

# ภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการ รับประทานอาหารในสตรีที่มีน้ำหนักเกิน

นิจวรรณ อึ้งรังษีโสภณ พ.บ., ว.ว.จิตเวชศาสตร์\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และความสัมพันธ์ของทั้ง 2 โรคนี้กับค่าดัชนีมวลกายในสตรีที่มีน้ำหนักเกิน

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงพรรณนา

**กลุ่มตัวอย่าง :** ผู้ป่วยสตรีที่เข้าเกณฑ์การศึกษาที่เข้าโปรแกรมลดน้ำหนักที่คลินิกลดน้ำหนัก ตั้งแต่พฤศจิกายน 2543 ถึง มีนาคม 2544 จำนวน 50 ราย

**วิธีดำเนินการวิจัย :** เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามซึ่งมี 2 ส่วน คือ ส่วนแรกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนที่สอง แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า และซักประวัติเพื่อการวินิจฉัยโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM IV) นำข้อมูลที่ได้ มาศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และความสัมพันธ์ของทั้ง 2 โรคนี้กับค่าดัชนีมวลกาย

**ตัววัดสำคัญ :** ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร ภาวะซึมเศร้าและค่าดัชนีมวลกาย โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและค่าดัชนีมวลกาย

**ผลการวิจัย :** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 26 ปี กำลังศึกษาระดับมัธยมปลายและระดับอุดมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.025$ ) ระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร ภาวะซึมเศร้าและค่าดัชนีมวลกาย และโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและค่าดัชนีมวลกาย และพบว่าผู้มีน้ำหนักเกินที่ต้องการลดน้ำหนักพบความเสี่ยงปานกลางในการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6 พบโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารร้อยละ 34 แบ่งเป็น bulimia nervosa ร้อยละ 10 และ eating disorder not otherwise specified (eating disorder NOS) ร้อยละ 24 โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารทุกรายมีพฤติกรรม binge eating และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทุกรายมี purging behavior

**สรุป :** พบภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารในสตรีที่มีน้ำหนักเกินมากกว่าประชากรทั่วไป ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้า โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และค่าดัชนีมวลกาย

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*Abstract***Depression and Eating Disorders in Overweight Women****Nitchawan Ungrungseesopon MD****Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University**

**Objectives :** To study depression and eating disorder and to find relation between depression and eating disorder and to find these relation between 2 diseases and body mass index (BMI).

**Research design :** Descriptive study.

**Subjects :** Fifty overweight women were studied in obesity clinic from November 2000 to March 2001.

**Methods :** Data were collected from questionnaires, the questionnaires were composed of personal identification data and depression inventory. Eating disorders were diagnosed by using diagnostic and statistical manual of mental disorder - DSM IV criteria. Data obtained were analysed by finding relation between depression and eating disorder and finding relation between 2 diseases and BMI.

**Main outcome measures :** Relation between depression and eating disorder, between depression and body mass index and between depression and BMI.

**Results :** Most subjects were younger than 26 years of age, studying in high school and university. There was no statistical relation between depression and eating disorder, between depression and BMI and between eating disorder and BMI. In overweight women who wanted to lose weight, there were moderate risk of depression (6%), eating disorders (34%) including bulimia nervosa 10% and eating disorder NOS 24%. Binge eating was found in all eating disorder patients and purging behavior was found in all depressive patients.

**Conclusion :** Depression and eating disorder occurred in overweight women more than general population. There was no statistical relation between depression, eating disorder and body mass index.

