

2.2.7.3 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมาภายใต้เงื่อนไขการค้นแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 73 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (2)	91.5 (130)	84.8 (22)	90.6 (154)
แบบแผนโบราณ	.0	2.8 (4)	.0	2.4 (4)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	5.6 (8)	15.4 (4)	7.1 (12)
รวม	100 (2)	100 (142)	100 (26)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .40222 \quad P < .05$				

จากตาราง 73 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็ก ด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.6 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.5 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -8.9$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -8.5$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับกลาง ($\%d = -15.4$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.4 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 9.8$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 74 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทอพุทธ				ไทอมุสลิม				
	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	.0	92.6	86.7	90.0	100.0	90.2	94.1	91.3	100
		(75)	(6)	(81)	(2)	(55)	(16)	(73)	(154)
แบบแผนโบราณ	.0	3.7	.0	3.3	.0	1.6	.0	1.3	100
		(3)		(3)		(1)		(1)	(4)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	3.7	33.3	6.7	.0	8.2	5.9	7.5	100
		(3)	(3)	(6)		(5)	(1)	(6)	(12)
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(0)	(81)	(9)	(90)	(2)	(16)	(17)	(80)	(170)

$$\chi^2_{df1} = .00302 \quad P < .05$$

$$\chi^2_{df4} = .96304 \quad P > .05$$

จากตาราง 74 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคไข้เลือดออกในเด็ก กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคลักษณะเหมือนเดิม คือ ในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันนั้น เป็นครอบครัวที่มีการรับรู้สูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 68.7 - 92.6 = -25.9$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 94.1 - 90.2 = 3.9$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วน ทั้ง 2 ค่า (-25.9 และ 3.9) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 6.9$ จากตาราง 73) ในระดับปานกลาง

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้สูงมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 33.3 - 3.7 = -29.6$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 5.9 - 8.2 = -2.3$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-29.9 และ -2.3) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -9.8$ จากตาราง 73) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคใกล้เคียงกัน และปรากฏสอดคล้องกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่าไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.7.3 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.7.4 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่ำลงมา ภายใต้งบเงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 75 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	50.0 (1)	79.6 (113)	80.8 (21)	79.4 (135)
แบบแผนโบราณ	.0	9.9 (14)	7.7 (2)	9.4 (16)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	50.0 (1)	10.6 (15)	11.5 (3)	11.2 (19)
รวม	100 (2)	100 (142)	100 (26)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .51330 \quad P > .05$				

จากตาราง 75 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.8 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 1.2$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = 29.8$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 30.8$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11.5 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -0.9$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = -39.4$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = -38.5$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงในเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 78 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	.0	77.8 (83)	77.8 (7)	77.8 (70)	50.0 (1)	82.0 (50)	82.4 (14)	81.3 (65)	100 (135)
แบบแผนโบราณ	.0	12.3 (10)	11.1 (1)	12.2 (11)	.0	8.8 (4)	5.9 (1)	6.3 (5)	100 (16)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	9.9 (8)	11.1 (1)	10.0 (9)	50.0 (1)	11.5 (7)	11.8 (2)	12.5 (10)	100 (19)
รวม	100 (0)	100 (81)	100 (9)	100 (90)	100 (2)	100 (61)	100 (17)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .98884 \quad P > .05$					$\chi^2_{df4} = .61039 \quad P > .05$				

จากตาราง 76 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคตาแดงในเด็ก กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดา
กลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้สูงมีจำนวนเท่ากับครอบครัวที่มีการ
รับรู้ปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P \times d = 77.8 - 77.8 = 0$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทย
มุสลิม ($P \times d = 82.4 - 82.4 = -0.4$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า

(0 และ -0.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -1.2$ จากตาราง 75) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวยังมีการรับรู้สูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุโรปานกลาง ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($\%d = 11.1 - 9.9 = -1.2$) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($\%d = 11.8 - 11.5 = -0.3$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-1.2 และ 0.3) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -0.9$ จากตาราง 75) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมกรการรักษาพยาบาลโรคตาแดงซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง และปรากฏสอดคล้องในกลุ่มใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็ เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทำการทดสอบด้วย โค-สแนว์ พบว่า ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.7.4 ที่ว่าครอบครัวยุโรปานกลางที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวยุโรปานกลางที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุโรปานกลางที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้ง่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

จากสมมุติฐานทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมุติฐานหลัก ข้อที่ 7 ที่ว่าพฤติกรรมกรรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค หมายความว่า ไม่ว่าจะมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ทั้งชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมก็มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลโรคไม่แตกต่างกัน

2.2.8 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ซึ่งในบรรดากลุ่มผู้ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูงมีจำนวนมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา (คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ) ในกลุ่มผู้ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป (คือ ระดับปานกลาง และระดับสูง) มีสมมติฐานย่อยที่ต้องทดสอบเชิงประจักษ์ 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

2.2.8.1 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วง ด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา ภายใต้งานไขการพัฒนารองกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 77 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรการรักษาสภาพแวดล้อมของจระเว่งกับการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา

พฤติกรรมกรรการรักษาสภาพแวดล้อม	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (3)	88.3 (113)	84.8 (33)	87.6 (149)
แบบแผนโบราณ	.0	0.8 (1)	5.1 (2)	1.8 (3)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	10.9 (14)	10.3 (4)	10.8 (18)
รวม	100 (3)	100 (128)	100 (39)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .44956 \quad P < .05$				

จากตาราง 77 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.6 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.3 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = -11.7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับกลาง ($\%d = -15.4$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 10.3 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 10.9 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -0.9$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงในเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 78 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับความถี่
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทพุก				ไทมุลิม				
	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (1)	90.8 (69)	100.0 (13)	92.2 (83)	100.0 (2)	84.6 (44)	76.9 (20)	82.5 (66)	100 (149)
แบบแผนโบราณ	.0	.0	.0	.0	.0	1.9 (1)	7.7 (2)	3.8 (3)	100 (3)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	9.2 (7)	.0	7.8 (7)	.0	13.5 (7)	15.4 (4)	13.8 (11)	100 (18)
รวม	100 (1)	100 (76)	100 (13)	100 (90)	100 (2)	100 (52)	100 (26)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2 df 2 = .49703 \quad P > .05$					$\chi^2 df 4 = .70920 \quad P > .05$				

จากตาราง 78 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการ
รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก กับ การรับรู้ประโยชน์ในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดา
กลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบ
ครัวที่มีการรับรู้ปานกลาง ในกลุ่มชาวไทพุก ($Pxd = 100.0 - 90.8 = 9.2$) แต่ตรงข้ามใน
กลุ่มชาวไทมุลิม ($Pxd = 76.9 - 84.6 = -15.4$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยก

ส่วนทั้ง 2 ค่า (9.2 และ 15.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 11.7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับต่ำทั้งกลุ่มไทยพุทธ ($p\%d = 90.8 - 100.0 = -9.2$) และไทยมุสลิม ($P\%d = 84.8 - 100.0 = -7.7$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-9.2 และ -7.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างกับค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -3.7$ จากตาราง 77) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้สูงมีจำนวนเท่ากับครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($\%d = 100.0 - 100.0 = 0$) (น่าสังเกตว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ต่ำมีทั้งหมด 3 คน ชาวไทยพุทธ 1 คน ชาวไทยมุสลิม 2 คน ใช้วิถีการแบบแผนปัจจุบันทั้งหมด) แต่ตรงข้ามในชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 76.9 - 100.0 = -7.7$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (0 และ 7.7) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 15.4$ จากตาราง 77) ในระดับปานกลาง

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณนั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบได้เพราะข้อมูลน้อยเกินไป

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำ และปรากฏในระดับปานกลางในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทำการทดสอบด้วย โค-สแควร์ พบว่า ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.8.1 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิถีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำ และในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิถีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภาสวดี เจื่อนไขการพัฒนแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.8.2 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา ภายใต้งैอนโยการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 79 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา

พฤติกรรมรักษาพยาบาล	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (3)	93.0 (119)	94.9 (37)	93.5 (159)
แบบแผนโบราณ	.0	0.8 (1)	2.6 (1)	1.2 (2)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	6.3 (8)	2.6 (1)	5.3 (9)
รวม	100 (3)	100 (128)	100 (39)	100 (170)

$$\chi^2_{df4} = .77293 \quad P > .05$$

จากตาราง 79 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 94.9 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 1.9$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = -7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -5.1$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 2.8 น้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.3 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 3.7$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมในเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 80 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการศึกษาพยาบาลโรคหลอดเลือดกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การศึกษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (1)	94.7 (72)	100.0 (13)	95.6 (86)	100.0 (2)	90.4 (47)	92.3 (24)	91.3 (73)	100 (159)
แบบแผนโบราณ	.0	1.3 (1)	.0	1.1 (1)	.0	.0	3.8 (1)	1.3 (1)	100 (2)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	3.9 (3)	.0	3.3 (3)	.0	9.6 (5)	3.8 (1)	7.5 (6)	100 (9)
รวม	100 (1)	100 (76)	100 (13)	100 (90)	100 (2)	100 (52)	100 (26)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .94228 \quad P > .05$									
$\chi^2_{df4} = .55378 \quad P > .05$									

จากตาราง 80 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคปอดบวมในเด็ก กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดาครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีจำนวนมากกว่ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลาง ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 100.0 - 14.7 = 5.3$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 92.3 - 90.4 = 1.9$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (5.3 และ 1.9) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 7$) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับต่ำ ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 94.7 - 100.0 = -5.3$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 90.4 - 100.0 = -9.6$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-5.3 และ -9.6) พบว่าไม่มีความแตกต่างกับค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -1.9$ จากตาราง 79) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้สูงมีจำนวนเท่ากับครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($\%d = 100.0 - 100.0 = 0$) (ข้อสังเกตเช่นเดียวกับสมมุติฐานข้อที่ 8.1) แต่ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 92.3 - 100.0 = -7.7$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (0 และ -7.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 5.1$ จากตาราง 79) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณนั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ เพราะข้อมูลน้อยเกินไป

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคในระดับต่ำ และปรากฏในระดับปานกลางในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่กำหนดไว้ แต่ก็ เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทำการทดสอบด้วย โค-สแควร์ พบว่า ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.8.2 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคสูงมีจำนวนมากกว่ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำ และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภาสิด เจริญใจ การผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.8.3 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 81 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา

พฤติกรรมรักษาพยาบาล	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (3)	90.6 (116)	89.7 (35)	90.8 (154)
แบบแผนโบราณ	.0	2.3 (3)	2.8 (1)	2.4 (4)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	7.0 (9)	7.7 (3)	7.1 (12)
รวม	100 (3)	100 (128)	100 (39)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .98876 \quad P > .05$				

จากตาราง 81 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.7 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90.8 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -0.9$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -9.4$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 10.3$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 7.7 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 7.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 0.7$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกในเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 82 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก กับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (1)	89.5 (68)	92.3 (12)	90.0 (81)	100.0 (2)	92.3 (48)	88.5 (23)	91.3 (73)	100 (154)
แบบแผนโบราณ	.0	3.9 (3)	.0	3.3 (3)	.0	.0	3.8 (1)	1.3 (1)	100 (4)
ทั้งแบบปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	6.8 (5)	7.7 (1)	8.7 (6)	.0	7.7 (4)	7.7 (2)	7.5 (6)	100 (12)
รวม	100 (1)	100 (76)	100 (13)	100 (90)	100 (2)	100 (52)	100 (26)	100 (80)	100 (170)

$\chi^2_{df4} = .95595 \quad P > .05$

$\chi^2_{df4} = .68513 \quad P > .05$

จากตาราง 82 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกา
รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็ก กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดา
กลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีจำนวนมากกว่า
ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 93.2 - 89.5 = 10.5$) แต่ตรง
ข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 88.5 - 92.3 = -7.7$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง
แยกส่วนทั้ง 2 ค่า (10.5 และ -7.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 9.4$ จากตาราง 81) ในระดับปานกลาง ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบ
ครัวที่รับรู้ในระดับต่ำ ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 89.5 - 100.0 = -2.8$) และชาวไทยมุสลิม
($P\%d = 92.38 - 100.0 = -3.8$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-2.8
และ -3.8) พบว่าไม่มีความแตกต่างกับค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 0.9$ จากตาราง 81)
มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้สูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ทั้งในกลุ่มชาวไทย
พุทธ ($\%d = 92.3 - 100.0 = -7.7$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 99.5 - 100.0 =$
 -11.5) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ส่วนทั้ง 2 ค่า (-7.7 และ -11.5) พบว่าไม่มีความ
แตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -12.1$ จากตาราง 81) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่าครอบครัวที่มีการรับรู้
สูงมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับปานกลาง กลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 7.7 - 6.8 = 1.1$) แต่
ชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 7.7 - 7.7 = 0$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า
(1.1 และ 0) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -0.7$) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอก
ที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้
ประโยชน์ในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง
ร้อยละแรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มี
การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคในระดับต่ำ และปรากฏใกล้เคียงกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบ
แผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็ เป็นความแตก
ต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย โค-สแควร์ พบว่าไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05
จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.8.3 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยวิธีการแบบ
แผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์

