ประสิทธิผลของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่นำร่องศูนย์อนามัย กรมอนามัย

The Effectiveness of Lifestyle Medicine Services: A Multi-Site Pilot Study of Regional Health Promotion Centers, Department of Health

สรณัติ์ ลลิตวงศา[1*], วิภาดา จันทา[2]

Sorranut Lalidwongsa[1*], Wipada Janta[2]

สถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย[1,2]

Lifestyle Medicine Institute, Department of Health[1,2]

*Corresponding author E-mail: SorranutL@gmail.com

(Receives: April 25, 2026; Revised: May 6, 2026; Accepted: May 22, 2026)

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการจัดการโรคอย่างยั่งยืน งานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่นำร่องศูนย์อนามัย กรมอนามัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytic Study) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ดัชนีมวลกาย (BMI) เปอร์เซ็นต์ไขมัน (Body Fat) ระดับน้ำตาล(FBS) น้ำตาลสะสม (HbA1C) ไขมัน (Lipid profile) และกรดยูริก (Uric acid) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลังของผู้รับบริการในโครงการนำร่องจัดบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 จำนวน 106 ราย จากฐานข้อมูลสุขภาพ และรายงานผลการดำเนินงานของศูนย์อนามัยนำร่องด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (ศอ.1) ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ (ศอ.3) ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (ศอ.7) และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง (สสม.) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) รูปแบบบริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อย่างไรก็ตาม BMI และเปอร์เซ็นต์ไขมันยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ระดับน้ำตาล (FBS) น้ำตาลสะสม (HbA1c) และคอเลสเตอรอลรวม (TC) มีการเพิ่มขึ้น ($p=0.003$, $p<0.001$ และ $p=0.035$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์รายพื้นที่พบความผันแปรของประสิทธิผล โดย ศอ.7 BMI และเปอร์เซ็นต์ไขมันร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ในขณะที่สสม. มีการเพิ่มขึ้นของตัวชี้วัดทางคลินิกมากกว่าพื้นที่อื่นอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกยังมีความผันแปรตามบริบทพื้นที่ งานวิจัยนี้เสนอแนะให้มีการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต และต่อยอดงานวิจัยด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตอื่นๆ ในอนาคต

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) represent a critical public health challenge in Thailand, with intensive behavior modification based on Lifestyle Medicine serving as a key strategy for sustainable disease management. This Retrospective Analytic Study, one-group Before-and-after analysis aimed to evaluate the effectiveness of Lifestyle Medicine services within the Department of Health's pilot regional health centers regarding health behaviors and clinical outcomes, including BMI, body fat percentage, FBS, HbA1c, lipid profile, and uric acid. Secondary data from 106 patients in the lifestyle medicine service pilot project between 2023–2025 were analyzed from four sites: Regional Health Promotion Centers 1 (Chiang Mai), 3 (Nakhon Sawan), 7 (Khon Kaen), and the Metropolitan Health and Wellness Institution. Research tools included the Lifestyle Medicine service model and the Department of Health's Lifestyle Medicine behavior assessment form, with data analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results demonstrated that participants achieved a statistically significant increase in health behavior scores ($p<0.001$). However, BMI and body fat percentage showed no significant changes. Conversely, FBS, HbA1c, and total cholesterol significantly increased ($p=0.003$, $p<0.001$ and $p=0.035$, respectively). Site-specific analysis revealed variations; Regional Health Promotion Center 7 achieved significant reductions in BMI and body fat ($p<0.001$), whereas the Metropolitan Health and Wellness Institution exhibited significantly higher increases in clinical markers compared to other sites.

In conclusion, while Lifestyle Medicine services successfully improved health behaviors, clinical outcomes varied significantly by regional context. This study recommends enhancing and elevating national Lifestyle Medicine service standards and pursuing further research in the field of Lifestyle Medicine.

