

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อควบคุมและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน

Lifestyle Modification Through Lifestyle Medicine to Control and Reduce Complications in Patients with Hypertension and Obesity

(Received: September 24, 2026; Revised: September 28, 2026 ; Accepted: September 29, 2026)

นรินทร์ จันทรวี¹ ชวินทร์ สุวรรณฉัตรชัย²

Nareenuch Chanchawee¹ Chawin Suwanchatchai²

บทคัดย่อ

รายงานกรณีศึกษานี้เกี่ยวกับผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มา 8 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รับประทานยาเมื่อรู้สึกมีอาการมึนศีรษะ ครั้งนี้เข้ารับการรักษาด้วยอาการมึนศีรษะ และอ่อนเพลียบ่อยครั้ง ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต 180/110 มม.ปรอท และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 30.46 กิโลกรัม/เมตร² จัดอยู่ในกลุ่มโรคอ้วน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหลายด้าน ได้แก่ ชอบรับประทานข้าวเหนียวและอาหารรสจัด ไม่ชอบรับประทานผักผลไม้ เวลาเครียดมักจะชอบดื่มไวน์ ออกกำลังกายบ้างด้วยการเดินรอบบ้าน เคยลดน้ำหนักด้วยการรับประทานยา 3 ปี ก่อน ผู้ป่วยตระหนักได้ถึงปัญหาสุขภาพและเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในช่วง 1 เดือน เริ่มไปออกกำลังกายกับเพื่อนด้วยการเดินที่สวนสาธารณะใกล้บ้าน 30 นาที/วัน 5 วัน/สัปดาห์ แต่ยังมีอาการอ่อนเพลีย มึนศีรษะบ่อยครั้ง จึงเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าอยู่ในระยะเริ่มลงมือปฏิบัติ เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แพทย์จึงใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมซ้ำอีก ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แนะนำปฏิบัติตัวและรับประทานยาต่อเนื่อง

แนวทางการรักษา วางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ครอบคลุม 6 เสาหลัก โดยมุ่งเน้นการควบคุมอาหารตาม แนวทางโภชนาการเพื่อหยุดความดันโลหิตสูง ปรับลดเกลือแร่โซเดียมให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน เพิ่มการรับประทานผักตั้งแต่ 4 ส่วนบริโภคขึ้นไปต่อวัน ลดปริมาณข้าวเหนียวให้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมจำกัดอาหารแปรรูป รวมทั้งเพิ่มกิจกรรมทางกายด้วยการเดินเร็วควบคู่กับการออกกำลังกายเสริมสร้างแรงต้านของกล้ามเนื้อ รวมกันอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ลดการดื่มไวน์ และการจัดการความเครียด การนอนหลับที่เหมาะสม และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทางสังคม มีการนัดติดตามผลทุก 2-4 สัปดาห์ โดยประเมินค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย สัดส่วนไขมันและกล้ามเนื้อ ทบทวนเป้าหมาย แรงจูงใจ และอุปสรรค ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ความดันโลหิตสูง, โรคอ้วน, การสร้างแรงจูงใจ

Abstract

This case describes a 48-year-old Thai woman, married, with an 8-year history of hypertension and poor medication adherence, presenting with recurrent dizziness and fatigue. Her blood pressure was 180/110 mmHg and BMI 30.46 kg/m² (obese). She reported unhealthy behaviors including frequent sticky rice and salty food intake, low fruit and vegetable consumption, stress-related wine drinking, and minimal exercise. She previously lost weight with medication but regained it after discontinuation. Over the past month, she recognized her health problems and began walking 30 minutes/day, 5 days/week with friends, but symptoms persisted. She was assessed in the Action stage of change. Motivational interviewing and family support were used to enhance adherence, prevent relapse, and encourage regular medication use.

The treatment plan applied the six pillars of Lifestyle Medicine, emphasizing the DASH diet with reduced sodium (<2,300 mg/day), ≥4 servings of vegetables/day, limited sticky rice and processed foods,

¹ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

² สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย

≥150 minutes/week of brisk walking and resistance training, reduced alcohol intake, stress management, adequate sleep, and healthy social connections. Follow-up was scheduled every 2–4 weeks to monitor blood pressure, BMI, and body composition. Goals, motivation, and barriers were reviewed regularly to maintain target blood pressure and lower the risk of complications.

