

การประเมินตนเองมีนวัตฤ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปี  
ที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2562  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Self-objectification, Eating Disorders and Mental Health of Senior High School Female  
Students in Bangkok



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การประเมินตนเองเมื่อวันศุกร์ ความผิดปกติในการกิน และ สุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน กรุงเทพมหานคร
โดย	นายกันต์ชานนท์ ขาวดา
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลีอบุญธวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง)

กัณฑ์ชานนท์ ขาวดา : การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของ  
นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร. ( Self-objectification, Eating Disorders  
and Mental Health of Senior High School Female Students in Bangkok) อ.ที่ปรึกษาหลัก  
: รศ. พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมิน  
ตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร  
ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 395 คน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล  
แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย และแบบ  
ประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐานเท่ากับ 0.53) ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 39.7 ค่าเฉลี่ยของการประเมินตนเอง  
เหมือนวัตถุเท่ากับ 3.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51) ความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน (EAT  
 $\geq 12$ ) พบร้อยละ 23.8 การประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ การเฝ้าสำรวจ  
ภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.847$ ) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r =$   
 $0.673$ ) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.647$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r =$   
 $0.340$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางลบกับ  
สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.153, p < 0.01$ ) ปัจจัยทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกิน  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีประวัติโรคทางจิตเวช ( $OR_{adj} = 7.01, 95\% CI 1.11-44.35$ ) รายได้เฉลี่ย  
ต่อเดือนของบิดาที่มากกว่า 15,000 บาท ( $OR_{adj} = 1.80, 95\% CI 1.03-3.14$ ) ระดับการศึกษาของมารดาที่สูง  
กว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี ( $OR_{adj} = 1.91, 95\% CI 1.16-3.14$ ) และการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของ  
ตนเองในระดับสูง ( $OR_{adj} = 3.13, 95\% CI 1.72-5.73$ ) สรุปได้ว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุและด้านย่อยทั้ง 3  
ด้าน อันได้แก่ การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของ  
ตนเอง และความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติ  
ในการกินและสุขภาพจิตที่ต่ำลง ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในกลุ่มวัยรุ่นหญิงซึ่ง  
อาจทำให้เกิดความผิดปกติในการกินและปัญหาสุขภาพจิตได้

สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6174001630 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Self-objectification, Body shame, Eating disorders, EAT-26, Mental Health

Gunchanon Khawda : Self-objectification, Eating Disorders and Mental Health of Senior High School Female Students in Bangkok. Advisor: Assoc. Prof. SIRILUCK SUPPAPITIPORN, M.D.

This study was a cross-sectional descriptive study. The objective was to study about self-objectification, eating disorders, and mental health of senior high school female students in Bangkok. The total participants were 395. The instrument of this study including demographic data questionnaire, self-objectification questionnaire, the Eating Attitudes Test-26 in Thai version (EAT-26), and Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15). The results were found that mean age of participants was 17.65 year-of-age ( $SD = 0.53$ ). Most participants had fair mental health status (39.7%). Mean of self-objectification was 3.64 ( $SD = 0.51$ ), Participants who had eating disorders ( $EAT \geq 12$ ) were found 23.8%. Self-objectification was positively correlated with the factors, namely body surveillance ( $r = 0.847$ ), body shame ( $r = 0.673$ ), control belief ( $r = 0.647$ ), and eating disorders ( $r = 0.340$ ), significantly ( $p < 0.01$ ). Self-objectification was negatively correlated with mental health status, significantly ( $r = -0.153$ ,  $p < 0.01$ ). The significant predictors for eating disorders, namely, presence in mental illness ( $OR_{adj} = 7.01$ , 95% CI 1.11-44.35), father's income higher than 15,000 baht/month ( $OR_{adj} = 1.80$ , 95% CI 1.03-3.14), and mother's educational level in bachelor's degree and higher ( $OR_{adj} = 1.91$ , 95% CI 1.16-3.14), and body surveillance in high level ( $OR_{adj} = 3.13$ , 95% CI 1.72-5.73). In summary, self-objectification and 3 domains including body surveillance, body shame, and control belief were positively correlated with eating disorders and poor mental health status. It was concerned that self-objectification could lead eating disorders and negative psychological outcomes in female.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature .....

Academic Year: 2019

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร ที่ได้กรุณารับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย และให้ความกรุณาในการสละเวลาตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ได้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลือบุญธวัชชัย ที่ให้เกียรติเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงเรียนที่อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลวิจัย รวมถึงผู้บริหารและครูอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณนักเรียนทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัยเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรจิรา ปรีวัชรากุล ที่อนุญาตให้ใช้แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (The Eating Attitudes Test-26, EAT-26) ขอขอบพระคุณคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ อภิชัย มงคล และคณะ สำหรับแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15, TMHI-15)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในเรื่องเอกสารที่เกี่ยวข้องและการประสานงานในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อน ๆ หลักรัฐวิทย์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ แก่ผู้วิจัย อันทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและคนรักของผู้วิจัย ที่ให้ความรัก กำลังใจ และการสนับสนุนแก่ผู้วิจัยในทุกด้านอย่างเต็มที่ เสมอมา

กัณฑ์ชานนท์ ขาวดา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	9
บทที่ 1 บทนำ .....	12
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (background and rationale).....	12
คำถามการวิจัย (research questions) .....	15
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (research objectives).....	15
สมมติฐานการวิจัย (hypothesis).....	15
ขอบเขตของการวิจัย (limitation).....	16
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition).....	16
ข้อจำกัดในการวิจัย (scope of study).....	17
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (express benefit and application) .....	17
กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework).....	18
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	19
ส่วนที่ 1 การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ (self-objectification).....	19
ส่วนที่ 2 ความผิดปกติในการกิน (eating disorders) .....	20
ส่วนที่ 3 สุขภาพจิต (mental health).....	22
ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (related research).....	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	31

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (population and sample).....	31
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา (selective criteria) .....	31
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size).....	32
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling) .....	32
เครื่องมือที่ใช้ (measurement).....	34
การขออนุญาตใช้เครื่องมือ .....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis).....	40
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	41
ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล.....	44
ตอนที่ 2 แสดงการประเมินตนเองเสมือนวัตถุของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน กรุงเทพมหานคร .....	52
ตอนที่ 3 แสดงความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร .....	85
ตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ ความผิดปกติใน การกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร.....	91
ตอนที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ และสุขภาพจิตในการทำนายความ ผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร .....	94
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	96
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย .....	99
ข้อจำกัดของการวิจัย .....	108
การนำผลการวิจัยไปใช้ .....	109
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป .....	110
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย และเอกสารแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมโครงการ .....	111



ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับการวิจัย .....	124
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัย .....	136
บรรณานุกรม.....	139
ประวัติผู้เขียน.....	145



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา .....	43
ตารางที่ 2	ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395) .....	44
ตารางที่ 3	แสดงสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395) .....	51
ตารางที่ 4	แสดงค่าเฉลี่ยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395) .....	52
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนและร้อยละของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านย่อยทั้ง 3 ด้าน เมื่อแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง และระดับปานกลางถึงต่ำ ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395) .....	53
ตารางที่ 6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test (N = 395) .....	54
ตารางที่ 7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test (N = 395) .....	58
ตารางที่ 8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test (N = 395) .....	62
ตารางที่ 9	แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (N = 395) .....	66

- ตารางที่ 10** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (N = 395)..... 70
- ตารางที่ 11** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (N = 395)..... 73
- ตารางที่ 12** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) (N = 395)..... 77
- ตารางที่ 13** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) (N = 395)..... 80
- ตารางที่ 14** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) (N = 395) ..... 83
- ตารางที่ 15** แสดงจำนวนและร้อยละของแบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (EAT-26) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395)..... 85
- ตารางที่ 16** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test (N = 395) ..... 86

<b>ตารางที่ 17</b> แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านย่อยแต่ละด้าน กับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test (N = 395).....	90
<b>ตารางที่ 18</b> แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson's correlation .....	91
<b>ตารางที่ 19</b> แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติในการกินกับการประเมินตนเองในด้าน ย่อยทั้ง 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติ ทดสอบ Pearson chi-square (N = 395).....	93
<b>ตารางที่ 20</b> แสดงปัจจัยทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติ Logistic Regression ด้วยวิธี Forward Likelihood Ratio .....	94



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (background and rationale)

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลาย ๆ ด้าน<sup>(1, 2)</sup> พัฒนาการด้านร่างกายของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมากในช่วงนี้ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน โดยเฉพาะฮอร์โมนเพศที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้น ทำให้วัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงมีลักษณะทางเพศที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน เรียกการเปลี่ยนแปลงทางเพศแบบทุติยภูมิ (secondary sex characteristics) พัฒนาการทางด้านสติปัญญาพบว่าการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีประสิทธิภาพมาก ทำให้วัยรุ่นมีความคิดเชิงเหตุผลมากขึ้น สามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้<sup>(1)</sup> พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม พบว่าวัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อวัยรุ่น พัฒนาการทางจิตสังคมตามทฤษฎีของ Erikson วัยรุ่นอยู่ในขั้นของการพัฒนาอัตลักษณ์แห่งตน (identity)<sup>(3)</sup> ยึดมั่นในปรัชญาชีวิตอุดมคติ และให้ความสนใจกับค่านิยมของสังคมเป็นอย่างมาก หากพัฒนาการขั้นนี้ล้มเหลวจะทำให้วัยรุ่นเกิดความสับสนในบทบาทและหน้าที่ของตนเองในสังคมได้ (role confusion) ในด้านรูปลักษณ์ทางกายนั้น วัยรุ่นมักได้รับความวิตกกังวล ค่านิยมตามสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งพบว่าวัยรุ่นมักอ้างอิงตัวเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ นิตยสาร โฆษณา เป็นต้น วัยรุ่นพยายามที่จะทำตนเองให้มีรูปลักษณ์ตรงตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคม เช่น วัยรุ่นเพศหญิงต้องการให้ตนเองมีรูปร่างที่ผอมบางน่าดึงดูดใจ<sup>(4)</sup> ซึ่งหากไม่สามารถทำตามมาตรฐานอุดมคติของสังคมได้ อาจทำให้วัยรุ่นมองคุณค่าของตนเองต่ำลง มีพฤติกรรมเฝ้าสำรวจรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น มีพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ หรือแม้กระทั่งการทำศัลยกรรมเสริมความงาม ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อร่างกายและจิตใจตามมาได้<sup>(4)</sup>

ทฤษฎีการประเมินตนเสมือนวัตถุ (objectification theory) ของ Fredrickson และ Roberts<sup>(5, 6)</sup> ได้รับแนวคิดที่มาจากแนวคิดสตรีนิยม (Feminism) ซึ่งกล่าวถึงการทำผู้หญิงประเมินตนเองโดยรับค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรมมาใช้ในการตัดสินตนเองจากคุณค่าและลักษณะภายนอก มองข้ามความต้องการและความรู้สึกภายในของตนเอง เปรียบตนเองเสมือนดังวัตถุทางเพศ (sexual objectification) ซึ่งให้คุณค่าของผู้หญิงที่ความสวยงามและความน่าดึงดูดใจทางเพศ มองตนเองจากสายตาของคนนอก (outsider view) ทำให้ผู้หญิงพยายามอย่างยิ่งเพื่อให้มาซึ่งภาพลักษณ์ทางร่างกายที่สวยงามเป็นไปตามมาตรฐานในอุดมคติของสังคม McKinley และ Hyde<sup>(5)</sup> ได้แบ่งการประเมินตนเสมือนวัตถุออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง

(body surveillance) คือการที่บุคคลเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ของตนเองโดยผ่านการมองจากมุมมองของบุคคลอื่น ประเมินภาพลักษณ์ของตนเองตามค่านิยมของสังคม 2) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) คือการที่บุคคลประเมินภาพลักษณ์ของตนเองว่าไม่สวยงามและไม่เป็นไปตามมาตรฐานค่านิยมของสังคม จึงทำให้บุคคลรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ของตนเอง และ 3) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) คือการที่บุคคลเชื่อว่าสามารถจัดการและควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองให้เป็นไปตามมาตรฐานค่านิยมของสังคมได้<sup>(5)</sup> โดยพบว่าวัยรุ่นหญิงมีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมากกว่าวัยรุ่นชาย<sup>(7)</sup> และมีความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมากกว่าวัยรุ่นชาย<sup>(8)</sup> การประเมินตนเองเสมือนวัตถุที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางลบที่ตามมา เช่น ความวิตกกังวล ความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ซึ่งหากบุคคลไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น จะประเมินตนเองเสมือนวัตถุมากยิ่งขึ้น อันส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางลบตามมา<sup>(2, 4)</sup> และหากบุคคลเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมากขึ้น อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดประสบการณ์หรืออารมณ์ทางลบเกิดขึ้นได้ เช่น ความวิตกกังวลในรูปร่างและน้ำหนักของตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความละอายใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้<sup>(2, 4)</sup> ซึ่งหากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับรูปลักษณ์ของตนเองได้มากเกินไป อาจส่งผลให้บุคคลพยายามแสดงพฤติกรรมควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอย่างมาก เช่น การควบคุมการกินอาหารของตนเองอย่างเข้มงวด นำมาซึ่งความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติในการกินได้<sup>(4)</sup> การศึกษาของ Harrison และ Fredrickson<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย (middle and high school) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการประเมินตนเองเสมือนวัตถุจะเพิ่มขึ้นเมื่อระดับชั้นเรียนสูงขึ้น โดยพบว่านักเรียนระดับชั้นเรียน (grade) 10<sup>th</sup> – 12<sup>th</sup> มีการประเมินตนเองเสมือนวัตถุสูงเมื่อเทียบกับระดับชั้นอื่น<sup>(9)</sup> การศึกษาของ Akanni และ Koleoso<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในประเทศไนจีเรีย อายุ 13-17 ปี พบว่านักเรียนหญิงมีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) สูงกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(10)</sup> และการศึกษาของ Tiggemann และ Lynch ที่พบว่าการประเมินตนเองเสมือนวัตถุจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น<sup>(11)</sup>

ความผิดปกติในการกิน (eating disorders) เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ<sup>(12)</sup> มีการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกต่อรูปร่างและน้ำหนักของตนเองผิดปกติอย่างรุนแรง และมีพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ พยายามควบคุมน้ำหนักของตนเองอย่างเข้มงวด เช่น

อดอาหาร ออกกำลังกายอย่างหนัก อาเจียนหรือล้วงคอเพื่อเอาอาหารที่กินเข้าไปออกมา<sup>(13)</sup> ซึ่งความผิดปกติในการกินเกิดขึ้นได้กับทุกช่วงวัย โดยพบมากในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>(14)</sup> Garner และ Garfinkel ได้สร้างแบบประเมิน Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) เพื่อใช้ในการศึกษาความผิดปกติในการกินในกลุ่มประชากรทั่วไป ต่อมาได้พัฒนาและปรับให้เหลือ 26 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ Dieting, Bulimia with food preoccupation และ Oral control<sup>(12)</sup> การศึกษาในประเทศไทยของ ฐิติวี แก้วพรสวรรค์ ที่ศึกษาในนักเรียนหญิงวัยรุ่น อายุ 12-19 ปี โดยใช้แบบประเมิน EAT-40 พบว่านักเรียนหญิงวัยรุ่นมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ร้อยละ 8.96<sup>(12)</sup> การศึกษาของ อาภาภรณ์ พึ่งยอด และปราโมทย์ สุคนิษฐ์<sup>(15)</sup> โดยใช้แบบประเมิน EAT-26 ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา พบว่าความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินเท่ากับร้อยละ 10.74<sup>(15)</sup> และการศึกษาของศิริดา จิตวรรณ และปราโมทย์ สุคนิษฐ์<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดปทุมธานี อายุตั้งแต่ 15-18 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงที่มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (EAT  $\geq$  12) อันเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกิน มีร้อยละ 14.2<sup>(16)</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงไทยแนวโน้มของการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีสูงขึ้นกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้

ทฤษฎีการประเมินตนเองเสมือนวัตถุได้ถูกนำมาเชื่อมโยงกับความผิดปกติในการกิน โดยพบว่าผู้หญิงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่รับค่านิยมของสังคมที่นิยมรูปร่างผอมบาง (thin-ideal body) มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินมาก และนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ตามมา<sup>(6, 17)</sup> การศึกษาของ Muehlenkamp และ Saris-Baglama<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาในนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี อายุเฉลี่ย 19.5 ปี พบว่าการประเมินตนเองเสมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินที่ผิดปกติและมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(18)</sup> นอกจากนี้จากการศึกษาของ Tiggemann และ Slater<sup>(19)</sup> ที่ศึกษาบทบาทของการประเมินตนเองเสมือนวัตถุต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่นเพศหญิง พบว่าการประเมินตนเองเสมือนวัตถุมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ซึ่งส่งผลไปยังพฤติกรรมการควบคุมอาหารและอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(19)</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประเมินตนเองเสมือนวัตถุมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตในวัยรุ่นเพศหญิง

จากการศึกษาพบว่าการประเมินตนเองเสมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินจะพบมากในวัยรุ่นเพศหญิงและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยจะพบในช่วงวัยมัธยมศึกษาตอนปลายมากกว่าระดับชั้นอื่น<sup>(9)</sup> ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งเป็นนักเรียนที่อยู่

ขั้นสูงสุดของช่วงชั้นมัธยมศึกษา และเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเตรียมเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินของกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งประโยชน์จากการศึกษานี้อาจใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีและแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอันเกิดจากการประเมินตนเองเหมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินได้

### คำถามการวิจัย (research questions)

1. การประเมินตนเองเหมือนวัตถุของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. ความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
3. การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันอย่างไร
4. การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และสุขภาพจิต ร่วมกันทำนายความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (research objectives)

1. เพื่อศึกษาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และสุขภาพจิตในการร่วมกันทำนายความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

### สมมติฐานการวิจัย (hypothesis)

ไม่มี



### ขอบเขตของการวิจัย (limitation)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2562 โดยได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 โรงเรียนบางกะปิ โรงเรียนเทพลילה โรงเรียนพระโขนงพิทยาลัย โรงเรียนกุนนทีรุทธารามวิทยาคม และโรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 430 คน

### การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition)

**การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification)** หมายถึง การประเมินคุณค่าของตนเองจากรูปลักษณ์ภายนอก โดยมองข้ามความรู้สึกและความต้องการภายในของตนเอง<sup>(4, 6)</sup> อันเป็นผลมาจากการรับเอาค่านิยมและมาตรฐานของสังคมที่นิยมความผอมบาง ซึ่งตามแนวคิดของ McKinley และ Hyde (1996)<sup>(5)</sup> แบ่งการประเมินตนเองเหมือนวัตถุออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) และความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) โดยใช้แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (Objectified Body Consciousness Scale; OBS) ของ McKinley และ Hyde (1996) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พลอยชมพู อดิศรัญ<sup>(5)</sup> และพัฒนาต่อโดยพรรณทิพา ปัทมอารักษ์<sup>(4)</sup>

**ความผิดปกติในการกิน (eating disorders)** หมายถึง ภาวะความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นร่วมกัน<sup>(12)</sup> ผู้ที่มีความผิดปกติในการกินจะมีการรับรู้ ความรู้สึก และความคิดต่อรูปร่างและน้ำหนักของตนเองผิดปกติอย่างรุนแรง และมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ผิดปกติ พยายามควบคุมน้ำหนักตนเองอย่างเข้มงวด เช่น การออกกำลังกายอย่างหนัก การอดอาหาร การอาเจียนหรือล้วงคอตัวเอง ซึ่งอาจเกิดอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อน<sup>(13)</sup> ความผิดปกติในการกินพบมากที่สุดในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>(14)</sup> โดยใช้แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (The Eating Attitudes Test-26; EAT-26) ที่พัฒนาโดยจิตติวิ แก้วพรสวรรค์ พรจิราปริวัชรกุล และวันวิ พิมพันธ์<sup>(12)</sup> ซึ่งคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึงมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ อันนำมาซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน (eating disorders) ได้

**สุขภาพจิต (mental health)** หมายถึง สุขภาวะอันเป็นสุขของบุคคลที่สามารถปรับตัวและจัดการกับปัญหาในชีวิต สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขภายใต้สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีศักยภาพที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้แบ่งสุขภาพจิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ<sup>(20, 21)</sup> ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน โดยใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ที่พัฒนาโดยอภิชัย มงคล และคณะ<sup>(22)</sup>

### ข้อจำกัดในการวิจัย (scope of study)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานครเท่านั้น อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างในสังกัดอื่น เช่น โรงเรียนเอกชน โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร หรืออาจไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอื่นของประเทศไทยได้ และค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด EAT-26 เป็นเพียงการแสดงถึงทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติซึ่งมีความเสี่ยงอันนำมาซึ่งความผิดปกติในการกิน (eating disorders) ไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นโรคความผิดปกติในการกิน ทั้งนี้หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยคนใดมีความเสี่ยงสูงที่มีความผิดปกติในการกิน ผู้วิจัยมีการแนะนำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยปรึกษากับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อรับการประเมินเพิ่มเติมและรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

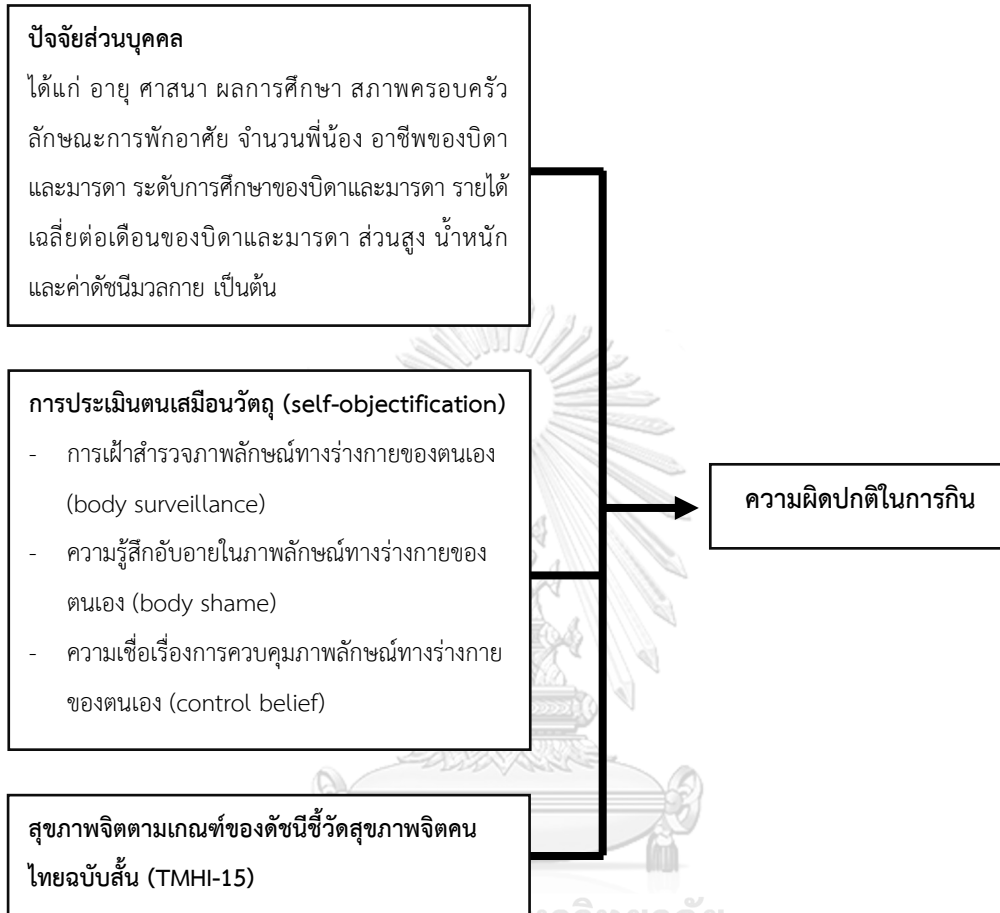
### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (express benefit and application)

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตกับกลุ่มผู้หญิงถึงผลกระทบทางลบที่เกิดจากการประเมินตนเองเหมือนวัตถุและความผิดปกติในการกิน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อหาแนวทางป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิตอันเกิดจากการประเมินตนเองเหมือนวัตถุและความผิดปกติในการกิน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework)

### ตัวแปรต้น (ตัวแปรอิสระ)

### ตัวแปรตาม



## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification)

ส่วนที่ 2 ความผิดปกติในการกิน (eating disorders)

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิต (mental health)

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (related research)

#### ส่วนที่ 1 การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification)

McKinley และ Hyde (1996) ได้แบ่งการประเมินตนเองเหมือนวัตถุเป็น 3 ด้าน ดังนี้<sup>(5)</sup>

1. **การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance)** หมายถึง การเฝ้าตรวจตราสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ประเมินภาพลักษณ์ของตนเองเหมือนผ่านการมองของบุคคลอื่น โดยมักจะประเมินตนเองตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคม
2. **ความรู้สึกรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame)** หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองว่าภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองนั้นไม่สวยงาม ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคม ส่งผลให้บุคคลนั้นรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง
3. **ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief)** หมายถึง การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองได้ โดยเป็นไปตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคม

Fredrickson และ Robert (1997)<sup>(4, 6)</sup> ได้เสนอทฤษฎีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (Objectification theory) ซึ่งมาจากแนวคิดสตรีนิยม (Feminism) โดยการประเมินตนเองเหมือนวัตถุเป็นแนวคิดที่เกิดจากกลุ่มผู้หญิงที่ประเมินตนเองโดยตัดสินคุณค่าของตนเองจากลักษณะภายนอก มองข้ามความต้องการหรือความรู้สึกภายในของตนเอง รับผิดชอบต่อสังคมและวัฒนธรรมเข้ามา

ประเมินตนเอง เปรียบตนเองเสมือนดังวัตถุทางเพศ ระดับของการประเมินตนเองเสมือนวัตถุนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความโน้มเอียงทางเพศ (sexual orientation) ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลมีความรู้สึกดึงดูด อย่างลึกซึ้งทางอารมณ์ มีความรักใคร่ และมีความใกล้ชิดอย่างแนบแน่นลึกซึ้งกับบุคคลอื่นที่อาจมีเพศ ต่างกับตน มีเพศตรงกับตน หรือทั้งสองเพศ<sup>(23)</sup> ซึ่งระดับความโน้มเอียงทางเพศที่แตกต่างกันทำให้ ระดับของการประเมินตนเองเสมือนวัตถุของบุคคลแตกต่างกัน โดยผู้หญิงมีการให้คุณค่าตนเองในเรื่อง ของรูปลักษณ์เป็นพิเศษ วัยรุ่นหญิงตอนต้นมักสนใจรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้น ใช้เวลาอยู่กับ หน้ากระจกเป็นเวลานานอาจทำให้มีความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเอง กลัว ว่าตนเองจะแตกต่างจากคนอื่น อ่อนไหวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์และสายตาของผู้อื่นที่จ้องมองมายัง ตนเอง<sup>(24)</sup> หากบุคคลมีระดับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุมากขึ้น จะนำมาซึ่งอาการทางจิตวิทยา ด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความละอายใจ แรงจูงใจในตนเองลดลง ความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ ทางร่างกายของตนเอง และนำซึ่งความเสี่ยงทางสุขภาพจิต เช่น อาการซึมเศร้า พฤติกรรมการกินที่ ผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งหากบุคคลมีการคำนึงถึงรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ยิ่งทำให้บุคคลนั้นมีการ ประเมินตนเองเสมือนวัตถุมากขึ้นไปด้วย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางลบตามมาได้<sup>(4)</sup>

บุคคลที่มีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มาก เกินไป อาจทำให้เกิดประสบการณ์หรืออารมณ์ทางลบเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเองได้ เช่น เกิด ความรู้สึกละอายใจ วิตกกังวลใจในรูปร่างและน้ำหนักของตนเองมากขึ้น นำมาซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงใน การเกิดความผิดปกติในการกิน (eating disorders)<sup>(4)</sup> และหากบุคคลมีความเชื่อเรื่องการควบคุม ภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มากเกินไป อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ไม่ดีของ บุคคลนั้นได้ เช่น เกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการที่บุคคลพยายามจัดการกับรูปลักษณ์ของตนเอง ให้เป็นไปตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคมอยู่ตลอดเวลา มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่เข้มงวด มากเกินไป นำมาซึ่งพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติได้<sup>(4)</sup>

## ส่วนที่ 2 ความผิดปกติในการกิน (eating disorders)

### ความหมายของความผิดปกติในการกิน

ความผิดปกติในการกิน (eating disorders) เป็นภาวะความเจ็บป่วยทั้งทางจิตใจและ ร่างกายเกิดขึ้นร่วมกัน<sup>(12)</sup> ผู้ที่มีความผิดปกติในการกินจะมีการรับรู้ ความรู้สึก และความคิดต่อรูปร่าง และน้ำหนักตัวผิดปกติอย่างรุนแรง และมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ผิดปกติอย่างมาก พยายาม ควบคุมน้ำหนักของตนเองอย่างเข้มงวด เช่น การอดอาหาร การออกกำลังกายอย่างหนัก การอาเจียน

และวิธีการอื่น ๆ จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งต่อร่างกายและจิตใจหลายประการ<sup>(13)</sup> ความผิดปกติในการกินสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกช่วงวัยของชีวิต ทุกกลุ่มเชื้อชาติ ทุกกลุ่มน้ำหนัก และทุกเพศสภาพ แต่มักจะพบมากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น<sup>(14)</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอันเป็นสาเหตุของการเกิดความผิดปกติในการกิน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพและกรรมพันธุ์ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม<sup>(13)</sup>

### ชนิดของความผิดปกติในการกิน

ความผิดปกติในการกินเป็นโรคทางจิตเวชที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย และร้อยละ 25 ของผู้ที่เสียชีวิตมาจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders-5<sup>th</sup> edition หรือ DSM-5 ได้จำแนกความผิดปกติในการกินออกเป็น 2 โรคที่สำคัญ ดังนี้<sup>(13)</sup>

1. **Anorexia nervosa (AN)** ผู้ป่วยรู้สึกกังวลและคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวของตนเองอย่างมาก กลัวว่าตนเองจะอ้วนเกินไป ส่งผลให้พยายามใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้น้ำหนักตนเองลดลงอย่างเข้มงวด เช่น การออกกำลังกายอย่างหนัก การอดอาหาร การล้วงคอเพื่อให้อาเจียนออกมา การกินยาลดความอ้วน เป็นต้น แม้น้ำหนักตัวจะลดลงอย่างมากแล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองยังอ้วนอยู่ จึงพยายามลดน้ำหนักอย่างเข้มงวดต่อไป ทั้งนี้ยังพบว่ามีอาการของประจำเดือนขาดหายไปร่วมด้วย<sup>(13)</sup> ความชุกของโรคในช่วงชีวิตพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.1–0.7 และพบในเพศหญิงร้อยละ 90–95 เป็นได้ตั้งแต่อายุ 8–30 ปี พบมากในช่วงอายุ 13–14 ปี และ 17–18 ปี<sup>(12)</sup> Anorexia มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการอดอาหาร<sup>(14)</sup>
2. **Bulimia nervosa (BN)** ผู้ป่วยรู้สึกกังวลและคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวของตนเองอย่างมากเช่นเดียวกับ Anorexia แต่จะมีพฤติกรรมการกินอาหารที่มีปริมาณมากกว่าคนทั่วไปที่กินได้ในช่วงเวลาและสถานการณ์คล้ายกัน (binge eating) และไม่สามารถที่จะควบคุมการกินอาหารได้ จากนั้นจะรู้สึกผิดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักของตนเองมากขึ้น นำมาซึ่งพฤติกรรมชดเชยเพื่อป้องกันน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่เหมาะสม เช่น การทำให้ตนเองอาเจียน การใช้ยาระบาย การออกกำลังกายอย่างหักโหม การอดอาหาร เป็นต้น<sup>(13)</sup> Bulimia มี

ความแตกต่างจาก Anorexia ตรงที่ผู้ป่วยอาจจะมีน้ำหนักปกติตามเกณฑ์ หรือมากกว่าเกณฑ์ได้<sup>(14)</sup> ความชุกของโรคในช่วงชีวิตพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 3 พบในเพศหญิงได้บ่อยกว่าเพศชาย 10–11 เท่า<sup>(12)</sup> โดยมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่<sup>(13)</sup>

Garner และ Garfinkel ได้สร้างแบบประเมิน Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) เพื่อใช้ในการศึกษาความผิดปกติในการกินในกลุ่มประชากรทั่วไป<sup>(12)</sup> และต่อมาได้ปรับแบบประเมินให้สั้นลงเป็น 26 ข้อคำถาม คือ แบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ Dieting, Bulimia with food preoccupation และ Oral control<sup>(12)</sup> ในประเทศไทยได้มีการศึกษาวิจัยของจิตวิ แก้วพรสวรรค์<sup>(12)</sup> ที่ศึกษานักเรียนหญิงวัยรุ่นที่มีอายุ 12–19 ปี โดยใช้แบบประเมิน EAT-40 พบว่านักเรียนหญิงวัยรุ่นมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ร้อยละ 8.96<sup>(12, 25)</sup> และร้อยละ 20 ของกลุ่มนักเรียนหญิงวัยรุ่นพบว่ากลัวความอ้วนและต้องการให้ตนเองผอมลงกว่านี้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มค่านิยมความผอมบางที่มากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นหญิงไทย<sup>(25)</sup> จากการศึกษาของ อภาภรณ์ พังยอด และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ โดยใช้แบบประเมิน EAT-26 พบว่าความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินเท่ากับร้อยละ 10.74 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>(15)</sup> และจากการศึกษาของ Manaboriboon และคณะ พบว่าความชุกของนักเรียนนักศึกษาที่เสี่ยงเป็นโรคความผิดปกติในการกินเท่ากับร้อยละ 4.3<sup>(26)</sup>

ทฤษฎีการประเมินตนเองเสมือนวัตถุได้ถูกนำมาเชื่อมโยงกับความผิดปกติในการกิน โดยผู้หญิงที่มีการประเมินตนเองเสมือนวัตถุสูง จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น นำมาซึ่งความวิตกกังวลในการเข้าสังคม ซึ่งความวิตกกังวลใจนี้ทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติในการกินมากขึ้น เช่น การควบคุมการกินของตนเอง การออกกำลังกายอย่างหักโหมเพื่อลดน้ำหนัก เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่าในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่รับค่านิยมของสังคมที่นิยมรูปร่างผอมบาง (thin-ideal body) จะมีความเสี่ยงที่เกิดความผิดปกติในการกินมาก<sup>(6, 17)</sup>

### ส่วนที่ 3 สุขภาพจิต (mental health)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)<sup>(27)</sup> ได้ให้คำนิยามของสุขภาพจิตว่าเป็น สุขภาวะของบุคคล (state of well-being) ที่ซึ่งบุคคลมีศักยภาพในการจัดการกับความเครียดความกดดันทั่วไปในชีวิตได้ สามารถทำงานได้อย่างดีมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดีนั้นต้องมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสุขภาวะทางสังคม

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association)<sup>(28)</sup> ได้ให้ความหมายของ สุขภาพจิตว่าเป็นประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล อันเกิดจากประสิทธิผลที่ดีจาก กิจกรรมในชีวิต การทำงาน การเรียน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และมีความสามารถในการ ปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ สุขภาพจิตเป็นพื้นฐานของอารมณ์ ความคิด การสื่อสาร การฟื้นคืนพลัง (resilience) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ในขณะที่ความเจ็บป่วย ทางจิตเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลทำให้เกิด ปัญหาในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งวงการสาธารณสุขและจิตเวชศาสตร์ไทย<sup>(20, 29)</sup> ให้ความหมายของ สุขภาพจิตว่า คือสภาพชีวิตอันเป็นสุขและสภาพอารมณ์ที่มั่นคงของบุคคล ซึ่งสามารถปรับตัวเข้ากับ สภาพแวดล้อมรอบตัวที่เปลี่ยนแปลงไปได้ สามารถทำงานและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างพึงพอใจ

กรมสุขภาพจิต<sup>(20, 21)</sup> ได้ให้คำนิยามของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมา จากความสามารถปรับตัวและจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อ คุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพ ของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน

#### ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (related research)

##### งานวิจัยต่างประเทศ

Muehlenkamp และ Saris-Baglama (2002)<sup>(18)</sup> ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาเพศหญิง ระดับปริญญาตรี จำนวน 384 คน อายุเฉลี่ย 19.5 ปี ผลการศึกษาพบว่า การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินที่ผิดปกติ (disordered eating) ซึ่งวัดด้วย แบบประเมิน EAT-26 ที่พัฒนาโดย Garner และ Garfinkel (1979) กล่าวคือการประเมินตนเองเหมือน วัตถุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการ Bulimia symptoms ( $r = 0.62$ ) และอาการ Restrictive eating ( $r = 0.86$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างด้าน ย่อยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุกับการกินที่ผิดปกติพบว่า ในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทาง ร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการ Restrictive eating ( $r = 0.52$ ) และอาการ Bulimia symptoms ( $r = 0.44$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และ ในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีความสัมพันธ์



ทางบวกกับอาการ Restrictive eating ( $r = 0.72$ ) และอาการ Bulimia symptoms ( $r = 0.64$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.84, p < 0.001$ ) เมื่อทำการศึกษาโดยใช้อาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediating factor) พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างอาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุกับการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาด้านย่อยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุพบว่าด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.39, p < 0.01$ ) และด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.53, p < 0.01$ )

Tylka และ Hill (2004)<sup>(30)</sup> ทำการศึกษาทฤษฎีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (Objectification theory) ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการกินที่ผิดปกติเมื่อวัดด้วยแบบวัด EAT-26 โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษามหาวิทยาลัยเพศหญิงทั้งหมด 460 คน มีอายุตั้งแต่ 17-55 ปี อายุเฉลี่ย 21.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.18) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 87 ไม่มีการกินที่ผิดปกติ (disordered eating) การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ความอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) เมื่อทำการทดสอบตัวแปรทำนาย พบว่าการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสามารถทำนายความแปรปรวนของความอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t(459) = 11.92, p < 0.01, \beta = 0.53$ ) และความอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสามารถทำนายการกินที่ผิดปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t(459) = 10.88, p < 0.01, \beta = 0.64$ )

Calogero, Davis และ Thompson (2005)<sup>(31)</sup> ทำการศึกษาบทบาทของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นโรคความผิดปกติในการกิน (eating disorders) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 209 คน ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในระยะบำบัดรักษาโรคความผิดปกติในการกิน มีอายุเฉลี่ย 22.9 ปี เพื่อวัดการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) อิทธิพลของสื่อ (media influence) และความปรารถนาที่อยากผอม (drive for thinness) ซึ่งเกี่ยวกับความวิตกกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ความกลัวน้ำหนักของตนเองเพิ่มขึ้น และความปรารถนาให้ตนเองผอม ผลการศึกษา

พบว่า การประเมินตนเองมีแนวโน้มวัดภูมิความสัมพันธ์ทางบวกกับความปรารถนาที่อยากผอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.38, p < 0.01$ ) และความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปรารถนาที่อยากผอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.44, p < 0.01$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า การประเมินตนเองมีแนวโน้มวัดความสามารถทำนายความปรารถนาที่อยากผอมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B = 0.37, p < 0.001$ ) และความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสามารถทำนายความปรารถนาที่อยากผอมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $B = 0.42, p < 0.001$ ) การศึกษานี้กล่าวได้ว่าการประเมินตนเองมีแนวโน้มวัดความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินของผู้หญิง และการประเมินตนเองมีแนวโน้มวัดภูมิอิทธิพลต่อประสบการณ์เกี่ยวกับอารมณ์ทางลบ (negative emotional experiences) ทั้งยังกระตุ้นให้ผู้หญิงพยายามให้ได้มาซึ่งรูปลักษณ์อันเป็นค่านิยมอุดมคติของสังคม

Mercurio และ Landry (2008)<sup>(32)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองมีแนวโน้มวัดและสุขภาพจิตของนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 227 คน อายุเฉลี่ย 19.42 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.36) ผลการศึกษาพบว่า การประเมินตนเองมีแนวโน้มวัดภูมิความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.45, p < 0.01$ ) และความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) ( $r = -0.44$ ) และความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ( $r = -0.28$ ) ทั้งนี้พบว่าความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.28, p < 0.01$ )

Calogero และ Pina (2011)<sup>(33)</sup> ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีเพศหญิงชาวอังกฤษ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 225 คน อายุเฉลี่ย 21.60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.69) ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง (body guilt) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินตนเองมีแนวโน้มวัด ( $r = 0.28, p < 0.01$ ) การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.38, p < 0.01$ ) และสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกผิดเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ( $r = 0.35, p < 0.01$ ) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์แบบปัจจัยส่งผ่าน (moderate correlation between factors) ระหว่างการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.57, p < 0.01$ ) และการกินที่ผิดปกติ ( $r = 0.57, p < 0.01$ ) อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ เมื่อศึกษาปัจจัยทำนายพบว่า การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสามารถทำนายความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.38, p < 0.001$ ) และความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสามารถทำนายการกินที่ผิดปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.57, p < 0.001$ )

Peat และ Muehlenkamp (2011)<sup>(17)</sup> ได้ทำการศึกษานักศึกษาหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 214 คน อายุเฉลี่ย 19 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการศึกษาพบว่าการประเมินตนเองมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = 0.25, p < 0.01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สภาวะภายในตนเองที่ต่ำ (poor interoceptive awareness) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.14, p < 0.05$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (anxiety) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.35, p < 0.01$ ) นั่นคือยิ่งบุคคลมีการประเมินตนเองมีแนวโน้มมากขึ้น ยิ่งทำให้ขาดการรับรู้สภาวะภายในตนเองและบุคคลนั้นยังมีความวิตกกังวลสูงขึ้น อันนำมาซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินได้ การศึกษานี้ยังพบว่า ทั้งการรับรู้สภาวะภายในตนเองที่ต่ำและความวิตกกังวลทางสังคม (social anxiety) เป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediators) ระหว่างการประเมินตนเองมีแนวโน้ม ความผิดปกติในการกิน และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cottingham และคณะ (2014)<sup>(34)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับการกินที่ผิดปกติและการประเมินตนเองมีแนวโน้มในนักศึกษาที่วิทยาลัยในเขตแคลิฟอร์เนียทางตอนใต้ จำนวนทั้งหมด 161 คน อายุเฉลี่ย 19.83 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.73) ซึ่งมีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ผลการศึกษาพบว่า การประเมินตนเองมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, p < 0.001$ ) และการกินที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีเป้าหมายในชีวิต (purpose of life) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.28, p < 0.001$ ) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าหากผู้หญิงมีการรับรู้เป้าหมายในชีวิตของตนเองในทางที่ดีอาจจะนำมาซึ่งอาการกินที่ผิดปกติลดลง

Tiggemann และ Slater (2015)<sup>(19)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของการประเมินตนเองมีแนวโน้มในสุขภาพจิตของหญิงวัยรุ่นตอนต้น (early adolescent) โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 204 คน มีอายุเฉลี่ย 11.64 ปี ( $SD = 6.52$ ) ผลการศึกษาพบว่า การประเมินตนเองมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.70, p < 0.001$ ) และความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาหาร (dieting) ( $r = 0.38, p < 0.001$ ) และอาการซึมเศร้า (depressive symptoms)

( $r = 0.49, p < 0.001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าเวลาในการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ( $r = 0.30, p < 0.001$ ) และการใช้ Facebook/Myspace มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.27, p < 0.001$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาหาร ( $r = 0.34, p < 0.001$ ) เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า การประเมินตนเองเหมือนวัตถุสามารถทำนายความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสามารถทำนายอาการซึมเศร้าและการควบคุมอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีบทบาทสำคัญที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิตของหญิงวัยรุ่นตอนต้นได้

Schaefer และคณะ (2018)<sup>(35)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและการกินที่ผิดปกติ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหญิงที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยทางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 880 คน มีอายุเฉลี่ย 21.19 ปี ( $SD = 4.57$ ) มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยเท่ากับ  $24.27 \text{ kg/m}^2$  ( $SD = 5.56$ ) ผลการศึกษาพบว่า การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.33, p < 0.001$ ) และการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.40, p < 0.001$ ) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.61, p < 0.001$ ) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าความอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ระหว่างการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

Pengpid และ Peltzer (2018)<sup>(36)</sup> ศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงของทัศนคติการกินที่ผิดปกติในนักศึกษาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน (ASEAN) ได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย พม่า ไทย และเวียดนาม โดยใช้แบบวัด EAT-26 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.6) มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินโดยรวมทั้งหมด ร้อยละ 11.5 ความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาในประเทศไทยนั้นพบว่านักศึกษาชายพบร้อยละ 4.2 และนักศึกษาหญิงพบร้อยละ 7.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจส่วนบุคคล (subjective economic

status) รายได้ของประเทศ (country income) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเอง (body weight perception) ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (depression) และการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่ผิดปกติ (pathological internet use)

### งานวิจัยในประเทศไทย

Jennings และคณะ (2006)<sup>(37)</sup> ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติการกินที่ผิดปกติของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงในประเทศออสเตรเลียและประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาออสเตรเลียเชื้อสายคอเคเซียน (Caucasian Australians) มีค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูงกว่านักศึกษาออสเตรเลียเชื้อสายเอเชีย (Asian Australians) และนักศึกษาไทย ตามลำดับ เมื่อประเมินความเสี่ยงของความผิดปกติทางกินด้วยแบบประเมิน EAT-26 พบว่า กลุ่มนักศึกษาไทยมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการกินที่ผิดปกติมากกว่ากลุ่มนักศึกษาออสเตรเลียทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่านักศึกษาไทยมีทัศนคติการกินที่ผิดปกติ ( $EAT \geq 20$ ) ร้อยละ 7.9 นอกจากนี้ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.43$ ) และในกลุ่มนักศึกษาไทยเท่านั้นที่พบว่าทัศนคติการกินที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.42$ )

Pattanathaburt, Somrongthong และ Thianthai (2013)<sup>(38)</sup> ทำการศึกษาความชุกของพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 ในประเทศไทย จำนวนทั้งหมด 447 คน มีอายุเฉลี่ย 18.23 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 20.33 kg/m<sup>2</sup> (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.62) ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคณะและแผนการเรียนที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการกินที่ผิดปกติ ( $EAT \geq 20$ ) ร้อยละ 6.34 การศึกษานี้พบว่าความเครียดจากการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และทัศนคติการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ของตนเองและทัศนคติการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

Manaboriboon และคณะ (2017)<sup>(26)</sup> ทำการศึกษาความผิดปกติในการกินของนิสิตนักศึกษาในประเทศไทย มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน โดยใช้แบบประเมิน Eating Attitudes Test (EAT-26) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 19.28 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.31) เป็น

เพศหญิงร้อยละ 56 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.2 มีความปรารถนาที่อยากจะผอมกว่านี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.5 มีความรู้สึกที่ตัวเองอ้วนเกินไป และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีความปรารถนาที่อยากผอมกว่านี้มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติของการควบคุมอาการเพื่อที่จะลดน้ำหนัก ( $OR = 19.23$ ) การรับรู้ตนเองว่าตนเองอ้วนเกินไป ( $OR = 8.4$ ) และความปรารถนาที่อยากผอม ( $OR = 1.06$ )

อภาภรณ์ พึ่งยอด และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2554)<sup>(15)</sup> ทำการศึกษาความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมด 419 คน อายุเฉลี่ย 15 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight for height) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 72.8 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ( $EAT \geq 20$ ) ร้อยละ 10.74 เมื่อพิจารณาแยกตามช่วงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 12-14 ปี มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ร้อยละ 9.7 และกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-18 ปี มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ร้อยละ 11.6 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวที่น้อยกว่า 20,000 บาท แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในปัจจัยด้านอายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และสถานภาพสมรสของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันหาทางแก้ไขปัญหา การป้องกัน การส่งเสริม และการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง เพื่อลดความรุนแรงของปัญหานี้ในอนาคต

ศิราดา จิตติวรณ และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2560)<sup>(16)</sup> ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการติดเฟสบุ๊คกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งหมด 400 คน มีอายุเฉลี่ย 16.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.99) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.04 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.33) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะติดเฟสบุ๊คจำนวนร้อยละ 28.1 มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติจำนวนร้อยละ 14.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.043$ ) ทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.028$ ) พฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เฟสบุ๊คที่มี

ความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ได้แก่ ความถี่ในการเปรียบเทียบภาพถ่าย  
ของตัวเองกับภาพของเพื่อน ( $p = 0.008$ ) เมื่อศึกษาปัจจัยทำนาย พบว่าภาวะการติดเฟสบุ๊คเพิ่ม  
โอกาสการมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ คิดเป็น 2.57 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะติด  
เฟสบุ๊ค และปัจจัยที่ทำนายโอกาสในการเกิดทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ( $OR = 1.07$ ) และความถี่ในการเปรียบเทียบภาพถ่ายตัวเองกับภาพ  
ของเพื่อนเป็นประจำ ( $OR = 5.75$ )



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2562 โดยได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 โรงเรียนบางกะปิ โรงเรียนเทพศิลา โรงเรียนพระโขนงพิทยาลัย์ โรงเรียนกุนนทีรุทธARAMวิทยาคม และโรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 430 คน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (population and sample)

**ประชากรเป้าหมาย (target population)** คือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (population sample)** คือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562

**กลุ่มตัวอย่าง (sample)** คือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 2 กรุงเทพมหานคร โดยได้จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 6 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 โรงเรียนบางกะปิ โรงเรียนเทพศิลา โรงเรียนพระโขนงพิทยาลัย์ โรงเรียนกุนนทีรุทธARAMวิทยาคม และโรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 430 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา (selective criteria)

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)** คือ

1. เป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 ในโรงเรียนที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 โรงเรียนบางกะปิ โรงเรียนเทพศิลา โรงเรียนพระโขนงพิทยาลัย์ โรงเรียนกุนนทีรุทธARAMวิทยาคม และโรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ



2. มีความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และสะดวกใจในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คืออยู่ระหว่างลาเรียนในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Yamane ได้ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร คือ 19,744 คน (ข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 และเขต 2 กรุงเทพมหานคร ข้อมูล ณ วันที่ 10 มิถุนายน 2562)<sup>(39, 40)</sup>

E = ความคลาดเคลื่อนในระดับนัยสำคัญที่ 0.05

แทนค่าจะได้

$$n = \frac{19744}{1 + 19744(0.05)^2}$$

$$n = 392$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 392 คน และเพื่อป้องกันการผิดพลาด ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 430 คน

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling)

ผู้วิจัยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่ามี 2 เขต ได้แก่ เขต 1 และเขต 2<sup>(40)</sup> จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก ได้เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 เป็นตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง
2. เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 2 มีทั้งหมด 52 โรงเรียน แบ่งออกเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ 24 โรงเรียน โรงเรียนขนาดใหญ่ 20 โรงเรียน โรงเรียนขนาดกลาง 6 โรงเรียน

และโรงเรียนขนาดเล็ก 2 โรงเรียน<sup>(38)</sup> เนื่องจากโรงเรียนขนาดเล็กมีเพียง 2 โรงเรียน ผู้วิจัย จึงได้รวมไว้กับโรงเรียนขนาดกลาง แล้วทำการจัดกลุ่มใหม่ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่ง โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ 24 โรงเรียน กลุ่มที่สอง โรงเรียนขนาดใหญ่ 20 โรงเรียน และกลุ่ม ที่สาม โรงเรียนขนาดกลางและขนาดเล็ก 8 โรงเรียน จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มโรงเรียนในแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย สุ่มกลุ่มละ 2 โรงเรียน ดังนั้นจึงได้โรงเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ จากการสุ่มทั้งหมด 6 โรงเรียน ดังนี้

ขนาดของโรงเรียน	โรงเรียนที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย
ขนาดใหญ่พิเศษ	โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 โรงเรียนบางกะปิ
ขนาดใหญ่	โรงเรียนเทพศิลา โรงเรียนพระโขนงพิทยาลัย
ขนาดกลางและขนาดเล็ก	โรงเรียนกุนนทีรุทธARAMวิทยาคม โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ

3. จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มแบบ proportional stratified random sampling เพื่อให้ได้ สัดส่วนจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงเรียน โดยเทียบบัญญัติไตรยางศ์อย่างง่ายกับจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ต้องการคือ 430 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงที่ผู้วิจัยต้องเก็บข้อมูลใน แต่ละโรงเรียน ดังนี้

โรงเรียน	จำนวนนักเรียนหญิงทั้งหมด (คน)	การคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2	364	$(364 \times 430) / 998$	156
โรงเรียนบางกะปิ	229	$(229 \times 430) / 998$	98
โรงเรียนเทพศิลา	169	$(169 \times 430) / 998$	73
โรงเรียนพระโขนงพิทยาลัย	122	$(122 \times 430) / 998$	53
โรงเรียนกุนนทีรุทธARAMวิทยาคม	64	$(64 \times 430) / 998$	28
โรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ	50	$(50 \times 430) / 998$	22
รวม	998		430

4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มอย่างง่ายเลือกห้องเรียนจากจำนวนนักเรียนทั้งหมดในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ของแต่ละโรงเรียน แล้วให้นักเรียนหญิงในห้องนั้นทุกคนมาเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากนักเรียนในแต่ละห้องตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในแต่ละโรงเรียน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 6 โรงเรียน คือ 430 คน

### เครื่องมือที่ใช้ (measurement)

การศึกษาวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม (questionnaire) จำนวนทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด (closed-end question) เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ (checklist) และแบบคำถามเขียนตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา ผลการศึกษา สภาพครอบครัว ลักษณะการพักอาศัย อาชีพของบิดาและมารดา ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดาและมารดา โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช ส่วนสูง น้ำหนัก ปัจจุบัน และน้ำหนักในอุดมคติที่ต้องการ

#### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ

จากแบบวัดการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ (Objectified Body Consciousness Scale; OBS) ของ McKinley และ Hyde ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พลอยชมพู อัครธัญญ์<sup>(5)</sup> และถูกพัฒนาต่อโดยพรรณทิพา ปัทมอารักษ์<sup>(4)</sup> ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตอย่างเป็นทางการเรียบร้อยแล้ว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เป็นมาตรวัดอันตรภาค 6 ระดับ (6-point Likert-type scale) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบโดยระบุว่าเห็นด้วยกับข้อความในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด จาก 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยที่สุด” ไปจนถึง 6 หมายถึง “เห็นด้วยที่สุด” โดยแบบวัดการประเมินตนเองเสมือนวัตถุนี้สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านย่อย ดังนี้<sup>(4, 5)</sup>

1. ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยสะท้อนให้เห็นถึงความหมกหมุ่นของแต่ละบุคคลที่มีต่อตนเองในการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองว่าดูดีแค่ไหน โดยผ่าน

มุมมองของบุคคลอื่น และเปรียบเทียบตนเองกับค่านิยมหรืออุดมคติของสังคม ประกอบไปด้วยข้อคำถามข้อที่ 1, 3, 7, 9, 14, 16, 18 และ 20

2. **ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame)**

ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกทางลบที่บุคคลประสบเมื่อไม่สามารถทำให้ภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองตรงกับค่านิยมหรืออุดมคติของสังคมได้ ประกอบไปด้วยข้อคำถามข้อที่ 2, 5, 8, 11, 13, 15, 17 และ 22

3. **ด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief)**

ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อของบุคคลว่ามีภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอยู่ในการควบคุมและความรู้สึกรับผิดชอบของตนเอง ประกอบไปด้วยข้อคำถามข้อที่ 4, 6, 10, 12, 19, 21, 23 และ 24

ในแบบวัดการประเมินตนเองเสมือนวัตถุนี้ ประกอบไปด้วยข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ ดังนี้คือ ข้อคำถามทางบวก มีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อคำถามข้อที่ 1, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21 และ 24 และข้อคำถามทางลบ มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อคำถามข้อที่ 2, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 22 และ 23

การแปลผล การให้คะแนนเป็นไปตามคำตอบที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ กล่าวคือ การคิดคะแนนในข้อคำถามทางบวก จะได้คะแนน 1 คะแนน หากตอบ “1 (ไม่เห็นด้วยที่สุด)” และจะได้คะแนน 6 คะแนน หากตอบ “6 (เห็นด้วยที่สุด)” ในทางกลับกัน การคิดคะแนนในข้อคำถามทางลบ จะได้คะแนน 1 คะแนน หากตอบ “6 (เห็นด้วยที่สุด)” และจะได้คะแนน 6 คะแนน หากตอบ “1 (ไม่เห็นด้วยที่สุด)” ซึ่งการคำนวณคะแนนรวมของแบบวัดการประเมินตนเองเสมือนวัตถุมาจากการนำคะแนนของทั้งข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบมารวมกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำคะแนนรวมในแต่ละด้านมาหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดในแต่ละด้าน ซึ่งจะได้คะแนนเต็มในแต่ละด้านคือ 6 คะแนน เพื่อให้ง่ายต่อการแปลผล กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนในด้านย่อยด้านใดสูง แสดงว่ามีการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านนั้นสูง ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการแบ่งระดับของการประเมินวัตถุในแต่ละด้านออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้  $Mean \pm SD$  ได้แก่ กลุ่มที่มีการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านนั้นสูง และกลุ่มที่มีการประเมินวัตถุในด้านนั้นต่ำ กล่าวคือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $Mean + SD$ ) คือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านนั้นระดับสูง ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $Mean \pm SD$ ) คือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มการ

ประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านนั้นระดับปานกลาง และผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย – ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $Mean - SD$ ) คือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านนั้นระดับต่ำ

แบบวัดการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของ McKinley และ Hyde (1996) มีคุณสมบัติทางจิตมิติเป็นที่น่าพึงพอใจ เมื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงพบว่าด้านย่อยของแบบวัดการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) อันได้แก่ ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีค่า 0.89, 0.75, 0.72 ตามลำดับ และเมื่อทำการทำสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ในระยะเวลาสองสัปดาห์ พบว่าด้านย่อยทั้ง 3 ด้านมีค่าความเที่ยงคือ 0.79, 0.79 และ 0.73 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> นอกจากนี้แบบวัดการประเมินตนเองเหมือนวัตถุได้มีการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พลอยชมพู อัครธัญย์ (2555) มีการหาค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) ในด้านย่อยทั้ง 3 ด้าน พบว่ามีค่า 0.80, 0.79 และ 0.62 ตามลำดับ<sup>(5)</sup>

ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.75 และเมื่อทำการหาความเที่ยงสอดคล้องภายในของด้านย่อยทั้ง 3 พบว่ามีค่า Cronbach's alpha coefficient ดังนี้คือ ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีค่าเท่ากับ 0.71 ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีค่าเท่ากับ 0.46 และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มีค่าเท่ากับ 0.69

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (The Eating Attitudes Test-26 ; EAT-26)

จากแนวคิดของ Gardner และ Garfinkel ซึ่งพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยฐิติวี แก้วพรสวรรค์ พรจิรา ปรีวัชรากุล และวันวิ พิมาพันธ์<sup>(12)</sup> ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดอันตรภาคชั้น 6 ระดับ (6-point Likert-type scale) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยระบุว่ามีความถี่ของพฤติกรรมนั้นตรงกับตัวเองมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่ “ตลอดเวลา” ไปจนถึง “ไม่เคย”

การให้คะแนน แบบสอบถามนี้มีการให้คะแนน ดังนี้

ข้อที่	การให้คะแนน					
	ตลอดเวลา	สม่ำเสมอ	บ่อย	บางครั้ง	แทบจะไม่เคย	ไม่เคย
1 – 25	3	2	1	0	0	0
26	0	0	0	1	2	3

การแปลผล แบบสอบถามนี้มีคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 0-78 คะแนน โดยแบบสอบถามนี้มีจุดตัด (cut-off) อยู่ที่ 12 คะแนน กล่าวคือ หากผู้เข้าร่วมวิจัยได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึงมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ อันนำมาซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน (eating disorders) ได้

แบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมฉบับภาษาไทยนี้มีค่าความแม่นยำ (validity) อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า sensitivity เท่ากับร้อยละ 88.6 และค่า specificity เท่ากับร้อยละ 88.7<sup>(12)</sup> ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นพบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.74

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15; TMHI-15)

ที่พัฒนาโดยอภิชัย มงคล และคณะ<sup>(22)</sup> ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสุขภาพจิตของประชากรไทย ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน ซึ่งได้รับการรับรองจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบประเมินนี้จะถามถึงประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสำรวจตนเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

- “ไม่เลย” หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ
- “เล็กน้อย” หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย
- “มาก” หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

“มากที่สุด” หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

การให้คะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

ข้อความ	การให้คะแนน			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อความที่ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	1	2	3	4
กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อความที่ 3, 4, 5	4	3	2	1

การแปลผล แบบประเมินนี้มีคะแนนรวมทั้งหมด 60 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

51 – 60 คะแนน คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

44 – 50 คะแนน คือ สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน คือ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้นมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81<sup>(22)</sup> ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่นพบว่า มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83

### การขออนุญาตใช้เครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามจากผู้พัฒนาแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ที่พัฒนาและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพลอยชมพู อัครศรีณย์<sup>(5)</sup> และถูกพัฒนาต่อโดยพรรณทิพา ปัทมอารักษ์<sup>(4)</sup> จากศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรม การกินฉบับภาษาไทย (The Eating Attitudes Test-26; EAT-26)<sup>(12)</sup> ซึ่งได้รับอนุญาตจากคณะผู้พัฒนาคือ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรจิรา ปรีวัชรากุล และแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต

คนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator-15; TMHI-15) ซึ่งพัฒนาโดยอภิชัย มงคล และคณะ<sup>(22)</sup> ซึ่งสามารถเข้าถึงและใช้ได้อย่างสาธารณะ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินวิจัยดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อรับการพิจารณาทางจริยธรรม
2. ติดต่อขออนุญาตการใช้เครื่องมือแบบสอบถามเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
3. ส่งหนังสือขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการขอเข้าเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 6 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 โรงเรียนบางกะปิ โรงเรียนเทพศิลา โรงเรียนพระโขนงพิทยาลัย โรงเรียนกุนนทีรุทธaramวิทยาคม และโรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากอาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์แนะแนวในการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล โดยในแต่ละโรงเรียน ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกห้องเรียนขึ้นมาแล้วทำการเก็บข้อมูลจากนักเรียนหญิงในห้องนั้นทุกคน โดยเก็บข้อมูลจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ในแต่ละโรงเรียน
5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย วัตถุประสงค์การทำวิจัย ประโยชน์ของงานวิจัย และผลที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยก่อนเริ่มการทำวิจัยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมรับทราบ โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้วิจัยเป็นผู้ขอหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งของผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้เสมอ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น และไม่มีการบังคับข่มขู่จากครูประจำชั้นหรือครูแนะแนว หรือผู้มีอำนาจใด ๆ จากนั้นเมื่อได้รับหนังสือความยินยอมทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านคำชี้แจงในการทำวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งสถานที่ทำการวิจัยคือโรงเรียนและ



ห้องเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัยเอง โดยขอความร่วมมือจากครูประจำชั้นหรือครูแนะแนว  
เพื่อใช้คาบว่างหรือคาบแนะแนวในการตอบแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)

การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำมาวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายในรูปของค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และค่าสถิติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ Pearson's correlation การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) การทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมมารีที่ผิดปกติฉบับภาษาไทย และแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 430 คน ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 395 คน คิดเป็นร้อยละ 91.86 ทั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาร่วมใจด้วยความสมัครใจและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาดำเนินการสำเร็จรูป SPSS version 22

ผลการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ผลการศึกษา สภาพครอบครัว ลักษณะการพักอาศัย จำนวนพี่น้อง อาชีพของบิดาและมารดา ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดาและมารดา โรคประจำตัวทางกายและโรคทางจิตเวช ส่วนสูง น้ำหนักปัจจุบัน และน้ำหนักในอุดมคติที่ต้องการ ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

**ตอนที่ 2** แสดงการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

**ตอนที่ 3** แสดงความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

**ตอนที่ 4** แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

**ตอนที่ 5** แสดงผลการวิเคราะห์การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และสุขภาพจิตในการทำนายความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

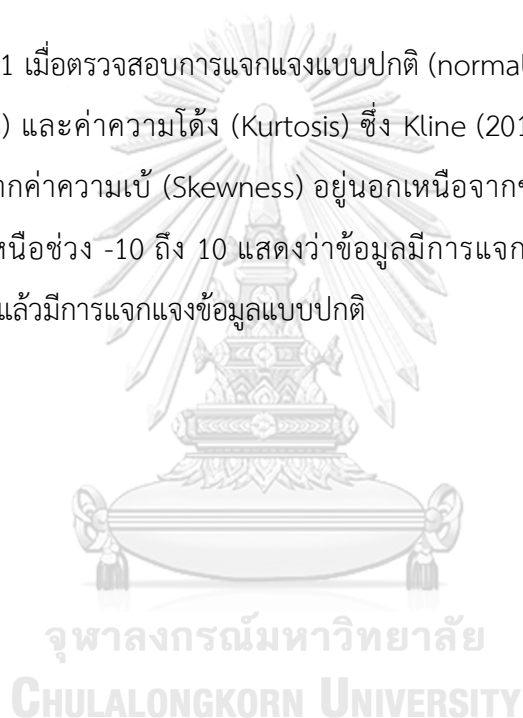
ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

$N$	คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในงานวิจัย
$M$	คือ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean)
$SD$	คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
$IQR$	คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range)
$Min$	คือ ค่าต่ำสุดของข้อมูล (maximum)
$Max$	คือ ค่าสูงสุดของข้อมูล (minimum)
$p$	คือ ค่าความน่าจะเป็น (probability) ของค่าสถิติทดสอบ
$t$	คือ ค่าสถิติทดสอบที (t-test)
$\chi^2$	คือ ค่าสถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi-square)
$r$	คือ ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)
$OR$	คือ ค่าความเสี่ยง (odds ratio)
$CI$	คือ ค่าช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval)
$B$	คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยหรือความชันของสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (regression coefficient)
$\beta$	คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (standardized regression coefficient)
$SE$	คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (standardized error of regression coefficient)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Skewness	Kurtosis
Self-objectification	3.64	0.51	1.88	5.00	-0.545	1.379
Body surveillance	3.44	0.74	1.13	5.63	-0.121	0.508
Body shame	3.30	0.61	1.75	5.00	0.172	-0.262
Control belief	4.18	0.76	1.75	6.00	-0.112	0.063
EAT	8.27	6.48	0	39	1.464	2.717
TMHI-15	45.65	6.08	20	59	-0.567	0.605

จากตารางที่ 1 เมื่อตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ (normality) โดยวิธีการพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ซึ่ง Kline (2016) อ้างถึงใน วสพร ไชยะกุล (2560) ได้กล่าวว่าหากค่าความเบ้ (Skewness) อยู่นอกเหนือจากช่วง -3 ถึง 3 และค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่นอกเหนือช่วง -10 ถึง 10 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ<sup>(41)</sup> ดังนั้นในการศึกษานี้ดูแนวโน้มแล้วมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ



**ตอนที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล**

**ตารางที่ 2** ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน กรุงเทพมหานคร ( $N = 395$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
17 ปี	148	37.5
18 ปี	236	59.7
19 ปี	11	2.8
$(M = 17.65, SD = 0.53, \text{Min} = 17, \text{Max} = 19)$		
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	370	93.7
คริสต์	5	1.2
อิสลาม	16	4.1
อื่น ๆ	4	1.0
<b>เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)</b>		
$\leq 2.49$	18	4.6
2.50 – 2.99	94	23.7
3.00 – 3.49	180	45.6
3.50 – 4.00	103	26.1
$(M = 3.20, SD = 0.41, \text{Min} = 1.25, \text{Max} = 4.00)$		
<b>แผนการเรียน</b>		
วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์	219	55.4
ศิลป์-คำนวณ	68	17.2
ศิลป์-ภาษา และอื่น ๆ	108	27.4
<b>สถานภาพครอบครัว</b>		
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	287	72.7
บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่	82	20.8
บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิต	25	6.2
ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิตทั้งคู่	1	0.3

ตารางที่ 2 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>		
อยู่กับบิดาและมารดา	278	70.4
อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง	86	21.8
อาศัยอยู่กับญาติ	20	5.1
อาศัยอยู่คนเดียว	11	2.7
<b>ลำดับการเกิด</b>		
บุตรคนเดียว (ไม่มีพี่น้อง)	126	31.9
บุตรคนโต	84	21.3
บุตรคนกลาง	36	9.1
บุตรคนสุดท้อง	149	37.7
<b>อาชีพของบิดา</b>		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	128	32.4
บริษัทเอกชน	88	22.3
รับจ้าง	80	20.3
รับราชการ	26	6.6
บิดาเสียชีวิต	22	5.7
ไม่ได้ทำงาน	21	5.4
รัฐวิสาหกิจ	19	4.8
ไม่ทราบอาชีพของบิดา	8	2.0
อาชีพอิสระ	2	0.5

ตารางที่ 2 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพของมารดา</b>		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	135	34.2
บริษัทเอกชน	70	17.7
ไม่ได้ทำงาน	67	17.0
รับจ้าง	67	17.0
รับราชการ	17	4.2
รัฐวิสาหกิจ	17	4.2
แม่บ้าน	16	4.1
อาชีพอิสระ	3	0.8
มารดาเสียชีวิต	3	0.8
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>		
ประถมศึกษา	94	23.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	10.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	97	24.6
อนุปริญญา / ปวส.	51	12.9
ปริญญาตรี	91	23.0
สูงกว่าปริญญาตรี	19	4.9
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>		
ประถมศึกษา	106	26.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	14.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	70	17.7
อนุปริญญา / ปวส.	39	9.9
ปริญญาตรี	114	28.9
สูงกว่าปริญญาตรี	8	2.1

ตารางที่ 2 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา (บาท)	Median (IQR) = 15,000 (10,000 – 29,000)	
< 15,000 บาท	143	36.2
≥ 15,000 บาท	252	63.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา (บาท)	Median (IQR) = 15,000 (9,000 – 20,000)	
< 15,000 บาท	187	47.3
≥ 15,000 บาท	208	52.7
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>		
ไม่มี	288	72.9
มี	107	27.1
โรคภูมิแพ้	78	19.7
โรกระบบทางเดินอาหาร	15	3.8
โรคหอบหืด	7	1.8
โรคธาลัสซีเมีย	4	1.0
โรคโลหิตจาง	4	1.0
โรคเบาหวาน	2	0.5
โรคลมชัก	2	0.5
โรคไตเรื้อรัง	1	0.3
โรคหัวใจ	1	0.3
โรคเกี่ยวกับตับและโรคไวรัสตับอักเสบบ	1	0.3
โรคมะเร็ง	1	0.3
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา</b>		
ไม่มี	275	69.6
มี	120	30.4
โรคความดันโลหิตสูง	44	11.1
โรคเบาหวาน	38	9.6
โรคภูมิแพ้	21	5.3
โรกระบบทางเดินอาหาร	7	1.8
โรคหัวใจ	7	1.8



ตารางที่ 2 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา (ต่อ)</b>		
โรคเก๊าท์	6	1.5
โรคหอบหืด	4	1.0
โรคทางสมองและระบบประสาท	3	0.8
โรคเกี่ยวกับตับและโรคไวรัสตับอักเสบบ	2	0.5
โรคไต	1	0.3
โรคโลหิตจาง	1	0.3
โรคไทรอยด์	1	0.3
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>		
ไม่มี	279	70.6
มี	116	29.4
โรคความดันโลหิตสูง	37	9.4
โรคภูมิแพ้	30	7.6
โรคเบาหวาน	21	5.3
โรคระบบทางเดินอาหาร	8	2.0
โรคไทรอยด์	6	1.5
โรคโลหิตจาง	5	1.3
โรคทาลัสซีเมีย	4	1.0
โรคหอบหืด	3	0.8
โรคหัวใจ	3	0.8
โรคเก๊าท์	3	0.8
โรคเกี่ยวกับตับและโรคไวรัสตับอักเสบบ	2	0.5
โรคมะเร็ง	2	0.5
โรคไต	1	0.3
โรครูมาตอยด์	1	0.3
โรคทางสมองและระบบประสาท	1	0.3

ตารางที่ 2 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ( $N = 395$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช</b>		
ไม่มี	389	98.5
มี	6	1.5
<b>ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของบิดา</b>		
ไม่มี	393	99.5
มี	2	0.5
<b>ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของมารดา</b>		
ไม่มี	392	99.2
มี	3	0.8
ส่วนสูงปัจจุบัน	$M = 160.41$	$(SD = 5.83)$
น้ำหนักปัจจุบัน	$M = 54.82$	$(SD = 11.80)$
น้ำหนักในอุดมคติที่ต้องการ	$M = 48.74$	$(SD = 7.08)$
ค่าดัชนีมวลกาย ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	$M = 21.26$	$(SD = 4.19)$
น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน ( $< 18.5$ )	115	29.1
น้ำหนักตัวมาตรฐาน ( $18.5 - 24.9$ )	220	55.7
น้ำหนักเกินมาตรฐาน ( $25.0 - 29.9$ )	42	10.6
น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ( $> 30.0$ )	18	4.6

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 395 คน มีอายุเฉลี่ย 17.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปี จำนวน 236 คน (ร้อยละ 59.7) และส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 370 คน (ร้อยละ 93.7) มีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) เท่ากับ 3.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41) และส่วนใหญ่มีแผนการเรียนสายวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ จำนวน 219 คน (ร้อยละ 55.4)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสภาพครอบครัวแบบบิดามารดาอยู่ด้วยกัน จำนวน 287 คน (ร้อยละ 72.7) และลักษณะการพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จำนวน 278 คน (ร้อยละ 70.4) ลำดับการเกิดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นบุตรคนสุดท้อง จำนวน 149 คน (ร้อยละ 37.7) และรองลงมาคือเป็นบุตรคนเดียว (ไม่มีพี่น้อง) จำนวน 126 คน (ร้อยละ 31.9)

อาชีพของบิดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย จำนวน 128 คน (ร้อยละ 32.4) ส่วนอาชีพของมารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย จำนวน 135 คน (ร้อยละ 34.2) ระดับการศึกษาของบิดาส่วนใหญ่คือระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) จำนวน 97 คน (ร้อยละ 24.6) ระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่คือระดับปริญญาตรี จำนวน 114 คน (ร้อยละ 28.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา มีค่า Median (IQR) เท่ากับ 15,000 (10,000 – 29,000) บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท จำนวน 252 คน (ร้อยละ 63.8) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา มีค่า Median (IQR) เท่ากับ 15,000 (9,000 – 20,000) บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท จำนวน 208 คน (ร้อยละ 52.7)

โรคประจำตัวทางกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 288 คน (ร้อยละ 72.9) โดยโรคประจำตัวทางกายของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือ โรคภูมิแพ้ จำนวน 78 คน (ร้อยละ 19.7) โรคประจำตัวทางกายของบิดาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 275 คน (ร้อยละ 69.6) โดยโรคประจำตัวทางกายของบิดาที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 11.1) รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 38 คน (ร้อยละ 9.6) โรคประจำตัวทางกายของมารดาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 279 คน (ร้อยละ 70.6) โดยพบว่าโรคประจำตัวทางกายของมารดาที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 9.4) รองลงมาคือโรคภูมิแพ้ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.6)

ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช จำนวน 389 คน (ร้อยละ 98.5) ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของบิดาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช จำนวน 393 คน (ร้อยละ 99.5) และประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของมารดาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวช จำนวน 392 คน (ร้อยละ 99.2)

กลุ่มตัวอย่างมีส่วนสูงปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 160.41 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.83) มีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 54.82 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.80) มีน้ำหนักในอุดมคติที่ต้องการเฉลี่ยเท่ากับ 48.74 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.08) และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยเท่ากับ 21.26 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.19) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 220 คน (ร้อยละ 55.7) รองลงมาคือน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 115 คน (ร้อยละ 29.1)

**ตารางที่ 3** แสดงสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร  
( $N = 395$ )

สุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	102	25.8
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	157	39.7
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	136	34.5

$M = 45.65, SD = 6.09, Min = 20, Max = 59$

จากตารางที่ 3 แสดงสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 45.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.09) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 157 คน (ร้อยละ 39.7) รองลงมาคือมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 136 คน (ร้อยละ 34.5) และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 102 คน (ร้อยละ 25.8) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 แสดงการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ( $N = 395$ )

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>
การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification)	3.64	0.51
ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	3.44	0.74
ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	3.30	0.61
ด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	4.18	0.76

จากตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การประเมินตนเองเหมือนวัตถุโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51) และเมื่อพิจารณาในด้านย่อยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุพบว่า ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.74) ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61) และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76)

เมื่อนำค่า  $Mean \pm SD$  ของแต่ละด้านมาแบ่งกลุ่มเนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ จึงมีการแบ่งระดับของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในแต่ละด้านออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านนั้นระดับสูง กลุ่มที่มีการประเมินวัตถุในด้านนั้นระดับปานกลาง และกลุ่มที่มีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านนั้นระดับต่ำ กล่าวคือ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $Mean + SD$ ) คือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านนั้นระดับสูง ผู้ที่ได้คะแนนอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $Mean \pm SD$ ) คือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านนั้นระดับปานกลาง และผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $Mean - SD$ ) คือผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านนั้นระดับต่ำ และจากนั้นผู้วิจัยได้จัดกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มเพื่อให้สะดวกต่อการศึกษาและวิเคราะห์ผล เนื่องจากตามความหมายของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุคือ ยิ่งกลุ่ม

ตัวอย่างมีคะแนนการประเมินตนเองด้านย้อยด้านใดสูง แสดงว่าบุคคลนั้นมีการประเมินตนเองด้านย้อยด้านนั้นมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มของการประเมินตนเองด้านย้อยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีการประเมินตนเองด้านย้อยด้านใดสูง และ 2) กลุ่มที่มีการประเมินตนเองด้านย้อยด้านใดปานกลางถึงต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** แสดงจำนวนและร้อยละของการประเมินตนเองด้านย้อยทั้ง 3 ด้าน เมื่อแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง และระดับปานกลางถึงต่ำ ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร (N = 395)

การประเมินตนเองด้านย้อย	จำนวน	ร้อยละ
<b>การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง</b>		
ระดับสูง	58	14.7
ระดับปานกลางถึงต่ำ	337	85.3
<i>(Mean ± SD = 3.44 ± 0.74)</i>		
<b>ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง</b>		
ระดับสูง	60	15.2
ระดับปานกลางถึงต่ำ	335	84.8
<i>(Mean ± SD = 3.30 ± 0.61)</i>		
<b>ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง</b>		
ระดับสูง	66	16.7
ระดับปานกลางถึงต่ำ	329	83.3
<i>(Mean ± SD = 4.18 ± 0.76)</i>		

จากตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของการประเมินตนเองด้านย้อยทั้ง 3 ด้าน เมื่อแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ ระดับสูง และระดับปานกลางถึงต่ำ ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) อยู่ในระดับสูง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 14.7) และระดับปานกลางถึงต่ำ จำนวน 337 คน (ร้อยละ 85.3) ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) อยู่ในระดับสูง จำนวน 60 คน (ร้อยละ 15.2) และระดับปานกลางถึงต่ำ จำนวน 335 คน (ร้อยละ 84.8) และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) อยู่ในระดับสูง จำนวน 66 คน (ร้อยละ 16.7) และระดับปานกลางถึงต่ำ จำนวน 329 คน (ร้อยละ 83.3)

**ตารางที่ 6** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าตรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเฝ้าตรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของ ตนเอง (body surveillance)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 58)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 337)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	<b>อายุ</b>					
17 ปี	24	16.2	124	83.8	0.444	0.505
≥ 18 ปี	34	13.8	213	86.2		
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	51	13.8	319	86.2	-	0.073 <sup>a</sup>
อื่น ๆ	7	28.0	18	72.0		
<b>เกรดเฉลี่ยสะสม</b>						
< 3.20	29	15.5	158	84.5	0.193	0.661
≥ 3.20	29	13.9	179	86.1		
<b>แผนการเรียน</b>						
วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์	28	12.8	191	87.2	1.414	0.234
ศิลป์-คำนวณ, ศิลป์-ภาษา และอื่นๆ	30	17.0	146	83.0		
<b>สภาพครอบครัว</b>						
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	44	15.3	243	84.7	0.351	0.553
อื่น ๆ	14	13.0	94	87.0		
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>						
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	42	15.1	236	84.9	0.135	0.713
อื่น ๆ	16	13.7	101	86.3		
<b>ลำดับการเกิด</b>						
เป็นบุตรคนเดียว(ไม่มีพี่น้อง)	13	10.3	113	89.7	5.808	0.121
เป็นบุตรคนโต	17	20.2	67	79.8		
เป็นบุตรคนกลาง	8	22.2	28	77.8		
เป็นบุตรคนเล็ก	20	13.4	129	86.6		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของ ตนเอง (body surveillance)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 58)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 337)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	<b>อาชีพของบิดา</b>					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	20.0	36	80.0	5.55	0.062
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	37	17.1	179	82.9		
อื่น ๆ	12	9.0	122	91.0		
<b>อาชีพของมารดา</b>						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	14.7	29	85.3	0.326	0.849
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	32	15.6	173	84.4		
อื่น ๆ	21	13.5	135	86.5		
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	28	12.0	206	88.0	3.385	0.066
อนุปริญญา/ปวส. และ ปริญญาตรีขึ้นไป	30	18.6	131	31.4		
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	29	12.4	205	87.6	2.404	0.121
อนุปริญญา/ปวส. และ ปริญญาตรีขึ้นไป	29	18.0	132	82.0		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา</b>						
< 15,000 บาท	15	10.5	128	89.5	3.147	0.760
≥ 15,000 บาท	43	17.1	209	82.9		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา</b>						
< 15,000 บาท	19	10.2	168	89.9	5.799	0.016*
≥ 15,000 บาท	39	18.7	169	81.3		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test



ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของ ตนเอง (body surveillance)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 58)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 337)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>					
ไม่มี	44	15.3	244	84.7	0.300	0.584
มี	14	13.1	93	86.9		
<b>โรคภูมิแพ้</b>						
ไม่มี	50	15.8	267	84.2	1.521	0.218
มี	8	10.3	70	89.7		
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา</b>						
ไม่มี	39	14.2	236	85.8	0.182	0.670
มี	19	15.8	101	84.2		
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>						
ไม่มี	44	15.8	235	84.2	0.896	0.344
มี	14	12.1	102	87.9		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>						
ไม่มี	56	14.4	333	85.6	-	0.215 <sup>a</sup>
มี	2	33.3	4	66.7		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของบิดา</b>						
ไม่มี	58	14.8	335	85.2	-	1.00 <sup>a</sup>
มี	0	0.0	2	100.0		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของมารดา</b>						
ไม่มี	58	14.8	334	85.2	-	1.00 <sup>a</sup>
มี	0	0.0	3	100.0		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 58)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 337)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)					
น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	19	16.5	96	83.5	3.859	2.777
น้ำหนักตัวมาตรฐาน	30	13.6	190	86.4		
น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	4	9.5	38	90.5		
น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน	5	27.8	13	72.2		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $\chi^2 = 5.799$ ,  $p = 0.016$ )

**ตารางที่ 7** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกาย ของตนเอง (body shame)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 60)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 335)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	<b>อายุ</b>					
17 ปี	23	15.5	125	84.5	0.023	0.881
≥ 18 ปี	37	15.0	210	85.0		
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	55	14.9	315	85.1	0.479	0.489
อื่น ๆ	5	20.0	20	80.0		
<b>เกรดเฉลี่ยสะสม</b>						
< 3.20	29	15.5	158	84.5	0.028	0.867
≥ 3.20	31	14.9	177	85.1		
<b>แผนการเรียน</b>						
วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์	33	15.1	186	84.9	0.006	0.940
ศิลป์-คำนวณ, ศิลป์-ภาษา และอื่นๆ	27	27.0	149	84.7		
<b>สภาพครอบครัว</b>						
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	44	15.3	243	84.7	0.016	0.899
อื่น ๆ	16	14.8	92	85.2		
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>						
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	41	14.7	237	85.3	0.142	0.706
อื่น ๆ	19	16.2	98	83.8		
<b>ลำดับการเกิด</b>						
เป็นบุตรคนเดียว(ไม่มีพี่น้อง)	18	14.3	108	85.7	0.612	0.894
เป็นบุตรคนโต	13	15.5	71	74.5		
เป็นบุตรคนกลาง	7	19.4	29	80.6		
เป็นบุตรคนเล็ก	22	14.8	127	85.2		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึก อับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกาย ของตนเอง (body shame)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 60)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 335)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	<b>อาชีพของบิดา</b>					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	13.3	39	86.7	0.807	0.668
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	36	16.7	180	83.3		
อื่น ๆ	18	13.4	116	86.6		
<b>อาชีพของมารดา</b>						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	11.8	30	88.2	0.623	0.732
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	30	14.6	175	85.4		
อื่น ๆ	26	16.7	130	83.3		
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	31	13.2	203	86.8	1.681	0.195
อนุปริญญา/ปวส. และ ปริญญาตรีขึ้นไป	29	18.0	132	82.0		
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช.	32	13.7	202	86.3	1.022	0.312
อนุปริญญา/ปวส. และ ปริญญาตรีขึ้นไป	28	17.4	133	82.6		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา</b>						
< 15,000 บาท	21	14.7	122	85.3	0.044	0.833
≥ 15,000 บาท	39	15.5	213	84.5		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา</b>						
< 15,000 บาท	25	13.4	162	86.6	0.914	0.339
≥ 15,000 บาท	35	16.8	173	83.2		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความรู้สึก อับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกาย ของตนเอง (body shame)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 60)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 335)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	โรคประจำตัวทางกาย					
ไม่มี	47	16.3	241	83.7	1.053	0.305
มี	13	12.1	94	87.9		
โรคภูมิแพ้						
ไม่มี	51	16.1	266	83.9	1.006	0.316
มี	9	11.5	69	88.5		
โรคประจำตัวทางกายของบิดา						
ไม่มี	32	11.6	243	88.4	8.873	0.003**
มี	28	23.3	92	76.7		
โรคประจำตัวทางกายของมารดา						
ไม่มี	40	14.3	239	85.7	0.537	0.464
มี	20	17.2	96	82.8		
ประวัติโรคทางจิตเวช						
ไม่มี	59	15.2	330	84.8	0.010	0.919
มี	1	16.7	5	83.3		
ประวัติโรคทางจิตเวชของบิดา						
ไม่มี	59	15.0	334	85.0	1.891	0.169
มี	1	50.0	1	50.0		
ประวัติโรคทางจิตเวชของมารดา						
ไม่มี	59	15.1	333	84.9	-	0.391
มี	1	33.3	2	66.7		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความรู้สึก  
อับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา  
ปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกาย ของตนเอง (body shame)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 60)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 335)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)					
น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	7	6.1	108	93.9	34.18	<0.001**
น้ำหนักตัวมาตรฐาน	32	14.5	188	85.5		
น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	11	26.2	31	73.8		
น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรค อ้วน	10	15.2	8	44.4		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุใน  
ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียน  
หญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's  
exact test ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความ  
รู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ได้แก่ โรคประจำตัวทางกายของบิดา ( $\chi^2 = 8.873$ ,  
 $p = 0.003$ ) และค่าดัชนีมวลกาย ( $\chi^2 = 34.18$ ,  $p < 0.001$ )

**ตารางที่ 8** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองในวัดฤๅณในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 66)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 329)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	<b>อายุ</b>					
17 ปี	26	17.6	122	82.4	0.125	0.723
≥ 18 ปี	40	16.2	207	207		
<b>ศาสนา</b>						
พุทธ	60	16.2	310	83.8	-	0.313 <sup>a</sup>
อื่น ๆ	6	24.0	19	76.0		
<b>เกรดเฉลี่ยสะสม</b>						
< 3.20	26	13.9	161	86.1	2.008	0.156
≥ 3.20	40	19.2	168	80.8		
<b>แผนการเรียน</b>						
วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์	36	16.4	183	83.6	0.026	0.872
ศิลป์-คำนวณ, ศิลป์-ภาษา และอื่นๆ	30	17.0	146	83.0		
<b>สภาพครอบครัว</b>						
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	51	17.8	236	82.2	0.849	0.357
อื่น ๆ	15	13.9	93	86.1		
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>						
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	50	18.0	228	82.0	1.099	0.294
อื่น ๆ	26	13.7	101	86.3		
<b>ลำดับการเกิด</b>						
เป็นบุตรคนเดียว(ไม่มีพี่น้อง)	16	12.7	110	87.3	3.853	0.278
เป็นบุตรคนโต	12	14.3	72	85.7		
เป็นบุตรคนกลาง	8	22.2	28	77.8		
เป็นบุตรคนเล็ก	30	20.1	119	79.9		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 66)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 329)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อาชีพของบิดา</b>						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	15.6	38	84.4	1.739	0.419
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	32	14.8	184	85.2		
อื่น ๆ	27	20.1	107	79.9		
<b>อาชีพของมารดา</b>						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	17.6	28	82.4	0.372	0.830
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	32	15.6	173	84.4		
อื่น ๆ	28	17.9	128	82.1		
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	36	15.4	198	84.6	0.723	0.395
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	30	18.6	131	81.4		
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38	16.2	196	83.8	0.091	0.763
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	28	17.4	133	82.6		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา</b>						
< 15,000 บาท	26	18.2	117	81.8	0.349	0.554
≥ 15,000 บาท	40	15.9	212	84.1		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา</b>						
< 15,000 บาท	33	17.6	154	82.4	0.225	0.636
≥ 15,000 บาท	33	15.9	175	84.1		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test



ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 66)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 329)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>						
ไม่มี	46	16.0	242	84.0	0.415	0.520
มี	20	18.7	87	81.3		
<b>โรคภูมิแพ้</b>						
ไม่มี	52	16.4	265	83.6	0.107	0.743
มี	14	17.9	64	82.1		
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา</b>						
ไม่มี	43	15.6	232	84.4	0.748	0.387
มี	23	19.2	97	80.8		
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>						
ไม่มี	45	16.1	234	83.9	0.230	0.632
มี	21	18.1	95	81.9		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>						
ไม่มี	66	17.0	323	83.0	-	0.595 <sup>a</sup>
มี	0	0.0	6	100.0		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของบิดา</b>						
ไม่มี	65	16.5	328	83.5	-	0.307 <sup>a</sup>
มี	1	50.0	1	50.0		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของมารดา</b>						
ไม่มี	65	16.6	327	83.4	-	0.423 <sup>a</sup>
มี	1	33.3	2	66.7		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 8 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief)				$\chi^2$	p-value
	สูง (N = 66)		ปานกลางถึงต่ำ (N = 329)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)						
น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	19	16.5	96	83.5	0.662	0.882
น้ำหนักตัวมาตรฐาน	35	15.9	185	84.1		
น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	8	19.0	34	81.0		
น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน	4	22.2	14	77.8		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $p > 0.05$ )

**ตารางที่ 9** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>อายุ</b>								
17 ปี	148	3.49	0.68	1.08	0.084	-0.068	0.236	0.278
≥ 18 ปี	247	3.41	0.77					
<b>ศาสนา</b>								
พุทธ	370	3.41	0.73	-2.49	-0.381	-0.682	-0.081	0.013*
อื่น ๆ	25	3.80	0.79					
<b>เกรดเฉลี่ย</b>								
< 3.20	187	3.44	0.66	-0.003	-0.0002	-0.146	0.145	0.998
≥ 3.20	208	3.44	0.81					
<b>แผนการเรียน</b>								
วิทย์-คณิต	219	3.44	0.68	-0.01	-0.001	-0.149	0.146	0.985
อื่นๆ	176	3.44	0.81					
<b>สภาพครอบครัว</b>								
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	287	3.42	0.76	-0.65	-0.055	-0.220	0.109	0.511
อื่น ๆ	108	3.48	0.68					
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>								
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	278	3.41	0.77	-1.11	-0.090	-0.252	0.070	0.268
อื่น ๆ	117	3.50	0.66					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจ  
ภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียน  
หญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean		p-value
						Difference		
						Lower	Upper	
<b>ลำดับการเกิด</b>								
เป็นบุตรคนเดียว	126	3.32	0.83	-2.09	-0.167	-0.324	-0.010	0.037*
มีพี่น้อง	269	3.49	0.69					
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>								
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช.	234	3.35	0.75	-2.99	-0.225	-0.374	-0.073	0.003**
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	161	3.57	0.71					
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>								
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช.	234	3.41	0.69	-0.83	-0.063	-0.213	0.086	0.408
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	161	3.47	0.81					
<b>รายได้ต่อเดือนของบิดา</b>								
< 15,000	143	3.36	0.68	-1.65	-0.128	-0.276	0.018	0.098
≥ 15,000	252	3.48	0.77					
<b>รายได้ต่อเดือนของมารดา</b>								
< 15,000	187	3.38	0.67	-1.57	-0.117	-0.265	0.029	0.116
≥ 15,000	208	3.49	0.79					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 9 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>								
ไม่มี	288	3.43	0.77	-0.48	-0.040	-0.206	0.125	0.631
มี	107	3.47	0.65					
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา</b>								
ไม่มี	275	3.40	0.77	-1.51	-0.123	-0.282	0.036	0.131
มี	120	3.52	0.65					
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>								
ไม่มี	279	3.45	0.76	0.69	0.057	-0.104	0.219	0.487
มี	116	3.40	0.69					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>								
ไม่มี	389	3.43	0.74	-1.29	-0.396	-0.998	0.204	0.195
มี	6	3.83	0.74					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของบิดา</b>								
ไม่มี	393	3.44	0.74	0.12	0.067	-0.970	1.106	0.898
มี	2	3.37	0.35					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของมารดา</b>								
ไม่มี	392	3.44	0.74	0.15	0.067	-0.781	0.917	0.875
มี	3	3.37	0.86					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาแตกต่างกันมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.49$ ,  $p = 0.013$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้นับ

ถือศาสนาพุทธ ( $M = 3.80, SD = 0.79$ ) มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ ( $M = 3.41, SD = 0.73$ )

กลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับการเกิดแตกต่างกันมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.09, p = 0.037$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพี่น้อง ( $M = 3.49, SD = 0.695$ ) มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรคนเดียว ( $M = 3.32, SD = 0.83$ )

กลุ่มตัวอย่างที่บิดามีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.99, p = 0.003$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป ( $M = 3.47, SD = 0.81$ ) มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( $M = 3.35, SD = 0.75$ )



**ตารางที่ 10** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเมื่อวัตถุในด้านความรู้สึกอับอาย ในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>อายุ</b>								
17 ปี	148	3.36	0.57	1.71	0.108	-0.015	0.233	0.087
≥ 18 ปี	247	3.26	0.62					
<b>ศาสนา</b>								
พุทธ	370	3.29	0.60	-0.61	-0.078	-0.326	0.170	0.538
อื่น ๆ	25	3.37	0.68					
<b>เกรดเฉลี่ย</b>								
< 3.20	187	3.31	0.60	-0.43	-0.027	-0.148	0.094	0.661
≥ 3.20	208	3.28	0.61					
<b>แผนการเรียน</b>								
วิทย์-คณิต	219	3.29	0.60	-0.14	-0.008	-0.138	0.113	0.886
อื่นๆ	176	3.30	0.62					
<b>สภาพครอบครัว</b>								
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	287	3.28	0.62	-0.81	-0.056	-0.191	0.079	0.418
อื่น ๆ	108	3.34	0.58					
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>								
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	278	3.28	0.62	-1.09	-0.073	-0.206	0.059	0.276
อื่น ๆ	117	3.35	0.58					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 10 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอาย ในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>ลำดับการเกิด</b>								
เป็นบุตรคนเดียว	126	3.24	0.66	-1.33	-0.087	-0.217	0.041	0.184
มีพี่น้อง	269	3.32	0.58					
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>								
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	234	3.27	0.59	-1.17	-0.073	-0.196	0.049	0.241
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	161	3.34	0.63					
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>								
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	234	3.28	0.57	-0.56	-0.035	-0.158	0.087	0.571
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	161	3.32	0.65					
<b>รายได้ต่อเดือนของบิดา</b>								
< 15,000	143	3.26	0.58	-0.82	-0.052	-0.178	0.073	0.413
≥ 15,000	252	3.32	0.62					
<b>รายได้ต่อเดือนของมารดา</b>								
< 15,000	187	3.27	0.57	-0.87	-0.054	-0.175	0.067	0.381
≥ 15,000	208	3.32	0.64					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$



ตารางที่ 10 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอาย ในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>								
ไม่มี	288	3.29	0.63	-0.36	-0.024	-0.161	0.111	0.719
มี	107	3.32	0.55					
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา</b>								
ไม่มี	275	3.23	0.57	-3.18	-0.221	-0.359	-0.084	0.002**
มี	120	3.45	0.66					
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>								
ไม่มี	279	3.30	0.59	0.026	0.001	-0.131	0.134	0.979
มี	116	3.30	0.65					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>								
ไม่มี	389	3.29	0.60	-0.96	-0.243	-0.738	0.251	0.334
มี	6	3.54	0.86					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของบิดา</b>								
ไม่มี	393	3.29	0.61	-1.32	-0.576	-1.42	0.276	0.185
มี	2	3.87	0.17					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของมารดา</b>								
ไม่มี	392	3.30	0.60	0.73	0.262	-0.435	0.959	0.460
มี	3	3.04	1.01					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่บิดามีหรือไม่มีโรคประจำตัวทางกายมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.18$ ,  $p = 0.002$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามีโรคประจำตัวทางกาย ( $M = 3.45$ ,  $SD = 0.66$ ) มีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดาไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ( $M = 3.23$ ,  $SD = 0.57$ )

**ตารางที่ 11** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>อายุ</b>								
17 ปี	148	4.28	0.67	1.98	0.156	0.001	0.311	0.048*
≥ 18 ปี	247	4.13	0.80					
<b>ศาสนา</b>								
พุทธ	370	4.17	0.76	-1.39	-0.219	-0.528	0.089	0.163
อื่น ๆ	25	4.39	0.63					
<b>เกรดเฉลี่ย</b>								
≥ 3.20	208	4.24	0.77	1.52	0.116	-0.033	0.267	0.128
< 3.20	187	4.12	0.74					
<b>แผนการเรียน</b>								
วิทย์-คณิต	219	4.24	0.67	1.71	0.135	-0.019	0.290	0.088
อื่นๆ	176	4.11	0.85					
<b>สภาพครอบครัว</b>								
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	287	4.21	0.80	1.07	0.083	0.069	0.236	0.283
อื่น ๆ	108	4.12	0.64					
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>								
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	278	4.20	0.81	0.76	0.057	-0.090	0.206	0.444
อื่น ๆ	117	4.14	0.62					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 11 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านการเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>ลำดับการเกิด</b>								
เป็นบุตรคนเดียว	126	4.03	0.82	-2.76	-0.225	-0.385	-0.065	0.006**
มีพี่น้อง	269	4.26	0.72					
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>								
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	234	4.09	0.77	-3.11	-0.240	-0.391	-0.088	0.002**
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	161	4.33	0.72					
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>								
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	234	4.17	0.75	-0.55	-0.043	-0.197	0.109	0.577
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	161	4.21	0.77					
<b>รายได้ต่อเดือนของบิดา</b>								
< 15,000	143	4.19	0.74	0.77	0.006	-0.150	0.163	0.938
≥ 15,000	252	4.18	0.77					
<b>รายได้ต่อเดือนของมารดา</b>								
< 15,000	187	4.22	0.74	0.82	0.063	-0.087	0.214	0.410
≥ 15,000	208	4.15	0.77					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 11 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านการเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	t	Mean Difference	95%CI of Mean Difference		p-value
						Lower	Upper	
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>								
ไม่มี	288	4.16	0.78	-0.93	-0.080	-0.249	0.089	0.353
มี	107	4.24	0.68					
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา</b>								
ไม่มี	275	4.12	0.76	-2.44	-0.202	-0.365	-0.039	0.015*
มี	120	4.33	0.72					
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>								
ไม่มี	275	4.15	0.77	-1.51	-0.127	-0.292	0.037	0.131
มี	120	4.27	0.72					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>								
ไม่มี	389	4.19	0.76	3.82	0.424	0.157	0.692	0.008**
มี	6	3.77	0.25					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของบิดา</b>								
ไม่มี	393	4.18	0.76	-0.57	-0.312	-1.37	0.755	0.564
มี	2	4.50	1.06					
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของมารดา</b>								
ไม่มี	392	4.18	0.76	-0.23	-0.103	-0.972	0.765	0.815
มี	3	4.29	0.88					

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านการเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 1.98, p = 0.048$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 17 ปี

( $M = 4.28, SD = 0.67$ ) มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ( $M = 4.13, SD = 0.80$ )

กลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับการเกิดแตกต่างกัน มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.76, p = 0.006$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพี่น้อง ( $M = 4.26, SD = 0.72$ ) มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรคนเดียว ( $M = 4.03, SD = 0.82$ )

กลุ่มตัวอย่างที่บิดามีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.11, p = 0.002$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป ( $M = 4.33, SD = 0.72$ ) มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( $M = 4.09, SD = 0.77$ )

กลุ่มตัวอย่างที่บิดามีหรือไม่มีโรคประจำตัวทางกาย มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.44, p = 0.015$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดามีโรคประจำตัวทางกาย ( $M = 4.33, SD = 0.72$ ) มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดาไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ( $M = 4.12, SD = 0.76$ )

กลุ่มตัวอย่างที่มีหรือไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.82, p = 0.008$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ( $M = 4.19, SD = 0.76$ ) มีคะแนนความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติโรคทางจิตเวช ( $M = 3.77, SD = 0.25$ )

**ตารางที่ 12** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจ ภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และ สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	95% CI of		F	p-value	Significant pairwise comparison
				Mean				
				Lower	Upper			
<b>ศาสนา</b>								
(1) พุทธ	370	3.41	0.73	3.34	3.49	4.01	0.008**	(1) vs (2)**
(2) คริสต์	5	4.50	0.78	4.52	5.47			(2) vs (3)*
(3) อิสลาม	16	3.60	0.68	3.23	3.96			
(4) อื่น ๆ	4	3.71	0.92	2.24	5.19			
<b>แผนการเรียน</b>								
(1) วิทยาศาสตร์-คณิต	219	3.44	0.68	3.35	3.53	3.22	0.039*	(2) vs (3)*
(2) ศิลป์-คำนวณ	68	3.62	0.71	3.45	3.79			
(3) ศิลป์-ภาษาและอื่น ๆ	108	3.32	0.85	3.16	3.49			
<b>สภาพครอบครัว</b>								
(1) บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	287	3.42	0.76	3.33	3.51	0.25	0.773	
(2) บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่	82	3.47	0.69	3.31	3.62			
(3) บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตหรือเสียชีวิตทั้งคู่	26	3.51	0.67	3.24	3.79			
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>								
(1) อยู่กับบิดาและมารดา	278	3.41	0.77	3.32	3.50	0.75	0.519	
(2) อยู่กับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง	86	3.48	0.65	3.34	3.62			
(3) อยู่กับญาติ	20	3.65	0.66	3.34	3.96			
(4) อยู่คนเดียว	11	3.42	0.82	2.86	3.97			

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 12 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	95% CI of		F	p-value	Significant pairwise comparison
				Mean				
				Lower	Upper			
<b>ลำดับการเกิด</b>								
(1) เป็นบุตรคนเดียว	126	3.32	0.83	3.18	3.47	2.99	0.031*	(1) vs (2)**
(2) บุตรคนโต	84	3.59	0.66	3.45	3.74			(1) vs (3)*
(3) บุตรคนกลาง	36	3.61	0.85	3.32	3.90			
(4) บุตรคนเล็ก	149	3.40	0.74	3.30	3.51			
<b>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)</b>								
(1) น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	115	3.43	0.76	3.29	3.58	0.77	0.512	
(2) น้ำหนักตัวมาตรฐาน	220	3.41	0.75	3.31	3.51			
(3) น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	42	3.52	0.58	3.34	3.70			
(4) น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน	18	3.65	0.77	3.26	4.03			
<b>สุขภาพจิต</b>								
(1) สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	102	3.21	0.81	3.05	3.37	9.81	<0.001**	(1) vs (2)*
(2) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	157	3.42	0.68	3.31	3.53			(1) vs (3)**
(3) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	136	3.63	0.70	3.51	3.75			(2) vs (3)*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาแตกต่างกัน มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 4.01, p = 0.008$ ) กลุ่มตัวอย่างที่เรียนแผนการเรียนแตกต่างกัน มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 3.22, p = 0.039$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับการเกิดแตกต่างกัน มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 2.99, p = 0.031$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตในระดับ

แตกต่างกัน จะมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 9.81, p < 0.001$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองกับการนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาคริสต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาคริสต์มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองกับแผนการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีแผนการเรียนศิลป์-คำนวณ มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีแผนการเรียนศิลป์-ภาษา และอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองกับลำดับการเกิดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรคนเดียว มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรคนโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรคนเดียวมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรคนกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองกับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )



**ตารางที่ 13** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	95% CI of		F	p-value	Significant pairwise comparison
				Mean				
				Lower	Upper			
<b>ศาสนา</b>								
(1) พุทธ	370	3.29	0.60	3.23	3.35	1.90	0.129	
(2) คริสต์	5	3.75	0.63	2.96	4.53			
(3) อิสลาม	16	3.16	0.51	2.89	3.43			
(4) อื่น ๆ	4	3.75	1.14	1.93	5.56			
<b>แผนการเรียน</b>								
(1) วิทยาศาสตร์-คณิต	219	3.29	0.60	3.21	3.37	0.25	0.776	
(2) ศิลป์-คำนวณ	68	3.34	0.61	3.19	3.49			
(3) ศิลป์-ภาษาและอื่น ๆ	108	3.28	0.62	3.16	3.40			
<b>สภาพครอบครัว</b>								
(1) บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	287	3.28	0.62	3.21	3.35	0.32	0.720	
(2) บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่	82	3.34	0.55	3.22	3.46			
(3) บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตหรือเสียชีวิตทั้งคู่	26	3.33	0.67	3.06	3.61			
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>								
(1) อยู่กับบิดาและมารดา	278	3.28	0.62	3.20	3.35	0.69	0.557	
(2) อยู่กับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง	6	3.33	0.57	3.21	3.45			
(3) อยู่กับญาติ	20	3.46	0.60	3.18	3.75			
(4) อยู่คนเดียว	11	3.29	0.66	2.84	3.74			

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอาย ในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	95% CI of		F	p-value	Significant pairwise comparison
				Mean				
				Lower	Upper			
<b>ลำดับการเกิด</b>								
(1) เป็นบุตรคนเดียว	126	3.24	0.66	3.12	3.35	1.80	0.145	
(2) บุตรคนโต	84	3.38	0.55	3.26	3.50			
(3) บุตรคนกลาง	36	3.45	0.59	3.25	3.65			
(4) บุตรคนเล็ก	149	3.26	0.59	3.17	3.36			
<b>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)</b>								
(1) น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	115	3.14	0.56	3.03	3.24	9.22	<0.001**	(1) vs (2)*
(2) น้ำหนักตัวมาตรฐาน	220	3.30	0.59	3.22	3.38			(1) vs (3)**
(3) น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	42	3.47	0.61	3.27	3.66			(1) vs (4)**
(4) น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ โรคอ้วน	18	3.86	0.65	3.53	4.18			(2) vs (4)** (3) vs (4)*
<b>สุขภาพจิต</b>								
(1) สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	102	3.09	0.64	2.97	3.22	9.51	<0.001**	(1) vs (2)**
(2) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	157	3.31	0.57	3.22	3.40			(1) vs (3)**
(3) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	136	3.43	0.59	3.33	3.53			

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายแตกต่างกัน มีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 9.22$ ,  $p < 0.001$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตระดับแตกต่างกัน มีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 9.51$ ,  $p < 0.001$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองกับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวมาตรฐานมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองกับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ( $p < 0.01$ )

**ตารางที่ 14** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	95% CI of		F	p-value	Significant pairwise comparison
				Mean				
				Lower	Upper			
<b>ศาสนา</b>								
(1) พุทธ	370	4.17	0.76	4.09	4.25	1.40	0.241	
(2) คริสต์	5	4.02	0.55	3.33	4.71			
(3) อิสลาม	16	4.56	0.62	4.22	4.89			
(4) อื่น ๆ	4	4.18	0.63	3.17	5.19			
<b>แผนการเรียน</b>								
(1) วิทยาศาสตร์-คณิต	219	4.24	0.67	4.15	4.33	2.31	0.100	
(2) ศิลป์-คำนวณ	68	4.20	0.82	4.00	4.40			
(3) ศิลป์-ภาษาและอื่น ๆ	108	4.05	0.86	3.89	4.22			
<b>สภาพครอบครัว</b>								
(1) บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	287	4.21	0.80	4.11	4.30	0.63	0.532	
(2) บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่	82	4.10	0.61	3.96	4.24			
(3) บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตหรือเสียชีวิตทั้งคู่	26	4.20	0.71	3.91	4.49			
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>								
(1) อยู่กับบิดาและมารดา	278	4.20	0.81	4.11	4.30	0.63	0.593	
(2) อยู่กับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง	86	4.16	0.61	4.03	4.29			
(3) อยู่กับญาติ	20	3.98	0.51	3.74	4.22			
(4) อยู่คนเดียว	11	4.29	0.85	3.71	4.87			

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านการเชื่อเรื่อง การควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และ สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-Way ANOVA และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-Significant Different (LSD) ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	M	SD	95% CI of		F	p-value	Significant pairwise comparison
				Mean				
				Lower	Upper			
<b>ลำดับการเกิด</b>								
(1) เป็นบุตรคนเดียว	126	4.03	0.82	3.89	4.18	2.53	0.056	
(2) บุตรคนโต	84	4.26	0.69	4.11	4.41			
(3) บุตรคนกลาง	36	4.25	0.81	3.97	4.52			
(4) บุตรคนเล็ก	149	4.26	0.71	4.14	4.37			
<b>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)</b>								
(1) น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	115	4.21	0.74	4.08	4.35	0.19	0.900	
(2) น้ำหนักตัวมาตรฐาน	220	4.19	0.75	4.08	4.29			
(3) น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	42	4.12	0.79	3.87	4.37			
(4) น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ โรคอ้วน	18	4.13	0.85	3.71	4.56			
<b>สุขภาพจิต</b>								
(1) สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	102	4.22	0.89	4.04	4.40	0.45	0.636	
(2) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	157	4.20	0.71	4.09	4.32			
(3) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	136	4.13	0.70	4.02	4.25			

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองในด้านการเชื่อเรื่อง การควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) ในปัจจัยส่วนบุคคล ค่าดัชนีมวลกาย และ สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ One-way ANOVA ผลการศึกษาพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างกันของคะแนนความเชื่อเรื่อง การควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

### ตอนที่ 3 แสดงความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของแบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (EAT-26) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ( $N = 395$ )

ความผิดปกติในการกิน	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีความเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกิน ( $\geq 12$ คะแนน)	94	23.8
กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกิน ( $< 12$ คะแนน)	301	76.2
$M = 8.27, SD = 6.48, \text{Min} = 0, \text{Max} = 39$		

จากตารางที่ 15 แสดงถึงคะแนนที่ได้จากแบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (EAT-26) ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจุดตัดคะแนน (cut-off) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะมีความผิดปกติในการกิน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงที่มีความผิดปกติในการกิน จำนวน 301 คน (ร้อยละ 76.2) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่มีความผิดปกติในการกิน จำนวน 94 คน (ร้อยละ 23.8)

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผิดปกติในการกิน				$\chi^2$	p-value
	เสี่ยง ( $\geq 12$ คะแนน)		ไม่เสี่ยง ( $< 12$ คะแนน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อายุ</b>						
17 ปี	35	23.6	113	76.4	0.003	0.957
$\geq 18$ ปี	59	23.9	188	76.1		
<b>เกรดเฉลี่ยสะสม</b>						
$< 3.20$	46	24.6	141	75.4	0.126	0.723
$\geq 3.20$	48	23.1	160	76.9		
<b>แผนการเรียน</b>						
วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์	51	23.3	168	76.7	0.07	0.791
ศิลป์-คำนวณ, ศิลป์-ภาษา และอื่นๆ	43	24.4	133	75.6		
<b>สภาพครอบครัว</b>						
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	70	24.4	217	75.6	0.203	0.652
อื่น ๆ	24	22.2	84	77.8		
<b>ลักษณะการพักอาศัย</b>						
อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	70	25.2	217	74.8	0.203	0.652
อื่น ๆ	24	20.5	84	79.5		
<b>ลำดับการเกิด</b>						
เป็นบุตรคนเดียว (ไม่มีพี่น้อง)	30	23.8	96	76.2	0.377	0.945
เป็นบุตรคนโต	18	21.4	66	78.6		
เป็นบุตรคนกลาง	9	25.0	27	75.0		
เป็นบุตรคนเล็ก	37	24.8	112	75.2		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผิดปกติในการกิน				$\chi^2$	p-value
	เสี่ยง		ไม่เสี่ยง			
	( $\geq 12$ คะแนน)	( $< 12$ คะแนน)	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อาชีพของบิดา</b>						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	26.7	33	73.3	3.876	0.144
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	58	26.9	158	73.1		
อื่น ๆ	24	17.9	110	82.1		
<b>อาชีพของมารดา</b>						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	26.5	25	73.5	4.892	0.087
บริษัทเอกชน/ธุรกิจส่วนตัว	57	27.8	148	72.2		
อื่น ๆ	28	17.9	128	82.1		
<b>ระดับการศึกษาของบิดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	46	19.7	188	80.3	5.424	0.020*
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	48	29.8	113	70.2		
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>						
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	42	17.9	192	82.1	10.83	0.001**
อนุปริญญา/ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไป	52	32.3	109	67.7		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา</b>						
$< 15,000$ บาท	22	15.4	121	84.6	8.748	0.003**
$\geq 15,000$ บาท	72	28.6	180	71.4		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา</b>						
$< 15,000$ บาท	34	18.2	153	81.8	6.176	0.013*
$\geq 15,000$ บาท	60	28.8	148	71.2		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test



ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผิดปกติในการกิน				$\chi^2$	p-value
	เสี่ยง ( $\geq 12$ คะแนน)		ไม่เสี่ยง ( $< 12$ คะแนน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>						
ไม่มี	65	22.6	223	77.4	0.884	0.347
มี	29	27.1	78	72.9		
<b>โรคภูมิแพ้</b>						
ไม่มี	78	24.6	239	75.4	0.578	0.447
มี	16	20.5	62	79.5		
<b>โรคประจำตัวทางกายของบิดา</b>						
ไม่มี	64	23.3	211	76.7	0.137	0.711
มี	30	25.0	90	75.0		
<b>โรคประจำตัวทางกายของมารดา</b>						
ไม่มี	59	21.2	220	78.9	3.680	0.055
มี	35	30.2	81	69.8		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>						
ไม่มี	90	23.1	299	76.9	6.174	0.031 <sup>a*</sup>
มี	4	66.7	2	33.3		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของบิดา</b>						
ไม่มี	93	23.7	300	76.3	-	0.420 <sup>a</sup>
มี	1	50.0	1	50.0		
<b>ประวัติโรคทางจิตเวชของมารดา</b>						
ไม่มี	93	23.7	299	76.3	-	0.599 <sup>a</sup>
มี	1	33.3	2	66.7		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ( $N = 395$ )

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความผิดปกติในการกิน				$\chi^2$	p-value
	เสี่ยง		ไม่เสี่ยง			
	( $\geq 12$ คะแนน)		( $< 12$ คะแนน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)</b>						
น้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน	30	26.1	85	73.9	1.736	0.629
น้ำหนักตัวมาตรฐาน	47	21.4	173	78.6		
น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	12	28.6	30	71.4		
น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน	5	27.8	13	72.2		

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดา ( $\chi^2 = 5.424$ ,  $p = 0.02$ ) ระดับการศึกษาของมารดา ( $\chi^2 = 10.83$ ,  $p = 0.001$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา ( $\chi^2 = 8.748$ ,  $p = 0.003$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา ( $\chi^2 = 6.176$ ,  $p = 0.013$ ) และประวัติโรคทางจิตเวช ( $\chi^2 = 6.174$ ,  $p = 0.031$ )

ตารางที่ 17 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านย่อยแต่ละด้าน กับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ( $N = 395$ )

ตัวแปร	ความผิดปกติในการกิน				95% CI Difference		t	p-value
	เสี่ยง (≥ 12 คะแนน)		ไม่เสี่ยง (< 12 คะแนน)		Lower	Upper		
	M	SD	M	SD				
การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ	3.85	0.50	3.57	0.49	0.15	0.39	4.66	<0.001**
การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	3.71	0.82	3.35	0.69	0.17	0.54	3.83	<0.001**
ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	3.58	0.60	3.21	0.59	0.23	0.51	5.36	<0.001**
ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	4.25	0.78	4.16	0.75	-0.98	0.26	0.98	0.326

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 17 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงหรือไม่มีความเสี่ยงของความผิดปกติในการกินมีคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.66$ ,  $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงที่มีความผิดปกติในการกินมีคะแนนการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี ความผิดปกติในการกิน

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงหรือไม่มีความเสี่ยงของความผิดปกติในการกินมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.83$ ,  $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงที่มีความผิดปกติในการกิน ( $M = 3.71$ ,  $SD = 0.82$ ) มีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี ความผิดปกติในการกิน ( $M = 3.35$ ,  $SD = 0.69$ ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงหรือไม่มี ความเสี่ยงของความผิดปกติในการกินมีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.36$ ,  $p < 0.001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงที่มีความผิดปกติในการกิน ( $M = 3.58$ ,  $SD = 0.60$ ) มีคะแนนความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี ความผิดปกติในการกิน ( $M = 3.21$ ,  $SD = 0.59$ )

ตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 18 แสดงสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson's correlation

ตัวแปร	<i>r</i>						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ	-						
(2) การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	0.847**	-					
(3) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	0.673**	0.543**	-				
(4) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง	0.647**	0.294**	0.022	-			
(5) ความผิดปกติในการกิน	0.340**	0.309**	0.329**	0.118*	-		
(6) สุขภาพจิต	-0.153**	-0.182**	-0.213**	0.042	-0.064	-	
(7) ค่าดัชนีมวลกาย	0.131	0.053	0.261**	0.002	0.050	0.074	-

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 18 พบว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.847$ ) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.673$ ) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.647$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.340$ ) แต่การประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.153$ ,  $p < 0.01$ )

การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.543$ ) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.294$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.309$ ) แต่การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.182$ ,  $p < 0.01$ )

ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ ความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.329$ ) และค่าดัชนีมวลกาย ( $r = 0.261$ ) แต่ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.213$ )

ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.118, p < 0.05$ ) และการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.294, p < 0.01$ )



**ตารางที่ 19** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติในการกินกับการประเมินตนเองในด้านการย่อยทั้ง 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Pearson chi-square ( $N = 395$ )

การประเมินตนเอง	ความผิดปกติในการกิน				$\chi^2$	p-value
	เสี่ยง ( $\geq 12$ คะแนน)		ไม่เสี่ยง ( $< 12$ คะแนน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกาย</b>						
<b>ของตนเอง</b>						
สูง	27	46.6	31	53.4	19.41	$< 0.001^{**}$
ปานกลางถึงต่ำ	67	19.9	270	80.1		
<i>(Mean <math>\pm</math> SD = 3.44 <math>\pm</math> 0.74)</i>						
<b>ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทาง</b>						
<b>ร่างกายของตนเอง</b>						
สูง	22	36.7	38	3.66	6.461	0.011*
ปานกลางถึงต่ำ	72	21.5	263	78.5		
<i>(Mean <math>\pm</math> SD = 3.30 <math>\pm</math> 0.61)</i>						
<b>ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์</b>						
<b>ทางร่างกายของตนเอง</b>						
สูง	20	30.3	46	69.7	1.849	0.174
ปานกลางถึงต่ำ	74	22.5	255	77.5		
<i>(Mean <math>\pm</math> SD = 4.18 <math>\pm</math> 0.76)</i>						

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 19 พบว่าความผิดปกติในการกินมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 19.41$ ,  $p < 0.001$ ) และมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 6.461$ ,  $p = 0.011$ )

ตอนที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์การประเมินตนเองเสมือนวัตถุ และสุขภาพจิตในการทำนายความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 20 แสดงปัจจัยทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติ Logistic Regression ด้วยวิธี Forward Likelihood Ratio

ปัจจัยทำนายความผิดปกติในการกิน	B	S.E. (B)	<i>p</i> -value	Adjusted OR (95% CI)
<b>ประวัติโรคทางจิตเวช</b>				
มีประวัติโรคทางจิตเวช	1.94	0.94	0.039*	7.01 (1.11-44.35)
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา</b>				
≥ 15,000 บาท	0.58	0.28	0.038*	1.80 (1.03-3.14)
<b>ระดับการศึกษาของมารดา</b>				
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.64	0.25	0.010*	1.91 (1.16-3.14)
<b>การเข้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง</b>				
ระดับสูง	1.14	0.30	<0.001**	3.13 (1.72-5.73)

\**p* < 0.05, \*\**p* < 0.01

จากตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติทดสอบ Logistic Regression ด้วยวิธี Forward Likelihood Ratio โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินมาทำการวิเคราะห์ ได้แก่ การมีประวัติโรคทางจิตเวช รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท ระดับการศึกษาของบิดาที่สูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี ระดับการศึกษาของมารดาที่สูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี ค่าดัชนีมวลกายที่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน การเข้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับสูง ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับสูง ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับสูง และระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติโรคทางจิตเวช มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 7.01 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ( $OR_{adj} = 7.01$ , 95% CI 1.11–44.35)

กลุ่มตัวอย่างที่บิดามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 1.80 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่บิดามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ( $OR_{adj} = 1.80$ , 95% CI 1.03–3.14)

กลุ่มตัวอย่างที่มารดามีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 1.91 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มารดามีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ( $OR_{adj} = 1.91$ , 95% CI 1.16–3.14)

กลุ่มตัวอย่างที่การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 3.13 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับปานกลางถึงต่ำ ( $OR_{adj} = 3.13$ , 95% CI 1.72–5.73)





## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multiple-stage random sampling) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมมารดาฉบับภาษาไทย และแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย จำนวนทั้งหมด 430 คน ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์จำนวน 395 คน

#### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร มีอายุเฉลี่ย 17.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.7) มีเกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.20 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.41) ส่วนใหญ่มีแผนการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ (ร้อยละ 55.4) มีสภาพครอบครัวโดยมีบิดาและมารดาอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 72.7) พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 70.4) ลำดับการเกิดส่วนใหญ่เป็นบุตรคนสุดท้อง (ร้อยละ 37.7) รองลงมาคือบุตรคนเดียวหรือไม่มีพี่น้อง (ร้อยละ 31.9) อาชีพของบิดาส่วนใหญ่คือธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย (ร้อยละ 32.4) และอาชีพของมารดาส่วนใหญ่คือธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย (ร้อยละ 34.2) บิดามีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 24.6) มารดามีระดับการศึกษาปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 28.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา มีค่า Median (IQR) เท่ากับ 15,000 (10,000–29,000) บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา มีค่า Median (IQR) เท่ากับ 15,000 (9,000–20,000) บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 72.9) บิดาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 69.6) และมารดาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 70.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาโรคจิตเวช (ร้อยละ 98.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนสูงปัจจุบันเฉลี่ย 160.41 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.83) น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 54.82 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.80) น้ำหนักใน

อุดมคติที่ต้องการเฉลี่ย 48.74 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.08) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.26 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.19) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตัวมาตรฐาน (ร้อยละ 55.7) และมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน (ร้อยละ 4.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 39.7) รองลงมาคือมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 34.5) และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 25.8) ตามลำดับ

2. การประเมินตนเสมือนวัตถุโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51) ในด้านย่อยของการประเมินตนเสมือนวัตถุพบว่า ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีค่าเฉลี่ย 3.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.74) และด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีค่าเฉลี่ย 3.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61) และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มีค่าเฉลี่ย 4.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76) เมื่อแบ่งการประเมินตนเสมือนวัตถุในแต่ละด้านออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่า ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 14.7) และระดับปานกลางถึงต่ำ (ร้อยละ 85.3) ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 15.2) และระดับปานกลางถึงต่ำ (ร้อยละ 84.8) และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 16.7) ระดับปานกลางถึงต่ำ (ร้อยละ 83.3)
3. กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกิน ( $EAT \geq 12$ ) มีร้อยละ 23.8 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกิน ( $EAT < 12$ ) มีร้อยละ 76.2 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบ Pearson chi-square พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดา ( $\chi^2 = 5.424, p = 0.02$ ) ระดับการศึกษาของมารดา ( $\chi^2 = 10.83, p = 0.001$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา ( $\chi^2 = 8.748, p = 0.003$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา ( $\chi^2 = 6.176, p = 0.013$ ) และประวัติโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ( $\chi^2 = 6.174, p = 0.031$ ) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการประเมินตนเสมือนวัตถุในด้านย่อยแต่ละด้านกับความผิดปกติในการกิน โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเสมือนวัตถุ

โดยรวมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน ( $t = 4.66$ ,  $p < 0.001$ ) และเมื่อพิจารณาด้านย่อยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ พบว่าด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มเสี่ยงและไม่เสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน กล่าวคือในกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินนั้นมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

4. เมื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่สนใจศึกษาพบว่า การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ (self-objectification) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.847$ ) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.673$ ) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.646$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.340$ ) แต่การประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.153$ ,  $p < 0.01$ ) ในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.543$ ) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.294$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.309$ ) แต่การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.182$ ,  $p < 0.01$ ) ในด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ ความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.329$ ) และค่าดัชนีมวลกาย ( $r = 0.261$ ) แต่ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.213$ ,  $p < 0.01$ ) และในด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.118$ ,  $p < 0.05$ )

5. เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติทดสอบ Logistic Regression ด้วยวิธี Forward LR เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ แล้ว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติโรคทางจิตเวช มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 7.01 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ( $OR_{adj} = 7.01, 95\% CI 1.11-44.35$ ) กลุ่มตัวอย่างที่บิดามีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 1.80 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่บิดามีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 15,000 บาท ( $OR_{adj} = 1.80, 95\% CI 1.03-3.14$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มารดามีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 1.91 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มารดามีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ( $OR_{adj} = 1.91, 95\% CI 1.16-3.14$ ) กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีความผิดปกติในการกินเป็น 3.13 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับปานกลางถึงต่ำ ( $OR_{adj} = 3.13, 95\% CI 1.72-5.73$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไปและสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53) มีส่วนสูงปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 160.41 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.83) น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 54.82 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.80) และน้ำหนักในอุดมคติที่ต้องการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.74 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.08) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงมีแนวโน้มที่ต้องการให้น้ำหนักของตนเองน้อยกว่าน้ำหนักปัจจุบันที่เป็นอยู่ ซึ่งจากการศึกษาของ Huenemann และคณะ อ้างถึงใน สิริินมาศ ศรีดาชาติ<sup>(1)</sup> ที่พบว่านักเรียนหญิงส่วนใหญ่ต้องการที่จะลดน้ำหนักของตนเองและมีความไม่พึงพอใจในรูปร่างและน้ำหนักของตนเอง อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นหญิง ซึ่งมักพยายามทำตนเองให้มีรูปร่างตรงตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคม พยายามทำให้ตนเองมีรูปร่างผอมบางเป็นที่น่าดึงดูดใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการให้น้ำหนักของตนเองน้อยกว่าน้ำหนักปัจจุบันที่เป็นอยู่ได้<sup>(4)</sup>

ระดับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงในการศึกษานี้พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับ 45.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.09) ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 39.7) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของศรัณญา เพ็ชรคุ้ม<sup>(42)</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 55.0) เช่นเดียวกับการศึกษาของณัฐดนัย เอี่ยมวัฒน์เสรี<sup>(43)</sup> ที่พบว่านิสิตนักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 41.2) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อเทียบกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงในการศึกษานี้กับกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาอื่นที่อายุใกล้เคียงกันพบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มของระดับสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป

### การประเมินตนเองเหมือนวัตถุของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร มีอายุเฉลี่ย 17.65 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุในประเทศไทยนั้นยังพบไม่มากนัก และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 มาก่อน การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุโดยรวมเท่ากับ 3.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51) และในด้านย่อยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุพบว่า ด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.74) ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61) และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของพลอยชมพู อัครธัญ<sup>(5)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาหญิงไทยอายุ 18-23 ปี โดยพบว่าการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.67) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.77) และความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75) ซึ่งการประเมินตนเองเหมือนวัตถุนั้นหมายถึงการที่ผู้หญิงประเมินคุณค่าของตนเองจากรูปลักษณ์ภายนอกและมองข้ามความรู้สึกหรือคุณค่าจากภายในของตนเองโดยรับค่านิยมมาจากมาตรฐานของ

สังคม<sup>(4, 6)</sup> ซึ่งมักพบมากในกลุ่มวัยรุ่น โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง และจากการศึกษาของ Harrison และ Fredrickson<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย (middle and high school) ระดับชั้นเรียน (grade) 6<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอายุตั้งแต่ 10-19 ปี ซึ่งพบว่าการประเมินตนเองเหมือนตนเองจะเพิ่มขึ้นเมื่อระดับชั้นเรียนสูงขึ้น โดยเฉพาะนักเรียนหญิงระดับชั้นเรียน (grade) 10<sup>th</sup>-12<sup>th</sup> มีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูงกว่าชั้นเรียนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(9)</sup>

### ความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (The Eating Attitudes Test; EAT-26) บุคคลที่ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายความว่า เป็นบุคคลที่มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติอันนำมาซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน โดยผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติอันนำมาซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน (EAT  $\geq$  12) คิดเป็นร้อยละ 23.8 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในประเทศไทยยังมีไม่มาก การศึกษาของศิริดา จิตวรรณ และปราโมทย์ สุขนิษฐ์<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี อายุ 15 - 18 ปี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติอันนำมาซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน (EAT  $\geq$  12) พบร้อยละ 14.2 การศึกษาของอาภาภรณ์ พึ่งยอด และปราโมทย์ สุขนิษฐ์<sup>(15)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงที่มีอายุ 12-14 ปี มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ (EAT  $\geq$  20) ร้อยละ 9.7 และในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงที่มีอายุ 15-18 ปี มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติอันนำมาซึ่งความเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกิน ร้อยละ 11.6<sup>(15)</sup> และการศึกษาของ Pattanathaburt, Somrongthong และ Thianthai<sup>(38)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 อายุเฉลี่ย 18.23 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58) พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน (eating disorder symptoms) มีร้อยละ 6.34 ซึ่งจากผล

การศึกษานี้เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นในกลุ่มตัวอย่างมีอายุใกล้เคียงกันแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงมีแนวโน้มที่จะพบความผิดปกติในการกินสูงขึ้น

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดา ระดับการศึกษาของมารดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา และประวัติโรคทางจิตเวช ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Naeimi และคณะ<sup>(44)</sup> ที่พบว่าระดับการศึกษาของบิดาและมารดา มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Goodman, Heshmati, และ Koupil<sup>(45)</sup> ที่พบว่าระดับการศึกษาของบิดาและมารดา มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกิน ทั้งกลุ่มอาการ Anorexia nervosa, Bulimia nervosa และ ED not-otherwise-specified อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Pengpid และ Peltzer<sup>(36)</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่ครอบครัวมีเศรษฐกิจสถานะดีและมีรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินสูง ทั้งนี้การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านอายุและค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผิดปกติในการกิน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pengpid และ Peltzer<sup>(36)</sup> ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและค่าดัชนีมวลกายกับความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาการรุนแรง และปราโมทย์ สุคนิษฐ์<sup>(15)</sup> ก็พบผลการศึกษาเช่นเดียวกันว่าในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร ปัจจัยด้านอายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงไม่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าความผิดปกติในการกินสามารถพบได้ในทุกกลุ่มน้ำหนักและทุกรูปร่าง<sup>(46)</sup>

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุกับความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินมีคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน ( $p < 0.01$ ) และเมื่อพิจารณาในด้านย่อยของการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินมีคะแนนการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dakanalis และคณะ<sup>(47)</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านย่อยทั้ง 3 ด้าน อันได้แก่ การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง และความ

เชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(47)</sup>

### ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้พบว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ได้แก่ การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.847$ ) ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.673$ ) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.647$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.340$ ) กล่าวคือ หากบุคคลมีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูงขึ้น บุคคลนั้นจะมีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น มีความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น มีความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น และมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harrison และ Fredrickson<sup>(9)</sup> ที่ศึกษาในนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา อายุ 10–19 ปี โดยพบว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและการกินที่ผิดปกติ (disordered eating) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(9)</sup> ทั้งนี้การศึกษานี้พบว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) กล่าวคือหากบุคคลมีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูง บุคคลนั้นจะมีสุขภาพจิตที่แย่ง ซึ่งในการศึกษาของ Harrison และ Fredrickson พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงที่มีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้งในด้านอารมณ์เศร้าและพฤติกรรมซึมเศร้า (depressive affect and behavior) ที่สูงขึ้นตามไปด้วย<sup>(9)</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาของ Harrell และคณะ<sup>(48)</sup> ที่พบว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) และพฤติกรรมการควบคุมอาหาร (dieting behavior) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(48)</sup> นอกจากนี้การศึกษาของ Cohen, Newton-John และ Slater<sup>(49)</sup> พบว่ายิ่งบุคคลมีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูงขึ้น ยิ่งมีความปรารถนอยากผอมมากขึ้น (drive for thinness) และสัมพันธ์กับอาการ Bulimia ที่สูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประเมินตนเองเหมือนวัตถุที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตที่แย่งและความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินได้ หากบุคคลมีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูง บุคคลจะมีความตั้งใจในการดูแลรูปร่างของตนเองสูงขึ้น มีการวางแผนและตั้งเป้าหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งรูปลักษณ์ภายนอกของ



ตนเองที่มีความสวยงามและเป็นไปตามมาตรฐานค่านิยมที่สังคมต้องการ<sup>(50)</sup> ซึ่งอาจนำมาซึ่งการเกิดความผิดปกติในการกินได้<sup>(4)</sup>

ในด้านย่อยของการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ พบว่าด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body surveillance) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.543$ ) ความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.294$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.309$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) กล่าวคือหากบุคคลมีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองที่สูงขึ้น บุคคลนั้นจะมีความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น มีความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น และมีความผิดปกติในการกินสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akanni และ Koleoso<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงในประเทศไนจีเรีย โดยพบว่าการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของพลอยชมพู อัครธัญย์ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงที่มีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงจะมีความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น<sup>(5)</sup> และการศึกษาของ Liss และ Erchull<sup>(51)</sup> ที่พบว่าการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและทัศนคติการกินในทางลบ (negative eating attitudes)<sup>(51)</sup> ทั้งนี้การศึกษานี้พบว่า การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) กล่าวคือหากบุคคลมีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น บุคคลนั้นจะมีสุขภาพจิตที่แย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muehlenkamp และ Saris-Baglama<sup>(18)</sup> ที่พบว่า การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และการศึกษา Cristina และคณะ<sup>(52)</sup> ที่พบว่า การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (trait anxiety) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )<sup>(52)</sup>

ด้านความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body shame) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.543$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.329$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) กล่าวคือหากบุคคลมีความรู้สึกล้ออายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น บุคคลนั้นจะมีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของ

ตนเองสูงขึ้น และมีความเสี่ยงจะเกิดความผิดปกติในการกินสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muehlenkamp และ Saris-Baglama<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกา อายุเฉลี่ย 19.5 ปี โดยพบว่าความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Calogero และ Pina<sup>(33)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงในประเทศอังกฤษ โดยพบว่ายิ่งบุคคลมีความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น ยิ่งมีความรู้สึกผิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (body guilt) สูงขึ้น และมีพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติสูงขึ้นได้<sup>(33)</sup> นอกจากนี้ในการศึกษานี้พบว่าความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.261, p < 0.01$ ) กล่าวคือยิ่งบุคคลมีค่าดัชนีมวลกายสูงขึ้น ยิ่งมีความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลอยชมพู อัครธัญญ์<sup>(5)</sup> ที่ศึกษาในนักศึกษาไทย โดยพบว่าความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าดัชนีมวลกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cheng, Miyake และ Kim<sup>(53)</sup> ที่ศึกษาในนักศึกษอเมริกันเชื้อสายเอเชีย โดยพบว่าค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและความผิดปกติในการกิน<sup>(53)</sup> ทั้งนี้การศึกษานี้พบว่าความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.213, p < 0.01$ ) กล่าวคือหากบุคคลมีความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูง บุคคลนั้นจะมีสุขภาพจิตที่แย่งได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tiggesmann และ Slater<sup>(19)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงตอนต้น ประเทศออสเตรเลีย โดยพบว่าความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอาการซึมเศร้า และการศึกษา Cristina และคณะ<sup>(52)</sup> ที่พบว่าความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (trait anxiety)<sup>(52)</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากบุคคลมีความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น บุคคลจะมีสุขภาพจิตแย่ง มีอาการซึมเศร้าสูงขึ้น หรือมีความวิตกกังวลสูงขึ้น โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเอง<sup>(6, 17)</sup> ซึ่งทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติสูงขึ้นอันนำมาซึ่งการเกิดความผิดปกติในการกินได้ โดยมักพบมากในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่รับมาตรฐานและค่านิยมของสังคมที่นิยมรูปร่างที่ผอมบาง (thin-ideal body)<sup>(6, 17)</sup>

ด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง (control belief) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ( $r = 0.294, p < 0.01$ ) และความผิดปกติในการกิน ( $r = 0.118, p < 0.05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือหากบุคคลมีความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูง บุคคลจะมีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูง และมีความผิดปกติในการสูงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Akanni และ Koleoso<sup>(10)</sup> ที่พบว่าความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dakanalis และคณะ<sup>(47)</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงในประเทศอิตาลี อายุ 13 – 18 ปี โดยพบว่าความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและความผิดปกติในการกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(47)</sup> ซึ่งความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองคือการที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการรูปลักษณ์ทางร่างกายของตนเองให้เป็นไปตามมาตรฐานและค่านิยมที่สังคมต้องการได้<sup>(5)</sup> ซึ่งพบว่าหากบุคคลมีความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูง ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองได้<sup>(10)</sup> เกิดความวิตกกังวลใจและความเครียดอันเนื่องมาจากการที่ต้องพยายามจัดการกับรูปลักษณ์ของตนเองให้เป็นไปตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคมอยู่ตลอดเวลา นำมาซึ่งพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารที่เข้มงวดมากเกินไปหรือการออกกำลังกายอย่างหักโหมเพื่อลดน้ำหนัก ซึ่งอาจนำมาซึ่งความผิดปกติในการกินได้<sup>(6, 17)</sup>

### ปัจจัยทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกิน

การศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีประวัติโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ( $OR_{adj} = 7.01, 95\% \text{ CI } 1.11-44.35$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท ( $OR_{adj} = 1.80, 95\% \text{ CI } 1.03-3.14$ ) ระดับการศึกษาของมารดาที่สูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี ( $OR_{adj} = 1.91, 95\% \text{ CI } 1.16-3.14$ ) และการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับสูง ( $OR_{adj} = 3.13, 95\% \text{ CI } 1.72-5.73$ )

การมีประวัติโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างสามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินได้เป็น 7.01 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาของ Pengpid และ Peltzer<sup>(36)</sup> พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $OR_{adj} = 1.86$ )<sup>(36)</sup> และจากการศึกษาของจิตวี แก้วพรสวรรค์ และคณะ<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคความผิดปกติในการกินและกลุ่มตัวอย่างประชากรทั่วไป โดยพบว่ามีความแตกต่างกันในด้านโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคความผิดปกติในการกินมีอาการของ Anorexia nervosa มากที่สุด (ร้อยละ 51.4) รองลงมาคือ Bulimia nervosa (ร้อยละ 45.7) และ Eating disorders NOS (ร้อยละ 2.9) ตามลำดับ<sup>(12)</sup> ทั้งนี้การศึกษานี้พบว่ามีช่วงความเชื่อมั่นที่กว้างคือ 95% CI 1.11–44.35 ซึ่งอาจเป็นเพราะขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย นอกจากนี้พบว่าโรคความผิดปกติในการกิน (eating disorders) มีภาวะทางจิตเวชที่พบร่วมได้บ่อย เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติดหรือการติดสุรา บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) โดยเฉพาะบุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (borderline personality disorders) โรคย้ำคิดย้ำทำ และภาวะหลงผิด เป็นต้น<sup>(12, 46)</sup>

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติได้เป็น 1.80 เท่าของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดาที่น้อยกว่า 15,000 บาท ซึ่งจากการศึกษาของ Goodman, Heshmati, และ Koupil<sup>(45)</sup> ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเศรษฐฐานะสูงมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติในการกินที่สูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pengpid และ Peltzer<sup>(36)</sup> ที่พบว่านักเรียนที่ครอบครัวมีสถานภาพทางการเงินสูงหรือฐานะร่ำรวยจะมีโอกาสเกิดความผิดปกติในทางกินสูงกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพทางการเงินต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงที่บิดามีรายได้สูง มีสถานะทางการเงินของครอบครัวที่ดีอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินได้มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบเพียงเฉพาะรายได้ของบิดาเท่านั้นที่สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกิน ส่วนรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดานั้นไม่สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษาของมารดาที่สูงกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรีขึ้นไป สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินได้เป็น 1.91 เท่าของมารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goodman, Heshmati และ Koupil<sup>(45)</sup> ที่พบว่าระดับการศึกษาของบิดาและมารดาที่สูง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ Naeimi และคณะ<sup>(44)</sup> ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาสามารถทำนายความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย (university-educated) จะมีโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติในการกินสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้ศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย (non-university-educated) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.63, 95% CI 1.38–5.01)

การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับสูงมีโอกาสที่จะเกิดความผิดปกติในการกินได้เป็น 3.13 เท่าของการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในระดับปานกลางถึงต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Manaboriboon และคณะ<sup>(26)</sup> ที่พบว่าความปรารถนาที่อยากผอม (desire to be thinner) และการรับรู้ตนเองว่าอ้วนมากเกินไป (self-perception of being too fat) สามารถทำนายโอกาสเกิดความผิดปกติในการกินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Calogero และ Pina<sup>(33)</sup> ที่พบว่าบุคคลที่มีการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองสูงขึ้น จะมีความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและความรู้สึกผิดเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเองสูงขึ้น และส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการกินได้<sup>(30, 33)</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประเมินตนเองเสมือนวัตถุในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง<sup>(30, 33)</sup> อันหมายถึงการที่บุคคลประเมินรูปลักษณ์ทางร่างกายของตนเองจากมุมมองของบุคคลอื่น<sup>(5)</sup> ทำให้บุคคลพยายามอย่างมากเพื่อที่จะได้มาซึ่งรูปลักษณ์ภายนอกอันเป็นไปตามค่านิยมหรือมาตรฐานของสังคมที่นิยมรูปร่างผอมบาง (thin-ideal body) นำมาซึ่งทัศนคติและพฤติกรรมที่ผิดปกติอันทำให้เกิดความผิดปกติในการกินได้<sup>(6, 17)</sup>

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สามารถอธิบายถึงประชากรในกลุ่มประชากรจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทยได้ และไม่สามารถอธิบายกลุ่มประชากรนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเอกชนหรือสังกัดมหาวิทยาลัยได้
2. แบบสอบถามการประเมินตนเองเสมือนวัตถุที่พัฒนาโดย พลอยชมพู อัครินทร์<sup>(5)</sup> และพรรณทิพา ปัทมอารักษ์<sup>(4)</sup> นั้นได้พัฒนามาจากแนวคิดทางวัฒนธรรมสังคมนิยมตะวันตก โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการประเมินตนเองเสมือนวัตถุโดยรวมเท่ากับ 0.75 และความเชื่อมั่นในด้านย่อยของการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ ได้แก่ ด้านการเฝ้าสำรวจ

ภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ของตนเอง และด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง พบว่ามีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.71, 0.46, 0.69 ตามลำดับ ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าด้านความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองและด้านความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองนั้นอาจจะไม่สอดคล้องกับบริบทในวัฒนธรรมและสังคมของประเทศไทยจึงทำให้ค่าความเชื่อมั่นไม่มากเท่าที่ควรได้

3. จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane ผู้วิจัยได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 392 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ทั้งหมด 430 คน แต่อย่างไรก็ตาม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยและส่งแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์เป็นจำนวนทั้งหมด 395 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 91.86 จึงทำให้การศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นไปตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ข้อมูลและผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษานี้อาจใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติในการกินอันเกิดจากการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ อันได้แก่ การเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ความรู้สึกอับอายในภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง และความเชื่อเรื่องการควบคุมภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาพบว่ายิ่งบุคคลมีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุมากเท่าใด ยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกินมากขึ้นเท่านั้น และอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเฝ้าสำรวจภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองที่สามารถทำนายการเกิดความผิดปกติในการกินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง ครูอาจารย์ และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ควรให้ความสนใจและเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาการเกิดความผิดปกติในการกินและปัญหาสุขภาพจิตอันเกี่ยวเนื่องจากการประเมินตนเองเหมือนวัตถุได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยมากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบการประเมินตนเองเสมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินในกลุ่มตัวอย่างหลากหลายเขตพื้นที่ เช่น เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดหรือภูมิภาคที่แตกต่างกันมีการประเมินตนเองเสมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างไ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงถึงภูมิภาคที่หลากหลายของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองเสมือนวัตถุอันสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติในการกิน และความผิดปกติทางสุขภาพจิตอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย






ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย  
และเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า ...

**ชื่อโครงการวิจัย** การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

### **ผู้วิจัย**

ชื่อ นายกันต์ชานนท์ ขาวดา  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 083-090-9977


### **อาจารย์ที่ปรึกษา**

ชื่อ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภพิติพร  
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4298  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-297-7083

**แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

### **เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2562 และท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของการศึกษาวิจัยนี้ คือ  
1) เป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปีการศึกษา 2562 ในโรงเรียนที่ได้จากการสุ่ม  
กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 โรงเรียนบางกะปิ โรงเรียนเทพลีลา โรงเรียน  
พระโขนงพิทยาลัย โรงเรียนกุนนทีรุทธารามวิทยาคม และโรงเรียนจันทร์หุ่นบำเพ็ญ และ 2) มีความยินยอม  
เข้าร่วมการวิจัยและสะดวกใจในการตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง


	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p>AF 09- 04/5.0 หน้า ...</p>
---	--	---	---------------------------------------

ทั้งหมด 430 คน ซึ่งก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ โดยงานวิจัย ครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากผู้ปกครอง เพื่อน ครูที่ปรึกษาประจำชั้น หรือครูวิชาแนะแนวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะ เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### เหตุผลความเป็นมา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม วัยรุ่นมักให้ความสนใจกับรูปร่างหน้าตาของตัวเองมากขึ้น ส่องกระจกเพื่อดูรูปลักษณ์ของตนเองบ่อยขึ้น มีความกังวลใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของตนเอง กลัวว่าตนเองจะแตกต่างจากคนอื่นและกลัวการถูกวิพากษ์วิจารณ์จากสายตาการมองของคนอื่น วัยรุ่นมีการพัฒนาอัตลักษณ์แห่งตน ยึดมั่นในปรัชญาชีวิต อุดมคติ และให้ความสนใจกับค่านิยมของสังคมเป็นอย่างมาก ในด้านรูปลักษณ์ทางกาย วัยรุ่นจะรับความคิด ความเชื่อ ค่านิยมตามสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งพบว่าวัยรุ่นมักอ้างอิงตัวเองจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ นิตยสาร โฆษณา เป็นต้น ส่งผลให้วัยรุ่นพยายามที่จะทำตนเองให้มีรูปลักษณ์ตรงตามมาตรฐานและค่านิยมของสังคม เช่น วัยรุ่นเพศหญิงต้องมีรูปร่างที่ผอมบาง เป็นที่น่าดึงดูดใจ ซึ่งหากไม่สามารถทำตามมาตรฐานอุดมคติของสังคมได้ ส่งผลให้มีการมองคุณค่าของตนเองที่ต่ำได้ ผู้หญิงที่มีการประเมินตนเองเหมือนวัตถุสูง จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางลบที่ตามมา เช่น ความวิตกกังวล การรับรู้ภาพลักษณ์ทางร่างกายของตนเองในด้านลบ ความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง และอาจส่งผลให้บุคคลพยายามแสดงพฤติกรรมการควบคุมรูปลักษณ์ทางร่างกายของตนเองอย่างมาก เช่น การควบคุมการกินอาหารของตนเองอย่างเข้มงวด นำมาซึ่งความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติในการกินได้ ซึ่งนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เป็นนักเรียนที่อยู่ชั้นสูงสุดของช่วงชั้นมัธยมศึกษา และเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเตรียมเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาพบว่า การประเมินตนเองเหมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินจะพบมากในวัยรุ่นเพศหญิงและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09- 04/5.0
			หน้า ...

จากที่มาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งประโยชน์จากการศึกษาวิจัยนี้อาจใช้เป็นแนวทางในการหาวิธีและแนวทางในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอันจะเกิดจากการประเมินตนเองเหมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินได้

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ คือ


1. เพื่อศึกษาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และสุขภาพจิตในการทำนายความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากผู้วิจัยได้รับเอกสารแสดงความยินยอมของผู้ปกครองและท่านเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะมอบแบบสอบถามให้ท่าน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ท่านต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง โดยแบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 87 ข้อ ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมมารกินฉบับภาษาไทย	จำนวน 26 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น	จำนวน 15 ข้อ

การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาทั้งสิ้น 20–30 นาที ดำเนินการเพียง 1 ครั้ง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือออกจากเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และทำการวิเคราะห์ผลการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกเปิดเผยหรือถูกเชื่อมโยงถึงตัวท่านใด ๆ ทั้งสิ้น

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p>AF 09- 04/5.0 หน้า ...</p>
---	--	---	---------------------------------------

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใ้ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยคือ อาจทำให้เสียเวลาเล็กน้อย หรือเกิดความไม่สะดวก ความไม่สบายใจในการตอบคำถามบางคำถามที่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ ดังนั้น กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบความไม่สะดวกดังกล่าวข้างต้น


### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัย แต่ผลการศึกษาวิจัยที่ได้จะนำไปใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผน ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และดูแลสุขภาพจิตอันเนื่องจากการประเมินตนเองเสมือนวัตถุและความผิดปกติในการกินของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อยอดในอนาคตต่อไป

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p>AF 09- 04/5.0 หน้า ...</p>
---	--	---	---------------------------------------

### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากผู้วิจัยทันที และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

### ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย


### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านสามารถที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลเสียหรือผลกระทบต่อตัวท่านใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อผู้วิจัย นายกัณฑ์ชานนท์ ขาวดา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 02-256-4298, 083-090-9977 ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกประการ

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่เกิดผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านเท่านั้น

	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p>AF 09- 04/5.0 หน้า ...</p>
---	--	---	---------------------------------------

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับ เก็บขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

### การยกเลิกการให้ความยินยอม


หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายกันต์ชานนท์ ขาวดา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 02-256-4298, 083-090-9977

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น


	<p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>	<p>AF 09- 04/5.0 หน้า ...</p>
---	--	---	---------------------------------------

7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบั้งคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

  
**จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า ...

**การวิจัยเรื่อง** การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียด

จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า ...

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม  
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบ และมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า ...

**การวิจัยเรื่อง** การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร


วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล  
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) ที่อยู่..... ซึ่ง  
มีความสัมพันธ์เป็น ..... ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว  
.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสาร  
ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... แล้ว  
ข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-  
นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ  
วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม  
เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย  
ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะ  
เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อ  
สงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย  
สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและ  
การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับ  
ต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้  
เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจจะได้รับ  
อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ  
วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้า  
ได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า ...

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและ ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้


.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับ

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่ .....เดือน.....ปี.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า ...

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน  
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร

### คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

- แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย
 

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินตนเองเหมือนวัตถุ	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมกรรมการกินฉบับภาษาไทย	จำนวน 26 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น	จำนวน 15 ข้อ
- ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียดจนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องเขียนชื่อหรือนามสกุล ในแบบสอบถามชุดนี้
- ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด
- ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 – 30 นาที

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นายกัณฑ์ชานนท์ ขาวดา

นิสิตปริญญาโท วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ (โปรดระบุ) ..... ปี

2. ท่านนับถือศาสนา

1  พุทธ

2  คริสต์

3  อิสลาม

4  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

3. เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) .....

4. แผนการเรียน

1  วิทยาศาสตร์-คณิต

2  ศิลป์-คำนวณ

3  ศิลป์-ภาษา

4  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

5. สถานภาพครอบครัวของท่าน

1  บิดามารดาอยู่ด้วยกัน

2  บิดามารดาหย่าร้างหรือแยกกันอยู่

3  บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิต

4  ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต

5  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

6. ลักษณะการพักอาศัยของท่าน

- 1  อาศัยอยู่กับบิดามารดา
- 2  อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง
- 3  อาศัยอยู่กับญาติ
- 4  อาศัยอยู่ผู้ปกครอง (ที่ไม่ใช่ญาติ)
- 5  อาศัยอยู่คนเดียว
- 6  อื่น ๆ (โปรดระบุ)

7. ท่านมีจำนวนพี่น้องกี่คน ..... คน และ ท่านเป็นคนที่ .....

8. อาชีพของบิดา

- 1  รับราชการ
- 2  รัฐวิสาหกิจ
- 3  บริษัทเอกชน
- 4  ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
- 5  ไม่ได้ทำงาน
- 6  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

9. อาชีพของมารดา

- 1  รับราชการ
- 2  รัฐวิสาหกิจ
- 3  บริษัทเอกชน
- 4  ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย
- 5  ไม่ได้ทำงาน
- 6  อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

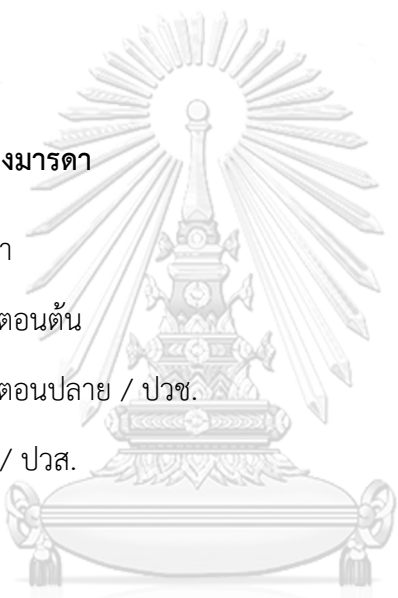


## 10. ระดับการศึกษาของบิดา

- 1  ประถมศึกษา
- 2  มัธยมศึกษาตอนต้น
- 3  มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
- 4  อนุปริญญา / ปวส.
- 5 ปริญญาตรี
- 6 ปริญญาโท
- 7 ปริญญาเอก

## 11. ระดับการศึกษาของมารดา

- 1  ประถมศึกษา
- 2  มัธยมศึกษาตอนต้น
- 3  มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.
- 4  อนุปริญญา / ปวส.
- 5 ปริญญาตรี
- 6 ปริญญาโท
- 7 ปริญญาเอก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

12. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบิดา (โปรดระบุ) ..... บาท / เดือน

13. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของมารดา (โปรดระบุ) ..... บาท / เดือน

## 14. ท่านมีโรคประจำตัวทางกายหรือไม่

- 1  ไม่มี
- 2  มี      โปรดระบุโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - <sup>2.1</sup> โรคเบาหวาน
  - <sup>2.2</sup> ความดันโลหิตสูง
  - <sup>2.3</sup> โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร

- <sup>2.4</sup> โรคภูมิแพ้
- <sup>2.5</sup> อื่น ๆ (ระบุ) .....

15. บิดาของท่านมีโรคประจำตัวทางกายหรือไม่

- 1  ไม่มี
- 2  มี      โปรดระบุโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- <sup>2.1</sup> โรคเบาหวาน
- <sup>2.2</sup> ความดันโลหิตสูง
- <sup>2.3</sup> โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร
- <sup>2.4</sup> โรคภูมิแพ้
- <sup>2.5</sup> อื่น ๆ (ระบุ) .....

16. มารดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- 1  ไม่มี
- 2  มี      โปรดระบุโรค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- <sup>2.1</sup> โรคเบาหวาน
- <sup>2.2</sup> ความดันโลหิตสูง
- <sup>2.3</sup> โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร
- <sup>2.4</sup> โรคภูมิแพ้
- <sup>2.5</sup> อื่น ๆ (ระบุ) .....

17. ท่านมีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชหรือไม่

- 1  ไม่มี
- 2  มี      โปรดระบุ .....

18. บิดาของท่านมีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชหรือไม่

1  ไม่มี

2  มี โปรดระบุ .....

19. มารดาของท่านมีประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชหรือไม่

1  ไม่มี

2  มี โปรดระบุ .....

20. ส่วนสูงปัจจุบันของท่าน ..... เซนติเมตร

21. น้ำหนักปัจจุบันของท่าน ..... กิโลกรัม

22. น้ำหนักในอุดมคติที่ท่านต้องการ ..... กิโลกรัม



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ (แสดงเป็นตัวอย่างเท่านั้น)

คำชี้แจง ขอให้ท่านระบุว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด

ข้อ	คำถาม	ไม่เห็นด้วยที่สุด	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยบ้าง	เห็นด้วยบ้าง	เห็นด้วย	เห็นด้วยที่สุด
1	ฉันไม่ค่อยใส่ใจกับรูปลักษณ์ของตนเอง	1	2	3	4	5	6
2	ฉันรู้สึกไม่พอใจตนเอง เวลาที่ฉันไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้	1	2	3	4	5	6
3	ฉันให้ความสำคัญกับความสบายของเสื้อผ้ามากกว่าความดูดีเมื่อสวมใส่	1	2	3	4	5	6
4	.....	1	2	3	4	5	6
5	.....	1	2	3	4	5	6
6	.....	1	2	3	4	5	6
7	.....	1	2	3	4	5	6
8	.....	1	2	3	4	5	6
9	.....	1	2	3	4	5	6
10	.....	1	2	3	4	5	6
11	.....	1	2	3	4	5	6
12	.....	1	2	3	4	5	6
13	.....	1	2	3	4	5	6
14	.....	1	2	3	4	5	6
15	.....	1	2	3	4	5	6
16	.....	1	2	3	4	5	6
17	.....	1	2	3	4	5	6
18	.....	1	2	3	4	5	6
19	.....	1	2	3	4	5	6
20	.....	1	2	3	4	5	6
21	.....	1	2	3	4	5	6
22	.....	1	2	3	4	5	6
23	.....	1	2	3	4	5	6
24	.....	1	2	3	4	5	6

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกินฉบับภาษาไทย (The Eating Attitudes Test-26 ; EAT-26)

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ใช้ช่วยประเมินว่ามีโรคความผิดปกติในการกินซึ่งจำเป็นต้องรับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบประเมินนี้ไม่ใช้การวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกินหรือใช้แทนการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ กรุณากรอกข้อมูลข้างล่างนี้ตามความเป็นจริงให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ข้อมูลทั้งหมดของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ข้อ	คำถาม	ลักษณะความถี่ของพฤติกรรม					
		ตลอดเวลา	สม่ำเสมอ	บ่อย	บางครั้ง	แทบจะไม่เคย	ไม่เคย
1	ความคิดที่ว่าตัวเองอ้วน ทำให้ฉันตกใจกลัว						
2	ฉันหลีกเลี่ยงที่จะกินอาหารเวลาหิว						
3	ฉันคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับเรื่องอาหาร						
4	เวลาที่ฉันกินอาหารเข้าไปมาก ๆ ฉันรู้สึกว้า ฉันอาจจะหยุดกินไม่ได้						
5	ฉันตัดแบ่งอาหารของฉันออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ						
6	ฉันระมัดระวังเรื่องจำนวนแคลอรีของอาหาร						
7	ฉันหลีกเลี่ยงอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต สูง เช่น ข้าว ขนมปัง และแป้ง						
8	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นอยากให้ฉันกินอาหาร มากกว่านี้						
9	ฉันอาเจียนหลังกินอาหาร						
10	ฉันรู้สึกผิดมากหลังกินอาหาร						
11	ฉันคิดหมกหมุ่นเรื่องอยากผอมลงกว่านี้						
12	ฉันคิดเรื่องการเผาผลาญแคลอรี ตอนออก กำลังกาย						
13	คนอื่นคิดว่าฉันผอมเกินไป						
14	ฉันคิดหมกหมุ่นว่าไขมันอยู่ตามตัวมาก เกินไป						
15	ฉันใช้เวลาในการกินอาหารมากกว่าคนอื่น						
16	ฉันหลีกเลี่ยงอาหารหวาน ๆ						

ข้อ	คำถาม	ลักษณะความถี่ของพฤติกรรม					
		ตลอดเวลา	สม่ำเสมอ	บ่อย	บางครั้ง	แทบจะไม่เคย	ไม่เคย
17	ฉันกินอาหารสำหรับคนที่กำลังควบคุมอาหาร						
18	ฉันรู้สึกว่าการกินอาหารคือสิ่งที่ควบคุมชีวิตของฉัน						
19	ฉันสามารถควบคุมความต้องการได้เมื่ออยู่ใกล้อาหาร						
20	ฉันรู้สึกว่าคนอื่นพยายามบังคับให้ฉันกิน						
21	ฉันใช้เวลาและความคิดเรื่องการกินอาหารมากเกินไป						
22	ฉันรู้สึกไม่สบายใจหลังจากกินของหวาน						
23	ฉันกำลังควบคุมอาหาร						
24	ฉันชอบให้ท้องว่าง						
25	ฉันรู้สึกอยากอาเจียนหลังกินอาหาร						
26	ฉันมีความสุขกับการได้ลองกินอาหารที่ให้พลังงานสูงประเภทใหม่ ๆ						

#### ส่วนที่ 4 แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator – 15; TMHI-15)

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด และขอความร่วมมือตอบคำถามทุกข้อ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อากาการ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย** หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ
- เล็กน้อย** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย
- มาก** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก
- มากที่สุด** หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2	ท่านรู้สึกสบายใจ				
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้ สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11	ท่านให้ความช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
13	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				

ขอขอบคุณท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม







แบบสอบถามการประเมินตนเองเสมือนวัตถุ

ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบฟอร์มขอใช้มาตรการ

① เรียน คณบดี คณะจิตวิทยา

ข้าพเจ้า จตุร กิ่งจันทร์คนธ์ ชาอสา

นิสิตนักศึกษา เลขประจำตัว ๒๙4๐๐1๖๖๐ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

คณะ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.ศิวะศารีย์ หะทัยดิลกศรี หรือคุณอ๋อ คุณประไพพร

อาจารย์ คณะ จิตวิทยา มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้สนใจ หน่วยงาน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ๕1 ถนน สุขุมวิท ซอย สุขุมวิท ๒๐/1 ตำบล/แขวง จตุจักร

อำเภอ/เขต ห้วยขวาง จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 1๐๒๒๐

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ๐๙๖ ๐๙๐๙๙๙ อีเมล Gunchanon-6K@hotmail.com

มีความประสงค์จะขอใช้มาตรการ

ชื่อมาตรการ การดูแลคนในหอพัก ชื่อผู้พัฒนามาตรการ จตุร กิ่งจันทร์คนธ์ ชาอสา จตุร กิ่งจันทร์คนธ์

จากวิทยานิพนธ์/งานวิจัยเรื่อง การดูแลคนในหอพักของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของ COVID-19 ในหอพักของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผลของการใช้มาตรการในการจัดการในหอพักของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรการ (ในกรณีที่มาจากวิทยานิพนธ์ โปรดระบุชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้พัฒนามาตรการ) ศ.ดร. กุสุมา อ.อึ้งผู้สูงศักดิ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

วัตถุประสงค์ของการใช้งาน  โครงการทางจิตวิทยา  การวิจัย  วิทยานิพนธ์

การเรียนการสอน  อื่น ๆ โปรดระบุ .....

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ลงนามผู้ขอใช้มาตรการ จตุร กิ่งจันทร์คนธ์ ชาอสา

วันที่ ๒๐ / มี.ค. / ๒๕๖๒

<p>② อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้ขอใช้มาตรการ (ในกรณีที่ผู้ขอใช้มาตรการเป็นนิสิตนักศึกษา)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม <u>.....</u></p> <p>วันที่ <u>๒๐</u> / <u>มี.ค.</u> / <u>๒๕๖๒</u></p>	<p>③ ศูนย์ประเมินทางจิตวิทยาตรวจสอบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สมควรดำเนินการ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สมควรดำเนินการ เพราะ.....</p> <p>ลงนาม <u>ดิฐกัญญา บุญสูงสุข</u></p> <p>วันที่ <u>๒๐</u> / <u>มี.ค.</u> / <u>๒๕๖๒</u></p>
<p>④ อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้พัฒนามาตรการ (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) / เจ้าของผลงาน (ในกรณีที่เป็นงานวิจัย)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อนุญาต</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต เพราะ.....</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม <u>.....</u></p> <p>วันที่ <u>๒๒</u> / <u>มี.ค.</u> / <u>๒๕๖๒</u></p>	<p>⑤ คณบดี คณะจิตวิทยา</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม <u>.....</u></p> <p>วันที่ <u>๒๕</u> / <u>มี.ค.</u> / <u>๒๕๖๒</u></p>

## แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมมารกินฉบับภาษาไทย (The Eating Attitudes Test-26: EAT-26)

[Previous](#) | [Next](#) | [Close](#)

**From :** Pornjira Pariwatcharakul <pornjira.par@mahidol.edu>  
**To :** Gunchanon Khawda <6174001630@student.chula.ac.th>  
**Cc :** Pornjira Pariwatcharakul <pornjira.par@mahidol.ac.th>  
**Subject :** Re: เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบประเมิน The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทย  
**Date :** April 4, 2019 10:18:44 PM ICT  
**Priority :** Normal

เรียน นายกัณฑ์ชานนท์ ชาวตา

ตามที่ท่านได้แสดงความประสงค์ขอใช้แบบประเมิน The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทย ของ รุติวี แก้วพรสวรรค์ พรจิรา ปรีวีชรากุล และ วันนรี พิมพ์รัตน์ เพื่อทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การประเมินตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรมผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิตพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรจิรา ปรีวีชรากุล ยินดีให้ท่านนำแบบประเมิน EAT-26 ฉบับภาษาไทยไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ข้างต้นได้ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย และขอให้ท่านอ้างอิงงานวิจัยเรื่อง "รุติวี แก้วพรสวรรค์, พรจิรา ปรีวีชรากุล, วันนรี พิมพ์รัตน์. การศึกษาความแม่นยำของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยในหญิงไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(3): 283-296." ในการตีพิมพ์งานวิจัยของท่าน และเมื่อได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการแล้ว โปรดส่งไฟล์ผลงานตีพิมพ์ฉบับสมบูรณ์ของท่านมาที่ [pornjira.par@mahidol.edu](mailto:pornjira.par@mahidol.edu) ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ทั้งนี้ท่านสามารถสืบค้นแบบประเมินและการแปลของแบบประเมิน EAT-26 ฉบับภาษาไทยได้ที่ [www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-3/06-Titawee.pdf](http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/58-3/06-Titawee.pdf)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบพระคุณที่ให้ความสนใจนำแบบประเมิน EAT-26 ฉบับภาษาไทยไปใช้ทำวิจัย

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรจิรา ปรีวีชรากุล

On Thu, 4 Apr 2019 at 20:49, Gunchanon Khawda <[6174001630@student.chula.ac.th](mailto:6174001630@student.chula.ac.th)> wrote:

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบประเมิน The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทย

เรียน รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงพรจิรา ปรีวีชรากุล

ข้าพเจ้านายกัณฑ์ชานนท์ ชาวตา นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งจะทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การประเมินตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรมผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิตพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอใช้แบบประเมิน The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทย ของรุติวี แก้วพรสวรรค์ พรจิรา ปรีวีชรากุล และวันนรี พิมพ์รัตน์ (2556) จากงานวิจัยเรื่อง การศึกษาความแม่นยำของแบบประเมิน The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยในหญิงไทย ซึ่งจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าแบบประเมิน The Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยนี้ เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำ (validity) อยู่ในเกณฑ์ดีและเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษาวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและขอขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นายกัณฑ์ชานนท์ ชาวตา

วันที่ 4 เมษายน 2562

--  
 Pornjira Pariwatcharakul, MD, MSc, MRCPsych (UK), FRCPSychT  
 Associate Professor of Psychiatry  
 Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University  
 2 Wanglang Road, Bangkoknoi, Bangkok 10700, Thailand  
 Tel. 66(0)2-419-7000 ext 4278  
 Email: [pornjira.par@mahidol.edu](mailto:pornjira.par@mahidol.edu)

รศ.พญ.พรจิรา ปรีวีชรากุล  
 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล  
 2 ถ.วังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700  
 โทร 02-419-7000 ต่อ 94278  
 Email: [pornjira.par@mahidol.edu](mailto:pornjira.par@mahidol.edu)

## บรรณานุกรม

1. สิริินมาศ ศรีดาชาติ. การรับรู้ร่างกายตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองด้านร่างกายและทัศนคติต่อการกินอาหารของนักศึกษาหญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
2. ประภาพิมพ์ ลิปตพัลลภ. ผลของกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมต่อความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกาย การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และความเมตตากรุณาต่อตนเอง ในสตรีวัยรุ่นไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
3. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, นิดา ลิ้มสุวรรณ. พัฒนาการทางจิตใจ. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิชัย, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี; 2558. หน้า. 1-20.
4. พรรณทิพา ปัทมอารักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การเปิดรับอิทธิพลจากสื่อ การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายในชายรักชายและชายรักต่างเพศ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
5. พลอยชมพู อัครรัมย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ค่าดัชนีมวลกาย การประเมินตนเองเหมือนวัตถุ และความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางร่างกายในสตรีวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
6. Fredrickson BL, Roberts T-A. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. Psychol Women Quart 1997;21:173-206.
7. Lindberg SM, Hyde JS, McKinley NM. A measure of objectified body consciousness for preadolescent and adolescent youth. Psychol Women Quart 2006;30:65-76.
8. Knauss C, Paxton SJ, Alsaker FD. Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. Body Image 2007;4.
9. Harrison K, Fredrickson BL. Women's sports media, self-objectification, and mental health in Black and White adolescent females. J Commun 2003;53:216-32.
10. Akanni OO, Koleoso ON. Body image among secondary school boys and girls in south-west Nigeria: the role of neuroticism and self-esteem. Gender Behav 2017;15:9560-9.

11. Tiggemann M, Lynch JE. Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification. *Dev Psychol* 2001;37:243-53.
12. จิตต์วี แก้วพรสวรรค์, พรจิรา ปรีวัชรากุล, วันวรี พิมพ์รัตน์. การศึกษาความแม่นยำของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยในหญิงไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2556;25:283-96.
13. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. ความผิดปกติในการกิน. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ; 2558. หน้า. 532-40.*
14. Eating Disorders: about more than food [Internet]. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. 2018 [cited 3 June, 2019]. Available from: [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/eatingdisorders\\_1\\_4\\_8\\_8\\_10.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/eatingdisorders_1_4_8_8_10.pdf).
15. อภาภรณ์ พึ่งยอด, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2554;56:149-58.
16. ศิราดา จิตติวรรณ, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะติดเฟสบู๊คกับทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2560;62:117-28.
17. Peat CM, Muehlenkamp JJ. Self-objectification, disordered eating, and depression: A test of mediational pathways. *Psychol Women Quart* 2011;35:441-50.
18. Muehlenkamp JJ, Saris-Baglama RN. Self-objectification and its psychological outcomes for college women. *Psychol Women Quart* 2002;26:371-9.
19. Tiggemann M, Slater A. The role of self-objectification in the mental health of early adolescent girls: Predictors and consequences. *J Pediatr Psychol* 2015;40:704-11.
20. ประเวศ ตันติพัฒน์สกุล, เอกอนงค์ สิตลาภินันท์. คู่มือสร้างสุขระดับจังหวัด: ยุทธศาสตร์ความสุขฉบับพกพา. นนทบุรี: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต; 2554.
21. สุขภาพจิต คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp>.
22. อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วชิณี หัตถพนม, ไพรวลัย รัมซ่าย, วรวรรณ จุฑา. รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (version 2007): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย;

- 2552.
23. ภาคภูมิ เดชะอนันต์วงศ์. การยอมรับตนเองด้านความโน้มเอียงทางเพศของชายรักชาย : การวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
  24. นิดา ลิ้มสุวรรณ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพ ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา ต้นตระกูลรุ่งโรจน์, นิดา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
  25. ฐิติวี แก้วพรสวรรค์. การสำรวจทัศนคติ และพฤติกรรมการกินในนักเรียนวัยรุ่นหญิงไทย. สาร ศิริราช 2537;46:363-8.
  26. Manaboriboon B, In-iw S, Winijkul G, Choowong T, Suwanwaree J, Apinuntavech S. Eating disorder susceptibility among university students in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2017;48:19-28.
  27. Mental Health: a state of well-being [Internet]. 2014 [cited 3 June, 2019]. Available from: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).
  28. What Is Mental Illness? [Internet]. American Psychiatric Association. 2018. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>.
  29. ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2533.
  30. Tylka TL, Hill MS. Objectification theory as it relates to disordered eating among college women. Sex Roles 2004;51:719-30.
  31. Calogero RM, Davis WN, Thompson JK. The role of self-objectification in the experience of women with eating disorders. Sex Roles 2005;52:43-50.
  32. Mercurio AE, Landry LJ. Self-objectification and well-being: The impact of self-objectification on women's overall sense of self-worth and life satisfaction. Sex Roles 2008;58:458-66.
  33. Calogero RM, Pina A. Body guilt: preliminary evidence for a further subjective experience of self-objectification. Psychol Women Quart 2011;35:428-40.
  34. Cottingham ME, Davis L, Craycraft A, Keiper CD, Abernethy AD. Disordered eating and self-objectification in college women: Clarifying the roles of spirituality and purpose in life. Mental Health, Religion & Culture 2014;17:898-909.
  35. Schaefer LM, Burke NL, Calogero RM, Menzel JE, Krawczyk R, Thompson JK. Self-

- objectification, body shame, and disordered eating: Testing a coremediational model of objectification theory among White, Black, and Hispanic women. *Body Image* 2018;24:5-12.
36. Pengpid S, Peltzer K. Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eat Weight Disord-St* 2018;23:349-55.
  37. Jennings PS, Forbes D, McDermott B, Hulse G, Juniper S. Eating disorder attitudes and psychopathology in Caucasian Australian, Asian Australian and Thai university students. *Aust Nz J Psychiat* 2006;40:143-9.
  38. Pattanathaburt P, Somrngthong R, Thianthai C. Prevalence of disordered eating behaviors, body image dissatisfaction, and associated factors among Thai female undergraduate students. *Int J Health Prom Educ* 2013;51:151-60.
  39. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 2: ข้อมูลจำนวนนักเรียน ปีการศึกษา 2561 [อินเทอร์เน็ต]. กลุ่มสารสนเทศ สนผ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก : [http://data.bopp-obec.info/emis/student.php?Edu\\_year=2561&AreaCODE=101702](http://data.bopp-obec.info/emis/student.php?Edu_year=2561&AreaCODE=101702).
  40. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1: ข้อมูลจำนวนนักเรียน ปีการศึกษา 2561 [Internet]. กลุ่มสารสนเทศ สนผ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิ.ย. 2562]. Available from: [http://data.bopp-obed.info/emis/schooldata-view\\_student\\_area.php?Area\\_CODE=101701&Edu\\_year=2561](http://data.bopp-obed.info/emis/schooldata-view_student_area.php?Area_CODE=101701&Edu_year=2561).
  41. วสพร ไชยะกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คูครองในอุดมคติและการเลือกรูปแบบการรับมือกับปัญหาโดยมีความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์เป็นตัวแปรกำกับและความพึงพอใจในความสัมพันธ์เป็นตัวแปรส่งผ่าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
  42. ศรีญา เพ็ชรคุ้ม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
  43. ณัฐดนัย เอี่ยมวัฒน์เสรี. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของนิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
  44. Naeimi AF, Haghighian HK, Gargari BP, Alizadeh M, Rouzitalab T. Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students

- of medical sciences. *Eat Weight Disord* 2016;21:597–605.
45. Goodman A, Heshmati A, Koupil I. Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females. *PLoS ONE* 2014;9:e106475.
  46. Marks A. The evolution of our understanding and treatment of eating disorders over the past 50 years. *J Clin Psychol* 2019;75:1380-91.
  47. Dakanalis A, Timko AC, Clerici M, Riva G, Carrà G. Objectified Body Consciousness (OBC) in eating psychopathology: Construct validity, reliability, and measurement invariance of the 24-Item OBC scale in clinical and nonclinical adolescent samples. *Assessment* 2017;24:252-74.
  48. Harrell ZAT, Fredrickson BL, Pomerleau CS, Nolen-Hoeksema S. The role of trait self-objectification in smoking among college Women. *Sex Roles* 2006;54:735–43.
  49. Cohen R, Newton-John T, Slater A. ‘Selfie’-objectification: The role of selfies in self-objectification and disordered eating in young women. *Comput Hum Behav* 2018;79:68-74.
  50. ชิดารัตน์ เถลิงศักดิ์นางวงศ์, นวลพรรณ ศรียานงค์, เพ็ญพิชชา วงศ์ประภาธิวัฒน์. อิทธิพลของการตระหนักในตนเองจากมุมมองภายนอกและการซึมซับค่านิยมความผอมในอุดมคติต่อความตั้งใจในการดูแลรูปร่างโดยมีการรับรู้ตนเองเหมือนวัตถุเป็นตัวแปรส่งผ่าน [โครงการวิจัยปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
  51. Liss M, Erchull MJ. Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women. *Body Image* 2015;14:5-12.
  52. Cristina C, Sara M, Roberta T, Sechi C. Do personal factors make women and men more susceptible to self-objectification and the development of dysfunctional eating attitudes? *Curr Psychol* 2020.
  53. Cheng H-L, Tran AGTT, Miyake ER, Kim HY. Disordered eating among asian american college women: A racially expanded model of objectification theory. *J Couns Psychol* 2017;64:179–91.





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายกันต์ชานนท์ ขาวดา
วัน เดือน ปี เกิด	20 มีนาคม 2535
วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา (เกียรตินิยมอันดับสอง) คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561 ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาภาษาอังกฤษ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2560



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY