

โรคความผิดปกติในการกินในช่วงวัยรุ่นจากมุมมองนักกำหนดอาหาร

ธนัท แซ่เล่า¹, กัญญารัตน์ พุทธรม¹, วรัญญา เตชะสุขทาวร¹, ธนิต วินิจจะกุล²

¹ภาควิชาโภชนาการและการกำหนดอาหาร คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

Eating Disorder in Adolescents from A Dietitian's Perspective

Thanatat Saelao¹, Kanyarat Phuttham¹, Varanya Techasukthavorn¹, Thanit Vinitchagoon²

¹Department of Nutrition and Dietetics, Faculty of Allied Health Sciences, Chulalongkorn University

²The Institute of Nutrition, Mahidol University

Thai JPEN 2020;28(1):40-56.

บทคัดย่อ

โรคความผิดปกติในการกิน เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อันเนื่องมาจากความไม่พึงพอใจต่อรูปร่าง และภาพลักษณ์ของตนเอง ความกดดันต่อรูปลักษณ์จากสังคมรอบข้างผู้ป่วย ซึ่งวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สามารถพบการเกิดโรคความผิดปกติในการกินมากที่สุด อย่างไรก็ตามเริ่มพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก และในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาพบว่า วัยรุ่นอายุระหว่าง 18-23 ปี โดยเฉพาะในเพศหญิงมักมีแบบแผนการกินที่ผิดปกติ ทั้งกินอาหารมากเกินไปภายใต้ความเครียดจากการเรียน การสอบ การใช้ชีวิตเป็นเหตุให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองจนเกิดความกังวลใจ และพยายามลดน้ำหนักที่ผิดวิธี เช่น การอดอาหาร การใช้ยาลดความอ้วน เป็นต้น อันจะนำไปสู่โรคความผิดปกติในการกินชนิดต่างๆ บทความปริทัศน์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความผิดปกติในการกินในกลุ่มวัยรุ่น ชนิดและอาการของโรคในรูปแบบต่างๆ ปัจจัยและสาเหตุที่ก่อให้เกิดกลุ่มโรคนี้ ความชุกของโรค เกณฑ์การวินิจฉัยเบื้องต้น เครื่องมือประเมินเบื้องต้น แนวทางการรักษาทางโภชนาบำบัด และบทบาทหน้าที่สำคัญของนักกำหนดอาหารและนักโภชนาการ ในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยโรคการกินผิดปกติกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ

ABSTRACT

Eating disorders are serious medical illnesses severely affecting a person's physical and mental health. Body dissatisfaction, negative body image, and stress from social pressures regarding body image are major risk factors leading to the illnesses. The prevalence of eating disorders among adolescents is known to be the highest, however it is possible to be found in children as well. In Thailand, some reports indicate that early adults, 18-23 years old, were likely to have disordered eating patterns. For example, overwhelming stress from study

Corresponding author:

Thanatat Saelao, Department of Nutrition and Dietetics, Faculty of Allied Health Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Email: thanatat.saelao@gmail.com

expectations and daily struggles resulted in binge eating and weight gain. Furthermore, the resulting weight gain then led to body dissatisfaction and distress, which could drive people to unhealthy weight loss methods such as fasting or using weight loss pills. Eventually, these problems mentioned may contribute to a spectrum of eating disorders. Thus, this review article aims to review the understanding of eating disorders in adolescents including the types of eating disorders, clinical manifestations, risk factors, prevalence, primary diagnostic criteria, screening tools, clinical nutrition guidelines, and the role and responsibilities of registered dietitians and nutritionists in order to provide effective nutrition intervention to patients.

คำสำคัญ: โรคความผิดปกติในการกิน, วัยรุ่น, นักกำหนดอาหาร

Keywords: eating disorders, adolescents, dietitian

บทนำ

วัยรุ่น เป็นวัยที่มีอายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาค่อนข้างมาก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวรวมถึงอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและสังคมรอบข้าง สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจได้ มีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงท้ายของระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือช่วงอายุ 15-18 ปี นำไปสู่การเกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น และระดับความภาคภูมิใจในตนเองที่ลดลง² รวมทั้งอาจเกิดพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในช่วงก่อนเข้ามหาวิทยาลัยตามมาเช่นกัน³ มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนิสิต-นักศึกษาหลายภูมิภาคทั่วโลก อาทิ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการศึกษาเพื่อหาว่า ช่วงอายุใดที่เริ่มพบความผิดปกติในการกิน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุ 14 ปี 17 ปี และ 20 ปี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติแบบถาวร เช่น การล้วงคอหลังรับประทานอาหาร จะเริ่มพบได้ในช่วงอายุ 17 ปี การศึกษาของ Lucas และคณะในปี ค.ศ. 1991 ในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรปพบความชุกของ Anorexia Nervosa (AN) ในเด็กผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ที่ร้อยละ 0.25 ถึง 0.48⁴ นอกจากนี้ Gotestam และคณะในปี ค.ศ. 1995 ได้ทำการศึกษาในประเทศนอร์เวย์เกี่ยวกับ Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) พบว่ามีความชุกมากกว่า AN และ Bulimia Nervosa (BN) โดยมีความชุกตลอดช่วงชีวิตอยู่ที่ร้อยละ

6.2 และความชุกขณะที่ทำการศึกษาคือ ร้อยละ 2.8⁵ อีกทั้งในประเทศออสเตรเลีย ยังมีการศึกษาของ Hay และคณะในปี ค.ศ. 1998 พบว่า ในเด็กหญิงอายุมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 3.2 มีอาการ Binge Eating แต่มีประมาณร้อยละ 1 ที่ถือว่าเป็น Binge Eating Disorder (BED) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ EDNOS พฤติกรรมอื่นๆ ที่พบคือ ร้อยละ 1.6 มีการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดมาก ร้อยละ 0.8 มีการล้วงคอ และร้อยละ 0.3 เป็น BN⁶ สาเหตุหลักของพฤติกรรมเหล่านี้คือการควบคุมอาหาร ซึ่งอาจพัฒนาไปเป็นความผิดปกติดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม Stettler และคณะ ในปี ค.ศ. 1999 รายงานว่าการควบคุมอาหารที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นเพียงสัญญาณของภาวะความผิดปกติในเบื้องต้นมากกว่าที่จะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคความผิดปกติในการกิน⁷

ส่วนในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาพบว่า ช่วงอายุ 18-23 ปี หรือตรงกับช่วงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการเข้าสู่สังคมของมหาวิทยาลัยที่นิสิต-นักศึกษามีอิสระในการตัดสินใจในชีวิตของตนเองมากขึ้น อาทิ เรื่องอาหารและกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ความเสี่ยงในการมีพฤติกรรมการกินที่ไม่ดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้ การปรับตัวกับเพื่อนใหม่รูปแบบการเรียนภาระงานการสอบความคาดหวังในผลการศึกษาของตนเอง รวมไปถึงผลจากสื่อสังคมออนไลน์ที่มีค่านิยมว่ารูปร่างผอมมักได้รับการยอมรับ ล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มความกดดันและความเครียดของนิสิต-นักศึกษา เมื่อสะสมเป็นระยะ

เวลานานอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเครียดได้ ซึ่งหนึ่งในวิธีที่นิสิต-นักศึกษาส่วนมากเลือกปฏิบัติเพื่อรับมือกับสภาพแวดล้อมภายใต้ความเครียด และความกดดันเหล่านี้คือ การกินอาหาร โดยเฉพาะในเพศหญิงที่สามารถพบพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ หรือกินอาหารมากเกินไปในภาวะที่มีความเครียดสูงมากกว่าเพศชาย เป็นสาเหตุให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น⁸ ตามมาด้วยความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง เกิดความรู้สึกผิด และกังวลใจเมื่อรับประทานอาหาร นำไปสู่การลดน้ำหนักที่ผิดวิธี เช่น การอดอาหาร ยิ่งไปกว่านั้นหากนิสิต-นักศึกษาเป็นคนที่หลงใหลในความสมบูรณ์แบบที่กำกับโดยตนเอง (self-oriented perfectionism) และมีภาพลักษณ์ในอุดมคติที่ต้องผอมกว่าในปัจจุบัน จะเกิดการตั้งเป้าหมายที่เกินจริงให้ตนเองในการลดน้ำหนัก ยิ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคความผิดปกติในการกิน (eating disorders)⁹

ประเภทของโรคความผิดปกติในการกิน

ในปัจจุบันมีเกณฑ์มาตรฐานในการจำแนกประเภทของโรคความผิดปกติในการกินตามเกณฑ์วินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) ของสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา โดยมีการจำแนกเป็น Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Binge Eating Disorder (BED), Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) และ Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED)¹⁰ ซึ่งรายละเอียดของโรคจะกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

1. Anorexia Nervosa (AN)

Anorexia Nervosa มีลักษณะเด่น คือ ผู้ป่วยจะมีการจำกัดพลังงานจากการรับประทานอาหารมาก จนนำไปสู่การมีน้ำหนักตัวที่น้อยกว่าปกติ ซึ่งการที่น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติในที่นี้คือ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความรุนแรงของโรคนี้ตามดัชนีมวลกาย แบ่งเป็นระดับเล็กน้อย คือ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 17 - 18.49 กก./ม.² ระดับปานกลาง คือ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 16 - 17 กก./ม.² ระดับรุนแรง คือ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 15 - 16 กก./ม.² และระดับรุนแรงมาก คือ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 15 กก./ม.² หรือ

