหนดอายุเด็กที่จะต้องฉีด ตลอดจนจำนวนครั้งซึ่งสตรีส่วนใหญ่ที่ตกเป็นตัวอย่างในชุมชน
ที่ทราบอย่างแน่นอนตามเกณฑ์ที่แจ้งไว้ นั้นมีอยู่ประมาณ 77.5 เปอร์เซ็นต์ นอกนั้นไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่อง
นี้ และแม่ที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ นี้จะมีจำนวนใกล้เคียงในทุก ๆ
ชุมชนด้วย

ส่วนความรู้เกี่ยวกับน้ำหนักแรกเกิดของบุตรคนสุดท้ายนั้น แม่เกือบจะทุกคน คือ
95.3 เปอร์เซ็นต์ทราบคือว่า บุตรของตน (คนสุดท้าย) มีน้ำหนักเท่าไร ทั้งนี้เพราะการไป
คลอดบุตรตามโรงพยาบาล หรือคลินิกที่มีแพทย์เป็นผู้ทำคลอดให้ นั้น จะได้รับการชั่งน้ำหนัก และ
จดบันทึกไว้เป็นหลักฐาน (ตารางที่ 5)

ในตารางที่ 6 ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติของแม่ที่มีบุตรอายุ 0-6 ปีนั้น
จะสังเกตได้ว่าในเรื่องของการชั่งน้ำหนักนั้น เด็กจะได้รับการชั่งน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ

จำนวนถึง 70 กว่าเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป และจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับในทุก ๆ ชุมชน โดยจะมีเปอร์เซ็นต์ที่ค่อนข้างสูง คือ 80-90 เปอร์เซ็นต์ในชุมชนที่ลง จ.ป.ฐ. ส่วนสถานที่ที่ไปรับการชั่งน้ำหนักนั้น จะเห็นได้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งนั้น ไปรับการชั่งน้ำหนักจากศูนย์บริการสาธารณสุขและศูนย์สาขา (53.4 เปอร์เซ็นต์) ซึ่งเป็นแบบแผนที่คล้ายคลึงกันในทุก ๆ ชุมชน ส่วนที่มีจำนวนสูงถัดมาก็ได้ การไปซึ่งที่โรงพยาบาลหรือคลินิกคือ มีอยู่ 20.4 เปอร์เซ็นต์ และผู้ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักจากอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นมีอยู่เพียง 2.5 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น นอกจากนั้น ในแต่ละชุมชนก็จะมีแบบแผนที่คล้ายคลึงกันหมด ยกเว้นในชุมชนที่ลง จ.ป.ฐ. ไม่ว่าจะไปในชุมชนรอบนอกหรือชุมชนรอบใน เด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักจาก อ.ส.ส. และ อ.ส.ม. นั้น จะมีจำนวนสูงกว่าในชุมชนอื่น ๆ แต่ก็มีเพียงไม่ถึง 10 เปอร์เซ็นต์ของเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมดที่ตกเป็นตัวอย่งในการศึกษาครั้งนี้

ส่วนการปฏิบัติทางด้านสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญประการหนึ่งคือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ ในเด็กที่มีอายุอยู่ในระหว่าง 0-6 ปีนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จะพิจารณาแต่บุตรคนแรกที่อยู่ในเกณฑ์เท่านั้น ซึ่งปรากฏว่าเด็กส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ อยู่ในระดับ 80-90 เปอร์เซ็นต์ สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคนั้น บุตรคนแรกจะได้รับการฉีดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง คือเกือบ 90 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป ยิ่งในชุมชนแออัดในเมืองด้วยแล้ว ปรากฏว่ามีจำนวนเด็กที่ได้รับการฉีดสูงถึง 95-98 เปอร์เซ็นต์ แต่จำนวนจะลดลงในชุมชนชานเมือง ส่วนการฉีดวัคซีนป้องกันโปลิโอซึ่งจะต้องฉีดครบ 3 ครั้งด้วยกันจึงจะครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ นั้น ปรากฏว่า จะมีจำนวนเด็กที่ฉีดในครั้งที่ 1 สูงถึง 92.2 เปอร์เซ็นต์ และสูงสุดในชุมชนแออัดในเมือง ส่วนชุมชนชานเมืองจะมีจำนวนลดลงมาเล็กน้อย ส่วนการฉีดในครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 นั้น จะมีจำนวนเด็กที่ได้รับการฉีดลดน้อยลงตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากอายุของเด็กยังไม่ถึงกำหนดเวลาจะต้องฉีดก็เป็นได้ ซึ่งแบบแผนมีลักษณะเช่นเดียวกันการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ และบาดทะยัก ซึ่งตามกำหนดนั้นต้องได้รับวัคซีนตามจำนวนทั้งสิ้น 5 ครั้ง ซึ่งปรากฏว่าจำนวนเด็กที่ได้รับการฉีดในครั้งแรกจะมีจำนวนสูงถึง 90 กว่าเปอร์เซ็นต์ในชุมชนแออัดในเมือง ส่วนในชุมชนชานเมืองนั้น เด็กที่ได้รับวัคซีนนั้นมีจำนวนลดลงมาคือ มีอยู่ประมาณ 80 กว่าเปอร์เซ็นต์ ส่วนจำนวนครั้งนั้นจะลดลงมาเรื่อย ๆ ทั้งนี้ก็อาจจะ เป็นเพราะเด็กที่ตกเป็นตัวอย่งนั้นยังมีอายุไม่ถึงเกณฑ์ที่จะต้องได้รับวัคซีนในครั้งหลังๆ ก็เป็นได้ ส่วนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดของบุตรคนแรกนั้น มีจำนวนน้อยกว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ เป็นอันมาก ทั้งนี้เป็นเพราะปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอายุของเด็กที่อยู่ในเกณฑ์ด้วย (ตารางที่ 6)

สำหรับพฤติกรรมการณ์เจ็บป่วยของผู้ที่อยู่ในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างนั้น ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ประมาณครึ่งหนึ่ง คือ 45.7 เปอร์เซ็นต์จะมีคนในครอบครัว 1 คนที่ป่วยเป็นไข้ เป็นหวัด ท้องเสียหรือท้องเดิน เป็นต้น นอกจากนี้ โรคที่เป็นมากที่สุดก็ให้แก่ ไข้หวัด ซึ่งมีสูงถึง 75.0 เปอร์เซ็นต์ ส่วนท้องเดินนั้นมีอยู่ 20.6 เปอร์เซ็นต์ นอกนั้นก็เป็นโรคอื่น ๆ สำหรับสถานที่ที่ไปซื้อหรือให้ยามารักษานั้น ประชาชนที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่คือ 50 เปอร์เซ็นต์นั้น เมื่อเจ็บป่วยเป็นไข่นั้นจะซื้อยาจากร้านขายยาแผนปัจจุบันด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่ไปรับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขหรือศูนย์สาขา มีอยู่ 17.4 เปอร์เซ็นต์ ซื้อยาตามร้านขายของชำที่อยู่ในชุมชน 11.6 เปอร์เซ็นต์ ส่วนที่ซื้อหรือรับยามาจากโรงพยาบาลคลินิกแพทย์นั้นมีเพียง 9.0 เปอร์เซ็นต์ และ 5.5 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ในเรื่องของยาสามีประจำบ้านนั้น ประมาณ 71.9 เปอร์เซ็นต์มีอยู่ประจำในบ้านของตนเองและที่ไม่มีมีนั้นประมาณ 28.1 เปอร์เซ็นต์ และถ้าจะดูในแต่ละชุมชนแล้วก็จะมิลักษณะที่คล้ายคลึงกันไปในทุกแห่ง นอกจากว่าในชุมชนที่ลง จ.ป.ฐ. (ชุมชนสงวนทรัพย์) นั้นจะมีเปอร์เซ็นต์ที่สูงที่สุดคือ 86.0 เปอร์เซ็นต์ (ตารางที่ 8)

สำหรับเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ของผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดนั้น เมื่อสอบถามถึงผู้ที่กำลังคุมกำเนิดทั้งสามีและภรรยา นั้น 75.8 เปอร์เซ็นต์ตอบว่า กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่ ส่วนที่เหลือนั้นเคยใช้แต่ปัจจุบันไม่ได้ใช้ และในจำนวนผู้ที่กำลังคุมกำเนิดอยู่นั้น ปรากฏว่าวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด คือ 37.0 เปอร์เซ็นต์ และการทำหมันหญิง ซึ่งเป็นการคุมกำเนิดอย่างถาวรนั้นตามมาเป็นอันดับสอง คือ 36.8 เปอร์เซ็นต์ ส่วนยาฉีดยานั้นมีจำนวนผู้ใช้รองลงมาเป็นอันดับสามคือ 11.3 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ส่วนในตารางที่ 10 ซึ่งเป็นเรื่องของสถานที่ที่ไปใช้บริการในเรื่องการคุมกำเนิดนั้น ปรากฏว่า 44.4 เปอร์เซ็นต์ ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ และอีก 30.0 เปอร์เซ็นต์ ไปใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข กทม./ศูนย์สาขา ส่วนอีก 16.2 เปอร์เซ็นต์นั้น ห้างร้านขายยา เป็นต้น และถ้าจะพิจารณาในแต่ละชุมชนแล้ว จะแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด เพราะในชุมชนแออัดในเมืองนั้น ประชาชนที่ตกเป็นตัวอย่างไปใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐจำนวนสูงกว่าในชุมชนแออัดชานเมือง ซึ่งนิยมไปใช้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. หรือศูนย์สาขามากกว่า (ตารางที่ 10)

สำหรับสตรีที่อยู่ในชุมชนแออัดนั้น เมื่อถามถึงว่ารู้จักใครในชุมชนที่คิดยาเสพติดข้างใหม่ ประมาณ 30 กว่าเปอร์เซ็นต์จะไม่ทราบว่าไม่มีผู้คิดยาเสพติดอยู่ในชุมชน ส่วนผู้ที่รู้จักว่าใครคิดยานั้นจะแยกตามประเภทของยาเสพติดออกไป ที่มีมากคือ เฮโรอีน กัญชา หินเนอร์ และจำนวนที่มีผู้คิดยาเสพติดสูงสุดนั้นจะอยู่ในชุมชนแออัดรอบใน คือ ทั้งในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (25.9 เปอร์เซ็นต์) และในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (43.5 เปอร์เซ็นต์) ส่วนในชุมชนชานเมืองนั้น แทบจะไม่มีผู้คิดยาเลย ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะลักษณะทางสังคม นอกจากนั้นในบริเวณชุมชนชานเมืองนั้นนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นศาสนาที่เคร่งมากกับสิ่งอบายมุขต่าง ๆ นอกจากนั้น เมื่อสอบถามถึงสถานที่ที่ไปรับการรักษาด้วยแล้ว สตรีที่ตกเป็นตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าเขาไปรักษาที่ไหนอีกด้วย (ตารางที่ 11)

ส่วนปัญหาเรื่องคนในครอบครัวเป็นโรคประสาทนั้น จากการสอบถามปรากฏว่าแทบจะไม่มีเลย และในกรณีของการหลงมัวเมาในอบายมุขก็เช่นเดียวกัน เกือบครึ่งหนึ่งของสตรีที่ตกเป็นตัวอย่าง บอกว่าไม่มีใครในครอบครัวที่ติดอบายมุข หรือถ้าจะมีก็เป็นประเภทเล่นการพนัน ลอตเตอรี่ ซึ่งเป็นที่นิยมกันในแทบทุกชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ชุมชนชานเมือง ผู้ที่ติดอบายมุขมีอยู่น้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันก็เป็นได้ (ตารางที่ 12)

นอกจากนั้น องค์ประกอบที่สำคัญของสาธารณสุขมูลฐานอีกเรื่องหนึ่ง คือ ปัญหาการรักษาความสะอาดของเหมืองและพื้น จากการสอบถามเกี่ยวกับเรื่องนี้ปรากฏว่า สตรีที่ตกเป็นตัวอย่างประมาณ 76.4 เปอร์เซ็นต์ยอมรับว่ามีปัญหาเรื่องเหมืองและพื้นอยู่ ส่วนการดูแลสุขภาพนั้นก็ใช้วิธีแปรงฟันทุกวัน ซึ่งก็เป็นลักษณะที่คล้ายคลึงกันไปในทุก ๆ ชุมชนด้วย (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ที่มีบุตรระหว่าง 0-6 ปี จำแนกตามความรู้ โดยทั่วไปในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน

| ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ | อายุ 0-1 ขวบ | อายุ 1-6 ขวบ | รวม |
|------------------------------|--------------|--------------|------|
| ทราบ | 88.4 | 83.2 | 84.2 |
| ไม่ทราบ | 11.6 | 15.4 | 14.7 |
| ไม่ตอบ | - | 1.3 | 1.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนมาก | 69 | 298 | 367 |

| ความรู้เกี่ยวกับการฉีควัคซีน ป้องกันโรคต่าง ๆ | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ทราบ | 80.0 | 76.2 | 87.5 | 65.8 | 75.0 | 77.5 |
| ไม่ทราบ | 20.0 | 23.8 | 12.5 | 34.2 | 25.0 | 22.5 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 120 | 79 | 200 | 788 |

| ความรู้เกี่ยวกับน้ำหนักแรกเกิด ของบุตรคนสุดท้าย | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|
| ทราบ | 94.9 | 98.7 | 96.7 | 98.0 | 91.9 | 95.3 |
| ไม่ทราบ | 5.1 | 1.3 | 3.3 | 2.0 | 8.1 | 4.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 78 | 78 | 60 | 49 | 135 | 400 |

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ที่มีบุตรอายุ 0-6 ปีในแต่ละชุมชน จำแนกตาม การปฏิบัติโดยทั่ว ๆ ไปในเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน

| บุตรคนสุดท้ายได้รับการ ซึ่งน้ำหนักเสมอ | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---|--|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ได้รับ | 73.1 | 73.3 | 90.0 | 83.7 | 70.9 | 76.3 |
| ไม่ได้รับ | 26.9 | 26.7 | 10.0 | 16.3 | 29.1 | 23.7 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 78 | 75 | 60 | 49 | 134 | 396 |
| ได้รับการซึ่งน้ำหนักจากไทย | | | | | | |
| ไม่ได้ซึ่ง | 25.6 | 25.3 | 10.0 | 16.3 | 28.9 | 23.2 |
| ซึ่งเอง | 5.1 | - | - | 6.1 | 2.2 | 2.5 |
| ผสส./อสม./ออสส./กช. | 1.3 | - | 6.7 | 6.1 | 1.5 | 2.5 |
| หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ | 1.3 | 32.0 | 3.3 | 4.1 | - | 7.3 |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา | 46.2 | 30.7 | 60.0 | 46.9 | 47.4 | 45.8 |
| โรงพยาบาล/คลินิก | 20.5 | 8.0 | 15.0 | 18.4 | 19.3 | 16.6 |
| อื่น ๆ | - | 4.0 | 5.0 | 2.0 | 0.7 | 2.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 78 | 75 | 60 | 49 | 135 | 391 |
| การจัดวัคซีนป้องกันวัณโรค | | | | | | |
| บุตรคนแรก | สถาบันวิทยบริการ คณาจารย์มหาวิทยาลัย คณาจารย์มหาวิทยาลัย | | | | | |
| ได้รับ | 97.5 | 98.7 | 95.0 | 69.4 | 72.4 | 85.4 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 1.3 | 5.0 | 30.6 | 27.6 | 14.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

บุตรคนแรก

| การฉีดวัคซีนป้องกันโปลิโอ | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| <u>ครั้งที่ 1</u> | | | | | | |
| ได้รับ | 96.2 | 86.0 | 95.0 | 83.7 | 89.6 | 92.2 |
| ไม่ได้รับ | 3.8 | 3.9 | 5.0 | 16.3 | 10.4 | 7.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |

ครั้งที่ 2

| | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| ได้รับ | 92.4 | 91.3 | 90.0 | 79.6 | 85.1 | 87.7 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 3.9 | 5.0 | 14.3 | 10.4 | 7.3 |
| ได้รับเพียงครั้งเดียว | 5.1 | 5.3 | 5.0 | 6.1 | 4.5 | 4.9 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |

ครั้งที่ 3

| | | | | | | |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ได้รับ | 88.6 | 81.5 | 71.7 | 73.5 | 79.1 | 79.7 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 3.9 | 5.0 | 14.3 | 10.4 | 7.3 |
| ได้รับเพียงครั้งเดียว | 5.1 | 5.3 | 5.0 | 6.1 | 4.5 | 4.9 |
| ได้รับครั้งที่ 1 และ 2 | 3.8 | 9.2 | 18.3 | 6.1 | 6.0 | 8.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

บุตรคนแรก

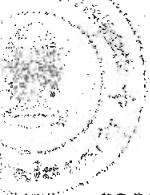
| การรับวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไกกรน บาดทะยัก | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ครั้งที่ 1 | | | | | | |
| ได้รับ | 97.4 | 97.4 | 95.0 | 89.8 | 89.5 | 93.5 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 2.6 | 5.0 | 10.2 | 10.4 | 6.5 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 194 | 398 |
| ครั้งที่ 2 | | | | | | |
| ได้รับ | 91.1 | 93.4 | 90.0 | 83.6 | 85.1 | 88.4 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 2.6 | 5.0 | 10.2 | 10.4 | 6.5 |
| ได้รับเพียงครั้งเดียว | 6.3 | 3.9 | 5.0 | 6.1 | 4.5 | 5.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |
| ครั้งที่ 3 | | | | | | |
| ได้รับ | 87.3 | 84.2 | 80.0 | 71.4 | 78.4 | 80.5 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 2.6 | 5.0 | 10.2 | 10.4 | 6.5 |
| ได้รับเพียงครั้งเดียว | 6.3 | 3.9 | 5.0 | 6.1 | 4.5 | 5.0 |
| ได้รับครั้งที่ 1 และ 2 | 3.8 | 9.2 | 10.0 | 12.2 | 6.7 | 7.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |

ตารางที่ 6 (ต่อ)

| การฉีดวัคซีนป้องกันโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | IV | |
| ครั้งที่ 4 | | | | | | |
| ได้รับ | 69.6 | 53.9 | 53.3 | 24.5 | 38.8 | 48.2 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 2.6 | 5.0 | 10.2 | 10.4 | 6.5 |
| ได้รับเพียงครั้งเดียว | 6.3 | 3.9 | 5.0 | 6.1 | 4.5 | 5.0 |
| ได้รับครั้งที่ 1 และ 2 | 3.8 | 9.2 | 10.0 | 12.2 | 6.7 | 7.8 |
| ได้รับครั้งที่ 1 และ 2 และ 3 | 17.7 | 30.3 | 26.7 | 46.9 | 39.6 | 32.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |

ครั้งที่ 5

| | | | | | | |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| ได้รับ | 50.7 | 23.7 | 35.0 | 14.3 | 21.6 | 28.9 |
| ไม่ได้รับ | 2.5 | 2.6 | 5.0 | 10.2 | 10.4 | 6.5 |
| ได้รับเพียงครั้งเดียว | 6.3 | 3.9 | 5.0 | 6.1 | 4.5 | 5.0 |
| ได้รับครั้งที่ 1 และ 2 | 3.9 | 9.2 | 10.0 | 12.2 | 6.7 | 7.8 |
| ได้รับครั้งที่ 1 และ 2 และ 3 | 17.0 | 30.3 | 26.7 | 46.9 | 39.6 | 32.4 |
| ได้รับครั้งที่ 1, 2, 3 และ 4 | 19.0 | 30.3 | 18.3 | 10.2 | 17.2 | 19.3 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |



ตารางที่ 6 (ต่อ)

| การฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด ของบุตรคนแรก | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| บุตรคนแรก | | | | | | |
| ได้รับ | 35.4 | 40.8 | 43.3 | 30.6 | 34.3 | 36.7 |
| ไม่ได้รับ | 63.3 | 31.6 | 56.7 | 69.4 | 64.1 | 57.3 |
| ออกหัด | 1.3 | 27.6 | - | - | 1.5 | 6.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 79 | 76 | 60 | 49 | 134 | 398 |



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการเจ็บป่วย

| ในรอบ 3 เดือน มีคน ในครอบครัวไม่สบาย เช่น ท้องเสีย ท้องเดิน | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่มีใครป่วย | 26.6 | 27.5 | 20.7 | 15.2 | 32.5 | 26.3 |
| ป่วย 1 คน | 43.7 | 43.4 | 52.9 | 48.1 | 44.5 | 45.7 |
| ป่วย 2 คน | 18.1 | 19.6 | 19.8 | 26.6 | 15.0 | 18.8 |
| ป่วยมากกว่า 3 คนขึ้นไป | 11.5 | 9.6 | 6.6 | 10.1 | 8.0 | 9.3 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 199 | 189 | 121 | 79 | 200 | 788 |
| โรคที่เจ็บป่วยมากที่สุด | | | | | | |
| ไข้หวัด | 67.3 | 80.0 | 82.4 | 70.2 | 78.4 | 75.0 |
| ท้องเสีย ท้องเดิน | 28.8 | 16.8 | 14.8 | 22.4 | 18.4 | 20.6 |
| อื่น ๆ | 3.9 | 3.2 | 2.8 | 7.4 | 3.2 | 4.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 199 | 188 | 120 | 79 | 200 | 786 |
| สถานที่ที่ไม่ซื้อ/ไปยามารักษา | | | | | | |
| ร้านขายยาแผนปัจจุบัน | 68.2 | 36.7 | 59.5 | 35.4 | 46.0 | 50.4 |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา | 8.6 | 7.4 | 10.0 | 48.1 | 28.0 | 17.4 |
| ร้านขายของชำ | 4.5 | 30.3 | 0.8 | 1.3 | 11.5 | 11.6 |
| โรงพยาบาล | 6.1 | 10.1 | 14.0 | 10.1 | 7.5 | 9.0 |
| คลินิกแพทย์ | 7.6 | 3.7 | 7.4 | 5.1 | 4.0 | 5.5 |
| อื่น ๆ | 5.0 | 11.7 | 8.2 | - | 3.0 | 6.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 198 | 188 | 121 | 79 | 200 | 786 |

ตารางที่ ๘ ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการมีया
สามีอยู่ประจำบ้าน

| ยาสามีอยู่ประจำบ้าน | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่มี | 29.0 | 39.7 | 14.0 | 26.6 | 25.5 | 28.1 |
| มี | 71.0 | 60.3 | 86.0 | 73.4 | 74.5 | 71.9 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน และวิธีที่ใช้ในการคุมกำเนิด

| การคุมกำเนิด | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-----------------------|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่ใช้ | 20.0 | 24.4 | 13.6 | 38.9 | 31.5 | 24.3 |
| กำลังใช้วิธีคุมกำเนิด | 80.0 | 75.6 | 86.3 | 61.1 | 68.5 | 75.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 180 | 168 | 103 | 54 | 149 | 654 |
| วิธีคุมกำเนิด | | | | | | |
| ยาเม็ดคุมกำเนิด | 30.6 | 29.1 | 29.2 | 69.7 | 52.0 | 37.0 |
| ห่วงอนามัย | 4.9 | 7.9 | 4.5 | 6.1 | 1.0 | 4.8 |
| ยาฉีด | 4.2 | 15.0 | 7.9 | 6.1 | 21.6 | 11.3 |
| ถุงยางอนามัย | 2.8 | 0.8 | 3.4 | - | 1.0 | 1.8 |
| หมั้นชาย | 8.3 | 9.4 | 7.9 | - | 2.0 | 6.7 |
| หมั้นหญิง | 47.2 | 37.8 | 41.6 | 18.2 | 22.5 | 36.8 |
| นับระยะปลอดภัย | 0.7 | - | - | - | - | 0.2 |
| หลังน้ำกามนอกช่องคลอด | 1.4 | - | 2.2 | - | - | 0.8 |
| ฝังแท่งคุมกำเนิด | - | - | 1.1 | - | - | 0.2 |
| ใช้ 2 วิธีร่วมกัน | - | - | 2.2 | - | - | 0.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 144 | 127 | 89 | 33 | 102 | 495 |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามผู้ที่กำลัง
คุมกำเนิด และสถานที่ที่ไปใช้บริการ

| สถานที่ไปใช้บริการ | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| คลินิก | 3.6 | 1.6 | 6.9 | 5.9 | 1.0 | 3.3 |
| ร้านขายยา | 18.6 | 8.7 | 17.2 | 35.3 | 14.9 | 16.2 |
| โรงพยาบาล/สถานพยาบาล | | | | | | |
| ของรัฐ | 50.7 | 47.2 | 54.0 | 26.5 | 29.7 | 44.4 |
| ศูนย์บริการสาธารณสุขของ | | | | | | |
| กทม./ศูนย์สาขา | 15.0 | 35.4 | 19.4 | 32.4 | 52.5 | 30.0 |
| แผนกพยาบาลของบริษัท, | | | | | | |
| โรงงาน | 0.7 | 3.9 | - | - | - | 1.2 |
| อสม./อสส. | 1.4 | - | 1.1 | - | 1.0 | 0.8 |
| อื่น ๆ | 4.3 | 1.6 | 1.1 | - | - | 1.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 140 | 127 | 87 | 34 | 101 | 489 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการรู้จักผู้ศึกษาเพศใด ตลอดจนสถานที่ที่ไปรับการรักษา

| ชนิดของยาเสพติดที่ติด | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--------------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่มีใครติดยา | 7.5 | 8.4 | - | 24.1 | 9.6 | 7.8 |
| เฮโรอีน | 1.7 | 1.3 | 1.1 | - | 1.0 | 1.3 |
| กัญชา | 4.0 | 1.3 | 4.4 | 58.6 | 55.8 | 15.9 |
| ทินเนอร์ | 16.8 | 14.2 | 49.5 | 6.9 | 11.5 | 19.9 |
| กัญชา ทินเนอร์ | 24.3 | 14.2 | 36.3 | 3.4 | 14.4 | 20.5 |
| เฮโรอีน กัญชา ทินเนอร์ | 44.5 | 60.6 | 8.8 | 6.9 | 3.8 | 33.5 |
| อื่น ๆ | 1.2 | - | - | - | 3.8 | 1.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 173 | 155 | 91 | 29 | 104 | 552 |
| สถานที่ที่ไปรับการรักษา | | | | | | |
| ไม่ได้รักษา | 32.5 | 34.2 | 34.5 | 40.0 | 13.8 | 30.3 |
| โรงพยาบาลศัลยกรรมกระดูก | 1.3 | - | - | - | 3.4 | 1.1 |
| โรงพยาบาลศรีธัญญา | - | - | - | - | 3.4 | 0.6 |
| สำนักสงฆ์ถ้ำกระบอก | 13.0 | 23.7 | 10.3 | 40.0 | 10.3 | 15.2 |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา | 29.9 | 23.7 | 20.7 | - | - | 21.3 |
| อื่น ๆ | 23.4 | 18.4 | 34.5 | 20.0 | 69.0 | 31.5 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 77 | 38 | 29 | 5 | 29 | 178 |

ตารางที่ 12 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามคนในครอบครัวที่
หลงมัวเมาในอบายมุข

| คนในครอบครัวมัวเมา ในอบายมุข | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่มี | 39.5 | 30.2 | 31.4 | 75.9 | 69.0 | 47.1 |
| เสพสุรา | 14.0 | 8.5 | 9.1 | - | 3.0 | 7.7 |
| สิ่งเสพศรัยแรง | 1.5 | 1.6 | 0.8 | - | 0.5 | 1.0 |
| มีการติอบายมุขตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (ลอตเตอรี+การพนัน+เสพ สุรา+ห่วย) | 45.0 | 59.8 | 58.6 | 24.1 | 27.5 | 44.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 289 |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามคนในครอบครัวที่มีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน

| มีผู้หาเรื่องเหงือกและฟัน | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---------------------------|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| มี | 78.5 | 73.5 | 83.5 | 70.9 | 75.0 | 76.4 |
| ไม่มี | 21.5 | 26.2 | 16.5 | 29.1 | 25.0 | 23.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 189 | 121 | 79 | 200 | 789 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤติกรรมอนามัยก่อนและหลังโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

การเปรียบเทียบสุขภาพอนามัยของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดนั้น เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะเครื่องชี้วัดทางสุขภาพอนามัย เช่น การตายของเด็ก ภาวะการเจ็บป่วย การเข้าโรงพยาบาลและอื่น ๆ นั้น เป็นสิ่งที่วัดได้ไม่คงที่และแน่นอน ส่วนการตายของเด็กนั้นถึงแม้จะวัดได้ แต่เนื่องจากความเจริญทางด้านกาแพทย์และวิทยาการสมัยใหม่ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้ผู้หญิงที่มีบุตรเสียชีวิตนั้นมีจำนวนอยู่น้อยมาก คือประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนผู้หญิงที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งหมด

สำหรับการศึกษาถึงสุขภาพอนามัยของผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดนั้น สิ่งที่เป็นเครื่องชี้วัดและพอที่จะนำมาเป็นข้อสังเกตได้นั้นมีอยู่น้อยมาก เช่น จำนวนบุตรเกิดรอด การคุมกำเนิดและวิธีคุมกำเนิดที่กำลังใช้อยู่ในปัจจุบัน การไปฝากครรภ์ตามสถานพยาบาลต่าง ๆ สถานที่ที่ไปคลอดบุตร และความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ ซึ่งพอที่จะนำมาเปรียบเทียบและพิจารณาว่าสุขภาพของคนที่อยู่ในชุมชนแออัดนั้นมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปมากน้อยเพียงใด หลังที่ได้มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปในชุมชนแออัดดังกล่าวแล้ว (นั่นคือ การที่มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานให้กับประชาชน)

ในการเปรียบเทียบสุขภาพอนามัยของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ซึ่งได้ทำการศึกษารั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 กับชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง ซึ่งได้ทำการศึกษารั้งแรกในปี พ.ศ. 2527 และในปลายปี 2529 ก็ได้กลับเข้าไปตามผู้หญิงคนเดิมที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดในเมือง ทั้งที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง โดยได้ใช้คำถามแบบเดียวกับที่เคยถามในปี พ.ศ. 2526 และปี พ.ศ. 2527 ตามลำดับ จากการศึกษาถึงข้อมูลโดยทั่ว ๆ ไป เช่น สภาพแวดล้อม การสุขาภิบาล การใช้น้ำและความสะอาดโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว จะมองไม่เห็นความแตกต่างกันมากนัก โดยเฉพาะในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ส่วนในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงนั้น ในตอนแรกที่เข้าไปทำการสำรวจ คือในกลางปี 2527 นั้น สภาพแวดล้อมโดยทั่ว ๆ ไปอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี แต่เมื่อได้ทำการสำรวจไปแล้วและได้พบข้อบกพร่องต่าง ๆ โดยเฉพาะทางเดินเท้า การขาดแคลนน้ำและการกำจัดขยะ ซึ่งทางสำนักอนามัยและสำนักสวัสดิการสังคม ได้เข้าไปดำเนินการช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าว ซึ่งก็ทำให้สภาพทางกายภาพโดยทั่ว ๆ ไปดีขึ้นกว่าเดิมจนเห็นได้อย่างเด่นชัด

ส่วนในเรื่องของสุขภาพอนามัยนั้น เนื่องจากชุมชนแออัดทั้งที่ปรับปรุงแล้ว และที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงนั้น อยู่ใกล้กับสถานพยาบาลทั้งของเอกชนและของรัฐบาล นอกจากนั้นยังมีศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. รับผิดชอบในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดอย่างใกล้ชิด ทุกสัปดาห์จะมีพยาบาลเยี่ยมบ้านคอยดูแลสุขภาพอนามัยของแม่และเด็กอยู่เป็นประจำ ฉะนั้น สภาพของผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดโดยเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัยจึงไม่มีปัญหาอะไรมากนัก เพราะสุขภาพอนามัยของผู้ที่อยู่ในชุมชน เมื่อก่อนที่จะมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับเมื่อมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนแออัดที่เราศึกษาในครั้งนั้นเป็นชุมชนแออัดในเมือง ฉะนั้น การรับข่าวสารทางคำานสุขภาพอนามัยและการบริการต่าง ๆ ในด้านนี้จึงจะสะดวกและรวดเร็วอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลบางตัวซึ่งสามารถจะชี้วัดถึงสุขภาพอนามัยของผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดว่ามีการเปลี่ยนแปลง หลังจากที่มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาดำเนินการนั้น จึงพอที่จะพิจารณาได้บ้างในบางตัวแปรที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

สำหรับตารางในส่วนที่เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยก่อนและหลังโครงการสาธารณสุขมูลฐานนั้น คือ ตั้งแต่ตารางที่ 14-20 นั้น จะเป็นการเปรียบเทียบข้อมูลกับของเดิมที่ได้ทำไว้ในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้วในปี 2526 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอนามัยที่พอจะศึกษาเปรียบเทียบ ได้แก่ เรื่องจำนวนบุตรเกิดรอด การวางแผนครอบครัว และการอนามัยในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และการอนามัยทารกหลังคลอด เป็นต้น นอกจากนั้น ยังเป็นการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของบุตรคนแรกและคนสุดท้าย ซึ่งถือว่าจะมีระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย ๆ ก็ควรจะเป็น 1 ปีขึ้นไป จึงจะมีเวลาพอที่จะให้แม่ปรับตัวและรับรู้เกี่ยวกับการอนามัยดีขึ้นบ้างไม่มากก็น้อย ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการรับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หรือจากโครงการสาธารณสุขมูลฐานก็ตาม

ในตารางที่ 14 นั้นเป็นการเปรียบเทียบจำนวนบุตรเกิดรอดในปัจจุบันกับเมื่อสองปีที่แล้วนั้น จะเห็นได้ว่า ในชุมชนแออัดในเมือง (ที่ปรับปรุงทางกายภาพ) นั้น มีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยตามอายุของแม่อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ 2.5 เปอร์เซ็นต์ (2526) และ 2.4 เปอร์เซ็นต์ (2529) ตามลำดับ ส่วนในชุมชนที่ II คือ ในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงนั้นมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยในทุกหมวดอายุตามอายุของมารดาอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำที่สุดคือ 2.1 เปอร์เซ็นต์ ส่วนในชุมชนชานเมืองนั้น มีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงถึงประมาณ 3.4 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งเป็นจำนวนที่เท่ากัน ในชุมชนชานเมืองทั้งสองแห่งที่ตกเป็นตัวอย่าง

ส่วนตารางข้อมูลที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิดนั้น ปรากฏว่า พฤติกรรมของสตรีที่ตก เป็นตัวอย่างนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด เพราะจำนวนผู้หญิงที่กำลังคุมกำเนิดที่อยู่ใน ชุมชนแออัดในเมือง เมื่อเทียบกับในปี 2526 แล้ว ปรากฏว่ามีจำนวนสูงขึ้นกว่าเดิมเกือบ 20 เปอร์เซ็นต์ เพราะในการศึกษาครั้งนั้นนั้นมีผู้หญิงที่กำลังคุมกำเนิดในชุมชนที่ I ซึ่งเป็นชุมชนที่เคย เข้าไปทำการศึกษาในทุกหมวดอายุสูงถึง 80 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับ 60 กว่าเปอร์เซ็นต์เมื่อ สองปีมาแล้ว และถ้าจะพิจารณากันในแต่ละชุมชนแล้ว ปรากฏว่า ชุมชนแออัดในเมืองที่ลง จ.ป.ฐ. คือชุมชนที่ III นั้น มีผู้หญิงที่คุมกำเนิดสูงสุด ก็มากกว่าชุมชนอื่นที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ ประมาณ 86.4 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ชุมชนชานเมืองทั้งสองแห่งคือ ชุมชนที่ลง จ.ป.ฐ. หรือ ไม่ลง จ.ป.ฐ. ก็ตาม มีเปอร์เซ็นต์ต่ำสุด คือ 61.1 เปอร์เซ็นต์ในชุมชนที่ IV และ 68.5 เปอร์เซ็นต์ในชุมชนที่ V ตามลำดับ (ตารางที่ 15)

