

# Impact and Prevention Guidelines for Eating Disorders from Behavioral Science Perspectives<sup>1</sup>

Aree Bintapanya<sup>2</sup>, Oraphin Choochom<sup>3</sup>, and Thasuk Junprasert<sup>4</sup>

Received: April 3, 2019 Revised: July 11, 2019 Accepted: July 15, 2019

## Abstract

This article presents impacts and prevention guidelines for eating disorder behavior following the behavioral science perspectives, by focusing on the importance of various fields of the behavioral sciences, especially integrating knowledge from psychology, sociology, anthropology, towards developing a comprehensive understanding. which could be explained by using “The Triadic Influence Theory” The aim is to describe the eating disorders among Thai women in three main contexts: 1) basic understanding of 3 types of eating disorders, including; anorexia, bulimia nervosa, and binge eating, 2) impacts of eating disorders on physical, mental, emotional and social influences; and 3) prevention guidelines for eating disorders in the level of individuals, family, institution, educational institute, and health organization. The suggestions from this article promote developing policy model from the research perspectives of behavior scientists that can be best applied to related units, leading to the prevention of eating disorders and guidelines for behavioral surveillance of eating disorders that are likely to occur in young children, adolescents, and adults.

**Keywords:** eating disorder behavior, impact, prevention guidelines, behavioral science perspectives

---

<sup>1</sup> Academic Article

<sup>2</sup> Graduate Student, Doctoral Degree in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University. E-mail:areedeaw@yahoo.com

<sup>3</sup> Associate Professor at Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

<sup>4</sup> Associate Professor at Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

## ผลกระทบและแนวทางการป้องกันพฤติกรรมการกินผิดปกติในมุมมองทางพฤติกรรมศาสตร์<sup>1</sup>

อารี บินทปัญญา<sup>2</sup> อรพินทร์ ชูชม<sup>3</sup> และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ<sup>4</sup>

### บทคัดย่อ

บทความนี้ วิเคราะห์ถึงผลกระทบและแนวทางการป้องกันพฤติกรรมการกินผิดปกติ โดยผ่าน มุมมองทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการใช้ศาสตร์ต่างๆ ทางพฤติกรรม ศาสตร์ มีการบูรณาการความรู้จากจิตวิทยา สังคมวิทยา มานุษยวิทยาและในสาขาวิชาอื่นๆ ร่วมกัน ในการพัฒนาความเข้าใจที่ครอบคลุม ซึ่งอธิบายภายใต้พื้นฐานทฤษฎีอิทธิพลสามทาง วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายพฤติกรรมการกินผิดปกติของผู้หญิงไทย นำเสนอเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคการกินผิดปกติ โดยพฤติกรรมการกินผิดปกติ มี 3 แบบ ได้แก่ แบบ anorexia nervosa แบบ bulimia nervosa และแบบ binge eating 2) ผลกระทบ ของพฤติกรรมการกินผิดปกติ 3 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม 3) แนวทางการ ป้องกันพฤติกรรมการกินผิดปกติ ในระดับของบุคคล ครอบครัว สถาบัน สถานศึกษาและ องค์กรเพื่อสุขภาพ ข้อเสนอแนะจากบทความนี้มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมเชิงนโยบายจาก มุมมองการวิจัยของนักพฤติกรรมศาสตร์ สามารถนำไปเป็นฐานข้อมูลให้กับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง นำไปสู่แนวทางการป้องกันพฤติกรรมการกินผิดปกติ และแนวทางในการเฝ้าระวัง พฤติกรรมการกินผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นในกลุ่ม เด็ก เยาวชนและผู้ใหญ่

**คำสำคัญ:** ผลกระทบ แนวทางการป้องกัน พฤติกรรมการกินผิดปกติ มุมมองทาง พฤติกรรมศาสตร์

<sup>1</sup> บทความวิชาการ

<sup>2</sup> นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
อีเมล: areedeaw@yahoo.com

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>4</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## บทนำ

วิถีการดำเนินชีวิตของคนในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดวัฒนธรรมการบริโภคตามกระแสนิยม โดยเฉพาะกลุ่มผู้บริโภคที่เป็นผู้หญิง ซึ่งเป็นกลุ่มที่เลือกบริโภคความหมายที่ถูกสร้างขึ้นโดยผ่านสื่อ เกิดค่านิยมความอยากผอมขึ้นในกลุ่มผู้หญิง ทำให้คนไม่พอใจในรูปร่างของตน มุ่งเน้นการดูแลตนเองในรูปแบบหลากหลายวิธี เช่น การกินผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ยาลดน้ำหนัก ยาระบาย ยาขับปัสสาวะ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น เพื่อให้มีรูปร่างตามที่ตนปรารถนาหรือเป็นที่ยอมรับในสังคม นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และทำให้มีโอกาสที่จะเป็นโรคการกินผิดปกติตามมา โรคดังกล่าวมีการแพร่กระจายไปทั่วโลก ซึ่งพบการแสดงอาการของโรคมามากขึ้นในก่อนวัยรุ่นและวัยรุ่น ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากมาย (Nagl et al., 2016) อันเนื่องจากความเชื่อมโยงระหว่างบริบททางสังคมอุตสาหกรรม สังคมเมืองและวัฒนธรรมการบริโภคของผู้คน โดยมักพบค่านิยมความอยากผอมทั้งในหมู่วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และมีแนวโน้มพบในหญิงวัยกลางคน (The National Eating Disorders Collaboration, 2011)

ดังนั้น ผู้เขียนได้กล่าวถึงสาเหตุของการทำพฤติกรรมการกินผิดปกติ จนนำไปสู่โรคการกินผิดปกติในมุมมองทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่ได้มีการบูรณาการความรู้จากศาสตร์ทั้งทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา มานุษยวิทยาและในสาขาทางด้านสุขภาพ นำมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการกินผิดปกติของผู้หญิงไทย โดยอธิบายภายใต้พื้นฐานทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (The Triadic Influence Theory: TTI) ของ Flay, Snyder, and Petraitis (2009) เนื่องจากแต่ละบุคคลหรือกลุ่มคนมีพฤติกรรมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยพฤติกรรมเกิดขึ้นพร้อมกันมีลักษณะเป็นแบบพลวัตร ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวได้พัฒนาขึ้นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมทางเลือกของบุคคลในการตัดสินใจด้านพฤติกรรมสุขภาพ รวมไปถึงรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นแรงผลักดันในการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม โดยบูรณาการมาจากหลายทฤษฎีด้วยกัน ทั้งทางสังคมวิทยาและจิตวิทยาที่มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์กัน จากการศึกษามุมมองต่อการมีรูปร่างสวยงามและบริบททางวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของผู้หญิงไทย ที่นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการกินผิดปกติ: การวิจัยแบบผสานวิธี อธิบายภายใต้ทฤษฎีสามทางเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจาก 3 อิทธิพลหลัก ได้แก่