Keywords: Lifestyle Medicine, Hypertension, Obesity, Motivation Interview

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีความสัมพันธ์กันทางพยาธิสรีรวิทยา^{1,2} ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 7 พบประชากรมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 27.4 ล้านคน³ ขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องในกลุ่มวัยทำงาน⁴ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิได้ถึงร้อยละ 65–78¹ การมีโรคร่วมทั้งสองภาวะส่งผลให้เกิดการทำลายอวัยวะเป้าหมายเร็วขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง^{2,5} กลไกการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของไต¹ การใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียวโดยไม่จัดการเนื้อเยื่อไขมันมักทำให้การควบคุมโรคล้มเหลว^{1,6}

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงกำหนดให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเป็นพื้นฐานสำคัญในผู้ป่วยทุกราย^{5,7} เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางบูรณาการ 6 เสาหลักเพื่อจัดการโรคที่สาเหตุ ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การงดสารเสพติด และสัมพันธ์ทางสังคม⁸ ข้อจำกัดด้านเวลาและความเร่งรีบในการตรวจรักษาทำให้แพทย์มักเน้นการปรับยามากกว่าการปรับพฤติกรรม⁹ แนวทางดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น⁵

กรณีศึกษาี้แสดงผลการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการบริหารผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การวางแผนปรับพฤติกรรมเฉพาะบุคคลควบคู่กับการวัดความดันโลหิตที่บ้านช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตและลดน้ำหนักตัวได้ตาม

เป้าหมาย เพื่อช่วยลดการใช้ยาและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการบริหารผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอ้วน ผ่านการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต สัดส่วนร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมเสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนำไปปรับใช้ในระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพทางคลินิกแบบรายงานกรณีศึกษาเดี่ยว (Single-case Report) โดยดำเนินการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine Clinic) เพื่อติดตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมโรคร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ

ข้อมูลผู้ป่วยและเกณฑ์การคัดเลือกกรณีศึกษา

กรณีศึกษาคือผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี อาชีพรับราชการ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาประมาณ 8 ปี แต่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และมีภาวะโรคอ้วนระดับที่ 2 (ดัชนีมวลกาย 30.46 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคือมีน้ิรชะและอ่อนเพลียต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ก่อนมาตรวจ วัดระดับความดันโลหิตแรกได้รับได้ 180/110 มิลลิเมตรปรอท เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยรายนี้มาจากภาวะความดันโลหิตที่ยังควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะอ้วนและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านวิถีชีวิตหลายด้าน โดยผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพและอยู่ในระยะเริ่มลงมือ

ปฏิบัติ (Action Stage) จึงเหมาะสมต่อการศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเข้มข้น

เครื่องมือและการประเมินทางคลินิก

การรวบรวมข้อมูลใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและวิถีชีวิตตามมาตรฐานเวชปฏิบัติ ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลัก (Lifestyle Assessment) ครอบคลุมด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด แอลกอฮอล์ และ/หรือความสัมพันธ์ทางสังคม 2) เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติสำหรับวัดในสถานพยาบาลและการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) 3) เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบของร่างกาย (InBody Analysis) เพื่อติดตามค่าน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย สัดส่วนมวลไขมัน และมวลกล้ามเนื้อ และ 4) แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก (Clinical Laboratory Data) ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับไขมันในเลือด (Lipid Profile) และการทำงานของไต (Renal Function)

กระบวนการให้การดูแลรักษา

กระบวนการดูแลรักษาใช้แนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ มีขั้นตอนการดำเนินการ ได้แก่

1) การประเมินความพร้อมและใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ร่วมกับหลักการสื่อสาร OARS (Open-ended questions, Affirmation, Reflective listening, Summarizing) เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

2) การตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกันตามหลัก SMART Goals ทั้งระยะสั้น 3 เดือน (ลดความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ลดน้ำหนัก 4-5 กิโลกรัม และรับประทานยา

