



การศึกษาความแม่นยำของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยในหญิงไทย

ฐิติวี แก้วพรสวรรค์ พบ.*, พรจิรา ปรีวัชรากุล พบ.*, วันรวิ พิมพรัตน์ พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความแม่นยำ (validity) ของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคความผิดปกติของการกินในหญิงไทย

วิธีการศึกษา แปลแบบประเมิน EAT-26 เป็นภาษาไทย นำไปใช้กับผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 70 ราย โดยนำผู้ป่วยที่เป็นโรคความผิดปกติในการกิน 35 ราย (bulimia nervosa 16 คน, anorexia nervosa 18 คน, eating disorder NOS 1 ราย) จากการวินิจฉัยทางคลินิกโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 35 ราย (ผู้ป่วยทางจิตเวชที่ไม่เป็นโรคความผิดปกติในการกิน 25 ราย บุคคลทั่วไป 10 ราย)

ผลการศึกษา ค่าความแม่นยำตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion validity) ในการวินิจฉัย คนที่เป็น eating disorder จะได้ค่าคะแนน EAT เฉลี่ย 30.4 (SD 15.7) แตกต่างกับกลุ่มคนที่ไม่เป็น eating disorder ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.5 (SD 5.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า $p < 0.001$ ค่า cut off point ของ EAT-26 ฉบับภาษาไทยได้ 12 ซึ่งมีค่า sensitivity ร้อยละ 71.43, specificity ร้อยละ 94.29, positive predictive value ร้อยละ 92.59, negative predictive value ร้อยละ 76.76, positive likelihood ratio (PLR) เท่ากับ 11.83, negative likelihood ratio (NLR) เท่ากับ 0.31

สรุป การศึกษาแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 ฉบับภาษาไทย ช่วยในการวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกิน (Eating disorders) ในหญิงไทยอายุ 13 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 มีความแม่นยำ (validity) อยู่ในเกณฑ์ดี เป็นเครื่องมือที่อาจนำไปใช้ช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการกินได้

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(3): 283-296

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์



Criterion Validity Study of the Eating Attitudes Test-26 (EAT-26 Thai Version) Among Thai Females

Titawee Kaewporndawan M.D.*, Pornjira Pariwatcharakul M.D.*,
Wanrawee Pimratana M.D.**

ABSTRACT

Objective : To assess the validity of Eating Attitudes Test-26 (EAT-26 Thai Version) among Thai females.

Method : The translated to Thai version Eating Attitudes Test-26 questionnaire was administered to a sample of 70 female subjects. 35 patients with eating disorders (16 with bulimia nervosa, 18 with anorexia nervosa, 1 with eating disorder NOS) according to the DSM-IV-TR clinical diagnosis by a psychiatrist compared with 35 control subjects (25 with other psychiatric disorders, 10 normal population).

Results : Mean score of eating disorders group was significantly different when compare with control group (30.4 ± 15.7 vs 6.5 ± 5.9 , p value < 0.001). The test had the cutoff point of EAT-26 Thai Version was 12 with sensitivity of 71.43%, specificity of 94.29%, positive predictive value (PPV) of 92.59%, negative predictive value of 76.76%, positive likelihood ratio of 11.83, negative likelihood ratio of 0.31.

Conclusions : Thai Version of EAT-26 has a good criterion related validity. Which is a useful instrument for help diagnosed eating disorder among Thai females.