ในการรักษาในระดับต่ำและในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบัน และแบบแผนโบราณ ภายใต้งานโครงการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.8.4 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดง ด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา ภายใต้งานโครงการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 83 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (3)	79.7 (102)	78.9 (30)	79.4 (135)
แบบแผนโบราณ	.0	8.6 (11)	12.8 (5)	9.4 (16)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	11.7 (15)	10.3 (4)	11.2 (19)
รวม	100 (3)	100 (128)	100 (39)	100 (170)

$$X^2_{df4} = .83631 \quad P > .05$$

จากตาราง 83 พบว่าในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.9 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.7 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -2.8$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = -20.3$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = -23.1$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 10.3 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.7 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -1.6$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงในเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 84 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทพุกอ				ไทสมุสลิม				
	การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				การรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (1)	77.6 (59)	76.9	77.8 (70)	100.0 (2)	82.7 (43)	76.9 (20)	81.3 (85)	100 (135)
แบบแผนโบราณ	.0	11.8 (9)	15.4 (2)	12.2 (11)	.0	3.8 (2)	11.5 (3)	6.3 (5)	100 (16)
ทั้งแบบปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	10.5 (8)	7.7 (1)	10.0 (9)	.0	13.5 (7)	11.5 (3)	12.5 (10)	100 (19)
รวม	100 (1)	100 (76)	100 (13)	100 (90)	100 (2)	100 (52)	100 (28)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .97420 \quad P > .05$					$\chi^2_{df4} = .69232 \quad P > .05$				

จากตาราง 84 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคตาแดงในเด็ก กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลาง ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 76.90 - 77.8 = -0.7$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 76.9 - 82.7 = -5.8$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-0.7 และ -5.8) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -2.8$ จากตาราง 83) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับต่ำ ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 77.6 - 100.0 = -22.4$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 82.7 - 100.0 = -17.3$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-22.4 และ -17.3) พบว่าไม่มีความแตกต่างกับค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -20.3$ จากตาราง 83) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้สูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($\%d = 76.9 - 100.0 = -23.1$) แต่ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 76.9 - 100.0 = -23.1$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-23.1 และ -23.1) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -23.1$ จากตาราง 83)

เลข

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลาง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 7.7 - 10.5 = -2.8$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 11.5 - 13.5 = -2$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-2.8 และ -2) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -1.4$ จากตาราง 83) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคในระดับต่ำ และปรากฏในระดับปานกลางในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็ก็เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทำการทดสอบด้วย โค-สแควร์ พบว่า ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานย่อย ข้อที่ 2.2.8.4 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาโรคสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำ และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

จากสมมุติฐานทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมุติฐานหลัก ข้อที่ 8 ที่ว่าพฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาหมายความว่า ไม่ว่าจะการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำของไทยพุทธ และไทยมุสลิม มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

2.2.9. พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ในการรักษา ซึ่งในบรรดากลุ่มผู้ที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา (คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ) ในกลุ่มผู้ที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำมากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป (คือ ระดับปานกลาง และระดับสูง) มีสมมุติฐานย่อยที่ต้องทดสอบเชิงประจักษ์ 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

2.2.9.1 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำลงมา มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับสูงขึ้นไปและในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์มากในระดับต่ำลงมา ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 85 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	94.5 (52)	85.2 (92)	71.4 (5)	87.6 (149)
แบบแผนโบราณ	.0	2.8 (3)	.0	1.8 (3)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	5.5 (3)	12.0 (13)	28.6 (2)	10.8 (18)
รวม	100 (55)	100 (108)	100 (7)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .19716 \quad P < .05$				

จากตาราง 85 พบว่า ในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ผลกระทบในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 94.5 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 85.2 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 0.3$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 71.4 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = 13.8$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = 23.1$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 5.5 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -7.8$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 28.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = -16.6$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูง ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = 23.1$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงในเด็ก มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้ผลกระทบในการรักษาที่ระดับ .05

ตาราง 86 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา				การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	95.0 (38)	91.3 (42)	75.0 (3)	92.2 (83)	93.3 (14)	80.8 (50)	88.7 (2)	3.8 (66)	100 (149)
แบบแผนโบราณ	.0	.0	.0	.0	.0	4.8 (3)	.0	3.8 (3)	100 (3)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	5.0 (2)	8.7 (4)	25.0 (1)	7.8 (7)	6.7 (1)	14.5 (9)	33.3 (1)	13.8 (11)	100 (18)
รวม	100 (40)	100 (46)	100 (4)	100 (90)	100 (15)	100 (62)	100 (3)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .34329 \quad P < .05$ $\chi^2_{df4} = .62471 \quad P > .05$									

จากตาราง 86 พบว่า เมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงในเด็ก กับการรับรู้ข้อควรระวังในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่า ครอบครัวที่รับรู้ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 95.0 - 91.3 = 3.7$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 93.3 - 80.6 = 12.7$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (3.7 และ 12.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 9.3$ จากตาราง 85) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 91.3 - 75.0 = 16.3$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 80.6 - 66.7 = 13.9$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (16.3 และ 13.9) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 13.8$) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูงทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 95.0 - 25.5 = 69.5$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 93.3 - 66.7 = 26.6$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (25.5 และ 26.6) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 23.1$ จากตาราง 85) มากนัก

ในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 5.0 - 8.7 = -3.7$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 6.7 - 14.5 = -7.8$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-3.7 และ -7.8) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -6.5$ จากตาราง 85) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 8.7 - 25.0 = -16.3$) และกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 14.5 - 33.3 = -18.8$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-16.3 และ -18.8) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความสัมพันธ์แรกเริ่ม ($\%d = -16.6$ จากตาราง 85) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ต่ำมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 5.0 - 25.0 = -20$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 6.7 - 33.3 = -26.6$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-20 และ -26.6) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความสัมพันธ์แรกเริ่ม ($\%d = -23.1$ จากตาราง 85) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้อุปสรรค ในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันนั้นเป็นครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาโรคในระดับต่ำ และปรากฏตรงข้ามในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่าไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานย่อยข้อที่ 2.2.9.1 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับสูง และในทางกลับกันกับการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.9.2 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำ มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวม ด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำ มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป ภาสใต้เงื่อนใสงการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 87 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการรักษา

พฤติกรรมรักษาพยาบาล	การรับรู้อุปสรรคในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	96.4 (53)	91.7 (99)	100.0 (7)	93.5 (159)
แบบแผนโบราณ	1.8 (1)	0.9 (1)	.0	1.2 (2)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	1.8 (1)	7.4 (8)	.0	5.3 (9)
รวม	100 (55)	100 (108)	100 (7)	100 (170)
$\chi^2 df = .55984 \quad P > .05$				

จากตาราง 87 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 96.4 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.7 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 4.7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -8.3$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.6$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.8 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.4 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -5.8$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมในเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการรักษาที่ระดับ .05

ตาราง 88 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดควมกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้สัทธิในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้สัทธิในการรักษา				การรับรู้สัทธิในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	95.0 (38)	95.7 (44)	100.0 (4)	95.6 (88)	100.0 (15)	88.7 (55)	100.0 (3)	91.3 (73)	100 (159)
แบบแผนโบราณ	2.5 (1)	.0	.0	1.1 (1)	.0	1.6 (1)	.0	1.3 (1)	100 (2)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	2.5 (1)	4.3 (2)	.0	3.3 (3)	.0	9.7 (6)	.0	7.5 (6)	100 (9)
รวม	100 (40)	100 (46)	100 (4)	100 (90)	100 (15)	100 (62)	100 (3)	100 (80)	100 (170)