สม่ำเสมอ และเป้าหมายระยะยาว (6-12 เดือน ลดน้ำหนักตัวให้ได้ร้อยละ 10) ขึ้นไป

3) การให้คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเฉพาะบุคคลตาม 6 เสาหลัก โดยเน้นอาหารลดโซเดียมตามแนวทางอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) การเพิ่มผักผลไม้ การเดินออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ การจัดการความเครียด และการจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากสมาชิกในครอบครัวเพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใหม่

5) การวางระบบการติดตามผลทางคลินิก โดยนัดตรวจติดตามทุก 2 สัปดาห์ในช่วงเดือนแรก และติดตามต่อเนื่องทุก 1 เดือน เพื่อประเมินพฤติกรรมปรับการรักษา และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ

การติดตามและการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก

การประเมินผลสัมฤทธิ์ดำเนินการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วยระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย องค์ประกอบร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามสั่ง และการประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพใหม่เพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมซ้ำ (Relapse Prevention)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเอกสารรายงานการรักษาตามระบบบริการปกติ จึงไม่เข้าข่ายการทดลองในมนุษย์โดยตรงและไม่ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์การนำข้อมูลมาใช้ทางวิชาการและได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการปกปิดและแปลงเป็นรหัสเพื่อรักษาความลับ โดยไม่มีการระบุตัวตนในรายงาน ข้อมูลทั้งหมดถูก

จัดเก็บแยกในระบบที่มีการป้องกันความปลอดภัย เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางคลินิกและการประเมินแรกรับ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 48 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง 8 ปี รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการมีศีรษะ สัญญาณชีพแรกพบพบอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 180/110 มิลลิเมตรปรอท การตรวจหัวใจไม่พบเสียงฟู่ ปลายมือปลายเท้าไม่อ่อนแรงและไม่บวม น้ำหนักตัว 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 30.46 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อยู่ระหว่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) ครีเอตินินในเลือด (Serum creatinine) อัตราการกรองของไต (eGFR) และการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis) ผู้ป่วยบริโภคอาหารรสจัด ข้าวเหนียว ขาดผักผลไม้ ต้มไข่ม้วนเมื่อเชรียด เคยใช้ยาลดน้ำหนักเมื่อ 3 ปีก่อนจนน้ำหนักลดเหลือ 60 กิโลกรัม แล้วเกิดภาวะน้ำหนักตัวดีกลับ 10 กิโลกรัมในรอบ 1 ปี ผู้ป่วยเริ่มเดินออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน มาเป็นเวลา 1 เดือน จัดอยู่ในระยะเริ่มลงมือปฏิบัติ (Action stage)

แพทย์วินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled stage 2 hypertension) ร่วมกับโรคอ้วนระดับที่ 2 (Class II obesity) ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญคือการขาดความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต การบริโภคอาหารโซเดียมและพลังงานสูง การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในแต่ละครั้ง และภาวะน้ำหนักตัวดีกลับจากการใช้ยาลดน้ำหนัก แพทย์ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจผ่านหลัก OARS เพื่ออธิบายความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ไต และหลอดเลือด

สมอง พร้อมส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อเข้าสู่ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่

2. ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ภายหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 สោหลัก ควบคู่กับการใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้ป่วยแสดงการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1) ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารตามแนวทางอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) และรูปแบบการบริโภคอาหารที่เน้นพืชเป็นหลักและผ่านการแปรรูปน้อย (Mediterranean Diet) โดยจำกัดปริมาณโซเดียมต่ำกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้ป่วยบริโภคพลังงานตามเกณฑ์เป้าหมาย 1,500–1,525 กิโลแคลอรีต่อวัน จากการคำนวณน้ำหนักตัวที่เหมาะสม 54 กิโลกรัม และปรับลดพลังงานจากค่าการใช้พลังงานรวมต่อวันลง 400–500 กิโลแคลอรีต่อวัน ผู้ป่วยเพิ่มการบริโภคผักมากกว่า 4 ส่วนบริโภคต่อวัน เพิ่มผลไม้รสไม่หวาน ลดข้าวเหนียวเหลือไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมถึงดอาหารแปรรูป ของทอด และไขมันอิ่มตัว

