

Journal of Lifestyle Medicine Coaches and Wellness (JLCW)

วารสารโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส

An International Journal of
Evidence-Based Coaching and Wellness Practice



ADVANCING EVIDENCE,
COACHING, AND
WHOLE-PERSON WELLNESS
FOR BETTER LIVES

Volume 1 | Issue 2

July - December 2024

PUBLISHED BY

TALMWC

Thai Association of Lifestyle Medicine
and Wellness Coaches

สมาคมโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสไทย



วารสารโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส

Journal of Lifestyle Medicine Coaches and Wellness (JLCW)

สมาคมโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสไทยสำนักงาน เลขที่ 88/22 อาคาร 6 ชั้น 5

กรมอนามัย ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

Vol.1 No.1 July - December 2024

วัตถุประสงค์:

วารสารโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส (Journal of Lifestyle Medicine Coaches and Wellness: JLCW) จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นเวทีทางวิชาการให้กับนิสิต นักศึกษา อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา รวมถึงนักวิชาการทั่วไปที่ต้องการจะเผยแพร่ผลงานวิชาการทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส โดยเฉพาะด้านสุขภาวะและเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มุ่งเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่และส่งเสริมการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรม ครอบคลุมศาสตร์สำคัญ ได้แก่ เวชศาสตร์วิถีชีวิต การโค้ชสุขภาพและเวลเนส จิตวิทยาเชิงบวก พฤติกรรมศาสตร์สุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นวัตกรรมสุขภาพและเทคโนโลยีดิจิทัล รวมถึงการบูรณาการกับศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ศาสตร์ สาธารณสุข พยาบาลศาสตร์ จิตวิทยา การศึกษา มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ โดยมุ่งเน้นผลงานที่มีลักษณะสหวิทยาการและสามารถสร้างผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับต่าง ๆ โดยเปิดรับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ ๆ ละ 6 บทความ

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

ประเภทของผลงานที่ตีพิมพ์ในวารสาร:

- 1) บทความวิจัย (Research Article)
- 2) บทความวิชาการ (Academic Article)
- 3) บทความกรณีศึกษา (Case Study)

การพิจารณาและคัดเลือกบทความ:

บทความที่ส่งมายังวารสารจะได้รับการพิจารณาเบื้องต้นโดยกองบรรณาธิการเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับขอบเขตวารสาร รูปแบบ และมาตรฐานทางวิชาการ จากนั้นจะเข้าสู่กระบวนการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) แบบ double-blind อย่างน้อย 3 ท่าน โดยไม่เปิดเผยตัวตนทั้งผู้เขียนและผู้

ประเมิน โดยเน้นการประเมินคุณภาพของเนื้อหา ความถูกต้องของระเบียบวิธีวิจัย ความใหม่ขององค์ความรู้ และคุณค่าทางวิชาการหรือการประยุกต์ใช้ ทั้งนี้ วารสารยึดหลักจริยธรรมการตีพิมพ์ตามมาตรฐานสากล เช่น COPE อย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดความโปร่งใส เป็นธรรม และตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน

บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ในวารสารโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น ๆ ผู้เขียนบทความจะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่วารสารกำหนด ทักษะและความคิดเห็นที่ปรากฏในบทความวารสารโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนส ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนบทความนั้น และไม่ถือเป็นทักษะและความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการวารสาร

ที่ปรึกษาวารสาร

ศ.(พิเศษ) นพ.ไพจิตร ปวะบุตร

ที่ปรึกษาอธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร
อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ:

รศ.ดร.นพ.ภูติ เทชาติวัฒน์

สมาคมโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสไทย
สถาบันสุขภาวะพิสิฐ
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

หัวหน้ากองบรรณาธิการ:

ผศ.ดร.สุภาภรณ์ สงค์ประชา

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยหัวหน้ากองบรรณาธิการ:

ผศ.ดร.กฤติยา ถ้ำทอง

สถาบันวิทยาศาสตร์ นวัตกรรมและวัฒนธรรม
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ

คณะบรรณาธิการ:

นายแพทย์วีระพันธ์ สุวรรณนามัย

สมาชิกฤษสภา

รศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รศ.ดร.นพ.อดิวิทย์กมุทมาศ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายกสมาคมแพศวิทยาคลินิกและเวชศาสตร์
ทางเพศ (ประเทศไทย)

ผศ.ดร.นพ.อมรพันธ์ เสรีมาศพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.เอกราช บำรุงพืชน์

วิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ผศ.นพ.ชวินทร์ สุวรรณฉัตรนชัย

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะบรรณาธิการ:

	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
ผศ.นพ.เทิดศักดิ์ ผลจันทร์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.นพ.จรรย์ส จิตนาติก	คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย นายกสภามหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
นพ.ยงยุทธ วงษ์ภิรมย์ศานต์	กรมสุขภาพจิต
นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง	กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
นพ.ตฤพล วิรุฬหการุญ	BDMS Wellness Clinic BDMS Wellness Resort
นพ.นรินทร์ สุรสินธ	ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพไวทัลไลฟ์ บางกระเจ้า (โครงการ รักษา), The Longevist Clinic
นพ.กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สมิทธิ์ อารยะสกุล	ที่ปรึกษาด้านผิวหนังและความงาม
นพ.สุรัชย์ โชคธรรมชิตชัย	โรงพยาบาลนครปฐม
นพ.สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์	นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิด้านโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พญ.วรรณวิพุธ สรรพสิทธิ์วังษ์	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล ศูนย์สุขภาพวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ไวทัลไลฟ์ บริษัท ไไลฟ์สไตล์เทค โซลูชั่น จำกัด สมาคมวิชาชีพอายุยืนแห่งเอเชีย (สมาชิกผู้ก่อตั้ง)
นพ.ทีปทัศน์ ชุณหสวัสดิกุล	สมาคมการแพทย์มนุษย์ปรัชญาไทย Balavi Integrative Health Center
พญ.กอบกาญจน์ ชุณหสวัสดิกุล	ผู้อำนวยการทางการแพทย์ ศูนย์สุขภาพเชิงรุก Well- Healing โดย MedPark
ดร.นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพลกษ	กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์	ผู้อำนวยการ และผู้ร่วมก่อตั้งศูนย์เวลเนส วีแคร์
ดร.รีเบก้า รัสเซลล์	กรรมการบริหารและประธานเจ้าหน้าที่สายงานสื่อสาร องค์กร บมจ.ไอ.ซี.ซี. อินเตอร์เนชั่นแนล

คณะบรรณาธิการ:

นพ.นิธิวัฒน์ ศรีกาญจนวัชร	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและเวชศาสตร์ชะลอวัย (Longevity) ประจำโรงพยาบาลเวิลด์เมดิคอล (WMC) เวิลด์เมดิคอล
ดร.สง่า ดามาพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ กรมอนามัย
นพ.จุฑาพจน์ ภูมิทรัพย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระปิยมหาราช จังหวัดตราด
ดร.ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร.นงนุช วงศ์สว่าง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ภัทรณัฐ ธีรศิริพล	CAIO at GIS Group Co.,Ltd.
รศ.ดร.วนิพพล มหาอาชา	นักวิชาการอิสระ
รศ.ดร.สุภาภรณ์ เกียรติสิน	คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงาน:

สมาคมโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตและเวลเนสไทยสำนักงาน ด้านหน้าของศูนย์การเรียนรู้ ดร. นายแพทย์อมร นนทสุต อาคาร 6 ชั้น 5 กรมอนามัย ที่อยู่: เลขที่ 88/22 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 อีเมล: journal.jlcw@gmail.com

ติดต่อ: บรรณาธิการ รศ.ดร.นพ.ภูติ เทชาติวัฒน์ โทร. 091-5291994
หัวหน้ากองบรรณาธิการ ผศ.ดร.สุภาภรณ์ สงค์ประชา โทร. 081-8145351

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ข้อมูลเกี่ยวกับวารสาร	ก
สารบัญ	จ
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไทย: ศักยภาพการแข่งขันระดับโลก WELLNESS TOURISM IN THAILAND: GLOBAL COMPETITIVENESS POTENTIAL ภูติท เตชาติวัฒน์ Phudit Tejativaddhana	1-10
จุดกำเนิด ปรัชญา และวิวัฒนาการของชีวาศรม: จากแนวคิด HOLISTIC WELLNESS สู่ WELLNESS DESTINATION ระดับโลก ORIGINS, PHILOSOPHY, AND EVOLUTION OF CHIVA-SOM: FROM HOLISTIC WELLNESS CONCEPT TO A GLOBAL WELLNESS DESTINATION พญ.นาฏ ฟองสมุทร Nart Fongsmut	11-21
บทบาทของสุขภาพทางเพศต่อการมีอายุยืนยาว: มุมมองแบบบูรณาการทางศัลยศาสตร์ ระบบปัสสาวะ และเวชศาสตร์วิถีชีวิต THE ROLE OF SEXUAL HEALTH IN LONGEVITY: AN INTEGRATIVE PERSPECTIVE FROM UROLOGY AND LIFESTYLE MEDICINE ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร Prasitchai Mangjit	22-30
ปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชวิถีชีวิต AI FOR LIFESTYLE COACHING วีระพันธ์ สุวรรณมัย Veerapun Suvannamai	31-41
วิวัฒนาการของระบบการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาสุขภาวะในประเทศไทย: จากระบบที่อยู่อาศัยเชิงสวัสดิการสู่เศรษฐกิจแห่งความยืนยาว EVOLUTION OF ELDERLY CARE SYSTEMS AND WELL-BEING DEVELOPMENT IN THAILAND: FROM WELFARE-BASED HOUSING TO THE LONGEVITY ECONOMY นาฏ ฟองสมุทร Nart Fongsmut	42-53
เวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพกับสุขภาพทางเพศ (SEXUAL HEALTH) LIFESTYLE MEDICINE AND HEALTH COACHING IN SEXUAL HEALTH จุฑาพจน์ ภูมิทรัพย์ Juthapot Pumsup	54-65

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไทย: ศักยภาพการแข่งขันระดับโลก

WELLNESS TOURISM IN THAILAND: GLOBAL COMPETITIVENESS POTENTIAL

ภูติ เทชาติวัฒน์

Phudit Tejavaddhana

สถาบันสุขภาวะพิสิฐ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

Sukhabhava Pisit Institute of Preventive Medicine and Wellness, Preventive Medicine
Association of Thailand.

Email: phuteja@gmail.com

บทคัดย่อ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (wellness tourism) เป็นองค์ประกอบสำคัญของเศรษฐกิจสุขภาพ (wellness economy) ที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็วในระดับโลก ท่ามกลางบริบทของการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) และความต้องการการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน (preventive health) ที่เพิ่มสูงขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพการแข่งขันของประเทศไทยในอุตสาหกรรม wellness tourism โดยใช้กรอบการวิเคราะห์เชิงระบบ (system-based analysis) บูรณาการหลักฐานเชิงวิชาการ แนวโน้มระดับโลก และบริบทเชิงนโยบายของประเทศไทย

เนื้อหาครอบคลุมความหมายและองค์ประกอบของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ กลไกการสร้างคุณค่าในระดับบุคคล บริการ และระบบเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) และการโค้ชสุขภาพ (health coaching) ในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างผลลัพธ์ระยะยาว การวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยมีจุดแข็งด้านทรัพยากรธรรมชาติ วัฒนธรรมสุขภาพ การบริการทางการแพทย์ และศักยภาพด้านการบริการ (service excellence) ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การขาดมาตรฐานบริการระดับชาติ การบูรณาการระหว่างภาคส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ และการพัฒนากำลังคนที่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของอุตสาหกรรม บทความเสนอแนวทางเชิงนโยบายในการยกระดับประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับโลก โดยเน้นการพัฒนามาตรฐาน การสร้างระบบนิเวศ (ecosystem) และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ; เวลเนส; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; เศรษฐกิจสุขภาพ; ประเทศไทย

Abstract

Wellness tourism is a key component of the global wellness economy, experiencing rapid growth amid rising non-communicable diseases (NCDs) and increasing demand for preventive and proactive health approaches. This article aims to analyze Thailand's competitiveness in the wellness tourism sector using a system-based analytical framework that integrates academic evidence, global trends, and national policy contexts.

The paper examines definitions and core components of wellness tourism, as well as value creation mechanisms across individual, service, and system levels. It also highlights the role of lifestyle medicine and health coaching in facilitating sustainable health behavior change and improving long-term outcomes. The findings indicate that Thailand possesses significant strengths, including rich natural resources, well-established cultural health practices, advanced medical services, and strong service orientation.

However, key challenges remain, including the lack of unified national service standards, limited cross-sector integration, and gaps in workforce development aligned with industry needs. To address these issues, the article proposes strategic policy directions to enhance Thailand's position as a global wellness tourism hub. These include developing national standards, strengthening ecosystem integration, investing in workforce capacity, and leveraging digital health technologies to improve service quality and personalization.

The study underscores the importance of aligning health and tourism systems to achieve sustainable competitiveness and long-term health and economic benefits.

Keywords: Wellness tourism; Lifestyle medicine; Health coaching; Wellness economy; Thailand

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้แนวคิดการดูแลสุขภาพเชิงรุก (proactive health) และการส่งเสริมสุขภาวะแบบองค์รวม (holistic wellness) ได้รับความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง [1, 2] ในบริบทดังกล่าว การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (wellness tourism) ได้พัฒนาเป็นอุตสาหกรรมที่ผสานการท่องเที่ยวเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาวะมากกว่าการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว [3]

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของเศรษฐกิจสุขภาพ (wellness economy) ซึ่งเป็นระบบเศรษฐกิจที่มุ่งสร้างมูลค่าเพิ่มผ่านการส่งเสริมสุขภาวะของประชากร โดยมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างรายได้ การจ้างงาน และการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศในระยะยาว [1, 4] นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้มีแนวโน้มใช้จ่ายสูง และให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพมากกว่าการท่องเที่ยวทั่วไป [4]

ประเทศไทยมีศักยภาพโดดเด่นในอุตสาหกรรมดังกล่าว จากความพร้อมด้านบริการทางการแพทย์ (medical services) มาตรฐานการบริการ (service excellence) ทรัพยากรธรรมชาติ และวัฒนธรรมสุขภาพ เช่น การนวดไทยและสมุนไพร [5] อย่างไรก็ตาม การแข่งขันในระดับโลกมีความเข้มข้นมากขึ้น โดยประเทศในภูมิภาคเอเชียได้พัฒนากลยุทธ์เชิงนโยบายและระบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม [6]

แม้ว่าจะมีศักยภาพสูง แต่การวิเคราะห์เชิงระบบเกี่ยวกับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพยังมีจำกัด โดยเฉพาะการบูรณาการมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และนโยบายเข้าด้วยกัน ดังนั้น บทความนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ศักยภาพของประเทศไทยผ่านกรอบการวิเคราะห์เชิงระบบ (system-based analysis) โดยเชื่อมโยงองค์ความรู้จากเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) และการโค้ชสุขภาพ (health coaching) เพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน [2,7]

ความหมายและหลักการสำคัญ

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง การเดินทางที่มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษา ส่งเสริม หรือยกระดับสุขภาวะของบุคคล [1] โดยแตกต่างจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourism) ซึ่งมุ่งเน้นการรักษาโรคหรือหัตถการทางการแพทย์เป็นหลัก³ ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากการรักษาโรคไปสู่การสร้างสุขภาพ

ในเชิงแนวคิด การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถวางอยู่บนความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ (continuum) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (disease prevention) ไปจนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ (rehabilitation) ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงและความต้องการของผู้รับบริการ [4] แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [2]

องค์ประกอบของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ สุขภาพกาย (physical wellness) สุขภาพจิต (mental wellness) โภชนาการ (nutrition) การออกกำลังกาย (physical activity) การนอนหลับ (sleep health) และมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ (social and spiritual wellbeing) [4] ซึ่งสะท้อนแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic care)

หลักการสำคัญของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ 1) การเน้นการป้องกัน (prevention-oriented) โดยมุ่งลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (active participation) ซึ่งผู้รับบริการมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ [23]

นอกจากนี้ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพยังเป็นส่วนหนึ่งของเศรษฐกิจสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลายด้าน เช่น การท่องเที่ยว อาหารเพื่อสุขภาพ ฟิตเนส และบริการสุขภาพ [14] การบูรณาการองค์ประกอบเหล่านี้เข้าด้วยกันเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขันของประเทศ

กระบวนการและกลไกของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

กระบวนการของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถอธิบายได้ในลักษณะของระบบหลายระดับ (multi-level system) ที่เชื่อมโยงกันระหว่างระดับบุคคล ระดับบริการ และระดับระบบเศรษฐกิจ โดยแต่ละระดับมีบทบาทในการสร้างคุณค่า (value creation) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในระดับบุคคล กลไกสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (behavior change) ผ่านประสบการณ์ที่ออกแบบอย่างมีเป้าหมาย เช่น โปรแกรมโภชนาการ การออกกำลังกาย การฝึกสติ (mindfulness) และการจัดการการนอนหลับ กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น transtheoretical model ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับขั้น และเน้นบทบาทของแรงจูงใจภายใน [7]

ในระดับบริการ (service level) การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเกิดจากการบูรณาการระหว่างภาคการแพทย์ การท่องเที่ยว และบริการสุขภาพ เพื่อสร้างประสบการณ์สุขภาพ (health experience) ที่มีคุณค่าและแตกต่าง [3,5] คุณภาพของบริการขึ้นอยู่กับมาตรฐานวิชาชีพ การออกแบบโปรแกรม และสมรรถนะของบุคลากร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์ของผู้รับบริการ

ในระดับระบบ (system level) การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจ โดยสามารถสร้างรายได้จากนักท่องเที่ยว ขณะเดียวกันก็ส่งเสริมสุขภาพของประชากร และลดภาระโรคในระยะยาว [1,4] กลไกดังกล่าวก่อให้เกิดวงจรป้อนกลับ (feedback loop) กล่าวคือ เมื่อผู้รับบริการได้รับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี จะเพิ่มการรับรู้คุณค่า (perceived value) และนำไปสู่การใช้บริการซ้ำ ซึ่งช่วยเสริมความยั่งยืนของอุตสาหกรรม

นอกจากนี้ เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ (digital health) และปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) มีบทบาทสำคัญในการออกแบบบริการแบบเฉพาะบุคคล (personalized intervention) การติดตามพฤติกรรม และการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพของบริการในระยะยาว [7]

ศักยภาพการแข่งขันของประเทศไทยในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

การวิเคราะห์ศักยภาพการแข่งขันของประเทศไทยในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ สามารถพิจารณาผ่านกรอบปัจจัยกำหนดความสามารถในการแข่งขัน (competitiveness determinants) ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านอุปสงค์ อุปทาน และระบบสนับสนุน [1,4]

ประการแรก คือ ทรัพยากรพื้นฐานและอัตลักษณ์ (core resources and identity) ประเทศไทยมีความได้เปรียบด้านทรัพยากรธรรมชาติ ภูมิอากาศ และวัฒนธรรมสุขภาพ เช่น การนวดไทย อาหารไทย และสมุนไพร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างประสบการณ์สุขภาพ⁵ นอกจากนี้ ภาพลักษณ์ด้านการบริการ (service excellence) และความเป็นมิตรของบุคลากรยังเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมความสามารถในการแข่งขันในตลาดโลก [6]

ประการที่สอง คือ คุณภาพและความหลากหลายของบริการ (service quality and diversity) ประเทศไทยมีระบบบริการทางการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ และมีการพัฒนาบริการด้านสปา เวลเนสรีทรีต และโปรแกรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การขาดมาตรฐานบริการระดับชาติที่ชัดเจนในด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพยังเป็นข้อจำกัดสำคัญ [4,6]

ประการที่สาม คือ การบูรณาการระบบ (system integration) ซึ่งเป็นปัจจัยชี้ขาดในระยะยาว การเชื่อมโยงระหว่างภาคการท่องเที่ยว ภาคสาธารณสุข และภาคเอกชนยังอยู่ในระดับจำกัด ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของบริการและขาดการสร้างคุณค่าเชิงระบบ [1]

ประการที่สี่ คือ กำลังคนและสมรรถนะวิชาชีพ (workforce capacity) แม้ว่าประเทศไทยจะมีบุคลากรด้านสุขภาพจำนวนมาก แต่บุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การโค้ชสุขภาพ และเวชศาสตร์วิถีชีวิตยังจำกัด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน [2]

ประการที่ห้า คือ นโยบายและการกำกับดูแล (policy and governance) ซึ่งเป็นตัวกำหนดทิศทางของอุตสาหกรรมในระยะยาว การขาดยุทธศาสตร์ระดับชาติที่บูรณาการระหว่างสุขภาพและการท่องเที่ยวอย่างชัดเจน ทำให้การพัฒนาเป็นไปแบบกระจัดกระจาย และไม่สามารถใช้ศักยภาพของประเทศได้อย่างเต็มที่ [6]

หลักฐานวิชาการและการเปรียบเทียบระดับนานาชาติ

หลักฐานจากรายงานระดับโลกชี้ให้เห็นว่า การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีอัตราการเติบโตสูงกว่าการท่องเที่ยวทั่วไป และมีบทบาทสำคัญในการสร้างรายได้และการจ้างงาน [1] นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่า และมีแนวโน้มเลือกบริการที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ [4]

ในระดับนานาชาติ ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาอุตสาหกรรมนี้ เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสิงคโปร์ ล้วนมีลักษณะร่วมกัน คือ การมีนโยบายระดับชาติที่ชัดเจน การกำหนดมาตรฐานบริการ และการลงทุนในกำลังคนและนวัตกรรม [6,8] ตัวอย่างเช่น ประเทศญี่ปุ่นมีการพัฒนาการท่องเที่ยวสุขภาพ health tourism โดยเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่เกาหลีใต้เน้นการบูรณาการการแพทย์สมัยใหม่กับการแพทย์แผนดั้งเดิม ส่วนสิงคโปร์ใช้กลยุทธ์การกำหนดตำแหน่ง (positioning) เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพคุณภาพสูง [8] หลักฐานเชิงระบบยังชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการบริการสุขภาพกับการท่องเที่ยวสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การลดความเครียด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเวชศาสตร์วิถีชีวิต [2,9]

นอกจากนี้ งานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพยังยืนยันว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีการออกแบบประสบการณ์ที่เอื้อต่อแรงจูงใจภายใน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง⁷ ซึ่งเป็นจุดแข็งที่การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทและการประยุกต์ใช้ในประเทศไทย (เชิงนโยบายและระบบ)

ในบริบทของประเทศไทย การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีศักยภาพในการเป็นเครื่องยนต์เศรษฐกิจสุขภาพที่สำคัญ โดยสามารถเชื่อมโยงกับนโยบายด้านสุขภาพ การท่องเที่ยว และเศรษฐกิจสร้างสรรค์ได้ [10] กรมอนามัย ได้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มีบทบาทในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการท่องเที่ยว [5,10]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังขาดการบูรณาการเชิงระบบระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้ไม่สามารถสร้าง ecosystem ที่ครบวงจรได้ [10] การพัฒนานโยบายในระยะต่อไปควรมุ่งเน้นการเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพและระบบการท่องเที่ยวอย่างเป็นรูปธรรม

อีกประเด็นสำคัญ คือ การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพมาใช้ในการออกแบบบริการ เพื่อเพิ่มคุณค่าและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยยกระดับจากการท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อนไปสู่การท่องเที่ยวเพื่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ [2]

นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบติดตามสุขภาพ แอปพลิเคชันสุขภาพ และปัญญาประดิษฐ์ สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และสร้างความต่อเนื่องของการดูแลหลังการท่องเที่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความแตกต่างในตลาดโลก [9]

ความท้าทาย ข้อจำกัด และจริยธรรม

แม้ประเทศไทยมีศักยภาพสูงในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ แต่ความท้าทายสำคัญคือการขาดกรอบมาตรฐานระดับชาติที่ครอบคลุมทั้งด้านบริการ บุคลากร สถานประกอบการ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความปลอดภัยของผู้รับบริการ [10,11] หากไม่มีระบบรับรองมาตรฐานที่ชัดเจน อุตสาหกรรมอาจเติบโตในเชิงปริมาณ แต่ขาดความน่าเชื่อถือในตลาดสากล และเสี่ยงต่อการเกิดบริการที่มีคุณภาพไม่สม่ำเสมอ [4,6]

ข้อจำกัดอีกประการคือการบูรณาการนโยบายระหว่างหน่วยงานยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ภาคเอกชน ท้องถิ่น ชุมชน และสถาบันการศึกษา แต่หากไม่มีหน่วยงานกลางหรือกลไกการอภิบาล (governance) ที่ชัดเจน การดำเนินงานจะกระจัดกระจาย ขาดเป้าหมายร่วม และไม่สามารถสร้างระบบนิเวศของอุตสาหกรรมได้อย่างสมบูรณ์ [6,11]

ด้านกำลังคนเป็นอีกข้อจำกัดเชิงระบบ บุคลากรในอุตสาหกรรมนี้จำเป็นต้องมีสมรรถนะผสมผสานระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การบริการ การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ และความเข้าใจด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการ [2,7] หากขาดระบบพัฒนากำลังคนและการรับรองสมรรถนะที่เหมาะสม ประเทศไทยอาจไม่สามารถยกระดับบริการจากการพักผ่อนเชิงสุขภาพทั่วไปไปสู่บริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างแท้จริงได้²

ในมิติด้านจริยธรรม การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพต้องหลีกเลี่ยงการสื่อสารเกินจริง โดยเฉพาะการอ้างว่าสามารถรักษาโรค ลดน้ำหนัก พ้นพุงสุขภาพ หรือชะลอวัยโดยไม่มีหลักฐานรองรับ [12] การคุ้มครองผู้บริโภคจึงควรรวมถึงการกำกับคำโฆษณา การเปิดเผยข้อมูลบริการ ความเสี่ยง ข้อจำกัด และคุณสมบัติของผู้ให้บริการอย่างโปร่งใส [12]

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์ในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพยังต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพ ความปลอดภัยทางไซเบอร์ ความโปร่งใสของอัลกอริทึม และความรับผิดชอบเมื่อเกิดความผิดพลาด [9,13] โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อออกแบบโปรแกรมเฉพาะบุคคลหรือให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีกรอบจริยธรรมและการกำกับดูแลที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล [13]

อีกประเด็นสำคัญคือความเป็นธรรมและผลกระทบต่อชุมชน การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไม่ควรมุ่งเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวรายได้สูง แต่ควรสร้างประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ ส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน และไม่ทำให้ทรัพยากรธรรมชาติ วัฒนธรรม หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นถูกใช้ในลักษณะที่ไม่เป็นธรรม [11,14]

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ข้อเสนอเชิงนโยบายประการแรก คือ ประเทศไทยควรจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเศรษฐกิจสุขภาพและยุทธศาสตร์การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ [1,11] ยุทธศาสตร์ดังกล่าวควรมีเป้าหมายร่วมระหว่างภาคสุขภาพและภาคการท่องเที่ยว พร้อมตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งรายได้ คุณภาพบริการ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความยั่งยืน และประโยชน์ต่อชุมชน [11]

ประการที่สอง ควรจัดตั้งกลไกกำกับและประสานงานระดับประเทศ เช่น คณะกรรมการหรือแพลตฟอร์มความร่วมมือด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่มีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ และชุมชน เพื่อกำหนดมาตรฐาน สนับสนุนการลงทุน และขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง [6,11]

ประการที่สาม ควรพัฒนามาตรฐานบริการและระบบรับรองคุณภาพระดับชาติ โดยแยกประเภทบริการให้ชัดเจน เช่น สปาและนวดไทย โปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิต ไลฟ์สไตล์สุขภาพ โปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และบริการดิจิทัลสุขภาพ^{4,10,14} มาตรฐานดังกล่าวควรครอบคลุมความปลอดภัยของผู้รับบริการ คุณสมบัติของบุคลากร การประเมินสุขภาพเบื้องต้น การส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยง และการประเมินผลลัพธ์หลังรับบริการ [2,12]

ประการที่สี่ ควรพัฒนากำลังคนเฉพาะทางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยบูรณาการองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต การโค้ชสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การบริการ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล [2,7,9] หลักสูตรพัฒนากำลังคนควรมีหลายระดับ ตั้งแต่บุคลากรบริการสุขภาพ ผู้ประกอบการ บุคลากรท่องเที่ยว ไปจนถึงชุมชน เพื่อสร้างระบบกำลังคนที่ตอบสนองทั้งตลาดสากลและบริบทพื้นที่

ประการที่ห้า ควรส่งเสริมการวิจัยและระบบข้อมูลระดับชาติ โดยจัดทำฐานข้อมูลด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เชื่อมโยงข้อมูลตลาด มาตรฐานสถานประกอบการ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และผลกระทบทางเศรษฐกิจ [15,11] ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้การกำหนดนโยบายไม่อาศัยเพียงตัวเลขนักท่องเที่ยวหรือรายได้ แต่สามารถประเมินคุณค่าทางสุขภาพและความยั่งยืนได้อย่างเป็นระบบ

ประการที่หก ควรพัฒนากรอบจริยธรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการกำกับดูแลโฆษณา การใช้ข้อมูลสุขภาพ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ และการออกแบบบริการที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว และผู้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ [12,13] แนวทางนี้จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในระดับนานาชาติ และลดความเสี่ยงจากการเติบโตของตลาดที่ขาดการกำกับดูแล

ประการที่เจ็ด ควรใช้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นกลไกพัฒนาเศรษฐกิจพื้นที่ โดยสนับสนุนจังหวัดหรือเมืองที่มีศักยภาพให้เป็นพื้นที่นำร่อง เช่น เมืองสมุนไพร เมืองสุขภาพ เมืองพักฟื้น เมืองสูงวัยสุขภาพดี หรือชุมชน велเนส [11,14] การพัฒนาเชิงพื้นที่ควรเชื่อมโยงกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ และระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มและการกระจายรายได้อย่างเป็นธรรม

บทสรุป

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นโอกาสเชิงยุทธศาสตร์ของประเทศไทยในการยกระดับเศรษฐกิจสุขภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันระดับโลก ประเทศไทยมีจุดแข็งหลายด้าน ทั้งทรัพยากรธรรมชาติ วัฒนธรรมสุขภาพ การบริการทางการแพทย์ การแพทย์แผนไทย และศักยภาพด้านการบริการ อย่างไรก็ตาม การแข่งขันในอนาคตมิได้ขึ้นอยู่กับทรัพยากรหรือภาพลักษณ์เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสร้างระบบที่มีมาตรฐาน น่าเชื่อถือ ปลอดภัย และสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้จริง

ทิศทางสำคัญของประเทศคือการยกระดับจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบกระจัดกระจาย ไปสู่ระบบเศรษฐกิจสุขภาพที่มีนโยบาย มาตรฐาน กำลังคน ข้อมูล เทคโนโลยี และกลไกกำกับดูแลที่ชัดเจน การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต การโค้ชสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และเทคโนโลยีดิจิทัล จะช่วยเพิ่มคุณค่าและความแตกต่างของบริการไทยในตลาดโลก

หากประเทศไทยสามารถพัฒนากระดับชาติที่เชื่อมโยงภาคสุขภาพ ภาคการท่องเที่ยว ภาคเอกชน และชุมชนได้อย่างเป็นระบบ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจะไม่ใช่อุตสาหกรรมสร้างรายได้ แต่จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสุขภาวะ ส่งเสริมเศรษฐกิจพื้นที่ และยกระดับบทบาทของประเทศไทยในฐานะศูนย์กลางสุขภาพและเวลเนสระดับโลกอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Global Wellness Institute. *Global Wellness Economy Monitor 2023*. Miami: GWI; 2023.
2. Katz DL, Frates EP, Bonnet JP, Gupta SK, Vartiainen E, Carmona RH. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. *Am J Lifestyle Med*. 2021;15(5):514–522.
3. Smith M, Puczkó L. *Health and Wellness Tourism*. 2nd ed. London: Routledge; 2014.
4. World Tourism Organization (UNWTO). *Global Report on Wellness Tourism*. Madrid: UNWTO; 2018.
5. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. *รายงานสถิติการท่องเที่ยวประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2566.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Tourism Trends and Policies 2022*. Paris: OECD Publishing; 2022.
7. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38–48.
8. Hall CM. *Health and wellness tourism: trends and opportunities*. Tour Rev. 2019.

9. WHO. *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. กรมอนามัย. รายงานสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
11. คณะกรรมการนโยบายการท่องเที่ยวแห่งชาติ. แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2566–2570. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2565.
12. World Health Organization. *Promoting health: guide to national implementation of the Shanghai Declaration*. Geneva: World Health Organization; 2018.
13. World Health Organization. *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. Geneva: World Health Organization; 2021.
14. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2567.

จุดกำเนิด ปรัชญา และวิวัฒนาการของชีวาศรม: จากแนวคิด Holistic Wellness สู่ Wellness Destination ระดับโลก

ORIGINS, PHILOSOPHY, AND EVOLUTION OF CHIVA-SOM: FROM HOLISTIC WELLNESS CONCEPT TO A GLOBAL WELLNESS DESTINATION

พญ.นาฏ ฟองสมุทร

Nart Fongsmut

ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ชีวาศรม อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท

Medical Director, Chiva-Som International Health Resort

Email: nart@thepwatana.com

บทคัดย่อ

ชีวาศรม อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2538 ถือเป็นหนึ่งต้นแบบของแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบบูรณาการในภูมิภาคเอเชีย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ที่มา แนวคิดหลัก โมเดลการให้บริการ และพัฒนาการของชีวาศรมในบริบทของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพและเศรษฐกิจสุขภาพระดับโลก โดยใช้การศึกษาเชิงพรรณนาและเชิงแนวคิดในรูปแบบกรณีศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า โมเดลของชีวาศรมตั้งอยู่บนการบูรณาการระหว่างสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยมีการออกแบบบริการในรูปแบบโปรแกรมที่ประกอบด้วย การประเมิน การแทรกแซง และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว พัฒนาการของชีวาศรมสะท้อนการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพจากการรักษาโรคไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตในระยะยาว

นอกจากนี้ กรณีศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของประเทศไทยในการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงป้องกันควบคู่กับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพ ผ่านการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ การบริการ และการท่องเที่ยวเข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบ ชีวาศรมสามารถพิจารณาได้ว่าเป็นต้นแบบของการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคตที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืนผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการออกแบบสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต; สุขภาพแบบองค์รวม; เศรษฐกิจสุขภาพ; การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ; การมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

Abstract

Chiva-Som International Health Resort, established in 1995, is recognized as one of the pioneering integrated wellness destinations in Asia. This article aims to analyze its origins, conceptual foundations, service model, and development within the context of evolving global health systems and the wellness economy, using a descriptive and conceptual case study approach.

The findings indicate that Chiva-Som's model is grounded in the integration of holistic wellness and lifestyle medicine. Its structured program-based approach incorporates comprehensive assessment, personalized intervention, and continuous monitoring, thereby facilitating sustainable health behavior change. The evolution of Chiva-Som reflects a broader paradigm shift in global health systems—from disease treatment toward health promotion, prevention, and long-term well-being enhancement.

Furthermore, this case highlights Thailand's potential to develop a preventive health system alongside a growing wellness economy through the integration of healthcare services, wellness practices, and tourism.

In conclusion, Chiva-Som represents a prototype for future health systems that prioritize sustainable well-being through behavior change and health-oriented environmental design.

Keywords: Lifestyle Medicine; Holistic Wellness; Wellness Economy; Wellness Tourism; Healthy Longevity

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพทั่วโลกได้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอย่างมีนัยสำคัญ จากเดิมที่เน้นการรักษาโรค (reactive care) ไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มพูนช่วงชีวิตที่มีคุณภาพ (healthspan) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ (longevity) ที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับสากล [1] ปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรโลก การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในหลายประเทศ รวมถึงความก้าวหน้าขององค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยแวดล้อมต่อการเกิดโรคและคุณภาพชีวิตในระยะยาว[2-4] ภายใต้บริบทนี้ แนวคิดด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) และสุขภาพแบบองค์รวม (holistic wellness) จึงได้รับการพัฒนาและนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวาง โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลควบคู่ไปกับการออกแบบสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ[5]

พร้อมกันนี้ ได้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพ (wellness economy) ซึ่งเป็นระบบเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงการดูแลสุขภาพ การท่องเที่ยว และการบริการเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ โดยมีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในระดับโลก[1] ภายในบริบทดังกล่าว แนวคิดแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (wellness destination) ได้กลายเป็นแพลตฟอร์มสำคัญที่ผสมผสานองค์ประกอบของการแพทย์ การส่งเสริมสุขภาพ และการบริการเชิงประสบการณ์ เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว

ประเทศไทยนับเป็นหนึ่งในประเทศที่มีศักยภาพสูงในการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพและเวลเนส ทั้งจากความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ทรัพยากรธรรมชาติ และความสามารถในการให้บริการในระดับนานาชาติ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาในระดับ “ต้นแบบเชิงระบบ” (system prototype) ที่สามารถบูรณาการองค์ประกอบดังกล่าวเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องการการศึกษาและการวิเคราะห์เชิงลึก

ในบริบทนี้ ชีวาศรม อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท (Chiva-Som International Health Resort) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2538 ถือเป็นหนึ่งในองค์กรบุกเบิกที่สำคัญในการพัฒนาแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย โดยได้พัฒนาโมเดลการให้บริการที่บูรณาการศาสตร์การแพทย์ตะวันตกเข้ากับภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบตะวันออก รวมทั้งออกแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะเฉพาะบุคคลอย่างเป็นระบบ กรณีศึกษาของชีวาศรมจึงมีความสำคัญในฐานะต้นแบบของแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated wellness destination) ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาว อีกทั้งยังเป็นตัวอย่างที่สำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพกับเศรษฐกิจสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์พัฒนาการของชีวาศรม อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท (Chiva-Som International Health Resort) ในฐานะกรณีศึกษาของแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพแบบบูรณาการ โดยมุ่งเน้นการอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (holistic wellness) เวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) และการพัฒนาเศรษฐกิจสุขภาพ (wellness economy) ทั้งในระดับองค์กรและระดับระบบ

วัตถุประสงค์เฉพาะประกอบด้วย การอธิบายที่มาและปรัชญาการก่อตั้งของชีวาศรมในบริบทของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพโลก การวิเคราะห์กรอบแนวคิดหลักที่ใช้ในการออกแบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเฉพาะการผสมผสานองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพแบบองค์รวมเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการศึกษาพัฒนาการของโมเดลการให้บริการจากระยะเริ่มต้นสู่การเป็นแพลตฟอร์มด้านสุขภาพและความยืนยาว (longevity platform) ในระดับนานาชาติ

นอกจากนี้ บทความยังมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทของชีวาศรมในฐานะต้นแบบเชิงระบบ (system prototype) ของประเทศไทยในการพัฒนาอุตสาหกรรมสุขภาพและเวลเนส รวมทั้งเพื่อเสนอข้อสังเคราะห์เชิงนโยบายที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเชิงป้องกันและเศรษฐกิจสุขภาพของประเทศในระยะยาว

วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและเชิงแนวคิด (descriptive and conceptual study) โดยใช้กรอบการวิเคราะห์แบบกรณีศึกษา (case study approach) เพื่อทำความเข้าใจพัฒนาการ แนวคิด และโมเดลการดำเนินงานของชีวาศรมในบริบทของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพและเศรษฐกิจสุขภาพระดับโลก การรวบรวมข้อมูลอาศัยการทบทวนวรรณกรรม (literature review) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานระดับนานาชาติด้านเศรษฐกิจสุขภาพและเวชศาสตร์วิถีชีวิต บทความวิชาการในวารสารสากล ตลอดจนเอกสารเผยแพร่ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศ^{1,5} นอกจากนี้ ยังมีการใช้ข้อมูลเชิงเอกสารเกี่ยวกับพัฒนาการของชีวาศรมจากแหล่งข้อมูลสาธารณะ เพื่อประกอบการวิเคราะห์เชิงบริบทและเชิงประวัติศาสตร์

กรอบการวิเคราะห์ของการศึกษานี้ประกอบด้วยสามมิติหลัก ได้แก่ มิติด้านแนวคิด (conceptual dimension) ซึ่งมุ่งวิเคราะห์การบูรณาการระหว่างสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิต มิติด้านโมเดลการให้บริการ (service model dimension) ซึ่งพิจารณาการออกแบบโปรแกรมสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมิติด้านระบบ (system dimension) ซึ่งวิเคราะห์บทบาทขององค์กรในบริบทของเศรษฐกิจสุขภาพและนัยต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (content synthesis) และการตีความเชิงแนวคิด (conceptual interpretation) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เข้ากับกรอบแนวคิดทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่ได้มุ่งเน้นการทดสอบสมมติฐานเชิงปริมาณ แต่เน้นการสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบและกลไกของการพัฒนาโมเดลสุขภาพแบบบูรณาการในบริบทจริง

ผลการศึกษาและการวิเคราะห์

ส่วนนี้นำเสนอผลการวิเคราะห์เชิงกรณีศึกษา โดยมุ่งอธิบายพัฒนาการของชีวศรมผ่านมิติด้านปรัชญาการก่อตั้ง กรอบแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิต โมเดลการให้บริการ และการขยายตัวในบริบทของระบบสุขภาพและเศรษฐกิจสุขภาพระดับโลก

1. ที่มาและปรัชญาการก่อตั้ง

การก่อตั้งชีวศรม อินเตอร์เนชันแนล เฮลท์ รีสอร์ท (Chiva-Som International Health Resort) ในปี พ.ศ. 2538 เกิดขึ้นภายใต้วิสัยทัศน์ของนายบุญชู โรจนเสถียร ซึ่งมีประสบการณ์ส่วนบุคคลด้านสุขภาพที่นำไปสู่ความสนใจในแนวทางการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม[6] แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับกระแสการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับสากลที่เริ่มให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเชิงรุก (proactive health) และการจัดการปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมมากกว่าการรักษาเมื่อเกิดโรคแล้ว [5,7]

คำว่า ชิวศรม มีรากศัพท์จากภาษาสันสกฤต โดย ชีวะ หมายถึง ชีวิต และ อาศรม หมายถึง สถานที่พักหรือสถานที่ปฏิบัติธรรม ซึ่งเมื่อรวมกันจึงมีความหมายเชิงแนวคิดว่า สถานที่แห่งการฟื้นฟูชีวิต (haven of life)[6] อันสะท้อนปรัชญาการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นความสมดุลระหว่างมิติทางกาย จิตใจ และอารมณ์ แนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับกรอบสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health paradigm) ซึ่งมองสุขภาพเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบหลายด้านอย่างแยกไม่ออก[8]

เมื่อเปรียบเทียบกับโมเดลการให้บริการของโรงแรมหรือสปาในรูปแบบดั้งเดิม ชิวศรมได้รับการออกแบบให้เป็นสถานบริการที่มีสุขภาพเป็นแกนหลัก (health-first destination) โดยมีการบูรณาการองค์ความรู้จากศาสตร์การแพทย์แผนตะวันตกเข้ากับภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพแบบตะวันออก อาทิ การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และแนวคิดด้านการฝึกสติ (mindfulness) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแพทย์แบบบูรณาการ (integrative medicine)[9]

หลักการสำคัญของการก่อตั้งชีวศรมสามารถสังเคราะห์ได้เป็นสามประการ ได้แก่ ประการแรก การบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพจากหลายศาสตร์ (integration of East-West knowledge) เพื่อสร้างแนวทางการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรม ประการที่สอง การมุ่งเน้นการป้องกันโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่เน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[5] และประการที่สาม การออกแบบการดูแลสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล (personalized care)

ในเชิงระบบ แนวคิดดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลสุขภาพแบบเป็นครั้งคราวตามเหตุการณ์ (episodic care) ไปสู่การจัดการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเฉพาะบุคคล (continuous and personalized health management) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของระบบสุขภาพสมัยใหม่ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน [7]

2. กรอบแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิต

กรอบแนวคิดด้านสุขภาพที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาโมเดลชีวเวชศาสตร์สามารถอธิบายได้ผ่านการบูรณาการของสองแนวคิดหลัก ได้แก่ สุขภาพแบบองค์รวม (holistic wellness) และเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ซึ่งมีพัฒนาการเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติที่สอดคล้องกัน และมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ของระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 [5,8,10] แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมมีรากฐานจากกรอบชีว-จิต-สังคม (biopsychosocial model) ซึ่งอธิบายว่าสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม [8] ต่อมา แนวคิดดังกล่าวได้รับการพัฒนาให้ครอบคลุมมิติของสิ่งแวดล้อมและบริบทการดำรงชีวิตมากขึ้น โดยมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าสภาพแวดล้อมสามารถมีอิทธิพลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ [4,11] ภายใต้กรอบนี้ สุขภาพจึงมิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรค แต่เป็นภาวะของความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม [12]

ในขณะเดียวกัน เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการแพทย์เชิงป้องกันที่มุ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดความเสี่ยงและชะลอความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ [5,13] แนวคิดนี้มีกรอบอธิบายผ่านองค์ประกอบหลักหกด้าน ได้แก่ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญของสุขภาพในระยะยาว การประยุกต์ใช้แนวคิดทั้งสองในบริบทของชีวเวชศาสตร์สะท้อนผ่านการออกแบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยใช้กระบวนการที่เป็นระบบและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การบูรณาการดังกล่าวช่วยให้การดูแลสุขภาพมิได้จำกัดอยู่เพียงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า แต่เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะยาว

ในเชิงแนวคิด การบูรณาการระหว่างสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถอธิบายได้ว่าเป็นการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) กับการออกแบบการแทรกแซง (intervention design) อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ การเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพในหลายมิติ และการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ตอบสนองต่อปัจจัยเหล่านั้นอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงครอบคลุมทั้งการลดความเสี่ยงของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ดังนั้น กรอบแนวคิดของชีวเวชศาสตร์จึงมิใช่เพียงการผสมผสานแนวคิดหลายด้านเข้าด้วยกัน แต่เป็นการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพเชิงพฤติกรรมที่เชื่อมโยงองค์ความรู้ทางการแพทย์ พฤติกรรมมนุษย์ และสิ่งแวดล้อมเข้าไว้ด้วยกันอย่างบูรณาการ

3. โมเดลการให้บริการ: โปรแกรมสุขภาพแบบบูรณาการ

หนึ่งในลักษณะเด่นของชีวเวชศาสตร์ อินเทอร์เน็ต ชีวเวชศาสตร์ คือการพัฒนาโมเดลการให้บริการสุขภาพในรูปแบบโปรแกรมแบบมีโครงสร้าง (structured program) ซึ่งแตกต่างจากการให้บริการด้านสุขภาพหรือสปาในรูปแบบดั้งเดิมที่มักเป็นกิจกรรมแบบแยกส่วน โดยโมเดลดังกล่าวมีลักษณะเป็นระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงการประเมิน การแทรกแซง และการติดตามผลเข้าไว้ด้วยกันอย่างต่อเนื่อง [14] ในเชิงแนวคิด โมเดลนี้สอดคล้องกับหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการแพทย์เชิงป้องกัน ซึ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว โดยอาศัยการออกแบบบริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล [5,13] แนวทางดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลสุขภาพแบบเป็นครั้งคราว (episodic care) ไปสู่การดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องและเชิงรุก (continuous and proactive care) [6]

กระบวนการให้บริการสามารถอธิบายได้ในลักษณะของวงจรการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมิน การแทรกแซง และการติดตามผล โดยในระหว่างการประเมินสุขภาพ มีการรวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ พฤติกรรม และจิตสังคม ผ่านการตรวจร่างกาย การประเมินโภชนาการ สมรรถภาพทางกาย ตลอดจนการประเมินสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม [8,12] ภายหลังจากการประเมิน จะเข้าสู่ระยะการแทรกแซง ซึ่งเป็นการออกแบบแผนการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล โดยผสมผสานองค์ประกอบของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม [13] การแทรกแซงดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่เพียงการให้คำแนะนำ แต่รวมถึงการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้และการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านกระบวนการโค้ชสุขภาพ (health coaching) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน [15]

ในระยะสุดท้าย คือการติดตามผล ซึ่งมีการประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการแทรกแซงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล กระบวนการนี้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพใหม่สามารถคงอยู่ได้ในระยะยาว และลดโอกาสของการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม [15] นอกจากนี้ โมเดลการให้บริการยังมีการจัดโปรแกรมสุขภาพตามเป้าหมายเฉพาะ เช่น การฟื้นฟูภาวะหมดไฟ การปรับสมดุลเมตาบอลิซึม และการส่งเสริมการมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสะท้อนแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย

โดยสรุป โมเดลการให้บริการของชีวเวชศาสตร์สามารถอธิบายได้ว่าเป็นระบบการจัดการสุขภาพเชิงพฤติกรรมที่บูรณาการองค์ความรู้ทางการแพทย์ พฤติกรรมมนุษย์ และการออกแบบประสบการณ์สุขภาพเข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพกลายเป็นผลลัพธ์สำคัญของกระบวนการดูแล

4. พัฒนาการของโมเดลและการขยายตัว

พัฒนาการของชีวาศรม อินเทอร์เน็ตชั้นแนล เฮลท์ รีสอร์ท สามารถอธิบายได้ในลักษณะของการเติบโตเชิงระบบ จากการเป็นสถานบริการสุขภาพเชิงแนวคิดในระยะเริ่มต้น ไปสู่การเป็นแพลตฟอร์มด้านสุขภาพและความยั่งยืนในระดับนานาชาติ¹⁴ ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพในระดับโลกจากการรักษาโรคไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค [1,2] ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนา (ประมาณ พ.ศ. 2538–2553) ชีวาศรมมุ่งเน้นการสร้างที่น่าเชื่อถือในฐานะสถานบริการสุขภาพแบบบูรณาการ โดยให้ความสำคัญกับการผสมผสานองค์ความรู้ทางการแพทย์เข้ากับการดูแลสุขภาพเชิงองค์รวม และการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีโครงสร้างชัดเจน ซึ่งเป็นการวางรากฐานของโมเดลการดูแลสุขภาพที่เน้นการประเมินแบบองค์รวมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว [5,13]

ในระยะการเติบโตและพัฒนา (ตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา) มีการขยายขอบเขตของบริการไปสู่การบูรณาการกับบริการทางการแพทย์มากขึ้น โดยมีการนำเทคโนโลยีด้านการตรวจวินิจฉัย การประเมินความเสี่ยง และการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาโปรแกรมเฉพาะด้าน เช่น การจัดการโรคเมตาบอลิซึม การฟื้นฟูภาวะหมดไฟ และการส่งเสริมการมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของระบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรัง [2,6]

ในด้านการขยายตัว ชีวาศรมได้พัฒนาโมเดลไปสู่บริบทระดับนานาชาติ โดยมีการนำแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนศักยภาพของโมเดลในการปรับใช้และขยายผลในระดับสากล

ในด้านการยอมรับระดับสากล ชีวาศรมได้รับรางวัลและการจัดอันดับจากองค์กรและสื่อด้านการท่องเที่ยวและสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงมาตรฐานและคุณภาพของบริการที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ [14]

เมื่อพิจารณาในเชิงระบบ พัฒนาการของชีวาศรมสามารถอธิบายได้ผ่านการเปลี่ยนผ่านในสามมิติสำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นการรักษาโรคไปสู่การเพิ่มพูนศักยภาพสุขภาพ การเปลี่ยนจากการให้บริการแบบแยกส่วนไปสู่การเป็นระบบบริการแบบบูรณาการ และการเปลี่ยนจากสถานบริการด้านสุขภาพไปสู่การเป็นแพลตฟอร์มสนับสนุนการมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

อภิปราย

ผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาของชีวาศรม อินเทอร์เน็ตชั้นแนล เฮลท์ รีสอร์ท แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาของโมเดลสุขภาพแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับแนวโน้มของระบบสุขภาพโลกในศตวรรษที่ 21 ซึ่งกำลังเปลี่ยนผ่านจากการมุ่งเน้นการรักษาโรคไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มพูนคุณภาพ

ชีวิตในระยะยาว [1,2] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับภาระของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของพฤติกรรมสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ [5,13]

ในเชิงแนวคิด โมเดลของชีวาศรมสะท้อนการบูรณาการระหว่างสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพกับการออกแบบการแทรกแซงเชิงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยกรอบชีวะ-จิต-สังคม และการออกแบบสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพเป็นฐานสำคัญ [4,8,12] แนวทางดังกล่าวช่วยขยายขอบเขตของการดูแลสุขภาพจากระดับการรักษาไปสู่การสร้างเสริมศักยภาพของมนุษย์ในระยะยาว

ในเชิงระบบบริการ โมเดลแบบโปรแกรมของชีวาศรมสามารถพิจารณาได้ว่าเป็นรูปแบบของแพลตฟอร์มสุขภาพเชิงพฤติกรรมที่ผสานการประเมิน การแทรกแซง และการติดตามผลเข้าไว้ด้วยกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแตกต่างจากระบบบริการสุขภาพแบบดั้งเดิมที่มีลักษณะเป็นการดูแลแบบแยกส่วนและเน้น การรักษาเฉพาะโรค แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวโน้มของระบบสุขภาพสมัยใหม่ที่มุ่งเน้นการดูแลแบบต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพ [6]

นอกจากนี้ โมเดลของชีวาศรมยังสะท้อนการเปลี่ยนแปลงจากการให้บริการไปสู่การสร้างประสบการณ์สุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการได้รับสามารถส่งผลต่อแรงจูงใจและความสามารถในการนำพฤติกรรมสุขภาพไปใช้ในชีวิตจริงได้อย่างมีนัยสำคัญ [15] อย่างไรก็ตาม แม้โมเดลดังกล่าวจะมีศักยภาพสูงในการเป็นต้นแบบของระบบสุขภาพเชิงป้องกัน แต่ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการของประชากรทั่วไป ความท้าทายในการขยายโมเดลไปสู่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐ และความจำเป็นในการพัฒนากำลังคนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเป็นระบบ

โดยสรุป โมเดลของชีวาศรมมิได้เป็นเพียงนวัตกรรมในระดับองค์กร แต่เป็นตัวอย่างของการเปลี่ยนผ่านเชิงระบบของการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่างวิทยาศาสตร์สุขภาพ พฤติกรรมมนุษย์ และเศรษฐกิจสุขภาพ ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต

ข้อเสนอเชิงระบบและทิศทางการพัฒนาในระดับประเทศ

กรณีศึกษาของชีวาศรมแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของประเทศไทยในการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงป้องกันควบคู่กับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของสังคมสูงวัยและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น [1,2] โดยในระดับระบบบริการสุขภาพ การบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่บริการปฐมภูมิและบริการสำหรับโรคเรื้อรัง จะช่วยให้การดูแลสุขภาพมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการป้องกันโรค [5,13]

ในด้านสิ่งแวดล้อม การนำแนวคิดสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบเมือง ชุมชน และสถานที่ทำงาน สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น การเพิ่มกิจกรรมทางกายและการลดความเครียด ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนถึงผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ [4]

ในด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาอุตสาหกรรมสุขภาพและเวลเนสในลักษณะของการเชื่อมโยงบริการสุขภาพ การท่องเที่ยว และนันทกรรม จะช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ และยกระดับประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพในระดับนานาชาติ¹

นอกจากนี้ การพัฒนากำลังคนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาพแบบองค์รวมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรองรับความต้องการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาหลักสูตร การฝึกอบรม และระบบรับรองมาตรฐานอย่างเป็นระบบ

สรุป

ตลอดระยะเวลากว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ชีวาศรม อินเทอร์เน็ตชั้นนำ แล เฮลท์ รีซอร์ท ได้พัฒนาจากแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมไปสู่การเป็นโมเดลการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีบทบาทในระดับนานาชาติ โดยการบูรณาการองค์ความรู้ด้านสุขภาพแบบองค์รวม เวชศาสตร์วิถีชีวิต และการออกแบบประสบการณ์สุขภาพเข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โมเดลของชีวาศรมมีความสอดคล้องกับแนวโน้มของระบบสุขภาพโลกที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากการมุ่งเน้นการรักษาโรคไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสังคมสูงวัยที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในเชิงแนวคิด การผสมผสานระหว่างสุขภาพแบบองค์รวมและเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยให้เกิดกรอบการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ขณะที่ในเชิงปฏิบัติ โมเดลการให้บริการแบบโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจน ช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว

โดยสรุป ชีวาศรมมิได้เป็นเพียงสถานบริการด้านสุขภาพ แต่เป็นต้นแบบของการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคตที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน ผ่านการบูรณาการองค์ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกแบบสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ และการบูรณาการองค์ความรู้จากหลากหลายศาสตร์เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. Global Wellness Institute. *Global Wellness Economy Monitor 2023*. Miami (FL): Global Wellness Institute; 2023.
2. World Health Organization. *Noncommunicable diseases: Key facts*. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*. 1998;338(3):171–179.
4. Ulrich RS. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *J Environ Psychol*. 1991;11(3):201–230.
5. Egger G. Lifestyle medicine: managing diseases of lifestyle in the 21st century. *Med J Aust*. 2009;190(3):143–145.
6. Chiva-Som International Health Resort. *About Chiva-Som*. Hua Hin: Chiva-Som; 2024.
7. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva: World Health Organization; 2005.
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–136.
9. National Center for Complementary and Integrative Health. *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* Bethesda (MD): NCCIH; 2021.
10. American College of Lifestyle Medicine. *Lifestyle Medicine Core Competencies Program*. 2022.
11. Ulrich RS. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. *J Environ Psychol*. 2001;21(2):131–146.
12. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization; 1948.
13. Ornish D. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*. 1998;280(23):2001–2007.
14. Chiva-Som International Health Resort. *Chiva-Som philosophy and program overview*. Hua Hin: Chiva-Som; 2024.
15. Prochaska JO. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38–48.

บทบาทของสุขภาพทางเพศต่อการมีอายุยืนยาว: มุมมองแบบบูรณาการทางศาสตร์ระบบ
ปัสสาวะ และเวชศาสตร์วิถีชีวิต

THE ROLE OF SEXUAL HEALTH IN LONGEVITY: AN INTEGRATIVE PERSPECTIVE FROM
UROLOGY AND LIFESTYLE MEDICINE

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

สุขภาพทางเพศ (Sexual health) ไม่ได้เป็นเพียงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดี ดัชนีชี้วัดความ
แข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับกลไก
การมีอายุยืนยาว (Longevity) ทั้งในเพศชายและเพศหญิง บทความทบทวนวรรณกรรมนี้มุ่งนำเสนอความ
เชื่อมโยงระหว่างพยาธิสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์และการเสื่อมถอยของเซลล์ (Cellular senescence)
บทบาทของ Nitric Oxide (NO), ความยาวของเทโลเมียร์ (Telomere), และสมดุลของฮอร์โมน ด้วยการมอง
ผ่านเลนส์ของศาสตร์ระบบปัสสาวะ และเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
(Erectile Dysfunction; ED) ในเพศชายมีความชัดเจน และถือเป็นตัวบ่งชี้ล่วงหน้าของภาวะเยื่อหลอดเลือด
ทำงานผิดปกติ (Endothelial dysfunction) นอกจากนี้ กิจกรรมทางเพศที่มีคุณภาพยังส่งผลต่อการหลั่ง
ฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ด้านความเครียด เช่น Oxytocin และ DHEA ซึ่งมีส่วนช่วยในการปกป้องความยาวของเทโล
เมียร์ (Telomere) การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 ประการ เข้ากับนวัตกรรมทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู อาทิเช่น
การใช้พลาสมาที่มีเกล็ดเลือดเข้มข้น (PRP), เซลล์บำบัด (Stem cells) และ Enhanced External Counter
Pulsation (EECP) ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ แต่ยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพหลอดเลือดแบบ
องค์รวม ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มทั้งอายุขัย (Lifespan) และช่วงเวลาของการมีสุขภาพดี (Health Span)

คำสำคัญ: สุขภาพทางเพศ; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; การโค้ชสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; คุณภาพชีวิต; อายุยืน;
สุขภาพดียั่งยืน

Abstract

Sexual health is not merely a component of a good quality of life; it serves as a vital indicator of cardiovascular, neurological, and endocrine system integrity, which is directly correlated with longevity mechanisms in both men and women. This review article aims to elucidate the interplay between reproductive pathophysiology and cellular senescence, highlighting the roles of nitric oxide (NO), telomere length, and hormonal balance through the lenses of urology and lifestyle medicine. Specifically, erectile dysfunction (ED) in men is a highly evident and recognized early predictor of endothelial dysfunction. Furthermore, quality sexual activity promotes the secretion of anti-stress hormones, such as oxytocin and DHEA, which contribute to the preservation of telomere length. The integration of the six pillars of lifestyle medicine with regenerative medical innovations including platelet-rich plasma (PRP), stem cell therapy, and Enhanced External Counter Pulsation (EECP) not only restores sexual function but also enhances holistic vascular health. Ultimately, this comprehensive approach leads to the extension of both lifespan and health span.

Keywords: Sexual health; Lifestyle medicine; Health coaching; Health behavior; Quality of life; Longevity

บทนำ

ในทศวรรษที่ผ่านมา กระบวนทัศน์ทางการแพทย์ได้เปลี่ยนผ่านจากการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว (Pathogenesis) ไปสู่การส่งเสริมสภาวะสุขภาพให้สมบูรณ์สูงสุด (Salutogenesis) โดยเฉพาะในศาสตร์ของ เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle medicine) และศาสตร์ของ Longevity ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามของสุขภาพทางเพศว่าเป็นการบูรณาการด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคมเข้าด้วยกัน [1]

งานวิจัยทางระบาดวิทยาหลายฉบับชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตทางเพศและมีกิจกรรมทางเพศอย่างสม่ำเสมอ มีอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (All-cause mortality) และอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความพึงพอใจ [2] สำหรับสัณยแพทย์ระบบสืบสาวะ และแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตแล้ว การประเมินสุขภาพทางเพศ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นหนึ่งในตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarker) ที่มีความไวสูงต่อความผิดปกติของระบบหลอดเลือด ระบบฮอร์โมน และระบบประสาทก่อนที่จะแสดงอาการทางคลินิกของโรคเรื้อรังอื่นๆ การทำความเข้าใจในมิตินี้สำหรับทั้งสองเพศ จึงเป็นกุญแจสำคัญในการวินิจฉัยและป้องกันโรคตั้งแต่วัยอยู่ในระยะแฝง [3] เปรียบเสมือนการมองผ่าน "หน้าต่าง" เพื่อประเมินสุขภาพของระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกาย [4]

ในเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เรามักเน้นเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการนอนหลับ แต่เสาหลักที่มักถูกมองข้ามแต่มีพลังมหาศาลคือ "Social Connection" หรือความสัมพันธ์ทางสังคม การมีความสัมพันธ์ที่ย่ำแย่ หรือความรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness) ส่งผลเสียต่อสุขภาพเทียบเท่ากับการสูบบุหรี่ถึง 15 มวนต่อวัน และอันตรายกว่าการไม่ออกกำลังกายหรือโรคอ้วนเสียอีก [5] ในส่วนของสุขภาพทางเพศก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีความเกี่ยวพันกับความสัมพันธ์ทางสังคมในขนาดเล็ก คือครอบครัว

The Harvard Study of Adult Development: งานวิจัยที่ใช้เวลายาวนานที่สุดในโลก (กว่า 85 ปี) ติดตามชีวิตคนตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นจนถึงบั้นปลายชีวิต ข้อสรุปที่ชัดเจนที่สุดจากงานวิจัยนี้คือ Good genes are nice, but joy is better ความสัมพันธ์ที่ดีและอบอุ่นคือปัจจัยอันดับหนึ่งที่ปกป้องสมองและร่างกายของเราจากความเสื่อมถอย [6]

The Roseto Effect: ปรากฏการณ์ของเมือง Roseto ในอเมริกาช่วงปี 1960s ที่ประชากรแทบไม่มีใครเป็นโรคหัวใจเลย แม้จะกินอาหารที่มีไขมันสูงและสูบบุหรี่จัด นักวิจัยพบว่า ความลับไม่ใช่อาหารหรือยีน แต่คือโครงสร้างทางสังคมที่แน่นแฟ้น การอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ และการเกื้อกูลกันในชุมชน ซึ่งช่วยลดความเครียดเรื้อรังได้อย่างสิ้นเชิง [7]

สรีรวิทยาของสุขภาพทางเพศและผลเชื่อมโยงต่อสุขภาพ (Physiological Links)

1. บทบาทของ Nitric Oxide (NO) และการทำงานของผนังหลอดเลือด (Endothelial Function)

กลไกพื้นฐานที่สำคัญที่สุดที่เชื่อมโยงสุขภาพทางเพศกับความชราภาพของหลอดเลือดคือการทำงานของเยื่อชั้นในหลอดเลือด หรือผนังหลอดเลือด (Endothelium) การแข็งตัวของอวัยวะเพศต้องอาศัยการปลดปล่อย Nitric Oxide (NO) อย่างเพียงพอเพื่อกระตุ้นกระบวนการขยายตัวของหลอดเลือด (Vasodilation) [8]

ภาวะที่เซลล์บุหลอดเลือดสูญเสียความสามารถในการสร้าง NO (Endothelial dysfunction) เป็นพยาธิสภาพแรกเริ่มของกระบวนการหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งมักแสดงอาการทางคลินิกผ่านภาวะ ED ก่อนหน้าที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ถึง 3-5 ปี [9] การรักษาสมรรถภาพทางเพศให้แข็งแรงจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรักษาความยืดหยุ่นของหลอดเลือดทั่วร่างกาย เนื่องจากหลอดเลือดบริเวณอวัยวะเพศมีขนาดเล็กกว่าหลอดเลือดหัวใจ (Artery Size Hypothesis) การเสื่อมถอยของระดับเทสโทสเตอโรน (Andropause) ไม่เพียงส่งผลต่อความต้องการทางเพศ แต่ยังสัมพันธ์กับการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Sarcopenia) ความอ้วน หรือการสะสมของไขมันในร่างกายตามส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง และการดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งเป็นปัจจัยเร่งความชรา และการเสื่อมของเซลล์

2. ระบบประสาทต่อมไร้ท่อและกลไกความผูกพัน (Neuroendocrine-Immune Responses)

กิจกรรมทางเพศที่ตามมาด้วยการถึงจุดสุดยอด (Orgasm) จะกระตุ้นให้ระบบประสาทส่วนกลางที่เราเรียกว่า ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (HPA Axis & Oxytocin) โดยเฉพาะความสัมพันธ์ที่ดี และการสัมผัสเชิงบวก จะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ Oxytocin, Endorphins, และ Prolactin [10] ในขณะเดียวกันก็ลดระดับฮอร์โมนแห่งความเครียดอย่าง Cortisol ลง [11] สภาวะนี้ช่วยลดระดับการอักเสบเรื้อรัง (Chronic low-grade inflammation หรือ Inflammaging) นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่ลึกซึ้ง (Emotional intimacy) ยังมีการหลั่ง The Youth Hormone DHEA (Dehydroepiandrosterone) จากต่อมหมวกไต หลังการมีกิจกรรมทางเพศที่พึงพอใจ มีความผูกพันทางใจอย่างมั่นคง (Secure attachment) จึงทำให้ DHEA ได้รับการขนานนามว่าเป็นฮอร์โมนต้านความชรา ช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ทำให้เซลล์อายุยืนขึ้น และเสริมสร้างการทำงานของสมอง [12]

ในเพศหญิง สุขภาพทางเพศมีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับระบบประสาท และต่อมไร้ท่ออย่างมาก โมเดลการตอบสนองทางเพศของผู้หญิง (Female Sexual Response Model) ชี้ให้เห็นว่า ความต้องการทางเพศของผู้หญิงมีความซับซ้อนและผูกมัดกับคุณภาพของความสัมพันธ์และความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Intimacy) มากกว่าผู้ชาย ความรู้สึกเป็นที่รักและได้รับการดูแล จะกระตุ้น Reward Center ใน

สมองและหลัง Oxytocin ซึ่งทำหน้าที่เป็นยาแก้ปวดตามธรรมชาติ (Natural Analgesic) จึงช่วยให้การปวดประจำเดือนน้อยกว่าหากมีความสัมพันธ์ที่สามารถตอบสนองความพึงพอใจ และช่วยลดอาการซึมเศร้า [13] และเมื่อมีการลดลงของเอสโตรเจนในช่วงวัยทอง (Menopause) ที่นำไปสู่ภาวะ Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) ซึ่งส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดในอุ้งเชิงกรานและความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อที่ลดลงทำให้เราพบปัญหาด้านความสัมพันธ์ที่ไม่ดีหลายประการและมีความเครียด มีระดับ Cortisol ที่สูงขึ้น แต่หากความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงบวก และสามารถทำให้เกิดความพึงพอใจทางเพศในผู้หญิง จะพบความสัมพันธ์ในการลดระดับ Cortisol และมีการเพิ่มขึ้นของ Oxytocin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยลดการอักเสบในร่างกาย ลึกลงไปในระดับยีนและเทโลเมียร์ (Epigenetics & Telomeres): งานวิจัยพบว่า ความเครียดทางสังคมที่เรื้อรังส่งผลให้เทโลเมียร์ (ส่วนปลายของโครโมโซมที่บ่งบอกอายุขัยของเซลล์) หดสั้นลงเร็วกว่าปกติ ในขณะที่ความสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและสนับสนุนเกื้อกูลกัน ช่วยรักษาความยาวของเทโลเมียร์ [14] และชะลอกระบวนการ Methylation ของ DNA ทำให้เซลล์อ่อนเยาว์และฟื้นฟูตัวเองได้ดีขึ้น [15]

ดังที่ทราบมาแล้วว่าหลังการมีความใกล้ชิดหรือการถึงจุดสุดยอด ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) ออกมาในปริมาณสูง ประกอบกับระดับ Oxytocin ที่เพิ่มขึ้น จะเป็นกลไกธรรมชาติที่ช่วยลด Cortisol อย่างฉับพลัน ทำให้ทั้ง 2 เพศสามารถเข้าสู่ภาวะหลับลึก (Deep Sleep) ได้ดีขึ้น ซึ่งการนอนหลับที่มีคุณภาพคือรากฐานสำคัญของ Longevity โดยเฉพาะในการช่วยบรรเทาอาการของสตรีวัยหมดประจำเดือน (Menopause) ที่นอนหลับยาก [16]

3. ระบบภูมิคุ้มกันและการอักเสบ (Immune System & Cytokines)

ความเหงา (Loneliness) ถูกอ่านรหัสโดยร่างกายว่าเป็นภัยคุกคาม ส่งผลให้ร่างกายอยู่ในโหมด Fight or Flight ตลอดเวลา ทำให้เกิดการหลั่ง Pro-inflammatory Cytokines (เช่น IL-6) เพิ่มขึ้น ซึ่งการอักเสบเรื้อรัง (Chronic Inflammation) นี้คือรากฐานของโรค NCDs และความชรา [17] อีกทั้งยังสามารถช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและความต้านทานต่อโรคติดเชื้อด้วยการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System Boost) มีการศึกษาในรัฐเพนซิลเวเนียพบว่า คู่รักที่มีกิจกรรมทางเพศอย่างสม่ำเสมอในระดับพอดี (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) มีระดับแอนติบอดี Immunoglobulin A (IgA) ในน้ำลายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศถึง 30% ซึ่ง IgA เป็นด่านแรกของระบบภูมิคุ้มกันในการป้องกันไวรัสและเชื้อหวัด [18]

กลไกในระดับเซลล์ที่เชื่อมโยงกับ Longevity

ตารางที่ 1 กลไกทางชีวภาพ

กลไกทางชีวภาพ	ผลต่อสุขภาพทางเพศ	ผลต่อการใช้ชีวิตที่ยืนยาว (Longevity)
Nitric Oxide (NO)	กระตุ้นการขยายตัวของหลอดเลือดเพื่อ การแข็งตัวและการหล่อลื่น	รักษาความยืดหยุ่นของหลอดเลือดทั่ว ร่างกาย ป้องกันความดันโลหิตสูง

กลไกทางชีวภาพ	ผลต่อสุขภาพทางเพศ	ผลต่อการมีอายุยืนยาว (Longevity)
Telomere Maintenance	กิจกรรมทางเพศที่สม่ำเสมอและมีความสุขช่วยลด Stress-induced shortening	ชะลอการเสื่อมสภาพของเซลล์ (Cellular Senescence)
Hormonal Synergy	สมดุลของ DHEA, Oxytocin และ Sex Steroids	เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันและลดการอักเสบเรื้อรัง (Inflammaging)

อย่างไรก็ดี การมีสุขภาพทางเพศที่ดีในศาสตร์ Longevity เราไม่ได้มองแค่ชีวิตที่ยืนยาว แต่ควรมองไปถึง Sexual Longevity (อายุขัยทางเพศที่ยืนยาวและมีคุณภาพ) [19] เพราะเมื่อสรีระทุกคนต้องร่วงโรยไปตามวัย การมีคู่อุปถัมภ์ที่พร้อมจะปรับตัวจากเช็ทส์ที่เน้นสมรรถนะทางกายไปสู่เช็ทส์ที่เน้นความเชื่อมโยงทางจิตวิญญาณ จึงเป็นความสมดุลทางเพศที่สวยงาม (Optimal Sexuality) จะช่วยให้เรามีช่วงเวลาบั้นปลายที่เต็มไปด้วยความอบอุ่นและลึกซึ้ง ในทางจิตวิทยาคลินิก ตัวชี้วัดสำคัญของความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนคือ Perceived Partner Responsiveness หรือการเป็นพื้นที่ปลอดภัยที่ทำให้พาร์ทเนอร์รู้สึกว่าเขามีคนรับฟังและเข้าใจ [20] การที่เราเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้ใครสักคนกล้าเปิดเผยความเปราะบาง (Vulnerability) ทั้งในชีวิตประจำวันและบนเตียง คือของขวัญที่ยืดอายุขัยและเติมเต็มคุณภาพชีวิตให้กันและกันได้อย่างแท้จริง

การทำ Sensate Focus (การเจริญสติผ่านผัสสะ) แบบไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์ ไม่ต้องมีการสอดใส่ [21] เช่น การกอดกัน 20 วินาที หรือการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ (Skin-to-skin) โดยไม่มีเป้าหมายว่าจะต้องจบลงที่การสอดใส่ เทคนิคในทางเพศบำบัดนี้ช่วยลดลือกความคาดหวัง ลดความกังวล (Performance Anxiety) และเปิดโอกาสให้ฮอร์โมนแห่งความผูกพัน (Oxytocin) หลั่งออกมาอย่างเต็มที่ก็เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งได้โดยเฉพาะวัยสูงอายุที่ร่างกายไม่ได้แข็งแรงเช่นเดิมแล้ว

บทสรุป

สุขภาพทางเพศมิได้จำกัดอยู่เพียงมิติของการสืบพันธุ์หรือสมรรถภาพทางกาย หากแต่เป็นหน้าต่างบานสำคัญที่สะท้อนถึงสุขภาพองค์รวมอย่างลึกซึ้ง (Systemic biomarker) ทั้งในด้านความยืดหยุ่นของระบบหลอดเลือด สมดุลของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ไปจนถึงความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกัน การเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ทางการแพทย์สู่เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) และเวชศาสตร์อายุรวัฒน์ (Longevity Medicine) ได้ประจักษ์ชัดแล้วว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกื้อกูลและความพึงพอใจในชีวิตคู่ คือกลไกการแทรกแซงระดับอีพิเจเนติกส์ (Epigenetic intervention) ที่ทรงอำนาจ ซึ่งสามารถปกป้องความยาวของเทโลเมียร์ ลดภาวะการอักเสบเรื้อรัง และชะลอความชราภาพของเซลล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในการบูรณาการทางคลินิก การก้าวข้ามจากการรักษาพยาบาลเฉพาะส่วน ไปสู่การส่งเสริมสภาวะสุขภาพให้สมบูรณ์สูงสุด (Salutogenesis) ถือเป็นหัวใจสำคัญ การประเมินสุขภาพทางเพศอย่างละเอียดถี่ถ้วนไม่เพียงช่วยให้แพทย์สามารถตรวจพบสัญญาณเตือนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะแฝง แต่ยังเป็นโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตผ่านเสาหลักต่าง ๆ เพื่อยกระดับไปสู่อายุขัยทางเพศที่ยืนยาวและมีคุณภาพ (Sexual Longevity)

ท้ายที่สุด เมื่อสรีระเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ความมั่งคั่งของสภาวะทางเพศจึงอยู่ที่ความยืดหยุ่นและการปรับตัว การผสมผสานความเข้าใจทางจิตวิทยาร่วมกับการสัมผัสอย่างมีสติ (Sensate Focus) และการเป็นพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ให้แก่นัก (Perceived partner responsiveness) จะช่วยเปลี่ยนผ่านความคาดหวังจากสมรรถนะทางสรีรวิทยา ไปสู่ความเชื่อมโยงทางจิตวิญญาณที่ลึกซึ้ง การบูรณาการศาสตร์ทางการแพทย์เข้ากับศิลปะแห่งความสัมพันธ์นี้ ไม่เพียงแต่มอบการมีอายุขัยที่ยืนยาว แต่ยังเป็นการรังสรรค์ขึ้นปลายชีวิตที่เปี่ยมไปด้วยคุณภาพ ความสงบงาม และความหมายอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva.
2. Smith, G. D., Frankel, S., & Yarnell, J. (1997). Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study. *BMJ*, 315(7123), 1641-1644.
3. World Health Organization. (2010). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*.
4. Montorsi, P., et al. (2003). Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *European Urology*, 44(3), 360-364.
5. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
6. Waldinger, R. J., & Schulz, M. S. (2016). What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging*, 31(2), 122–131. (Harvard Study of Adult Development)
7. Egolf, B., Lasker, J., Wolf, S., & Potvin, L. (1992). The Roseto effect: a 50-year comparison of mortality rates. *American Journal of Public Health*, 82(8), 1089-1092.

8. Ignarro, L. J., et al. (1990). Nitric oxide and cyclic GMP formation upon electrical field stimulation cause relaxation of corpus cavernosum smooth muscle. *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 170(2), 843-850.
9. Jackson, G. (2013). Erectile dysfunction: a marker of silent coronary artery disease. *Heart*, 99(21), 1549-1550.
10. Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389-1398.
11. Brody, S. (2006). Blood pressure reactivity to stress is better for people who recently had penile-vaginal intercourse than for people who had other or no sexual activity. *Biological Psychology*, 71(2), 214-222.
12. Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*, 151(1), 54-61.
13. Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
14. Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., et al. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*, 101(49), 17312-17315.
15. Fiorito, G., et al. (2017). *Social Adversity and Epigenetic Aging: A Multi-cohort Study on Socioeconomic Differences in Peripheral Blood DNA Methylation*. Scientific Reports.
16. Brody, S., & Krüger, T. H. C. (2006). The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety. *Biological Psychology*, 71(3), 312-315.
17. Cole, S. W., et al. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biology*, 8(9), R189.
18. Charnetski, C. J., & Brennan, F. X. (2004). Sexual frequency and salivary immunoglobulin A (IgA). *Psychological Reports*, 94(3), 839-844.
19. Kleinplatz, P. J., et al. (2009). *The components of optimal sexuality: A portrait of "great sex"*. Canadian Journal of Human Sexuality.

20. Birnbaum, G. E., et al. (2016). Making sex happen: the interplay between perceived partner responsiveness and sexual desire. *Journal of Personality and Social Psychology*.
21. Weiner, L., & Avery-Clark, C. (2014). *Sensate Focus in Sex Therapy: The Illustrated Manual*. Routledge.

ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพ

AI FOR LIFESTYLE COACHING

วีระพันธ์ สุวรรณามัย

Veerapun Suvannamai

สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

Neurosurgical Specialist and Preventive Medicine Specialist (Lifestyle Medicine)

Email: veerapun.doc@gmail.com

บทคัดย่อ

ปัญญาประดิษฐ์ กำลังมีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิต บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพ โค้ชชีวิตรอบคอบตั้งแต่แนวคิดพื้นฐาน กลไกการทำงาน และศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย

เนื้อหาสำคัญอธิบายบทบาทของปัญญาประดิษฐ์ในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแบบทันเวลา การให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของผู้รับบริการ การใช้ระบบสนทนาอัตโนมัติและการเสริมแรงพฤติกรรมผ่านระบบดิจิทัลสุขภาพ

หลักฐานทางวิชาการชี้ว่าเทคโนโลยีดังกล่าวมีศักยภาพในการเพิ่มความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดด้านคุณภาพของหลักฐาน ความหลากหลายของรูปแบบการแทรกแซง และประเด็นด้านจริยธรรม

ในบริบทประเทศไทย การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์เข้ากับระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการและเสริมสร้างระบบสุขภาพเชิงป้องกัน แต่จำเป็นต้องมีกรอบกำกับดูแลและมาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการใช้งานอย่างปลอดภัยและยั่งยืน

คำสำคัญ: ปัญญาประดิษฐ์; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; การดูแลสุขภาพ; การเปลี่ยนพฤติกรรม; ดิจิทัลสุขภาพ

Abstract

Artificial Intelligence (AI) is increasingly transforming healthcare systems, particularly in health promotion and behavior change, which are central to Lifestyle Medicine. This article aims to synthesize current knowledge on AI for lifestyle coaching, including conceptual foundations, mechanisms, and potential applications in the Thai context.

AI technologies enable real-time health data analytics, personalized coaching, conversational agents, and behavioral reinforcement through digital health systems. Evidence suggests that these approaches can improve adherence to lifestyle modification, although limitations remain regarding heterogeneity of interventions, methodological quality, and ethical considerations.

In Thailand, integrating AI into healthcare systems offers opportunities to expand access and strengthen preventive care. However, appropriate governance frameworks and service standards are required to ensure safe and sustainable implementation.

Keywords: Artificial Intelligence; Lifestyle Medicine; Health Coaching; Behavior Change; Digital Health

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการนอนหลับไม่เพียงพอ [1]

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ได้รับการพัฒนาเพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการที่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตจริงยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ทรัพยากร และความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้รับบริการ [2]

ในบริบทดังกล่าว เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ (digital health) และโดยเฉพาะปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพยุคใหม่ รายงานการทบทวนเชิงนโยบายด้านปัญญาประดิษฐ์ในระบบสุขภาพ ชี้ให้เห็นว่า AI สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพทั้งในด้านการวินิจฉัย การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลแบบเฉพาะบุคคล³

การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชวิถีชีวิต (AI for Lifestyle Coaching) จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการแก้ไขข้อจำกัดของระบบสุขภาพแบบเดิม โดยใช้เทคโนโลยีในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการปรับตามบริบทของบุคคล และสามารถขยายการเข้าถึงบริการได้ในวงกว้าง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิด กลไก หลักฐานทางวิชาการ และแนวทางการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชวิถีชีวิต โดยเชื่อมโยงกับบริบทของประเทศไทย

ความหมายและหลักการสำคัญ

ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) หมายถึงระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถเรียนรู้ วิเคราะห์ และตัดสินใจจากข้อมูล โดยเลียนแบบกระบวนการทางสติปัญญาของมนุษย์ เช่น การเรียนรู้จากข้อมูล การรับรู้รูปแบบ และการให้เหตุผล [4] ในบริบทของดิจิทัลสุขภาพ ปัญญาประดิษฐ์มักถูกใช้ร่วมกับข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ (big data) และอุปกรณ์ดิจิทัล เช่น อุปกรณ์สวมใส่และแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง [5]

การโค้ชวิถีชีวิต (Lifestyle Coaching) เป็นกระบวนการสนับสนุนให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยอาศัยหลักการสำคัญ เช่น การสร้างแรงจูงใจ, ตั้งเป้าหมาย, การติดตามพฤติกรรมตนเอง และการเสริมแรงพฤติกรรม ซึ่งมีพื้นฐานจากทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม [6]

ปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชชีวิตจึงเป็นการบูรณาการระหว่างเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์กับหลักการโค้ชสุขภาพ เพื่อสร้างระบบสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีความแม่นยำและยืดหยุ่น โดยสามารถให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล (personalized coaching) ติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และปรับรูปแบบการแทรกแซงตามข้อมูลของผู้ใช้แบบพลวัต [7]

หลักการสำคัญของระบบโค้ชที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์ประกอบด้วย การให้บริการเฉพาะบุคคล (personalization) การขยายการเข้าถึงในระดับประชากร (scalability) การให้ข้อมูลย้อนกลับแบบทันที (real-time feedback) และการตัดสินใจบนฐานข้อมูล (data-driven decision making) ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพเมื่อเทียบกับรูปแบบดั้งเดิม [8]

กระบวนการและกลไกของปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชชีวิต

การทำงานของปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชชีวิตสามารถอธิบายได้ในลักษณะของระบบบูรณาการหลายองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ (data acquisition) ผ่านแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์สวมใส่ แอปพลิเคชันดิจิทัลสุขภาพ และระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสามารถสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน เช่น ระดับกิจกรรมทางกาย รูปแบบการนอนหลับ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างต่อเนื่อง [9]

ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล (data analytics) โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้ของเครื่อง (machine learning) เพื่อค้นหารูปแบบพฤติกรรมและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ จากนั้นระบบจะสร้างคำแนะนำเฉพาะบุคคล เช่น การปรับแผนการออกกำลังกายหรือการจัดตารางการนอนหลับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล [10]

องค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งคือการใช้ระบบสนทนาอัตโนมัติ (conversational agents หรือแชทบอต) ซึ่งสามารถสื่อสารกับผู้ใช้ในลักษณะโต้ตอบ ช่วยตั้งคำถามเชิงสะท้อน สนับสนุนการตัดสินใจ และเสริมแรงทางบวก โดยสอดคล้องกับหลักการสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม [11]

นอกจากนี้ ปัญญาประดิษฐ์ยังสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการแทรกแซงแบบปรับตามสถานการณ์ (adaptive intervention) โดยปรับระดับความเข้มข้นและรูปแบบของการโค้ชตามข้อมูลพฤติกรรมและความพร้อมของผู้ใช้ เช่น การส่งข้อความเตือนหรือคำแนะนำในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแทรกแซงแบบทันเวลา (just-in-time adaptive intervention: JITAI) [12]

โดยภาพรวม กลไกของปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชชีวิตเป็นการบูรณาการองค์ความรู้จากวิทยาศาสตร์ข้อมูล พฤติกรรมศาสตร์ และเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล และมีศักยภาพในการขยายผลในระดับประชากรในวงกว้าง กลไกดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพจาก

รูปแบบการดูแลที่เน้นการตอบสนองต่อโรค (reactive care) ไปสู่การดูแลเชิงรุกที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคและการจัดการพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

บทบาทของปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิดในการดูแลสุขภาพ

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิด (generative artificial intelligence) โดยเฉพาะแบบจำลองภาษาขนาดใหญ่ (large language models: LLMs) ได้พัฒนาอย่างก้าวกระโดดและเริ่มมีบทบาทสำคัญในระบบดิจิทัลสุขภาพ เนื่องจากสามารถประมวลผลภาษา เข้าใจบริบท และสร้างข้อความที่มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับการสื่อสารของมนุษย์ ซึ่งทำให้เทคโนโลยีดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ [13]

1. การโค้ชเชิงสนทนาอัจฉริยะและการขยายการเข้าถึงบริการ

แบบจำลองภาษาขนาดใหญ่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยโค้ชดิจิทัลที่สามารถสื่อสารกับผู้ใช้ในลักษณะโต้ตอบอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ภาษาธรรมชาติในการตั้งคำถามเชิงสะท้อน สนับสนุนการตั้งเป้าหมาย และช่วยให้ผู้ใช้สำรวจแรงจูงใจของตนเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการสร้างแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (motivational interviewing) [14]

ในเชิงระบบสุขภาพ ความสามารถดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อการแก้ไขข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะในบริบทที่บุคลากรสุขภาพมีจำนวนจำกัด การใช้ระบบโค้ชดิจิทัลสามารถช่วยให้การติดตามและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องนอกเวลารับบริการ ลดความแออัดของสถานบริการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ [15]

นอกจากนี้ การโค้ชผ่านระบบสนทนาอัตโนมัติยังช่วยลดความแตกต่างในการเข้าถึงบริการ (access inequity) โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือกลุ่มประชากรเปราะบาง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของนโยบายสุขภาพเชิงป้องกันในหลายประเทศ

2. การสร้างคำแนะนำเฉพาะบุคคลระดับลึกและผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

หนึ่งในศักยภาพสำคัญของปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิดคือความสามารถในการประมวลผลข้อมูลจากหลายมิติ ทั้งข้อมูลพฤติกรรม สุขภาพ และบริบททางสังคม เพื่อสร้างคำแนะนำที่มีความเฉพาะเจาะจงในระดับบุคคล (deep personalization) เช่น การออกแบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือการนอนหลับที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของผู้ใช้ [16]

การให้คำแนะนำในลักษณะดังกล่าวมีผลต่อการเพิ่มความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากผู้ใช้รับรู้ว่าคำแนะนำมีความเหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ที่เป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน [17]

ในเชิงนโยบาย การพัฒนาเครื่องมือที่สามารถให้บริการแบบเฉพาะบุคคลในระดับประชากร ถือเป็นการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจากรูปแบบมาตรฐานเดียวสำหรับทุกคนไปสู่การดูแลเฉพาะบุคคลในวงกว้าง ซึ่งเป็นทิศทางสำคัญของระบบสุขภาพยุคใหม่

3. การสนับสนุนการตัดสินใจและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิดยังสามารถทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจ โดยช่วยอธิบายข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนให้เข้าใจง่าย และช่วยให้ผู้ใช้สามารถเปรียบเทียบทางเลือกในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีเหตุผล [18]

นอกจากนี้ ระบบดังกล่าวยังสามารถสนับสนุนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) โดยปรับรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ใช้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (patient engagement) และความสำเร็จของการดูแลสุขภาพในระยะยาว [19]

ในระดับระบบสุขภาพ การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนถือเป็นกลไกสำคัญในการลดภาระโรคและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว เนื่องจากประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

4. การบูรณาการกับระบบดิจิทัลสุขภาพและการออกแบบระบบเชิงรุก

ศักยภาพของปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิดจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อทำงานร่วมกับระบบดิจิทัลสุขภาพอื่น เช่น อุปกรณ์สวมใส่และระบบติดตามพฤติกรรม ซึ่งสามารถให้ข้อมูลแบบทันทีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้ และนำไปสู่การออกแบบการแทรกแซงที่เหมาะสมในช่วงเวลาที่เหมาะสม [20] การบูรณาการดังกล่าวทำให้เกิดระบบโค้ชชีวิตแบบอัจฉริยะที่สามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ใช้แบบพลวัต และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตจริงได้อย่างต่อเนื่อง

ในเชิงนโยบาย การพัฒนาระบบลักษณะนี้จำเป็นต้องอาศัยการออกแบบสถาปัตยกรรมข้อมูล (data architecture) ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง และมีมาตรฐานด้านความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้งานในระดับประชากร

หลักฐานวิชาการเกี่ยวกับปัญญาประดิษฐ์ในการโค้ชชีวิต

หลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การแทรกแซงผ่านเทคโนโลยีสามารถช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพในหลายด้าน เช่น การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การควบคุมน้ำหนัก และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค[21]

การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมหลายการศึกษารายงานว่า การใช้ระบบโค้ชดิจิทัลที่มีองค์ประกอบของปัญญาประดิษฐ์สามารถเพิ่มระดับกิจกรรมทางกาย ลดน้ำหนักตัว และปรับปรุงตัวชี้วัดทางเมตาบอลิกได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ [22]

อย่างไรก็ตาม หลักฐานในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ความหลากหลายของรูปแบบการแทรกแซง ความแตกต่างของประชากรศึกษา ระยะเวลาติดตามที่ยังไม่ยาวเพียงพอ และการพึ่งพาข้อมูลที่รายงานด้วยตนเอง ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลลัพธ์ สำหรับปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิดและแบบจำลองภาษาขนาดใหญ่ แม้ว่าหลักฐานในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมยังมีจำนวนจำกัด แต่การศึกษาในระยะเริ่มต้นชี้ให้เห็นว่าระบบสนทนาอัตโนมัติสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพและมีศักยภาพในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในเชิงนโยบาย ข้อจำกัดดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติม โดยเฉพาะการศึกษาเชิงทดลองในระยะยาว และการวิจัยเชิงปฏิบัติการในบริบทจริง เพื่อสร้างหลักฐานที่เพียงพอสำหรับการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจเชิงระบบ

บทบาทและการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพในบริบทประเทศไทย

ประเทศไทยมีจุดแข็งสำคัญในด้านระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลไกหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ในการดูแลสุขภาพเข้ากับระบบดังกล่าวจึงมีศักยภาพสูงในการยกระดับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันในระดับประชากร [23]

ในระดับบริการปฐมภูมิ ปัญญาประดิษฐ์สามารถสนับสนุนกระบวนการคัดกรองความเสี่ยง การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล โดยช่วยลดภาระงานของบุคลากรสุขภาพ และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ซึ่งต้องอาศัยการปรับพฤติกรรมในระยะยาว [24]

ในระดับชุมชน อสม. สามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลสุขภาพที่มีปัญญาประดิษฐ์เป็นตัวช่วยในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น การบันทึกข้อมูล การประเมินความเสี่ยง และการให้คำแนะนำเบื้องต้น โดยมีระบบปัญญาประดิษฐ์ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยตัดสินใจที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและคุณภาพของการให้บริการ [25]

นอกจากนี้ การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลสุขภาพระดับประเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น ระบบบริการสุขภาพ อุปกรณ์สวมใส่ และแอปพลิเคชันสุขภาพ จะช่วยให้สามารถออกแบบระบบโค้ชชีวิตในระดับประชากรที่มีความต่อเนื่องและแม่นยำมากขึ้น โดยสามารถติดตามพฤติกรรม วิเคราะห์ความเสี่ยง และออกแบบการแทรกแซงที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม[26]

ในภาพรวม การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการโค่วิถีชีวิตในประเทศไทยมีศักยภาพในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพ-ชุมชน-เทคโนโลยีเข้าด้วยกัน และสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบสุขภาพเชิงป้องกันที่ยั่งยืน

ความท้าทาย ข้อจำกัด และจริยธรรม

แม้ว่าปัญญาประดิษฐ์จะมีศักยภาพสูงในการสนับสนุนการโค่วิถีชีวิต แต่การนำไปใช้ในระบบสุขภาพยังเผชิญความท้าทายหลายประการ ได้แก่

ประการแรก คือข้อจำกัดด้านคุณภาพของข้อมูล เนื่องจากระบบปัญญาประดิษฐ์ต้องอาศัยข้อมูลจำนวนมากในการเรียนรู้ หากข้อมูลมีความไม่ครบถ้วนหรือมีอคติ อาจส่งผลต่อความแม่นยำของคำแนะนำและอาจนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำในการดูแลสุขภาพ [27]

ประการที่สอง คือประเด็นด้านความเป็นส่วนตัวและการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหวสูง การใช้ปัญญาประดิษฐ์จึงต้องสอดคล้องกับกฎหมายและมาตรฐานด้านความปลอดภัย เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของประเทศไทย [28]

ประการที่สาม คือความน่าเชื่อถือและความโปร่งใสของระบบ โดยเฉพาะปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิด ซึ่งอาจให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือไม่สอดคล้องกับหลักฐานทางวิชาการ หากไม่มีระบบกำกับดูแลและการตรวจสอบที่เหมาะสม [29]

ประการที่สี่ คือความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี โดยกลุ่มประชากรบางส่วนอาจมีข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ ทักษะดิจิทัล หรือการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ซึ่งอาจทำให้ประโยชน์ของเทคโนโลยีไม่กระจายอย่างเท่าเทียม

ในด้านจริยธรรม การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการโค่วิถีชีวิตควรคำนึงถึงหลักการสำคัญ ได้แก่ การเคารพความเป็นอิสระของผู้รับบริการ (autonomy) การไม่ก่อให้เกิดอันตราย (non-maleficence) และความเป็นธรรม (justice) รวมถึงการกำกับดูแลโดยบุคลากรสุขภาพเพื่อป้องกันการใช้เทคโนโลยีอย่างไม่เหมาะสม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อให้การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการโค่วิถีชีวิตเกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ควรมีแนวทางเชิงนโยบายในหลายระดับ

ประการแรก ควรพัฒนากรอบกำกับดูแลปัญญาประดิษฐ์ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งมาตรฐานข้อมูล ความโปร่งใสของอัลกอริทึม และความรับผิดชอบของผู้พัฒนาและผู้ให้บริการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้งานในระดับประชากร

ประการที่สอง ควรสนับสนุนการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลสุขภาพระดับประเทศที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง และรองรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพฤติกรรม โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิและเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบ

ประการที่สาม ควรพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งบุคลากรวิชาชีพและ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการใช้ปัญญาประดิษฐ์และดิจิทัลสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำเทคโนโลยีไปใช้ในการดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประการที่สี่ ควรสนับสนุนการวิจัยในบริบทประเทศไทย โดยเฉพาะการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม การวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เพื่อสร้างหลักฐานที่เหมาะสมต่อการกำหนดนโยบาย

ประการที่ห้า ควรพิจารณารูปแบบการจ่ายค่าบริการที่สนับสนุนการดูแลเชิงป้องกัน เช่น การจ่ายแบบอิงคุณค่า (value-based care) เพื่อจูงใจให้เกิดการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะยาว [30]

บทสรุป

ปัญญาประดิษฐ์ โดยเฉพาะปัญญาประดิษฐ์เชิงกำเนิดและแบบจำลองภาษาขนาดใหญ่ มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลสุขภาพจากการดูแลที่จำกัดด้วยทรัพยากร ไปสู่ระบบที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง เฉพาะบุคคล และขยายผลในระดับประชากร

หลักฐานทางวิชาการในปัจจุบันสนับสนุนบทบาทของปัญญาประดิษฐ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดที่ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม

ในบริบทประเทศไทย การบูรณาการปัญญาประดิษฐ์เข้ากับระบบบริการปฐมภูมิ เครือข่าย อสม. และแพลตฟอร์มดิจิทัลสุขภาพระดับประเทศ เป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงป้องกัน อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยกรอบกำกับดูแล มาตรฐานการให้บริการ และการคุ้มครองข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยีอย่างปลอดภัย มีจริยธรรม และยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. American College of Lifestyle Medicine. *Lifestyle medicine core competencies*. Chesterfield (MO): American College of Lifestyle Medicine; 2022.
3. Health Education England. *The Topol Review: Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future*. London: Health Education England; 2019.
4. Russell SJ, Norvig P. *Artificial intelligence: a modern approach*. 4th ed. Harlow: Pearson; 2021.
5. Topol E. *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again*. New York: Basic Books; 2019.
6. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5.
7. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel. *Implement Sci*. 2011;6:42.
8. Bandura A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
9. Piwek L, Ellis DA, Andrews S, Joinson A. Consumer health wearables. *PLoS Med*. 2016;13(2):e1001953.
10. Esteva A, Robicquet A, Ramsundar B, et al. Deep learning in healthcare. *Nat Med*. 2019;25(1):24–9.
11. Laranjo L, Dunn AG, Tong HL, et al. Conversational agents in healthcare. *J Am Med Inform Assoc*. 2018;25(9):1248–58.
12. Nahum-Shani I, Smith SN, Spring BJ, et al. Just-in-time adaptive interventions. *Ann Behav Med*. 2018;52(6):446–62.
13. Bommasani R, Hudson DA, Adeli E, et al. *On the opportunities and risks of foundation models*. Stanford University; 2021.
14. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
15. Laranjo L, Dunn AG, Tong HL, et al. Conversational agents in healthcare: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*. 2018;25(9):1248–58.
16. Krebs P, Duncan DT. Health app use and personalization. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2015;3(4):e101.

17. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory. *Am Psychol*. 2000;55(1):68–78.
18. Shortliffe EH, Sepúlveda MJ. Clinical decision support in AI. *JAMA*. 2018;320(21):2199–200.
19. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
20. Patel MS, Asch DA, Volpp KG. Wearable devices and behavior change. *JAMA*. 2015;313(5):459–60.
21. Direito A, Carraça E, Rawstorn J, et al. Digital interventions for physical activity. *Ann Behav Med*. 2017;51(2):226–39.
22. Thomas JG, Bond DS. Technology-based behavioral interventions. *Health Psychol*. 2015;34S:1261–7.
23. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2563–2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
24. World Bank. *Thailand public spending and health service delivery review*. Washington (DC): World Bank; 2021.
25. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2565.
26. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แผนแม่บทดิจิทัล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566.
27. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C, Mullainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*. 2019;366(6464):447–53.
28. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก; 2562.
29. Singhal K, Azizi S, Tu T, et al. Large language models encode clinical knowledge. *Nature*. 2023;620(7972):172–80.
30. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477–81.

วิวัฒนาการของระบบการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาสุขภาวะในประเทศไทย: จาก
ระบบที่อยู่อาศัยเชิงสวัสดิการสู่เศรษฐกิจแห่งความยืนยาว

EVOLUTION OF ELDERLY CARE SYSTEMS AND WELL-BEING DEVELOPMENT IN
THAILAND: FROM WELFARE-BASED HOUSING TO THE LONGEVITY ECONOMY

นาฏ ฟองสมุทร

Nart Fongsmut

ชีวาCRM อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท, ประเทศไทย

Chiva-Som International Health Resort, Thailand.

Email: nart@thepwatana.com

บทคัดย่อ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ โครงสร้างสังคม และทิศทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พัฒนาการของ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในมิติของระบบที่อยู่อาศัยและสุขภาวะ ตั้งแต่รูปแบบการดูแลเชิง สวัสดิการ ไปสู่รูปแบบที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการออกแบบชีวิตในระยะยาว โดยเชื่อมโยงกับแนวคิด เศรษฐกิจแห่งความยืนยาว ซึ่งมองผู้สูงอายุในฐานะพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ

บทความนี้ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนาและการสังเคราะห์เชิงแนวคิด เพื่ออธิบายการเปลี่ยนผ่าน ของระบบการดูแลผู้สูงอายุใน 4 ระยะ ได้แก่ การดูแลแบบสถาบันเชิงสวัสดิการ ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่ อยู่อาศัยเชิงสุขภาวะ และระบบนิเวศเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนา ดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนแปลงจากการดูแลแบบเน้นโรคไปสู่การส่งเสริมศักยภาพของชีวิต และจากการดูแล แบบเป็นช่วงเวลาไปสู่การดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับระบบ

นอกจากนี้ บทความอภิปรายถึงบทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการสนับสนุนการเปลี่ยนผ่าน ดังกล่าว รวมถึงศักยภาพของประเทศไทยในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาวะและความยืนยาวของชีวิตใน ระดับภูมิภาค โดยอาศัยการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพ ที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจสุขภาพในภาพรวม

คำสำคัญ: สังคมสูงวัย; สุขภาวะ; เศรษฐกิจแห่งความยืนยาว; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; ประเทศไทย

Abstract

Thailand has rapidly transitioned into a complete aged society, resulting in significant impacts on its healthcare system, social structure, and economic development. This article aims to analyze the evolution of elderly care models in Thailand, particularly in the context of residential systems and well-being, from welfare-based institutional care to models emphasizing health promotion and long-term life design. The analysis is framed within the concept of the longevity economy, which recognizes older adults as active contributors to economic development.

This study employs a narrative and conceptual synthesis approach to describe the transformation of elderly care systems across four developmental stages: welfare-based institutional care, senior residence, wellness residence, and longevity ecosystem. The findings indicate a paradigm shift from disease-centered care to life potential optimization, and from episodic care to continuous, system-level care.

The discussion further highlights the role of lifestyle medicine in supporting this transition and examines Thailand's potential to become a regional hub for well-being and longevity. Such development requires the integration of healthcare systems, residential design, and the broader wellness economy to create a sustainable framework for long-term health and quality of life.

Keywords: ageing society; well-being; longevity economy; lifestyle medicine; Thailand

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) โดยมีประชากรอายุ ≥ 60 ปี มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของอัตราการเกิดและการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และโครงสร้างสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพแบบดั้งเดิมที่มุ่งเน้นการรักษาโรคเป็นหลัก (curative care) ซึ่งเริ่มไม่เพียงพอในการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อน ต้องการการดูแลระยะยาว และมีเป้าหมายด้านคุณภาพชีวิตที่หลากหลายมากขึ้น [1]

ในระดับสากล แนวคิดสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing) ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก ได้เปลี่ยนจุดเน้นจากการมีอายุยืนยาวไปสู่ความสามารถในการดำรงชีวิต (functional ability) ซึ่งครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตตามคุณค่าและเป้าหมายของตนเอง แนวคิดนี้นำไปสู่การออกแบบระบบสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการคงไว้ซึ่งศักยภาพของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นระบบบริการสุขภาพ ที่อยู่อาศัย หรือบริบททางสังคม[1]

ประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่นและสิงคโปร์ ได้พัฒนานโยบายและระบบบริการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในลักษณะเชิงรุก โดยเน้นการส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง การชะลอความเสื่อม และการบูรณาการการดูแลสุขภาพเข้ากับชุมชนและที่อยู่อาศัย ตัวอย่างเช่น ระบบการดูแลระยะยาวของญี่ปุ่น และนโยบาย “active ageing” ของสิงคโปร์ ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากระบบการดูแลแบบสถาบัน ไปสู่ระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ [2,3]

ในขณะที่ประเทศไทย แม้จะมีพัฒนาการด้านระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่รูปแบบการดูแลยังคงมีลักษณะผสมผสานระหว่างระบบสวัสดิการแบบดั้งเดิมกับรูปแบบใหม่ที่เริ่มเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการออกแบบชีวิตมากขึ้น การเปลี่ยนผ่านนี้สะท้อนให้เห็นถึงโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมสูงวัยในศตวรรษที่ 21

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในมิติของระบบที่อยู่อาศัยและสุขภาพ ตั้งแต่รูปแบบการดูแลเชิงสวัสดิการ ไปสู่รูปแบบที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการออกแบบชีวิตในระยะยาว โดยเชื่อมโยงกับแนวคิดเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว (longevity economy) ซึ่งหมายถึงระบบเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนโดยประชากรที่มีอายุยืนและยังคงมีศักยภาพในการดำรงชีวิตและมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ โดยมองผู้สูงอายุในฐานะพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้บทความยังมุ่งสังเคราะห์พัฒนาการดังกล่าวในเชิงกรอบแนวคิด และอภิปรายศักยภาพของประเทศไทยในการพัฒนาเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพและความยืนยาวของชีวิต (longevity) ที่มีคุณภาพในระดับภูมิภาค

พัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

พัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคม เศรษฐกิจ และแนวคิดด้านสุขภาพ จากการมุ่งเน้นการดูแลขั้นพื้นฐานไปสู่การส่งเสริมศักยภาพของชีวิตในระยะยาว โดยสามารถอธิบายได้ผ่านลำดับการเปลี่ยนผ่านของรูปแบบการดูแลที่สำคัญ ดังนี้

ในระยะเริ่มต้น การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยอยู่ภายใต้กรอบของระบบสวัสดิการ (welfare-based institutional care model) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรองรับผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลจากครอบครัวหรือสังคม ตัวอย่างที่สำคัญ ได้แก่ สวาทคณิเวศ (Sawangkanives Home for the Elderly) ภายใต้สภากาชาดไทย ซึ่งมุ่งเน้นการจัดให้มีที่อยู่อาศัย การดูแลขั้นพื้นฐาน และความปลอดภัยในลักษณะของการอยู่อาศัยแบบสถาบัน รูปแบบดังกล่าวมีคุณูปการในเชิงสังคมอย่างยิ่งในช่วงเริ่มต้นของการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัย อย่างไรก็ตาม แนวทางนี้ยังมีข้อจำกัดในด้านความเป็นอิสระของผู้สูงอายุ การออกแบบที่ไม่ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล และการขาดกลไกในการส่งเสริมศักยภาพในการดำรงชีวิตในระยะยาว [4]

เมื่อโครงสร้างประชากรและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจำนวนมากมีอายุยืนยาวขึ้น มีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีศักยภาพทางเศรษฐกิจมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความต้องการรูปแบบการอยู่อาศัยและการดูแลที่ตอบโจทย์คุณภาพชีวิตมากกว่าการพึ่งพาระบบสวัสดิการเพียงอย่างเดียว แนวคิดที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ (senior wellness residence) จึงเริ่มพัฒนาขึ้น โดยมีลักษณะสำคัญคือการออกแบบที่รองรับการอยู่อาศัยในระยะยาวโดยไม่ต้องย้ายสถานที่ (ageing-in-place) การบูรณาการการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน และการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ รูปแบบนี้สะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากสถานดูแลไปสู่ระบบชีวิตที่เน้นความต่อเนื่องของสุขภาวะและคุณภาพชีวิต

พัฒนาการในลำดับถัดมาคือการออกแบบที่อยู่อาศัยแบบหลายช่วงวัย (multigenerational wellness residence) ซึ่งตั้งอยู่บนฐานคิดว่าปัจจัยทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ หลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับสากลชี้ว่าการแยกตัวทางสังคม (social isolation) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเสียชีวิต โรคสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า[1] รูปแบบการอยู่อาศัยแบบหลายช่วงวัยจึงมุ่งสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนต่างวัยในชุมชนเดียวกัน เพื่อส่งเสริมความเชื่อมโยงทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว และสนับสนุนสุขภาพจิตและสมองของผู้สูงอายุ แนวคิดนี้ทำให้การออกแบบชุมชน ไม่ได้เป็นเพียงประเด็นด้านสถาปัตยกรรมหรือผังเมือง แต่กลายเป็นเครื่องมือทางสุขภาพ (health intervention) ที่มีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาวะ

ในระยะล่าสุด ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่บริบทของอุตสาหกรรมสุขภาวะ (wellness industry) ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพเข้ากับเศรษฐกิจและการบริการระดับนานาชาติ ตัวอย่างที่สำคัญคือ ชีวาสมอินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์ รีสอร์ท (Chiva-Som International Health Resort) ซึ่งเป็นต้นแบบของการบูรณาการการแพทย์เชิงป้องกัน สุขภาพแบบองค์รวม และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ [5] แนวทางดังกล่าวมีจุดเด่นในการออกแบบโปรแกรมสุขภาวะเฉพาะบุคคล (personalized wellness) การ

ผสานองค์ประกอบด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และสุขภาพจิต ตลอดจนการส่งเสริมแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (ageing well) ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนผ่านเชิงกระบวนทัศน์จากการรักษาโรคไปสู่การคงและเพิ่มศักยภาพของชีวิตในระยะยาว

การเกิดขึ้นของเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว (Longevity Economy)

ในบริบทของการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัย แนวคิดเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว (longevity economy) ได้เกิดขึ้นเพื่ออธิบายบทบาทใหม่ของประชากรสูงวัยในระบบเศรษฐกิจ โดยมีได้มองผู้สูงอายุเป็นเพียงผู้พึ่งพิง แต่เป็นกลุ่มประชากรที่ยังคงมีศักยภาพในการดำรงชีวิต การบริโภค และการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง

ตามรายงานของ World Economic Forum ประชากรอายุ ≥ 65 ปีทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายทศวรรษข้างหน้า ซึ่งส่งผลให้ความต้องการสินค้าและบริการด้านสุขภาพ สุขภาวะ และการดำรงชีวิตในระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดการขยายตัวของภาคเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การดูแลระยะยาว และอุตสาหกรรมสุขภาพ (wellness industry)

แนวคิดเศรษฐกิจแห่งความยืนยาวจึงสะท้อนการเปลี่ยนมุมมองเชิงโครงสร้าง จากการมองผู้สูงอายุเป็นภาระของระบบสังคมไปสู่การมองเป็นทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่สามารถสร้างคุณค่า ทั้งในมิติของการบริโภค การจ้างงาน และการพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่

การสังเคราะห์พัฒนาการ: กรอบ 4 ระยะของระบบการดูแลผู้สูงอายุ

จากพัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมา สามารถสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดเชิงพัฒนาการ 4 ระยะ ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลเชิงรับไปสู่การส่งเสริมศักยภาพของชีวิตอย่างเป็นระบบ โดยแต่ละระยะมีแกนแนวคิดหลักที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กรอบพัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสู่เศรษฐกิจแห่งความยืนยาว

ระยะ	รูปแบบ	แกนหลัก
1	การดูแลแบบสถาบันเชิงสวัสดิการ (welfare institution)	ความปลอดภัย
2	ที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (senior residence)	ความสะดวกและการใช้ชีวิต
3	ที่อยู่อาศัยเชิงสุขภาพ (wellness residence)	การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
4	ระบบนิเวศเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว (longevity ecosystem)	การเพิ่มศักยภาพชีวิต

ที่มา: ผู้เขียนสังเคราะห์จากเอกสาร 1,2,3,4,5.

กรอบพัฒนาการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนทัศน์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน กล่าวคือ จากการมุ่งเน้นความปลอดภัยในระยะเริ่มต้น ไปสู่ความสะดวกในการดำรงชีวิต

และการป้องกันโรค จนกระทั่งถึงระดับสูงสุดคือการเพิ่มศักยภาพของชีวิต ซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงกับแนวคิดเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว

นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านในแต่ละระยะยังสะท้อนการขยายขอบเขตของระบบสุขภาพ จากการดูแลในระดับบุคคล ไปสู่การออกแบบระบบที่อยู่อาศัย ชุมชน และระบบเศรษฐกิจในภาพรวม ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21

ทิศทางและโอกาสของประเทศไทยในการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว

ประเทศไทยมีศักยภาพอย่างยิ่งในการพัฒนาไปสู่การเป็นศูนย์กลางของเศรษฐกิจแห่งความยืนยาวในระดับภูมิภาค เนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญหลายประการ ทั้งในด้านระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและครอบคลุม การมีชื่อเสียงในระดับนานาชาติด้านอุตสาหกรรมสุขภาพ ตลอดจนต้นทุนในการให้บริการที่สามารถแข่งขันได้

การบูรณาการระหว่างระบบบริการสุขภาพ (healthcare) ภาคอสังหาริมทรัพย์ (real estate) และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (wellness tourism) จะเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในระดับประเทศ ซึ่งไม่เพียงตอบสนองต่อความต้องการของประชากรสูงวัยภายในประเทศ แต่ยังสามารถดึงดูดผู้รับบริการจากต่างประเทศ

ในบริบทดังกล่าว การพัฒนาระบบนิเวศด้านความยืนยาว (longevity ecosystem) ในระดับประเทศ จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเชื่อมโยงภาคส่วนต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ และสร้างคุณค่าเพิ่มทั้งในมิติของสุขภาพและเศรษฐกิจในระยะยาว

อภิปราย (Discussion)

พัฒนาการของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยที่น่าเสนอในบทความนี้ ไม่ได้เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงเชิงรูปแบบของบริการหรือที่อยู่อาศัย หากแต่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนทัศน์ของระบบสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระยะยาว กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนผ่านจากระบบที่มุ่งเน้นการจัดการโรค (disease-centered care) ไปสู่ระบบที่มุ่งเน้นความสามารถในการดำรงชีวิต (function-centered care) และจากการดูแลแบบเป็นช่วงเวลา (episodic care) ไปสู่การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มศักยภาพของชีวิต (continuous optimization) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (healthy ageing) ขององค์การอนามัยโลก[1]

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเกิดขึ้นของเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว (longevity economy) ซึ่งทำให้ระบบสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้บริการทางการแพทย์ แต่ขยายขอบเขตไปสู่การออกแบบระบบนิเวศของการดำรงชีวิตที่เชื่อมโยงสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมเข้าด้วยกัน [2]

ในบริบทนี้ สุขภาพไม่ได้ถูกมองเป็นเพียงผลลัพธ์ (outcome) ของระบบบริการ แต่เป็น “ทุนมนุษย์” (human capital) ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจในระยะยาว

เมื่อพิจารณาผ่านกรอบพัฒนาการ 4 ระยะ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลเชิงสวัสดิการไปสู่ระบบนิเวศเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการขยายขอบเขตของการดูแลจากระดับบุคคลไปสู่ระดับระบบ โดยในระยะเริ่มต้น ระบบมุ่งเน้นการสร้างความปลอดภัยและการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ต่อมาได้พัฒนาไปสู่การอำนวยความสะดวกและการออกแบบที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และในระยะถัดมาได้เน้นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะที่มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของชีวิตอย่างรอบด้าน ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการของหลายภาคส่วน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

ในเชิงวิชาการ แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ซึ่งเน้นบทบาทของปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดทั้งคุณภาพชีวิตและระยะเวลาที่มีสุขภาพดี (health span) [6] การบูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับการออกแบบที่อยู่อาศัยและชุมชน จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพรูปแบบใหม่

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาไปสู่ระบบเศรษฐกิจแห่งความยืนยาวยังเผชิญกับความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย ซึ่งยังคงมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพและทรัพยากรด้านสุขภาพะ รวมถึงข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ การพัฒนาระบบดังกล่าวจึงจำเป็นต้องอาศัยนโยบายสาธารณะที่มีความชัดเจน การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพและชุมชน และการพัฒนากำลังคนที่มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม

ภายใต้บริบทนี้ บทบาทของแพทย์และบุคลากรสุขภาพจึงต้องเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญจากการเป็น “ผู้รักษาโรค” ไปสู่การเป็น “ผู้ออกแบบระบบสุขภาพและวิถีชีวิต” ที่สามารถทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวไม่เพียงเป็นการปรับตัวของวิชาชีพ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่จำเป็นต่อการรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต

สรุป

พัฒนาการของระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยที่น่าเสนอในบทความนี้ แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านเชิงโครงสร้างและเชิงแนวคิดอย่างมีนัยสำคัญ จากรูปแบบการดูแลเชิงสวัสดิการที่มุ่งเน้นความปลอดภัยและการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน ไปสู่รูปแบบที่อยู่อาศัยและระบบบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการออกแบบชีวิตในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนการขยับจากแนวคิดการดูแลเมื่อเสื่อมไปสู่การเพิ่มศักยภาพของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการสูงวัยอย่างมีสุขภาพและแนวคิดเศรษฐกิจแห่งความยืนยาว

การสังเคราะห์พัฒนาการในรูปแบบกรอบ 4 ระยะ ช่วยให้เห็นภาพรวมของการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลในระดับบุคคลไปสู่การออกแบบระบบนิเวศของสุขภาวะในระดับสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในระยะของระบบนิเวศเศรษฐกิจแห่งความยั่งยืนยาว ซึ่งเป็นช่วงที่การบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพ ที่อยู่อาศัย ชุมชน และภาคเศรษฐกิจ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรในระยะยาว

ในบริบทของประเทศไทย การพัฒนาระบบดังกล่าวมีทั้งโอกาสและความท้าทาย แม้ว่าประเทศไทยจะมีจุดแข็งด้านระบบบริการสุขภาพและอุตสาหกรรมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ แต่การก้าวไปสู่การเป็นศูนย์กลางของเศรษฐกิจแห่งความยั่งยืนยาวจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการเชิงนโยบาย การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ การเปลี่ยนผ่านดังกล่าวยังมีนัยสำคัญต่อบทบาทของบุคลากรสุขภาพและภาควิชาการ ซึ่งจำเป็นต้องปรับตัวจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค ไปสู่การมีบทบาทในการออกแบบระบบสุขภาพและวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะในระยะยาว การบูรณาการองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับการออกแบบระบบบริการและชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงนี้

โดยสรุป การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่ควรถูกมองเป็นเพียงการตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ แต่ควรถูกมองเป็นโอกาสในการออกแบบระบบสุขภาพและเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ ที่มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของชีวิต คุณภาพของการดำรงชีวิต และความยั่งยืนของสังคมในระยะยาว ซึ่งจะเป็นปัจจัยกำหนดทิศทางของประเทศไทยในยุคสังคมสูงวัยอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. World Economic Forum. *The future of the longevity economy*. Geneva: World Economic Forum; 2020.
3. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Long-term care insurance system of Japan*. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2021.
4. Tosasuk T. Models of elderly housing management in Thailand. *J Public Adm*. 2022;20(2):45–60.
5. Chiva-Som International Health Resort. Wellness programs overview [Internet]. Hua Hin: Chiva-Som; 2024 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://www.chivasom.com>
6. American College of Lifestyle Medicine. *Lifestyle medicine core competencies*. 3rd ed. Loma Linda: American College of Lifestyle Medicine; 2022.

เวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพกับสุขภาพทางเพศ (Sexual Health)

LIFESTYLE MEDICINE AND HEALTH COACHING IN SEXUAL HEALTH

จุฑาพจน์ ภูมิทรัพย์

Juthapot Pumsup

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระปิยมหาราช จังหวัดตราด, ประเทศไทย

Senior Professional Level Medical Doctor, PHRA PIYAMAHARAJ HOSPITAL, Trat Province,
Thailand.

Email: dr.shipuro@gmail.com

บทคัดย่อ

สุขภาพทางเพศ (sexual health) เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพองค์รวม (holistic health) ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างไรก็ตาม ในระบบสุขภาพส่วนใหญ่ สุขภาพทางเพศมักถูกมองในมิติของโรค (disease-oriented) มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพะ ทำให้การดูแลยังขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) และการโค้ชสุขภาพ (health coaching) เป็นแนวทางที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมพลัง (empowerment) ซึ่งมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทางเพศอย่างยั่งยืน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพต่อสุขภาพทางเพศ โดยครอบคลุมความหมาย หลักการ กลไกทางชีววิทยาและพฤติกรรม หลักฐานวิชาการ และแนวทางการประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย พบว่า ปัจจัยวิถีชีวิต เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ ความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยง มีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ระบบหลอดเลือด และสุขภาพจิต ซึ่งล้วนมีบทบาทต่อสมรรถภาพทางเพศและความพึงพอใจทางเพศ ขณะเดียวกัน การโค้ชสุขภาพช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (adherence) และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลสุขภาพทางเพศ

การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวในระบบสุขภาพไทยจะช่วยยกระดับการดูแลจากการรักษาโรคไปสู่การสร้างสุขภาพะ ลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสนับสนุนคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

คำสำคัญ: สุขภาพทางเพศ; เวชศาสตร์วิถีชีวิต; การโค้ชสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; คุณภาพชีวิต; อายุยืน; สุขภาพดียั่งยืน

Abstract

Sexual health is a fundamental component of holistic health, encompassing physical, psychological, emotional, and social dimensions. However, healthcare systems often adopt a disease-oriented approach, resulting in fragmented and insufficient care. Lifestyle medicine and health coaching emphasize behavioral modification and empowerment, offering a sustainable approach to improving sexual health outcomes.

This article aims to synthesize current knowledge on the role of lifestyle medicine and health coaching in sexual health, including definitions, principles, biological and behavioral mechanisms, scientific evidence, and applications in the Thai context. Lifestyle factors such as nutrition, physical activity, sleep, stress, and risk behaviors significantly influence hormonal regulation, vascular function, and mental health, all of which are closely linked to sexual function and satisfaction. Health coaching further enhances adherence to behavior change and supports individuals in achieving optimal sexual well-being.

Integrating these approaches into the Thai healthcare system could shift the paradigm from disease treatment to health promotion, reduce the burden of non-communicable diseases, and improve long-term quality of life.

Keywords: Sexual health; Lifestyle medicine; Health coaching; Health behavior; Quality of life; Longevity

บทนำ

สุขภาพทางเพศ (sexual health) เป็นส่วนสำคัญของสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของมนุษย์ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) นิยามสุขภาพทางเพศว่าเป็นภาวะของความ เป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย จิตใจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับเพศ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค ความผิดปกติ หรือความ พิกการ[1] อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ยังมุ่งเน้นการดูแลปัญหา ทางเพศในลักษณะของโรค เช่น ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) หรือโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ มากกว่าการส่งเสริมสุขภาวะเชิงป้องกัน [2]

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา หลักฐานทางวิชาการชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านวิถีชีวิต (lifestyle factors) มี บทบาทสำคัญต่อสุขภาพทางเพศ ทั้งในมิติของสมรรถภาพทางเพศ (sexual function) ความพึงพอใจทางเพศ (sexual satisfaction) และความสัมพันธ์ระหว่างคู่[3] ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงโภชนาการ การออกกำลังกาย การ นอนหลับ การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต[4]

ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของ ระบบสุขภาพ การโค้ชสุขภาพ (health coaching) จึงถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้าง แรงจูงใจ (motivation) และความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (self-efficacy) โดยมีหลักฐาน สนับสนุนว่าช่วยเพิ่ม adherence และผลลัพธ์ด้านสุขภาพในโรคเรื้อรัง [5]

ดังนั้น การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพเข้ากับการดูแลสุขภาพทางเพศจึงเป็น แนวทางที่มีศักยภาพสูงในการยกระดับการดูแลจากการรักษาโรคไปสู่การสร้างสุขภาวะเชิงรุก (proactive health promotion) บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอกรอบแนวคิดเชิงระบบและหลักฐานวิชาการเพื่อสนับสนุนการ ประยุกต์ใช้ในบริบทประเทศไทย

ความหมายและหลักการสำคัญ

สุขภาพทางเพศ (sexual health) เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมมากกว่ามิติทางชีวภาพ โดยรวมถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) อัตลักษณ์ทางเพศ (sexual identity) และความ พึงพอใจในชีวิต (well-being) ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยทั้งทางกาย จิตใจ และสังคมที่สมดุล [1]

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) เป็นสาขาทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการป้องกันและรักษา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยอิงตาม 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โภชนาการที่ เหมาะสม (healthy diet) การออกกำลังกาย (physical activity) การนอนหลับที่เพียงพอ (sleep health) การจัดการความเครียด (stress management) ความสัมพันธ์ทางสังคม (social connection) และการ หลีกเลี่ยงสารเสพติด (risk avoidance)[4] ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับสุขภาพทางเพศ

การโค้ชสุขภาพ (health coaching) เป็นกระบวนการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยใช้เทคนิคการสื่อสาร เช่น การสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดเป้าหมาย (goal setting) และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน[6] ในบริบทของสุขภาพทางเพศ การโค้ชสามารถช่วยลดความอาย (stigma) เพิ่มการสื่อสารระหว่างคู่ และส่งเสริมความเข้าใจในร่างกายของตนเอง

หลักการสำคัญของการบูรณาการทั้งสองแนวคิด ได้แก่ (1) การมองสุขภาพทางเพศแบบองค์รวม (holistic approach) (2) การเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา (prevention-focused) (3) การเสริมพลังให้ผู้รับบริการ (patient empowerment) และ (4) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)

กระบวนการ/กลไก (Biological and Behavioral Mechanisms)

สุขภาพทางเพศได้รับอิทธิพลจากกลไกทางชีววิทยาและพฤติกรรมที่ซับซ้อน ซึ่งเชื่อมโยงกันในหลายระบบของร่างกาย

1. กลไกระบบหลอดเลือด (Vascular Mechanisms)

สมรรถภาพทางเพศ โดยเฉพาะในเพศชาย ขึ้นอยู่กับการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะเพศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของเยื่อบุหลอดเลือด (endothelial function) และการสร้างไนตริกออกไซด์ (nitric oxide)⁷ ปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง สามารถทำให้เกิดการทำงานของเยื่อบุหลอดเลือดมีความผิดปกติ (endothelial dysfunction) และนำไปสู่ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ[8]

2. กลไกระบบฮอร์โมน (Hormonal Regulation)

ฮอร์โมนเพศ เช่น เทสโทสเตอโรน (testosterone) และ เอสโตรเจน (estrogen) มีบทบาทสำคัญต่อความต้องการทางเพศ (libido) และการทำงานทางเพศ⁹ ปัจจัยวิถีชีวิต เช่น โรคอ้วน การนอนหลับไม่เพียงพอ และความเครียดเรื้อรัง สามารถรบกวนสมดุลของฮอร์โมนผ่าน แกนไฮโปทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-ต่อมเพศ (hypothalamic-pituitary-gonadal axis [HPG axis]) และ แกนไฮโปทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (hypothalamic-pituitary-adrenal axis [HPA axis])[10]

3. กลไกระบบประสาทและจิตใจ (Neuropsychological Mechanisms)

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสุขภาพทางเพศ ภาวะซึมเศร้า (depression) และความวิตกกังวล (anxiety) สามารถลดความต้องการทางเพศและส่งผลต่อการตอบสนองทางเพศ[11] ขณะเดียวกัน ความเครียดเรื้อรังจะกระตุ้นแกนไฮโปทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (HPA axis) และเพิ่มระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของระบบสืบพันธุ์[10]

4. กลไกเชิงพฤติกรรม (Behavioral Mechanisms)

พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการลดลงของสมรรถภาพทางเพศ[12] ในทางตรงกันข้าม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ปรับสมดุลฮอร์โมน และลดความเครียด ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพทางเพศ[13]

บทบาทของการโค้ชสุขภาพในกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การโค้ชสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผ่านกลไกทางจิตวิทยา เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) และ การเสริมแรงทางพฤติกรรม (behavioral reinforcement) [5] ซึ่งช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพทางเพศได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1. สุขภาพทางเพศในฐานะตัวชี้วัดสุขภาพองค์รวมและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

สุขภาพทางเพศไม่ได้เป็นเพียงมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต แต่ยังทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดต้นน้ำ (early marker) ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) และ เบาหวาน (diabetes mellitus) [14] งานวิจัยพบว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction: ED) สามารถเกิดก่อนโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 2-5 ปี เนื่องจากหลอดเลือดขนาดเล็กได้รับผลกระทบก่อน [15] ในบริบทประเทศไทย ซึ่งมีภาระโรค NCDs สูง การใช้สุขภาพทางเพศเป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าถึง บริการสุขภาพ (entry point) ในการคัดกรองความเสี่ยงและกระตุ้นการปรับพฤติกรรมจึงเป็นแนวทางที่มี ศักยภาพสูงในเชิงระบบสุขภาพ

2. บทบาทของโภชนาการ (Nutrition) ต่อสุขภาพทางเพศ

โภชนาการมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบหลอดเลือดและฮอร์โมน อาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet) ซึ่งอุดมด้วยผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี และไขมันไม่อิ่มตัว มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (ED) และเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ[3,16]

กลไกสำคัญ ได้แก่ การลดภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) และการปรับปรุงการทำงานของเยื่อหลอดเลือด (endothelial function) ซึ่งช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะเพศ[16] นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่มีภาระน้ำตาลต่อร่างกายสูง (glycemic load) และไขมันอิ่มตัวสูงสัมพันธ์กับ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความผิดปกติทางเพศทั้งใน ชายและหญิง[17]

ในประเทศไทย รูปแบบอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูงกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การปรับ โภชนาการจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่เชื่อมโยงทั้งการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ (sexual health promotion)

3. การออกกำลังกาย (Physical Activity) และสมรรถภาพทางเพศ

การออกกำลังกายมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพทางเพศผ่านหลายกลไก ได้แก่ การเพิ่มความพร้อมในการออกฤทธิ์ของไนตริกออกไซด์ (nitric oxide bioavailability) การปรับสมดุลฮอร์โมน และการลดความเครียด [13] การศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials) พบว่าการออกกำลังกายระดับปานกลางถึงสูงสามารถปรับปรุงสมรรถภาพทางเพศของเพศชาย (erectile function) ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคอ้วนและเบาหวาน[13,18] ในเพศหญิง การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มการตื่นตัวทางเพศ (sexual arousal) และความพึงพอใจทางเพศผ่านกลไกทั้งทางสรีรวิทยาและจิตวิทยา[19]

4. การนอนหลับ (Sleep Health) และสุขภาพทางเพศ

การนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือมีคุณภาพต่ำส่งผลต่อระดับฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) ซึ่งมีระดับสูงสุดในช่วงการนอนหลับ[20] ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea: OSA) มีความสัมพันธ์กับ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction: ED) และการลดลงของความต้องการทางเพศ (libido) เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) และการรบกวนวงจรการนอน (sleep disruption)[21]

ในบริบทของประเทศไทย ปัญหาการนอนหลับในประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการสุขภาพการนอนหลับ (sleep health) เข้ากับการดูแลสุขภาพทางเพศ (sexual health) จึงเป็นประเด็นสำคัญ

5. ความเครียด สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ (Psychosocial Factors)

ความเครียดเรื้อรังส่งผลต่อ การทำงานทางเพศ (sexual function) ผ่าน แกนไฮโปทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (hypothalamic-pituitary-adrenal axis: HPA axis) และการเพิ่มระดับ คอร์ติซอล (cortisol) ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของระบบสืบพันธุ์ [10]

นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ (intimate relationship) และการสื่อสารมีบทบาทสำคัญต่อ ความพึงพอใจทางเพศ (sexual satisfaction) โดยมีหลักฐานวิจัยแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพสูงมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางเพศที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[22]

การโค้ชสุขภาพ (health coaching) สามารถช่วยเสริมในมิตินี้ผ่านการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (shared goal setting) และการสร้างความเข้าใจระหว่างคู่ ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาความสัมพันธ์และสุขภาพทางเพศในระยะยาว

6. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง (Risk Avoidance)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction: ED) เนื่องจากก่อให้เกิด ความผิดปกติของการทำงานของเยื่อหลอดเลือด (endothelial dysfunction) และ

ลดการไหลเวียนเลือด [12] ขณะที่การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับ ความผิดปกติทางเพศ (sexual dysfunction) ทั้งในเพศชายและเพศหญิง[23]

ในบริบทประเทศไทย อัตราการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้าน สาธารณสุข การลดพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีผลกระทบสูงต่อทั้งการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการส่งเสริม สุขภาพทางเพศ

7. บทบาทของการโค้ชสุขภาพต่อสุขภาพทางเพศ (Health Coaching in Sexual Health)

แม้ว่าการให้คำแนะนำด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวมักไม่เพียงพอในการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่การ โค้ชสุขภาพ (health coaching) ช่วยเพิ่ม ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และ แรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว [5] การศึกษาแบบ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่าการใช้การโค้ชสุขภาพใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงมิติทางเพศ[24]

ในบริบทของ สุขภาพทางเพศ (sexual health) การโค้ชยังมีบทบาทสำคัญในการลด การตีตรา ทางสังคม (stigma) และเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+)

หลักฐานวิชาการ (Scientific Evidence)

1. หลักฐานจากการศึกษาเชิงระบาดวิทยา (Epidemiological Evidence)

การศึกษานานาชาติใหญ่ เช่น Massachusetts Male Aging Study พบว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพ ทางเพศ (erectile dysfunction: ED) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ [25] ในเพศหญิง งานวิจัยระดับ การศึกษาในประชากรขนาดใหญ่ (population-based studies) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางจิต สังคม (psychosocial factors) และสุขภาพกายมีบทบาทร่วมกันต่อ ความผิดปกติทางเพศ (sexual dysfunction) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 40 ในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ [26]

2. หลักฐานจากการทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trials)

การศึกษาแบบ การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) หลายฉบับแสดงให้เห็นว่า การแทรกแซงด้านวิถีชีวิต (lifestyle intervention) สามารถปรับปรุง การทำงาน ทางเพศ (sexual function) ได้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การศึกษาในผู้ชายที่มี ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) พบว่าการปรับพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายช่วยเพิ่ม คะแนนการ ประเมินสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Function: IIEF score) อย่างมีนัยสำคัญ [18]

ในเพศหญิง การศึกษาแบบ RCT แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดสามารถปรับปรุง ความพึงพอใจทางเพศ (*sexual satisfaction*) และ การตื่นตัวทางเพศ (*sexual arousal*) ได้ [19]

3. หลักฐานจาก Systematic Reviews และ Meta-analyses

หลักฐานจาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (*systematic review*) และ การวิเคราะห์อภิมาน (*meta-analysis*) สนับสนุนบทบาทของ การออกกำลังกาย (*physical activity*) ในการปรับปรุง ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (*erectile dysfunction: ED*) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง [13]

นอกจากนี้ การวิเคราะห์อภิมานยังพบว่า รูปแบบการรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (*Mediterranean diet*) มีผลเชิงบวกต่อ การทำงานทางเพศ (*sexual function*) ผ่านการปรับปรุง สุขภาพหลอดเลือด (*vascular health*) และ ภาวะเมตาบอลิซึมของร่างกาย (*metabolic profile*) [16]

4. หลักฐานเกี่ยวกับ Health Coaching และ Behavioral Interventions

หลักฐานจาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (*systematic review*) ในด้านการโค้ช สุขภาพ (*health coaching*) พบว่า การแทรกแซงที่อิงกระบวนการโค้ช (*coaching-based interventions*) ช่วยเพิ่ม ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ (*adherence*) ต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม และปรับปรุง ผลลัพธ์ทางคลินิก (*clinical outcomes*) ในโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและโรคหัวใจ [24]

แม้ว่าหลักฐานเฉพาะในบริบทของ สุขภาพทางเพศ (*sexual health*) ยังมีจำกัด แต่แนวโน้มของ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงเชิงพฤติกรรม (*behavioral interventions*) ที่มีองค์ประกอบของการโค้ช สามารถปรับปรุงทั้ง การทำงานทางกาย (*physical function*) และ สุขภาวะทางจิตสังคม (*psychosocial well-being*) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพทางเพศ

บทบาทและการประยุกต์ใช้ในประเทศไทย (Applications in Thailand)

การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต (*lifestyle medicine*) และการโค้ชสุขภาพ (*health coaching*) เข้ากับการดูแลสุขภาพทางเพศในประเทศไทย สามารถดำเนินการได้ในหลายระดับของระบบสุขภาพ ตั้งแต่ระดับบริการปฐมภูมิ ไปจนถึงระดับนโยบาย โดยมีศักยภาพในการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยกระดับ คุณภาพชีวิตของประชาชน [27]

ในระดับบริการสุขภาพ (*service delivery*) คลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่กำลังพัฒนาในประเทศไทย สามารถใช้สุขภาพทางเพศเป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (*entry point*) สำหรับการประเมิน สุขภาพแบบองค์รวม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ ความผิดปกติทางเพศ (*sexual dysfunction*) [14,18] การซักประวัติและประเมิน

สุขภาพทางเพศอย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถตรวจพบความเสี่ยงของ โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

ในระดับกำลังคน (workforce) การพัฒนาบุคลากรด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและโค้ชสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และโค้ชสุขภาพชุมชน (เช่น อสม.) สามารถเพิ่มศักยภาพในการให้ คำปรึกษาและสนับสนุนการปรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ โดยเฉพาะในบริบทที่ผู้รับบริการ อาจไม่สะดวกพูดคุยกับแพทย์โดยตรง

ในระดับชุมชน (community level) การส่งเสริมสุขภาพทางเพศสามารถบูรณาการเข้ากับ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพจิต และการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยใช้แนวทางการแทรกแซงที่อิงกระบวนการโค้ช (coaching-based intervention) เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน

นอกจากนี้ การพัฒนา เทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัล (digital health) เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพบน อุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile health applications) และ การโค้ชสุขภาพที่ใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยสนับสนุน (AI-assisted coaching) สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและคนรุ่นใหม่ที่มีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี

ความท้าทาย ข้อจำกัด และจริยธรรม (Challenges, Limitations, and Ethics)

แม้แนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพจะมีศักยภาพสูง แต่การนำไปใช้ในบริบทสุขภาพทางเพศยังเผชิญความท้าทายหลายประการ

ประการแรก คือ ข้อจำกัดด้านวัฒนธรรมและทัศนคติ (cultural barriers) เนื่องจากสุขภาพทางเพศยังคงเป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหว (sensitive issue) ในสังคมไทย ทำให้ผู้รับบริการจำนวนมากไม่กล้า เปิดเผยปัญหา ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ [1]

ประการที่สอง คือ ข้อจำกัดด้านระบบบริการ (health system constraints) โดยบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังเน้นการรักษาโรค (curative care) มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ (preventive care) รวมถึง ข้อจำกัดด้านเวลาในการให้บริการ ซึ่งทำให้การโค้ชสุขภาพยังไม่ถูกนำมาใช้เต็มศักยภาพ [27]

ประการที่สาม คือ ข้อจำกัดด้านหลักฐานวิจัยในบริบทประเทศไทย แม้ว่าจะมีหลักฐานจาก ต่างประเทศจำนวนมาก แต่การศึกษาในประเทศไทย โดยเฉพาะในรูปแบบ การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่าง ระยะยาว (cohort studies) และ การวิจัยเชิงการนำไปใช้ (implementation research) ยังมีจำกัด ทำให้ การนำไปใช้เชิงนโยบายจำเป็นต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ [24]

ในด้านจริยธรรม (ethics) การดูแล สุขภาพทางเพศ (sexual health) จำเป็นต้องให้ความสำคัญ กับ ความเป็นส่วนตัวของข้อมูลผู้ป่วย (confidentiality) การเคารพสิทธิและ ความหลากหลายทางเพศ

(respect for diversity) และการสื่อสารอย่าง ไม่ตัดสินหรือมีอคติ (non-judgmental communication) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) และผู้สูงอายุ ซึ่งมักเผชิญ การตีตราทางสังคม (stigma) และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

เพื่อส่งเสริมการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพกับสุขภาพทางเพศในประเทศไทย สามารถเสนอแนวทางเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1. การบูรณาการในระบบบริการสุขภาพ

ควรบรรจุการประเมิน สุขภาพทางเพศ (sexual health) เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ในระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) และพัฒนา แนวทางการดูแลทางคลินิกแบบเป็นระบบ (clinical pathway) ที่เชื่อมโยง การแทรกแซงด้านวิถีชีวิต (lifestyle intervention) กับ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางเพศ (sexual health outcomes)

2. การพัฒนากำลังคน (Workforce Development)

ควรพัฒนาหลักสูตรอบรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพให้ครอบคลุมประเด็นสุขภาพทางเพศ (sexual health) ทั้งในระดับวิชาชีพและภาคประชาชน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ

3. การสนับสนุนการเงินและระบบจ่ายค่าบริการ (Financing Model)

ควรพิจารณารูปแบบการจ่ายค่าบริการที่สนับสนุนการป้องกันโรค เช่น การจ่ายตามคุณค่า (value-based care) หรือ การจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นชุดบริการ (bundled payment) แทน การจ่ายตาม ปริมาณบริการ (fee-for-service) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดูแลเชิงป้องกัน (preventive care) [28]

4. การส่งเสริมการวิจัย (Research and Evidence Generation)

ควรสนับสนุนการวิจัยในประเทศไทย เช่น การศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างระยะยาว (cohort studies) การทดลองเชิงปฏิบัติในบริบทจริง (pragmatic trials) และ การวิจัยเชิงการนำไปใช้ (implementation research) เพื่อสร้างหลักฐานเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

5. การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Digital Health and AI)

ควรพัฒนา แพลตฟอร์มการโค้ชสุขภาพดิจิทัล (digital coaching platforms) และ เครื่องมือที่ใช้ ปัญญาประดิษฐ์ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ (AI-assisted tools) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

บทสรุป

สุขภาพทางเพศเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะองค์รวม และมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคุณภาพชีวิต เวชศาสตร์วิถีชีวิตและการโค้ชสุขภาพเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการยกระดับการดูแลสุขภาพทางเพศจากการรักษาโรคไปสู่การสร้างสุขภาวะเชิงรุก

หลักฐานวิชาการสนับสนุนว่าปัจจัยด้านวิถีชีวิต เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการจัดการความเครียด มีผลโดยตรงต่อกลไกทางชีววิทยาและจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ ขณะเดียวกัน การโค้ชสุขภาพช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความสามารถในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพในระยะยาว

ในบริบทประเทศไทย การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวเข้ากับระบบสุขภาพจะช่วยลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มคุณภาพชีวิต และสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน โดยต้องอาศัยการพัฒนากำลังคน การสนับสนุนเชิงนโยบาย และการสร้างหลักฐานวิชาการในประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. *Defining sexual health: report of a technical consultation*. Geneva: WHO; 2006.
2. Wesp LM, Deutsch MB. Hormonal and surgical treatment options for transgender patients. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869–3879.
3. Esposito K, Giugliano D. Lifestyle/dietary recommendations for erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2015;12(1):24–30.
4. American College of Lifestyle Medicine. Lifestyle medicine core competencies. 2022.
5. Olsen JM, Nesbitt BJ. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors. *Am J Lifestyle Med*. 2010;4(6):1–9.
6. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
7. Burnett AL. Nitric oxide in the penis: physiology and pathology. *J Urol*. 1997;157(1):320–324.
8. Vlachopoulos C, et al. Erectile dysfunction and cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2013;34(27):2034–2046.
9. Basson R. Sexual function of women. *Lancet*. 2000;355(9207):1429–1434.
10. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 2009;5(7):374–381.

11. Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2012;9(6):1497–1507.
12. Cao S, et al. Smoking and erectile dysfunction. *Andrology.* 2013;1(4):498–503.
13. Gerbild H, et al. Physical activity to improve erectile function. *Sex Med.* 2018;6(2):75–84.
14. Miner M, et al. Erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012;87(8):766–778.
15. Montorsi P, et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. *Eur Urol.* 2003;44(3):360–364.
16. Widmer RJ, et al. Mediterranean diet and cardiovascular health. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(7):722–731.
17. Esposito K, et al. Metabolic syndrome and sexual dysfunction. *Int J Impot Res.* 2005;17(5):391–398.
18. Esposito K, et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction. *JAMA.* 2004;291(24):2978–2984.
19. Lorenz TA, et al. Exercise and female sexual arousal. *J Sex Med.* 2012;9(2):582–593.
20. Leproult R, Van Cauter E. Sleep loss and testosterone levels. *JAMA.* 2011;305(21):2173–2174.
21. Budweiser S, et al. Sleep apnea and erectile dysfunction. *Sleep Med Rev.* 2009;13(6):437–444.
22. Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction. *J Sex Res.* 2005;42(2):113–118.
23. Jensen SB, et al. Alcohol and sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2014;11(11):2709–2717.
24. Kivela K, et al. Effects of health coaching. *Patient Educ Couns.* 2014;97(2):147–157.
25. Feldman HA, et al. Erectile dysfunction and risk factors. *J Urol.* 1994;151(1):54–61.
26. Laumann EO, et al. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA.* 1999;281(6):537–544.
27. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2563–2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
28. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477–2481.
29. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020.* Geneva: WHO; 2013.