

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านโรงวัว ตำบลแม็กกา อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

วิถีการดำเนินชีวิต

วิถีการดำเนินชีวิตกับภาวะสุขภาพ

พฤติกรรมและการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์

สังคมและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมของมนุษย์

การเรียนรู้ทางสังคมและการถ่ายทอดความรู้กับพฤติกรรมมนุษย์

โรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle or Style of life)

ปัจจุบันแนวโน้มของการเจ็บป่วยนอกจากเกิดจากโรคที่ติดเชื้อแล้ว ยังมีโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ การแสดงพฤติกรรมส่วนบุคคลเป็นแบบแผนวิถีการดำเนินชีวิตมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดีและไม่ดี โดยมีผู้ให้ความหมายของวิถีการดำเนินชีวิตต่าง ๆ กัน ที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดังนี้

Singer (1982, p.303 อ้างใน วาสนา ปุระณมณีวิวัฒน์, 2535, หน้า 9) ได้ให้ความหมายของวิถีการดำเนินชีวิตว่าเป็นหนทางของการดำเนินชีวิต หรือวิถีชีวิตที่บุคคลประพฤติปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน

Hafen & Frandson (1981, p.98 อ้างใน วรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540, หน้า 33) ให้นิยามของวิถีการดำเนินชีวิตคล้ายกันว่า เป็นการกระทำที่บุคคลกำหนดไว้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

เช่นเดียวกับ Walker, Sechrist, & Pender (1987, p.77 อ้างใน รุ่งทิวา ไชยวงศ์, 2542, หน้า 9) ให้ความหมายของวิถีการดำเนินชีวิตว่าเป็นแบบแผนหลายมิติของการเริ่มต้นกระทำกิจกรรมของบุคคล และการรับรู้ที่จะคงสภาพ หรือเพิ่มระดับของความผาสุก ความต้องการที่จะมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self - actualization) และความสำเร็จของบุคคล (Fulfillment)

Eysench (1972, p.72 อ้างใน วรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540, หน้า 33) ได้ให้ความหมายของวิถีการดำเนินชีวิตว่าหมายถึงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่เกิดจากการฝึกฝนจนกลายเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ซึ่งกระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ได้เป็นที่มาของการต้องฝึกฝนพฤติกรรมนั้น ๆ ว่ามาจากค่านิยม หรือการกำหนดของบุคคล

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายซึ่งครอบคลุมว่า ความหมายของวิถีการดำเนินชีวิตที่กล่าวมาข้างต้นโดยกล่าวว่า วิถีการดำเนินชีวิต หมายถึง นิสัยหรือแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่มีความคงที่ภายใน ซึ่งสะท้อนทัศนคติ และค่านิยมของบุคคล หรือวัฒนธรรม ทั้งในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์การทางสังคมให้ความหมายสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก กล่าวคือ วิถีการดำเนินชีวิตอาจหมายถึงค่านิยมที่บุคคลยึดถือ และแสดงออกในการดำเนินชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้วิถีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายอย่างได้แก่

Wiley & Camacho (1980, p. 1 อ้างใน รุ่งทิวา ไชยวงศ์, 2542, หน้า9) กล่าวว่า วิถีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในดุลยพินิจซึ่งเป็นส่วนที่ประพฤติเป็นปกติของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ กิจกรรม หรือพฤติกรรมที่บุคคลตัดสินใจหรือคิดว่ามีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และเป็นกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคล

Smith Shultz (1984, p. 271 อ้างใน รุ่งทิวา ไชยวงศ์, 2542, หน้า 9) กล่าวว่า วิธีการดำเนินชีวิตคือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งนิสัยนี้สามารถมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

ส่วน Pender, 1987, p.135 กล่าวถึง วิธีการดำเนินชีวิตในลักษณะที่เป็นองค์ประกอบของวิธีการดำเนินชีวิต วิธีการดำเนินชีวิต หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพเพื่อความผาสุก และป้องกันสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย อาชีพ ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และโภชนาการ

กล่าวโดยสรุป วิธีการดำเนินชีวิตหมายถึง การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งสะท้อนทัศนคติ และวัฒนธรรมของบุคคล ที่บุคคลได้กำหนดไว้สำหรับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต และฝึกฝนจนเป็นนิสัย หรือแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ที่กระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลในบางเรื่องบุคคลเป็นผู้กำหนดและเลือกเอง แต่บางครั้งอาจถูกกำหนดจากบุคคลอื่น เช่น สามี หรือภรรยา บิดา มารดา หรือบุตร ประกอบกับวิธีการดำเนินชีวิตถูกเรียนรู้ได้ และถูกนำมาเป็นต้นแบบ

เนื่องจากวิธีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัยของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วยบางอย่างของบุคคลนั้น ได้รับผ่านทางพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพของตนเอง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น ดังนั้นในทางการพยาบาลและงานด้านป้องกันและควบคุมโรค จึงได้มีความพยายามที่จะประเมินภาวะสุขภาพทางวิธีการดำเนินชีวิต และสุขนิสัยของบุคคล ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้คำปรึกษา และให้ความรู้ต่อผู้ป่วย และเพิ่มแรงจูงใจให้บุคคลมีความรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง

Pender (1987, pp. 138-143) ได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต และสุขนิสัยประจำวันของบุคคล โดยแบ่งพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตออกเป็น 10 ด้าน ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self Care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติทางโภชนาการ (Nutritional Practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เนื้อหาจะครอบคลุมในเรื่องการรู้จักเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม และมีคุณค่าทางโภชนาการ
3. การมีกิจกรรมทางด้านร่างกายและนันทนาการ (Physical or Recreational Activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน
4. แบบแผนการนอนหลับ (Sleep Patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ปัญหาในการนอนหลับ วิธีแก้ไข รวมไปถึงที่นอน ท่าทางในการนอนหลับที่ก่อให้เกิดความสุขสบาย และทำให้เกิดการหลับที่มีประสิทธิภาพ
5. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสุขภาพที่ดีตามมาในที่สุด
6. ความพึงพอใจในชีวิต (Self Actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสุขภาพกายที่ดีตามมาในที่สุด
7. ความคาดหวังในชีวิต (Sense of Purpose) เป็นการประเมินว่า บุคคลควรจะมีจุดมุ่งหมาย และกำหนดเป้าหมายในชีวิตไว้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationship with Others) เป็นการประเมินถึงการคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ
9. การควบคุมสภาวะสิ่งแวดล้อม (Environmental Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ อากาศเป็นพิษ สารพิษ การดูแลที่พักอาศัยให้สะอาดเรียบร้อย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่าง ๆ ต่อสุขภาพ

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ปัญหาสุขภาพอนามัย รวมทั้งการตรวจสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายจากบุคลากรที่มสุขภาพ

วิถีการดำเนินชีวิตกับภาวะสุขภาพ

วิถีการดำเนินชีวิตมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เพราะวิถีการดำเนินชีวิตเป็นตัวแทนผลรวมของการเลือก และการกระทำของบุคคล วิถีการดำเนินชีวิตจึงเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลที่สุดต่อสุขภาพดี หรือสุขภาพไม่ดี

จากการศึกษาของ Pender (1987) ในบุคคลทั่วไปพบว่า วิถีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ แบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิถีเผชิญความเครียด การพักผ่อนนอนหลับ นันทนาการ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และยาเสพติด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารมากเกินไป และออกกำลังกายไม่เพียงพอ ทำให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตีบตัน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารพวกน้ำตาลมากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงต่อฟันผุมากขึ้น การสูบบุหรี่มีผลต่อมะเร็งปอด หัวใจ และหลอดเลือด (Kozier, Erb, & Bufalino, 1989, Roger, 1960, King & Rememyi, 1986, อ้างใน วรรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540, หน้า 35) และสาเหตุการตายส่วนใหญ่ในปัจจุบันมาจากโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล

การมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดี เช่น มีทุกขนิสัย ซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีภาวะทุพโภชนาการ มีความเครียดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังซึ่งเรียกว่าโรคของแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้มีความผิดปกติของหลอดเลือด ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เกลีส และแคลอรีในปริมาณมากกว่าปกติ มีกิจกรรมในการใช้พลังงานน้อย ไม่ควบคุมการเพิ่มน้ำหนักของร่างกาย และการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด

วิถีการดำเนินชีวิตด้านการบริโภคอาหารเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และอาหารมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อโรคหัวใจ และมะเร็งของทางเดินอาหาร บุคคลที่มีวิถีการดำเนินชีวิตด้านโภชนาการไม่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง หรือรับประทานอาหารรสเค็มจัด หรืออาหารที่มีกาก และเส้นใยน้อย ตลอดจน ผักสด และผลไม้ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารมากเกินไปทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ภาวะนี้ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหัวใจ การมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน แสดงให้เห็นแนวโน้มทางพันธุกรรม มีปัญหาสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักมาตรฐาน เช่น หัวใจล้มเหลว โรคไต มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งลำไส้เล็ก ไช้ข้ออักเสบ และอายุสั้น ดังนั้นควรมีความตระหนักด้านโภชนาการ รวมทั้งด้านองค์ประกอบของอาหารที่ทำให้สุขภาพดีและบริโภคนิสัย เพราะโภชนาการที่เพียงพอ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรักษาสุขภาพ โภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความสุขสบาย และการป้องกันโรคเรื้อรังที่สำคัญ

การออกกำลังกาย วิถีชีวิตของสังคมสมัยใหม่ ทำให้บุคคลออกกำลังกายไม่เพียงพอที่จะรักษาสุขภาพด้านหัวใจ และหลอดเลือดได้ การวิจัยจำนวนมากพบว่า การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อหัวใจ และหลอดเลือด เพิ่มอายุให้ยืนยาว และสุขภาพทั่วไปดีขึ้น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และเพียงพอช่วยลดการป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคกระดูกเปราะ การทำให้ร่างกายแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงที่น่าพึงพอใจ และสร้างสรรค์ (Pender, 1987, p. 144) ประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีมากมาย ทั้งด้านจิตใจ ทำให้อารมณ์ดีปรับปรุงอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ของบุคคล ลดความรู้สึกถึงเครียดในการดำรงชีวิตและการทำงาน และทำให้บริโภคนิสัยดีขึ้นและช่วยควบคุมน้ำหนัก ด้านสรีรวิทยา การออกกำลังกายมีประโยชน์ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับไขมันในหลอดเลือด ครอบครัควรออกกำลังกายเพื่อให้วิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉง ซึ่งพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา จะมีอิทธิพลอย่างยิ่งและถ่ายทอดค่านิยม บุคคลในครอบครัวและชุมชนเป็นต้นแบบให้เด็กหรือเยาวชนในชุมชนได้มีวิถีชีวิตตามแบบอย่างนั้น จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายของบิดา มารดา และบุตร พบว่าเด็กที่บิดามารดาอ้วนมีการออกกำลังกายน้อยกว่าเด็กที่มีบิดามารดาไม่อ้วน (Griffiths & Payne, 1976. อ้างใน วรรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540,

หน้า 59) ทศนคติของบิดามารดาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับทศนคติของบุตร (Dowell, 1976 อ้างใน วรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540, หน้า 60.)

ความเครียด และการจัดการกับความเครียด ความเครียดนั้นเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินว่าความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษ หรือมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลหรือไม่ ซึ่งการตัดสินใจความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอาศัยการประเมินด้วยสติปัญญา บุคคลที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจได้ ทั้งนี้เชื่อว่าเป็นผลของการทำงานอย่างต่อเนื่องที่หลังฮอร์โมนบางตัวเข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อมีภาวะเครียด ทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยทั่วไปมีการคั่งของของเสีย การเสื่อมสลายของเซลล์ต่าง ๆ มากขึ้น ความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ โรคมะเร็ง ความวิตกกังวล และความผิดปกติของการนอน เป็นต้น จากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรค และทั้งทางด้านเศรษฐกิจที่บีบรัด ทำให้ต้องมีการดำเนินชีวิตที่แข่งขันกับเวลา เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องมีการปรับตัวมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมอย่างผาสุก ถ้าบุคคลใดไม่สามารถปรับตัวหรือมีวิธีการจัดการกับความเครียดไม่ถูกต้อง มักจะแสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า จนกลายเป็นความเครียด เป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายได้

วิถีการดำเนินชีวิตมีส่วนสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกระบวนการทางสุขภาพและการเจ็บป่วย วิถีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะของสุขภาพ คือ พฤติกรรมสุขภาพนั่นเอง Gochman (1982, อ้างใน กองสุขศึกษา, 2540, หน้า 14) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพ ซึ่งครอบคลุมภาวะความรู้สึก อารมณ์ และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจนเป็นที่สังเกตได้ การกระทำและลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการดำรงภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ (Health Restoration) และการปรับปรุงสุขภาพ (Health Improvement) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น จะได้รับอิทธิพลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรม เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและ

สังคม ความแตกต่างของรายได้ การศึกษา อาชีพ ความเชื่อของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดทำให้เกิดความแตกต่างของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน นิสัย การรับประทานอาหาร การเดินทาง กิจกรรมในยามว่าง และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขยามเจ็บป่วย หรือปัจจัยทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีการถ่ายทอดรูปแบบ และกระบวนการทางพฤติกรรมจากรุ่นไปสู่รุ่นของกลุ่มชุมชนและประเทศ ปัจจัยนี้จะมีอิทธิพลหลายทางต่อสุขภาพ เพราะมีผลต่อการปฏิบัติการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ซึ่งเป็นรากฐานภายในของมนุษย์ที่จะปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวันตามกลุ่มของตน และพบว่าวัฒนธรรมของชุมชนบางชุมชนสามารถป้องกันโรคได้ เช่น กลุ่มเซเว่นเดย์แอตเวนต์ส เป็นพวกมังสวิวัติ โดยมีความตระหนักระมัดระวังในสุขภาพ ปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอต่อการออกกำลังกาย การฉีดวัคซีน เป็นต้น พบว่ามีอัตราการตายต่ำ อุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง หัวใจขาดเลือด และอัมพาตต่ำกว่าในกลุ่มคนทั่วไป นอกจากนี้วัฒนธรรมยังมีอิทธิพลต่อตัวโรค และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ เช่น ความเชื่อว่าการเกิดการเจ็บป่วยต่าง ๆ นั้น เป็นเรื่องของเวรกรรมมากกว่า (กองสุขศึกษา, 2540, หน้า 23) จะทำให้ผู้ป่วยละเลยความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพในมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมเน้นไปที่การเชื่อมโยงพฤติกรรมกับระบบสังคมวัฒนธรรม โดยเชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วย หรือพฤติกรรมการรักษาของประชาชน ตลอดจนพฤติกรรมผู้ป่วยนั้นสะท้อนถึงแบบสังคมวัฒนธรรม ความเข้าใจในบริบททางสังคมวัฒนธรรม จะทำให้เข้าใจสาเหตุแห่งพฤติกรรม (มัลลิกา มัติโก, 2534, หน้า 23)

พฤติกรรมและการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าจะสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของกล้ามเนื้อ การทำงานของหัวใจ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความสนใจ เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่ใช่พฤติกรรมตามธรรมชาติจะเป็นพฤติกรรมเชิงสังคมทั้งสิ้น พฤติกรรมประเภทนี้จะสัมพันธ์กับสถาบันและรูปแบบของสังคม วัฒนธรรมที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ และถ้าบุคคลไปอยู่ในสังคม และวัฒนธรรมรูปแบบอื่นจากที่ตนเคยอยู่ก็ต้องปรับพฤติกรรมของตนให้สอดคล้องตามที่คาดหวังกันในสังคมวัฒนธรรมอื่นนั้น (พัทยา สายหู, 2528, หน้า 148) นักสังคมวิทยาได้อธิบาย "วัฒนธรรม" ประกอบด้วย แบบแผนของความรู้สึกนึกคิดและการกระทำ

ซึ่งเป็นวิถีการดำรงชีวิตของสมาชิกในสังคม "สังคม" จะมุ่งเน้นถึงกลุ่มคนซึ่งมาอยู่รวมกัน โดยมี การจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างกัน และสมาชิกสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่รอดแม้มิได้พึ่งพาติดต่อกับสังคมอื่นก็ตาม ดังนั้น "สังคม" จึงเน้นในบุคคลที่มาอยู่รวมกัน แต่ "วัฒนธรรม" เน้นถึงรูปแบบวิถีการดำรงชีวิตของกลุ่มคนเหล่านั้น อย่างไรก็ตามวัฒนธรรมย่อมเป็นองค์ประกอบสำคัญของสังคมทุก ๆ สังคม เพราะก่อให้เกิดรูปแบบพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในสังคมนั้น ๆ

นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สรุปแนวคิดเรื่องสาเหตุของพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534, หน้า 155)

แนวความคิดที่ 1 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของตนเอง รากฐานแนวความคิดบนสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล (Intra-individual cause assumption) ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกบุคคล รากฐานของแนวความคิดบนสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมนั้นมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra-individual cause assumption) นักพฤติกรรมกลุ่มนี้สนใจศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา องค์ประกอบทางด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรม แนวคิดนี้นำทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา และเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้

แนวความคิดที่ 3 เชื่อว่าสาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกัน (Multiple cause assumption) กลุ่มนี้มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าพฤติกรรมของคนนั้นเกิดจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล

แนวความคิดที่สอดคล้องกับแนวความคิดที่ 3 เช่น แนวความคิดของ กรีน และคนอื่น ๆ (Green, et al, 1980, p. 245 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534, หน้า 155) ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือจากกรอบแนวคิดที่เรียกว่า PRECEDE FRAMEWORK (Predisposing Reinforcing Enabling Construction in Educational Diagnosis and Evaluation) ได้กำหนดปัจจัยหลัก ปัจจัยสนับสนุน

และปัจจัยเสริมในการประเมินผลพฤติกรรม โดยปัจจัยหลัก (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่ประกอบด้วยทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการเกิดพฤติกรรม ซึ่งทรัพยากรเหล่านี้ เป็นสิ่งที่อำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ ได้แก่ การที่บุคคลมีโอกาสเข้าถึงและใช้แหล่งบริการสุขภาพและการมีโอกากระทำในสิ่งต่าง ๆ จนเกิดทักษะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมได้รับแรงสนับสนุน การเสริมแรงจะแตกต่างกันไปตามวัตถุประสงค์ เช่น ทักษะ และพฤติกรรมของบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พ่อ แม่ เพื่อน ครู เป็นต้น การเกิดพฤติกรรมใด ๆ ก็ตามมักพบสามปัจจัยนี้เกี่ยวข้องเสมอ

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง อาจจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ ขึ้นอยู่กับว่าสนใจที่ตัวโรคที่ปรากฏด้านชีวภาพ หรือสนใจที่ตัวพฤติกรรม แต่สำหรับผู้วิจัยแล้วสนใจที่ตัวพฤติกรรม และสาเหตุหรือที่มาของพฤติกรรม ซึ่งแม้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์จะมีลำดับขั้นของการคิดอันสลับซับซ้อน ประกอบด้วยปัจจัยทางโครงสร้าง สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาส่วนบุคคล แต่สำหรับการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมเสี่ยงครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมมากที่สุด

พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้จากจิตใต้สำนึกหรือปัจจัยภายในบุคคลรวมทั้งจากปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และการรับรู้วัฒนธรรมร่วมกันของสมาชิกในสังคม ดังแนวคิด Albert Bandura นักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงที่เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์ องค์กรประกอบภายในตัวมนุษย์เองต่างก็มีอิทธิพลต่อกันและกัน ในลักษณะที่แต่ละองค์ประกอบต้องสัมพันธ์กันอย่างถ้อยที่ถ้อยอาศัย หมายความว่า บางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจจะมีส่วนในการทำให้เกิดพฤติกรรมได้มากกว่าองค์ประกอบภายในบุคคล และในบางครั้งองค์ประกอบภายในตัวบุคคลก็อาจจะมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์มากกว่าสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์กันในลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน และต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (ณรงค์ เล็งประชา, 2532, หน้า 14)

สิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมของมนุษย์

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมรอบตัวมนุษย์ที่จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมแยกออกได้ 2 ประเภท คือ สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม

1. สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ที่จะมีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ จะกำหนดว่ามนุษย์จะมีนิสัยใจคออย่างไร มีความคิดในลักษณะใด ฯลฯ ได้แก่ ภูมิภาค โรคภัยไข้เจ็บ ภูมิอากาศ เป็นต้น

1.1 การมีพื้นดิน และพื้นน้ำ มนุษย์ที่อยู่ตามชายฝั่งทะเลจะมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจ และชีวิตความเป็นอยู่อีกแบบหนึ่ง และมนุษย์ที่อยู่ในผืนดินจะมีลักษณะชีวิตความเป็นอยู่อีกลักษณะหนึ่ง ผู้คนที่อยู่บริเวณที่ราบลุ่มจะประกอบอาชีพทางการเพาะปลูก แต่ผู้คนที่อยู่ในพื้นที่ที่แห้งแล้งอาจจะประกอบอาชีพทางการเลี้ยงสัตว์

1.2 ภูมิอากาศ ซึ่งมีผลต่ออาชีพ การแต่งกาย อารมณ์ ฯลฯ ดังจะพบได้จากปรากฏการณ์ทางสังคม เช่น คนที่อยู่ในเขตนหนาวจะมีลักษณะทั้งทางกายภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากผู้คนที่อาศัยอยู่ในเขตร้อน อากาศร้อนอบอ้าวเกินไปอาจมีส่วนกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

1.3 ทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น ในแต่ละสังคม ทำให้กิจกรรม และมนุษย์แตกต่างกันไป

2. สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่ได้จากชุมชนที่อาศัย กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน ฯลฯ สิ่งแวดล้อมทางสังคมนี้จะรวมถึงเรื่องวัฒนธรรมด้วย ได้แก่

2.1 ค่านิยม ซึ่งเป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติอย่างกว้าง ๆ ให้แก่บุคคล ค่านิยมจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้คนในสังคมพยายามหาวิธีที่จะให้ได้ในสิ่งที่สังคมกำหนดว่ามีคุณค่า มีเกียรติ

2.2 ความเชื่อถือ คนเราเมื่อเชื่อในสิ่งใดย่อมจะมีพฤติกรรมตามความเชื่อของตน เช่น เชื่อว่ามีผีจริง และเป็นสิ่งที่ดุร้าย ดังนั้นจึงกลัวผี เชื่อว่าความยากจนเป็นผลของกรรมในชาติปางก่อน ดังนั้น ชาตินี้จึงก้มหน้ารับกรรมไม่ต่อสู้ดิ้นรน

2.3 กลุ่มสังคมที่ตนเป็นสมาชิก จะเป็นตัวแบบชักจูงให้สมาชิกปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กลุ่มตนนั้นยึดถือ เพราะสมาชิกมองเห็นผลกระทบ เช่น ถ้าไม่แสดงตามนั้นจะไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่ได้รับประโยชน์ตามต้องการ กลุ่มสังคมที่จะมีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรม เช่น กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติ

สังคมและวัฒนธรรมกับพฤติกรรมมนุษย์

สังคมและวัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมนุษย์ ทั้งนี้ เพราะมนุษย์จำเป็นต้องอาศัยอยู่ในสังคม จึงจะดำเนินชีวิตอยู่ได้ ในแต่ละสังคมนั้นมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตของคนในสังคมนั้น ๆ โดยภาพรวมแล้วพฤติกรรมของบุคคลในสังคมเดียวกันย่อมมีความคล้ายคลึงกัน ในสังคมที่แตกต่างกันย่อมมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปด้วย

สังคม หมายถึง กลุ่มคนที่มีการจัดระเบียบในการมีชีวิตอยู่ร่วมกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในรูปแบบเดียวกัน และทุกคนมีความรู้สึกเป็นสมาชิกของสังคม หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งก็คือ การที่คนจำนวนมากมาอยู่ร่วมกันและมีความรู้สึกสอดคล้องกัน ตลอดจนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมอย่างใดอย่างหนึ่ง ตัวอย่างเช่น สังคมไทยประกอบด้วยผู้คนจำนวนมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน และถึงแม้ผู้คนเหล่านี้จะแยกกันออกเป็นหลายครอบครัว หลายสถาบัน อยู่ตามชนบท อยู่ในเมือง หรือมีการนับถือศาสนาที่แตกต่างกันไป แต่บุคคลเหล่านี้ก็จัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมใหญ่

องค์ประกอบของสังคม คือ

1. กลุ่มคน การจะเป็นสังคมได้นั้นจะต้องมีกลุ่มคนเป็นจำนวนมาก และกลุ่มคนดังกล่าว อาจมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น เพศ วัย ความสนใจ เป็นต้น
2. อาณาเขต หมายถึง อาณาเขต หรืออาณาบริเวณ หรือพื้นที่ที่กลุ่มคนในข้อที่ 1 อาศัยอยู่ในอาณาเขตดังกล่าว ซึ่งมีภูมิลาเนาที่ชัดเจน
3. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) กลุ่มดังกล่าวข้างต้นจะต้องมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจมีกิจกรรม การดำเนินงาน ผลประโยชน์ร่วมกันเป็นระยะเวลายาวนาน จนสามารถจัดเป็นองค์กรสังคม (Social organization) และสร้างวัฒนธรรมของกลุ่มของตนเองได้ ความสัมพันธ์ดังกล่าวของกลุ่มคนในสังคมจะต้องกำหนดถึงจุดหมายของชีวิตร่วมกัน และอาจมีผลประโยชน์ร่วมกันในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การแบ่งงาน การแบ่งภาระหน้าที่รับผิดชอบ การเฉลี่ยผลประโยชน์ให้ซึ่งกันและกัน เพื่อที่จะทำให้การดำรงอยู่ร่วมกันในกลุ่มคนสามารถรวมกันอยู่ได้ตลอดไป

4. การถ่ายทอดทางมรดก กลุ่มคนในสังคมเมื่อมีการอยู่รวมกันอยู่ในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งแล้ว กลุ่มดังกล่าวจะต้องถ่ายทอดคุณลักษณะของกลุ่ม ซึ่งจะเป็นลักษณะของโครงสร้างทางกายภาพของกลุ่ม หรือจะเป็นลักษณะทางด้านวัฒนธรรมให้กับสมาชิกของกลุ่ม เพื่อที่จะได้ให้สมาชิกรุ่นต่อไปของกลุ่มได้รักษาและสืบทอดลักษณะของกลุ่มให้ดำรงอยู่ต่อไป และการถ่ายทอดมรดกทางสังคมดังกล่าวจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด จากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นต่อไป เพื่อดำรงลักษณะของกลุ่มอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

วัฒนธรรม หมายถึง วิธีทางและแบบฉบับในการดำเนินชีวิตของชุมชนที่ได้ปฏิบัติสั่งสมกันมา รวมทั้งความคิดต่าง ๆ ที่คนได้กระทำ สร้าง ถ่ายทอด สะสมและรักษาไว้จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง อาจอยู่ในรูปแบบของความรู้ ปฏิบัติและความเชื่อ ตลอดจนวัตถุ สิ่งของ อันเกิดจากการคิดและกระทำของมนุษย์ เมื่อพิจารณาในแง่นี้ วัฒนธรรม คือความรู้สึนึกคิด และการปฏิบัติของมนุษย์เอง ไม่ใช่อะไรอื่นนอกจากชีวิตของเขาเองเป็นชีวิตส่วนร่วมของมนุษย์ในการอยู่รวมกันเป็นชุมชน มนุษย์สร้างวัฒนธรรมขึ้นมาจากชีวิตของเขา จึงกล่าวได้ว่า ชีวิตของวัฒนธรรม หมายถึงชีวิตของมนุษย์เอง และในแง่มิติที่ครอบคลุมนั้น วัฒนธรรมจะครอบคลุมถึงวิถีชีวิต การทำมาหากิน และระบบเศรษฐกิจ (พัชรี ยุติธรรม, 2539, หน้า 10)

ประเภทของวัฒนธรรม

Obburn ได้แบ่งวัฒนธรรมออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. วัฒนธรรมวัตถุ (Material culture) ซึ่งได้แก่ สิ่งประดิษฐ์และเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น ตู้เย็น หม้อหุงข้าว แก้วน้ำ มีด โต๊ะ รถ เครื่องบิน โทรทัศน์ จรวด บ้าน วัด หอประชุม เป็นต้น
2. วัฒนธรรมไม่เกี่ยวกับวัตถุ (Non-material culture) หมายถึง อุดมการณ์ ค่านิยม แนวความคิดในเรื่องการแข่งขันอย่างมีเหตุมีผล ประเพณี การปฏิบัติสืบทอดกันมา และเป็นที่ยอมรับกันในชนกลุ่มของตนว่าดีงาม เหมาะสม เช่น ศาสนา ความเชื่อ ความสนใจ ทัศนคติ ความรู้ความสามารถ ซึ่งเป็นนามธรรมที่มองเห็นไม่ได้

ลักษณะบางประการเกี่ยวกับวัฒนธรรม (จุมพล หนิมพานิช, 2541, หน้า 101)

1. วัฒนธรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตในสังคมมนุษย์ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือว่า มนุษย์จะอยู่โดยปราศจากวัฒนธรรมไม่ได้

2. วัฒนธรรมไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาโดยกำเนิด และไม่ใช่สิ่งที่อาจถ่ายทอดทางพันธุกรรม นิสัยและความสามารถต่าง ๆ ของมนุษย์ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเรียนรู้ทั้งสิ้น

3. วัฒนธรรมของแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน และความแตกต่างนี้ไม่อาจนำมาเปรียบเทียบพิจารณาว่าวัฒนธรรมใดดีกว่า เพราะแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีความเหมาะสมถูกต้องตามสภาพแวดล้อมของแต่ละสังคม แนวความคิดที่ว่าทุกวัฒนธรรมมีส่วนดีเป็นของตนเองเรียกว่า วัฒนธรรมสัมพัทธ์ (Cultural relativism) แนวความคิดนี้มุ่งที่จะลบล้างความคิดเห็นที่ว่าวัฒนธรรมของตนดีกว่าวัฒนธรรมของคนอื่น (Ethnocentrism)

4. วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ (Adaptive) ความจริงข้อนี้ปรากฏอยู่ในประวัติศาสตร์วัฒนธรรมมนุษย์ โดยทั่วไปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมักจะเป็นไปได้ 2 วิธี คือ วิธีที่หนึ่ง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในวัฒนธรรมเอง เช่น การประดิษฐ์คิดค้น วิธีที่สองการเปลี่ยนแปลงที่มาจากภายนอก เช่น การติดต่อกับวัฒนธรรมอื่น เป็นการลอกเลียนแบบแผนวัฒนธรรมจากวัฒนธรรมอื่นมาใช้

5. วัฒนธรรมเป็นผลรวมของหลายสิ่ง ข้อนี้หมายความว่าวัฒนธรรมของสังคมหนึ่งเป็นผลรวมของแบบแผนหรือแนวทางการดำเนินชีวิตของหลาย ๆ อย่างเข้าด้วยกัน ส่วนต่าง ๆ หรือวัฒนธรรมของแต่ละแขนง แต่ละสาขาเหล่านี้ได้รวมกันเป็นวัฒนธรรมที่สมบูรณ์แบบของแต่ละสังคม

ลักษณะวัฒนธรรม

1. เป็นสิ่งที่ได้มาโดยการเรียนรู้และเป็นมรดกทางสังคม เนื่องจากมนุษย์แตกต่างจากสัตว์ในแง่ที่เราอาศัยสัญชาตญาณกระทำกรต่าง ๆ ได้น้อยมาก หรือไม่ได้เลย และการเรียนรู้ก็ต้องเรียนรู้จากมนุษย์ด้วยกัน โดยเฉพาะจากกลุ่มที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ เช่น หุงข้าว ทอดไข่ แอ่ง แต่งกาย การนั่ง การเดิน ร้องเพลง การใช้พลังงานจากดวงอาทิตย์ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ต้องรับการเรียนรู้มาก่อน เป็นสิ่งที่ไม่ได้มาโดยกรรมพันธุ์ แต่เราเรียนสิ่งที่ใช้อยู่ในสังคมที่เราเป็นสมาชิกอยู่ เช่น เราเรียนรู้วิธีดำนา หว่านข้าว อ่านหนังสือ สร้างเรือ ก็เพราะว่าสังคมดังกล่าวมีอยู่แล้ว ดังนั้นวัฒนธรรมจึงเป็นการถ่ายทอดโดยการเรียนรู้ไม่ใช่ถ่ายทอดทางชีวภาพ หรือทางกรรมพันธุ์ และการเรียนรู้อย่างทำให้ปฏิบัติกันได้ตอบสนองสัมพันธ์กัน ตัวอย่างที่เห็นได้ง่าย เช่น บุคคลที่ถูกกันออกจากสังคมให้อยู่โดดเดี่ยวจะไม่มีวัฒนธรรม วัฒนธรรมจะต้องมีการเรียนรู้ แม้ว่าจะเป็นการ

เลียนแบบไม่รู้ตัวก็ตาม เพราะวัฒนธรรมเป็นของมืออยู่แล้วในสังคม วัฒนธรรมจะต้องมีการสอน แม้จะไม่ตั้งใจก็ตาม ถ้าวัฒนธรรมต้องสิ้นสุดหรือสูญหายไป ก็แสดงว่าคนรุ่นก่อนไม่ได้ถ่ายทอดให้แก่คนรุ่นต่อมา เช่น คนในปัจจุบันไม่รู้วิธีการตอศพ ทำมัมมีแบบของชาวอียิปต์ หรือยากกลางบ้านของไทยบางชนิดไม่มีใครรู้ส่วนผสม ดังนั้น คนรุ่นต่อมาจึงอาจจะต้องคิดค้นวัฒนธรรมขึ้นมาใหม่

เราจะเห็นได้ว่าบุคคลเกิดในสังคมใดก็เรียนรู้วัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ เพราะวัฒนธรรมเป็นของคนที่มืออยู่แล้วในสังคมเพียงแต่ถ่ายทอดกันไปเท่านั้น และบุคคลรุ่นต่อ ๆ มา เพียงแต่ปรับปรุงคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ เป็นการสร้างความเจริญให้แก่วัฒนธรรมและสังคมมนุษย์ให้อยู่ในระดับสูงขึ้น การที่วัฒนธรรมสามารถถ่ายทอดกันได้ ก็เพราะมนุษย์มีภาษาเป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดภาษาจึงเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่งที่ใช้กันในทุกวัฒนธรรม

วัฒนธรรมในความหมายทางสังคมวิทยา จึงไม่ใช่ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ เพราะสิ่งที่มนุษย์มืออยู่ร่วมกันเพื่อมนุษย์ด้วยกัน ถ้านักประดิษฐ์คิดค้นสิ่งอะไรได้ แต่ไม่ได้เปิดเผยให้บุคคลอื่นได้ร่วมใช้และเรียนรู้ โดยใช้เพียงคนเดียวก็ไม่ถือเป็นวัฒนธรรม

2. เป็นวิถีชีวิตหรือแบบของการดำรงชีวิต ความคิดในเรื่องวัฒนธรรมทำให้สามารถจำแนกวัฒนธรรมของสังคมหนึ่งจากอีกสังคมหนึ่ง เป็นวัฒนธรรมเฉพาะอย่าง เพราะบุคคลเกิดในสังคมใดก็เรียนรู้วัฒนธรรมของสังคมนั้น เช่น วัฒนธรรมชาวเขาต่างกับวัฒนธรรมของคนในเมือง วัฒนธรรมของชาวไทยอิสลามก็ต่างกับวัฒนธรรมของชาวไทยที่นับถือพุทธศาสนา โดยนัยนี้วัฒนธรรมไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกชาติ หรือทุกยุคทุกสมัย แต่วิถีชีวิตของชาวไทยก็ดี อเมริกันก็ดี ญี่ปุ่นก็ดี หรือชาติอื่น ๆ จะมีวิถีชีวิตที่เป็นลักษณะของตนเอง จึงไม่ถือว่าวัฒนธรรมของใครสูงต่ำ ล้าหลัง ป่าเถื่อน กว่าของอีกวัฒนธรรมหนึ่ง เป็นการสอนให้มนุษย์เข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน

3. เป็นสิ่งที่ไม่คงที่ เพราะมนุษย์มีการคิดค้นสิ่งใหม่ ๆ หรือปรับปรุงของเดิมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงทำให้วัฒนธรรมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เช่น เดิมชาวไทยมีความคิดว่าผู้หญิงควรอยู่บ้านเลี้ยงลูกดูแลบ้านเรือน ปัจจุบันเราจะเห็นหญิงทำงานเคียงป่าเคียงไหล่กับชายมากขึ้น หรือเรื่องความคิดทางการเมือง เสรีภาพ ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะมีคนที่มีความคิดแบบเก่า ๆ คัดค้านบ้าง ซึ่งเป็นธรรมดาของสังคมที่กำลังพัฒนา หรือพัฒนาที่ไม่จำต้อง

เปลี่ยนเหมือนกันหมดทุกคน เรียกว่า cultural lag ซึ่งถ้าเราเข้าใจถึงข้อขัดกันนี้ได้ก็จะเป็นแนวทางในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เป็นประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่ได้มาก

ค่านิยมทางสังคม (Social Values)

ค่านิยม หมายถึง แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่คนส่วนใหญ่ชอบ ปรรอณา ต้องการ หรือ ความรู้สึกอื่น ๆ ซึ่งมนุษย์เชื่อและยึดถือเป็นแนวทางสำหรับการประพฤติปฏิบัติ โดยทั่วไปเวลาพูดถึงค่านิยม ได้รวมเอาเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม เช่น การอยากมีรายได้มาก ๆ และเป้าหมายที่เป็นนามธรรม เช่น ความเป็นประชาธิปไตย เข้าไว้ด้วยกัน ในสังคมที่มีกลุ่มต่าง ๆ มากมาย การยึดถือค่านิยมอาจแตกต่างกันไป ค่านิยมที่นักสังคมวิทยาสนใจส่วนใหญ่มุ่งเน้นค่านิยมทั่วไป นอกจากนี้ค่านิยมของคนในแต่ละสังคมมักจะมี ความแตกต่างกันไป เช่น ในสังคมตะวันตกส่วนใหญ่ มักจะมีค่านิยมที่ยึดถือในหลักการการอดออมทรัพย์เพื่อการลงทุน การให้ความสำคัญกับงาน การเอาจริงเอาจัง เน้นหนักถึงความสามารถของมนุษย์ที่สามารถเอาชนะธรรมชาติได้ เป็นต้น แต่ในสังคมไทยจะมีค่านิยมอีกลักษณะหนึ่ง เช่น นับถือบุคคล นิยมความสนุกสนานร่าเริง นิยมใช้จ่าย ไม่ชอบการอดออม การยึดถือตนเองเป็นสำคัญ เป็นต้น ค่านิยมก็มีลักษณะเหมือนบรรทัดฐานในแง่ที่ว่า บางครั้งหรือบ่อยครั้งจะเกิดความขัดแย้งซึ่งกันและกัน ตัวอย่างเช่น ในสังคมบางสังคมขณะที่มีการเน้นค่านิยมในเรื่องความเท่าเทียมกัน และความเป็นประชาธิปไตย แต่ก็มีค่านิยมความรังเกียจเตี้ยดชั้นกันในเรื่องผิว บางครั้งถ้าระดับของการขัดแย้งรุนแรงจะก่อให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกันอย่างไรก็ตาม บางครั้งอาจมีความคำถามว่ามีหลักการอะไรหรือไม่ที่จะถือว่าค่านิยมเป็นหลักสำคัญของสังคม คำตอบสำหรับคำถามนี้มีดังนี้คือ

- (1) ค่านิยมนั้นเป็นที่ยอมรับโดยสมาชิกอย่างกว้างขวาง
- (2) สมาชิกยึดถือค่านิยมนั้นมานาน
- (3) การยึดถือได้มีการทำอย่างแน่นแฟ้น
- (4) ฐานะทางสังคมของสมาชิกของกลุ่มเป็นที่ยอมรับ

ถ้าครบหลักการ 4 ข้อนี้ถือว่าค่านิยมนั้นใช้ได้

สุขภาพของคนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนส่วนใหญ่ เกิดจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ถูกหล่อหลอมโดยปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม

ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ สถาบันแรกที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ สถาบันครอบครัว และนอกจากนี้ยังถูกกำหนดจากสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ทางสังคม เช่น บุคคลในสังคม วัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งแตกต่างกันไปโดยมีอิทธิพลทางสภาพภูมิศาสตร์ และปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพอื่น ๆ มาเป็นตัวกำหนด

ความเชื่อกับพฤติกรรมมนุษย์

ระบบความเชื่อเป็นการรับรู้ของมนุษย์ที่มนุษย์ได้รู้จักโลกหรือธรรมชาติที่มนุษย์อาศัยอยู่ มนุษย์มีประสบการณ์ต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่รายล้อมอยู่รอบตัวมนุษย์ไม่ว่า กลิ่น รส หรือสี มนุษย์ได้เรียนรู้โดยการกำหนดสิ่งต่าง ๆ ขึ้นมาตามความรู้ทางวัฒนธรรมที่ตนเองได้รับถ่ายทอดมา ความเชื่อจึงเป็นส่วนหนึ่งของความรู้ทางวัฒนธรรมของสังคม และเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่กำหนดให้สมาชิกในสังคมมีวิถีชีวิตเป็นแบบอย่างเดียวกัน ฉะนั้นวัฒนธรรมจึงเป็นวิถีชีวิต (Way of Life) เป็นการรวมกันอย่างมีระเบียบแบบแผนของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ของการกระทำทั้งที่เป็นพฤติกรรม หรือเป็นวัตถุที่เกิดจากความคิดและความรู้สึก เช่น ความเชื่อ ความรู้ ทศนคติ ค่านิยม โดยการให้สัญลักษณ์

ความเชื่อที่บุคคลได้รับนอกเหนือไปจากประสบการณ์ที่สังเกตเห็นได้เองนั้น บุคคลจะได้รับจากลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้คือ

1. การได้รับถ่ายทอดจากพ่อแม่ ญาติ หรือผู้ที่มีคุณสมบัติน่าเชื่อถือได้โดยการผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคมจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง
2. การได้ฟังเรื่องราว และลักษณะที่ประกอบด้วยสาระสำคัญ และมีความหมายต่อตัวมนุษย์เองจนยอมรับและเกิดความเชื่อ
3. การได้รับฟังเรื่องที่สะท้อนความเป็นปึกแผ่นกลมเกลียวทางสังคม หรือเป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่ไม่ขัดต่อศีลธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีใด ๆ
4. การได้รับฟัง และมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือกระทำตามแบบแผนที่เคยกระทำกันมา จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต

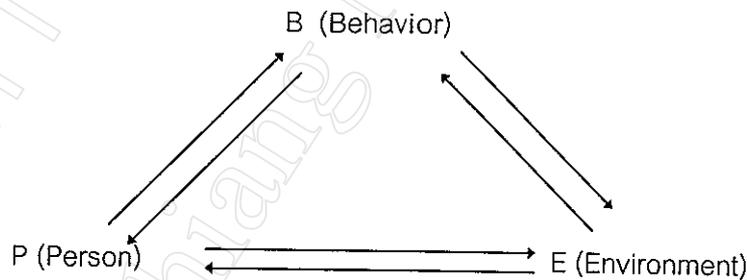
นักสังคมวิทยา และมนุษยวิทยาถือว่าการที่มนุษย์สามารถดำเนินชีวิตอยู่เป็นสังคมอย่างมีระเบียบนั้นก็เพราะมนุษย์มีความคิด และสร้างวัฒนธรรมขึ้นมา วัฒนธรรมจึงเป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมทั้งหมดของมนุษย์ มนุษย์สามารถสร้างสัญลักษณ์ หรือระบบสัญลักษณ์ คือระบบการสื่อสารในสังคม โดยอาศัยภาษาเป็นเครื่องมือในการสื่อสารถ่ายทอดระหว่างกัน พฤติกรรม

ของมนุษย์นั้นเป็นผลอันเนื่องมาจากการหล่อหลอม หรือการเรียนรู้ระเบียบทางสังคม (Socialization) แบบแผนพฤติกรรมที่มนุษย์มีนั้นจึงเป็นการแสดงออกตามเป้าหมายที่ได้ถ่ายทอดแนวความคิด ความเชื่อ โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเขา บุคคลจะรับเอาแนวความคิด ความเชื่ออย่างค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดสามารถมีกรอบความคิดเป็นอย่างเดียวกัน มีความร่วมมือเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยแสดงพฤติกรรมตามความคาดหมาย หรือเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มสังคม ความพยายามที่จะให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตเป็นแบบอย่างเดียวกันกับผู้อื่นในสังคมได้ โดยเริ่มกระบวนการนี้ตั้งแต่ระดับครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อให้แก่สมาชิกใหม่ให้เข้าใจเรื่องต่าง ๆ จนเขาสามารถมีบุคลิกภาพ มีการกระทำที่ถูกต้องตามหน้าที่ที่สังคมกำหนดอย่างเหมาะสม สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ในสถาบันทางสังคมตามระบบวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ การถ่ายทอดความเชื่อให้แก่สมาชิกถือว่าเป็นการปลูกฝัง และเตรียมบุคคลให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างครบถ้วน ซึ่งบุคคลจะได้อยู่ร่วมในวิถีชีวิตร่วมกันในอนาคตต่อไป การเรียนรู้ระเบียบทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากที่จะบังคับบุคคลให้เรียนรู้ มีแรงจูงใจ ความรู้สึก ทักษะและการรับรู้ หรืออาจกล่าวได้ว่า การจัดระเบียบทางสังคมช่วยให้บุคคลได้รู้จักการควบคุมทางสังคมเป็นการถ่ายทอดระบบวัฒนธรรมให้แก่สมาชิกใหม่ เช่น การอบรมเลี้ยงดู ให้มีบุคลิกลักษณะประจำชาติ และมีแบบแผนทางวัฒนธรรม (ปรีชา อุปโยธิน, 2528, หน้า 263-275)

การเรียนรู้ทางสังคม และการถ่ายทอดความรู้กับพฤติกรรมมนุษย์

Bandura ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนรู้ของคนส่วนใหญ่จะต้องผ่านการเรียนรู้ โดยการสังเกตพฤติกรรมจากตัวแบบ หรือผู้อื่นมาเป็นส่วนใหญ่ ในการเรียนรู้โดยการผ่านตัวแบบนี้ เพียงตัวแบบคนเดียวสามารถจะถ่ายทอดความคิดพร้อมไปกับการแสดงออกมา และวิถีชีวิตของคน ที่ใช้อยู่ในแต่ละวันจะอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่กว้างนัก จึงมีผลทำให้เกิดการรับรู้ทางด้านสังคม โดยผ่านมาจากประสบการณ์ของคนอื่นที่เกิดจากการได้เห็น ได้ยิน โดยไม่มีประสบการณ์ตรง มาเกี่ยวข้องกับส่วนหนึ่งซึ่งคนส่วนมากจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ทางสังคมโดยการผ่านทางสื่อแทบทั้งสิ้น และการเรียนรู้การวางเงื่อนไขแบบการกระทำนั้น มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลพวง เนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เป็นตัวเสริมแรงให้เกิดการกระทำเพิ่มมากขึ้น

หรือยุติการกระทำนั้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536, หน้า 32-33) ในทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (Social Learning Theory) เชื่อว่า เราสามารถจะปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้ โดยกระบวนการเรียนรู้ การเรียนรู้ใหม่นั้นจะต้องให้สอดคล้องไปกับชีวิตประจำวัน และสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติกลวิธีในการก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่นั้นมีอยู่หลายวิธี ได้แก่ วิธีการสร้างแรงกระตุ้นโดยการเตือนความจำให้ปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การก่อให้เกิดคำมั่นสัญญา โดยตัวผู้ต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรมวางเป้าประสงค์ของการปฏิบัติเอง ลงมือปฏิบัติ และควบคุมตนเองให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ การวางกรอบพฤติกรรม (Shaping) การควบคุมตนเอง (Self-monitoring) เป็นต้น ในการเรียนรู้นี้อาจมีแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนนั้น ๆ และ Bandura ยังอธิบายทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ อีก 2 ตัว คือ สภาพแวดล้อม (Environment) และตัวบุคคล (Person) ตามแบบจำลองดังนี้



จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบหรือปัจจัย 3 ตัว ในกระบวนการนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะที่เกี่ยวข้องหรือกำหนดซึ่งกันและกัน

P หรือตัวบุคคล หมายรวมถึง ความสามารถทางกายภาพ ทักษะ สติปัญญา ความรู้ ความคิด บุคลิกภาพ สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกประสบการณ์ และทุกสิ่งทุกอย่างที่ประกอบกันขึ้นเป็นตัวบุคคล

B หรือพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละบุคคลอันเป็นผลจากลักษณะของตัวบุคคล และจากสภาพแวดล้อม

E หรือสถานการณ์แวดล้อม หรือสถานการณ์ และสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ล้อมรอบ ซึ่งอาจมีอิทธิพลทางด้านภาวะจิตใจ และกายภาพแก่ตัวบุคคลและต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

ตามทฤษฎีนี้ พฤติกรรมของบุคคลจึงเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสถานการณ์มากกว่าจากปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งตามลำพัง ประสบการณ์ที่ได้รับจากการกระทำนั้น ส่วนหนึ่งจะมีผลต่อสิ่งที่บุคคลได้กลายมาเป็น และอาจส่งผลกลับที่ติดตามมาด้วยเช่นกัน พฤติกรรมจึงเป็นตัวกำหนดปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกัน อาจต่างกันไปในแต่ละสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นสำหรับพฤติกรรมที่ต่างกันในช่วงเวลา ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมอาจมีอำนาจผลักดันพฤติกรรม แต่ในเวลาอื่นปัจจัยด้านบุคคลอาจเป็นตัวกำหนดที่เหนือกว่า

นอกจากการเรียนรู้ทางสังคมที่มนุษย์ได้รับมาอันเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับสถานการณ์แวดล้อมแล้ว ยังมีการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นโดยการสังเกต ดูจากแบบตัวอย่าง รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลที่เป็นแบบนั้นด้วย ซึ่งจากประสบการณ์ทั้ง 2 ลักษณะนี้จะช่วยให้มนุษย์ได้รับประโยชน์อย่างกว้างขวาง และพัฒนาความสามารถทางปัญญา คือ การเก็บสะสมของความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปรับปรุงพฤติกรรมในเวลาต่อมา (นันทวัน สุชาติ, 2530, หน้า 25-26)

พฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดขึ้นมานั้น เป็นผลเนื่องจากการเรียนรู้ทางสังคมแทบทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมสุขภาพอนามัย พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น พฤติกรรมทั้งหลายไม่ได้เป็นสิ่งที่ได้รับการติดตัวมาโดยกำเนิด แต่จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ สร้างเป็นแหล่งสะสม (ความรู้) เกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรม หรือแบบแผนการตอบสนองใหม่ ๆ อันอาจได้มาทั้งจากประสบการณ์โดยตรง และหรือการสังเกตดูจากกรกระทำของบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งผลที่เกิดตามมาจากการกระทำนั้นคือ เรียนรู้จากประสบการณ์ของคนอื่นนั่นเอง

ระบบการเรียนรู้ในห้องถิ่นที่สำคัญ เริ่มถ่ายทอดกันในครอบครัว โดยใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน กระบวนการถ่ายทอดความรู้ใช้วิธีสอน และปฏิบัติจริงไปพร้อมกัน ผู้สอน คือ ผู้ใหญ่ในครอบครัวที่มีความรู้ หรือประสบการณ์ในเรื่องนั้น ๆ ผู้เรียน คือ ลูกหลานหรือเครือญาติที่มีแรงจูงใจจากตัวอย่างความสำเร็จในอาชีพของคนในรุ่นก่อน การถ่ายทอดความรู้ในครอบครัวนี้จะเกิดขึ้นตลอดเวลา ผู้เรียนเมื่อชำนาญแล้วจะกลายเป็นผู้สอนคนรุ่นหลัง ๆ ต่อไป (ชูเกียรติ ลีสุวรรณ, 2535, หน้า ข) เจื่อนไขและสถานการณ์ภายนอก ที่มีสวนกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการเรียนรู้

ของประชาชนในท้องถิ่นอย่างมาก การติดต่อสื่อสารจากภายนอก การเปิดรับช่องทางข่าวสารจากสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ การเดินทางเข้าออกติดต่อกับต่างหมู่บ้าน และตัวเมืองมีความสะดวกมากขึ้น คนในหมู่บ้านมีโอกาสออกไปพบเรื่องราวจากสังคมภายนอก และมีบุคคลภายนอกเข้ามาในหมู่บ้าน มาเผยแพร่ให้กับชาวบ้านในรูปแบบต่าง ๆ การที่คนในหมู่บ้านได้มีโอกาสไปศึกษาเรียนรู้ในหมู่บ้านในเมืองมากขึ้น ทำให้ประชาชนได้รับเรื่องราวใหม่ ๆ ซึ่งทั้งนี้อาจทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบการถ่ายทอดความรู้ และการรับรู้สู่พฤติกรรมปฏิบัติต่อตนเองและครอบครัวได้ (ชูเกียรติ สีสวรรณ์, 2535, หน้า 38-40)

การถ่ายทอดความรู้ หมายถึง ระบบการที่ได้รับการสั่งสม สั่งสอน ค่านิยม ความชำนาญ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติของคนในสังคมไปยังคนอีกรุ่นหนึ่ง การถ่ายทอดความรู้ในครอบครัวและสังคมจะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา และมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้างตามสถานภาพของระบบต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งนี้ระบบไม่เป็นทางการมาก ๆ ไปถึงระบบที่มีแบบแผนพอสมควร ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมบางอย่างสู่การถ่ายทอดไปยังชนรุ่นหลังได้ประพฤติกปฏิบัติตามสมควร

กล่าวได้ว่าพฤติกรรมของมนุษย์อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความรู้ ความเชื่อ สภาพของร่างกาย สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อ การเรียนรู้ ทักษะ ค่านิยม การถ่ายทอดวัฒนธรรม คือ ถูกกำหนดด้วยแบบอย่างที่มีมนุษย์ในสังคมนั้นกำหนดขึ้นมา สิ่งเหล่านี้ถ้ากำหนดพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน หรืออุปนิสัยของแต่ละบุคคล มีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง นับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งกำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในวงการแพทย์และสาธารณสุข จะเห็นได้จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2537 จำนวนประชากรตายด้วยสาเหตุโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดในสมอง จำนวน 9,231 ราย คิดเป็นอัตรา 15.7 ต่อประชากรแสนคน และปี พ.ศ. 2538 จำนวนประชากรตาย 9,548 ราย คิดเป็นอัตรา 16.1 ต่อประชากรแสนคน และยังมีแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในประเทศไทยยังมีผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 2.2 ล้านคน (สถิติกระทรวงสาธารณสุข 2539) และประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจะพบมากในอายุ 35-40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะมักพบว่า

ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งจะพบได้ถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2531, หน้า 118) เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ทั้งด้านพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อว่าต้องมีหลายสาเหตุร่วมกัน (Keer & Nichaman 1986, p.27 อ้างใน สมสุข สิงห์บุญจณี, 2540, หน้า 11.) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเลย คาดว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่รู้เลยว่าเขามีความดันโลหิตสูง จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายแล้วจึงจะปรากฏสัญญาณที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต ซึ่งเรียกลักษณะนี้ว่า "Silent Disease" หรือ Silent Killer (Norton 1995, p.628 อ้างใน สมสุข สิงห์บุญจณี, 2540, หน้า 15)

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันที่หัวใจบีบเลือดออกไปยังผนังหลอดเลือดที่เรียกว่า ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) มีค่าปกติ 120 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อหัวใจคลายตัว ความดันที่ผนังหลอดเลือดจะลดลงที่เรียกว่า ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) มีค่าปกติ 80 มิลลิเมตรปรอท ถ้าค่าความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) สูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) สูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าอยู่ในภาวะความดันโลหิตสูง และอยู่ในระดับอันตราย

ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง แรงดันในหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดที่มีออกซิเจน และสารอื่น ๆ เข้าสู่หลอดเลือดแดง เพื่อให้เลือดไหลไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แรงดันโลหิตไม่ได้มีระดับคงที่ตลอดเวลา แต่จะเปลี่ยนระดับสูงขึ้น หรือต่ำลงได้ คนเราอาจมีความดันโลหิตสูงได้เป็นครั้งคราวแล้วจะกลับคืนสภาพปกติ แต่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีความดันโลหิตสูงตลอดเวลา

โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากไม่มีจุดแบ่งที่แน่นอนระหว่างค่าความดันโลหิตสูงที่ปกติ และค่าความดันโลหิตสูง แต่สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ

1. จำแนกประเภทตามระดับความดันโลหิตสูง คือ กำหนดเป็นระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดมากและน้อยดังนี้ (National Institute of Health, 1997, p.11 อ้างใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541, หน้า 15)

นิยาม	ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	< 130	< 85
สูงกว่าปกติ	130 - 139	85 - 89
ความดันโลหิตสูง		
Stage 1	140 - 159	90 - 99
Stage 2	160 - 179	100 - 109
Stage 3	≥ 180	≥ 110

2. จำแนกโดยอาศัยข้อมูลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถจำแนกความรุนแรงของ ความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ เป็น 3 ระดับคือ

2.1 ความรุนแรงระดับ 1 เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะเป้าหมาย

2.2 ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- เหน็ดริเคลิซ่ายโต โดยการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ทรวงอก หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะบางส่วน
- Albumin ในปัสสาวะหรือ Creatinine ในเลือดสูงผิดปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบบ่งว่ามีสมรรถภาพของอวัยวะเป้าหมาย เสื่อม เป็นผลสืบเนื่องจากความดันโลหิตสูง ได้แก่

- ภาวะหัวใจวาย
- อัมพาตจากเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูง

ชนิดร้ายแรง (Hypertensive retinopathy grade 3 หรือ 4)

3. จำแนกตามสาเหตุ ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ อาจเกิดจากการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และโรคจากอวัยวะต่าง ๆ ที่พบได้มาก คือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนั้นถ้าสาเหตุได้รับการแก้ไขแล้ว ภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย ความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้ ประมาณ ร้อยละ 5 - 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

2. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 35 - 55 ปี และพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และพยากรณ์โรคไม่ดี มากกว่าเพศหญิง ประมาณ 2 เท่า ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่ามีผลต่อการไหลเวียนของเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ

ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มี 2 ประการ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 134-136)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยพบว่า

1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน

1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีความคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

1.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดงคล้ายคลึงกัน

1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรม และพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบ Cross Section ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 น้ำหนักตัว น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 5 - 10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดลง ปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม ก็จะทำให้ความดันโลหิตต่ำลงได้ทั้งในคนอ้วนและคนผอม นอกจากนี้ปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่จะเกาะเส้นโลหิตจนตีบตันก็น้อยลง (อรวิณี ไทรกี, 2537, หน้า 87) น้ำหนักส่วนเกินคิดจากดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (Body Mass Index : น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 27 ถือว่าน้ำหนักเกินมาตรฐาน และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับความดันโลหิต หรือสามารถวัดได้จากไขมันส่วนเกินบริเวณส่วนกลางของร่างกาย โดยพบว่า รอบเอวมากกว่า หรือเท่ากับ 34 นิ้ว (85 เซนติเมตร) ในผู้หญิง หรือ 39 นิ้ว (98 เซนติเมตร) ในผู้ชาย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ไขมัน

ในเลือดสูง เบาหวาน และการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ การลดน้ำหนักเพียง 4.5 กิโลกรัม ในผู้ที่น้ำหนักเกินจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ โดยส่งเสริมผลของยาลดความดัน และลดปัจจัยเสี่ยงต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ได้แก่ เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง

2.2 จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ โซเดียมในรูปของเกลือมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต เนื่องจากเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดี จึงอาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงบวม ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ปฏิกริยาตอบสนองของระดับความดันโลหิตเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมีความแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล โดยพบว่าผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานมีปฏิกริยาตอบสนองในการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต เมื่อได้รับโซเดียมมากกว่ากลุ่มประชากรปกติ มีการศึกษาหลายเรื่องพบว่าเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดันโลหิต การจำกัดจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวัน จึงอาจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ Houston (1986 อ้างใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541, หน้า 18) ได้กล่าวไว้ว่า การจำกัดเกลือโซเดียมเป็นการรักษาขั้นแรก ที่ควรเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ปกติปริมาณเกลือโซเดียมที่ร่างกายต้องการต่อวัน คือ 500 มิลลิกรัม ซึ่งเกลือ 1 ช้อนชา จะให้ปริมาณโซเดียมถึง 2,800 มิลลิกรัม และในอาหารตามธรรมชาติหลายประเภทก็มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้ว แต่ไม่มีรสเค็มจัด เช่น นม เนื้อสัตว์ มีโซเดียมมาก ข้าว ผลไม้ ผัก มีโซเดียมเล็กน้อย ดังนั้นแม้ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลย ร่างกายก็ได้รับโซเดียมเพียงพอแล้ว และถ้าร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินที่ได้จากการปรุงรสอาหารออกไปจากร่างกายได้หมด ก็จะมีโซเดียมส่วนเกินค้างอยู่ในร่างกายเกิดน้ำคั่งตามมา มีอาการบวม และระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรลดปริมาณโซเดียมปานกลาง คือ ไม่ควรรับประทานเกิน 6 กรัมของเกลือโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน

2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับโรคความดันโลหิตสูง แอลกอฮอล์เป็นตัวกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ และสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจปริมาณมากและมีความแรงสูง ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบ นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังเป็นตัวเพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ ทำให้ปริมาณไขมันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก ๆ และดื่มเป็นประจำ จะตรวจพบว่ามีไขมันในเลือดสูง (สุเอ็ด คชเสนี, 2531, หน้า 339) การดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวันขึ้นไป อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้วควรลดปริมาณลง เพราะมีความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดในสมองแตก (stroke) ได้สูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม 2 - 3 เท่า แม้แต่คนที่เลิกดื่มแล้วยังมีความดันสูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม และในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจอีกด้วย (วารสาร ปรุณมณีวิวัฒน์, 2532, หน้า 21)

2.4 เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน พบอยู่มากในเครื่องดื่มหลายชนิด เช่น ชา กาแฟ โกโก้ ช็อกโกแลต น้ำอัดลมประเภทโคล่า และรวมทั้งเครื่องดื่มชูกำลัง สารคาเฟอีนออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจ และหลอดเลือด โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็ว ใจสั่น ตื่นผัดจังหวะ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หลอดเลือดขยายตัวและการแข็งตัวของหลอดเลือดช้าลง นอกจากนี้ยังกระตุ้นและเร่งการเผาผลาญอาหาร ทำให้มีการเพิ่มปริมาณของกรดไขมันอิสระ และกลูโคสในกระแสเลือด เพื่อให้ได้พลังงาน ปริมาณของคาเฟอีนที่ร่างกายได้รับ ไม่ควรเกิน 100 มิลลิกรัมต่อวัน (ภักดี โพธิ์ศิริ, 2537, หน้า 581-585) เพราะถ้าได้รับในปริมาณมาก จะทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ สภาวะจิตใจเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะ น้ำตาลในเลือดสูง และหากมีการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนปริมาณมาก ๆ ใน 1 วัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ดื่มกาแฟ 6 - 9 แก้วต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.5 การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง ประกอบด้วยสารนิโคติน ทาร์ และคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) เมื่อบุหรี่ถูกเผาไหม้จะได้ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ซึ่งจะไปแย่งออกซิเจนจับกับเม็ดเลือดแดงทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนและอ่อนเพลีย ส่วนทาร์ ซึ่งส่วนใหญ่จะจับอยู่ที่ริมฝีปาก และปอด สารนิโคติน ซึ่งส่วนใหญ่จะจับอยู่ที่ริมฝีปากและปอด มีบางส่วนที่ถูกดูดซึม ถ้าสูดกระแสเลือดทำให้เกิดอันตรายต่อเยื่อเมือกหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง นอกจากนั้นแล้วสารนิโคตินยังเป็นตัวกระตุ้นให้มีการหลั่งสาร Catecholamine มากขึ้น มีผลให้หลอดเลือดหดตัวตีบเล็กลง ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น และยังมีผลต่อเกล็ดเลือดโดยเกล็ดเลือดจะจับตัวกันเป็นกลุ่มมีผลต่อการเกิดก้อนไฟบริน และเกล็ดเลือด (Fibrin-platelet Thrombus) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว (ศุภชัย ไชยธีรพันธุ์, 2530, หน้า 789) จากการศึกษาของ Pooling Project Research Group (อ้างใน ธิดาทิพย์ ชัยศรี, 2541, หน้า 19) ได้ทำการศึกษาประชากรจำนวน 7,000 คน เป็นเวลา 8.6 ปี

พบว่าประชากรที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน (1 ซอง) เสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ หรือไปป์ มีวิธีการสูบ คือ ฟันคว้นออกทางปาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่ากลุ่มผู้สูบบุหรี่ ซึ่งมีการสูบบุหรี่โดยสูดควันเข้าสู่ปอด และถึงแม้ว่าผู้สูบบุหรี่จะเปลี่ยนไปสูบบุหรี่หรือไปป์แทน แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนวิธีการสูบ ซึ่งบุคคลที่สูดควันบุหรี่เข้าสู่ปอด ยังคงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับผู้สูบบุหรี่เช่นเดิม ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่ชนิดไม่มีก้นกรอง หรือบุหรี่ก้นกรอง บุหรี่ที่มีสารนิโคตินต่ำ รวมทั้งยาสูบชนิดเคี้ยว ก็เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกัน เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่ด้วยเหมือนกัน แต่สำหรับผู้ที่ต้องอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่เป็นประจำ หรือมากกว่า 60 นาทีต่อวัน บุคคลเหล่านี้จะได้รับสารนิโคตินเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่นเดียวกับผู้ที่สูบบุหรี่

2.6 การออกกำลังกาย จากการศึกษาของสมาคมฮาร์วาร์ดพบว่า ความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งผลดีของการออกกำลังกายทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่ม High Density Lipoproteine (HDL) ซึ่งป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด การออกกำลังกายที่ได้ผลต้องให้ได้เหงื่อ ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีดีขึ้น และจะทำให้พบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ เพราะการออกกำลังกายทำให้มีการเผาผลาญพลังงานส่วนที่เกินออกไป นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้พลังงานถูกใช้ไปมีผลต่อการลดน้ำหนักตัว และช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ

ธรรมชาติสร้างมนุษย์ให้มีการเคลื่อนไหว แต่ถ้ามีการเคลื่อนไหวไม่เพียงพอก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพ การออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็นการใช้กล้ามเนื้อส่วนใดทำงาน เมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวจะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์กล้ามเนื้อ และอวัยวะที่เกี่ยวข้องจะต้องอาศัยระบบไหลเวียน และระบบหายใจเป็นหลัก การออกกำลังกายเป็นประจำนอกจากจะทำให้ระบบโครงสร้างมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้ระบบไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (มนทิชา อนุกุลวุฒิมิพงศ์, 2540, หน้า 35)

2.7 ความเครียด ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิติก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 137) โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์สามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้อย่างเฉียบพลัน

นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพความผิดปกติทางจิตใจ และลักษณะบุคลิกภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างหรือเสริมให้เกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือด ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจ (อภิชาติ สุคนทรทรัพย์, 2534, หน้า 621) Friedman & Roseman (1985, pp.69-98 อ้างใน นพคุณ ภูมณี, 2538, หน้า 85) ได้ค้นพบกลุ่มลักษณะนิสัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และให้ชื่อว่าบุคลิกภาพแบบ A (Type A personality) และเชื่อกันว่าบุคลิกภาพดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ ภาวะโคเลสเตอรอลสูง และความดันโลหิตสูงด้วย บุคคลที่มีลักษณะของบุคลิกภาพแบบ A จะมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ คือ ชอบการแข่งขัน เอาชนะผู้อื่นอยู่เสมอ มีความมักใหญ่ใฝ่สูง ไม่มีความอดทนในเรื่องต่าง ๆ ชอบทำอะไรด้วยความรวดเร็ว และเร่งรีบอยู่เสมอ เช่น กินเร็ว พูดเร็ว เดินเร็ว ชอบผูกมัดตัวเองกับความรับผิดชอบหลาย ๆ อย่าง และจะรู้สึกผิดถ้ามีเวลาว่างหรือการพักผ่อน เป็นคนที่มีลักษณะก้าวร้าว และชอบวัดความสำเร็จที่ปริมาณไม่ใช่คุณภาพ ชอบที่จะเคาะนิ้วหรือสั่งข่าอยู่ตลอด ไม่มีความอดทนที่จะเห็นผู้อื่นทำงานที่ตนทำได้เร็วกว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ A จะมีลักษณะตรงข้ามกับบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ B โดยสิ้นเชิง (Edward & Ronald, 1984, pp.188-204 อ้างใน นพคุณ ภูมณี, 2538, หน้า 86)

บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ A มีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้มาก เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ชอบที่จะทำงานตลอดเวลาและชอบทำงานภายใต้ความกดดันหรือเงื่อนไขต่าง ๆ ชอบที่จะเอางานกับไปทำที่บ้านในวันหยุดสุดสัปดาห์ ชอบที่จะแข่งขันกับตัวเองและตั้งมาตรฐานต่าง ๆ ไว้สูง และมักจะหงุดหงิดไม่สบายใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน และมักจะอารมณ์เสียกับการทำงานของผู้อื่น จากการศึกษาวิจัยที่ใช้เวลานานถึงแปดปีในสหรัฐอเมริกาจากผู้ชายจำนวน 3,400 คน พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 39 - 49 ปี ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ A มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ B ซึ่งมีลักษณะตรงข้ามกับแบบ A ทุกประการถึง 65 เท่า (นพคุณ ภูมณี, 2538, หน้า 83 - 90)

ดังนั้น ในคนปกติการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่มีเป็นครั้งคราว เกิดขึ้นโดยมี การตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติกมากเกินไป ทำให้มีความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น ขณะเดียวกันจะทำให้มีระบบประสาทด้านมายยับยั้งปฏิกิริยานี้ ทำให้ความดันโลหิตลดลงมาปกติได้ แต่ในรายที่มีความเครียดบ่อย ๆ ก็จะมีการกระตุ้นทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ถ้าระบบประสาท ด้านไม่สามารถยับยั้งปฏิกิริยาที่เกิดจากการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติกได้ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงคงที่ขึ้น (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, 2531, หน้า 168-169) ดังนั้น การขจัด และผ่อนคลาย ความเครียด สามารถป้องกันความดันโลหิตสูงได้

ดังนั้น แนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง คือ ต้องปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง ต้องมีการควบคุมน้ำหนักตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของการ บริโภค ขจัดความวิตกกังวลหรือความเครียด และจะต้องมีการออกกำลังกายที่ได้ผลต้องให้ได้เหงื่อ ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ดังนั้นการขจัดและผ่อนคลายความเครียด จึงสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุได้ สิ่งที่เกิดจากความเครียดมักมาจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องดิ้นรนต่อสู้ มีความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความขัดแย้ง ความกลัว เป็นต้น การลดความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือการทำสมาธิ ผ่อนคลายใจ ผ่อนกล้ามเนื้อ สามารถช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ เล็กน้อย แต่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และใช้ระยะเวลาานจึงจะได้ผล (อรวิทย์ โทระกี, 2537, หน้า 88)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลจากหลอดเลือดโลหิตเสื่อม ทำให้เกิด ผลกระทบต่ออวัยวะในร่างกายดังนี้ (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2532, หน้า 33)

1. สมอง

แรงต้านทานในหลอดเลือด เมื่อเป็นอยู่นาน ๆ จะเกิดหลอดเลือดแข็ง และเกิดตุ่ม โป่งพองเล็ก ๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้ ตุ่มโป่งพองนี้แตกเกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมอง หลอดเลือดแข็งเกิดการอุดตันได้ ซึ่งหลอดเลือด ในสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผล มาจากความแข็งตัวของหลอดเลือด และเมื่อความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย

หลอดเลือดในสมองจะขยายตัว เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของระบบประสาทกลางที่อาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นอย่างรีบด่วนที่จะต้องควบคุมความดันโลหิตสูงให้ได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน อาจชักเป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

2. หลอดเลือด

ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกเกิดการอุดตัน เกิดลิ่มเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะนั้น ๆ ได้ เช่น หัวใจ สมอง ไต และโรคที่พบได้มาก คือ หัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด ไตวาย เป็นต้น

3. หัวใจ

ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น พองตัวขึ้น ทำงานหนักเพื่อบีบไล่เลือด เนื่องจากผู้แรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดงซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้น กล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต แต่ถ้าความดันโลหิตสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจก็ไม่สามารถจะขยายตัวได้พอกับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนยานลง ในที่สุดหัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือหัวใจชกซ้ายวายไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับไปสู่อุดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้วจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักเกินไป เกิดอาการบวมทั้งตัว และเกิดอาการหัวใจห้องล่างขวายาวที่สุดในที่สุด

4. ไต

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรัง หรือมีความดันโลหิตสูงมากจะมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อย สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่องทำให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่สำคัญ คือ การคั่งของของเสีย เช่น ครีเอตินิน และสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย ถ้ามีการคั่งของของเสียในระดับสูงจะเกิดอาการหมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

5. จอภาพนัยน์ตา

หลุดเลือดไปเลี้ยงตาหนา และแข็งตัวในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงถาวร หรือรุนแรง อาจทำให้หลอดเลือดแตกและจุดดำมีเลือดซึมออก เป็นผลให้มีการทำลายประสาทตาให้เสื่อม สมรรถภาพ และตาบอดได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

1. ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ แบบแผนการดำเนินชีวิต การกระทำ หรือการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลในชุมชนได้ถือปฏิบัติต่อกันมา มีการถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อ ความคิด ด้านสุขภาพ จากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ทำให้บุคคลในชุมชนนั้นมีแนวทางในการ ปฏิบัติหรือดำเนินชีวิตไปแนวทางเดียวกัน ดังนั้น ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เป็นตัวกำหนด พฤติกรรมด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ดีและไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น การบริโภค การออกกำลังกาย การเกิดความเครียด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ภาวะเศรษฐกิจ รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวกำหนด การตัดสินใจปฏิบัติหรือกระทำสิ่งต่าง ๆ เช่น การบริโภคอาหาร เลือกซื้อหรือไม่ซื้ออาหาร บุหรี่ หรือสุรา เครื่องดื่มผสมคาเฟอีนต่าง ๆ มาบริโภค หรือเลือกอุปกรณ์ช่วยในการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นผลต่อสุขภาพ Pender (1987) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการ แสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เชื่ออำนาจให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับ อาหารเพียงพอจนอาจกลายเป็นได้รับการบริโภคที่เกินความต้องการของร่างกาย จนกลายเป็นโทษ แก่ร่างกายได้ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริม การดูแลตนเอง การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี บางครั้งอาจกลายเป็นโทษมีผลต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุ ให้เกิดโรคที่เกิดจากความเครียดที่มากเกินไปได้

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สภาพแวดล้อมของชุมชนอันเป็นตัวกำหนดการผลิต อาหาร การมีอาหารบริโภค สถานที่ อุปกรณ์ ก่อให้เกิดการออกกำลังกาย หรือสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดความเครียด จะสามารถจัดการกับความเครียด ซึ่งได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ อากาศ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน ระบบชลประทาน อุณหภูมิสูงสุดต่ำสุดของปี ทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ ที่เชื่ออำนาจต่อการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ตลอดจนทางคมนาคม ติดต่อกับสังคมอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า วิธีการดำเนินชีวิตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการเกิดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพราะวิธีการดำเนินชีวิตเป็นการกระทำที่บุคคลกำหนดไว้ปฏิบัติเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติ ค่านิยมของบุคคลของสังคม หรือวัฒนธรรมของชุมชน หรือสังคมนั้น ๆ และมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมที่เสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตจึงเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลที่สุดต่อสุขภาพที่ดี หรือสุขภาพที่ไม่ดี การกระทำจนกลายเป็นนิสัย กิจกรรมประจำวันที่ไม่ถูกต้องเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเชื่อได้ว่าเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของบุคคลและเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข เพราะการมีความดันโลหิตสูงโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ทราบ ประกอบกับไม่มีอาการของความดันโลหิตสูงแสดงออกมา เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาจมีผลเสียต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย คือ หัวใจ สมอง ไต และหลอดเลือด วิธีการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอาจกลายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่รู้ตัว และสิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น และทวีความรุนแรงมากขึ้นด้วย ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีไขมัน และแคลอรีสูง รวมทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มชา กาแฟ การขาดการออกกำลังกาย มีความเครียดมาก และไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ วิธีการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่อาจมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ทั้งสิ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่ใช้แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิตที่สามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้

ผลงานวิจัยหรือการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพและโรคความดันโลหิตสูง ได้มีผู้ศึกษาและสรุปผลได้ดังนี้

Walker, Volkan, Sechrist & Pender (1988) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ซึ่งถือว่าเป็นลักษณะทางสังคม ประชากรที่มีผลต่อวิธีการดำเนินชีวิต โดยวัด 6 ด้านของวิธีการดำเนินชีวิต โดยใช้ HPLP กลุ่มตัวอย่างจำนวน 452 คน อายุระหว่าง 18 - 88 ปี ผลการศึกษา

พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อตนเอง การเลือกรับประทานอาหารและการจัดการกับความเครียดได้ดีกว่า ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ

การศึกษาของ Pender (1989 อ้างใน กนกพร วิสุทธกุล, 2540, หน้า 36) ในบุคคลทั่วไปพบว่า วิถีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ แบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย วิธีเผชิญความเครียด การพักผ่อนนอนหลับ นันทนาการ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และยาเสพติด มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ส่วนการรับประทานอาหารมากเกินไป และออกกำลังกายไม่เพียงพอ ทำให้น้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งสัมพันธ์กับโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตีบตัน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532) ได้ศึกษา เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 คน และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ จำนวน 74 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-39 ปี มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพดีกว่าระดับประถมศึกษา ส่วนระดับมัธยมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาดีกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาดีกว่าด้านประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่ และรับจ้างรายวัน และมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านประกอบอาชีพดีกว่ากลุ่มที่มีอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาของ Grol, Halabi, Gerstenbluth, Alberts and O' Niel (1997, pp. 8-14) ได้ทำการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตใน Curacao ในด้านการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลักษณะนิสัยในการบริโภค และการออกกำลังกาย ในกลุ่มตัวอย่าง 2,248 คน พบว่า มีผู้สูบบุหรี่ 17.1% ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่สม่ำเสมอ 20.5% ดื่มเป็นประจำประมาณ 4 แก้ว

หรือมากกว่าในหนึ่งวัน 6.3% ไม่ออกกำลังกายเลย 75% และผู้ที่ไม่รับประทานผัก 37% วิธีการดำเนินชีวิตในด้านการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลักษณะนิสัยในการบริโภคและการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ภาวะทางเศรษฐกิจ และวิธีการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีการป้องกันและมีแบบแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

วรรตมา สุขวัฒนานันท์ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดา มารดา การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล กับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 3-6 ปี จำนวน 390 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า วิถีชีวิตของบิดา และมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของบิดา และมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนได้ดีที่สุด ได้แก่ การฝึกอบรมบุตรด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของมารดาและบิดา จะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตของบิดา มารดา มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพที่ดี และไม่ดีของเด็กก่อนวัยเรียน

รุ่งทิภา ไชยวงศ์ (2542) ได้ศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเปรียบเทียบวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างเพศ และกลุ่มอายุ โดยการศึกษานในคลินิกพิเศษโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์วิถีการดำเนินชีวิต และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า วิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทั้ง 7 ด้าน ควรแก้ไขและเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อน ด้านการดูแลสุขภาพและการใช้บริการของระบบสาธารณสุข ด้านการรู้จักอารมณ์ตนเอง และการจัดการกับความเครียด และด้านการอยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อม ควรแก้ไขเช่นกัน ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต้องแก้ไข ส่วนการเปรียบเทียบวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวมทั้ง 7 ด้าน ระหว่างเพศ พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิถีการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศชาย และกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิถีการดำเนินชีวิตมากที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในประเทศไทย ยังมีผู้ทำการศึกษาไว้น้อยมาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของวิถีการดำเนินชีวิตในภาพที่เป็นองค์รวมของพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ การที่จะแก้ปัญหาสุขภาพใด ๆ จึงน่าจะใช้กลไกของการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมมากกว่า การเลือกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยที่มีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตในด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม การเรียนรู้ทางสังคม จึงได้ศึกษาวิจัยงานที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

เทียน นารินทร์ทอง (2538) ได้ศึกษา กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพสุขภาพของตนเองของประชาชนชนบทภาคเหนือตอนบน ศึกษาถึงบริบทของชุมชนและครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชนบทภาคเหนือตอนบน บริบทของชุมชนเข้ามามีส่วนสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ หรือการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะการเรียนรู้ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ โดยมีแหล่งเรียนรู้ที่มีทั้งภายในชุมชนเอง อาทิเช่น ระบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน ชนบทธรรมนิยมประเพณี และแหล่งเรียนรู้ที่นำข่าวสารความรู้ที่มาจากภายนอกชุมชน

จิตรลดา ลิ่มจำรูญ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการใช้ยาแอมเฟตามีน ที่ตำบลนาทราย อำเภอสี จังหวัดลำพูน เป็นพื้นที่ในการศึกษา วิธีการศึกษาใช้วิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษากับผู้ใช้ยาแอมเฟตามีน จำนวน 20 คน โดยอาศัยกรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยา (The Ecology Model) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมด้านต่าง ๆ 5 ประการ ดังนี้

ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อาชีพ รายได้ ความรู้และความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาแอมเฟตามีน โดยผู้ใช้ยาแอมเฟตามีนทั้งหมดมีความเชื่อว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานของร่างกาย ทำงานได้เป็นเวลานานเพื่อหวังค่าตอบแทนสูงขึ้น

ปัจจัยระหว่างบุคคล เพื่อนและนายจ้างเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาแอมเฟตามีนของผู้ใช้ยาแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่จะไปเล่นนอกหมู่บ้าน และเมื่อผู้ใช้แรงงานกลับเข้ามาในหมู่บ้านไม่มีร่องรอยของการเสพยา

ปัจจัยด้านชุมชน หน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ และผู้นำชุมชน ไม่ได้เข้ามายุ่งเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาแอมเฟตามีนอย่างจริงจัง เพราะต่างก็มีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบกันมากอยู่แล้ว

ปัจจัยด้านนโยบาย พบว่าการดำเนินการทางกฎหมายยังไม่ชัดเจน และไม่ครอบคลุมผู้ที่เลิกใช้ยาแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเลิกใช้ยาเพราะยามีราคาสูงขึ้น มิใช่เหตุผลทางด้านกฎหมาย

พัชรี ยุติธรรม (2539) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของชาวชนบทภาคเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหาร เจื่อนไซ และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกบริโภคอาหารของชาวชนบท จากผลการวิจัยพบว่า ในอดีตชาวชนบทภาคเหนือมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย แหล่งที่ได้มาของอาหารได้มาจากทุ่งนา และสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ผู้ที่มีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดในการถ่ายทอดการเลือกอาหาร การประกอบอาหาร และการบริโภคอาหาร คือ สมาชิกในครอบครัว ปัจจุบันวิถีชีวิตชาวชนบทภาคเหนือมีการเปลี่ยนแปลงไป มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและโครงสร้างทางสังคม ทำให้สังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นอุตสาหกรรม แหล่งที่มาของอาหารในปัจจุบันได้ตามร้านค้าของชำ แผงลอย มินิมาร์ท และห้างสรรพสินค้า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวเปลี่ยนไป นิยมรับประทานอาหารสำเร็จรูป และอาหารนอกบ้านมากขึ้น บทบาทการถ่ายทอดภายในครอบครัวลดน้อยลงไป การกล่อมเกลามาจากภายนอกเข้ามาทำหน้าที่แทน คือ ร้านค้า สื่อโฆษณาเพื่อน และโรงเรียน เด็กวัยรุ่น ชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติแปลกใหม่ ชอบบริโภคอาหารตามห้างสรรพสินค้า โดยเฉพาะร้านอาหารที่มีสาขามาจากต่างประเทศ

ปัจจัยที่สำคัญ และมีบทบาทในการกล่อมเกลาคคนในชุมชน คือ เพื่อน สื่อมวลชน ร้านค้า ซึ่งเป็นปัจจัยเร่ง และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และวัฒนธรรม และส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารต่อคนในชุมชน

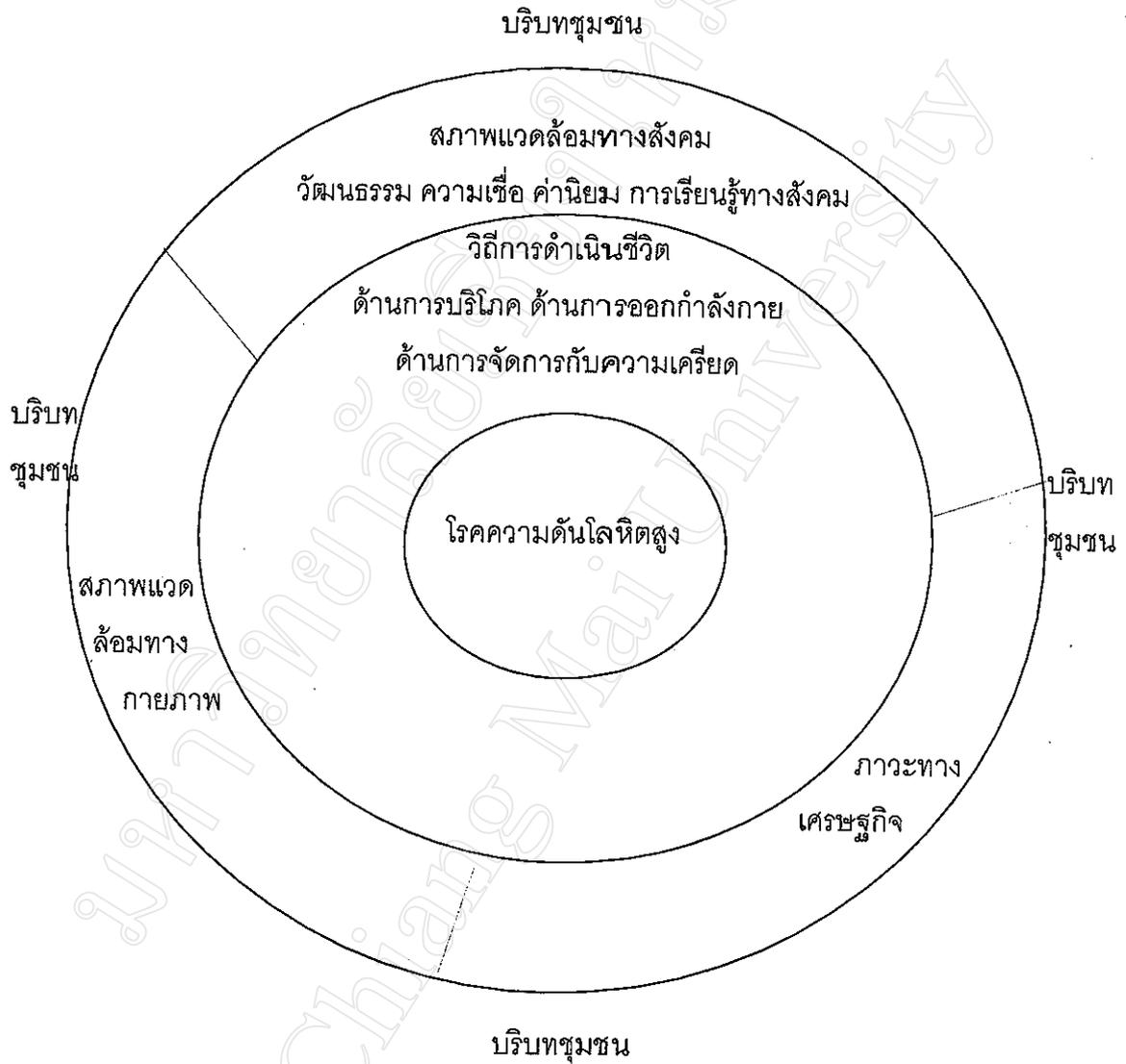
พิทยา สายนำทาน (2540) ได้ศึกษากระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในชุมชนพื้นที่สูง ได้เลือกศึกษาหมู่บ้านปู้เหิงสาม ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของสมาชิกชุมชนปู้เหิงสาม เป็นการถ่ายทอดระบบครอบครัวเครือญาติ กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของสมาชิกชุมชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของสมาชิกชุมชนเป็นอย่างมาก จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยไปในทางที่ดี ส่งผลต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของสมาชิกชุมชนปทุมเทียงสาม

กนกพร วิสุทธิกุล (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนปลาย จำนวน 384 ราย ที่มาใช้บริการในห้างสรรพสินค้าของพื้นที่แต่ละชั้นที่สุ่มได้ในกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับน้อยที่สุด พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มกาแฟอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมเสี่ยงด้านการขาดการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก กลุ่มที่มีอายุมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลา ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และการรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การวิจัยครั้งพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหามากที่สุด คือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมัน และแคลอรีสูง และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

สมสุข สิงห์ปัญจันท์ (2540) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 120 ราย ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และแบบแผนการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ แบบแผนการดำเนินชีวิต จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถช่วยทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23.54

หทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ที่มารับการศึกษาที่คลินิก โรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน พฤติกรรมด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับที่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ การส่งเสริมให้ดียิ่งขึ้น ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพนอกร้านมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวนบทบาทที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ



กรอบแนวคิดของงานวิจัย