



ตำราเวชศาสตร์วิถีชีวิต

Textbook of Lifestyle Medicine



นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ พบ. FCTS

อว. เวชศาสตร์วิถีชีวิต, อว. เวชศาสตร์ครอบครัว, วว. ศัลยศาสตร์ทรวงอก

ตำราเวชศาสตร์วิถีชีวิต

Textbook of Lifestyle Medicine

นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ พบ. FCTS

(อว. เวชศาสตร์วิถีชีวิต, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วว. ศัลยศาสตร์ทรวงอก)

ตำราเวชศาสตร์วิถีชีวิต

Textbook of Lifestyle Medicine

โดย นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2567

จำนวน: 500 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัท พิมพ์สวย จำกัด

5/5 ถนนเทศบาลรังสรรค์เหนือ ลาดยาว จตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์: 0-2953-9600

www.pimsuay.com

สงวนสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ (ฉบับเพิ่มเติม) พ.ศ.2558
ห้ามลอกเลียนแบบ ทำซ้ำ หรือคัดลอกส่วนหนึ่งส่วนใดของหนังสือ
เล่มนี้ เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร

คำนำ

ผู้เขียนได้เริ่มต้นทำเวชปฏิบัติแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 ทำมาไ้ระยะหนึ่งก็เห็นความจำเป็นที่จะต้องมึสถานที่เฉพาะไว้ทำการฝึกสอนผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีความรู้และทักษะที่จะป้องกันและพลิกผันโรคด้วยตนเอง จึงได้ร่วมกันกับเพื่อนตั้งศูนย์สุขภาพเวลเนสสวีแคร์ (Wellness We Care Center) ขึ้น แต่เมื่อทำไปแล้วก็ยังพบว่าแม้จะมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้นแต่เนื้อหาความรู้ที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจำเป็นต้องรู้มีปริมาณมากเกินไปที่จะสอนได้ทันอยู่ดี ผู้เขียนจึงได้แต่งหนังสือคู่มือขึ้นใช้เล่มหนึ่งชื่อหนังสือ “ป้องกันและพลิกผันโรคด้วยตนเอง (Prevent and Reverse Diseases by Yourself)” ซึ่งหลังจากพิมพ์ไปหลายครั้งแล้วต่อมาได้ปรับปรุงพัฒนามาเป็นหนังสือ “คัมภีร์สุขภาพดี (Healthy Life Bible)” ที่แพร่หลายอยู่ในปัจจุบัน ต่อมาเมื่อแพทยสภาได้อนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ขึ้นในปีพ.ศ. 2565 อาจารย์แพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ขอนำหนังสือดังกล่าวไปใช้เป็นตำราประกอบการฝึกอบรม ผู้เขียนเห็นว่าหนังสือทั้งสองเล่มนั้นไม่เหมาะที่จะใช้เป็นตำรา จึงได้รับปากว่าจะเขียนให้ใหม่ในรูปของตำรา จึงเป็นเหตุให้ตำราเล่มนี้ได้เกิดขึ้น

การนิพนธ์ตำราทำได้สองแบบ แบบแรกคือผู้นิพนธ์คนเดียวเขียนคนเดียวหมดทั้งเล่ม แบบที่สองคือใช้คณะผู้นิพนธ์หลายคนแยกกันเขียนในเรื่องที่ตนทำวิจัยมาหรือถนัด ทั้งสองแบบต่างมีข้อดีข้อเสียของมันเอง ผู้เขียนเลือกใช้แบบแรกเพราะขณะที่เขียนตำรานี้อยู่ผู้เขียนหาผู้ร่วมนิพนธ์ไม่ได้ ไปภายนอกหากมีผู้ทำเวชปฏิบัติและทำวิจัยในสาขานี้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น มีผู้ชำนาญในแต่ละประเด็นปลีกย่อยมากขึ้น ตำราในแบบที่สองก็อาจจะเกิดขึ้นตามมาเอง

แม้จะเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าคอนเซปต์ “หกลเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต” เป็นแก่นกลางของเวชปฏิบัติสาขานี้ แต่มีหลายประเด็นนอกเหนือจากเรื่องหกลเสาหลักที่ผู้เขียนหยิบยกขึ้นมาให้ความสำคัญ ซึ่งอาจทำให้ตำราเล่มนี้แตกต่างจากตำราที่ชื่อเดียวกันในต่างประเทศ คือ

(1) ผู้เขียนได้เรียนรู้จากการทำเวชปฏิบัติเวชศาสตร์วิถีชีวิตด้วยตัวเองว่า “ถ้าคนเปลี่ยนนิสัยได้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงจะเกิดประโยชน์” ผู้เขียนเองได้ทำวิจัยทดลองใช้เครื่องมือช่วยเปลี่ยนนิสัยชนิดต่าง ๆ มาอย่างหลากหลายพอควร ประกอบกับในระยะสิบปีหลังมานี้วงการแพทย์ได้ตีพิมพ์ผลวิจัยการเปลี่ยนนิสัยออกมามากขึ้น ผู้เขียนจึงเขียน “เวชศาสตร์การเปลี่ยนนิสัย (Behavior Medicine)” แยกเป็นบทใหญ่บทหนึ่งโดยเฉพาะ

(5) แม้การรักษาโรคเรื้อรังจะไม่ใช้สาระหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต แต่งานของแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตจำเป็นต้องไปเริ่มต้นที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความอยาก (motivated) ที่จะเปลี่ยนวิถีชีวิตมากที่สุด จึงจำเป็นที่แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตต้องมีความเจนจัดในโรคเรื้อรังในประเด็นที่ต้องใช้การเปลี่ยนวิถีชีวิตเข้าไปแก้ไข ซึ่งผู้เขียนใช้คำว่า “จัดการโรค” แทนคำว่า “รักษาโรค” เพื่อสื่อถึงส่วนที่ผู้ป่วยต้องทำด้วยตัวเอกนอกเหนือไปจากยาและการรักษาแบบรุกรานที่แพทย์เฉพาะทางได้สั่งการรักษาให้แล้ว ผู้เขียนจึงมีบทบาทจัดการโรคเรื้อรังแยกไว้แต่ไม่เน้นพยาธิสรีรวิทยาของโรคเพราะท่านผู้อ่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมเอาจากตำราเฉพาะด้านในสาขาของอวัยวะนั้น ๆ ได้ เน้นเฉพาะการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิถีชีวิตตัวเองจนโรคหายเป็นสำคัญ จะกล่าวถึงเรื่องการสืบค้น การวินิจฉัย หรือการรักษาโรคเชิงลึกด้วยยาและหัตถการแบบรุกรานบ้างก็เฉพาะเท่าที่จำเป็นต้องใช้แนะนำผู้ป่วยให้เลือกวิธีจัดการโรคด้วยตัวเองได้รัดกุมขึ้นเท่านั้น

(6) ในบทเรื่องโภชนาการศาสตร์ ซึ่งเป็นหนึ่งในเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผู้เขียนไม่ได้ให้ความสำคัญกับมุมมองทางโภชนาการดั้งเดิมที่มีพื้นฐานอยู่บนสารอาหารรายตัว (nutrients) ดังที่วิชาโภชนาการได้เน้นย้ำกันมาช้านาน แต่หันมาให้ความสำคัญแก่รูปแบบของอาหารที่กิน (dietary pattern) ที่ทำให้คนมีสุขภาพดีมากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เขียนประเมินว่าการพึ่งข้อมูลวิจัยระดับโมเลกุลที่เป็นผลจากการบวนการวิจัยแบบลดตัวแปรลงเหลือน้อยที่สุด (reductionism) เพื่อเน้นคุณสมบัติของสารอาหารรายตัวนั้นเป็นทางตันที่เราได้เดินมาบนเส้นทางนี้นานร่วมร้อยปีแล้ว แต่ผู้คนกลับป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารมากขึ้น จำเป็นจะต้องทดลองเดินบนเส้นทางใหม่คือถอยออกมามองภาพใหญ่ระดับผลวิจัยเชิงระบาดวิทยาและรูปแบบของการกินที่มีหลักฐานว่าทำให้คนสุขภาพดี แล้วใช้ประโยชน์จากข้อมูลภาพใหญ่นี้แทน

ตำราเล่มนี้เหมาะสำหรับทั้งแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ต้องการใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปรับปรุงการทำเวชปฏิบัติของตน แพทย์ทั่วไป โคชสุขภาพ พยาบาล และสมาชิกทีมงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและพลิกผันโรคเรื้อรังทุกคน

ความดีของตำราเล่มนี้ *ส่วนหนึ่ง* ผู้เขียนขอมอบให้แก่แพทย์และนักวิจัยทั่วโลกที่ได้ช่วยกันทำวิจัยทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตจนสาขานี้ตั้งตัวขึ้นมาเป็นสาขามาตรฐานของวงการแพทย์ของโลกได้ *อีกส่วนหนึ่ง* ขอมอบให้แก่แพทย์ไทยทุกท่านที่ได้ช่วยกันจัดตั้งระบบฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิตขึ้นในประเทศไทยจนสำเร็จ