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่า สุขภาพอนามัยของผู้หญิงที่ตกเป็นตัวอย่าง โดยเฉพาะ ในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด ตลอดจนการเลี้ยงดูเด็กหลังคลอด ซึ่งเป็นสิ่งที่แม่ทุกคนควร เอาใจใส่ดูแลและระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั้งของตนเองและบุตรนั้น ฉะนั้นการอนามัย แม่และเด็ก จึงเป็นหัวข้อสำคัญที่หน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขให้ความสนใจเป็นพิเศษ คงจะเห็นได้ว่าสำนักอนามัย กทม. และองค์การช่วยเหลือแม่และเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ก็ได้ร่วมมือกันรณรงค์ในเรื่องนี้เป็นอย่างดี

สำหรับในตารางที่ 16 ซึ่งเป็นเรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักของหญิงที่กำลัง ตั้งครรภ์บุตรคนแรก กับบุตรคนสุดท้ายนั้น จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันอยู่เล็กน้อย คือ หญิงที่ ตั้งครรภ์บุตรคนแรกนั้นจะมีจำนวนประมาณ 48.9 เปอร์เซ็นต์ที่ไปฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ในขณะที่ผู้หญิงที่กำลังตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้ายนั้นมีประมาณ 55.0 เปอร์เซ็นต์ และในการตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้ายนั้น ผู้หญิงในทุกชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง ไปฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักมีจำนวนเพิ่ม มากกว่าในการตั้งครรภ์บุตรคนแรก นอกจากนั้น ยังปรากฏว่าผู้หญิงในชุมชนชานเมืองนั้น ได้รับความ ฉีดวัคซีนในระหว่างการตั้งครรภ์บุตรคนแรกและบุตรคนสุดท้ายสูงกว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ที่อยู่ใน ชุมชนแออัดในเมืองถึง 20-30 เปอร์เซ็นต์ (ตารางที่ 16)

โดยทั่ว ๆ ไป สตรีที่ตั้งครรภ์นั้นจะต้องไปฝากครรภ์กับแพทย์ตามสถานพยาบาล เพื่อดูแลและรักษาสุขภาพอนามัยอย่างใกล้ชิด โดยจะต้องไปหาแพทย์ที่ฝากครรภ์ไว้นั้นเป็นประจำ อย่างน้อย 4 ครั้งก่อนคลอด นอกจากในบางกรณีที่ครรภ์ไม่ปกติก็อาจจะต้องไปพบแพทย์มากขึ้น

กว่านี้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาถึงจำนวนสตรีที่ไปฝากครรภ์ในชุมชนก่อนและหลังที่มีโครงการสาธารณสุขเข้าไปนั้น ปรากฏว่าในเรื่องการไปฝากครรภ์ของผู้หญิงตามสถานพยาบาลต่าง ๆ เมื่อสองปีก่อน โดยเฉพาะในชุมชนแออัดในเมืองนั้นมีผู้หญิงที่ไปฝากครรภ์ตอนมีบุตรคนแรก ประมาณ 88.8 เปอร์เซ็นต์ และระหว่างตั้งครรภ์บุตรคนสุดท้าย 94.3 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2529 คือ ผู้หญิงที่ไปฝากครรภ์ตามสถานพยาบาลจะเพิ่มขึ้นเป็น 92.2 เปอร์เซ็นต์ตอนมีบุตรคนแรก และ 95.4 เปอร์เซ็นต์ตอนมีบุตรคนสุดท้าย ตามลำดับ ส่วนสถานที่ที่ไปทำการคลอดนั้น ส่วนใหญ่จะไปทำคลอดที่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลของรัฐ เป็นส่วนใหญ่ คือ ประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ถ้าจะพิจารณาในแต่ละชุมชนแล้ว จะเห็นได้ชัดว่า ผู้หญิงที่ไปฝากครรภ์ตามโรงพยาบาลของรัฐมากที่สุดก็คือ ผู้หญิงที่อยู่ในชุมชนแออัดในเมือง ซึ่งมีจำนวนประมาณ 80-90 เปอร์เซ็นต์ ทั้งนี้ก็เนื่องจากในเมืองนั้นมีสถานพยาบาลต่าง ๆ ของรัฐอยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนชุมชนชานเมืองนั้น มีผู้หญิงไปฝากครรภ์กับโรงพยาบาลของรัฐ น้อยกว่าชุมชนในเมืองมาก คือมีอยู่ประมาณ 30-40 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น ส่วนศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. นั้น กลับมีบทบาทที่สำคัญเมื่อเทียบกับชุมชนแออัดในเมืองอย่างเห็นได้ชัด (ตารางที่ 17)

ส่วนในตารางที่ 18 ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดานั้น โดยทั่วไปจะเห็นได้ว่า แม้ในชุมชนแออัดทั้งในเมืองและชุมชนชานเมืองนั้น นิยมให้บุตรกินนมตัวเองเพราะมีจำนวนสูงถึง 80 กว่าเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป และถ้าจะเปรียบเทียบก่อนที่จะมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานนั้น จำนวนแม่ในชุมชนแออัดในเมือง (ชุมชนที่ I) ที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดานั้น มีจำนวน 81.2 เปอร์เซ็นต์สำหรับบุตรคนแรก และ 82.7 เปอร์เซ็นต์ในบุตรคนสุดท้าย ในขณะที่จำนวนผู้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หลังจากมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาดำเนินการในชุมชนแล้ว ก็เพิ่มเป็น 83.1 เปอร์เซ็นต์ในบุตรคนแรก และ 84.6 เปอร์เซ็นต์ในบุตรคนสุดท้าย ตามลำดับ และถ้าจะพิจารณาโดยโดยทั่วไปในแต่ละชุมชนแล้วปรากฏว่า ในชุมชนชานเมือง คือชุมชนที่ IV และชุมชนที่ V นั้น มีผู้หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมจำนวนสูงที่สุด คือ 80-90 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป และถ้าจะเปรียบเทียบในระหว่างบุตรคนแรก และบุตรคนสุดท้ายแล้ว บุตรคนสุดท้ายจะมีจำนวนที่ถูกเลี้ยงด้วยนมแม่สูงกว่าเล็กน้อย และจะมีลักษณะคล้ายคลึงกันในทุก ๆ ชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง (ตารางที่ 18)

สำหรับในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบนั้น ตามปกติแล้วจะ
ต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

| <u>อายุ</u> | <u>ชนิดของวัคซีน</u> |
|--------------------|--|
| แรกเกิดถึง 1 เดือน | - ฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรค (บี ซี จี) |
| 2 เดือน | - ฉีดวัคซีนป้องกันไอคอตีบ ไกกรนและบาดทะยัก (ดี พี ที) ครั้งที่ 1 - กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 1 |
| 4 เดือน | - ฉีดวัคซีนป้องกันไอคอตีบ ไกกรนและบาดทะยัก (ดี พี ที) ครั้งที่ 2 - กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 2 |
| 6 เดือน | - ฉีดวัคซีนป้องกันไอคอตีบ ไกกรนและบาดทะยัก (ดี พี ที) ครั้งที่ 3 - กินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 3 |
| 1½ - 2 ปี | - ฉีดวัคซีน ดี พี ที และกินวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ อีก 1 ครั้ง |

ซึ่งสตรีส่วนใหญ่แล้วทราบเป็นบางส่วน จะไม่สามารถทราบรายละเอียดทั้งหมด จำนวนสตรีที่ทราบ
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคเป็นบางส่วนนั้น จะมีจำนวนสูงถึง 70 กว่าเปอร์เซ็นต์ขึ้นไปในเขตตัวอย่าง
ส่วนจำนวนสตรีที่ทราบเป็นบางส่วนนี้มีจำนวนน้อยกว่ามากในตอนก่อนที่โครงการสาธารณสุขมูลฐาน
จะเข้ามาดำเนินการ และความรู้ที่ทราบเป็นบางส่วนนี้เป็นความรู้ที่ได้ในปัจจุบัน ซึ่งก็ขึ้นกว่าเมื่อ
ตอนที่ทำการศึกษาในครั้งแรกเป็นอันมาก นอกจากนั้น เกือบ 90 เปอร์เซ็นต์ในปัจจุบันจะทราบว่า
ถ้าไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค เด็กก็อาจเจ็บไข้ได้ป่วยจนเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือพิการได้ด้วย
ดังปรากฏในตารางที่ 19 ที่แสดงให้เห็นว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้หญิงที่มีบุตรอายุ 0-6 ปีนั้น มี
บุตรฉีดวัคซีนสำหรับบุตรคนแรก และบุตรคนสุดท้าย คือ 58.5 เปอร์เซ็นต์ และ 61.2 เปอร์เซ็นต์
ตามลำดับ (ตารางที่ 19)

ส่วนการใช้ผงเกลือแร่เมื่อเด็กท้องเดินหรือท้องเสียนั้น จากการเปรียบเทียบก่อนที่
จะมีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปในชุมชนแออัดในเมืองนั้น มีเพียง 34.1 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น (เขต
ในขณะที่ ปัจจุบันนี้มีผู้ใช้ผงเกลือแร่ประมาณ 49.5 เปอร์เซ็นต์ และถ้าจะพิจารณาในแต่ละชุมชน

แล้วจะเห็นว่าชุมชนชานเมืองนั้นผู้ที่ใช้ผงดกลือแร่ (O.R.S.) นั้น มีจำนวนสูงถึง 60 กว่าเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนสูงมากเมื่อเทียบกับชุมชนแออัดในเมืองทั้งที่ปรับปรุงแล้วและยังไม่ได้ปรับปรุงทางกายภาพ (ตารางที่ 20)

จากการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยก่อนและหลังที่มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปดำเนินการในชุมชนแออัดที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งขึ้นปรากฏว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดดังกล่าวมีสภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมมาก (เมื่อ 2 ปีที่แล้ว) ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่เข้าไปดำเนินการดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าถึงแม้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะแตกต่างกันไปในชุมชนแออัดในเมืองที่ปรับปรุงแล้ว (ทางกายภาพ) และชุมชนแออัดในเมืองที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (ทางกายภาพ) ก็ตาม แต่ผลที่ได้รับนั้นมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ เพราะในชุมชนแออัดในเมืองที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงคือที่ชุมชนที่จจรตไฟ ก.ม. 11 นั้น มีศูนย์บริการสาธารณสุขรวมทั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่เข้าไปบริการอยู่เป็นประจำ ฉะนั้น ถึงในบริเวณชุมชนดังกล่าวนี้ถึงจะไม่มีอาสาสมัคร (อ.ส.ส.) แต่ก็ได้รับบริการจากแพทย์และพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นประจำ จึงทำให้พฤติกรรมด้านอนามัยดีทัดเทียมกับชุมชนแออัดในเมืองที่มีอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ส.) ประจำอยู่ ส่วนในชุมชนชานเมืองนั้น เนื่องจากมีลักษณะทางกายภาพตลอดจนลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างไปจากชุมชนแออัดในเมืองอย่างมาก ฉะนั้น การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจึงมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับการดำเนินงานที่ทางกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติในเขตชนบท อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในชุมชนชานเมืองนั้นยังไม่เคยทำการศึกษามาก่อน ฉะนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงไม่สามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยก่อนและหลังจากที่มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปดำเนินการได้

ตารางที่ 14 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามบุตรเกิดรอดเฉลี่ย
ทุกอายุ เฉลี่ยตามอายุของมารดา

| อายุของมารดา (ปี) | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|----------------------|--------------------|-----|-----|---------------|-----|-----|
| | I | II | III | IV | V | |
| 15 - 19 | - | - | 1.4 | - | 1.0 | 1.2 |
| 20 - 24 | 2.0 | 1.5 | 1.6 | 1.7 | 1.7 | 1.7 |
| 25 - 29 | 1.8 | 1.6 | 1.8 | 2.5 | 2.7 | 2.0 |
| 30 - 34 | 2.5 | 2.0 | 2.2 | 2.9 | 3.5 | 2.6 |
| 35 - 39 | 3.1 | 3.2 | 2.7 | 4.9 | 4.8 | 3.5 |
| 40 - 44 | 3.2 | 3.1 | 3.2 | 4.8 | 4.3 | 3.5 |
| 45 - 49 | 4.3 | 3.5 | 3.6 | 6.9 | 6.1 | 4.9 |
| ทุกหมวดอายุ | 2.4 | 2.1 | 2.4 | 3.4 | 3.4 | 2.8 |
| จำนวนรวม | 194 | 171 | 112 | 72 | 184 | 733 |

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชนที่กำลังคุมกำเนิด
จำแนกตามอายุของมารดา

| อายุของมารดา (ปี) | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|----------------------|-------------------|-----------|----------|---------------|-----------|-----------|
| | I | II | III | IV | V | |
| 15-19 | - | - | 100.0(7) | - | 80.0(4) | 91.7(11) |
| 20-24 | 69.2(9) | 64.0(16) | 84.6(11) | 54.5(6) | 66.7(16) | 67.4(58) |
| 25-29 | 78.0(32) | 83.7(36) | 77.3(17) | 42.9(3) | 66.7(24) | 75.2(12) |
| 30-34 | 76.7(33) | 70.6(24) | 87.0(20) | 81.8(9) | 66.7(24) | 74.8(110) |
| 35-39 | 89.5(34) | 77.4(24) | 84.6(11) | 64.3(9) | 78.9(15) | 80.9(93) |
| 40-44 | 90.5(19) | 76.9(20) | 91.7(11) | 60.0(3) | 75.0(12) | 81.3(15) |
| 45-49 | 70.8(17) | 77.8(7) | 92.3(12) | 50.0(3) | 53.8(7) | 70.8(46) |
| ทุกหมวดอายุ | 80.0(144) | 75.6(127) | 86.4(89) | 61.1(33) | 68.5(102) | 75.7(495) |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ในระหว่างตั้งครรภ์กับบุตรคนแรกกับบุตรคนสุดท้าย

| การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-----------------------------|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| บุตรคนแรก | | | | | | |
| เคย | 37.1 | 36.4 | 43.1 | 64.9 | 68.4 | 48.9 |
| ไม่เคย | 62.9 | 63.6 | 56.9 | 35.1 | 31.6 | 51.9 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 186 | 162 | 109 | 74 | 189 | 718 |
| บุตรคนสุดท้าย | | | | | | |
| เคย | 45.1 | 38.5 | 44.3 | 72.1 | 76.3 | 55.0 |
| ไม่เคย | 54.9 | 61.5 | 55.7 | 27.9 | 23.9 | 45.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 144 | 122 | 79 | 61 | 152 | 558 |

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการฝากครรภ์ และผู้ที่ทำคลอดให้ของบุตรคนแรกกับบุตรคนสุดท้าย

| การ ไปฝากครรภ์ ตามสถานพยาบาล | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| บุตรคนแรก | | | | | | |
| ฝาก | 92.2 | 86.1 | 91.1 | 74.4 | 79.7 | 85.6 |
| - โรงพยาบาล/สถาน พยาบาลเอกชน/ คลินิก | 9.5 | 8.8 | 5.9 | 9.2 | 3.4 | 7.2 |
| - โรงพยาบาล/สถาน พยาบาลของรัฐ | 83.2 | 79.6 | 92.0 | 34.5 | 46.3 | 70.9 |
| - ศูนย์บริการสาธารณสุข ของ กทม. | 7.3 | 11.6 | 2.1 | 56.3 | 50.3 | 21.9 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 177 | 148 | 102 | 55 | 149 | 631 |
| ไม่ฝาก | 7.8 | 14.0 | 8.9 | 25.7 | 20.3 | 14.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 193 | 172 | 112 | 74 | 187 | 738 |
| บุตรคนสุดท้าย | | | | | | |
| ฝาก | 95.4 | 88.2 | 89.0 | 86.9 | 88.2 | 90.0 |
| - โรงพยาบาล/สถาน พยาบาลเอกชน/ คลินิก | 7.0 | 7.0 | 5.5 | 3.8 | .8 | 4.8 |
| - โรงพยาบาล/สถาน พยาบาลของรัฐ | 88.0 | 85.2 | 99.8 | 35.8 | 39.6 | 70.2 |
| - ศูนย์บริการสาธารณสุข ของ กทม. | 5.0 | 8.8 | 1.3 | 60.4 | 59.6 | 25.0 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 143 | 113 | 72 | 53 | 134 | 515 |
| ไม่ฝาก | 4.7 | 10.9 | 4.9 | 13.1 | 11.8 | 8.9 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 150 | 129 | 81 | 61 | 152 | 573 |

ตารางที่ 17.1 เปรียบเทียบการไปฝากครรภ์ตามสถานพยาบาลต่าง ๆ ก่อนและหลัง
การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

| | ชุมชนแออัด ในเมือง (ปรับปรุงแล้ว) | | ชุมชนแออัด ในเมือง (ยังไม่ได้ปรับปรุง) | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------|---|--------------|
| | พ.ศ. 2526 | พ.ศ. 2529 | พ.ศ. 2527 | พ.ศ. 2529 |
| ไม่ฝาก | 10.5 | 7.5 | 17.5 | 12.7 |
| โรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชน/คลินิก | | 8.5 | 5.8 | 6.9 |
| โรงพยาบาล/สถานพยาบาลของรัฐ | 85.5 | 74.0 | 60.8 | 62.4 |
| ศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. | | 6.5 | 5.8 | 9.0 |
| ไม่เข้าชาย | 4.5 | 3.0 | - | 8.5 |
| ไม่ทราบ | - | 0.5 | 8.5 | 0.5 |
| ไม่ตอบ | - | - | 1.6 | - |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 200 | 189 | 189 |

ตารางที่ 17.2 เปรียบเทียบสถานที่ไปคลอดบุตร ก่อนและหลังการดำเนินงานสาธารณสุข
มูลฐาน

| | ชุมชนแออัด ในเมือง (ปรับปรุงแล้ว) | | ชุมชนแออัด ในเมือง (ยังไม่ได้ปรับปรุง) | |
|--|--------------------------------------|--------------|---|--------------|
| | พ.ศ. 2526 | พ.ศ. 2529 | พ.ศ. 2527 | พ.ศ. 2529 |
| โรงพยาบาล/สถานพยาบาลของเอกชน/คลินิก | 4.0 | 11.5 | 5.8 | 7.9 |
| โรงพยาบาล/สถานพยาบาลของรัฐ/ สถานีอนามัย/ศูนย์อื่น ๆ | 78.5 | 74.5 | 64.0 | 65.6 |
| ที่บ้าน | 10.5 | 8.5 | 13.2 | 10.6 |
| อื่น ๆ | - | 0.5 | - | 9.0 |
| ไม่เข้าชาย | 7.0 | 4.5 | - | 8.5 |
| ไม่ทราบ | - | 0.5 | 15.3 | 0.5 |
| ไม่ตอบ | - | - | 1.6 | - |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 200 | 200 | 189 | 189 |