**Key words :** depression, eating disorder, overweight, woman

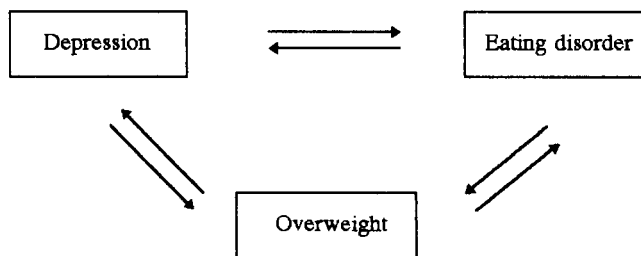
**บทนำ**

ผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ เกิดจากความไม่สมดุลของปริมาณแคลอรีที่รับเข้ามากับพลังงานที่ใช้ไป ถ้าความไม่สมดุลนี้เกิดขึ้นมากก็จะทำให้เกิดโรคอ้วนขึ้นได้ ตามความหมายขององค์การอนามัยโลกผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หมายถึง ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายหรือ body mass index (BMI) ซึ่งเป็นอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักตัว (เป็นกิโลกรัม) ต่อส่วนสูง (เป็นเมตร) ยกกำลังสองมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ถึง 29 ถ้ามีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 30 หรือมากกว่า 30 ถือว่าเป็นโรคอ้วน

(obesity)<sup>2</sup> ภาวะน้ำหนักตัวมากกว่าปกตินี้ส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นในด้านสุขภาพร่างกายคือ เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันอุดตันในหลอดเลือด เป็นต้น ยิ่งถ้าน้ำหนักมากถึงขนาดเป็นโรคอ้วนก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้มากขึ้นตามลำดับ นอกจากปัญหาด้านสุขภาพร่างกายแล้ว ภาวะนี้ยังมีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติมีโอกาสที่จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจมากกว่าคนทั่วไป ปัญหาทางด้านจิตใจอาจเป็นทั้งสาเหตุหรืออาจเป็นผลทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ปัญหาทางด้านจิตเวชที่มักพบร่วมกับภาวะน้ำหนักเกินได้แก่

โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร (eating disorder) ภาวะซึมเศร้า (depression) โรคทางอารมณ์ (affective disorder) และเกิดปมด้อยในสังคม (social stigma) ซึ่งปัญหาต่างๆ เหล่านี้มักพบเพิ่มสูงขึ้นในสตรีที่มีน้ำหนักเกิน<sup>3</sup> จากการศึกษาในหญิงชาวแอฟริกัน-อเมริกัน จำนวน 429 รายพบว่าภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>4</sup> Erickson SJ<sup>5</sup> ศึกษาในเด็กวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กวัยรุ่นเพศหญิงที่มีน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงสูงที่จะสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

ปัญหาทางอารมณ์ที่พบบ่อยในผู้มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเองอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารมากกว่าปกติจึงทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือภาวะซึมเศร้านั้นเป็นผลมาจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ส่งผลให้คุณค่าในตนเองต่ำลง จึงเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการที่น้ำหนักขึ้นอาจไม่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเลยแต่เป็นผลมาจากผู้ป่วยเป็นโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารโดยเฉพาะในกลุ่ม binge eating disorder (BED) จึงทำให้น้ำหนักมากขึ้นหรืออาจเกี่ยวข้องกับทั้งสองภาวะเนื่องจากมีหลายการศึกษาถ่วงถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร Smith DE<sup>6</sup> พบอาการซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วย BED ซึ่งผลที่ได้คล้ายกับการศึกษาของ Cargill BR<sup>7</sup> พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นในผู้ป่วยโรคอ้วนที่รับประทานอาหารมากกว่าปกติ จากคำอธิบายข้างต้น ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวเกิน ภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารอาจเขียนเป็นแผนภาพได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวเกิน ภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยเฉพาะ ทั้งๆ ที่ปัจจุบันมีผู้น้ำหนักตัวมากกว่าปกติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และส่วนใหญ่หาทางออกด้วยการลดน้ำหนักทั้งแบบถูกวิธีและไม่ถูกวิธีซึ่งอาจเป็นการรักษาที่ไม่ตรงกับสาเหตุของความผิดปกตินั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและค่าดัชนีมวลกาย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและค่าดัชนีมวลกาย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาสตรีที่มีน้ำหนักเกินอย่างถูกต้อง

## ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

### ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยสตรีที่เข้าโปรแกรมลดน้ำหนักที่คลินิกลดน้ำหนักตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2543 ถึงเดือนมีนาคม 2544 จำนวน 50 ราย โดยมีข้อจำกัด คือ

