การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การวิจัยเชิงสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้าง

Application of Lifestyle Medicine in the Thai Healthcare System: A Scoping Review.

(Received: May 4,2026 ; Revised: May 15,2026 ; Accepted: May 17,2026)

ธีรภัทร วิชิตนาค[1]

Teerapat Vijitanaga[1]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้างเกี่ยวกับสถานการณ์ รูปแบบ และผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบสาธารณสุขไทย โดยดำเนินการตามมาตรฐาน PRISMA-ScR สืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิจากฐานข้อมูล TCI และ Google Scholar ระหว่าง พ.ศ. 2563–2569 คัดเลือกบทความฉบับเต็มที่เกี่ยวข้องกับการใช้ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย จำนวน 20 รายการ เพื่อนำมาสกัดข้อมูลและสังเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยมีการพัฒนาที่ชัดเจนใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านนวัตกรรมดิจิทัล มีการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์และ LINE Application เป็นเครื่องมือหลักในการติดตามพฤติกรรมและให้คำปรึกษาทางไกล ด้านประสิทธิผลทางคลินิก พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลสะสม ความดันโลหิต และเพิ่มการทำงานของไตได้อย่างเป็นรูปธรรม ด้านบริบทวัฒนธรรมและชุมชน มีการบูรณาการร่วมกับวิถีมุสลิม การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และการใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายกรณี และด้านภาวะเฉพาะทาง มีการขยายผลสู่การดูแลภาวะมีบุตรยากและภาวะปริชานบกพร่องในผู้สูงอายุ โดยใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญ

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ระบบบริการสุขภาพไทย, การทบทวนวรรณกรรมขอบเขตกว้าง, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การสังเคราะห์วรรณกรรม

Abstract

This study aimed to synthesize broad-scope literature regarding the situations, models, and outcomes of Lifestyle Medicine implementation within the Thai healthcare system. The study was conducted following the PRISMA-ScR guidelines. Primary research articles published between 2020 and 2026 were retrieved from the TCI and Google Scholar databases. Twenty full-text articles related to the six pillars of Lifestyle Medicine in Thailand were selected for data extraction and thematic synthesis. The findings revealed that the implementation of Lifestyle Medicine in Thailand has developed significantly across four dimensions. First, in terms of digital innovation, online platforms and the LINE application were widely utilized for behavior monitoring and tele-coaching. Second, regarding clinical effectiveness, Lifestyle Medicine interventions demonstrated significant improvements in glycated hemoglobin (HbA1c), blood pressure, and estimated glomerular filtration rate (eGFR). Third, in the dimension of cultural and community integration, Lifestyle Medicine was incorporated into Islamic ways of life, monk health promotion programs, and the utilization of Village Health Volunteers (VHVs) as case managers. Finally, in specialized care, Lifestyle Medicine approaches were expanded to infertility management and cognitive impairment care among older adults, emphasizing motivational interviewing and social support as key mechanisms..

Keywords: Lifestyle Medicine, Thai Healthcare System, Scoping Review, Non-communicable Diseases, Evidence Synthesis

[1] นายแพทย์ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลพิมลราช จังหวัดนนทบุรี 11110 ประเทศไทย
Email : teerapat.vjtn@gmail.com

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบทั้งต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ[1] ภายใต้บริบทดังกล่าว “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” (Lifestyle Medicine) จึงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในฐานะแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งจัดการต้นเหตุของโรคผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 6 ด้านสำคัญ ได้แก่ โภชนาการที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่มีคุณภาพ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี[2]

แนวคิดดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากในระดับสากล ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตสามารถช่วยป้องกัน ชะลอความรุนแรง และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดการพึ่งพาการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยบางกลุ่ม[3] ในประเทศไทย หน่วยงานด้านสาธารณสุขได้เริ่มผลักดันแนวคิดดังกล่าวเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งในรูปแบบแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข แนวทางบริการสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบบริการในระดับพื้นที่[4]

แม้ว่าจะมีการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังมีลักษณะกระจัดกระจาย ทั้งในด้านกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการดำเนินงาน กระบวนการจัดบริการ และการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทำให้ยังขาดภาพรวมเชิงระบบเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มของการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพไทย[5] นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะกลุ่มประชากร จึงมีข้อจำกัดในการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในระดับนโยบายและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรมขอบเขตกว้าง (Scoping Review) ตามแนวทาง PRISMA-ScR เพื่อรวบรวมสถานการณ์ รูปแบบการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทไทย สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน Lifestyle Coaching

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจขอบเขตและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
2. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของไทย
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมขอบเขตกว้าง (Scoping Review) เพื่อสำรวจและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยดำเนินการตามแนวทาง PRISMA-ScR เพื่อให้กระบวนการสืบค้น คัดเลือก และสังเคราะห์ข้อมูลมีความเป็นระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ วรรณกรรมวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2569 กลุ่มตัวอย่าง คือ บทความวิจัยปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ซึ่งสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้

และมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย โดยครอบคลุมกลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ และกลุ่มประชากรเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการหรือการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย

การกำหนดขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างใช้กรอบแนวคิด PCC Framework ประกอบด้วย Population คือ ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ หรือกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการและการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย Concept คือ การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตตามหลัก 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และ Context คือ ระบบบริการสุขภาพไทย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงระดับชุมชนและระบบสุขภาพภาคประชาชน

ผู้วิจัยสืบค้นบทความจากฐานข้อมูล Google Scholar และ Thai Journal Online/TCI โดยใช้คำค้น “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” หรือ “Lifestyle Medicine” ร่วมกับคำว่า “ประเทศไทย” หรือ “Thailand” และใช้เทคนิคการสืบค้นขั้นสูงร่วมกับ Boolean Operators ผลการสืบค้นพบบทความทั้งหมด 95 เรื่อง แบ่งเป็น Google Scholar จำนวน 51 เรื่อง และ ThaiJO/TCI จำนวน 44 เรื่อง หลังตัดบทความซ้ำออก 15 เรื่อง เหลือบทความเข้าสู่การคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ 80 เรื่อง จากนั้นคัดออก 42 เรื่อง เหลือบทความฉบับเต็มที่นำมาประเมินความสอดคล้องตามเกณฑ์ 38 เรื่อง และคัดออกอีก 18 เรื่อง จึงเหลือบทความที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูลจำนวน 20 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกการสืบค้นวรรณกรรม แบบคัดกรองบทความตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก และตารางสกัดข้อมูล โดยแบบบันทึกการสืบค้นวรรณกรรมใช้สำหรับบันทึกฐานข้อมูลที่สืบค้น คำค้นที่ใช้ จำนวนบทความที่พบ และจำนวนบทความที่ผ่านการคัดกรองในแต่ละขั้นตอน ส่วนแบบคัดกรองบทความใช้เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของบทความกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ตารางสกัดข้อมูลใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลสำคัญจากบทความที่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ ชื่อผู้แต่ง ปีที่ตีพิมพ์ ชื่อเรื่อง รูปแบบการศึกษา กลุ่มตัวอย่างหรือพื้นที่ศึกษา รายละเอียดกิจกรรมหรือกระบวนการแทรกแซง แนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้จากตารางสกัดข้อมูลถูกนำมาใช้เพื่อจัดกลุ่ม เปรียบเทียบและสังเคราะห์ประเด็นสำคัญของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพไทย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ บทความวิจัยปฐมภูมิที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ เป็นบทความฉบับเต็มสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทระบบบริการสุขภาพไทย และมีการรายงานผลลัพธ์ทางคลินิกหรือผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมสุขภาพอย่างชัดเจน ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บทความทบทวนวรรณกรรม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์อภิมาน บทความที่ไม่มีผลลัพธ์เชิงประจักษ์ บทความที่ขาดความชัดเจนด้านระเบียบวิธีวิจัย และบทความที่มีข้อมูลซ้ำซ้อนในด้านพื้นที่หรือกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการสังเคราะห์เชิงเนื้อหา (Thematic Synthesis) โดยเริ่มจากการอ่านบทความฉบับเต็มที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดอย่างละเอียด จากนั้นสกัดข้อมูลตามประเด็นที่กำหนดไว้ในตารางสกัดข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดกลุ่มตามความเหมือนและความแตกต่างของรูปแบบการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการแทรกแซง และผลลัพธ์ที่รายงาน

ผลการวิเคราะห์ถูกจัดกลุ่มเป็น 4 มิติหลัก ได้แก่ ด้านฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ ด้านประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการ

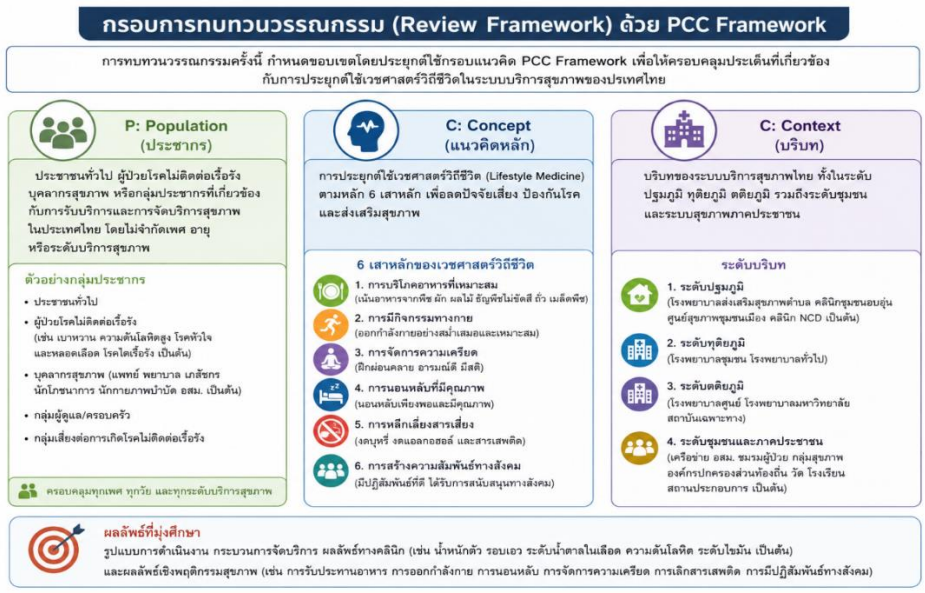
สาธารณสุข ด้านการประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน และด้านการบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง การสังเคราะห์ข้อมูลเน้นการอธิบายภาพรวมของหลักฐานเชิงประจักษ์ รูปแบบการดำเนินงาน และแนวโน้มของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสังเคราะห์วรรณกรรม ซึ่งใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่สู่สาธารณะแล้ว โดยไม่ได้มีการทดลองหรือเก็บข้อมูลโดยตรงจากมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง จึงเข้าข่ายได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามหลักจริยธรรมทางวิชาการ โดยอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างถูกต้อง ไม่ดัดแปลงผลการศึกษาให้คลาดเคลื่อนจากต้นฉบับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะสังเคราะห์ภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยรายบุคคลจากงานวิจัยต้นฉบับ

กรอบการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PCC Framework ซึ่งประกอบด้วย Population, Concept และ Context เพื่อใช้กำหนดขอบเขตการศึกษาและแนวทางการสืบค้นข้อมูลให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดย Population หมายถึง ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรสุขภาพ หรือกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการและการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย โดยไม่จำกัดเพศ อายุ หรือระดับบริการสุขภาพ ส่วน Concept คือ การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตตามหลัก 6 เสาหลัก ได้แก่ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ขณะที่ Context หมายถึง บริบทของระบบบริการสุขภาพไทย ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงระดับชุมชนและระบบสุขภาพภาคประชาชน



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรม

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งสำรวจและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อสำรวจขอบเขตและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของไทย และ 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบูรณาการ

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาแบ่งออกเป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อสำรวจขอบเขตและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

จากการสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Google Scholar และ Thai Journal Online/TCI พบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเบื้องต้นจำนวน 95 เรื่อง แบ่งเป็นจาก Google Scholar จำนวน 51 เรื่อง และ ThaiJO/TCI จำนวน 44 เรื่อง หลังจากตัดบทความซ้ำออกจำนวน 15 เรื่อง เหลือบทความเข้าสู่กระบวนการคัดกรองจำนวน 80 เรื่อง จากนั้นคัดออกจากการพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อจำนวน 42 เรื่อง เหลือบทความฉบับเต็มที่นำมาประเมินความสอดคล้องตามเกณฑ์จำนวน 38 เรื่อง และคัดออกอีก 18 เรื่อง จึงเหลือบทความวิจัยปฐมภูมิที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 20 เรื่อง ดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมตามแนวทาง PRISMA-ScR

ขั้นตอนการคัดเลือกวรรณกรรม	จำนวนเรื่อง
บทความที่สืบค้นได้จาก Google Scholar	51
บทความที่สืบค้นได้จาก ThaiJO/TCI	44
รวมบทความที่สืบค้นได้ทั้งหมด	95
บทความซ้ำที่คัดออก	15
บทความที่เข้าสู่การคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ	80
บทความที่คัดออกจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ	42
บทความฉบับเต็มที่ได้รับการประเมิน	38
บทความฉบับเต็มที่คัดออก	18
บทความที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูล	20

จากตารางที่ 1 พบว่า วรรณกรรมที่นำเข้าสู่การสังเคราะห์ข้อมูลคิดเป็นจำนวน 20 เรื่อง จากบทความที่สืบค้นได้ทั้งหมด 95 เรื่อง แสดงให้เห็นว่ากระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมมีการคัดกรองตามเกณฑ์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้เฉพาะงานวิจัยปฐมภูมิที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ตารางที่ 2 ขอบเขตของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบจากการทบทวน

ประเด็น	ผลการศึกษา
จำนวนบทความที่นำมาสังเคราะห์	20 เรื่อง
ช่วงปีที่ตีพิมพ์	พ.ศ. 2563–2569
รูปแบบการวิจัยที่พบมาก	การวิจัยกึ่งทดลอง
รูปแบบการวิจัยอื่นที่พบ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยและพัฒนา และการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์
กลุ่มเป้าหมายหลัก	ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ พระสงฆ์ ข้าราชการบำนาญ และประชาชนในชุมชน
บริบทการศึกษา	โรงพยาบาล คลินิกเฉพาะทาง สถานบริการปฐมภูมิ และชุมชน

จากตารางที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่าหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยยังเน้นการศึกษาระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนารูปแบบบริการในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้และรูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของไทย

จากการสังเคราะห์วรรณกรรม พบว่าการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยมีรูปแบบหลากหลาย โดยส่วนใหญ่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุม 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม รูปแบบที่พบเด่นชัด ได้แก่ การให้ความรู้ การโค้ชสุขภาพ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ การติดตามเยี่ยมบ้าน การใช้ อสม. เป็นพี่เลี้ยง การติดตามผ่านโทรศัพท์หรือ LINE และการใช้เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน

ตารางที่ 3 รูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พบจากการทบทวน

รูปแบบการดำเนินงาน	ลักษณะสำคัญ
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	ให้ความรู้ ตั้งเป้าหมาย ฝึกปฏิบัติ ติดตามผล และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
Health Coaching	ใช้บุคลากรสุขภาพหรือพี่เลี้ยงช่วยกระตุ้น สนับสนุน และติดตามพฤติกรรม
Motivational Interviewing	ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง
การติดตามโดยชุมชน	ใช้ อสม. การเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายชุมชนในการติดตามต่อเนื่อง
เทคโนโลยีดิจิทัล	ใช้ LINE, LINE OA, วิดีโอคอล กลุ่มออนไลน์ และโทรศัพท์ในการให้คำปรึกษาและติดตาม
การบูรณาการกับวัฒนธรรม	ประยุกต์กับวิถีมุสลิม สุขภาพพระสงฆ์ และบริบทชุมชนไทย

จากตารางที่ 3 พบว่า รูปแบบการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้ แต่เน้นกระบวนการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย

จากการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าว สามารถสังเคราะห์ผลการศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ 2) ด้านประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการสาธารณสุข 3) ด้านการประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน และ 4) ด้านการบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปผลการสังเคราะห์เชิงประเด็นของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิต

มิติการสังเคราะห์	ลักษณะที่พบจากงานวิจัย	ผลลัพธ์สำคัญ
มิติที่ 1 ฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ	ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ การโค้ชสุขภาพ ร่วมกับ LINE, LINE OA, วิดีโอคอล และการติดตามออนไลน์	เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ การติดตามต่อเนื่อง และแรงสนับสนุนทางสังคม
มิติที่ 2 ประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการสาธารณสุข	ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เมตาบอลิกซินโดรม และภาวะน้ำหนักเกิน	HbA1c, FBS, ความดันโลหิต, BMI, รอบเอว และน้ำหนักตัวลดลง บางงานพบ eGFR ดีขึ้น
มิติที่ 3 การประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน	ประยุกต์กับวิถีมุสลิม สุขภาพพระสงฆ์ อสม. เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน และการติดตามในชุมชน	เพิ่มการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ
มิติที่ 4 การบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง	ใช้ในภาวะมีบุตรยาก ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ปัญหาการนอนหลับ และภาวะน้ำหนักเกินในบุคลากร	พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น คะแนนปริชานดีขึ้น และขยายการใช้สู่การดูแลเฉพาะทาง

จากตารางที่ 4 พบว่า สามารถจำแนกผลการศึกษาออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ด้านฐานรากทางทฤษฎีและนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ มิติที่ 2 ด้านประสิทธิผลทางคลินิกในสถานบริการสาธารณสุข มิติ

ที่ 3 ด้านการประยุกต์ใช้ในบริบทวัฒนธรรมและชุมชน และมิติที่ 4 ด้านการบูรณาการในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง ดังแสดงในตารางที่ 4

3. ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

จากผลการสังเคราะห์วรรณกรรม พบว่าการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขไทยควรเริ่มจากหน่วยบริการที่มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบการดำเนินงานในงานวิจัยส่วนใหญ่ และสามารถเชื่อมโยงการดูแลระหว่างผู้รับบริการ บุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง รูปแบบที่ควรนำไปใช้ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ การติดตามผลเป็นระยะ และการใช้ทีมสหวิชาชีพหรือ อสม. เป็นผู้สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาบุคลากรด้าน Health Coaching และ Motivational Interviewing เป็นประเด็นสำคัญต่อการขับเคลื่อนเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพไทย รวมถึงควรสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE Application, LINE OA การติดตามทางโทรศัพท์ และการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้รับบริการ ขณะเดียวกัน การออกแบบบริการควรคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรม ศาสนา วิถีชีวิต และทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ เช่น วิถีมุสลิม สุขภาพพระสงฆ์ และบทบาทของชุมชน ทั้งนี้ควรมีการติดตามผลระยะยาวและขยายการศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในระดับระบบบริการสาธารณสุขต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมขอบเขตกว้างครั้งนี้พบว่าการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยงานวิจัยส่วนใหญ่บูรณาการหลายองค์ประกอบของ 6 เสาหลักเข้าด้วยกัน เช่น โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การลดพฤติกรรมเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม[6] ผลการศึกษายังพบว่าการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และภาวะน้ำหนักเกิน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย รอบเอว และน้ำหนักตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7,8,9,10,11,12]

จุดเด่นสำคัญของการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทไทย คือ การปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และชุมชน เช่น การประยุกต์ใช้กับวิถีมุสลิม การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ การใช้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงสุขภาพ และการสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้สูงอายุหรือข้าราชการบำนาญ [13,14,15,16] รูปแบบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้คำแนะนำรายบุคคล แต่สามารถพัฒนาเป็นระบบสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพได้ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชน[17]

การศึกษายังพบแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือสนับสนุนการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะ LINE Application, LINE OA, การวิดีโอคอล และการติดตามทางออนไลน์ ซึ่งช่วยสนับสนุนการให้คำปรึกษา การกระตุ้นเตือน และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการนัดหมาย) เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังถูกนำไปใช้ในภาวะสุขภาพเฉพาะทาง เช่น ปัญหาการนอนหลับ ภาวะมีบุตรยาก ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ และภาวะน้ำหนักเกินในบุคลากรสุขภาพ 18,19 อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วน

ใหญ่ยังเป็นการศึกษาในระดับพื้นที่และติดตามผลระยะสั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะยาวและหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้หลักฐานที่ชัดเจนมากขึ้นสำหรับการกำหนดแนวทางดำเนินงานในระบบบริการสาธารณสุขไทย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยบริการสุขภาพควรนำแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษา การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

2. บุคลากรสุขภาพควรประยุกต์ใช้กระบวนการ Health Coaching และ Motivational Interviewing เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง

3. ควรใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น LINE, LINE OA, การติดตามทางโทรศัพท์ หรือการให้คำปรึกษาออนไลน์ เป็นเครื่องมือสนับสนุนการติดตามพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการนัดหมายหรือหลังออกจากสถานบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดแนวทางบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะทักษะการโค้ชสุขภาพ การสนทนาสร้างแรงจูงใจ และการประยุกต์ใช้ 6 เสาหลักในการดูแลผู้รับบริการ

3. ควรสนับสนุนการวิจัยติดตามผลระยะยาวและการศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อประเมินประสิทธิผล ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการขยายรูปแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขไทย

เอกสารอ้างอิง

1 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570). กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

2 American College of Lifestyle Medicine. (2024). What is lifestyle medicine? https://lifestylemedicine.org/what-is-lifestyle-medicine/

3 Kelly, J., Karlsen, M., & Steinke, G. (2018). Lifestyle medicine: A brief review of its dramatic impact on health and survival. The Permanente Journal, 22, 17–025.

4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ในระบบบริการสุขภาพ. สถาบันเวชศาสตร์วิถีชีวิต กรมอนามัย.

5 สมาคมเวชศาสตร์วิถีชีวิตไทย. (2566). ทิศทางและอนาคตของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทสาธารณสุขไทย. วารสารเวชศาสตร์วิถีชีวิตและสุขภาวะ, 1(1), 1–8.

6 Sirasoonthorn, P. (2020). Lifestyle coaching and a salutogenic model for life skill development and transferability for diabetes and hypertension risk groups, Thailand. International Journal of Education and Social Science Research, 3(3), 23–37.

7 นฤมล สุขประเสริฐ. (2563). การนำผลของโปรมแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พอเพียงร่วมกับวิถีมุสลิมต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ไประยุกต์ใช้. Journal of Environmental and Community Health, 5(3), 11–16.

8 สุรีย์ ทั่งทอง, & สุมลรัตน์ ขนอม. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย. Journal of Health Sciences and Pedagogy, 1(2), 1–15.

9 พวงพิกุล บุญประสิทธิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้, 37(1), 183–198.

10 นิตยา แซ่ลี้, & ศิวพล สุวรรณบัณฑิต. (2567). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการนอนหลับที่ดี โดยใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มผู้รับบริการ คลินิกการแพทย์ทางเลือก ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(3), 81–91.

11 สมพงษ์ ชัยโอภานนท์, & ประมณฑ์ วิวัฒนากุลวาณิชย์. (2567). การศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 34(3), 528–536.

12 มกรารัตน์ หวังเจริญ. (2567). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อภาวะมีบุตรยาก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 16(3), 295–306.

13 วิไลรัตน์ สุทธิประภา. (2568). ผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการประยุกต์แนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอก อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. Journal of Environmental and Community Health, 10(6), 157–167.

14 ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, & วรพงษ์ สายโสภา. (2568). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 19(3), 1174–1191.

15 ธวัชชัย เหลืองศิริ, สิทธิศานติ์ ทรัพย์สิริโสภา, ฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย์, & สุธิดา ดวงพุทธา. (2568). ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย. Journal of Environmental Education Medical and Health, 10(3), 307–319.

16 หทัย ธาตุทำเล. (2568). การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในพื้นที่อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 40(3), e16844.

17 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561–2580. กระทรวงสาธารณสุข.

18 จินตภัทร์ คูวิจิตรสุวรรณ, & สรณัฐ ลลิตวงศา. (2569). ประสิทธิผลของการสนทนาสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 16(1), 142–155.

19 ศิริพร ศรีชะตา, อนุชา ไทยวงษ์, กำทร ดานา, ดิษฐพล ใจซื่อ, & วัชรินทร์ สมบัติศิริ. (2569). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกในบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 32(1), 1–18.