ตารางที่ 18 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการเลี้ยงลูก
 ด้วนมมารดาของบุตรคนแรกกับคนสุดท้าย

| การเลี้ยงลูกด้วนมมารดา | ชุมชนแออัดในเมือง | | | | | รวม |
|--------------------------------|-------------------|------|------|------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| บุตรคนแรก | | | | | | |
| เลี้ยง | 83.1 | 81.8 | 88.1 | 87.6 | 90.0 | 85.2 |
| 1-6 เดือน | 30.0 | 23.8 | 40.3 | 6.4 | 13.0 | 23.3 |
| 7-12 เดือน | 31.1 | 33.9 | 26.8 | 28.5 | 25.9 | 29.4 |
| 13-18 เดือน | 21.0 | 23.8 | 13.4 | 53.9 | 42.0 | 29.3 |
| 19-24 เดือน | 12.8 | 12.3 | 12.4 | 6.4 | 11.8 | 11.7 |
| 25 เดือนขึ้นไป | 4.4 | 5.4 | 3.0 | 4.8 | 2.4 | 3.9 |
| เลี้ยง แต่ระบุจำนวนเดือนไม่ได้ | .7 | .7 | 4.1 | - | 4.8 | 2.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 157 | 130 | 97 | 63 | 73 | 519 |
| ไม่ได้เลี้ยง | 16.9 | 18.2 | 11.8 | 12.5 | 10.0 | 14.2 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 189 | 159 | 110 | 72 | 80 | 610 |
| บุตรคนสุดท้าย | | | | | | |
| เลี้ยง | 84.6 | 83.5 | 89.9 | 87.8 | 92.4 | 87.4 |
| 1-6 เดือน | 31.0 | 24.8 | 33.8 | 3.9 | 10.2 | 21.3 |
| 7-12 เดือน | 28.5 | 34.6 | 22.6 | 17.6 | 22.0 | 25.9 |
| 13-18 เดือน | 15.5 | 21.8 | 11.2 | 51.0 | 40.5 | 27.0 |
| 19-24 เดือน | 14.7 | 8.9 | 12.7 | 9.8 | 7.3 | 10.6 |
| 25 เดือนขึ้นไป | 4.8 | 7.9 | 8.5 | 5.9 | 5.8 | 5.4 |
| เลี้ยง แต่ระบุจำนวนเดือนไม่ได้ | 4.8 | 2.0 | 11.2 | 11.7 | 14.0 | 8.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 122 | 94 | 71 | 50 | 43 | 393 |
| ไม่ได้เลี้ยง | 15.9 | 16.5 | 10.1 | 12.1 | 7.5 | 12.5 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 145 | 121 | 79 | 58 | 47 | 450 |



ตารางที่ 19 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ไม่มีบุตรอายุ 0-6 ปี ในแต่ละชุมชน
จำแนกตามการมีบัตรฉีดวัคซีนของบุตรคนแรกกับบุตรคนสุดท้าย

| การมีบัตรฉีดวัคซีน | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| บุตรคนแรก | | | | | | |
| มี | 48.8 | 60.5 | 61.7 | 73.5 | 56.4 | 58.5 |
| ไม่มี | 51.3 | 39.5 | 38.3 | 26.5 | 43.6 | 41.5 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 80 | 96 | 60 | 49 | 133 | 398 |
| บุตรคนที่สอง | | | | | | |
| มี | 84.0 | 52.9 | 73.3 | 47.4 | 56.3 | 61.2 |
| ไม่มี | 16.0 | 47.1 | 26.7 | 52.6 | 43.7 | 38.8 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 25 | 17 | 15 | 19 | 71 | 147 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 20 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการใช้ผงน้ำตาล
เกลือแร่เมื่อเด็กท้องเสีย/ท้องเดิน

| การใช้ผงเกลือแร่เมื่อเด็ก ท้องเดิน/ท้องเสีย | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|--|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ใช่ | 49.5 | 58.8 | 44.7 | 66.1 | 62.0 | 56.7 |
| - ผงน้ำตาลเกลือแร่ | 81.0 | 73.3 | 86.2 | 51.3 | 56.6 | 68.3 |
| - น้ำตาลขวดเกลือแร่ที่มีใน โฆษณา | 7.3 | 6.6 | 6.9 | 2.7 | 6.6 | 6.3 |
| - ผสมเองตามที่ได้รับคำ แนะนำ | 11.7 | 20.1 | 6.9 | 46.0 | 36.8 | 25.4 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 67 | 89 | 29 | 37 | 106 | 329 |
| ไม่ใช้ | 49.6 | 36.6 | 50.8 | 32.1 | 37.4 | 41.1 |
| อื่น ๆ | 0.9 | 4.6 | 4.6 | 1.8 | 0.6 | 2.2 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 137 | 153 | 65 | 56 | 171 | 582 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน

ความต้องการของประชาชน

จากตารางที่ 21 พบว่า โดยส่วนรวมแล้ว ประชาชนมีความต้องการบริการด้านรักษาพยาบาล ตลอดจนด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านป้องกันโรคในจำนวนเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่าไม่มีความต้องการ กล่าวคือ ร้อยละ 32.4 ร้อยละ 5.1 และร้อยละ 11.9 มีความต้องการด้านรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน และด้านรักษาส่งเสริมและป้องกัน ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ไม่ต้องการบริการดังกล่าว ซึ่งอาจจะเป็นเพราะมีบริการอยู่แล้ว มีอยู่ประมาณร้อยละ 31.1 ความสัมพันธ์ดังกล่าวพบได้ในทุกกลุ่มชุมชน ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ I และที่ III อย่างไรก็ตาม กลุ่มชุมชนในเมืองมีแนวโน้มที่ไม่ต้องการบริการในอัตราที่สูงกว่าที่พบในชุมชนชนานเมือง

ในแง่ของความต้องการด้านสุขภาพอนามัย ประชาชนมีความต้องการด้านรักษาพยาบาลมากกว่าด้านการป้องกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวพบได้ในทุกกลุ่มชุมชนที่ใช้ในการศึกษา ผลดังกล่าวอาจจะเป็นผลมาจากการที่ประชาชนอาจมีปัญหาด้านการทำมาหากินมากกว่าจะมาสนใจงานสาธารณสุขมูลฐาน และสนใจปัญหาของตัวเองเมื่อตอนเจ็บป่วยมากกว่าการคิดถึงทางป้องกัน

การให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน

ในแง่ของบริการทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง 5 กลุ่มชุมชนดังกล่าว เรียกได้ว่ามีหน่วยบริการด้านสาธารณสุขอยู่ทุกชุมชน (จากตารางที่ 22) และในแง่ของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ดำเนินงานโดยสำนักอนามัยของกรุงเทพมหานคร ก็มีการให้บริการเกือบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขศึกษา การโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก ฯลฯ บริการดังกล่าวมีในทุกชุมชน ยกเว้นในชุมชนที่จอร์จทาวน์ กม. 11 และชุมชนคู่งิ้วเหนือ หมู่ที่ 3 ซึ่งยังขาดบริการอื่นอยู่อีกหลายด้าน

นอกจากงานด้านบริการดังกล่าว ทางกรุงเทพมหานครยังได้อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนแอดต่าง ๆ เพื่อเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานตามชุมชนดังกล่าว

จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีอยู่ในชุมชนแออัดที่ตกเป็นตัวอย่าง 6 แห่ง (11 ชุมชน) จำนวนทั้งสิ้น 65 รายการ

| จำนวนชุมชน | จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข | จำนวนเปอร์เซ็นต์ |
|------------------|-------------------------|------------------|
| ชุมชนวัด ไร่เงิน | 13 | 20.0 |
| ชุมชนร่วมรักษา | 7 | 10.8 |
| ชุมชนสร้อยทอง | 6 | 9.2 |
| ชุมชน กม. 11 | 6 | 9.2 |
| ชุมชนสงวนทรัพย์ | 12 | 18.5 |
| ชุมชนหนองจอก | 21 | 32.3 |
| จำนวนรวม | 65 | 100.0 |

สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ตกเป็นตัวอย่างในครั้งนี้นั้น ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยกลางคนขึ้นไปคือ เกือบครึ่งหนึ่งจะมีอายุอยู่ในระหว่าง 41-60 ปี และประมาณ 64.6 เปอร์เซ็นต์ของผู้ตอบเป็นเพศหญิง ในขณะที่ 35.4 เปอร์เซ็นต์เป็นอาสาสมัครที่เป็นเพศชาย ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างอย่างถาวร ซึ่งมีจำนวนสูงสุดคือมีอยู่ถึง 72.3 เปอร์เซ็นต์ หรือไม่ก็อยู่ในแต่ละชุมชนเป็นระยะเวลาหลาย ๆ ปีขึ้นไป ที่อยู่แบบชั่วคราวไม่ถึงปีมีอยู่น้อยหรือแทบจะไม่มีเลย ส่วนระดับการศึกษานั้นก็คล้ายคลึงกับผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดโดยทั่ว ๆ ไป คือ เรียนจบชั้นประถมศึกษาประมาณ 72.3 เปอร์เซ็นต์ ส่วนที่จบมัธยมศึกษา นั้นมีอยู่เพียง 12.3 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น ส่วนอาชีพที่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนทำกันมากที่สุด ได้แก่ ค้าขายและรับจ้าง ซึ่งมีจำนวนประมาณหนึ่งในสี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งหมด สำหรับระยะเวลาในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาค้างครั้งนี้ เกือบครึ่งหนึ่งคือ ประมาณ 47.7 เปอร์เซ็นต์ ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครมาได้ 1-2 ปี ในขณะที่ 24.6 เปอร์เซ็นต์ทำมาได้ไม่ถึง 1 ปี ส่วนอีก 26.2 เปอร์เซ็นต์นั้นทำมาได้ 2 ปีขึ้นไป ส่วนจำนวนเวลาที่ใช้ในการทำงานในชุมชนไม่ปรากฏให้เห็นเป็นแบบแผนที่แน่นอน เพราะผู้ที่ออกปฏิบัติงานสัปดาห์ละครั้งนั้นมีเพียง 16.9

เปอร์เซ็นต์ ส่วนผู้ที่ทำหน้าที่สัปดาห์ละ 2 ครั้งมี 10.8 เปอร์เซ็นต์ นอกนั้นก็มีย่านลด
น้อยลงไปตามลำดับ

สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชั้น ผู้ตอบส่วนใหญ่ประมาณ
44.6 เปอร์เซ็นต์ ได้รับเลือกจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัย กทม. เป็นผู้เลือกให้เข้ารับการ
อบรม ส่วนผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากกักกัน ผู้ใหญ่บ้านนั้นก็มียู่บ้างในชุมชนชานเมือง สำหรับ
ระยะเวลาที่ทำการอบรมนั้น อาสาสมัครส่วนใหญ่คิดว่ากำลังพอดีในการอบรมครั้งแรกคือ 5 วัน
นั้นมีจำนวน 69.2 เปอร์เซ็นต์ ส่วนที่ว่าสั้นเกินไปหรือยาวเกินไปนั้นก็มียู่บ้างแต่จำนวนไม่
มากนัก นอกจากนั้นยังปรากฏว่าหลังจากการอบรมแล้วยังมีเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัย กทม.
มาให้คำแนะนำต่ออีก ซึ่งมีจำนวนสูงถึง 86.2 เปอร์เซ็นต์ และจากการสัมภาษณ์อาสาสมัคร
สาธารณสุข เกือบ 90.8 เปอร์เซ็นต์ยอมรับว่าได้นำความรู้ที่ได้จากการอบรมครั้งนี้ไปใช้
ประโยชน์ต่อไปได้อีก

สำหรับการปฏิบัติงานในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา นั้น กิจกรรมที่ได้ทำมากที่สุดก็คือ
การแจ้งข่าวสารและการให้บริการของศูนย์ หรือศูนย์สาขาให้กับเพื่อน ๆ ที่อยู่ชุมชนเดียวกัน
ทราบ คือ มีจำนวนถึง 92.3 เปอร์เซ็นต์ ส่วนจำนวนเปอร์เซ็นต์ของอาสาสมัครที่คอยแนะนำ
เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคและคอยแนะนำเพื่อนบ้านเรื่องความสะอาดภายในบ้าน และใน
บริเวณบ้านนั้นมีจำนวนพอ ๆ กัน คือ 89.2 เปอร์เซ็นต์ ส่วนกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้ ก็มี
จำนวนที่ทำและที่ไม่ได้ทำลดหลั่นกันไปตามลำดับ รวมทั้งเหตุผลที่ให้ไว้สำหรับในกรณีที่ไม่ได้ทำ
กิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

| การปฏิบัติงานของ ศสส. อสม. อสส. กช. | ทำ | ไม่ได้ทำ | เหตุผลที่ไม่ได้ทำ |
|--|------|----------|--|
| 1. แจ้งข่าวการเจ็บป่วยและการเกิดโรคในหมู่บ้าน ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์หรือศูนย์สาขาทราบ | 67.7 | 32.3 | 1. เจ้าหน้าที่จากศูนย์ฯ เป็นผู้แจ้งเอง 2. กรณีเจ็บป่วยมาก ก็ไปโรงพยาบาลเอง 3. ในชุมชน ไม่มีโรคภัยร้ายแรง |
| 2. แจ้งข่าวการให้บริการของศูนย์หรือศูนย์สาขาให้เพื่อนบ้านทราบ | 92.3 | 7.7 | 1. ใช้เสียงตามสาย 2. มีคนอื่นทำหน้าที่นี้อยู่แล้ว 3. ดิฉันระจำเป็นหลายอย่าง |
| 3. แนะนำเพื่อนบ้าน เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อตั้งท้องและหลังคลอด | 86.2 | 13.8 | 1. มีพยาบาลเยี่ยมบ้านคอยให้คำแนะนำ 2. ส่วนใหญ่จะไปขอคำแนะนำที่โรงพยาบาล 3. เป็นผู้ขายเตยไม่พูดเรื่องนี้ |
| 4. แนะนำเพื่อนบ้าน เรื่องความสะอาดภายในบ้านและบริเวณบ้าน | 89.2 | 10.8 | 1. ใช้เสียงตามสาย 2. มีประชาสัมพันธ์ประจำชุมชน 3. กลัวจะถูกว่า ว่าวุ่นวายผู้ |
| 5. แนะนำ เรื่องการป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ | 81.5 | 18.5 | 1. มีเจ้าหน้าที่ศูนย์ กทม. มาแนะนำ 2. ใช้เสียงตามสาย 3. ไม่มีโรคติดต่อเกิดขึ้นในชุมชน |
| 6. แนะนำ เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรค | 89.2 | 10.8 | 1. เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข ให้คำแนะนำ |

| การปฏิบัติงานของ ผสส. อสม. อสส. กช. | ทำ | ไม่ได้ทำ | เหตุผลที่ไม่ได้ทำ |
|---|------|----------|--|
| 7. นัดหมายให้เพื่อนบ้านไปรับบริการของศูนย์หรือศูนย์สาขา | 84.6 | 12.3 | 1. เจ้าหน้าที่ของศูนย์เข้ามาบริการเอง 2. มีหน่วยเคลื่อนที่เข้ามาในชุมชน |
| 8. ชึ่งน้ำหนักเด็กหรือสำรวจการขาดสารอาหาร | 66.2 | 33.8 | 1. พยายามจากศูนย์มาชึ่งน้ำหนักเด็กเอง 2. เป็น กช. ฝ่ายอื่นไม่เกี่ยวข้องกับงานด้านนี้ |
| 9. ใช้ยาสามัญประจำบ้าน | 87.7 | 12,13 | 1. พยายามจากศูนย์มาให้คำแนะนำ 2. เป็น กช. ฝ่ายอื่นไม่เกี่ยวข้องกับงานด้านนี้ 3. ใช้เสียงตามสาย |
| 10. ใช้น้ำเกลือแห้งรักษาอาการท้องเสีย | 86.2 | 13.8 | 1. พยายามจากศูนย์มาให้คำแนะนำ 2. ส่วนใหญ่จะไปใช้บริการที่ศูนย์ฯ |
| 11. การปฐมพยาบาล | 70.8 | 29.2 | 1. พยายามจากศูนย์ฯ ให้การปฐมพยาบาลเอง 2. ส่วนใหญ่จะไปใช้บริการที่ศูนย์ฯ |

ทัศนคติและการไปรับบริการด้านอนามัยและการสุขภาพ

เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (ตารางที่ 23) พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ เคยใช้บริการศูนย์สาขาหรือหน่วยเคลื่อนที่ของกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ ร้อยละ 83.0 เคยใช้บริการดังกล่าว เมื่อพิจารณาแยกตามเขตก็ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เคยใช้บริการเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ชุมชนที่จตุรตศโพ กม. 11 มีเปอร์เซ็นต์การเคยใช้น้อยกว่าชุมชนอื่น ทั้งนี้เพราะมีการให้บริการน้อยกว่าชุมชนอื่น (ดูตารางที่ 23)

นอกจากการเคยใช้บริการของศูนย์สาขา หรือหน่วยเคลื่อนที่ของกรุงเทพมหานคร แล้ว เมื่อถามว่าเคยได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด พบว่า ประชาชนได้รับข่าวสารดังกล่าวจากพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์ และจาก ผสส/อสสม/อสส มากกว่าจากแหล่งอื่น(ตารางที่ 24) แบบแผนเช่นนี้ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะแยกพิจารณาตามกลุ่มต่าง ๆ ก็ตาม มีข้อสังเกตว่าประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากโทรทัศน์ในอัตรารองลงมา อย่างไรก็ตาม สำหรับกลุ่มชุมชนที่ I และกลุ่มชุมชนที่ III มีประชาชนที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย จากพยาบาลเยี่ยมบ้านประจำศูนย์เป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่าจาก ผสส/อสส สำหรับกลุ่มชุมชนที่ II นั้น ประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากพยาบาลเยี่ยมบ้านมากกว่าจากกรรมการชุมชนซึ่งเป็นผู้ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแทน ผสส/อสส ในขณะที่กลุ่มชุมชนที่ IV มีแบบแผนในลักษณะตรงข้าม สำหรับกลุ่มชุมชนที่ V ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากพยาบาลเยี่ยมบ้านและจาก ผสส/อสส ในอัตราใกล้เคียงกัน ผลดังกล่าวอาจชี้ให้เห็นได้ว่าการดำเนินงานของ ผสส/อสส และกรรมการชุมชนที่ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแทน ผสส/อสส ยังคงมีการปรับปรุงโดยเฉพาะสำหรับกลุ่มชุมชนแออัดในเมือง (กลุ่มชุมชนที่ I, II และ III) ทั้งนี้เพราะประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งอื่นมากกว่าจาก ผสส/อสส หรือจากกรรมการชุมชน

หน่วยงานด้านสาธารณสุข การให้บริการในชุมชนและรูปแบบของกิจกรรม

เมื่อถามประชาชนว่า "ในชุมชน/หมู่บ้าน เคยมีหน่วยงานหรือองค์การใดเข้ามาดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ บ้างหรือไม่?" พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่ามีหน่วยงานเข้ามาดำเนินกิจกรรม (ตารางที่ 26) เมื่อพิจารณาแยกตามหน่วยงานพบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาบริการชุมชนเป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่าหน่วยงานอื่น กล่าวคือ ร้อยละ 19.1 และร้อยละ 13.3 มาจากหน่วยงาน

ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และจากศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ตามลำดับ แบบแผนดังกล่าวปรากฏในแทบทุกกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ v ที่ตอบว่าไม่มีหน่วยงานใดเข้ามาบริการเป็นเบอร์เซ็นต์สูงกว่ามีหน่วยงานอื่น ๆ เมื่อถามว่าหน่วยงานดังกล่าวเข้ามาทำกิจกรรมอะไร โดยส่วนรวมแล้ว หน่วยงานต่าง ๆ จะเข้ามาพัฒนาชุมชนมากกว่าตรวจสุขภาพและรักษาโรค (ตารางที่ 25) อย่างไรก็ตาม หน่วยงานของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร หรือในกลุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ จะเข้ามาบริการด้านรักษาโรคในอัตราสูงกว่าด้านสุขภาพอนามัย รองลงมาคือ ด้านพัฒนาชุมชน ในขณะที่ หน่วยงานสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย การเคหะแห่งชาติ หรือพรรคการเมืองจะเข้ามาพัฒนาชุมชนมากกว่าด้านรักษาโรคหรือบริการด้านสุขภาพอนามัย (ตารางที่ 25.1)

มีข้อนำสังเกตว่า (จากตารางที่ 25) การบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสาธารณสุขตามความเห็นของประชาชน อยู่ในรูปของการให้การรักษา (Curative) มากกว่าในด้านป้องกันโรค (Preventive) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ตามที่เคยกล่าวไว้แล้ว ยกเว้นในกลุ่มชุมชนที่ IV ซึ่งประชาชนเห็นว่าบริการที่หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาดำเนินงานทั้งในแง่ของการป้องกัน และในแง่ของการรักษาอยู่ในเปอร์เซ็นต์ที่เท่ากัน ผลของการศึกษาดังกล่าวมีแนวโน้มที่ค่อนข้างจะไม่สอดคล้องกับงานด้านสาธารณสุขมูลฐานนัก ทั้งนี้ เพราะกิจกรรมในโครงการสาธารณสุขมูลฐานเน้นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ๆ ของชุมชนและให้เป็นไปในลักษณะพึ่งตนเองนั้นเป็นกิจกรรม (จากกิจกรรมที่สำคัญ 10 ประการ) ที่อยู่ในลักษณะซึ่งจะก่อให้เกิดการป้องกันโรค (Preventive) มากกว่าการรักษาโรค (Curative) (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร 2529)

ความรู้ ทักษะคติของประชาชนต่องานอาสาสมัครด้านสาธารณสุข

จากวัตถุประสงค์ของโครงการสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานครเป็นนโยบายการเน้นให้ชุมชนร่วมมือกับทางราชการ และให้การดำเนินการเป็นลักษณะที่พึ่งตนเอง โดยใช้รูปแบบการอบรม ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือกรรมการชุมชนให้มีความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน จากประเด็นดังกล่าว การวิเคราะห์ขั้นต่อไป ผู้วิจัยจะพิจารณาถึงความรู้และทัศนคติของประชาชนต่องานและบทบาทของอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุข

ข้อมูลในตารางที่ 27 ชี้ให้เห็นว่า มีประชาชนรู้จักบทบาทของ ผสส/อสส/อสม/กช เป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่าที่ไม่รู้ แบบแผนดังกล่าวปรากฏในทุกกลุ่มชุมชนที่ศึกษา อย่างไรก็ตาม กลุ่มชุมชนที่ V มีเปอร์เซ็นต์การรู้จักอาสาสมัครดังกล่าวน้อยกว่ากลุ่มชุมชนอื่น ๆ รองลงมาคือกลุ่มชุมชนที่ I ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การรู้จักสูงกว่าผู้ที่ไม่รู้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ IV มีเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่รับบทบาทมากกว่าผู้ที่ไม่รู้สูงสุด คือ 76 เปอร์เซ็นต์

สำหรับประชาชนที่รับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่ในแง่บทบาทด้านการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มชุมชนที่ II รองลงมาในแง่ของการป้องกันโรค ตามด้วยการรักษาโรค ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ III ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์รับบทบาทดังกล่าวในด้านการรักษาโรคมมากกว่าการป้องกันโรค จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชาชนพอที่จะเข้าใจบทบาทของอาสาสมัคร แม้ว่าจะเน้นเรื่องบทบาทการพัฒนาชุมชนมากกว่าการป้องกันโรคและการรักษาโรค อย่างไรก็ตาม ประชาชนก็ยังเข้าใจว่าบทบาทของอาสาสมัครนั้นเน้นการป้องกันโรคมมากกว่าการรักษาโรค ข้อมูลดังกล่าวจึงมีลักษณะขัดกับทัศนคติของประชาชนที่ให้ความเห็นว่าการบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ อาทิเช่น จากกรุงเทพมหานครอยู่ในรูปของการรักษามากกว่าการป้องกันโรค ตามที่กล่าวไว้แล้ว (ยกเว้นกลุ่มชุมชนที่ IV) ผลดังกล่าวมีแนวโน้มว่าประชาชนคงจะมองปัญหาใกล้ตัว (การรักษาโรค) มากกว่าปัญหาไกลตัว (การป้องกันโรค) ทั้งนี้เพราะประชาชนคงไม่มีเวลาให้กับโครงการสาธารณสุขมูลฐานมากนัก เนื่องจากมีปัญหาด้านการทำมาหากินมากกว่า

เนื่องจากประชาชนเข้าใจบทบาทของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่พอสมควร และการที่ประชาชนมีทัศนคติว่าการบริการจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะจากกรุงเทพมหานครเป็นไปในลักษณะของการรักษาโรคมมากกว่าป้องกันโรค น่าจะเป็นพฤติกรรมแนวคิดของประชาชนเองมากกว่า โดยประชาชนจะมองปัญหาใกล้ตัว (ในแง่ของการรักษา) มากกว่าปัญหาไกลตัว (ในแง่ของการป้องกันโรค) อย่างไรก็ตามสำหรับกลุ่มชุมชนที่ IV นั้น ประชาชนเข้าใจบทบาทของอาสาสมัครเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการของกรุงเทพมหานคร และยังมีทัศนคติที่คัดค้านการดำเนินงานของอาสาสมัคร ทั้งในแง่ของการป้องกันโรคและการสุขภาพ ตลอดจนปัญหาสิ่งแวดล้อม เรียกได้ว่ารูปแบบอาสาสมัครสำหรับชุมชนชานเมืองนั้นได้ผล ถ้ากิจกรรมดังกล่าวพัฒนาสู่ไปกับการพัฒนาชุมชน ซึ่งในที่นี้คือ การลงโครงการความจำเป็นพื้นฐานให้กับชุมชน แต่สำหรับชุมชนในเมืองนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ตามที่ได้วิเคราะห์ไปแล้ว ประเด็นปัญหาอาจมีสาเหตุมาจากการที่อาสาสมัครดังกล่าวไม่มีเวลาให้กับโครงการ หรืออาจจะเป็น

พฤติกรรมของชาวบ้านเองที่ไม่เห็นประโยชน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขดังกล่าว เนื่องจากสามารถรับบริการทางด้านการรักษาโรคได้สะดวกง่ายดายเวลาที่เจ็บไข้ได้ป่วย โดยไปรับบริการจากศูนย์บริการของกรุงเทพมหานคร หรือจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลจากตารางที่ 21 ที่ประชาชนของชุมชนแออัดในเมืองให้ทัศนะที่ไม่ต้องการบริการสุขภาพอนามัยในอัตราที่สูงมาก ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะมีบริการจากศูนย์บริการของกรุงเทพมหานครครบถ้วนแล้ว

ข้อสังเกตจากการศึกษาครั้งนี้ โดยทั่วไปพอจะสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบอาสาสมัครในชุมชนเมืองค่อนข้างจะมีประสิทธิภาพมากกว่ารูปแบบของกรรมการชุมชน
2. ผลจากตารางที่ 24 พบว่า ประชาชนได้รับความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจากโทรทัศน์ในอัตราสูงมาก ดังนั้นทางกรุงเทพมหานครจึงอาจจะใช้สื่อดังกล่าว ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะการป้องกันโรค นอกเหนือจากวิธีการอื่น ๆ
3. สำหรับชุมชนในเมืองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ การเน้นการบริการของศูนย์สาขาของกรุงเทพมหานคร ตลอดจนการตรวจเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์ให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ โดยอาจจะขยายเวลางานเพิ่มขึ้น เพื่อให้บริการแก่ประชาชนหลังจากที่เขาเหล่านั้นเลิกจากงาน และเน้นเรื่องการป้องกันโรคให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับงานที่อาสาสมัครในชุมชนดำเนินการอยู่ ก็จะทำให้งานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอาสาสมัครในชุมชนแออัดไม่ค่อยมีเวลาให้กับงานมากนัก ถ้าผู้เกี่ยวข้องกับงานดังกล่าว เน้นงานด้านสาธารณสุขมูลฐานควบคู่ไปกับงานพัฒนาอาชีพหรือการศึกษาเพิ่มเติม โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับโครงการหลังจากเลิกงาน อาจจะมีผลให้งานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จมากขึ้น ทั้งนี้เพราะงานพัฒนาอาชีพนั้นสัมพันธ์กับปัญหาด้านการทำมาหากินซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนไม่ค่อยมีเวลาให้กับงานในหน้าที่ตัวเองมากนัก ดังนั้น ถ้างานด้านสาธารณสุขมูลฐานควบคู่ไปกับงานพัฒนาอาชีพ อาจจะมีผลกระตุ้นให้อาสาสมัครสนใจงาน

เพิ่มขึ้น เพราะได้ประโยชน์ต่อตัวเองและต่อประชาชน ในชุมชนทั้งในแง่ของ
งานด้านสาธารณสุขและอาชีพการงานที่ทำอยู่

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า การบริการทางด้านสาธารณสุขในชุมชนแออัด 11 แห่ง
ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าจะมีบริการเกือบจะครบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขศึกษา การ
โภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก ฯลฯ มีแนวโน้มที่ประชาชนจะใช้บริการดังกล่าวเป็น
เปอร์เซ็นต์สูงมากก็ตาม แต่การใช้บริการตลอดจนความต้องการด้านสาธารณสุขมีลักษณะของ
การรักษามากกว่าการป้องกันโรค สำหรับกิจกรรมที่ประชาชนเข้าร่วมดำเนินการ เช่น ด้าน
เก็บขยะ และด้านรักษาความสะอาด พบว่ามีผู้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวเป็นเปอร์เซ็นต์สูงกว่า
ผู้ไม่เข้าร่วมกิจกรรม แต่ในเรื่องของการขุดลอกทางระบายน้ำ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาสภาพ
แวดล้อมในส่วนที่เกี่ยวกับโรคระบาดหลายโรคด้วยกันนั้น ประชาชนยังให้ความร่วมมือไม่มาก
นัก ในแง่ของทัศนคติต่อการดำเนินงานของอาสาสมัคร ปรากฏว่าประชาชนยังมีทัศนคติต่อ
การดำเนินงานของอาสาสมัครในรูปของการรักษาโรคมมากกว่าการป้องกันโรค ทัศนคติดังกล่าว
จะเด่นชัดในชุมชนในเมืองมากกว่าชุมชนชานเมือง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครชุมชนใน
เมืองมีเวลาไม่เพียงพอ หรืออาจเป็นเพราะพฤติกรรมของชาวบ้านเองที่ยังไม่เห็นประโยชน์
มากนักกับโครงการดังกล่าว หรืออาจเป็นไปได้ที่ประชาชนในชุมชนในเมืองสามารถรับบริการ
ต่าง ๆ ทางด้านการรักษาโรคได้สะดวก และมีสถานบริการมากกว่าชุมชนชานเมือง ทำให้
ประชาชนมองข้ามความสำคัญของงานด้านสาธารณสุขมูลฐานไป ดังนั้น สำหรับชุมชนในเมือง
นอกจากการเน้นการบริการของศูนย์สาขาของกรุงเทพมหานคร ตลอดจนการตรวจเยี่ยมของ
เจ้าหน้าที่ โดยเน้นรูปแบบของการป้องกันโรคให้มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับงานที่อาสาสมัคร
ในชุมชนดำเนินการอยู่ งานด้านสาธารณสุขมูลฐานอาจจะทำควบคู่ไปกับงานพัฒนาอาชีพหรือการ
ศึกษาเพิ่มเติม โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมกับโครงการหลังเลิกงาน อาจมีผลให้งานสาธารณสุข
มูลฐานประสบความสำเร็จมากขึ้น

ตารางที่ 21 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามความต้องการด้านสุขภาพอนามัย

| | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | 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 สุนัขกบิล, ส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามกิจกรรมทางด้านบริการต่าง ๆ

| กิจกรรม | ชุมชน | | | | | | | | | | |
|--|-----------|---|-----|---|-----|---|---|---|---|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. สุขศึกษา | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 2. การโภชนาการ | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 3. สุขอนามัยและจัดหาน้ำสะอาด | x | - | - | - | - | x | x | x | x | x | x |
| 4. การอนามัยแม่และเด็กและ การวางแผนครอบครัว | x | x | x | - | x | x | x | x | x | x | x |
| 5. การสร้างภูมิคุ้มกันโรค | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| 6. การป้องกันและควบคุม โรคระบาดในท้องถิ่น | x | x | - | - | x | x | x | x | x | x | - |
| 7. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น | x | x | x | - | x | x | x | x | x | x | - |
| 8. การศึกษาที่จำเป็นในชุมชน | x | - | - | - | - | x | - | x | x | x | - |
| 9. การป้องกันบำบัดยาเสพติด และสุขภาพจิต | x | - | x | - | x | x | x | - | - | - | - |
| 10. การทัศนสาธารณสุข | x | - | - | - | x | x | x | x | x | - | - |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา | ศ18 ศ4 | | ศ19 | | ศ31 | ก | ก | ก | ข | ข | ก |

หมายเหตุ

1. วัคซีนไฟเงิน
 2. ซอยร่วมรักษา
 3. วัคซีนร้อยทอง
 4. กม.11
 5. สงวนทรัพย์
 6. ท้องจอกหมู่ 1
 7. ท้องจอกหมู่ 2
 8. โศกแผดหมู่ 2
 9. ลำดักชีหมู่ 8
 10. คุ้มฝั่งเหนือหมู่ 2
 11. คุ้มฝั่งเหนือหมู่ 3
- ก. สำนักอนามัยโรงพยาบาลชุมชนท้องจอก
 ข. โรงพยาบาลภูมิพล
 ค. ศูนย์สาขา

ตารางที่ 23 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามผู้ใช้บริการ
 ของศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา หรือหน่วยบริการเคลื่อนที่ของ
 กทม.

| | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | 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 |

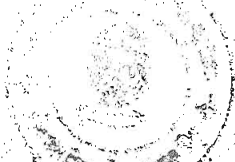
หมายเหตุ กลุ่มชุมชน I คือ ชุมชนวัดไผ่เงิน ชุมชนขอयरร่วมรักษา และชุมชนวัดสร้อยทอง
 กลุ่มชุมชน II คือ ชุมชนกิโลเมตรที่ 11
 กลุ่มชุมชน III คือ ชุมชนสงวนทรัพย์
 กลุ่มชุมชน IV คือ ชุมชนหนองจอก หมู่ 1 และชุมชนหนองจอก หมู่ 2
 กลุ่มชุมชน V คือ ชุมชนโคกแฝด หมู่ 2 ชุมชนลำผักชี หมู่ 8 ชุมชนคูฝิ่งเหนือ
 หมู่ 2 และหมู่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

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 24 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามสื่อในการ
รับข่าวด้านสุขภาพอนามัย

| | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|----------------------------|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่ เคย | 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 |
| คสส/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 |
| อื่น ๆ | 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



ตารางที่ 25 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามลักษณะของงานบริการด้านต่าง ๆ

| | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|---------------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ตรวจสุขภาพอนามัย + รักษาโรค | 15.8 | 48.2 | 14.8 | 14.3 | 33.3 | 26.6 |
| พัฒนาชุมชน * | 48.0 | 20.9 | 24.3 | 32.9 | 16.7 | 28.8 |
| บริการสุขภาพอนามัย อื่น ๆ ** | 13.8 | 12.9 | 9.6 | 14.3 | 25.0 | 15.3 |
| ไม่ทราบ, ไม่ตอบ | 5.9 | 2.2 | 20.9 | 32.9 | 11.4 | 12.2 |
| ไม่ทราบ, ไม่ตอบ | 16.4 | 15.8 | 30.4 | 5.7 | 13.6 | 17.1 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 152 | 139 | 115 | 70 | 132 | 608 |

