

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากผลการพัฒนาประเทศที่ได้มีการพัฒนาจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ทำให้มีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจในอัตราที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ๆ ประชาชนในชนบทได้อพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงานและใช้ชีวิตในเมืองมากขึ้น ทำให้ประชากรในเมืองมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากการศึกษาและข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2535 ได้คาดการณ์ว่า ประชากรในเขตเมืองจะเพิ่มเป็น 43% ใน 10 ปีข้างหน้า และ 80% ใน 15 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2535) ในขณะที่โครงสร้างพื้นฐานของบริการทางสังคมในเขตเมืองยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ทันและสอดคล้องกับการหลั่งไหลของประชากรเข้าสู่เมือง จึงทำให้เกิดชุมชนแออัดในเมืองใหญ่ ๆ และก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม อาทิเช่น เด็กถูกทอดทิ้ง เพราะมารดาต้องไปออกไปทำงานนอกร้าน การใช้แรงงานเด็ก เกิดภาวะเครียดทางจิตใจ ความจำเป็นพื้นฐานไม่สมบูรณ์ ไม่ได้รับความคุ้มครองด้านการบริโภค ไม่มีโอกาสเข้าถึงสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ปัญหาขยะสิ่งปฏิกูลต่าง ๆ มลภาวะเป็นพิษ การบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ไม่เพียงพอและขาดมาตรฐาน ตลอดจนปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ดังขณะ โรคมีทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ โรคจากพฤติกรรม โรคจากพยาธิสภาพทางสังคมและความเครียด เช่น การติดยาเสพติด โรคจิตประสาท การฆ่าตัวตาย ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการใช้บริการสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาการดูแลสุขภาพของตนเอง การเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วย

สำหรับปัญหาด้านสุขภาพและบริการสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) ในเขตเมือง พบว่า ประชาชนในเมืองมีสุขภาพอนามัยที่ซับซ้อนกว่าคนในชนบท โรคของคนในเมืองเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิต เช่น โรคจากความขาดแคลนหรือยากจน ซึ่งเกิดในกลุ่มคนจนในเมืองที่อพยพมาจากชนบท อันเป็นผลมาจากความยากจน ค้อยการศึกษา อาหารไม่เพียงพอ ความแออัดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม ทำให้เกิดโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ทารก