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(3): 283-296

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

** Division of Psychiatry, Buriram Hospital, Buriram

บทนำ

ภาวะความผิดปกติในการกิน (eating disorders) ประกอบด้วย anorexia nervosa และ bulimia nervosa เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีทั้งปัญหาทางจิตใจและทางร่างกายร่วมกัน¹ อัตราความชุกโรค anorexia nervosa ในช่วงชีวิตพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.1-0.7 ประมาณร้อยละ 90-95 เป็นเพศหญิง เป็นได้ตั้งแต่อายุ 8 ปีถึง 30 กว่าปี เป็นมากช่วงอายุ 13-14 ปีและ 17-18 ปี ส่วนอัตราความชุกโรค bulimia nervosa ในช่วงชีวิตพบได้ร้อยละ 3² เพศหญิงพบได้บ่อยกว่าชาย 10-11 เท่า ผู้ป่วย anorexia nervosa จะพัฒนาเป็น bulimia nervosa ได้ ภาวะทางจิตเวชที่พบร่วมได้บ่อย คือ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะหลงผิด และบุคลิกภาพแปรปรวน³ ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายเกิดจากการอดอาหารคือ ชั้นไขมันลดลง หน้ามืดเวียนศีรษะ หัวใจเต้นช้า ประจำเดือนผิดปกติ ผอมร่วง อุนหนุมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนอาจคงอยู่จนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกระดูกบางและกระดูกพรุน ทำให้ตัวเตี้ย กระดูกหักง่าย ในผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป อาจมีปัญหาความจำไม่ดีจากการลดน้ำหนักอย่างรุนแรง ในขณะที่ภาวะแทรกซ้อนทางกายจากพฤติกรรมล้างท้องที่พบคือ ฟันผุ เจ็บคอ ต่อมน้ำลายบวมโต กรดไหลย้อน ปวดท้อง ท้องผูกอย่างรุนแรง กล้ามเนื้ออ่อนแรง สารน้ำและเกลือแร่ผิดปกติ หัวใจโต หัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้⁴

ในปี ค.ศ. 1979 Garner และ Garfinkel ได้สร้างแบบประเมิน Eating Attitude Test-40 (EAT-40) ที่ใช้ในการศึกษาความผิดปกติในการกินในกลุ่มประชากรทั่วไป⁴ ต่อมาในปี ค.ศ. 1982 ได้ปรับแบบประเมินให้สั้นลงเป็น Eating Attitude Test-26 (EAT-26) ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง (self-report format) ประกอบด้วย 3 subscale ได้แก่ dieting, bulimia, food preoccupation และ oral control รวม 26 ข้อ นอกจากนี้ยังมีคำถาม

เกี่ยวกับน้ำหนักส่วนสูงเพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เพื่อหาค่า significantly underweight⁵ อีกด้วย ทั้งนี้ได้มีการตัดคำถามข้อที่ 23 ของ EAT-40 ที่ว่า “ประจำเดือนของฉันเป็นปกติ” ออกไป ทำให้สามารถใช้แบบประเมิน EAT-26 ได้ทั้งกับเพศหญิงและชาย

ในประเทศไทยในปี ค.ศ. 1994 ลีตีวี แก้วพรสวรรค์ ได้สำรวจและสัมภาษณ์นักเรียนหญิงวัยรุ่นจำนวน 226 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 12-19 ปี โดยใช้แบบประเมิน EAT-40 พบว่ามีนักเรียนจำนวนร้อยละ 8.96 ที่มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ⁶ ในปี ค.ศ. 2010 มีการศึกษาความชุกของทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานครจำนวน 419 ราย โดยใช้ EAT-26 พบว่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 10.74⁷ แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความแม่นยำของแบบประเมิน EAT-26

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนาแบบประเมิน Eating Attitudes Test -26 ฉบับภาษาไทย โดยศึกษาความแม่นยำ (validity) ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงไทย เพื่อพัฒนาแบบประเมินที่ใช้ได้ง่าย สะดวก สามารถนำไปใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคความผิดปกติในการกิน นำมาสู่การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อหาความแม่นยำของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 ฉบับภาษาไทย เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยนำแบบประเมิน EAT-26 แปลเป็นภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา ศูนย์การแปลและบริการด้านภาษา สถาบันวิจัย

ภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วตรวจสอบเปรียบเทียบกับต้นฉบับภาษาอังกฤษกับแบบประเมินภาษาอังกฤษที่แปลกลับโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแปลภาษาซึ่งเป็นเจ้าของภาษา จากนั้นให้จิตแพทย์ 4 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 1 ท่าน ตรวจสอบและให้คะแนน index of content validity ว่าคำถามแต่ละข้อมีความหมายสื่อตรงกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคมาตรฐาน และเป็นคำถามที่สื่อความหมายได้ดี เหมาะสมกับวัฒนธรรม จากนั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปลองตอบแบบประเมิน (pilot) เพื่อดูว่าสามารถเข้าใจและสื่อความหมายได้อย่างถูกต้องหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกอาสาสมัครและอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย สิ่งทีอาสาสมัครต้องปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยมีเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยให้อ่านและพิจารณาร่วมด้วย ถ้าผู้นั้นสนใจและสมัครใจจะให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม อาสาสมัครจะถูกสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคความผิดปกติในการกินหรือไม่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์แล้วว่าเป็นโรคความผิดปกติในการกิน โดยเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR และกลุ่มประชากรทั่วไปและผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคความผิดปกติในการกิน หลังจากนั้นอาสาสมัครตอบแบบประเมิน EAT-26 ฉบับภาษาไทย ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที แล้วจึงนำผลการประเมินไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในการหาความแม่นยำตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (criterion related validity) ของแบบประเมิน EAT-26 โดยแสดงเป็นค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ค่าพยากรณ์ผลบวก (positive predictive value, PPV) ค่าพยากรณ์ผลลบ (negative predictive value, NPV)