Keywords: Lifestyle Medicine, Non-communicable diseases, Lifestyle modification

บทนำ

สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 43 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก[1] ข้อมูลในประชากรไทย พบการเสียชีวิตจากโรค NCDs สูงถึงปีละมากกว่า 400,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 81 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[2] วิกฤตการณ์ NCDs ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของปัจเจกบุคคล แต่ยังสร้างภาระทางงบประมาณในระบบสาธารณสุข โดยมีการประมาณการว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงจากค่ารักษาพยาบาล และทางอ้อมจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีมูลค่ารวมสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี[3] รากเหง้าสำคัญของวิกฤตการณ์ NCDs ในสังคมไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะวิถีการบริโภคอาหารพลังงานสูง การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ[4] ด้วยเหตุนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นจึงถูกระบุในแนวทางเวชปฏิบัติว่าเป็นองค์ประกอบหลักที่ไม่สามารถละเลยได้ เพื่อลดการพึ่งพายาและป้องกันก่อนการเกิดโรค ซึ่งถือเป็นช่องว่างของระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบเดิมที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นแนวทางการแพทย์สาขาหนึ่งที่ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนิสัยส่วนบุคคล[5] โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการป้องกัน รักษา และจัดการให้โรคสงบ โดยให้ความสำคัญผ่าน 6 เสาหลักของพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การนอนหลับ และสัมพันธภาพทางสังคม[6] โดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตจัดเป็นบริการทางการแพทย์ครอบคลุมการ

วินิจฉัย การประเมินความเสี่ยง และการสั่งการรักษาในรูปแบบของวิถีชีวิต (Lifestyle Prescription) สอดคล้องกับ 6 เสาหลักที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อปัจเจกบุคคลมากกว่าการให้คำแนะนำสุขภาพในภาพกว้างระดับประชากร[7-8] การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการจึงเป็นการยกระดับจากการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปสู่การเป็นเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงในการจัดการโรค (NCDs) อย่างยั่งยืน

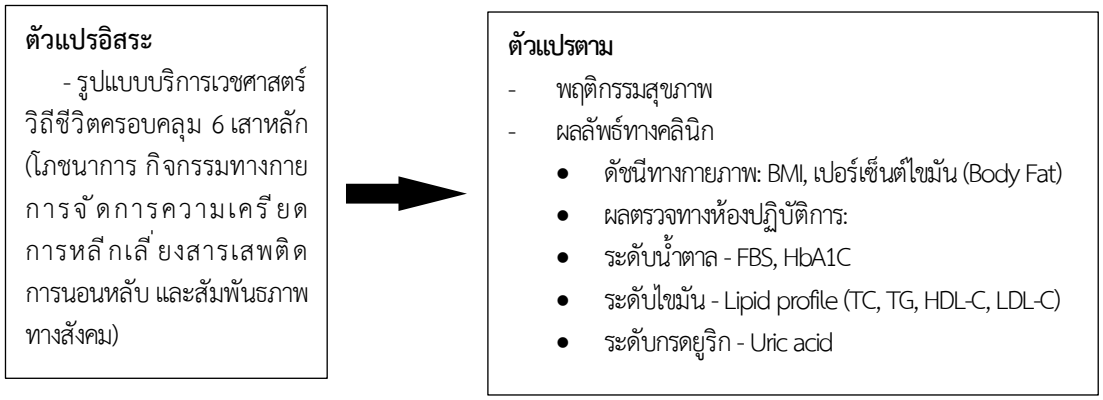
ในบริบทประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการยกระดับบริการทางการแพทย์เพื่อตอบโจทย์วิกฤตโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการดำเนินงานผ่านสถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัยในการขับเคลื่อนนโยบายและวางรากฐานการจัดบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั่วประเทศ[9] ร่วมกับศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขตสุขภาพและสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยได้สร้างเครือข่ายเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อเป็นเครือข่ายในการพัฒนางานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมาตรฐานและปลอดภัย ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมเฉพาะทางสำหรับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ[10] เพื่อให้สามารถนำหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการขยายผลการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง แต่การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการในสถานการณ์จริง ยังคงเป็นช่องว่างทางวิชาการที่ต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยืนยันผลลัพธ์ทางสุขภาพและความคุ้มค่าในระยะยาว การศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนาคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ใน 2 มิติสำคัญ ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต ตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) ซึ่งครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) เปอร์เซ็นต์ไขมัน (Body Fat) ระดับน้ำตาล (FBS) น้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) และกรดยูริก (Uric acid) ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาบริการและมาตรฐานการดำเนินงานสำหรับเครือข่ายเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่นำร่องศูนย์อนามัย กรมอนามัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

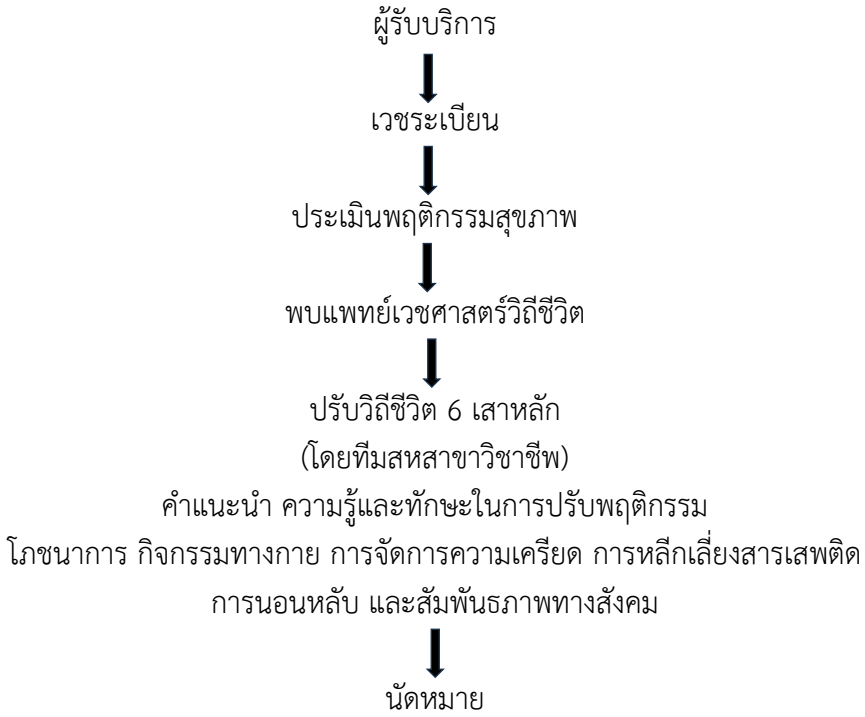
รูปแบบการวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytic Study) โดยใช้รูปแบบการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังรับบริการ (Before-and-after analysis) ระยะ 6 เดือน ผ่านการ

รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ของกลุ่มประชาชนที่เข้าร่วมโครงการนำร่องบริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตในศูนย์อนามัยนำร่องด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (ศอ.1) ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ (ศอ.3) ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (ศอ.7) และสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง พื้นที่กรุงเทพมหานคร (สสม.)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการนำร่องบริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต ณ ศูนย์อนามัย 4 แห่ง (ศอ.1, ศอ.3, ศอ.7, สสม.) ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 โดยได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยได้ใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกแบบประชากรทั้งหมด (total population sampling) จากโครงการฯ จำนวนทั้งสิ้น 106 ราย โดยไม่มีการคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย



ภาพที่ 1 รูปแบบบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต

1) รูปแบบการให้บริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังภาพที่ 1 คือ การให้บริการตามแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 เสาหลัก เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เน้นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล (Personalized approach) โดยมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต (แพทย์เฉพาะทางหรือผ่านการอบรมระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต) และเข้าสู่บริการปรับวิถีชีวิตตาม 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การนอนหลับ และสัมพันธภาพทางสังคม มีการให้คำแนะนำความรู้และเสริมทักษะโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังภาพที่ 2 โดยนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร นักวิทยาศาสตร์การกีฬาหรือนักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ทั้งนี้ทุกขั้นตอนของบริการมีการใช้การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลตามบริบทและวิถีชีวิต โดยรูปแบบบริการดังกล่าวมีแนวทางปฏิบัติมาตรฐานและบุคลากรได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต

โภชนาการ (โดย นักโภชนาการ หรือนักกำหนดอาหาร)	- ให้คำแนะนำอาหารเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะโรค - การอ่านฉลากโภชนาการ
กิจกรรมทางกาย (โดย นักวิทยาศาสตร์การกีฬา หรือนักกายภาพบำบัด)	- ให้คำแนะนำการออกกำลังกายเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะโรค
การจัดการความเครียด (โดย นักจิตวิทยา หรือพยาบาลวิชาชีพ)	- ให้คำปรึกษาและคำแนะนำจัดการความเครียด - สติบำบัดแบบสั้น
การหลีกเลี่ยงสารเสพติด (โดย พยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์แผนไทย)	- ให้คำแนะนำลด ละเลิก แอลกอฮอล์ บุหรี่และสารเสพติด
การนอนหลับ (โดย พยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์แผนจีน)	- ให้คำแนะนำสุขอนามัยการนอนหลับ - คัดกรองภาวะหยุดหายใจขณะหลับ
สัมพันธภาพทางสังคม (โดย นักจิตวิทยา หรือพยาบาลวิชาชีพ)	- ให้คำปรึกษาให้คำปรึกษาและคำแนะนำ

ภาพที่ 2 การให้คำแนะนำ ความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรม 6 เสาหลัก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Assessment) ของกรมอนามัย ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ทางสังคม โดยแบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

(1) คำถามปรนัยจำนวน 7 ข้อ โดยมีตัวเลือกคำตอบเป็น "ใช่" หรือ "ไม่ใช่"

(2) ตารางประเมินความถี่ของพฤติกรรม โดยให้ระบุระดับความถี่ตั้งแต่ "น้อยกว่า 1 ครั้ง" จนถึง "มากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป"

(3) การระบุจำนวนชั่วโมงของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อสัปดาห์ โดยแต่ละข้อจะมีคะแนนประจำคอลัมน์ที่กำหนดไว้ แล้วจึงนำคะแนนจากแต่ละข้อมารวมกัน เป็นคะแนนรวม 50 คะแนน ซึ่งจะถูกแปลผลเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (0-20 คะแนน) เท่าค่าเฉลี่ย (21-30 คะแนน) ดีมาก (31-40 คะแนน) และดีเยี่ยม (41-50 คะแนน) ทั้งนี้ แบบประเมินฉบับดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.978 ซึ่งอยู่ในระดับความเชื่อมั่นสูง[11,12]

3) เครื่องมือวัดทางคลินิกในการประเมิน BMI, Body Fat, FBS, HbA1c, Lipid Profile, Uric Acid ได้รับการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพ คู่มือ และรายงานผลการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตของศูนย์อนามัยนำร่อง 4 แห่ง (ศอ.1, ศอ.3, ศอ.7, สสม.) ในช่วงปี พ.ศ. 2566–2568 โดยได้ใช้ข้อมูลผู้รับบริการคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้งหมดในแต่ละศูนย์อนามัย รวม 106 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการอธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละสำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงต่อเนื่อง ก่อนการวิเคราะห์เชิงอนุมานได้ทำการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้การทดสอบความเป็นปกติด้วย Shapiro–Wilk test หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จะใช้สถิติ Paired t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าผลลัพธ์ทางคลินิก

ก่อนและหลังภายในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน อย่างไรก็ตาม หากข้อมูลไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ จะใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test แทนการวิเคราะห์ดำเนินการทั้งในภาพรวมของโครงการ และแยกวิเคราะห์รายศูนย์อนามัยทั้ง 4 แห่ง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 846/2568 วันที่ 23 มิถุนายน 2568 และเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติ กระบวนการรวบรวมข้อมูลได้ทำการลบข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ออกจากเวชระเบียนก่อนนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในรูปแบบภาพรวม โดยไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตจำนวนทั้งหมด 106 ราย จาก 4 ศูนย์อนามัย ได้แก่ ศอ.1, ศอ.3, ศอ.7, สสม. พบข้อมูลลักษณะทางประชากรพื้นฐานดังแสดงในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายศูนย์ (n=106)

ลักษณะพื้นฐาน	ภาพรวม (n=106)	สสม. (n=25)	ศอ.1 (n=25)	ศอ.3 (n=28)	ศอ.7 (n=28)	P-value
อายุ (ปี)	46.00 ± 10.02	52.40 ± 13.33	41.96 ± 6.79	43.89 ± 8.36	46.00 ± 8.01	<0.001
เพศ						
ชาย	42 (39.6%)	14 (56.0%)	10 (40.0%)	11 (39.3%)	7 (25.0%)	0.151
หญิง	64 (60.4%)	11 (44.0%)	15 (60.0%)	17 (60.7%)	21 (75.0%)	
สถานภาพ						
โสด	24 (22.6%)	7 (28.0%)	5 (20.0%)	8 (28.6%)	4 (14.3%)	0.195
สมรส	74 (69.8%)	16 (64.0%)	20 (80.0%)	19 (67.9%)	19 (67.9%)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8 (7.5%)	2 (8.0%)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	5 (17.9%)	
ศาสนา						
พุทธ	105 (99.1%)	25 (100.0%)	25 (100.0%)	28 (100.0%)	27 (96.4%)	0.421
คริสต์	1 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	
ระดับการศึกษา						
ปวส./อนุปริญญาขึ้นไป	106 (100.0%)	25 (100.0%)	25 (100.0%)	28 (100.0%)	28 (100.0%)	1.000

จากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 60.4) และเพศชาย 42 ราย (ร้อยละ 39.6) โดยมีอายุเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 46.00 ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างศูนย์อนามัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างจากสสม. มีอายุเฉลี่ยสูงสุด (52.40 ปี) ขณะที่ ศอ.1 มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด (41.96 ปี) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ในด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 69.8) สำหรับการนับถือศาสนาเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.1) และในด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.0) สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างศูนย์อนามัยทั้ง 4 แห่ง พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา และระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ยกเว้นอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) สะท้อน

ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในแต่ละศูนย์มีลักษณะพื้นฐานทางประชากรที่มีความใกล้เคียงกันในระดับหนึ่ง

ส่วนที่ 2 ประสิทธิผลของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต ดังตาราง 2 พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญในหลายมิติ ดังนี้

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังรับบริการ (n=106)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	n	Pre, mean ± SD	Post, mean ± SD	Mean change (95% CI)	P-value
BMI (kg/m²)	106	28.45 ± 5.62	28.45 ± 5.67	0.00 (-0.17 to 0.18)	0.965
Body fat (%)	106	34.25 ± 7.50	34.11 ± 7.41	-0.14 (-0.74 to 0.45)	0.636
FBS (mg/dL)	106	99.66 ± 26.97	104.08 ± 29.39	4.42 (1.55 to 7.30)	0.003
HbA1c (%)	106	5.67 ± 0.91	5.96 ± 0.99	0.29 (0.15 to 0.43)	<0.001
Triglyceride (mg/dL)	106	119.03 ± 79.78	133.50 ± 97.73	14.47 (-0.60 to 29.54)	0.060
Total cholesterol (mg/dL)	106	204.02 ± 48.77	212.74 ± 40.62	8.72 (0.63 to 16.81)	0.035
LDL-C (mg/dL)	106	136.56 ± 43.59	136.18 ± 35.53	-0.38 (-6.74 to 5.99)	0.907
HDL-C (mg/dL)	106	60.32 ± 16.58	61.64 ± 17.09	1.33 (-0.28 to 2.93)	0.105
Uric acid (mg/dL)	106	6.02 ± 2.00	5.82 ± 1.68	-0.20 (-0.45 to 0.04)	0.101
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	106	29.92 ± 7.49	33.08 ± 7.11	3.16 (2.17 to 4.15)	<0.001

1) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) คิดเป็นส่วนต่างค่าเฉลี่ยที่พัฒนาขึ้น 3.16 คะแนน (95% CI: 2.17 ถึง 4.15) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของบริการในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

2) ผลลัพธ์ด้านภายภาพ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของดัชนีมวลกาย (BMI) โดยคงที่อยู่ที่เฉลี่ย 28.45 kg/m² และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (Body fat) ซึ่งลดลงเพียงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญ (p=0.636)

3) ผลลัพธ์ทางห้องปฏิบัติการ พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003 และ p<0.001 ตามลำดับ) ในส่วนของไขมันในเลือด พบว่าระดับคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.035) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการเปลี่ยนแปลงระดับไขมัน LDL-C, HDL-C, Triglyceride และระดับกรดยูริก

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ประสิทธิผลจำแนกรายศูนย์อนามัย เมื่อวิเคราะห์แยกตามพื้นที่ดังตาราง 3 พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกมีความผันแปรตามบริบทของแต่ละศูนย์อนามัยอย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังรับบริการจำแนกตามพื้นที่ (n=106)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ศูนย์อนามัย	n	Pre, mean ± SD	Post, mean ± SD	Mean change (95% CI)	P-value
BMI (kg/m²)	สสม.	25	27.39 ± 4.75	27.83 ± 5.09	0.44 (0.12 to 0.77)	0.009
	ศอ.1	25	32.79 ± 5.08	32.58 ± 4.94	-0.21 (-0.58 to 0.16)	0.246
	ศอ.3	28	27.75 ± 4.68	28.25 ± 4.92	0.50 (0.22 to 0.78)	<0.001
	ศอ.7	28	26.21 ± 5.80	25.52 ± 5.58	-0.69 (-0.93 to -0.45)	<0.001
Body fat (%)	สสม.	25	31.17 ± 6.03	32.40 ± 7.20	1.24 (-0.77 to 3.24)	0.216
	ศอ.1	25	36.82 ± 5.50	36.14 ± 5.95	-0.69 (-1.19 to -0.19)	0.009
	ศอ.3	28	34.48 ± 8.33	34.82 ± 7.68	0.34 (-0.77 to 1.44)	0.538
	ศอ.7	28	34.48 ± 8.68	33.11 ± 8.29	-1.36 (-2.03 to -0.70)	<0.001

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ศูนย์อนามัย	n	Pre, mean ± SD	Post, mean ± SD	Mean change (95% CI)	P-value
FBS (mg/dL)	สสม.	25	102.28 ± 22.54	111.36 ± 24.85	9.08 (1.38 to 16.78)	0.023
	ศอ.1	25	101.76±19.46	102.12 ± 18.41	0.36 (-3.52 to 4.24)	0.850
	ศอ.3	28	103.50 ± 43.15	107.43 ± 47.53	3.93 (-3.75 to 11.61)	0.303
	ศอ.7	28	91.61 ± 9.21	96.00 ± 10.86	4.39 (1.59 to 7.20)	0.003
HbA1c (%)	สสม.	25	5.49 ± 0.72	6.61 ± 0.83	1.12 (0.78 to 1.46)	<0.001
	ศอ.1	25	5.84 ± 0.88	5.91 ± 0.68	0.07 (-0.11 to 0.25)	0.414
	ศอ.3	28	5.72 ± 1.39	5.87 ± 1.42	0.15 (-0.03 to 0.33)	0.097
	ศอ.7	28	5.61 ± 0.32	5.50 ± 0.41	-0.11 (-0.24 to 0.02)	0.087
Triglyceride (mg/dL)	สสม.	25	129.15 ± 78.27	167.23 ± 135.63	38.08 (1.49 to 74.67)	0.042
	ศอ.1	25	149.68 ± 77.99	145.12 ± 57.45	-4.56 (-31.41 to 22.29)	0.729
	ศอ.3	28	101.11 ± 94.13	119.93 ± 90.86	18.82 (-1.14 to 38.79)	0.064
	ศอ.7	28	100.54 ± 58.18	106.57 ± 86.51	6.04 (-31.69 to 43.76)	0.745
Total cholesterol (mg/dL)	สสม.	25	207.42 ± 37.86	231.74 ± 36.19	24.33 (9.15 to 39.50)	0.003
	ศอ.1	25	212.40 ± 43.41	206.12 ± 45.65	-6.28 (-16.44 to 3.88)	0.214
	ศอ.3	28	190.86 ± 49.13	206.75 ± 34.54	15.89 (-1.75 to 33.53)	0.075
	ศอ.7	28	206.67 ± 60.21	207.68 ± 42.04	1.01 (-18.38 to 20.40)	0.916
LDL-C (mg/dL)	สสม.	25	120.64 ± 31.94	140.04 ± 29.43	19.40 (8.89 to 29.90)	<0.001
	ศอ.1	25	142.97 ± 42.88	143.46 ± 38.60	0.49 (-10.28 to 11.27)	0.926
	ศอ.3	28	127.54 ± 45.65	119.54 ± 32.84	-8.00 (-23.33 to 7.33)	0.294
	ศอ.7	28	154.07 ± 45.70	142.89 ± 36.59	-11.18 (-23.21 to 0.86)	0.067
HDL-C (mg/dL)	สสม.	25	62.62 ± 13.78	69.12 ± 13.89	6.50 (4.29 to 8.71)	<0.001
	ศอ.1	25	56.84 ± 16.42	54.60 ± 15.21	-2.24 (-5.75 to 1.27)	0.200
	ศอ.3	28	59.71 ± 14.98	64.04 ± 15.25	4.32 (1.26 to 7.39)	0.007
	ศอ.7	28	61.96 ± 20.43	58.86 ± 20.34	-3.11 (-5.90 to -0.31)	0.031
Uric acid (mg/dL)	สสม.	25	6.68 ± 3.11	6.14 ± 2.05	-0.54 (-1.41 to 0.34)	0.216
	ศอ.1	25	6.31 ± 1.52	6.52 ± 1.57	0.22 (-0.10 to 0.53)	0.174
	ศอ.3	28	5.76 ± 1.51	5.32 ± 1.57	-0.45 (-0.76 to -0.13)	0.008
	ศอ.7	28	5.43 ± 1.28	5.39 ± 1.27	-0.04 (-0.36 to 0.29)	0.822
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	สสม.	25	30.68 ± 7.24	31.88 ± 5.92	1.20 (-0.84 to 3.24)	0.236
	ศอ.1	25	27.60 ± 6.32	29.68 ± 5.97	2.08 (-0.16 to 4.32)	0.067
	ศอ.3	28	32.82 ± 8.26	36.43 ± 7.88	3.61 (3.22 to 3.99)	<0.001
	ศอ.7	28	28.39 ± 7.14	33.82 ± 6.87	5.43 (2.86 to 8.00)	<0.001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

1) ดัชนีมวลกาย (BMI) และเปอร์เซ็นต์ไขมัน (Body Fat) โดย ศอ.7 มีค่า BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ศอ.7 และ ศอ.1 เปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001 และ p=0.009 ตามลำดับ) ในทางตรงกันข้าม สสม. และ ศอ.3 มีค่า BMI เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.009 และ p<0.001 ตามลำดับ)

2) ระดับน้ำตาล FBS และ HbA1c สสม. พบการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญในทั้งสองตัววัด ศอ.7 มีค่า FBS เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (p=0.003) แต่สามารถรักษาระดับ HbA1c ให้ลดลงเล็กน้อยแต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.087) ในขณะที่ ศอ.1 และ ศอ.3 ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลอย่างมีนัยสำคัญ

3) ระดับไขมันในเลือด (Lipid Profile) พบว่า สสม. ระดับคอเลสเตอรอล (Total Cholesterol) และ

ระดับไขมันชนิดเลว (LDL-C) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003 และ p<0.001 ตามลำดับ) ในขณะที่ศูนย์อื่น ๆ ไม่พบความเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) พบการเพิ่มขึ้นของระดับไตรกลีเซอไรด์อย่างมีนัยสำคัญเฉพาะ สสม. (p=0.042) ขณะที่ศูนย์อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับไขมันชนิดดี (HDL-C) ศอ.3 และ สสม. มีการเพิ่มขึ้นของ HDL-C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.007และ p<0.001 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นทิศทางที่ดี

4) กรดยูริก (Uric Acid) พบว่า ศอ.3 มีระดับกรดยูริกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.008) ศูนย์อนามัยอื่นๆ ไม่พบความแตกต่างของกรดยูริก (Uric Acid) อย่างมีนัยสำคัญ

5) ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่าทุกศูนย์อนามัยมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังได้รับบริการ โดย ศอ.3 และ ศอ.7 มีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ในขณะที่ ศอ.1 และ สสม. คะแนนพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.067และ p=0.236 ตามลำดับ)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาในภาพรวม 4 ศูนย์อนามัย พบว่า ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จาก 29.92 เป็น 33.08 คะแนน อย่างไรก็ตาม ดัชนีมวลกาย (BMI) และเปอร์เซ็นต์ไขมันในภาพรวมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ทางคลินิก ระดับน้ำตาล (FBS) น้ำตาลสะสม (HbA1c) และคอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ยังคงเพิ่มขึ้น (p=0.003, p<0.001 และ p=0.035 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายพื้นที่พบความผันแปรของประสิทธิผลตามบริบท โดย ศอ.7 มีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ BMI และเปอร์เซ็นต์ไขมันร่างกายที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ศอ.3 มีระดับกรดยูริกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.008) ในขณะที่ สสม. มีการเพิ่มขึ้นของระดับตัวชี้วัดทางคลินิกมากกว่าพื้นที่อื่น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับปัจจัยของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตของศูนย์อนามัยทั้ง 4 แห่ง ซึ่งเป็นสถานพยาบาลนำร่องด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตครั้งนี้ ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) และเปอร์เซ็นต์ไขมัน (Body Fat) ระดับน้ำตาล (FBS) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ระดับไขมันในเลือด (Lipid Profile) และกรดยูริก (Uric Acid) ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาวิจัยนี้พบประเด็นสำคัญและข้ออภิปรายในเชิงวิชาการ ดังนี้

1) ความสำเร็จที่เป็นรูปธรรมของบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ จุดแข็งที่ชัดเจนที่สุดของการศึกษานี้คือระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกพื้นที่ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Rippe[5] ที่ระบุว่าการใช้องค์ประกอบ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบำบัดแบบเข้มข้นสามารถจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้จริง

2) ปรากฏการณ์ระหว่างพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งประเด็นท้าทายของการวิจัยนี้กล่าวคือการที่ระดับพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น แต่ระดับน้ำตาล (FBS, HbA1c) และคอเลสเตอรอลรวมกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในภาพรวม โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล 3 ประการ (1) ปัจจัยรบกวนและวิถีชีวิตเขตเมือง การที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง มีค่า HbA1c เพิ่มขึ้นมากกว่าศูนย์อนามัยอื่น (เพิ่มร้อยละ 1.12) อาจเป็นผลมาจากลักษณะทางประชากรพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองที่มีระดับอายุเฉลี่ยสูงกว่าศูนย์อนามัยอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปัจจัยรบกวนที่อาจเกิดจากช่วงเวลา เช่น ช่วงเทศกาลซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่

เพิ่มขึ้น และสภาพแวดล้อมแบบเมืองที่อาจส่งผลต่อระบบการเผาผลาญในร่างกาย แม้ผู้ป่วยจะพยายามปรับพฤติกรรมแล้วก็ตาม (2) ข้อจำกัดของระยะเวลาการติดตามผล โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ซึ่งมักใช้เวลานานกว่าการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม และตามทฤษฎี Transtheoretical Model การที่ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมดีขึ้นในช่วง 6 เดือนอาจยังไม่เพียงพอที่จะลดระดับตัวชี้วัดทางชีวภาพได้[13,14] (3) ความคลาดเคลื่อนของการประเมินพฤติกรรม เนื่องจากข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ อาจมีการให้ข้อมูลที่ดูดีกว่าความเป็นจริง เพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของทีมผู้ให้บริการ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตจริง

3) ความผันแปรของผลลัพธ์รายพื้นที่ ผลการวิจัยภาพรวมและแยกศูนย์อนามัย ช่วยสะท้อนให้เห็นว่าบริบทพื้นที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของบริการ โดยศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นประสบความสำเร็จในการลด BMI, Body Fat และศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์มีระดับกรดยูริกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าพื้นที่กรุงเทพฯ ข้อมูลนี้สนับสนุนว่าแนวทางการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ในระดับนโยบายไม่ควรเป็นรูปแบบเดียว (One-size-fits-all) แต่ต้องเป็นการประยุกต์หลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิตใช้ให้เข้ากับบริบทและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นข้อมูลจริงจากการปฏิบัติในพื้นที่ (Real-world Data) ที่สะท้อนถึงการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตบูรณาการสู่ระบบสาธารณสุขไทยในขั้นต้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) และใช้รูปแบบการให้บริการประชาชนจากการปฏิบัติจริง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างสมบูรณ์ รวมถึงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากเป็นระยะนำร่องของการพัฒนาและขยายบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในศูนย์อนามัย ซึ่งส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและผลลัพธ์ทางสถิติได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการในงานวิจัยนี้ สนับสนุนนโยบายขยายบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนโดยมีผู้เชี่ยวชาญค่อยสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษา ในการศึกษาวิจัยต่อยอดในอนาคต ควรพิจารณาออกแบบการวิจัยแบบการทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled trial) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative) เพื่อหาปัจจัยความสำเร็จและความแตกต่างในการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตระหว่างศูนย์อนามัยแต่ละพื้นที่ และหากมีการศึกษาประสิทธิผลของบริการในกลุ่มโรคเฉพาะ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ซึ่งจะนำมาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Feb 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570). นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. The Nation Thailand. Experts urge health ecosystem as NCDs cost Thai economy US6m a year [Internet]. Bangkok: The Nation; 2025 [cited 2026 Feb 24]. Available from: https://www.nationthailand.com/health-wellness/40059165
4. เริงฤดี ปธานวณิช, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2568.

5. Rippe JM, editor. Lifestyle medicine. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2024.
6. American College of Lifestyle Medicine. What is lifestyle medicine? [Internet]. Chesterfield: American College of Lifestyle Medicine; 2023 [cited 2026 Apr 2]. Available from: https://lifestylemedicine.org/about-lifestyle-medicine/
7. Katz DL, Frates EP. Lifestyle Medicine: A Brief Review of Its Dramatic Impact on Health and Survival. J Fam Pract. 2020;69(9):S1-S8.
8. Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. JAMA. 2010;304(2):202-3.
9. กรมอนามัย สถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต. สถานบริการเครือข่ายเวชศาสตร์วิถีชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 23 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://lmi.anamai.moph.go.th/th/lmclinic-locate
10. คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษาเรื่องการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2568.
11. กรมอนามัย สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เวชศาสตร์วิถีชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 24 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://mwi.anamai.moph. go.th/th/hrd/download/?did=212989&id=103702&reload=
12. เกษม เวชสุทธานนท์. การพัฒนารูปแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(2):111-27.
13. Emanuelli M, Sartini D, Molinelli E, Campagna R, Pozzi V, Guanciarrosa ME, et al. The Integrated Role of Lifestyle Medicine in Managing Non-Communicable Diseases: A Narrative Review. Nutrients. 2024;16(1):156.
14. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot. 1997;12(1):38-48.