

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (correlational research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ ความเชื่อด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื่อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มารับการขึ้นทะเบียนรายงานตัวและร่วมประชุมกลุ่มผู้ติดเชื่อกับประชาสงเคราะห์จังหวัดเชียงใหม่และเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื่อบ้านอำพัน อ.สันป่าตอง กลุ่มผู้ติดเชื่อใจเขาใจเรา อ.สันป่าตอง กลุ่มผู้ติดเชื่อฟ้าสีขาว(บ้านป่าเมี่ยง) อ.คอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 50 คน โดยเก็บข้อมูลในเดือนกันยายน 2543 ถึง ตุลาคม 2543 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื่อ แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการของผู้ติดเชื่อ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับอาหารของผู้ติดเชื่อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคของผู้ติดเชื่อ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนตัว
2. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการบริโภค
3. ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการบริโภคของผู้ติดเชื่อเอชไอวี โดยสูตรสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.0 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.0 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 64.0 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลายเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 46.0 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.0 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.0 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีภาระหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 52.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ทราบว่าเป็น

คิดเชื้อเอชไอวี มากกว่า 1 ปีถึง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.0 มีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 96.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาหรือวัคซีนต้านไวรัสเลยคิดเป็นร้อยละ 62.0 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 94.0 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย นอกจากนี้ยังได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อน ผู้ร่วมงาน เครือข่ายผู้ติดเชื้อและบุคคลในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 55.3 และ 53.2 ส่วนการได้รับข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ หนังสือพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ และเอกสารเผยแพร่ความรู้ก่อนข้างต่ำคิดเป็นร้อยละ 14.9, 23.4, 36.2 และ 40.4 ตามลำดับ ร้อยละ 6.4 ได้รับข้อมูลจากพระ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดีคิดเป็นร้อยละ 56 และ 40 ตามลำดับ ส่วนมี 2 ราย ที่มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ โดยมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ย 24.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.08

กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อปานกลางคิดเป็นร้อยละ 80 และมีความเชื่อมากคิดเป็นร้อยละ 20 มีค่าคะแนนความเชื่อเฉลี่ย 50.34 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.42

พฤติกรรมกรรมการบริโภคโดยรวมอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72 และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมดี คิดเป็นร้อยละ 28 โดยมีค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเฉลี่ย 128.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.94

อาการหรือภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อสามารถพบได้หลายอาการในขณะเดียวกัน ที่พบมากในกลุ่มตัวอย่าง คือ อาการเป็นแผลและเจ็บในช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 74 รองลงมาคือ อาการท้องเสีย น้ำหนักตัวลดคิดเป็นร้อยละ 66 อาการเบื่ออาหารคิดเป็นร้อยละ 62 ท้องอืดและคลื่นไส้อาเจียนคิดเป็นร้อยละ 58 และ 56 ตามลำดับ

วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอาการต่าง ๆ ดังกล่าว เมื่อเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายคิดเป็นร้อยละ 46.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรงคิดเป็นร้อยละ 42.9 และรับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 39.3 เมื่อเกิดอาการเบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างพยายามจัดอาหารและรับประทานตามชอบร้อยละ 70.9 รับประทานทีละน้อยแต่บ่อยครั้งคิดเป็นร้อยละ 54.8 หากของขบเคี้ยวไว้ใกล้ตัวคิดเป็นร้อยละ 45.2 เมื่อเกิดอาการเป็นแผลในช่องปาก กลุ่มตัวอย่างจะหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดคิดเป็นร้อยละ 81.1 ดูแลรักษาสุขภาพช่องปากและฟันคิดเป็นร้อยละ 56.8 และพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีความแข็งกระด้างคิดเป็นร้อยละ 37.8 เมื่อเกิดอาการท้องอืด กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ปวดท้องหรือเกิดลมในกระเพาะคิดเป็นร้อยละ 75.9 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงและการจำกัดเครื่องดื่มที่เย็นจัดหรือมีน้ำแข็งคิดเป็นร้อยละ 27.7 และ 27.5

เมื่อเกิดอาการท้องเสีย วิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองคิดเป็นร้อยละ 78.8 ล้างมือก่อนการรับประทานอาหารทุกครั้งคิดเป็นร้อยละ 66.7 และหลีกเลี่ยงอาหารไม่สะอาด สุก ๆ ดิบ ๆ คิดเป็นร้อยละ 63.6 เมื่อมีปัญหาน้ำหนักตัวลดกลุ่มตัวอย่างพยายามจัดอาหารและรับประทานอาหารที่ชอบ คิดเป็นร้อยละ 72.7 พยายามไปรับรสชาติและชนิดอาหารคิดเป็นร้อยละ 63.6 และพยายามเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง คิดเป็นร้อยละ 57.6

ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อของผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .348, p < .05$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .569, p < .01$) แต่ความเชื่อกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเรื่องความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอ

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 70 ชายร้อยละ 30 (ตารางที่ 3) คิดเป็นอัตราส่วนหญิงต่อชาย 2.3 : 1 ซึ่งแตกต่างจากสถิติสาธารณสุข กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ปี 2527 ถึง ปี 2543 พบว่า อัตราส่วนหญิงต่อชายเป็น 1 : 3.4 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้ คือ เนื่องจากลักษณะการสัมผัสและการดำเนินของโรค ในระยะแรกจะพบในผู้ชายในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็วและระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นรวมถึงการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพยังไม่ทั่วถึงทำให้ผู้ป่วยที่พบในกลุ่มแรกๆ มีพัฒนาการของโรครุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสถิติจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานการเสียชีวิตนับตั้งแต่ปี กันยายน 2527 ถึงตุลาคม 2543 ซึ่งพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ชายสูงถึงร้อยละ 78.3 ส่วนผู้หญิงมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 21.6 และ 0 ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการเก็บข้อมูลก็พบว่า มีสถานภาพสมรสเป็นม่ายมากที่สุดถึงร้อยละ 64 (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลดังกล่าวข้างต้น

สำหรับอายุ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน คือระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 78 (ตารางที่ 3) สถิติรวมของกองระบาดวิทยา มีสถิติผู้ติดเชื้ออยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี คิดเป็นอัตราร้อยละ 78.46 วัยนี้เป็นวัยเจริญพันธุ์และการติดต่อหลักของเชื้อเอชไอวีคือทางเพศสัมพันธ์ ใน

กลุ่มตัวอย่างติดต่อโดยเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 96 (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับสำหรับสถิติของระดับ
 วิทยา กระทรวงสาธารณสุขพบว่าติดต่อโดยเพศสัมพันธ์ร้อยละ 83

อาชีพที่พบส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มทำงานรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 66 (ตารางที่ 4) ตามสถิติ
 ของระดับวิทยาเป็นกลุ่มรับจ้างร้อยละ 44.2 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ตาราง
 ที่ 4) รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือนค่อนข้างต่ำ คือ น้อยกว่า 1,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 62 และ
 1,000 ถึง 3,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 38 (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ต่ำกว่ารายได้ประชาชาติ
 ของประเทศไทย ซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2543
 รายได้ต่อคนต่อปี ของประเทศไทย คือ 78,798 บาท หรือ เฉลี่ย 6,566.50 บาทต่อคนต่อเดือน
 จากผลดังกล่าวทำให้พบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีรายได้ที่ไม่เพียงพอ
 ในการดำรงชีวิต

ในปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชนตระหนักถึงความสำคัญในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์
 ให้ความรู้ที่ถูกต้อง การสนับสนุนด้านการดูแล การเฝ้าระวังป้องกันและการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อและ
 ผู้ป่วยเอดส์อย่างกว้างขวาง ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ได้มีการบรรจุแผนการ
 ดูแล เฝ้าระวังและการรักษา รวมถึงการสนับสนุนการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อ ส่วนภาคเอกชน
 ทั้งในและต่างประเทศก็มีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ มีการใช้สื่อให้ความรู้ในหลาย ๆ
 รูปแบบ วิธีการที่สามารถเข้าถึงผู้ติดเชื้อโดยตรง และให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นที่ยอมรับ นำเชื่อถือ
 มากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฉะนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักถึง ภาระหน้าที่
 ความสำคัญของตน เพื่อถ่ายทอด และให้ความรู้ รวมถึงการดูแลที่ถูกต้อง นอกจากนี้บุคคลใน
 ครอบครัว กลุ่มเครือข่ายองค์กรเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเองก็มีบทบาทสำคัญ ในการดูแล ให้ข้อ
 มูลข่าวสารที่ถูกต้อง ดึงการส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มต่าง ๆ ได้รับการอบรม การให้ความรู้ที่
 ถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรกระทำ เพราะกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้เป็นแหล่งข้อมูลที่จะถ่ายทอดไปสู่ผู้
 ติดเชื้อต่อไป การประชาสัมพันธ์โดยการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นอีกแนวทางประชาสัมพันธ์อีกวิธีหนึ่ง
 แต่ปัญหาที่มักพบ คือ การศึกษาภาคบังคับของคนไทยในอดีตอยู่ที่ 6 ปี และปัจจุบันกำลังปรับปรุง
 ให้เพิ่มขึ้นเป็น 12 ปี ดังนั้นผู้ติดเชื้อในปัจจุบันส่วนใหญ่ผ่านการศึกษาภาคบังคับในระบบเดิม คือ
 6 ปี ซึ่งหมายถึงจบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อีกทั้งปัญหาของเศรษฐกิจทำให้การศึกษาต่อเนื่อง
 ในระดับที่สูงขึ้นถูกจำกัด ทำให้เกิดปัญหาในการอ่าน เขียน ทำความเข้าใจเอกสารหรือคู่มือให้
 ความรู้ต่าง ๆ อีกแหล่งที่น่าจะเป็นแนวทางที่ควรส่งเสริมและสนับสนุน คือ พระภิกษุและผู้นำ
 ทางศาสนา เพราะคนไทยถือว่าวัดเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจนับแต่อดีตรวมถึงเป็นศูนย์รวมของชุมชน
 พระหรือผู้นำศาสนาเป็นผู้คอยให้คำแนะนำ สั่งสอน ความรู้ ด้านศาสนา การดำเนินชีวิตที่ถูกต้องควร
 แก่ชุมชนมาแต่อดีต และในปัจจุบันพระยังเข้ามามีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย
 เอดส์ เช่น พระอโศกแห่งวัดพระบาทน้ำพุหรือพระเมฆะครูโกลแห่งศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ ดังนั้น

การสนับสนุน การให้ความรู้ความร่วมมือ แก่พระและผู้นำศาสนาจึงเป็นอีกแนวทางที่น่าส่งเสริมในการเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์ที่ 1 ความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี คิดเป็นร้อยละ 56 และ 40 ตามลำดับ ส่วนมี 2 ราย ที่มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ (ตารางที่ 10) มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 24.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.08 (ตารางที่ 11) ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อทั้งหมดเป็นผู้ติดเชื้อที่เป็นสมาชิกของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ซึ่งทางกลุ่มเครือข่ายจะมีการจัดอบรม เจริญวิทยาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ที่มีความรู้มาคอยให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการเป็นระยะ อีกทั้งผู้ที่เข้ากลุ่มได้คือผู้ติดเชื้อรายนั้น ได้เปิดเผยตัวเองแล้วว่าตัวเองติดเชื้อและพยายามหาวิธีที่จะรักษาสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์เพื่อสามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตต่อไปได้เพราะส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และมีภาระครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแล ส่วน 2 รายที่มีความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำนั้นพบว่า ทั้ง 2 รายเป็นสมาชิกที่เข้าใหม่ของกลุ่มเครือข่าย ทั้ง 2 รายเป็นชาวเขา ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับการสื่อสารและให้ความรู้กลุ่มชาวเขาค่อนข้างยุ่งยากในการถ่ายทอดความรู้ ทั้งจากการสื่อสารและสภาพความรู้พื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอง ดังนั้นในการให้ความรู้หรือคำแนะนำ ต้องพิจารณาพื้นฐานความรู้ของกลุ่มเป้าหมาย เพราะในแต่ละกลุ่มพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกันทำให้การรับข้อมูลแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องอาหารและโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อมีความเชื่อปานกลางคิดเป็นร้อยละ 80 และมีความเชื่อมากคิดเป็นร้อยละ 20 (ตารางที่ 10) มีคะแนนความเชื่อเฉลี่ย 50.34 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.42 (ตารางที่ 11) ความเชื่อ คือการได้รับข่าวสาร หรือข้อมูลที่ได้อาถ่ายทอดกันมา อาจอ้างอิงมาจากหลักวิทยาศาสตร์หรือจากประสบการณ์พื้นฐานของตัวบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่มีเจตนาหลักเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุอันอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต มี 2 ประเภท คือ สมเหตุผล และ ไม่สมเหตุผล (ญาณิ นนทเปารยะ และคณะ, 2533) จากการที่ผู้ติดเชื้อได้รับการถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้องตรงตามหลักวิชาการ ทำให้ความเชื่อหลาย ๆ ประการที่ไม่สมเหตุผลและสามารถพิสูจน์ได้ถูกปรับเปลี่ยนไปในทางที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความเชื่อ พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .346, p < .05$) (ตารางที่ 13)

วัตถุประสงค์ที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมการบริโภคโดยรวมอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมปานกลางถึงดีคิดเป็นร้อยละ 72 และ 28 (ตารางที่ 10) โดยมีค่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเฉลี่ย 128.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.94 (ตารางที่ 11) เนื่องจากการตระหนักถึงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการรวมกลุ่มเป็นกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อขึ้น ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทำให้เกิดความพยายามที่จะปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดี และมีชีวิตที่ยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

อาการหรือภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อซึ่งสามารถพบได้หลายอาการในขณะเดียวกัน ที่พบบ่อยคือ อาการเป็นแผลและเจ็บในช่องปากร้อยละ 74 รองลงมาคือ อาการท้องเสีย น้ำหนักตัวลดร้อยละ 66 อาการเบื่ออาหารร้อยละ 62 ท้องอืดและคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 58 และ 56 ตามลำดับ (ตารางที่ 12) ซึ่งอาการดังกล่าว เป็นอาการของระบบทางเดินอาหารที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเกิดปัญหาทุพโภชนาการและนำไปสู่พัฒนาการของโรคเร็วขึ้น (Pratt, 1996)

การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์มาแล้ว ส่วนพฤติกรรมที่จะเลือกปฏิบัติส่วนใหญ่พฤติกรรมการปฏิบัติตัวจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และความสามารถ รวมทั้งความพร้อมที่ผู้ติดเชื้อแต่ละรายจะพึงปฏิบัติตามได้

วัตถุประสงค์ที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .569, p < .01$) (ตารางที่ 13) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ 1 แสดงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้ถูกต้องดี มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในเกณฑ์ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ (สุมาลี คุณแสง, 2537) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเทพินทร์ คุณโลก (2539) พบว่าความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับบริโภคชนิดเดียวของประชาชนบ้านแม่ขานถ้ำ ตำบลสองแคว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และการศึกษาของศศิธร ชำนาญผล (2542) ที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยไตวายได้รับความรู้และการแนะนำการปฏิบัติตัวและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโรคไตวาย ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

วัตถุประสงค์ที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี

ความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 13) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมุติฐานที่ 2 แสดงว่า ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้อาจอธิบายเหตุผลได้ดังนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive group) จากสมาชิกในกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการให้คำแนะนำ และข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมถึงการตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองทำให้ผู้ติดเชื้อยอมรับและปฏิบัติตามแนวทางที่ได้รับการแนะนำตามหลักวิชาการ ทำให้ความเชื่อหลาย ๆ ประการที่ไม่สมเหตุผลและสามารถพิสูจน์ได้ถูกปรับเปลี่ยนไปในทางที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความเชื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.348, p < .05$) (ตารางที่ 13) นอกจากนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาน้อยเกินไป และแบบสอบถามซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้สร้างขึ้นเองอาจไม่สมบูรณ์และครอบคลุมมากเพียงพอ ซึ่งควรมีการปรับปรุงเพิ่มเติมในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

ในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
2. เป็นแนวทางในการจัดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ต่อชุมชน โดยคำนึงถึงปัจจัยร่วมต่าง ๆ เช่น เพศ การศึกษา เศรษฐฐานะ สภาพโดยรวมของชุมชนที่เข้าไปทำการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาในเชิงลึก และวิเคราะห์ปัจจัยด้านอื่น ๆ ทั้งปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภครวมถึงภาวะสุขภาพ
2. การศึกษาในด้านการใช้สื่อโฆษณาการ ต่อภาวะโฆษณาการของกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
3. ศึกษาผลการปรับปรุง ส่งเสริม แก้ไขปัญหาต่างๆ ในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
4. การศึกษา เกี่ยวกับเพศศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา การดูแลป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี
5. การศึกษาความแตกต่างของเพศกับความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมกรรมการบริโภครวมถึงภาวะสุขภาพ