

Proposal for the Development of Lifestyle Medicine for Sustainable Prevention and Control of Non-communicable Diseases (NCDs) in Thailand

*Srisiri Siriwanarangsun, M.D.**

*Phudit Tejavivaddhana, M.D., DHSM.***

Abstract

All countries around the world, including Thailand, are struggling to control and prevent chronic non-communicable diseases (NCDs), which cause a global death rate of up to 41 million people per year. Lifestyle Medicine (LM) is an evidence-based medical practice that helps individuals and communities with comprehensive lifestyle changes (including nutrition, physical activity, stress management, sleep hygiene, risky substance avoidance, and social connectedness) to help prevent, treat, and even reverse disease progression by addressing the underlying root causes of health problems, which is recognized as an important approach for effective prevention and control of NCDs. Thailand has developed Lifestyle Medicine starting with the production of preventive medicine doctors specialized in Lifestyle Medicine in 2022 and is developing the production of LM non-physician health personnel to work as a team with lifestyle medicine doctors in developing quality lifestyle medicine services equitably accessible to all Thai effectively. In the initial stages of development, there are gaps and challenges, which this article reveals using McKinsey's 7S concept as a framework for analysis. The authors propose for academic development and knowledge management in Lifestyle Medicine to close gaps that have not yet been implemented or are in the process of being implemented but have not yet reached the goals as recommended by the 5-year National Strategic Plan for NCDs Prevention and Control (2017 - 2021).

Keywords: lifestyle medicine; non-communicable diseases (NCDs); strategy for prevention and control of NCDs; health behavior change

*Faculty of Medicine, Western University

**Knowledge Management and Academic Development Center for Lifestyle Medicine

Received: February 15, 2024; Revised: March 2, 2024; Accepted: April 4, 2024

ข้อเสนอการพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อการป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน

ศรียิทธิ ศิริวันารังสรรค์, พ.บ.*

ภูติท เตชาดิวัฒน์, พ.บ., DHSM.**

บทคัดย่อ

ทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย กำลังประสบปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตในระดับโลกมากถึง 41 ล้านคนต่อปี เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นเวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการช่วยบุคคลและชุมชน ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (รวมถึงโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีสุขภาพดี การหลีกเลี่ยงบุหรี่ สุรา และ สารเสพติดให้โทษ และการให้การสนับสนุนทางสังคม) เพื่อช่วยป้องกันโรค รักษา และแม้กระทั่งในการทำให้ระยะโรคของโรคที่แย่งกลับคืนสู่สภาพปกติโดยการระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยได้พัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเริ่มจากการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต เมื่อ พ.ศ. 2565 และกำลังพัฒนาการผลิตบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์เพื่อร่วมทำงานเป็นทีมกับแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการพัฒนาบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยในระยะเริ่มต้นมีช่องว่างและปัญหาท้าทายซึ่งบทความนี้แสดงให้เห็นโดยใช้แนวคิด 7S ของ McKinsey เป็นกรอบในการวิเคราะห์และได้เสนอแนวทางการพัฒนาวิชาการและจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อปิดช่องว่างที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรืออยู่ระหว่างการดำเนินการแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามข้อเสนอแนะของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)

คำสำคัญ : เวชศาสตร์วิถีชีวิต; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

**ศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ได้รับต้นฉบับ: 15 กุมภาพันธ์ 2567; แก้ไขบทความ: 2 มีนาคม 2567; รับลงตีพิมพ์: 4 เมษายน 2567

บทนำ

ปัจจุบัน ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น พันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตที่ไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี ปัญหา NCDs อาจส่งผลให้นานาประเทศไม่สามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกภายในปี ค.ศ. 2030 ได้ เนื่องจากองค์การอนามัยโลก (2022) รายงานว่าแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกถึง 41 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ และมีการคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 จะเพิ่มเป็น 52 ล้านคนซึ่งคิดเป็นร้อยละ 75% โดยผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 17 ล้านคนก่อนอายุ 70 ปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิต “ก่อนวัยอันควร” เนื่องจากผู้ที่เสียชีวิตในช่วงอายุดังกล่าวเป็นกลุ่มคนในวัยทำงานที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มผลิตภาพของในระดับโลกและประเทศ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังระบุว่าร้อยละ 77 ของผู้เสียชีวิต “ก่อนวัยอันควร” อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (low- and middle-income countries) ซึ่งรวมถึงประเทศไทย โดยที่การใช้ยาสูบ การไม่ออกกำลังกาย การใช้แอลกอฮอล์อย่างเป็นอันตราย และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าการตรวจค้นหา การคัดกรอง และการรักษาโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคอง เป็นองค์ประกอบสำคัญของการตอบสนองต่อโรคไม่ติดต่อ⁽¹⁾ และพบว่าในช่วงการ

ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ที่ป่วยด้วยโรค NCDs หรือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตที่มากกว่าคนปกติถึง 3-7 เท่า⁽²⁾ โดยคาดว่าทั่วโลกมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรค NCDs มากถึง 2.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ตั้งแต่ ค.ศ. 2011 จนถึง ค.ศ. 2030⁽³⁾

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาท้าทายที่สำคัญที่อาจจะทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เนื่องจากความเสี่ยงของการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากร โดยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในระยะเวลาอันสั้นและประกอบกับการมีอัตราเกิดที่ต่ำ ทำให้ประชากรวัยแรงงานลดลง ผู้สูงอายุนั้นจะมีอายุยืนยาวมากขึ้นแต่ประสบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มากขึ้นตามอายุ ซึ่งพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรไทยร้อยละ 77 เสียชีวิตจากโรค NCDs หรือคิดเป็นประชากรประมาณ 380,400 คนต่อปีและมีอัตราเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 14% ในขณะที่มีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากโรค NCDs มากถึง 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี คิดเป็น 9.7% ของ GDP⁽⁴⁾ จากรายงานของศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 737,149 ราย, 715,244 ราย และ 765,294 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเท่ากับ 1,132.83, 1,090.56 และ 1,168.79 ตามลำดับ ในขณะที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รายใหม่ จำนวน 321,587 ราย ในปีงบประมาณ 2564 และเพิ่มเป็น 346,425 ราย ในปีงบประมาณ 2565 และ 373,381 ราย ในปีงบประมาณ 2566 คิดเป็นอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต่อแสนประชากรเท่ากับ 490.68, 428.27 และ 570.41 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 3,173,404 ราย และจำนวน 3,326,854 ราย ในปีงบประมาณ 2565 และจำนวน 3,490,751 ราย ในปีงบประมาณ 2566⁽⁵⁾ ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์ดังกล่าวจะมีทิศทางการเกิดความชุกและอุบัติการณ์ของโรค NCDs ที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% หรือประชากรอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 14% ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุ รายงานสถิติผู้สูงอายุ ซึ่งอ้างอิงจากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 พบว่า มีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 12,814,778 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 66,054,830 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40%⁽⁶⁾ มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ซึ่งหมายถึงการมีประชากรมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 28% หรือ ประชากรมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ภายในปี พ.ศ. 2583 นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศไทยมีความเสี่ยงจากการมีภาวะโรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน โดยในปีพ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีความชุกของโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินรวมเพศชายและเพศหญิงมากถึง 34.7% และ คาดว่ามีการเพิ่มขึ้นเป็น 47.8% ในปีพ.ศ. 2565 โดยรายงานความชุก

โรคอ้วนและน้ำหนักเกินในเด็กไทยอายุ 1-5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2557 ชี้ให้เห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5.8% ในปีพ.ศ. 2538 เป็น 7.9% ในปีพ.ศ. 2544 8.5% ในปีพ.ศ. 2552 และ 11.3% ในปีพ.ศ. 2557 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจมากถึง 7,000 ล้านบาทหรือสหรัฐ ในปีพ.ศ. 2562 คิดเป็น 1.27% ของ GDP และ คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 93,000 ล้านบาทหรือ ในปีพ.ศ. 2603 คิดเป็น 4.88% ของ GDP⁽⁷⁾

จากรายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่มีสถานการณ์ดีขึ้นเล็กน้อย ได้แก่ การสูบบุหรี่เป็นประจำมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่พบว่าเริ่มมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประชาชนไทยโดยเฉพาะในเยาวชนและวัยแรงงาน โดยพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่ดีขึ้นได้แก่ การดื่มสุราใน 12 เดือน และ 30 วัน ที่ผ่านมามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น การกินผักและผลไม้ได้ตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนขึ้นไป/วัน) มีสัดส่วนลดลง และ การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไปอย่างเพียงพอตามข้อแนะนำลดลง ซึ่ง ภาวะสุขภาพและโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง แต่ภาวะ Metabolic syndrome ลดลงเล็กน้อย เนื่องจากสัดส่วนของคนที่ มี HDL-C ต่ำลดลง ทั้งนี้ รายงานฉบับนี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพที่ยังต้องมีการพัฒนามาตรการดำเนินการเพื่อควบคุม ป้องกันและการจัดบริการสุขภาพ ที่พบในการสำรวจครั้งที่ 6 นี้ ได้แก่ 1) มาตรการด้านการ

ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การลดการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ว่าภาพรวมมีแนวโน้มลดลง แต่ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชาชนบางกลุ่มยังสูง เช่นในเขตชนบท ในกลุ่มเยาวชนและผู้หญิง และการมีเยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการได้รับควันบุหรี่มือสอง 2) ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน และการขับขี่ยานยนต์ภายหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การลดปัญหาโรคอ้วน โรค Metabolic Syndrome และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 4) ควรมีการเน้นมาตรการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบปฐมภูมิให้เข้มข้นขึ้น ได้แก่ ส่งเสริมการกินอาหารสุขภาพ กินอาหารที่มีกากใยสูง และผักผลไม้ ลดการกินอาหารหวาน อาหารเค็ม สนับสนุนส่งเสริมการออกกำลังกาย และควบคุมน้ำหนักกายให้เหมาะสม 5) ควรมีการลดปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาแก้ปวด ยาคลายเครียด ยาปฏิชีวนะ และอาหารเสริมเกินความจำเป็น 6) ควรมีมาตรการลดความเสี่ยงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบ เช่น อ้วน อ้วนลงพุง กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ไขมันเลือดผิดปกติ ฯลฯ และ 7) ควรมีการพัฒนาารูปแบบบริการที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัยที่มากขึ้น และพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁸⁾

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต (NCDs) มีการวิจัยอย่างกว้างขวางในการพยายามที่จะแสดงถึงข้อกำหนดเบื้องต้นในการปลูกฝังวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ และพัฒนาแนวทางที่ปรับ

ตัวสอดคล้องวัฒนธรรมที่จะสามารถจัดการกับข้อกังวลต่าง ๆ ทางสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสำรวจมาตรการการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้เผยให้เห็นว่ากลยุทธ์เหล่านี้ครอบคลุมมากกว่าการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบทางโภชนาการและการออกกำลังกาย แต่ถูกกำหนดโดยการเพิ่มเติมรวมองค์ประกอบอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบ เช่น การบำบัดพฤติกรรม การให้คำปรึกษา หรือการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะทำให้สามารถตระหนักถึงธรรมชาติของการส่งเสริมสุขภาพที่มีหลายแง่มุม นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของการจัดการโรคแบบเฉพาะรายบุคคลยังถือเป็นรากฐานสำคัญในการจัดการโรคไม่ติดต่อ แนวทางนี้เอื้อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุม โดยมักเกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการปรับแต่งมาตรการการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับความต้องการและสถานการณ์เฉพาะของแต่ละรายบุคคล ภายใต้บริบทนี้เองที่เวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ก่อรากฐานขึ้นมา โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้รับการก่อตั้งขึ้นบนหลักการของการสนับสนุนและการส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเองของผู้รับบริการ โดยได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อตอบสนองต่อภาระโรคและผลกระทบของโรคไม่ติดต่อที่มีมากขึ้นทั่วโลก ทั้งนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางด้านสุขภาพเชิงรุกแบบครอบคลุมในการบรรเทาภาระของโรคเรื้อรังและลดต้นทุนการรักษาพยาบาลไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งเวชศาสตร์วิถีชีวิตถือเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่สำคัญในการป้องกันและจัดการสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการจากโรคไม่ติดต่อในประชากรทั่วโลกอย่างมีประสิทธิภาพ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต : เวชปฏิบัติแนวใหม่ในการ แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM) ปรากฏเป็นครั้งแรกในเอกสารวิชาการ โดยได้รับการตีพิมพ์ในปีค.ศ. 1990 ต่อมาในปี ค.ศ. 1999 มีการตีพิมพ์หนังสือชื่อ “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” โดยระบุว่า เป็น “การบูรณาการแนวทางเวชปฏิบัติด้านวิถีชีวิตเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน” ซึ่งการบูรณาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และในกรณีที่เป็นโรคอยู่แล้ว ก็สามารถใช้เป็นแนวทางเสริมในการบำบัดรักษาได้ โดยเวชศาสตร์สาขานี้ได้รวบรวมหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีความเข้มแข็งจากสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถช่วยเหลือนแพทย์ไม่เพียงแต่ในการให้การรักษาโรคเท่านั้น แต่ยังช่วยการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอีกด้วย⁽⁹⁾ ต่อมา มีการตีพิมพ์หนังสือวิชาการอีกเล่มหนึ่ง ในปี ค.ศ. 2007 ให้คำจำกัดความของเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่า เป็น “การประยุกต์ใช้หลักการด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมศาสตร์ การแพทย์ และแรงจูงใจในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในระดับคลินิก”⁽¹⁰⁾

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นเวชศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นศาสตร์ที่จะสามารถจัดการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นเวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการช่วยบุคคลและชุมชนด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (รวมถึงโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การให้การสนับสนุนทางสังคม และการสัมผัส

กับสิ่งแวดล้อม) เพื่อช่วยป้องกันโรค รักษา และแม้กระทั่งในการทำให้ระยะโรคของโรคที่แย่งกลับคืนสู่สภาพปกติโดยการระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าว และเวชศาสตร์วิถีชีวิตยังเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่ดีต่อสุขภาพเพื่อป้องกัน รักษา และจัดการโรคไม่ติดต่อแบบปฐมภูมิ (Primary Prevention) โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมพลังอำนาจแก่บุคคลในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในเชิงบวกเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่นำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีและสุขภาวะ⁽¹¹⁾

นอกจากนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นความสำคัญของการดูแลเฉพาะบุคคล การตัดสินใจร่วมกัน และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ และเป็นศาสตร์ที่เน้นการทำงานแบบสหวิทยาการที่รวบรวมสาขาวิชาต่าง ๆ รวมถึงโภชนาการ สรีรวิทยาการออกกำลังกาย จิตวิทยา และสาธารณสุข เพื่อให้การดูแลแบบครบถ้วนในการระบุถึงสาเหตุรากเหง้าของการเกิดโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรม โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตประกอบด้วย 6 เสาหลัก (Six Pillars) ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การลด ละ เลิกสารเสพติดให้โทษ เช่น บุหรี่ และแอลกอฮอล์ และการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในสังคม โดยคำว่าเสาหลักนี้ต้องการสื่อให้เห็นถึงความจำเป็นของทุกเสาหลักที่จะต้องทำงานร่วมกันเพื่อส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพดีและความสำคัญของแนวทางการเป็นองค์รวม

(Holistic approach) ซึ่งไม่สามารถใช้เพียงแค่ 1-2 องค์ประกอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิต โดยมีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นถึงการนำเสาหลักด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน มาใช้ในการเป็นมาตรการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งบางชนิด⁽¹²⁾ มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นการเน้นการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน อาหารที่มีพืชเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งพบว่าการมีรูปแบบการบริโภคอาหารจากพืชส่งผลดีต่อการควบคุมน้ำหนักตัว สุขภาพของหัวใจและหลอดเลือด และการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่าผู้ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต ซึ่งมีพืชผักผลไม้สดปริมาณมากและมีไขมันต่ำเป็นประจำมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประเภทต่าง ๆ รวมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าผู้ที่รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของเนื้อสัตว์เป็นประจำ⁽¹⁴⁾

2. การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความสามารถและความชอบของแต่ละคน ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตและควรมีการออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมกับช่วงวัยและสภาวะสุขภาพอย่างพอเพียงและเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยแนะนำให้ผู้ใหญ่อายุ 18-64 ปี

ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับความเข้มข้นปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีตลอดทั้งสัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ อการซึมเศร้า และการควบคุมน้ำหนักอีกด้วย⁽¹⁵⁾

3. การจัดการความเครียด เป็นการสอนเทคนิคการลดความเครียดและส่งเสริมกลไกการเผชิญปัญหาที่ดีเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ การมีความเครียดเรื้อรังส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจและระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นอาจส่งผลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และยังส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และสามารถส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดความเครียดที่มากขึ้นและการเกิดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ การจัดการความเครียดมีหลายวิธี โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการทำสมาธิและสติสามารถส่งผล ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นต้น⁽¹⁶⁾

4. การนอนหลับที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพดี การนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อและทำให้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁷⁾ ระยะเวลาการนอนหลับที่พอเพียงจะอยู่ในช่วงประมาณ 7-9 ชั่วโมง เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีบทบาทในการประเมินสภาวะสุขภาพในด้านการนอนหลับ การแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการนอนหลับที่ดี

5. การหลีกเลี่ยงสารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย เช่น บุหรี่และแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สำคัญซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังหลายประการ และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยสนับสนุนให้เกิดการลดละเลิกและหลีกเลี่ยงสารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายด้วยการมีแนวทางการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล การค้นหาปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเสพติดให้โทษต่อร่างกาย การส่งเสริมสนับสนุนให้พลังอำนาจ โดยใช้เทคนิคการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ รวมถึงส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การส่งเสริมการนอนหลับที่เพียงพอ และอาหารที่มีประโยชน์ให้แก่ผู้ป่วยขณะทำการลดละเลิกการใช้สารก่ออันตรายนั้น⁽¹⁸⁾

6. การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกทางสังคม คือการมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้อื่น รู้สึกเป็นที่รัก ห่วงใย เห็นคุณค่าและได้รับการชื่นชมจากผู้อื่น และมีการสนับสนุนทางอารมณ์เมื่อรู้สึกแย ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพศหญิงมักประสบปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม พบว่าการมีทุนทางสังคมที่ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับของสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะประเมินสภาวะการแยกตัวออกจากสังคม หาสาเหตุ และให้คำแนะนำความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การแนะนำและฝึกฝนทักษะสำหรับรายบุคคลในการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมจิตอาสา หรือกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะนำ

ไปสู่ประสิทธิผลของการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อรวมถึงส่งผลให้มีอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁹⁾

ทั้งนี้ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตดังกล่าวข้างต้นเปรียบเสมือนเสาหลักที่ค้ำจุนการมีสุขภาพดีและสภาวะ และเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้แสดงให้เห็นถึงการเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการจัดการและป้องกันโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

