

เวชศาสตร์วิถีชีวิตกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย:
ข้อเสนอเชิงนโยบาย

LIFESTYLE MEDICINE FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE
DISEASES IN THAILAND: POLICY RECOMMENDATIONS

ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร

Prasitchai Mangjit

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์วิถีชีวิต), ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
Dip. Thai Board of Preventive Medicine (Lifestyle Medicine), Director of Kaeng Khoi Hospital,
Saraburi Province

Email: Peed.pr@gmail.com

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรทั่วโลกและในประเทศไทย โดยมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) เป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 6 มิติหลัก ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ทางสังคม และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถป้องกัน ควบคุม และในบางกรณีสามารถทำให้โรคเข้าสู่ระยะสงบได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิด หลักการ และกลไกของเวชศาสตร์วิถีชีวิต รวมถึงสังเคราะห์หลักฐานทางวิชาการและประสบการณ์การประยุกต์ใช้ในระดับสากลและประเทศไทย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับบริการ การพัฒนากำลังคน และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

ผลการสังเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการดูแลสุขภาพสามารถลดภาระโรค ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในด้านโครงสร้างระบบบริการ รูปแบบการจ่ายเงิน และการขาดกำลังคนที่มีสมรรถนะเฉพาะด้าน

บทความเสนอให้มีการพัฒนานโยบายระดับชาติที่สนับสนุนการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในทุกระดับของระบบสุขภาพ พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐานบริการ ระบบการเงินการคลัง และกลไกการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; การส่งเสริมสุขภาพ; นโยบายสุขภาพ; ระบบสุขภาพ

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are the leading cause of mortality globally and in Thailand, accounting for more than 70% of all deaths. Their burden continues to rise due to population aging and unhealthy lifestyle behaviors. Lifestyle medicine is an evidence-based approach that targets six core pillars: nutrition, physical activity, sleep, stress management, social connection, and avoidance of risky substances. It has been shown to prevent, manage, and in some cases reverse chronic diseases.

This article aims to describe the concepts, principles, and mechanisms of lifestyle medicine, and to synthesize global evidence and practical experiences in Thailand. The ultimate goal is to propose policy recommendations for integrating lifestyle medicine into the Thai health system at scale.

The findings indicate that lifestyle medicine can significantly reduce disease burden, healthcare costs, and improve quality of life. However, implementation remains limited due to structural barriers, financing mechanisms, and workforce capacity.

The article proposes the development of a national policy framework to support the systematic integration of lifestyle medicine into healthcare delivery, workforce development, financing systems, and monitoring mechanisms to achieve sustainable health system transformation.

Keywords: Lifestyle medicine; Non-communicable diseases; Health promotion; Health policy; Health systems

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน มะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคน ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก นอกจากนี้ ภาระโรคดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในประเทศรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ [1] ในบริบทของประเทศไทย NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียดเรื้อรัง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ [2] การจัดการปัญหา NCDs ด้วยระบบบริการสุขภาพแบบเดิมที่เน้นการรักษา (curative care) เพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ และมีต้นทุนสูงในระยะยาว [3]

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) จึงได้รับการพัฒนาเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการ NCDs โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) อย่างเป็นระบบ แนวทางนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรวิชาการระดับนานาชาติ เช่น American College of Lifestyle Medicine และ World Health Organization ซึ่งได้ชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงด้านพฤติกรรมสามารถลดความเสี่ยงของ NCDs ได้อย่างมีนัยสำคัญ [4] ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา หลายประเทศได้เริ่มบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบสุขภาพ ทั้งในระดับบริการสุขภาพ การพัฒนากำลังคน และนโยบายสาธารณะ⁵ อย่างไรก็ตาม การนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ

บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอแนวคิด หลักฐานทางวิชาการ และข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการป้องกันและควบคุม NCDs ในประเทศไทย โดยเน้นการเชื่อมโยงระหว่างหลักฐานระดับสากลกับบริบทของระบบสุขภาพไทย

ความหมายและหลักการสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

1. ความหมายของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) หมายถึง แนวทางทางการแพทย์ที่ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเครื่องมือหลักในการป้องกัน รักษา และควบคุมโรคเรื้อรัง โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) เป็นพื้นฐาน [4] แนวคิดนี้เน้นการจัดการสาเหตุของโรค (root causes) มากกว่าการรักษาที่ปลายเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแพทย์เชิงป้องกัน (preventive medicine) และการแพทย์เชิงระบบ (systems-based care) [4]

องค์ประกอบสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิตประกอบด้วย 6 มิติหลัก ได้แก่ (1) โภชนาการเพื่อสุขภาพ (healthy nutrition) (2) กิจกรรมทางกาย (physical activity) (3) การนอนหลับที่เพียงพอ (adequate sleep) (4) การจัดการความเครียด (stress management) (5) ความสัมพันธ์ทางสังคม (social connection) และ (6) การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (avoidance of risky substances) [4] แนวทางดังกล่าวได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ

หลักการสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

หลักการสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถสรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

- 1) การเน้นการป้องกันเป็นหลัก (prevention-oriented approach) โดยมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค ซึ่งมีประสิทธิผลและคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพมากกว่าการรักษาหลังเกิดโรค [6]
- 2) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based intervention) โดยอาศัยงานวิจัยทางระบาดวิทยาและการทดลองทางคลินิกที่สนับสนุนประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมสุขภาพ [4]
- 3) การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ที่ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) และสุขภาวะ (well-being)⁷
- 4) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (patient empowerment) โดยส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม [8]

ความแตกต่างจากแนวทางการแพทย์แบบดั้งเดิม

เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีความแตกต่างจากการแพทย์แบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาด้วยยาและหัตถการ (pharmacological and procedural interventions) โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก [3] แนวทางนี้ไม่เพียงช่วยลดความจำเป็นในการใช้ยาในบางกรณี แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว [6] อย่างไรก็ตาม เวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่ได้เป็นการทดแทนการรักษาทางการแพทย์ แต่เป็นแนวทางการรักษาเสริม (complementary approach) ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาโดยรวม และเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการจัดการโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพ [4]

กระบวนการและกลไกของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการป้องกันและควบคุม NCDs

เวชศาสตร์วิถีชีวิตทำงานผ่านกลไกเชิงชีวภาพ และเชิงพฤติกรรม ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและฟื้นฟูสมดุลของระบบร่างกาย [9]

1. กลไกเชิงชีวภาพ (Biological mechanisms)

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถส่งผลกระทบต่อกระบวนการทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิด NCDs โดยเฉพาะภาวะอักเสบเรื้อรังระดับต่ำ (chronic low-grade inflammation) ความต้านทานต่ออินซูลิน (insulin resistance) และความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม [10] การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น อาหารที่มีพืชเป็นหลัก (plant-based diet) มีหลักฐานว่าสามารถลดระดับตัวบ่งชี้การอักเสบ (inflammatory markers) และปรับปรุงการทำงานของเยื่อหลอดเลือด (endothelial function) ได้ [11]

นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความไวของอินซูลิน (insulin sensitivity) ปรับสมดุลการเผาผลาญไขมัน (lipid metabolism) และลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด [12] ขณะที่การนอนหลับที่เพียงพอมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมฮอร์โมน เช่น leptin และ ghrelin ซึ่งเกี่ยวข้องกับความอยากอาหารและน้ำหนักตัว [13]

ในมิติของระบบประสาท การจัดการความเครียด เช่น การฝึกสติ (mindfulness) หรือการทำสมาธิ สามารถลดการทำงานของแกนไฮโปทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis) และลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงของ NCDs[14]

2. กลไกเชิงพฤติกรรมและสังคม (Behavioral and social mechanisms)

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาวผ่านกระบวนการเรียนรู้ การสร้างแรงจูงใจ (motivation) และการเสริมพลัง (empowerment) ของผู้รับบริการ[8] การใช้เทคนิคการโค้ชสุขภาพ (health coaching) และ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (adherence) [15] ความสัมพันธ์ทางสังคม (social connection) ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ โดยมีหลักฐานว่าการมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ [16]

3. กลไกระบบสุขภาพ (Health system mechanisms)

ในระดับระบบ เวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถลดภาระของระบบบริการสุขภาพโดยลดความจำเป็นในการรักษาที่มีต้นทุนสูง เช่น การนอนโรงพยาบาลและการใช้ยาในระยะยาว [17] นอกจากนี้ การจัดบริการในรูปแบบทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และโค้ชสุขภาพ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย NCDs ได้ [17]

ประเด็นหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการจัดการ NCDs

การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการป้องกันและควบคุม NCDs สามารถพิจารณาใน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับบริการสุขภาพ และระดับนโยบาย

1. ระดับบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Individual behavior change)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย และการสูบบุหรี่[18] แนวทางดังกล่าวมีหลักฐานว่าสามารถลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากกว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มเสี่ยงสูง[19]

2. ระดับบริการสุขภาพ การจัดการแบบบูรณาการ (Integrated care model)

การจัดการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบสุขภาพต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างบริการปฐมภูมิ (primary care) และบริการเฉพาะทาง (specialty care) โดยมีการใช้ทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง[20]

รูปแบบบริการ เช่น คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine clinic) หรือ การนัดหมายทางการแพทย์แบบกลุ่ม (shared medical appointment) มีบทบาทในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย NCDs และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (patient engagement) [21]

3. ระดับนโยบาย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Health-promoting environment)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับประชากรจำเป็นต้องอาศัยนโยบายสาธารณะที่สนับสนุน เช่น นโยบายอาหารสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการควบคุมยาสูบ[22] แนวคิดสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in All Policies) ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเน้นการบูรณาการสุขภาพในทุกนโยบายภาครัฐ [22]

หลักฐานวิชาการสนับสนุนเวชศาสตร์วิถีชีวิต

หลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีทั้งในรูปแบบการทดลองที่มีการควบคุมแบบสุ่ม (randomized controlled trials (RCTs)), การศึกษาแบบกลุ่มประชากรตามรุ่น (cohort studies) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุม NCDs

1. การป้องกันโรค (Prevention evidence)

การศึกษา Diabetes Prevention Program (DPP) ซึ่งเป็น RCT ขนาดใหญ่ พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 58 ในช่วงติดตามผล 3 ปี [19] นอกจากนี้ ผลการติดตามระยะยาวยังแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่ยั่งยืนในด้านการลดความเสี่ยงของโรค [23]

2. การควบคุมและการย้อนกลับของโรค (Disease management and reversal)

การศึกษาโดย Dean Ornish และคณะ พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มข้นสามารถทำให้เกิดการชะลอหรือย้อนกลับของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ [24] ขณะที่การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น DiRECT trial แสดงให้เห็นว่าการลดน้ำหนักผ่านการปรับอาหารสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสงบ (remission) ได้ [25]

3. ผลลัพธ์ด้านระบบสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health system and economic outcomes)

การศึกษาหลายฉบับรายงานว่าโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายจากการนอนโรงพยาบาลและการเข้ายา [26] นอกจากนี้ ยังช่วยเพิ่ม productivity และคุณภาพชีวิตของประชากร [26]

4. หลักฐานเชิงระบบ (Systematic reviews and meta-analyses)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการแทรกแซงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร (diet) และ การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) สามารถลดความเสี่ยงของ NCDs และ อัตราการเสียชีวิต (mortality) ได้อย่างมีนัยสำคัญ [27] นอกจากนี้ งานวิจัยที่ใช้วิธีวิเคราะห์ห่อหุ้ม (meta-analysis) ยังชี้ว่าการรวมหลายองค์ประกอบของการแทรกแซงหรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle intervention) ให้ผลดีกว่าการแทรกแซงแบบเดียว [27]

บทบาทและการประยุกต์เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยเริ่มมีการนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) มาประยุกต์ใช้ทั้งในระดับนโยบายและระดับบริการ โดยเฉพาะภายใต้การขับเคลื่อนของสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบ [28]

ในระดับบริการสุขภาพ มีการพัฒนาคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine clinics) ในหน่วยบริการของภาครัฐ โดยเฉพาะในศูนย์อนามัยและโรงพยาบาลสังกัดกรมอนามัย ซึ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กับการรักษามาตรฐาน นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมบุคลากร เช่น

หลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับแพทย์ และหลักสูตรโค้ชปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle coach) สำหรับสหวิชาชีพ[28]

ในระดับชุมชน มีการนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโครงการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งช่วยขยายการเข้าถึงบริการและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับประชากร [29] อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังคงมีลักษณะเป็นโครงการนำร่อง (pilot projects) และยังขาดการบูรณาการเชิงระบบในระดับประเทศ ทั้งในด้านมาตรฐานบริการ ระบบข้อมูล และการเชื่อมโยงกับระบบการเงินการคลังสุขภาพ [28]

ความท้าทาย ข้อจำกัด และจริยธรรม

แม้เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะมีศักยภาพสูงในการจัดการ NCDs แต่การนำไปใช้ในระบบสุขภาพไทยยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ

1. ความท้าทายด้านโครงสร้างระบบสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยยังคงเน้นการรักษา (curative care) มากกว่าการป้องกัน (preventive care) ส่งผลให้การจัดสรรทรัพยากรและรูปแบบบริการไม่เอื้อต่อการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต[3] นอกจากนี้ ระบบการจ่ายเงิน (payment system) เช่น ระบบจ่ายค่าบริการตามรายการ (fee-for-service) หรือ ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups: DRG) ยังไม่สนับสนุนบริการที่ใช้เวลาและทรัพยากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะยาว[3]

2. ความท้าทายด้านกำลังคน (Workforce capacity)

การขาดบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทาง โค้ชสุขภาพ หรือ โค้ชวิถีชีวิต และทีมสหวิชาชีพ เป็นข้อจำกัดสำคัญในการขยายบริการ นอกจากนี้ หลักสูตรการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ไม่เพียงพอ[4]

3. ความท้าทายด้านพฤติกรรมและบริบทสังคม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลา โดยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เช่น ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (health inequity) และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ[30]

4. ประเด็นจริยธรรม (Ethical considerations)

การส่งเสริมเวชศาสตร์วิถีชีวิตต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics) โดยเฉพาะหลักการเคารพในความเป็นอิสระของผู้ป่วย (autonomy) และความเป็นธรรม (justice) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[30] การเน้นพฤติกรรมสุขภาพอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงของการโทษผู้ป่วย (victim blaming) หากไม่คำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health) เช่น รายได้ การศึกษา และสิ่งแวดล้อม[30] นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและข้อมูลสุขภาพ (digital health and personal data) ในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว (privacy) และความปลอดภัยของข้อมูล (data security) ตามหลักจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง [31]

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อให้การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องอาศัยกรอบนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับบริบทระบบสุขภาพ

1. การพัฒนานโยบายระดับชาติ

ควรมีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่บูรณาการกับนโยบาย NCDs และยุทธศาสตร์สุขภาพของประเทศ และกรอบนโยบายใส่ใจสุขภาพ (Health in All Policies) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเน้นการผนวกมิติสุขภาพในทุกนโยบายของภาครัฐ[22] โดยกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลไกการติดตามประเมินผลอย่างชัดเจน

2. การพัฒนาระบบบริการ

ควรพัฒนารูปแบบบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในทุกระดับของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยยึดรูปแบบการดูแลเรื้อรัง (chronic care model) และ การดูแลที่มีคนไข้เป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) [20] เพื่อสนับสนุนการจัดการโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับระบบบริการเฉพาะทาง พร้อมทั้งส่งเสริมการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ

3. การพัฒนากำลังคน

ควรพัฒนาหลักสูตรและระบบการรับรองสมรรถนะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับบุคลากรทุกระดับ รวมถึงการบรรจุเนื้อหาในหลักสูตรแพทยศาสตร์และสาธารณสุข เพื่อสร้างกำลังคนในระยะยาว โดยควรอ้างอิงกรอบสมรรถนะของ American College of Lifestyle Medicine เพื่อพัฒนาหลักสูตรและระบบรับรองบุคลากร [4]

4. การปฏิรูประบบการเงินการคลัง

ควรปรับระบบการจ่ายเงินให้สนับสนุนบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น การจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นชุดบริการ (bundled payment) หรือ การดูแลสุขภาพที่ยึดผลลัพธ์เป็นหลัก (value-based care) ที่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) มากกว่าปริมาณบริการ [32]

5. ระบบข้อมูลและดิจิทัลสุขภาพ

ควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพตามกรอบ digital health governance และเครื่องมือดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเชิงนโยบาย [31]

บทสรุป

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน หลักฐานทางวิชาการทั้งในระดับสากลและระดับประเทศสนับสนุนว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถลดภาระโรค ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรได้อย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตาม การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ในประเทศไทยยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านโครงสร้างระบบสุขภาพ กำลังคน และบริบททางสังคม ดังนั้น การขับเคลื่อน

เวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงจำเป็นต้องอาศัยนโยบายที่ชัดเจน การบูรณาการในทุกระดับของระบบสุขภาพ และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ ในระยะยาว ความสำเร็จของเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะไม่เพียงประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการลดอัตราการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต แต่ยังสะท้อนถึงการที่ประชาชนสามารถมีชีวิตที่แก่ชรา เจ็บสั้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Noncommunicable diseases [Internet]*. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. กระทรวงสาธารณสุข. *รายงานสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2563–2565*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. Bodenheimer T, Chen E, Bennett HD. *Confronting the growing burden of chronic disease*. Health Aff (Millwood). 2009;28(1):64–76.
4. American College of Lifestyle Medicine. *Lifestyle medicine core competencies [Internet]*. 2022 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://lifestylemedicine.org>
5. Egger G, Binns A, Rossner S. *Lifestyle medicine*. 3rd ed. London: Academic Press; 2017.
6. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2030*. Geneva: WHO; 2013.
7. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. *How should we define health?* BMJ. 2011;343:d4163.
8. Lorig KR, Holman HR. *Self-management education*. Ann Behav Med. 2003;26(1):1–7.
9. Egger G, Swinburn B, Rossner S. *Lifestyle medicine: managing diseases of lifestyle*. Aust Fam Physician. 2009;38(1–2):20–2.
10. Furman D, Campisi J, Verdin E, Carrera-Bastos P, Targ S, Franceschi C, et al. *Chronic inflammation in the etiology of disease*. Nat Med. 2019;25(12):1822–32.
11. Satija A, Hu FB. *Plant-based diets and cardiovascular health*. J Am Coll Cardiol. 2018;72(8):914–26.
12. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. *Health benefits of physical activity*. CMAJ. 2006;174(6):801–9.
13. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. *Impact of sleep debt*. Lancet. 1999;354(9188):1435–9.
14. Black DS, Slavich GM. *Mindfulness meditation and the immune system*. Ann N Y Acad Sci. 2016;1373(1):13–24.
15. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.

16. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. *Social relationships and mortality risk*. PLoS Med. 2010;7(7):e1000316.
17. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. Team-based care. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(6):926–34.
18. World Health Organization. *Global health risks*. Geneva: WHO; 2009.
19. Diabetes Prevention Program Research Group. *Reduction in diabetes incidence*. N Engl J Med. 2002;346(6):393–403.
20. Wagner EH. *Chronic care model*. Milbank Q. 2001;79(4):579–612.
21. Edelman D, Gierisch JM, McDuffie JR, Oddone E, Williams JW. *Shared medical appointments*. Ann Intern Med. 2015;163(5):352–63.
22. World Health Organization. *Health in all policies framework*. Helsinki: WHO; 2014.
23. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, Brenneman AT, et al. *10-year follow-up of DPP*. Lancet. 2009;374(9702):1677–86.
24. Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, et al. *Lifestyle changes and coronary heart disease*. Lancet. 1990;336(8708):129–33.
25. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. *DiRECT trial*. Lancet. 2018;391(10120):541–51.
26. Goetzel RZ, Roemer EC, Holingue C, Fallin MD, McCleary K, Eaton W, et al. *Workplace health promotion*. Health Aff (Millwood). 2014;33(3):364–70.
27. Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, et al. *Lifestyle intervention meta-analysis*. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(6):474–80.
28. กระทรวงสาธารณสุข. *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ พ.ศ. 2565*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
29. กรมอนามัย. *รายงานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน ประจำปี 2566*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
30. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. *Social determinants of health inequalities*. Lancet. 2008;372(9650):1661–9.
31. World Health Organization. *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: WHO; 2021.
32. Porter ME. *What is value in health care?* N Engl J Med. 2010;363(26):2477–81.