มีพัฒนาการทางด้านดัชนีมวลกายเทียบกับอายุ (BMI for age) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 ในเด็กและวัยรุ่น¹⁰ ลักษณะเด่นต่อมา คือ มีอาการกลืนน้ำหนักรับประทานอาหารจะอ้วนเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าน้ำหนักตัวปัจจุบันจะต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอยู่แล้วก็ตาม และสุดท้ายผู้ป่วยจะมีการรับรู้รูปร่างของตนเองผิดเพี้ยน (body image disturbance) เช่น การมองเห็นรูปร่างของตนเองดูอ้วนอยู่ตลอดเวลา ทั้งที่ความจริงแล้วผู้ป่วยจะมีรูปร่างที่ผอมมาก¹¹ โรคนี้สามารถจำแนกเป็นประเภทย่อย ๆ ได้อีก เช่น ประเภทจำกัดพลังงานเป็นหลัก ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในประเภทย่อยนี้จะมีพฤติกรรมลดน้ำหนักด้วยวิธีการจำกัดการรับประทานอาหารอย่างมากจนถึงขั้นอดอาหาร หรือมีการออกกำลังกายอย่างหนักเพื่อหวังให้น้ำหนักลดลง ประเภทต่อมา คือ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการกินอาหารปริมาณมากกว่าคนปกติในคราวเดียว (binge eating) ตามมาด้วยพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักที่ผิดปกติ โดยการทำให้ตัวเองอาเจียนเอาอาหารที่รับประทานออกมา (self-induced vomiting) หรือการใช้ยาขับปัสสาวะหรือยาถ่ายรวมถึงยาสวนทวาร แต่โดยรวมแล้วพลังงานที่ได้รับจากอาหารยังคงต่ำกว่าความต้องการของร่างกาย¹² นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่กล่าวไปทั้งหมดแล้ว ยังอาจพบอาการแสดงเหล่านี้ เช่น น้ำหนักที่ลดลงอย่างมากผิดปกติ กล้ามเนื้อสลาย ความผิดปกติมีนึ้ศีรษะ และไม่มีประจำเดือน เป็นต้น¹¹

2. Bulimia Nervosa (BN)

Bulimia Nervosa ลักษณะสำคัญของผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้ คือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการกินอาหารปริมาณมากกว่าคนปกติในคราวเดียว โดยพฤติกรรมดังกล่าวมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดหรือควบคุมปริมาณการกินของตนเองได้ ตามมาด้วยความรู้สึกผิดและกลัวว่าน้ำหนักของตนเองจะเพิ่ม จึงทำการล้วงคอเพื่ออาเจียนอดอาหาร หรือใช้ยาถ่ายหรือยาขับปัสสาวะ เพื่อหวังว่าจะช่วยชดเชยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากการกินอาหาร¹³ คล้ายกับผู้ป่วย AN ประเภทย่อยดังที่กล่าวไป แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ผู้ป่วย BN จะมีความถี่ในการมีพฤติกรรมการกินอาหารปริมาณมากกว่าคนปกติในคราวเดียวมากกว่าผู้ป่วย AN จึงส่งผลให้พลังงานรวมที่ผู้ป่วย AN ได้รับ

จากอาหารยังคงต่ำกว่าผู้ป่วย BN ดังนั้นผู้ป่วย AN จะมีรูปร่างที่ผอมกว่าปกติมาก ในขณะที่ผู้ป่วย BN อาจไม่จำเป็นต้องมีรูปร่างผอมเสมอไป แต่เชื่อว่าโรคนี้จะมีอาการอันตรายน้อยกว่า AN การล้วงคอเพื่ออาเจียนจะทำให้กรดในกระเพาะอาหารย้อนผ่านกลับมาทางหลอดอาหาร ซึ่งหากทำพฤติกรรมนี้หลาย ๆ ครั้ง จะทำให้หลอดอาหารเกิดการระคายเคืองจนอาจเป็นแผลฉีกขาด หรือพ่นกร่อนจากกรดได้ การใช้ยาถ่ายหรือยาขับปัสสาวะ อาจทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) หรือภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล (electrolyte imbalance) ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ นอกจากนี้พฤติกรรมการกินที่มากกว่าปกติแล้ว ผู้ป่วยโรคนี้ยังมีพฤติกรรมที่คล้ายกับผู้ที่ป่วยเป็น AN ซึ่งคือการรับรู้รูปร่างของตนเองที่ผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริง

3. Binge Eating Disorder (BED)

โรคนี้จะมีความคล้ายคลึงกับ BN โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการกินอาหารปริมาณมากกว่าปกติในคราวเดียว โดยมีอาการเหล่านี้ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป ประกอบด้วย กินเร็วกว่าปกติ กินมากกว่าปกติจนแน่นท้อง กินอาหารถึงแม้ว่าจะไม่ได้รู้สึกหิว กินอาหารคนเดียวเนื่องจากรู้สึกอายในพฤติกรรมการกินของตน และรู้สึกผิดหลังจากทำพฤติกรรมทั้งหมดลงไป แต่มีสิ่งที่แตกต่างกันจากผู้ป่วย BN คือ ผู้ป่วยโรคนี้จะไม่มีการชดเชยการกินที่มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้จะไม่มีอาการจากการล้วงคอ หรือการใช้ยาถ่ายหรือยาขับปัสสาวะ

4. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

โรคนี้ถูกบัญญัติขึ้นมาใหม่ในเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V จัดเป็นสิ่งรบกวนการรับหรือการกินอาหาร (feeding or eating disturbance) เป็นผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะกินอาหารให้ได้รับพลังงาน และสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วย AN ตรงที่การหลีกเลี่ยง หรือจำกัดอาหารนี้ไม่ได้มีสาเหตุมาจากความกังวลในรูปร่าง หรือน้ำหนักตัวของตนเอง โดยผู้ป่วยโรคนี้จะมีอาการทางคลินิกที่หลากหลายเป็นผลให้อาจพบน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เกิดภาวะขาดสารอาหาร ต้องพึ่งพาการให้สารอาหารผ่านทางเดินอาหาร (enteral nutrition) หรือการให้สารอาหารเสริมทางปาก (oral nutrition supplements) และ/หรือมีความ

ผิดปกติทางด้านจิตสังคมอย่างชัดเจน โดยสิ่งรบกวนการรับอาหารหรือการกินอาหาร (feeding or eating disturbance) ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการขาดแคลนแหล่งอาหาร หรือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในแต่ละวัฒนธรรม ไม่ได้เกิดขึ้นแค่เฉพาะในช่วงที่มีโรค AN หรือ BN ร่วมด้วย ไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะความเจ็บป่วย ณ ขณะนั้น และไม่เข้าข่ายว่าเป็นความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์ (mental disorders) ประเภทอื่น¹⁴

เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V แนะนำว่า แรงกระตุ้นที่อาจส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงหรือจำกัดอาหาร มาจากอาหารบางชนิดอาจมีคุณสมบัติทางประสาทสัมผัส (sensory property) เช่น รสชาติ รสสัมผัส หรือกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ อาจมาจากความอยากอาหารที่ลดลง หรือขาดความสนใจในอาหาร หรืออาจมาจากความกลัวในผลลัพธ์ที่ตามมาหลังจากกินอาหาร เช่น การสำลัก การอาเจียน เป็นต้น

5. Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED)

โรคความผิดปกติในการกินมีมากมายหลากหลายรูปแบบดังที่กล่าวไป แต่บางครั้งอาจพบว่าผู้ป่วยหลาย ๆ ราย อาจมีแบบแผนการกินที่ผิดปกติ แต่ยังไม่ตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกินที่มีอยู่เดิม จึงมีการจัดรวมเป็นกลุ่มใหม่โดยใช้ชื่อว่า Other Specified Feeding or Eating Disorder (OSFED) ซึ่งโดยส่วนมากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีลักษณะและอาการคล้ายผู้ป่วยโรคความผิดปกติในการกินอื่น ๆ เช่น มีลักษณะและอาการคล้ายกับผู้ป่วย AN ทุกประการ เพียงแต่ไม่เข้าข่ายว่ามีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ หรือมีการกินปริมาณมากแล้วล้วงคอเอาอาหารออกมาคล้ายผู้ป่วย BN แต่ความถี่ของพฤติกรรมดังกล่าวมีน้อย จึงไม่ตรงตามเกณฑ์วินิจฉัยทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีแบบแผนการกินที่ผิดปกติที่แตกต่างออกไปจากที่กล่าวมา เช่น การล้วงคอเอาอาหารที่กินออกมาเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว แต่ไม่ได้มีการกินอาหารในปริมาณมาก เรียกว่า “Purging Disorder” นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการที่เรียกว่า “Night Eating Syndrome (NES)” ซึ่งมีอาการแสดงคือ มีความอยากอาหารต่ำในช่วงเวลากลางวัน แต่ความอยากอาหารจะเพิ่มจนมากกว่าปกติ

เป็นเหตุให้มีการกินอาหารที่มากกว่าปกติในช่วงเวลากลางวัน ตามมาด้วยอาการนอนไม่หลับ (insomnia) ซึ่งอาการกินอาหารที่มากกว่าปกตินี้แตกต่างจากพฤติกรรมการกินอาหารที่มากกว่าปกติในคราวเดียวในผู้ป่วย BN และ BED โดยผู้ป่วย NES จะกินอาหารโดยลักษณะเป็นการกินเรื่อย ๆ ตลอดทั้งคืน ขณะที่ผู้ป่วย BN และ BED มักจะกินอาหารทั้งหมดในคราวเดียว

6. แบบแผนการกินที่ผิดปกติ

แบบแผนการกินที่ผิดปกติ (disordered eating pattern) นิยามได้ว่า “เป็นพฤติกรรมการกินที่ผิดแปลกไปจากปกติ หรือเป็นพฤติกรรมที่เจาะจงในด้านการลดน้ำหนักอย่างสุดโต่ง” ซึ่งจัดเป็นภาวะความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ¹⁵ ตัวอย่างของแบบแผนการกินที่ผิดปกติ เช่น การมีพฤติกรรมอดอาหารหรือควบคุมอาหารเป็นประจำ การมีพฤติกรรมอดอาหารเมื่อใดเมื่อหนึ่ง การมีพฤติกรรมการกินอาหารปริมาณมากกว่าปกติในคราวเดียว การใช้ยาถ่ายหรือยาขับปัสสาวะ การรับประทานยาลดความอ้วน พฤติกรรมเหล่านี้คล้ายกับอาการของโรคความผิดปกติในการกิน แต่แบบแผนการกินที่ปกติยังไม่จัดเป็นหนึ่งในโรคความผิดปกติในการกิน เนื่องจากอาการทางคลินิกยังไม่ตรงตามเกณฑ์วินิจฉัยทั้งหมดของโรคความผิดปกติในการกินประเภทต่าง ๆ ที่กล่าวไปข้างต้น อย่างไรก็ตาม หากภาวะดังกล่าวไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันที่ อาจทำให้พัฒนากลายเป็นโรคความผิดปกติในการกินต่อไปในอนาคต

ปัจจัยและสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคความผิดปกติในการกิน

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความผิดปกติในการกินโดยเฉพาะ AN เป็นอย่างมาก จึงเห็นได้ว่าถึงขั้นมีการนำดัชนีมวลกายมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค มีทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจนำไปสู่โรคนี้อย่างมากมาย ปัจจัยที่เป็นที่ยอมรับว่าอาจนำไปสู่โรคนี้ คือ โรคมนุษย์สมบูรณ์แบบ (perfectionism) และการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem)¹⁶ นอกจากนี้ยังมีการค้นพบที่น่าสนใจถึง

ปัจจัยใหม่ที่เป็นสาเหตุของโรค AN โดยในการศึกษาของ Cnattingius และคณะในปี ค.ศ. 1999 ซึ่งศึกษาถึงการบาดเจ็บขณะคลอดของทารก (birth trauma) และการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) พบว่าทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักจะมีน้ำหนักแรกคลอดที่น้อยกว่าปกติ และน้ำหนักตัวแรกคลอดนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค AN โดยพบว่าทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยจะนำไปสู่การมีดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าปกติตอนอายุ 6 ปี ซึ่งดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าปกติสามารถเพิ่มโอกาสการเกิดโรค AN ได้¹⁷ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ดัชนีมวลกายต่ำ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับการรับประทานอาหารในวัยเด็ก เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค AN ได้ในอนาคต¹⁸ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เด็กที่มีประวัติการรับประทานอาหารได้น้อยไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตามร่วมกับการมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรค AN สูงขึ้น

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาพลักษณ์และรูปร่าง

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าโรคความผิดปกติในการกินเป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจร่วมด้วย จึงเป็นเรื่องยากที่จะหาสาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเมื่อนักวิจัยมากมายพยายามศึกษาปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดโรคความผิดปกติในการกิน โดยการศึกษาของ Rohde และคณะในปี ค.ศ. 2015 เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยทำนายความเสี่ยงในการเกิดโรคความผิดปกติในการกินในวัยรุ่นหญิงชาวอเมริกันจำนวน 496 คน ที่มีอายุอยู่ในช่วง 12 - 15 ปี โดยมีการจำแนกปัจจัยดังกล่าวตามประเภทของโรคที่ระบุใน DSM-V ซึ่งการศึกษาค้นพบว่า การรับค่านิยมเรื่องรูปร่างผอมบางที่เป็นมาตรฐานร่วมกันของสังคม (thin-ideal internalization) เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความผิดปกติในการกินได้มากกว่าปกติถึง 2.04 เท่า (OR = 2.04; 95% CI = 1.25-3.32) และความไม่พึงพอใจในรูปร่าง (body dissatisfaction) เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความผิดปกติในการกินจากปกติถึง 1.89 เท่า (OR = 1.89; 95% CI = 0.66-0.93)¹⁹

โดยในปี ค.ศ. 2004 Keery และคณะได้มีการนำเสนอ Tripartite Influence Model²⁰ ซึ่งอธิบายว่านอกจากการรับค่านิยมเรื่องรูปร่างผอมบางที่เป็นมาตรฐานร่วมกันของ

สังคมจะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในรูปร่าง ยังมีอีกหนึ่งปัจจัย ได้แก่ การเปรียบเทียบรูปร่าง (appearance comparison) ซึ่งสามารถก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในรูปร่างได้เช่นกัน แต่ทั้ง 2 ปัญหานี้เป็นเพียงผลกระทบที่ตามมาเท่านั้น Keery เสนอว่าแท้จริงแล้ว ปัจจัยที่เป็นต้นเหตุมาจาก 3 ปัจจัยหลัก คือ พ่อแม่ เพื่อน และสื่อ โดยเพื่อนและสื่อค่อนข้างเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความคิด และทัศนคติของวัยรุ่น การศึกษาของ Chittivan ในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคม (social media) กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในวัยรุ่นหญิงชาวไทย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้โซเชียลมีเดียเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินผิดปกติ ($OR_{adj} = 2.57$; 95%CI = 1.37-4.81) นอกจากนี้ความถี่ในการเปรียบเทียบภาพถ่ายของตนเองและของเพื่อนสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินผิดปกติได้เช่นเดียวกัน ($OR_{adj} = 5.75$; 95%CI = 1.29-25.53)²¹

ในขณะที่ภาพลักษณ์ (body image) คือ ความรู้สึกรับรู้ของบุคคลต่อร่างกายของตนเอง ซึ่งความรู้สึกนี้สามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก แบ่งเป็น ดังนี้

1) ภาพลักษณ์ทางด้านการรับรู้ หรือการมองว่ารูปร่างของตนเองเป็นอย่างไรซึ่งจัดอยู่ในประเภทของปัจจัยภายใน เนื่องจากการตัดสินรูปร่างของแต่ละบุคคลโดยตัวบุคคลนั้น ๆ จึงทำให้ในบางครั้งการรับรู้ของแต่ละบุคคลไม่ตรงกับรูปร่างในความเป็นจริง เช่น ในกรณีของผู้ป่วย AN หรือ BN จะมีการรับรู้รูปร่างของตนเองผิดเพี้ยน เป็นต้น

2) ภาพลักษณ์ทางด้านอารมณ์ หรือความรู้สึกต่อรูปร่างของเรา ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่าง น้ำหนักตัว และส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตนเอง

3) ภาพลักษณ์ทางความคิด หรือความคิดต่อรูปร่างของเรา ซึ่งจะนำไปสู่การหมกมุ่นเกี่ยวกับเรื่องรูปร่างหรือน้ำหนักตัว

4) ภาพลักษณ์ทางด้านพฤติกรรม เป็นการรวมภาพลักษณ์ทั้ง 3 ด้าน คือ การรับรู้ อารมณ์ และความคิดมาประมวลผลรวมกันแล้วสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรม

ยกตัวอย่าง เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีรูปร่างที่ไม่ตรงกับความต้องการ จึงเกิดเป็นความไม่พึงพอใจในรูปร่างตามมา จนสุดท้ายมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด²² จะเห็นได้ว่าภาพลักษณ์ที่แต่ละบุคคลรับรู้ส่งผลกระทบต่อกันเป็นทอด ๆ จนนำไปสู่พฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนั้นการมีทัศนคติต่อภาพลักษณ์ของตนเองในทางที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดความมั่นใจ และความเคารพในตนเอง ในทางกลับกัน หากบุคคลมีทัศนคติต่อภาพลักษณ์ของตนเองในทางลบหรือไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเองก็อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ในทางตรงกันข้าม²³

