ความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร

อาภาภรณ์ พึ่งยอด พบ., ปราโมทย์ สุคนิชย์ พบ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร และหาปัจจัยต่างๆ ที่อาจสัมพันธ์กับภาวะนี้

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 อายุ 12-18 ปี จากโรงเรียนมัธยมศึกษา 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 ราย ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการกิน (Eating Attitude Test - 26, EAT-26)

ผลการศึกษา แจกแบบสอบถาม 450 ชุด ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ 419 (ร้อยละ 93.1) ชุด อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15.0 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.78) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 72.8) จำนวนคนที่ได้คะแนนจาก EAT-26 มากกว่าหรือเท่ากับ 20 มีจำนวน 45 ราย (ร้อยละ 10.74) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาทกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้กับอายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และสถานภาพสมรสของบิดามารดา

สรุป ความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติเท่ากับร้อยละ 10.74 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่คล้ายกันก่อนหน้านี้ ข้อมูลที่ได้นี้น่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เห็นแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้น เพื่อที่จะร่วมมือกันหาแนวทางป้องกันรวมถึงการส่งเสริมและให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง เพื่อลดความรุนแรงของปัญหานี้ในอนาคต

คำสำคัญ ทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ความชุก กรุงเทพมหานคร

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(2): 149-158

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพ 10400

Prevalence of Abnormal Eating Attitudes and Behaviors among Thai Female High School Students in Bangkok

Arpaporn Puengyod M.D., Pramote Sukanich M.D.

ABSTRACT

Objective: To examine the prevalence of abnormal eating attitudes and behaviors among Thai female high school students in Bangkok and to identify factors associated with abnormal eating attitudes and behaviors

Materials and methods: Data was obtained from 450 high school students aged 12-18 years studying in three high schools in Bangkok. The instrument employed in this study was the Eating Attitude Test-26 (EAT-26)

Results: Questionnaires were completed by 419 (93.1%) of the 450 adolescent females who were approached. The mean age of subjects in the sample was 15.0 (standard deviation 1.78) years. Most of the subjects had normal weight for height (72.8%). 10.74% had scores above the recommended cut-off (≥ 20) for abnormal eating attitudes and behaviors on the EAT-26. Statistically significant association was found between abnormal eating attitudes and family's income below 20,000 Bath per month, but no association was found among age, weight for height and parental status.

Conclusions: Abnormal eating attitudes and behaviors were presented in 10.74% of female students aged 12-18 years and seem to have increased gradually when compared with a previous study. Prevention programs to diminish the progression and impact of these abnormal eating attitudes and behaviors should be implemented and assessed.

Keywords: abnormal eating attitudes and behaviors, prevalence, Bangkok

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(2): 149-158

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและให้ความสำคัญกับรูปร่างอย่างมากโดยเฉพาะในวัยรุ่นเพศหญิง[1] จากรายงานของ The National Health Examination Survey (สหรัฐอเมริกา) พบว่าร้อยละ 25 ในกลุ่มที่มีเศรษฐานะต่ำ และมากกว่าร้อยละ 40 ในกลุ่มที่มีเศรษฐานะสูงของวัยรุ่นเพศหญิงที่มีน้ำหนักตัวอยู่ที่เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ต้องการมีรูปร่างที่ผอมลง[2] และจากรายงานของ The Youth Risk Behavior Survey (สหรัฐอเมริกา) ในปี ค.ศ. 2005 เกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (Abnormal eating attitudes and behaviors) พบว่าร้อยละ 4.5 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษารายงานว่ามีการอาเจียน หรือใช้ยาระบายในช่วงเดือนที่ผ่านมาเพื่อจุดประสงค์ในการลดหรือควบคุมน้ำหนัก และพบความชุกในเพศหญิงสูงกว่าชาย (ร้อยละ 4.2, และ 2.8 ตามลำดับ)[3] ซึ่งความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนรวมทั้งค่านิยมเรื่องการมีรูปร่างที่บอบบาง และการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกตินี้ทำให้วัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคความผิดปกติของการกิน (Eating disorders) ไม่ว่าจะเป็น Bulimia nervosa หรือ Anorexia nervosa[1] ซึ่งเป็นภาวะที่เพิ่มอัตราความพิการและอัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญ[4] และยังสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น นำไปสู่ภาวะขาดสารอาหาร[5] การเจริญเติบโตช้า[6] ภาวะอ่อนเพลียวิตกกังวล และซึมเศร้า[7] เป็นต้น

เดิมเชื่อว่าโรคความผิดปกติของการกินรวมทั้งทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกตินี้สัมพันธ์กับสังคมตะวันตก (Western societies)[8] แต่จากการศึกษาต่อๆ มาพบความชุกของภาวะนี้สูงขึ้นในประเทศที่ไม่ใช่ตะวันตก (Non-western countries) เช่น การศึกษาของ Maria Makino และคณะ[9] ในปี ค.ศ.2004 ซึ่งเป็นการศึกษาโดยการทบทวนงานวิจัยต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคความผิดปกติของการกินระหว่างประเทศตะวันตกและไม่ใช่ตะวันตก พบว่าอุบัติการณ์ของโรคความผิดปกติของการกินรวมทั้งทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศที่ไม่ใช่ตะวันตก มีการศึกษาหลายการศึกษาในเอเชียที่ทำเพื่อหาความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ โดยพบความชุกของภาวะนี้ได้ประมาณร้อยละ 5-15 ในการศึกษาที่ทำในประเทศต่างๆ ในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น[10], ฮ่องกง[11], จีน[12] และฟิลิปปินส์[13]

สำหรับประเทศไทย เคยมีการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการกินของวัยรุ่นหญิงเมื่อปี ค.ศ.1994 โดยฐิตวี แก้วพรสวรรค์[14] สำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการกินโดยใช้แบบสอบถาม EAT-40 ทำการสำรวจในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร อายุ 12-19 ปี จำนวน 223 ราย พบอุบัติการณ์ของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติร้อยละ 8.96

ในสังคมไทยปัจจุบันโดยเฉพาะสังคมเมืองใหญ่มีความเป็นโลกาภิวัฒน์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นได้รับรู้ค่านิยมของทางตะวันตก ผ่านทางสื่อในทุกรูปแบบ ค่านิยมในเรื่องรูปลักษณ์ทางกายจึงมีแนวโน้มของการเปลี่ยนไปในทางตะวันตกมากขึ้น กล่าวคือมีลักษณะกลัวอ้วนตามแบบฉบับในทางตะวันตก[15] ประกอบกับการศึกษาเดิมเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกตินั้นทำไว้หลายปีแล้ว จึงนำมาสู่คำถามการวิจัยว่าปัจจุบันความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในวัยรุ่นไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ดังนั้นจึงได้มีการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติของวัยรุ่นไทยอีกครั้ง เพื่อให้ทราบความชุกและแนวโน้มของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในปัจจุบัน และเพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจสัมพันธ์กับภาวะนี้

วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้มีวตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร และหาปัจจัยต่างๆ ที่อาจสัมพันธ์กับภาวะนี้

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง ทำการศึกษาในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีสุ่มทางสถิติจากโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในกรุงเทพมหานครซึ่งมี 3 เขต เลือกสุ่มมาเขตละ 1 โรงเรียน จำนวนโรงเรียนละ 150 ราย รวมเป็น 450 ราย โดยจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาคำนวณโดยอ้างอิงจากการศึกษาที่คล้ายกันก่อนหน้านี้[16] ทำการเก็บข้อมูลเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2553 ในชั่วโมงแนะแนว กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านแบบสอบถามและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือ ใช้แบบสอบถามชนิดให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่หนึ่ง: ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ น้ำหนักและส่วนสูงปัจจุบัน น้ำหนักและส่วนสูงที่ต้องการ ข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และสถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และลักษณะการพักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนักและส่วนสูงนั้นเพื่อนำมาคำนวณน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height) โดยใช้โปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ (INMU-Nutristat) ของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชากรไทย (อายุ 1 วัน – 19 ปี) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[17] โดยผู้ศึกษาได้จัดกลุ่มน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	น้อยกว่า -1.5 SD
ปกติ	-1.5 SD ถึง +1.5 SD
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	มากกว่า +1.5 SD

