

เวชศาสตร์วิถีชีวิต: 6 เสาหลักตามหลักฐานเชิงประจักษ์ – บทความปริทัศน์

The Six Pillars of Lifestyle Medicine – An Evidence-Based Narrative Review

ฉันทพร ดิเรกสุนทร, พ.บ., นคริช พลฤทธิรัตนภา, พ.บ.

Thanyaporn Direksunthorn, M.D., Nakaraj Pluetrattanabha, M.D.

Abstract

Introduction: Lifestyle medicine (LM) is a medical field focused on promoting behavior modifications to prevent and restore health in chronic diseases, built upon six foundational pillars. This approach addresses the root causes of disease through lifestyle change, aiming to improve overall health and quality of life for patients.

Objectives: To review the evolution, evidence base, and opportunities for applying lifestyle medicine in healthcare.

Methods: A narrative literature review was conducted by searching PubMed, Scopus, and policy documents from 2000–2025. Articles related to the six pillars of lifestyle medicine and their application in global and Thai contexts were selected for inclusion.

Results: Evidence from randomized controlled trials and meta-analyses confirms that lifestyle medicine significantly reduces the risk of cardiovascular disease, diabetes, hypertension, and obesity. Additionally, lifestyle interventions have been associated with improved patient outcomes such as enhanced quality of life.

Conclusion: Lifestyle medicine is a cost-effective approach for the prevention and rehabilitation of chronic diseases, and it represents a sustainable solution for

long-term health promotion. Integration of lifestyle medicine into the Thai healthcare system should be actively promoted to maximize its public health benefits.

Keywords: Lifestyle Medicine, Lifestyle Modification, Chronic Disease Prevention, Health Promotion

บทคัดย่อ

บทนำ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine, LM) เป็นสาขาทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพจากโรคเรื้อรัง โดยมีหลักการสำคัญ 6 ประการเป็นพื้นฐาน แนวทางนี้มุ่งแก้ไขที่สาเหตุรากฐานของโรคผ่านการปรับวิถีชีวิต เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ยั่งยืนของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนพัฒนาการ หลักฐานเชิงประจักษ์และโอกาสในการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในงานบริการสุขภาพ

วิธีการ: ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย โดยค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และเอกสารนโยบายระหว่างปี ค.ศ. 2000–2025 คัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องกับ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการประยุกต์ใช้แนวทางดังกล่าวในบริบทสากลและประเทศไทย

ผลการทบทวน: พบหลักฐานจากการทดลองแบบสุ่มและการวิเคราะห์หกอภิमानที่ยืนยันประสิทธิผลของ LM ในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังมีส่วนช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

สรุป: เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิผลเชิงต้นทุนในการป้องกันและฟื้นฟูโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังเป็นแนวทางที่ยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพ จึงควรสนับสนุนการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพของไทยอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต, การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การส่งเสริมสุขภาพ

วันที่รับ (received) 4 สิงหาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 สิงหาคม 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 1 กันยายน 2568

Published online ahead of print 4 กันยายน 2568

สำนักวิชาแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, จังหวัดนครศรีธรรมราช
School of Medicine, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

Corresponding Author: นคริช พลฤทธิรัตนภา

คลินิกเวชกรรมเฉพาะทางผิวหนังสุราษฎร์, จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Email: Nakaraj.plu@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.30>

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases, NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่สร้างภาระโรคทั่วโลก ในปี ค.ศ.2019 NCDs มีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็น 74% ของการเสียชีวิตทั้งหมด¹ ในประเทศไทย NCDs เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง (ราว 400,000 รายต่อปี หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน) ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 74% ของการเสียชีวิตทั้งหมดภายในประเทศ² นอกจากนี้ NCDs ยังสร้างภาระด้านค่าใช้จ่ายมหาศาล – ประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี (คิดเป็น 9.7% ของ GDP ปี 2019) จากคำปรึกษาพยาบาล และการสูญเสียผลิตภาพทางเศรษฐกิจ³ ซึ่งสะท้อนว่าโรคกลุ่มนี้ก่อผลกระทบร้ายแรงต่อทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจของชาติ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine, LM) ได้รับการพัฒนาแนวคิดขึ้นเพื่อรับมือกับวิกฤต NCDs ดังกล่าว โดยเป็นสาขาวิชาทางการแพทย์ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตมาใช้ในการรักษาและป้องกันโรคเรื้อรังเป็นหลัก แทนที่จะพึ่งพายาอย่างเดียว American College of Lifestyle Medicine (ACLM) ให้นิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่า ศาสตร์การแพทย์ที่ใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานชนิดที่ 2 และโรคอ้วน โดยผู้ชำนาญการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะให้คำแนะนำที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์แบบองค์รวม เพื่อรักษาและในกรณีที่ดำเนินการอย่างเข้มข้นอาจช่วยให้โรคเหล่านี้ทุเลาหรือกลับคืนได้ ทั้งนี้ การประยุกต์ใช้เสาหลักทั้ง 6 ประการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต – ได้แก่ รูปแบบอาหารที่เน้นพืชเป็นหลัก, การออกกำลังกายสม่ำเสมอ, การนอนหลับที่เพียงพอ, การจัดการความเครียด, การหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นอันตราย และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี – ยังช่วยป้องกันโรคเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้รับความสนใจมากขึ้นในวงการแพทย์ โดยในปี ค.ศ.2010 Lianov และ Johnson ได้เผยแพร่หัวข้อความรู้และทักษะที่แพทย์ควรมีในการสั่งใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ผู้ป่วย (Lifestyle Medicine competencies)⁴ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรแพทย์ตระหนักและมีความสามารถในการใช้แนวทางนี้ในการดูแลผู้ป่วย

เวชศาสตร์วิถีชีวิตนั้นมีความแตกต่างจากศาสตร์การแพทย์ที่ใกล้เคียงอื่น ๆ อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) มุ่งผนวกวิธีการรักษาเสริมและทางเลือกที่มีหลักฐาน เช่น การฝังเข็ม โยคะ นวดบำบัด หรือ โครโมเธอราปี เข้าไปในการรักษาแผนปัจจุบันเพื่อเสริมผลการรักษาของผู้ป่วย ส่วน เวชศาสตร์ฟังก์ชัน (Functional Medicine) มุ่งค้นหาสาเหตุรากฐานของความผิดปกติของสุขภาพ โดยมักใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวนมากและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะทางต่าง ๆ ซึ่งมีได้เป็นแกนหลักในเวชศาสตร์

วิถีชีวิต⁵ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เวชศาสตร์วิถีชีวิตวางตนเป็น “ฐานราก” ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ศาสตร์อื่น ๆ เช่น Integrative หรือ Functional Medicine จะต่อยอดขึ้นไป – เพราะไม่อาจวางแผนการรักษาแบบองค์รวมใด ๆ ได้โดยไม่เริ่มจากการสร้างสุขนิสัยที่ดีตามหลัก 6 เสาหลักของวิถีชีวิตสุขภาพก่อน⁶ ด้วยเหตุนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันทั่วไปที่มุ่งใช้ยาหรือการผ่าตัดในการรักษาเป็นหลัก

หลักฐานเชิงวิชาการในระดับนานาชาติให้การสนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมากในการป้องกันและฟื้นฟูภาวะโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial (RCT) จำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า การปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถให้ผลลัพธ์ที่ดีเทียบเท่าหรือเหนือกว่าการรักษาด้วยยาในบางกรณี ตัวอย่างงานวิจัยที่เป็นหมุดหมายสำคัญ เช่น การศึกษา Diabetes Prevention Program (DPP) ซึ่งเป็น RCT หลายศูนย์ในสหรัฐฯ พบว่าการปรับพฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกายอย่างเข้มข้นสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงได้ถึง 58% ภายใน 3 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับประทาน Metformin ซึ่งลดได้ 31%⁶ อีกตัวอย่างคือ Lifestyle Heart Trial ซึ่งเป็น การทดลองที่รายงานครั้งแรกในปี ค.ศ.1990 แสดงให้เห็นว่า การปรับวิถีชีวิตแบบองค์รวม (ควบคุมอาหารมังสวิรัต ไขมันต่ำมาก ฝึกจัดการความเครียด เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่ม) สามารถฟื้นคืนความตึงตัวของหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยกลุ่มที่ปรับพฤติกรรมมีภาวะตึงของหลอดเลือดลดลงเฉลี่ย 7.9% ขณะที่กลุ่มควบคุมโรคมีความตึงรุนแรงขึ้น 27.7% ภายใน 5 ปี และกลุ่มปรับพฤติกรรมมีอุบัติการณ์เหตุการณ์หัวใจ (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.5 เท่า⁷ นอกจากนี้ การศึกษาที่สุ่มสมมติฐานเกี่ยวกับอาหารเมดิเตอร์เรเนียนในโครงการ PREDIMED (ประเทศสเปน) รายงานว่าการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนเสริมด้วยน้ำมันมะกอกหรือน้ำมัน สามารถลดความเสี่ยงเหตุการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดหลัก (หัวใจขาดเลือด, หลอดเลือดสมอง, หรือการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด) ลงประมาณ 30% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำให้กินอาหารไขมันต่ำ⁸ ผลลัพธ์จากงานวิจัยชั้นนำเหล่านี้ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นกลยุทธ์ที่ทรงพลังในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิดอย่างได้ผล⁹

แม้ว่าจะมีข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมากในระดับสากล แต่ในประเทศไทย การเผยแพร่ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในเชิงวิชาการยังค่อนข้างจำกัด และยังไม่เคยมีการรวบรวมองค์ความรู้ดังกล่าวอย่างเป็นระบบเป็นภาษาไทยเท่าที่ควร ปัจจุบันยังไม่มีบทความ

วิชาการภาษาไทยที่สรุปแนวคิด “6 เสาหลัก” ของเวชศาสตร์
วิถีชีวิตอย่างครบถ้วนในบริบทของประเทศไทย ดังนั้น การส่งเสริม
ความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ศาสตร์นี้ในหมู่บุคลากรสุขภาพไทย
ยังเป็นข้ออ้างที่ควรเร่งดำเนินการ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนพัฒนาการ แนวคิดและหลักการพื้นฐานทั้ง 6 ประการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ตลอดจนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นบททบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย (Narrative review) โดยผู้เขียนได้ทำการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประวัติความเป็นมาและการพัฒนาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ตลอดจนงานวิจัยที่เป็นรากฐานสำคัญของสาขานี้ ทั้งในประเทศไทยและในระดับนานาชาติ จากนั้นจึงวิเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูลเป็นภาพรวมเชิงวิชาการเพื่อเสนอรากฐานและวิวัฒนาการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างครอบคลุม ซึ่งดำเนินการสืบค้นข้อมูลในเดือนมิถุนายน ค.ศ.2025

แหล่งข้อมูลและฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

- **ฐานข้อมูลวิชาการนานาชาติ:** ดำเนินการค้นหาค้นหาบทความวิจัยและบทความบททวนจากฐานข้อมูล PubMed และ Scopus ซึ่งเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่ครอบคลุมวารสารทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพทั่วโลก
- **วารสารวิชาการในประเทศไทย:** เพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลบริบทประเทศไทย ได้สืบค้นบทความจากวารสารวิชาการไทยผ่านระบบฐานข้อมูล Thai Journal Online (ThaiJO) และดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai Citation Index (TCI) ซึ่งรวบรวมผลงานวิชาการภาษาไทย
- **เอกสารนโยบายและรายงานหน่วยงาน:** นอกจากนี้ ได้ค้นหาเอกสารนโยบาย, รายงานจากหน่วยงานภาครัฐ และ แนวทางเวชปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตจากองค์กรสาธารณสุขระดับสากลและระดับชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO), กระทรวงสาธารณสุข, และหน่วยงานด้านส่งเสริมสุขภาพของไทย เพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานจริง **คำค้นหลักในการสืบค้น**

ในการค้นหาข้อมูล ได้ใช้ คำค้นหลัก (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ครอบคลุมหัวข้อ 6 สาขาหลักของวิทยาศาสตร์วิถีชีวิต และการประยุกต์ใช้ ดังนี้

- คำค้นภาษาอังกฤษ: “Lifestyle medicine”, “Lifestyle modification”, “Lifestyle intervention”, “Six pillars”, “Nutrition”, “Diet”, “Physical activity”, “Exercise”, “Stress management”, “Sleep health”, “Restorative sleep”,

“Social connection”, “Social support”, “Substance avoidance”, “Smoking cessation”, “Alcohol cessation”, “Non-communicable diseases (NCDs)”, และคำสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังรวมคำค้นที่ระบุบริบทภูมิศาสตร์ เช่น “Global”, “International”, “Thailand” เพื่อให้ได้บทความที่กล่าวถึงการประยุกต์ใช้ในระดับสากลและในประเทศไทยโดยเฉพาะ

- คำค้นภาษาไทย: “เวชศาสตร์วิถีชีวิต”, “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”, “6 เสาหลัก”, “อาหารและโภชนาการ”, “การออกกำลังกาย”, “การจัดการความเครียด”, “การนอนหลับที่มีคุณภาพ”, “การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด”, “ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก”, “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

คำค้นดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการสืบค้นแบบตรรกบูลีน (Boolean search) เช่น การใช้ตัวดำเนินการ AND/OR เพื่อเชื่อมโยงคำค้น (เช่น “Lifestyle medicine” AND “Nutrition” AND “Thailand”) และมีการปรับแต่งคำค้นให้เหมาะสมกับแต่ละฐานข้อมูลตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลนั้นๆ

เกณฑ์การคัดเลือกบทความ (Inclusion Criteria)

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก บทความและเอกสารที่จะนำมาใช้ในการทบทวนดังนี้

- ประเภทเอกสาร: รวมบทความวิจัยต้นฉบับ (Original research) และบทความปริทัศน์/บทความทบทวน (Review articles) ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังรวม เอกสารนโยบาย หรือ รายงานจากหน่วยงานราชการ/องค์กรสากล ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับ เวชศาสตร์วิถีชีวิตและ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต
- ช่วงเวลาเผยแพร่: บทความหรือเอกสารที่เผยแพร่ระหว่าง ปี ค.ศ. 2000 – 2025
- ภาษา: วิจารณ์บทความที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย เท่านั้น (เพื่อความสอดคล้องกับบริบทการนำไปใช้ทั้งระดับสากลและในประเทศไทย)
- เนื้อหาและความเกี่ยวข้อง: บทความต้องมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ หนึ่งหรือมากกว่าใน 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (ได้แก่ อาหารและโภชนาการ, การออกกำลังกาย, การจัดการ ความเครียด, การนอนหลับที่มีคุณภาพ, การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก) และกล่าวถึง การประยุกต์ใช้ หรือผลลัพธ์ของแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในการส่งเสริม สุขภาพหรือป้องกัน/จัดการโรค ทั้งในบริบทต่างประเทศหรือ ในประเทศไทย
- การเข้าถึงเอกสาร: บทความที่คัดเลือกจะต้องสามารถเข้าถึง ฉบับเต็ม (Full-text) ได้ เพื่อให้สามารถตรวจสอบเนื้อหาและ คุณภาพของข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การตัดออก (Exclusion Criteria)

กำหนดเกณฑ์ในการตัดบทความออก เพื่องรองเอกสารที่ไม่
เกี่ยวข้องหรือคุณภาพไม่เหมาะสม ดังนี้

- บทความที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ (เช่น บทความภาษาที่ผู้วิจัยไม่เชี่ยวชาญ) จะถูกตัดออก เนื่องจากอยู่นอกขอบเขตภาษาที่กำหนด
- บทความที่ซ้ำกัน (Duplicate) จากการสืบค้นในฐานข้อมูลต่างๆ จะถูกลบออก โดยนับรวมเฉพาะรายการเดียว
- บทความหรือเอกสารที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตหรือ 6 เสาหลัก (เช่น เนื้อหาไม่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต หรือไม่กล่าวถึงการนำแนวทางนี้ไปใช้ในบริบทสุขภาพ) จะไม่ถูกนำมาพิจารณา
- บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม หรือเป็นเพียงบทคัดย่อ และ บทความประเภทบทคัดย่อในการประชุมวิชาการ (Conference abstract) ที่ไม่มีข้อมูลฉบับเต็ม จะถูกตัดออกเพื่อให้ข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนมีความสมบูรณ์
- ไม่รวมบทความความคิดเห็น (Editorial/opinion pieces) หรือ จดหมายถึงบรรณาธิการ ที่ไม่ได้มีข้อมูลการวิจัยเชิงประจักษ์โดยตรง

ขั้นตอนการคัดเลือกบทความและเอกสาร

ดำเนินการคัดกรองบทความและเอกสารตามขั้นตอนต่อไปนี้:

1. สืบค้นฐานข้อมูล: การค้นหาจาก PubMed, Scopus และแหล่งข้อมูลอื่นตามที่ระบุข้างต้น ให้ผลการค้นหารวม 623 รายการ (โดยได้บทความจาก PubMed 410 รายการ และจาก Scopus 213 รายการ)
2. จัดการรายการซ้ำ: เมื่อรวมผลการค้นหาและทำการลบรายการซ้ำ (Duplicate removal) แล้ว เหลือบทความจำนวน 450 รายการ
3. คัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ: ทำการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของบทความทั้ง 450 รายการ เพื่อประเมินความเกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีบทความที่เกี่ยวข้องและมีคุณภาพเบื้องต้นจำนวน 120 บทความ บทความที่ไม่ตรงประเด็นหรือไม่เข้าเกณฑ์จะถูกตัดออกในขั้นตอนนี้
4. ทบทวนฉบับเต็ม: บทความจำนวน 120 เรื่องที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น ถูกนำมาอ่าน ฉบับเต็ม (Full-text) อย่างละเอียด เพื่อประเมินเนื้อหาเชิงลึกและตรวจสอบว่าตอบโจทย์วัตถุประสงค์การทบทวนหรือไม่ จากการประเมินฉบับเต็ม มีบทความจำนวน 48 เรื่อง ที่ตรงตามเกณฑ์ทั้งหมดและเหมาะสมที่จะถูกรวบรวมในการทบทวนครั้งนี้
5. รวบรวมเอกสารนโยบายและแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม: นอกเหนือจากบทความวิจัยดังกล่าว ยังได้รวม เอกสารนโยบาย/รายงานจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 ฉบับ ที่ผ่านการคัดเลือกว่าเกี่ยวข้องกับหัวข้อศึกษามาเพิ่มเติมในการทบทวน
6. สรุปจำนวนแหล่งข้อมูลที่ใช้: เมื่อรวมบทความวิชาการและเอกสารนโยบายทั้งหมดแล้ว การทบทวนวรรณกรรมนี้ได้ใช้แหล่งข้อมูลรวมทั้งสิ้น 57 รายการ ในการวิเคราะห์และเรียบเรียง

ผลการทบทวน

ขั้นตอนทั้งหมดข้างต้นดำเนินการโดยผู้วิจัยทั้งสองคนอย่างอิสระ จากนั้นมีการตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน เพื่อให้มั่นใจว่าการคัดเลือกบทความมีความเที่ยงตรงและเป็นไปตามเกณฑ์ที่วางไว้ ทุกขั้นตอนของการสืบค้นและคัดเลือกถูกบันทึกไว้อย่างเป็นระบบเพื่อความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในภายหลัง

ผลการศึกษา

รากฐานยุคโบราณของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

แม้ว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะอาจถูกมองว่าเป็นสาขาใหม่ แต่หลักการของศาสตร์นี้หยั่งรากลึกมาตั้งแต่สมัยโบราณ ฮิปโปเครติส (Hippocrates) แพทย์และนักปราชญ์ชาวกรีกผู้ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์ ได้กล่าวไว้อย่างมีชื่อเสียงว่า “เพื่อให้มีสุขภาพดี พึงหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มากเกินไปและการออกกำลังกายที่น้อยเกินไป”¹⁰ ฮิปโปเครติสให้ความสำคัญกับการค้นหาสาเหตุของโรค มากกว่าเพียงการบรรยายลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เขาเน้นย้ำให้แพทย์พิจารณาปัจจัยรอบด้านของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงตัวโรค แต่รวมถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยว่ารับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่ มีการออกกำลังกายและการพักผ่อนเพียงพอหรือไม่ รวมถึงการดื่มไวน์ (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ในปริมาณเท่าใด¹¹ ด้วยมุมมองดังกล่าว เขาจึงสามารถระบุรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคและภาวะต่างๆ ได้

ในช่วงเวลาเดียวกัน ณ ฟากฝั่งตะวันออก นักปราชญ์ชาวจีนอย่างขงจื๊อก็ได้ตระหนักถึงผลของการใช้ชีวิตอย่างพอเหมาะต่อคุณภาพชีวิต โดยเน้นความพอเหมาะในการบริโภคอาหารและสุรา ตลอดจนการฝึกสติและสมาธิ ในสมัยราชวงศ์ชั่น แนวคิดการ “บำรุงชีวิต” เช่น การควบคุมอาหารและการทำสมาธิ ได้กลายมาเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้คน¹²

ภูมิปัญญาของนักปราชญ์โบราณเหล่านี้ได้รับการยืนยันซ้ำตลอดประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ ทว่าเมื่อภาระโรคได้เปลี่ยนจากการเสียชีวิตฉับพลันด้วยโรคติดต่อในศตวรรษที่ 19 ไปสู่มาตรการเจ็บในศตวรรษที่ 21 นั่นคือโรคเรื้อรัง คำกล่าวของพวกเขาก็กลับยิ่งมีความสอดคล้องกับยุคสมัยปัจจุบันมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา ในความเป็นจริง มีผู้เสนอว่าจำเป็นต้องขยาย “สูตรสำเร็จ” ของฮิปโปเครติสในอดีตให้ครอบคลุมหลักการที่ทันสมัยยิ่งขึ้น¹³ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มาจากพืชเป็นหลัก การเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การมีสติอยู่กับปัจจุบัน การรักษาความสงบของจิตใจ การหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นอันตราย และการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น – ซึ่งทั้งหมดนี้คือเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

รากฐานสมัยใหม่ของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

หลายทศวรรษที่ผ่านมาได้มีหลักฐานมากมายรายงานถึง

อิทธิพลของพฤติกรรม การดำเนินชีวิตต่อสุขภาพ โดยเน้นที่ การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ และการมีองค์ประกอบร่างกายที่เหมาะสม ในปี ค.ศ. 1993 งานวิจัยชิ้นสำคัญที่ตีพิมพ์ในวารสาร JAMA ได้ประมาณการ ว่าประมาณร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรใน สหรัฐอเมริกามีสาเหตุจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม¹⁴ ก่อนหน้า การศึกษานี้ แม้เป็นที่ทราบกันว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต แต่แนวคิดที่ว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ถือ เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่สำคัญในวงการแพทย์ แนวคิดนี้ เกิดขึ้นพร้อมกับอัตราการตายที่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปสู่ โรคเรื้อรังตลอดหลายชั่วอายุคน¹⁵

เมื่อต้นศตวรรษที่ 21 เมื่อโรคหัวใจและมะเร็งกลายเป็น สาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ความสนใจของ วงการแพทย์จึงมุ่งไปสู่การทำความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของ โรคเรื้อรังทั้งหลาย ด้วยอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มสูงขึ้น การวิจัยจำนวนมาก จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษาอาหารแต่ละชนิดว่ามีผลต่อการทำงานของ เซลล์เยื่อบุหลอดเลือด¹⁶ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความไวของร่างกายต่ออินซูลินอย่างไร¹⁷

เมื่อโรคเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา จึงเกิด ความสนใจที่จะสำรวจพื้นที่ของโลกที่พบโรคเรื้อรังน้อยกว่า และ ศึกษาว่าวิถีชีวิตส่งผลต่ออุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังในประชากร เหล่านั้นอย่างไร แนวคิดนี้เห็นได้ชัดในงานของ T. Colin Campbell เรื่อง The China Study ซึ่งพบว่ามณฑลในประเทศ จีนที่รับประทานอาหารเช้าจากพืชมากที่สุดแทบไม่พบโรค เรื้อรังเลย ในขณะที่ประชากรที่รับเอาการบริโภคแบบตะวันตก (ได้แก่การกินโปรตีนจากสัตว์สูง) กลับมีอัตราการเกิดโรคหัวใจ มะเร็ง และเบาหวานสูงที่สุด¹⁸ นอกจากนี้ งานวิจัยเกี่ยวกับ “พื้นที่สีฟ้า” (Blue Zones) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้อยู่ยืนยาวที่สุดในโลก ก็ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต สัมพันธ์กับอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ตัวอย่างพื้นที่เหล่านี้ ได้แก่ โอกินาวา (ญี่ปุ่น) ซาร์ดิเนีย (อิตาลี) นิโคยา (คอซตาริกา) อิกาลีเรีย (กรีซ) และโลมาลินดา (แคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา) โดยพบว่า การดำเนินชีวิตตามหลัก LM อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการมี ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัวและชุมชน การเสริมสร้าง ชุมชนที่เอื้ออาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายตามธรรมชาติ การกิน อาหารอย่างพอเหมาะพอดี และการมีเป้าหมายในชีวิต ล้วน ส่งผลดีไม่เพียงต่อ “จำนวนปี” ที่มีชีวิตอยู่ แต่ยังเพิ่มคุณภาพ ชีวิตให้กับแต่ละปีเหล่านั้นด้วย¹⁹

ขณะที่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคอ้วนยังคงเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ใหญ่ และเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจในกลุ่มเด็ก

และวัยรุ่นของสหรัฐอเมริกา ทำให้การมุ่งใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน วิถีชีวิตเพื่อรับมือปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงนี้กลายเป็นวาระแห่งชาติ จากการเรียกร้องให้ช่วยเสริมความรู้แก่แพทย์ ในเรื่องวิธีการและกลยุทธ์ที่ไม่ได้รับการเน้นย้ำมาก่อนในการเรียน แพทย์แบบดั้งเดิม สมรรถนะหลักสำหรับแพทย์ในการใช้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการรักษาจึงได้ถูกกำหนดขึ้น โดยความ ร่วมมือระหว่าง American College of Lifestyle Medicine (ACLM) และ American College of Preventive Medicine (ACPM)²⁰ สมรรถนะเหล่านี้ช่วยชี้แนวทางให้แพทย์ประยุกต์ใช้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งภาวะผู้นำ ความรู้ ทักษะการประเมินผู้ป่วย ทักษะการจัดการรักษา และการใช้ระบบสนับสนุนในคลินิกและชุมชนเพื่อพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื่องจากความสนใจในเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ขยายวงกว้าง สู่ระดับนานาชาติ จึงได้มีการจัดตั้งพันธมิตรเวชศาสตร์วิถีชีวิต นานาชาติ (Lifestyle Medicine Global Alliance) ขึ้นโดย ความร่วมมือกับ ACLM²¹ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนแพทย์ และบุคลากรสุขภาพที่สอบวุฒิปริญญา LM เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด สะท้อนจากจำนวนกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่สนใจเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine Interest Group, LMIG) ในคณะ แพทยศาสตร์ต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนโครงการวิชาการใน โรงเรียนแพทย์และสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านที่เริ่ม บรรลุเนื้อหาเกี่ยวกับ LM ไว้ในหลักสูตรมากขึ้น^{22, 23}

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต

1. Nutrition หนึ่งในการศึกษาในระดับชาติที่เป็นหมุดหมาย สำคัญซึ่งแสดงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน และยับยั้งความก้าวหน้าของโรคเรื้อรังคืองานวิจัย Diabetes Prevention Program (DPP)²⁴ ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสุ่มที่ ศูนย์วิจัย 27 แห่ง ผู้วิจัยพบว่า การปรับพฤติกรรมสุขภาพตาม แนวทาง LM มีประสิทธิภาพมากกว่ายาเมทฟอร์มินในการป้องกัน ภาวะก่อนเบาหวานไม่ให้พัฒนาเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใน การทดลอง ผู้ป่วยถูกสุ่มแบ่งออกเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับ ยาเมทฟอร์มิน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ กลุ่มยาหลอก โดยกลุ่มปรับพฤติกรรมได้รับการติดตามการ บริโภคแคลอรีและการออกกำลังกาย และเข้าโปรแกรมอบรม 16 ครั้ง ครอบคลุมโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการ ความเครียด หลังการติดตาม 3 ปี กลุ่มปรับพฤติกรรมมีอุบัติการณ์ ของเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลง 58% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา เมทฟอร์มินซึ่งลดลง 31%²⁴ งานวิจัยนี้เป็นหนึ่งในงานแรกๆ ที่ แสดงให้เห็นถึงพลังของการปรับพฤติกรรมชีวิตที่เหนือกว่าการ ใช้น้ำในการป้องกันการลุกลามของโรคเรื้อรัง

งานวิจัยที่แสดงถึงพลังของพฤติกรรมไม่เพียงในการป้องกัน แต่ยังฟื้นฟูโรคเรื้อรังคือ Lifestyle Heart Trial ของ Dr. Dean

Ornish⁷ โดยเป็นการศึกษาการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นที่ประกอบด้วยอาหารมังสวิรัตที่มีไขมันคิดเป็น 10-15% ของพลังงานทั้งหมด การฝึกจัดการความเครียด การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก และการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่ม ส่งผลให้ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบแคบดีขึ้นอย่างชัดเจนจากการตรวจวัดด้วยวิธี Angiography เปรียบเทียบ โดยในช่วง 5 ปี ผู้ป่วยกลุ่มที่ปรับพฤติกรรมมีการตีบของหลอดเลือดหัวใจลดลงเฉลี่ย 7.9% ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการตีบรุนแรงขึ้น 27.7%^{25,26} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ปรับพฤติกรรมมีเหตุการณ์หัวใจ (เช่น หัวใจล้มเหลวหรือหัวใจวาย) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.5 เท่า อีกทั้งภาพสแกนกล้ามเนื้อหัวใจด้วยเทคนิค Cardiac Positron Emission Tomography (PET) แสดงให้เห็นว่าภายหลัง 5 ปี ผู้ป่วยกลุ่มปรับพฤติกรรมมีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้นถึง 400% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม²⁷ การศึกษานี้สรุปว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอยู่เดิมสามารถทำให้ภาวะตีบตันในหลอดเลือดดีขึ้นได้ผ่านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

หลักฐานทางโภชนาการยังสนับสนุนอย่างหนักแน่นถึงประโยชน์ของอาหารที่เน้นพืชเป็นหลัก งานวิเคราะห์แบบเป็นระบบ Global Burden of Disease (GBD) 2017 รายงานว่าปี ค.ศ. 2017 มีการเสียชีวิต 11 ล้านรายทั่วโลกที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร โดยปัจจัยเสี่ยงสามอันดับแรก ได้แก่ (1) การบริโภคโซเดียมสูง (3 ล้านราย); (2) การบริโภคธัญพืชเต็มเมล็ดต่ำ (3 ล้านราย); และ (3) การบริโภคผลไม้ต่ำ (2 ล้านราย) การศึกษานี้สรุปว่า ผลการศึกษาของเราชี้ว่าการบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณภาพเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่นใดทั่วโลก รวมถึงการสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องปรับปรุงโภชนาการของประชากรโลก นอกจากผลต่อการเสียชีวิต การวิเคราะห์ยังพบว่าการกินอาหารที่ไม่มีคุณภาพเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life years; DALYs) ถึง 255 ล้านปี²⁸

งานวิจัย PREDIMED Study (Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine ปี ค.ศ. 2013 ได้รายงานผลการสุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วม 7,447 คน อายุ 55-80 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแบ่งเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเสริมด้วยน้ำมันมะกอก, กลุ่มรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเสริมด้วยถั่ว, และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารไขมันต่ำ การศึกษาได้หยุดก่อนกำหนดเนื่องจากหลังการติดตาม 4.8 ปี พบว่ากลุ่มที่รับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (ทั้งที่เสริมน้ำมันมะกอกและถั่ว) มีการลดความเสี่ยงของผลลัพธ์หลัก (หัวใจวาย, อัมพาต, หรือ

การเสียชีวิตจากโรคหัวใจหลอดเลือด) ลงประมาณ 30%²⁹ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์แยกเฉพาะหัวใจวาย กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม

อีกงานวิจัยสำคัญที่แสดงประโยชน์ของอาหารเมดิเตอร์เรเนียนคือ Lyon Heart Study ซึ่งศึกษาผู้ป่วยกว่า 600 คนที่รอดชีวิตจากหัวใจวาย พบว่าในการวิเคราะห์ระยะกลาง 27 เดือน การใช้อาหารเมดิเตอร์เรเนียนช่วยลดการเกิดหัวใจวายซ้ำและผลลัพธ์ทางหัวใจอื่นๆ ลงได้ 50-70%³⁰ และรายงานสุดท้ายของการศึกษาเมื่อครบ 46 เดือนก็ยืนยันผลลัพธ์ดังกล่าว³¹ อัตราการลดความเสี่ยง 50% ในการป้องกันหัวใจวายซ้ำนั้นเทียบเท่ากับประสิทธิผลของการใช้ยาในกลุ่ม Statin งานวิจัยการศึกษาผู้ป่วยกว่า 32,000 คน ที่มีภาวะแคลเซียมเกาะหลอดเลือดหัวใจพบว่าการใช้ยาในกลุ่ม Statin ช่วยลดความเสี่ยงหัวใจวายลงประมาณ 50%³² เช่นเดียวกับงานวิจัย JUPITER Trial ที่ศึกษาผู้มีความเสี่ยงสูง (มีระดับ C-reactive protein สูง) ก็พบการลดความเสี่ยงหัวใจวาย 50% เช่นกัน³³ หลังการตีพิมพ์รายงานสุดท้ายของ Lyon Heart Study สมาคมหัวใจอเมริกัน (American Heart Association; AHA) ได้ออกแถลงการณ์เชิงนโยบายเรียกร้องว่า AHA และพันธมิตรควรใช้โอกาสครั้งสำคัญนี้ในการลดความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือดในประชากรอย่างมหาศาล ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยที่เน้นโภชนาการให้มากขึ้น³⁴ ทั้งอาหารเมดิเตอร์เรเนียนและยาในกลุ่ม Statin ขนาดสูง ต่างก็ได้รับคำแนะนำจาก AHA สำหรับการป้องกันทุติยภูมิของหัวใจวาย³⁵

2. Physical Activity กิจกรรมทางกายก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่ออายุขัยและช่วงเวลาที่มีความสุขดี งานศึกษาวิจัยผู้ใหญ่กว่า 4,800 คน เป็นเวลา 10 ปี พบว่าจำนวนก้าวเดินในแต่ละวันสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่เดินได้ 10,000 ก้าวหรือมากกว่าต่อวัน มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่เดินเพียง 2,000 ก้าวหรือน้อยกว่าถึงเกือบ 70% ผลลัพธ์นี้ยังชัดเจนในกลุ่มอายุเกิน 65 ปี ซึ่งพบว่าอัตราการเสียชีวิตลดลงประมาณ 80% (เมื่อเทียบกับกลุ่ม 10,000 ก้าวกับ 2,000 ก้าว) และไม่พบความแตกต่างในด้านความเร็วการเดิน เพียงแค่เดินถึงเป้าหมายก้าวก็เพียงพอ³⁶ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงพลังของพฤติกรรมดำเนินชีวิต โดยการลดความเสี่ยงการเสียชีวิตที่ได้จากการมีกิจกรรมทางกายนั้นสูงกว่าการรักษาด้วยยาชนิดใดๆ อย่างเทียบไม่ติด แต่หลักฐานงานวิจัยในบริบทของประเทศไทยยังจำกัด

3. Sleep การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอมีผลอย่างมากต่อสุขภาพในช่วงชีวิต การนอนหลับสัมพันธ์กับกระบวนการซ่อมแซมและกำจัดของเสียในสมอง อันจำเป็นต่อการป้องกันความเสียหายของเซลล์ประสาท และยังช่วยในกระบวนการเรียนรู้และรักษาสมดุลการเชื่อมต่อของวงจรประสาท³⁷ ผลกระทบสะสมจากการนอนหลับที่ผิดปกติ ได้แก่ ความบกพร่องด้านความรู้

ความเข้าใจ และยังขยายไปถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก ภาวะทนต่อกลูโคสผิดปกติ ภาวะภูมิคุ้มกันลดลง การอักเสบเรื้อรัง ตลอดจนความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร³⁸ เวชศาสตร์วิถีชีวิตเน้นแนวทางที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลักในการรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยให้ความสำคัญกับสุขอนามัยการนอนที่ควบคู่ไปกับการรักษาด้านจิตบำบัดด้วยวิธีความรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ (Cognitive behavioral therapy for insomnia; CBT-I) ซึ่งเป็นวิธีที่การทดลองทางคลินิกรายงานว่าได้ผลดีที่สุดในการรักษาอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง³⁹

4. Stress Management ระดับความเครียดที่สูงมีผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพเช่นเดียวกับการนอนหลับ ความเครียดก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยตรงจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลในระดับสูง เป็นผลให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารแปรปรวน ระบบหัวใจและหลอดเลือดเปลี่ยนแปลง และภูมิคุ้มกันถูกกดการทำงาน⁴⁰ ยิ่งไปกว่านั้น ความเครียดยังส่งผลกระทบทางอ้อมต่อสุขภาพผ่านพฤติกรรมที่บกพร่อง เช่น ทำให้นอนหลับไม่ดี ขาดการออกกำลังกาย และเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์^{41, 42} ACLM ส่งเสริมการลดความเครียดผ่านวิธีการที่หลากหลาย⁴³ เช่น การใช้เวลาอยู่กับธรรมชาติ และเทคนิคผ่อนคลายจิตใจ-ร่างกายที่มีหลักฐานสนับสนุน ได้แก่ Biofeedback การทำสมาธิ และการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ เช่น โยคะหรือไทเก๊ก⁴⁴

5. Substance Avoidance แม้ว่ากาสูบหรี่จะลดลงอย่างมากตั้งแต่ทศวรรษ 1960 แต่ปัจจุบันก็ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต คาดว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 1 ใน 5 ของการตายทั้งหมด และคร่าชีวิตผู้คนราว 480,000 รายต่อปีในสหรัฐอเมริกา⁴⁵ ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นคาดว่าทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 140,000 รายต่อปี⁴⁶ นอกจากนี้ การเสียชีวิตจากการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้เฟนทานิลที่ผลิตอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งคาดว่าทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 100,000 รายต่อปีในสหรัฐอเมริกา⁴⁷ และในปัจจุบัน การใช้ยาเกินขนาดจากเฟนทานิลถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มวัย 18-44 ปี⁴⁸ กล่าวโดยสรุป การใช้สารเสพติดและสารอันตรายเหล่านี้ส่งผลร้ายต่ออายุขัยและภาวะสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการลดและหลีกเลี่ยงการใช้สารที่มีความเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นหนึ่งในภารกิจสำคัญของระบบสาธารณสุข การไม่ใช้สารเสพติดที่เป็นอันตรายย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพและช่วยยืดอายุขัยได้อย่างชัดเจน ซึ่งจัดว่าเป็นหนึ่งในเสาหลักทั้งหกประการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

6. Social Connection การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี (Social connectivity) เป็นเสาหลักหนึ่งของเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ถูกเน้นย้ำมากขึ้นจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อพิจารณาข้อมูลจากงานวิจัย Harvard Study of Adult Development ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1938 การศึกษานี้ได้สรุปไว้ว่า ตลอดช่วงหลายปีที่ได้ศึกษาชีวิตเหล่านี้ มีปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่โดดเด่นสำหรับพลังของความสัมพันธ์กับสุขภาพกาย สุขภาพจิต และอายุยืนยาว นั่นคือ ความสัมพันธ์ที่ดี หากต้องสรุปการศึกษา 84 ปี ให้เหลือหลักการข้อเดียวสำหรับการดำเนินชีวิต หลักการเดียวที่ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยหลากหลาย นั่นก็คือ ความสัมพันธ์ที่ดีทำให้มีสุขภาพดีกว่าและมีความสุขกว่า⁴⁹ ข้อความนี้เป็นคำกล่าวที่เน้นย้ำความสำคัญของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพ ไม่เพียงเท่านั้น ผลกระทบของการแยกตัวทางสังคมต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ย่ำแย่ ทำให้ National Academy of Sciences (NAS) ในสหรัฐอเมริกา จัดทำรายงานปี 2020 เรื่อง Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System⁵⁰ ซึ่งระบุว่า การแยกตัวทางสังคมสัมพันธ์กับความเครียดต่อภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มขึ้นประมาณ 50% และความรู้สึกเหงาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวสัมพันธ์กับความเครียดต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงขึ้น 29% และความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น 32% กล่าวโดยสรุป ความผูกพันทางสังคมถือเป็นปัจจัยที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพของมนุษย์

ความรู้ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาสำหรับโรคเรื้อรังหลายชนิดเมื่อเทียบกับพลังของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ปรากฏชัดในศาสตร์เกี่ยวกับสมองเช่นกัน ในการประชุมวิชาการสมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ (Alzheimer's Association International Conference; AAIC) ปี 2019 ได้มีการเน้นย้ำว่าการนำปัจจัยวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ 4-5 ประการมาใช้สามารถลดความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ลงได้ถึง 60% เมื่อเทียบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำเพียง 1 ด้านหรือน้อยกว่า⁵¹ และบทความสรุปการประชุมดังกล่าวที่ตีพิมพ์ในวารสาร Scientific American ใช้ชื่อเรื่องว่า “ที่ประชุมเรื่องโรค อัลไซเมอร์: ปัจจัยด้านวิถีชีวิตคือหนทางที่ดีที่สุด-และทางเดียว -ในการลดความเสี่ยงสมองเสื่อมในขณะนี้”⁵² ผลการค้นพบเชิงประจักษ์เหล่านี้ตอกย้ำงานวิจัยอื่นๆ เช่น การศึกษา MIND diet (Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay) ซึ่งพบว่าความแตกต่างของอัตราการเสื่อมถอยด้านความสามารถทางสมองระหว่างกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติตามแนวทาง MIND diet ในระดับสูงสุดกับกลุ่มที่ปฏิบัติตามน้อยที่สุดนั้น เทียบเท่ากับช่วงอายุที่ต่างกันถึง 7.5 ปี กล่าวคือ การวิจัยนี้ชี้ว่าแนวทางการบริโภค

แบบ MIND diet สามารถชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถทางสมองที่มากับวัยได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵³

ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นอคติที่อาจเกิดขึ้นในการมองบทบาทของแพทย์ว่าเป็นผู้กำหนดสุขภาพแทนที่จะเห็นว่าผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดสุขภาพตนเอง คือ แนวโน้มของวงการแพทย์ที่มักพึ่งพาการรักษาด้วยยา มากกว่าการส่งเสริมพฤติกรรม ในขณะที่งานวิจัยระยะยาวขนาดใหญ่ที่สุดชิ้นหนึ่งอย่าง Framingham Heart Study (FHS) ซึ่งเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1948 โดยติดตามประชากร 5,209 คน อายุ 30-62 ปี ในเมืองแฟรมิงแฮม รัฐแมสซาชูเซตส์ (มีการติดตามต่อเนื่องมากกว่า 3 รุ่น) พบว่าโรคหัวใจส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ระดับคอเลสเตอรอลสูง และการไม่ออกกำลังกาย ตามคำกล่าวของ National Institutes of Health⁵⁴ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้เหล่านี้เกือบทั้งหมดล้วนเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิต แต่ในเวชปฏิบัติทั่วไป เมื่อพบผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดสูง ก็มักถูกรักษาด้วยยาก่อนเป็นอันดับแรก และอาจมีการแนะนำให้เลิกบุหรี่ ทั้งที่จริงแล้วควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ไปพร้อมกัน

ตัวอย่างเพิ่มเติมคือการที่ FHS ค้นพบว่าระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) ที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจ ในปี ค.ศ. 1977 งานวิจัยหนึ่งของ FHS พบว่าระดับ HDL ที่ต่ำสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้น⁵⁵ และในปี ค.ศ. 1988 บทความเรื่อง “Cholesterol and lipids in the risk of coronary artery disease – the Framingham Heart Study” ได้ระบุว่า ข้อมูลจากการติดตาม 35 ปีของ FHS ชี้ว่าปัจจัยที่นอกเหนือจากระดับคอเลสเตอรอลรวมและ LDL จะต้องถูกพิจารณาเมื่อประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด ความจริงแล้ว ระดับ HDL ที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจพอๆ กับการมี LDL สูง การทดสอบอย่างง่ายที่ดีที่สุดในการทำนายความเสี่ยงโรคหัวใจก็คืออัตราส่วนคอเลสเตอรอลรวมต่อ HDL และตามเกณฑ์นี้ ประชากรราวครึ่งหนึ่งในอเมริกาเหนือมีความเสี่ยงต่อการหัวใจวาย⁵⁶⁻⁵⁷ จากข้อมูลนี้ บริษัทยาได้พยายามพัฒนายาที่เพิ่มระดับ HDL แต่การทบทวนผลงานวิจัยที่ครอบคลุมการทดลองแบบสุ่ม 12 ฉบับ (ผู้ป่วยรวม 26,858 คน ระยะติดตาม 1 ปี ถึง 6.2 ปี) สรุปว่า การเพิ่มระดับ HDL ด้วยยานอกเหนือจากการลดไขมันอย่างเต็มที่สำหรับการป้องกันทุติยภูมิ ไม่ได้ให้ประโยชน์เพิ่มขึ้น⁵⁸ บริษัทยาแห่งหนึ่งได้ใช้เงินทุนกว่า 800 ล้านดอลลาร์พัฒนายา torcetrapib ซึ่งสามารถเพิ่ม HDL ได้มากกว่า 72%⁵⁹ แต่ยานี้กลับต้องถอนออกจากตลาดหลังการศึกษากับผู้เข้าร่วมกว่า 15,000 คนพบว่า การให้ยา Torcetrapib เพิ่มความเสี่ยงการตายและการเกิดเหตุการณ์โรคร้ายแรงโดยกลไกที่ไม่ทราบแน่ชัด และการเพิ่ม HDL ด้วยวิธีนี้ก็กลับเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁶⁰

หากมองด้วยมุมมองของเวชศาสตร์วิถีชีวิต อาจตีความข้อมูลเหล่านี้ในอีกทาง กล่าวคือ มีปัจจัยเพียงไม่กี่อย่างที่ สามารถเพิ่มระดับ HDL ได้ และหนึ่งในนั้นคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก^{55,56} เป็นไปได้หรือไม่ว่าระดับ HDL ที่สูงขึ้นและความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหัวใจที่ลดลง แท้จริงแล้วเป็นตัวชี้วัดแทนระดับความฟิตของร่างกายที่สูงขึ้นของผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และเป็นความฟิตนี้เองที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อประโยชน์สุขภาพ แล้วจะเป็นการดีกว่าหรือไม่ หากเรามุ่งเน้นเพิ่มระดับ HDL ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเดินหรือวิ่งออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการลดน้ำหนัก แทนที่จะค้นหาวิธีที่เพิ่มระดับ HDL โดยตรง องค์การอนามัยโลกได้ออกแนวทางปฏิบัติเรื่องกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่ง ปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour)⁶¹ ซึ่งกำหนดคำแนะนำตามกลุ่มอายุและสภาพร่างกาย เพื่อให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอสำหรับสุขภาพที่ดี แนวทางฉบับนี้ย้ำว่า “การมีกิจกรรมทางกายไม่ว่าปริมาณใดดีกว่าการอยู่เฉย ๆ โดยสิ้นเชิง” และทุกกลุ่มอายุควรจำกัดเวลาที่อยู่เฉย ๆ (Sedentary) พร้อมทั้งทำกิจกรรมเสริมสร้างกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ

อภิปราย

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นสาขาแพทย์เฉพาะทางสาขาใหม่ที่มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งคนแบบองค์รวมผ่านการใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต—ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เน้นพืชเป็นหลักแต่ครบหมู่ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่เพียงพอ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นอันตราย และความผูกพันทางสังคมที่ดี – เป็นรากฐานของสุขภาพ สาขานี้แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันตรงที่สนับสนุนให้ปรับพฤติกรรมสุขภาพไม่เพียงเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง แต่หากปฏิบัติอย่างจริงจังเพียงพอยังสามารถรักษาและฟื้นฟูโรคเหล่านี้ได้อีกด้วย

ตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา LM ได้สั่งสมหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่รายงานถึงผลกระทบอันทรงพลังของเสาหลักทั้งหกต่อสุขภาพ ตัวอย่างผลงานวิจัยสำคัญที่ช่วยวางรากฐานให้สาขานี้ก้าวอยู่แถวหน้าของการแพทย์ยุคใหม่ ได้แก่ Diabetes Prevention Program, Lifestyle Heart Trial, PREDIMED Study, Lyon Heart Study และ Framingham Heart Study ในขณะที่ปัจจุบันเรากำลังเผชิญกับ “โรคระบาด” ในรูปของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระบบสาธารณสุขที่เน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ สาขา LM ซึ่งอุทิศตนให้กับการป้องกันและการพลิกกลับโรคเรื้อรังโดยมีเป้าหมายลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างความเท่าเทียมผ่านวิธีการ

ที่คุ้มค่า จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด

การนำ LM ไปใช้ในระดับชุมชนไม่เพียงช่วยบุคคลที่ได้รับ การรักษาเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อชุมชนโดยรวมอีกด้วย การเผชิญ หน้าที่กับความท้าทายเหล่านี้อย่างจริงจังจะช่วยให้ระบบบริการ สุขภาพสามารถใช้ศักยภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ในการพัฒนาผลลัพธ์สุขภาพของประชากร และลดภาระของ โรคเรื้อรังทั่วโลกได้อย่างชัดเจน LM สามารถทำงานส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างทรงพลังและเสริมแรง (Synergistic) ไปพร้อมกับ รูปแบบการดูแลสุขภาพที่เน้นคุณค่า (Value-based care) ซึ่ง เน้นการให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดในขณะที่ควบคุมค่าใช้จ่าย การใช้พลังของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวกผ่าน LM เปิดโอกาสให้เราได้ทั้งปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ ปรับปรุง มาตรการคุณภาพการดูแล และยกระดับสุขภาพของประชากร

บทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบสาธารณสุขไทย

เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนเป้าหมายของระบบสาธารณสุขไทยหลายประการ⁶² ดังนี้

- การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs): การนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรค NCDs เช่น อาหารไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสะสม เป็นต้น ซึ่งมีงานวิจัยระดับนานาชาติยืนยันว่าแนวทางนี้ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และแม้แต่บางชนิดของโรคมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญในประเทศไทย หน่วยงานสาธารณสุขได้เน้นย้ำ 6 มิติของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (อาหาร ออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การงดเหล้าและบุหรี่ และความสัมพันธ์ทางสังคม) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ของคนไทย ดังนั้น เวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงมีบทบาทเป็นหัวใจของแนวทางป้องกันเชิงรุกที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อลดภาระโรค NCDs ในระยะยาว
- ลดภาระโรคและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์: การป้องกันไม่ให้เกิดโรคย่อมส่งผลให้ลดความจำเป็นในการรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งแทรกซ้อนของเบาหวานหรือโรคหัวใจ เป็นต้น งานทบทวนวรรณกรรมพบว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมผ่านการป้องกันโรคและลดความจำเป็นในการรักษาทางยาและหัตถการที่มีราคาแพง นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วย NCDs ด้วยแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำซ้อน (Readmission) เนื่องจากผู้ป่วยมีสุขภาพที่ควบคุมได้ดีขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระงานของระบบบริการสุขภาพ
- ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน: นอกจากการลดอัตราการป่วยและตาย เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและอายุที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวม โดยการดูแลแก้ไขที่ต้นเหตุ

ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับอาหารและออกกำลังกายอย่างถูกต้องอาจสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจนลดปริมาณยาที่ต้องใช้ลง และมีพลังชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับคนทั่วไปที่ยังไม่ป่วย การดำเนินชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น การกินอาหารที่มีประโยชน์และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพเชิงองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลดีต่อความสุขและผลิตภาพของประชากรในระยะยาว

- การพัฒนาบุคลากรและรูปแบบบริการสุขภาพ: เวชศาสตร์วิถีชีวิตกำลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพไทย จากรูปแบบการรักษาเมื่อป่วย (Sick care) ไปสู่รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน (Health care) ที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์สนับสนุนงานด้านนี้ เช่น พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้มีคุณภาพและเข้าถึงได้, เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต, สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาพ, และ ส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมด้านนี้เพื่อสนับสนุนนโยบายสุขภาพ ยุทธศาสตร์เหล่านี้สะท้อนว่าบทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่ได้จำกัดอยู่ในห้องตรวจเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมถึงการยกระดับระบบบริการและสาธารณสุขโดยรวม เช่น การจัดให้มีคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาล การฝึกอบรมแพทย์พยาบาลให้มีทักษะด้านนี้ และการขยายบริการไปสู่ระดับปฐมภูมิและชุมชน

- ศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ (Wellness Hub): รัฐบาลไทยมีวิสัยทัศน์ผลักดันประเทศให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพของโลก (Medical and Wellness Hub) ซึ่งเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สอดคล้องกับเป้าหมายนี้ โดยการนำเสนอจุดแข็งด้านการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของประเทศไทย การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับระบบสาธารณสุขจะช่วยยกระดับภาพลักษณ์ด้านบริการสุขภาพเชิงป้องกัน และดึงดูดทั้งประชาชนไทยและชาวต่างชาติที่ต้องการเสริมสร้างสุขภาพหรือฟื้นฟูสุขภาพในแนวทางธรรมชาติ การที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศสนับสนุนเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเป็นทางการ และการมีเครือข่ายความร่วมมือกับนานาชาติ เป็นฐานสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมบริการและงานวิจัย ที่จะช่วยให้ไทยก้าวสู่การเป็น Wellness Hub ระดับภูมิภาค ได้อย่างมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

แนวทางการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย

การนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปฏิบัติในบริบทประเทศไทย สามารถดำเนินการได้ในหลายระดับ ดังนี้

ระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ

ในระดับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แสดงเจตนารมณ์สนับสนุนเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จาก แผนยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อขับเคลื่อนงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั่วประเทศ ได้แก่ (1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และเป็นธรรม, (2) เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพ อสม. และประชาชนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต, (3) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างยั่งยืน, และ (4) ส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน

การผลักดันในระดับนโยบายยังปรากฏในรูปของการปรับปรุงหลักสูตรและมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย องค์กรอย่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมอนามัยมีบทบาทร่วมสนับสนุนด้านงบประมาณและองค์ความรู้ทางวิชาการ ตัวอย่างเช่น สสส.ได้สนับสนุนโครงการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันฯ และสถาบันการศึกษาชั้นนำ เพื่อตอบโจทย์เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG 3.4 ในการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลงหนึ่งในสามภายในปี 2030 นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับการสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น นโยบายภาษีและฉลากอาหารเพื่อลดการบริโภคน้ำตาล/เกลือ การส่งเสริมพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ซึ่งล้วนเป็นมาตรการเสริมที่สนับสนุนหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ระดับสถานพยาบาลและชุมชน

การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ในระดับสถานพยาบาลครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - รพ.สต.) โดยมีแนวทางดังนี้

- จัดตั้งคลินิกหรือทีมสหวิชาชีพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลายโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มจัดตั้งคลินิกปรับพฤติกรรมสุขภาพ หรือทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะ ทีมเหล่านี้ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ฯลฯ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้คำปรึกษาและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตัวอย่างความร่วมมือล่าสุด คือการที่หน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง (เช่น โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, โรงพยาบาลแก่งคอย,

โรงพยาบาลบางพลี, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นต้น) ได้ลงนามเป็นเครือข่ายนำร่องในการพัฒนางานเวชศาสตร์ วิถีชีวิต ร่วมกับกรมอนามัย (ภายใต้ความร่วมมือกับศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต KALM center (Knowledge Management and Academic Development Center for Lifestyle Medicine) เครือข่ายนี้จะเป็นต้นแบบในการจัดบริการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทโรงพยาบาล โดยมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน และขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

- บูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic): ในสถานพยาบาลหลายแห่งได้เริ่มนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปผนวกในบริการของคลินิกโรคเบาหวาน ความดัน และคลินิกส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น จัดโปรแกรมกลุ่มให้ความรู้และปรับพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการติดตามผลเป็นระยะ และปรับแผนการรักษาโดยคำนึงถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังสนับสนุนให้เกิดค่ายสุขภาพ (Lifestyle Medicine Camp) สำหรับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งมักจัดโดยโรงพยาบาลร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในสถานการณ์จริง ผู้เข้าร่วมจะได้ทดลองปรุงอาหารสุขภาพ ออกกำลังกายที่เหมาะสม เรียนรู้การจัดการความเครียด และแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

- บริการเชิงรุกในชุมชน: สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคชุมชน มีการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านกิจกรรมเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังโดยทีมหมอครอบครัวที่เน้นให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการออกกำลังกายถึงบ้าน, โครงการออกกำลังกายในชุมชน (เช่น แอโรบิกหมู่บ้าน, ชมรมปั่นจักรยาน), โครงการอาหารสุขภาพในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้) ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น สวนสาธารณะ ลานออกกำลังกาย และตลาดนัดสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้มักดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเข้าถึงประชาชนวงกว้าง

ระดับบุคลากรทางการแพทย์และการดูแลรายบุคคล

ระดับบุคคล ซึ่งหมายถึงแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการปรับพฤติกรรมและวิธีการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- บทบาทใหม่ของแพทย์และทีมสุขภาพ: แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตทำหน้าที่ร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกเสาหลักทั้ง 6 ด้าน โดยใช้วิธีการที่หลากหลายและมีหลักฐานสนับสนุน เช่น การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing), การให้คำปรึกษาด้าน

หลักจิตวิทยา, การให้สุศึกษาเฉพาะบุคคล, การช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และตรวจวัดได้, การปรับสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตให้เอื้อต่อสุขภาพ, ตลอดจนการจัดหาแรงสนับสนุนจากคนรอบข้างของผู้ป่วย แพทย์ยังเชื่อมโยงผู้ป่วยกับบริการของสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ส่งต่อไปพบนักกำหนดอาหาร เพื่อวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม หรือส่งพบนักกายภาพบำบัด/นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เพื่อจัดโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะบุคคล วิธีการดูแลแบบทีมข้ามสาขานี้ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและปลอดภัย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามได้จริง

- การฝึกทักษะและอบรมบุคลากร: บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับจำเป็นต้องได้รับการเสริมทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเนื่องจากแนวคิดนี้ค่อนข้างใหม่และแตกต่างจากการรักษาแบบเดิมที่มุ่งใช้ยาและหัตถการ การอบรมระยะสั้นถูกพัฒนาขึ้นเพื่อถ่ายทอดความรู้พื้นฐานเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และเทคนิคการปรับพฤติกรรมแก่แพทย์ (เช่น หลักสูตร Mini LM ของสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย) และพยาบาลหรือสหวิชาชีพ (เช่น หลักสูตร Lifestyle coach ของสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย) นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลใหญ่หลายแห่งได้จัดกิจกรรมเรื่องการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้แก่บุคลากร เช่น เทคนิค Motivational Interviewing, การให้คำปรึกษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, และวิธีติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยเชิงบวก การพัฒนาทักษะเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำหน้าที่เป็น “โค้ชสุขภาพ” ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว: หัวใจสำคัญของการดูแลแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตคือการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์และพยาบาลจึงต้องปรับบทบาทจาก “ผู้สั่งการรักษา” เป็น “ผู้ร่วมวางแผน” กับผู้ป่วย แนะนำทางเลือกในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่มีภาระงานมาก แพทย์อาจช่วยเขาวางแผนการออกกำลังกายสั้น ๆ ระหว่างวันทำงาน หรือในผู้ป่วยที่ทานอาหารข้างนอกบ่อย อาจร่วมกันกำหนดแนวทางเลือกร้านอาหารและเมนูที่ดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวยังควรได้รับความรู้ในการเฝ้าติดตามภาวะสุขภาพตนเอง (เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว) เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงและเกิดแรงเสริมในการดำเนินชีวิตใหม่ ๆ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทเป็น “เพื่อนร่วมทาง” ในการปรับพฤติกรรม เช่น การที่คนในครอบครัวร่วมปรับเปลี่ยนอาหารการกินหรือออกกำลังกายไปพร้อมกัน ผู้ป่วย จะเพิ่มโอกาสความสำเร็จและความยั่งยืนของผลลัพธ์

อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

แม้ว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะมีศักยภาพสูงในการยกระดับสุขภาพประชาชนไทย แต่อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการดำเนินงานยังเผชิญกับอุปสรรคและความท้าทายหลายประการ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุง ดังนี้

อุปสรรค/ความท้าทาย

- ความใหม่ของแนวคิดและการขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังเป็นสาขาใหม่สำหรับวงการแพทย์ไทย ทำให้บุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้านยังมีจำนวนจำกัด ในระยะแรกมีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพียงไม่กี่ท่านที่ผ่านการอบรมหรือได้รับอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร นอกจากนี้ บุคลากรทั่วไปยังขาดความคุ้นเคยกับวิธีดูแลแบบปรับพฤติกรรม ทำให้การผลักดันแนวทางนี้ในวงกว้างเป็นไปได้ค่อนข้างยาก
- ข้อจำกัดในระบบบริการและเวลาให้คำปรึกษา: ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐ มักประสบปัญหาผู้ป่วยหนาแน่น ส่งผลให้แพทย์มีเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละรายจำกัด การปรับพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยเวลาพูดคุย แนะนำ ติดตามผล อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความท้าทายเมื่อเทียบกับการจ่ายยาอย่างเดียว นอกจากนี้ ระบบงบประมาณและกลไกสนับสนุน (เช่น การเบิกจ่ายค่าบริการให้คำปรึกษา) ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการแนวใหม่อย่างเต็มที่ ทำให้บางหน่วยงานขาดแรงจูงใจในการจัดบริการปรับพฤติกรรม
- แรงต่อต้านทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม: การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในโลกความเป็นจริงไม่ใช่เรื่องง่าย ผู้ป่วยจำนวนมากมีอุปนิสัยและพฤติกรรมสะสมมานาน ซึ่งยากจะปรับเปลี่ยนโดยฉับพลัน อีกทั้งสภาพแวดล้อมภายนอกยังเต็มไปด้วยปัจจัยล่อลวงต่อสุขภาพ เช่น อาหารรสหวานมันราคาถูก, การเดินทางที่ไม่เอื้อให้เดินเท้า/ปั่นจักรยาน, สังคมที่มีความเครียดสูง เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้กลายเป็นอุปสรรคต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพดี ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่ดีจากทีมแพทย์ก็ตาม
- งานวิจัยรองรับในบริบทไทยยังมีน้อย: การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยยังมีจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทวัฒนธรรมไทยที่จะใช้สนับสนุนการออกแบบโปรแกรมหรือการกำหนดนโยบาย ตัวอย่างเช่น ยังมีคำถามว่าแนวทางอาหารแบบพืชเป็นหลัก (Plant-based diet) ที่ประยุกต์ใช้ในต่างประเทศ เมื่อมาปรับใช้กับอาหารไทยจะมีประสิทธิผลและความเป็นไปได้อย่างไร งานวิจัยท้องถิ่นที่สามารถตอบโจทย์เหล่านี้ยังมีไม่มากนักเพียงพอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- เร่งผลิตและพัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง: ควรสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมแพทย์และบุคลากรด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน และหลักสูตรระยะสั้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและสหวิชาชีพ

นอกจากนี้ ควรผลักดันการบรรจุเนื้อหาเวชศาสตร์วิถีชีวิตในหลักสูตรการเรียนการสอนของนิสิตนักศึกษาแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข เพื่อสร้างความคุ้นเคยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการฝึกวิชาชีพ

- ปรับระบบบริการและสิ่งจูงใจ: กระทรวงสาธารณสุขอาจพิจารณาเสนอแนวทางการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมบริการให้คำปรึกษาและติดตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น (เช่น การให้หัตถ์บริการและค่าตอบแทนสำหรับ Consultation ด้านโภชนาการหรือการออกกำลังกาย) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลลงทุนในบริการแนวนี้ อีกทั้งควรกำหนดให้คลินิก NCD ทุกแห่งมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ และมีเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน นอกจากนี้การจัดสรรเวลาและทรัพยากรบุคคล (เช่น จัดช่วงเวลาคลินิกเฉพาะสำหรับ Counselling) ก็มีความสำคัญในการทำให้บริการนี้เกิดขึ้นจริง
- สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพในระดับสังคม: ภาครัฐร่วมกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคมควรเดินหน้านำมาตรการที่สร้างสภาพแวดล้อมใหม่ที่สนับสนุนวิถีชีวิตสุขภาพ เช่น ผลักดันนโยบายอาหารเพื่อสุขภาพ (ลดเค็ม ลดหวาน ในร้านอาหาร โรงอาหาร สถานศึกษา) ส่งเสริมสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาพื้นที่สีเขียวและทางเดิน-ทางจักรยานในเมืองให้เพียงพอสำหรับการออกกำลังกาย กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยลดแรงเสียดทานที่ผู้คนต้องเผชิญเมื่อต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทำให้ทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพกลายเป็นทางเลือกที่ง่ายที่สุด
- วิจัยและประเมินผลอย่างเป็นระบบ: ควรมีโครงการวิจัยนำร่อง (Pilot projects) ในบริบทไทยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น โปรแกรมควบคุมเบาหวานด้วยอาหาร Plant-based ในชุมชนไทย, การใช้สื่อดิจิทัล/แอปพลิเคชันติดตามการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดัน, หรือการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดย อสม. เป็นต้น ควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เช่น ค่าชีพจร น้ำหนัก HbA1c) และผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (เช่น ลดการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย) เพื่อนำหลักฐานที่ได้มาปรับปรุงนโยบายและขยายผลโครงการที่ได้ผลดีในวงกว้างต่อไป นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยและบุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตก็จะให้แง่มุมเชิงลึกที่มีประโยชน์สำหรับการออกแบบบริการให้เหมาะกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทย
- ส่งเสริมความร่วมมือและการสร้างเครือข่าย: การแก้ปัญหาสุขภาพเชิงพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การสร้างเครือข่ายเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล สถานศึกษา หน่วยงานท้องถิ่น และชุมชน ควรขยาย

ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประเทศไทยได้้องค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนบทบาทของสื่อมวลชนและสื่อสังคมออนไลน์ในการเผยแพร่ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างกระแสสังคมที่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน และสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน

สรุป

เวชศาสตร์วิถีชีวิตกำลังเป็นหมุดหมายใหม่ของการแพทย์ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม วิธีทางนี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับความท้าทายด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ การทบทวนนี้แสดงให้เห็นว่าในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เริ่มต้นก้าวสำคัญหลายประการ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรเฉพาะทาง ตลอดจนการริเริ่มโครงการในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อวางรากฐานของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบสุขภาพไทย นับเป็นสัญญาณที่ดีต่อการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพที่เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในระดับประชากรเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลา การดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยยังต้องเผชิญกับความท้าทาย ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์ ระบบบริการ และบริบททางสังคม สิ่งสำคัญคือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว และยึดมั่นในวิสัยทัศน์ร่วมกันที่จะสร้างสังคมไทยที่มีสุขภาพดีและระบบสุขภาพที่ยั่งยืน แนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่ใช่เพียงกระแสชั่วคราว แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงมุมมองการแพทย์ ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้คนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพอย่างรอบด้าน หากประเทศไทยสามารถบูรณาการแนวคิดนี้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ประชาชนมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิต ภาระโรคไม่ติดต่อที่ลดลง เศรษฐกิจสุขภาพที่เข้มแข็งขึ้น และความพร้อมก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพแบบองค์รวมของภูมิภาคในอนาคตอันใกล้

อนาคตของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีแนวโน้มสดใส ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และระบบสุขภาพจำนวนมากขึ้นทั่วโลกตระหนักว่าการจัดการต้นตอของโรคเรื้อรังสามารถสร้างผลกระทบที่ดีต่อสุขภาพของประชากรในระดับโลก ข้อมูลหลักฐานต่างๆ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างต่อเนื่องส่งผลเชิงบวกไม่เพียงต่อ จำนวนปี ของชีวิต

แต่ยังต่อ คุณภาพชีวิต ในแต่ละปีอีกด้วย

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Climate change and noncommunicable diseases: connections [update on 2 Nov 2023; cited 2025 Aug 22]. Geneva: World Health Organization; 2023.
- World Health Organization Thailand, United Nations Development Programme. Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand – the case for investment [cited 2025 Aug 22]. Bangkok: WHO Thailand; 2021.
- American College of Lifestyle Medicine. What is Lifestyle Medicine? ACLM; 2023.
- Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA*. 2010;304(2):202–3.
- Lippman D, Stump M, Veazey E, Guimarães ST, Rosenfeld R, Kelly JH, et al. Foundations of lifestyle medicine and its evolution. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2023.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *NEngl J Med*. 2002;346(6):393–403. Doi: 10.1056/NEJMoa012512.
- Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*. 1990;336(8708):129–33.
- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas ML, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1279–90.
- GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2133–61. Doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8
- Hippocrates. *Hippocratic Writings*. Chicago, IL: Encyclopedia Britannica; 1955.
- Ippokratous PG. *Ta apanda* [Hippocrates: the Collection] (in Greek). Athens: Papyros; 1938.
- Ngo V. *Divination Magie et Politique dans la Chine Ancienne*. Paris: Presses Universitaires de France; 1976.
- Battersby M, Egger G, Litt J. Introduction to lifestyle medicine. In: Egger G, Binns A, Rossner S, editors. *Lifestyle Medicine: Managing Disease of Lifestyle in the 21st Century*. 2nd ed. McGraw-Hill Australia Pty Ltd; 2011. p. 5.
- McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA*. 1993;270(18):2207–12.
- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004;291(10):1238–45.
- Tuso P, Stoll SR, Li WW. A plant-based diet, atherogenesis, and coronary artery disease prevention. *Perm J*. 2015;19(1):62–7.
- Ujvari D, Hulchiy M, Calaby A, Nybacka Å, Byström B, Hirschberg AL. Lifestyle intervention up-regulates gene and protein levels of molecules involved in insulin signaling in the endometrium of overweight/obese women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2014;29(7):1526–35. Doi: 10.1093/humrep/deu114.
- Campbell T, Campbell T II. *The China Study Solution: the Simple Way to Lose Weight and Reverse Illness, Using a Whole-Food, Plant-Based Diet*. Rodale Books; 2016.
- Buettner D, Skemp SS. Blue Zones: Lessons from the world's longest lived. *Am J Lifestyle Med*. 2016;10(5):318–21.
- Lianov LS, Adamson K, Kelly JH, Matthews S, Palma M, Rea BL. Lifestyle Medicine Core Competencies: 2022 Update. *Am J Lifestyle Med*. 2022;16(6):734–9. Doi: 10.1177/15598276221121580
- Lifestyle Medicine Global Alliance. *Lifestyle Medicine Global Alliance* [Internet]. [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://lifestylemedicineglobal.org/>
- Pojednic R, Frates E. A parallel curriculum in lifestyle medicine. *Clin Teach*. 2017;14(1):27–31.

23. Pojednic RM, Trilk J, Phillips EM. Lifestyle medicine curricula: an Initiative to Include Lifestyle Medicine in Our Nation's Medical Schools. *Acad Med.* 2015;90(7):840-1.
24. Diabetes Prevention Program Research Group, Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet.* 2009;374(9702):1677-86.
25. Gupta SK, Sawhney RC, Rai L, Chavan VD, Dani S, Arora RC, et al. Regression of coronary atherosclerosis through healthy lifestyle in coronary artery disease patients—Mount Abu Open Heart Trial. *Indian Heart J.* 2011;63(5):461-9.
26. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, Brown SE, Gould KL, Merriitt TA, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA.* 1998;280(23):2001-7. Doi: 10.1001/jama.280.23.2001.
27. Gould KL, Ornish D, Scherwitz L, Brown S, Edens RP, Hess MJ, et al. Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification. *JAMA.* 1995;274(11):894-901.
28. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2019;393(10184):1958-72.
29. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med.* 2018;378(25):e34. Doi: 10.1056/NEJMoa1800389.
30. de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Monjaud I, et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet.* 1994;343(8911):1454-59. 1995;345(8951):738.
31. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation.* 1999;99(6):779-85. Doi: 10.1161/01.cir.99.6.779.
32. Øvrehus KA, Diederichsen A, Grove EL, Steffensen FH, Mortensen MB, Jensen JM, et al. Reduction of myocardial infarction and all-cause mortality associated to statins in patients without obstructive CAD. *JACC Cardiovasc Imaging.* 2021;14(12):2400-10. Doi: 10.1016/j.jcmg.2021.05.022.
33. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med.* 2008;359(21):2195-207. Doi: 10.1056/NEJMoa0807646.
34. Kris-Etherton P, Eckel RH, Howard BV, St Jeor S, Bazzarre TL; Nutrition Committee Population Science Committee and Clinical Science Committee of the American Heart Association. AHA Science Advisory: Lyon Diet Heart Study. Benefits of a Mediterranean-style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I dietary pattern on cardiovascular disease. *Circulation.* 2001;103(13):1823-25. Doi: 10.1161/01.cir.103.13.1823.
35. Virani SS, Smith SC Jr, Stone NJ, Grundy SM. Secondary prevention for atherosclerotic cardiovascular disease: comparing recent US and European guidelines on dyslipidemia. *Circulation.* 2020;141(14):1121-3. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.044282.
36. Saint-Maurice PF, Troiano RP, Bassett DR Jr, Graubard BI, Carlson SA, Shiroma EJ, et al. Association of Daily Step Count and Step Intensity With Mortality Among US Adults. *JAMA.* 2020;323(12):1151-60.
37. Benca RM, Teodorescu M. Sleep physiology and disorders in aging and dementia. *Handb Clin Neurol.* 2019;167:477-93.
38. Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Sleep Medicine and Research. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: an Unmet Public Health Problem. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
39. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2012;13:40. Doi: 10.1186/1471-2296-13-40.
40. Daviu N, Bruchas MR, Moghaddam B, Sandi C,

- Beyeler A. Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiol Stress*. 2019;11:100191.
41. Stults-Kolehmainen MA, Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports Med*. 2014;44(1):81-121.
 42. Kalmbach DA, Anderson JR, Drake CL. The impact of stress on sleep: pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. *J Sleep Res*. 2018;27(6):e12710.
 43. Baban KA, Morton DP. Lifestyle medicine and stress management. *J Fam Pract*. 2022;71(suppl 1 Lifestyle):S24-S29. Doi: 10.12788/jfp.0285.
 44. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*. 2003;65(4):564-70.
 45. Centers for Disease Control and Prevention. Diseases and death [Internet]. [cited 2025 Jun 15]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/diseases-and-death.html
 46. Spencer MR, Curtin SC, Garnett MF. Alcohol-induced death rates in the United States, 2019-2020. *NCHS Data Brief*. 2022;(448):1-8.
 47. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics. Drug overdose deaths in the U.S. top 100,000 annually [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2021 Nov 17 [cited 2025 Jun 15]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2021/20211117.htm
 48. Centers for Disease Control and Prevention. Injuries and violence are leading causes of death [Internet]. Atlanta (GA): CDC; [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/animated-leading-causes.html>
 49. Waldinger RJ, Schulz MS. *The Good Life: Lessons from the World's Longest Scientific Study of Happiness*. New York: Simon and Schuster; 2023.
 50. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Health and Medicine Division, Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington (DC): National Academies Press; 2020 Feb 27.
 51. Alzheimer's Association. Lifestyle interventions provide maximum memory benefit when combined, may offset elevated Alzheimer's risk due to genetics, pollution [Internet]. 2019 Jul 14 [cited 2025 Jun 15]. Available from: https://aaic.alz.org/releases_sunLIFESTYLE-jul14.asp
 52. Weintraub K. The Means of Reproduction. *Sci Am Alzheimer's Meeting: Lifestyle Factors Are the Best—and Only-Bet Now for Reducing Dementia Risk* [Internet]. 2019 Jul 18 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.scientificamerican.com/article/alzheimers-meeting-lifestyle-factors-are-the-best-and-only-bet-now-for-reducing-dementia-risk/>
 53. Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Barnes LL, Bennett DA, et al. MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimers Dement*. 2015;11(9):1015-1022. Doi: 10.1016/j.jalz.2015.04.011.
 54. National Institutes of Health. The Framingham heart study: laying the foundation for preventive health care [Internet]. [place unknown]: National Institutes of Health; [published year unknown] [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.nih.gov/sites/default/files/about-nih/impact/framingham-heart-study.pdf>
 55. Gordon T, Castelli WP, Hjortland MC, Kannel WB, Dawber TR. High density lipoprotein as a protective factor against coronary heart disease. The Framingham study. *Am J Med*. 1977;62(5):707-714. Doi: 10.1016/0002-9343(77)90874-9.
 56. Castelli WP. Cholesterol and lipids in the risk of coronary artery disease-the Framingham Heart Study. *Can J Cardiol*. 1988;4(suppl A):5A-10A.
 57. Gordon DJ, Probstfield JL, Garrison RJ, Neaton JD, Castelli WP, Knoke JD, et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies. *Circulation*. 1989;79(1):8-15. Doi: 10.1161/01.cir.79.1.8.
 58. Kaur N, Pandey A, Negi H, Shafiq N, Reddy S, Kaur H,

- et al. Effect of HDL-raising drugs on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-regression. PLOS ONE. 2014;9(4):e94585. Doi: 10.1371/journal.pone.0094585.
59. Learning lessons from Pfizer's \$800 million failure. Nat Rev Drug Discov. 2011;10(3):163-164. Doi: 10.1038/nrd3401.
60. Barter PJ, Caulfield M, Eriksson M, Grundy SM, Kastelein JJ, Komajda M, et al. Effects of torcetrapib in patients at high risk for coronary events. N Engl J Med. 2007;357(21):2109-22. Doi: 10.1056/NEJMoa0706628.
61. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(24):1451-62. Doi: 10.1136/bjsports-2020-102955
62. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และ ภูติห เตชาดิวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหวิชาชีพเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย. 2565;1(4):456-63.