สุดท้ายนี้ผู้เขียนขอขอบคุณ นพ.พอ ใจยอดศิลป์ ที่ได้ช่วยบริหารจัดการระบบหนังสืออ้างอิงและดัชนีค้นเรื่องของตำราเล่มนี้

นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ พบ. FCTS

(อว. เวชศาสตร์วิถีชีวิต, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วว. ศัลยศาสตร์ทรวงอก)

สารบัญ

1 ประวัติเวชศาสตร์วิถีชีวิต (History of Lifestyle Medicine)	1
1.1 นิยาม	1
1.2 ประวัติเวชศาสตร์วิถีชีวิต	3
1.3 จุดเริ่มต้นเวชปฏิบัติเวชศาสตร์วิถีชีวิต.....	3
1.4 การวิจัยด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต	4
1.5 การทำเวชปฏิบัติในแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตในปัจจุบัน	8
1.6 พัฒนาการของวิธีเปลี่ยนนิสัยคน	8
2 หลักพื้นฐานเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Basic Principle of Lifestyle Medicine)	10
2.1 หกเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต.....	10
2.2 การเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้น (Intensive therapeutic lifestyle change – ITLC).....	12
2.3 แนวคิดสุขภาพและสุขภาวะ (Health and Wellness)	14
2.4 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care).....	17
2.5 การเลือกดัชนีสุขภาพเพื่อติดตามดูผลของการเปลี่ยนวิถีชีวิต	18
3 เวชศาสตร์การเปลี่ยนนิสัย (Behavior Medicine)	21
3.1 ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model - HBM).....	23
3.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Model).....	23
3.3 ทฤษฎีรับรู้สังคม (Social Cognitive Theory)	29
3.4 ทฤษฎีสังคมสิ่งแวดล้อม (Social Ecology Model (SEM)	35
3.5 การสนทนาแบบเปิดให้เห็นแรงบันดาลใจ (Motivational Interviewing - MI).....	42
3.6 ทฤษฎีบำบัดความคิดเพื่อบำบัดพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy – CBT).....	46
3.7 นิสัยทำนิดเดียว (Tiny Habit).....	50

3.8 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior- TPB).....	54
4 โคชสุขภาพ (Certified Health Coach).....	56
4.1 โคชสุขภาพคืออะไร.....	56
4.2 มาตรฐานการรับรองคุณภาพของโคชสุขภาพ.....	57
4.3 หลักสูตรประกาศนียบัตรโคชสุขภาพประเทศไทย (CHC).....	57
4.4 ตัวอย่างภาคปฏิบัติการโคชในวันแรก.....	91
4.5 กรณีศึกษา (Case Study) 20 ราย.....	92
5 การจัดชั้นและประเมินความเชื่อถือได้ของหลักฐาน (Evidence Grading and Evaluation)	108
5.1 ระดับชั้นของหลักฐาน (Level of Evidence).....	108
5.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานวิจัย (Research Appraisal).....	113
5.3 การประเมินศักยภาพของยาด้วย RRR, ARR และ NTT.....	116
5.4 ข้อจำกัดของหลักฐานวิทยาศาสตร์.....	118
6 ระบาดวิทยาของโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต (Epidemiology of Lifestyle Diseases)	122
6.1 โรคเรื้อรัง.....	122
6.2 สถานการณ์ของโรคเรื้อรังในระดับโลก.....	123
6.3 สถานการณ์ของโรคเรื้อรังในประเทศไทย.....	123
7 กลไกเชิงสรีรวิทยาของโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต (Physiologic Mechanism of Lifestyle Diseases)	126
7.1 กลไกการสูญเสียดุลของชุมชนจุลินทรีย์ในร่างกาย (Dysbiosis).....	126
7.2 กลไกอนุมูลอิสระและสารต้านอนุมูลอิสระ.....	132
7.3 กลไกการอักเสบในร่างกาย.....	134
7.4 กลไกการสูญเสียดุลยภาพของระบบประสาทอัตโนมัติ.....	137
7.5 กลไกการติดต่ออินซูลิน.....	140
7.6 กลไกเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของรหัสพันธุกรรม (Gene expression).....	143
7.7 การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย (Physical Inactivity).....	146
7.8 บทสรุป.....	147

8 โภชนศาสตร์ (Nutritional Medicine)	148
8.1 คอนเซ็ปต์ของสภาวะทางโภชนาการ (Nutritional Status)	148
8.2 โภชนาการบนพื้นฐานของสารอาหาร (Nutrients)	148
8.3 สารอาหาร กับรูปแบบการกิน (Nutrients vs Eating Pattern)	165
8.4 รูปแบบการกินพืชเป็นหลักกับสตรีมีครรภ์	182
8.5 รูปแบบการกินที่ดีสำหรับเด็ก	184
9 การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย (Physical Activity)	191
9.1 ความนำ	191
9.2 สรีรวิทยาของการออกกำลังกายและการวัดค่าต่าง ๆ	192
9.3 คำแนะนำการออกกำลังกายสำหรับผู้ใหญ่ (Physical Activity Guidelines for Adults)	198
9.4 ประโยชน์และความเสี่ยงของการออกกำลังกาย	198
9.5 การประเมินก่อนการออกกำลังกาย	200
9.6 นิยามระดับความหนัก (Intensity) ของการออกกำลังกาย	205
9.7 การนับการใช้พลังงาน (EE) ด้วยหน่วย MET-min	205
9.8 ปริมาณการออกกำลังกายรวม (Exercise Volume)	207
9.9 ชนิดของการออกกำลังกาย (Type of Exercise)	207
9.10 การเขียนใบสั่งออกกำลังกาย (Exercise Prescription)	215
9.11 สิ่งแวดล้อมที่ต้องระวังเป็นพิเศษในการออกกำลังกาย	217
10 การจัดการความเครียด (Stress Management)	220
10.1 นิยามความเครียด (Stress Definition)	220
10.2 การวัดความเครียด	221
10.3 ผลของความเครียดต่อสุขภาพ	225
10.4 การจัดการความเครียด	226
10.5 จิตวิญญาณ (Spirituality) พลังบันดาลใจให้เกิดความสงบเย็น	227

11 ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ (Sleep Problems)	230
11.1 นิยามของภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia)	230
11.2 ผลเสียของการนอนไม่หลับ	231
11.3 ผลดีของการนอนหลับ	232
11.4 นอนหลับนานเท่าใดจึงจะพอ	232
11.5 อาการบอกว่านอนหลับไม่พอ	233
11.6 ปัจจัยควบคุมการนอนหลับ	233
11.7 การนอนหลับสองรูปแบบ	234
11.8 เมลาโทนิน (Melatonin)	234
11.9 Jet lag	235
11.10 คาเฟอีนและอะดีโนซีน (Adenosine)	236
11.11 วงจรของการนอนหลับ (Sleep Cycle)	236
11.12 คลื่นไฟฟ้าสมอง กล้ามเนื้อ และลูกตา เมื่อนอนหลับ	237
11.13 จำนวนครั้งการหลับต่อวัน	238
11.14 ธรรมชาติการนอนหลับในแต่ละวัย	238
11.15 อุณหภูมิร่างกายกับการขยายหลอดเลือดขณะนอนหลับ	239
11.16 การแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ	239
11.17 ปัญหาการนอนหลับมากเกินไป	244
 12 สัมพันธภาพที่ดีทางสังคม (Social Connectedness)	246
12.1 สัมพันธภาพที่ดีทางสังคมคืออะไร	246
12.2 ลักษณะของสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม	246
12.3 ประโยชน์ของสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม	248
12.4 จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีทางสังคมขึ้นได้อย่างไร	249
12.5 ดุลยภาพระหว่างความเหงา (Loneliness) กับการปลีกวิเวก (Solitude)	250

13 สารพิษจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Hazard)	252
13.1 แอลกอฮอล์	252
13.2 สารปนเปื้อนในอาหาร	256
13.3 อากาศในอาคารบ้านเรือน	260
13.4 คุณภาพอากาศนอกบ้าน	264
13.5 บุหรี่และการเลิกบุหรี่	266
14 การจัดการโรคเรื้อรัง (Management of NCDs).....	269
14.1 โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease).....	269
14.2 โรคความดันเลือดสูง	292
14.3 โรคเบาหวาน	298
14.4 โรคไขมันในเลือดสูง	310
14.5 โรคอัมพาตเฉียบพลัน (Stroke)	314
14.6 โรคสมองเสื่อม (Dementia).....	316
14.7 โรคมะเร็ง.....	324
14.8 โรคอ้วน	330
14.9 โรคไตเรื้อรัง	338
14.10 ภาวะดัชนีมวลกายต่ำและน้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ	343
บรรณานุกรม	347
ดัชนีค้นเรื่อง (Index)	378

1

ประวัติเวชศาสตร์วิถีชีวิต

History of Lifestyle Medicine

1.1 นิยาม

คำว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตนี้เป็นชื่อการประชุมวิชาการครั้งแรกเมื่อปีค.ศ. 1989[1] แล้วมาปรากฏเป็นชื่องานวิจัยในปี 1990[2]

Rippe เป็นคนแรกที่นิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าเป็น “การผสมผสานวิถีชีวิตเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อลดการเกิดและบรรเทาความรุนแรงของโรคเรื้อรัง” หนังสือที่เขาเขียนชื่อ Lifestyle Medicine จัดว่าเป็นตำราเล่มแรกของสาขาวิชานี้[3]

ในตำราเล่มหนึ่งชื่อเดียวกันได้นิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตไว้ว่าเป็น “การทำคลินิกโดยประยุกต์ใช้หลักวิชาเชิงสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม การเปลี่ยนนิสัย การแพทย์ เพื่อจัดการโรคอันเกิดจากวิถีชีวิต”[4] โดยที่เล่มหลังนี้ในการพิมพ์ครั้งที่สองได้เพิ่มเติมในนิยามว่า “การดูแลตนเอง การจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเป็นส่วนจำเป็นในการรักษาโรคเรื้อรัง” ด้วย

วิทยาลัยเวชศาสตร์วิถีชีวิตอเมริกัน (The American College of Lifestyle Medicine – ACLM) นิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าเป็น “การแทรกแซงการใช้ชีวิตเพื่อรักษาและจัดการโรค ซึ่งรวมถึงเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การเลิกบุหรี่และสิ่งเป็นพิษต่อร่างกายอื่น ๆ”[5]

วิทยาลัยเวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์วิถีชีวิตยุโรป (European College of Preventive and Lifestyle Medicine -ECLM) นิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าคือ “การวิจัย ป้องกัน และรักษา โรคที่เกิดจากวิถีชีวิต (lifestyle-related diseases -LRDs) ผ่านการแทรกแซงด้านอาหาร การออกกำลังกาย จิตวิทยา สังคม สิ่งแวดล้อม และเภสัชวิทยา”[6]

คณะกรรมการเวชศาสตร์วิถีชีวิตนานาชาติ (International Board of Lifestyle Medicine - IBLM) ซึ่งเป็นองค์กรนานาชาติที่มีหน้าที่ออกหนังสือรับรอง วุฒิบัตร และกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ในสาขานี้ ได้ให้คำนิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตไว้ว่า

“เวชศาสตร์วิถีชีวิตคือสาขาการแพทย์เฉพาะทางที่ใช้การแทรกแซงในเรื่องการเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นเครื่องมือหลักในการรักษาโรคเรื้อรังซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแค่โรคหัวใจหลอดเลือด โรคเบาหวาน ประเภทที่ 2 และโรคอ้วน”

ผู้เขียนเองนิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าคือ “เวชปฏิบัติที่มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยป้องกันและพลิกผันโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ผ่านการเปลี่ยนนิสัยการกินการใช้ชีวิต ถ้ากินยาอยู่ก็ลดหรือเลิกยาได้ในที่สุด”

ความแตกต่างระหว่างการแพทย์ทั่วไป กับเวชศาสตร์วิถีชีวิตอาจสรุปได้ดังนี้

การแพทย์ทั่วไป	เวชศาสตร์วิถีชีวิต
บรรเทาอาการป่วยและลดปัจจัยเสี่ยงที่วัดได้	แก้ไขวิถีชีวิตซึ่งเป็นสาเหตุ
แพทย์เป็นผู้ทำให้ ผู้ป่วยเป็นผู้รับผล	ผู้ป่วยเป็นผู้ทำ แพทย์เป็นโค้ช
ผู้ป่วยไม่ต้องเปลี่ยนอะไรในชีวิตมาก	ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนนิสัย เปลี่ยนวิธีใช้ชีวิตไปอย่างสิ้นเชิงหรือเกือบสิ้นเชิง
เป็นการแก้ปัญหาระยะสั้น	เป็นการแก้ปัญหาระยะยาว
แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลัก	ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบหลัก
ยาเป็นเครื่องมือหลัก	วิถีชีวิตเป็นเครื่องมือหลัก ขณะที่มุ่งมันลดหรือเลิกการใช้ยา

1.2 ประวัติเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ฮิปปોકเรติส[7] ประมาจารย์วิชาแพทย์ชาวกรีกพูดไว้เมื่อราว 2500 ปีมาแล้วว่า

“เพื่อจะอยู่อย่างสุขภาพดี คนเราจะต้องไม่กินอาหารมากเกินไป ขับถ่ายน้อยเกินไป”

ประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติคือความยากจนข้นแค้นและการขาดอาหาร ทำให้ร่างกายมนุษย์ปรับตัวขึ้นสะสมอาหารและสร้างแหล่งเก็บพลังงานสำรอง[8] แต่ในร้อยปีที่ผ่านมาหลายอย่างเปลี่ยนไป[9] โรคติดต่อลดความสำคัญลง โรคเรื้อรังเข้ามาแทนที่ ความเชื่อเดิมที่ว่าความขาดแคลนอาหารจะชักนำไปสู่การลดประชากรและการเกิดสงครามแย่งชิง[10] นั้น ได้รับการพิสูจน์ด้วยเวลาแล้วว่าไม่เป็นความจริง เพราะนับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สอง (ค.ศ. 1945) เป็นต้นมา อาหารเพิ่มขึ้น ประชากรโลกเพิ่มขึ้นแบบไม่มีใครคาดคิด องค์การสหประชาชาติ (UN) รายงานว่าประชากรโลกได้เพิ่มขึ้นถึงหลัก 8 พันล้านคน เมื่อวันที่ 15 เดือนพฤศจิกายน ปีค.ศ. 2022 จากเดิมที่ประมาณว่ามีเพียง 2.5 พันล้านคนในปีค.ศ. 1950 ผู้คนมีสิ่งอำนวยความสะดวกทำให้มีการขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวน้อยลง จากเดิมที่เคยต้องวิ่งไล่ล่าหาอาหารมาเป็นขับรถไปนั่งในออฟฟิศแล้วขับรถกลับ อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังซึ่งสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนกลายมาเป็น 74% ของสาเหตุการตายรวมในปัจจุบันขององค์การอนามัยโลก (WHO)

1.3 จุดเริ่มต้นเวชปฏิบัติเวชศาสตร์วิถีชีวิต

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเริ่มตั้งแต่มานานก่อนที่สงครามโลกครั้งที่ 2 จะสงบ กล่าวคือในปีค.ศ. 1939 แพทย์ผู้ลี้ภัยสงครามชาวเยอรมันเชื้อสายยิวชื่อแคมป์เนอร์ (Walter Campner) ได้อาศัยข้อมูลเบื้องต้นที่ว่ากุลิจินในเมืองทองที่ประเทศสหรัฐอเมริกามีใครเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือความดันเลือดสูง เขาจึงเริ่มการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่เป็นหลายโรคในคนเดียวกันด้วยวิธีเปลี่ยนอาหารอย่างสิ้นเชิงคือให้กินแต่ข้าวต้มและพืชผักตามแบบกุลิจิน ตัวชี้วัดคือ ความดันเลือด ไชมันในเลือด น้ำหนักตัว และภาพถ่ายจอประสาทตา แล้วพบว่าการรักษาได้ผลดีมาก ลดความดันและลดน้ำหนักได้ เขาตีพิมพ์ผลงานไว้ในวารสารการแพทย์[11] ซึ่งมีหลักฐานรวมทั้งภาพถ่ายจอประสาทตาก่อนและหลังการเปลี่ยนอาหาร และเขาได้รายงานผลงานในการประชุมแพทย์ แต่วงการแพทย์สมัยนั้นไม่ยอมรับผลวิจัยของแคมป์เนอร์ บ้างก็กล่าวหาว่าแคมป์เนอร์สร้างหลักฐานเท็จหรือข้อมูลสถิติปลอมขึ้นมา ซึ่งแคมป์เนอร์ได้กลับด้วยหลักฐานภาพถ่ายจอประสาทตาของผู้ป่วยก่อนและหลังการเปลี่ยนอาหารว่าใคร (สมัยนั้น) จะปลอมภาพถ่ายแบบนี้ได้ แพทย์สมัยนั้นเรียกร้องให้แคมป์เนอร์ทำวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งแคมป์เนอร์ก็ชี้แจงว่ามันผิดจริยธรรมของการวิจัยที่จะบังคับให้ผู้จับฉลากกลุ่มหนึ่งกินแต่อาหารที่มีหลักฐานชัดแล้วว่าทำให้เกิดโรค งานวิจัยดังกล่าวจึงไม่ได้เกิดขึ้น

หลังจากนั้นไม่นานก็มีการค้นพบยาลดความดันเลือดและการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ วงการแพทย์จึงทิ้งเรื่องการรักษาโรคด้วยข้าวต้มของแคมป์เนอร์ มุ่งมาหายาและการผ่าตัดบายพาสแทน ทำให้กิจการรักษาโรคด้วยข้าวต้มค่อย ๆ เสื่อมความนิยมลงจนต้องเลิกกิจการไปในที่สุด

เมื่อสงครามสงบแล้ว ในปีค.ศ. 1957 มีวิศวกรหนุ่มที่ร่ำรวยคนหนึ่งชื่อ พริตติคิน (Nathan Pritikin) เขาป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรงคือมีอาการเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อยตั้งแต่อายุยังไม่ถึงห้าสิบปี เขาตระเวนรักษากับแพทย์โรคหัวใจที่มีชื่อเสียงได้ 5 คนแล้วก็หมดศรัทธา เลิกยุ่งกับแพทย์ หันมาทำวิจัย ค้นหาวิธีรักษาโรคด้วยตัวเองโดยศึกษาวิถีชีวิตของหมู่คนหรือเชื้อชาติที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี้ เขาฝ่าฝืนคำแนะนำของแพทย์ที่ห้ามออกกำลังกาย โดยหันมาออกกำลังกายจนตัวเองเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกจึงค่อย ๆ เผลอลง พอหายเจ็บหน้าอกก็เพิ่มการออกกำลังกายอีก ทำแบบนี้ทุกวัน เรื่องการกินอาหารเขาก็ปฏิเสธคำแนะนำของแพทย์ที่ให้กินอาหารครบหมู่เน้นอาหารโปรตีนจากเนื้อนมไข่ แต่เขาเปลี่ยนมากินมังสวิรัต แทนตามผลการวิจัยตนเองของเขา โดยเขาเจาะเลือดดูตัวชี้วัดต่าง ๆ ประมาณ 200 ตัวทุกเดือน อะไรที่ความรู้แพทย์สมัยนั้นตรวจได้เขาตรวจหมด แล้วทดลองปรับอาหารและการใช้ชีวิตของเขาไปตามผลตรวจ เขาทำอย่างนี้แล้วหายเจ็บหน้าอก วิ่งจ็อกกิ้งได้วันละหลายกิโลเมตร จนเขามั่นใจในวิธีการของเขามาก จึงลงทุนจ้างนักวิจัยและชวนหมอชวนผู้ป่วยมาทำโครงการวิจัยวิธีรักษาโรคหัวใจด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งผลปรากฏว่าการรักษาได้ผลดี เขาพยายามตระเวนพูดในที่ประชุมแพทย์ว่าควรเปลี่ยนวิธีรักษาโรคหัวใจ จากวิธีเดิมมาเป็นวิธีเปลี่ยนวิถีชีวิตแทน แพทย์บางคนฟังเขา แต่แพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีใครฟังเขาเพราะเขาไม่ใช่แพทย์ ในที่สุดเขาก็ไปเปิดรีสอร์ทรับรักษาผู้ป่วยเสียเอง เริ่มเปิดครั้งแรกที่แคลิฟอร์เนีย แล้วต่อมาย้ายไปอยู่ที่ใหญ่กว่าเดิมที่ฟลอริดา รับรักษาโรคเรื้อรังระดับหนักจากทั่วประเทศ ด้วยวิธีสอนให้ดูแลตัวเอง ด้วยการกินอาหารที่มีพืชเป็นหลักแบบมีไขมันต่ำ ควบกับการออกกำลังกาย เขารายงานความสำเร็จของรีสอร์ทของเขาในวารสารการแพทย์บ่อย ๆ ยกตัวอย่างเช่นในงานวิจัยหนึ่ง[12] เขาจับผู้ป่วยโรคหัวใจที่แพทย์วางแผนว่าต้องผ่าตัดบายพาสแต่ผู้ป่วยกลัวแล้วหนีมาหาเขาจำนวน 64 คน เขาแนะนำคนพวกนี้ให้รู้วิธีดูแลตัวเองด้วยการกินอาหารแบบพืชเป็นหลักไขมันต่ำและให้ออกกำลังกาย แล้วตามดูคนกลุ่มนี้ไป 5 ปี พบว่าในจำนวนนี้ 80% กลับมามีชีวิตปกติไม่เจ็บหน้าอกโดยไม่ต้องผ่าตัดบายพาสเลย เป็นต้น

1.4 การวิจัยด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ทางด้านการวิจัยเชิงเวชศาสตร์วิถีชีวิตนั้น ในปีค.ศ. 1947 คีย์ส์ (Ancel Keys) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า โรคเรื้อรังเกิดจากวิถีชีวิต เขาได้ตีพิมพ์งานวิจัยติดตามคนกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีเนโซตา (สหรัฐฯ) นาน 15 ปี[13] อันส่งผลให้เกิดงานวิจัยระดับชาติซึ่งงานวิจัยฟรา밍แฮมในเวลาต่อมา[14] ซึ่งเป็นที่มาของการระบุว่าเป็นบ่อเกิดของโรคหลอดเลือดหัวใจในตำราทุกเล่มใน

ปัจจุบัน ตัวคีย์เองได้ทำงานวิจัยแบบระบาดวิทยาระดับนานาชาติขึ้นเป็นครั้งแรกซึ่งงานวิจัยเจ็ดประเทศ (Seven Countries Study[15]) ซึ่งจากงานวิจัยนี้เขาสรุปว่า

- (1) การมีคอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง สัมพันธ์กับการป่วยและตายจากโรคหลอดเลือดมากขึ้น
- (2) ความดันเลือดสูงทำให้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น
- (3) ความอ้วนและการมีคอเลสเตอรอลในเลือดสูงสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งมากขึ้น

แม้งานวิจัยของคีย์จะเป็นประเด็นให้แพทย์ทั่วโลกโต้แย้งกันแบบไม่มีใครฟังใครมาจนถึงทุกวันนี้ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าคีย์ได้ทำงานวิจัยระบาดวิทยาเชิงเวชศาสตร์วิถีชีวิตขนาดใหญ่ขึ้นเป็นครั้งแรก และคีย์คนนี้แหละที่ชี้ให้เห็นอิทธิพลของความแตกต่างในอาหารที่แต่ละชาติพันธุ์กินต่อการเกิดโรค หรือพูดได้อีกอย่างหนึ่งว่าคีย์เป็นคนแรกที่ชี้ให้เห็นความสำคัญของรูปแบบการกิน (dietary pattern) ซึ่งเป็นข้อมูลที่นำมาสู่งานวิจัยเปรียบเทียบขนาดใหญ่ชื่อ Lyon Diet Heart Study[16] ที่ให้ผลสรุปว่ารูปแบบการกินอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนเป็นรูปแบบการกินที่ทำให้สุขภาพดีมีอายุยืนกว่าอาหารแบบยุโรปหรืออเมริกันทั่วไป อันเป็นข้อสรุปที่วงการแพทย์ใช้เป็นมาตรฐานในการออกคำแนะนำเรื่องอาหารมาจนถึงปัจจุบัน

การค้นพบวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการผ่าตัดบายพาส (coronary bypass grafting - CABG) ในปีค.ศ. 1953 ทำให้ผู้ป่วยถูกชักนำไปสู่การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเป็นกระแสหลัก แต่ต่อมาผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลับมามีอาการเจ็บหน้าอกอีกหลังผ่าตัด เอสเซลสติน (Caldwell Esselstyn) ซึ่งเป็นศัลยแพทย์อยู่ในโรงพยาบาลคลิฟแลนด์ซึ่งเป็นทีริเริ่มงานผ่าตัดบายพาสแห่งแรกในโลก ได้ทำวิจัยแบบติดตามดูกลุ่มคนจำนวน 24 คนในปีค.ศ. 1990 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้กลับมามีอาการหลังการรักษาแบบปกติเต็มที่แล้ว วิธีการรักษาของเขาคือให้เปลี่ยนมากินอาหารมังสวิรัตแบบไขมันต่ำ แล้วติดตามผู้ป่วยของเขาไป 12 ปีพบว่าได้ผลการรักษาดีมาก พิสูจน์ได้จากทั้งผลการตรวจสวนหัวใจฉีดสีซ้ำและการตรวจกล้ามเนื้อหัวใจด้วย PET scan เขาตีพิมพ์งานวิจัยของเขาไว้หลายครั้ง[17–19]

ในปีค.ศ. 1990 ได้มีแพทย์ประจำบ้านที่ฮาร์วาร์ดคนหนึ่งชื่อออร์นิช (Dean Ornish) สมัยเป็นนักศึกษาแพทย์เขาได้เดินทางท่องเที่ยวไปในอินเดียและได้เห็นวิถีชีวิตที่ผู้คนกินอาหารมังสวิรัตและฝึกจิตด้วยวิธียะคะและนั่งสมาธิ เมื่อกลับมาเป็นแพทย์ประจำบ้านเขาได้ทำวิจัย[20,21] โดยเอาผู้ป่วยโรคหัวใจที่ตรวจสวนหัวใจพบว่าเป็นโรคแน่นอนแล้วมาสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งให้เปลี่ยนวิถีชีวิตไปอย่างสิ้นเชิงในสี่ประเด็นคือ

- (1) ให้กินอาหารมังสวิรัตไขมันต่ำ
- (2) ให้ออกกำลังกายจนถึงระดับหนักพอควรวันละ 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน
- (3) ให้จัดการความเครียดด้วยวิธีเช่นฝึกสมาธิหรือทำโยคะทุกวัน
- (4) ให้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสัปดาห์ละครั้ง

ก่อนเริ่มการทดลองเขาตรวจสอบหัวใจฉีดสีถ่ายเป็นภาพยนตร์ไว้หมด และสวนหัวใจซ้ำเมื่อครบหนึ่งปี และสวนหัวใจซ้ำเป็นครั้งที่สามเมื่อครบห้าปี ผลวิจัยของเขายืนยันได้ว่าการรักษาด้วยวิถีกินอาหารมังสวิรัตไขมันต่ำควบกับการออกกำลังกายนึ่งสมารถทำโยคะและเข้ากลุ่มเพื่อน ให้ผลดีกว่าการรักษาแบบเดิมชัดเจนไม่ว่าจะประเมินจากอาการป่วย อัตราการเข้าโรงพยาบาล หรือภาพรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจ เขาตีพิมพ์ผลวิจัยของเขาไว้ในวารสารการแพทย์หลายครั้ง ต่อมาประธานาธิบดีบิล คลินตัน ป่วยเป็นโรคหัวใจ แม้จะผ่าตัดและใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดแล้วก็ยังกลับมาเจ็บหน้าอกอีก ท่านประธานาธิบดีปฏิเสธข้อเสนอให้ผ่าตัดบายพาสซ้ำ แต่ได้เข้ารับการรักษาดังวิธีเปลี่ยนวิถีชีวิตกับออร์นิกจนลดน้ำหนักไปได้ 10 กก. และกลับมาสุขสบายดี ตัวออร์นิกเองได้เปิดศูนย์รักษาหัวใจด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิตขึ้นหลายสิบแห่งในสหรัฐฯ เขาเป็นผู้ที่รณรงค์จากรัฐบาลสหรัฐายอมผ่านกฎหมายให้การรักษาเชิงเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นการรักษาที่เบิกค่ารักษาจากเงินสวัสดิการของรัฐ (Medicaid, Medicare) ได้ และวิธีการรักษาโรคหัวใจด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิตของเขาเป็นที่ยอมรับของวงการแพทย์โรคหัวใจมากขึ้นรวมทั้งแพทย์ที่เคยต่อต้านมาแต่เดิม ตัวติน (ออร์นิก) เองได้เล่าให้ผู้เขียนฟังว่า กลางดึกคืนวันหนึ่งเขาได้รับโทรศัพท์จากปรมาจารย์การผ่าตัดหัวใจชื่อดีบากี้ (Michael DeBakey) ซึ่งอยู่ในวัย 99 ปี ได้โทรศัพท์มาขอบคุณตินเพราะเขาได้ใช้ผลวิจัยของตินดูแลตัวเองและภรรยาทำให้อยู่สุขสบายมาจนทุกวันนี้ และขอโทษตินที่สมัยตินเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ฮาร์วาร์ดตัวท่านในฐานะอาจารย์ได้พูดจากระแทกกระเทียบเปรยเปรยเชิงไม่เห็นด้วยกับการวิจัยของตินอย่างค่อนข้างรุนแรง

ในปีค.ศ. 1999 สถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐฯ (NIH) ได้สนับสนุนงานวิจัยสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบการกินอาหารเพื่อลดความดันเลือดแล้วได้ข้อสรุปว่าอาหารเพื่อลดความดัน (DASH diet)[22] ซึ่งเป็นอาหารมีพืชผักผลไม้มากและมีไขมันต่ำ สามารถลดความดันเลือดได้โดยไม่เกี่ยวกับยา

ในปีค.ศ. 2006 ได้มีแพทย์โรคเบาหวานชื่อบาร์นาร์ด (Niel D Barnard)[23] ได้ทำวิจัยการลดยารักษาเบาหวานโดยสุ่มแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งให้กินอาหารมังสวิรัตแบบไขมันต่ำ อีกกลุ่มหนึ่งให้กินอาหารของสมาคมเบาหวานอเมริกัน (ADA) พบว่ากลุ่มกินอาหารมังสวิรัตเลิกลายได้มากกว่าเกือบเท่าตัว น้ำหนักลดลง ไขมันลดลง น้ำตาลลดลงมากกว่าเท่าตัว

ในปีค.ศ. 2013 ได้มีการตีพิมพ์ (แก้ไขแล้วตีพิมพ์ใหม่ในปี ค.ศ. 2018)[24] ผลงานวิจัยทางโภชนาการครั้งใหญ่ที่ประเทศสเปนชื่อ PREDIMED ซึ่งสุ่มอาสาสมัคร 7,447 คน แบ่งเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มกินอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเสริมน้ำมันมะกอก กลุ่มกินอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเสริมมัน และกลุ่มควบคุมติดตามดู 4.8 ปีแล้วได้ผลสรุปว่าอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนทั้งกลุ่มเสริมน้ำมันมะกอกและกลุ่มเสริมมันช่วยลดความเสี่ยงการเกิดจุดจบที่เลวร้ายของโรคหัวใจหลอดเลือดลงได้ จึงนับเป็นอีกงานวิจัยสำคัญหนึ่ง

ที่ให้ข้อมูลไปทางเดียวกับงานวิจัย Lyon Diet Heart Study ว่าอาหารเมดิเตอร์เรเนียนลดความเสี่ยงของโรคได้

ในปีค.ศ. 1998 งานวิจัย The China Cornell Oxford Project[25] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาหารที่กินกับการเป็นโรคเรื้อรังในประชากรในชนบทของประเทศจีน ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบตัดขวางขนาดใหญ่ที่ให้ข้อมูลที่บ่งชี้ให้เห็นประโยชน์ของอาหารพืชเป็นหลักว่ามีความสัมพันธ์ผกผันกับการป่วยจากโรคเรื้อรัง

ตั้งแต่ปีค.ศ. 1991 เป็นต้นมา รัฐบาลสหรัฐฯได้ทำวิจัยเชิงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยวิธีวิจัยแบบสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบขนาดใหญ่ที่สุดชื่อ Women's Health Initiatives - WHI ซึ่งใช้อาสาสมัครถึง 1.6 แสนคน แบ่งเป็นกลุ่มย่อยหลายกลุ่มรวมทั้งกลุ่มที่ศึกษาเรื่องอาหารต่อโรคเรื้อรังด้วย โครงการวิจัยนี้จะดำเนินไปจนถึงปีค.ศ. 2026 ข้อมูลเท่าที่วิเคราะห์ได้ถึงปัจจุบันบ่งชี้ไปทางว่า[26] อาหารที่มีแหล่งพลังงานเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดไม่ขัดสี (มีกากมาก) และอาหารที่มีไขมันต่ำกว่าอาหารที่คนอเมริกันกินตามปกติ มีผลดีต่อการลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง

ตั้งแต่ปีค.ศ. 1976 เป็นต้นมา ฮาร์วาร์ดได้ทำงานวิจัยเชิงวิถีชีวิตแบบติดตามดูกลุ่มคนขนาดใหญ่มากสองงาน งานหนึ่งคืองานวิจัยสุขภาพพยาบาล (Nurses Health Study)[27] ซึ่งติดตามพยาบาลถึง 121,700 คนมาจนถึงปัจจุบัน งานวิจัยนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้เชิงเวชศาสตร์วิถีชีวิตและความรู้ที่เป็นประโยชน์เป็นอันมาก เช่น ให้ผลที่บ่งชี้ว่าการสูบบุหรี่สัมพันธ์กับโรคหัวใจหลอดเลือด ความอ้วนในหญิงหมดประจำเดือนสัมพันธ์กับมะเร็งลำไส้ใหญ่ และงานวิจัยนี้เป็นที่มาคำแนะนำโภชนาการระดับชาติของสหรัฐฯ เช่น healthy eating plate เป็นต้น

อีกงานหนึ่งคืองานวิจัยติดตามนักวิชาชีพด้านสุขภาพ (The Health Professionals Follow-Up Study (HPFS)[28] ซึ่งเริ่มติดตามนักวิชาชีพสายสุขภาพที่เป็นชายจำนวน 51,529 คนมาตั้งแต่ปีค.ศ.1986 มาจนถึงปัจจุบัน ได้ก่อให้เกิดองค์ความรู้ในเชิงเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นอันมากเช่นกัน เช่น ผลของการออกกำลังกายต่อการลดความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดและเติบโตของมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น

งานวิจัยที่กล่าวถึงข้างต้นเป็นตัวอย่างของการสร้างและสะสมองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตตลอดหลายสิบปีที่ผ่านมา ยังมีงานวิจัยที่ดีและมีประโยชน์ต่องานเวชศาสตร์วิถีชีวิตอีกจำนวนมากที่ผู้เขียนไม่ได้กล่าวไว้ในนี้ที่ให้ผลไปในทิศทางเดียวกันว่าการเปลี่ยนอาหารและวิถีใช้ชีวิตลดความเสี่ยงของการเป็นโรคเรื้อรังลงได้

1.5 การทำเวชปฏิบัติในแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตในปัจจุบัน

ทางด้านการทำเวชปฏิบัตินั้น แม้จะมีหลักฐานว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตใช้กันมาแล้วไม่ต่ำกว่า 70 ปี แต่ก็ยังไม่แพร่หลายในกระแสหลักของวงการแพทย์แผนปัจจุบัน จนกระทั่งในปีค.ศ. 2004 กลุ่มแพทย์และนักวิจัยที่เห็นความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องปฏิรูปการแพทย์เสียใหม่เพื่อระดมความรู้จากหลักฐานวิจัยมาปรับปรุงวิธีจัดการโรคเรื้อรังโดยการเน้นที่การเปลี่ยนวิถีชีวิต ได้ร่วมกันก่อตั้งวิทยาลัยเวชศาสตร์วิถีชีวิตอเมริกัน (American College of Lifestyle Medicine-ACLM) ขึ้นเป็นสาขาหนึ่งของการแพทย์ที่มีการเผยแพร่ความรู้และฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญระดับ Board Certified ผ่านกลไกการสอบเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในระดับประเทศในปี 2008 และอีกด้านหนึ่งก็ให้ความรู้เชิงวิถีชีวิตแก่คนทั่วไป โดยชูหกเสาหลัก คืออาหารพืชเป็นหลัก การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบตัว การนอนหลับ และการลดเลิกสารพิษจากนอกตัวขึ้นเป็นคอนเซ็ปต์หลักในการเปลี่ยนวิถีชีวิต

ต่อมาในปีค.ศ. 2015 ก็ได้มีการก่อตั้งคณะกรรมการเวชศาสตร์วิถีชีวิตนานาชาติ (International Board of Lifestyle Medicine - IBLM) เป็นการขยายแนวร่วมให้เกิดเวชปฏิบัติสาขานี้ในระดับสากล และในปี ค.ศ. 2022 ก็ได้มีการจัดตั้งองค์กร ชื่อ Lifestyle Medicine Association ขึ้นเพื่อทำการออกวารสาร American Journal of Lifestyle Medicine ให้เป็นสื่อกลางในการตีพิมพ์งานวิจัยทางด้านนี้

ในประเทศไทย แพทยสภาได้อนุมัติให้สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันและกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันเปิดหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเพื่อฝึกอบรมแพทย์ทั่วไปให้สอบเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิตตั้งแต่ปี ค.ศ. 2022 โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรมนาน 3 ปี และองค์กรทั้งสามได้ริเริ่มให้มีการจัดประชุมวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตระดับชาติเป็นประจำทุกปีเริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 2023 เป็นต้นมา ขณะเดียวกันก็กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการเพื่อออกวารสารเวชศาสตร์วิถีชีวิตในภาษาไทยขึ้น ซึ่ง ณ ขณะนี้เขียนต้นฉบับนี้ยังอยู่ในขั้นตอนดำเนินการอยู่

1.6 พัฒนาการของวิธีเปลี่ยนนิสัยคน

การเปลี่ยนนิสัยคนเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่เรียกรวม ๆ ว่าเวชศาสตร์การเปลี่ยนนิสัย (Behavior Medicine) แต่กล่าวโดยทั่วไปแพทย์มักไม่รู้จักและไม่ได้ใช้เครื่องมือนี้ในเวชปฏิบัติของตน การที่วิชาแพทย์พัฒนามาจากการแก้ปัญหาโรคติดเชื้อเฉียบพลัน การรักษาโรคขาดสารอาหาร และการแก้ปัญหาฉุกเฉิน เช่นอุบัติเหตุ ทำให้แพทย์ถนัดวิธีสอน ให้ข้อมูล สั่ง แนะนำ อธิบาย ซึ่งวิธีการเหล่านั้นใช้เปลี่ยนนิสัยที่ผู้คนเคยชินอยู่แล้วได้น้อยมาก เมื่ออุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยที่แพทย์ไม่อาจช่วยป้องกัน

หรือพลิกผันให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ ผู้ป่วยจึงเริ่มเสาะแสวงหาทางเลือกต่าง ๆ รวมทั้งการเสาะหาผู้ช่วยมาช่วยตนเองให้เปลี่ยนนิสัยเก่าที่ก่อโรคไปมีนิสัยใหม่ที่ไมก่อโรคให้สำเร็จ จึงได้เกิดอาชีพ “โค้ชสุขภาพ” ขึ้นในลักษณะอุปสงค์ทำให้เกิดอุปทาน ในสหรัฐอเมริกาประเทศเดียวมีผู้ตั้งตนเป็นผู้ฝึกสอนหรือเป็นสถาบันฝึกสอนโค้ชหลายร้อยสถาบัน แต่ละสถาบันก็มีวิธีการสอนการออกหนังสือรับรองของตนเอง จนในที่สุดในปี ค.ศ. 2017 สถาบันผู้ฝึกสอนโค้ชที่อยู่ในระดับนำของประเทศจำนวน 120 สถาบันได้ร่วมกันก่อตั้ง International Consortium for Health and Wellness Coaching – ICHWC และร่วมกับองค์กรสอบวุฒิบัตรการแพทย์แห่งชาติสหรัฐฯ (National Board of Medical Examination) จัดสอบและออกวุฒิบัตรที่เรียกว่าบอร์ดโค้ชสุขภาพระดับชาติ หรือ National Board Certified Health and Wellness Coach เขียนย่อว่า NBC-HWC ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และได้มีการออกวุฒิบัตรรับรองโค้ชสุขภาพในระดับชาติไปแล้วมากกว่า 8,400 คน

เนื้อหาสาระการฝึกอบรมและวิธีการทำงานของโค้ชสุขภาพโดยสรุปคือมุ่งช่วยผู้ป่วยให้เปลี่ยนนิสัยตนเองได้สำเร็จโดยใช้หลักเมตตาธรรมร่วมกับการเป็นหุ้นส่วนที่เสมอภาคกันกับผู้ป่วย คอยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นจุดแข็งและแรงบันดาลใจของตนเองจนใช้แรงบันดาลใจนั้นเปลี่ยนนิสัยตนเองด้วยตนเองได้สำเร็จ

ในประเทศไทย แต่เดิมแพทย์และพยาบาลซึ่งมีหน้าที่โดยตรงต่อการช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนนิสัยยังนิยมใช้วิธี สอน ให้ข้อมูล และแนะนำอยู่ ยังไม่มีการนำหลักวิธีโค้ชมาใช้ ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานและออกหนังสือรับรองโค้ชสุขภาพในระดับประเทศ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 2024 สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานของการผลิตและออกประกาศนียบัตรรับรองโค้ชสุขภาพขึ้น โดยมีหมวดสำคัญ 5 หมวด คือวิธีจัดโปรแกรมโค้ช กรรมวิธีการโค้ช ทักษะการโค้ช จริยธรรมของโค้ช และความรู้สำหรับโค้ช โดยได้เริ่มทำการฝึกอบรมและออกหนังสือรับรองการเป็นโค้ชสุขภาพ (certified health coach - CHC) รุ่นแรกขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม ปีค.ศ. 2024 ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นของการนำเวชศาสตร์การเปลี่ยนนิสัยมาใช้งานในรูปแบบของการโค้ชในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ อีกทั้งสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยได้ดำเนินการจัดตั้งสมาคมโค้ชเวชศาสตร์วิถีชีวิตแห่งประเทศไทยขึ้นเพื่อสนับสนุนเชิงวิชาการและทำการกำกับตรวจสอบเชิงป้องกันและแก้ไขปัญหาจริยธรรมให้สมาชิก อันจะทำให้กิจการโค้ชสุขภาพเป็นประโยชน์สูงสุดต่องานป้องกันและรักษาโรคเรื้อรังในประเทศไทยในอนาคต

2

หลักพื้นฐานเวชศาสตร์วิถีชีวิต

Basic Principle of Lifestyle Medicine

เวชศาสตร์วิถีชีวิต คือสาขาการแพทย์เฉพาะทางสาขาที่ใช้วิธีแทรกแซงให้เกิดการเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นเครื่องมือหลักในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น โดยเนื้อหาสาระหลักประกอบขึ้นจาก 6 เสาหลัก (6 pillars) ของ วิชาเวชศาสตร์วิถีชีวิต

2.1 หกเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

หกเสาหลักหมายถึงเนื้อหาสาระสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งในตำราเล่มนี้จะขยายความ เนื้อหาในแต่ละเสาหลักในบทต่อ ๆ ไป แต่ในบทนี้ขอรวบรวมชื่อของแต่ละเสาหลักเพื่อให้เห็นภาพใหญ่ไว้ก่อน ดังนี้

① โภชนาการแบบกินพืชเป็นหลักในรูปแบบใกล้เคียงธรรมชาติ (Whole food, Plant-based nutrition)

คำว่า พืชเป็นหลัก (plant-based) หมายถึงใช้วัตถุดิบอาหารทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดจากพืช

ในรูปแบบใกล้เคียงธรรมชาติ (whole food) หมายถึงอาหารที่กินในรูปแบบที่ได้จากธรรมชาติ กล่าวคือ (1) ไม่ผ่านการสกัดหรือคัดแยกเอาสารหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของอาหารออกไปมาก (2) กรณีเป็นธัญพืชก็ไม่ผ่านการขัดสีเอาส่วนผิวซึ่งอุดมสารอาหารออกไปมาก (3) ไม่ผ่านขั้นตอนการปรับเปลี่ยน

ในเชิงอุตสาหกรรม (process) มากเกินไป และ (4) ปราศจากสารกันบูด (preservatives) และมีสารแต่งสี แต่งกลิ่นแต่งรสที่ไม่ใช่โมเลกุลในอาหารธรรมชาติ (additives) น้อยที่สุด

๒ การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ประกอบด้วยการออกกำลังกาย (1) แบบแอโรบิกหรือการเคลื่อนไหวร่างกายให้เหนื่อยพอควร (2) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (3) การยืดเหยียดและยืดหยุ่นร่างกาย (4) การฝึกการทรงตัว

นอกจากการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ แล้ว ยังหมายความรวมถึง (5) การปรับเปลี่ยนวิถีใช้ชีวิต และทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากที่สุดด้วย

๓ การจัดการความเครียด ซึ่งหมายความรวมถึงการปรับตารางเวลาการใช้ชีวิตให้ได้ดุลยภาพระหว่างการใช้ชีวิตและการทำงาน (work life balance) การมีโอภาสสนใจจดจ่ออะไรจริงจัง การได้ทำสิ่งที่ตนมีความรักชอบ (passion) กับมัน การใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย (purposeful living) การฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ผลวิจัยบ่งชี้ว่าลดความเครียดและเสริมการผ่อนคลายได้ เช่น การฝึกนั่งสมาธิ (meditation) การฝึกสติ (mindfulness) การฝึกรำมวยจีน (Tai Chi) การฝึกโยคะ (Yoga) เพื่อการผ่อนคลาย การสัมผัสธรรมชาติ เช่น แสงแดด อากาศบริสุทธิ์ ป่าเขาลำเนาไพร ธารน้ำ เป็นต้น

๔ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบตัว ทั้งนี้มีงานวิจัยที่มีการติดตามต่อเนื่องนานถึง 75 ปี[29] พบว่าความสัมพันธ์กับคนรอบตัวเป็นปัจจัยใหญ่ที่สุดที่กำหนดความยืนยาวของชีวิตและคุณภาพชีวิต ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาก็แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีอายุยืนกับการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนรอบตัวและการใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบตัวเป็นวาระหลักเรื่องหนึ่งของการเปลี่ยนวิถีชีวิตไปสู่การมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี

๕ การนอนหลับ เวชศาสตร์วิถีชีวิตให้ความสำคัญกับการปรับวิถีชีวิตเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เพราะหลักฐานวิทยาศาสตร์ใหม่ ๆ บ่งชี้ความสัมพันธ์ที่แน่นหนาว่าปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับกับการป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคสมองเสื่อม และโรคที่กลไกการเกิดโรคเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและการอักเสบ เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือด นอกจากนี้การนอนไม่หลับยังมีผลกับคุณภาพชีวิตและความยืนยาวของชีวิตด้วย

๖ การจัดการสารพิษจากนอกร่างกาย สารพิษจากภายนอกที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่มีหลักฐานวิทยาศาสตร์แน่ชัดแล้วได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ สารเสพติดให้โทษอื่น ๆ เช่น มอร์ฟิน โคเคน เฮโรอีน สารพิษจากสิ่งแวดล้อม สารปนเปื้อนในอาหาร ซึ่งนอกจากโลหะหนัก ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าวัชพืชแล้ว ยังรวมยาที่ผู้ป่วยกินประจำเพื่อรักษาโรคเรื้อรังบางตัวด้วย

2.2 การเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้น (Intensive therapeutic lifestyle change – ITLC)

หลักฐานที่ชี้บ่งว่าการเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ได้ผลต่อการรักษาโรคเรื้อรังชัดเจนเทียบเท่ากับการใช้ยาในขนาดสูงและได้ผลรวดเร็วในเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันนั้น เกือบทั้งหมดมาจากงานวิจัยรักษาโรคด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้น (intensive therapeutic lifestyle change treatment - ITLC) ในขณะที่งานวิจัยเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบค่อยเป็นค่อยไป (TLC) มีรายงานว่าได้ผลจริงจางน้อยกว่า และมีตีพิมพ์ไว้น้อยกว่า การประเมินผลงานวิจัยแบบ ITLC ในเชิงการกำกับการแสดงออกของยีน (epigenetic) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการแสดงออกของยีนเกิดขึ้นในเวลาเร็วนับเป็นนาทีหลังจากที่เกิดการเปลี่ยนวิถีชีวิตขึ้น การเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นนี้มีสององค์ประกอบ คือ (1) จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่ให้กับวิถีชีวิตใหม่ (contract hours) (2) ระดับความเข้มข้นของวิถีชีวิตใหม่ (intensity)

ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงแบบเข้มข้น เช่นได้ทำอาหารกินทุกมื้อ กรณีอยู่ในบ้านพักผู้ป่วยหรือสถาบันดูแลก็ได้พบกับโค้ชหรือเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเปลี่ยนวิถีชีวิตบ่อย ไม่ต่ำกว่าวันละ 4-8 ชั่วโมงจนกว่าจะได้กลับบ้าน เมื่อกลับไปบ้านแล้วก็ยังมีการติดตามทางโทรศัพท์ อีเมล และสื่อสารออนไลน์ต่าง ๆ อีกหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน เป็นต้น

ความสำเร็จของการเปลี่ยนวิถีชีวิตขึ้นอยู่กับสององค์ประกอบ คือ (1) พลังความบันดาลใจของผู้ป่วยเอง (motivation) (2) ความเข้มข้นของการเปลี่ยนวิถีชีวิต ยิ่งผู้ป่วยป่วยมาก ยิ่งมีความจำเป็นที่จะต้องเริ่มการเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มข้น อุปมาเหมือนการรักษาโรคติดเชื้อที่รุนแรงต้องใช้ขนาดยาเริ่มต้นในขนาดสูง ซึ่งจะเรียกว่าเป็นระยะเหนี่ยวนำ (induction phase) ก็ได้ มาตรการที่ใช้ต้องเข้มข้นจริงจางกว่าระยะถัดไปเพื่อเข้าสู่ระยะดำเนินไปอย่างคงที่ ข้อดีของการใช้ระยะเหนี่ยวนำอีกด้านหนึ่งคือมันช่วยปิดหลุมพรางการดูถูกหรือตำหนิตนเอง หรือช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนเองจะเปลี่ยนนิสัยตนเองได้ (self efficacy) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อได้เห็นผลงานตนเองว่าเกิดขึ้นในเวลาอันรวดเร็วและเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงมันง่ายกว่าที่ตนเองเคยคิดกลัวเอาไว้

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของงานวิจัยรักษาโรคด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นที่มีหลักฐานว่าได้ผลดี

Lifestyle Heart Trial (Ornish)[20,21] เป็นงานวิจัยที่สุ่มแบ่งผู้ป่วยหัวใจเป็นสองกลุ่ม กลุ่มทดลองให้ปรับวิถีชีวิตในสี่ประเด็นคืออาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนเชิงเกื้อกูลกัน โดยไม่ให้ใช้ยาลดไขมัน ส่วนกลุ่มควบคุมให้วิธีรักษาหัวใจแบบดั้งเดิมปกติ เมื่อวิจัยไปได้หนึ่งปีพบว่ากลุ่มทดลองมี LDL ต่ำลง 37% ไขมันน้ำออกลดลง 91% รอยตีบที่หลอดเลือดโล่งขึ้น 5.5% ขณะที่กลุ่มควบคุมมี LDL ลดลง 6% ไขมันน้ำออกเพิ่มขึ้น 165% รอยตีบเพิ่มขึ้น 8% เมื่อตามดู

ถึงห้าปีพบว่ากลุ่มทดลอง (ซึ่งไม่ได้กินยา statin) มีรอยตีบลดลงไปอีก 7.9% ขณะที่กลุ่มควบคุมมีรอยตีบเพิ่มขึ้น 27.7% กรณีกินยา statin และมีรอยตีบเพิ่มขึ้น 46.7% กรณีไม่ได้กินยา statin

Lifestyle Modification Demonstration Project[30] เป็นงานวิจัยที่ทำโดยระบบประกันสุขภาพสหรัฐฯ (Medicare) เพื่อประเมินผลโปรแกรมฟื้นฟูโรคหัวใจด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นที่ทำในรีสอร์ท สองโปรแกรมคือ Dean Ornish Program for Reversing Heart Disease กับ Cardiac Wellness Program of the Benson-Henry Mind Body Institute ซึ่งสรุปผลว่าผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เพิ่งได้รับการรักษาหัวใจแบบรุกรานสำเร็จได้เข้าสู่ทั้งสองโปรแกรมรวม 580 คน พบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีดัชนีวัดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจทุกตัวดีขึ้น และยังคงดีอยู่เช่นนั้นเมื่อครบ 12 – 24 เดือนหลังจากออกจากโปรแกรม ซึ่งผลวิจัยนี้ได้นำไปสู่การออกกฎหมายให้การเข้าโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจเป็นสิ่งที่ “เบิกได้” (จาก Medicaid และ Medicare) ในประเทศสหรัฐอเมริกา

Pritikin Program[31] เป็นงานวิจัยการรักษาโรคหัวใจด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิตเข้มข้น (ILTC) จำนวน 230 คน เทียบกับแบบไม่เข้มข้น (LTC) พบว่าการเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นลดตัวชี้วัดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจทุกตัวรวมทั้งไขมันในเลือด ดัชนีมวลกาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ดีกว่า

