

ประวัติความเป็นมา วิวัฒนาการ สาเหตุของการเกิดโรคการกินที่ผิดปกติ ในมุมมองที่เน้นปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

จุลณี เทียนไทย*

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

โรคการกินที่ผิดปกตินับเป็นโรคของสังคมสมัยใหม่ที่นับวันจะมีอัตราการแพร่กระจายตัวที่สูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยกลุ่มที่เสี่ยงที่สุดคือกลุ่มวัยรุ่นสตรี บทความนี้เป็นการศึกษาถึงประวัติของโรคการกินที่ผิดปกติ และพัฒนาการของโรคนี้ในแต่ละยุคสมัยและในแต่ละสังคมว่าเป็นเช่นไร รวมไปถึงการชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมนั้นมีส่วนผลักดันที่ทำให้เกิดและแพร่กระจายโรคนี้ไปสู่กลุ่มเสี่ยงที่เป็นวัยรุ่น ทั่วโลก ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการค้นคว้าข้อมูลทางเอกสาร รวบรวมเรื่องราวประวัติความเป็นมาของโรคการกินที่ผิดปกติ ปัจจัยที่ค้นพบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี้ จากหนังสือและเอกสารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ได้มีการตีพิมพ์ในรอบสี่สิบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2508-2548 ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ความล่าช้าในการทำความเข้าใจทางการแพทย์ในเรื่องโรคที่เกิดขึ้นใหม่ การวินิจฉัยโรคในยุคแรกๆ ยังขาดความแม่นยำ การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคที่ถูกค้นพบใหม่ในวงกว้าง รวมไปถึงการให้สาธารณชนได้เห็นภัยอันตรายของโรคการกินที่ผิดปกตินั้น ระยะเวลาที่ยาวนาน อีกทั้งสาเหตุของการเกิดโรคนี้และอาการของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ยังมีความแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม ดังนั้นการหาทางออกในการลดอัตราการแพร่กระจายของโรคการกินที่ผิดปกติจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อวงการแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องได้ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงต้นตอของรูปแบบการกำเนิดโรคนี้ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัฒนธรรม กระบวนการดังกล่าวจึงจะนำมาสู่การได้มาซึ่งวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับบริบทของความเชื่อและอาการของผู้ป่วยในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม

คำสำคัญ: โรคการกินที่ผิดปกติ วัยรุ่น ประวัติ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม การศึกษาเปรียบเทียบข้ามวัฒนธรรม

บทนำ

ในปัจจุบันกระแสโลกาภิวัตน์ได้เกิดขึ้นกับสังคมของในแต่ละประเทศ ทำให้ประเทศต่างๆ พยายามที่จะพัฒนาและปรับปรุงสังคมของตนให้มีความทันสมัย เพื่อให้ทัดเทียมความเจริญของโลกภายนอก อย่างไรก็ตามการปรับตัวเข้าสู่กระแสโลกาภิวัตน์นั้นก็มักทำให้ประชากรในแต่ละประเทศรับเอาค่านิยมความเชื่อและรูปแบบของการดำเนินชีวิตของประเทศที่พัฒนาแล้วเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตตน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในบางครั้งสามารถส่งผลไปสู่การก่อให้เกิดการแพร่กระจายของโรคได้เช่นกัน ในงานวิจัยเรื่องนี้จะนำเอาโรคการกินที่ผิดปกติมาเป็นกรณีศึกษา ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่และมีอัตราการ

แพร่กระจายตัวที่สูงขึ้นทุก ๆ ปี โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงที่สุดก็คือ วัยรุ่นสตรีอายุตั้งแต่ 10-24 ปี¹

วัตถุประสงค์ และวิธีการ

ค้นคว้าข้อมูลการวิจัยจาก ตำรา หนังสือ บทความวารสาร และบทความในนิตยสาร ทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งจัดเป็นประเภทของงานวิจัยที่ใช้เทคนิคการค้นคว้าข้อมูลทางเอกสาร (Documentary research) ประเภทที่มุ่งเน้นไปที่การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องราวประวัติความเป็นมาของโรคการกินที่ผิดปกติ ปัจจัยที่ค้นพบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี้ และการศึกษาจากหนังสือและเอกสารของงานวิจัยในต่างประเทศที่ได้กล่าวถึงการแพร่ของโรคการกินที่ผิดปกติในแต่ละทวีป ที่ได้มีการตีพิมพ์

*ติดต่อได้ที่ chulane.t@chula.ac.th โทรศัพท์ 0 2218 7292 โทรสาร 0 2255 7300

แต่ในรอบสี่สิบปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ.1965-2007 หรือ ปี พ.ศ. 2508-2550 เพื่อให้เห็นเป็นแนวทางว่า การค้นพบโรคการกินที่ผิดปกติ และพัฒนาการของโรคการกินที่ผิดปกติในแต่ละยุคสมัยและแต่ละสังคมนั้นเป็นอย่างไร รวมไปถึงการชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมนั้นมีส่วนผลักดันที่ทำให้เกิดและแพร่กระจายโรคนี้ไปสู่กลุ่มเสี่ยงที่เป็นวัยรุ่นทั่วโลกที่นับวันจะมีอัตราแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นที่ทวีคูณ

ผลและวิจารณ์

ประวัติการค้นพบโรคการกินที่ผิดปกติ

การศึกษาถึงประวัติของโรคใดๆ ควรเริ่มต้นจากการรู้ ว่าต้นกำเนิดของชื่อโรคนั้นหมายถึงอะไร เริ่มกันที่โรคการกินที่ผิดปกติประเภท Anorexia นั้นมีรากศัพท์มาจากภาษากรีก *an* แปลว่า การอดหรือการขาด ส่วนคำว่า *orexis* หมายถึง ความต้องการอยากอาหาร รวมกันโรค Anorexia จึงหมายถึง การขาดความปรารถนาที่จะรับประทาน คำนี้ได้ถูกระบุใช้อย่างไม่เป็นทางการเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1874 โดยแพทย์ชาวอังกฤษ ชื่อ Sir William Gull ในเวลาต่อมาทางวงการแพทย์ตะวันตกได้ค้นพบโรคการกินที่ผิดปกติอีกประเภทหนึ่งซึ่งเรียกว่า Bulimia คำว่า Bulimia นั้นมีรากศัพท์มาจากภาษาลาติน โดยความหมายของคำนี้เปรียบเปรยถึง ความหิวกระหายของวัวกระทิง ซึ่งสะท้อนมาจากอาการของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ ที่ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารของตัวเองได้ในชั่ววูบหนึ่ง แล้วเมื่อรู้สึกสำนึกผิด จะพยายามขับอาหารที่ตนทานนั้นออกไปด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การล้วงคอให้อาเจียน การรับประทานยาถ่าย ฯลฯ คำนี้ได้ถูกคิดค้นขึ้นในปีถัดมา คือปี ค.ศ. 1903² ในปี ค.ศ. 1987 ให้คำนิยามชื่อโรคการกินที่ผิดปกติใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ III-R เป็นครั้งแรก จวบจนมาถึงปี ค.ศ. 1992 ชื่อโรค Anorexia และ Bulimia Nervosa จึงได้มีการเปิดตัวสู่แพทย์ในนานาประเทศอีกครั้งในการประชุม International Eating Disorders Conference ซึ่งจากการประชุมครั้งนี้นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการปรับปรุงลักษณะอาการของโรคในรายละเอียดอย่างจริงจังและเป็นทางการ ในตำราคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตใน Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ IV (DSM IV) ในปี ค.ศ. 1994 ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการที่จะทำให้แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายของการเป็นโรคทั้งสองนี้หรือไม่ และเพื่อการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันของอาการของโรคนี้ในระดับสากล

ในทำนองเดียวกัน ความเป็นมาของการเกิดโรคการกินที่ผิดปกติ สามารถมองย้อนหลังกลับไปในประวัติศาสตร์จากกรณีศึกษาทางการแพทย์และบันทึกส่วนตัวของ Ellen West ผู้ป่วยหญิงสาววัย 33 ปีที่ถูกวินิจฉัยผิดๆ ว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าปนกับโรค Schizophrenia ความจริงต่างๆ ได้ถูกนำมาเปิดเผยภายหลังการฆ่าตัวตายของเธอในปี ค.ศ. 1933 ว่าแท้ที่จริงแล้ว เธอได้แสดงอาการของโรคการกินที่ผิดปกติ นั่นเอง³ ความล่าช้าในการประชาสัมพันธ์เรื่องโรคที่ถูกค้นพบใหม่เสียเวลามากกว่าสี่สิบกว่าปีกว่าจะถูกนำมาเขียนเป็นบทความลงในหนังสือเล่มแรกที่ได้มีการเผยแพร่สู่วงการวิชาการแพทย์ ที่กล่าวถึงการให้ความรู้ของโรคการกินที่ผิดปกติ ความขัดแย้งและการต่อสู้ของจิตและกายของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ ซึ่งได้ถูกตีพิมพ์ขึ้นในปี ค.ศ.1973 ในหนังสือชื่อ *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within* ที่แต่งโดย Hilde Bruch⁴ ต่อมาก็ได้มีความพยายามที่จะแผ่ขั้วคิดของการเกิดโรคการกินที่ผิดปกติในภาพยนตร์ที่ออกสู่สายตาสาธารณชนจำนวนหนึ่ง แต่กระนั้นก็ตามโรคการกินที่ผิดปกติก็ได้ปรากฏต่อสาธารณะชนอีกครั้งหนึ่งเมื่อการตายของนักร้องหญิงที่มีชื่อเสียงก้องโลก Karen Carpenter ได้ถูกวินิจฉัยว่าเธอเสียชีวิตด้วยโรค Anorexia Nervosa ในปี ค.ศ. 1985⁵ กระแสข่าวนี้นี้ได้ถูกแพร่กระจายไปยังทั่วทุกมุมโลก แฟนเพลงรวมทั้งในหมู่ดาราฮอลลีวูดก็เริ่มที่จะออกมาแสดงตนว่าตนเองก็เคยเกือบตกเป็นเหยื่อของโรคนี้ หลังจากนั้นคนทั่วไปโดยเฉพาะในประเทศซีกโลกตะวันตกก็เริ่มที่จะรู้จักหน้าตาของโรคนี้และภัยของมัน

คลื่นของการแพร่กระจายโรคการกินที่ผิดปกติ

โรคการกินที่ผิดปกตินั้นไม่ใช่โรคติดต่อ หากแต่การแพร่กระจายของโรคการกินที่ผิดปกตินั้นเกิดขึ้นจากการวิวัฒนาการของปรากฏการณ์ในด้านการพัฒนาสังคมไปสู่สังคมแห่งความทันสมัย (Modernized society) และสังคม

ที่มีแต่ความสะดวกและอุดมสมบูรณ์ (Convenient and prosperity society) ที่ทางวัฒนธรรมตะวันตกได้เผชิญ และทางตะวันออกกำลังที่จะพัฒนาตามกันมา โดยมีปัจจัยเร่งที่เกิดจากแรงเสริมของการติดต่อสื่อสารในการรับและแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมซึ่งกันและกันอย่างไม่มีขีดจำกัดของโลกในยุคโลกาภิวัตน์นั่นเอง

คลีนลูกที่ 1: โรคที่หายากและยังคงมีแต่ความคลุมเครือ

ในยุคแรก โรคการกินที่ผิดปกติเป็นโรคที่คนทั่วไปยังไม่รู้จักเพราะเกิดขึ้นกับคนเพียงจำนวนไม่มากและแทบจะหายากที่เป็นโรคนี้ได้ยาก⁴ ในช่วงต้น ค.ศ. 1960 นี้เองได้มีการบันทึกไว้ประปรายว่าโรคการกินที่ผิดปกตินั้นปรากฏขึ้นในประเทศเยอรมันและประเทศญี่ปุ่นโดยเฉพาะในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ในปลายทศวรรษ 1960 เริ่มมีจำนวนผู้ป่วยให้เห็นมากขึ้นในมลรัฐใหญ่ ๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น ในเมืองนิวยอร์ก และแถบทวีปยุโรป เช่น อเบอร์ดีน ในสกอตแลนด์ และกรุงลอนดอนในประเทศอังกฤษ⁶ สาเหตุที่ทำให้ทราบว่าโรคการกินที่ผิดปกติเกิดขึ้นในแต่ละแหล่งเหล่านี้เป็นเพราะในเมืองหลวงใหญ่นั้นจะมีคลินิกและโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตชนิดนี้ ในแต่ละสถานที่ที่โรคนี้ปรากฏจะมีเพียงจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นที่จะสามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นน่าจะเป็นอาการของโรคการกินที่ผิดปกติ แต่ก็ยังไม่มีแบบแผนตายตัวในการให้การรักษาและบำบัด คนไข้ที่เข้ามาแต่ละรายก็จะกลายเป็นกรณีศึกษาของจิตแพทย์ที่ต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคนี้ไป

คลีนลูกที่ 2: การเพิ่มขึ้นทวีคูณของโรคการกินที่ผิดปกติ

ในยุคที่สอง เริ่มมีกลุ่มผู้ศึกษาและเก็บข้อมูลทางสถิติของการเกิดโรคการกินที่ผิดปกติในประเทศสหรัฐอเมริกา และในประเทศยุโรป โดยพวกแพทย์เหล่านั้นได้ติดตามผลการให้การรักษาของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ ตามสถิติได้ระบุว่าผู้ป่วยที่เป็นโรค Anorexia ได้เพิ่มขึ้นสองเท่าตัวภายในระหว่างทศวรรษที่ 1970-1980 ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้มักจะเป็นสตรีในวัย 15-25 ปี โดยจะพบว่าในประเทศเดนมาร์ก จำนวนสตรี 10,000 คน จะมีผู้ป่วยเป็น โรคนี้ประมาณ

222 ราย หรือร้อยละ 2.22⁷ และในประเทศญี่ปุ่นอัตราการตรวจพบผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งดูได้จากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในรอบหนึ่งปี คือระหว่างปี 1980-1981 จากผู้ป่วย 1,080 รายเพิ่มขึ้นเป็น 1,312 ราย⁸ ในปลายทศวรรษนี้ได้พบว่าในนานาประเทศ อาทิเช่น ฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี เบลเยียม นอร์เวย์และ สเปน โปแลนด์ เชคโกสโลวาเกีย และ ยูโกสลาเวีย เป็นต้น⁹ ก็เริ่มพบว่ามีผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคการกินที่ผิดปกติเกิดขึ้นแล้ว

คลีนลูกที่ 3: ยุคของการได้รับความสนใจและการศึกษาอย่างเป็นทางการ

ยุคนี้เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1990 ได้เริ่มมีการเก็บรวบรวมลักษณะอาการของผู้ป่วยเป็นโรคการกินที่ผิดปกติที่แสดงออกมาแตกต่างกัน³ ได้มีการเก็บประวัติการติดตามการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้และเข้ารับการรักษาบำบัดในปี 1965 จวบจนหายขาดในปี 1991¹⁰ อีกทั้งได้เริ่มมีการคิดที่จะเปิดเป็นสถาบันบำบัดผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้โดยเฉพาะที่เน้นการพักรักษาตัวของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นๆ ในสถานบำบัดจะมีการดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เป็นสตรีที่เข้ารับการรักษามีอายุน้อยลง กล่าวคือ มักอยู่ในวัย 10-19 ปี ในช่วงต้นยุค 1990 นี้เองที่วงการแพทย์ได้ระบุว่าโรคการกินที่ผิดปกติเป็นโรคหนึ่งที่มีความเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น จากผลการศึกษาของ Lucas¹¹ ได้ระบุว่า ส่วนหนึ่งของการที่ทำให้สถิติสูงขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มในเรื่องของแฟชั่นในปี 1980 ที่เริ่มนิยมรูปร่างหน้าตาหุ่นนางแบบที่มีรูปร่างผอมเพรียว ในยุคนี้เองวงการแพทย์ได้เริ่มตั้งสมมติฐานของสาเหตุการเกิดโรคการกินที่ผิดปกติว่าสามารถเกิดได้จากปัจจัยสองทาง กล่าวคือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น การที่วัยรุ่นมีมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตและเคยป่วยเป็นโรคนี้มาแล้ว และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่สร้างความกดดันให้วัยรุ่นอยากผอม ในยุคนี้ก็มีการให้คำจำกัดความของอาการโรคการกินที่ผิดปกติประเภท Bulimia¹² อย่างเป็นทางการอีกด้วย

คลีนลูกที่ 4: ยุคที่โรคการกินที่ผิดปกติได้กลายเป็นโรคระบาดของสังคมโลก

ยุคนี้เริ่มต้นไปพร้อมๆ กับการแพร่กระจายของ ค่านิยมของการกลัวความอ้วน (Fat phobia) ผู้คน โดยทั่วไปเริ่มอยากที่จะมีรูปร่างที่ผอมบาง (Slender body) การแพร่ระบาดของโรคการกินที่ผิดปกติในยุค กลางทศวรรษ 1990 นี้ได้แพร่กระจายไปพร้อมๆ กับ อัตราการเพิ่มขึ้นของโรคการกินที่ผิดปกติในทุกแห่งของ โลก ตามสถิติพบว่าเกิดโรคการกินที่ผิดปกติในประเทศอา เจนตินา ออสเตรเลีย เบลเยียม แคนาดา ชิลี จีน สาธารณรัฐเชค เดนมาร์ก อียิปต์ ฝรั่งเศส เยอรมัน ฮองกง ฮังการี อินเดีย อิสราเอล อิตาลี ญี่ปุ่น เม็กซิโก เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ ไนจีเรีย นอร์เวย์ โปแลนด์ สิงคโปร์ แอฟริกาใต้ เกาหลีใต้ สวีเดน สวิตเซอร์แลนด์ ตุรกี สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เป็นต้น¹³ ซึ่งในยุคนี้เป็นยุค ของการแลกเปลี่ยนข้อมูลเทคโนโลยีในการสื่อสารของสื่อ (Mass media) ซึ่งทำให้สื่อต่อการรับเอาค่านิยมใหม่ๆ เข้ามาในวัฒนธรรมของตน ในขณะเดียวกัน ในประเทศที่ ประสบกับโรคนี้มาแล้วก็จะมีพัฒนาการในการให้การ รักษาได้อย่างดีกว่าประเทศที่เพิ่งตื่นตัวและรู้จักโรคนี้ ปรากฏการณ์เช่นนี้ยังคงเป็นมาจนถึงปัจจุบัน โรคการกิน ที่ผิดปกตินี้จึงถูกมองว่าเป็นโรคระบาดแห่งยุคของ สมัยใหม่¹⁴ ตัวแปรที่ช่วยสนับสนุนให้โรคนี้เกิดขึ้นอย่าง ทวีคูณก็คือ ปรัชญาเศรษฐกิจแบบบริโภคนิยมที่มักจะ สร้างความอยาก (Desire) การให้ได้มาซึ่งการตอบสนอง ต่อความต้องการของบุคคล (Personal satisfaction) ที่ถูก ทำให้เข้าใจผิดว่าตนมีไม่เพียงพอและสิ่งเหล่านี้ที่ตนอยาก ได้ สามารถซื้อหาลงทุนกันได้ จึงไม่น่าแปลกใจเลยที่ใน ยุคนี้ร่างกายของมนุษย์ถูกมองว่าเป็นพื้นที่ของการลงทุน เพื่อทำให้ดูดี สวยงาม และปรับแต่งให้มีรูปแบบที่ไร้ที่ติดอยู่ ตลอดเวลา

การจำแนกองค์ประกอบของปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ของการเกิดโรคการกินที่ผิดปกติ

องค์ประกอบของปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค การกินที่ผิดปกติสามารถจำแนกได้หลายประเภท ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพและกรรมพันธุ์ที่เกิดจากความผิดปกติ ของจิต ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ปัจจัยทางความแตกต่าง ของเพศสภาพที่ทำให้เพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ ได้สูงกว่าเพศชาย รวมไปถึงบุคคลที่มีลักษณะของการ

ขาดความมั่นใจในตนเองก็จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้ ปัจจัยที่เกิดจากการประท้วงที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว อาทิเช่น การมีบิดาที่เข้มงวดในกฎระเบียบมาก ลูกสาว อาจแสดงอาการเก็บกดด้านจิตใจโดยใช้การควบคุม พฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเพื่อแสดงอำนาจ การต่อต้านของบิดา เป็นต้น ปัจจัยความเสี่ยงที่เกิดจาก สภาพแวดล้อมทั่วๆ ไป เช่น การอาศัยอยู่ในสังคมเมือง สังคมประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและ อุตสาหกรรม การเป็นคนในกลุ่มชนชั้นสูง การประกอบ อาชีพที่ให้ความสำคัญกับเรื่องรูปร่าง เช่น เป็นนักเต้น บัลเล่ย์ ดารานักแสดง นางแบบนายแบบ เป็นต้น ซึ่งล้วน แล้วแต่จะพบผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ได้มากกว่าคนที่อาศัยอยู่ ในเขตชนบท คนที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำ ประกอบอาชีพที่ไม่ได้หากินบนความสวยงามและรูปร่าง ของตน¹⁴ และ ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่เป็นสาเหตุของการ เกิดโรคนี้ในหมู่วัยรุ่นในยุคปัจจุบัน คือ ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม (Sociocultural factors) ซึ่งครอบคลุมถึง การพัฒนาความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนที่ เกิดขึ้นจากการเปรียบเทียบรูปร่างของตนเองกับ มาตรฐานความงามในอุดมคติที่สังคมตนยกย่อง¹⁵

ดังนั้นในบทความนี้ผู้วิจัยจะขอขยายความและให้ ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นหลัก เนื่องจากจะเป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การ วิจัยที่จะแสดงให้เห็นว่าใน แต่ละสังคมวัฒนธรรม นั้นมีรูปแบบการพัฒนาของโรคนี้จากจุดกำเนิดและความ เชื่อที่แตกต่างกันไป

ความแตกต่างในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม

สาเหตุ ความเชื่อ และค่านิยมที่นำไปสู่การเกิดโรค การกินที่ผิดปกตินั้น รวมไปถึงอาการที่ถูกแจกแจงใน ตำราคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตใน Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ IV (DSM IV) ที่แพทย์แผนปัจจุบันยึดถืออยู่นั้นไม่สามารถ ครอบคลุมอาการและลักษณะของผู้ที่ป่วยที่เป็นโรคนี้ที่ เกิดขึ้นในแต่ละวัฒนธรรมได้¹⁶ ดังที่งานวิจัยของ Lee และ คณะ^{17,18} ได้ระบุไว้ว่า ยังมีผู้ป่วยอีกมากที่พบในประเทศ ฮองกง อินเดีย มาเลเซีย สิงคโปร์และญี่ปุ่นที่ไม่ปรากฏว่า เข้าข่ายของการเป็นโรคกลัวความอ้วน หรือ ที่ผล

การศึกษาของ Khandelwal และคณะได้ยกกรณีที่มีผู้ป่วยชาวอินเดียอีกไม่น้อยที่เมื่อถูกวินิจฉัยตามตำราของแพทย์ตะวันตกไม่ได้มีอาการที่เข้าข่ายข้อต่างๆ ตามที่ตำราระบุไว้⁹ แต่ที่เขาเหล่านั้นก็ป่วยเป็นโรคการกินที่ผิดปกติ ดังนั้นโรคการกินที่ผิดปกตินี้จึงถูกมองว่าเป็นโรคที่จัดว่ามีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับวัฒนธรรม (Culture-bound syndrome)¹³ โดยการศึกษาและวินิจฉัยโรคการกินที่ผิดปกตินี้ควรที่จะกระทำขึ้นภายใต้การคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของสังคมที่ผู้ป่วยนั้นอาศัยอยู่เป็นสำคัญ ทั้งนี้เป็นเพราะทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอาหารการกินที่มนุษย์นั้นแสดงออกมามีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ตัวอย่างดังต่อไปนี้จะกล่าวถึงความแตกต่างของการค้นพบที่เรียนรู้จากผู้ป่วยในแต่ละทวีป และในแต่ละทวีปที่เลือกกล่าวถึง จะเป็นทวีปที่โรคการกินที่ผิดปกติเพิ่งปรากฏขึ้นหรือเริ่มตีบลคลานเข้าสู่สังคม

ประเทศในทวีปเอเชีย

ในบรรดาประเทศในแถบเอเชีย ประเทศญี่ปุ่นจะเป็นประเทศแรกๆ ที่โรคการกินที่ผิดปกติเข้ามาเยือน เนื่องด้วยลักษณะของโรคมีความสอดคล้องและเข้ากันได้ง่ายกับความเจริญของเมือง (Urbanization and modernization) และการเน้นการดำเนินชีวิตของความปัจเจกบุคคลที่สูง (High individualism) เพราะได้รับอิทธิพลมาจากกระแสบริโภคนิยมจากสื่อต่างๆ โรคการกินที่ผิดปกติจึงได้รับความสนใจจากวงการแพทย์ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองเพราะพบว่าผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ชัดในหมู่สตรี ช่วงนี้เองเป็นช่วงที่โครงสร้างความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวญี่ปุ่นได้ถูกเปลี่ยนแปลงไป²⁰ ซึ่งในระยะหลังเมื่อประเทศญี่ปุ่นได้เจริญก้าวหน้าอย่างมากในด้านพัฒนาการไปสู่สังคมชั้นแนวหน้าของโลก สถิติของผู้ป่วยที่เป็นเด็กวัยรุ่นสตรีที่ป่วยเป็นโรคนี้ก็เริ่มจะเพิ่มมากขึ้นเป็นทวีคูณ แต่ที่น่าแปลกใจมากคือช่วงอายุของสตรีในเอเชียที่ป่วยเป็นโรคนี้ดังเช่นปรากฏในประเทศญี่ปุ่นจะเกิดขึ้นกับเด็กวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่าในแถบสหรัฐอเมริกาและยุโรป นั้น ก็คือ ช่วงอายุระหว่าง 13-29 ปี¹¹ จนกระทั่งได้มีการบัญญัติศัพท์ทางการแพทย์ของญี่ปุ่นที่บ่งบอกถึงลักษณะ การกินที่

ควบคุมไม่ได้ (Binge-eating) ที่ใกล้เคียงกับที่พบในตะวันตกว่า *Kibarashi-gui*²¹

ข้อแตกต่างทางวัฒนธรรมยังมีให้เห็นในกรณีของผู้ป่วยที่นักจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคการกินที่ผิดปกติคือ Lee และคณะ ได้ค้นพบว่า ในประเทศฮ่องกงมีความแตกต่างจากผู้ป่วยในประเทศตะวันตก^{17,22} กล่าวคือผู้ป่วยฮ่องกงมักมีความเชื่อที่ว่าสาเหตุที่ตนไม่ได้รับประทานอาหารไม่ได้เป็นเพราะความกลัวที่จะอ้วน หากแต่เขาเชื่อว่าตนเองมีปัญหากับระบบการย่อยอาหาร อีกทั้งผู้ป่วยชาวฮ่องกงที่เป็นโรคการกินที่ผิดปกติมักมาจากชนชั้นล่างซึ่งตรงกันข้ามกับสิ่งที่พบในประเทศตะวันตกที่ผู้ป่วยมักจะมาจากกลุ่มคนในชนชั้นสูง เป็นต้นที่สำคัญที่สุดคือผู้ป่วยชาวฮ่องกงที่เป็นโรคการกินที่ผิดปกติไม่ได้แสดงอาการหรือความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองเลย (No sign of body image distortion or body image concern) ซึ่งเช่นเดียวกันปรากฏการณ์เช่นนี้ก็เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในสังคมอินเดีย²³

ในช่วงกลางถึงปลายปีทศวรรษ 1990 เป็นช่วงที่ตัวเลขทางสถิติได้แสดงว่าวัยรุ่นสตรีฮ่องกงเป็นโรคการกินที่ผิดปกตินั้นพุ่งไปสู่จุดสูงสุด²⁴ ซึ่งเป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงช่วงต่อของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมจากค่านิยมเดิมมาสู่ค่านิยมใหม่ เพราะวัยรุ่นหญิงฮ่องกงก็เหมือนกับวัยรุ่นหญิงชาวจีนที่ขณะเมื่อเป็นเด็กมักถูกลี้นดูให้อ้วนท้วนสมบูรณ์ตามแบบของค่านิยมดั้งเดิมของชาวฮ่องกงและชาวจีน เพราะจะทำให้ดูเป็นเด็กที่น่ารักดี แต่เมื่อพวกเขาโตขึ้นมาและรับเอาค่านิยมใหม่ตามกระแสตะวันตกก็เป็นเหตุผลักดันให้อายากรูปร่างที่ผอมเพรียว ความกดดันอย่างหนักที่จะต้องจัดการกับรูปร่างของตนเองจึงเป็นบ่อเกิดที่ทำให้สถิติโรคของการกินที่ผิดปกติในหมู่วัยรุ่นของวัฒนธรรมนี้ได้พุ่งสูงขึ้น

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายประเทศที่โรคการกินที่ผิดปกติกำลังตีบลคลานเข้ามาในหมู่วัยรุ่น อาทิเช่น ประเทศสิงคโปร์ เกาหลีใต้²⁵ ปากีสถาน²⁶ และในประเทศไทย²⁷⁻³⁰ เองซึ่งเป็นผลมาจากการเปิดรับเอาค่านิยมเรื่องรูปร่างและความงามตามกระแสแฟชั่นสมัยใหม่ที่เน้นสัดส่วนรูปร่างของผู้ที่สวมใส่ ที่ล้วนแล้วแต่สร้างความกดดันให้วัยรุ่นเกิดความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนและ

หันหาวิธีการลดความอ้วนที่ผิดๆ เช่น การอดอาหารอย่างรุนแรง การทานยาลดความอ้วน การกินยาถ่าย รวมไปถึงการล้วงคอให้อาเจียน ซึ่งอาจทำให้น้ำไปสู่การเกิดโรคการกินที่ผิดในขั้นเรื้อรังได้ในที่สุด

ประเทศในทวีปแอฟริกาและกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง

สังคมวัฒนธรรมแอฟริกา นั้น การมีรูปร่างที่อ้วนท้วนสมบูรณ์เป็นสิ่งที่มีค่ามากในสังคมนั้นปรารถนา เพราะมันบ่งบอกถึงสถานะภาพการมีอันจะกินในสังคมที่อาหารเป็นสิ่งที่มีค่าได้ยาก³¹ แม้กระทั่งส่วนหนึ่งของพิธีการเตรียมตัวเจ้าสาวก่อนที่จะเข้าสู่พิธีการแต่งงานของชนเผ่าในแอฟริกา เจ้าสาวจะถูกเก็บตัวเป็นเดือนเพื่อไม่ให้ทำงานหนักและในแต่ละมือก็จะให้เจ้าสาวนั้นบริโภคอาหารเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูงเพื่อให้เธอมีรูปร่างที่อ้วนท้วนสมบูรณ์ ในเชิงสัญลักษณ์นั้นจะหมายความว่า เธอมีมาจากรอบคอบที่มืออันจะกิน ที่ดูแลเธอเป็นอย่างดี และรูปร่างของเธอเองนั้นก็บ่งบอกถึงการเป็นแม่พันธุ์ที่ดีอีกด้วย ซึ่งค่านิยมเหล่านี้ได้เริ่มเจือจางลงเมื่อคนสังคมในทวีปแอฟริกาได้ติดต่อกับชาวตะวันตกและเริ่มที่จะรับเอาค่านิยมของความสวยงามจากวัฒนธรรมตะวันตก และเริ่มที่รู้จักอายุในรูปร่างของตนเอง ดังที่ปรากฏในงานวิจัยของ Le Grange ในปี ค.ศ.1998³² และหลังปี 1990 ได้ค้นพบว่าพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ เช่น การล้วงคอให้อาเจียนได้เกิดขึ้นแล้วในหมู่นักศึกษาชาวไนจีเรีย³³

ในกรณีเดียวกันประเทศในแถบตะวันออกกลาง อาทิ เช่น ประเทศอียิปต์³⁴ อิหร่าน³⁵ โอมาน³⁶ และอิสราเอล³⁷ ก็พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นสตรีก็เริ่มที่จะแสดงอาการของโรคการกินที่ผิดปกติทั้งสองประเภท คือ Anorexia and Bulimia อย่างไรก็ตามแพทย์ในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางพบว่า อาการของผู้ป่วยในวัฒนธรรมนี้ไม่ได้แสดงอาการทั้งหมดตามแบบของชาวตะวันตก หรือที่เรียกกันว่าเป็น Partial eating disorders syndrome ดังนั้นในการวินิจฉัย รวมไปถึงการให้การรักษาก็จะยึดตามแบบของชาวตะวันตกเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น และอีกส่วนหนึ่งจะเป็นการให้การรักษาโดยดูสภาพอาการและความเหมาะสมทางวัฒนธรรมเป็นสำคัญ

ประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกาและประเทศในแถบแคริบเบียน

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางการเมืองจากรูปแบบการปกครองแบบเผด็จการทหารไปสู่เศรษฐกิจแบบเสรีนิยมของประเทศชิลี เป็นตัวอย่างที่ดีอีกหนึ่งตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อสุขภาพและภาพลักษณ์เรื่องรูปร่างโดยเฉพาะที่เกิดขึ้นในหมู่สตรีชาวชิลี³⁸ ในช่วงปลายทศวรรษ 1980 ความปรารถนาที่จะผอม และการควบคุมน้ำหนัก ได้แพร่เข้ามาสู่หมู่เด็กสาวกลุ่มประเทศลาตินอเมริกาและประเทศในแถบแคริบเบียน เช่น ในประเทศอาเจนตินา บราซิล เม็กซิโก และในกลุ่มประเทศในเขตอเมริกากลาง ซึ่งเป็นผลมาจากการรับเอาค่านิยมของชาวตะวันตกที่มาพร้อมๆ กับการขยายธุรกิจการท่องเที่ยว⁴³ อย่างไรก็ตามการศึกษาถึงโรคการกินที่ผิดปกติในกลุ่มประเทศเหล่านี้ยังมีอยู่อย่างจำกัด

สรุป

ประโยชน์ของการศึกษาประวัติและวิวัฒนาการของโรคการกินที่ผิดปกติ ทำให้เราได้ตระหนักว่า ความล่าช้าในการทำความเข้าใจทางการแพทย์ในเรื่องโรคที่เกิดขึ้นใหม่ การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องและแม่นยำ การประชาสัมพันธ์เรื่องโรคที่ถูกค้นพบใหม่ รวมไปถึงการให้สาธารณชนได้เห็นภัยอันตรายของโรคที่เกิดขึ้นใหม่นี้ เช่น โรคการกินที่ผิดปกติ นั้น กินระยะเวลายาวนานจนเกินไป โดยเรามักจะละเลยที่จะให้ความสำคัญกับโรคที่เกิดขึ้นกับคนหมู่น้อย เพราะมักจะมองข้ามไปว่าโรคการกินที่ผิดปกติเป็นโรคที่ไม่ได้แพร่กระจายไปโดยการติดต่อทางร่างกาย ซึ่งทำให้ไม่สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเหล่านี้ และกลับทำให้โรคเหล่านี้เจริญเติบโตแพร่เข้าไปยังกลุ่มเสี่ยงต่างๆ มากขึ้นโดยเฉพาะกับกลุ่มวัยรุ่นอย่างทวีคูณ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าทางเอกสารที่ได้จากบทความทางวิชาการในนานาประเทศสามารถยืนยันเป็นข้อพิสูจน์ว่า เราควรที่จะเล็งเห็น ความสำคัญของอิทธิพลที่ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีต่อการแพร่กระจายโรคการกินที่ผิดปกติ เพื่อให้ได้มาซึ่งความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่จะหาทางออกในการลดอัตราการแพร่กระจายของโรคนี้ได้ ซึ่งเราเองต้องเข้าใจถึงต้นตอของรูปแบบการกำเนิด

โรคนี้ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัฒนธรรม เพราะการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพจะไม่เกิดขึ้นเลยหากเราไม่ได้รักษาตามอาการของผู้ป่วยที่มีพื้นฐานมาจาก ความเชื่อ ค่านิยม และการแสดงออก ซึ่งอาการที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละสังคมได้เป็นตัวผลักดันให้เกิดโรคนี้ได้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Van Hoeken D., Seidell J. and Hoek HW. 2005. Epidemiology. In *The Essential Handbook of Eating Disorders*. Janet Treasure, Ulrike Schmidt and Eric van Furth (eds.). England: John Wiley & Sons Ltd. 11-34.
2. Costin C. 1999. *The Eating Disorder Sourcebook: A Comprehensive Guide to the Causes, Treatments, and Prevention of Eating Disorders*. Los Angeles: Lowell House.
3. Gordon RA. 2000 *Eating Disorders: Anatomy of A Social Epidemic*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
4. Palazzoli MS. 1974. *Self-Starvation*. New York: Jason Aronson.
5. Carpenter R. 1983. A brother remembers—an account of Karen Carpenter brave battle over the years against anorexia nervosa. *People* 76, Nov 83.
6. Hill OW. 1977. Epidemiologic aspects of anorexia nervosa. *Adv Psychosom Med* 9: 48-62.
7. Pagsberg AK. and Wang AR. 1994. Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Bornholm Country Denmark, 1970-1989. *Acta Psychiatr Scand* 90: 256-265.
8. Suematsu H., Ishikawa T., Kuboki T. and Ito T. 1985. Statistical studies on anorexia nervosa in Japan: detailed clinical data on 1,011 patients. *Psychother Psychosom* 43: 96-103.
9. Papezova H., Yamamoto A. and Dragomirecka E. 1998. Eating disorders - sociocultural differences in therapy availability and course of the illness. Presented at Eight New York International Conference on Eating Disorders. April 24-26, New York.
10. Eagles JM., Johnston MI., Hunter D., Lobban M. and Millar HR. 1995. Increasing incident of anorexia

nervosa in the female population of northeast Scotland. *Am J Psychiatr* 152: 1266 -1271.

11. Lucas AR., Beard CM., O'Fallon WM. and Kurland LT. 1991. 50 - year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A Population-Based Study. *Am J Psychiatr* 148: 917-922.
12. Russell GFM. 1979. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9: 429-448.
13. Gordon RA. 2001. Eating disorders East and West: A culture-bound syndrome unbound in *Eating Disorders and Cultures in Transition*. (eds.) by Mervat Nasser, Melanie A. Katzman, and Richard A. Gordon. New York: Brunner-Routledge. 1-22.
14. Williams P. and King M. 1987. The "epidemic" of anorexia nervosa: another medical myth? *Lancet* 1(8526):205-207.
15. Treasure J., Schmidt U. and van Furth E. (eds.). 2005. *The Essential Handbook: Eating Disorders*. England: John Wiley & Sons Ltd.
16. Westheim EH., Paxton SJ. and Blaney S. 2004. Risk factors for the development of body image disturbances. In *Handbook of Eating Disorders and Obesity* edited by J. Kevin Thompson. New York: John Wiley & Sons, Inc.
17. Lee S., Ho TP. and Hsu LK. 1993. Fat phobia and nonfat phobia anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 23: 999 -1017.
18. Lee S. 1994. The Diagnostic interview schedule and anorexia nervosa in Hong Kong. *Arch Gen Psychiatr* 51: 251-252.
19. Khandelwal SK., Shran P. and Saxena S. 1995. Eating disorders: an Indian perspective. *Int J Soc Psychiatr* 41: 132-146.
20. Ishikawa K. 1965. Ueber die eltern von anorexia-nervosa - kranken. In Mayer JE. Feldmann H. (eds), *Anorexia Nervosa*. Stuttgart: Verlag.
21. Nogami Y. and Yabana F. On Kibarashi-gui. 1977. *Jpn J Psychiatr Neurol* 31: 135-166.

22. Lee S. 1991. Anorexia nervosa in Hong Kong: A Chinese perspective. *Psychol Med* 21: 703-711.
23. Khandelwal SK., Shran P. and Saxena S. 1995. Eating disorders: an Indian perspective. *Int J Soc Psychiatr* 41: 132-146.
24. Lee AM. and Lee S. 1996. Disordered eating and its psychosocial correlates among Chinese adolescent females in Hong Kong. *Int J Eat Disord* 20: 177-184.
25. Sjostedt JP., Sschumaker JF. and Nathawat SS. 1998. Eating disorders among Indian and Australian university students. *J Soc Psychol* 138(3): 351-357.
26. จุลณี เทียนไทย. 2549. การเจริญเติบโตของวัยรุ่นไทยท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสังคม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางเพศในการมองภาพลักษณ์รูปร่างอันเป็นผลเสียต่อสุขภาพของวัยรุ่นไทยอายุ 16-19 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัย. สำนักงานคณะกรรมการและกรรมการอุดมศึกษาและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
27. Thianthai C. 2006. Influential sources affecting bangkok adolescent body image perceptions. *Int J Adolesc Med Health* 18(4): 633-642.
28. Pawaputanond na Mahasarakam S. 2001. Body image, expected body size, and eating behavior of first year Mahidol University students. A Master of Arts (Health Social Science) Thesis, Mahidol University.
29. Bookchai C. 2001. Body perception and weight loss behavior among female adolescents. A Master of Science (Public Health), Mahidol University.
30. ยุพดี บุรณ์ชวาล. 2546. ปัจจัยการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจบริโภคยาลดความอ้วนของวัยรุ่นสตรีในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
31. Furnham A. and Alibhai N. 1983. Cross-cultural differences in the perception of female body shapes. *Psychol Med* 13: 829-837.
32. Le Grange D., Telch CF. and Tibbs J. 1998. Eating attitudes and behaviors in 1,435 South African Caucasian and non-Caucasian college students. *Am J Psychiatr* 155: 250-254.
33. Oyewumi LK. and Kazarian SS. 1992. Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths: I. Bulimic behavior. *East Afr Med J* 69: 663-666.
34. Nasser M. 1994. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 29(1): 25-30.
35. Nobakht M. and Dezhkam M. 2000. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord* 28(3): 265-271.
36. Adawi S., Dorvlo AS., Burke DT., Bahlani S., Martin RG. and Ismaily S. 2002. Presence and Severity of anorexia and bulimia among male female Omani and non-Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 41(9): 1124-1130.
37. Mitrany E., Lubin F., Chetrit A. and Modan B. 1995. Eating disorders among Jewish female adolescents in Israel: A 5 year study. *J Adolesc Health* 16(6): 454-457.
38. Anderson-Fye EP. and Becker AE. 2004. Sociocultural aspects of eating disorders In *Handbook of Eating Disorders and Obesity* edited by J. Kevin Thompson. New York: John Wiley & Sons, Inc.
39. Anderson-Fye EP. 2002. Never Leave Yourself: Belizean Schoolgirls' Psychological Development in Cultural Context. Unpublished Doctoral Dissertation, Harvard University, Cambridge, MA.

THE HISTORY, EVOLUTION, AND CAUSES OF EATING DISORDERS THROUGH THE SOCIOCULTURAL-RELATED FACTORS AND PERSPECTIVE*Chulanee Thianthai***Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Political Science, Chulalongkorn University, Bangkok 10330***Abstract**

Eating disorders is considered to be a modern and wide-spread disease, targeting at female adolescents' group, which the rate is rapidly growing in each year. Thus, this article aims to examine the history of this disease, its development throughout time, and how it evolves in each society. Moreover, this article also aims to highlight how sociocultural factors have influenced the prevalence of this disease throughout the world. The researcher used documentary research technique in collecting data related to the history of eating disorders by searching through medical textbooks and research documents that were published within the past 40 years, from the year 1965 to 2005. Research result has shown that during the first period when this disease was discovered, it took a long time for the medical arena to gain an in-depth understanding of the disease as well as to find the right standardized diagnostic criteria. The document also reflected the lack of enthusiasm in promoting the information of this disease to the public. Moreover, there is also a cultural variation in both the beliefs of what causes one to have an eating disorder symptom and the actual symptoms itself. Due to this reason, the researcher suggests that in order to reduce the rate of eating disorders prevalence, the medical sector and individuals who are involved must have an in-depth understanding of how eating disorders was originated in each culture. This type of understanding would then bring about an efficient way that is most suitable for treating the patients of that particular culture.

Keywords: eating disorders, adolescents, history, socio-cultural factors, cross-cultural comparison

*To whom correspondence should be addressed. E-mail: chulane.t@chula.ac.th, Tel. 0 2218 7292, Fax. 0 2218 7300