อิทธิพลภายในตัวบุคคล (intrapersonal influences) เป็นอิทธิพลที่เกี่ยวกับทางด้านพันธุกรรมและคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลการศึกษาพบว่า เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการกินผิดปกติมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมกรรมการกินผิดปกติ สอดคล้องกับ Kijchanpaiboon (2012) พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนไทยในปัจจุบันให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ภายนอกและไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาลดน้ำหนัก การอดอาหาร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นต้น และสนับสนุนแนวคิดของ Ajzen and Fishbein (1980) ได้กล่าวถึงเจตคติหรือความรู้สึกโดยรวมที่เป็นการประเมินทางบวกและลบของบุคคลต่อการกระทำนั้น ที่จะสนับสนุนหรือต่อต้านการกระทำนั้นๆ แสดงลักษณะออกมาเป็นพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการการมีรูปร่างสวยงามมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมกรรมการกินผิดปกติ สอดคล้องกับ Glasofer et al. (2013) พบว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ที่มีการกินแบบ binge eating มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการกินอาหารเพื่อการลดน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และพบว่าวิถีการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์กับการกินอาหารขบเคี้ยว

และสนับสนุนแนวคิดของ Bandura (1986) ที่เสนอว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ผ่านกระบวนการต่างๆ 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการคิด 2) กระบวนการตั้งใจ 3) กระบวนการด้านอารมณ์ และ 4) กระบวนการเลือก เมื่อบุคคลประเมินหรือรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว จะส่งผลไปถึงขั้นของการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติภารกิจตามมา และการตัดสินใจแสดงพฤติกรรม การกินผิดปกติมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินผิดปกติ สอดคล้องกับ Verplanken and Faes (1999) พบว่าการตัดสินใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกิน มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ .21 ( $p < .05$ ) และสนับสนุนแนวคิดของ Ajzen (1991) ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถหรือมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งนั้นย่อมมีความตั้งใจที่หนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรม แต่ถ้าหากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถหรือไม่มีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ย่อมไม่มีความตั้งใจที่หนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรม

อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) มีผลต่อพฤติกรรมมากที่สุด เนื่องจากพฤติกรรม สุขภาพของบุคคลเกิดจากการสังเกตและการเลียนแบบทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลอื่น เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ทางสังคม โดยเฉพาะบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคล ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนในเรื่องการมีรูปร่างสวยงามมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินผิดปกติ สอดคล้องกับ Mallick, Ray and Mukhopadhyay (2014) พบว่าเด็กวัยรุ่นหญิงทั่วโลกได้รับอิทธิพลจากเพื่อน ทำให้มีแนวโน้มต่อการพัฒนาจากระดับกลางไปสู่ระดับรุนแรงที่จะก่อให้เกิดโรคการกินที่ผิดปกติ โดยกลุ่มเพื่อนคือระบบของการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกผูกพัน แบ่งปันความสุขความทุกข์ ความเข้าใจกันแบบลึกซึ้ง นอกจากนี้ ทำให้เกิดความไว้วางใจกันหรือสร้างแรงใจกันและกัน ทำให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมในกลุ่มเพื่อนอีกด้วย (Mead, Hilton, & Curtis, 2001) และตัวแบบจากสื่อเกี่ยวกับการมีรูปร่างสวยงามมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การกินผิดปกติ สอดคล้องกับ Kristen and Kinnally (2012) พบว่าสื่อมีความสัมพันธ์กับความคิดเกี่ยวกับความผอม ข้อมูลที่ได้จากสื่อส่งผลกระทบต่อความไม่พอใจของร่างกาย ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Bandura (1969) กล่าวว่า ตัวแบบนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านคือ 1) ช่วยให้คุณเรียนรู้พฤติกรรมหรือทักษะใหม่ๆ 2) มีผลทำให้เกิดการยับยั้งหรือการยุติการยับยั้ง และ 3) ช่วยให้คุณพฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออกมา

อิทธิพลสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (cultural environment influence) เกิดจากบริบททางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ บุคคลนั้นในด้านค่านิยมในสังคมนั้นๆ ได้แก่ วัฒนธรรมหรือศาสนา ความเชื่อค่านิยมในสังคม การเมือง สภาวะทางเศรษฐกิจ การแข่งขัน การศึกษา การเปลี่ยนแปลงนโยบาย สุขภาพ การยอมรับทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการและโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดการรับรู้ข้อมูลและประสบการณ์ ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สามารถคาดเดาผลดีผลเสียของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และมีการให้คุณค่าต่อผลลัพธ์นั้น เช่น คุ้ม ไม่คุ้ม เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการที่เอื้อต่อการมีรูปร่างสวยงาม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการกินผิดปกติ สอดคล้องกับ Kaewanan (2009) พบว่าผู้บริโภคมีพฤติกรรมใช้บริการสถาบันเสริมความงามที่เมดิแคร์คลินิก เขตกรุงเทพมหานคร โดยคำนึงถึงปัจจัยทั้ง 7 ด้าน

อยู่ระดับมาก ได้แก่ ด้านกระบวนการ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านการจัดจำหน่ายบริการ ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ ด้านราคาและด้านการส่งเสริมการจำหน่ายบริการ และเทียบเคียงจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen's Behavior Model (Andersen & Aday, 1967) โดยกล่าวถึง การที่บุคคลจะตัดสินใจใช้บริการทางสุขภาพหรือไม่ขึ้น ขึ้นกับปัจจัย 3 ด้านคือ 1) ด้านประชาชน 2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และ 3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ในบทความนี้ ผู้เขียนกล่าวถึงการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ ที่เกิดจากอิทธิพลสามทาง ได้แก่ อิทธิพลภายในตัวบุคคล อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติได้ ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจถึงเนื้อหาในบทความนี้ ผู้เขียนจึงนำเสนอไว้ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคการกินผิดปกติ ผลกระทบของการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ แนวทางป้องกันการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้

### ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคการกินผิดปกติ

โรคการกินผิดปกติ (eating disorders) เป็นโรคที่บุคคลมีการรับรู้ ความรู้สึกและความคิดต่อรูปร่างและน้ำหนักตัวที่ผิดปกติอย่างรุนแรงและทำพฤติกรรมกินอาหารผิดปกติอย่างมาก โดยที่บุคคลมักจะพยายามลดน้ำหนักอย่างเข้มงวด ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้มีรูปร่างตามต้องการหรือเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งร่างกายและจิตใจที่รุนแรง (Hongsangansri, 2012) โดยสามารถจำแนกประเภทของโรคการกินผิดปกติตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์ ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual Disorders Fifth edition: DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีความชุกสูงและมีลักษณะทางคลินิก ได้แก่ 1) แบบ anorexia nervosa คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกกังวล คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวอย่างมาก และพยายามจำกัดปริมาณพลังงานของอาหารและลดน้ำหนักอย่างเข้มงวด มักพบในวัยรุ่นตอนต้น 2) แบบ bulimia nervosa คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกกังวลคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวอย่างมาก แต่กินอาหารปริมาณมากกว่าคนปกติทั่วไป ในช่วงเวลาและสถานการณ์คล้ายกัน หลังจากนั้นรู้สึกผิด จะทำพฤติกรรมพยายามกำจัดอาหารที่กินอย่างมากออกจากร่างกาย เช่น การล้วงคออาเจียน การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อลดน้ำหนัก อดอาหาร การออกกำลังกายติดต่อกันอย่างยาวนาน เป็นต้น มักพบในวัยรุ่นตอนต้นถึงวัยผู้ใหญ่ และ 3) แบบ binge eating คือ การที่บุคคลกินอาหารจำนวนมากจนไม่สามารถควบคุมการกินได้ แต่ไม่พยายามกำจัดอาหารที่กินออกจากร่างกาย มักพบอาการนี้ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่

ความชุกของโรคการกินผิดปกติ พบว่ามีอัตราการเกิดโรคและการแพร่กระจายไปทั่วโลก ได้แก่ ผู้หญิงในแถบยุโรป เมื่อพิจารณาจากความแตกต่างของพื้นที่ กลุ่มอายุและกลุ่มเชื้อชาติ พบแบบ anorexia nervosa น้อยกว่าร้อยละ 1-4 แบบ bulimia nervosa น้อยกว่าร้อยละ 1-2 โรคที่กล่าวมานี้ มีแนวโน้มอัตราการเกิดโดยรวมไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และมีแนวโน้มค่อนข้างลดลง แต่กลับพบว่าแบบ binge eating เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1-4 (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016) เช่น ประเทศอังกฤษ พบว่ามีความชุกของแบบ binge eating ร้อยละ 3.6 แบบ bulimia nervosa ร้อยละ 0.8 แบบ purging disorder และแบบ other specified feeding and eating

disorder (OSFED) ร้อยละ 0.6 (Solmi, Hotopf, Hatch, Treasure, & Micali, 2016) และมีเพียงร้อยละ 30 ที่ได้รับการประเมินและการดูแลรักษาโรคเท่านั้น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบแบบ anorexia nervosa ร้อยละ 0.5-2.2 และ bulimia nervosa ร้อยละ 0.9-3.0 (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015, Watson & Bulik, 2013; Dancyger, Krakower, & Fomari, 2013) พบเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 15-49 ปี (Thomas, Lee, & Becker, 2016) และมักพบในประเทศเดนมาร์ก ฝรั่งเศสและสวีเดน นอกจากนั้น ปี ค.ศ. 2014 พบอัตราการเกิดโรคมากขึ้นในประเทศอาหรับและประเทศในแถบเอเชียมากขึ้น (Pike, Hoek, & Dunne, 2014) เช่น ประเทศจีนพบมากกว่า 1.38 ล้านคน มีความชุกในวัยผู้หญิงแบบ anorexia nervosa ร้อยละ 1.05 โรค bulimia nervosa ร้อยละ 2.98 และโรค binge eating ร้อยละ 3.58 bulimia nervosa ร้อยละ 2.98 และ binge eating ร้อยละ 3.58 ส่วนประเทศญี่ปุ่นมีความชุกต่ำกว่าคือในผู้หญิงแบบ anorexia nervosa ร้อยละ 0.43 bulimia nervosa ร้อยละ 2.32 และ binge eating ร้อยละ 3.30 ในประเทศไทยพบผู้เข้ารับการรักษาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคการกินผิดปกติ ที่โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล จำนวน 35 ราย ได้แก่ โรคการกินผิดปกติแบบ bulimia nervosa จำนวน 16 ราย แบบ anorexia nervosa จำนวน 18 ราย และแบบ eating disorder not otherwise specified จำนวน 1 ราย (Kaewporndawan, Pariwatcharakul, & Pimratana, 2013)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการกินผิดปกติ เป็นความผิดปกติทางจิตของบุคคลในเรื่องการรับรู้ ความรู้สึกและความคิดต่อรูปร่างและน้ำหนักตัวที่ผิดปกติอย่างรุนแรง โดยผ่านกระบวนการรับรู้ข้อมูล การเรียนรู้และประสบการณ์จากการมีปฏิสัมพันธ์กัน สามารถคาดเดาผลดีผลเสียของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและมีการให้คุณค่าต่อผลลัพธ์นั้น ด้วยวิธีการต่างๆ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการกินผิดวิธี เพื่อให้ได้รูปร่างที่ตนต้องการและวิธีการก็จะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จนอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์และสังคมตามมา ซึ่งเกิดจากหลายๆ ปัจจัยด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การสร้างภาพลักษณ์ของร่างกายที่ทำให้เกิดค่านิยมความผอมบางในกลุ่มผู้หญิงจนกลายเป็นตัวแทนของความงาม หรือปัจจัยจากสื่อต่างๆ โดยเฉพาะตัวแบบของดารา ศิลปิน หรือคนมีชื่อเสียงในสังคม เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดแรงกดดันทางสังคมและความเครียดที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่โรคการกินผิดปกติที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาและการแสดงออกของการกินผิดปกติได้อย่างชัดเจน พบว่ามีความคล้ายคลึงกันจากกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาและประเทศในเอเชีย โดยเฉพาะความแตกต่างทางวัฒนธรรมในด้านการอดอาหาร การจำกัดอาหาร ความไม่พอใจต่อร่างกายตนเอง การกำจัดอาหารออกจากร่างกายและการกินอาหารจำนวนมาก ซึ่งพฤติกรรมหลักเหล่านี้พบเห็นได้ทั่วไปในกลุ่มบุคคล (Kathleen & Patricia, 2015)

### ผลกระทบของพฤติกรรมการกินผิดปกติ

การที่บุคคลทำพฤติกรรมการกินผิดปกติ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ซึ่งมีผลต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ 1) ระบบการย่อย มีผลทำให้ฟันสึกกร่อนที่เกิดจากน้ำย่อยในกระเพาะ ซึ่งมักเกิดจากการทำให้ตัวเองอาเจียนบ่อยๆ ทำให้ต่อมน้ำลายบวม 2) ระบบผิวหนัง เกิดการสูญเสียชั้นไขมัน มีอุณหภูมิต่ำ หรือทำให้ผมเล็บบและผิวหนังแห้งขาดน้ำ 3) ระบบประสาท ทำให้

ปลายประสาทอักเสบ หรือเกิดอาการมีนงง 4) ระบบกระดูกและข้อ ทำให้กระดูกพรุนและหักง่าย 5) ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ส่งผลทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ หรือความดันโลหิตต่ำ หรือลิ้นหัวใจรั่ว ระบบไขกระดูก ทำให้เกิดภาวะซีด หรือเลือดออกง่าย 6) ระบบทางเดินอาหาร ทำให้กรดไหลย้อน หรือการอักเสบของลำไส้เล็ก หรือไขมันเกาะตับ หรือตับอักเสบ ซึ่งเกิดจากการควบคุมน้ำหนักโดยการล้วงคอให้อาเจียนและทำให้อาเจียนบ่อยๆ ทำให้หลอดอาหารฉีกขาด เยื่อลำคอฉีก จนถึงขั้นเลือดออกในทางเดินอาหาร และระบบการเผาผลาญในร่างกาย ทำให้มีน้ำหนักเพิ่ม หรือเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งในประเทศเยอรมันพบว่าเด็กและวัยรุ่นมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการพัฒนาเป็นโรคอ้วนเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ต่อไป (Herpertz-Dahlmann, Dimpfle, Konrad, Klasen, & Ravens-Sieberer, 2015) นอกจากนี้ ในประเทศฟินแลนด์ยังพบว่าผู้หญิงมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะน้ำหนักเกิน อันเนื่องมาจากการเป็นโรค binge eating (Mustelin, Raevuori, Hoek, & Keski-Rahkonen, 2015) และในประเทศสวีเดน พบว่า คนที่เป็นโรคนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวานและการอักเสบของลำไส้ (Welch, Ghaderi, & Swenne, 2015) 7) ระบบขับถ่าย ทำให้ไตทำงานผิดปกติ การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และ 8) ระบบสืบพันธุ์ ทำให้ขาดประจำเดือน ความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น นอกจากนี้อาจมีผลต่อสติปัญญาและความจำลดลงอีกด้วย

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่าบุคคลที่เป็นโรคการกินผิดปกติมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วยและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Sadock, Sadock, & Ruiz, 2015; Campbell & Peebles, 2014) สาเหตุเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เสียชีวิตได้ พบว่าร้อยละ 25 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011) ตัวอย่างเช่น ในประเทศสเปนพบนักเรียนอาศัยอยู่ในบาร์เซโลนาที่มีอายุระหว่าง 12-20 ปี พบว่าร้อยละ 25.2 มีความเสี่ยงของการกินผิดปกติมีระดับสูง ในขณะที่เดียวกันทางด้านพยาธิสภาพทางจิต ส่วนใหญ่เป็นความวิตกกังวลจากการมีมนุษย์สัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Garrido, Josefina, & Roca, 2015)

3. ผลกระทบทางด้านอารมณ์และสังคม พบว่าพฤติกรรมการกินผิดปกติแบบ anorexia nervosa มีผลกระทบทางด้านอารมณ์มีลักษณะเป็นคนไร้อารมณ์ความรู้สึกกับสิ่งรอบตัว รวมทั้งแยกตัวออกจากสังคม หงุดหงิดและฉุนเฉียวง่าย หรือรู้สึกซึมเศร้า ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศลดลง และคิดมากเกี่ยวกับอนาคตมากเกินไป เสพติดความสมบูรณ์แบบหรือตั้งมาตรฐานและเป้าหมายในชีวิตอย่างเคร่งครัด ตึงเครียดเกินไป มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ มีลักษณะบุคลิกภาพเจ้าระเบียบ จริงจัง ในด้านครอบครัวจะพบลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่มีปัญหาชีวิตสมรส การที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากทำให้สามารถดึงดูความสนใจจากปัญหาของพ่อแม่ได้ มักมีลักษณะครอบครัว เช่น แบบเป็นศัตรูกัน (hostility) สับสน (chaos) แยกตัว (isolation) และไม่ค่อยเอาใจใส่ (empathy) โดยมักมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ เช่น การนำอาหารไปซ่อนตามที่ต่างๆ ในบ้าน อาจซ่อนในผ้าเช็ดปากหรือในกระเป๋าสตางค์ ตัดแบ่งเนื้อสัตว์เป็นชิ้นเล็กๆ ใช้เวลาในการจัดการอาหารในงานเป็นเวลานาน และถ้าถูกถามก็มักจะเลี่ยงไม่ตอบ หรือตอบเหมือนว่าพฤติกรรมนั้นไม่ผิดปกติ (Suphaphon, 2010) โดยมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ ได้แก่ มักคิดวนเวียนเกี่ยวกับอาหารและน้ำหนัก หมกมุ่นอยู่กับมายาคติการมีรูปร่างที่ดี รวมทั้งไม่ยอมรับว่าน้ำหนักตัวต่ำจนอยู่ในเกณฑ์อันตราย รวมทั้งรู้สึกภูมิใจเมื่อน้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง มักนำอาหารออกจาก

ร่างกาย เพื่อให้ตนมีรูปร่างตามต้องการ สำหรับพฤติกรรมการกินผิดปกติแบบ bulimia nervosa และแบบ binge eating ผลกระทบทางด้านอารมณ์มีลักษณะคล้ายกัน เช่น อารมณ์แปรปรวนค่อนข้างง่าย หุนหันพลันแล่น ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ค่อยได้ รู้สึกเครียด กัดฟัน ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นต้น ส่วนผลกระทบทางด้านสังคม นั้น มักแยกตัวออกจากสังคม กลัวการกินในที่สาธารณะ มักรู้สึกอาย เปื่อหน่ายกับตัวเองหรือจะละอายใจ พฤติกรรมของตน แตกต่างกันตรงที่แบบ bulimia nervosa จะมีความรู้สึกของความผิดเกิดขึ้นภายหลังจากกินอาหารจำนวนมากไป มักนำอาหารออกจากร่างกาย เพื่อให้ตนมีรูปร่างตามต้องการด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การล้วงคอให้อาเจียน การอดอาหารบางมื้อ การออกกำลังกายเป็นระยะเวลานานๆ หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ส่วนการกินแบบ binge eating มักชอบให้รางวัลตัวเองด้วยการกิน กินเพื่อคลายเครียดหรือรู้สึกอะไรก็มักจะกิน ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมนั้น มักแยกตัวออกจากสังคม ชอบเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคมเพราะน้ำหนักเกิน

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการกินผิดปกติ จนนำไปสู่การเป็นโรคการกินผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญแล้ว มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติได้ ซึ่งจะกล่าวแนวทางป้องกันการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ ในหัวข้อต่อไป

### แนวทางการป้องกันพฤติกรรมการกินผิดปกติ

พฤติกรรมการกินผิดปกติของผู้หญิงไทย เกิดจากการรับรู้ ความรู้สึกและความคิดต่อรูปร่างและน้ำหนักตัว ที่ผิดปกติอย่างรุนแรง โดยมีลักษณะการกินที่เปลี่ยนไปจากปกติ ไม่สามารถกินอาหารได้ตามความต้องการของร่างกาย เช่น การอดอาหาร การปฏิเสธการกินอาหารมื้อหลัก การจำกัดปริมาณแคลอรีของอาหารอย่างเข้มงวด การล้วงคอให้อาเจียน การออกกำลังกายเป็นระยะเวลานานๆ การใช้ยาลดน้ำหนักหรือยาระบาย เป็นต้น ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ อิทธิพลภายในตัวบุคคล เช่น เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมการกินผิดปกติ การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการการมีรูปร่างสวยงาม อิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มเพื่อนในเรื่องการมีรูปร่างสวยงาม ตัวแบบจากสื่อของการมีรูปร่างสวยงาม และอิทธิพลสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้าถึงแหล่งบริการที่เอื้อต่อการมีรูปร่างสวยงาม โดยผ่านการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมการกินผิดปกติ จนทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนั้น แนวทางในการป้องกันการแสดงพฤติกรรมดังกล่าว ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินผิดปกติของผู้หญิงไทย ซึ่งการที่เราจะป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมการกินผิดปกติภายใต้พฤติกรรมศาสตร์นั้น ผู้เขียนได้นำเสนอแนวทางการป้องกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับการป้องกันการป้องกันตามบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับตัวบุคคล ระดับครอบครัว ระดับสถาบัน ระดับสถานศึกษาและระดับองค์กรเพื่อสุขภาพ มีแนวทางการป้องกันดังต่อไปนี้

1. ระดับบุคคล สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมการกินผิดปกติเกิดจากตัวบุคคลเป็นหลัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ที่มีแนวโน้มความไม่พอใจในรูปร่างตนเองและมีค่านิยมความผอมตามสมัยนิยม โดยหาทางจัดการกับรูปร่างของตนเองตามที่ตนปรารถนา ด้วยวิธีการต่างๆ นำไปสู่การตัดสินใจหรือตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (knowledge) เจตคติ (attitude) และการปฏิบัติ (practice) มา



สนับสนุนในการป้องกันระดับบุคคล ซึ่ง Schwartz (1975) ได้อธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มี 4 ลักษณะคือ 1) การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามเจตคติ โดยมีเจตคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้และการปฏิบัติ 2) ความรู้กับเจตคติมีผลร่วมกันเกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรม 3) ความรู้และเจตคติต่างทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และเจตคติไม่ได้เกี่ยวข้องกัน และ 4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อมหรือเมื่อมีความรู้ก็จะมี การปฏิบัติตามความรู้นั้น หรืออาจกล่าวได้ว่าความรู้มีผลต่อเจตคติก่อนแล้วการปฏิบัติก็จะเกิดขึ้นที่เป็นไปตามเจตคติ ดังนั้น บุคคลควรมีการดูแลตนเองในการป้องกันการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านความรู้ บุคคลนั้นควรหาความรู้เพิ่มเติมหรือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการกินผิดปกติ สาเหตุผลกระทบและแนวทางการป้องกัน เพื่อไม่ให้มีพฤติกรรมดังกล่าว

1.2 ด้านทัศนคติ บุคคลนั้นควรสร้างทัศนคติหรือค่านิยมเกี่ยวกับการกินอาหารให้ถูกหลักทางโภชนาการ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน นอกจากนี้ ควรพิจารณามองเห็นประโยชน์และโทษของการกินผิดปกติ