ความแตกต่างระหว่างเวชศาสตร์วิถีชีวิต เวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก และเวชศาสตร์พฤติกรรม

ในขณะที่เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีเป้าหมายในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีและทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนกับศาสตร์อื่นๆ เช่น เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก (Clinical Preventive Medicine) และเวชศาสตร์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Medicine) แต่อย่างไรก็ตามเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีจุดเน้นที่แตกต่างกับศาสตร์ดังกล่าว ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เป็นสาขาการแพทย์เฉพาะทางที่ให้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมสำหรับบุคคลและครอบครัว เป็นสาขาวิชาเฉพาะทางที่ผสมผสานวิทยาศาสตร์ชีวภาพ วิทยาศาสตร์ทางคลินิก และพฤติกรรมศาสตร์เข้าด้วยกัน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์ประจำตัวของสมาชิกในครอบครัวทุกเพศ ทุกอายุ และทุกชนิดของปัญหาทั้งที่เกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ พฤติกรรม หรือสังคม ให้บริการสุขภาพแบบต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อธำรงรักษาภาวะสุขภาพ

และการป้องกันโรค เป็นด้านแรกของการบริการทางการแพทย์ให้การดูแลเบื้องต้นอย่างครอบคลุมสำหรับบุคคลและครอบครัวตลอดช่วงชีวิต สนับสนุนผู้ป่วยให้มีการป้องกันโรคและจัดการโรคเรื้อรัง เข้าใจและจัดการความเจ็บป่วย ประสานส่งต่อผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายของสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้ป่วยและชุมชน ในขณะที่เวชศาสตร์วิถีชีวิตมุ่งเน้นไปที่การป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังโดยให้มาตรการการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้รับบริการแต่ละรายบุคคลเป็นการเฉพาะ เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าไปบูรณาการในการให้บริการก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยในการจัดการและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้ American Academy of Family Practitioners (AAFP) ได้สนับสนุนให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของสหรัฐอเมริกา นำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปดำเนินการให้บริการตั้งแต่ ค.ศ. 2021⁽²⁰⁾

2. เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก (Clinical Preventive Medicine) เป็นส่วนหนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกัน (Preventive Medicine) ซึ่งเกี่ยวกับการบำรุงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดโรคและการบาดเจ็บ โดยเวชศาสตร์ป้องกันมีการใช้แนวทางแบบประชากรเป็นหลัก โดยมุ่งเน้นไปที่กลยุทธ์และมาตรการทางนโยบาย ในขณะที่เวชศาสตร์ป้องกันคลินิกมุ่งเน้นไปที่การให้บริการทางคลินิกโดยตรงแก่ผู้ป่วยแต่ละรายและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาล เช่น

โรงพยาบาลหรือคลินิกปฐมภูมิโดยมีมาตรการต่าง ๆ เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรอง และการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ประชาชนลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง ครอบคลุมทั้งการป้องกันแบบปฐมภูมิ (การป้องกันโรคก่อนที่จะเกิดขึ้น) การป้องกันแบบทุติยภูมิ (การตรวจหาและการแทรกแซงในระยะแรกเพื่อป้องกันการลุกลามของโรค) และการป้องกันแบบตติยภูมิ (การลดผลกระทบของการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่กำลังดำเนินอยู่ซึ่งมีผลกระทบยาวนาน) โดยเวชศาสตร์ป้องกันคลินิกจะเน้นที่การป้องกันระยะเริ่มต้น และการลุกลามของโรคที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยมาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล ในขณะที่เวชศาสตร์วิถีชีวิตมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในวงกว้างเพื่อทำให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้นและป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคอ้วน เป็นต้น⁽²¹⁾ ในประเทศไทย แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่งตามการรับรองของแพทยสภา โดยมีแขนงต่าง ๆ ทั้งสิ้น 10 แขนง โดยมีเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแขนงใหม่ที่ได้รับการรับรองเมื่อ พ.ศ.2565⁽²²⁾ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ยังไม่ได้รวมแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าเป็นสาขาเฉพาะทางที่ได้รับการยอมรับจาก American Board of Medical Specialties โดยมีข้อเรียกร้องทางวิชาการให้มีการนำสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปรวมเป็นสาขาเฉพาะทางย่อยของสาขาเวชศาสตร์ป้องกันในอนาคต⁽²¹⁾

3. เวชศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Medicine) เป็นสาขาสหวิทยาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการบูรณาการความรู้และเทคนิค

ด้านพฤติกรรม จิตสังคม และชีวการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยและการประยุกต์ใช้ความรู้และเทคนิคเหล่านี้ในการวินิจฉัย การรักษา การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การปฏิบัติทางคลินิกและมาตรการโดยชุมชนในสาขาเวชศาสตร์พฤติกรรมได้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นทั้งทางร่างกายและอารมณ์ พัฒนาสุขภาพของตนเอง เพิ่มทักษะในการดูแลตนเอง และพัฒนาความสามารถในการใช้ชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง มาตรการทางพฤติกรรมยังสามารถทำให้ประสิทธิผลของมาตรการรักษาด้วยการแพทย์ดีขึ้น ลดการใช้งานระบบการดูแลสุขภาพที่ไม่จำเป็น และลดต้นทุนโดยรวมในการดูแลสุขภาพ ในขณะที่เวชศาสตร์พฤติกรรมมุ่งเน้นไปที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสุขภาพในวงกว้าง ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ใช้เทคนิคการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่หลากหลายตามเงื่อนไขเฉพาะและความต้องการส่วนบุคคลของผู้รับบริการ เวชศาสตร์วิถีชีวิตมุ่งเน้นการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรังโดยเฉพาะด้วยมาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรัง โดยมีการใช้เทคนิคที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์พฤติกรรม เช่น การสนับสนุนสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดจิตด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นต้น โดยทั้งสองสาขานี้มีการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพเช่นกัน โดยเวชศาสตร์พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับจิตแพทย์และนักจิตวิทยามากกว่า แต่อย่างไรก็ตามศาสตร์ทั้งสองสาขานี้สามารถที่จะเสริมการทำงานซึ่งกันและกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²³⁾

การพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย

เพื่อตอบสนองต่อการควบคุมและป้องกันโรค NCDs ประเทศไทยได้มีการริเริ่มพัฒนางานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2562 โดยเริ่มจากงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับแพทย์ โดยการสนับสนุนทุนดำเนินการจาก สสส. โดยมอบให้สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงาน และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในมหาวิทยาลัยมหิดล เช่น สถาบันโภชนาการ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี และหน่วยงานภายนอกมหาวิทยาลัยมหิดล เช่น กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานภาคเอกชน ได้แก่ BDMS Wellness Center ในการร่วมพัฒนาหลักสูตร โดยมีการทดลองฝึกอบรมแพทย์ 4 รุ่น และต่อมาสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยได้นำหลักสูตรดังกล่าวมาพัฒนาต่อยอดเป็นหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งได้รับการอนุมัติเห็นชอบจากแพทยสภา เมื่อ 12 กรกฎาคม 2565 โดยหลักสูตรสำหรับแพทย์ประจำบ้านเริ่มรับแพทย์ประจำบ้านเข้าศึกษาเป็นรุ่นแรก จำนวน 2 คน ในปีการศึกษา 2566 ซึ่งกรมอนามัย โดยสถาบันปณิณทัต เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการศึกษา และกรมอนามัยได้พัฒนาศูนย์อนามัย 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

ศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมและได้ทำความร่วมมือกับคณะแพทยศาสตร์และหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนเพื่อเป็นแหล่งฝึกอบรมสำหรับแพทย์ประจำบ้านเพิ่มเติม เมื่อ 22 กันยายน พ.ศ. 2566⁽²⁴⁾

ทั้งนี้ เมื่อ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2565 สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ได้ลงนามบันทึกความร่วมมือทางวิชาการกับกรมอนามัยในการพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽²⁵⁾ และได้ร่วมกันเปิดการอบรมหลักสูตรนักระดับสูงด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้แก่แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค NCDs เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยได้เชิญวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ประจักษ์ทั้งในระดับชาติและนานาชาติทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมาเป็นวิทยากรหลักในการบรรยายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ BDMS Wellness Center, Wellness We Care Center และ Chiva Som เป็นต้น โดยในปีพ.ศ. 2566 มีการจัดอบรม 2 รุ่น มีผู้สำเร็จการอบรม 150 คน โดยในปี พ.ศ. 2567 จะทำการเปิดอบรม 2 รุ่น ในระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนพฤษภาคม 2567 โดยจะรับผู้เข้ารับการอบรมประมาณ 160 คน และคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้

ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้เปิดการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประจำปี 2565 และประจำปี 2566 รอบที่ 1 (กรกฎาคม พ.ศ. 2566) และรอบที่ 2 (มกราคม พ.ศ. 2567) โดยปัจจุบันมีผู้สอบผ่านได้รับหนังสืออนุมัติฯ ประมาณ 160 คน และเปิดการสอบประจำปี 2567 ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยมีผู้สมัครสอบประมาณ 140 คน

ทั้งนี้ในปัจจุบันมีการทดลองอบรมหลักสูตรระยะสั้นแก่ผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ไม่ใช่แพทย์จำนวน 100 คนเป็นเวลา 3 วัน ระหว่างวันที่ 18-20 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยกรมอนามัย และในปัจจุบัน สสส.ได้สนับสนุนให้มูลนิธิศาสตราจารย์นายแพทย์สมบรูณ์วัชรโรทัย ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งจะแล้วเสร็จวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยได้มีการทดสอบหลักสูตรเรียบร้อยแล้วเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และกำลังดำเนินการจัดอบรมจำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 40 คน ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567⁽²⁶⁾ ในขณะเดียวกันกรมอนามัยกำลังพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยจัดตั้งคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตขึ้นที่สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง และกองนวัตบริการสุขภาพ กรมอนามัย และกำลังขยายการดำเนินการไปยังศูนย์อนามัยต่าง ๆ ซึ่งผู้ที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรระยะสั้นและผ่านการสอบได้รับหนังสืออนุมัติฯ กำลังนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปขยายผลโดยไปดำเนินการจัด

ตั้งคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้งในภาคมหาวิทยาลัย เช่น มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการภาคเอกชน

โดยจะเห็นได้ว่าการดำเนินการพัฒนาศักยภาพของกำลังคนด้านเวชศาสตร์เป็นสิ่งที่สำคัญและสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศและการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 และตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ในการสนับสนุนการดูแลแก้ไขปัญห สุขภาพโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ทั้งนี้ นายพิศาล มาณวพัฒน์ ประธาน คณะอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะ ป้องกัน ก่อนรักษา ภายใต้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เสนอรายงานการศึกษาต่อวุฒิสภา เมื่อ สิงหาคม พ.ศ. 2566 เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย เช่น การจัดงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (NCDs) แยกจากงบรักษาพยาบาล การยกระดับการ รณรงค์การตระหนักรู้ด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการต้าน “หวาน เค็ม มัน” ที่แฝงมากับอาหาร เครื่องดื่ม เกินเกณฑ์ การเสนอนโยบาย “สุขภาพดีมีกิน” โดยเสนอให้กองทุนหลักประกันสุขภาพสนับสนุน ให้แพทย์ออกใบสั่งอาหารแทนใบสั่งยาในผู้ป่วย โรค NCDs และการสนับสนุนให้มีการนำแนวทาง เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ลงสู่การ ปฏิบัติในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่⁽²⁷⁾

ปัญหาท้าทายและช่องว่างในการพัฒนา เวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทย

เมื่อ พ.ศ. 2566 ที่ผ่านมา กรมอนามัย ได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาและขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล เพื่อ พิชิตสุขภาพดีอย่างยั่งยืน (Lifestyle Medicine : Personalized Healthcare Strategies) ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การ ดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่มี ประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการ บริการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแนวทางการดำเนินงานใน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชน ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) โดย ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อรับฟังความ คิดเห็นต่อ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพ ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวม (Lifestyle Medicine and Holistic Wellness Care) ในงานประชุมวิชาการระดับ ชาติด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม ครั้งที่ 1 เมื่อ 21 กันยายน 2566 ณ โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จ.นนทบุรี⁽²⁸⁾ แต่อย่างไร ก็ตาม ในการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ของประเทศไทยซึ่งอยู่ในระยะริเริ่มดำเนินการ ยังมีปัญหาท้าทายหลายประการที่อาจส่งผลต่อ ประสิทธิภาพและความยั่งยืน ซึ่งมีการนำเสนอใน การประชุม International Conference on Public Health among Greater Mekong

Sub-Regional Countries ครั้งที่ 13 ที่ Hue University of Medicine and Pharmacy ประเทศเวียดนาม เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2566⁽²⁹⁾ เช่น

1. การขาดความตระหนักและความเข้าใจในกลุ่มประชาชนทั่วไป แพทย์ และบุคลากรบริการสุขภาพ และผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับแนวคิดและประโยชน์ของบริการสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต

2. หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อจัดการและป้องกันโรค NCDs และการส่งเสริมสุขภาพ ยังมีส่วนร่วมที่ค่อนข้างจำกัดในการพัฒนาบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต รวมถึงระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน และการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ครอบคลุมเรื่องงานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีในการสนับสนุนเวชศาสตร์วิถีชีวิต

3. การให้บริการทางการแพทย์ในปัจจุบันมักมุ่งเน้นไปที่การรักษาอาการมากกว่าการแก้ไขที่ต้นเหตุด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ยังไม่สามารถบูรณาการเข้ากับระบบการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. โครงสร้างค่าตอบแทนสำหรับการบริการสุขภาพในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลมากกว่ามาตรการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

5. การให้บริการสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วยที่มากกว่าการให้บริการสุขภาพทั่วไป

6. ยังมีการศึกษาและการฝึกอบรมที่ค่อนข้างจำกัด คณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ ยังมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตค่อนข้าง

จำกัด และควรจะทำให้เกิดการบูรณาการเข้าไปในหลักสูตรแพทยศาสตร์ รวมถึงหลักสูตรอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และคณะต่าง ๆ ทางวิชาชีพสุขภาพยังมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย

7. ความยั่งยืนและความสามารถในการขยายงานของเวชศาสตร์วิถีชีวิตยังมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งต้องการความมุ่งมั่นและความร่วมมืออย่างมากระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ รวมถึงหน่วยงานภาครัฐ หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรชุมชน และภาคเอกชน และการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ การสร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับนโยบายการให้บริการสุขภาพหลักของประเทศนับเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในระยะยาว

ต่อมา มูลนิธิศาสตราจารย์นายแพทย์สมบุญณ์วัชรวิทย์ได้นำเสนอบทวิเคราะห์การพัฒนาทางด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทยโดยใช้กรอบแนวคิด 7S McKinsey ต่อคณะผู้บริหารของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่ามีปัญหาและช่องว่างสำหรับการพัฒนาที่จำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการจัดการความรู้และพัฒนาวิชาการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตดังนี้⁽³⁰⁾

1. ด้านกลยุทธ์ (Strategy)

- ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันยังขาดการกำหนดยุทธศาสตร์ในการนำหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตบูรณาการเข้ากับระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านโครงสร้าง (Structure)

- โครงสร้างระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันของประเทศไทยยังมีตัวอย่างในการให้บริการสุขภาพโดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตแบบเต็มรูปแบบในภาครัฐและท้องถิ่นน้อยมาก

- ในขณะที่เริ่มมีบริการดังกล่าวในภาคเอกชน ซึ่งมีอยู่แต่ในกรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว และบริการเหล่านั้นในหน่วยบริการหลายแห่งมักจะเน้นเรื่องของการตรวจสุขภาพ หรือการสั่งอาหารเสริม โดยยังไม่ได้มุ่งเน้นเรื่องการบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

- แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีหน่วยบริการบางแห่งที่สามารถเป็นตัวอย่างในการถอดบทเรียนและนำมาประยุกต์ใช้ได้ เช่น สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง และการบริการของภาคเอกชน เช่น Wellness We Care Center อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี และหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อซึ่งไม่ได้เรียกการบริการว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิต

3. ด้านระบบ (System)

- ปัจจุบันยังขาดระบบการจัดการ และระบบสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมในการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตซึ่งใช้แนวทางของการมีหลักฐานเชิงประจักษ์บูรณาการเข้ากับการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงระบบการเงินการคลัง และระบบการส่งต่อ

4. ด้านกำลังคน (Staff)

- ปัจจุบันจำนวนของแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตและทีมบริการเวชศาสตร์วิถี

ชีวิตยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากมีกำลังการผลิตที่จำกัดและยังขาดกลไกที่ก่อให้เกิดการเข้าถึงการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

- ปัจจุบันมีการเริ่มการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยมีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งมีการผลิตเพียงปีละ 2-8 คน โดยเริ่มในปี พ.ศ. 2566

- มีการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยการสอบใบอนุญาตจำนวน ประมาณ 160 คน โดยพบว่าอยู่ในภาคเอกชนประมาณ 70% และยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาหลักสูตรสำหรับฝึกอบรมผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ โดยสภาวิชาชีพอื่นๆยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม

5. ด้านทักษะ (Skills)

- แม้ในปัจจุบัน จะมีโครงการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. และ สสส. และมีการดำเนินการในระดับตำบล ส่วนใหญ่รูปแบบจะเน้นที่การคัดกรอง ยังขาดการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิซึ่งมีความสำคัญในการจัดการโรค NCDs ที่มีประสิทธิภาพ

- แม้จะมีโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- การให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้เชี่ยวชาญในการจัดการโรคมากกว่าจะเป็นโค้ชสุขภาพในการเสริมพลังอำนาจให้แก่คนไข้ที่จะสามารถจัดการตนเองในระยะยาว

6. ด้านรูปแบบ (Style)

- ในปัจจุบัน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อมักมีรูปแบบการทำงานแบบผู้นำเดี่ยว แม้หลักฐานทางวิชาการจะชี้ให้เห็นว่าการทำงานในลักษณะทีมผู้ให้บริการโดยมีการประสานงานข้ามสาขาวิชาชีพจะสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพที่ดีกว่า

- รูปแบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันยังคงไม่สามารถทำให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีการให้บริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ค่อนข้างจำกัด

7. ด้านค่านิยมร่วม (Shared Values)

- ในปัจจุบัน แม้จะมีการสร้างความตระหนักถึงการป้องกันโรคก่อนที่จะรักษา และการมุ่งให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ยังคงขาดรูปธรรมของการนำค่านิยมนี้ลงสู่การปฏิบัติ

- รูปแบบและค่านิยมเดิมยังอยู่ที่การรักษามากกว่า และแม้จะมุ่งเรื่องการป้องกันโรคแต่ยังเป็นการพึ่งพาการรักษาด้วยยามากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาางานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทย

เพื่อให้เกิดการปิดช่องว่างดังกล่าวข้างต้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาางานวิชาการ และการจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อเป็นกลไกในการสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น และประชาสังคม ได้

เกิดการสานพลังสร้างวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมกันในการทำงานการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อให้กับประเทศไทยในการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย รวมถึงการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ และก่อให้เกิดการเข้าถึงบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้อย่างครอบคลุม ทั้งถึง และเป็นธรรม ส่งเสริมและสนับสนุนให้บริการสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทยมีมาตรฐาน มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ โดยมีกำลังคนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้งในระดับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และไม่ใช่แพทย์ที่มีศักยภาพ รวมถึงผู้นำระดับท้องถิ่น และระดับชาติและประชาชนในการสนับสนุนให้เกิดบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพเพื่อสามารถควบคุมและจัดการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพมุ่งสู่ชุมชนแห่งการมีวิถีชีวิตสุขภาพดี (Wellness Community) รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อนำมาใช้กำหนดยุทธศาสตร์ แผนงาน เผยแพร่องค์ความรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพ การสร้างการตระหนักรู้ของทุกภาคส่วน และการพัฒนางานวิจัย เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทของประเทศไทย โดยใช้องค์ความรู้ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งควรมีการขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทย ดังต่อไปนี้⁽³⁰⁾

1. ด้านฐานข้อมูล และการกำกับติดตามและประเมินผล ควรมีการพัฒนางานต่าง ๆ ดังนี้

- พัฒนาฐานข้อมูล งานวิจัย องค์ความรู้และกำลังคนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต

- พัฒนาและรวบรวมมาตรฐานสถานบริการ แนวทางการบริการ มาตรฐานกำลังคน

- สร้างระบบการจัดการข้อมูล เพื่อประเมินผลลัพธ์การบริการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อป้องกันและควบคุมโรค NCDs

- พัฒนาศูนย์เผยแพร่ข้อมูลด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยการจัดทำ Website และสื่อ Social Media เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูล

- สื่อสารข้อมูลกับฝ่ายนโยบายระดับชาติและพื้นที่เพื่อกำกับติดตาม และประเมินผล

2. ด้านเครือข่าย ระบบการจัดการ และระบบการสนับสนุน

- พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือวิชาการเพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต

- จัดทำแผนการพัฒนากิจการบริการจัดการและระบบสนับสนุนบริการสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- จัดทำแผนการดำเนินการวิจัย ประสานบูรณาการแผนวิจัยด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับงานป้องกันและควบคุมโรค NCDs

- การขับเคลื่อนเครือข่ายความร่วมมือเพื่อเสนอยุทธศาสตร์ ระบบการดำเนินการกระบวนกร และระบบสนับสนุนบริการและกำลังคนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต

3. ด้านการผลิต พัฒนา และธำรงรักษา กำลังคนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพในพื้นที่

- พัฒนาและขยายเครือข่ายนักวิชาการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพในการควบคุมโรคไม่ติดต่อด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต

- สนับสนุนและพัฒนาผู้ให้บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีศักยภาพในการสร้างรูปแบบและกลวิธีดำเนินการจัดการและควบคุมโรคไม่ติดต่อในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพ

- สร้างระบบสนับสนุนให้เครือข่ายของแพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาและผ่านการรับรองเพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับสถานบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ที่ต้องการดำเนินงานให้บริการสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ

- สนับสนุนให้เกิดการจัดการความรู้ และต่อยอดการพัฒนาศักยภาพด้วยกลวิธีที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ การจัดสัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ การประชุมวิชาการระดับชาติ หรือนานาชาติ

- สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติที่เป็นเลิศของเครือข่ายนักวิชาการและเครือข่ายสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการไปดำเนินการบริการสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต

4. ด้านการสร้างความตระหนักรู้ และการขับเคลื่อนการสนับสนุนทางนโยบาย

- สร้างความตระหนักรู้และค่านิยมร่วมเกี่ยวกับการมีและเข้าถึงบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีให้แก่ประชาชน

- พัฒนาเครือข่ายผู้บริหารระดับพื้นที่เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และสนับสนุนการสร้างและพัฒนาสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และส่งผลต่อการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี

- พัฒนาเครือข่ายผู้บริหารระดับชาติ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และพัฒนานโยบายที่ส่งผลต่อการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

- พัฒนาและนำเสนอรูปแบบของชุมชนหรือพื้นที่ที่สนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

- ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับและเชิดชูเกียรติของประชาชน ผู้บริหารระดับพื้นที่ และผู้บริหารระดับชาติ ที่เป็นแบบอย่างในการสนับสนุนให้เกิดวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

5. ด้านงานวิจัย เทคโนโลยี และ นวัตกรรม

- จัดทำแผนการพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค NCDs โดยใช้องค์ความรู้ของไทย

- สนับสนุนให้เกิดเวทีการพัฒนาและแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อพัฒนาโจทย์วิจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกำลังคนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยและนักวิจัยเพื่อการเข้าถึงทุนสนับสนุนการวิจัยและการดำเนินงานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ

- พัฒนาวารสารวิชาการเพื่อพัฒนาและใช้วารสารวิชาการเป็นช่องทางการเผยแพร่องค์ความรู้และผลงานวิจัย และนวัตกรรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทย

สรุป

เพื่อตอบสนองต่อการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก และของประเทศไทย เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นศาสตร์ที่ได้รับการยอมรับโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเป็นแนวทางสำคัญในการให้บริการสุขภาพแนวใหม่เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการป้องกันกลุ่มประชากรที่ยังไม่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีวิถีชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เวชศาสตร์วิถีชีวิตได้รับการยอมรับและเกิดการบูรณาการสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน ควรมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาวิชาการ และจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตขึ้น เพื่อพัฒนาให้เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการจัดการ และสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ด้านเวชศาสตร์

วิถีชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย ซึ่งจะทำให้หน้าที่สร้างเสริมศักยภาพในการจัดการความรู้และวิชาการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และสามารถถ่ายทอดไปสู่การใช้ประโยชน์ทั้งเชิงนโยบายในระดับประเทศ และการปฏิบัติการในระดับพื้นที่ทั้งในระดับการให้บริการและในระดับชุมชน และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการ และนักวิจัย โดยการขับเคลื่อนการเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายวิชาการและการวิจัยด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในการวิจัยและจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบริการสุขภาพที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาให้เกิดพื้นที่หรือ

ชุมชนที่มีวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน นอกจากนี้ศูนย์ดังกล่าวจะสามารถสนับสนุนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์รวมถึงการหนุนเสริมเพื่อปิดช่องว่างที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรืออยู่ระหว่างการดำเนินการแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามข้อเสนอแนะของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ดังที่ได้แสดงไว้ข้างต้นอีกด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นายกสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ที่ให้คำแนะนำที่มีประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาบทความนี้ และขอขอบพระคุณโครงการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ และโครงการจัดการความรู้และพัฒนาวิชาการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต มูลนิธิศาสตราจารย์นายแพทย์สมบุญวัชโรทัย โดยการสนับสนุนจาก สสส. ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลในการจัดทำบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Haileamlak A. The impact of COVID-19 on non-communicable diseases. *Ethiop J Health Sci* 2022;32(1):1-2.
3. Global Wellness Institute. Defining wellness policy: November 2022. Florida: Global Wellness Institute; 2022.
4. United Nations Development Programme (UNDP), World Health Organization (WHO), Ministry of Public Health of Thailand. Prevention and control of non-communicable diseases in Thailand: the case for investment [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 26]. Available from: <https://shorturl.asia/nH5lR>

5. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD, DM, HT, CVD) ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/vLXz>
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
7. ตันพล วิรุฬหการุญ. การป้องกันและรักษาโรคอ้วน (เอกสารประกอบการบรรยายหลักสูตรนักบริหารระดับสูงด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต รุ่นที่ 7). นนทบุรี: สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย และกรมอนามัย; 2566.
8. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
9. Guthrie G. Definition of lifestyle medicine. In: Rippe JM, editor, Lifestyle medicine. 3rd ed. Boca Raton: Taylor & Francis Group; 2019. p.961-68.
10. Yeh BI, Kong ID. The advent of lifestyle medicine. J Lifestyle Med 2013;3(1):1-8.
11. Bodai BI, Nakata TE, Wong WT, Clark DR, Lawenda S, Tsou C, et al. Lifestyle medicine: a brief review of its dramatic impact on health and survival. Perm J 2018;22:17-25.
12. Sadiq IZ. Lifestyle medicine as a modality for prevention and management of chronic diseases. J Taibah Univ Med Sci 2023;18(5):1115-7.
13. Viroli G, Kalmpourtzidou A, Cena H. Exploring benefits and barriers of plant-based diets: health, environmental impact, food accessibility and acceptability. Nutrients 2023;15(22):4723.
14. Li D. Effect of the vegetarian diet on non-communicable diseases. J Sci Food Agric 2014;94(2):169-73.
15. WHO Regional Office for Eastern Mediterranean. Promoting physical activity to prevent and control non-communicable diseases [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://shorturl.asia/OB75m>
16. Intarakamhang U, Macaskill A, Prasittichok P. Mindfulness interventions reduce blood pressure in patients with non-communicable diseases: a systematic review and meta-analysis. Heliyon 2020;6(4): e03834.
17. Basnet S, Merikanto I, Lahti T, Männistö S, Laatikainen T, Vartiainen E, et al. Associations of common chronic non-communicable diseases and medical conditions with sleep-related problems in a population-based health examination study. Sleep Science 2016;9(3):249-54.

18. Naren T, Cook J, Armstrong F, Manger S. Lifestyle interventions in the management of substance use disorder. *AJGP* 2022;51(8):560-4.
19. Holt-Lunstad J. Positive social connection: a key pillar of lifestyle medicine. *J Fam Pract* 2022;71(1 Suppl):S38-40.
20. Benigas S, Shurney D, Stout R. Making the case for lifestyle medicine. *J Fam Pract* 2022; 71(Suppl 1):S2-4.
21. Chevinsky J, Chirumamilla S, Caswell S, Nyoni LM, Studer K. Clinical preventive medicine, integrative medicine, and lifestyle medicine: current state and future opportunities in the development of emerging clinical areas. *AJPM Focus* 2024;3(1):100166.
22. สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา. ประกาศสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ที่ ๗/๒๕๖๖ เรื่อง การยื่นคำขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาต่าง ๆ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/index.php/News/Announcement/1029>.
23. Gorin SS, Davis CL. Implementing behavioral medicine in a lifestyle medicine practice. In: Mechanick JI, Kushner RF, editors. *Creating a lifestyle medicine center*. Springer: Cham; 2020. p.161-79.
24. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ภูติธ เตชาดิวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารการเสริมสุขภาพไทย* 2565;1(4):456-63.
25. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข่าวในรั้ว สธ. : กรมอนามัย-สมาคม เวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ลงนามความร่วมมือ พร้อม ชู 6 วิถีชีวิต สร้างคนไทยสุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/182951/>
26. มุลินนิศาสดราจารย์นายแพทย์สมบุรณ์วัชรโรทัย. โครงการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ (เอกสารประกอบการอบรมเพื่อทดสอบหลักสูตร เวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์). นนทบุรี: มุลินนิศาสดราจารย์ นายแพทย์สมบุรณ์วัชรโรทัย; 2566.
27. คณะอนุกรรมการการเสริมสุขภาพะป้องกันก่อนรักษาภายใต้คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานสรุปการประชุมสร้างเสริมสุขภาพะป้องกันก่อนรักษาในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. กรุงเทพฯ: สำนักงานวุฒิสภา; 2566.
28. ศูนย์ปฏิบัติการกรมอนามัย. โครงการจัดทำและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพเฉพาะ

- บุคคลด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อพิชิตสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (Lifestyle Medicine : Personalized Healthcare Strategies) ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 25 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=6289>
29. Tejavivaddhana P. The development of lifestyle medicine in Thailand: new multidisciplinary practices in managing NCDs to achieve SDGs. Paper presented at The 13th International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries; 2023 Jul 2; Hue City: Hue University of Medicine and Pharmacy; 2023.
30. มุลินีศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์วัชรโรทัย. โครงการจัดการความรู้และพัฒนาวิชาการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (คจวช.) (เอกสารเสนอต่อคณะผู้บริหาร สสส. สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตและสุขภาพ) เมื่อ 10 สิงหาคม 2566. นนทบุรี: มุลินีศาสตราจารย์นายแพทย์สมบูรณ์วัชรโรทัย; 2566.