โดยมีช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval, CI)

การศึกษานี้ได้รับผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาแบบประเมิน EAT-26 ต้นฉบับในการแปลแบบประเมินแล้ว

ผลการศึกษา

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 70 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วย 35 ราย (ร้อยละ 50) ซึ่งประกอบด้วย bulimia nervosa 16 ราย (ร้อยละ 45.7), anorexia nervosa 18 ราย (ร้อยละ 51.4), eating disorder NOS 1 ราย (ร้อยละ 2.9) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น eating disorders 25 ราย (ร้อยละ 35.7) และเป็นกลุ่มประชากรทั่วไป 10 ราย (ร้อยละ 14.3) เป็นหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 23.4 ปี โดยมีอายุต่ำที่สุด 13 ปี และอายุสูงสุด 46 ปี ที่อยู่ปัจจุบันอยู่ที่กรุงเทพมหานคร 48 ราย (ร้อยละ 68.6) โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อแม่พี่น้อง 53 ราย (ร้อยละ 75.7) จำนวนสมาชิกในบ้านเฉลี่ย 4.5 ราย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและเชื้อชาติไทย 69 ราย (ร้อยละ 98.6) วุฒิการศึกษาปริญญาตรี 31 ราย (ร้อยละ 44.3) สถานภาพโสด 62 ราย (ร้อยละ 88.6) เป็นนักเรียนนักศึกษา 34 ราย (ร้อยละ 48.6) ประกอบอาชีพรับราชการและรับจ้างอย่างละ 10 ราย (ร้อยละ 14.3) รายได้เฉลี่ย 9,404.6 บาทต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) เฉลี่ย 19.3 และเปรียบเทียบกับลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ยกเว้นโรคประจำตัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า $p < 0.001$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	Eating disorders จำนวน (ร้อยละ)	Control จำนวน (ร้อยละ)	Total จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี) ± SD	23.2 ± 5.5	23.5 ± 8.2	23.4 ± 6.9	0.825
ที่อยู่ปัจจุบัน				0.365
กรุงเทพฯ	23 (65.7)	25 (71.4)	48 (68.6)	
ปริมณฑล	5 (14.3)	7 (20)	12 (17.1)	
ต่างจังหวัด	7 (20)	3 (8.6)	10 (14.3)	
อาศัยอยู่กับ				0.242
คนเดียว	2 (5.7)	2 (5.7)	4 (5.7)	
พ่อแม่/พี่น้อง	29 (82.9)	24 (68.6)	53 (75.7)	
ญาติ	3 (8.6)	1 (2.9)	4 (5.7)	
เพื่อน	-	4 (11.4)	4 (5.7)	
ภรรยา/สามี/บุตร	1(2.9)	4 (11.4)	5 (7.1)	
เฉลี่ยสมาชิกในครอบครัว (คน) ± SD	4.6 ± 1.6	4.3 ± 1.9	4.5 ± 1.7	0.450
ศาสนา				0.314
พุทธ	35 (100)	34 (97.1)	69 (98.6)	
คริสต์	-	1 (2.9)	1 (1.4)	
เชื้อชาติ				0.314
ไทย	34 (97.1)	35 (100)	69 (98.6)	
จีน	1 (2.9)	-	1 (1.4)	
การศึกษา				0.386
ไม่ได้ศึกษา	1 (2.9)	-	1 (1.4)	
ประถมศึกษา	-	1 (2.9)	1 (1.4)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (11.4)	9 (25.7)	13 (18.6)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	11 (31.4)	6 (17.1)	17 (24.3)	
อนุปริญญา/ปวส.	1 (2.9)	1 (2.9)	2 (2.9)	
ปริญญาตรี	16 (45.7)	15 (42.9)	31 (44.3)	
ปริญญาโท	1 (2.9)	3 (8.6)	4 (5.7)	
ปริญญาเอก	1 (2.9)	-	1 (1.4)	
สถานภาพ				0.177
โสด	33 (94.3)	29 (82.9)	62 (88.6)	
สมรส	1 (2.9)	5 (14.3)	6 (8.6)	
หย่า	-	1 (2.9)	1 (1.4)	
หม้าย	1 (2.9)	-	1 (1.4)	