หมายเหตุ * สร้างสะพาน ทางเท้า ถนน ท่อระบายน้ำ บ่อประปา

** แจกเมล็ดพันธุ์พืชและปลูกรั้วไม้, จัดซื้อที่ดิน สันทนาการ และอื่น ๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 25.1 ร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ จำแนกตามลักษณะงานบริการด้านต่าง ๆ ของหน่วยงาน
ที่เข้าไปบริการในแต่ละกลุ่มชุมชน

| ทำงานในด้าน หน่วยงาน | ตรวจสอบสุขภาพ+ รักษาโรค | พัฒนา ชุมชน | สุขภาพ อนามัย | อื่นๆ | ไม่ทราบ ไม่ตอบ | % รวม | รวม |
|---|----------------------------|----------------|------------------|-------|-------------------|----------|-----|
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. | 75.5 | 2.6 | 18.5 | 3.3 | - | 100 | 151 |
| หน่วยงานสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย | - | 50.0 | 50.0 | - | - | 100 | 12 |
| การเคหะแห่งชาติ | 3.6 | 92.9 | 3.6 | - | - | 100 | 28 |
| โรงพยาบาลของรัฐ, โรงพยาบาล เอกชน กทม. | 67.9 | - | 28.6 | 3.6 | - | 100 | 28 |
| กระทรวงสาธารณสุข | 50.0 | - | 25.0 | 25.0 | - | 100 | 4 |
| อื่น ๆ | 5.4 | 26.8 | 17.9 | 48.2 | 1.8 | 100 | 56 |
| ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. หน่วยงานอื่น ๆ | 11.4 | 42.9 | 27.6 | 18.1 | - | 100 | 105 |
| พรการเมือง+หน่วยงานอื่น ๆ | 2.2 | 84.8 | 8.7 | 4.3 | - | 100 | 46 |
| จำชื่อไม่ได้ | 16.1 | 51.6 | 8.1 | 22.6 | 1.6 | 100 | 62 |
| ไม่ทราบ | - | 7.0 | 9 | 3.5 | 88.7 | 100 | 115 |
| รวม | | | | | | | 607 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 26 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามหน่วยงาน
ที่ให้บริการต่าง ๆ

| | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | 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 + หน่วยงาน อื่น 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 |

ตารางที่ 27 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามความรู้ถึงบทบาทของ
ผสส./อสม./กช.

| | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | 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 |

* = การใช้ยา, รักษาโรค รักษาพยาบาล

** = ตรวจสอบสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก, ซึ้งน้ำหนัก, อาหารเสริม, ข่าวสารสุขภาพ

*** = ปั่นโอง ทำน้ำ ทางน้ำ พัฒนาชุมชน ความปลอดภัย อีคิภัย ความสะอาด
และความปลอดภัย

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนแออัดนั้น มีการดำเนินงานที่แตกต่างกันออกไปตามรูปแบบของชุมชน ในแต่ละแห่ง ทั้งในชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง และในชุมชนชานเมือง โดยที่ประชาชนจะเข้าร่วมมีนั้นจะต้องมีความสนใจอยากรู้ปัญหาในชุมชนของตนว่ามีอะไรบ้าง รวมทั้งบทบาทของผู้ที่จะมาช่วยพัฒนาทั้งตัวบุคคลและองค์กรต่าง ๆ ตลอดจนการรู้จักผู้นำชุมชนเป็นการส่วนตัวว่ามีมากน้อยเพียงไร ซึ่งจะเป็นแนวทางต่อไปว่าชุมชนนั้น ประชาชนมีความต้องการที่จะพัฒนาแค่ไหน เพียงใด

การดำเนินงานและปัญหาการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

จากการศึกษาถึงลักษณะโดยทั่ว ๆ ไปทางกายภาพของชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่งเปรียบเทียบกับทั้งในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง และในชุมชนชานเมืองนั้นปรากฏว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะของชุมชนแออัด ในแต่ละประเภท

ในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (เขต I) ซึ่งชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่งได้แก่ชุมชนแออัดวัดไฟเงิน ชุมชนช่วยร่วมรักษา และชุมชนช่วยวัฒนา นั้น สภาพทางกายภาพ เศรษฐกิจสังคมของชุมชนอยู่ในสภาพที่ดีกว่าเขตอื่น ๆ กรรมการชุมชนในแต่ละแห่งจะมีประสิทธิภาพในการทำงาน ส่วนใหญ่อุทิศเวลาและเสียสละให้กับชุมชน กรรมการมักจะมีมาจากอาชีพต่าง ๆ เช่น เจ้าของที่ดิน ครู ช่างราชการบ้านญาติ และอื่น ๆ การพัฒนาอยู่ในระดับดี ประชาชนและผู้นำชุมชนร่วมมือกันพัฒนาและแก้ไขปัญหาค้าง ๆ ในชุมชน

สำหรับในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (เขต II) นั้น การพัฒนาทางด้านกายภาพอยู่ในระดับที่ต่ำแล้ว แต่การร่วมมือกันพัฒนายังไม่คืบหน้าเท่าที่ควร เพราะกรรมการชุมชนรวมตัวกันไม่ได้ ทำที่ควร เพราะไม่มีเวลาและมีอุปสรรคในด้านความพร้อมในเรื่องการเงิน ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่วนรวม มีประการหนึ่งได้แก่ ลักษณะของชุมชนที่มีการแบ่งออกเป็นซอย จึงทำให้ผู้อยู่อาศัยอยู่ในแต่ละ ซอยเห็นถึงแต่ประโยชน์ในแต่ละซอยของตน เพราะฉะนั้น กรรมการชุมชนซึ่งเป็นผู้แทนของแต่ละซอยจึงมีผลประโยชน์ที่ขัดกัน โดยเฉพาะเมื่อมีการสนับสนุนโดยพรรคการเมืองถึงสองพรรค จึงทำให้กรรมการชุมชนแตกแยกออกเป็น 2 ฝ่ายด้วย

สำหรับในชุมชนแออัดสงวนทรัพย์ (เขต III) นั้น การพัฒนาและการร่วมมือของประชาชนในชุมชนนี้ดีมาก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องขยะ การป้องกันอัคคีภัย การขุดลอก คูคลอง เพราะกรรมการชุมชนที่มีประสิทธิภาพ และประชาชนในเขตนี้ร่วมมือร่วมใจ ทั้งกำลังกายและกำลังทรัพย์อย่างดีมาก-

นอกจากนั้น ในชุมชนชานเมือง (เขต IV) ซึ่งได้แก่ ชุมชนแขวงทองจอกหมู่ 1 และหมู่ 2 ซึ่งได้ลง จ.ป.ฐ. ไปเรียบร้อยแล้วนั้น ลักษณะทางกายภาพยังเป็นสภาพชนบท ฉะนั้น ส่วนใหญ่จึงเป็นชนกลุ่มเดียวกันรู้จักกันทั่ว กรรมการหมู่บ้านรู้จักกันดี มีความกระตือรือร้น ตั้งใจ ร่วมมือ ร่วมใจกันทำงานอย่างดียิ่ง ในขณะที่ชุมชนชานเมือง (เขต V) ซึ่งเป็นชุมชนชานเมืองที่อยู่ห่างไกลจากตัวเมืองมาก ซึ่งได้แก่ชุมชนแขวงโคกแฝด หมู่ 2, ชุมชนแขวงลำดักสี หมู่ 8, ชุมชนแขวงคูฝ้างเหนือ หมู่ 2 และชุมชนแขวงคูฝ้างเหนือ หมู่ 3 นั้น ลักษณะที่ตั้งของบ้านเรือนในเขตนี้ยังอยู่กันอย่างกระจัดกระจาย ส่วนใหญ่ยังมีอาชีพทำนา ซึ่งได้แก่คนที่เป็นผู้ใหญ่หน่อย ส่วนคนหนุ่มสาวบางคนออกทำงานเป็นลูกจ้างและคนงาน นอกจากนั้นก็ยังมีผู้อพยพเข้ามาอยู่ใหม่บ้างแต่เป็นส่วนน้อย ยังไม่มีกรรมการหมู่บ้าน ฉะนั้น การร่วมกันทำกิจกรรมของกลุ่มจึงไม่ดีเท่าที่ควร ผิดกับในชุมชนชานเมืองที่ลง จ.ป.ฐ. (เขต IV) อย่างเห็นได้ชัด

สำหรับหน่วยงานที่เข้าไปช่วยในการพัฒนาและแก้ไขปัญหามุมชน โดยร่วมมือกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นสาธารณสมบัตินั้น จากการสอบถามสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ปรากฏว่าชุมชนต่าง ๆ เหล่านี้เกือบ 60-70 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป มีหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ และถ้าจะพิจารณาแยกไปแต่ละชุมชนจะพบว่าไม่มีความแตกต่างกันมากในสำหรับหน่วยงานที่เข้ามาให้บริการในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง ทั้งนี้เพราะลักษณะที่คล้ายคลึงกันในระหว่างชุมชนแออัดทั้งสองชนิดนั้น นอกจากนั้น ยังตั้งอยู่ในบริเวณที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร ที่คล้ายคลึงกันคือ ในบริเวณตัวเมืองชั้นในของกรุงเทพมหานครอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามในชุมชนชานเมือง โดยเฉพาะในชุมชนที่ลง จ.ป.ฐ. นั้น สังเกตได้ว่า จะมีหน่วยงานที่เข้าไปดำเนินงานมากกว่าในชุมชนชานเมืองที่ยังไม่ได้ลง จ.ป.ฐ. อย่างเห็นได้ชัด คือ ประมาณ 83 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับ 57 เปอร์เซ็นต์ เป็นพัน (ตารางที่ 28)

สำหรับการร่วมกันทำกิจกรรมในชุมชน เช่น การเก็บขยะ การร่วมมือกันทำความสะอาดชุมชน การป้องกันอัคคีภัยนั้น จะเห็นได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชน

เคยร่วมมือกันทำกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น และเมื่อเปรียบเทียบในระหว่างชุมชนแล้วปรากฏว่า ชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (เขต I) จะมีเปอร์เซ็นต์ที่สูงที่สุดในเกือบทุก ๆ กิจกรรม ทั้งนี้ เพราะประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยประสานกับกรรมการชุมชนอย่างดี นอกจากนั้น กรรมการชุมชนยังมีความสามารถและมีประสบการณ์และมีความพร้อม ส่วนใหญ่จะเป็นประชาชนที่อยู่ในชุมชนมานานและรู้จักกันดี การช่วยกันพัฒนาเพื่อแก้ปัญหา ส่วนในชุมชนแออัด เขตอื่น ๆ นั้น มีเปอร์เซ็นต์มีน้อยกว่าในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้วบ้าง แต่ก็เป็นที่สังเกตว่า ได้เคยร่วมกันทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อชุมชนบ้าง แต่ในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง (เขต II) นั้น บางกิจกรรมที่มีเปอร์เซ็นต์ที่สูงมากพอ ๆ กับในเขตแรก โดยเฉพาะการแก้ไขปรับปรุงทางเข้าออกมีเปอร์เซ็นต์ที่สูงที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความจำเป็นของชุมชนที่มีมากน้อยแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม ชุมชนแออัดที่ลง จ.ป.ฐ. แล้วนั้น เปอร์เซ็นต์การร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในชุมชนแออัดในเมือง (เขต III) และในชุมชนชานเมือง (เขต IV) นั้นจะมีค่อนข้างสูง และสม่ำเสมอในทุก ๆ กิจกรรม ในขณะที่ในชุมชนชานเมืองซึ่งไม่ได้ลง จ.ป.ฐ. (เขต V) นั้นจะมีความร่วมมือของประชาชนอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าชุมชนอื่น ๆ (ตารางที่ 29)

นอกจากนั้น ประชาชนเกือบ 90 เปอร์เซ็นต์จะยอมรับว่าในกรณีที่เข้าร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น ตัวผู้ให้สัมภาษณ์ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์จากกลุ่มกิจกรรมนั้นค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นความเห็นที่คล้ายคลึงกันในทุก ๆ ชุมชน อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ชุมชนแออัด (เขต I) ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเปอร์เซ็นต์สูงที่สุดนั้นกลับเห็นว่าประโยชน์ที่จะได้รับนั้นน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในการเข้าร่วมทำกิจกรรม คือประมาณ 81.1 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่ในชุมชนที่มีการเข้าร่วมทำกิจกรรมน้อยที่สุด (เขต V) กลับเห็นว่าในการเข้าร่วมทำกิจกรรมนั้นได้รับผลประโยชน์สูงสุดนี้ประมาณ 95.3 เปอร์เซ็นต์ เป็นต้น (ตารางที่ 30)

งานสาธารณสุขมูลฐานกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

งานสาธารณสุขมูลฐานนั้นดำเนินงานไปได้และจะสำเร็จผลมากน้อยเพียงใต้นั้นขึ้นอยู่กับความร่วมมือของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดนั้น ๆ เพราะเป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือและร่วมใจจากอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งได้รับการคัดเลือกมาจากประชาชนในชุมชนนั้นเอง นอกจากนั้นยังต้องอาศัยความร่วมมือและการยอมรับจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นด้วย จึงจะทำให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และจากการศึกษาถึงลักษณะทางกายภาพของชุมชนโดยทั่ว ๆ ไป โดยเปรียบเทียบในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง และในชุมชนชานเมืองนั้นปรากฏว่า ประชาชนในแต่ละแห่งต่างก็มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันออกไป

สำหรับในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้วนั้น ในชุมชนแออัดที่ตกเป็นตัวอย่างคือชุมชนแออัดวัดไผ่เงินนั้น อาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ส.) นั้น บางคนยังไม่รู้จัก แต่มีบางคนยังเห็นว่ามีควมจำเป็นที่ต้องมี อ.ส.ส. ทั้งนี้เพราะเวลาใครเป็นอะโรมากรหรือร้ายแรง อ.ส.ส. จะไปรายงานขึ้นต่อไป ก็เป็นผู้ประสานงานกับศูนย์สาธารณสุข 18 แต่สำหรับตัว อ.ส.ส.เอง บางคนมีปัญหาว่าไม่ค่อยมีเวลาเพราะต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ฉะนั้น การจะให้ อ.ส.ส.ทำอะไรให้ชาวบ้านควรจะต้องบอกล่วงหน้าให้ทราบ และควรให้เจ้าหน้าที่จากศูนย์ 18 ช่วยร่วมมือให้มากขึ้น ส่วนการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนขอร่วมรักษานั้น ใช้อาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ส.) โดยไปรับการอบรมจากศูนย์ทันต (ศูนย์ 14) เวลาเจ็บไข้ได้ป่วยชาวบ้านจะไปรับการรักษาที่ศูนย์ โรงพยาบาลหรือคลินิก ถ้าเป็นไม่มากจึงจะมาขอยาจาก อ.ส.ส. ซึ่งสะดวกและเหมาะสมในยามไม่มีเงิน นอกจากนั้นในความเห็นของชาวบ้านว่าทั้ง อ.ส.ส. และกรรมการชุมชนต่างก็ให้ความช่วยเหลือแก่ชาวบ้านคนละด้าน คือ อ.ส.ส. ให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัย ส่วนกรรมการให้ความช่วยเหลือแก่ชาวบ้านด้านอำนวยความสะดวกต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขโรค ส่วน อ.ส.ส. ให้ความรักษาโดยมียาให้ในบางกรณีที่กรรมการชุมชนไม่วาง ชาวบ้านก็ยังไปปรึกษา อ.ส.ส. ได้เมื่อมีเรื่องเดือดร้อน สำหรับชุมชนวัดสร้อยทองซึ่งเป็นชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงแล้วที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ด้วยพบว่า อ.ส.ส. ประสานงานอย่างคึกกับกรรมการชุมชนโดยสามารถรู้ได้ว่าใครที่สามารถจะช่วยงานได้ นอกจากนั้น ทางกรรมการชุมชนฝ่ายสาธารณสุขยังจะเลือกเขาวงชนไปอบรม

เป็น อ.ส.ส. เพราะมีจุดประสงค์ที่จะหาผู้แทนที่จะเป็นกรรมการชุมชนต่อไป เพราะ อ.ส.ส. พวกที่เป็นเยาวชนประสานงานกับศูนย์ได้ก็ เพราะมีพยาบาลจากศูนย์มาเยี่ยมสม่ำเสมอ ถ้ากรณีเจ็บป่วยไม่มากนักจะแนะนำให้ใช้บริการที่ศูนย์ แต่ถ้าเป็นมากจะแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

ส่วนการดำเนินงานงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงนั้น ได้แก่ ที่ชุมชนที่จอร์จไฟ ก.ม. 11 นั้น เนื่องจากเป็นชุมชนเก่าจึงไม่มี อ.ส.ส. แต่ใช้กรรมการชุมชนช่วยแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ถ้าเกิดขึ้นในชุมชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากชุมชนนี้อยู่ใกล้กับศูนย์บริการสาธารณสุขและมีศูนย์สาขาซึ่งเป็นหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้ามาเป็นประจำ จึงทำให้การสาธารณสุขและอนามัยของประชาชนอยู่ในระดับที่ดี

สำหรับชุมชนแออัดในเมืองที่ลง จ.ป.ฐ. คือ ชุมชนสงวนทรัพย์ เขตบางพลัดนั้น เป็นชุมชนตัวอย่างที่มีการประชุมซึ่งทำหน้าที่ปรึกษาหารือกันเพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ปัญหาขยะ การป้องกันอัคคีภัย การขุดลอกคลอง กรรมการชุมชนแห่งนี้มีประสิทธิภาพและประชาชนในเขตร่วมมือกันพัฒนาชุมชนอย่างดีมาก การช่วยกันทำงานเพื่อชุมชนทั้งกำลังทรัพย์และกำลังกายอย่างดี ชุมชนนี้มี อ.ส.ส., ผ.ส.ส. ซึ่งชาวบ้านส่วนใหญ่รู้จักและชาวบ้านจะให้ความร่วมมือในการตรวจสุขภาพ การไปขอยาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย รับฟังคำแนะนำต่าง ๆ ตามข้อมูลเบื้องต้นทั่ว ๆ ไป ชุมชนนี้โดยเฉพาะเรื่องการพัฒนาและการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ในขั้นดีมาก รวมทั้งการจัดตั้งสหกรณ์ชุมชน

