

เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ภูติท เตชาติวัฒน์
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและประเทศไทย ทั่วโลกตั้งเป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลง 1 ใน 3 ของอัตราการเสียชีวิตในปัจจุบันภายใน ค.ศ. 2030 หลายประเทศทั่วโลกได้พัฒนาแนวทางการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหาร/โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเลิกบุหรี่ การลดอันตรายจากการใช้แอลกอฮอล์ การนอนหลับและความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมุ่งเน้นการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติ ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพประสานงานเชื่อม 6 เสาหลักเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อเชื่อมและปิดช่องว่างระหว่างการบริการปฐมภูมิและการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม สำหรับประเทศไทย แพทย์สภาอนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต เริ่มปี พ.ศ. 2566 โดยกรมอนามัยและสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย และกำลังพัฒนาหลักสูตรสำหรับสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์เพื่อร่วมผลิตและพัฒนาบริการสุขภาพแก่ประชาชนและรองรับนโยบาย Medical and Wellness Hub ของรัฐบาลในการให้บริการเวลเนสแก่ชาวต่างชาติที่จะมาใช้บริการในประเทศไทย ซึ่งจะสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจตามเป้าหมายกรุงเทพฯ ว่าด้วยเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green (BCG) Economy) และมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก และเพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยจำเป็นต้องมีการพัฒนาแบบสหวิชาชีพและความร่วมมือของทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน; การบริการปฐมภูมิ; การป้องกันโรค

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและประเทศไทย ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเป็นเป้าหมายสำคัญ

ลำดับที่ 3 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยต้องการลดให้ได้ 1 ใน 3 ของอัตราการเสียชีวิตในปัจจุบันภายใน ค.ศ. 2030⁽¹⁾ มีการคาดการณ์ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 2020 มากถึง 2.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ⁽²⁾ ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้พัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพ

ที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นแนวทางใหม่ในการต่อสู้กับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเป็นแนวทางแบบบูรณาการสหสาขาวิชาซึ่งประกอบด้วย โภชนาวิทยา จิตวิทยา การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม⁽³⁾

สำหรับประเทศไทยในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รัฐบาลได้ให้ความสำคัญโดยบรรจุอยู่ใน 7 แผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญด้านสาธารณสุข (Big Rock) โดยทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งต่อมาสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยได้นำผลของโครงการไปต่อยอดพัฒนาเป็นหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต นำเสนอต่อแพทยสภาและได้รับอนุมัติให้มีการจัดฝึกอบรมเมื่อ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และกำลังพัฒนาหลักสูตรสำหรับสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ให้มีความรู้ความสามารถในการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปประยุกต์ในการให้บริการสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการปฐมภูมิซึ่งจะก่อให้เกิดรูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถเชื่อมระหว่างการให้บริการทางคลินิกและการสร้างเสริมสุขภาพโดยการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย ความหมาย และความแตกต่างของเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับเวชปฏิบัติอื่นๆ รวมถึงแนวทางการพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับประเทศไทยในอนาคตเพื่อสนับสนุนให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก กลุ่มโรคดังกล่าวนอกจากจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้วยังสร้างภาระต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด องค์การอนามัยโลก รายงานว่าแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกถึง 41 ล้านคน ซึ่งคิด

เป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) โรคมะเร็ง (cancer) และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (chronic respiratory diseases) เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 15 ล้านคน มีอายุระหว่าง 30-69 ปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิต “ก่อนวัยอันควร” เนื่องจากผู้ที่เสียชีวิตในช่วงอายุดังกล่าวเป็นกลุ่มคนในวัยทำงานที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มผลิตภาพทั้งในระดับโลกและประเทศ โดยพบว่าร้อยละ 85 ของผู้เสียชีวิต “ก่อนวัยอันควร” อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low and middle-income countries) ซึ่งรวมถึงประเทศไทย⁽¹⁾ โดยในการประชุมของ European Summit เมื่อ ค.ศ. 2014 ได้รายงานว่าการแพทย์ในสหภาพยุโรปต้องใช้เงินมากถึง 700,000 ล้านดอลลาร์ต่อปีในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70-80 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด⁽⁴⁾ และ the Global Wellness Institute⁽²⁾ คาดการณ์ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสูญเสียทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 2020 มากถึง 2.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ทั้งนี้ ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามเป้าหมายสำคัญในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรไทยร้อยละ 75 เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs หรือคิดเป็นประชากรประมาณ 320,000 คนต่อปี โดยในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด มีสาเหตุจากโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40.9 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 27.8 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานร้อยละ 17.8 และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 4.5⁽⁵⁾ วิชัย เอกพลากร และคณะ⁽⁶⁾ รายงานผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) โดยเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชาชนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่พบว่าเริ่มมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประชาชนไทยโดยเฉพาะในเยาวชนและวัยแรงงาน และประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ การดื่มสุราใน 12 เดือน และ 30 วัน ที่ผ่านมามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