จากการศึกษาของ Wang และคณะในปีค.ศ. 2018 ในเรื่องทัศนคติต่อภาพลักษณ์ในอุดมคติของตนเองในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาชาวจีน พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเองเพียงร้อยละ 12.9 ซึ่งเพศหญิงส่วนมากมีความต้องการที่จะมีรูปร่างผอมกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน²⁴ นอกจากนี้ภาพลักษณ์ในอุดมคติของเพศหญิงยังจัดอยู่ในขั้นที่น่าหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเป็นรูปร่างที่ผอมกว่าที่เพศชายระบุในแบบทดสอบว่าดูน่าดึงดูดใจ งานวิจัยดังกล่าวยังเปิดเผยอีกว่าจำนวนผู้ที่มีความต้องการที่จะมีรูปร่างอ้วนขึ้น และผอมลงนั้นมีปริมาณไม่แตกต่างกัน แต่ปัญหาหลักไม่ใช่แค่เพียงความไม่พอใจในรูปร่างของตนเองเท่านั้น เนื่องจากมีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการที่จะมีรูปร่างผอมกับโรคความผิดปกติในการกินและความเคารพในตนเอง²⁵ ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ดังนั้นความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง อาจเป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายความเสี่ยงในการเกิดโรคความผิดปกติในการกินได้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับความคิดเชิงลบ

อีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดของตนเองคือความคิดเชิงลบ (negative affect) ตามทฤษฎีกล่าวไว้ว่าความคิดในทางลบจะเพิ่มความอยากอาหารที่มีพลังงานสูงและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการกินอาหารปริมาณมาก²⁶ เนื่องจากการกินอาหารที่ให้พลังงานสูง และการกินปริมาณมากจะช่วยลดความเครียดและความกังวลในเรื่องน้ำหนักตัว อย่างไรก็ตาม ความคิดในทางลบ อาจส่งผลในทางตรงกันข้าม ทำให้ความอยากอาหารลดลงจนนำไปสู่การลดน้ำหนักแบบไม่ตั้งใจ นอกจากนี้ความคิดใน

ทางลบยังอาจนำไปสู่ปัญหาในด้านการเข้าสังคม เพราะความคิดหรือพฤติกรรมในทางลบมักเป็นที่หลีกเลี่ยงของสังคม และผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวมักจะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสังคมเช่นกัน ทำให้ผู้ที่มีปัญหาในด้านการเข้าสังคมมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคความผิดปกติในการกินทุกประเภทภายในระยะเวลา 3-20 ปีหลังจากมีพฤติกรรมดังกล่าว²⁷

4. ปัจจัยทางชีวภาพ

นอกจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัวและทัศนคติแล้ว ยังมีหลักฐานอีกจำนวนมากแสดงให้เห็นว่า วัฒนธรรมเพศ และอายุ ล้วนมีผลต่ออัตราการป่วยเป็นโรคความผิดปกติในการกิน

ในด้านวัฒนธรรม การศึกษาของ Makino และคณะ ในปี ค.ศ. 2004 ทำการเปรียบเทียบความชุกของโรคความผิดปกติในการกินระหว่างประเทศทางฝั่งตะวันตกกับตะวันออก พบว่าประเทศทางฝั่งตะวันตกมีความชุกของโรคความผิดปกติในการกิน มากกว่าประเทศทางฝั่งตะวันออก โดยประเทศทางฝั่งตะวันตกมีความชุกของ BN และ AN อยู่ในช่วงร้อยละ 0.3-7.3 และ 0.1-5.7 ตามลำดับ ในขณะที่ประเทศทางฝั่งตะวันออกมีความชุกของโรค BN อยู่ในช่วงร้อยละ 0.5-3.2²⁸ โดยคาดว่าผลน่าจะมาจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกันระหว่างประเทศทางฝั่งตะวันออกและตะวันตก ซึ่งส่งผลต่อค่านิยม โดยเฉพาะด้านความสวยงามของรูปร่างหน้าตา รวมถึงพฤติกรรมในการกินที่แตกต่างกัน

หากว่ากันในด้านเพศ มีการศึกษามากมายให้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคนี้มากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ Kjelsas และคณะในปี ค.ศ. 2004 พบว่าวัยรุ่นหญิงมีความชุกของการเกิดโรคความผิดปกติในการกินถึง ร้อยละ 17.9 ซึ่งสูงกว่าเมื่อเทียบกับวัยรุ่นชายที่มีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 6.5²⁹ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบว่าเพศหญิงมีโอกาสไม่พึงพอใจภาพลักษณ์ และเป็นโรคความผิดปกติในการกินมากกว่าเพศชาย คือมีความต้องการที่จะมีรูปร่างผอมกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากเพศหญิงมีความกังวลในเรื่องรูปร่างเมื่อเข้าสังคม รวมไปถึงมีความต้องการรับประทานขนมหวานมากกว่าเพศชาย ยิ่งทำให้เกิดความเครียด และความกังวลต่อรูปร่าง และน้ำหนักในแต่ละส่วนของร่างกาย จึงนำไปสู่การ

ตัดสินใจลดน้ำหนักด้วยวิธีที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และพัฒนาไปเป็นโรคความผิดปกติในการกินได้³⁰ ตัวอย่าง เช่น การศึกษาของ Edman และคณะในปี ค.ศ. 2004 เรื่องทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ผิดปกติในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในมาเลเซีย พบว่าความชุกของการเป็นโรคความผิดปกติในการกินในนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 1,168 คน อยู่ที่ร้อยละ 9.4 โดยแบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 13.5 และเพศชายร้อยละ 3.6³¹ และการศึกษาโดย Wang และคณะในปี ค.ศ. 2018 เกี่ยวกับทัศนคติต่อรูปร่างของตนเองในนักศึกษาจีน 425 คน พบว่ามีจำนวนคนที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองถึงร้อยละ 87.1 ความชุกในเพศหญิงร้อยละ 87.4 และเพศชายร้อยละ 86.5 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการอ้วน หรือพอมมากกว่าปัจจุบัน จากการศึกษาส่วนมากพบว่า คะแนนความกังวลในการรับประทานอาหารของเพศหญิงโดยรวมสูงกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม บางการศึกษากลับไม่พบความแตกต่างของแต่ละกลุ่มเพศต่อทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ผิดปกติ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Edman และคณะในปี ค.ศ. 2004 เกี่ยวกับทัศนคติในการรับประทานอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 187 คน ด้วยแบบประเมิน EAT-26 เปรียบเทียบกับนักศึกษาจีน 80 คน พบว่าคะแนนของเพศหญิง และเพศชายใกล้เคียงกันมากทั้ง 2 เชื้อชาติ³¹ นอกจากนี้ ในประเทศไทยก็มีการศึกษาทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ผิดปกติเช่นกัน โดย Manaboriboon และคณะในปี ค.ศ. 2017 ทำการศึกษาในนักศึกษา 326 คนอายุ 18-24 ปี พบว่ามีนักศึกษาร้อยละ 4.3 จากนักศึกษาทั้งหมดได้คะแนน EAT-26 เกิน 20 คะแนน ซึ่งหมายความว่านักศึกษากลุ่มนี้มีทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ผิดปกติ รวมถึงยังมีนักศึกษาอีกจำนวนมากในการศึกษานี้ที่มีความเสี่ยงในการมีทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ผิดปกติ จึงควรมีการคัดกรองเป็นระยะ เพื่อติดตามผล และวางแผนสำหรับการป้องกันการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวอีกด้วย¹

ในด้านสุดท้าย ช่วงอายุก็ส่งผลต่อความชุกของโรคการศึกษาของ Sminck และคณะในปี ค.ศ. 2012 พบว่า ในยุคปัจจุบัน ช่วงอายุที่ทำการตรวจพบโรคความผิดปกติในการกินลดลงเรื่อย ๆ จากเดิมอยู่ในช่วง 20-24 ปี จนช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-19 ปี ก็

สามารถตรวจพบโรคความผิดปกติในการกินได้แล้ว³² ซึ่งสอดคล้องกับอีกหลาย ๆ การศึกษาที่ก่อนหน้านี้ระบุตรงกันว่าโรคนี้มักพบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่น^{33, 34}

ความชุกของการเกิดโรคความผิดปกติในการกิน

มีรายงานถึงความชุกของการเกิดโรคความผิดปกติในการกินในหลากหลายภูมิภาค การศึกษาของ Qian และคณะในปี ค.ศ. 2013 ซึ่งเป็นการนำงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของโรคความผิดปกติในการกินในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันจำนวนทั้งสิ้น 15 เรื่องมาทำการสรุปเพื่อหาความชุกโดยรวม การศึกษานี้เปิดเผยว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคความผิดปกติในการกินถึงร้อยละ 1 จากประชากรทั้งหมด 35,427 คน ซึ่งอัตราส่วนดังกล่าวมีปริมาณใกล้เคียงกับผู้ที่ใช้สารเสพติด โดยในจำนวนนี้ โรคความผิดปกติในการกินประเภทที่พบบ่อยที่สุด คือ BED ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 2.2 ของประชากร ตามมาด้วย BN และ AN ซึ่งมีความชุกร้อยละ 0.81 และ 0.21 ตามลำดับ การศึกษานี้ยังเปิดเผยข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า แนวโน้มของผู้ที่ป่วยเป็นโรคความผิดปกติในการกินกำลังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เป็นที่สรุปแน่ชัดว่าสาเหตุที่แนวโน้มเพิ่มขึ้นมาจากการอัตราการป่วยที่เพิ่มขึ้นจริง ๆ หรือมาจากการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การวินิจฉัยโรคให้มีความไวต่อการตรวจพบมากขึ้น³⁵