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	Eating disorders จำนวน (ร้อยละ)	Control จำนวน (ร้อยละ)	Total จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อาชีพ				0.578
ว่างงาน	5 (14.3)	2 (5.7)	7 (10)	
รับราชการ	5 (14.3)	5 (14.3)	10 (14.3)	
เกษตรกรรม	-	-	-	
รับจ้าง	5 (14.3)	5 (14.3)	10 (14.3)	
นักเรียน/นักศึกษา	16 (45.7)	18 (51.4)	34 (48.6)	
ค้าขาย	3 (8.6)	1 (2.9)	4 (5.7)	
บุคลากรทางการแพทย์	-	2 (5.7)	2 (2.9)	
อื่นๆ	1 (2.9)	2 (5.7)	3 (4.3)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)	8,057.1	10,752.0	9,404.6	0.396
รายได้ต่อเดือน (median)	5,000	4,000	4,900	
ปัญหาการเงิน				0.232
ไม่มี	33 (94.3)	30 (85.7)	63 (90)	
มี	2 (5.7)	5 (14.3)	7 (10)	
โรคประจำตัว				
bulimia Nervosa	16 (45.7)	-	16 (22.9)	
anorexia Nervosa	18 (51.4)	-	18 (25.7)	< 0.001
eating disorder NOS	1 (2.9)	-	1 (1.4)	
other psychiatric disorders	-	24 (68.6)	24 (34.3)	
medical conditions	-	7 (20)	7 (10)	
no underlying disease	-	4 (11.4)	4 (5.7)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)	18.7	20.0	19.3	0.156

2. การวิเคราะห์ความแม่นยำ (validity)

2.1 ความสอดคล้องภายในของข้อความ

ผลรวมของค่า item total correlation coefficient ส่วนใหญ่ > 0.5 ยกเว้นในคำถามข้อที่ 26 (ฉันมีความสุขกับการได้ลองกินอาหารที่ให้พลังงานสูงประเภทใหม่*) ซึ่งผลรวมเฉลี่ยของค่า item total correlation coefficient เท่ากับ 0.82

2.2 ความแม่นยำตามเกณฑ์สัมพันธ์

(criterion related validity)

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมิน EAT-26 กับการวินิจฉัยทางคลินิกตามเกณฑ์

การวินิจฉัยจิตแพทย์ใช้เกณฑ์ DSM-IV-TR สมมุติฐานคือคนที่เป็โรคความผิดปกติในการกินจะได้ค่าคะแนน EAT เฉลี่ย 30.4 (SD 15.7) แตกต่างกับกลุ่มคนที่ไม่เป็โรคความผิดปกติในการกินค่าคะแนนเฉลี่ย 6.9 (SD 5.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้วิธี independent sample t-test พบว่าได้ค่า p < 0.001 และจำแนกค่า EAT-26 ในแต่ละกลุ่ม

ตารางที่ 2 แสดงคะแนน EAT เฉลี่ยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ประชากร ตัวอย่าง	การวินิจฉัย	จำนวนคน (n = 70)	คะแนน EAT-26	
			ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กลุ่มศึกษา	anorexia nervosa	18	34.6	15.6
	bulimia nervosa	16	24.5	14.2
	eating disorder NOS	1	49.0	-
	รวม	35	30.4	15.7
กลุ่มควบคุม	normal volunteer	10	5.1	4.3
	other psychiatric disorders	25	7.1	6.4
	รวม	35	6.5	5.9

หากใช้จุดตัดที่ 20 คะแนนตามแบบประเมิน EAT-26 ต้นฉบับของ Garner และ Garfinkel จะสามารถวิเคราะห์ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 71.4 (95% CI = 55-84%) ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 94.3 (95% CI = 81-98%) ค่าพยากรณ์

ผลบวก (positive predictive value) เท่ากับร้อยละ 92.6 (95% CI = 77-98%) และค่าพยากรณ์ผลลบ (negative predictive value) เท่ากับร้อยละ 76.8 (95% CI = 62-87%) ได้ผลดังตารางที่ 3 ค่า ROC curve: Area Under the Curve = 0.93 (รูปที่ 1)