ส่วนใหญ่ชุมชนเขานเมืองซึ่งได้แก่ชุมชนที่ลง จ.ป.ฐ. และไม่ได้ลง จ.ป.ฐ. นั้น ถึงแม้จะมีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในรูปของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผ.ส.ส.) และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) เหมือนกับในชนบททั่ว ๆ ไปก็ตาม แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่บ้างในชุมชนเขานเมืองที่ลง จ.ป.ฐ. นั้น สำหรับกลุ่มกิจกรรมที่สำคัญในเขตนี้อคือ ผ.ส.ส., อ.ส.ม. และกรรมการหมู่บ้าน การทำกิจกรรมของทั้งสองหมู่บ้านจะทำร่วมกัน กิจกรรมที่ดำเนินในหมู่บ้านมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เยี่ยมปีละ 2 ครั้ง ซึ่งนำหนักเด็ก ฉีดวัคซีน ให้เด็ก ทำอาหารเสริม คือ นมถั่วเหลือง การปั่นโม่ สอนตัดเสื้อผ้า ที่ที่กรองน้ำสะอาด ชาวบ้าน กรรมการหมู่บ้าน ตลอดทั้งผู้นำชุมชนของทั้ง 2 หมู่บ้านรู้จักกันดี และร่วมแรงร่วมใจกันทำงานอย่างดียิ่ง อย่างไรก็ตามก็มีข้อน่าสังเกตคือ ผ.ส.ส., อ.ส.ม. กรรมการหมู่บ้าน หรือกรรมการกลุ่มต่าง ๆ มักจะเป็นคนกลุ่มเดียวกัน ได้ทราบจากชาวบ้าน ผ.ส.ส. และ

อ.ส.ม. ว่า การให้บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลหนองจอกซึ่งเป็นที่ตั้งของศูนย์สาธารณสุข
นั้น ยังไม่เป็นที่พอใจของชาวบ้าน เพราะแพทย์และเจ้าหน้าที่ของศูนย์สาธารณสุขไม่เอาใจใส่
ชาวบ้านเท่าที่ควร แม้ อ.ส.ม. จะนำผู้ป่วยไปส่งด้วยตนเองก็ยังมีได้รับการเอาใจใส่จากแพทย์
เท่าที่ควร

สำหรับในชุมชนชานเมืองที่ยังไม่ลง จ.ป.ฐ.นั้น กิจกรรมที่ทำร่วมกันเพื่อพัฒนา
หมู่บ้าน มีกิจกรรมกองทุนยา ซึ่งนำหนัก บั๊นโองใส่ไม้ สาริตการเตรียมอาหารสำหรับเด็กก่อน
วัยเรียน การทำนํ้ามาจากด้วเหล็อง มี ผ.ส.ส., อ.ส.ม. แต่ยังไม่มีการทํหมู่บ้าน การ
รวมตัวกันดำเนินงานไม่เข้มแข็งเท่ากับชุมชนแออัดที่ลง จ.ป.ฐ.แล้ว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการ
ปลูกสร้างบ้านเรือนอยู่ห่างกันมากนั่นเอง และไม่มีผู้นำชุมชนที่เป็นกำลังสำคัญ

ในการเปรียบเทียบชุมชนชานเมืองที่ลง จ.ป.ฐ. คือ ชุมชนหนองจอก หมู่ 1 และ
หมู่ 2 กับชุมชนชานเมืองที่ยังไม่ได้ลง จ.ป.ฐ. คือ ชุมชนแขวงโคกแฝด หมู่ 2 ชุมชนแขวง
ลำคักซี หมู่ 8 ชุมชนกู่ฝิ่งเหนือ หมู่ 2 และชุมชนกู่ฝิ่งเหนือ หมู่ 3 ดูตามลักษณะข้อมูลทั่วไป
เบื้องต้นแล้ว ตามลักษณะกายภาพและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผ.ส.ส. และ อ.ส.ม. ทั้งที่กล่าว
ไว้ข้างต้น สรุปแล้วจะเห็นว่าเขตชุมชนหมู่ 1 และหมู่ 2 แขวงหนองจอก ซึ่งเป็นชุมชนชาน
เมืองที่ลง จ.ป.ฐ. แล้ว เป็นหมู่บ้านที่มีการร่วมแรงร่วมใจกันทำกิจกรรมเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
ดีที่สุด กรรมการหมู่บ้าน, ผ.ส.ส., อ.ส.ม. มีความกระตือรือร้น และความตั้งใจจริงในการ
ทำงานค่อนข้างสูง กิจกรรมสาธารณสุขที่ดำเนินอยู่ในหมู่บ้านได้รับความสำเร็จอย่างดีและมี
กิจกรรมหลายอย่างเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนอื่น ๆ ดังปรากฏในตารางข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ
หมู่บ้านตัวอย่างในเขตหนองจอก

ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับหมู่บ้านตัวอย่างในเขตหนองจอก

| ลำดับ ที่ | หมู่บ้าน | แขวง | กลุ่มกิจกรรม | ปีที่เริ่มงาน อบรม อสม. / อสม. | กิจกรรมสาธารณสุขที่กล่าวถึงดำเนินงาน ในหมู่บ้าน |
|--------------|----------|-------------|--|--------------------------------------|---|
| 1 | 1 | หนองจอก | 1. ผสส. 2. อสม. 3. กรรมการ หมู่บ้าน | 2526 | หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เข้าเยี่ยมหมู่บ้าน ปีละ 2 ครั้ง ซึ่งนำพนักเด็ก หน่วยพัน ฉีควัคซีนให้เด็ก ทำอาหารเสริม (น้ำมัน ถั่วเหลือง, เนมจากถั่วเหลือง) ปั่นโถ่ง สอนคัดเลือด ทำที่กรองน้ำสะอาด |
| 2 | 2 | หนองจอก | 1. ผสส. 2. อสม. 3. กรรมการ หมู่บ้าน | 2526 | - |
| 3 | 2 | โคกแฝด | 1. ผสส. 2. อสม. | 2525 | กองทุนยา ซึ่งนำพนัก ปั่นโถ่งใส่น้ำ สารอาหารเตรียมอาหารสำหรับเด็กก่อน วัยเรียน การทำน้ำมันจากถั่วเหลือง |
| 4 | 8 | ลำผักชี | 1. ผสส. 2. อสม. | 2526 | ปั่นโถ่ง ซุกดอกกลอง กำจัดฝักขมชวา |
| 5 | 2 | คูฝั่งเหนือ | 1. ผสส. 2. อสม. | 2525 | ซุกดอกกลอง กำจัดฝักขมชวา ปั่นโถ่ง |
| 6 | 3 | คูฝั่งเหนือ | 1. ผสส. | 2525 | ซุกดอกกลอง กำจัดฝักขมชวา ปั่นโถ่ง |

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนแออัดที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และในชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง ตลอดจนในชุมชนชานเมืองทั้งที่ลง จ.ป.ฐ.และไม่ลง จ.ป.ฐ.นั้น พบที่จะสรุปรวบรวมปัญหาและข้อคิดเห็นที่สำคัญที่เป็นแนวทางในการปรับปรุงและแก้ไขได้ ดังต่อไปนี้คือ

1. ปัญหาทางกายภาพของชุมชนแออัดในเมือง ได้พัฒนาจนถึงขั้นที่น่าพอใจ โดยเฉพาะชุมชนแออัดในเมืองที่พัฒนาแล้ว สิ่งที่เหลือสภาพว่าเป็นชุมชนแออัดคือบ้านเรือนที่แออัดยัดเยียด การรुक้าทดลองและทางเดิน และการต่อเติมบ้านที่ผิดกฎหมาย
2. ปัญหายาเสพติด ยังเป็นปัญหาที่มีอยู่ในชุมชนแออัดทุกแห่ง และยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่วนมากติดักผู้ขายและพินเนอร์ เฮโรอีนลดลงมาก แต่ที่น่าสังเกตในเขตชุมชนแออัดเขต 4 คือหมู่ 1 และหมู่ 2 ทนงจอก มีคนติดยาเ็นอยมาก คือ เฮโรอีนไม่มีเลย
3. สภาพเศรษฐกิจ เมื่อสัมภาษณ์ถึงรายได้และรายจ่ายในรอบปีที่แล้วกับปีก่อน ส่วนใหญ่ทุกชุมชนแออัดจะตอบว่า เอลดง
4. การได้ข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่จะได้จากพยาบาลเยี่ยมบ้าน ประจำศูนย์มากที่สุด (นอกจากเขต IV ที่ได้จาก ผ.ส.ส.และ อ.ส.ม.มากกว่า) ในเขต II จากการสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น เสียงจากสายมีประโยชน์วิธีหนึ่งในการรับข่าวสาร ไม่ว่าจะป็นด้านสุขภาพอนามัยและการพัฒนาชุมชน
5. พรรคการเมือง เข้าไปมีบทบาทมากใน เขตชุมชนแออัดในเมืองและมีอิทธิพลในการทำงานของผู้นำชุมชน
6. ในเขตชุมชนแออัดชานเมืองทนงจอก หมู่ 1 และ 2 จะเห็นว่าอิทธิพลของศาสนา ความมีระเบียบและเคร่งครัด การถือปฏิบัติเป็นส่วนของการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งให้ปัญหาต่าง ๆ ในชุมชนนี้ได้รับความสนใจและร่วมมือกันแก้ปัญหาย่างดีมาก
7. ปัญหาการเล่นการพนัน (ล็อตเตอรี่ หวย) และปัญหาการเสฟสุรายังเป็นปัญหาในครอบครัวอยู่ ซึ่งก็เหมือนกับชุมชนที่ไม่แออัดโดยทั่วไป ต่างกันตรงที่บางบ้านฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี คือ ไม่พอกินพอใช้อยู่แล้ว เมื่อนำมาใช้ทางอบายมุข ปัญหาเงินกู้ก็ตามมา
8. การไม่มีที่ประกอบกิจกรรมสำหรับเด็กเยาวชนวัยรุ่น ในการที่จะร่วมกันใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ประกอบกับการขาดความอบอุ่นทางบ้าน เป็นผลเสียที่ทำให้เด็กและเยาวชนหาทางออกที่ไม่ถูกต้อง เช่น ยาเสพติด เล่นการพนัน ฯลฯ

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยเพื่อประเมินผลงานด้านสาธารณสุขที่ทาง กทม. ได้ดำเนินการอยู่ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะวิจัยในแหล่งชุมชนแออัด โดยเฉพาะชุมชนแออัดที่ยังไม่พัฒนา ชุมชน ชานเมือง ทั้งนี้เพื่อการประเมินผลรูปแบบบริการที่ได้ลงไปว่าคุ้มค่าหรือไม่ ประชาชนได้รับประโยชน์และร่วมมือในการแก้ปัญหาแค่ไหน เป็นการติดตามผลเพื่อที่จะปรับปรุง มิใช่ถือว่ามีบริการแล้วเป็นเสร็จเรื่องกัน บ่อยๆให้ไปคามยดากรรม งานพัฒนาจะไม่บรรลุเป้าหมายถ้าไม่มีการติดตามผล
2. วิธีป้องกันไม่ให้เกิดชุมชนแออัด หรือการขยายตัวของชุมชนแออัด โดยเฉพาะ การเกิดขึ้นโดยการบุกรุกที่สาธารณะ การต่อเติมอาคารบ้านเรือนโดยผิดกฎหมาย เป็นเรื่อง ที่ทางเขตโดยกองควบคุมอาหารควรจะมีการตรวจตรา ควบคุมอย่างจริงจังและเคร่งครัด มิใช่ บ่อยๆให้ทำงานจนเป็นชุมชนแออัด แล้วมาตามแก้ปัญหาอย่างปัจจุบัน สู้ทางป้องกันเสียก่อน และไม่ยากให้ชาวบ้านผู้ทำผิดกฎหมาย คิดว่าเรื่องการต่อเติมหรือรื้อถ้าไม่มีปัญหา ถ้าต่อเติม ก็ให้เงินเจ้าหน้าที่ กทม. หรือถ้ามาตรวจดูเห็นว่าผิดกฎหมายให้เงิน ไปเรื่องก็เงียบ ฉะนั้น จึงมีการต่อเติมกันตลอดเวลา
3. การพัฒนาที่จะทำให้คนในชุมชนได้ยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น คือ อยู่ใน มาตรฐานที่ควรได้รับ คือ ตามอัฒาพ โดยไม่วิ่งตามกิเลส หรือถ้าจะมีกิเลสให้น้อยที่สุด แต่ใน การพัฒนาปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องทางวัตถุมากกว่าคุณธรรม การเห็นแก่ตัวของคนจึงมีมากขึ้น โดยเฉพาะชุมชนแออัด ในสมัยก่อนจะมีการร่วมมือกันดีแบบชาวชนบท แต่ในปัจจุบันจะเห็นว่า เราได้พัฒนาในด้านความเป็นอยู่ดีขึ้น โดยเฉพาะทางวัตถุ แต่ทางสภาพจิตใจของแต่ละคนแย่งลง โดยเฉพาะการมีน้ำใจไมตรีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ฉะนั้น มีความเห็นว่าการพัฒนาในชุมชน จะต้องพัฒนาคนในเรื่องคุณธรรมควบคู่กันไป การพัฒนาจิตใจคือการพัฒนาให้มีความรู้สึกว่าการ ทำงานหมายถึงการแสดงความจงรักภักดีต่อกลุ่มหรือชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ ทำอย่างไรให้ คนรู้จักการเสียสละ เวลา กำลังกาย กำลังทรัพย์เพื่อช่วยชุมชน ถ้าหากว่าเขาสามารถพัฒนา ยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีได้ถึงตามอัฒาพแล้ว เขาไม่ควรวิ่งตามกิเลส เมืองไทยที่อยู่รอดมา ด้วยความสามัคคี ความจริงใจ ซื่อสัตย์สุจริต และช่วยเหลือเกื้อกูลโดยตลอดมา ทั้งชาวบ้าน และผู้นำชุมชนและตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ที่เข้าไปช่วยพัฒนา ควรสังวรณในเรื่องนี้ รูปแบบการ พัฒนาไม่ใช่จะเอาแต่จากต่างประเทศอย่างเดียว ควรปรับให้เข้าสังคมและวัฒนธรรมของเราด้วย

4. ผู้นำชุมชนในรูปกรรมการต่าง ๆ ไม่ว่าจะ เป็นรูปใดที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งจะเป็นตัวจักรกลในการประสานการพัฒนาในชุมชนของคุณ จากการวิจัยเห็นได้ว่าถ้าผู้นำชุมชนในเขตโคเซ็มแซ็ง คิมตัว เสียสละที่จะอุทิศเพื่อพัฒนาชุมชนโดยตั้งใจทำงานอย่างจริงจังจะทำให้ชุมชนนั้น ๆ พัฒนาไปได้อย่างรวดเร็ว ตรงข้ามกับชุมชนที่มีผู้นำแตกแยกกันจะทำให้มีอุปสรรคในการดำเนินการต่าง ๆ ฉะนั้น ทำอย่างไรจึงจะได้ผู้นำชุมชนที่มีคุณภาพ การตรงกันก็ให้รู้บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบที่เป็นคุณสมบัติสำคัญของผู้นำชุมชน เป็นเรื่องสำคัญที่เขตน่าจะมีการอบรมหรือหาทางที่ให้ทั้งชาวบ้านและผู้นำชุมชนได้ตระหนักในเรื่องนี้ และในการเลือกผู้นำชุมชน เข้ามาก็ต้องดูความเหมาะสมในเรื่องคุณภาพมากกว่าจะเลือกกันเพราะพรรคพวกเดียวกัน หรือเลือกไปโดยไม่มีจุดหมายเพื่อให้ผู้นำเท่านั้น ควรเน้นให้ทราบถึงความสำเร็จของการพัฒนาขึ้นอยู่กับประชาชนในชุมชนนั้นเองมากกว่าวิธีการอื่น ๆ

5. ทรัพยากรชุมชนในด้านที่จะช่วยพัฒนาชุมชนที่สำคัญ หรือผู้ที่จะมีบทบาทที่จะมีส่วนร่วมพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานได้มาก ก็คือกลุ่มเยาวชน เพราะกลุ่มนี้กำลังมีพลัง ได้รับการศึกษา และทราบปัญหาที่เกิดขึ้นดี เพราะปัญหาของชุมชนบางอย่าง เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกับตัวเขาเอง จะเป็นผู้ที่รู้สาเหตุอย่างดีถ้าให้เขาได้มีส่วนร่วม จะได้หาทางป้องกันการแก้ไข ตลอดจนการช่วยรณรงค์และเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อที่จะเข้ามาดูแลปกป้องปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนของตน

6. ปัญหาการว่างงานของเด็กเยาวชน เป็นอันตรายต่อการเป็นเยาวชนอาชญากรและการใช้เวลาของเด็กเยาวชนไปในทางที่ผิด โดยเฉพาะในชุมชนแออัด การไม่มีที่ให้เด็กเล่น และศูนย์เยาวชนที่จะร่วมมือกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเยาวชนไปมีว่สุมกัน ในเรื่องยาเสพติดและอบายมุข วิธีการสังคมสงเคราะห์ในเรื่องการจัดระเบียบชุมชนจะช่วยในการป้องกัน พัฒนาแก้ไขไปพร้อม ๆ กัน และเท่าที่สังเกตโดยเฉพาะเวลาโรงเรียนหยุด เด็กและเยาวชนจะมาเล่นกันตามมุมชอกต่าง ๆ ในชุมชน เล่นการพนันบ้าง สูบยาเสพติดบ้าง พนม. หรือกระหรวงศึกษาธิการน่าจะจัดการศึกษาเคลื่อนที่ให้แก่เด็กเยาวชนในชุมชนแออัดเป็นพิเศษ การสอดแทรกและเน้นให้ถึงสำคัญในเรื่องระเบียบ วินัย และการทำงานเป็นกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่บรรลุเป้าหมาย