การกินผักและผลไม้ได้ตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนขึ้นไป/วัน) มีสัดส่วนลดลง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไป อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำลดลง นอกจากนั้นพบว่าภาวะ สุขภาพและโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งนี้รายงานดังกล่าวได้เสนอแนะ ให้มีการเน้นมาตรการป้องกันโรคเรื้อรังไม่ติดต่อแบบปฐมภูมิ ให้เข้มข้นขึ้นโดยมีมาตรการลดความเสี่ยงด้วยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และพัฒนารูปแบบบริการ ที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัย มากขึ้น รวมถึงการพัฒนาคุณภาพการรักษา

ในปี ค.ศ. 2004 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เล็งเห็น ความสำคัญของการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยตนเอง โดยได้มีการจัดตั้ง American College of Lifestyle Medicine (ACLM) และจัดฝึกอบรมในรูปแบบการ ศึกษาต่อเนื่อง⁽⁷⁾ และมีการขยายแนวความคิดดังกล่าวไปสู่ ประเทศต่างๆ โดยมีการจัดตั้งองค์กร เช่น Australasian Society of Lifestyle of Medicine (ASLM) ค.ศ. 2008, Canadian Academy of Lifestyle Medicine ค.ศ. 2013, Israeli Society of Lifestyle Medicine ค.ศ. 2014, Philippine College of Lifestyle Medicine (PCLM) ค.ศ. 2015, British Society of Lifestyle of Medicine ค.ศ. 2016 และ Asian Society of Lifestyle Medicine ค.ศ. 2018⁽⁸⁾ ทั้งนี้ European Organization of Lifestyle Medicine⁽³⁾ ได้เสนอว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางใหม่ ในการต่อสู้กับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเป็นแนวทาง แบบบูรณาการสหสาขาวิชาซึ่งประกอบด้วย โภชนาวิทยา จิตวิทยา การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยทางด้าน สิ่งแวดล้อมและสังคม เป็นต้น โดย American College of Lifestyle Medicine⁽⁷⁾ ได้ให้นิยามของเวชศาสตร์- วิถีชีวิตว่าเป็น “เวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการช่วย ให้บุคคลและครอบครัวยอมรับและดำรงรักษาพฤติกรรม สุขภาพที่ดีที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีและการมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี ตัวอย่างของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของผู้ป่วย ได้แก่ การเลิกใช้ยาสูบ การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น และการลดการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ในขณะที่ Australasian Society

for Lifestyle Medicine⁽⁹⁾ ได้ให้นิยามโดยใช้นิยามของ Egger G และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ว่าเป็นการประยุกต์ใช้หลักการด้าน สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม การแพทย์และการสร้างแรงบันดาลใจ ในการจัดการ (รวมถึงการดูแลตนเองและการจัดการตนเอง) ของปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในสถานพยาบาล และ/หรือในเชิงสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมบทบาทของประชาชน ในการดูแลตนเองด้วย ซึ่งนับว่าเป็นแนวทางแบบสหวิทยาการ ซึ่งใช้แนวคิดระบบทั้งมวล (whole system) ในการ ป้องกันและแก้ไขโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตผ่านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม

การให้บริการสุขภาพโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์- วิถีชีวิตนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิที่จะมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนการให้บริการ จากการเน้นการรักษาพยาบาลไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดย American Academy of Family Physicians⁽¹¹⁾ ได้ให้ความสำคัญกับการบูรณาการเวชศาสตร์- วิถีชีวิตเข้าสู่การให้บริการเวชปฏิบัติของแพทย์เวชศาสตร์- ครอบครัว เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเวชศาสตร์- วิถีชีวิตสามารถช่วยลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็นในผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพให้แก่ ผู้ป่วยและประเทศโดยได้แนะนำให้สมาชิกแพทย์เวชศาสตร์- ครอบครัวนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปฏิบัติโดยผ่านการ สร้างเสริมศักยภาพด้วยการคิดคะแนนจากการศึกษาต่อเนื่อง ของแพทย์ (Continuing Medicine Education: CME) และได้ผลิตคู่มือแนะนำเครื่องมือสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว เพื่อนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปสู่การปฏิบัติ ในเวชปฏิบัติของตนได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ อีกด้วย ทั้งนี้ แนวทางการดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์- วิถีชีวิตเป็นเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 6 เสาหลัก (อาหาร/โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเลิก บุหรี่ การลดอันตรายจากการใช้แอลกอฮอล์ การนอนหลับ และความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม) ทั้งนี้ ยังมีเสาหลักด้านสุขภาพอีกมากมาย ตั้งแต่พฤติกรรม ที่แก้ไขได้ทันทีไปจนถึงตัวขับเคลื่อนทางสังคมและ สิ่งแวดล้อมที่แก้ไขได้ยากกว่า รวมถึงความต้องการ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเจตจำนงทางการเมือง ทั้งนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะทำหน้าที่เชื่อมช่องว่างระหว่างการ

ส่งเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติทางคลินิกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี⁽⁹⁾ รวมทั้งยังเป็นศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดในการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ พร้อมกับการพัฒนาการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการรักษาย่างครบวงจร^(12,13) ซึ่ง European Lifestyle Medicine Organization⁽³⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่ามีการให้บริการสุขภาพในประเด็นของเสาหลัก 6 ประการอยู่แล้วในระบบสุขภาพ แต่ขาดการบูรณาการเชื่อมต่อกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะเป็นผู้นำและประสานงานเชื่อม 6 เสาหลัก เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่นำความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีการให้บริการแบบบูรณาการ

ศาสตราจารย์ Egger G และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้แสดงความแตกต่างระหว่างเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับเวชศาสตร์ทั่วไปหรือเวชศาสตร์ดั้งเดิมว่า เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคและให้การรักษาความผิดปกติที่เกิดจากปัจจัยด้านวิถีชีวิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต ทั้งนี้ไม่ปฏิเสธการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด ในขณะที่แนวทางการรักษาของการแพทย์ทั่วไปอาจจะเน้นที่การให้ยาหรือการผ่าตัดเพียงเท่านั้น ซึ่งมีเป้าประสงค์ของการจัดการโรคตามที่ตรวจพบ ในขณะที่เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีเป้าประสงค์ในการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และรวมถึงการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยของการรักษาด้วยการแพทย์ทั่วไป มักจะเป็นฝ่ายตั้งรับรอรับการตัดสินใจจากแพทย์ในขณะที่ผู้ป่วยของเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะทำหน้าที่ในลักษณะเชิงรุก สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ซึ่งมักจะเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลายาวนาน โดยการให้บริการจะเน้นการสร้างแรงจูงใจ การให้ความยินยอมและเต็มใจในการทำตามคำแนะนำ หากมีผลข้างเคียงจากการให้การรักษาดด้วยยาหรือการผ่าตัด จะได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและเอาใจใส่ การให้บริการด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตนั้นแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของทีมไม่ได้เป็นผู้นำเดี่ยว และทำงานร่วมกับ

สหวิชาชีพอื่นๆ ไม่เพียงทำงานร่วมกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ เท่านั้น

สำหรับประเทศไทยในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือไม่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รัฐบาลได้ให้ความสำคัญโดยบรรจุอยู่ใน 7 แผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญด้านสาธารณสุข (big rock) โดยอยู่ในกิจกรรมปฏิรูปที่ 2 การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย โดยมีแผนการบูรณาการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ากับระบบบริการทางการแพทย์⁽¹⁵⁾ โดยจะมีการดำเนินการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ และตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เชื่อมโยงสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรปกครองท้องถิ่นและทุกภาคส่วน ทำงานแบบเครือข่าย โดยมีแพทย์ พยาบาล และทีมเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นเครือข่ายทีมแพทย์ปฐมภูมิ ซึ่งจะสามารถดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและเข้าถึงครัวเรือนได้ดีกว่า⁽¹⁶⁾ ซึ่งจะเห็นว่าโครงสร้างการบริการปฐมภูมิและนโยบายที่ดำเนินการอยู่ของประเทศไทยนับเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ

การทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและเครือข่ายทีมแพทย์ปฐมภูมิสามารถให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่อยู่บนพื้นฐานของการมีหลักฐานเชิงประจักษ์แบบครบถ้วนรอบด้าน (evidence-based comprehensive lifestyle medicine) เข้าสู่ระบบการพัฒนาและผลิตแพทย์และกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ⁽¹⁷⁾ โดยกำลังคนในการให้บริการสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปบูรณาการในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจะก่อให้เกิดการทำงานในลักษณะทีมบริการสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ

ที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการมีผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้^(18,19,20,21,22) ดังนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้สนับสนุนให้สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยความร่วมมือกับสมาคมแพทยเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย จัดทำโครงการ “ศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต” ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2562 - มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยได้มีการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับแพทย์ และมีการทดลองฝึกอบรมทั้งสิ้น 4 รุ่น รุ่นละ 30 คน โดยในรุ่นสุดท้ายมีการเปิดให้บุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น พยาบาล เข้าร่วมฝึกอบรมด้วย และได้เสนอให้สมาคมฯ ได้พิจารณานำเสนอหลักสูตรต่อยอดพัฒนาแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽²³⁾ ในปัจจุบันสมาคมฯ ได้พัฒนาหลักสูตรและนำเสนอต่อแพทยสภาและได้รับอนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต เมื่อ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยมีกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการฝึกอบรม ทั้งนี้ หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีการพัฒนามาจากโครงการ “ศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต” ซึ่งมีเนื้อหาหลัก 7 วิชา ประกอบด้วย (1) หลักการและการดูแลตนเอง (2) โภชนาการและหลักปฏิบัติทางโภชนาการ (3) กิจกรรมทางกาย (4) การนอนหลับและผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (5) การสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิต (6) การลด ละ เลิกบุหรี่ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด และ (7) ภาวะผู้นำและการจัดการ โดยหลักสูตรฯ จะเริ่มดำเนินการในปีการศึกษา พ.ศ. 2566 และสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ได้เปิดรับสมัครการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประจำปี พ.ศ. 2565 เมื่อ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565⁽²⁴⁾

สรุป

ในการพัฒนาให้เวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทยให้เป็นเวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐาน

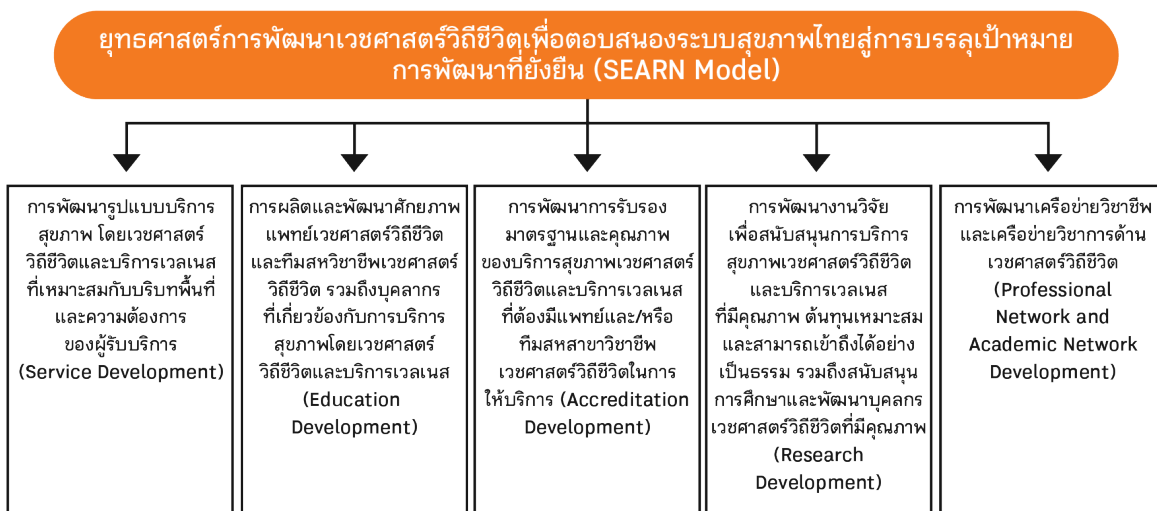
เชิงประจักษ์ในการช่วยบุคคลและชุมชนด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (อาทิ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การให้การสนับสนุนทางสังคม และการสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม) เพื่อช่วยป้องกัน รักษาโรค และแม้กระทั่งในกรณีที่พยาธิสภาพของโรคเรื้อรังที่แย่งลงให้กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยการระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าว ตามนิยามที่ให้โดย Sanger และคณะ^(25,26) ซึ่งเป็นนิยามที่ได้รับการนำไปอ้างอิงมากที่สุด การมุ่งผลิตและพัฒนาแพทยเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพียงวิชาชีพเดียวไม่น่าจะเพียงพอในการทำให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการบูรณาการและการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย จึงเสนอให้มีการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพที่จะมาร่วมทำงานกับแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตในลักษณะที่ให้บริการสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁷⁾ ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของรายงานการศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่ควรมีการสนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ให้มีความรู้และความเข้าใจรวมถึงทักษะการทำงานให้บริการสุขภาพโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยนำหลักสูตรที่ใช้ในการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของวิชาชีพนั้นๆ และบริบทของการให้บริการสุขภาพในพื้นที่อีกด้วย⁽²³⁾