แรกเกิดน้ำหนักน้อย และการขาดสารอาหารในเด็ก โรคจากสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเกิดจากมลภาวะสิ่งแวดล้อม เช่น มะเร็ง อุบัติเหตุ อุบัติภัย จากวัฒนธรรมการบริโภคที่ไม่สมดุล เช่น โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคจากการประกอบอาชีพ เช่น การแพ้สารเคมี โลหะหนัก ตะกั่ว แมงกานีส เป็นต้น และโรคเกิดจากพยาธิสภาพทางสังคมและความเครียด เช่น การติดยาเสพติด ดื่มสุรา ตั้งครรภ์ก่อนเวลาอันสมควร โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคจิต โรคประสาท อาชญากรรมและการฆ่าตัวตาย เป็นต้น สำหรับการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนในเมือง มีลักษณะการใช้สถานพยาบาล (78%) มากกว่าการรักษาด้วยตนเอง (22%) และใช้สถานบริการของเอกชนมากกว่ารัฐ ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ มีบทบาทและครอบคลุมเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าในเขตเมืองจะมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ทำหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขมากมาย แต่ประชาชนยังไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ทั้งนี้เพราะสถานบริการส่วนใหญ่มักจะให้บริการแบบตั้งรับแก่ปัจเจกบุคคลที่เข้าไปรับบริการมากกว่าการให้บริการเชิงรุกแก่ครอบครัวและชุมชน ประชาชนผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยากมากขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงมหาดไทย จึงได้นำกลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานและมีเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การสนับสนุน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้จัดโครงการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองขึ้น โดยดำเนินการ ในเทศบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ได้ดำเนินการจัดเตรียมครูฝึกของเทศบาลและจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข สนับสนุนแบบเรียน กระเป๋าและเวชภัณฑ์ของอาสาสมัคร เงินอุดหนุนอาสาสมัคร สนับสนุนด้านวิชาการต่าง ๆ จัดประชุมสัมมนาระดับผู้บริหารของทั้งสองกระทรวง จำนวน 2 ครั้ง ผลการดำเนินงานพบว่า ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะยังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสม เท่าที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันเป็นการนำเอารูปแบบของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชนบทมาประยุกต์ใช้ สภาพชุมชนในเขตเมืองแตกต่างกับสภาพหมู่บ้านในชนบทที่เห็นได้ชัดคือ ในเขตเมืองไม่มีองค์กรที่ชัดเจนที่จะเทียบได้กับกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่จึงประสบความลำบากในการที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ต่อมา ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ได้มีการส่งเสริมและขยายงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยชุมชนมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้มีการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีในการดำเนินงานสาธารณสุขระหว่างชุมชนต่าง ๆ สนับสนุนด้านวิชาการและทรัพยากรที่จำเป็น และพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองมากขึ้น แต่ก็พบว่ายังมีปัญหาหลายประการ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2531 : 17) เช่น องค์การสาธารณสุขยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ขาดจตุรรวมของการบริหารจัดการกองทุน การจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ปัญหา ตลอดจนการค้นหาปัญหาของชุมชนยังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง การถ่ายทอดความรู้ให้กับอาสาสมัครไม่ต่อเนื่อง ขาดการประสานงานติดตามจากเจ้าหน้าที่และขาดวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม ดังนั้น ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) จึงได้มีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนได้มีสถานที่ในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานอย่างชัดเจนและเป็นศูนย์รวมของการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเรียกว่า “ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน” มีเป้าหมายให้ครบทุกชุมชนในเขตเมืองและมุ่งเน้นให้ทุกครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Selfcare) ผลการดำเนินงานพบว่า ในเขตเมืองดำเนินการได้ครอบคลุมเพียงร้อยละ 12.6 และยังคงพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนยังอยู่ในรูปของการจัดตั้งจากภาครัฐมากกว่าเกิดจากความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และเป็นข้อจำกัดทางระเบียบราชการที่มักจะกำหนดรูปแบบไว้ตายตัว กำหนดกิจกรรมไว้อย่างชัดเจนเพื่อประโยชน์ของการจัดงบประมาณ ดังนั้นแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544)จึงได้กำหนดแนวคิด วิธีดำเนินการ เน้นการกระจายอำนาจจากรัฐลงสู่ประชาชน สนับสนุนการพัฒนาแบบยั่งยืน โดยสนับสนุนงบประมาณสำหรับชุมชนประมาณ 5,000 – 8,000 บาทต่อปี โดยจัดสรรผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และนำงบประมาณส่วนนี้พัฒนาสุขภาพประชาชนในหมู่บ้านโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำครอบครัวเป็นผู้ดำเนินการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน สร้างจิตสำนึกเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาสำคัญ เช่น ปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ อันได้แก่ การต่อต้านยาเสพติด การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ การเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมีอยู่มาก ให้มีความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพสังคมและปัญหาสาธารณสุขที่ซับซ้อนและสนับสนุนให้รวมตัวจัดตั้งเป็นชมรม รวมทั้งการส่งเสริมภูมิปัญญาพื้นบ้าน ในปัจจุบันนี้ เขตเมืองมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้น 67,376 คน มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 1,732 แห่ง มีกองทุนและเวชภัณฑ์ที่ดำเนินการอยู่ 1,081 แห่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งเป็นเขตพื้นที่เทศบาลนครเชียงใหม่เป็นส่วนใหญ่ มีอัตราการขยายตัวของประชากร 5.6% ต่อปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2541) ซึ่งยังไม่นับจำนวนประชากรแฝง เช่น คนต่างด้าว ชาวเขา กลุ่มคนงานก่อสร้าง ฯลฯ ที่อพยพเข้ามาโดยไม่แจ้งย้ายสำมะโนทะเบียนบ้าน ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย โดยเฉพาะปัญหาด้านสาธารณสุขและทวีความรุนแรงขึ้น ประชากรหลากหลายและพบว่า ประชากรมีความสนใจสุขภาพอนามัยของตนเองน้อย และขาดความรู้ที่จะป้องกันและดูแลตนเอง มีฐานะยากจน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง ประชากรมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ

โรคเรื้อรัง โรคจากพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาอาชีวอนามัย ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัญหาสังคมเพิ่มมากขึ้น