1.3 ด้านการปฏิบัติ บุคคลนั้นควรมีพฤติกรรมปฏิบัติ ได้แก่ 1) การกินอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ เช่น กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ กินผักและผลไม้เสริม การงดหวานหรือของมัน 2) ควรยอมรับการมีรูปร่างของตนเองตามความเป็นจริง กรณีมีน้ำหนักตัวน้อยหรือมากไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ให้ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักโภชนาการ พยาบาล แพทย์ 3) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรเลี่ยงซังน้ำหนักรหรือสองกระบอกบ่อยๆ เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นไม่ปรับพฤติกรรมและความคิดในการลดน้ำหนัก 4) หลีกเลี่ยงการอยู่คนเดียว พยายามไม่แยกตัวจากผู้อื่น เพราะทำให้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ 5) หาวิธีการลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารอย่างถูกวิธี ก่อนตัดสินใจกินยาลดน้ำหนักหรือยาใดๆ ก็ตาม ควรศึกษาวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องและข้อมูลความปลอดภัยของยาจากเภสัชกร หรือเข้ารับคำปรึกษาเกี่ยวกับการรักษาที่เหมาะสมจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อหรือโภชนาการ เพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาได้มากที่สุด 6) กรณีสงสัยว่าตนเองมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ ควรปรึกษาคนในครอบครัว เพื่อหาแนวทางการแก้ไข โดยการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อย่าอายที่จะพบแพทย์เพราะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดความสมดุล

2. ระดับครอบครัว เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวบุคคลนั้น จากการที่ครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ญาติ เป็นต้น โดยนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (social support) มาสนับสนุนในการป้องกันระดับครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เข้าใจ ความรัก การมองเห็นคุณค่า การยกย่อง มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันซึ่งกันและกัน และการรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) เกิดความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นพื้นฐานทางสังคม เช่น การได้รับการยกย่อง ความภาคภูมิใจและความช่วยเหลือจากสังคม (Kaplan, Cassel, & Gore, 1977) หรือมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ที่ได้รับการยอมรับและเป็นที่ยอมรับ ได้รับการยกย่อง ให้มีคุณค่าและเป็นที่ต้องการจากกลุ่มที่มีความเฉพาะเจาะจง (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons,

2006) ซึ่งมีลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การแสดงความรัก การเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย เป็นต้น 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานหรือข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น และ 3) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์รวมทั้งทรัพยากรงบประมาณและแรงงาน เช่น บริการเงิน สิ่งของ เครื่องมือ เป็นต้น ดังนั้น ครอบครัวควรมีแนวทางในการป้องกันไม่ให้บุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรม การกินผิดปกติ ดังนี้

2.1 ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้ตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวว่าพฤติกรรม การกินอาหารผิดปกติมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ได้แก่ ไม่กล่าวตำหนิหรือล้อเลียนในเรื่อง รูปร่าง ฝ้าสังเกตพฤติกรรมที่แปรเปลี่ยนไปจากเดิมของสมาชิกในครอบครัว

2.2 การเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับสมาชิกในครอบครัว เช่น การจัดการเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสม การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการที่ดี และทำความเข้าใจในโรคการกินผิดปกติ

2.3 ควรให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองกับคนในครอบครัว และ ร่วมกันวางแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวอย่างเหมาะสม

2.4 กรณีพบบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี ควรพาไปปรึกษาแพทย์หรือนักบำบัดเพื่อขอคำแนะนำ เกี่ยวกับการรับมือสิ่งเร้าจากสื่อ วัฒนธรรม หรือสังคมรอบข้างที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก

3. ระดับสถานศึกษา โดยบุคลากรในสถานศึกษาให้ความร่วมมือ เริ่มตั้งแต่ผู้บริหารทางสถานศึกษา ครู หรืออาจารย์ จนไปถึงผู้ประกอบอาหาร โดยเทียบเคียงกับแนวคิดแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social Ecological Model) ของ McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988) มาสนับสนุนในการป้องกันระดับ สถานศึกษา ซึ่งเป็นแนวคิดสำหรับการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ความสำคัญของการใช้โมเดลนี้เพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพเน้นที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environments) โดย ดำเนินการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ทั้ง 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล (individual) เช่น ความรู้ด้านอาหาร ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงอาหารที่กิน เป็นต้น 2) ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal) เช่น นิสัยการกิน อาหารของกลุ่มเพื่อน เป็นต้น 3) ระดับหน่วยงานหรือองค์กร (organization) เช่น การเข้าถึงอาหารและราคา อาหาร การให้ความรู้ เป็นต้น 4) ระดับชุมชน (community) เช่น บรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรมการกิน ในชุมชน เป็นต้น และ 5) ระดับนโยบาย (public policy) เช่น การควบคุมอาหาร การควบคุมผลิตภัณฑ์อาหาร เสริมต่างๆ เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยกลวิธีที่หลากหลายและการดำเนินงานในระดับพหุปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น สถานศึกษาควรมีแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรม การกินผิดปกติในหมูนักเรียนหรือนักศึกษา ดังนี้

3.1 ควรจัดกิจกรรมการเรียน การสอน จากสื่อต่างๆ และสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษา โดยเน้นการ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ในการให้ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมตามหลักโภชนาการ เพื่อให้หมูนักเรียนหรือนักศึกษา ได้ตระหนักเห็นคุณค่าความสำคัญไปสู่การปฏิบัติที่ดีและถูกต้อง

3.2 ควรให้คำแนะนำกับผู้ปกครองหรือผู้เกี่ยวข้องในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ สร้างค่านิยมการกินอาหารที่บ้านแทนนอกบ้าน เพื่อสร้างและกระชับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมให้มีการปรุงอาหารขึ้นเอง ซึ่งสะอาดและปลอดภัยกว่าการกินอาหารนอกบ้าน

3.3 ครูหรืออาจารย์ควรจัดอบรมผู้ประกอบการอาหารในสถานศึกษา ได้แก่ ควรปรุงอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ การปรุงอาหารด้วยน้ำมันที่มีคุณภาพ การจัดอาหารให้ครบ 5 หมู่ การไม่ใส่สารปรุงแต่งในอาหาร การรณรงค์ดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน

4. ระดับองค์กรเพื่อสุขภาพ โดยเทียบเคียงกับแนวคิดแบบจำลองนิเวศวิทยาเชิงสังคม (social ecological model) มาสนับสนุนการป้องกันระดับองค์กรเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดสำหรับการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค โมเดลนี้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเน้นที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environments) โดยดำเนินการปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆ ทั้ง 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล (individual) เช่น ความรู้ด้านอาหาร ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงอาหารที่กิน เป็นต้น 2) ระดับระหว่างบุคคล (interpersonal) เช่น นิสัยการกินอาหารของกลุ่มเพื่อน เป็นต้น 3) ระดับหน่วยงานหรือองค์กร (organization) เช่น การเข้าถึงอาหาร เป็นต้น 4) ระดับชุมชน (community) เช่น บรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรมการกินในชุมชน เป็นต้น และ 5) ระดับนโยบาย (public policy) เช่น การควบคุมอาหาร การควบคุมผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่างๆ เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยกลวิธีที่หลากหลายและการดำเนินงานในระดับพหุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น องค์กรเพื่อสุขภาพควรมีแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมการกินผิดปกติในประชาชน ดังนี้

4.1 ระดับผู้บริหารประเทศ ควรส่งเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ถูกต้องให้กับประชาชนทุกวัย โดยปลูกฝังค่านิยมการบริโภคที่ถูกตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักอย่างถูกวิธี ทำควบคู่กันไป ครอบครัว สถานศึกษาและในชุมชน นอกจากนี้ ควรทำการสำรวจพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของประชาชนและทำการวิเคราะห์ทางด้านโภชนาการเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม โดยครอบคลุมถึงช่วงอายุ พื้นที่การศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อช่วยในการกำหนดนโยบายแนวทางการแก้ไขอย่างชัดเจน รวมถึงการใช้กฎหมายอย่างจริงจังทั้งในส่วนของการกำกับดูแลคุณภาพผลิตภัณฑ์และหากพบว่ามีกรณีโฆษณาผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ต้องแจ้งหน่วยงานที่กำกับดูแลให้ดำเนินการและควรทำอย่างต่อเนื่อง

4.2 สถาบันทางสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (เช่น กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานโภชนาการ สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานสร้างและจัดการความรู้ กรมอนามัย เป็นต้น) ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการที่เหมาะสมกับบุคคลทุกช่วงวัย และข้อปฏิบัติในการจัดการกับน้ำหนักที่เหมาะสม การจัดทำคู่มือเผยแพร่ความรู้และประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วกัน สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ เช่น ความรู้เรื่องอาหารที่ถูกหลักโภชนาการความรู้เรื่องโรคการกินผิดปกติ การลดน้ำหนักที่ถูกต้องไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ การป้องกันโรคการกินผิดปกติที่ถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี เป็นต้น ควรจัดอบรมให้ความรู้แก่ครูหรืออาจารย์ตามสถานศึกษาในการส่งเสริมให้เด็กกินอาหารที่มี

ประโยชน์ครบ 5 หมู่ และในวัยอื่นๆ ให้เหมาะสมกับวัย การลดน้ำหนักที่ถูกวิธี เพื่อเป็นแนวทางพื้นฐานในการเฝ้าสังเกตและสามารถนำไปปฏิบัติในครอบครัวได้ หรือการประยุกต์ใช้รูปแบบแอปพลิเคชันในการเลือกอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการประเมินพฤติกรรมความเสี่ยงเชิงรุกโดยบุคลากรทางแพทย์ให้กับประชาชนทั่วไปหรือในสถานศึกษาต่างๆ เช่น การตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจภาวะทางจิต เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ จะได้ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้อง กรณีพบผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคการกินผิดปกติและมีความจำเป็นต้องรักษา ควรเป็นการบำบัดที่มีลักษณะแบบองค์รวม (holistic care) (Hilbert, Hoek, & Schmidt, 2017) โดยการมุ่งเน้นให้บุคคลนั้น รู้ถึงความสัมพันธ์ทางจิตใจกับปัญหาการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติ ในรายที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น การทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal therapy) การบำบัดด้วยการวิเคราะห์ทางปัญญา (cognitive analytic therapy) การสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการรักษา (motivational enhancement therapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นต้น เนื่องจากพฤติกรรมดังกล่าวมีความซับซ้อนเกิดจากหลายสาเหตุ ดังนั้น การป้องกัน การบำบัด และการรักษา อาจต้องใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น อายุ ระยะของการแสดงพฤติกรรม ความรุนแรงของพฤติกรรม เป็นต้น

4.3 กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ ในการวางแผนจัดทำหลักสูตร โดยมีการสอดแทรกเนื้อหาพฤติกรรมกรกินให้ถูกหลักโภชนาการ การกินผิดปกติ รวมถึงทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความอ้วน ค่านิยมความผอม การเพิ่มคุณภาพของการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพและบูรณาการด้านสุขภาพเข้ากับการเรียนการสอนในชั้นเรียน เน้นการปฏิบัติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง และให้คำแนะนำกับผู้ปกครองหรือผู้เกี่ยวข้องในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ ควรส่งเสริมให้มีการปรุงอาหารขึ้นเองซึ่งสะอาดและปลอดภัยกว่าการกินอาหารนอกบ้าน

สรุปได้ว่า จากความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรกินผิดปกติ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และแนวทางการป้องกันที่ได้กล่าวมาข้างต้น ถึงแม้ว่าแนวทางการป้องกันโรคยังไม่ปรากฏวิธีป้องกันแน่ชัด แต่เราก็สามารถจะนำความรู้ไปใช้เพื่อที่จะวิเคราะห์ตนเองว่ามีความเสี่ยงในการมีพฤติกรรมกรกินผิดปกติหรือไม่ โดยหาแนวทางการป้องกันไม่ให้ตนเองมีพฤติกรรมกรกินผิดปกติได้ โดยเริ่มจากการประเมินตนเองเสียก่อน ดูว่าขณะนี้เรามีความเสี่ยงต่อการทำพฤติกรรมดังกล่าวหรือไม่ ดังนั้นเราก็ควรต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมกรกินผิดปกติเสียก่อน เช่น สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิด จากข้อมูลและแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เชื่อถือได้ เป็นต้น การสร้างเจตคติต่อความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง โดยเฉพาะค่านิยมความผอม ควรหาวิธีการลดน้ำหนักที่ถูกวิธีโดยไม่ต้องพึ่งยาหรือผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก อาจปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ บุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมาก ควรให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด เป็นผู้รับฟังที่ดี ให้ข้อมูลของพฤติกรรมกรกินผิดปกติได้ ทั้งนี้เพื่อให้เท่าทันสื่อหรือข้อมูลข่าวสาร และเป็นตัวแบบที่ดีในเรื่องการกินที่ถูกหลักโภชนาการ เพื่อให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมกรกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการและป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้

## เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, R., & Aday, L. A. (1967). *A decade of health services: Social survey trends in use and expenditure*. Chicago: University of Chicago.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74.
- Bandura, A. (1969). Social learning theory of identificatory process. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of Socialization Theory and Research* (pp.213-262). Chicago: McNally.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592. doi: 10.1542/peds.2014-0194
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Dancyger, I., Krakower, S., & Fomari, V. (2013). Eating disorders in adolescent: Review of treatment studies that include psychodynamically informed therapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 97-117.  
doi: 10.1016/j.chc.2012.08.006
- Flay, B. R., Snyder, F., & Petraitis, J. (2009). The Theory of Triadic Influence. In R. J. DiClemente, M. C. Kegler, & R. A. Crosby (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research* (pp. 451-510). San Francisco: Jossey-Bass.
- Garrido, V., Josefina, R., & Roca, S. (2015). Eating disorder risk and psychopathological dimensions. *Anuario de Psicologia/The Universitat Autònoma de Barcelona Journal of Psychology*, 45(1), 87-99.
- Glaser, D. R., Haaga, D. A., Hannallah, L., Field, S. E., Kozlosky, M.,...Tanofsky-Kraff, M. (2013). Self-efficacy beliefs and eating behavior in adolescent girls at-risk for excess weight gain and

- binge eating disorder. *International Journal Eat Disorders*, 46(7), 663-668. doi: 10.1002/eat.22160
- Herpertz-Dahlmann, B., Dimpfle, A., Konrad, K., Klasen, F., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Eating disorder symptoms do not just disappear: The implications of adolescent eating-disordered behavior for body weight and mental health in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 675-684. doi: 10.1007/s00787-014-0610-3
- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychology*, 30(6), 423-437. doi: 10.1097/YCO.0000000000000360
- Hongsanguansri, S. (2012). Eating Disorder nai chittawetchasat [Eating disorder in psychiatry] (3rd ed.) (pp.532-539). Bangkok: Department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital.
- Kaewanan, A. (2009). Phruttkam kanchai borikan sathaban saem khwam ngam medi khae khlinik khong phuboriphok nai kheth Krung Thep Maha Nakhon [Behavior of using medicare beauty institute services consumer clinic in Bangkok] (Independent research). Sukhothai Thammathirat Open University, School of Management Science.
- Kaewporndawan, T., Pariwatcharakul, P., & Pimratana, W. (2013). kansuksa khwam maen trong khong baep pramoen Eating Attitudes Test-yisiphok (EAT-yisiphok) chabap phasa Thai nai ying Thai [Criterion validity study of the eating attitude test-26 (eat-26 Thai version) among Thai females]. *Warasan Smakhmicitphaethy Haeng Prathesthia*, 58(3), 283-296.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 50-51.
- Kathleen, M. P., & Patricia, E. D. (2015). The rise of eating disorders in Asia: A review. *Journal of Eating Disorders*, 3(33), 1. doi: 10.1186/s40337-015-0070-2
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278
- Kijchanpaiboon, S. (2012). Suksa phruttkam kanlot namnak thi mai thuktong khong wairun lae yaowachon Thai [Study the incorrect weight loss behavior of Thai teenagers and youth]. *Warasan Payaban*, 39(4), 179-189.
- Kristen, E. V. V., & Kinnally, W. (2012). Media effects on body image: Examining media exposure in the broader context of internal and other social factors. *American Communication Journal*, 14(2), 41.

- Mallick, N., Ray, S., & Mukhopadhyay, S. (2014). Eating behaviours and body weight concerns among adolescent girls. *Journal of Anthropology*, 1-5. doi: org/10.1155/2014/257396
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. doi: 10.1177/109019818801500401
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 135. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11769979>
- Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., & Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1106-1112. doi: 10.1002/eat.22409
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(8), 903-918. doi: 10.1007/s00787-015-0808-z
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). NJ: Person Education.
- Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Recent cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 436-442. doi: 10.1097/YCO.0000000000000100
- Richard, M. P. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspective and an agenda for research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363-377. doi: 10.1007/s1199-014-0384-6
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schwartz, N. E. (1975). Nutrition knowledge attitude and practice of high school graduated. *Journal of The America Dietetic Association*, 66, 28-31.
- Solmi, F., Hotopf, M., Hatch, S. L., Treasure, J., & Micali, N. (2016). Eating disorders in a multiethnic inner-city UK sample: Prevalence, comorbidity and service use. *Social Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 369-381. doi: 10.1007/s00127-015-1146-74
- Suphaphon, T. (2010). Interesting Topic ruang Anorexia Nervosa [Interesting topic: Anorexia nervosa]. *Report of the Tuesday 14 December 2010, 13.00-15.00 hrs. Department of*

- Psychiatry, Ramathibodi Hospital*. Retrieved from <https://med.mahidol.ac.th/dpt/PS/home>
- The National Eating Disorders Collaboration. (2011). *NEDC Fact Sheet-body Image*. Retrieved from <https://www.nedc.com.au/assets/Fact-Sheets/NEDC-Fact-Sheet-Body-Image.pdf>
- Thomas, J. J., Lee, S., & Becker, A. E. (2016). Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and The Pacific. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 354-362. doi: 10.1097/YCO.000000000000288
- Verplanken, B., & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, 29(5-6), 591-604. doi: 10.1002/(SICI)1099-0992(199908/09)29:5/6<591::AID-EJSP948>3.0.CO;2-H
- Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging intervention. *Psychological Medicine*, 43(12), 2477-2500. doi: 10.1017/S0033291712002620
- Welch, E., Ghaderi, A., & Swenne, I. (2015). A Comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BioMed Central Psychiatry*, 15(1), 1-7. doi: 10.1186/s12888-015-0419-8