ตารางที่ 28 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามหน่วยงาน
สมาคมหรือองค์กรที่เข้าไปดำเนินการ

| | ชุมชนแออัดในเมือง | | | | ชุมชนชานเมือง | รวม |
|-----------------|-------------------|------|------|------|---------------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| มี | 63.3 | 61.7 | 66.9 | 83.5 | 57.0 | 63.9 |
| ไม่มี | 23.1 | 26.6 | 5.8 | 11.4 | 33.5 | 22.7 |
| ไม่ทราบ, ไม่ตอบ | 13.6 | 11.7 | 27.3 | 5.1 | 9.5 | 13.3 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 199 | 188 | 121 | 79 | 200 | 787 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 29 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามการร่วมมือกันทำกิจกรรมต่าง ๆ

| การเก็บขยะในชุมชน | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| 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

การหยุดรถลดการระบายน้ำ

| | | | | | | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| 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 |
| ไม่ทราบ | - | - | - | - | - | - |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 199 | 187 | 121 | 78 | 199 | 784 |

หมายเหตุ ไม่รวม ไม่ทราบ ไม่ตอบ 5 ราย

ตารางที่ 29 (ต่อ)

| การร่วมมือปรับปรุงทางเข้าออก | ชุมชนแออัดในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|------------------------------|-------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| 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 |
| รวมจำนวน | 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 |
| รวมจำนวน | 199 | 187 | 121 | 79 | 199 | 784 |

หมายเหตุ ไม่รวม ไม่ทราบ ไม่ตอบ 5 ราย

ตารางที่ 30 ร้อยละของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ในแต่ละชุมชน จำแนกตามประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

| | ชุมชนแออัด ในเมือง | | | ชุมชนชานเมือง | | รวม |
|-------------------|--------------------|------|------|---------------|------|------|
| | I | II | III | IV | V | |
| ไม่ได้รับประโยชน์ | 6.3 | - | 5.3 | 10.9 | - | 3.2 |
| ได้รับประโยชน์ | 81.1 | 96.4 | 86.0 | 84.8 | 95.3 | 90.1 |
| ไม่ทราบ | 11.7 | 3.6 | 8.8 | - | - | 4.7 |
| ไม่ตอบ | 0.9 | - | - | 0.4 | - | 0.6 |
| % รวม | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| จำนวนรวม | 111 | 165 | 57 | 46 | 86 | 465 |

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสรุป

จากการประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการศึกษาถึงผลกระทบของโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่มีต่อชุมชนแล้ว พอสรุปโดยทั่ว ๆ ไปได้ว่า ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัยและสาธารณสุขของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ตกเป็นตัวอย่าง นั้นอยู่ในสภาพที่ดีพอใช้ได้ ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพบว่า ประชากร ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากทางโทรทัศน์สูงพอ ๆ กับที่ได้รับจากพยาบาล ประจำศูนย์ คือ ประมาณ 26.5 เปอร์เซ็นต์ และ 27.9 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนแออัดในเมืองนั้นไม่ค่อยจะมีบทบาทมากนัก เมื่อเทียบกับอาสาสมัคร ที่ประจำอยู่ในชุมชนชานเมือง ซึ่งจากการศึกษาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุข มูลฐานแล้ว ปรากฏว่า ประชาชนโดยทั่ว ๆ ไปไม่มีความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุข เช่น ภาวะโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ นั้นอยู่ในระดับ 60-80 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

ส่วนการเปรียบเทียบสุขภาพอนามัยของผู้ที่อยู่ในชุมชนแออัดก่อนและหลังจากที่มีโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปดำเนินงานนั้น จากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ที่แตกต่างกันนั้น (ในชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว มีผู้สื่อข่าวสาร (อสส.) ประจำชุมชน ในขณะที่ชุมชนแออัดที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงนั้นไม่มีอาสาสมัคร แต่ใช้กรรมการชุมชนดำเนินงาน ทางด้านนี้) ซึ่งปรากฏว่าในชุมชนทั้งสองรูปแบบนั้นมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยที่ค่อนข้างมาก ในระยะ 1-2 ปีที่ผ่านมา แต่ถ้าจะพิจารณาถึงความแตกต่างในระหว่างชุมชนทั้งสองรูปแบบแล้ว จะไม่พบความแตกต่างกันมากนัก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในชุมชนทั้งสองรูปแบบนี้มีสภาพแวดล้อม ที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นชุมชนที่มีคนอยู่กันหนาแน่น และผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนก็มุ่งแต่ในเรื่องของ การหาหากิน จึงไม่ค่อยมีเวลาที่จะให้กับการเป็นอาสาสมัครมากนัก ส่วนในชุมชนแออัดที่ยัง ไม่ได้รับการปรับปรุง คือ ในชุมชนที่จอร์ฟไฟ กม. ที่ 11 ที่ตกเป็นตัวอย่างนั้นก็มีลักษณะที่ค่อนข้าง เป็นพิเศษคือ เป็นชุมชนที่อยู่ใกล้กับศูนย์บริการสาธารณสุข นอกจากนั้น มีหน่วยบริการสาธารณสุข เคลื่อนที่ที่เข้าไปให้บริการภายในชุมชนอยู่เป็นประจำทุกอาทิตย์ จึงทำให้ประชาชนในชุมชนนั้น ได้รับบริการอย่างทั่วถึง และอย่างสม่ำเสมอ สุขภาพอนามัยของคนในชุมชนทั้งสองรูปแบบที่ตก เป็นตัวอย่างในครั้งนี้จึงไม่มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ฉะนั้น การดำเนินงานด้าน

สาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัด ใน เขตชั้นในนั้นจึงควรจะมีรูปแบบเดียวกัน แต่ควรจะปรับปรุง ทั้งในด้านคุณสมบัติ และวิธีการทำงานของอาสาสมัครให้มีประสิทธิภาพและรักภูมิในการทำงาน ยิ่งขึ้นกว่าเดิม

ส่วนผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนแออัดที่ตก เป็นตัวอย่างนั้น ปรากฏว่า อาสาสมัครชุมชนส่วนใหญ่ ซึ่งมีมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นเพศหญิงนั้นและอายุอยู่ในวัย กลางคนขึ้นไป คือ อายุอยู่ในระหว่าง 40-60 ปี โดยมีมูลำเนาอย่างถาวรอยู่ในชุมชนแออัด ที่ผู้เป็นอาสาสมัครอยู่นั้นเอง และสำหรับผลการสำรวจการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข นั้น ปรากฏว่า ได้ปฏิบัติงานตามบทบาทที่ได้กำหนดไว้สูงถึงประมาณ 70-80 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนั้น ประชาชนในชุมชนแออัดส่วนใหญ่จะรู้จักว่าใครคืออาสาสมัคร สวมบทบาทและกิจกรรมที่ อาสาสมัครปฏิบัติมากที่สุดก็คือ การทำหน้าที่เป็นผู้สื่อข่าวและประสานงานกับทางศูนย์สาธารณสุข หรือศูนย์สาขา ซึ่งเป็นบทบาทที่สามารถเห็นได้เด่นชัดมาก ทั้งนี้เพราะปัจจัยต่าง ๆ เช่น ลักษณะทางกายภาพตลอดจนลักษณะทางสังคมและ เศรษฐกิจที่แตกต่างกันในระหว่างชุมชนแออัด ในเมืองกับชุมชนชานเมือง ที่ทำให้ลักษณะและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนแต่ละ แบบมีความสำคัญมากน้อยต่างกัน จะเห็นได้ว่าชุมชนชานเมืองโดยเฉพาะที่ลง จ.ป.ฐ. นั้น จะให้ความสำคัญกับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเป็นอย่างมาก ดังจะเห็น ได้ว่า ผู้ที่ยอมรับว่าได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพอนามัยจากอาสาสมัครจะมีจำนวนที่สูงมาก ประมาณ 20-50 เปอร์เซ็นต์ในชุมชนชานเมือง ในขณะที่ในชุมชนแออัด ในเมืองนั้นมีจำนวน ผู้ที่ได้รับข่าวสารการติดต่อกับผู้สื่อข่าวสาธารณสุขอยู่เพียง 10 เปอร์เซ็นต์ เป็นต้น

ในด้านการบริการทางด้านสาธารณสุขในชุมชนแออัดนั้น ถึงแม้ว่าจะมีการบริการ เกือบจะทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขศึกษา การโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก และมีแนว โน้มที่ชาวบ้านจะใช้บริการดังกล่าวเป็นจำนวนมากขึ้นก็ตาม การใช้บริการตลอดจนความพึงพอใจ ด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะอยู่ในลักษณะของการรักษามากกว่าการป้องกันโรค ทัศนคติดังกล่าว จะเห็น ได้เด่นชัดในชุมชนแออัด ในเมืองมากกว่าในชุมชนชานเมือง ทั้งนี้เพราะมีสถานบริการ ในด้านการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ให้อย่างสะดวกและรวดเร็ว แยกจากนั้น การป้องกันทาง ด้านสุขภาพอนามัยเป็น ไปตามความเคยชิน และปฏิบัติกันเป็นวัฒนธรรมในสังคมไปแล้ว เช่น การแปรงฟันให้สะอาดทุกวัน การดูแลรักษาบ้านเรือนให้ดูเป็นระเบียบเรียบร้อย เป็นต้น

สำหรับกรุงเทพมหานครนั้น จำเป็นอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้ประชากรที่อยู่ในชุมชนแออัดวางแผนในการพัฒนาตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะอดีตที่ผ่านมาทั้งรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างก็เข้าไปช่วยโดยไม่พยายามให้ชุมชนเหล่านั้นคิดช่วยตัวเอง นอกจากนั้นยังปรากฏว่า ในการเข้าไปช่วยเหลือชุมชนแออัดต่าง ๆ เหล่านี้ยังขาดความต่อเนื่อง และไม่ได้มีการติดตามผลงาน จึงทำให้เกิดปัญหาขึ้นอยู่เรื่อย ๆ สำหรับอาสาสมัครชุมชนในโครงการสาธารณสุขมูลฐานนั้นจะทำงานได้รับผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในชุมชนของประชาชนในชุมชนแออัดในแต่ละแห่ง โดยมีกรรมการชุมชนซึ่งมีบทบาทที่สำคัญที่จะทำให้ประชาชนในแต่ละชุมชนตื่นตัวและยอมรับโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ฉะนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมชุมชนให้พร้อมเสียก่อนที่จะเข้าไปดำเนินการเพื่อการพัฒนาชุมชนแออัดต่อไปในอนาคต

สำหรับผลการที่ทดลองนำโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปดำเนินการในชุมชนแออัดในทั้ง 2 รูปแบบนั้น ปรากฏว่าชุมชนแออัดส่วนใหญ่ต้องการพัฒนาในทุก ๆ เรื่อง ฉะนั้นการพัฒนาทางการสุขภาพอนามัยหรือการเข้าไปปรับปรุงสภาพทางกายภาพแต่เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งของชุมชนแออัด หากได้เป็นความต้องการที่แท้จริงไม่ อย่างไรก็ตาม สำหรับในชุมชนแออัดนั้น การนำโครงการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปช่วยในการพัฒนาสุขภาพอนามัย ตลอดจนความรู้ทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงให้สภาพแวดล้อมและการสุขาภิบาลอนามัยต่าง ๆ ดีขึ้นนั้นก็ยังมีความจำเป็นอยู่มากในชุมชนแออัด แต่สาธารณสุขมูลฐานก็จะไม่สำเร็จผลเท่าที่ควร ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตลอดจนการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการใช้อนุมัติการความจำเป็นขั้นพื้นฐานเข้ากำหนดในการดำเนินงานตามโครงการที่กำหนดไว้

ปัจจุบันนี้นอกจากหน่วยงานรัฐบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในชุมชนแออัดแล้วยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่เป็นของสมาคมและเอกชนต่าง ๆ ที่เข้าไปทำงานอยู่ในชุมชนแออัดทั่วกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมดประมาณ 80 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้าไปช่วยงานในด้านการพัฒนาและการให้บริการต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า หน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ได้มีการทำงานประสานกับหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบอยู่ในชุมชนแออัดเลย (ไม่ว่าจะเป็นสำนักว่าการกรุงเทพมหานครหรือการเคหะแห่งชาติ) จึงทำให้เกิดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อนและไม่เป็นไปในทางเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ผลของการประชุมและสัมมนาต่างก็เห็นให้เห็นความสำคัญของการมีหน่วยประสานงาน การทำงานตามโครงการต่าง ๆ ในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร และเนื่องจากสำนักว่าการกรุงเทพมหานครเองก็มีหน่วยงานในความรับผิดชอบที่ทำงานอยู่ใน

ชุมชนแออัดอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น สำนักงานอนามัย สำนักสวัสดิการสังคมหรือแม้แต่ตนเอง ฉะนั้น จึงเห็นสมควรอย่างยิ่งที่จะให้ทางสำนักว่าการกรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหลักที่จะประสานกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น การเคหะแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อให้นโยบายการพัฒนาชุมชนแออัดตามโครงการต่าง ๆ ได้รับความสำเร็จ ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ และแนวความคิด เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และผู้ทำงานในค่านนี้ให้ดีขึ้นกว่าเดิม เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและมีแนวทางในการปฏิบัติงานให้ได้ผลอย่างจริงจังและได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด
2. ในการพัฒนาชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีรูปแบบในการดำเนินงานที่แน่นอน โดยมีเขตเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานด้านการพัฒนาในทุก ๆ เรื่อง โดยแบ่งการทำงานในลักษณะเกี่ยวกับการสำรวจ จ.ป.ร. ซึ่งอาจเป็นไปได้ในรูปของกรรมการชุมชน
3. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนนั้น เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ควรมีการเตรียมชุมชนให้พร้อมเสียก่อน เพื่อทำให้เกิดการยอมรับและทราบถึงปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่ในแต่ละชุมชน
4. ส่วนงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ยังจำเป็นต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในชุมชน เข้าช่วยในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ โดยมีสำนักอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม รูปแบบและวิธีการทำงานของอาสาสมัครนั้นควรดัดแปลงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
 - 4.1 กรรมการชุมชนด้านสาธารณสุขควรเป็นผู้ดูแลการทำงานของอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งรวมทั้งการมีโอกาสให้คัดเลือกอาสาสมัครและการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ้างวานอาสาสมัครด้วยตนเอง เป็นต้น
 - 4.2 สำหรับรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น สำหรับในชุมชนชานเมืองควรเป็นแบบเกิมคือ มีทั้ง ผสส. (ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) และ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ทั้งนี้เพราะสภาพแวดล้อมที่ยังเป็นกึ่งชนบทอยู่จึงจำเป็นต้องมีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข

ช่วยในการดำเนินงาน ส่วนในชุมชนแออัดในเมืองทั้งในชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว และชุมชนที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงก็ตาม ยังคงต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าช่วยในงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ เพียงแค่ปรับปรุงรูปแบบของอาสาสมัครและการทำงานให้รัดกุม และกระชับยิ่งขึ้นเท่านั้น

4.3 ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนก็ควรจะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในการให้ข่าวสารมาเป็นคอยสำรวจและแก้ไขข่าวด้านสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับนั้น ให้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด เท่าที่จะทำได้

5. ควรมีการจัดอบรมกรรมการชุมชนในด้านความเป็นผู้นำ และการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มในทุก ๆ ด้าน ไม่เฉพาะแต่ในด้านสาธารณสุขอย่างเดียวเท่านั้น

6. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบของอาสาสมัครชุมชนที่เหมาะสม และให้มีประสิทธิภาพในการทำงานยิ่ง ๆ ขึ้นไป

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรุงเทพมหานคร, กองผังเมือง. (2527) "การเปลี่ยนแปลงชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร"
กรุงเทพฯ. (เอกสารอัครสำเนา)

สำนักอนามัย, กองส่งเสริมสุขภาพ, กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน. (2529)
สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน แผนพัฒนาสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร
ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2525-2529). กรุงเทพฯ.

สำนักอนามัย, กองส่งเสริมสุขภาพ. (2530) การพัฒนาชุมชนโดยใช้ความ
จำเป็นพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร (พ.ศ. 2528-2529). กรุงเทพฯ.

(ม.ป.ป.) ความจำเป็นพื้นฐาน เครื่องชี้วัด และแบบสำรวจของกรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ.

การเคหะแห่งชาติ. (2524) การสัมมนาการปรับปรุงชุมชนแออัด ณ โรงแรมเอเชีย
กรุงเทพฯ วันที่ 27-29 กรกฎาคม 2524.

วชิระ สิงหะกะเชนทร์, วิวัฒน์ อังศุสิงห์ และสิทธิพันธ์ ไชยนิรันดร์. (2528) การดำเนินงาน
สาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล และกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข.

วชิระ สิงหะกะเชนทร์ และคณะ. (2528) การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง.
กรุงเทพฯ: กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข และคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณุช จิตธรรมสถาพร. (2527) ความหมาย บัญชี และแหล่งสลัมในกรุงเทพมหานคร.
เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่องการวางแผนครอบครัวในชุมชนแออัด
กรณีของกรุงเทพมหานคร ณ โรงแรมวงศ์อำมาตย์ เมืองพิทยา จังหวัดชลบุรี
วันที่ 26-28 มกราคม 2527.

วัน กุชิตา. (2529) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัดในเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคณะ. (2527) การสำรวจสภาพและปัญหาของประชากร สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: โครงการวางแผนครอบครัวและพัฒนาชุมชนแออัด ภาควิชาสังคมศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สาธารณสุข, กระทรวง. (ม.ป.ป.) แผนงานการสาธารณสุขเบื้องต้น (2521-2524).
กรุงเทพฯ.

ภาษาอังกฤษ

Nibhon Debavalya, Aurapin Bunnag, Pannee Prachuabmoh and Ma-yuree Nokyooongthong. (1983) A Study of Four Improved Congested Areas in Bangkok. Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration.

(1984) An Assessment of the Metro-Manila Out Reach Project. June, (Xerox copy).