เทศบาลนครเชียงใหม่ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้นำกลวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขในเขตเมือง ตั้งแต่ปี 2527 (สำนักงานเทศบาลนครเชียงใหม่, 2541) โดยการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 443 คน ครอบคลุม 21 ชุมชน และดำเนินการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 17 แห่ง โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลนครเชียงใหม่ในการก่อสร้างอาคาร จากการประเมินผลพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขขาดขวัญกำลังใจ ขาดการถ่ายทอดความรู้อย่างค่องเนื่อง ขาดการบริหารจัดการกองทุนที่ดี การจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ปัญหาท้องถิ่นและการค้นหาปัญหา ไม่ปฏิบัติอย่างจริงจัง และประชาชนยังไม่ไปใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนตามที่คาดหวัง ซึ่งเป็นการสูญเสียงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์ จากการบอกเล่าของประชาชน บางครั้งเมื่อเจ็บป่วย มักจะซื้อยาตามร้านขายของชำในชุมชนมารับประทานเอง นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพของประชาชนยังพบอยู่มาก ทั้งที่มีสถานบริการสาธารณสุขอยู่ในชุมชนของตนเอง การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพอนามัยตามความจำเป็นที่ดำเนินการ โดยความร่วมมือของชุมชน ซึ่งใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการปฏิบัติเป็นที่ยอมรับของสังคมและพึ่งตนเองได้ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว จะประกอบด้วยบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดำเนินการ (อาสาสมัครสาธารณสุข) ผู้ให้การสนับสนุน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และกลุ่มผู้ใช้บริการ (ประชาชน) และการดำเนินงานจะประสบผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือ การประสานงาน และต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน จึงจะยอมรับการใช้บริการอนามัยจากอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทัศนคติและการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชนแออัด เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ และนับตั้งแต่เทศบาลนครเชียงใหม่ จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมาตั้งแต่ปี 2536 ยังไม่เคยมีผู้ใดศึกษามาก่อน ผู้ศึกษาจึงหวังว่า การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไข เปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติและการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ถูกต้องและสนองต่อความต้องการของประชาชน และโน้มน้าวให้ประชาชนหันมาสนใจและใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนมากขึ้น และปรับปรุงพัฒนารูปแบบ กลวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับปัญหาความต้องการของประชาชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเมืองให้บรรลุสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในปี 2543 ให้เป็นผลสำเร็จต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินความรู้ ของประชาชนชุมชนแออัดเกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
2. เพื่อประเมินทัศนคติของประชาชน ชุมชนแออัดเกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
3. เพื่อประเมินการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชนชุมชนแออัด
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานทางด้านประชากร กับการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

## สมมติฐานของการศึกษา

1. ปัจจัยพื้นฐานทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
2. ความรู้เกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีความสัมพันธ์กัน
3. ทัศนคติเกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และการใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน มีความสัมพันธ์กัน

## ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทำการสัมภาษณ์ประชาชนผู้เป็นหัวหน้าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดที่เปิดดำเนินการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2536 เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 2 แห่ง คือ ชุมชนระแงง และชุมชนคันขาม

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. ความรู้ หมายถึง ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในด้านความหมาย, วัตถุประสงค์, อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน, สถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และบริการสาธารณสุขมูลฐานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
2. ทักษะ หมายถึง ความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ในด้านสถานที่ตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน, การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน และบริการสาธารณสุขมูลฐานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
3. การใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมายถึง การใช้และได้รับบริการจากศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งที่ประชาชนไปติดต่อรับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนด้วยตนเอง และการที่อาสาสมัครออกไปให้บริการแก่ประชาชนที่บ้าน
4. บริการสาธารณสุขมูลฐานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมายถึง
  - 4.1 การสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ ได้แก่ การคิด โปสเตอร์และแจกเอกสารเผยแพร่ความรู้ด้านอนามัย
  - 4.2 การส่งเสริมโภชนาการ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการใช้เกลืออนามัยและหยดไอโอดีนในน้ำดื่ม การชั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิด
  - 4.3 การควบคุมโรคประจำท้องถิ่น ได้แก่ การให้คำแนะนำการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้บริการเก็บอุจจาระส่งตรวจไขพยาธิ เจาะเลือดหาเชื้อมาเลเรีย เก็บเสมหะตรวจหาเชื้อวัณโรค
  - 4.4 การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและจัดหาน้ำสะอาด ได้แก่ การให้คำแนะนำการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงวัน/หนู การได้รับคำแนะนำในการจัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่ม การให้คำแนะนำการกำจัดขยะ
  - 4.5 การจัดหายาจำเป็น ได้แก่ การจำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน การให้คำแนะนำการใช้และปลูกสมุนไพร
  - 4.6 การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การให้บริการทำแผล การให้บริการส่งต่อผู้ป่วยไปศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล
  - 4.7 การทันตสาธารณสุข ได้แก่ การให้คำแนะนำการแปรงฟันหรือการใช้ยาสีฟัน
  - 4.8 การส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ การจัดกิจกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

- 4.9 การป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคติดต่อ ได้แก่ การให้บริการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การได้รับคำแนะนำการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน
- 4.10 การคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ การเฝ้าระวังการจำหน่ายยาชุด
- 4.11 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ได้แก่ การให้คำแนะนำการป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน
- 4.12 การควบคุมป้องกันสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การให้บริการตรวจคุณภาพแหล่งน้ำบริโภค
- 4.13 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การให้คำแนะนำให้พาเด็กมารับวัคซีนตามกำหนด
- 4.14 การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ได้แก่ การให้บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด
5. ประชาชนชุมชนแออัด หมายถึง บุคคลที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน (สามีหรือภรรยา) ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่เปิดดำเนินการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 2 แห่ง คือ ชุมชนระแกงและชุมชนคันขาม เขตเทศบาลนครเชียงใหม่
6. บัณฑิตพื้นฐาน หมายถึง บัณฑิตพื้นฐานทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้
7. ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน หมายถึง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนระแกงและชุมชนคันขาม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

### **ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา**

1. ได้ทราบความรู้ ทักษะ และ การใช้บริการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนของประชาชนในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และ การใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด
2. ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุข และ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน