Prevalence of eating problems and related factors in professional female models above 18 years old in Bangkok.

Miss Worada Elstow

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2020

Copyright of Chulalongkorn University

ความชุกของปัญหาการกินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนางแบบอาชีพอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร

น.ส.วรดา เอลสโตว์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Thesis Title	Prevalence of eating problems and related factors in professional female models above 18 years old in Bangkok.
By	Miss Worada Elstow
Field of Study	Mental Health
Thesis Advisor	PAUL THISAYAKORN, M.D.

Accepted by the FACULTY OF MEDICINE, Chulalongkorn University in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Science

..... Dean of the FACULTY OF MEDICINE
(Professor SUTTIPONG WACHARASINDHU, M.D.)

THESIS COMMITTEE

..... Chairman
(Associate Professor RASMON KALAYASIRI, M.D.)

..... Thesis Advisor
(PAUL THISAYAKORN, M.D.)

..... External Examiner
(NAPAKKAWAT BUATHONG, Ph.D.)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วรดา เอลสโตว์ : ความชุกของปัญหาการกินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนางแบบอาชีพอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร. (Prevalence of eating problems and related factors in professional female models above 18 years old in Bangkok.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : นพ.พรทิสยากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อการศึกษาความชุกของปัญหาการกินในนางแบบมืออาชีพและเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อปัญหาการกินในนางแบบมืออาชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลจากนางแบบไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปในกรุงเทพมหานคร จำนวนนางแบบที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 109 คน ที่อยู่ในเอเจนซี่นางแบบ 8 แห่งที่ประสงค์จะไม่เปิดเผยชื่อ แบบสอบถามการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเพื่อถามหาข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการประกอบอาชีพ ประกอบกับการใช้แบบทดสอบทัศนคติการกินภาษาไทย 40 (EAT-40) มาตรวัดความไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเองภาษาไทยและมาตรวัดระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าภาษาไทย (HADS) และใช้สถิติ Chi-square และ Fisher’s exact test ในการทดสอบหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการกินในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้

ผลการศึกษาพบว่านางแบบในกลุ่มตัวอย่าง 15.6 % มีปัญหาในการกิน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความไม่พอใจของร่างกาย ดัชนีมวลกาย (BMI) ความถี่ในการรับประทานอาหาร และการเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นนางแบบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2563	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

6074031330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Eating problems, Body dissatisfaction, Anxiety, Depression, Professional female fashion model

Worada Elstow : Prevalence of eating problems and related factors in professional female models above 18 years old in Bangkok.. Advisor: PAUL THISAYAKORN, M.D.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to study the prevalence of eating problems in professional models and to study the related factors that contribute to eating problems in professional models above 18 years old in bangkok. The data was collected in 109 female models in Bangkok. Self-report questionnaires include general background questionnaire created by the researcher to ascertain personal and occupational information along with the use of the Thai Eating Attitude Test 40 (EAT-40), The Thai Body Image Dissatisfaction Scale, and The Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Statistical analysis of Chi-square and Fisher's Exact tests were performed to examine associated factors which had significant relations to the models' eating problems.

The results revealed that Fifteen point six percent of models have a problematic eating attitude with statistically significant relating factors being depression, anxiety, body dissatisfaction, Body Mass Index (BMI), diet frequency, and self-comparison to model colleagues.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Mental Health Student's Signature .....

Academic Year: 2020 Advisor's Signature .....

ACKNOWLEDGEMENTS

This piece of research was achieved with the help of my advisor Puntarik Srisawat MD. and Paul Thisayakorn MD. and who have so generously and patiently given me help and advice to the best of their abilities.

I would like to extend my acknowledgements to Associate Professor Rasmon kalayasiri for accepting to be the Signature of Chairperson of Committee and Napakkawat Buathong for accepting to be the foreign chairperson of committee and helping me to edit and complete this thesis.

This thesis would not have been possible without the help from the administration team at the Department of Psychiatry, especially P'Fern Juthapat Sasipinyo, P'Nest Kulthida Rachsombat, and P'Porn Supaporn Pukcharoeun.

I would also like to extend my gratitude towards the founders and managers of all the 8 modeling agencies who have allowed me to conduct this research in their model population. Thank you to all the models who have participated in this study and model friends who have helped me acquire the connections needed to conduct this research notably, Nin Chingduang Duijkers and Mean Sudarat.

Regarding mental support, I would like to hold out my appreciation to my family and friends namely; Montana Pironnim (my mother), Christopher Hills (My uncle), Nu-D, Dinsor, Pat Pattarapongmanee, Pat Glueblue, and everyone in my Mental Health program class for being the winds beneath the wings of my serotonin receptors, and special thanks to Dot. Jacopo Gianinotto for being the powerhouse from which I found the strength to complete this body of work.

Finally, I would like to express my appreciation to Nophand Boonyai for giving me moral support for the completion of this thesis.

Worada Elstow

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

TABLE OF CONTENTS

Page

ABSTRACT (THAI) iii

ABSTRACT (ENGLISH) iv

ACKNOWLEDGEMENTS v

TABLE OF CONTENTS vi

LIST OF TABLES viii

Chapter 1 1

Introduction 1

Background and Rationale 1

Research Questions 2

Research Objectives 3

Hypothesis 3

Operational Definition 3

Expected Benefit and Application 3

3. Conceptual Framework 4

Chapter 2 5

Literature Review 5

2.1 Body image 5

2.2 Eating problems 6

2.3 Previous researches 6

Chapter 3 11

Methodology 11

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Research Methodology 11

Population and Sample 11

Assessment Tools 12

Data collection 15

Data Analysis 15

Chapter 4 16

Results 16

Part1 17

Part 2 Presentation of clinical information acquired from the models using the tools; EAT-40, Body Dissatisfaction scale and HADS. 20

Part 3 The correlation between the demographic/clinical factors and the problematic eating behaviors. 21

Part 4 Information on independent variables that were found not to have a significant correlation to eating attitudes. 24

Chapter 5 29

Limitations 32

Future direction 33

REFERENCES 34

Appendix 38

VITA 53

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

LIST OF TABLES

Table 1 Personal information and occupational information of 109 Thai professional female models 17

Table 2 The results of the EAT-40 test, the body dissatisfaction test, and the Thai HADS from 109 Thai professional female models. 20

Table 3 Body dissatisfaction (BD), Anxiety, and Depression significant correlation to eating problems via the usage of Pearson's correlation. 21

Table 4 BMI, diet frequency, and self-comparison to colleagues correlation to eating problems 22

Table 5 Results of significant correlations found using Logistics regression, which are Anxiety and Diet frequency. 23

Table 6 Information on factors that do not have significant statistical correlations to models' problematic eating attitudes. 24

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Chapter 1

Introduction

Background and Rationale

Body image dissatisfaction is prevalent worldwide, with an emphasis on the desire to be thin. A major factor contributing to this is the mass media's representation of unrealistic beauty standards and glorification of thin bodies[1] which is considered a threat to mental health, on the grounds that, a number of people touched by the issue develop poor eating habits, and, in those who possess predisposing issues might ultimately develop thinness-oriented eating disorders, namely anorexia nervosa and bulimia nervosa.[1]

This desired-thinness is far from universal, especially in countries that suffer from famine and malnourishment.[2] However, In the western world and increasingly in Asian countries, including in Thailand, it is becoming a more common pursuit. The growth of the internet has allowed people fast and easy access to information and to connect with each other through their mobile devices. This allows for the growth of an online subculture focused on a lifestyle based on disordered eating attitudes and habits. One of such subcultures is the Pro-ana movement where individuals get together to share information and ways to lose weight without regard for each other's health and wellbeing.[3] Efforts are being made to counter this movement through education, support and therapeutic conversations in forums such as 'recovery' or 'coping with abuse' on supportive websites that operate on an empathic base such as www.myproana.com, but the battle continues with eating disorders having the highest mortality rate of any psychiatric illness directly related to the illness.[4]

Anorexia nervosa is characterized as the disorder in which sufferers refuse to maintain a minimally normal weight by intense fear of gaining weight, and significantly misinterpret their body and its shape. Bulimia nervosa shares the goal of being thin, but occurring in individuals less able to sustain prolonged starvation as consistently as anorexia patients. These eating binges provoke panic as individuals

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

feel that their eating as been out of control, resulting in a binge-purge cycle driven by the desire to attain the desired body weight.[5]

Starvation from the condition can result in various types of deteriorations throughout the body such as, the risk of heart failure, decreased blood pressure, dangerously low blood sugar, bone loss, gastrointestinal problems and possible missing menstrual period in females. Additional problems occur in purging individuals, their vomiting can cause erosion of tooth enamel and destruction of esophageal tissue with possible tears and bleeding.[6]

A group of people who are often seen as the culprit and are frequently accused of raising the bar for the ideal body standard in the media is fashion models. They are meant to represent 'what men and women should look like'[7], which is why, to many adolescents they are also role models. This is especially dangerous because, fashion models are thought to be at an elevated risk for eating disorders, especially in Thailand where the familiar term for anorexia being "The model sickness", as can be seen when one types the word into the google search tab and results for Anorexia pops up. This implies that models are synonymous with eating disorders. Nevertheless, a number of studies elsewhere have demonstrated that the prevalence of eating disorders in female fashion models is not higher than that in their non-model counterparts, though they might have deviated attitude towards eating due to their work.[8]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

As there have not been a study concerning this subject conducted in Thailand or Bangkok, therefore the investigator finds it appropriate to initiate the discussion here in Bangkok with this study aiming to bring light to the obscure subject.

Research Questions

1. What is the prevalence of eating problems in professional models?

2 . What are the related factors that contribute to eating problems in professional models?

Research Objectives

1. To study the prevalence of eating problems in professional models.

2 . To study the related factors that contribute to eating problems in professional models.

Hypothesis

None.

Operational Definition

1 . Professional female model means a person who accepts modeling jobs from a modeling agency.

2 . Eating problems refers to a troubled relationship with food that causes individual problems. This research will focus solely on symptoms related to only Anorexia and Bulimia indicated by scores higher than 30 on the EAT-40 eating disorder screening test.

3. Body dissatisfaction refers to a state where a participant scores a high level in the Body Dissatisfaction Scale.

4. Anxiety refers to the state where a participant score higher than 11 on the HADS.

5. Depression refers to the state where a participant score higher than 11 on the HADS.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Expected Benefit and Application

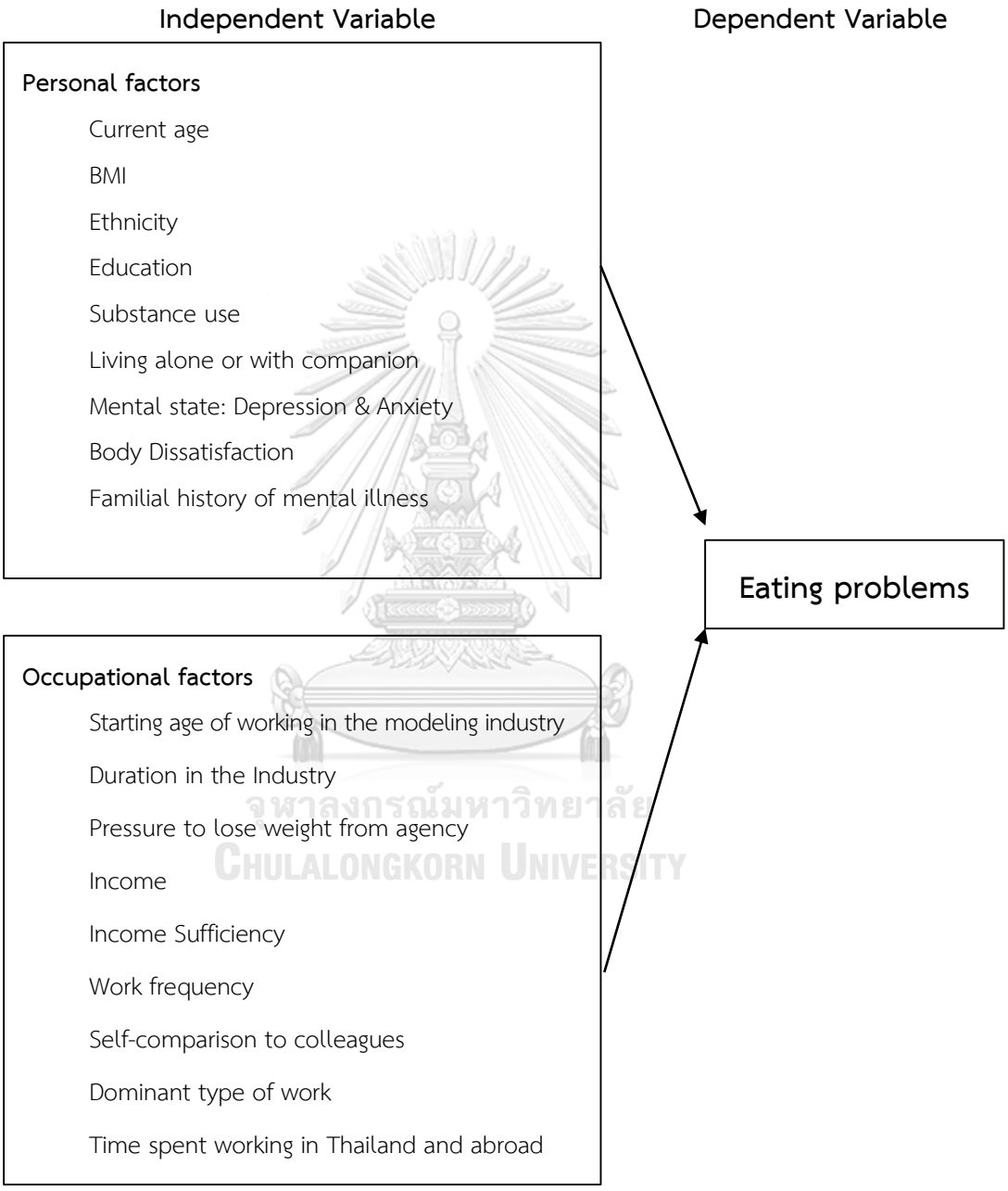
1 . To find the prevalence of eating problems in models who are the influencers of beauty in society.

2. To allow a better insight into the related factors that influence their eating problems.

3. To create new knowledge as a basis for further studies.

3. Conceptual Framework

The group studied were Thai female professional models



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Chapter 2
Literature Review

2.1 Body image

Body image is a person's perception of the aesthetics or sexual attractiveness of their own body. The term *body image* was first coined by the Austrian neurologist and psychoanalyst Paul Schilder in his book *The Image and Appearance of the Human Body*.[9] The issues surrounding body image can be examined through, body negativity, and body positivity. Negative body image consists of a disoriented view of one's shape; whereby they often feel self-conscious or feel ashamed, and assume others are more attractive.[10]

In 2007 report by the American Psychological Association found that a culture-wide sexualization of girls and women was contributing to increased female anxiety associated with body image.[11] A way to illustrate the development of body negativity or positivity is through sociocultural models. There are numerous specific models, but the core is that 1. Social ideals of beauty exist (within a particular culture), being applied primarily in the realm of body weight and shape 2. They are transmitted through various sociocultural pathways 3. They are subsequently internalized by the society's inhabitants 4. These inhabitants will then incubate satisfaction or dissatisfaction depending on how close they manage to get to their ideals.[11]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

This is currently administered in society through the mass media presenting culturally desirable features through models in magazines and other types of media. These ideas are then transferred through the tripartite model, comprised of 3 powerful sociocultural influences; the media, family, and peers. The ideals targeted towards women are presented through female models who share a common trait of thinness, and those targeted towards men are done via male models with strong features and muscular builds. Consequently, this model would indicate that extreme body dissatisfaction, and eating disorders would affect every single member of

society who do not fit the cultural esthetic mould, obviously that is not the case as genetic, biological, and psychological factors should be taken into account[12]

2.2 Eating problems

An eating problem is any relationship with food that one might find difficult[13] It can influence people's food choices and health status.[14]

Deviated eating behaviors and attitudes and consuming less nutrition than what the body needs is a symptom of Eating Disorders (ED) which is a psychiatric disorder that deviates the sufferer's eating behavior to the point where damage occurs to the body and the mind. There are numerous disorders in this category but in this research are as follows

1. Anorexia Nervosa (AN) which causes the patient to refuse to maintain a healthy body weight and cause them to have an extreme fear of gaining weight. This causes them to restrict their food and caloric intake or purge by self-endured vomiting, excessive exercise, or laxatives which affects their physical and psychological health.[15]

2. Bulimia Nervosa (BN) which causes the patient to have deviated eating behaviors; they would consume an excessive amount of food in a short period of time, this is often called binging. Then they will purge by self-endured vomiting, laxatives or going on water fasting. A number of BN patients have a relatively normal BMI and body weight, but they might have other physical secondary symptoms from the illness such as tooth decay.[15]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3 Previous researches

Garner and Garfinkel (1980)[16] conducted the first study on models who were considered to be at risk for Anorexia because of increased pressure to maintain a slender figure and identified significant differences between fashion students and the control group. The study examined symptoms of Anorexia assessed by Eating Attitudes Test (EAT-40), through the comparative analyses of five groups: fashion students, ballet students, normal controls, patients with Anorexia, and music students controls. The results showed that symptoms of Anorexia were significantly

higher among fashion students compared to the control group: 34 % (n = 19) scoring above the cut-off at eating disorder assessment questionnaire with 7 % (4 cases) identified with Anorexia. Fashion students included in the study fell, however, on average within the limits of normal weight range (BMI M = 18.98 kg/m2).[16]

Brenner and Cunningham (1992)[17] examined eating attitudes among professional fashion models compared to control groups and also took into account gender differences. The study showed no significant differences in eating disorders between models and non-models, based on the EAT-26 scores. However, significant gender differences were identified, women having higher scores than men in both model control samples. This illustrated the higher frequency of eating behavior problems among women than men, regardless of occupation.[17]

Van Hanswijck and van Furth investigated (1999)[18] the prevalence of ED in feminine population of professional fashion models, assessed by EAT and Eating Disorders Inventory- bulimia subscale questionnaires. Eating Disorders Examination (EDE) interview was also administered to all those models who scored above the cut-off on questionnaires. The study showed that the prevalence of eating disorders is not higher among professional fashion models and did not find any case of Anorexia or bulimia nervosa (BN). However, despite these findings, there was no control group and the low response rate of fashion models from the study (16 %), from the size of the original targeted group, limited the researchers in generalizing any conclusion based on the results.[18]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Santonastaso et al. (2002)[19] conducted by focused on the prevalence of ED among professional fashion models from Milan of different nationalities, in comparison with a control group matched for socio-cultural and demographic variables. Results showed that the fashion model occupation per se does not represent a risk for full-syndrome ED, because pathological eating attitudes were not significantly more frequent in models' group than in the control group. The study found no significant differences between models' and controls' scores. In addition, full-syndrome ED was slightly more frequent among the control group, while partial-

syndrome ED was significantly more frequent in models, with 20 % of models and 4 % of controls meeting the partial-syndrome criteria[19]

2002 to 2003 through interviews at a National Medical Center in Tokyo found approximately 30% of women with DSM-IV anorexia nervosa and bulimia nervosa accounted for their food refusal with explanations other than weight concern or fat phobia.[20]

2005 In Hong Kong a study by Kelly Y C Lai showed that adolescent female students between 15 – 21 years old, 85% wanted to weigh less, although only 4.8% were actually overweight.[21]

P.S. Jennings et al. (2006)[22] a study of Eating disorder attitudes and psychopathology in Caucasian Australian, Asian Australian and Thai university students. Attitudes and eating disorder psychopathology differ among the three ethnic groups. The mean rank of total scores for the EAT-26 (Total EAT) and its subscales were significantly higher for the Thai group. The Kruskal-Wallis test revealed a significant group difference in the mean rank of total EDI-2 scores, with the Thai group having a higher mean rank than the Asian Australian group, which had a higher meaning rank than the Caucasian group. The Thai group mean ranks were also the highest in the Bulimia, Maturity Fears, Asceticism and Impulse Regulation subscales. The Asian Australian and Thai groups had higher mean ranks than the Caucasian Australian group in the Ineffectiveness, Interpersonal Distrust, Maturity Fears and Social Insecurity subscales. The Asian group had higher mean rank than the other two groups in Perfectionism Subscale.[22]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

In 2010 Cho, Maeng Je MD, discovered the prevalence of eating disorders in South Korea was 0.012% and 0.013% in 2015 through the use of the K-CIDI interview questionnaire in the general population which is quite minimal.[23]

Chang YJ et al. (2011)[24] conducted a survey on eating disorder-related thoughts, behaviors, and their relationship with food intake and nutritional status in female high school students in Taiwan conducted on in total 1,605 female high school students showed that disturbed eating attitudes and behaviors were significantly associated with overestimation of body weight, unrealistic body weight goal, dissatisfaction with body weight, and weight loss experiences.[24]

Viren Swami (2013)[25] conducted a study in 52 models attached to several modeling agencies in London England and a control group of 51 women. Results showed that there was no significant difference in mean age between fashion models and the control sample. There were also no significant between-group differences in the distribution of ethnic groups and educational qualifications. On the other hand, the models reported a significantly lower BMI than the control sample. Based on established BMI categories, the professional models would be classified as underweight, whereas the control sample was of normal weight. Half the fashion models had BMIs below 18.0 kg/m2 compared with 8.2% of the control sample. Results also showed that, relative to the control sample, fashion models had significantly higher drive for thinness, and dysfunctional investment in appearance. greater duration as a professional model was significantly associated with more positive body appreciation, but also greater drive for thinness. Higher self-reported BMI was also significantly associated with poorer body appreciation and greater body dissatisfaction.[25]

Rodgers RF. (2017)[26] found results of a strategic science study to inform policies targeting extreme thinness standards in the fashion industry conducted by the Department of Applied Psychology, Northeastern University in association with The Model Alliance in New York found that the mean age participants started modeling was 16.8 years with some starting as early as 5 years old. The mean BMI was 17.5 kg/m2 ranging from 14.5 to 26.4, however 81% of the models who participated in the study had a BMI under 18.5, and only 4 participants from a sample of 85 female fashion models had a BMI over 20. Furthermore, results also illustrate that overall, models reported high levels of pressure to lose weight from their agencies and reported having been often or always told by them in the past year to tone up (44%), lost weight (36%) or adopt a new diet or exercise regimen (32%). Some have been provided with pills or substances that promote weight loss (5%).[26]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

In 2020, Sook Ning Chua PhD found that 6.2% out of 797 Singapourean adults screened positive for an eating disorder according to the DSM5. The study was conducted through a cross sectional survey of validated ED screening tools.[27]

Rachel F. Rodgers et al. (2020) found Frequencies of reported unhealthy weight control behavior (UWCB) with the most frequently reported UWCB during the week of NYFW Fall 18 itself being skipping meals (54% reporting at least once or twice). Only 11 participants reported engag-ing in no UWCB. Over a quarter of participants (28%) reported having been asked to lose weight or change their body shape/size by a pro- fessional within the industry in preparation for NYFW Fall'18. In addition, 20% reported that an industry professional had suggested that their weight/shape had prevented them from booking a job (n =15of which n = 7 with BMI < 18.5). Almost half of participants (42%, n =3).[28]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Chapter 3

Methodology

The research will be conducted through a cross-sectional descriptive study.

Research Methodology

Population and Sample

The target population is professional models of ages 18 years and above from 8 modeling agencies Bangkok who wish to be unnamed. The population sample was drawn from Bangkok because most modeling agencies and fashion related events are held mainly in Bangkok, resulting in most of the model population to be in Bangkok.

The researcher drew a sample size from the target population which is estimated by the agencies to be approximately 200 people.

The researcher employed the Cochran formula for the sample size calculation which is applicable in this case where the total population on the day of data acquisition is unknown.

$$n = \frac{Z^2 p(1-q)}{e^2}$$

n is the sample size,

Z^2 is the abscissa of the normal curve that cuts off an area α at the tails.

($1 - \alpha$) equals the desired confidence level, e.g., 95%). The value For Z is found in statistical tables which contain the area under the normal curve. e.g Z = 1.96 for 95 % level of confidence.

e is the desired level of precision, in this case it is no more than 0.1

P is the estimated proportion of an attribute that is present in the population, in this case, because there is no official record regarding the

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

population of models in Bangkok p = 0.5

q is 1-q.

Once the equation is applied the calculated sample size is approximately 96 people. In order to avoid error, the researcher added another 10% to the sample size, totaling at 106 people.

• Inclusion Criteria

- Models who receive work via a modeling agency.
- Models who are 18 years of age and above

• Exclusion Criteria

- Models who decline answering the survey.
- Models who are not of Thai nationality.

Assessment Tools

Part 1 is a checklist questionnaire created by the researcher to acquire the subjects' personal information, including work related information, family history and drug use information.

Part 2 is the Thai Eating Attitude Test 40 (EAT-40) created by Garner and Garfinkel in 1979, is an original evaluation test with the purpose of using for the studies of eating disorders with a standardized self-report measure of symptoms and concerns characteristic of eating disorders It has similar characteristics as the diagnosis in the DSM-IV. The Thai version was developed by Kittipat Soontornmanop, it was qualified as having a high level of reliability both in test-retest and internal consistency. They were able to be used by psychiatrists for screening patients having an eating disorder. It consists of 40 questions relevant to dimensions of food or eating. The screening tool can also predict the occurrence of bulimic behavior. The rating is done through a Likert scale which is composed of the following choices. Responses are rated on a 1 (Always) to 6 (Never) spectrum. Items 1,18,19,23 and 39 are scored:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6	= 3 points	5	= 2 points
4	= 1 point	3, 2, 1	= 0 points

The remaining items are scored:

1	= 2 points	2	= 2 points
3	= 1 point	4, 5, 6	= 0 points

Scores for each item differ from one another. Total score is the sum of each item. A score greater than 30 is considered to be an indicator of anorectic disorder.

The score cut-off point is at 30 or more which indicates that the taker has similar eating attitudes as sufferer's of Anorexia Nervosa in a clinical term.[29]

Part 3 is The Thai Body Image Dissatisfaction Scale which is a 10 item self-rating questionnaire originally developed by Mezzo (1999) and translated by Kulaya Dechittirat and Anon Sakworawich. The instrument is confirmed to have a good reliability and validity. The questionnaire has high internal and external consistency; Cronbach's alpha was 0.94. The Thai version of the Body Image Dissatisfaction Scale showed a good psychometric property.

It uses a 5 point scale for rating body dissatisfaction

1 - Not at all	2 - Once in a while
3 – Sometimes	4 - Often
5 - Always	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

These scores are then processed into an overall summary score for each participant ranking from 0 to 50, the lower the score the better self body image the subject has.[30]

According to a piece of research done on body image and self-esteem of overweight adolescents by Praweenar Thadaphrom (2007) which employs a similar Likert scale test, the outcome will be classified into 3 groups (Mild, Moderate, Severe) by using the mean of the total score minus by $\frac{1}{2}$of the standard deviation to determine the cut-off point of the score for the mild range, and the mean of the

total score plus $\frac{1}{2}$of the standard deviation to determine the cut-off point for the severe range, the scores that are in between those 2 points will be determined as moderate.[28]

Part 4 is the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), originally developed by Zigmond and Snaith in 1983[31] and developed into the Thai version by Tana Nilchaikowit et al.[30] It is a widely used, relatively concise and reliable scale to measure levels of depression and anxiety. The HADS is a fourteen item scale that generates ordinal data. Seven of the items relate to anxiety (Odd numbered items) and seven relate to depression (Even number items). The scoring is in Likert Scale with each item having 0-3 scores, separating the scoring into a depression half and an anxiety half. The accuracy of the Thai version of the tool was conducted with Cronbach's Alpha Coefficient and found 0.86 regarding items concerning anxiety and 0.83 regarding items concerning depression. It also has 100% sensitivity and 86% specificity regarding items concerning anxiety and 85.71 sensitivity and 91.3 specificity regarding items concerning depression when the cutoff score is ≥11 and this cutoff score coincides with clinical diagnosis at 88.83% for anxiety and 90% for depression. Furthermore, this tool is able to rate severity of symptoms of depression and anxiety.[30]

The scores range from 0-21 like so

0 – 7	rated as non-cases (no mental anomalies)
7 – 10	rated as doubtful cases (a certain level of depression and anxiety that might indicate that mental medical attention is required)
11 – 21	rated as cases (a level of depression and anxiety that is deemed a disorder)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Data collection

1. The researcher requested an introduction letter from the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

2. The data collection was done by the researcher. She originally planned to contact the participants and their agencies to personally hand them the survey and wait to collect the survey from them, but due to the spread of COVID-19 during the data collection, the survey had to be distributed online. The questionnaires were not passed from participant to participant in order to ensure that all the information is acquired from the people who truly are the sample population needed.

3. Each participant took approximately 15 – 20 minutes to complete the questionnaire.

4. The researcher inspected that all the data is acquired for further analysis.

Data Analysis

The researcher used the SPSS (Statistical Package for Social Science) software for statistical analysis with a predetermined acceptable level of statistical significance at 0.05. The results of the research have been acquired with the aid of inferential statistics of the following.

1. Descriptive analysis (mean, SD, number, and percentage)

2. Pearson's correlation

3. Chi-Square

4. Correlation

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Chapter 4

Results

A total of 109 Thai professional female models consented and provided the information. The study results are divided into 3 parts as follows.

Part 1 Discusses the personal and occupational information in numbers and percentage

Part 2 Discusses clinical information acquired from the Thai EAT-40 test concerning problematic and non-problematic eating attitudes, the Thai Body Dissatisfaction Scale concerning the severity of models' body dissatisfaction level, and the Thai HADS concerning models who screened positive for depression and anxiety. The information is presented in numbers and percentages.

Part 3 Discusses information on independent variables that have a significant correlation to the dependent variable (Eat-40 score), which are BMI, diet frequency and reported self-comparison to colleagues.

Part 4 Discusses information on independent variables that were found not to have a significant correlation to the dependent variable (Eat-40 score) which are the model's height, weight, ethnicity, living conditions, family history of mental illness, drug use, working years in the modeling industry, pressure from modeling agencies to lose weight, income level, and their work abroad.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Part1

This part will discuss the personal information and occupational information of models.

Table 1 Personal information and occupational information of 109 Thai professional female models

Personal Information	Number (person)	Percentage
Age (Mean=25.38 / SD=3.84)		
- ≤ 25	59	54.1
- > 25	50	45.9
Height (Mean=168.03 / SD=0.06)		
- ≤ 168 cm.	58	53.2
- > 168 cm.	51	46.8
Weight (Mean=49.02 / SD=6.78)		
- ≤ 49 kg.	56	51.4
- > 49 kg.	53	48.6
Ethnicity		
- Half-blood	28	25.7
- Completely Thai	81	74.3
Education		
- High School (M.6) or under	9	8.2
- Diploma	1	0.9
- Bachelor's Degree	87	79.8
- Above Bachelor's	11	10.1
Living conditions		
- Alone	25	22.9
- With Parents	48	44.0
- With spousal family	1	0.9
- With friends	2	1.8
- With unmarried partner	28	25.7
- With siblings	3	2.8
- With others	2	1.8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Table 1 Personal information and occupational information of 109 Thai professional female models

Personal Information	Number (person)	Percentage
BMI (Mean=17.45 / SD=1.22)		
- Normal weight (BMI >18.5)	19	17.4
- Underweight (BMI ≤ 18.5)	90	82.6
Familial history of mental health		
- Has family with mental illness	25	22.9
- No family with mental illness	84	77.1
Substance use (models can use more than 1 drug)		
- Yes	59	54.1
- Alcohol	40	36.69
- Tobacco	23	21.1
- Cannabis	14	12.8
- Others (Cocaine, Ketamine, etc.)	7	6.3
- No	50	45.9
Told to lose weight by agency		
- Never	44	40.4
- Almost Never	39	35.8
- Often	20	18.3
- always	6	5.5
Pressured to lose weight by agency		
- Never	52	47.7
- Almost Never	37	33.9
- Often	12	11.0
- always	8	7.3
Diet frequency		
- Never	19	17.4
- Almost Never	33	30.3
- Often	33	30.3
- always	24	22.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Table 1 Personal information and occupational information of 109 Thai professional female models

Personal Information	Number (person)	Percentage
Self-comparison to model colleagues		
- Self-compare	77	70.6
- Non-self-compare	32	29.4
Income Source		
- Modeling & Entertainment only	47	43.1
- Modeling & Other industries	62	56.1
Income		
- Under 30,000 (Thb)	34	31.2
- 30,001 – 70,000	62	56.9
- 70,001 – 100,000	12	11.0
- Above 100,001	1	0.9
Income Sufficiency		
- Enough with some to keep	55	50.5
- Enough with none to keep	35	32.1
- Not enough	19	17.4
Working years in the modeling industry (Mean=5.45 / SD=3.47)		
- Under 5 years	64	58.7
- Over 5 years	45	41.3
Work abroad		
- Works abroad or partly abroad	28	25.7
- Works only in Thailand	81	74.3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Here we found that the mean age of the model is 25 (84.36%), most models are in the 20-29 age range, the majority of models are completely Thai. Their education level was mostly Bachelor's degree. It has also found that 82.6% of models are underweight. 77.1% Of models have no family history of mental illnesses. 54.1% of models are substance users with the majority being alcohol and tobacco and cannabis, while none of them report using drugs for the intention to lose weight. 35.8%, 18.3%, And 5.5% of models were almost never told to lose weight, often told to lose weight, and always told to lose weight by their modeling agencies respectively. 33.9%, 11%, And 7.3% of models were almost never pressured

to lose weight, often pressured to lose weight, and always pressured to lose weight by their modeling agencies. 22% Of models reportedly have always been on a diet. 70.6% Of models compare themselves to their model colleagues.

Part 2 Presentation of clinical information acquired from the models using the tools; EAT-40, Body Dissatisfaction scale and HADS.

In this part clinical information found from screening tools will be discussed. This includes; the EAT-40 test which will indicate if each model has a problematic eating attitude or not; those who score 30 or more out of the possible full score of 85 are deemed to have eating problems. The body dissatisfaction test which will indicate the level of dissatisfaction each model has towards their bodies with 3 levels mild to moderate at the cut-off point at 20 and moderate to severe at the cut-off point of 29 from a possible full-score of 50, and The Thai HADS which will indicate if each model is screened positive from depression and anxiety. Those who score 11 and above from a possible full-score of 21 are deemed to be depressed and/or anxious.

Table 2 The results of the EAT-40 test, the body dissatisfaction test, and the Thai HADS from 109 Thai professional female models.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Results	Number (person)	Percentage
Eating attitude		
- Problematic	17	15.6
- Non-problematic	92	84.4
Body dissatisfaction		
- Mild	45	41.3
- Moderate	32	29.4
- Severe	32	29.4
Mental state		
- Depressed	7	6.4
- Not Depressed	102	93.6
- Anxious	21	19.3
- Not Anxious	88	80.7

Table 2 indicates that the prevalence of problematic eating attitudes in Thai female models of 18 years old and above is 15.6%. Almost half of models have mild body satisfaction at 41.3%, some models have moderate body dissatisfaction at 29.4%, and the same number of models also have severe body dissatisfaction. Moreover, 6.4% of models are found to be depressed and 19.3% of models are found to be anxious.

Part 3 The correlation between the demographic/clinical factors and the problematic eating behaviors.

The correlating factors that were found to be statistically significant are Body dissatisfaction, anxiety, depression, BMI, diet frequency, and pressure from agency to lose weight found by employing Pearson's correlation, Chi-square and histogram graph as will be discussed in the following tables.

Table 3 Body dissatisfaction (BD), Anxiety, and Depression significant correlation to eating problems via the usage of Pearson's correlation.

	Depression	Anxiety	EAT	BD
Depression	1.000			
Anxiety	0.7767*	1.0000		
EAT	0.3923*	0.4131*	1.0000	
BD	0.3977*	0.4330*	0.6332*	1.0000

*Significant at 0.01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

From this table we can infer that anxiety, depression, and body dissatisfaction levels have statistically significant correlations to EAT score levels at 0.05

The relation between depression and anxiety has a coefficient correlation (r=0.77767) that signifies that there is a high positive correlation.

Depression & problematic eating attitude and depression & body dissatisfaction are statistically correlated, with low coefficient correlations of 0.3923 and 0.3977 respectively

Anxiety and body dissatisfaction are statistically significantly correlated, although with quite a low coefficient correlation of 0.4330.

Finally, eating attitudes and body dissatisfaction are also statistically significant with a coefficient correlation of 0.6332 which is quite high.

BMI is found to have a significant correlation to scores of eating problems via Fisher's exact, as will be shown in table 4.

Table 4 BMI, diet frequency, and self-comparison to colleagues correlation to eating problems

Factors	Not Problematic Eating Attitude (Person)	Problematic Eating Attitude (Person)	Total
BMI (X^2= 4.465 / *P*-value = 0.045)			
Underweight	79 (87.8%)	11 (12.2%)	90
Normal weight	13 (68.4%)	6 (31.6%)	19
Total	92	17	109
Diet frequency (X^2= 14.123 / Fisher's exact = <0.001)			
Less frequent	51 (98.1%)	1 (1.9%)	52
More frequent	41 (71.9%)	16 (28.2%)	57
Total	92	17	109
Self-comparison to colleagues (X^2= 8.370 / Fisher's exact = 0.03)			
self-compare	60 (77.9%)	17 (22.1%)	77
No self-compare	32 (100%)	0 (0%)	32
Total	92	17	109

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

From this table we can infer firstly, that the models with normal weight BMI have a higher possibility of having eating problems when running the data of BMI and the data of models with problematic eating attitudes through a Fisher's exact test at the P-value of 0.05. There are 90 underweight models which is more than normal weight models at 12 people. There are 79 (87.8%) models who are underweight with a non-problematic eating attitude and 11 (12.2%) models who are underweight with problematic eating attitudes. Among normal weighted models there are 13 (68.4%)

models who do not have a problematic eating attitudes and there are 6 (31.6%) normal weighted models who have problematic eating attitudes

Secondly, this table shows that diet frequency has a statistically significant correlation with the model's eating attitudes when running the data through a Chi-square test at the P-value of 0.05. There are 52 models who go on diets less frequently, which is 5 models less than the 57 models who go on diets more frequently. 51 (98.1%) Of models who go on diets less frequently do not have problematic eating attitudes and 1 (1.9%) has a problematic eating attitude, while 41 (71.9%) of models who go on diets more frequently have problematic eating attitudes, 16 (28.2%) have problematic eating attitudes.

Thirdly, this table conveys that the model's self-comparison to their colleagues has a statistically significant correlation with their eating attitudes when running it through a Fisher's exact test at the P-value of 0.05. There are 77 models who report that they compare themselves to their colleagues and 32 models reportedly do not compare themselves to their colleagues. Among those who compare themselves to their colleagues 60 (77.9%) have no problematic eating attitudes and 17 (22.1%) have problematic eating attitudes, while among those who do not compare themselves to their colleagues 32 (100%) do not have problematic eating attitudes and none do.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Table 5 Results of significant correlations found using Logistics regression, which are Anxiety and Diet frequency.

variables	B	SE	P	or	Lower	Upper
Anxiety	1.43	0.61	0.02	4.2	1.25	14.12
Diet Frequency	2.84	1.06	0.007	17.13	2.14	137.15

The factors that were found to be statistically significant by controlling variables via Logistics Regression statistics are anxiety and diet frequency. Anxiety is shown to have a statistical correlation at the P-value of 0.02 and diet frequency has a statistical correlation at the P-value of 0.007 which means that these 2 factors

being present will increase the likelihood of a subject having disordered eating behaviours of 4.2 and 17.3 times more than they would have without these factors respectively.

Part 4 Information on independent variables that were found not to have a significant correlation to eating attitudes.

The factors that were found not to be statistically significant are height, weight, ethnicity, living conditions, family history of mental illness, drug use, working years in the modeling industry, pressure from modeling agencies to lose weight, income level, and their work abroad. This information was obtained by Chi-square and Fisher's Exact test.

Table 6 Information on factors that do not have significant statistical correlations to models' problematic eating attitudes.

Factors	Not Problematic Eating Attitude (Person)	Problematic Eating Attitude (Person)	Total
Height (X^2= 0.001 / *P*-value = 0.981)			
≤ 168 cm.	49 (84.5%)	9 (15.5%)	58
> 168 cm.	43 (84.3%)	8 (15.7%)	51
Total	92	17	109
Weight (X^2= 0.839 / *P*-value = 0.360)			
≤ 49 kg.	49 (87.5%)	7 (12.5%)	56
> 49 kg.	43 (81.1%)	10 (18.9%)	53
Total	92	17	109
Ethnicity (X^2= 0.049 / *P*-value = 0.546)			
Thai	68 (84%)	13 (16%)	81
Half	24 (85.7%)	4 (14.3%)	28
Total	92	17	109

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Table 6 Information on factors that do not have significant statistical correlations to models' problematic eating attitudes.

Factors	Not Problematic Eating Attitude (Person)	Problematic Eating Attitude (Person)	Total
Living conditions (X^2= 0.004 / *P*-value = 0.583)			
Alone	21 (84%)	4 (16%)	25
With company	71 (84.5%)	13 (15.5%)	84
Total	92	17	109
Family history of mental illness (X^2= 1.740 / *P*-value = 0.157)			
Yes	19 (76%)	6 (24%)	25
No	73 (86.9%)	11 (13.1%)	84
Total	92	17	109
Druguse (X^2= 0.179 / *P*-value = 0.672)			
Yes	43 (86%)	7 (14%)	59
No	49 (38.1%)	10 (16.9%)	50
Total	92	17	109
Working years in the modeling industry (X^2= 2.619 / *P*-value = 0.106)			
≤ 5 years	51 (79.7%)	13 (20.3%)	64
> 5 years	41 (91.1%)	4 (8.9%)	45
Total	92	17	109
Pressure from agencies to lose weight (X^2= 2.702 / *P*-value = 0.083)			
Has pressure	45 (78.9%)	12 (21.1%)	57
Has no pressure	47 (90.4%)	5 (9.6%)	52
Total	92	27	109

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Table 6 Information on factors that do not have significant statistical correlations to models' problematic eating attitudes.

Factors	Not Problematic Eating Attitude (Person)	Problematic Eating Attitude (Person)	Total
Income (X^2= 0.186/ *Fisher's exact* = 0.884)			
Higher income	1 (100%)	0 (0%)	1
Lower income	91 (84.3%)	17 (15.7%)	108
Total	92	17	109
Work abroad (X^2= 0.682/ Fisher's exact = 0.310)			
Worked abroad	25 (89.3%)	3 (10.7%)	28
Not worked abroad	67 (82.7%)	14 (17.3%)	81
Total	92	17	109

This table conveys that height has no significant statistical correlation with eating attitudes. 58 Models are 168 cm. or less tall and 51 models are above 168 cm. tall. 49 (84.5%) of Models who are 168 cm. and smaller tall have no problematic eating attitudes and 9 (15.5%) of them do, while 43 (84.3%) of models who are above 168 cm. tall have no problematic eating attitude and 8 (15.7%) of them do.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Weight has no significant statistical correlation with eating attitudes. 56 Models weigh 49 kg. or less and 53 models weigh over 49 kg. 49 (87.5%) of Models who weigh 49 kg. or lower have no problematic eating attitudes and 7 (12.5%) of them do, while 43 (81.1%) of models who weigh above 49 kg. have no problematic eating attitude and 10 (18.9%) of them do.

Ethnicity has no significant statistical correlation with eating attitudes. 81 Models are Thai and 28 are half-bloods. 68 (84%) Of models who are Thai have no problematic eating attitudes and 13 (16%) do, while 24 (85.7%) of models who are half-blood had no problematic eating attitudes and 4 (14.3%) of them do.

Living conditions have no significant statistical correlation with eating attitudes. 25 Models live alone and 84 models live with company. 21 (84%) of those who live alone don't have a problematic eating attitude and 4 (16%) of them do, while 71 (84.5%) of models who live with company don't have problematic eating attitudes 13 (15.5%) of them do.

Family history of mental illness has no significant statistical correlation with eating attitudes. 25 Models have family members who have a history of mental illness and 84 don't. 19 (76%) Of models who have family members with history of mental illness have no problematic eating attitudes and 6 (24%) do, while 73 (86.9%) of models who don't have family members with history of mental illness have no problematic eating attitudes and 11 (13.1%) of them do.

Druguse has no significant statistical correlation with eating attitudes. 59 Models reportedly use drugs and 50 don't. 43 (86%) Of models who use drugs have no problematic eating attitudes and 7 (14%) do, while 49 (38.1%) of models who use drugs have no problematic eating attitudes and 10 (16.9%) of them do.

Working years in the modeling industry has no significant statistical correlation with eating attitudes. 64 Models have worked in the modeling industry for 5 years or under and 45 have worked in the modeling industry for over 5 years. 51 (79.7%) Of models who have worked in the modeling industry for 5 years or under have no problematic eating attitudes and 13 (20.3%) do, while 41 (91.1%) of models who have worked in the modeling industry for over 5 years have no problematic eating attitudes and 4 (8.9%) of them do.

Pressure from modeling agencies to lose weight has no significant statistical correlation with eating attitudes. 57 Models reportedly have been under this pressure and 52 have not. 45 (78.9%) Of models who have been under pressure to lose weight from their agencies have no problematic eating attitudes and 12 (21.1%) do, while 47 (90.4%) of models who have not been under this pressure have no problematic eating attitudes and 5 (9.6%) of them do.

Income level has no significant statistical correlation with eating attitudes. 1 Models reportedly have higher income and 108 have lower. 1 (100%) Of models who have higher income have no problematic eating attitudes and 0 (0%) do, while 91 (84.3%) of models who have lower income have no problematic eating attitudes and 17 (15.7%) of them do.

Working abroad has no significant statistical correlation with eating attitudes. 28 Models have worked abroad and 81 have only worked in Thailand. 25 (89.3%) Of models who have worked abroad have no problematic eating attitudes and 3 (10.7%) do, while 67 (82.7%) of models who have only worked in Thailand have no problematic eating attitudes and 14 (17.3%) of them do.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Chapter 5

This cross-sectional descriptive research in 109 Thai female professional models aimed to study the prevalence of eating problems and their correlated factors by collected the data from 8 different modeling agencies between August 2020 to January 2021. By using the Thai Eating Attitude Test-40, we found that the prevalence of problematic eating attitudes in Thai female models is 15.6%. The factors that were found to have a statistically significant correlation with the EAT-40 score are body dissatisfaction, anxiety, depression, BMI, diet frequency, and self-comparison to other model colleagues.

In Thailand and Asia there has been limited eating disorder studies done and especially rare in the model population. However, there has been some information compiled from the general population. In Thailand, a research done by Gunchanon Khawda in 2019, using the Thai EAT-26 found that 23.8% of senior highschool girls had problematic eating behaviors.[32] Which, by this information we can infer that female Thai models do not have a higher tendency of suffering from disordered eating than Thai female high schoolers.

In other Asian countries, those who have been more influenced by the western cultures that embraced thinness seem to have rising numbers of eating disorder cases such as Japan, Singapour, Korea, and Hongkong[33]

Data acquired from 2002 to 2003 through interviews at a National Medical Center in Tokyo found approximately 30% of women with DSM-IV anorexia and bulimia.[20] This is more than the prevalence this research has found in models and more than what was found in highschool girls in Thailand.

In contrast, Maeng Je Cho MD iIn 2010 discovered the prevalence of eating disorders in South Korea using interviews based on the K-CIDI (Korean Composite International Diagnostic Interview) which was designed to make psychiatric diagnosis based on the DSM V. The results found that only 0.12% and 0.13% of South Koreans in 2015 had a lifetime and 12-months prevalence of eating disorders.[23] This number is significantly lower than what was found in Japan and Thailand, and could explanatorily be due to the different tools used to ascertain the data.

In 2020, Sook Ning Chua PhD found that 6.2% of 797 female adults samples screened positive for an eating disorder according to the DSM-5.[27] This is less than half of what was found in another Thai research and well as the prevalence found in this research.

In previous studies worldwide there are only a handful of studies conducted on the subject in the same population with most having a lower sample number than this research.

The prevalence of models with eating problems of 17 people (15%) found in this research is more than what Garner and Garfinkel found in 1980 of 7 % (4 cases) (N=19).[16]

Santonastaso et al. in 2002[19] found one case of AN (1.6%) among A group of 63 professional fashion models. Eight models (12.7%) had partial AN. Assumingly, the total amount of eating problems in this study was 13.3% which is close to the 15% prevalence of disordered eating behavior found in this study.

Rachel F. Rodgers et al. in 2020 found Frequencies of reported unhealthy weight control behavior (UWCB) with the most frequently reported UWCB during the week of NYFW Fall'18 itself being skipping meals (54% reporting at least once or twice)[28], which is a whopping 3.6 times more than what this research has found. However, the participants of Rachel F. Rodgers et al.'s research reported only partially problematic eating attitudes, but this study did not employ the use of the EAT-40 tool as was done in this study, but used a self-reporting survey based on the previous study of Rodgers et al. back in 2017 on Disordered eating behaviors and sexual objectification during New York fashion week.[28] Moreover, this cross-sectional research was performed during NYFW Fall'18 which is considered a pressurized time for participating models, whereas this was performed during few months.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

This research found a correlation between problematic eating attitudes and body dissatisfaction. It coincides with a study conducted in 2016 by Lofrano-Prado, Mara Cristina, et al. that also found a significant link between problematic eating attitudes and body dissatisfaction using the tools; EAT-26 , BITE, BES, and BSQ.Body image dissatisfaction was independently associated with a 22-fold increased risk for anorexia, 18-fold for bulimia and 25-fold for binge eating.[34]

This research found a significant link between problematic eating behaviors and Depression & Anxiety, as this relationship has been well established as some of the most common comorbidities of eating disorders.[28] Qiguo Lian et al. in 2017 indicated that from a sample of 8,746 Chinese adolescents all levels of anorexia serve as indicators of remarkable suicidal thoughts, which is significantly related to depression and anxiety. However, the measurement tools to acquire information of suicidal thoughts, depression, and anorexia, were all done by a questionnaire created by the researchers of the study.[35] Another study by Pollice, Christine, et al. in 1997 found a correlation between depression, anxiety and anorexia were conducted in female anorexia patients. The tools used to assess the state of depression were Hamilton Depression Rating Scale and Beck Depression Inventory, and Spielberger State-Trait Anxiety Inventory and Hamilton Anxiety Rating Scale were used to screen for anxiety. They found that scores for depression and anxiety were most elevated when the patients were underweight. They improved as the patients' weight was restored. However, milder but stronger symptoms lingered in long-term weight-restored anorexic women compared to healthy control women, which suggests that malnutrition intensifies the severity of depression and anxiety in anorexia.[36]

This research also found a link between normal BMI to high eating attitude scores. The higher the BMI the more likely a model is to have a problematic eating attitude and behavior. This is an outcome that contradicts most research on this subject. For example, Berner et al. in 2013 found in 350 residential treatment admissions and 238 discharges, with the Eating Disorder Examination Questionnaire and Eating Disorders Inventory-3 as tools, that weight suppression and BMI were weakly correlated.[37] In contrary, the study conducted by Fan, Yiou, et al. in 2010 found that high BMI was significantly associated with high score of drive for thinness, body dissatisfaction, bulimia, low self-esteem, as well as perceived body weight status.[36]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

This research also found a link between normal BMI to high eating attitude scores. The higher the BMI the more likely a model is to have a problematic eating attitude and behavior. This is an outcome that contradicts most research on this subject. For example, Berner et al. in 2013 found in 350 residential treatment

admissions and 238 discharges, with the Eating Disorder Examination Questionnaire and Eating Disorders Inventory-3 as tools, that weight suppression and BMI were weakly correlated.[37] In contrary, the study conducted by Fan, Yiou, et al. in 2010 found that high BMI was significantly associated with high score of drive for thinness, body dissatisfaction, bulimia, low self-esteem, as well as perceived body weight status.[36]

This finding can be viewed as close to the association between normal BMI and high eating attitude score described in our work. Hypothetically, the models with normal or high BMI may possibly have higher pressure to lose weight when consequently engage into eating disorder behaviors.

This research also found a significant correlation between problematic eating attitude and self-comparison with other model colleagues. These particular factors had not been discussed in any found research.

Data compiled in this research demonstrates a significant correlation between problematic eating attitudes and higher frequencies of diet. However, this correlation could be viewed as an absolute consequence of the problematic eating behavior as diet frequency is only one of the major symptoms of the problematic eating attitude. This observation is similar to a study in 2015 by Roni Elran-Barak which suggested that individuals with Anorexia and Bulimia have a high tendency to restrict food intake and report higher rates of fasting, skipping meals, and consuming small meals and low calorie.[38]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Limitations

The study has a number of limitations. Firstly, due to the method of conducting the research through a self-reporting questionnaire the outcome could be subjectively confounded from the participants' answers such as each participant's limited insight towards situations asked in the surveys, which could be due to models normalizing abnormal eating habits and body image.

Secondly, the research does not use comprehensive psychiatric interviews, which could result in inaccurate numbers of certain factors such as eating disorders, depression, and anxiety diagnosis.

Thirdly, the research is a cross-sectional research which means that in certain participants' problematic eating behaviours may not appear while the research was being conducted, but has a possibility of developing later on in their career.

Lastly, there is a lack of data on other objective health parameters indicated in Eating Disorders such as, altered menstrual cycle, electrolyte level, other vitamin level.

Future direction

In the future the researcher would explore a control group of women from the general population to form a clear comparison of the difference in the development of problematic eating behaviors in both models and the general population.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

REFERENCES

1. Karges C. How Technology and Social Media Influences Body Image [Internet]. 2017 [cited May 22, 2020]. Available from: https://www.eatingdisorderhope.com/blog/body-image-technology.

2. Eating and Body Dysmorphic Disorders: Crash Course Psychology #33 [Internet]. 2014 [cited May 22, 2020]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=eMVyZ6Ax-74.

3. Grinnell College. Subcultures and Sociology [Internet]. [cited May 22, 2020]. Available from: https://haenfler.sites.grinnell.edu/subcultures-and-scenes/pro-ana-2/.

4. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Current psychiatry reports. 2012;14(4):406-14.

5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

6. Ekern J. Anorexia Nervosa – Highest Mortality Rate of Any Mental Disorder: Why? [Internet]. 2018 [cited May 22, 2020]. Available from: https://www.eatingdisorderhope.com/information/anorexia/anorexia-death-rate.

7. Mears A. Pricing Beauty: The Making of a Fashion Model: University of California Press; 2011.

8. Preti A, Usai A, Miotto P, Petretto DR, Masala C. Eating disorders among professional fashion models. Psychiatry research. 2008;159(1-2):86-94.

9. Schilder P. The Image and Appearance of the Human Body: Psychology Press; 2014.

10. NEDA Feeding hope. Body image [Internet]. 2018 [cited May 22, 2020]. Available from: https://www.nationaleatingdisorders.org/body-image-0.

11. APA. Task Force on the Sexualization of Girls. Report of the APA Task Force on the Sexualization of Girls [Internet]. 2007 [cited 2020, March 5]. Available from: http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report.

12. Tiggemann M. Sociocultural Perspectives on Body Image. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance. 2012;2:758-65.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

13. Eating problems [Internet]. 2021 [cited 2020, March 5]. Available from: https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/eating-problems/about-eating-problems/.

14. Alvarenga Mdos S, Scagliusi FB, Philippi ST. Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. Ciencia & saude coletiva. 2012;17(2):435-44.

15. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 329–54.

16. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological medicine. 1980;10(4):647-56.

17. Brenner JB, Cunningham JG. Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models. Sex Roles. 1992;27(7):413-37.

18. de Jonge PvH, van Furth EF. Eating disorders in models: Fiction of fact? European Eating Disorders Review. 1999;7(4):235-8.

19. Santonastaso P, Mondini S, Favaro A. Are fashion models a group at risk for eating disorders and substance abuse? Psychotherapy and psychosomatics. 2002;71(3):168-72.

20. Pike KM, Borovoy A. The rise of eating disorders in Japan: issues of culture and limitations of the model of "westernization". Cult Med Psychiatry. 2004;28(4):493-531.

21. Kelly Y C Lai. Anorexia nervosa in children and adolescents. HK Pract. 2005;27(4):142-8.

22. Jennings PS, Forbes D, McDermott B, Hulse G, Juniper S. Eating Disorder Attitudes and Psychopathology in Caucasian Australian, Asian Australian and Thai University Students. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(2):143-9.

23. Cho MJ, Kim JK, Jeon HJ, Suh T, Chung IW, Hong JP, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. The Journal of nervous and mental disease. 2007;195(3):203-10.

24. Chang YJ, Lin W, Wong Y. Survey on eating disorder-related thoughts, behaviors, and their relationship with food intake and nutritional status in female high school students in Taiwan. Journal of the American College of Nutrition. 2011;30(1):39-48.

25. Swami V, Szmigielska E. Body image concerns in professional fashion models:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

are they really an at-risk group? Psychiatry research. 2013;207(1-2):113-7.

26. Rodgers RF, Ziff S, Lowy AS, Yu K, Austin SB. Results of a strategic science study to inform policies targeting extreme thinness standards in the fashion industry. The International journal of eating disorders. 2017;50(3):284-92.

27. Chua SN, Fitzsimmons-Craft EE, Austin SB, Wilfley DE, Taylor CB. Estimated prevalence of eating disorders in Singapore. The International journal of eating disorders. 2021;54(1):7-18.

28. Rodgers RF, Ziff S, Lowy AS, Austin SB. Disordered eating behaviors and sexual objectification during New York fashion week: Implementation of industry policies and legislation. The International journal of eating disorders. 2021;54(3):433-7.

29. Soontornmanop K. Reliability study of the Eating Attitudes Test (EAT-Thai version) among Thai females. [Thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2010.

30. ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41(1):18-30.

31. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica Scandinavica. 1983;67(6):361-70.

32. กันต์ชานนท์ ขาวดา. การประเมินตนเสมือนวัตถุ ความผิดปกติในการกิน และสุขภาพจิตของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

33. Pike KM, Dunne PE. The rise of eating disorders in Asia: a review. J Eat Disord. 2015;3:33.

34. Lofrano-Prado MC, Prado W, Barros M, Souza S. Eating disorders and body image dissatisfaction among college students. ConScientiae Saúde. 2015;14(3):355-62.

35. Lian Q, Zuo X, Mao Y, Luo S, Zhang S, Tu X, et al. Anorexia nervosa, depression and suicidal thoughts among Chinese adolescents: a national school-based cross-sectional study. Environmental Health and Preventive Medicine. 2017;22(1):30.

36. Fan Y, Li Y, Liu A, Hu X, Ma G, Xu G. Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. BMC Public Health. 2010;10(1):314.

37. Berner LA, Shaw JA, Witt AA, Lowe MR. The relation of weight suppression and

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

body mass index to symptomatology and treatment response in anorexia nervosa. Journal of abnormal psychology. 2013;122(3):694-708.

38. Elran-Barak R, Sztainer M, Goldschmidt AB, Crow SJ, Peterson CB, Hill LL, et al. Dietary Restriction Behaviors and Binge Eating in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Trans-diagnostic Examination of the Restraint Model. Eating behaviors. 2015;18:192-6.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Appendix

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ชื่อโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความชุกของปัญหาการกินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนางแบบอาชีพออายุ 18 ปี ขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาว วรดา เอลสโตว์

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 098-826-4593
แพทย์ผู้เข้าร่วมวิจัย อ. พญ. ปุณฑริก ศรีสวาท

ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4455

แหล่งทุน ไม่มี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นนางแบบอาชีพที่อายุ 18 ปีขึ้นไป

และมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเข้าและไม่ตรงกับเกณฑ์การคัดออกในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลซึ่งในการทำวิจัยในครั้งนี้จะรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครจำนวน 107 คน ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติมกรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ ความกระจ่างแก่ท่าน

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่าน อาจารย์ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ หากท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลและความเป็นมา

ปัญหาความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตัวเอง เป็นปัญหาที่เกิดอยู่ทั่วโลก โดยหลายครั้งผู้ที่มีความไม่พอใจในรูปร่างของตัวเองจะมีความต้องการอยากมีรูปร่างผอมเป็นพิเศษ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอิทธิพลจากมาตรฐานความงามที่สื่อกระแสหลักสร้างขึ้นมาให้สูงกว่าความเป็นจริง ทำให้เกิดผลร้ายต่อความมั่นใจในตัวเองของผู้บริโภคสื่อ ส่งผลให้พวกเขามีทัศนะคติต่อการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป และอาจทำให้เกิดเป็นโรคกลุ่มความบกพร่องทางการกิน (Eating Disorders)ในที่สุด

และหนึ่งในผู้ที่มักถูกเข้าใจว่าเป็นผู้ที่ยกระดับมาตราฐานความงามและความผอมในสื่อให้เป็นความผอมที่มากเกินไปมักจะเป็นนางแบบ และมักเป็นที่เข้าใจกันว่ากลุ่มอาชีพนางแบบเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการมีทัศนะคติต่อการกินที่ไม่ดี ซึ่งสามารถพัฒนาต่อไปเป็นโรคกลุ่มบกพร่องทางการกิน โดยโรคที่พบบ่อยและมีความเกี่ยวเนื่องกับความมั่นใจในรูปร่างตัวเองมักเป็นโรคอะนอเร็กเซีย (Anorexia Nervosa) และ โรคบูลิเมีย (Bulimia Nervosa)

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 466 / 61
Date of Approval 29 เม.ย. 2562

ซึ่งเมื่อขึ้นชื่อว่าเป็นแบบนั้นภาพที่สังคมรับเกี่ยวกับนางแบบคือเป็นต้นแบบในเรื่องของความงาม
ทำให้อาจเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อคนในสังคม

ที่ผ่านมา งานวิจัยในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือ ทัศนะคติต่อการกินในกลุ่มนางแบบ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องนี้ โดยเลือกศึกษาในนางแบบอาชีพที่อาศัยและทำงานในเขตกรุงเทพที่อายุ 18 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้วิจัยกำลังศึกษาอยู่ ซึ่งจะทำให้สามารถหาข้อมูลต่างๆได้สะดวกและเที่ยงตรง

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาเรื่องทัศนะคติเกี่ยวกับการกินของนางแบบอาชีพนั้นจะสามารถนำไปขยายผลเพื่อดูแล และประเมินสุขภาพจิตและความมั่นใจในตัวเองของกลุ่มนางแบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อมาตราฐานความงามในสังคมของจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีผลต่อมากับความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา ความมั่นใจในตัวเอง และ สุขภาพจิตของผู้เสพสื่อที่มีนางแบบเหล่านี้อยู่ นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้ จะเป็นองค์ความรู้ใหม่แก่ผู้ที่สนใจ และเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยท่านอื่นที่จะนำไปศึกษาต่อยอดในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนะคติที่มีต่อการกินในกลุ่มนางแบบอาชีพอายุ 18-35 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีการเกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะมีขั้นตอนต่อไปนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hopital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ Body Iniage Dissatisfaction Scale ฉบับภาษาไทย 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองความผิดปกติด้านการกิน Eating Attitude Test-40 (EAT-40) ฉบับภาษาไทย 40 ข้อ

โดยคาดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยประมาณ 10-15 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยครั้งนี้อาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน คือ การเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม หรือความไม่สะดวกระหว่างท่านเข้าร่วมการวิจัย

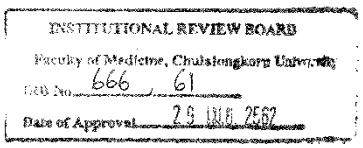
ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลของการศึกษาครั้งนี้จะได้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างองค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ต่อยอดในงานวิจัยอื่นๆ ต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่าน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง

ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย



อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยยินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอมไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ค่าชดเชยจากการวิจัย

ไม่มี แต่ท่านจะได้ของชำร่วยเป็นที่ระลึกจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างทำวิจัย

มีความเสี่ยงน้อย ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาว วรดา เอลสโตว์ ที่เบอร์โทรศัพท์ 089-423-7798 ได้ตลอด 24 ชม.

การเข้าร่วมและสิ้นสุดเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมโครงการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาในระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่อาจจะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านจากการลงนามยินยอมของท่าน

ผู้ทำวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าวท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาว วรดา เอลสโตว์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มอย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 / 61
Date of Approval 29 MAY 2562

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ในการตัดสินใจ ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้ทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-256-4493 ในเวลาราชการ อีเมล์ rescarchaffairs@gmail.com

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาว วรดา เอลสโตว์
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โทร/โทรสาร 02-259-4298, 02-256-4346

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 / 61
Date of Approval 29 มี.ค. 2562

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ความชุกของปัญหาการกิน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนางแบบอาชีพออายุ 18 ปี ขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร
วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านางนางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูล สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย

ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

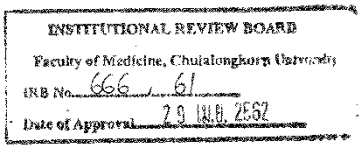
ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลาย เอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

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



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย
หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว
พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 / 61
Date of Approval 29 MAR 2562

แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย

อารมณ์ความรู้สึกเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการเจ็บป่วย ถ้าผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยเข้าใจสภาพอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ของท่าน ก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ และดูแลท่านได้ดียิ่งขึ้น

แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

	คะแนน		คะแนน
1. ฉันรู้สึกตึงเครียด		2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบได้	
( ) เป็นส่วนใหญ่	3	( ) เหมือนเดิม	0
( ) บ่อยครั้ง	2	( ) ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1
( ) เป็นบางครั้ง	1	( ) มีเพียงเล็กน้อย	2
( ) ไม่เป็นเลย	0	( ) เกือบไม่มีเลย	3
3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น		4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้	
( ) มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3	( ) เหมือนเดิม	0
( ) มี แต่ไม่มากนัก	2	( ) ไม่มากนัก	1
( ) มีเพียงเล็กน้อย และไม่ทำให้กังวลใจ	1	( ) มีน้อย	2
( ) ไม่มีเลย	0	( ) ไม่มีเลย	3
5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล		6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	
( ) เป็นส่วนใหญ่	3	( ) ไม่มีเลย	3
( ) บ่อยครั้ง	2	( ) ไม่บ่อยนัก	2
( ) เป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย	1	( ) เป็นบางครั้ง	1
( ) นานๆครั้ง	0	( ) เป็นส่วนใหญ่	0
7. ฉันสามารถทำตัวตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย		8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไร เชื่องช้าลงกว่าเดิม	
( ) ได้ดีมาก	0	( ) เกือบตลอดเวลา	
( ) ได้โดยทั่วไป	1	( ) บ่อยมาก	
( ) ไม่บ่อยนัก	2	( ) เป็นบางครั้ง	
( ) ไม่ได้เลย	3	( ) ไม่เป็นเลย	
9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง		10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง	
( ) ไม่เป็นเลย	3	( ) ใช่	3
( ) เป็นบางครั้ง	2	( ) ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร	2

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 / 61
Date of Approval 29 AUG 2562

( ) ค่อนข้างบ่อย	1	( ) ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน	1
( ) บ่อยมาก	0	( ) ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม	0

11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

( ) เป็นมากทีเดียว	3
( ) ค่อนข้างมาก	2
( ) ไม่มากนัก	1
( ) ไม่เป็นเลย	0

12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

( ) มากเท่าที่เคยเป็น	0
( ) ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น	1
( ) น้อยกว่าที่เคยเป็น	2
( ) เกือบจะไม่มีเลย	3

13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกระทันหัน

( ) บ่อยมาก	3
( ) ค่อนข้างบ่อย	2
( ) ไม่บ่อยนัก	1
( ) ไม่มีเลย	0

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคยเพลิดเพลินได้

( ) เป็นส่วนใหญ่	0
( ) เป็นบางครั้ง	1
( ) ไม่บ่อยนัก	2
( ) น้อยมาก	3

การคิดคะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อคี่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) รวมกัน

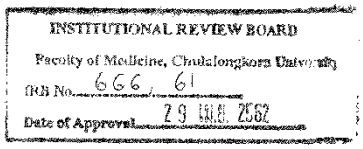
อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) รวมกัน

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 / 61
Date of Approval 25 มิ.ย. 2562

แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมการกิน ฉบับ 40 ข้อ

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ใช้ช่วยในการคัดกรองว่ามีปัญหาความผิดปกติในการกินซึ่งจำเป็นต้องรับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญหรือไม่ โดยแบบประเมินนี้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคความผิดปกติทางการกินหรือใช้แทนการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้ กรุณากรอกข้อมูลด้านล่างนี้ให้ถูกต้องตามความจริงให้สมบูรณ์เท่าที่ทำได้ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

ข้อคำถาม	อัตราความถี่ของพฤติกรรม					
	ตลอดเวลา	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง	แทบจะไม่เคย	ไม่เคย
1. ฉันชอบกินอาหารร่วมกับคนอื่น						
2. ฉันทำอาหารให้คนอื่นๆ กิน แต่ตัวเองจะไม่กิน						
3. ฉันจะเตรียมและจัดเวลาส่วนกินอาหาร						
4. ความคิดที่ว่าตัวเองอ้วน ทำให้ฉันหมกมุ่น						
5. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะกินอาหารเวลาหิว						
6. ฉันคิดหมกมุ่นเรื่องเกี่ยวกับอาหาร						
7. เวลาที่ฉันกินอาหารเข้าไปมากๆ ฉันรู้สึกว่าฉันอาจจะหยุดกินไม่ได้						
8. ฉันจะแบ่งอาหารของฉันออกเป็นชิ้นเล็กๆ						
9. ฉันระมัดระวังเรื่องจำนวนแคลอรี่ของอาหาร						
10. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น ข้าว ขนมปัง เป็น						
11. หลังกินอาหาร ฉันรู้สึกว่าฉันอ้วนขึ้นมาก						
12. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นอยากให้ฉันกินอาหารมากกว่านี้						
13. ฉันอาเจียนหลังกินอาหาร						
14. ฉันรู้สึกผิดอย่างมากหลังกินอาหาร						
15. ฉันคิดหมกมุ่นเรื่องอยากจะผอมลงกว่านี้						
16. ฉันออกกำลังกายอย่างหนัก เพื่อเผาผลาญ						
17. ในหนึ่งวัน ฉันชั่งน้ำหนักหลายๆ ค						
18. ฉันชอบใส่เสื้อผ้าที่แน่นกระชับ						
19. ฉันมีความสุขเมื่อได้กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์						
20. ฉันสิ้นแต่เช้า						



21. ฉันกินอาหารซ้ำๆ กันวันเว้นวัน						
22. ฉันคิดเรื่องการเผาผลาญเพื่อลดหรือคงน้ำหนักตัวของฉัน						
23. ประจำเดือนของฉันเป็นปกติ						
24. คนอื่นคิดว่าฉันผอมเกินไป						
25. ฉันคิดหมกมุ่นว่าฉันมีไขมันอยู่ตามตัวมากเกินไป						
26. ฉันใช้เวลาในการกินอาหารนานกว่าคนอื่น						
27. ฉันมีความสุขที่ได้กินอาหารในร้านหรือภัตตาคาร						

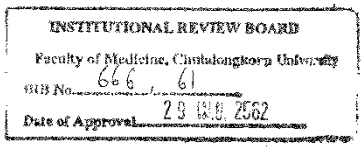
28. ฉันใช้ยาระบายและ/หรือยาถ่ายเป็นประจำ						
29. ฉันหลีกเลี่ยงอาหารหวานๆ						
30. ฉันกินอาหารสำหรับคนที่กำลังควบคุมอาหาร						
31. ฉันรู้สึกว่าอาหารมีส่วนควบคุมชีวิตของฉัน						
32. ฉันสามารถควบคุมตัวเองได้เมื่ออยู่กับอาหาร						
33. ฉันรู้สึกว่าคนอื่นพยายามบังคับให้ฉันกิน						
34. ฉันใช้เวลาส่วนใหญ่ในการคิดเรื่องอาหาร						
35. ฉันมีปัญหาท้องผูก						
36. ฉันรู้สึกไม่สบายใจหลังกินอาหารหวานๆ						
37. ฉันอยู่ระหว่างการควบคุมอาหาร						
38. ฉันชอบให้ท้องของฉันว่างอยู่เสมอ						
39. ฉันมีความสุขที่ได้กินอาหารอร่อยๆ ได้อย่างเต็มที่						
40. ฉันรู้สึกอยากจะอาเจียนหลังกินอาหาร						

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 . 61
Date of Approval

มาตรวัดความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างระมัดระวัง แล้วระบุว่าในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมาคุณมีความรู้สึกตามข้อความแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด โดยใส่เครื่องหมาย (x) ในช่องสี่เหลี่ยม

ข้อความ	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกนานๆ ครั้ง	รู้สึกบางครั้ง	รู้สึก บ่อยครั้ง	รู้สึก ตลอดเวลา
1.ฉันไม่พึงพอใจในรูปร่างที่มีจนรู้สึกว่าควรเปลี่ยนตัวเอง					
2.ฉันเห็นรูปร่างผู้หญิงคนอื่นแล้วรู้สึกว่ารูปร่างตนเองด้อยกว่า					
3.เวลาถอดเสื้อผ้าออกหมดฉันรู้สึกว่าตัวเองอ้วนเกินไป					
4.ฉันรู้สึกไม่สบายใจหากทานอาหารที่มีแคลอรีสูงเข้าไป					
5.ฉันรู้สึกว่ารูปร่างของตัวเองไม่สมส่วน					
6.ฉันรู้สึกอายเวลาที่มองเห็นรูปร่างตัวเอง					
7.ฉันไม่พอใจในรูปร่างตัวเองที่ปรากฏในกระจกเงา					
8.ฉันรู้สึกกังวลกับรูปร่างตัวเองเวลาที่ต้องเข้าสังคม					
9.ฉันรู้สึกว่าตัวเองกังวลกับรูปร่างที่มี					
10.เวลาที่เห็นผู้หญิงรูปร่างดี ฉันจะรู้สึกไม่พอใจกับรูปร่างตัวเอง					



No..... วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

กรุณาตอบคำถามโดยกาเครื่องหมาย ✓ ใน □ ที่แต่ละข้อคำถามที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....
3. น้ำหนัก .....กิโลกรัม BMI .....
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. สัดส่วน อก..... เอว .....สะโพก.....

5. เชื้อชาติ	ไทย	□
	ลูกครึ่ง	□
	โปรดระบุ.....	
7. ระดับการศึกษาสูงสุด	ไม่ได้ศึกษา	□
	ประถมศึกษา (ป.6)	□
	มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	□
	มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	□
	ปวช.	□
	อนุปริญญาหรือ ปวส.	□
	ปริญญาตรี	□
	สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	□

การทำงาน

8. คุณเริ่มรับงานถ่ายแบบแบบหรืองานในวงการบันเทิงตั้งแต่อายุ.....ปี
9. รวมแล้วทำงานเป็นนางแบบมาเป็นเวลา.....ปี

10. งานที่รับส่วนใหญ่เป็นงานประเภทใด (ตอบ 2 ข้อที่มากที่สุด)

ถ่ายแบบเสื้อผ้าภาพนิ่ง	□
เดินแบบ	□
โฆษณาภาพนิ่ง และ เคลื่อนไหว	□
ถ่าย Beauty/Jewelry	□
สายสุขภาพ / Fitness model	□

12. ผู้ว่าจ้าง ผู้จัดการ หรือ เอเจนซี่ เคยบอกให้ลดน้ำหนักเปลี่ยนรูปร่าง หรือ เคยกล่าวว่าหากเปลี่ยนรูปร่าง จะประสบความสำเร็จมากขึ้น

ไม่เคยเลย	□
แทบจะไม่เคย (เคยกล่าว 1 ครั้ง)	□
บ่อยครั้ง (กล่าวบ้างไม่กล่าวบ้าง)	□
เป็นประจำ (กล่าวทุกครั้งที่เจอ)	□

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 , 61
Date of Approval 29 มิ.ย. 2562

13. คุณตั้งใจลดน้ำหนักหรือพยายามเปลี่ยนรูปร่างด้วยตัวเองโดยเชื่อว่าจะช่วยให้ประสบความสำเร็จขึ้น

ไม่เคยเลย	☐
แทบจะไม่เคย (น้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี)	☐
บ่อยครั้ง (3-5 ครั้ง/ปี)	☐
เป็นประจำ (มากกว่า 5 ครั้ง/ปี)	☐

14. คุณมักเปรียบเทียบตัวเองกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นนางแบบด้วยกันในเรื่องรูปร่าง

ไม่เคย	☐
เคย	☐

15. ความถี่ของการรับงานโดยเฉลี่ย.....ครั้ง/สัปดาห์

16. รายได้ที่รับอยู่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามาจาก

การถ่ายแบบเท่านั้น	☐
การถ่ายแบบและงานอื่นๆ	☐

หากมีรายรับจากงานอื่นๆ เป็นลักษณะใด

งานในวงการบันเทิง	☐
งานนอกวงการบันเทิง	☐

17. รายได้ทั้งหมดโดยเฉลี่ยต่อเดือน

น้อยกว่า 30,000	☐
30,001-70,000	☐
70,001-100,000	☐
100,001-140,000	☐
140,001-180,00	☐
180,001 - ขึ้นไป	☐

18. รายได้จากการถ่ายแบบคิดเป็นกี่ % โดยประมาณของรายได้ทั้งหมด .....%

19. ความเพียงพอของรายได้ทั้งหมด

เพียงพอ และ เหลือเก็บ	☐
เพียงพอ แต่ ไม่เหลือเก็บ	☐
ไม่เพียงพอ	☐

20. ท่านทำงานในประเทศหรือนอกประเทศเป็นสัดส่วนเวลาประมาณเท่าไหร่

ใช้ชีวิต และทำงานที่ต่างประเทศ

ไม่เคยไปทำงานต่างประเทศ	☐
น้อยกว่า 3 เดือน/ปี	☐
3-6 เดือน/ ปี	☐

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 / 61
Date of Approval 29 JUN 2561

7-9 เดือน/ปี ☐
9 เดือนขึ้นไป ☐

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

21. ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

อยู่คนเดียว ☐
อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ☐
อาศัยอยู่กับคู่สมรส ☐
อาศัยอยู่กับเพื่อน ☐
อาศัยอยู่กับแฟน ☐
อื่นๆ..... ☐

22. ในครอบครัวมีญาติที่มีประวัติโรคทางจิตเวช

ไม่มี ☐
มี ☐
ญาติคือ .....
โรค.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

23. ท่านใช้สารเสพติดหรือไม่

ไม่เคยใช้สารเสพติด ☐
ใช้สารเสพติด ☐

สำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติด

ประเภทของสารที่ใช้

- แอลกอฮอลล์ ☐
  - ชนิด .....
  - ..... ครั้ง / เดือน
  - ใช้เพื่อลดน้ำหนัก ☐
  - ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น ☐
- บุหรี่ ☐
  - ..... มวน / สัปดาห์
  - ใช้เพื่อลดน้ำหนัก ☐
  - ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น ☐
- กัญชา ☐
  - .....กรัม / เดือน
  - ใช้เพื่อลดน้ำหนัก ☐

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666/61
Date of Approval 29 พ.ค. 2562

	ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น	☐
-	Ecstasy / Amphetamine	☐
	..... กรัม / เดือน	
	ใช้เพื่อลดน้ำหนัก	☐
	ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น	☐
-	Cocaine	☐
	.....กรัม / เดือน	
	ใช้เพื่อลดน้ำหนัก	☐
	ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น	☐
-	Morphine	☐
	..... กรัม / เดือน	
	ใช้เพื่อลดน้ำหนัก	☐
	ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น	☐
-	สารระเหย (เช่น น้ำยาทาเล็บ หรือ กาว)	☐
	..... ครั้ง / เดือน	
	ใช้เพื่อลดน้ำหนัก	☐
	ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น	☐
-	Ketamine	☐
	..... กรัม / เดือน	
	ใช้เพื่อลดน้ำหนัก	☐
	ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น	☐
-	ยาควบคุม (เช่น Xanax)	☐
	ประเภท.....	
	ใช้เพื่อลดน้ำหนัก	☐
	ใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น	☐
24. การใช้ยาลดความอ้วน	ไม่ใช้	☐
	ใช้	☐
	ประเภท	
แหล่งที่มา	ซื้อเอง	☐
	เพื่อนแนะนำ	☐
	แพทย์แนะนำ	☐
	อื่นๆ	☐

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
IRB No. 666 / 61
Date of Approval 23 AUG 2562

VITA

NAME	Worada Elstow
DATE OF BIRTH	27 May 1992
PLACE OF BIRTH	Bangkok
INSTITUTIONS ATTENDED	Chulalongkorn University
HOME ADDRESS	36/11 Soi Mayalarp Ramintra rd. Tharaeng Bangkhen Bangkok 10230

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University