นอกจากนั้น การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตสู่การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งและน่าจะเป็นประโยชน์ต่อนโยบายการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของประชาชนและครอบครัว ดังเช่นข้อเสนอแนะของ American Academy of Family Physicians⁽¹¹⁾ ที่สนับสนุนให้แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศสมาชิกได้นำ

เวชศาสตร์วิถีชีวิตไปสู่การปฏิบัติในการให้บริการทางคลินิกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อที่จะได้ช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและจากปัญหาการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่ไม่จำเป็นอย่างมหาศาล ซึ่งนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการร่วมกันบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทยในลักษณะระบบทั้งมวล (whole system approach) ทั้งภาคบริการสุขภาพ ผู้บริหารนโยบาย ผู้บริหารองค์กรบริการสุขภาพ ชุมชน ประชาชน และรวมถึงภาคการศึกษา การวิจัย และวิชาการโดยบทความนี้มีข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SEARN Model) ประกอบด้วยการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพโดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีคุณภาพ มีความหลากหลายเหมาะสมกับบริบทความต้องการของประเทศไทย รวมถึงการขยายไปสู่บริการเวลเนส (wellness) (service model development) ใช้อักษรย่อว่า S การผลิตและพัฒนาแพทย์และกำลังคนด้านสุขภาพที่จะให้บริการสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในลักษณะของการบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (education development) ใช้อักษรย่อ

ว่า E การรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน (accreditation development) ใช้อักษรย่อว่า A การทำวิจัยทั้งในเชิงพัฒนานวัตกรรมและการกำกับติดตามและประเมินผล ทั้งในด้านการให้บริการสุขภาพและการศึกษา (research development) ใช้อักษรย่อว่า R และการสร้างเครือข่ายทางวิชาการและวิชาชีพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (academic network and health professional network development) ใช้อักษรย่อว่า N รวมถึงการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และบุคลากรกับนานาชาติ ซึ่งนอกจากจะเป็นการเติมเต็มและปิดช่องว่างระหว่างการให้บริการทางคลินิกและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างการตระหนักรู้และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองและเน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตและทีมสหสาขาวิชาที่จะร่วมให้บริการด้วยศาสตร์เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังจะสามารถเป็นกลไกที่สำคัญของประเทศในการสนับสนุนการเติบโตทางเศรษฐกิจด้วยการผลิตและพัฒนาบริการเวลเนสที่มีคุณภาพให้กับประเทศไทยอีกด้วย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SEARN Model)



อาศัยร่วมมือจากทุกภาคส่วนในลักษณะระบบทั้งมวล (Whole System) เพื่อบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทย ทั้งภาคบริการสุขภาพ ผู้บริหารนโยบาย ผู้บริหารองค์กรบริการสุขภาพ ชุมชน ประชาชน และรวมถึงภาคการศึกษา การวิจัย และวิชาการ

ทั้งนี้ นับเป็นการตอบสนองต่อนโยบาย Medical and Wellness Hub ของรัฐบาลซึ่งเป็นอุตสาหกรรมบริการ 1 ใน 5 S-curve ที่สำคัญของประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาประเทศไทยด้วยการขับเคลื่อนเศรษฐกิจโดยแนวคิด Bio-Circular-Green (BCG) Economy⁽²⁸⁾ ที่ประเทศไทยผลักดันในการประชุมผู้นำความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก ค.ศ. 2022 (APEC 2022) ระหว่าง 18-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ณ กรุงเทพมหานคร และที่ประชุมผู้นำเขตเศรษฐกิจเอเปค ครั้งที่ 29 เมื่อ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ได้มีฉันทามติรับรองเป้าหมายกรุงเทพฯ Bangkok Goals on Bio-Circular-Green (BCG) Economy เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽²⁹⁾ ซึ่งแนวคิดเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว Bio-Circular-Green (BCG) Economy เป็นแนวคิดที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจ

ฐานราก ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงในด้านต่างๆ ให้เกิดขึ้นในสังคมและจะสร้างจุดแข็งให้ประเทศไทยสร้างรายได้ ลดรายจ่าย ด้วยการลดความเสี่ยง โดยใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั่วทั้งประเทศ⁽³⁰⁾

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาและการขับเคลื่อนจนเป็นที่สำเร็จ และขอขอบคุณสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ในการอนุเคราะห์ข้อมูล และ ดร. นลินี นกิตติพา เชื้อคำฟู ช่วยจัดการเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases - key facts. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. The Global Wellness Institute. Defining wellness policy, wellness policy series [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://globalwellnessinstitute.org>
3. European Lifestyle Medicine Organization. What is lifestyle medicine? [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 14]. Available from: <https://www.eulm.org/what-is-lifestyle-medicine>
4. European Commission. Chronic diseases summit [Internet]. 2014 [cited 2022 Nov 14]. Available from: https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/chronic-diseases-summit-3-4-april-2014_en
5. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. วิชัย เอกพลาการ, ทัฬหชนก พรระจเรญ, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
7. The American College of Lifestyle Medicine. What is lifestyle medicine? [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 3]. Available from: <https://www.lifestylemedicine.org/>
8. ภูติกา เตชาติวัฒน์. ที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต. การประชุมวิชาการภาควิชาอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 8 เรื่อง Medicine in older adults: the survival tips หัวข้อ Lifestyle Medicine: Thailand's new medical specialty?; 25 พฤศจิกายน 2565; นครนายก: 2565.
9. Australasian Society of Lifestyle Medicine Limited. Lifestyle medicine. Victoria: Australasian Society of Lifestyle Medicine Limited [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://lifestylemedicine.org.au/lifestyle-medicine/>
10. Egger G, Sagner M, Meldrum H, Katz D, Lawson R. A structure for lifestyle medicine. In: Sanger M, Garry Egger G, Binns A, Rossner S, editors. Lifestyle medicine: lifestyle, the environment and preventive medicine in health and disease. 3rd ed. Amsterdam: Elsevier; 2017. p. 47-63.

11. American Academy of Family Physicians. New tools guide lifestyle medicine integration for FPs Kansas 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20210603lifestylemed.html>
12. Kushner RF, Mechanick JI. Lifestyle medicine - an emerging new discipline. *US Endocrinology* 2015; 11(1):36-40.
13. Polak R, Pojednic RM, Phillips EM. Lifestyle medicine education. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2015;9(5):361-7.
14. Egger G, Binns A, Rossner S. *Lifestyle medicine: managing diseases of lifestyle in the 21st century*: NewYork, McGraw-Hill; 2011.
15. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสรุปผลการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศ ประจำปี 2563. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร; 2564
16. พลเดช ปิ่นประทีป. Big rock ปฏิรูปสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. แหล่งที่มา: <https://www.csdi.or.th/2020/03/big-rock-ปฏิรูปสาธารณสุข>
17. Collings C, Tips J. The future of lifestyle medicine for family physicians. *Journal of Family* 2022; 71(1):S71-72.
18. Benigas S, Shurney D, Stout R. Making the case for lifestyle medicine. *Journal of Family* 2022; 71(1):S2-4.
19. Gibson CA, Mason C, Stones CJ. Living well with lifestyle medicine: a group consultation approach to delivering Lifestyle Medicine Intervention in Primary Care. *Lifestyle Med* 2021;2:e19.
20. Bansal, S, Pendlebury, G, Oro, P. Improved Outcomes in multiple sclerosis using a lifestyle medicine approach: a case study and patient perspective. *International Journal of Disease Reversal and Prevention*. 2022;4(2):1-10.
21. Kent K Johnson JD Simeon K Frates EP. Case series in lifestyle medicine: a team approach to behavior changes. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2016;10(6):388-97.
22. 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;22:17-025.
23. ภูติพิท เตชาดิวัฒน์, รุ่งเรือง กิจผาด, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, เกษม เวชสุทธานนท์, อนุชา วิพุธศิริ, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, และคณะ. โครงการศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
24. สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. การยื่นคำขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์-วิถีชีวิต ประจำปี 2565. ประกาศสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยที่ 4/2565 นนทบุรี: สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 2565.
25. Rippe JM. Lifestyle medicine: the importance of firm grounding on evidence. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2014;8(5):306-12.
26. Rippe JM. *Lifestyle medicine*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2019.
27. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. ที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบบริการและแผนฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต; 27-28 ตุลาคม 2565; ห้องประชุมสถาบันบัณฑิตกฤตกรมณามัย, นนทบุรี.
28. สุวิทย์ เมษินทรีย์. “สุวิทย์ เมษินทรีย์” เปิดแนวคิด “BCG in action” ต้องทำให้เป็น “people power” ตอบโจทย์ความมั่งคั่ง-ยั่งยืน-เท่าเทียม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://thaipublica.org/2022/11/suvit-maesincee-bcg-in-action/>
29. รัฐบาลไทย. APEC 2022: บรรลุ เป้าหมายกรุงเทพฯ ว่าด้วยเศรษฐกิจ BCG' [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaigov.go.th/infographic/contents/details/6392>
30. กรมประชาสัมพันธ์. APEC EP11 แนวคิด BCG economy: พัฒนาเศรษฐกิจฐานราก ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงและเท่าเทียม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ข้อมูลสื่อประชาสัมพันธ์ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ; 2565.

Lifestyle Medicine: New Multidisciplinary Practice to Drive the Thai Health System towards Achieving the Sustainable Development Goals

Porntep Siriwanarangsun, Phudit Tejativaddhana

Preventive Medicine Association of Thailand, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are caused by inappropriate health behaviors and lifestyles and it is a major health problem globally and in Thailand. One of the Sustainable Development Goals' targets is to reduce premature mortality from chronic non-communicable diseases by one-third of the current death rate by 2030. Many countries have developed approaches to combating this issue namely "Lifestyle Medicine" which is an evidence-based practice that consists of 'six pillars': diet/nutrition; physical activity; smoking cessation; harm reduction from alcohol use; sleep and stress; and building social relationships. It focuses on primary, secondary, and tertiary prevention as well as actual reversal of disease. Lifestyle medicine physicians will work collaboratively with other health professionals as a multidisciplinary team to link six pillars to be delivered in the manner of people-centered integrated health services in order to bridge the gap between primary care services provision and improving health literacy for people to promote health and treat chronic non-communicable diseases and other diseases caused by inappropriate lifestyles. The Medical Council of Thailand has approved the residency training program for Lifestyle Medicine which is one of the sub-branches of Preventive Medicine started in 2023 by the Department of Health and the Preventive Medicine Association of Thailand. Currently, it starts developing a curriculum for non-medical multidisciplinary health professionals to co-produce and develop public health services and to support the government's Medical and Wellness Hub policy in providing wellness services to foreigners who will come to use the service in Thailand. This will support economic development in accordance with the Bangkok's Goals on Bio-Circular-Green (BCG) Economy and towards achieving the Global Sustainable Development Goals. For the sustainability of lifestyle medicine development in Thailand, multidisciplinary health professionals' development and multisectoral collaboration are required.

Keywords: lifestyle medicine; non-communicable diseases; Sustainable Development Goals; primary care; disease prevention