1. ผู้ป่วยไม่เคยรับประทานยาลดน้ำหนักมาก่อน
2. ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25
3. ผู้ป่วยไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชมาก่อน
4. ตรวจไม่พบความผิดปกติเกี่ยวกับโรคทางกาย

### วิธีดำเนินการวิจัย

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบสอบถามซึ่งมี 2 ส่วน คือ ส่วนแรก ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนที่สองแบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า และชักประวัติเพื่อการวินิจฉัยโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร (eating disorder) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (diagnostic and statistical manual of mental disorder-DSM IV)

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลมาคำนวณด้วยโปรแกรม SPSS for Windows version 10.0 และหาค่าความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.025$

### นิยามตัวแปร

1. ภาวะซึมเศร้า โดยทั่วไปจำแนกได้ 3 ความหมาย คือ<sup>8</sup>

1.1 ความหมายของคนทั่วไป เป็นสภาวะที่รู้สึกเศร้าเมื่อต้องสูญเสียสิ่งที่สำคัญสำหรับเขาเช่นเมื่อคนใกล้ชิดตาย

1.2 ความหมายในทางจิตเวช หมายถึง อาการทางจิตที่ประกอบไปด้วยอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข ไม่สนุกสนาน ซึ่งพบได้ในโรคทางจิตและโรคทางกายหลายชนิด อารมณ์เศร้านี้แตกต่างจากอารมณ์เศร้าปกติทั่วไป คือ ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้ถึงความสุขสนุกสนานได้

1.3 เป็นโรคทางจิตเวชซึ่งประกอบด้วยกลุ่มอาการจำเพาะ

2. ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) ใช้คำย่อว่า BMI ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่ดีที่สุดขององค์การอนามัยโลกในการบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นน้ำหนักน้อยหรือน้ำหนักมาก โดยวัดจาก<sup>2</sup>

ค่าดัชนีมวลกาย =  $\frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ความสูง (เมตร)}^2}$

3. ผู้มีน้ำหนักเกิน หมายถึง ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จำแนกภาวะน้ำหนักเกินตามค่า BMI ดังนี้ คือ

- ค่า BMI 25.0 - 29.0 หมายถึงน้ำหนักเกิน
- 30.0 - 34.9 หมายถึงโรคอ้วนขั้นที่ 1
- 35.0 - 39.9 หมายถึงโรคอ้วนขั้นที่ 2
- > 40 หมายถึงโรคอ้วนขั้นที่ 3

4. แบบทดสอบด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า (Beck depression self rating questionnaire) พัฒนาโดยกลุ่มพัฒนาแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ โดยแพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล และคณะ<sup>3</sup> ดัดแปลงมาจาก Beck depression inventory โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคย = 0, บางครั้ง = 1, ค่อนข้างบ่อย = 2, บ่อยๆ = 3 ในข้อที่บ่งชี้ว่ามีอาการซึมเศร้า

ไม่เคย = 3, บางครั้ง = 2, ค่อนข้างบ่อย = 1, บ่อยๆ = 0 ในข้อที่ไม่ได้บ่งชี้ว่ามีอาการโรคซึมเศร้า

การแปลผลคะแนนออกมาเป็นภาวะซึมเศร้า

- 0 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า
- 21 - 25 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางที่จะมีภาวะซึมเศร้า
- 26 - 30 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะซึมเศร้า
- 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

5. โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร (eating disorder) โดยแบ่งเป็น 3 โรค คือ

- 5.1 Anorexia nervosa
- 5.2 Bulimia nervosa
- 5.3 Eating disorder not otherwise specified (eating disorder NOS) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM IV

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อายุส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 26 ปี โดยแบ่งเป็นอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ร้อยละ 42 อายุ 21 ปี ถึง 25 ปี ร้อยละ 32 ด้านสถานภาพสมรสร้อยละ 80

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างสตรี 50 ราย

| ข้อมูล                             | จำนวน | %    |
|------------------------------------|-------|------|
| อายุ                               |       |      |
| ≤ 20 ปี                            | 21    | 42.0 |
| 21 - 25 ปี                         | 16    | 32.0 |
| 26 - 30 ปี                         | 7     | 14.0 |
| 31 - 35 ปี                         | 3     | 6.0  |
| ≥ 36 ปี                            | 2     | 4.0  |
| ไม่ตอบ                             | 1     | 2.0  |
| สถานภาพสมรส                        |       |      |
| โสด                                | 40    | 80.0 |
| สมรส                               | 6     | 12.0 |
| หม้าย                              | 1     | 2.0  |
| หย่า / แยกกันอยู่                  | 1     | 2.0  |
| ไม่ตอบ                             | 2     | 4.0  |
| การศึกษา                           |       |      |
| กำลังศึกษาระดับมัธยมปลาย           | 8     | 16.0 |
| กำลังศึกษาระดับ ปวช. / ปวส.        | 6     | 12.0 |
| กำลังศึกษาระดับอุดมศึกษา           | 9     | 18.0 |
| จบการศึกษาระดับปริญญาตรี           | 16    | 32.0 |
| จบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญา       | 1     | 2.0  |
| จบการศึกษาระดับมัธยมต้นหรือต่ำกว่า | 9     | 18.0 |
| ไม่ตอบ                             | 1     | 2.0  |
| อาชีพ                              |       |      |
| นักเรียน / นักศึกษา                | 28    | 56.0 |
| รับราชการ                          | 2     | 4.0  |
| พนักงานเอกชน / รับจ้าง             | 12    | 24.0 |
| ทำการค้า / ทำธุรกิจส่วนตัว         | 4     | 8.0  |
| ไม่ตอบ                             | 4     | 8.0  |

เป็นโรค กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56 เป็นนักเรียน นักศึกษา รองลงมาคือพนักงานเอกชนหรือรับจ้างร้อยละ 24 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับมัธยมปลายถึงระดับอุดมศึกษาพบร้อยละ 46 รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 32 ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้า พบว่า ร้อยละ 76 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ร้อยละ 24 (จำนวน 12 ราย) มีคะแนนซึมเศร้าสูงกว่าปกติ ซึ่งส่วนใหญ่มีความเสี่ยงปานกลางที่จะเป็นภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14 มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นภาวะซึมเศร้าและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4 และ 6 ตามลำดับ อายุที่พบค่าคะแนนซึมเศร้าสูงกว่าปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (จำนวน 8 ราย) และกลุ่มอายุ 21 ถึง 25 ปี (จำนวน 4 ราย) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะซึมเศร้าในผู้มีน้ำหนักเกินแยกตามช่วงอายุ

| อายุ (ปี) |             | ภาวะซึมเศร้า    |                                    |                                |                             | รวม   |
|-----------|-------------|-----------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-------|
|           |             | ไม่มี<br>(0-20) | มีความเสี่ยง<br>ปานกลาง<br>(21-25) | มีความ<br>เสี่ยงสูง<br>(26-30) | มีภาวะ<br>ซึมเศร้า<br>(>30) |       |
| ≤ 20      | จำนวน (ราย) | 13              | 5                                  | 1                              | 2                           | 21    |
|           | %           | 26.0            | 10.0                               | 2.0                            | 4.0                         | 42.0  |
| 21 - 25   | จำนวน (ราย) | 12              | 2                                  | 1                              | 1                           | 16    |
|           | %           | 24.0            | 4.0                                | 2.0                            | 2.0                         | 32.0  |
| 26 - 30   | จำนวน (ราย) | 7               | -                                  | -                              | -                           | 7     |
|           | %           | 14.0            | -                                  | -                              | -                           | 14.0  |
| 31 - 35   | จำนวน (ราย) | 3               | -                                  | -                              | -                           | 3     |
|           | %           | 6.0             | -                                  | -                              | -                           | 6.0   |
| ≥ 36      | จำนวน (ราย) | 2               | -                                  | -                              | -                           | 2     |
|           | %           | 4.0             | -                                  | -                              | -                           | 4.0   |
| ไม่ตอบ    | จำนวน (ราย) | 1               | -                                  | -                              | -                           | 1     |
|           | %           | 2.0             | -                                  | -                              | -                           | 2.0   |
| รวม       | จำนวน (ราย) | 38              | 7                                  | 2                              | 3                           | 50    |
|           | %           | 76.0            | 14.0                               | 4.0                            | 6.0                         | 100.0 |

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและค่าดัชนีมวลกายในสตรีที่มีน้ำหนักเกินจำนวน 50 ราย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายและภาวะซึมเศร้า คือ ค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและเมื่อหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.025$ ) ระหว่างภาวะซึมเศร้าและค่าดัชนีมวลกาย ดังตารางที่ 3

ผลการศึกษาโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารในสตรีที่มีน้ำหนักเกินพบ 17 รายมีโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารคิดเป็นร้อยละ 34 อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (จำนวน 10 ราย) ดังตารางที่ 4

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคความผิดปกติของ

การรับประทานอาหารและค่าดัชนีมวลกายไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.025$ ) ดังตารางที่ 5

เมื่อทำการศึกษารอคความผิดปกติของการรับประทานอาหารจำนวน 17 ราย พบเป็น bulimia nervosa 5 ราย (ร้อยละ 29.4) eating disorder NOS จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 10.6) ในกลุ่มนี้มีคะแนนซึมเศร้าสูงกว่าปกติ 6 ราย (ร้อยละ 35.3) ความสัมพันธ์ระหว่างโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.025$ ) ดังตารางที่ 6

เมื่อนำผู้ป่วยที่เป็นโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมาศึกษาลักษณะพฤติกรรมของการรับประทานอาหารตามเกณฑ์การวินิจฉัย bulimia nervosa พบทุกรายที่วินิจฉัย

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าตามคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าดัชนีมวลกาย

| BMI                          | ภาวะซึมเศร้า |                     |                 |                | รวม      |
|------------------------------|--------------|---------------------|-----------------|----------------|----------|
|                              | ไม่มี        | มีความเสี่ยงปานกลาง | มีความเสี่ยงสูง | มีภาวะซึมเศร้า |          |
|                              | (0-20)       | (21-25)             | (26-30)         | (>30)          |          |
| 25.0-29.9 (น้ำหนักเกิน)      | 24           | 3                   | 1               | 1              | 29       |
| 30.0-34.9 (โรคอ้วนขั้นที่1)  | 11           | 3                   | 1               | 1              | 16       |
| 35.0-39.9 (โรคอ้วนขั้นที่ 2) | 2            | 0                   | 0               | 0              | 2        |
| ≥ 40 (โรคอ้วนขั้นที่ 3)      | 1            | 1                   | 0               | 1              | 3        |
| รวม (ราย)                    | 38           | 7                   | 2               | 3              | 50       |
| Chi-square tests             |              |                     |                 |                |          |
| Value                        |              |                     |                 |                | df       |
| Pearson Chi-square           |              |                     |                 |                | 115.507* |
| Likelihood ratio             |              |                     |                 |                | 64.218   |
| Linear-by-linear association |              |                     |                 |                | 1.040    |
| N of valid cases             |              |                     |                 |                | 50       |

\* 122 cells (56.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0.04

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและค่าดัชนีมวลกาย

| BMI                          | โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร |    | รวม |
|------------------------------|------------------------------------|----|-----|
|                              | ไม่มี                              | มี |     |
| 25.0-29.9                    | 18                                 | 11 | 29  |
| 30.0-34.9                    | 13                                 | 3  | 16  |
| 35.0-39.9                    | 2                                  | 0  | 2   |
| ≥ 40                         | 0                                  | 3  | 3   |
| รวม                          | 33                                 | 17 | 50  |
| Chi-square tests             |                                    |    |     |
| Value                        |                                    |    |     |
| Pearson Chi-square           |                                    |    |     |
| Likelihood ratio             |                                    |    |     |
| Linear-by-linear association |                                    |    |     |
| N of valid cases             |                                    |    |     |

\* 61 cells (98.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0.06

ตารางที่ 4 โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารในผู้มีน้ำหนักเกินแยกตามช่วงอายุ

| อายุ (ปี) | โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร |      |
|-----------|------------------------------------|------|
|           | จำนวน (ราย)                        | %    |
| ≤ 20      | 10                                 | 58.8 |
| 21 - 25   | 4                                  | 23.5 |
| 26 - 30   | 2                                  | 11.8 |
| 31 - 35   | 0                                  | 0    |
| ≥ 36      | 0                                  | 0    |
| ไม่ตอบ    | 1                                  | 5.9  |
| รวม       | 17                                 | 100  |

เป็น bulimia nervosa เข้าตามเกณฑ์ (5 ราย) แต่ในรายที่ไม่เข้าเกณฑ์ bulimia nervosa แล้ววินิจฉัยเป็น eating disorder NOS นั้น นอกเหนือจากพฤติกรรมรับประทานมากกว่าปกติ (binge eating) ซึ่งพบร้อยละ 100 แล้ว พบว่า การประเมินตนเองขึ้นกับน้ำหนักตัวหรือรูปร่างอย่างมากร้อยละ 94.1 รองลงมาคือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันน้ำหนักขึ้นร้อยละ 88.2 ส่วนใหญ่ที่ไม่เข้าเกณฑ์ของ bulimia nervosa มากที่สุดนั้นได้แก่ระยะเวลาของพฤติกรรมไม่เหมาะสมเกิดน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์หรือนานน้อยกว่า 3 เดือน พบร้อยละ 70.6 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

| คะแนนภาวะ<br>ซึมเศร้า | Bulimia nervosa |      | Eating disorder NOS |      | รวม   |      |
|-----------------------|-----------------|------|---------------------|------|-------|------|
|                       | จำนวน           | %    | จำนวน               | %    | จำนวน | %    |
| 0-20                  | 4               | 23.6 | 7                   | 41.2 | 11    | 64.7 |
| 21-25                 | 0               | 0    | 4                   | 23.5 | 4     | 23.5 |
| 26-30                 | 0               | 0    | 0                   | 0    | 0     | 0    |
| > 30                  | 1               | 5.9  | 1                   | 5    | 2     | 11.6 |
| รวม                   | 5               | 29.4 | 12                  | 70.6 | 17    | 100  |

| Chi-square tests             | Value  | df | p-value |
|------------------------------|--------|----|---------|
| Pearson Chi-square           | 2.331* | 2  | 0.312   |
| Likelihood ratio             | 3.404  | 2  | 0.182   |
| Linear-by-linear association | .001   | 1  | 0.975   |
| N of valid cases             | 17     |    |         |

\* 8 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0.59

ตารางที่ 7 ลักษณะพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

| ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร                                                    | มี    |      | ไม่มี |         |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|---------|
|                                                                                    | จำนวน | %    | จำนวน | %       |
| พฤติกรรมการรับประทานมากผิดปกติ (binge-eating)                                      | 17    | 100  | 0     | 0       |
| มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการป้องกันน้ำหนักขึ้น                                        | 15    | 88.2 | 2     | 11.8    |
| ระยะเวลาของพฤติกรรมไม่เหมาะสมเกิดมากกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์<br>หรือนานมากกว่า 3 เดือน | 5     | 29.4 | 12    | 70.6    |
| การประเมินตนเองขึ้นกับน้ำหนักตัวหรือรูปร่างอย่างมาก                                | 16    | 94.1 | 1     | 5.970.6 |

เมื่อศึกษาถึงชนิดของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร โดยแบ่งเป็น purging type หมายถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการป้องกันน้ำหนักขึ้นโดยวิธีล้วงคอให้อาเจียน และ non-purging type หมายถึงไม่พบพฤติกรรมล้วงคอให้อาเจียนพบว่า ผู้ป่วย 6 ราย เป็น purging type 11 ราย เป็น non - purging type ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง purging type กับ ภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 6 รายที่มีอาการ purging type มีความเสี่ยงปานกลางที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า 4 ราย และมีภาวะซึมเศร้า 2 ราย ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ชนิดของโรคความผิดปกติของการรับประทานกับภาวะซึมเศร้า

| คะแนนภาวะซึมเศร้า | Purging     | Non - purging | รวม |
|-------------------|-------------|---------------|-----|
| 0-20              | 0           | 11            | 11  |
| 21-25             | 4           | 0             | 4   |
| 26-30             | 0           | 0             | 0   |
| > 30              | 2           | 0             | 2   |
| รวม               | จำนวน (ราย) | 11            | 17  |
|                   | %           | 64.7          | 100 |

## วิจารณ์

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินที่ต้องการลดน้ำหนักพบความเสี่ยงปานกลางในการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14 ความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6 ภาวะซึมเศร้าที่พบในกลุ่มตัวอย่างนี้นับเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าที่พบในประชากรทั่วไปซึ่งพบประมาณร้อยละ  $10^{10}$  จึงเป็นสิ่งที่น่าคิดว่า ภาวะน้ำหนักเกินกับภาวะซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sigel JM<sup>4</sup> พบภาวะน้ำหนักเกินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่อธิบายไม่ได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือไม่ Roberts RE<sup>11</sup> ได้ทำการศึกษาในคนอ้วนโดยวัดภาวะซึมเศร้าในขณะนั้นและใน 1 ปีถัดมา ผลการศึกษาไม่สามารถบอกได้ว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับภาวะซึมเศร้า อธิบายได้เพียงว่าสองภาวะนี้มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษานี้เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและค่าดัชนีมวลกายไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดของการวิจัยนี้ ได้แก่ จำนวนประชากรของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยและศึกษาในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ดัดจริตลดน้ำหนักซึ่งทุกรายเป็นเพศหญิง ทำให้ขาดความหลากหลายและไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ที่มีน้ำหนักเกินได้ หากจะเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มจากผู้ที่มีน้ำหนักเกินทั่วไป และอายุของกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัย 15-25 ปี ในการศึกษาจนถึงแม้จะอธิบายไม่ได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไร แต่พบว่ากลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักตัวมากกว่าปกติเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป

ส่วนโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร ในการศึกษาพบว่าผู้มีน้ำหนักเกินเป็นโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารร้อยละ 34 แบ่งเป็น bulimia nervosa ร้อยละ 10 และ eating disorder NOS ร้อยละ 24 ซึ่งเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปที่เป็นโรคนี้นับพบประมาณร้อยละ 1.5 ใน bulimia nervosa ร้อยละ 10 ใน eating disorder NOS<sup>12</sup> ในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่พบ anorexia nervosa เนื่องจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ anorexia nervosa นั้นผู้ป่วยต้องมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ  $17.5^{13}$  จะเห็นว่าผู้มีน้ำหนักตัวเกินพบโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารในจำนวนที่สูงมาก แต่เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารพบว่าไม่มีความ

สัมพันธ์กัน ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Ricca V<sup>14</sup> ซึ่งศึกษาโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร ในผู้ป่วยอ้วนพบว่าผู้ป่วยอ้วนที่มีโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าผู้ป่วยอ้วนที่ไม่มีโรคนี้ การศึกษา Smite DE<sup>6</sup> ศึกษาความชุกของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร โรคอ้วนและภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบโรคอ้วนมีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความชุกของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และอาการซึมเศร้าพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นี้ ซึ่งในการศึกษานี้ภาวะซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารพบจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 นับเป็นจำนวนมาก ซึ่งเหมือนกับหลายการศึกษาที่พบอาการซึมเศร้าเด่นชัดในโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร<sup>15</sup> การศึกษาของ Fava M<sup>16</sup> พบว่าหลายๆ อาการที่เป็นลักษณะของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งต่างจากการศึกษานี้คือ เมื่อหาความสัมพันธ์ทางสถิติในการศึกษานี้พบว่าโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและโรคซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญอาจเป็นเพราะการศึกษานี้มีข้อจำกัด เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยค่อนข้างน้อย

เมื่อศึกษาถึงลักษณะของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารทุกราย มีลักษณะของ binge eating รองลงมา คือ มีการประเมินตนเองขึ้นกับน้ำหนักตัวหรือรูปร่างอย่างมาก และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ล้วงคอให้อาเจียนรับประทานยาให้อาเจียน ออกกำลังกายอย่างหนัก ตามลำดับ ส่วนลักษณะที่ทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยเป็น bulimia nervosa ได้ต้องวินิจฉัยเป็น eating disorder NOS แทนได้แก่ระยะเวลาในการเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการป้องกันน้ำหนักขึ้นส่วนใหญ่น้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือนานน้อยกว่า 3 เดือน ฉะนั้นในการซักประวัติเพื่อคัดกรองหาโรคความผิดปกติในการรับประทานอาหาร ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะของ binge-eating ให้พึงระลึกไว้เสมอว่าน่าจะมีโรคของความผิดปกติของการรับประทานอาหาร

เมื่อศึกษาชนิดของโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารซึ่งแบ่งเป็น purging และ non-purging พบว่ามี purging type จำนวน 6 ราย ซึ่งในจำนวน 6 รายนี้มีระดับความเสี่ยงปานกลางที่จะแสดงภาวะซึมเศร้า 4 ราย และมีภาวะซึมเศร้า 2 ราย อาจเป็นไปได้ว่าอาการ purging อาจเป็นอาการที่ใช้ทำนวยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคความผิดปกติของการ



รับประทานอาหารเช่นเดียวกับการศึกษาของ Musante GS<sup>17</sup> พบว่า ในผู้ป่วยโรคอ้วนเพศหญิงพฤติกรรม binge eating และ purging เป็นตัวทำนายอาการซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน นั่นคือ ในผู้ที่มีการรับประทานอาหารที่ผิดปกติบ่อยครั้ง การชักประวัติ binge eating และ purging behavior เพื่อคัดกรองหาโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและเพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาอย่างถูกต้อง

## สรุป

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างสตรีจำนวน 50 รายที่มีระดับค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติและยังไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน โดยวิธีการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง พบภาวะซึมเศร้าและโรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารมากกว่าประชากรทั่วไป ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างภาวะซึมเศร้า โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและค่าดัชนีมวลกาย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, บริษัทออร์กานอน ที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่อนุญาตให้นำรายงานนี้มาเสนอ

## เอกสารอ้างอิง

1. Neiser M, Frishma WH, Michaelson MD, Abdeen MA. The pharmacologic approach to the treatment of obesity. *J Clin Pharmacol* 1997;37:453-73.
2. Seidell JC. Societal and personal cost of obesity. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 1998;106(suppl 2):7-9.
3. Flier JS, Foster DW. Eating disorder: obesity, anorexia nervosa, bulimia nervosa. In : Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR, eds. *Williams textbook of endocrinology*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia : WB Saunders, 1998:1061-97.
4. Siegel JM, Yancey AK, McCarthy WJ. Overweight and depressive symptoms among African-American women. *Prevent Med* 2000;31:232-40.
5. Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF. Are overweight children unhappy? : body mass index, depressive

- symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:931-5.
6. Smith DE, Marcus MD, Lewis CE. Prevalence of binge eating disorder, obesity and depression in a biracial cohort of young adults. *Ann Behav Med* 1998;20:227-32.
7. Cargill BR, Clark MM, Pera V. Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. *Obes Res* 1999;7:379-86.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995:1067-8.
9. Kasantikul D, Limsuwan N, Karjanthanalers N, Tongtang A, Wuttikanon S, Kuengsirikul V, et al. Health-related self-report (HRSR) scale : the diagnostic screening test for depression in Thai population. *J Med Assoc Thai* 1997;80:647-57.
10. Kaphan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1997:524-80.
11. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000;152:163-70.
12. Kaphan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6<sup>th</sup> ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1995:1361-71.
13. WHO. *Management of mental disorders: World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse*. 2<sup>nd</sup> ed. Sydney : Fast Books in Print, 1997:426-74.
14. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* 2000;41:111-5.
15. Casper RC. Depression and eating disorders. *Depression* 1998;8(suppl 1):96-104.
16. Fava M, Abraham M, Clancy-Colecchi K. Eating disorder symptomatology in major depression. *J Nerv Men Dis* 1997;185:140-4.
17. Musante GJ, Costanzo PR, Friedman KE. The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population : a matter of gender specificity. *Int J Eating Disord* 1998;23:65-75.