



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพอนามัยที่ดีนั้นเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชน และเป็นสิทธิมนุษยชนที่ทุกคนควรจะได้รับไม่ว่าจะอยู่ส่วนไหนของประเทศ แต่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศก็ยังมีประสบปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบท พบว่าการบริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรได้เพียงร้อยละ 15-30 ของประชากรทั้งหมด ยิ่งกว่านั้นกลุ่มประชากรที่ได้รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุขมักจะเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ใกล้ ๆ กับสถานบริการเสียส่วนใหญ่ หรือมีเงินแล้วก็เป็นกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอที่จะใช้บริการได้ เช่น ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ส่วนประชาชนที่อาศัยอยู่ในชนบทจริง ๆ หรือท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกลนั้นไม่ค่อยจะมีโอกาสที่จะเข้ามารับบริการ (อมร นนทสุค 2504:4) จากการวิเคราะห์อัตราป่วยด้วยโรคต่าง ๆ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ โดยเฉพาะในชนบทมักป่วยด้วยโรคธรรมดาสามัญที่ป้องกันได้ในอัตราที่สูงอย่างต่อเนื่องเสมอ เช่น โรคระบบทางเดินอาหารและอุจจาระร่วง ซึ่งมีอัตราสูงถึง 397.7, 506.2 และ 596.2 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2521, 2522, 2523 ตามลำดับ (คณะอนุกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข 2524: 1) และพบว่าสาเหตุตายด้วยโรคท้องร่วงเป็นอัตรา 8.3, 6.7, 5.8 และ 4.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2523, 2524, 2525, 2526 และ 2527 ตามลำดับ และเฉพาะภาคใต้ จากการรายงานจำนวนผู้ป่วยตามสาเหตุ ปีงบประมาณ 2530 พบว่าประชาชนเป็นโรคลำไส้อักเสบและโรคท้องร่วงอื่น ๆ ร้อยละ 6.8 (กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

สุขภาพของประชาชนในชาติเป็นเครื่องชี้วัดระดับของการพัฒนาประเทศ เพราะการพัฒนาประเทศจะดำเนินไปไม่ได้ถ้าประชาชนซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนามีสุขภาพไม่ดี โรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน ก็จะมีผลกระทบกระเทือนต่อองค์ประกอบอื่นในการพัฒนา ดังวัฏจักร ความไม่รู้-ความเจ็บป่วย-ความยากจน ตรงกันข้ามถ้าหากประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ วิธีการดำรงชีวิตของประชาชนในด้านต่าง ๆ ก็จะเป็นไปด้วยดีและเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ แต่ลาหังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขครอบคลุมประชากรได้ทั่วถึง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน จึงเกิดแนวความคิดนำเอาพลังหรือศักยภาพของประชาชนมาช่วยในการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในสุขภาพอนามัยของตนเอง เพราะการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้นมีหลายระดับ ตั้งแต่ปัญหาง่าย ๆ ซึ่งบุคคลธรรมดาก็สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและ

การควบคุมป้องกันโรค ง่าย ๆ จนถึงปัญหาสุขภาพที่ยากจะแก้ไขได้ด้วยตนเอง ต้องอาศัยบุคลากรในวิชาชีพเป็นผู้ให้การบำบัดรักษา เช่น การรักษาโรคต่าง ๆ การผ่าตัด เป็นต้นในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุม ป้องกันโรคนั้นอาจเรียกได้ว่า ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งรัฐจัดให้มีขึ้นโดยกระบวนการสุขศึกษา(health education) แต่ในทางปฏิบัติพบว่ากิจกรรมสุขศึกษาในประชากรกลุ่มเป้าหมายในส่วนภูมิภาค ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ส่วนใหญ่ขาดแผนปฏิบัติงานที่แน่นอน แต่ก็ยังมีกิจกรรมสุขศึกษาอยู่ ทั้งนี้เพราะเป็นไปตามเงื่อนไขของงานสาธารณสุขมูลฐานบังคับให้มีกิจกรรมสุขศึกษา (บัญญัติฉบับที่ 2527: บทคัดย่อ) กระทรวงสาธารณสุขก็ยอมรับความจริงว่า ผลงานด้านสุขภาพที่แล้ว ๆ มานั้นปรากฏออกมาได้น้อยมาก ประชาชนผู้เป็นเป้าหมายหลักมีการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัย และพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพน้อย (สุวรรณ วงศาโรจน์ 2528 : คำบรรยายพิเศษ)

คง ได้กล่าวแล้วว่าความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพนับเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาสุขภาพ และการให้สุขศึกษาก็ เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่ถูกต้องแต่การให้สุขศึกษาจะ ได้ผลจำเป็นต้อง เข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งนอกจากลักษณะทางจิตวิทยาของประชาชนเองแล้วสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพทางภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม นับว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้ง โดยตรงและโดยอ้อมด้วยเช่นเดียวกัน จำเป็นที่บุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องคำนึงถึง เพื่อจะได้เข้ามาใช้ประโยชน์ในการให้ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น จังหวัดปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส เป็นจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีสภาพทางภูมิศาสตร์อยู่ติดเขตแดนประเทศมาเลเซียและมีลักษณะ เฉพาะบางประการที่แตกต่าง ไปจากจังหวัดอื่นแม้กระทั่งจังหวัดสุทูลซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนเช่นเดียวกัน ลักษณะ เฉพาะดังกล่าวอาจสรุปได้ดังต่อไปนี้

สภาพทางภูมิศาสตร์

จังหวัดชายแดนภาคใต้เกือบทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดปัตตานีต่างก็มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศมาเลเซีย และเมื่อพิจารณาถึงสภาพภูมิประเทศแล้วพบว่า บริเวณพรมแดนระหว่างไทยกับมาเลเซียนั้นมีได้มี เครื่องกีดขวางทางธรรมชาติ อาทิ แม่น้ำ ภูเขา มาเป็นอุปสรรค ในการไปมาหาสู่เป็นไปโดยสะดวก และในบางกรณีอาจสะดวกยิ่งกว่าติดต่อกับจังหวัดอื่น ๆ ในราชอาณาจักรไทยเสียอีก จังหวัดชายแดนภาคใต้จึงมีความคล้ายคลึงประเทศมาเลเซียมากกว่าไทย ทั้ง ๆ ที่จังหวัดเหล่านี้อยู่ในราชอาณาจักรไทย (จำลอง โค๊ะทอง 2503 : 19 อ้างในชจกัยบุรุษพันธ์ .2526: 1)

สภาพทางเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม จากการสำรวจสามะโนประชากร

และเคหะ พ.ศ. 2523 พบว่าอัตราส่วนร้อยละของผู้ประกอบอาชีพเกษตรสูงสุดเมื่อเทียบกับหมวดอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ อัตราร้อยละ 77.29 70.80 และ 75.48 ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ตามลำดับ อาชีพที่มีความสำคัญรองลงไปได้แก่ อาชีพช่าง หรือผู้ปฏิบัติในกระบวนการผลิตและกรรมกร อาชีพปฏิบัติงานเกี่ยวกับการค้าและอาชีพปฏิบัติงานในด้านบริการต่าง ๆ ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อบุคคลของประชากรในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 9,685 บาทต่อปี อยู่ในเกณฑ์ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยของประชากรทั้งภาคใต้ 12,683 บาทต่อปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2522)

สภาพสังคม

จากสภาพทางภูมิศาสตร์ที่อยู่ติดเขตแดนประเทศมาเลเซียทำให้ประชากรในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับอิทธิพลมาจากประเทศมาเลเซียทั้งในด้านขนบธรรมเนียม ภาษา ศาสนา มาเป็นเวลานาน

ในด้านภาษาปรากฏว่า ประชากรในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยกเว้นจังหวัดสตูล ส่วนใหญ่พูดภาษาไทยไม่ได้ บางคนพูดภาษาไทยได้ก็ไม่นิยมพูด ต่างพากันใช้ภาษามลายูในชีวิตประจำวัน จากการสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503 ปรากฏข้อเท็จจริงว่าประชากรในสามจังหวัดภาคใต้ไทยไม่ได้ถึงร้อยละ 55-56 ของประชากรที่มีอายุ 5 ขวบขึ้นไป แต่ถ้านับเอาผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบด้วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานของผู้ที่พูดภาษาไทยไม่ได้และจะเติบโตในครอบครัวที่ไม่พูดภาษาไทยก็จะได้ตัวเลขประมาณร้อยละ 70 กว่า ส่วนจังหวัดสตูลจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 5 ขวบขึ้นไปในจังหวัดนี้มีอยู่ 58,787 คน เป็นผู้พูดภาษาไทยได้ถึง 57,921 คน พูดภาษาไทยไม่ได้เพียง 876 คนเท่านั้นในจำนวนนี้มีชาวต่างประเทศอื่น ๆ รวมอยู่ด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2503)