ส่วนที่สอง: แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการกิน (Eating Attitude Test - 26, EAT-26) ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย Garner และ Garfinkel[18] ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและอนุญาตให้นำมาใช้ได้โดย ผศ.ดร.เพียงใจ เจนนิ่งส์[19] แบบสอบถาม EAT-26 นี้เป็นแบบสอบถามที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในการใช้สำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการกิน และช่วยในการตรวจค้นวินิจฉัยความผิดปกติในการกิน โดยเฉพาะโรค anorexia nervosa มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) อยู่ในเกณฑ์ดี[18] มีความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 77 และ 94 ตามลำดับ[20] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 หัวข้อย่อย (subscales) ได้แก่ 1. dieting 2. bulimia and food preoccupation 3. oral control

ในแต่ละข้อคำถามประกอบด้วย 6 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ และตลอดเวลา มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คือ ตัวเลือกไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้งให้ 0 คะแนน ตัวเลือกบ่อยคครั้ง เป็นประจำ และตลอดเวลาให้ 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับ และมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-78 โดยผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนถือว่ามีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (abnormal eating attitudes and behaviors)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม Stata version 11.0 ศึกษาลักษณะการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และค่ามัธยฐาน และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่อาจสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติโดยใช้สถิติ logistic regression analysis โดยวิธี enter

ผลการศึกษา

จากแบบสอบถามทั้งหมด 450 ชุด ได้รับตอบกลับ 419 ชุด คิดเป็น response rate ร้อยละ 93.1

ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่าง 419 ราย ประกอบด้วยกลุ่มอายุ 12-14 ปี จำนวน 186 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 และกลุ่มอายุ 15-18 ปี จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 55.6 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 15.0 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.78) ส่วนสูงเฉลี่ย 159.2 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 51.0 กิโลกรัม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 72.8) รองลงมามีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คือ ร้อยละ 16.7 และ 10.5 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดาพบว่า อายุเฉลี่ยของบิดาเท่ากับ 46.5 ปี อายุเฉลี่ยของมารดาเท่ากับ 43.2 ปี การศึกษาของบิดาและมารดาส่วนใหญ่คือ ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 40.1 และ 37.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย โดยร้อยละ 80.19 ของบิดามารดายังอยู่ด้วยกัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 58 และร้อยละ 77.8 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา

คะแนนจาก EAT-26

คะแนนที่ได้จาก EAT-26 มีตั้งแต่ 0-57 คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 9.26 จำนวนคนที่ได้คะแนนจาก EAT-26 มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนมีจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.74

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 12-14 ปี และ 15-18 ปี มีค่ามัธยฐานของคะแนน EAT เท่ากับ 7 ในทั้งสองช่วงอายุ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-45 คะแนน และ 0 -57 คะแนนตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนน EAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน (ตารางที่ 1) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนพบว่ากลุ่มอายุ 12-14 ปี มีคนที่ได้จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 9.7) ส่วนกลุ่มอายุ 15-18 ปี ได้จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 11.6) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนน EAT ในสองกลุ่มอายุนี้

ตารางที่ 1 ความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (EAT ≥ 20) เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	N	Number of abnormal eating attitude	Prevalence (%)	95 % CI
12 - 14	186	18	9.7	5.8 – 14.9
15 - 18	233	27	11.6	7.8 – 16.4
Total	419	45	10.74	

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน EAT กับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่าค่ามัธยฐานของคะแนน EAT ในกลุ่มที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 6, 7 และ 9 โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-22 คะแนน, 0-57 คะแนน และ 1-45 คะแนนตามลำดับ เมื่อพิจารณาคะแนน EAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน (ตารางที่ 2) พบว่าในกลุ่มที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย, ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมีผู้ที่ได้คะแนน EAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 7.50, 12.63 และ 13.04 ตามลำดับ ซึ่งไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนคติและพฤติกรรมการกิน

ผลการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการกินจากแบบสอบถาม EAT-26 ในส่วนของผู้ที่ตอบแบบสอบถามในระดับบ่อยครั้ง, เป็นประจำ และตลอดเวลา พบว่าในหัวข้อ dieting มีผู้ที่มีความกลัวมากเรื่องน้ำหนักเพิ่มจำนวน 185 ราย (ร้อยละ 44.15) ในจำนวนนี้มี 54 ราย (ร้อยละ 12.89) กลัวมากตลอดเวลา ส่วนผู้ที่หมกมุ่นกับความอยากผอมลงมีร้อยละ 23.87 ผู้ที่กินอาหารที่ช่วยลดน้ำหนักมีร้อยละ 15.75 และผู้ที่จำกัดปริมาณอาหารเพื่อลดน้ำหนักมีร้อยละ 23.63

หัวข้อ bulimia and food preoccupation พบว่ามีจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 4.77) อยากอาเจียนหลังกินอาหาร มีจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 2.15) มีพฤติกรรมอาเจียนหลังกินอาหาร ในจำนวนนี้มี 1 ราย ทำตลอดเวลา 2 ราย ทำเป็นประจำ และ 6 ราย ทำบ่อยครั้ง

หัวข้อ oral control พบว่ามีผู้ที่หลีกเลี่ยงที่จะกินเวลาหิวร้อยละ 10.73 และมีพฤติกรรมตัดอาหารออกเป็นชิ้นเล็กชิ้นน้อยร้อยละ 21.48

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนน EAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน (ตารางที่ 3)

พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคะแนน EAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < 0.05$ ค่า R2 เท่ากับร้อยละ 2.24 แต่อายุ, น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงและสถานภาพสมรสของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนน EAT มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ที่ระดับ $P < 0.05$

ตารางที่ 2 ความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (EAT ≥ 20) เมื่อแบ่งตามน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight for Height)

Weight for Height	N	Number of abnormal eating attitude	Prevalence (%)	95% CI
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	44	2	4.5	0.5 – 15.5
ปกติ	305	34	11.1	7.8 – 15.2
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	70	9	12.6	6.1 – 23.0
Total	419	45		

ตารางที่ 3 ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ

ปัจจัย	EAT score >20 N = 45 (%)	EAT score < 20 N = 374 (%)	OR ± (95% CI)	P value
อายุ (ปี)				
12 - 14	18 (40.0)	168 (44.92)	1	
15 - 18	27 (60.0)	206 (55.08)	1.22 ± (0.65 - 2.30)	0.53
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง				
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	2 (4.44)	42 (11.23)	1	
ปกติ	34 (75.56)	271 (72.46)	3.10 ± (0.64 - 15.07)	0.16
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	9 (20.0)	61 (16.31)	2.63 ± (0.61 - 11.37)	0.19
สถานภาพสมรสบิดามารดา				
ยังอยู่ด้วยกัน	33 (73.33)	303 (81.02)	1	
หม้าย หย่า แยก	12 (26.67)	71 (18.98)	1.55 ± (0.76 - 3.15)	0.23
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)				
< 20,000	34 (75.56)	209 (55.88)	2.38 ± (1.17 - 4.84)	0.017 *
≥ 20,000	11 (24.44)	161 (43.05)	1	

* $p < 0.05$

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเดิมเคยมีการศึกษาสำรวจเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินในนักเรียนหญิงวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี ค.ศ. 1994 แต่เนื่องจากเวลาผ่านมาหลายปี ประกอบกับในปัจจุบันวัยรุ่นไทยมีโอกาสเข้าถึงสื่อต่างๆ ได้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นนิตยสาร โทรทัศน์ หรืออินเตอร์เน็ต ซึ่งจัดว่าเป็นช่องทางสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นรับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในขณะเดียวกับก็เป็นช่องทางให้ได้รับค่านิยมเรื่องการกินและรูปร่างที่นิยมรูปร่างบอบบางจากประเทศทางตะวันตกมากขึ้นด้วย ซึ่งน่าจะมีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการกินของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้ได้มีการปรับปรุงจากการศึกษาเดิมโดยการเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และกระจายพื้นที่ในการสำรวจให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยการเก็บข้อมูลจากโรงเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 3 แห่งซึ่งเป็นตัวแทนจาก 3 เขตการศึกษา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการสำรวจในโรงเรียนเพียงแห่งเดียว นอกจากนี้ได้เปลี่ยนแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมในการกินจาก EAT-40 มาใช้ EAT-26 ซึ่งข้อคำถามที่น้อยช่วยให้ผู้ตอบแบบสอบถามประหยัดเวลาในการทำแบบสอบถาม และน่าจะช่วยให้มีความสนใจและมีสมาธิจดจ่อในการทำแบบสอบถามมากขึ้น

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (คะแนนจาก EAT-26 มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 10.74 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้[14] ในประเทศไทยในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน พบว่าความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีแนวโน้มสูงขึ้น (การศึกษาก่อนหน้านี้พบความชุกร้อยละ 8.96) ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่วัยรุ่นไทยมีโอกาสได้รับทราบข้อมูลข่าวสารและรับค่านิยมเกี่ยวกับการกินอาหารและค่านิยมเรื่องรูปร่างที่บอบบางจากประเทศทางตะวันตกมากขึ้น จากระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเปิดกว้างมากขึ้นในปัจจุบัน หรือเป็นจากการตอบสนองของเด็กต่อเครื่องมือต่างกัน

ผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่อาจสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกตินั้น ในด้านความสัมพันธ์กับเศรษฐานะ จากการศึกษาของ Wardel[21] พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงที่มาจากครอบครัวที่มีเศรษฐานะสูงมีโอกาสเผชิญกับการลดน้ำหนักและการควบคุมอาหารของคนในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมากกว่า ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าความแตกต่างทางเศรษฐานะอาจมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติหรือไม่ แต่จากการศึกษาต่อมาของ Carmen และคณะ ในปี ค.ศ. 2007[11] พบว่าเศรษฐานะไม่สัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการที่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ที่ระดับ $P < 0.05$ ซึ่งการสอบถามรายได้เฉลี่ยของครอบครัวจากเด็กนั้นอาจมีความคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากเด็กบางคนไม่ทราบรายได้เฉลี่ยที่แท้จริงของครอบครัว ดังนั้นควรมีการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเรื่องรายได้ของครอบครัวหรือเศรษฐานะกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไรในโอกาสต่อไป

การศึกษาในต่างประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติกับอายุที่เพิ่มขึ้น, BMI สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยและความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในบิดามารดา[10, 16] ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงที่ปรับตามอายุมาใช้แทน BMI เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการคำนวณน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงที่มีการปรับตามอายุน่าจะเหมาะสมกว่าการใช้ BMI ซึ่งไม่มีการปรับตามอายุ แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติกับอายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งอาจเกิดจากการใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกัน และอัตราการเจริญเติบโตของวัยรุ่นที่แตกต่างกันระหว่างประเทศไทยและต่างประเทศ นอกจากนี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติกับสถานภาพสมรสของบิดามารดา ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ ประการแรกกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร จึงอาจจะไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในวงกว้างได้ และไม่สามารถนำไปใช้ในกลุ่มอายุและเพศที่แตกต่างกันได้ ระการต่อมาแบบสอบถามที่ใช้เป็นชนิดที่ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเอง จึงอาจเกิดปัญหาในเรื่องของความ bias และอาจได้ข้อมูลเกี่ยวกับน้ำหนักและส่วนสูงที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง นอกจากนี้ในส่วนของแบบสอบถาม EAT-26 ถึงแม้จะมี internal consistency อยู่ในเกณฑ์ดี และมี sensitivity และ specificity สูง แต่มีข้อจำกัดเรื่อง false positive ที่สูง[20] และฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยนั้นผู้นิพนธ์ไม่สามารถหาค่าความเที่ยงตรง (validity) และค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากบทความใดๆ ได้ รวมทั้งไม่ได้ทำการทดสอบหาค่าเหล่านี้

ใหม่ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนและส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาได้ ประการสุดท้าย ลักษณะของการศึกษาเป็นแบบ cross – sectional จึงไม่สามารถประเมินการดำเนินของโรคหรืออาการของกลุ่มที่มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มตัวอย่างนี้มีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคความผิดปกติของการกิน (eating disorders) ได้มากน้อยเพียงใด

จากการศึกษาของ Nesim พบว่าทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับลักษณะบางอย่าง เช่น ความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ การมีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศและทางอารมณ์ในวัยเด็ก[22] ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ พฤติกรรมเสี่ยงบางประการ เช่น การสูบบุหรี่ การใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด[11] ปัญหาในครอบครัว เช่น การใช้แอลกอฮอล์ในครอบครัว[10] เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติระหว่างเพศหญิงและเพศชาย[11-13] ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาลักษณะนี้ในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้นน่าจะมีการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มคนที่แตกต่างกันในด้านเพศ อายุ เศรษฐานะ สังคม และศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจสัมพันธ์กับภาวะนี้ในโอกาสต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่าทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพต่างๆ ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว ข้อมูลที่ได้นี้น่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เห็นแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้น เพื่อที่จะร่วมมือกันหาแนวทางป้องกันรวมถึงการส่งเสริมและให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง เพื่อลดความรุนแรงของปัญหานี้ในอนาคต

สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติเท่ากับร้อยละ 10.74 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่คล้ายกันก่อนหน้านี้ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาทกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์นี้กับอายุ, น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และสถานภาพสมรสของบิดามารดา

เอกสารอ้างอิง

1. Robert AK. Adolescence. In: Andres M, Fred RV, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 279-91.
2. Gross RT, Duke PM. Effects of early vs. late physical maturation on adolescent behavior. In: Levine MD CW, Crocker AC, et al. editors. Developmental behavioral pediatrics. Philadelphia: WB Saunders; 1983: 146-56.
3. Centers for Disease Control and Prevention: Youth risk behavior surveillance United States, 2005 Morb Mortal Wkly Rep 55(SS-5); 2006: 1-108.
4. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. Psychol Med 1990; 20:383-94.
5. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Perry CL. Weight-control behaviors among adolescent girls and boys: implications for dietary intake. J Am Die Assoc 2004; 104:913-20.

6. Mallick MJ. Health hazards of obesity and weight control in children: a review of the literature. Am Public Health 1983; 73:78-82.
7. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154:569-77.
8. Bemporad JR. Cultural and historical aspects of eating disorders. Theor Med Bioeth 1997; 18:401-20.
9. Makino M, Tsuboi K, Yasushi M, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. Med Gen Med 2004; 6:49+.
10. Kazutoshi N, Yoshihiko H, Atsushi W, Kyoichi H, Shinichi N, Kunihiko T, et al. Eating problems in female Japanese high school students: a prevalence study. Int J Eat Disord 1999; 26:91-5.
11. Carmen KT, Cherry FN, Chak MY, Betty WY. Disordered eating attitudes and behaviors among adolescents in Hong Kong: prevalence and correlates. J Paediatr Child Heaoth 2007; 43:811-7.
12. Makino M, Hashizume M, Tsuboi K, Yasushi M, Dennerstein L. Comparative study of attitudes to eating between male and female students in the People's Republic of China. Eat Weight Disord 2006; 11:111-7.
13. Lorenzo CR, Lavori PW, Lock JD. Eating attitudes in high school students in the Philippines: a preliminary study. Eat Weight Disord 2002; 7:202-9.
14. Keawpornsawan T. A survey of eating attitudes and behaviors among Thai female teenage students. Siriraj Hosp Gaz 1994;46:363-8.
15. Lotrakul M. Atypical features in some Asian anorexia nervosa: report of 2 cases. Siriraj Hosp Gaz 1999; 51:49-55.
16. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. CMAJ 2001; 165:547-52.
17. อุไรพร จิตต์แจ้ง, นิภา โรจน์รุ่งวศินกุล, อำนาจ สมใจ. โปรแกรมคำนวณภาวะโภชนาการ [วรรณกรรมโปรแกรมคอมพิวเตอร์]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา; 2002.
18. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982; 12:871-8.
19. Piangchai SJ, David F, Brett M, Gary H, Sato J. Eating disorder attitudes and psychopathology in Caucasian Australian, Asian Australian and Thai university students. Aust N Z J Psychiatry 2006;40:143-9.
20. Mitnz LB, O'Halloran MS. The eating attitudes test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. J Pers Assess 2000:74:489-503.
21. Wardel J, Robb KA, Johnson F, Griffith J, Brunner E, Power C, et al. Social economic variation and attitudes to eating and weight in female adolescence. Health Psychol 2004; 23:275-82.
22. Nesim K, Gamze A, Orhan D, Erdal D, Ferda I. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. Aust N Z J Psychiatry 2006; 40:129-35.