

โมเดลการวัดของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาขับพยาธิไทย : การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนตามเพศ

ยศพล เหลืองโสมนภา* ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล** ลลิตา เดชาวุธ**

วันที่รับบทความ	: 03/09/2561
วันที่แก้ไขบทความ	: 09/10/2561
วันที่ตอบรับบทความ	: 29/11/2561

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนโมเดลการวัด ของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาขับพยาธิไทยตามเพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคต่อมไร้ท่อ หัวใจ ไต และระบบทางเดินหายใจโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2560 ถึง เดือนมีนาคม 2561 จำนวน 564 คน เครื่องมือการวิจัยคือ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาขับพยาธิไทยที่มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85 สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ ความเบ้ การวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนโมเดลกลุ่มพหุ

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบโมเดลขององค์ประกอบโมเดลการวัดของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาขับพยาธิไทยไม่แปรเปลี่ยนตามเพศ ($\chi^2 = 384.54$ df = 242 $\chi^2/\text{df} = 1.59$ p < .001 RMSEA = .046 NFI = 0.96 CFI = 0.98) 2) รูปแบบโมเดล และน้ำหนักองค์ประกอบไม่แปรเปลี่ยนตามเพศ ($\Delta\chi^2 = 20.04$ $\Delta\text{df} = 14$ ค่าวิกฤติ = 23.68) และ 3) รูปแบบโมเดล น้ำหนักองค์ประกอบและความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้แปรเปลี่ยนตามเพศ ($\Delta\chi^2 = 101.16$ $\Delta\text{df} = 40$ ค่าวิกฤติ = 55.8)

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะว่า การนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ ผู้วิจัยควรตระหนักถึงความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้และความแปรปรวนของตัวแปรแฝงที่มีความแตกต่างกันในการประเมินของทั้งสองเพศ

คำสำคัญ: ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัด

* วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, E-mail: cardionursing@hotmail.com

** วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Measurement model of Thai version of beliefs about medicines questionnaire:**Testing measurement invariance across gender**

Yosapon Leaungsomnapa* Chuanchom Peaschpunpisal** Lalita Dechavoot**

Abstract

This aim of this cross - sectional descriptive study was to study invariance measurement model of thai version of beliefs about medicines questionnaire across gender. Participants were 564 adult clients who have been treated at endocrine, heart, renal and respiratory outpatient department, Phrapokklao Hospital, Chathaburi Province. Research tool was the belief about medication questionnaire with alpha 0.85. Data were collected from November 2017 to March 2018. Data were analyzed by using descriptive statistic, and multi-group invariance analysis.

The researchers found that factor form of thai version of beliefs about medicines questionnaire has invariance across gender ($\chi^2 = 384.54$ df = 242 $\chi^2/\text{df} = 1.59$ $p < .001$ RMSEA = .046 NFI = 0.96 CFI = 0.98). Factor form and matrix lambda X of this tool has also invariance across gender $\Delta\chi^2 = 20.04$, $\Delta\text{df} = 14$ critical = 23.68 whereas factor form matrix lambda and matrix theta delta has variance across gender ($\Delta\chi^2 = 101.16$, $\Delta\text{df} = 40$ critical = 55.8)

Based on these findings, researchers who will use this tool should be aware in the error term of observe and variance of latent variables which are different in both gender.

Keywords: belief about medicine, invariance model

* Phrapokklao Nursing College, E-mail: cardionursing@hotmail.com

** Phrapokklao Nursing College

บทนำ

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about medicines questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ Home¹ พัฒนาขึ้น มี 4 องค์ประกอบย่อยคือ 1) ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา 2) ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา 3) ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป และ 4) ความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการกินยา แบบสอบถามนี้มีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ และแปลใช้ในการวิจัยหลายประเทศ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา²⁻³ สำหรับประเทศไทยนั้น มีการแปลแบบสอบถามและตรวจสอบโมเดลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาลบภาษาไทยมีองค์ประกอบที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์⁴

อย่างไรก็ตามแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาลบภาษาไทยนี้ ยังไม่ได้ตรวจสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดตามเพศ ทั้งนี้เพศเป็นตัวแปรที่สำคัญกับการศึกษาสุขภาพในหลายประเด็น ความแตกต่างของเพศ ย่อมแตกต่างกันในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งจากปัจจัยภายในตนที่เกี่ยวข้องกับความรูสึก ความคิดและอารมณ์ และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าเพศชาย และหญิงมีความเชื่อและพฤติกรรมทางสุขภาพแตกต่างกัน⁵ ประกอบกับเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา⁷ ดังนั้นเพศจึงอาจเกี่ยวข้องกับโมเดลการวัดของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาลบภาษาไทย ผู้วิจัยจึงศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาลบภาษาไทยตามเพศ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการใช้แบบสอบถามให้เฉพาะเจาะจงต่อการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาลบภาษาไทยจำแนกตามเพศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคเรื้อรังที่รอรับการรักษานอกผู้ป่วยนอกแต่ละคลินิกในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคต่อมไร้ท่อ โรคหัวใจ โรคไต และโรคระบบทางเดินหายใจ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงเดือนมีนาคม 2561 กำหนดขนาดตัวอย่างตามการวิเคราะห์องค์ประกอบ 500 ราย⁸ ปรับขนาดเพื่อแก้ปัญหาการกระจายข้อมูลร้อยละ 20 ได้ตัวอย่าง 600 ราย เลือกตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่รอรับการรักษานอกผู้ป่วยนอกของคลินิกโรคต่อมไร้ท่อ โรคหัวใจ โรคไต และโรคระบบทางเดินหายใจ ทั้งโรคเดี่ยวหรือโรคร่วมรับประทานยาอย่างน้อย 1 ปี 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกคือ 1) อาการผิดปกติระหว่างให้ข้อมูล เช่น เหนื่อย หน้ามืด ใจสั่น 2) ขอยุติการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่กินยาต่อวัน 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาลบภาษาไทยแปลและตรวจสอบองค์ประกอบโดย ชศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁴ แบบสอบถามนี้พัฒนาโดย Home, Weinman and Hankins⁹ มี 4 ด้านคือ

ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาและด้านความกังวลจากการกินยา ด้านละ 5 ข้อ ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการกินยา ด้านละ 4 ข้อ คำตอบแต่ละข้อมีคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาและด้านความกังวลจากการกินยาเป็น ด้านละ 5 – 25 คะแนน คะแนนด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการกินยาเป็นด้านละ 4 – 20 คะแนน ค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับ 0.82 ด้านย่อย 0.72–0.84 ค่าความเที่ยงแบบคงที่ วิธีสอบซ้ำทั้งฉบับ 0.85 ด้านย่อย 0.73 – 0.87

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เลขที่ CTIREC 003 วันที่รับรอง 18 ม.ค. 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจข้อคำถาม วิธีการถาม จนเข้าใจตรงกัน หลังชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกตามเกณฑ์ที่กำหนด รายละเอียด 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS 24 และ LISREL 8.80 พรรณนาข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้วย Independent t- test และ Chi-square test พรรณนาความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้วยค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงข้อมูลด้วยค่าความเบ้ ความโด่งตัดตัวอย่างที่เป็นค่าเกินเหลือข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ 564 ราย ทดสอบความ

แปรเปลี่ยนโมเดลการวัด ด้วยสถิติวิเคราะห์กลุ่มพหุโมเดลการวัด

ผลการวิจัย

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 194 ราย ร้อยละ 65.60 ทั้งสองเพศมีอายุเฉลี่ยระดับการศึกษาและจำนวนครั้งที่กินยาต่อวันไม่แตกต่างกัน โดยเพศชายอายุ 62.37 ± 15.51 และเพศหญิงอายุ 62.05 ± 16.08 ตามลำดับ ($p = .82$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.60 และ 57.60 ตามลำดับ) ($p = .39$) และกินยา 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 48.50 และ 51.20 ตามลำดับ) ($p = .17$)

ความเชื่อด้านรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเป็นรายข้อทั้งสองเพศมี ($\bar{X} = 3.95 - 4.52$; $SD = 0.92 - 1.19$) ค่าความโด่ง -1.00 ถึง -1.30 ค่าความเบ้ -0.43 ถึง 1.31 ความเชื่อด้านรับรู้ความกังวลต่อการกินยา ($\bar{X} = 1.71 - 3.06$; $SD = 0.97 - 1.16$) ค่าความโด่ง -2.00 ถึง -1.11 ค่าความเบ้ -0.38 ถึง -1.26 ความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไปมี ($\bar{X} = 2.02 - 3.21$; $SD = 1.01 - 1.15$) ค่าความโด่ง -0.29 ถึง -1.03 ค่าความเบ้ -0.01 ถึง -1.28 ด้านอันตรายจากการกินยา ($\bar{X} = 1.81$ ถึง 2.91 ; $SD = 0.97 - 1.08$) ค่าความโด่ง -0.07 ถึง 1.09 ค่าความเบ้อยู่ -0.01 ถึง 0.73 ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนโมเดล พบว่า

- 1) รูปแบบโมเดลขององค์ประกอบโมเดลการวัดของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทยไม่แปรเปลี่ยนตามเพศ ($\chi^2 = 384.54$ $df = 242$ $\chi^2/df = 1.59$ $p < .001$ $RMSEA = .046$ $NFI = 0.96$ $CFI = 0.98$)
- 2) รูปแบบโมเดลและน้ำหนักองค์ประกอบไม่แปรเปลี่ยนตามเพศ ($\Delta\chi^2 = 20.04$ $\Delta df = 14$ ค่าวิกฤติ = 23.68)
- 3) รูปแบบโมเดล น้ำหนักองค์ประกอบและความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้แปรเปลี่ยนตามเพศ ($\Delta\chi^2 = 101.16$ $\Delta df = 40$ ค่าวิกฤติ = 55.8) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความโด่ง (Skewness) ความเบ้ (Kurtosis) ของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาจำแนกตามเพศ (n = 564)

ข้อคำถาม	ชาย				หญิง			
	$\bar{X}$	SD	Skewness	Kurtosis	$\bar{X}$	SD	Skewness	Kurtosis
ด้านรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (N)								
1. ในวันข้างหน้า สุขภาพของฉันจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับการกินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง (B1)	4.20	1.19	-1.13	0.73	4.34	1.02	-1.10	1.02
2. สุขภาพของฉันทุกวันนี้ ขึ้นอยู่กับการกินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง (B2)	4.30	1.09	-1.05	1.01	4.40	0.99	-1.03	1.20
3. ชีวิตของฉันคงดำเนินต่อไปไม่ได้ ถ้าไม่ได้กินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง (B3)	3.95	1.14	-1.00	-0.43	4.05	1.01	-1.07	-0.18
4. ฉันคงเจ็บป่วยมากไปกว่านี้ ถ้าไม่ได้กินยารักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง (B4)	4.24	1.13	-1.16	1.12	4.35	1.01	-1.30	1.22
5. ยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ช่วยป้องกันไม่ให้ฉันมีอาการของโรคที่แย่งลง (B5)	4.49	0.93	-1.12	-1.01	4.52	0.92	-1.26	1.31
ด้านความกังวลจากการกินยา (C)								
6. ฉันกังวลใจกับการที่ต้องกินยารักษาโรคที่ฉันเป็นอยู่ตามที่แพทย์สั่ง (B6)	2.46	1.15	0.48	-1.14	2.23	1.02	0.78	-0.91
7. ฉันกังวลใจกับการที่ต้องกินยารักษาโรคที่ฉันเป็นอยู่ตามที่แพทย์สั่ง (B7)	3.06	1.16	-0.20	-1.06	2.77	1.04	0.12	-1.60
8. บางครั้ง ฉันกังวลว่า ฉันพึ่งพายารักษาโรคที่กินอยู่ตามที่แพทย์สั่งมากเกินไป (B8)	2.57	1.09	0.34	-1.05	2.30	1.03	0.70	-1.03
9. ฉันรู้สึกสับสนในยารักษาโรคที่ฉันกินอยู่ตามที่แพทย์สั่ง (B9)	2.11	0.98	0.97	-0.54	1.71	0.97	1.11	1.26

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความโด่ง (Skewness) ความเบ้ (Kurtosis) ของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาจำแนกตามเพศ (n = 564)

ข้อคำถาม	ชาย				หญิง			
	$\bar{X}$	SD	Skewness	Kurtosis	$\bar{X}$	SD	Skewness	Kurtosis
10. การกินยารักษาโรคที่เป็นอยู่ตามที่แพทย์สั่ง ทำให้รบกวนการดำเนินชีวิตของฉัน (B10)	2.03	0.99	1.01	-0.38	1.74	0.98	1.06	1.12
ด้านการใช้ยามากเกินไป (O)								
11. ในระหว่างที่แพทย์ตรวจคนไข้ฉัน ฉันคิดว่าถ้าแพทย์ ใช้เวลาคูยกับผู้ป่วยนานกว่าที่เป็นอยู่ จะทำให้แพทย์รู้ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยมากขึ้น และน่าจะลดการใช้ยารักษาผู้ป่วย ลงได้ (B11)	3.21	1.15	-0.29	-1.13	2.94	1.05	-0.50	-1.05
12. ฉันคิดว่า แพทย์สั่งยารักษาผู้ป่วยมากเกินไป (B12)	2.27	1.03	0.66	-0.84	2.02	1.07	1.03	-0.01
13. ฉันคิดว่า แพทย์ไ้ว่างใจหรือให้ความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยด้วยยามากเกินไป (B13)	2.62	1.02	0.33	-1.14	2.40	1.10	0.56	-1.18
14. ฉันคิดว่า การบำบัดโรคหรือความเจ็บป่วยด้วยวิถีทางธรรมชาติ มีความปลอดภัยมากกว่าการกินยาที่แพทย์สั่ง (B14)	2.63	1.01	0.26	-1.04	2.41	1.09	0.50	-1.28
ด้านอันตรายจากการกินยา (H)								
15. ฉันคิดว่ายาที่แพทย์สั่งส่วนใหญ่ เมื่อกินแล้วจะติดได้ (B15)	2.19	0.98	0.71	-0.89	1.95	0.99	1.03	-0.07
16. ฉันคิดว่า การกินยาตามที่แพทย์สั่งจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดีต่อร่างกาย (B16)	2.33	1.02	0.60	-0.99	2.05	0.97	0.88	-0.58
17. ฉันคิดว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ควรหยุดกินยาเองบ้างเป็นครั้งคราว (B17)	2.15	0.97	0.76	-0.90	1.81	0.98	1.09	0.73
18. ฉันคิดว่า ยาทุกชนิด มักมีความเป็นพิษอยู่ในตัวมันเอง (B18)	2.91	1.08	-0.07	-1.15	2.65	1.01	0.22	-1.14

ตารางที่ 2 ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทยตามเพศ

Model	χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	NFI	CFI
1. Form fit	384.54	242	1.59	<.001	.046	0.96	0.98
2. (1) +LX = IN	404.58	256	1.58	<.001	.045	0.96	0.98
3. (2) +TD = IN	485.70	282	1.72	<.001	.051	0.95	0.98
4. (3) + PH = IN	ยุติการทดสอบ						
$\Delta \chi^2_{2-1} = 20.04$ $\Delta df_{2-1} = 14$ ค่าวิกฤติ (χ^2 ที่ df 14, $\alpha .05$) = 23.68					Invariance model		
$\Delta \chi^2_{3-2} = 101.16$ $\Delta df_{3-2} = 40$ ค่าวิกฤติ (χ^2 ที่ df 40, $\alpha .05$) = 55.80					Variance model		

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้มีองค์ประกอบ จำนวนตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบ และคะแนนน้ำหนักองค์ประกอบเป็นแบบเดียวกันหมดในสองเพศ เมื่อพิจารณาความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ขององค์ประกอบแล้วพบว่า มีความแปรเปลี่ยนของโมเดล กล่าวอีกนัยได้ว่า โมเดลการวัดนี้มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้ และความแปรปรวนขององค์ประกอบ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ จัดเป็นโมเดลการวัดที่ไม่แปรเปลี่ยนตามเพศในระดับอ่อน (Weak invariance)¹⁰ ผู้จะใช้เครื่องมือต้องเข้าใจว่า ความไม่แปรเปลี่ยนระดับอ่อนที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลจากตัวแปรกำกับ (Moderator variable) คือ เพศ มิใช่ความบกพร่องของเครื่องมือ ผู้วิจัยสามารถใช้แบบสอบถามนี้ได้ แต่ควรระวังในการสรุปหรือตีความคะแนนจากแบบสอบถามนี้ โดยเฉพาะการเทียบกันระหว่างเพศ หรือต้องเข้าใจว่าคะแนนความเชื่อในการกินยาจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทยนี้จะมีความคลาดเคลื่อน

จากการวัดของข้อคำถามรายข้อ และความแปรปรวนของด้านย่อยแบบสอบถามที่แตกต่างตามกลุ่มได้¹¹ ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยานั้นเป็นภาวะวิสัยของปัจเจกบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ผลที่เกิดขึ้นจากการกินยา ทั้งในแง่ดีและไม่ดี ขณะเดียวกัน เพศเป็นตัวแปรที่สำคัญกับการศึกษาสุขภาพในหลายประเด็น ความแตกต่างของเพศ ย่อมมีความแตกต่างกันในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้จากความแตกต่างกันทั้งปัจจัยภายในตนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึก ความคิด อารมณ์ และปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าพบว่า เพศชายและหญิงมีความเชื่อและพฤติกรรมทางสุขภาพแตกต่างกัน⁵⁻⁶ รวมถึงเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา⁷

ปัจจัยอีกประการที่ทำให้โมเดลการวัดอยู่ในระดับอ่อนคือ อิทธิพลตัวแปรกำกับอื่นที่อาจส่งผลต่อความเชื่อในการกินยา เพราะตัวแปรกำกับ คือ ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการวิเคราะห์กลุ่มพหุ แม้การศึกษานี้พบว่า เพศชายและหญิงมี

ข้อมูลพื้นฐานในเรื่องอายุ ระดับการศึกษาและจำนวนครั้งที่กินยาไม่แตกต่างกัน แต่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรกำกับการใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับการกินยาปัจจุบัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ให้ข้อมูลจริงเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นร่วมด้วย เพราะกลัวการตำหนิ ผลการใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมด้วยอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสิทธิผลของการรักษาที่เกิดจากทั้งยาที่รับประทาน และการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างจากผู้ให้ยาแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ดังการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ปวดกล้ามเนื้อ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ฯลฯ มีพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบันเนื่องจากใช้การแพทย์ทางเลือกแล้วอาการดีขึ้น¹² จึงอาจมีส่วนทำให้ลดความเชื่อในการรับประทานยาแผนปัจจุบัน ส่งผลให้แบบสอบถามนี้แปรเปลี่ยนในระดับอ่อน ผลการศึกษานี้ไม่สามารถเทียบเคียงกับการศึกษาอื่น เพราะยังไม่มีพบการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในประเด็นของการสร้างแบบวัดทางความคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยศึกษาจำแนกตามเพศ พบว่า มีความไม่แปรเปลี่ยนตามกลุ่มเพศต่อโมเดลความกังวลทางสุขภาพระหว่างบุคคลตามเพศ¹³ มีความไม่แปรเปลี่ยนตามกลุ่มเพศต่อแบบวัดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม¹⁴

สรุป

ผลการศึกษานี้พบว่า 1) รูปแบบโมเดลขององค์ประกอบโมเดลการวัดของแบบสอบถาม

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบภาษาไทยไม่แปรเปลี่ยนตามเพศ 2) รูปแบบโมเดลและน้ำหนักองค์ประกอบไม่แปรเปลี่ยนตามเพศ และ 3) รูปแบบโมเดลน้ำหนักองค์ประกอบ และความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้แปรเปลี่ยนตามเพศ

ข้อเสนอแนะ

ผู้ที่จะนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ ควรตระหนักถึงจำนวนตัวบ่งชี้ และค่าน้ำหนักองค์ประกอบพิจารณาความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้และความแปรปรวนของตัวแปรแฝง จำึงถึงความไม่เท่าเทียมกันในการสรุปคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาระหว่างเพศด้วย การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลตามเพศภายใต้การควบคุมตามตัวแปรกำกับอื่นที่คาดว่าจะมีผลต่อความแตกต่างได้ เช่น การใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Home R. Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In: Petrie KJ, Weinman J, editors. Perceptions of health and illness: Current research and applications. London: Harwood Academic; 1997. p. 155-88.
2. Home R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. Psychol Health. 2002;17(1):17-32.
3. Tibaldi G, Clatworthy J, Torcho E, Argentero P, Munizza C, Home R. The utility of necessity

- concerns framework in explaining treatment non-adherence in four chronic illness groups in Italy. *Chronic illn.* 2009;5(2):129-33.
4. Leungsomnapa Y, Leungsomnapa S, Promproh S, Thasirasawad P, Keawchaum R, Suraworawathanakul W. Confirmatory factor analysis of beliefs about medicine questionnaire in Thai version. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center.* 2014;31(4): 297-310. (in Thai).
 5. Courtenay WH, McCreary DR, Merighi JR. Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors. *J Health Psychol.* 2002;7(3):219-31.
 6. Alidu L, Grunfeld AG. Gender differences in belief about health: A comparative qualitative study with Ghanaian and Indian migrants living in the United Kingdom. *BMC Psychol.* 2017;5(1):8.
 7. Manteuffel M, Williams S, Chen W, Verbrugge RR, Pittman DG, Steinkellner A. Influence of patient sex and gender on medication use, adherence, and prescribing alignment with guidelines. *J Womens Health (Larchmt).* 2014;23(2):112-9.
 8. Schumacker RE, Lomax RG. A Beginner's guide to structural equation modeling. 2nd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associated, Inc.; 2004. p.37-60.
 9. Home R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The developments and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health.* 1999;14(1):1-24.
 10. Starkweather J. Confirmatory factor analysis and structural equation modeling group differences: Measurement invariance [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 1]; Available from: https://it.unt.edu/sites/default/files/measinvarljds_mar2015.pdf.
 11. Wiratchai N. Test of measurement invariance across measured groups using structural equation model analysis. *Journal of Research and Curriculum Development.* 2011;1(1):69-80. (in Thai).
 12. Jaruwanchai P, Jarinto K. Chracteristic of patients using alternative medicine in public hospitals. *Jounal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University.* 2015;9(2):73-84.(in Thai).
 13. MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistravropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Pers Indiv Differ.* 2009;47(8):938-43.
 14. Kim S, Sargen-Cox K, Cherbuin N, Anstey KJ. Development of the motivation to change lifestyle and health behaviours for dementia risk reduction scale. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2014;4(2):172-83.