

ตาราง 43 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับรายได้
ของครอบครัว

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	รายได้ของครอบครัว			รวม
	สูง	กลาง	ต่ำ	
แบบแผนปัจจุบัน	82.3 (85)	83.3 (35)	71.4 (35)	79.4 (135)
แบบแผนโบราณ	10.1 (8)	7.1 (3)	10.2 (5)	9.4 (16)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.6 (6)	7.5 (4)	18.4 (9)	11.2 (19)
รวม	100 (79)	100 (42)	100 (49)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .38785 \quad P < .05$				

จากตาราง 43 พบว่าในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันนั้นครอบครัวที่มีรายได้สูงคิดเป็นร้อยละ 82.3 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้ปานกลาง คิดเป็น 83.3 โดยมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -1$) ครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำคิดเป็นร้อยละ 71.4 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 8.3$) ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 9.3$) ส่วนวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณครอบครัวที่มีรายได้ต่ำคิดเป็นร้อยละ 18.4 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.5 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 10.9$) ครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง คิดเป็นร้อยละ 7.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 10.8$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่าพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงในเด็ก มีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัวที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 44 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับรายได้ของครอบครัว เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ			รวม	ไทยมุสลิม			รวม	
	รายได้ของครอบครัว				รายได้ของครอบครัว				
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
แบบแผนปัจจุบัน	73.8 (31)	91.3 (21)	72.0 (18)	77.8 (70)	91.9 (34)	73.9 (14)	70.8 (17)	81.3 (65)	100 (135)
แบบแผนโบราณ	16.7 (7)	4.3 (1)	12.0 (3)	12.2 (11)	2.7 (1)	10.5 (2)	8.3 (2)	6.3 (5)	100 (16)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	9.5 (4)	4.3 (1)	16.0 (4)	10.0 (9)	5.4 (2)	15.8 (3)	20.8 (5)	12.5 (10)	100 (20)
รวม	100 (42)	100 (23)	100 (25)	100 (90)	100 (37)	100 (19)	100 (24)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .37649 \quad P < .05$									
$\chi^2_{df4} = .24638 \quad P < .05$									

จากตาราง 44 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคตาแดงในเด็กกับรายได้อของครอบครัวมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีรายได้อสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้อปานกลางในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 37.8 - 91.3 = -17.5$) แต่ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($91.9 - 73.9 = 18$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-17.5 และ 18) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -1$ จากตาราง 43) ในระดับปานกลาง ครอบครัวที่มีรายได้อปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้อต่ำทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 91.3 - 72.0 = 19.3$) และชาวไทยมุสลิม ($\%d = 73.9 - 70.8 = 3.1$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (19.3 และ 3.1) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากความแตกต่างแรกเริ่ม ($P\%d = 8.3$) มากนัก ครอบครัวที่มีรายได้อสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้อต่ำ ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 73.8 - 72.0 = 1.8$) และชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 91.9 - 70.8 = 21.1$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (1.8 และ 21.1) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 10.9$ จากตาราง 43) ในระดับปานกลาง

ในบรรดากลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีรายได้อสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้อปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 9.5 - 4.3 = 5.2$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 5.4 - 15.8 = -10.8$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (5.2 และ -10.8) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($P\%d = 0.1$) ในระดับปานกลาง ครอบครัวที่มีรายได้อปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้อต่ำทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 4.3 - 16.0 = -11.7$) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 15.8 - 20.8 = -5$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-11.7 และ -5) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -10.9$ จากตาราง 43) มากนัก ครอบครัวที่มีรายได้อสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้อต่ำ ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 9.5 - 16.0$ และ -6.5) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 5.4 - 20.8 = 15.4$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-6.5 และ -15.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -10.8$ จากตาราง 43) มากนัก

เมื่อพิจารณากลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดง ซึ่งเป็นตัวแปรตามกับรายได้อของครอบครัวซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อย ปานกลาง และต่ำ ใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณก็เช่นเดียวกัน ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่กำหนดไว้ แต่ก็ก็เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานย่อย ข้อ 2.2.3.4 ที่ว่า ครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีรายได้น้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้ง่อนไขการค้นพบของกลุ่มชาติพันธุ์

จากสมมุติฐานทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมุติฐานหลักที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับรายได้ หมายความว่า รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

2.2.4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งในบรรดากลุ่มผู้ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ในทางกลับกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ โดยสมมุติฐานย่อยที่ต้องทดสอบเชิงประจักษ์ 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

2.2.4.1 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้ง่อนไขการค้นพบของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 45 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วง
กับความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรมรักษาพยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ		รวม
	มี	ไม่มี	
แบบแผนปัจจุบัน	90.1 (91)	84.1 (58)	87.6 (149)
แบบแผนโบราณ	2.0 (2)	1.4 (1)	1.8 (3)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.9 (2)	14.5 (10)	10.6 (18)
รวม	100 (101)	100 (69)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .38513 \quad P < .05$			

จากตาราง 45 พบว่าในกลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 90.1 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 84.1 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 6$) ส่วนในกลุ่มทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 7.9 น้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 14.5 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 6.6$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 46 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคลุจจาระร่วง
กับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทขุขุขุ		รวม	ไทขุขุขุขุ		รวม	
	ความรู้ด้านสุขภาพ			ความรู้ด้านสุขภาพ			
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี			
แบบแผนปัจจุบัน	96.4 (54)	85.3 (29)	92.2 (83)	82.2 (37)	82.9 (29)	82.5 (66)	100 (149)
แบบแผนโบราณ	-	-	-	4.4 (2)	2.9 (1)	3.8 (3)	100 (3)
ทั้งแบบปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	3.6 (2)	14.7 (5)	7.8 (7)	13.3 (6)	14.3 (5)	13.8 (11)	100 (18)
รวม	100 (56)	100 (34)	100 (90)	100 (45)	100 (35)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df1} = .05585 \quad P < .05 \quad \chi^2_{df2} = .92950 \quad P > .05$							

จากตาราง 46 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม
การรักษาพยาบาลโรคลุจจาระร่วงกับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดาคนที่ใช้
การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มี
ความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มของชาวไทขุขุขุ ($P\%d = 96.4 - 85.3 = 11.1$) ครอบครัวที่มีความ
รู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มของชาวไทขุขุขุขุ ($P\%d =$

82.2 - 82.9 = -0.7) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม (%d = -6 จากตาราง 45) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณนั้น เป็นครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ (P%d = 3.6 - 14.7 = -11.1) และกลุ่มชาวไทยมุสลิม (P%d = 13.3 - 14.3 = -1) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม (%d = 6.6 จากตาราง 45) มากนัก

เมื่อพิจารณากลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นตัวแปรตามกับความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และปรากฏตรงข้ามกับกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานข้อ 2.2.4.1 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบันมีจำนวนของครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพและในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้ง่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

สรุปได้ว่า ทั้งครอบครัวชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมในการรักษาโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน

2.2.4.2 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพและในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้ง่อนไขการผันแปรของตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 47 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความรู้อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ		รวม
	มี	ไม่มี	
แบบแผนปัจจุบัน	95.0 (96)	91.3 (63)	93.5 (159)
แบบแผนโบราณ	1.0 (1)	1.4 (1)	1.2 (2)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	4.0 (4)	7.2 (5)	5.3 (9)
รวม	100 (101)	100 (69)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .61538 \quad P > .05$			

จากตาราง 47 พบว่าในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 95.0 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.3 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 3.7$) ส่วนในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณมีจำนวนของครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 4.0 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 7.2 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.2$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมในเด็กกับความรู้อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 48 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความรู้
ด้านสุขภาพ เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทยพุทธ		รวม	ไทยมุสลิม		รวม	
	ความรู้ด้านสุขภาพ			ความรู้ด้านสุขภาพ			
	มี	ไม่มี		มี	ไม่มี		
แบบแผนปัจจุบัน	94.6 (53)	97.1 (33)	95.6 (86)	95.6 (43)	85.7 (30)	91.3 (73)	100 (159)
แบบแผนโบราณ	1.8 (1)	.0	1.1 (1)	.0	2.9 (1)	1.3 (1)	100 (2)
ทั้งแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	3.8 (2)	2.9 (1)	3.3 (3)	4.4 (2)	11.4 (4)	7.5 (6)	100 (9)
รวม	100 (56)	100 (34)	100 (90)	100 (45)	100 (35)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .72424 \quad P > .05$							
$\chi^2_{df2} = .24969 \quad P < .05$							

จากตาราง 48 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาทานยาโรคปอดบวมในเด็กกับความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่ม ครอบครัวยังใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวยังมีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัว ที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มของชาวไทพุทธ ($P\%d = 94.6 - 97.1 = -2.5$) และครอบ ครวที่ยังมีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มชาวไทมุสลิม ($P\%d = 95.6 - 85.7 = 9.9$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-2.5 และ 9.9) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 3.7$ จากตาราง 47) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่าครอบครัวยังมีความรู้ ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มชาวไทพุทธ ($P\%d = 3.6 - 2.9 = 0.7$) และครอบครัวยังมีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มชาวไทมุสลิม ($P\%d = 4.4 - 11.4 = -7$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วน ทั้ง 2 ค่า (0.7 และ -7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -3.2$ จากตาราง 47) มากนัก

เมื่อพิจารณากลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมเป็นตัวแปรภายนอก ที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมรักษาทานยาโรคปอดบวม ซึ่งเป็นตัวแปรตามและความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่าง ร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันมีจำนวนของ ครอบครัวยังมีความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกับครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และเช่นเดียวกัน ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมติฐานที่ได้ กำหนดไว้ แต่เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึง ปฏิเสธสมมติฐานข้อ 2.2.4.2 ที่ว่าครอบครัวยังรักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผน ปัจจุบันครอบครัวยังมีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ในทางกลับ กันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้ง่อนไขการ ผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

สรุปได้ว่า ทั้งครอบครัวยังชาวไทพุทธและครอบครัวยังชาวไทมุสลิมมีพฤติกรรมในการรักษา โรคปอดบวมในเด็กไม่แตกต่างกัน

2.2.4.3 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็ก ด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพและในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการรักษา ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้งบเงื่อนไขการผันแปรของตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 49 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก กับความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ		รวม
	มี	ไม่มี	
แบบแผนปัจจุบัน	90.1 (91)	91.3 (63)	90.8 (154)
แบบแผนโบราณ	2.0 (2)	2.9 (2)	2.4 (4)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.9 (8)	5.8 (4)	7.1 (12)
รวม	100 (69)	100 (101)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .81244 \quad P > .05$			

จากตาราง 49 พบว่า ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 90.1 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.3 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -1.2$) ส่วนในกลุ่มที่ใช้วิถีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 7.9 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 5.8 โดยมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -0.9$)

เมื่อกำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกในเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 50 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความรู้อด้านสุขภาพ เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทพูกย		รวม	ไทสมุสลิม		รวม	
	ความรู้ด้านสุขภาพ			ความรู้ด้านสุขภาพ			
	มี	ไม่มี		มี	ไม่มี		
แบบแผนปัจจุบัน	89.3 (50)	91.2 (31)	90.0 (81)	91.1 (41)	91.4 (32)	91.3 (73)	100 (154)
แบบแผนโบราณ	3.6 (2)	2.9 (1)	3.3 (3)	.0	2.9 (1)	1.3 (1)	100 (4)
ทั้งแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.1 (4)	5.9 (2)	6.7 (6)	8.9 (4)	5.7 (2)	7.5 (6)	100 (12)
รวม	100 (56)	100 (34)	100 (90)	100 (45)	100 (35)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .95885 \quad P > .05$							
$\chi^2_{df2} = .46059 \quad P < .05$							

จากตาราง 50 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกในเด็กกับความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในกลุ่มที่ใช้ การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวยุคที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวยุคที่ไม่มีความรู้ด้าน สุขภาพ ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 89.3 - 91.2 = -1.9$) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 91.1 - 91.4 = -0.3$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-1.9 และ -0.3) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -1.2$ จากตาราง 49) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวยุคที่มีความรู้ด้าน สุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุคที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 7.1 - 5.9 = 1.2$) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 8.9 - 5.7 = 3.2$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่า ความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (1.2 และ 3.2) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 2.1$ จากตาราง 49) มากนัก

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าตัวแปรนี้มีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่อิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นตัวแปรตามและความรู้ ด้านสุขภาพซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นครอบครัวยุคที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวยุคที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และปรากฏตรงกันข้ามกับ กลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็ก็เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึง ปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.4.3 ที่ว่าครอบครัวยุคที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยวิธีการแบบ แผนปัจจุบันครอบครัวยุคที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุคที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และ ในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้ เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.4.4 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคไข้ตาแดงในเด็ก ด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ภายใต้งานโครงการพัฒนแปรของตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 51 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ		รวม
	มี	ไม่มี	
แบบแผนปัจจุบัน	82.2 (83)	75.4 (52)	79.4 (135)
แบบแผนโบราณ	9.9 (10)	8.7 (6)	9.4 (16)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.9 (8)	15.9 (11)	11.2 (19)
รวม	100 (69)	100 (101)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .26408$ $P < .05$			

ข้อมูลจากตาราง 51 พบว่า ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 82.2 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 75.4 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 6.8$) ส่วนในกลุ่มที่ใช้วิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 7.9 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 15.9 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -8$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงในเด็กกับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 52 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความรู้ด้านสุขภาพ
เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทยพุทธ		รวม	ไทยมุสลิม		รวม	
	ความรู้ด้านสุขภาพ			ความรู้ด้านสุขภาพ			
	มี	ไม่มี		มี	ไม่มี		
แบบแผนปัจจุบัน	78.8 (44)	76.5 (26)	77.8 (70)	86.7 (39)	74.3 (26)	81.3 (65)	100 (135)
แบบแผนโบราณ	12.5 (7)	11.8 (4)	12.2 (11)	6.7 (3)	5.7 (2)	6.3 (5)	100 (16)
ทั้งแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	8.9 (5)	11.8 (4)	10.9 (9)	6.7 (3)	20.0 (7)	12.5 (10)	100 (19)
รวม	100 (56)	100 (34)	100 (90)	100 (45)	100 (35)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2 df 2 = .90868$		$P > .05$		$\chi^2 df 2 = .20190$		$P < .05$	

จากตาราง 52 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความรู้ด้านสุขภาพมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มที่ใช้การ รักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้าน สุขภาพ ทั้งในกลุ่มชาวไทพุทท (P% d = 7836 - 76.5 = 2.1) และในกลุ่มชาวไทมูสลิม (P% d = 86.7 - 74.3 = 12.4) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (2.1 และ 12.4) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม (% d = 6.8 จากตาราง 51) ในระดับ ปานกลาง

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่าครอบครัวที่มีความรู้ ด้านสุขภาพมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในกลุ่มชาวไทพุทท (P% d = 8.9 - 11.8 = -2.9) และในกลุ่มชาวไทมูสลิม (P% d = 6.7 - 20.0 = -13.3) แต่เมื่อเปรียบเทียบ ค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (-2.9 และ -13.3) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่าง แรกเริ่ม (% d = -8 จากตาราง 51) ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณากลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดง ซึ่งเป็นตัวแปรตาม แต่ไม่มีอิทธิพลต่อ ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละ แรกเริ่มกับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่ามีค่าความแตกต่างระดับปานกลาง

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นครอบครัว ที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และปรากฏตรงข้ามกันใน กลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้ กำหนดไว้

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานข้อ 2.2.4.4 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผน ปัจจุบัน ครอบครัวที่มีความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ และใน ทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภาสได้ เองนไฮการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

จากสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก ข้อที่ 4 ที่ว่า พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ หมายความว่า ไม่ว่าครอบครัวจะมีความรู้หรือไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

2.2.5 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตร ซึ่งในบรรดาในกลุ่มผู้ที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีบุตรมากขึ้นไป (คือ ปานกลาง และมาก) ในทางกลับกันในกลุ่มของผู้ที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยลงไป (คือ ปานกลาง และน้อย) โดยมีสมมติฐานย่อยเชิงประจักษ์ที่ต้องทดสอบ 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

2.2.5.1 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก และในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน และแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของตัวแปรกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 53 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับจำนวนบุตร

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	จำนวนบุตร			รวม
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
แบบแผนปัจจุบัน	81.3 (26)	88.9 (96)	90.0 (27)	87.6 (149)
แบบแผนโบราณ	3.1 (1)	1.9 (2)	.0	1.8 (3)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	15.8 (5)	9.3 (10)	10.0 (3)	10.6 (18)
รวม	100 (32)	100 (108)	100 (30)	100 (170)

$$\chi^2_{df4} = .73325 \quad P > .05$$

จากตาราง 53 พบว่าในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย คิดเป็นร้อยละ 90.0 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.9 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 1.1$) ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก คิดเป็นร้อยละ 81.3 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 7.6$) ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 8.7$) ส่วนในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก คิดเป็นร้อยละ 15.6 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 9.3 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 6.3$) ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.7$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงในเด็กกับจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 54 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับจำนวนบุตร
เมื่อควบคุมตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ								รวม	
	มี				ไม่มี					
	จำนวนบุตร				จำนวนบุตร					
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม		
แบบแผน ปัจจุบัน	78.9 (15)	90.5 (57)	100.0 (19)	90.1 (91)	84.6 (11)	86.7 (39)	72.7 (8)	84.1 (58)	100 (149)	
แบบแผน โบราณ	.0	3.2 (2)	.0	2.0	7.7 (1)	.0	.0	1.4 (1)	100 (3)	
ทั้งแผน ปัจจุบัน และแบบ แผน โบราณ	21.1 (4)	6.3 (4)	.0	7.9 (8)	7.7 (1)	13.3 (6)	27.3 (3)	14.5 (10)	100 (18)	
รวม	100 (19)	100 (63)	100 (19)	100 (101)	100 (13)	100 (45)	100 (11)	100 (69)		
$\chi^2_{df4} = .11108 \quad P < .05$				$\chi^2_{df4} = .18409 \quad P < .05$						

จากตาราง 54 พบว่า เมื่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กกับจำนวนบุตรมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง ทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 78.9 - 90.5 = -11.6$) และไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 84.6 - 88.7 = -2.1$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-11.6 และ -2.1) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -7.6$ จากตาราง 53) มากนัก ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 90.5 - 100.0 = -9.5$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 88.7 - 72.7 = 14$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-9.5 และ 14) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -1.1$ จากตาราง 53) ในระดับปานกลาง ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 78.9 - 100.0 = -21.1$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 84.6 - 72.7 = 11.9$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (-2.1 และ 11.9) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 8.7$ จากตาราง 53) ในระดับปานกลาง

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ พบว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลางทั้งกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 21.1 - 6.3 = 14.8$) และไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 7.7 - 13.3 = 5.6$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (14.8 และ 5.6) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 6.3$ จากตาราง 53) มากนัก

เมื่อพิจารณากลุ่มความรู้ด้านสุขภาพในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นตัวแปรตามกับจำนวนบุตรซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย ใกล้เคียงกัน และปรากฏเช่นเดียวกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงยอมรับสมมติฐานข้อ 2.2.5.1 ข้อที่ 2.2.5.1 ที่ว่า ครอบครัวยุคที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวยุคที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุคที่มีจำนวนบุตรมากขึ้นไป และในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ อยู่ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

2.2.5.2 ในบรรดากลุ่มครอบครัวยุคที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวยุคที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุคที่มีจำนวนบุตรมาก และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวยุคที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวยุคที่มีจำนวนบุตรมาก ภายใต้งื่อนไขการผันแปรของตัวแปรกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 55 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับจำนวนบุตร

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	จำนวนบุตร			รวม
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
แบบแผนปัจจุบัน	90.8 (29)	92.6 (100)	100.0 (30)	93.5 (159)
แบบแผนโบราณ	3.1 (1)	0.9 (1)	.0	1.2 (2)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	6.3 (2)	6.5 (7)	.0	5.3 (9)
รวม	100 (32)	100 (108)	100 (30)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .47067 \quad P < .05$				

จากตาราง 55 พบว่า ในบรรดากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 92.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 7.4$) ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย คิดเป็นร้อยละ 90.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 2$) ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 9.4$) ส่วนในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก คิดเป็นร้อยละ 6.3 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 6.5 โดยมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -0.2$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมในเด็กมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 58 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับจำนวนบุตร
เมื่อควบคุมตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ								รวม
	มี				ไม่มี				
	จำนวนบุตร				จำนวนบุตร				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	
แบบแผน ปัจจุบัน	100.0 (19)	92.1 (58)	100.0 (19)	90.0 (96)	76.9 (10)	93.3 (42)	100.0 (11)	91.3 (63)	100 (159)
แบบแผน โบราณ	-	1.6 (1)	-	1.0 (1)	7.7 (1)	-	-	1.4 (1)	100 (2)
ทั้งแผน ปัจจุบัน และแบบ แผน โบราณ	-	6.3 (4)	-	4.0 (4)	15.4 (2)	6.7 (3)	-	7.2 (5)	100 (9)
รวม	100 (19)	100 (63)	100 (19)	100 (101)	100 (13)	100 (45)	100 (11)	100 (69)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .52931 \quad P > .05$				$\chi^2_{df4} = .15146 \quad P < .05$					

จากตาราง 58 พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพทุกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่าง
พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมในเด็กกับจำนวนบุตรมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มที่ครอบ
ครว้ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวน

บุตรปานกลาง ในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 100.0 - 92.1 = 7.9$) แต่ตรงข้ามกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 76.9 - 93.3 = -16.4$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (7.9 และ -16.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -2.7$ จากตาราง 55) มากนัก ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย ทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 92.1 - 100.0 = -7.9$) ในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 93.3 - 100.0 = -6.7$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-7.9 และ -6.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -7.4$ จากตาราง 55) มากนัก ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนเท่ากัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย ($P\%d = 100.0 - 100.0 = 0$) แต่มีจำนวนน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 76.9 - 100.0 = -23.1$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (0 และ -23.1) พบว่ามีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -9.4$ จากตาราง 55) ในระดับปานกลาง

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณนั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบได้เพราะข้อมูลมีน้อย

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวม ซึ่งเป็นตัวแปรตามกับจำนวนบุตรซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากถารเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย ใกล้เคียงกัน และปรากฏเช่นเดียวกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานย่อย ข้อที่ 2.2.5.2 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากขึ้นไป และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ โดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

2.2.5.3 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก และในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการรักษาแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ภาสดี เงื่อนไธการผัฒนเปรมของตัวแปรกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 57 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับจำนวนบุตร

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	จำนวนบุตร			รวม
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
แบบแผนปัจจุบัน	87.5 (28)	88.9 (96)	100.0 (30)	90.8 (154)
แบบแผนโบราณ	3.1 (1)	2.8 (3)	.0	2.4 (4)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	9.4 (3)	8.3 (9)	.0	7.1 (12)
รวม	100 (32)	100 (108)	100 (30)	100 (170)
$X^2_{df4} = .42800 \quad P < .05$				

จากตาราง 57 พบว่า ในบรรดากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวยุคใหม่ที่มีจำนวนบุตรน้อย คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุคใหม่ที่มีจำนวนบุตรปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.9 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = 11.1$) ครอบครัวยุคใหม่ที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุคใหม่ที่มีจำนวนบุตรมาก คิดเป็นร้อยละ 87.5 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 1.4$) ครอบครัวยุคใหม่ที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุคใหม่ที่มีจำนวนบุตรมาก ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 12.5$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก ปลอดภัยในเด็กมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 58 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับจำนวนบุตร เมื่อควบคุมตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ								รวม
	มี				ไม่มี				
	จำนวนบุตร				จำนวนบุตร				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	
แบบแผน ปัจจุบัน	89.5 (17)	87.3 (55)	100.0 (19)	90.1 (91)	84.6 (11)	91.1 (41)	100.0 (11)	91.3 (63)	100 (154)
แบบแผน โบราณ	-	3.2 (2)	-	2.0 (2)	7.7 (1)	2.2 (1)	-	2.9 (2)	100 (4)
ทั้งแผน ปัจจุบัน และแบบ แผน โบราณ	10.5 (2)	9.5 (6)	-	7.9 (8)	7.7 (1)	6.3 (3)	-	5.8 (4)	100 (12)
รวม	100 (19)	100 (63)	100 (19)	100 (101)	100 (13)	100 (45)	100 (11)	100 (69)	
$\chi^2 df 4 = .50249 \quad P > .05$				$\chi^2 df 4 = .67124 \quad P > .05$					

จากตาราง 58 พบว่าเมื่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กกับจำนวนบุตรมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มที่ครอบครัวใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มี

จำนวนบุตรปานกลาง ในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 89.5 - 87.3 = 2.2$) แต่ตรงข้ามกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 84.6 - 91.1 = -6.5$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (2.2 และ -6.5) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -1.4$ จากตาราง 57) มากนัก ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย ทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 87.3 - 100.0 = -12.7$) ในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 91.1 - 100.0 = -8.9$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-12.7 และ -8.9) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -11.1$ จากตาราง 57) มากนัก ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 89.5 - 100.0 = -10.5$) และในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 84.6 - 100.0 = -15.4$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (-10.5 และ -15.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -12.5$ จากตาราง 57) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง ทั้งกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 10.9 - 9.0 = 1$) และไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 7.7 - 6.3 = 1.4$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (1 และ 1.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 1.1$ จากตาราง 57) มากนัก

เมื่อพิจารณากลุ่มความรู้ด้านสุขภาพในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นตัวแปรตามกับจำนวนบุตรซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน เป็นครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย ใกล้เคียงกัน และปรากฏเช่นเดียวกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

เมื่อทดสอบด้วย โท-สแควร์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานข้อ 3 ข้อที่ 2.2.5.3 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากขึ้นไป และในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้งบการเงินการผันแปรของกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

2.2.5.4 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็ก ด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ภาสได้เงื่อนไขการผันแปรของตัวแปรกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 59 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับจำนวนบุตร

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	จำนวนบุตร			รวม
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
แบบแผนปัจจุบัน	87.5 (28)	75.0 (81)	88.7 (28)	79.4 (135)
แบบแผนโบราณ	9.4 (3)	10.2 (11)	6.7 (2)	9.4 (16)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	3.1 (1)	14.8 (16)	6.7 (2)	11.2 (19)
รวม	100 (30)	100 (108)	100 (32)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .31756 \quad P < .05$				

จากตาราง 59 พบว่า ในกลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรน้อย คิดเป็นร้อยละ 88.7 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = 11.7$) ครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรมากคิดเป็นร้อยละ 87.5 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 12.5$) ครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรมาก ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -0.8$) ส่วนในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรมาก คิดเป็นร้อยละ 30.1 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.8 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -11.7$) ครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวยุติที่มีจำนวนบุตรน้อย คิดเป็นร้อยละ 8.7 โดยมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตามดงในเด็กมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 60 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับจำนวนบุตร
เมื่อควบคุมตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ความรู้ด้านสุขภาพ								รวม
	มี				ไม่มี				
	จำนวนบุตร				จำนวนบุตร				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	มาก	ปานกลาง	น้อย	รวม	
แบบแผน ปัจจุบัน	89.5 (17)	77.8 (49)	89.5 (17)	82.2 (83)	84.6 (11)	71.1 (32)	81.8 (9)	75.4 (52)	100 135
แบบแผน โบราณ	10.5 (2)	11.7 (7)	5.3 (1)	9.9 (10)	7.7 (1)	8.9 (4)	9.1 (1)	8.7 (6)	100 (16)
ทั้งแบบ แผน ปัจจุบัน และแบบ แผน โบราณ	.0	11.1 (7)	5.3 (1)	7.9 (8)	7.7 (1)	20.0 (9)	9.1 (1)	15.9 (11)	100 (19)
รวม	100 (19)	100 (63)	100 (19)	100 (101)	100 (13)	100 (45)	100 (11)	100 (69)	100 (170)
$X^2_{df4} = .49450 \quad P > .05$				$X^2_{df4} = .79451 \quad P > .05$					

จากตาราง 60 พบว่าเมื่อตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคตาแดงในเด็กกับจำนวนบุตรมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มที่ครอบครัวใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลาง ทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 89.5 - 77.8 = 11.7$) และไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 84.6 - 71.7 = 13.5$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (11.7 และ 13.5) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 12.5$ จากตาราง 59) มากนัก ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย ทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 77.8 - 89.5 = -11.7$) และในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 71.7 - 81.8 = -10.7$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-11.7 และ -10.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -11.7$ จากตาราง 59) มากนัก ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากมีจำนวนเท่ากับครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย ในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 89.5 - 89.5 = 0$) แต่มีจำนวนมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 84.6 - 81.8 = 2.8$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (0 และ 2.8) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 0.8$ จากตาราง 53) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรปานกลางมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อย ทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 11.1 - 5.3 = 5.8$) และกลุ่มที่ไม่มีความรู้ด้านสุขภาพ ($P\%d = 20.1 - 9.1 = 10.9$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างทั้ง 2 ค่า (5.8 และ 10.9) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 8.1$ จากตาราง 59) มากนัก

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดง ซึ่งเป็นตัวแปรตามกับจำนวนบุตรซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่มกับความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันเป็นครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมาก ปานกลาง และน้อย ใกล้เคียงกัน และปรากฏเช่นเดียวกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย โค-สแควร์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อ ๒ ข้อที่ 2.2.5.4 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่มีจำนวนบุตรน้อยมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากขึ้นไป และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้งैงอนไขการผันแปรของกลุ่มความรู้ด้านสุขภาพ

จากสมมุติฐานทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมุติฐานหลัก ข้อที่ 5 ที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตร หมายความว่า ไม่ว่าจะครอบครัวจะมีบุตรมาก ปานกลาง หรือน้อย พฤติกรรมการรักษาพยาบาลก็ไม่แตกต่างกัน

2.2.6. พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึ่งในบรรดากลุ่มผู้ที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคสูงมีจำนวนมากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา (คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ) ในทางกลับกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ จะมีจำนวนของผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา มากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูงขึ้นไป คือ (ระดับปานกลาง และระดับสูง) สมมุติฐานข้อที่ต้องทดสอบเชิงประจักษ์ 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

2.2.6.1 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำลงมา ในทางกลับกันในกลุ่มที่รักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง ภายใต้งैงอนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 61 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค		รวม
	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	90.9	86.1	87.6
	(50)	(99)	(146)
แบบแผนโบราณ	1.8	1.7	1.8
	(1)	(2)	(3)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.3	12.2	10.6
	(4)	(14)	(18)
รวม	100	100	100
	(55)	(115)	(170)

$\chi^2_{df2} = .62372 \quad P > .05$

จากตาราง 61 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.1 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลางซึ่งมีจำนวนร้อยละ 90.9 ซึ่งมีความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -4.8$) ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 12.2 มากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.3 โดยมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 4.9$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วง ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 62 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการศึกษาพยาบาลโรคจากร่างกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทยพุทธ			ไทยมุสลิม			
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
	ปานกลาง	สูง	รวม	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	96.7 (29)	90.0 (54)	92.2 (83)	84.0 (21)	81.8 (45)	82.5 (66)	100 (149)
แบบแผนโบราณ	.0	.0	.0	4.0 (1)	3.6 (2)	3.8 (3)	100 (3)
ทั้งแบบแผน ปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	3.3 (1)	10.0 (8)	7.8 (7)	12.0 (3)	14.5 (8)	13.8 (11)	100 (18)
รวม	100 (30)	100 (60)	100 (90)	100 (25)	100 (55)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df1} = .26562 \quad P < .05$				$\chi^2_{df2} = .95287 \quad P > .05$			

จากตาราง 62 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมลัทธิเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง มีจำนวน น้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 90.0 - 96.7 = -6.7$) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 81.8 - 84.0 = -3.2$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความ แตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-6.7 และ -3.2) พบว่าไม่แตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -4.8$ จากตาราง 61) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้อยู่ใน ระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 100.0 - 3.3 = 6.7$) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 14.5 - 12.0 = 2.5$) แต่เมื่อ เปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (6.7 และ 2.5) พบว่าไม่มีความแตกต่างจาก ค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 4.9$ จากตาราง 61) มากนัก

เมื่อพิจารณาในกลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าตัวแปรควบคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นตัวแปรตามและการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตก ต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และปรากฏตรงข้ามในกลุ่มที่ใช้การรักษา ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่กำหนดไว้ แต่ก็ เป็น ความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่าไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.6.1 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการ แบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัว ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลางและในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วง ด้วยวิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้งैงเอนไขการผันแปรของลุ่มชาติพันธุ์

2.2.6.2 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง ในทางกลับกันในกลุ่มที่รักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง ภายใต้ง่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 63 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค		รวม
	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	92.7 (51)	93.9 (108)	93.5 (159)
แบบแผนโบราณ	.0	1.7 (2)	1.2 (2)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.3 (4)	4.3 (5)	5.3 (9)
รวม	100 (55)	100 (115)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .45784 \quad P < .05$			

จากตาราง 63 พบว่าในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบันมีจำนวนของครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.9 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 92.7 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 1.2$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณนั้น เป็นครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 4.3 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.3 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่าพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 64 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทยพุทธ			ไทยมุสลิม			
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
	ปานกลาง	สูง	รวม	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	93.3 (28)	96.7 (58)	95.8 (86)	92.0 (23)	90.9 (50)	91.1 (73)	100 (159)
แบบแผนโบราณ	.0	.0	1.1 (1)	.0	1.8 (1)	1.3 (1)	100 (2)
ทั้งแบบแผน ปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	8.7 (2)	1.7 (1)	3.3 (3)	8.0 (2)	7.3 (4)	7.5 (6)	100 (9)
รวม	100 (30)	100 (60)	100 (90)	100 (25)	100 (55)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .36363 \quad P < .05$			$\chi^2_{df2} = .79100 \quad P > .05$				

จากตาราง 64 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการ
รักษาโรคปอดบวมในเด็กกับการรับรู้อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมลัทธิเหมือนเดิม คือ ในบรรดา
กลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง มีจำนวนมากกว่า
ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 96.7 - 93.3 = 3.4$) แต่
ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 90.9 - 92.0 = -1.1$) เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตก
ต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (3.4 และ -1.1) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม
($\%d = 1.2$ จากตาราง 63) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ใน
ระดับสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ทั้งในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d$
 $= 1.7 - 6.7 = -5$) และในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 7.3 - 8.0 = -0.7$) แต่เมื่อเปรียบเทียบ
เทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-5 และ -0.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความ
แตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -3$ จากตารางที่ 63) มากนัก

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าตัวแปรคุณลักษณะเป็นตัวแปรภายนอก
นอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวม ซึ่งเป็นตัวแปรตามและการรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตก
ต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมี
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และปรากฏเช่นเดียวกันในกลุ่มที่ใช้การ
รักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็ เป็น
ความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่าไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05
จึงปฏิเสธสมมุติฐานย่อย ข้อที่ 2.2.6.2 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบ
แผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธี
การทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.6.3 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบัน และแบบแผนโบราณครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง ภายใต้งบเงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 65 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค		รวม
	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	92.7 (51)	89.6 (103)	90.6 (154)
แบบแผนโบราณ	.0	3.5 (4)	2.4 (4)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	7.3 (4)	7.0 (8)	7.1 (12)
รวม	100 (55)	100 (115)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .37543 \quad P < .05$			

จากตาราง 65 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคไข้เลือดออกในเด็ก ด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.6 มีจำนวน น้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 92.7 ซึ่งมีความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.1$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณเป็น ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 7.0 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.3 ซึ่งมีความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -0.3$)

เมื่อทำการทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 66 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออกกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทยพุทธ			ไทยมุสลิม			
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
	ปานกลาง	สูง	รวม	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	96.7 (29)	86.7 (52)	90.0 (81)	88.0 (22)	92.7 (51)	91.3 (73)	100 (154)
แบบแผนโบราณ	.0	5.0 (3)	3.3 (3)	.0	1.8 (1)	1.3 (1)	100 (4)
ทั้งแบบแผน ปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	3.3 (1)	8.3 (5)	6.7 (6)	12.0 (3)	5.5 (3)	7.5 (6)	100 (12)
รวม	100 (30)	100 (60)	100 (90)	100 (25)	100 (55)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2 df 2 = .29051 \quad P < .05$			$\chi^2 df 2 = .47748 \quad P < .05$				

จากตาราง 66 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคไข้เลือดออกในเด็ก กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมัลติลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันนั้นเป็นครอบครัวที่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 86.7 - 96.7 = -10$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 92.7 - 88.0 = 4.7$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-10 และ 4.7) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -3.1$ จากตาราง 65) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 8.3 - 3.3 = 5$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ($P\%d = 5.5 - 12.0 = -6.5$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (5 และ -6.5) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = -0.3$ จากตารางที่ 65) มากนัก

เมื่อพิจารณาในกลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นตัวแปรตามและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และปรากฏตรงข้ามในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่กำหนดไว้ แต่ก็ เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่าปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานข้อ 2 ข้อที่ 2.2.6.3 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูงมีจำนวน มากกว่าครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการ ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภาสได้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.6.4 ในกลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็ก ด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดง ด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคปานกลาง ภายใต้ง่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 67 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค		รวม
	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	81.8 (45)	78.3 (90)	79.4 (135)
แบบแผนโบราณ	7.3 (4)	10.4 (12)	9.4 (16)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	10.9 (6)	11.3 (13)	11.2 (19)
รวม	100 (55)	100 (115)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .79463 \quad P > .05$			

จากตาราง 67 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.3 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.8 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.5$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณเป็นครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11.3 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 0.4$)

เมื่อกำหนดทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 88 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์						รวม
	ไทยพุทธ			ไทยมุสลิม			
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
	ปานกลาง	สูง	รวม	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	86.7 (26)	73.3 (44)	77.8 (70)	76.0 (19)	83.6 (46)	81.3 (65)	100 (135)
แบบแผนโบราณ	6.7 (2)	15.0 (9)	12.2 (11)	8.0 (2)	5.5 (3)	6.3 (5)	100 (16)
ทั้งแบบแผน ปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	6.7 (2)	11.7 (7)	10.0 (9)	16.0 (4)	10.9 (6)	12.5 (10)	100 (19)
รวม	100 (30)	100 (60)	100 (90)	100 (25)	100 (55)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .35108 \quad P < .05$			$\chi^2_{df2} = .71968 \quad P > .05$				

จากตาราง 88 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรคตาแดงในเด็ก กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมักจะเหมือนเดิม คือ ในกลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบันนั้นเป็นครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 73.3 - 86.7 = -13.4$) แต่ตรงข้ามในกลุ่มไทยมุสลิม ($P\%d = 83.6 - 76.0 = 7.6$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง

ต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (-13.4 และ 7.6) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม (%d = -3.5 จากตาราง 67) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ในกลุ่มชาวไทยพุทธ (%d = 11.7 - 6.7 = 5) แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทยมุสลิม (%d = 10.9 - 16.0 = -5.1) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (5 และ -5.1) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม (%d = 0.4 จากตารางที่ 67) มากนัก

เมื่อพิจารณากลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอกที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคตาแดง ซึ่งเป็นตัวแปรตามและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และปรากฏตรงข้ามในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่กำหนดไว้ แต่ก็ เป็นความแตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทดสอบด้วย ไค-สแควร์ พบว่าไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.6.4 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคตาแดงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคตาแดงด้วยวิธีการ ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้ง่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

จากสมมุติฐานทั้ง 4 ข้อ สรุปได้ว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมุติฐานหลัก ข้อที่ 6 ที่ว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายความว่า ไม่ว่าจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ในระดับสูงปานกลางและต่ำ ทั้งชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม ก็มีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน

2.2.7 พฤติกรรมการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคซึ่งในบรรดากลุ่มผู้ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน จะมีจำนวนของผู้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูงมากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา (คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ) ในทางกลับกันกับกลุ่มผู้ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ จะมีจำนวนของผู้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำ มากกว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูงขึ้นไป (คือ ระดับปานกลาง และระดับสูง) สมมุติฐานย่อยที่ต้องทดสอบเชิงประจักษ์ 4 ท่อ ดังต่อไปนี้

2.2.7.1 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิถีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา ภาสดี เจริญไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 69 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (2)	88.0 (125)	84.6 (22)	87.6 (149)
แบบแผนโบราณ	.0	1.4 (3)	3.8 (1)	1.8 (3)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	10.6 (15)	11.5 (3)	10.6 (18)
รวม	100 (2)	100 (142)	100 (26)	100 (170)
$\chi^2_{df4} = .89835 \quad P > .05$				

จากจากตาราง 69 พบว่าในบรรดาครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.8 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลางซึ่งมีจำนวนร้อยละ 88.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.4$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างในระดับปานกลาง ($\%d = -12$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีความแตกต่างในระดับกลาง ($\%d = -15.4$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11.5 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.6 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 0.9$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 70 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วงกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทอพุทธ				ไทอมุสลิม				
	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	.0	92.6 (75)	88.9 (8)	92.2 (83)	100.0 (2)	82.0 (50)	82.4 (14)	82.5 (86)	100 (149)
แบบแผนโบราณ	.0	.0	.0	.0	.0	3.3 (2)	5.9 (1)	3.8 (3)	100 (3)
ทั้งแผนปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	7.4 (8)	11.1 (1)	7.8 (7)	.0	14.8 (9)	11.8 (2)	13.8 (11)	100 (18)
รวม	100 (0)	100 (81)	100 (9)	100 (90)	100 (2)	100 (81)	100 (17)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df1} = .69389 \quad P > .05$					$\chi^2_{df4} = .94345 \quad P > .05$				

จากตาราง 70 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกา
รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก กับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคลักษณะเหมือนเดิม คือ ใน
บรรดากลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้สูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบ
ครัวที่มีการรับรู้ปานกลาง ในกลุ่มชาวไทพุก (P% d = 92.6 - 88.9 = 3.7) แต่ตรงข้ามใน
กลุ่มชาวไทมูสลิม (P% d = 82.0 - 82.4 = -0.4) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยก
ส่วนทั้ง 2 ค่า (3.7 และ -0.4) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม (% d =
-3.4 จากตาราง 69) มากนัก

ในบรรดากลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้
สูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ปานกลาง ในกลุ่มชาวไทพุก (P% d = 11.1 - 7.4 = 3.7)
แต่ตรงข้ามในกลุ่มชาวไทมูสลิม (P% d = 11.8 - 14.8 = -3) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตก
ต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า (3.7 และ -3) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม (% d
= -0.9 จากตาราง 69) มากนัก

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรคุม พบว่าตัวแปรคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอก
ที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมกาการรักษาพยาบาลโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้
ความรุนแรงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตก
ต่างร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่า กลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มี
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับปานกลาง และปรากฏตรงกันข้ามในใช้การรักษาทั้ง
แบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็มีความ
แตกต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทำการทดสอบด้วยไค-สแควร์ พบว่า ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ
.05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.7.1 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กด้วยวิ
การแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้
ความรุนแรงของการเกิดโรคปานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยวิธีการ
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภาสได้เงื่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์

2.2.7.2 ในบรรดากลุ่มครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยการรักษาแบบแผนปัจจุบันครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูง มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับต่ำลงมา และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วยวิธีการรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูง มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่ำลงมา ภาสได้แจ้งเนื้อหาการค้นพบของข้อมูลชาติพันธุ์

ตาราง 71 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

พฤติกรรมการรักษาพยาบาล	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค			รวม
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
แบบแผนปัจจุบัน	100.0 (2)	93.0 (132)	96.2 (25)	93.5 (159)
แบบแผนโบราณ	.0	1.4 (2)	.0	1.2 (2)
ทั้งแบบแผนปัจจุบันและ แบบแผนโบราณ	.0	5.8 (8)	3.8 (1)	5.3 (9)
รวม	100 (2)	100 (142)	100 (28)	100 (170)

$\chi^2_{df4} = .95531 \quad P > .05$

จากตาราง 71 พบว่า ในบรรดาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วยวิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.2 มีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 93.0 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 3.2$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 100.0 (เป็นที่น่าสังเกตว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำมีจำนวน 2 คน ใช้วิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันทั้งหมด) ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -7$) ครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับสูงมีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = -3.8$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ครอบครัวที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 3.8 มีจำนวนน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.8 ซึ่งมีค่าความแตกต่างไม่มากนัก ($\%d = 1.8$)

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ด้วย ไค-สแควร์ พบว่า พฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 72 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมกับความเชื่อ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เมื่อควบคุมตัวแปรกลุ่มชาติพันธุ์

พฤติกรรม การรักษา พยาบาล	ชาติพันธุ์								รวม
	ไทยพุทธ				ไทยมุสลิม				
	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค				
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	
แบบแผนปัจจุบัน	.0	95.1 (77)	100.0 (9)	95.8 (86)	100.0 (2)	90.2 (55)	94.1 (16)	91.3 (73)	100 (159)
แบบแผนโบราณ	.0	1.2 (1)	.0	1.1 (1)	.0	1.6 (1)	.0	1.3 (1)	100 (2)
ทั้งแบบปัจจุบัน และแบบแผน โบราณ	.0	3.7 (3)	.0	3.3 (3)	.0	8.2 (5)	5.9 (1)	7.5 (6)	100 (9)
รวม	100 (0)	100 (81)	100 (9)	100 (90)	100 (2)	100 (61)	100 (17)	100 (80)	100 (170)
$\chi^2_{df2} = .79250 \quad P > .05$					$\chi^2_{df4} = .96304 \quad P > .05$				

จากตาราง 72 พบว่าเมื่อตัวแปรชาติพันธุ์ถูกควบคุม ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกา
 รักษาโรคปอดบวมในเด็กกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมักมีลักษณะเหมือนเดิม คือ ในบรรดา
 กลุ่มครอบครัวที่ใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่มีการรับรู้สูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัวที่
 การรับรู้ปานกลาง ทั้งกลุ่มชาวไทยพุทธ ($P\%d = 100.0 - 95.1 = -4.9$) และ ในกลุ่มชาวไทย
 มุสลิม ($P\%d = 94.1 - 90.2 = -3.9$) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างแยกส่วนทั้ง 2 ค่า
 (-4.9 และ -3.9) พบว่าไม่มีความแตกต่างจากค่าความแตกต่างแรกเริ่ม ($\%d = 3.2$ จาก
 ตาราง 71) มากนัก

ในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณนั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบ
 ได้เนื่องจากข้อมูลมีน้อยเกินไป

เมื่อพิจารณาชาติพันธุ์ในฐานะเป็นตัวแปรควบคุม พบว่าตัวแปรควบคุมมีลักษณะเป็นตัวแปรภายนอก
 ที่ไม่มีอิทธิพลต่อทั้งพฤติกรรมกาการรักษาพยาบาลโรคปอดบวมซึ่งเป็นตัวแปรตาม และการรับรู้ความรุน
 แรงของการเกิดโรคซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาได้จากการเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง
 ร้อยละแรกเริ่ม กับค่าความแตกต่างร้อยละแยกส่วน ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกัน

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มา พบว่ากลุ่มที่ใช้การรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มี
 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคในระดับสูง และปรากฏตรงข้ามกันในกลุ่มที่ใช้การรักษาทั้งแบบ
 แผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ได้กำหนดไว้ แต่ก็เป็นการแตก
 ต่างเพียงเล็กน้อย

เมื่อทำการทดสอบด้วย โค-สแควร์ พบว่า ไม่ปรากฏความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัย
 สำคัญ .05 จึงปฏิเสธสมมุติฐานข้อที่ 2.2.7.2 ที่ว่าครอบครัวที่รักษาโรคปอดบวมในเด็กด้วย
 วิธีการแบบแผนปัจจุบัน ครอบครัวที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคสูงมีจำนวนมากกว่าครอบครัว
 ที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคนานกลาง และในทางกลับกันกับการรักษาโรคปอดบวมด้วย ด้วย
 วิธีการทั้งแบบแผนปัจจุบันและแบบแผนโบราณ ภายใต้ง่อนไขการผันแปรของกลุ่มชาติพันธุ์