



การบูรณาการหลักภาวนาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสังคม
ของผู้สูงอายุในยุคสังคมสูงวัยพลวัต

INTEGRATING THE FOUR DEVELOPMENTS (BHAVANA IV) FOR HOLISTIC HEALTH
BEHAVIOR DEVELOPMENT AMONG THE ELDERLY IN A DYNAMIC AGING SOCIETY

พระครูสวัสดิ์กาญจนภาส (ทัตพล จันทวีโส)¹, พระมหาดนัยพัชร์ คมภีรปญโญ (ยุนิรัมย์)²,
พระมหาวีรวิชฌ์ วรินทร์โท (อินทะโพธิ์)³, วัลลภ สุรทศ⁴, สุพัฒน์ ชัยวรรณ⁵

Phrakrusawatkanchanophas (Thatpon Chanthawanso)¹, Phramaha Danai
Phachar Khamphirapanyo (Yuniram)², Phramaha Veerathit Warintho
(Indaphot)³, Vallop Surathos⁴, Supat Chaiwan⁵

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์กาญจนบุรี ศรีไพบูลย์, ประเทศไทย¹

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Kanchanaburi Sangha College, Thailand¹

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ประเทศไทย²

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Thailand²

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์พุทธปัญญาศรีทวารวดี, ประเทศไทย³⁻⁴

Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Budhapanaya Sridhavaravati Buddhist College, Thailand³⁻⁴

คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ประเทศไทย⁵

Faculty of Education, Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Thailand⁵

Corresponding Author E-mail: mcukran2568@gmail.com

Received 19 February 2026; Revised 18 March 2026; Accepted 30 March 2026

การบูรณาการหลักภavana เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพขององค์กรวม ของผู้สูงอายุในยุคสังคมสูงวัยพลวัต

พระครูสวัสดิ์กาญจนภาส (ทัตพล จนทวิโส), พระมหาดนัยพัชร์ คมภีรปญโญ (ยุนิรัมย์),
พระมหาวิริษณ์ วรินโท (อินทะโพธิ์), วัลลภ สุรทศ, สุพัฒน์ ชัยวรรณ

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านการบูรณาการหลักพุทธธรรมเข้ากับแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์และจิตสังคม ในสภาวะการณ์ที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุมักเผชิญกับความเสื่อมถอยทางกายภาพตามกฎธรรมชาติและภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพขององค์กรวม จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนต้องอาศัยกลไกการขับเคลื่อนจากภายในสู่ภายนอก โดยใช้หลักภavana 4 เป็นแกนกลางประกอบด้วย (1) กายภavana การพัฒนาความสัมพันธ์กับโลกกายภาพอย่างรู้เท่าทัน (2) ศีลภavana การสร้างวินัยทางสังคมและการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ (3) จิตภavana การเสริมสร้างคุณภาพจิตและสมาธิเพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลง และ (4) ปัญญาภavana การสร้างความรู้แจ้งในสัจธรรมเพื่อการปล่อยวางและความเป็นอิสระทางใจ ทั้งนี้ กระบวนการพัฒนาดังกล่าวต้องอาศัยลักษณะความต่อเนื่องและความเคารพในกุตลธรรมตามหลักสัพพสัมภารภavana นิรันตรภavana จีรกาลภavana และสักกัจจภavana การบูรณาการในลักษณะนี้ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนผ่านจากภาวะพึ่งพิงสู่การเป็นผู้สูงวัยที่มีพลัง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคมปัจจุบัน

คำสำคัญ: การบูรณาการ; หลักภavana 4; สุขภาวะองค์กรวม; ผู้สูงอายุ; สังคมสูงวัยพลวัต

INTEGRATING THE FOUR DEVELOPMENTS (BHAVANA IV) FOR HOLISTIC HEALTH BEHAVIOR DEVELOPMENT AMONG THE ELDERLY IN A DYNAMIC AGING SOCIETY

Phrakrusawatkanchanophas (Thatpon Chanthawanso),
Phramaha Danai Phachar Khamphirapanyo (Yuniram),
Phramaha Veerathit Warintho (Indaphot), Vallop Surathos, Supat Chaiwan

Abstract

This academic article aims to propose guidelines for developing health behaviors among the elderly through the integration of Buddhist principles with behavioral science and psychosocial concepts. As Thailand has entered a complete aging society, older adults often face natural physical decline and social isolation, which significantly affect their holistic well-being. The study indicates that sustainable health behavior development requires an internal-to-external driving mechanism, with the Four Bhāvanā serving as the core framework. These include: (1) physical development (kāya-bhāvanā), which emphasizes mindful engagement with the physical world; (2) moral development (sīla-bhāvanā), which focuses on social discipline and harmonious coexistence; (3) mental development (citta-bhāvanā), which enhances mental quality and concentration to cope with change; and (4) wisdom development (paññā-bhāvanā), which cultivates insight into reality, leading to detachment and inner freedom.

Furthermore, this developmental process must be carried out with continuity and commitment to wholesome qualities, guided by the principles of comprehensive development (sappasambhāra-bhāvanā), continuous development (nirantara-bhāvanā), long-term development (cirakāla-bhāvanā), and careful, respectful practice (sakkacca-bhāvanā). Such integration enhances the quality of life of the elderly, facilitating a transition from dependency to active aging, enabling them to live happily and meaningfully in contemporary society.

Keywords: Integration; Four Developments (Bhavana IV); Holistic Well-being; Elderly;
Dynamic Aging Society

บทนำ

บริบทและแนวโน้มทางสถิติของสังคมสูงวัยในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติได้จำแนกโครงสร้างประชากรสูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี) และ ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป) ซึ่งจากการติดตามสถานการณ์พบว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2536 มีสัดส่วนร้อยละ 7.2 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.11 ในปี 2538 ทั้งนี้ ข้อมูลจากการพยากรณ์ประชากรระบุว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 9.19, 11.36 และ 15.38 ในปี 2543, 2553 และ 2563 ตามลำดับ

พลวัตทางประชากรที่เปลี่ยนไปนี้สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการมีอายุขัยที่ยืนยาวมากขึ้น (Longevity) โดยบุคคลที่มีอายุ 60 ปีในปัจจุบันมีโอกาสสูงที่จะดำรงชีวิตต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 80 ปี สอดคล้องกับข้อมูลจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ระบุว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายอยู่ที่ 66.6 ปี และเพศหญิงอยู่ที่ 71.7 ปี ขณะที่อายุขัยเฉลี่ยเมื่อก้าวเข้าสู่วัย 60 ปี เพศชายจะมีอายุยืนต่อไปอีกประมาณ 18.8 ปี และเพศหญิงประมาณ 22.0 ปี ปรากฏการณ์นี้ส่งผลให้เกิดความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่มีต่อผู้สูงอายุ จากภาพลักษณ์เดิมที่มองว่าเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยและพึ่งพิงสู่การมองในมิติของ อายุวัฒนะ และ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากช่วงเวลากว่า 20 ปีหลังเกษียณเป็นระยะเวลาที่มีนัยสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การทำประโยชน์เพื่อสังคม และการแสวงหาความสุขในบั้นปลายชีวิต ด้วยเหตุนี้ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับต่าง ๆ จึงให้ความสำคัญกับการยกระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวรวมถึงชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุให้มีบทบาทนำในการดูแลสุขภาพของตนเองและสังคม ผ่านการจัดตั้งหน่วยบริการและสวัสดิการเอนกประสงค์ในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพให้เข้าถึงประชากรสูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของประเทศ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2569)

สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยสถิติชี้ให้เห็นการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 7.2 ในปี 2536 สู่ระดับร้อยละ 15.38 ในปี 2563 และมีแนวโน้มที่ประชากรจะมีอายุยืนยาวขึ้นถึง 80 ปี พลวัตนี้สะท้อนให้เห็นว่าช่วงวัยหลังเกษียณไม่ใช่เพียงวัยแห่งการเสื่อมถอย แต่เป็น ช่วงวัยแห่งอายุวัฒนะ ที่สามารถสร้างคุณประโยชน์และมีความสุขได้ หากมีการบริหารจัดการคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมักเผชิญกับข้อจำกัดทางกายภาพจากโรคเรื้อรัง อาทิ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะสมองเสื่อม (Tidarat Mingsamorn, 2561) รวมถึงปัญหาทางจิตสังคม โดยเฉพาะความโดดเดี่ยวและความรู้สึกหวาดหวั่นจากการปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคมและการแยกตัวของครอบครัวในสังคมเมือง ดังเช่นกรณีศึกษาในพื้นที่ตำบลหนองผึ้ง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ประชากรวัยแรงงานต้องออกไปทำงานนอกพื้นที่ ทิ้งให้ผู้สูงอายุเผชิญกับความเหงาและภาวะพึ่งพิงเพียงลำพัง (แผนพัฒนาท้องถิ่นฯ, 2561)

เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีสุขภาวะองค์รวม การนำ หลักทฤษฎี 4 มาบูรณาการจึงเป็นแนวทางเชิงรุกที่สำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต ประกอบด้วย 1) กายภาพนา การพัฒนา

ร่างกายและการสร้างความสัมพันธ์ที่ถูกต้องต่อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2) ศิลภาวนา การพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการไม่เบียดเบียนและมีวินัยในตนเอง 3) จิตภาวนา การยกระดับคุณภาพ สมรรถภาพ และสุขภาพจิต ให้มีความเมตตา มีสติ และความสงบผ่องใส และ 4) ปัญญาภาวนา การสร้างความรู้เท่าทันความจริงของโลกและชีวิตเพื่อการปล่อยวาง (น้ำทิพย์ ประดิษฐ์ธรรม, 2563)

สรุปวิกฤตการณ์สังคมสูงวัยในปัจจุบันไม่ได้จำกัดเพียงปัญหาความเสื่อมถอยทางกายภาพ แต่ยังคงครอบคลุมถึงมิติจิตสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและเศรษฐกิจ การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องก้าวข้ามผ่านรูปแบบการสงเคราะห์เพียงอย่างเดียว สู่การเสริมสร้าง ศักยภาพภายในผ่านการบูรณาการหลักภาวนา 4 ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมเชิงพุทธที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิต เริ่มจากการสร้างความสมบูรณ์ทางกาย ผ่านการสัมพันธ์กับปัจจัยสี่อย่างรู้เท่าทัน การสร้าง ดุลยภาพทางสังคม ด้วยศีลที่กำกับพฤติกรรมมิให้เบียดเบียนผู้อื่น การสร้าง ความเข้มแข็งทางจิต เพื่อรับมือกับความโดดเดี่ยวและภาวะเสื่อมถอยด้วยสมาธิและเมตตาธรรม จนถึงการสร้าง ความกระจ่างทางปัญญา เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจสัจธรรมของไตรลักษณ์ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้วยใจที่เป็นอิสระ การใช้หลักภาวนา 4 จึงไม่ใช่เพียงการรักษาพยาบาล แต่คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับฐานราก ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุในยุคพลวัตสามารถเปลี่ยนสถานะจาก ภาระสู่การเป็นพลังที่ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีความสุข และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์

การศึกษาเรื่องการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องทำความเข้าใจรากฐานของพฤติกรรมมนุษย์อย่างถ่องแท้ เนื่องจากพฤติกรรมมิได้เป็นเพียงการแสดงออกที่ปรากฏให้เห็นภายนอกเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับกระบวนการภายในและสภาพแวดล้อม พฤติกรรมในเชิงวิชาการหมายถึง กิริยาท่าทางและการตอบสนองของสิ่งมีชีวิตต่อสิ่งเร้าทั้งที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งอาจเป็นการแสดงออกที่มีสติสัมปชัญญะหรือเป็นไปโดยสัญชาตญาณ ทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ

1. ความหมายของพฤติกรรม

ในทางจิตวิทยา ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theories) ได้ให้คำอธิบายว่า พฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ผ่านความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (S-R Paradigm) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมที่ปรากฏออกมาในเชิงรูปธรรมนั้น มักถูกกำหนดโดยพฤติกรรมภายใน หรือสภาวะทางจิตใจเป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนักปรัชญาตะวันตกกลุ่มจิตนิยม เช่น เพลโต (Plato) ที่เชื่อว่า จิต เป็นนายที่บังคับบัญชาให้ร่างกายดำเนินไปตามเจตจำนง ร่างกายเป็นเพียงเครื่องมือที่ถูกใช้ภายใต้การสั่งการของจิตใจ (สุจิตรา (อ่อนค้อม) ธรณีน, 2540) ขณะที่ในทางพุทธศาสตร์มองว่า กายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นในลักษณะของเหตุปัจจัย ร่างกายมีธรรมชาติที่ไม่รู้อารมณ์ ส่วนจิตมีธรรมชาติในการรับรู้อารมณ์ ทั้งสองส่วนต่างอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต (วิทย์ วิศทเวทย์, 2542)

เพื่อให้เห็นภาพโครงสร้างของพฤติกรรมอย่างชัดเจนในบริบทของการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการทำกิจกรรมบุคคลของคิลฮอฟเนอร์ (Kielhofner's Model of Human Occupation MOHO) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมการทำงานของคนเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการทำงานแบบ

พลวัต เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม โดยประกอบด้วยระบบย่อย 3 ประการ ดังนี้

1. เจตจำนง (Volition) เจตจำนงถือเป็นจุดเริ่มต้นและแรงจูงใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ เป็นพลังผลักดันที่ทำให้บุคคลเลือกที่จะทำหรือไม่ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งในผู้สูงอายุ เจตจำนงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบย่อย 3 ส่วน คือ

1.1 เหตุผลส่วนบุคคล (Personal Causation) ความเชื่อมั่นในศักยภาพและความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจในการแสดงออกสู่ภายนอก

1.2 ค่านิยม (Values) กรอบความคิดที่ใช้ตัดสินว่าสิ่งใดดี ถูกต้อง หรือสำคัญต่อชีวิต ค่านิยมที่เป็นบวกต่อสุขภาพจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

1.3 ความสนใจ (Interest) ความพึงพอใจหรือความสนุกสนานที่ได้รับจากการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นวงจรที่ประกอบด้วยความคาดหวัง การประสบการณ์ และการตีความ

โรเจอร์ (Rogers) ได้ขยายความเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสนใจว่า เป็นปัจจัยภายในที่กำหนดแนวทางและระดับความมุ่งมั่นในการกระทำกิจกรรม โดยความสนใจมักมีรากฐานมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กและสถาบันครอบครัว อย่างไรก็ตาม ความสนใจสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามพัฒนาการของช่วงวัยและการเรียนรู้ ซึ่งในวัยผู้ใหญ่ความสนใจมักจะมีทิศทางที่ค่อนข้างแน่นอนและเป็นแรงผลักดันสำคัญในการพัฒนาตนเอง (วาสนา สิทธิ, 2560)

2. อุปนิสัย (Habituation) คือลักษณะนิสัยหรือรูปแบบพฤติกรรมที่มีการแสดงออกอย่างสม่ำเสมอจนเป็นอัตโนมัติ โดยอาศัยกระบวนการนึกคิดเพียงเล็กน้อย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก

2.1 นิสัย (Habits) รูปแบบการกระทำที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติตามความเคยชิน ทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างคล่องตัวโดยไม่ต้องวางแผนซ้ำใหม่ทุกครั้ง

2.2 บทบาทภายใน (Internalized Roles) ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบในสังคม (เช่น บทบาทของปู่ย่าตายาย หรือบทบาทผู้สูงอายุในชุมชน) ซึ่งบทบาทเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดทิศทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานภาพของตน (สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ, 2550)

3. การกระทำ (Performance) เป็นระดับการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมที่สุด ประกอบด้วยทักษะ (Skills) ซึ่งเป็นหน่วยย่อยของการกระทำที่สั่งสมจนเกิดเป็นการเรียนรู้ตลอดช่วงชีวิต เพื่อสร้างกรอบของลักษณะนิสัยและบทบาทภายใน ทักษะเหล่านี้แบ่งออกเป็น 3 ด้านสำคัญ (อ้างใน วาสนา สิทธิ, 2560)

3.1 ทักษะการรับรู้และการเคลื่อนไหว (Perceptual-motor Skills) ความสามารถในการรับรู้และควบคุมร่างกาย ตั้งแต่การเคลื่อนไหวพื้นฐานไปจนถึงการใช้อุปกรณ์ในการประกอบกิจกรรม

3.2 ทักษะกระบวนการ (Processing Skills) ความสามารถเชิงสติปัญญาในการวางแผน จัดลำดับ และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในชีวิตประจำวัน

3.3 ทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ การประสานงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมิใช่เพียงการกระทำทางกายภาพที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เป็นผลรวมของ เจตจำนง ที่ขับเคลื่อนด้วยความเชื่อและค่านิยม อุปนิสัย ที่ถูกหล่อหลอมผ่านบทบาททางสังคม และ ทักษะการกระทำ ที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาพฤติกรรมตามแนวทางนี้ จึงสอดคล้องกับหลักพุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการฝึกฝนภายในสู่ภายนอก โดยมีจิตเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงทั้งปวง

2. ประเภทของพฤติกรรม

จำแนกประเภทและลักษณะของพฤติกรรมมนุษย์ พฤติกรรมมนุษย์มีความสลับซับซ้อนและมีที่มาหลากหลายมิติ นักจิตวิทยาจึงได้จำแนกพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภทหลักตามแหล่งกำเนิด คือ 1) พฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิด ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยสัญชาตญาณและการทำงานของระบบสรีระ เช่น ปฏิกริยาสะท้อนกลับ และ 2) พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้และอิทธิพลทางสังคม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการหล่อหลอมทางวัฒนธรรม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและสุขภาวะนั้น สามารถพิจารณาได้ผ่าน 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนทางสรีระร่างกายเพื่อบุคลิกภาพที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนมิติทางอารมณ์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี การพัฒนาทางสติปัญญาเพื่อให้เท่าทันต่อเหตุการณ์ และการปรับเปลี่ยนทางอุดมคติหรือหลักการบางประการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม (AR Research, 2569) นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการศึกษาเชิงวิชาการ นักวิชาการได้กำหนดเกณฑ์ในการจำแนกพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้ (กุญชรี้ คำชาย, 2542)

ประการที่ 1 เกณฑ์การสังเกต แบ่งเป็น พฤติกรรมภายนอกที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน และ พฤติกรรมภายใน เช่น ความคิดและความรู้สึก ซึ่งทั้งสองมิตินี้มีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลต่อกันอย่างมีนัยสำคัญ

ประการที่ 2 เกณฑ์แหล่งกำเนิด แบ่งเป็น พฤติกรรมจากวุฒิภาวะ ซึ่งเป็นไปตามวงจรธรรมชาติของเผ่าพันธุ์ และ พฤติกรรมจากการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์และการฝึกฝน

ประการที่ 3 เกณฑ์ภาวะทางจิต แบ่งเป็น พฤติกรรมที่กระทำโดยรู้ตัวในระดับจิตสำนึก และ พฤติกรรมที่ไม่รู้ตัว (Unconscious) ซึ่งเป็นผลจากจิตใต้สำนึกหรือสภาวะที่ขาดสติสัมปชัญญะ

ประการที่ 4 เกณฑ์การแสดงออกของอินทรีย์ แบ่งเป็น พฤติกรรมทางกายที่เป็นรูปธรรม และ พฤติกรรมทางจิตที่เกิดขึ้นภายในระบบคิดและอารมณ์

ประการที่ 5 เกณฑ์การทำงานของระบบประสาท แบ่งเป็น พฤติกรรมที่ควบคุมได้ภายใต้การสั่งการของสมองส่วนหน้า และ พฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งเป็นการทำงานอัตโนมัติของร่างกายเพื่อความอยู่รอด

ในมิติของ พระพุทธศาสนา การพิจารณาพฤติกรรมมุ่งเน้นไปที่ กรรม หรือการกระทำที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะ โดยจำแนกตามทวารหรือทางแห่งการแสดงออกเป็น 3 ทาง คือ กุศลกรรมบถ 10 อันประกอบด้วย กายกรรม 3 (การเว้นจากการเบียดเบียนชีวิต ทรัพย์สิน และกามคุณ) วชิกรรม 4 (การเว้นจากมูสาวาท การส่อเสียด คำหยาบ และคำเพ้อเจ้อ) และ มโนกรรม 3 (การไม่เพ่งเล็งอยากได้ของผู้อื่น การไม่คิดพยาบาท และการมีสัมมาทิฐิ) (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต), 2551) พฤติกรรมในทางพุทธศาสตร์ จึงไม่ได้เป็นเพียงการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเท่านั้น แต่เป็นการแสดงออกที่มีพื้นฐานมาจากคุณธรรมและปัญญา ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะองค์รวม

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมภายนอกที่ปรากฏชัดเจน หรือพฤติกรรมภายในที่เป็นนามธรรม ล้วนเป็นกลไกในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพื่อสร้างความสมดุล ให้แก่ร่างกายและจิตใจ การเข้าใจประเภทและที่มาของพฤติกรรมทั้งในเชิงจิตวิทยาและเชิงพุทธ จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบกระบวนการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้สามารถปรับตัวและจัดการกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงในยุคสังคมสูงวัยพลวัต

แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพ

มนทัศน์เรื่อง สุขภาพ มิได้เป็นเพียงสภาวะทางกายภาพของบุคคลหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการดำเนินชีวิตในทุกมิติ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และสังคม การทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่มองมนุษย์ในลักษณะองค์รวม คือ

มนทัศน์การดูแลมนุษย์และนิยามของสภาวะองค์รวม ในการศึกษาด้านการดูแลสภาวะ ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ ดร.จีน วัตสัน (Jean Watson) ได้วางรากฐานสำคัญโดยนิยามมนทัศน์หลัก 4 ประการที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ (1) มนุษย์ ในฐานะองค์รวมที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีแก่นแท้ เป็นแหล่งกำเนิดความตระหนักรู้และพลังภายใน (2) สุขภาพ คือสภาวะแห่งดุลยภาพและความกลมกลืนระหว่างตัวตนที่รับรู้กับตัวตนที่เป็นจริง (3) สิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคล และ (4) การพยาบาล หรือกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจ เพื่อส่งเสริมการเยียวยาตนเองและสร้างความประจักษ์รู้ในความหมายของชีวิต (สุรศักดิ์ ตรีชัย, 2563)

สอดคล้องกับนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุว่า สุขภาพมิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรคหรือความพิการ แต่หมายถึง สุขภาวะ (Well-being) ที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมใน 4 มิติ ดังนี้ (Preaw_pron, 2554) 1. สุขภาวะทางกาย การมีร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเศรษฐกิจที่พอเพียง 2. สุขภาวะทางจิต สภาวะจิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย มีความเมตตากรุณา และมีสติกำกับ 3. สุขภาวะทางสังคม การอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสันติ บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีและการบริการทางสังคมที่เกื้อกูล 4. สุขภาวะทางปัญญา (หรือมิติทางจิตวิญญาณ) ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากการเข้าถึงความจริงของชีวิต การลดละความเห็นแก่ตัว และการมุ่งสู่ความดีงามสูงสุดตามความเชื่อของบุคคล

มิติการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมร่วมสมัย ในสภาวะการณปัจจุบันที่วิถีชีวิตเปลี่ยนไปสู่สังคมเมืองและการทำงานเชิงอุตสาหกรรม การดูแลสุขภาพจะต้องมุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมสุขภาพเข้มแข็งในแต่ละด้านอย่างเป็นระบบ ศ.นพ.ประเวศ วะสี (2551) ได้เสนอองค์ประกอบของสุขภาพที่ยั่งยืนไว้ว่า จะต้องประกอบด้วยร่างกายที่ปลอดสารพิษและมีสัมมาชีพ จิตใจที่มีความสงบและสุนทรียภาพ สังคมที่ยุติธรรมและมีสันติวิธี รวมถึงปัญญาที่รู้เท่าทันโลกและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีอิสรภาพ

สุขภาพกายและสุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกันอย่างไม่อาจแยกขาด ภาวะคุกคามจากมลภาวะและพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมในปัจจุบัน นำมาสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงภาวะเครียดและสุขภาพจิต ด้วยเหตุ

นี้ มาตรการทางสังคมและกฎหมายในระดับสากลจึงมุ่งเน้นการรณรงค์เชิงรุก ทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (แอลกอฮอล์และบุหรี่) การส่งเสริมโภชนาการ และการออกกำลังกาย ขณะเดียวกันค่านิยมของผู้คนในยุคใหม่ เริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารธรรมชาติ (ชีวจิต) และการฝึกจิตใจผ่านโยคะหรือสมาธิ (ไทยรัฐ, 2559)

กล่าวโดยสรุป การดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการบูรณาการทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภค ที่สมดุล การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และที่สำคัญที่สุดคือการฝึกจิตใจให้ผ่อนคลายและมองโลกในแง่ดี เนื่องจากการมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมเป็นรากฐานสำคัญที่นำไปสู่สุขภาพกายที่แข็งแรงและการดำรงชีวิตในสังคม ได้อย่างยืนยาวและมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างผู้สูงอายุ

ในสภาวะการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การทำความเข้าใจ พยากรณ์การเปลี่ยนแปลงของมนุษย์เมื่อเข้าสู่ภาวะสูงวัยจึงมีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้ นักวิชาการได้นำเสนอทฤษฎี ที่อธิบายปรากฏการณ์ความเสื่อมถอยและการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มทฤษฎี หลัก ดังนี้ (อานนท์ สีดาเพ็ง, 2552)

1. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทฤษฎีในกลุ่มนี้มุ่งอธิบายกลไกการเสื่อมสภาพของ ระบบอวัยวะและเซลล์ในร่างกาย ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 3 มิติ ได้แก่

ก. มิติด้านพันธุกรรมและยีน อธิบายว่าความชราถูกกำหนดโดยรหัสพันธุกรรมเสมือน นาฬิกาชีวภาพ ที่วางเงื่อนไขวงจรชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย รวมถึงการสะสมความผิดพลาดในระดับโมเลกุล และการกลายพันธุ์ของเซลล์ ที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพของอวัยวะลดลงและเสี่ยงต่อสภาวะโรคเสื่อมสภาพและมะเร็ง

ข. มิติด้านอินทรีย์และระบบควบคุม เน้นการเสื่อมสภาพจากการใช้งานตามกาลเวลา และการลดลงของสมรรถภาพในระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของร่างกาย รวมถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ที่ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อเชื้อโรคได้น้อยลงแต่กลับทำลายเซลล์ตนเองมากขึ้น

ค. มิติด้านสรีรวิทยาและกลไกเซลล์ อธิบายถึงปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเครียด ที่เร่งให้ เซลล์ตายเร็วขึ้น การคั่งค้างของขยะในเซลล์ และบทบาทของ อนุมูลอิสระ ที่ทำลายความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ ยืดเหนียวและย่น ทำให้เกิดความชราในระดับลึก

2. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม นอกจากปัจจัยทางชีวภาพ มิติด้านจิตใจและสังคมถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ โดยมีแนวคิดที่สำคัญคือ

ก. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม มองว่าการที่ผู้สูงอายุค่อยๆ ลดบทบาทและถอยห่างจากสังคม เป็นกระบวนการปรับตัวเพื่อลดความกดดัน เช่น การเกษียณอายุราชการหรือการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งถือเป็นการเตรียมความพร้อมสู่ระยะท้ายของชีวิต

ข. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน เป็นแนวคิดที่ยึดถือในทางตรงกันข้าม โดยเชื่อว่าความสุขของผู้สูงอายุเกิดจากการเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น การคงบทบาทในสังคมและรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมี

คุณค่าจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องพิจารณาทั้งข้อจำกัดทางกายภาพที่เกิดขึ้นตามกฎของธรรมชาติ (ทฤษฎีชีวภาพ) ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างพลังทางจิตใจและสังคม (ทฤษฎีจิตสังคม) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างกระฉับกระเฉงและทรงคุณค่าในยุคสังคมสูงวัยพลวัต

หลักภาวนา 4 เพื่อพัฒนาสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในยุคสังคมสูงวัยพลวัต

ในทางพุทธศาสนา หลักภาวนา ไม่ได้หมายถึงเพียงการบริการหรือการทำสมาธิเท่านั้น แต่หมายถึง การเจริญ หรือกระบวนการฝึกอบรมเพื่อให้กุศลธรรมที่ยังไม่เกิดได้เกิดขึ้น และที่มีอยู่แล้วให้เจริญงอกงามยิ่งขึ้น (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตฺโต), 2556) การพัฒนาตามหลักภาวนาจึงเป็นนวัตกรรมแห่งการสร้างเสริมสุขภาวะที่ครอบคลุมทั้งมิติกายภาพ สังคม จิตใจ และสติปัญญา

มโนทัศน์และองค์ประกอบของภาวนา 4

หลักภาวนา 4 เป็นโครงสร้างเชิงระบบในการพัฒนาชีวิตมนุษย์ให้เข้าถึงสุขภาวะที่สมบูรณ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ดังนี้

1. กายภาวนา การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับโลกกายภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างรู้เท่าทัน มุ่งเน้นการปฏิบัติต่อปัจจัย 4 และเทคโนโลยีในทางที่เป็นคุณประโยชน์ต่อสุขภาพและชีวิต มีใช้การบริโภคตามสัญชาตญาณหรือความทะยานอยาก
2. ศิลภาวนา การฝึกฝนความประพฤติและระเบียบวินัยทางกายและวาจา เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างสันติสุข ไม่เบียดเบียน และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน
3. จิตภาวนา การฝึกอบรมจิตใจให้เพียบพร้อมด้วยคุณธรรม (คุณภาพจิต) มีความเข้มแข็งมั่นคง (สมรรถภาพจิต) และมีความสงบสดชื่นเบิกบาน (สุขภาพจิต)
4. ปัญญาภาวนา การพัฒนาความรู้ความเข้าใจโลกและชีวิตตามความเป็นจริง รู้เท่าทันความเปลี่ยนแปลงของสภาวะธรรม เพื่อให้จิตใจเป็นอิสระจากกิเลสและความทุกข์ สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตด้วยวิถีแห่งปัญญา

พลวัตและลักษณะการเจริญภาวนาเพื่อความบรรลุผล

นอกจากด้านเนื้อหาแล้ว กระบวนการพัฒนาตามหลักภาวนายังต้องอาศัยลักษณะทางจิตวิทยา และการปฏิบัติที่ต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์แห่งกุศลธรรม ซึ่งสามารถจำแนกตามลักษณะการบำเพ็ญได้ 4 ประการ คือ

1. สัพพสัมภารภาวนา การอบรมกุศลทุกประการอย่างรอบด้าน เปรียบเสมือนการสร้างเรือที่ต้องอาศัยองค์ประกอบที่หลากหลายเพื่อให้สามารถข้ามฝั่งได้ การพัฒนาสุขภาวะจึงไม่สามารถพึ่งพาเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่ต้องอาศัยทั้งทาน ศีล และปัญญาควบคู่กันไป

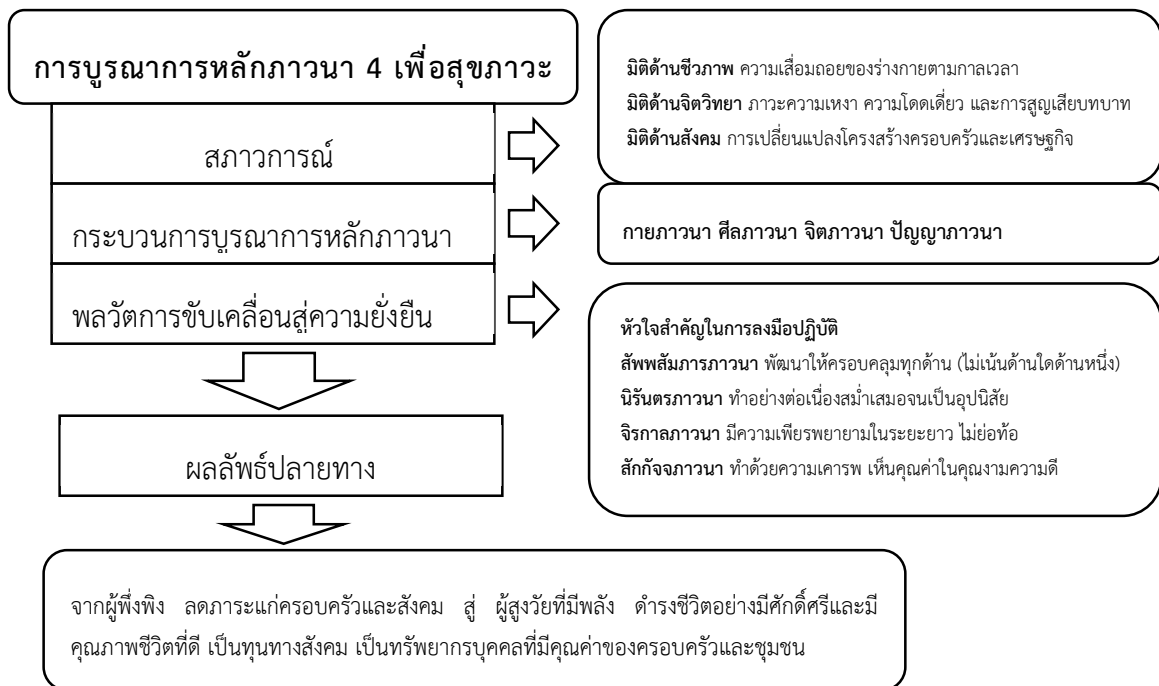
2. นิรันดรภาวนา การฝึกฝนอย่างต่อเนื่องไม่ขาดสาย เพื่อมิให้อกุศลธรรมเข้ากลุ่มมจิดใจ เป็น การสร้างความคงเส้นคงวาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. จิรกาลภาวนา การมีใจจดทนบำเพ็ญคุณความดีอย่างยาวนาน สะท้อนถึงความเพียรในการ พัฒนาตนเองอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคหรือระยะเวลา

4. สักกัจจภาวนา การปฏิบัติด้วยความเคารพและเห็นคุณค่าในกุศลธรรมนั้น ๆ ทำให้การพัฒนา พฤติกรรมเป็นไปอย่างลึกซึ้งและประณีต มิใช่เพียงการทำตามหน้าที่ แต่เป็นการทำด้วยปัญญาความเห็นชอบ (สัมมาทิฐิ)

กล่าวโดยสรุป หลักภาวนา 4 คือกระบวนการเรียนรู้เชิงบูรณาการที่เปลี่ยนผ่านจากการพึ่งพา ปัจจัยภายนอกสู่การพึ่งพาศักยภาพภายใน การถือปฏิบัติอย่างถูกต้องและบริบูรณ์ย่อมก่อให้เกิดคุณประโยชน์ มหาศาล ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลในการจัดการความเสื่อมถอยของร่างกาย และในระดับสังคมในการสร้าง ระบบนิเวศการอยู่ร่วมกัน

สรุปองค์ความรู้



ภาพที่ 1 การบูรณาการหลักภาวนา 4 เพื่อสุขภาวะผู้สูงอายุ

การบูรณาการหลักภาวนา 4 เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในยุคสังคมสูงวัยพลวัต เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงมิติด้านชีวภาพ จิตวิทยา และพุทธศาสตร์เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ นำมาสู่ความเสื่อมถอยทางกายภาพตามทฤษฎีชีวภาพ และการถดถอยทางบทบาทตามทฤษฎีจิตสังคม การจัดการสุขภาวะในยุคปัจจุบันจึงต้องก้าวข้ามผ่านเพียงการรักษาพยาบาล สู่การสร้างเสริมศักยภาพภายในตามมโนทัศน์สุขภาพองค์รวมที่ครอบคลุมมิติกาย จิต สังคม และปัญญา โดยใช้หลักภาวนา 4 เป็นแกนกลางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับฐานราก เริ่มต้นจากการพัฒนา กายภาวนา เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ถูกต้องกับสิ่งแวดล้อม

ทางกายภาพและปัจจัยสี่ ควบคู่กับ ศิลภาวนา ที่มุ่งเน้นวินัยทางสังคมและการอยู่ร่วมกันอย่างไม่เบียดเบียน อันเป็นรากฐานของระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ในขณะที่ จิตภาวนา ทำหน้าที่ยกระดับคุณภาพและสมรรถภาพทางใจเพื่อรับมือกับภาวะความเหงาและความเสื่อมถอยตามวัย และบูรณาการสู่ ปัญญาภาวนา เพื่อสร้างความรู้เท่าทันในสังขารของชีวิต นำไปสู่การปล่อยวางและความเป็นอิสระทางจิตใจ การดำเนินงานตามพลวัตของภาวนาที่ต้องอาศัยความครอบคลุม (สัพพสัมภารภาวนา) ความต่อเนื่อง (นิรันตรภาวนา) ความเพียรพยายามยาวนาน (จิรกาลภาวนา) และความเคารพเห็นคุณค่าในสิ่งที่ทำ (สัทธิจกภาวนา) จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน เปลี่ยนสถานะของผู้สูงอายุจากกลุ่มเสี่ยงที่พึ่งพิงสู่การเป็นผู้สูงวัยที่มีพลัง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และเป็นทรัพยากรที่สำคัญของครอบครัวและชุมชนท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณี คำชาย. (2542). *จิตวิทยาแนวความคิดและวัยรุ่น*. กรุงเทพมหานคร คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
- แขกรับเชิญ. (2562, 15 เมษายน - 14 พฤษภาคม). *อยู่กับความเหงาอย่างเข้าใจ*. Hug Magazine, 11(5). <https://www.vichaivej.com/nongkhaem/article-detail.php?item=593>
- จิรภรณ์ อังวิยาธร. (2561, 4 กรกฎาคม). *ผู้สูงวัยกับสุขภาพจิตที่ต้องดูแล*. บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/428>
- ไทยรัฐ. (2559, 2 มีนาคม). *ดูแลรักษาสุขภาพ*. <https://www.thairath.co.th/content/454150>
- น้ำทิพย์ ประดิษฐ์ธรรม. (2563). *อริยสัจ 4 เกี่ยวกับนิโรธในภาวนา 4*. <https://sites.google.com/site/namtip9988/>
- ประเวศ วะสี. (2551). *คุยกับผู้อ่าน*. นิตยสารหมอชาวบ้าน, 30(351).
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2551). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพมหานคร มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- วาสนา สิทธิ. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน* (วิทยานิพนธ์สาธิตสาขาสถาปัตยกรรมมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- วิทย์ วิศทเวทย์. (2542). *ปรัชญาทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพมหานคร อักษรเจริญทัศน์.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต). (2556). *พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- สุจิตรา (อ่อนค้อม) รณริน. (2540). *ปรัชญาเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร อักษราพิพัฒน์.
- สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ. (2550). *ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่ ภาควิชา กิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรศักดิ์ ตรีนัย. (2563). *ทฤษฎีการดูแลของวัดสัน*. <http://www.chulapedia.chula.ac.th>

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2563). *บทบาทของผู้สูงอายุต่อครอบครัวชุมชน*.

<http://www.anamai.moph.go.th/soongwai>

อานนท์ สีดาเพ็ง. (2552). *สุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ* (รายงานวิจัย), เชียงใหม่ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

AR Research. (2026). *Human Behavior*. <https://ardithailand.com/m/HumanBehavior>

Bumrungrad International Hospital. (2015, January 1). *Health problems of the older person*.

<https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/january-2015/health-problems-of-the-older-person>

Preaw_pron. (2011, August 24). *Meaning of Well-being*. <https://preaw03.blogspot.com>

Tidarat Mingsamorn. (2018, April 9). *Health problems and common diseases in the elderly*.

<https://www.thaihealth.or.th>