ในด้านศาสนาพบว่า ประชากรในจังหวัดชายแดนภาคใต้นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 78.47 จังหวัดยะลายนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 62.75 จังหวัดสตูลมีผู้นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 56 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2523)

ในด้านขนบธรรมเนียมประเพณี มีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับเรื่องศาสนา ทั้งนี้เพราะศาสนาอิสลามมีอิทธิพลต่อวิถีทางการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมอย่างมาก จนกล่าวได้ว่า ศาสนาอิสลามกำหนดวิธีปฏิบัติของชาวมุสลิมไว้ตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งแต่อย่างสถานภาพสตรี ระบอบสังคมมุสลิมได้กำหนดสถานภาพสตรี ในฐานะภรรยาหรือแม่บ้านไว้หลายประการ ประการหนึ่ง ได้แก่ การดูแลบ้านและครอบครัว ท่านศาสนานบีมุฮัมมัด คือลฯ กล่าวว่า "...และภรรยาเป็นผู้ดูแลบ้านและสามีของเธอ และเธอเป็นผู้รับผิดชอบต่อผู้อยู่ใต้การดูแลของเธอด้วยเช่นกัน..." (อับลูกาเร็น ไชคาน คร., 2525 : 9)

สภาพปัญหาสาธารณสุข

โดยที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้นับถือศาสนาอิสลามและมีความเคร่งครัดในศาสนามาก และมีการเกาะกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น การปรับตัวหรือการยอมรับทัศนคติใหม่ ๆ ทำได้ยาก ก่อให้เกิดปัญหาด้านการป้องกันและการรักษาเป็นอย่างมากทั้งด้านงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัวการให้ภูมิคุ้มกันและอื่น ๆ (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ และคณะ 2526: 467) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับข้อมูลอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดออกแบบสอบถามโดยกรมควบคุมโรคติดต่อพบว่าจังหวัดปัตตานีมีการทำคลอดที่บ้านสูงถึงร้อยละ 74 การวางแผนครอบครัวต่ำมากถึงร้อยละ 21.2 และมีจำนวนของผู้ไม่รู้เรื่องวางแผนครอบครัวสูงถึงร้อยละ 27 (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ 2528 : 42) จังหวัดยะลาและนราธิวาสไม่ปรากฏรายงาน

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนในชนบทสามจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยเลือกแม่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพราะแม่บ้านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลบ้านและครอบครัว โดยเฉพาะแม่บ้านในระบอบสังคมมุสลิมตั้ง ได้กล่าวแล้ว ผลของการศึกษานี้ จะเป็นแนวทางในการวางแผนงานสุขภาพของจังหวัดและนอกจากนี้ ยังจะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปในเรื่องการกำหนดระดับความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพของคนไทย อันจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายและกลวิธีดำเนินงานให้สุขภาพในรูปแบบที่ชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพถูกต้อง เพียงพอที่จะสามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีวนหน้าก่อนพุทธศักราช 2543

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของแม่บ้านในชนบทจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติด้านสุขภาพของแม่บ้านในชนบทจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของแม่บ้านในชนบทจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตดังนี้

1. การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะแม่บ้านที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

2. ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ ศึกษาเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพ และ การปฏิบัติด้านสุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

ความรู้ด้านสุขภาพ สามารถวัด ได้โดยการสัมภาษณ์ ^{และ} การปฏิบัติด้านสุขภาพ วัดได้จากการกระทำหรือบัตรบันทึกหรือการตรวจสอบของผู้วิจัย

คำจำกัดความ

ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพหมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขภาพ

1. ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความจำหรือความเข้าใจ ข้อควรปฏิบัติ หรือประโยชน์ในเนื้อหาสาระอันจะนำไปสู่การ ประยุกต์ใช้หรือปฏิบัติตามเกณฑ์ของความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ. ด้านสุขภาพ
2. การปฏิบัติด้านสุขภาพหมายถึง สภาพที่เป็นอยู่ที่บรรลุเกณฑ์ความ จำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) ด้านสุขภาพ ซึ่งมีตัวชี้วัด 14 ข้อ ดังต่อไปนี้

จปฐ. ข้อ 1 เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้รับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ และ ไม่มีการขาดสารอาหารในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

จปฐ. ข้อ 2 เด็กอายุตั้งแต่ 5-14 ปี ได้รับสารอาหารครบถ้วนตามต้องการ ของร่างกาย

จปฐ. ข้อ 3 หญิงตั้งครรภ์ได้บริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพียงพอ น้ำสะอาดและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีเกณฑ์ชี้วัด คือ

จปฐ. ข้อ 5 ครอบครัวมีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านเรือนให้เป็น

ระเบียบถูกสุขลักษณะ

จปฐ. ข้อ 6 ครอบครัวมีส่วนร่วมถูกหลักสุขาภิบาล

จปฐ. ข้อ 7 ครอบครัวมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอตลอดปี

จปฐ. ข้อ 8 เด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งปี ได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค โรคคอตีบ

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ไถกรน บาคทะยัก โปลิโอ และหัด ครบตามเกณฑ์อายุ

- จปฐ. ข้อ 10 เด็กวัยปฐมศึกษาได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค คอตีบ บาคทะยัก และไทฟอยด์
- จปฐ. ข้อ 12 ครอบครัวได้รับข่าวสารเกี่ยวกับอาหารการกินสุขภาพอนามัย อย่างน้อยเดือนละครั้ง
- จปฐ. ข้อ 13 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด
- จปฐ. ข้อ 14 หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการทำคลอดและดูแลหลังคลอด
- จปฐ. ข้อ 21 คู่สมรสมีบุตรไม่เกิน 2 คน และสามารถใช้บริการคุมกำเนิด ได้ตามความต้องการ
- จปฐ. ข้อ 22 ครอบครัวเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- จปฐ. ข้อ 23 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการก่อตั้งกองทุนฯ เช่น กองทุนฯ
- แม่บ้าน หมายถึง หญิงซึ่ง เป็นภรรยาและ เป็นผู้ปฏิบัติหรือมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลบ้านและครอบครัว
- ชนบท หมายถึง พื้นที่นอก เขตเทศบาลและ เขตสุขาภิบาลที่มีประชาชน รวมกันอยู่ เป็นหลักแหล่งในหมู่บ้าน

สมมติฐานในการวิจัย

การดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับง่าย ๆ ซึ่งบุคคลธรรมดาสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง เช่น ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปัจจัยนำเข้าอย่างหนึ่งที่บุคคลใช้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ได้แก่ ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่ถูกต้องเพียงพอ แต่ข้อเท็จจริงที่ปรากฏ พบว่า ประชาชนมักจะป่วยด้วยโรคธรรมดาสามัญที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชน ในชนบทจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ยังมีความเชื่อและปฏิบัติด้านสุขภาพ ที่ผิด ๆ เช่น ไม่นิยมทาหมันเพราะเชื่อว่าบาป เป็นต้น จึงตั้งสมมติฐานในเรื่อง ของความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพดังนี้

1. แม่บ้านในชนบทจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาสมีความรู้ด้าน สุขภาพไม่ถูกต้อง
 2. การปฏิบัติด้านสุขภาพของแม่บ้านในชนบทจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาสไม่ถูกต้อง
- ดัง ได้กล่าวแล้วว่าองค์ประกอบด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมี

ความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกันต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะเป็นในรูปแบบใด

ยังไม่อาจสรุปได้แน่ชัด Nancy E. schhartz (1975) เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. ทักษะเป็นตัวกลางที่จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และก่อให้เกิดการปฏิบัติตาม ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับทักษะและมีผลต่อการปฏิบัติ
2. ความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา
3. ความรู้และทักษะต่างทำให้เกิดการปฏิบัติ ได้ โดยที่ความรู้และทักษะไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน
4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากผลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพอนามัยหลาย ๆ กรณี พบว่าสนับสนุนรูปแบบความสัมพันธ์ ข้อที่ 4 เช่น จากการศึกษาของ ไมคอล์กและคณะ (Michalek et.al., 1981:388) พบว่า คนที่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองดี จะมีการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้น้อย ซึ่งคล้อยกับการศึกษาของโฮว์ (HOWE, 1981:153) ที่พบว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง เต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูง การศึกษาวิจัยในประเทศ เช่น ผาสวรรณ และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของนักเรียนโรงเรียนมัธยมสาธิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และโรงเรียนสาธิตนำผึ้ง" พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ

จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าว ทำให้เชื่อได้ว่าความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติ จึงตั้งสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ คือ

3. ความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานสุขภาพของจังหวัดอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขต่อไป
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไปในเรื่องการกำหนดระดับความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนพุทธศักราช 2543