

การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น Dietary Intake of Elderly in the Slum Areas of Khon Kaen Metropolitan District

จินตนา สุวิทวัส*, ภัทระ แสนไชยสุริยา**, เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษ**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Chintana Suwittawat*, Pattara Sanchaisuriya**, Kiatirat Kunarattanapruk**

* Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่ออธิบายการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 78 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และแบบสัมภาษณ์ความถี่ของการบริโภคอาหารใน 1 สัปดาห์ และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ปริมาณพลังงานและสารอาหารโดยใช้โปรแกรม INMUCAL วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียวและข้าวเจ้า เนื้อปลา ผัก ผลไม้ กาแฟ และเครื่องปรุงรส ผงชูรสทุกวัน ร้อยละ 100, 57.7, 70.5, 46.2, 37.2 และ 98.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด การบริโภคอาหาร โรคประจำตัว

Abstract

A cross-sectional study was conducted to describe dietary intake of elderly in the slum areas of Khon Kaen Metropolitan district. The subjects were 78 elderly people. The data were collected by using 24-hours dietary recall, frequency of food intake, and in-depth interview. INMUCAL program was used for calculating nutrient intake. The quantitative data were presented by descriptive statistics. The association between related factors and dietary intake was determined using Chi-square test. Qualitative data analyses were performed using content analysis. The results revealed that the majority consumed sticky rice, white rice, fish, vegetable, fruit, coffee, food seasoning, and MSG by 100%, 57.7%, 70.5%, 46.2%, 37.2%, and 98.7% respectively. Chronic illness was significantly related to nutritional intake.

Keywords: Elderly, Slum, Dietary intake, Chronic illness

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานหนึ่งสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกเพศทุกวัย เพราะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง มีศักยภาพในการดำรงชีวิตในสังคมได้ เมื่อคนมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะกินอาหารน้อยลง กินอาหารไม่ได้สัดส่วน¹ โดยเหตุผลประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดีคือการมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นปัญหาโภชนาการที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงควรที่จะมีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุด้วย

ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดภาวะทุพโภชนาการในอัตราที่สูง มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 30-53 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 16 ไม่รับประทานผักทุกวัน ร้อยละ 34 ดื่มน้ำเป็นประจำ ร้อยละ 22.6² ภาวะทุพโภชนาการพบได้มากในผู้สูงอายุ สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการมีได้หลายสาเหตุ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับอายุ พยาธิสภาพของร่างกาย ตลอดจนปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ความยากจน ความเชื่อ สภาวะบกพร่องของร่างกาย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า³ ในชุมชนเขตเมืองนั้น กลุ่มที่ประสบกับปัญหานี้มากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชุมชนแออัดหรือแหล่งเสื่อมโทรมต่างๆ เพราะเป็นกลุ่มที่มีพื้นฐานทางด้านสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำ ให้ความสำคัญกับการหาอยู่หากินเพื่อปากท้องมากกว่าการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม⁴

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มีการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาเป็นจำนวนมาก เกิดมีชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น 9 ชุมชน⁵

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวข้างต้น ที่ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพสิ่งแวดล้อมร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ไปในทางที่เสื่อมลง ส่งผลกระทบต่อการบริโภคอาหาร และภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนได้ ดังนั้นการศึกษาการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

พื้นที่วิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่วิจัยคือ การเป็นตัวแทนของชุมชนแออัด นอกจากนี้ยังพิจารณาในแง่ของความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของพื้นที่ศึกษาได้แก่ เป็นพื้นที่ที่อยู่ในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น มีความปลอดภัยสูงในการเข้าไปทำการศึกษา การเดินทางสะดวก และชุมชนให้ความร่วมมือในการวิจัย ภายหลังที่ผู้วิจัยได้ลงสำรวจชุมชนแออัดในเขตเทศบาลนครขอนแก่นเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วยชุมชน 9 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเทพารักษ์ 1 ชุมชนเทพารักษ์ 2 ชุมชนเทพารักษ์ 3 ชุมชนเทพารักษ์ 4 ชุมชนเทพารักษ์ 5 ชุมชนมิตรภาพ ชุมชนโนนหนองวัด 2 ชุมชนหลักเมือง และชุมชนพัฒนาเทพารักษ์ จึงได้คัดเลือกพื้นที่ที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวแบบเจาะจง คือ ชุมชนเทพารักษ์ 1 ชุมชนเทพารักษ์ 3 ชุมชนเทพารักษ์ 4 และชุมชนเทพารักษ์ 5

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น จำนวน 463 คน ขนาดตัวอย่างจำนวน 78 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ให้ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกประกอบด้วย ส่วนย่อยดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของผู้สูงอายุ โรคและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับประทานอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วันต่อเนื่องกัน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความถี่การบริโภคอาหาร วิธีการได้มาซึ่งอาหาร วิธีการปรุงและการประกอบอาหาร

2. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยแนวคำถามที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. เครื่องชั่งน้ำหนักอาหารขนาด 1 กิโลกรัม ถ้วยตวงขนาด 1 ถ้วยตวง ½ ถ้วยตวง ¼ ถ้วยตวง ช้อนตวงขนาด 1 ช้อนโต๊ะ 1 ช้อนชา ไม้บรรทัด

4. เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน

ของข้อมูล ลงรหัส และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาที่อยู่ในชุมชนแออัด การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ

1.2 วิเคราะห์ข้อมูล สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

1.3 วิเคราะห์ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับจากการสัมภาษณ์อาหารที่บริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ด้วยโปรแกรม INMUCAL โดยนำปริมาณพลังงานและสารอาหารที่วิเคราะห์ได้เทียบกับเกณฑ์ตามข้อกำหนด Thai DRI วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่ามัธยฐาน ค่าควอไทล์ที่ 1 และ 3 และ 95% CI

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ของการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

1.5 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น จำนวน 78 คน มีรายละเอียดของผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 53.8 ระยะเวลาเข้ามาอยู่ในชุมชนแออัดมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 85.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 52.6 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือได้รับจากบุตร

หลาน อยู่ในช่วง 1,000 – 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.1 ต้องจำกัดหรือควบคุมอาหารร้อยละ 59.0 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 50.0 ไม่ได้คำนึงถึงสิ่งใดในการเลือกรับประทานอาหารร้อยละ 75.6 สุขภาพช่องปากไม่ดี ร้อยละ 89.7 เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 75.6 ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 73.1

2. การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียวและข้าวเจ้า เนื้อปลา ผัก ผลไม้ กาแฟ และเครื่องปรุงรส ผงชูรส ทุกวัน ร้อยละ 100, 57.7, 70.5, 46.2, 37.2, 98.7 ตามลำดับ บริโภคอาหารผัด ทอด ร้อยละ 35.9 ต้ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต้มเครื่องดื่มชูกำลัง 1 – 3 ครั้ง ต่อเดือน ร้อยละ 6.4, 11.5 ตามลำดับ ไม่บริโภคอาหารทะเล ร้อยละ 67.9 ไม่ได้ต้มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง นม กาแฟ ร้อยละ 87.2, 73.1, 43.6 55.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) โดยผู้สูงอายุเพศชายได้รับพลังงานจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ร้อยละ 73.7, 9.2, 17.1 ตามลำดับ ปริมาณพลังงานมีค่ามัธยฐาน 940.76 กิโลแคลอรี ร้อยละ 53.76 ของ DRI ได้รับพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ

ร้อยละ 68.1 และ 50.0 ตามลำดับ ปริมาณแคลเซียม เหล็ก วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินซี ได้รับมีค่ามัธยฐาน 204.42, 5.51, 0.55, 0.54, 32.85 มิลลิกรัมตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 20.45, 52.89, 45.46, 41.15, 36.50 ของ DRI ตามลำดับ ได้รับปริมาณแคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง และวิตามินซี ไม่เพียงพอ ร้อยละ 90.9, 68.1, 90.9, 81.8, และ 77.2 ตามลำดับ ส่วน ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับพลังงานจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรต, โปรตีน และไขมัน ร้อยละ 78.3, 6.0, 15.6 ตามลำดับ ปริมาณพลังงานมีค่ามัธยฐาน 904.14 กิโลแคลอรี คิดเป็นร้อยละ 54.73 ของ DRI ได้รับพลังงานและโปรตีนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.5 และ 55.3 ตามลำดับ ปริมาณแคลเซียม เหล็ก วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสอง วิตามินซี ที่ได้รับมีค่ามัธยฐาน 209.10, 4.62, 0.45, 0.54, 42.13 มิลลิกรัมตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 20.90, 49.10, 40.00, 45.45, 60.48 ของ DRI ตามลำดับ ได้รับปริมาณแคลเซียม เหล็ก วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง และวิตามินซี ไม่เพียงพอ ร้อยละ 87.5, 78.5, 75.0, 73.2, และ 53.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ความถี่ของการบริโภคอาหารชนิดต่างๆของผู้สูงอายุในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ชนิดอาหาร	ความถี่ในการบริโภค			
	ทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	4-6 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	1-3 ครั้ง/ เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้บริโภค จำนวน (ร้อยละ)
1.อาหารประเภทข้าวและแป้ง				
ข้าวเหนียว, ข้าวเจ้า	78 (100)	0	0	0
ก๋วยเตี๋ยว, ขนมจีน	0	9 (11.5)	32 (41.0)	37 (47.5)
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	0	3 (3.8)	16 (20.6)	59 (75.6)

ตารางที่ 1 (ต่อ) ความถี่ของการบริโภคอาหารชนิดต่างๆของผู้สูงอายุในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ชนิดอาหาร	ความถี่ในการบริโภค			
	ทุกวัน จำนวน (ร้อยละ)	4-6 ครั้ง/ สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)	1-3 ครั้ง/ เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ได้บริโภค จำนวน (ร้อยละ)
2.เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์				
เนื้อวัว, เนื้อหมู, เนื้อไก่	21 (26.9)	33 (42.4)	14 (17.9)	10 (12.8)
เนื้อปลา	45 (57.7)	23 (29.5)	9 (11.5)	1 (1.3)
กุ้ง, หอย, ปู	1 (1.3)	4 (5.1)	11 (14.1)	62 (79.5)
ไข่	9 (11.5)	29 (37.2)	19 (24.4)	21 (26.9)
อาหารทะเล, ปลากระป๋อง	2 (2.6)	7 (9.0)	16 (20.5)	53 (67.9)
แมลง	0	3 (3.8)	5 (6.4)	70 (89.8)
สัตว์ป่า	0	0	1 (1.3)	77 (98.7)
3. ผลิตภัณฑ์จากนม				
นมสด, นมเปรี้ยว	11 (14.1)	22 (28.2)	11 (14.1)	34 (43.6)
4.อาหารที่ประกอบด้วยน้ำมันและไขมัน				
อาหารผัด,อาหารทอด	13 (16.7)	28 (35.9)	10 (12.8)	27 (34.6)
เนื้อสัตว์ติดมัน, หนังสัตว์	4 (5.1)	14 (17.9)	14 (17.9)	46 (59.1)
อาหารหรือขนมที่ปรุงด้วยกะทิ	3 (3.8)	7 (9.0)	16 (20.5)	52 (66.7)
5.ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์จากถั่ว				
นมถั่วเหลือง (น้ำเต้าหู้)	10 (12.8)	20 (25.6)	20 (25.6)	28 (36.0)
6.ผักต่างๆ	55 (70.5)	18 (23.1)	4 (5.1)	1 (1.3)
7.ผลไม้ต่างๆ	36 (46.2)	23 (29.5)	11 (14.1)	8 (10.2)
8.เครื่องดื่มต่างๆ				
น้ำอัดลม	1 (1.3)	5 (6.4)	18 (23.1)	54 (69.2)
ไมโล โอวัลติน	11 (14.2)	9 (11.5)	5 (6.4)	53 (67.9)
ชา กาแฟ	29 (37.2)	5 (6.4)	1 (1.3)	43 (55.1)
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2 (2.6)	3 (3.8)	5 (6.4)	68 (87.2)
เครื่องดื่มชูกำลัง	6 (7.7)	6 (7.7)	9 (11.5)	57 (73.1)
9.ของหวาน, ขนมใส่น้ำตาลหรือน้ำอ้อย	8 (10.3)	10 (12.8)	15 (19.2)	45 (57.7)
10.อาหารหมักดอง	2 (2.6)	8 (10.3)	16 (20.5)	52 (66.6)
11.เครื่องปรุงรส , ผงชูรส	77 (98.7)	0	0	1 (1.3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับพลังงานและสารอาหารต่างๆเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จำแนกตามเพศ

พลังงานและ สารอาหาร	ผู้สูงอายุ (n=78)					
	เพศชาย (n=22)			เพศหญิง (n=56)		
	ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	เกิน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	เกินพอ จำนวน (ร้อยละ)
พลังงาน	15(68.1)	4(18.1)	3(13.6)	44(78.5)	6(10.7)	6(10.7)
โปรตีน	11(50)	5(22.7)	6(27.2)	31(55.3)	17(30.3)	8(14.2)
แคลเซียม	20(90.9)	0	2(9.0)	49(87.5)	2(3.5)	5(8.9)
เหล็ก	15(68.1)	3(13.6)	4(18.1)	44(78.5)	6(10.7)	6(10.7)
วิตามินเอ	20(90.9)	0	2(9.0)	42(75)	5(8.9)	9(16.0)
วิตามินบีหนึ่ง	18(81.8)	3(13.6)	1(4.5)	41(73.2)	8(14.2)	7(12.5)
วิตามินซี	17(77.2)	2(9.0)	3(13.6)	30(53.5)	11(19.6)	15(26.7)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร

ปัจจัยการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ มี มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่าง ที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ของครอบครัว รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว ความสามารถในการดูแลตนเอง กับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว รายได้ เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	การบริโภคอาหาร		χ^2	p-value
	ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.93	0.38
ชาย	15 (25.4)	7 (36.8)		
หญิง	44 (74.6)	12 (63.2)		
อายุ			1.06	0.63
60 – 69 ปี	32 (54.2)	10 (52.6)		
70 – 79 ปี	22 (37.3)	6 (31.6)		
80 ปีขึ้นไป	5 (8.5)	3 (15.8)		

ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ของครอบครัว รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว
ความสามารถในการดูแลตนเอง กับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

เพศ อายุ รายได้ของครอบครัว รายได้ เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	การบริโภคอาหาร		χ^2	p-value
	ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้ของครอบครัว			5.10	0.14
น้อยกว่า 1000 บาท	0	1 (5.3)		
1000 - 3000 บาท	13 (22.0)	1 (5.3)		
3000 - 5000 บาท	11 (18.6)	4 (21.1)		
มากกว่า 5000 บาท	35 (59.3)	13 (68.4)		
รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย			0.68	0.74
เหลือเก็บ	5 (8.5)	1 (5.3)		
เพียงพอ	43 (72.9)	13 (68.4)		
ไม่เพียงพอ	11 (18.6)	5 (26.3)		
มีโรคประจำตัว			5.33	0.03
ไม่มี	12 (20.3)	9 (47.4)		
มี	47 (79.7)	10 (52.6)		
ความสามารถในการดูแลตนเอง			1.25	0.37
ช่วยเหลือตนเองได้ค่อนข้างมาก	14 (23.7)	7 (36.8)		
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	45 (76.3)	12 (63.2)		

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานส่วนใหญ่ได้มาโดยการซื้อ ส่วนใหญ่จะซื้อจากร้านค้าในชุมชนและพ่อค้า แม่ค้าที่นำเข้ามาขายในชุมชน โดยเงินซื้อ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมหนึ่งของคนในชุมชนแออัด คือวัฒนธรรมเงินซื้อเนื่องจากวิถีชีวิตของคนในชุมชนแออัด เป็นวิถีชีวิตที่ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ อย่างที่ชาวบ้านเรียกว่าชักหน้าไม่ถึงหลัง สินค้าเงินซื้อส่วนใหญ่จะเป็นอาหารและของใช้จำเป็น ได้แก่ ข้าวสาร น้ำปลา อาหารสำเร็จรูปจำพวกบะหมี่ ปลากระป๋อง ผงซักฟอก สบู่ ยาสีฟัน แชมพูสระผม อาหารบางส่วนยังได้จากการแบ่งปันจากเพื่อนบ้านในชุมชน จากวัดที่อยู่ใกล้ชุมชน จากการปลูกในบริเวณพื้นที่ว่างเปล่าริมทางรถไฟ จากการแบ่งปัน

จากญาติพี่น้องที่อยู่ในหมู่บ้านเดิม และจากการแลกเปลี่ยนโดยนำตะกร้าพลาสติกที่ตนเองไปแลกเปลี่ยนข้าวสารจากญาติพี่น้อง คนรู้จักในหมู่บ้านต่างๆ ซึ่งจะได้ข้าวสารปริมาณมากกว่านำตะกร้าพลาสติกไปขายแล้วนำเงินสดไปซื้อข้าวสาร เนื่องจากการแลกเปลี่ยนชาวบ้านมองว่าเป็นการช่วยเหลือกัน บรรเทาความเดือดร้อนให้แกกันในหมู่บ้าน

ส่วนน้ำดื่ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดื่มน้ำกรองจากเครื่องกรองน้ำ ที่ติดตั้งอยู่ในบ้าน เครื่องกรองน้ำนี้ซื้อด้วยเงินผ่อนเป็นรายเดือน ผู้สูงอายุบางส่วนดื่มน้ำบรรจุถังที่วางขายอยู่ตามร้านค้าในชุมชน ดื่มน้ำจากเครื่องหยอดเหรียญที่ตั้งอยู่ในชุมชน โดยน้ำดื่มที่นำมาดื่ม ผู้สูงอายุนำมาดื่มโดยไม่ได้อัด

ผู้สูงอายุมองว่าอาหารที่ดี มีประโยชน์ต่อร่างกายและจะทำให้มีสุขภาพดีนั้น อาหารที่ครบ 5 หมู่ อาหารที่สุก สะอาด ประจุเสร็จใหม่ ๆ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง และผงชูรส แต่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติได้ มีอาหารอะไรก็รับประทานสิ่งนั้น เนื่องจากขาดแคลนเงินในการซื้ออาหารที่มารับประทานให้ครบทั้ง 5 หมู่ ประกอบกับความชื่นชอบในรสชาติอาหารหมักดอง อาหารดิบ โดยเฉพาะลาบดิบ ก้อยดิบ ทั้งใส่เลือดและไม่ใส่เลือด และความเคยชินในการรับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส อาหารที่ไม่ใส่ผงชูรส ผู้สูงอายุบอกว่ารสชาติไม่อร่อย

ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จึงควบคุมอาหารโดยรับประทานอาหารในปริมาณที่น้อย ไม่รับประทานอาหารมัน อาหารรสหวานจัด รสเค็มจัด รสเผ็ดจัด ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อไม่ให้ส่งผลต่อโรคที่เป็น ดังนั้นการปรุงและประกอบอาหารของผู้สูงอายุ จึงเป็นการปรุงและประกอบอาหารแบบคนอีสาน ที่ปรุงอาหารโดยวิธีการอ่อม ต้ม นึ่ง ลวก ปิ้ง ลาบ ก้อย ถั่ววันไหนเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน ผู้สูงอายุมักจะซื้ออาหารปรุงสำเร็จที่วางขายในชุมชน เนื่องจากราคาถูก สะดวก นำมารับประทานได้ทันที

อภิปรายผล

ปริมาณพลังงาน สารอาหาร เกลือแร่และวิตามินที่ผู้สูงอายุได้รับจากการบริโภคอาหารประจำวัน จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับปริมาณพลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอตามข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย (DRI) พ.ศ.2546 ซึ่งสัมพันธ์กับข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบว่า การมีโรคประจำตัว ที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่วัยกลางคน ผู้สูงอายุบางคนในวัยกลางคน ต้มโคล้ก (น้ำอืดลม) ทุกวัน เป็นเวลา 10 ปี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นโรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต้องจำกัดปริมาณ

อาหาร งดรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก รสหวานมาก ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล จึงส่งผลทำให้ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ผู้สูงอายุได้รับน้อยกว่าข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย (DRI) พ.ศ.2546 และสอดคล้องกับการศึกษาของสถิตย์ ผ่องแผ้ว⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงได้รับปริมาณสารอาหารต่าง ๆ น้อยกว่า 67% RDA ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคาการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด โดยแพทย์และพยาบาลควรให้คำแนะนำด้านการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการแก่ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด และควรจัดโครงการให้ความรู้ในการบริโภคอาหารและการควบคุมอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร

สรุป

ผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้พลังงานและสารอาหารไม่เพียงพอตามปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546 ที่ได้กำหนดไว้ ปัจจัยการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ได้รับทุนสำหรับค้นคว้าในการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552

เอกสารอ้างอิง

1. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 21. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2550.
2. Jitapunkul S and Bunnag S. Aging in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine 1998.
3. พิชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์. ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์สูงอายุ. 2544; 2(3): 47-52.
4. ดารุณี จงอุดมการณ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พูลสุข ศิริพูล, มณฑิรา เขียวยิ่ง และพิชญกานต์ สกุลพานิช. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวผู้มีรายได้น้อยชุมชนเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
5. งานวิเคราะห์นโยบายและแผนเทศบาลนครขอนแก่น กองวิชาการและแผนงาน. แผนพัฒนาสามปี (พ.ศ. 2551-2553). [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.], 2551.
6. สฤณี ผ่องแผ้ว. การเปรียบเทียบการได้รับพลังงานและสารอาหารโดยวิธีการใช้แบบสอบถามความถี่อาหารบริโภคทั้งปริมาณและการสัมภาษณ์ย้อนหลัง 24 ชั่วโมงและพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตภิบาล. 2548; 17(2): 45-50.