2) ด้านกิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยการเดินเร็วสะสมอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ แบ่งเป็นวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ผู้ป่วยฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยแรงต้านสัปดาห์ละ 2–3 วัน เพื่อรักษามวลกล้ามเนื้อและเพิ่มการเผาผลาญ ผู้ป่วยติดตามจำนวนก้าวผ่านแอปพลิเคชันได้ 7,000–10,000 ก้าวต่อวัน

3) ด้านการจำกัดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลงเหลือ 1–2 แก้วมาตรฐานต่อครั้ง หรือไม่เกิน 150 มิลลิลิตรต่อครั้ง และจำกัดความถี่ให้ไม่เกิน 1 ครั้งต่อเดือนตามแนวทางการประเมินพฤติกรรม

การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT)¹⁰

4) ด้านการจัดการความเครียด ผู้ป่วยฝึกกำหนดลมหายใจและการเจริญสติวันละ 10-15 นาที เพื่อป้องกันความดันโลหิตพุ่งสูงจากความเครียดในการทำงาน

5) การนอนหลับ ผู้ป่วยปรับสุขอนามัยการนอนหลับโดยกำหนดเวลานอนและตื่นให้ตรงเวลาทุกวัน พักผ่อนให้ได้ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน และงดใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน 30 นาที

6) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุตรในการช่วยเตือนรับประทานยาและปรับเมนูอาหารสุขภาพร่วมกัน ผู้ป่วยร่วมเดินออกกำลังกายที่สวนสาธารณะกับกลุ่มเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกและการบรรลุเป้าหมายสุขภาพ

การติดตามทางคลินิกเป็นระยะทุก 2 สัปดาห์ในช่วงเดือนแรก และทุก 1 เดือนในระยะถัดมา แสดงผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย SMART Goals ดังนี้

1) การควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ควบคู่กับการจดบันทึกการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) อย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการปรับพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงจากแรกรับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท เข้าสู่ระดับเป้าหมายระยะสั้นที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท อาการมีศีรษะและอ่อนเพลียหมดไป

2) การควบคุมสัดส่วนร่างกายและน้ำหนัก ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายระยะสั้น 3 เดือน โดยสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้ตามเกณฑ์ 4-5 กิโลกรัม การนัดติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ในระยะแรกและทุก 1 เดือนในระยะถัดมา มีการตรวจวัดระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ดัชนีมวล

กาย และติดตามพฤติกรรมออกกำลังกาย ผลการตรวจองค์ประกอบร่างกาย (InBody Analysis) ยืนยันการลดลงของมวลไขมัน (body fat) ควบคู่กับการรักษามวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) ซึ่งเป็นผลมาจากการออกกำลังกายแบบฝึกแรงต้านและกำลังดำเนินต่อเนื่องสู่เป้าหมายระยะยาว 6-12 เดือนในการลดน้ำหนักตัวให้ได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป เพื่อมุ่งสู่น้ำหนักอุดมคติที่ 54-60 กิโลกรัม

3) ผลลัพธ์ทางชีวเคมีและการลดขนาดยา ผู้ป่วยได้รับการวางแผนตรวจติดตามผลทางห้องปฏิบัติการประจำปี ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) และการทำงานของไต (Renal function) เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะเป้าหมายในระยะยาว ตัวชี้วัดทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถควบคุมได้และไม่ปรากฏภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย การตอบสนองทางสรีรวิทยาที่ดีส่งผลให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาปรับลดขนาดยาทางการแพทย์ลงได้อย่างปลอดภัยในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเร่งการทำลายอวัยวะเป้าหมายในระยะยาว^{1,2} การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น^{3,6} ผู้ป่วยเริ่มต้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้วยการเดินออกกำลังกายสม่ำเสมอ จัดอยู่ในระยะเริ่มลงมือปฏิบัติ (Action stage) ตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม(11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในชุมชนที่พบว่าการประเมินระยะพฤติกรรมช่วยให้ทีมสุขภาพเลือกกลยุทธ์เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างตรงจุด(12) การใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) ร่วมกับทักษะการสื่อสาร OARS ช่วยเพิ่มความตระหนักรู้และส่งเสริมให้ผู้ป่วย

กำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมผู้รักษาอย่างมีประสิทธิภาพ^{13,14} สอดคล้องกับการศึกษาทางคลินิกที่ยืนยันว่ากระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ช่วยเพิ่มอัตราการควบคุมความดันโลหิตและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระบบบริการปฐมภูมิ¹⁵ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน^{7,8,16} การบริโภคอาหารตามแบบแผนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (DASH Diet) ร่วมกับการจำกัดปริมาณโซเดียมช่วยลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁷ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อเนื่องควบคู่กับการฝึกแรงต้านช่วยเสริมความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยลดระดับความดันโลหิต และช่วยควบคุมสัดส่วนร่างกาย^{18,19} สอดคล้องกับผลการวิจัยในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พบว่าการปรับพฤติกรรม 6 เสาหลักช่วยเพิ่มสมรรถภาพหัวใจ ลดดัชนีมวลกาย และควบคุมระดับไขมันในเลือดได้²⁰⁻²² การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) เพื่อจำกัดปริมาณและความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงและลดการสะสมพลังงานส่วนเกินในร่างกาย^{23,24} การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างยั่งยืน^{9,25}

การส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตและลดดัชนีมวลกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁶ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยประเมินความเสี่ยงและตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง^{27,28} การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยสนับสนุนการปรับลดขนาดยาทางการแพทย์ลงได้อย่างปลอดภัย²⁹ ดูแลรายบุคคลตามแบบจำลองวิถีชีวิตช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและ

หลอดเลือดในระยะยาว³⁰ รายงานกรณีศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านการศึกษาในผู้ป่วยเพียงรายเดียวจึงไม่อาจสรุปผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้โดยตรง ระบบบริการปฐมภูมิจึงควรนำรูปแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตร่วมกับการสนทนาสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น บุคลากรสาธารณสุขจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะบุคคลตามหลัก 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยลดระดับน้ำตาล น้ำหนักตัว และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด หน่วยบริการปฐมภูมิจึงควรบูรณาการรูปแบบนี้ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวตั้งแต่ 6 ถึง 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ ความยั่งยืนของผลลัพธ์ทางคลินิก และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

2.2 ควรทำการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และครอบคลุมหลากหลายพื้นที่ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเวชศาสตร์วิถีชีวิตและนำไปสู่การขยายผลเชิงนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- 1.Shariq OA, McKenzie TJ.(2020). Obesity-related hypertension: a review of pathophysiology, management, and the role of metabolic surgery. *Gland Surgery*. 2020 Feb;9(1):803–93. doi:10.21037/gs.2019.12.03
- 2.Hall JE, do Carmo JM, da Silva AA, Wang Z, Hall ME.(2015). OBESITY-INDUCED HYPERTENSION: INTERACTION OF NEUROHUMORAL AND RENAL MECHANISMS. *Circ Res*. 2015 Mar 13;116(6):991–1006. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.305697 PubMed PMID: 25767285; PubMed Central PMCID: PMC4363087.
- 3.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2568). สวรส. สานพลัง สสส.-รามาฯ เปิดผลสำรวจสุขภาพ คนไทยครั้งที่ 7 วิถีคนไทยป่วย ภาวะน้ำหนักเกิน-โรคอ้วน พุง! 27.4 ล้านคน จ่อเสี่ยงเบาหวาน อีก 5.7 ล้าน [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/news/1/4540>
- 4.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2568). ผลสำรวจชี้ คนไทยเกือบครึ่ง อ้วนเกินมาตรฐาน เสี่ยงเบาหวาน ความดัน [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/0d15a1f4-e3c0-f011-858e-b76bc522b1fb>
- 5.Kunanon S, Kotruchin P, Chattranukulchai P, Chotruangnapa C, Roubsanthisuk W, Vathesatogkit P, et al.(2024). 2024 Thai guidelines on the treatment of hypertension. *Asian Biomed (Res Rev News)*. 19(6):316–57. doi:10.2478/abm-2025-0034
- 6.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2568). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society) [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก <https://thaihypertension.org/knowledge/hypertension-guideline/>
- 7.กฤษฎา ฐานะวุฒิกุล.(2568). การป้องกันและควบคุมโรค โดยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญ ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก from: <https://so14.tci-thaijo.org/index.php/thpjournal/article/view/3145>
- 8.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2568). เรียนรู้เวชศาสตร์วิถีชีวิต Lifestyle Medicine [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก <https://dol.thaihealth.or.th/?logoutgoogle=False>
- 9.อริสรา กาญจนอุดม.(2568). การบูรณาการ "เวชศาสตร์วิถีชีวิต" สู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย [ออนไลน์]. 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2569]. เข้าถึงได้จาก <https://www.senate.go.th/view/386/News/%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%A3%E0%B8%B2Society/338/TH-TH>
- 10.Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M.(1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption–II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791–804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- 11.Prochaska JO, Velicer WF.(1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 1997;12(1):38–48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
- 12.วัลยา ตูพานิช, ปราณีนา ทองศรี.(2562). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถในตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2562;63(Supplement):S93-104. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/205373>
- 13.Rosengren DB.(2009). Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook. New York, NY, US: Guilford Press; 2009. xvi, 335 p. (Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook).

14. Miller WR, Rollnick S.(2013). Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition. New York, NY, US: The Guilford Press; 2013. xii, 482 p. (Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition).
15. Xu J, Gu X, Gu J, Zhao L, Li M, Hong C. (2025). Motivational interviewing intervention for the management of hypertension: a meta-analysis. *Front Cardiovasc Med.* 2025;11:1457039. doi:10.3389/fcvm.2024.1457039
16. Lippman D, Stump M, Veazey E, Guimarães ST, Rosenfeld R, Kelly JH, et al.(2024). Foundations of Lifestyle Medicine and its Evolution. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes.* 2024;8(1):97–111. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2023.11.004
17. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al.(2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.* 2018 Jun;71(6):1269–324. doi:10.1161/HYP.0000000000000066
18. Cornelissen VA, Smart NA.(2013). Exercise training for blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *J Am Heart Assoc.* 2013;2(1):e004473. doi:10.1161/JAHA.112.004473
19. Pescatello LS, MacDonald HV, Ash GI, Lamberti LM, Farquhar WB, Arena R, et al.(2015). Assessing the Existing Professional Exercise Recommendations for Hypertension: A Review and Recommendations for Future Research Priorities. *Mayo Clin Proc.* 2015 ;90(6):801–12. doi:10.1016/j.mayocp.2015.04.008
20. สนทยา สิงห์นิกร.(2567). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2567;9(4):134–41. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2926>
21. กรณิการ์ สุวรรณ, ปารตี สิงห์รัตน์, มนตรา พิเชฐวิรัชชัย.(2568). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (lifestyle medicine) ผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงไขมันในเลือดผิดปกติวัยทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2568;15(1):139–52. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth/article/view/275000>
22. ทนศักดิ์ ราชเจริญ.(2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2568 ;10(2):416–26. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/285309>
23. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH.(2012). Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2012;14(11):792–8. doi:10.1111/jch.12008
24. Traversy G, Chaput JP.(2015). Alcohol Consumption and Obesity: An Update. *Curr Obes Rep.* 2015;4(1):122–30. doi:10.1007/s13679-014-0129-4
25. แป้งร่ำ ยงเจริญ.(2569). การประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วารสารแพทยธานี. 2569;53(2):469–82. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/view/291407>
26. ชนม์ชนก จันทรมหา.(2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้ ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารการศึกษา-สุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม. 2568;10(6):102–11. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/5138>

- 27.กฤตพงษ์ โรจนวิภาต, เวณิกา โนทา, ชุติพา ปัญญา. (2563).การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของชุมชน
เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสาร
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563;10(2):274—90. [https://he01.tci-
thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/244966](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/244966)
- 28.ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย, สุรัตน์ อนันตสุข.(2560). การพัฒนารูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค
หลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด
ปทุมธานี. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2569;11(1):973–85. [https://so06.tci-
thaijo.org/index.php/hej/article/view/293905](https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/293905)
- 29.ทิพาพร ราชไกร, นันทิญา เมฆฉิม, ยุวดี คาศิวี.(2569). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางเวช
ศาสตร์วิถีชีวิต ผู้โรคเบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรม
ทางสุขภาพ. 2569;7(2):246—59. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/290163>
- 30.ธานินทร์ ล้วนรัตน์, วันนา จินดาเพิ่ม.(2569). การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตตามลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง : การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล.
2569;32(2). doi:10.63647/nrij.v32i2.276271