$$X^2_{df2} = .80550 \quad P > .05$$

$$X^2_{df4} = .69407 \quad P > .05$$

จากตาราง 88 พบว่า เมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาพยาบาลโรคปอดบวมในเด็ก กับการรับรู้อุปสรรคในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับปานกลางในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 95.0 - 95.7 = -0.7$) แต่ตรงข้ามใน ชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 100.0 - 88.7 = 11.3$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-0.7 และ 11.3) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 4.3$ จากตาราง 87) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 95.7 - 100.0 = -4.3$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 88.7 - 100.0 = -11.3$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-4.3 และ -11.3) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -8.3$ จากตาราง 87) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูง ในกลุ่มชาวไทย พุทธ ($P\%d = 95.0 - 100.0 = -5$) แต่ตรงข้ามในชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 100.0 - 100.0 = 0$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-5 และ 0) พบว่าไม่มีความแตกต่างจาก ค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -3.8$ จากตาราง 87) มากนัก

ในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณนั้น ไม่สามารถ เปรียบเทียบได้เนื่องจากข้อมูลน้อยเกินไป

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอก ที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้อุปสรรค ในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรก เริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันนั้น เป็นครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับใกล้เคียงกัน และสอดคล้องกันในกลุ่มที่ใช้การ รักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่เป็น ความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย โค-สแควร์ พบว่าไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อ 2.2.9.2 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมใน เด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่า ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับสูง และในทางกลับกันกับการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบัน และแบบแผนโบราณ ภาสชาติเงินอนโฆการัตนแปรของลุ่มชาติพันธุ์

2.2.9.3 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับต่ำ มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่รับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป และในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษาต่ำมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป ภาสิดใจเนื่องไขการผันแปรของกลุ่มาชาติพันธุ์

ตาราง 89 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความเชื่อด้านการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษา

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ประสบการณ์ในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	94.5 (52)	89.8 (97)	71.4 (5)	90.6 (154)
แบบแผนโบราณ	5.5 (3)	0.9 (1)	.0	2.4 (4)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	9.3 (10)	28.8 (2)	7.1 (12)
รวม	100 (55)	100 (108)	100 (7)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .01154 \quad P < .05$				

จากตาราง 89 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็ก ด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 94.5 มีจำนวนมาก กว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.8 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 4.7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับ สูง คิดเป็นร้อยละ 71.4 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = 18.4$) ครอบครัวที่มีการ รับรู้ต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับสูง ($\%d = 23.1$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับ รู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.3 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 28.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = -19.3$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรค ไข้เลือดออกในเด็ก มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการรักษาที่ระดับ .05

ตาราง 90 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา				การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	92.5 (37)	89.1 (41)	75.0 (3)	90.0 (81)	100.0 (15)	90.3 (58)	66.7 (2)	91.3 (73)	100 (154)
แบบแผนโบราณ	7.5 (3)	.0	.0	3.3 (3)	.0	1.6 (1)	.0	1.3 (1)	100 (4)
ทั้งแบบปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	10.9 (5)	25.0 (1)	6.7 (6)	.0	8.1 (5)	33.3 (1)	7.5 (6)	100 (12)
รวม	100 (40)	100 (46)	100 (4)	100 (90)	100 (15)	100 (62)	100 (3)	100 (80)	100 (170)

$$X^2_{df2} = .04423 \quad P < .05$$

$$X^2_{df4} = .34954 \quad P < .05$$

จากตาราง 90 พบว่า เมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกในเด็ก กับการรับรู้อุปสรรคในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในกลุ่มครอบครัวที่รักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 92.5 - 89.1 = 3.4$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 100.0 - 90.3 = 9.7$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (3.4 และ 9.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 4.7$ จากตาราง 89) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 81.1 - 75.0 = 6.1$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 90.3 - 66.7 = 23.6$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (6.1 และ 23.6) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 18.4$) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูงทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 92.5 - 75.0 = 17.5$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 100.0 - 66.7 = 33.3$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (17.5 และ 33.3) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 23.1$ จากตาราง 89) มากนัก

ในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 10.9 - 25.0 = -14.1$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 8.1 - 33.3 = -25.2$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-14.1 และ 25.2) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -19.3$ จากตาราง 89) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าตัวแปรคุณลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้อุปสรรคในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันนั้น เป็นครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำ และปรากฏตรงข้ามในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไค-สแควร์ พบว่าปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานข้อ 3 ข้อที่ 2.2.9.3 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่า

ครอบครัวที่รับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับสูง และในทางกลับกันกับการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบัน และแบบแผนโบราณ ภาสดีได้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.9.4 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่รับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับต่ำมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับสูงขึ้นไป ภาสดีได้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 91 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อด้านการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษา

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ประสบการณ์ในการรักษา			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	80.0 (44)	78.7 (85)	85.7 (6)	79.4 (135)
แบบแผนโบราณ	14.5 (8)	6.5 (7)	14.3 (1)	9.4 (16)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	5.5 (3)	14.8 (16)	.0	11.2 (19)
รวม	100 (55)	100 (108)	100 (7)	100 (170)
$\chi^2_{df} = 4 .16992 \quad P < .05$				

จากตาราง 91 พบว่า ในครอบครัวกลุ่มที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.7 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 1.3$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 85.7 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -5.7$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ เป็นครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 5.5 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง โดยมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -9.3$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงในเด็ก มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้อุปสรรคในการรักษาที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 92 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา				การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษา				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	80.0 (32)	76.1 (35)	75.0 (3)	77.8 (70)	80.0 (12)	80.6 (50)	100.0 (3)	81.3 (65)	100 (135)
แบบแผนโบราณ	17.5 (7)	6.5 (3)	25.0 (1)	12.2 (11)	6.7 (1)	6.5 (4)	.0	6.3 (5)	100 (16)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	2.5 (1)	17.4 (8)	.0	10.0 (9)	13.3 (2)	12.9 (8)	.0	12.5 (10)	100 (19)
รวม	100 (40)	100 (46)	100 (4)	100 (90)	100 (15)	100 (62)	100 (3)	100 (80)	100 (170)

$$X^2 df2 = .09614 \quad P < .05$$

$$X^2 df4 = .94852 \quad P > .05$$

จากตาราง 92 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาพยาบาลโรคตาแดงในเด็ก กับการรับรู้อุปสรรคในการรักษามีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับปานกลางในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 80.0 - 76.1 = 3.9$) แต่ตรงข้ามใน ชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 80.0 - 80.8 = -0.8$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (3.9 และ -0.8) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 1.3$ จาก ตาราง 85) มากนัก ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ใน ระดับสูง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 76.1 - 75.0 = 1.1$) แต่ตรงข้ามในชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 80.6 - 100.0 = -19.4$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (1.1 และ -19.4) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -7$ จากตาราง 91) ใน ระดับปานกลาง ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ในระดับสูง ในกลุ่ม ชาวไทยพุทธ ($P\%d = 80.0 - 75.0 = 5$) แต่ตรงข้ามในชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 80.0 - 100.0 = -20$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (5 และ 20) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -5.7$ จากตาราง 91) ในระดับปานกลาง

ในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 2.5 - 17.4 = -14.9$) แต่ตรงข้ามในชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 13.3 - 12.9 = 0.4$) เมื่อ เปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-14.9 และ 0.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจาก ค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -9.3$ จากตาราง 91) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอก ที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้อุปสรรค ในการรักษาซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรก เริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันนั้น เป็นครอบครัวที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรักษาในระดับต่ำ และปรากฏตรงข้ามในกลุ่มที่ใช้การรักษา ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดไว้

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ ปรากฏความสัมพันธ์ในกลุ่มชาวไทยพุทธ แต่ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานย่อย ข้อที่ 2.2.9.4 ที่ว่า ครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับต่ำ มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ประสบการณ์ในการรักษาในระดับสูง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้งैอนไขการผันแปรของชาติพันธุ์

จากสมมุติฐานย่อยทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมุติฐานหลัก ข้อที่ 9 ที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษาหมายความว่า ไม่ว่าจะมีการรับรู้ประสบการณ์ในการรักษา ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ทั้งชาวไทยพุทธ และชาวไทยมุสลิม มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน