

การโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส: หลักการ แนวคิด กระบวนการ และบทบาท
ต่อการส่งเสริมสุขภาพในบริบทประเทศไทย

LIFESTYLE MEDICINE AND WELLNESS COACHING: PRINCIPLES, CONCEPTS,
PROCESSES, AND ROLES IN HEALTH PROMOTION WITHIN THE THAI CONTEXT

ภูติ เทชาติวัฒน์

Phudit Tejavaddhana

รองศาสตราจารย์ ดร. นพ., สถาบันสุขภาวะพิสิฐ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย
Associate Professor, Dr., Sukhabhava Pisit Institute of Preventive Medicine and Wellness,
Preventive Medicine Association of Thailand.

phuteja@gmail.com

บทคัดย่อ

การโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสเป็นแนวทางที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในระดับสากล ในฐานะเครื่องมือสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยผสมผสานหลักการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การสร้างแรงจูงใจภายใน การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์แนวคิด หลักการ กระบวนการ และหลักฐานวิชาการเกี่ยวกับการโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส รวมทั้งวิเคราะห์บทบาทและโอกาสการประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย

ผลการทบทวนพบว่า การโค้ชสามารถช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด และความสามารถในการดูแลตนเอง ตลอดจนสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นด้านน้ำหนัก ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตในหลายประชากรศึกษา

สำหรับประเทศไทย การโค้ชมีศักยภาพในการเสริมระบบบริการสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาล ระบบบริการปฐมภูมิ ชุมชน สถานประกอบการ และภาคเศรษฐกิจเวลเนส อย่างไรก็ตาม การขยายผลอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยมาตรฐานวิชาชีพ ระบบรับรองการอบรม การคุ้มครองผู้รับบริการ และการวิจัยในบริบทของสังคมไทย สรุปได้ว่าการโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสอาจเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญของการเปลี่ยนผ่านระบบสุขภาพไทย จากการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ไปสู่การสร้างสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต; การโค้ชสุขภาพ; การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; เศรษฐกิจเวลเนส

Abstract

Lifestyle medicine and wellness coaching has gained increasing global attention as an effective approach to support sustainable health behavior change. It integrates person-centered care, intrinsic motivation, collaborative goal setting, and continuous follow-up. This article aims to synthesize the concepts, principles, processes, and evidence regarding lifestyle medicine and wellness coaching, as well as its potential roles in Thailand.

Current evidence suggests that coaching can improve key health behaviors including diet, physical activity, sleep, stress management, and self-care capacity. It has also been associated with favorable outcomes in body weight, glycemic control, blood pressure, and quality of life across several populations.

In Thailand, coaching may strengthen healthcare delivery across hospitals, primary care, communities, workplaces, and the wellness economy. However, sustainable implementation requires professional standards, certification systems, consumer protection, and locally relevant research.

In conclusion, lifestyle medicine and wellness coaching may become an important mechanism for transforming the Thai health system from one focused mainly on treatment after illness toward one centered on health creation and sustainable self-care.

Keywords: Lifestyle medicine; Health coaching; Health behavior change; Noncommunicable diseases; Wellness economy

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของประชากรไทย และสร้างภาระทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ [1] ขณะเดียวกัน ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย และเผชิญความท้าทายจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การนอนหลับไม่เพียงพอ และความเครียดเรื้อรัง

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ได้รับการพัฒนาในฐานะศาสตร์ที่ใช้มาตรการด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกัน รักษา และลดภาระโรคเรื้อรัง โดยมีรากฐานสำคัญอยู่บน 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม กิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่ฟื้นคืนสภาพ การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก และการหลีกเลี่ยงสารหรือพฤติกรรมเสี่ยง [2]

อย่างไรก็ตาม การมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวมักไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำระยะยาวในโรคเรื้อรังยังอยู่ในระดับต่ำทั่วโลก และจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว [3]

ด้วยเหตุนี้ การโค้ชสุขภาพและเวลเนสจึงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในฐานะกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลค้นหาแรงจูงใจ กำหนดเป้าหมาย และลงมือปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง [4,5] เมื่อบูรณาการกับเวชศาสตร์วิถีชีวิต การโค้ชจึงมีบทบาทสำคัญในการแปลงองค์ความรู้ทางวิชาการไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในชีวิตจริง

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์แนวคิด หลักการ กระบวนการ หลักฐานวิชาการ และบทบาทของการโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส พร้อมนำเสนอข้อพิจารณาสำหรับการประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย

ความหมายและหลักการสำคัญ

1. ความหมายของการโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส

การทบทวนวรรณกรรมของ Wolever และคณะ ให้นิยามการโค้ชสุขภาพและเวลเนสว่าเป็นกระบวนการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยผู้ให้บริการโค้ชใช้ความรู้และทักษะอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้บุคคลระดมศักยภาพภายในและทรัพยากรภายนอก นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน [4]

ในบริบทของบทความนี้ การโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส หมายถึง การประยุกต์ใช้กระบวนการโค้ชเพื่อสนับสนุนให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ให้เหมาะสมกับบริบทชีวิต คุณค่า ความพร้อม และเป้าหมายของตนเอง

2. หลักการสำคัญ

การโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสตั้งอยู่บนหลักจิตวิทยาพฤติกรรม การสื่อสารเชิงบวก และการเคารพศักยภาพของมนุษย์ หลักการสำคัญที่พบอย่างสม่ำเสมอในวรรณกรรม มีดังต่อไปนี้

1) การยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การโค้ชให้ความสำคัญกับความต้องการ เป้าหมาย และบริบทของผู้รับบริการ มากกว่าการใช้แนวทางเดียวกับทุกคน [4,6]

2) การเคารพการกำหนดด้วยตนเอง แนวคิดการกำหนดด้วยตนเอง (self-determination) อธิบายว่า บุคคลมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงได้ดียิ่งขึ้นกว่า เมื่อรู้สึกว่าเป็นเจ้าของตนเอง มีใช้ถูกบังคับจากภายนอก [7]

3) การเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ (self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญของการเริ่มต้นและคงพฤติกรรมสุขภาพ [8] การโค้ชจึงควรมุ่งสร้างประสบการณ์ความสำเร็จทีละขั้น

4) การทำงานกับแรงจูงใจภายใน การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ช่วยให้บุคคลสำรวจเหตุผลของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลง มากกว่าการถูกสั่งหรือกดดันให้เปลี่ยนแปลง [9]

5) การติดตามอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมักไม่เกิดจากการพูดคุยครั้งเดียว แต่ต้องอาศัยการติดตาม ทบทวนอุปสรรค และปรับแผนอย่างต่อเนื่อง [5]

กระบวนการโค้ชมาตรฐาน

แม้รูปแบบการโค้ชจะแตกต่างกันตามประชากรเป้าหมายและบริบทบริการ แต่กระบวนการที่มีประสิทธิภาพมักมีองค์ประกอบร่วมกันตั้งแต่การสร้างใจกว้างใจ จนถึงติดตามผลระยะยาว ดังนี้ [4,5]

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ สัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น [10] สำหรับการโค้ช ความไว้วางใจเป็นฐานสำคัญของการเปิดเผยอุปสรรคและความล้มเหลวตรงไปตรงมา

2. การประเมินจุดเริ่มต้นและความพร้อม ควรสำรวจสุขภาพ พฤติกรรมประจำวัน ข้อจำกัด และระดับความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล [11]

3. การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน เป้าหมายควรชัดเจน วัดได้ เป็นไปได้จริง และมีความหมายต่อชีวิตของผู้รับบริการ เช่น การใช้หลัก SMART goals[12]

4. การวางแผนลงมือปฏิบัติ ควรแปลงเป้าหมายเป็นขั้นตอนปฏิบัติ (action steps) ที่ชัดเจน เช่น จะทำอะไร เมื่อไร ที่ไหน และอย่างไร ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมจริง [13]

5. การติดตามและทบทวนผล การติดตามอย่างสม่ำเสมอช่วยสร้างความรับผิดชอบต่อเป้าหมาย (accountability) เปิดโอกาสให้ทบทวนความก้าวหน้า วิเคราะห์อุปสรรค และปรับแผนตามสถานการณ์จริง งานวิจัยทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า โปรแกรมการโค้ชที่มีการติดตามอย่างต่อเนื่องมักให้ผลลัพธ์ดีกว่าการแทรกแซงเพียงครั้งเดียว [5]

ทักษะสำคัญของโค้ชให้บริการโค้ช

ผู้ให้บริการโค้ชที่มีคุณภาพมิได้อาศัยเพียงความรู้ด้านสุขภาพ แต่ต้องมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ การสื่อสาร และความเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ควบคู่กัน การทบทวนวรรณกรรมด้านการโค้ชสุขภาพ (health coaching) ชี้ให้เห็นว่าทักษะที่สำคัญประกอบด้วย การฟังอย่างลึกซึ้ง การตั้งคำถามปลายเปิด การสะท้อนกลับ การยืนยันคุณค่า (การชมเชย) และการช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบคำตอบของตนเอง[4,9] นอกจากนี้ ผู้

ให้บริการควรสามารถถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม ไม่ใช้ภาษาตัดสินหรือสร้างความรู้สึกผิด รวมทั้งมีความสามารถในการสร้างเป้าหมายร่วมกัน และติดตามผลอย่างเคร่งครัดของผู้รับบริการ ในบริบทของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้ให้บริการควรมีความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด และปัจจัยเสี่ยงโรคเรื้อรัง ตลอดจนเข้าใจขอบเขตวิชาชีพของตน และสามารถส่งต่อเมื่อพบภาวะเกินขอบเขตการดูแลของตนเอง [2,7]

การไต่ถาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีรากฐานอยู่บน 6 เสาหลักที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม กิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่เพียงพอ การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก และการหลีกเลี่ยงสารหรือพฤติกรรมเสี่ยง² อย่างไรก็ตาม แม้ประชาชนจำนวนมากจะทราบหลักการเหล่านี้ แต่การเปลี่ยนจากความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ

การไต่ถามเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลาเหมาะสมกับบทบาทเป็นกลไกเชื่อมระหว่างองค์ความรู้กับการลงมือทำ โดยช่วยให้ผู้รับบริการกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมกับชีวิตจริง ค้นหาแรงจูงใจภายใน และพัฒนาพฤติกรรมใหม่อย่างยั่งยืน[4,5]

1. โภชนาการที่ส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการรับประทานอาหารที่เน้นพืชเป็นหลัก ผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่ว และอาหารผ่านการแปรรูปน้อย สัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงโรคหัวใจ เบาหวานชนิดที่ 2 และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^{14,15} อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินมักติดขัดข้อจำกัดด้านรสนิยม เวลา ราคาอาหาร และสภาพแวดล้อม การไต่ถามช่วยให้ผู้รับบริการเริ่มจากเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง เช่น ลดเครื่องดื่มหวาน เพิ่มผักหนึ่งมื้อต่อวัน หรือวางแผนอาหารล่วงหน้า ซึ่งมักยั่งยืนกว่าการควบคุมเข้มงวดระยะสั้น

2. กิจกรรมทางกาย

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ผู้ใหญ่ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150–300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 75–150 นาทีต่อสัปดาห์ [16] การเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยลดความเสี่ยงโรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็งบางชนิด และภาวะซึมเศร้า การไต่ถามช่วยแปลคำแนะนำทั่วไปให้เป็นแผนเฉพาะบุคคล เช่น เดินหลังรับประทานอาหารเย็น การเดินขึ้นลงบันได หรือแบ่งการเคลื่อนไหวครึ่งละ 10 นาทีหลายช่วง ซึ่งเหมาะกับวิถีชีวิตจริงมากกว่าแนวทางที่ยากต่อการเริ่มต้น

3. การนอนหลับที่เพียงพอ

การนอนหลับมีบทบาทต่อการควบคุมฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน ความจำ อารมณ์ และการเผาผลาญพลังงาน การนอนหลับที่ไม่เพียงพอสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ [17] การไต่ถามช่วยให้ผู้รับบริการจัดเวลานอนอย่างสม่ำเสมอ ลดการใช้หน้าจอก่อนนอน สร้างกิจวัตรที่ผ่อนคลาย และติดตามพฤติกรรมนอนอย่างเป็นระบบ

4. การจัดการความเครียด

ความเครียดเรื้อรังสัมพันธ์กับการอักเสบระดับต่ำ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และความเสี่ยงโรคเรื้อรังหลายชนิด [18] นอกจากนี้ ความเครียดยังลดความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้กลับไปสู่นิสัยเดิมได้ง่าย การไต่ถามช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้ปัจจัยกระตุ้นความเครียด พัฒนาทักษะผ่อนคลาย เช่น การ

หายใจช้า การฝึกสติ (mindfulness) การจัดลำดับความสำคัญของชีวิต และการตั้งขอบเขตในการทำงาน การจัดการความเครียดไม่ควรถูกมองเป็นเรื่องรอง เพราะมักเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นสาเหตุแฝงสำคัญของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน

5. ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก

ความโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation) และความรู้สึกเหงา (loneliness) สัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โรคหัวใจ และภาวะซึมเศร้า [19] ในทางกลับกัน ความสัมพันธ์ที่ดีช่วยสนับสนุนการคงพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น บทบาทของโค้ชอาจรวมถึงการช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นเครือข่ายสนับสนุนเดิม ชวนครอบครัวมีส่วนร่วม หรือเชื่อมต่อกับกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

6. การหลีกเลี่ยงสารหรือพฤติกรรมเสี่ยง

การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์เกินขนาด และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นยังคงเป็นปัจจัยสำคัญของโรคเรื้อรังและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[20] การโค้ชสามารถทำงานร่วมกับบริการมาตรฐาน เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ หรือโปรแกรมลดการดื่มสุรา โดยช่วยสำรวจแรงจูงใจ เหตุการณ์กระตุ้น และการรับมือเมื่อเกิดการกลับไปใช้พฤติกรรมเดิม

หลักฐานวิชาการเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการโค้ช

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา การโค้ชสุขภาพและเวลเนสได้รับการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหลายฉบับพบว่า การโค้ชสามารถส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดทางคลินิก และความสามารถในการดูแลตนเอง แม้ขนาดผลลัพธ์จะแตกต่างกันตามประชากร รูปแบบโปรแกรม และระยะเวลาติดตาม [5,21]

1. ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การทบทวนแบบบูรณาการโดย Olsen และ Nesbitt พบว่า โปรแกรมการโค้ชจำนวนมากช่วยเพิ่มกิจกรรมทางกาย ปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสนับสนุนการลดน้ำหนักได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ [22] ผลลัพธ์ดังกล่าวมีความสำคัญ เพราะพฤติกรรมพื้นฐานเป็นตัวกำหนดสุขภาพระยะยาวของประชากร การเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นในคนจำนวนมาก อาจสร้างผลกระทบเชิงสาธารณสุขในระดับสูง

2. ผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

การใช้การโค้ชร่วมกับโปรแกรมปรับวิถีชีวิตช่วยเพิ่มโอกาสการลดน้ำหนักและการคงน้ำหนักในหลายการศึกษา โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามต่อเนื่องและตั้งเป้าหมายรายบุคคล [23] อย่างไรก็ตาม การประเมินผลลัพธ์ควรทำการประเมินมากกว่าน้ำหนักตัวเพียงอย่างเดียว เช่น รอบเอว สมรรถภาพทางกาย และคุณภาพชีวิต

3. ผลต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า โปรแกรมการโค้ชช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้ในระดับมีนัยสำคัญทางคลินิกในหลายการศึกษา [24] สำหรับความดันโลหิตสูง โปรแกรมติดตามพฤติกรรมร่วมกับการโค้ชหรือการติดตามทางไกล มีแนวโน้มช่วยเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ [25]

4. ผลต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเอง

การได้สัมผัสกับการเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในการศึกษาหลายประชากร [4,21] สำหรับผู้ที่มีภาระโรคเรื้อรัง การมีผู้ช่วยสะท้อนคิดและติดตามอย่างต่อเนื่องอาจมีคุณค่ามากกว่าตัวเลขทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

5. ข้อจำกัดของหลักฐานปัจจุบัน

แม้งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้แนวโน้มเชิงบวก แต่ยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น นิยามของคำว่า การได้ ซึ่งไม่เหมือนกัน ความเข้มข้นของโปรแกรมต่างกัน ระยะติดตามสั้น และระดับความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้บริการได้ซึ่งแตกต่างกัน [5,21] ดังนั้น การตีความผลลัพธ์ควรพิจารณาบริบทของการศึกษา และยังจำเป็นต้องมีงานวิจัยเพิ่มเติมในบริบทประเทศไทย

บทบาทและข้อเสนอสำหรับประเทศไทย

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายด้านสุขภาพหลายมิติพร้อมกัน ทั้งภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเข้าสู่สังคมสูงวัย ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [1,26] ความท้าทายเหล่านี้ทำให้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องขยับจากระบบที่เน้นการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ไปสู่ระบบที่ส่งเสริมการดูแลตนเองและการป้องกันโรคมามากขึ้น ในบริบทดังกล่าว การได้ซึ่งเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสมีศักยภาพเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเติมเต็มช่องว่างระหว่างสถานพยาบาลกับชีวิตจริงของประชาชน โดยสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาล ระบบบริการปฐมภูมิ ชุมชน สถานประกอบการ การดูแลผู้สูงอายุ และภาคเศรษฐกิจ велเนส

1. โรงพยาบาลและคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคหัวใจจำนวนมาก จำเป็นต้องอาศัยการปรับพฤติกรรมระยะยาวควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ แต่ระบบบริการผู้ป่วยนอกมักมีข้อจำกัดด้านเวลา การมีระบบได้ซึ่งช่วยติดตามระหว่างนัดจึงอาจเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา และลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ [27]

2. ระบบบริการปฐมภูมิและชุมชน ประเทศไทยมีจุดแข็งด้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หากได้รับการพัฒนาทักษะการได้ซึ่งพื้นฐาน จะช่วยยกระดับงานส่งเสริมสุขภาพจากการให้ความรู้แบบทางเดียว ไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมมากขึ้น [26]

3. สังคมสูงวัยและผู้สูงอายุ การได้ซึ่งช่วยผู้สูงอายุด้านการเคลื่อนไหว การฝึกกล้ามเนื้อ การนอนหลับ การเข้าสังคม การจัดการโรคเรื้อรัง และการคงความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตในสังคมสูงวัย [28]

4. สถานประกอบการและวัยทำงาน ประชากรวัยทำงานจำนวนมากเผชิญความเครียด การนั่งนาน การนอนน้อย และภาวะหมดไฟจากการทำงาน โปรแกรมสุขภาพองค์กรร่วมกับการได้ซึ่งอาจช่วยเพิ่มผลิตภาพ ลดการลาป่วย และลดต้นทุนสุขภาพระยะยาว [29]

5. ภาคเวลเนสและเศรษฐกิจสุขภาพ ประเทศไทยมีศักยภาพด้านบริการสุขภาพและการท่องเที่ยว หากมีบุคลากรได้ซึ่งที่มีมาตรฐานและเชื่อมโยงหลักฐานวิทยาศาสตร์กับประสบการณ์ผู้รับบริการ จะช่วยยกระดับคุณภาพธุรกิจเวลเนสไทยให้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น [30]

6. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผู้เขียนเสนอว่า ประเทศไทยควรดำเนินการอย่างน้อย 5 ประการ ได้แก่

- 1) จัดทำกรอบสมรรถนะระดับชาติของผู้ให้บริการโค้ช
- 2) พัฒนาระบบการฝึกอบรม การรับรอง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 3) บูรณาการการโค้ชเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเดิม
- 4) นำเทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการให้บริการด้วยความรับผิดชอบ
- 5) ส่งเสริมการวิจัยผลลัพธ์และความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย

ความท้าทาย ข้อจำกัด และประเด็นจริยธรรม

แม้การโค้ชจะมีศักยภาพสูง แต่การขยายบทบาทสู่ระดับระบบสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาถึงความท้าทายหลายด้านอย่างรอบคอบ ทั้งด้านคุณภาพบริการ ความปลอดภัยของผู้รับบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึง และความยั่งยืนของระบบ [21]

1. มาตรฐานวิชาชีพและขอบเขตบทบาท การใช้คำว่า โค้ช อย่างกว้างขวาง อาจทำให้ประชาชนแยกความแตกต่างของคุณภาพและสมรรถนะได้ยาก การพัฒนารอบมาตรฐานและขอบเขตบทบาทที่ชัดเจนจึงมีความจำเป็น [4,21]

2. การกล่าวอ้างเกินจริง แม้มีงานวิจัยสนับสนุนว่ามีแนวโน้มเชิงบวก แต่ไม่ใช่ทุกโปรแกรมการโค้ชสุขภาพจะให้ผลสูงเท่ากัน การกล่าวอ้างว่าโค้ชสุขภาพสามารถรักษาได้ทุกโรคหรือรับประกันผลลัพธ์ อาจสร้างความเข้าใจผิดแก่ประชาชน

3. ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ การโค้ชมักใช้ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต การนอน หรือข้อมูลจากอุปกรณ์ดิจิทัล จึงต้องคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูล ความยินยอม และความโปร่งใสในการใช้ข้อมูล [31]

4. ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง หากบริการคุณภาพสูงจำกัดอยู่ในเมืองใหญ่หรือภาคเอกชน อาจยิ่งเพิ่มความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ประเทศไทยจึงควรพัฒนารูปแบบบริการหลายระดับ เช่น การโค้ชรายกลุ่ม การโค้ชทางไกล และการใช้ชุมชนเป็นฐาน

5. การพึ่งพาผู้ให้บริการโค้ชมากเกินไป เป้าหมายสูงสุดของการโค้ชคือการสร้างความสามารถในการกำกับตนเอง มิใช่ทำให้ผู้รับบริการต้องพึ่งพาผู้ให้บริการโค้ชอยู่ตลอดเวลา[7] ดังนั้น การโค้ชที่ดีควรถ่ายทอดทักษะให้ผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ในระยะยาว

บทสรุป

การโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตจริง โดยอาศัยการยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การสร้างแรงจูงใจภายใน การกำหนดเป้าหมายที่มีความหมาย และการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลักฐานวิชาการปัจจุบันสนับสนุนว่า การโค้ชสามารถส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคเรื้อรัง คุณภาพชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเอง

สำหรับประเทศไทย การโค้ชมีศักยภาพสูงทั้งในโรงพยาบาล ระบบบริการปฐมภูมิ ชุมชน สถานประกอบการ สังคมสูงวัย และเศรษฐกิจ велเนส อย่างไรก็ตาม การพัฒนาให้เกิดผลอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยมาตรฐานวิชาชีพ ระบบการฝึกอบรมที่ได้รับการรับรอง การบูรณาการกับระบบสุขภาพเดิม การใช้เทคโนโลยีด้วยความรับผิดชอบ และการวิจัยในบริบทของสังคมไทย

หากดำเนินการอย่างเป็นระบบ การโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสอาจเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่ช่วยให้คนไทยดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ป่วยช้าลง เจ็บสั้นลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Noncommunicable diseases in Thailand*. Geneva: WHO; 2024.
2. American College of Lifestyle Medicine. *What is lifestyle medicine?* Chesterfield (MO): ACLM; 2024.
3. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
4. Wolever RQ, Simmons LA, Sforzo GA, et al. *A systematic review of the literature on health and wellness coaching*. Glob Adv Health Med. 2013;2(4):38-57.
5. Kivelä K, Elo S, Kyngäs H, Kääriäinen M. *The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review*. Patient Educ Couns. 2014;97(2):147-57.
6. Conn S, Curtin S. *Health coaching as a lifestyle medicine process in primary care*. Aust J Gen Pract. 2019;48(10):677-80.
7. Deci EL, Ryan RM. *Self-determination theory*. Can Psychol. 2008;49(3):182-5.
8. Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
9. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
10. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. *How does communication heal?* Patient Educ Couns. 2009;74(3):295-301.
11. Prochaska JO, Velicer WF. *The transtheoretical model of health behavior change*. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48.
12. Doran GT. *There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives*. Manage Rev. 1981;70(11):35-6.
13. Gollwitzer PM, Sheeran P. *Implementation intentions and goal achievement*. Adv Exp Soc Psychol. 2006;38:69-119.
14. Satija A, Hu FB. *Plant-based diets and cardiovascular health*. Trends Cardiovasc Med. 2018;28(7):437-41.

15. Willett W, Rockström J, Loken B, et al. *Food in the Anthropocene*. Lancet. 2019;393:447-92.
16. World Health Organization. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: WHO; 2020.
17. Watson NF, Badr MS, Belenky G, et al. *Recommended amount of sleep for a healthy adult*. Sleep. 2015;38(6):843-4.
18. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. *Psychological stress and disease*. JAMA. 2007;298(14):1685-7.
19. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. *Loneliness and social isolation as risk factors for mortality*. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-37.
20. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. *Global burden of risk factors*. Lancet. 2020;396:1223-49.
21. Sforzo GA, Kaye MP, Todorova I, et al. *Compendium of the health and wellness coaching literature*. Am J Lifestyle Med. 2018;12(6):436-47.
22. Olsen JM, Nesbitt BJ. *Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors*. Am J Health Promot. 2010;25(1):e1-e12.
23. Greaves CJ, Sheppard KE, Abraham C, et al. *Weight loss intervention effectiveness*. BMC Public Health. 2011;11:119.
24. Sherifali D, Bai JW, Kenny M, et al. *Diabetes coaching interventions*. Can J Diabetes. 2018;42(5):e1-e12.
25. Margolis KL, Asche SE, Bergdall AR, et al. *Home blood pressure telemonitoring*. JAMA. 2013;310(1):46-56.
26. World Health Organization. *Primary health care and health system in Thailand*. Geneva: WHO; 2023.
27. Bodenheimer T, Sinsky C. *From triple to quadruple aim*. Ann Fam Med. 2014;12(6):573-6.
28. United Nations Population Fund Thailand. *Ageing Thailand report*. Bangkok: UNFPA; 2023.
29. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. *Worksite health-promotion programs*. Annu Rev Public Health. 2008;29:303-23.
30. Global Wellness Institute. *Global wellness economy monitor*. Miami (FL): GWI; 2024.
31. World Health Organization. *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. Geneva: WHO; 2021.