ตารางที่ 3 แสดงค่าจุดตัดที่เหมาะสมของ EAT-26 ฉบับภาษาไทย

จุดตัด	Sensitivity (95%CI)	Specificity (95%CI)	PPV (95%CI)	NPV (95%CI)	+LR (95%CI)	-LR (95%CI)
20	71.40% (55-84%)	94.30% (81-98%)	92.60% (77-98%)	76.80% (62-87%)	12.5 (3.2-48.8)	0.3 (0.2-0.5)
12	88.60% (74-95%)	85.70% (71-94%)	86.10% (71-94%)	88.20% (73-95%)	6.2 (2.7-14.1)	0.1 (0.0-0.3)

จากการหาจุดตัดใหม่ของ EAT-26 ได้ 12 โดยทำการประเมินจากจุดที่ค่าความไวและความจำเพาะมากที่สุด เป็นจุดตัด (cut off point) ดังตารางที่ 3-6 ประเมินค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 88.6 (95% CI = 74-95), ความจำเพาะ (specificity)

ร้อยละ 85.7 (95% CI = 71-94), ค่าพยากรณ์ผลบวก (positive predictive value) ร้อยละ 86.1 (95% CI = 71-94), และค่าพยากรณ์ผลลบ (negative predictive value) เท่ากับร้อยละ 88.2 (95% CI = 73-95)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระหว่างคะแนน EAT-26 ที่จุดตัด 12 และ 20 คะแนน กับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ด้วย DSM-IV-TR

คะแนน EAT-26	กลุ่มศึกษา (ราย)	กลุ่มควบคุม (ราย)	รวม (ราย)
≥ 12	31	5	36
< 12	4	30	34
≥ 20	25	2	27
< 20	10	33	43
รวม	35	35	70

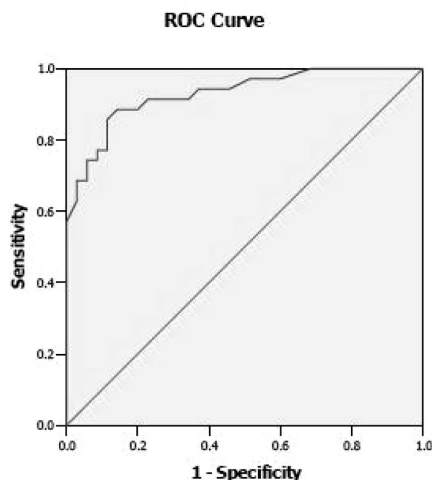
ตารางที่ 5 ค่าความไวและความจำเพาะของ EAT-26 ที่จุดตัดคะแนนต่างๆ

จุดตัด	ความไว %	ความจำเพาะ %
10.5	90	80
11.5	90	90
12.5	90	90
13.5	80	90
14.5	80	90
15.5	80	90
16.5	70	90
17.5	70	90
19.0	70	90
20.5	70	90
22.0	70	100
23.5	70	100

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าความแม่นยำตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์จากการศึกษาแบบประเมิน EAT-26 ฉบับไทยกับภาษาต่างประเทศ

การศึกษา	ตัวเปรียบเทียบมาตรฐาน	ประชากรที่ศึกษา	ความถูกต้อง (ร้อยละ)	ความไว (ร้อยละ)	ความจำเพาะ (ร้อยละ)	ค่าพยากรณ์ผลบวก (ร้อยละ)	ค่าพยากรณ์ผลลบ (ร้อยละ)
ฐิติวีและคณะ ฉบับภาษาไทย; จุดตัด 20 คะแนน	การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV-TR โดยจิตแพทย์	กลุ่มตัวอย่างในคลินิก	83	71.4	94.3	92.6	76.8
ฐิติวีและคณะ ฉบับภาษาไทย; จุดตัด 12 คะแนน	การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV-TR โดยจิตแพทย์	กลุ่มตัวอย่างในคลินิก	87	88.6	85.7	86.1	88.2
Mintz และคณะ ฉบับภาษาอังกฤษ	SCID*	ประชากรทั่วไป	90	77	94	79	94
Orbitello และคณะ ฉบับภาษาอิตาลี	CIDI**	ประชากรทั่วไป	-	40	84	14	95
Nunes และคณะ ฉบับภาษาบราซิล	SCID*	คลินิก โภชนาการ	-	31.9	87.5	-	-

*SCID = Structured Clinical Interview for Axis-I DSM-IV Disorder; **CIDI = Composite International Diagnostic Interview



รูปที่ 1 แสดง ROC curve: Area Under the Curve = 0.93

วิจารณ์

ค่าความแปรปรวนตรงตามเนื้อหา ได้ผลของค่า item total correlation coefficient ใน item ที่ 26 (ฉันมีความสุขกับการได้ลองกินอาหารที่ให้พลังงานสูงประเภทใหม่ๆ) พบว่า < 0.5 (0.00) ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามนั้นไม่เฉพาะเจาะจงกับเกณฑ์การวินิจฉัยและอาการของโรคความผิดปกติในการกิน

ค่าความแปรปรวนตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาแบบประเมิน EAT-26 ในภาษาต่างๆ^{5,8,9} พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี แต่พบว่าค่าความแปรปรวนตรงจากการศึกษานี้ที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจาก เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกินนับตั้งแต่มี EAT มากกว่า 20 ปี มีการเปลี่ยนแปลงจาก DSM-III เป็น DSM-IV-TR⁵ บางการศึกษาใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์เป็นตัวเปรียบเทียบมาตรฐานและประเภทของกลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาที่แตกต่างกัน⁵ ส่งผลให้ค่าความแปรปรวนตรงแตกต่างกันได้

ค่าคะแนนรวมของ EAT-26 จากการศึกษานี้ของ Mintz LB และ O'Halloran MS ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่มากขึ้นอาจบ่งบอกถึงอาการของความผิดปกติในการกินที่มากขึ้น⁵ ผลการวิจัยในการศึกษานี้ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ย EAT-26 แตกต่างกันระหว่างกลุ่มกลุ่มศึกษา (eating disorders) และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, t-test) แต่เมื่อพิจารณาแยกโรคในกลุ่มศึกษาเป็นกลุ่มย่อยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ย EAT-26 ของผู้ป่วย eating disorders NOS (49.00) มากกว่าคะแนนของผู้ป่วย anorexia nervosa (34.56) มากกว่าคะแนนของผู้ป่วย bulimia nervosa (24.50) มากกว่าคะแนนของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น (7.08) และมากกว่าคะแนนของกลุ่มควบคุม (6.51) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย ทำให้ไม่สามารถแยกดูกลุ่มย่อย อีกทั้งในการศึกษานี้มีผู้ป่วย eating disorder

NOS เพียง 1 ราย ทำให้ไม่สามารถบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนกับอาการของความผิดปกติในการกินได้

ความแตกต่างทางสังคมอาจส่งผลต่อค่าคะแนน EAT ได้ จากการศึกษาของ Garner และ Garfinkel พบว่ากลุ่มนักเต้นและนางแบบมีค่าคะแนน EAT สูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแข่งขันและความคาดหวังที่ต้องมีรูปร่างผอมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความผิดปกติในการกิน¹⁰ ส่วนวัฒนธรรมก็ส่งผลต่อคะแนน EAT เช่นกัน จากการศึกษาวัฒนธรรมแบบคนเกาหลีเปรียบเทียบกับค่า EAT-26 ในกลุ่มลูกครึ่งเกาหลีอเมริกัน เกาหลีอพยพ และเกาหลีโดยกำเนิดโดย Safia และคณะพบว่าค่า EAT-26 ของกลุ่มลูกครึ่งเกาหลีอเมริกันที่เกิดในอเมริกามีค่าน้อยกว่ากลุ่มเกาหลีอพยพ และเกาหลีโดยกำเนิดซึ่งใน 2 กลุ่มหลังค่าไม่แตกต่างกัน¹¹

เมื่อพิจารณาจุดตัดพบว่าจุดตัดคะแนนของ EAT-26 ฉบับภาษาไทยได้ 12 ซึ่งน้อยกว่าต้นฉบับเดิมที่จุดตัดคะแนนน้อยกว่าอาจเพราะความแตกต่างของการเห็นปัญหา (insight) ของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาของ Garner และ Garfinkel กลุ่มศึกษาทุกคนเป็นผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในกระบวนการรักษาและเห็นด้วยกับการรักษาสุขภาพปัญหาการกิน ดังนั้นประชากรกลุ่มนี้จึงยอมรับในอาการของตน ในขณะที่การศึกษานี้กลุ่มศึกษาเป็นผู้ป่วยในคลินิกซึ่งบางส่วนปฏิเสธปัญหาการกิน ทั้งนี้พบว่าจุดตัดคะแนนของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา EAT-26 ภาษาอิตาลีพบว่า มีค่าจุดตัด 11⁸ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ EAT-26 ฉบับภาษาไทย

จากการศึกษานี้กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้หญิงทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยโรคความผิดปกติในการกินที่พบในคลินิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ยังไม่มีการศึกษาค่าความแปรปรวนของแบบประเมิน EAT ในเพศชาย มีการศึกษาความแตกต่างของอาการโรคความผิดปกติ

ในการกินเปรียบเทียบกับเพศชายและหญิงในเด็กนักเรียน โดย Nelson และคณะ ใช้ EAT-26 เป็นเครื่องมือวัด พบโรคความผิดปกติในการกินในเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 20 และ 10 ตามลำดับ¹² นอกจากนี้เคยมีการนำ EAT-26 ไปใช้ศึกษาในกลุ่มชายรักร่วมเพศ (homosexual) ร่วมกับแบบประเมินอื่นๆ พบว่าในกลุ่มชายรักร่วมเพศ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความผิดปกติในการกินมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็น¹³

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากแบบประเมิน EAT-26 ฉบับภาษาไทยนี้เป็นเพียงแบบคัดกรองโรคความผิดปกติในการกิน โดยไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยโรคหรือทดแทนการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้ ดังนั้นหากผลการทดสอบพบกลุ่มเสี่ยงหรือสงสัยโรคความผิดปกติในการกิน เช่นมีปัญหาพฤติกรรมการกิน ดัชนีมวลกาย (body mass index) ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผู้ทำแบบประเมินยังจำเป็นต้องได้รับการประเมินและช่วยเหลือโดยผู้เชี่ยวชาญต่อไป
2. ผู้วิจัยกำหนดให้ EAT-26 ฉบับภาษาไทย มีค่าจุดตัดที่ 12 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าต้นฉบับเดิมคือ 20 นั้น อาจสืบเนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษามีลักษณะแตกต่างกันดังกล่าว ดังนั้นการใช้อุณหภูมิจุดตัดจำนวนเท่าใด ควรพิจารณาตามความเหมาะสมในการนำไปใช้อีกครั้ง
3. การศึกษาครั้งนี้ค่าความแม่นยำและจุดตัดคะแนนที่ได้มาจากกลุ่มประชากรในคลินิก ดังนั้นในการนำไปใช้กับประชากรทั่วไปอาจต้องมีการพิจารณาค่าความแม่นยำและจุดตัดคะแนนตามความเหมาะสมต่อไป จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับค่าความแม่นยำและจุดตัดคะแนนของ EAT-26 ฉบับภาษาไทยในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปคัดกรองกลุ่มประชากรทั่วไป
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของค่าคะแนน EAT-26 กับอาการของผู้ป่วย

ความรุนแรงของโรค การพยากรณ์โรค เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

สรุป

การศึกษาแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 ฉบับภาษาไทย ที่ใช้ช่วยในการวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกิน (eating disorders) ในหญิงไทยอายุ 13 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 มีความแม่นยำ (validity) อยู่ในเกณฑ์ดี ค่า cut off point ของ EAT-26 ฉบับภาษาไทยได้ 12 ซึ่งมีค่า sensitivity ร้อยละ 88.6 specificity ร้อยละ 88.7 เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้คัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการกินได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา พ.ศ. 2552 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยผู้วิจัยได้รับลิขสิทธิ์การแปลเครื่องมือนี้มาแล้ว ผู้นิพนธ์ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุน “เฉลิมพระเกียรติ” คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007:592-601.
2. Child and Adolescent Psychiatric Society of Thailand. Textbook of child and adolescent psychiatrists. 2nd edition. Bangkok: Child and Adolescent Psychiatric Society of Thailand; 2007:237-41.

3. Wiener JM, Dulcan MK. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 3rd Edition. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004:691-706.
4. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9:273-9.
5. Mintz LB, O'Halloran MS. The Eating Attitudes Test: Validation With DSM-IV Eating Disorder Criteria. *Journal of Personality Assessment* 2000; 74:489-503.
6. Keawpornsawan T. A survey of eating attitudes and behaviors among Thai female teenage students. *Siriraj Hosp Gaz* 1994; 46:363-8.
7. Puengyod A, Sukanich P. Prevalence of abnormal eating attitudes and behaviors among Thai female high school students in Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56:149-58
8. Orbitello B, Ciano R, Corsaro M, Rocco PL, Taboga C, Tonutti L, et al. The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *Int J Obes (Lond)* 2006; 30:977-81.
9. Nunes MA, Camey S, Olinto MTA, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res* 2005; 38:1655-62.
10. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10:647-56.
11. Jackson SC, Keel PK, Ho Lee Y. Trans-cultural comparison of disordered eating in Korean women. *Int J Eat Disord* 2006; 39:498-502.
12. Nelson WL, Hughes HM, Katz B, Searight HR. Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. *Adolescence* 1999; 34:621-33.
13. Russell CJ, Keel PK. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *Int J Eat Disord* 2002; 31:300-6.

The Eating Attitudes Test (EAT-26)

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ใช้ช่วยประเมินว่าโรคความผิดปกติในการกินซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบประเมินนี้ไม่ใช้ในการวินิจฉัยโรคความผิดปกติในการกินหรือใช้แทนการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ กรุณากรอกข้อมูลข้างล่างนี้ตามความเป็นจริงให้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่มีคำตอบใดที่ถูกหรือผิด ข้อมูลทั้งหมดของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ

ส่วนที่ 1: กรอกข้อมูล

วันเกิด วันที่.....เดือน.....ปีพ.ศ.....

เพศ: ชาย.....หญิง.....

ส่วนสูง.....

น้ำหนักปัจจุบัน.....

น้ำหนักที่มากที่สุด (ยกเว้นช่วงตั้งครรภ์).....

น้ำหนักน้อยที่สุด.....

น้ำหนักที่ต้องการจะเป็น.....

ส่วนที่ 2: ให้ทำเครื่องหมาย X ลงในช่องว่าง

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

คำถามเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องพฤติกรรมมารกินในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ข้อคำถาม	ไม่เคย	1 ครั้งต่อเดือน หรือน้อยกว่า	2-3 ครั้งต่อ เดือน	1 ครั้งต่อ สัปดาห์	2-6 ครั้งต่อ สัปดาห์	1 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่านั้น
1. คุณเคยกินอาหารปริมาณมากๆ ในสถานที่ที่คุณรู้สึกว่าคุณอาจจะหยุดกินไม่ได้						
2. คุณเคยทำให้ตัวเองอาเจียน เพื่อคุมน้ำหนักหรือรูปร่างของคุณ						
3. คุณเคยใช้ยาระบาย ยาลดน้ำหนัก หรือ ยาขับปัสสาวะ เพื่อคุมน้ำหนักหรือรูปร่างของคุณ						
4. คุณออกกำลังกายนานเกินกว่า 60 นาทีในแต่ละวันเพื่อลดหรือคุมน้ำหนักของคุณ						
5. น้ำหนักของคุณลดลง 20 ปอนด์ (ประมาณ 9 กิโลกรัม) หรือมากกว่า ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ _____ ไม่ใช่ _____					
*เป็นที่รู้กันว่ากินอาหารมากกว่าคนส่วนใหญ่ เมื่ออยู่ในสภาวะแวดล้อมเดียวกันและรู้สึกการกินอาหารเป็นเรื่องที่อยู่นอกเหนือการควบคุม						

วิธีการแปลผล

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

วิธีการแปลผลคำถามเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องพฤติกรรมมารกิน

ข้อคำถาม	ไม่เคย	1 ครั้งต่อเดือน หรือน้อยกว่า	2-3 ครั้ง ต่อเดือน	1 ครั้งต่อ สัปดาห์	2-6 ครั้งต่อ สัปดาห์	1 ครั้งต่อวันหรือ มากกว่านั้น
1. คุณเคยกินอาหารปริมาณมากๆ ในสถานที่ที่คุณรู้สึกว่าคุณอาจจะหยุดกินไม่ได้			✓	✓	✓	✓
2. คุณเคยทำให้ตัวเองอาเจียน เพื่อคุมน้ำหนักหรือรูปร่างของคุณ		✓	✓	✓	✓	✓
3. คุณเคยใช้ยาระบาย ยาลดน้ำหนัก หรือ ยาขับปัสสาวะ เพื่อคุมน้ำหนักหรือรูปร่างของคุณ		✓	✓	✓	✓	✓
4. คุณออกกำลังกายนานเกินกว่า 60 นาทีในแต่ละวันเพื่อลดหรือคุมน้ำหนักของคุณ						✓
5. น้ำหนักของคุณลดลง 20 ปอนด์ (ประมาณ 9 กิโลกรัม) หรือมากกว่า ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา	ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่ _____					

ถ้าให้คะแนนตรงกับเครื่องหมาย ✓ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