ในประเทศไทยก็มีการศึกษาเรื่องความชุกของโรคความผิดปกติในการกินเช่นกัน การศึกษาของ Thitawee ในปี ค.ศ. 1994 ซึ่งทำการสำรวจทัศนคติ และพฤติกรรมในการกินในวัยรุ่นหญิงชาวไทยอายุ 12-19 ปี พบว่าในจำนวนวัยรุ่นทั้งหมด 223 มีผู้ที่มีทัศนคติ และพฤติกรรมในการกินผิดปกติอยู่ที่ร้อยละ 8.96³⁶ การศึกษาต่อมาในปี ค.ศ. 2011 ของ Puengyod และคณะ ได้ทำการสำรวจที่คล้ายกันนี้ในวัยรุ่นหญิงชาวไทยอายุ 12-18 ปี จำนวน 419 คน พบว่ามีวัยรุ่นที่มีทัศนคติ และพฤติกรรมในการกินที่ผิดปกติอยู่ที่ร้อยละ 10.74³⁷ เห็นได้ชัดว่าความชุกในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัญหาโรคความผิดปกติในการกินในวัยรุ่นไทยจึงควรได้รับการเฝ้าระวังจากผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่บุคคลใกล้ชิดไปจนถึงบุคลากรทางการแพทย์

เกณฑ์การวินิจฉัยเบื้องต้น

โดยทั่วไปในทางเวชปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และ DSM-V สำหรับวัยผู้ใหญ่ โดยจะประเมินตามน้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย การมีรอบประจำเดือน และความกลัวต่อการมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น รวมถึงการประเมินความถี่ของอาการ และพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ในระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน เช่น การกินเยาะผิดปกติ การล้วงคอ เป็นต้น³⁸ อย่างไรก็ตาม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกินของ DSM-V อาจไม่ครอบคลุมถึงช่วงวัยรุ่น เนื่องจากอาจพบความแปรปรวนจากอัตราการเจริญเติบโตที่ยังไม่คงที่ ทั้งความสูงและน้ำหนักตัวกรณีที่วัยรุ่นยังไม่มีประจำเดือนครั้งแรก ก็อาจทำให้ไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย เพราะไม่สามารถบอกได้ว่ามีภาวะขาดประจำเดือนหรือไม่ รวมถึงความไม่สม่ำเสมอของประจำเดือนหลังจากมีประจำเดือนครั้งแรก และการขาดความตระหนักรู้ด้านความคิดที่เป็นนามธรรม เช่น แนวความคิดของตนเอง (self-concept) แรงจูงใจในการลดน้ำหนัก หรืออารมณ์ และความรู้สึก อันเนื่องมาจากการพัฒนาทางสติปัญญาทั่วไป (normal cognitive development) และอาจไม่สามารถอธิบายความรู้สึก และอาการของตนเองได้ดีเท่าผู้ใหญ่ ทำให้การประยุกต์ใช้เกณฑ์วินิจฉัยเป็นไปอย่างจำกัด ดังนั้น การวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกินของวัยรุ่นตามบริบทที่หลากหลาย ทั้งในด้านการเจริญเติบโต เข้าสู่วัยรุ่นพันธุ์ พัฒนาการของวัยรุ่น และเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีสุขภาพดี จึงมีความสำคัญมากกว่าการวินิจฉัยตามเกณฑ์เพียงอย่างเดียว³⁹

การประเมินเบื้องต้น

สำหรับการประเมินเบื้องต้นเพื่อหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคการกินผิดปกติ สามารถใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยาช่วยในการประเมินได้ ซึ่งสามารถประเมินได้ง่าย โดยแบบทดสอบที่เป็นที่ยอมรับสากลมี 2 เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินทัศนคติต่อรูปร่างของตนเอง และแบบประเมินภาวะความผิดปกติในการกิน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดทัศนคติต่อรูปร่างของตนเอง

ทัศนคติต่อรูปร่างของตนเองจำเป็นต้องอาศัย

ตารางที่ 1 แบบประเมินทัศนคติภาพลักษณ์เกี่ยวกับรูปร่าง ฉบับภาษาไทย⁴⁰

ข้อคำถาม	ลักษณะความถี่ของพฤติกรรม					
	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	บ่อยมาก	สม่ำเสมอ
1. คุณเคยกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองมากจนคิดว่าจะควบคุมน้ำหนัก						
2. คุณกลัวว่าคุณอาจจะกลายเป็นคนอ้วน (หรืออ้วนขึ้นกว่าเดิม)						
3. ความรู้สึกอึดอัด (หลังจากกินอาหารมื้อใหญ่) ทำให้คุณรู้สึกอ้วน						
4. คุณเคยสังเกตรูปร่างของผู้อื่นแล้วรู้สึกว่ารูปร่างของคุณไม่น่าพึงพอใจเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น						
5. ความคิดเกี่ยวกับรูปร่างเข้ามารบกวนสมาธิของคุณขณะที่คุณกำลังนั่งดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือฟังการสนทนา						
6. เมื่อคุณเห็นรูปร่างของตนเองขณะที่ไม่ได้สวมเสื้อผ้า เช่น เวลาอาบน้ำ ทำให้คุณรู้สึกว่าอ้วน						
7. คุณเคยอยากที่จะตัดเนื้อไขมันส่วนเกินของคุณออก						
8. คุณเคยไม่ไปออกกำลังกายสังคม (เช่น ปาร์ตี้) เพราะว่าคุณรู้สึกแยเกี่ยวกับรูปร่างของคุณ						
9. คุณเคยรู้สึกว่าตัวคุณใหญ่มากหรืออ้วนจนตัวกลม						
10. คุณเคยคิดว่ารูปร่างที่คุณเป็นอยู่ในขณะนี้เกิดจากการขาดการควบคุมตนเอง						
11. คุณรู้สึกกังวลว่าคนอื่นจะเห็นชั้นของไขมันที่เอวหรือหน้าท้องของคุณ						
12. เมื่อคุณอยู่ในหมู่เพื่อนฝูง คุณวิตกกังวลว่าจะไปกินที่ผู้อื่น (เช่น ขณะนั่งโซฟา หรือที่นั่งบนรถเมล์)						
13. เมื่อคุณเห็นภาพของคุณ (เช่น ในกระจก หรือหน้าตาของร้านค้า) ทำให้คุณรู้สึกแยเกี่ยวกับรูปร่างของคุณ						
14. คุณเคยดึงเนื้อขึ้นมาเพื่อดูว่ามีไขมันมากเพียงใด						
15. คุณเคยหลีกเลี่ยงจากสถานที่ที่คนอื่นสามารถมองเห็นรูปร่างของคุณ (เช่น ในห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือห้องอาบน้ำรวม)						
16. คุณรับรู้ได้เกี่ยวกับรูปร่างของคุณมากเมื่อคุณอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ หรือไม่						

ตารางที่ 2 แบบประเมินทัศนคติในการรับประทานอาหารส่วนแรก ฉบับภาษาไทย⁴²

ข้อคำถาม	ลักษณะความถี่ของพฤติกรรม					
	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	บ่อยมาก	สม่ำเสมอ
1. ความคิดที่ว่าตัวเองอ้วน ทำให้ฉันตกใจกลัว						
2. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะกินอาหารเวลาหิว						
3. ฉันคิดหมกมุ่นเรื่องเกี่ยวกับอาหาร						
4. เวลาที่ฉันกินอาหารเข้าไปมากๆ ฉันรู้สึกว่าจะฉันอาจจะหยุดกินไม่ได้						
5. ฉันตัดแบ่งอาหารของฉันออกเป็นชิ้นเล็กๆ						
6. ฉันระมัดระวังเรื่องจำนวนแคลอรีของอาหาร						
7. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าว ขนมปัง แป้ง						
8. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นอยากให้ฉันกินอาหารมากกว่านี้						
9. ฉันอาเจียนหลังกินอาหาร						
10. ฉันรู้สึกผิดมากหลังกินอาหาร						
11. ฉันคิดหมกมุ่นเรื่องอยากจะผอมลงกว่านี้						
12. ฉันคิดเรื่องการเผาผลาญแคลอรี ตอนออกกำลังกาย						
13. คนอื่นคิดว่าฉันผอมเกินไป						
14. ฉันคิดหมกมุ่นว่าฉันมีไขมันอยู่ตามตัวมากเกินไป						
15. ฉันใช้เวลาในการกินอาหารมากกว่าคนอื่น						
16. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารหวานๆ						
17. ฉันกินอาหารสำหรับคนที่กำลังควบคุมอาหาร						
18. ฉันรู้สึกว่าอาหารคือสิ่งที่ควบคุมชีวิตของฉัน						
19. ฉันสามารถควบคุมความต้องการได้เมื่ออยู่ใกล้อาหาร						
20. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นพยายามบังคับให้ฉันกิน						
21. ฉันใช้เวลาและความคิดกับเรื่องการกินอาหารมากเกินไป						
22. ฉันรู้สึกไม่สบายใจหลังจากกินของหวาน						
23. ฉันกำลังควบคุมอาหาร						
24. ฉันชอบให้ท้องว่าง						
25. ฉันรู้สึกอยากจะอาเจียนหลังกินอาหาร						
26. ฉันมีความสุขกับการได้ลองกินอาหารที่ให้พลังงานสูงประเภทใหม่ๆ						

ตารางที่ 3 แบบประเมินทัศนคติในการรับประทานอาหารส่วนที่สอง ฉบับภาษาไทย⁴²

ข้อคำถาม	ลักษณะความถี่ของพฤติกรรม					
	ไม่เลย	1 ครั้งต่อเดือนหรือน้อยกว่า	2-3 ครั้งต่อเดือน	1 ครั้งต่อสัปดาห์	2-6 ครั้งต่อสัปดาห์	1 ครั้งต่อวันหรือมากกว่า
1. คุณเคยกินอาหารปริมาณมากๆ ในสถานที่ที่คุณรู้สึกว่าอาจจะหยุดกินไม่ได้						
2. คุณเคยทำให้ตัวเองอาเจียน เพื่อควบคุมน้ำหนักหรือรูปร่างของคุณ						
3. คุณเคยใช้ยาระบาย ยาลดน้ำหนัก หรือยาขับปัสสาวะ เพื่อควบคุมน้ำหนักหรือรูปร่างของคุณ						
4. คุณออกกำลังกายนานเกินกว่า 60 นาทีในแต่ละวันเพื่อลดหรือควบคุมน้ำหนักของคุณ						
5. น้ำหนักของคุณลดลง 20 ปอนด์ (ประมาณ 9 กิโลกรัม) หรือมากกว่าในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา		ใช่..... ไม่ใช่.....				

*เป็นที่รู้กันว่ากินอาหารมากกว่าคนส่วนใหญ่ เมื่ออยู่ในสภาวะแวดล้อมเดียวกัน และรู้สึกว่าการกินอาหารเป็นเรื่องที่อยู่นอกเหนือการควบคุม

แบบทดสอบทางจิตวิทยา (psychometric test) ในการวัด แบบทดสอบทางจิตวิทยาที่เกี่ยวกับการวัดทัศนคติต่อรูปร่างของตนเองถูกพัฒนาขึ้นมากมายในปัจจุบัน แต่หนึ่งในแบบทดสอบที่ได้รับการยอมรับว่ามีความแม่นยำ และสามารถนำมาอ้างอิงในงานวิจัยได้ คือแบบประเมินทัศนคติภาพลักษณ์เกี่ยวกับรูปร่าง (Body Shape Questionnaire; BSQ) โดยแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย (ตารางที่ 1) พร้อมทั้งมีการทดสอบความแม่นยำและให้ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจในการประเมินทัศนคติต่อรูปร่างของตนเองในงานวิจัยของเปรมิกา ในปี ค.ศ. 2009 ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของสตรีหลังคลอดบุตร⁴⁰ แต่อย่างไรก็ตาม การทดสอบความแม่นยำของแบบประเมิน BSQ ในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ในประเทศไทย โดยเฉพาะวัยรุ่น ยังมีอยู่อย่างจำกัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะความผิดปกติในการกิน

ปัจจุบันมีวิธีในการประเมินภาวะความผิดปกติในการ

กินหลากหลายวิธี แต่หนึ่งในวิธีที่ได้รับความนิยม คือ การใช้แบบประเมินทัศนคติในการรับประทานอาหาร (Eating Attitude Test-26; EAT-26) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีการนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก⁴¹ ไม่เว้นแม้แต่ในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีการแปลแบบประเมินเป็นภาษาไทย เพื่อให้มีความเหมาะสมและง่ายต่อการทำความเข้าใจและตอบแบบประเมินมากยิ่งขึ้น ซึ่งตรงจุดนี้ได้มีงานวิจัยของฐิติวิ และคณะ ในปี ค.ศ. 2013 ทำการทดสอบความแม่นยำตรงของแบบประเมิน EAT-26 ฉบับภาษาไทย ซึ่งผลที่ได้พบว่า แบบประเมินมีความไว และความเฉพาะเจาะจงเพียงพอที่จะระบุความแตกต่างของผู้ที่มีภาวะความผิดปกติในการกินกับผู้ที่ไม่มีความผิดปกติได้อย่างเหมาะสม⁴² ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ผลกระทบจากโรคความผิดปกติในการกิน

ผลกระทบจากโรคความผิดปกติสามารถแยกออกให้เห็นภาพได้ชัดเจนเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ (ตารางที่ 4) มีการศึกษาผลกระทบด้านร่างกายโดย

Palla และคณะ ในปี ค.ศ. 1988⁴³ ในวัยรุ่นชาวอเมริกัน อายุ 10-20 ปี จำนวน 65 คนที่อยู่ในคลินิกโรคความผิดปกติในการกินของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่จำกัดอาหารอย่างมาก และมีการชดเชยอาหารที่กินเข้าไปด้วยวิธีต่าง ๆ

ตารางที่ 4 ผลกระทบของโรคความผิดปกติในการกินทางด้านร่างกายและจิตใจ

	ผลกระทบที่เกิดจาก ED
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	- ความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำ - ความดันโลหิตขณะเปลี่ยนท่าต่ำ - หัวใจเต้นช้า/ผิดปกติ
ระบบต่อมไร้ท่อ	- ฮอร์โมนโกนาโดโทรปินต่ำ - ฮอร์โมนไทรอกซิน และไทรโอไอโดไทโรนีนต่ำ
ระบบสืบพันธุ์	- ประจำเดือนขาด/ผิดปกติ - เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ช้ากว่าปกติ
ระบบขับถ่าย	- ไม่สามารถกำจัดของเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ - อาจพบเม็ดเลือดขาวหรือโปรตีนปนมากับปัสสาวะ
ระบบการสร้างเม็ดเลือด	- ภาวะโลหิตจาง - ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ - ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ
ระบบทางเดินอาหาร	- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ refeeding syndrome - ตับอ่อนอักเสบ - ตับทำงานผิดปกติ - หลอดอาหารอักเสบ - ต่อมมน้ำลายบวม - ท้องอืด/ท้องเฟ้อ
ด้านจิตใจ	- อาจเกิดความคิดในการฆ่าตัวตาย - ซึมเศร้า - อารมณ์แปรปรวน - ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง - ไม่มีความมั่นใจ - กลัวการเข้าสังคม

มักพบภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (postural hypotension) โดยเมื่อเปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นยืน ความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ลดลงมากกว่าเท่ากับ 20 มิลลิเมตรปรอท ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อมาคือ หัวใจเต้นช้า โดยมีความถี่ต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วย และในบางรายพบว่าหัวใจเต้นช้ากว่า 40 ครั้งต่อนาที นอกจากนี้ยังพบอีกว่าประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ระบบต่อมไร้ท่อพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็น AN ทั้งหมดมีภาวะขาดประจำเดือน มีฮอร์โมนโกนาโดโทรปิน (gonadotropin) ต่ำ ส่วนในผู้ป่วย BN ยังมีประจำเดือนครั้งแรกตามอายุเฉลี่ยปกติ แต่รอบประจำเดือนมักผิดปกติและมีภาวะขาดระดู (secondary amenorrhea) ยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคความผิดปกติในการกินเข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ช้ากว่าปกติมากกว่า 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากเกณฑ์ของ Tanner ในส่วนของฮอร์โมนไทรอยด์พบว่า ฮอร์โมนไทรอกซิน (Thyroxine; T4) และไทรโอไอโดไทโรนีน (Triiodothyronine; T3) มีระดับปกติค่อนข้างต่ำ ต่อมาคือผลกระทบต่อไต พบว่าทั้งผู้ป่วย AN และ BN มีปริมาณยูเรียในกระแสเลือด (Blood Urea Nitrogen; BUN) มากกว่า 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยที่ค่าครีเอตินิน (creatinine) ยังปกติ แต่มักพบ เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ (pyuria) โดยพบเม็ดเลือดขาว 10-30 เซลล์ต่อเอชพีเอฟ อาการโปรตีนรั่วในปัสสาวะ พบว่ามีความรุนแรงมากกว่าเท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และอาการปัสสาวะปนเลือดก็พบเช่นกันแต่น้อยกว่า ในด้านผลกระทบต่อค่าเลือด พบว่าผู้ป่วย AN มักมีการแบ่งตัวของไขกระดูกต่ำ (bone marrow hypoplasia) ทำให้เกิดภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (leukopenia) โลหิตจาง (anemia) และในบางคนพบภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) นอกจากนี้ อาการที่สังเกตได้จากผู้ป่วย AN อีกอย่างคือมีอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงใน 1 ชั่วโมงต่ำ (Erythrocyte Sedimentation Rate; ESR) ซึ่งทั้งหมดนี้บ่งบอกได้ถึงอาการอักเสบในร่างกาย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางเดินอาหาร โดยผู้ป่วยที่จำกัดอาหารและมีพฤติกรรมชดเชยอาหารที่กินเข้าไป มักมีภาวะท้องผูก จึงใช้ยาระบายเพื่อ

บรรเทาอาการดังกล่าว มีการขับเคลื่อนอาหารออกจากกระเพาะอาหารที่ใช้เวลานานมากกว่าปกติ (delayed gastric emptying) และอิมานัน ผู้ป่วยมักบ่นว่าจะมีอาการท้องอืดหรือท้องเฟ้อหลังกินอาหาร ในผู้ป่วยที่มีการล้างคออาจพบโรคหลอดอาหารอักเสบ กรามใหญ่ขึ้น และต่อมน้ำลายพาโรทิด (parotid gland) บวมขึ้นโดยไม่มีอาการเจ็บ ด้านการทำงานของตับ พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 มีค่า SGOT มากกว่า 724 หน่วยต่อลิตร นอกจากนี้ยังพบค่า SGPT มากกว่า 25 หน่วยต่อลิตร และค่าโคเลสเตอรอลในเลือดมากกว่า 220 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ได้ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ที่อดอาหาร และร้อยละ 10 จากผู้ที่มีพฤติกรรมชดเชยอาหารที่กิน ส่วนในผู้ป่วย BED ที่ทำการศึกษาระยะโดย Rampling และคณะในปี ค.ศ. 1982⁴⁴ พบว่ามีเส้นผ่านศูนย์กลางกระเพาะอาหารขยายใหญ่ขึ้นและมีภาวะตับอ่อนอักเสบซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ นอกเหนือจากผลกระทบในระบบต่างๆ ดังที่กล่าวมา พบว่าผู้ป่วยที่ล้างคอเพื่อให้อาเจียน ใช้น้ำระบายยาขับปัสสาวะหรือดื่มน้ำในปริมาณมากกว่าปกติอยู่เสมอ จะมีภาวะเกลือแร่ในเลือดไม่สมดุล ที่พบได้บ่อยคือ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ซึ่งอาจส่งผลให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ ภาวะฟอสเฟตต่ำ ภาวะแมกนีเซียมต่ำ ซึ่งเป็นความเสี่ยงให้เกิด refeeding syndrome ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ภาวะโซเดียมต่ำ แคลเซียมต่ำ และคลอไรด์ต่ำ ก็สามารถพบได้เช่นกัน ผลกระทบสุดท้ายที่จะกล่าวถึงคือ โรคความผิดปกติในการกินส่งผลให้การควบคุมอุณหภูมิในร่างกายผิดปกติ คือ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.3 องศาเซลเซียส ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มของโรคความผิดปกติในการกิน

ผลกระทบด้านจิตใจเกิดจากสาเหตุหลักคือ ความกังวลเกี่ยวกับรูปร่าง และน้ำหนักตัว การให้คุณค่ากับรูปร่าง และน้ำหนักของตนเองมากเกินไป รวมไปถึงการมีภาพลักษณ์ที่ผิดปกติ ที่อาจเป็นผลมาจากการมีประสบการณ์เกี่ยวกับรูปร่าง หรือมีลักษณะเกี่ยวกับน้ำหนัก (weight stigma) เช่น การซึมซับค่านิยมที่ว่ารูปร่างผอมเป็นที่ยอมรับมากกว่า การถูกสังคมปฏิเสธ หรือถูกเหมารวมเพราะเรื่องน้ำหนักตัว หรือรูปร่าง เป็นต้น จากสาเหตุดังกล่าวที่อาจทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถ

ปรับตัวทางความคิด (psychological maladjustment) ต้องการควบคุมน้ำหนักจนเกิดโรคความผิดปกติในการกินได้⁴⁵ ซึ่งโรคความผิดปกติในการกินมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกผิดในการกินอาหาร อาจและกังวลที่จะกินอาหารร่วมกับผู้อื่น อารมณ์แปรปรวน มีความมั่นใจในตัวเองต่ำลง จนไม่เข้าสังคม⁴⁶ กลายเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) โรคซึมเศร้า (depression) และมีความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติในการกิน³⁰

แนวทางปฏิบัติในการรักษา

โรคความผิดปกติในการกินในวัยรุ่นมีความซับซ้อนทางด้านชีวจิตสังคม (biopsychosocial aspects) ดังนั้นการประเมิน และจัดการกับโรคนี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ (interdisciplinary team) ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาล ด้านโภชนาการ และด้านสุขภาพจิต และหากการรักษา ร่วมกับการทำกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพ ควรมีความรู้พื้นฐานและประสบการณ์ในด้านการจัดการเพื่อดูแลรักษาโรคความผิดปกติในการกินในศาสตร์ของแต่ละวิชาชีพ

สำหรับบทบาททางโภชนาการบำบัดของนักกำหนดอาหาร นักโภชนาการนั้น ควรตระหนักถึงการรับมือกับผู้ป่วยที่มักจะพบปัญหาหลัก ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ ปัญหาที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยกำลังมีภาวะฉุกเฉิน เช่น มีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีภาวะขาดน้ำหรือมีความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์โดยเป้าหมายของการรักษา คือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี

การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคความผิดปกติในการกินของนักกำหนดอาหารนั้น ต้องมีความเข้าใจเป็นอย่างดีถึงขอบเขตของวิชาชีพ และแรงผลักดันทางใจสำหรับโรคนี้ (psychodynamics) ที่ต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคความผิดปกติในการกิน นักกำหนดอาหารถึงต้องแก้ปัญหาตามขั้นตอนของการดูแลทางโภชนาการ (nutrition care process) โดยประเด็นที่สำคัญ คือ จำเป็นต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องความต้องการพลังงาน และสารอาหาร

ในแต่ละช่วงวัย เพื่อช่วยให้กลับมามีรูปแบบการกินตามปกติ และฟื้นฟูภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วยได้ ซึ่งขั้นตอนการดูแลทางโภชนาการมี 3 ขั้นตอน ดังนี้⁴⁷

1) การประเมินภาวะทางโภชนาการ (nutrition assessment) และการวินิจฉัยทางโภชนาการ (nutrition diagnosis)

การประเมินภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วย นิยมใช้การวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) ได้แก่ ประวัติส่วนสูงและน้ำหนัก แต่ไม่ควรชั่งน้ำหนัก และวัดสัดส่วนหลายครั้งโดยที่ไม่จำเป็น เนื่องจากอาจเพิ่มความเครียด และความกังวลให้แก่ผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ควรทำการประเมินโดยใช้กราฟมาตรฐานแสดงการเจริญเติบโต

วิเคราะห์และแปลผลตรวจทางชีวเคมี (biochemical) โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าผลวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับ refeeding syndrome เนื่องจากพบปัจจัยเสี่ยงสูงมาก

ประเมินประวัติการบริโภคอาหาร (dietary assessment) ทั้งรูปแบบการรับประทานอาหาร ทักษะที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักตัว รูปร่าง และพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร หากสามารถทำการประเมินประวัติย้อนหลังได้จะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยมากกว่าประเมินการบริโภคอาหารในปัจจุบัน หากไม่สามารถเก็บข้อมูลได้จากผู้ป่วย ให้ใช้วิธีสังเกตการณ์ หรือถามข้อมูลจากผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดเพื่อประเมินประวัติการบริโภคเบื้องต้นให้ได้

ประเมินอาการทางพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (behavioral-environmental symptoms) ได้แก่ การจำกัดอาหาร การกินไม่หยุดแบบไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ความกังวลต่าง ๆ พิธีกรรมทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การถูกควบคุมด้วยแรงกดดัน การอาเจียน หรือการล้วงคออื่น ๆ การออกกำลังกายหนักเกินไปเพื่อชดเชยอาหารที่กินเข้าไป การใช้ยาลดความอ้วน การใช้ยาเสพติด พฤติกรรมการเข้าสังคม รวมถึงพื้นฐาน และสภาพแวดล้อมในครอบครัวซึ่งผลกระทบต่อการรักษา

2) การวางแผนทางโภชนาการ (nutrition intervention)

คำนวณ และติดตามพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วย

ควรได้รับให้ได้ครบตามเป้าหมายที่กำหนดที่จำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละคน อาจมีการปรับหรือเลือกจัดเมนูอาหารโดยพิจารณาจากความชอบของผู้ป่วย ประวัติทางสุขภาพ ปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา และแหล่งอาหารที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ โดยต้องมั่นใจว่าอาหารที่ผู้ป่วยได้รับมีคุณภาพ ปริมาณ และความหลากหลายของอาหารที่บริโภคเพียงพอพยายามให้ผู้ป่วยรับประทานทางปากด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด หากได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ หรือต้องการพลังงาน และสารอาหารอย่างเร่งด่วน อาจพิจารณาให้อาหารเสริมทางปาก อาหารทางสายให้อาหาร และการให้อาหารทางหลอดเลือดดำควบคู่กันไป

นอกจากการแก้ไขภาวะทางโภชนาการของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาทางโภชนาการ (nutrition counseling) แก่ทั้งผู้ป่วย และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน อาจต้องทำร่วมกับการให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคม (psychosocial support) ได้แก่ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ที่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการรักษา เกิดแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วยที่อยากจะเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อฟื้นฟูภาวะทางโภชนาการ และเพิ่มน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้กลับขึ้นมาตามเดิมหรือสามารถคงที่ให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสม ประกอบกับมีองค์ประกอบของร่างกาย และสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น และการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น การกินตามสัญชาตญาณ (intuitive eating หรือ mindful eating) คือ กินเมื่อหิว และหยุดเมื่ออิ่ม และให้ความรู้พื้นฐานทางโภชนาการ เช่น การมีโภชนาการที่ดีคือการกินอาหารอย่างสมดุลและหลากหลายเดินทางสายกลาง และไม่ตัดสินว่าอาหารชนิดใดดีหรือไม่ดีหรือแย่ให้เข้าใจว่าอาหารทุกชนิดสามารถกินได้ หากจะเลือกอาหารให้สนใจว่าชนิดใดให้สารอาหารมากหรือน้อย อาหารใดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ หรืออาหารใดที่ช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูได้เร็ว นอกจากนี้ควรอธิบายผลกระทบจากโรคความผิดปกติในการกิน และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นหากได้รับการฟื้นฟูภาวะทางโภชนาการ และมุ่งความสนใจไปที่สุขภาพที่ดีในระยะยาวจากการได้รับสารอาหารที่เพียงพอ มากกว่าการนับพลังงาน และสารอาหารบางชนิด เช่น ไขมัน เป็นต้น หากผู้ป่วยมีความรู้ และข้อมูลทางโภชนาการเพียงพออยู่แล้ว หน้าที่

ต่อไปในฐานะนักกำหนดอาหาร คือ สร้างทักษะในการนำความรู้เหล่านั้นมาใช้จริง รวมไปถึงการแก้ความเข้าใจผิดที่ผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องอีกด้วย

3) การติดตามและประเมินผลทางโภชนาการ (nutrition monitoring and evaluation)

เริ่มจากประเมินสารอาหารที่ได้รับ และปรับให้เพียงพอต่อความต้องการอยู่ตลอด ติดตามอัตราการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว เมื่อน้ำหนักกลับมาปกติแล้วให้ปรับอาหารเพื่อรักษาน้ำหนักที่เหมาะสมไว้ และติดตามพฤติกรรมกรรมการกินในระยะยาว เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการจำกัดอาหารและมีกิจกรรมทางกายในระดับปกติ มีการรับมือกับความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมกรรมการกินที่ผิดปกติอย่างเหมาะสมหรือไม่ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาเป็นโรคความผิดปกติในการกินซ้ำในอนาคต โดยต้องมีการประสานงานกับวิชาชีพอื่น ๆ เกี่ยวกับพัฒนาการของผู้ป่วย เพื่อปรับแผนในการรักษาด้วยการทำงานร่วมกัน

ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ควรแบ่งหน้าที่อย่างเฉพาะเจาะจงตามวิชาชีพ และมีการประสานงานกันเพื่อติดตามความต้องการทางโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปแล้ว จะเห็นว่าโรคความผิดปกติในการกินเป็นโรคที่พบได้มากขึ้นในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ด้วยปัจจัยจากภายในและภายนอกของตัวผู้ป่วย การป้องกัน หรือการเฝ้าระวังการเกิดโรคความผิดปกติในการกินจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการประเมินเบื้องต้นเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติที่เกิดขึ้น หากความผิดปกตินั้นได้เกิดขึ้นแล้ว ควรทำการดูแลและวางแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วยในทันทีจากความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของนักกำหนดอาหารและนักโภชนาการ คือ การลงมือวางแผนโภชนาบำบัดตามขั้นตอนของการดูแลทางโภชนาการอย่างถูกต้อง และรวดเร็วที่สุด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- Manaboriboon B, In-iw S, Winijkul G, Choowong T, Suwanwaree J, Apinuntavech S. Eating Disorder Susceptibility among University Students in Thailand. *Se Asian J Trop Med*. 2017;48:19-28.
- Manaf NA, Saravanan C, Zuhrah B. The Prevalence and Inter-Relationship of Negative Body Image Perception, Depression and Susceptibility to Eating Disorders among Female Medical Undergraduate Students. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(3):VC01-VC4.
- Vohs KD, Heatherton TF, Herrin M. Disordered eating and the transition to college: a prospective study. *Int J Eat Disord*. 2001;29(3):280-8.
- Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry*. 1991;148(7):917-22.
- Gotestam KG, Agras WS. General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord*. 1995;18(2):119-26.
- Hay P, Fairburn C. The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1998;23(1):7-15.
- Stettler N, Tershakovec AM, Leonard MB. Onset of adolescent eating disorders. Dieting may be an early sign, rather than a cause, of eating disorder. *BMJ*. 1999;318(7200):1761-2.
- Gower B, Hand CE, Crooks ZK. The Relationship Between Stress and Eating in College-Aged Students. *Undergraduate Research Journal for the Human Sciences*. 2008;7.
- National Eating Disorder. WHAT ARE EATING DISORDERS? 2001 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/what-are-eating-disorders>.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5: Fifth edition. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, [2013] ©2013; 2013.
- Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ*. 2007;334(7599):894-8.
- Pryor T, Wiederman MW, McGilley B. Clinical correlates of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord*. 1996;19(4):371-9.
- ปรียานุช แยมวงษ์. โรคของคนอยากผอม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=574>.
- Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake

- Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):45-57.
15. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
 16. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(5):468-76.
 17. Cnattingius S, Hultman CM, Dahl M, Sparén P. Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(7):634-8.
 18. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(12):1434-40.
 19. Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*. 2015;48(2):187-98.
 20. Keery H, van den Berg P, Thompson J. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls 2004. 237-51 p.
 21. Chittiwat S, Sukanich P. Relationship between Facebook Addiction and Abnormal Eating Attitudes and Behaviors among Female Adolescents in Patumthani Province, Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2017;62(2):117-28.
 22. McShirley C. What is Body Image? 2015 [cited 2019 Jan 15]. Available from: <https://www.psychalive.org/what-is-body-image/>.
 23. Cruz-Saez S, Pascual A, Wlodarczyk A, Echeburua E. The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *J Health Psychol*. 2018;1359105317748734.
 24. Wang K, Liang R, Ma ZL, Chen J, Cheung EFC, Roalf DR, et al. Body image attitude among Chinese college students. *Psych J*. 2018;7(1):31-40.
 25. Fadipe B, Oyelohunnu MA, Olanju AT, Aina OF, Akinbode AA, Suleiman TF. Disordered eating attitudes: demographic and clinico-anthropometric correlates among a sample of Nigerian students. *Afr Health Sci*. 2017;17(2):513-23.
 26. Lemmens SG, Rutters F, Born JM, Westerstede-Plantenga MS. Stress augments food 'wanting' and energy intake in visceral overweight subjects in the absence of hunger. *Physiol Behav*. 2011;103(2):157-63.
 27. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Schmidt U, Crosby RD. Risk factors for binge eating and purging eating disorders: differences based on age of onset. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):802-12.
 28. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *MedGenMed*. 2004;6(3):49.
 29. Kjelsas E, Bjornstrom C, Gotestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav*. 2004;5(1):13-25.
 30. Eisenberg D, Nicklett EJ, Roeder K, Kirz NE. Eating disorder symptoms among college students: prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *J Am Coll Health*. 2011;59(8):700-7.
 31. Edman J, Yates A. Eating attitudes among college students in Malaysia: An ethnic and gender comparison 2004. 190-6 p.
 32. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-14.
 33. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714-23.
 34. Sancho C, Arija MV, Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(8):495-504.
 35. Qian J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, et al. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013;25(4):212-23.
 36. Kaewpornawan T. A survey of eating attitudes and behaviors among Thai female teenage students. *Siriraj Hos gaz*. 1994;46:363-8.
 37. Puengyod A, Sukanich P. Prevalence of Abnormal Eating Attitudes and Behaviors among Thai Female High School Students in Bangkok. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2011;56(2):149-58.
 38. Mond JM. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. *J Eat Disord*. 2013;1:33.
 39. Eating disorders in adolescents:

- Principles of diagnosis and treatment. *Paediatr Child Health*. 1998;3(3):189-96.
40. เปรมีกานิจรณันท์. ความพึงพอใจในภาพลักษณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552
 41. Orbitello B, Ciano R, Corsaro M, Rocco PL, Taboga C, Tonutti L, et al. The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *International Journal of Obesity*. 2006;30(6):977-81.
 42. จิตวี แก้วพรสวรรค์, พรจิรา ปรีวัชรกุล, วันรวิ พิมพันธ์. การศึกษาความแม่นยำของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยในหญิงไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556; 58(3):283-96.
 43. Palla B, Litt IF. Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics*. 1988;81(5):613-23.
 44. Rampling D. Acute pancreatitis in anorexia nervosa. *Med J Aust*. 1982;2(4):194-5.
 45. Puhl R, Suh Y. Stigma and eating and weight disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(3):552.
 46. Disorders NE. WARNING SIGNS AND SYMPTOMS 2001 [cited 2019 Jun 20]. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/warning-signs-and-symptoms>.
 47. Ozier AD, Henry BW, American Dietetic A. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(8):1236-41.