Esselstyn study[32] เป็นการวิจัยตามดูกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ 198 คนที่ได้รับการรักษาด้วยการเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเข้มข้นนานเฉลี่ย 3.7 ปี แยกเป็นกลุ่มที่เกาะติดกับวิถีชีวิตใหม่ได้ดี 177 คน กับกลุ่มที่ไม่สามารถเกาะติดกับวิถีชีวิตใหม่ได้อีก 21 คน พบว่ากลุ่มที่ยังเกาะติดกับวิถีชีวิตใหม่มีอัตราเกิดจุดจذبที่เลวร้ายเพียง 0.6% ขณะที่กลุ่มไม่สามารถเกาะติดกับวิถีชีวิตใหม่มีจุดจذبที่เลวร้าย 62%

Lyon Diet Heart Study[16] เป็นการวิจัยสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจที่กินอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนกับแบบตะวันตกทั่วไปนาน 4 ปี พบว่า กลุ่มทดลองเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (14 vs 44 ครั้ง หรือลดความเสี่ยง RRR ได้ 76%) เกิดลิ้นเลือดอุดตันต่ำกว่า (27 vs 90 ครั้ง) ต้องรับไว้รักษาในรพ.น้อยกว่า (95 vs 180 ครั้ง) และมีดัชนีวัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่ำกว่า

DASH diet[33] เป็นงานวิจัยเอาคนเป็นความดันเลือดสูงชั้นที่หนึ่งจำนวน 459 คนมาแบ่งกินอาหารสามแบบเพื่อลดความดัน โดยกลุ่มควบคุมกินอาหารปกติแบบที่คนอเมริกันและคนยุโรปทั่วไปกิน ส่วนกลุ่มทดลองกลุ่มที่หนึ่งให้กินอาหารมีผักผลไม้มาก กลุ่มทดลองกลุ่มที่สองให้กินอาหารลดความดัน (DASH) ที่นอกจากมีผักผลไม้มากแล้วยังมีไขมันอิ่มตัวต่ำ มีเกลือต่ำ และจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้เหลือน้อย ทำการทดลองอยู่ 8 สัปดาห์พบว่าในบรรดาผู้เป็นโรคความดันเลือดสูงอยู่ก่อน กลุ่มที่กินอาหารลดความดันมีความดันซิสโตลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 11.4 มม. และความดันไดแอสโตลลดลงมากกว่า 5.5 มม.

งานวิจัยนี้ทำให้อาหาร DASH diet เป็นอาหารสุขภาพที่ได้รับการยอมรับกว้างขวางว่านอกจากจะใช้รักษาความดันเลือดสูงได้ดีแล้วยังช่วยลดน้ำหนักและใช้รักษาโรคอื่น ๆ เช่นโรคเกาต์ได้ผลดีอีกด้วย

CHIP program[34] เป็นโครงการลดโรคหัวใจในชุมชนโดยการฝึกอบรมสมาชิกแบบเข้มข้น 30 วัน (40 ชั่วโมง) และสนับสนุนให้สมาชิกออกกำลังกายวันละ 30 นาที ร่วมกับกินอาหารพืชที่มีกากมาก มีไขมันต่ำ มีเนื้อสัตว์น้อย มีน้ำตาลน้อย มีเกลือน้อย และไม่มีคอเลสเตอรอล พบว่าสมาชิกซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือด 304 คน ในจำนวนนี้มีน้ำหนักเกิน 10% เป็นเบาหวาน 14% เป็นความดันเลือดสูง 47% เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 32% เมื่อครบ 4 สัปดาห์แล้วพบว่าตัวชี้วัดทุกตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ทั้งความดันเลือด น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และไขมันในคนเป็นไขมันสูงอยู่ก่อน

DPP Study[35] เป็นงานวิจัยที่สุ่มผู้ใกล้จะเป็นเบาหวาน 3,234 คน แบ่งเป็นสามกลุ่ม คือกลุ่มควบคุม กลุ่มกินยา metformin 850 มก.วันละสองครั้ง และกลุ่มปรับวิถีชีวิตที่มุ่งลดน้ำหนักลงให้ได้ 7% แล้วติดตามไป 2.8 ปี พบว่ากลุ่มปรับวิถีชีวิตเป็นเบาหวานน้อยที่สุด (4.8%) กลุ่มกินยาเป็นเบาหวานรองลงมา (7.8%) กลุ่มควบคุมเป็นเบาหวานมากที่สุด (11.0%) จึงสรุปว่าการปรับวิถีชีวิตลดความเสี่ยงเป็นเบาหวานได้ดีกว่ายา

Counterpoint study[36] เป็นการศึกษาแบบ match case control เปรียบเทียบผลของการลดแคลอรีในอาหารคนเป็นเบาหวานแล้วพบว่าน้ำตาลในเลือดลดลงมาปกติ การดื้อต่ออินซูลินดีขึ้น ตับอ่อนกลับมาทำงานได้ และไขมันแทรกในเซลล์ตับ (Hepatic triacylglycerol) ลดลง

Barnard study[37] เป็นงานวิจัยที่สุ่มเอาผู้ป่วยโรคเบาหวานมาแบ่งเป็นสองกลุ่ม ให้กินอาหารของสมาคมเบาหวานอเมริกันเปรียบเทียบกับกินอาหารวีแกนแบบไขมันต่ำ (ไม่มีเนื้อสัตว์เลย) นาน 74 สัปดาห์แล้วพบว่ากลุ่มกินอาหารวีแกนลดน้ำตาลหลังอดอาหารได้มากกว่า (-0.34% vs -0.14%) ลดน้ำตาลสะสมได้มากกว่า (-0.40% vs 0.01%) ลดไขมันเลวได้มากกว่า (13.4 vs 3.4 มก./ดล.) เล็กกว่าเบาหวานได้มากกว่า จึงสรุปว่าอาหารวีแกนแบบไขมันต่ำรักษาเบาหวานได้ดีกว่าอาหารปกติที่แนะนำโดยสมาคมเบาหวาน

2.3 แนวคิดสุขภาพและสภาวะ (Health and Wellness)

ในปีค.ศ. 1961 แพทย์ชาวอเมริกันชื่อ ฮาลเบิร์ต ดูนน์ (Halbert L. Dunn) เป็นคนแรกที่ชี้ประเด็นว่าการไม่ป่วยกับการมีสุขภาพดีมีความสุขเป็นคนละเรื่องกันแต่เกี่ยวเนื่องกัน เขาพูดถึงองค์ประกอบส่วนที่จะทำให้คนมีความสุขว่าเป็น high level wellness ซึ่งเป็นชื่อหนังสือที่เขาเขียนด้วย[38] เนื้อหาของหนังสือจับความตั้งแต่คำนิยามสุขภาพของ WHO ว่า “สุขภาพคือสภาวะสุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจ

และสังคม ซึ่งไม่จำกัดอยู่แค่การไม่มีโรคไม่ทุพพลภาพเท่านั้น” แล้วนิยาม high level wellness ว่าเป็น “การผสมผสานทุกวิถีที่จะทำให้ศักยภาพของคนคนหนึ่งเพิ่มขึ้นไปถึงระดับสูงสุดของศักยภาพที่เขาจะมี” คุณนมองชีวิตของคน ๆ หนึ่งว่าถูกขับเคลื่อนด้วยพลังชีวิต บางวันมีพลังมาก บางวันมีพลังน้อย เขาเรียกพลังชีวิตนี้ว่า spirit (ซึ่งคำนี้มีผู้แปลเป็นภาษาไทยว่า “จิตวิญญาณ”) คุณนให้ความสำคัญกับพลังชีวิตมาก ถึงกับเรียกมนุษย์ว่าเป็น “เด็กจอมพลัง” ปัจจุบันท้าทายใด ๆ ต่อจิตใจและต่อพลังชีวิต ซึ่งรวมถึง (1) การมีเป้าหมายในชีวิต (2) การให้คุณค่าหรือความหมายแก่สิ่งที่ตนเองทำ (3) การได้เชื่อมโยงกับสิ่งตัวเองเชื่อว่ายิ่งใหญ่และสำคัญกว่าตัวเอง (4) การจะได้ใช้คุณลักษณะพิเศษที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน (uniqueness) อย่างเต็มศักยภาพของตน จะส่งผลต่อการมีสุขภาพดีชีวิตเป็นสุขอย่างมาก

คุณนหลังยกย่องคุณนว่าเป็นบิดาของวิชาเวลเนส แต่แนวคิดของเขาที่ให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ ไม่มีใครสนใจ จนเมื่อสิบปีต่อมา มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหนุ่มคนหนึ่งชื่อ ทราวิส (John W Travis) ได้อ่านแนวคิดของคุณนมาจัดตั้งศูนย์สร้างสุขภาวะ (Wellness Resource Center) ขึ้นที่แคลิฟอร์เนีย เปิดรับผู้ป่วยเข้ามาเรียนรู้รับผิดชอบสุขภาพและสุขภาวะของตัวเอง ผู้ป่วยต้องใช้เวลาฝึกฝนตัวเองนาน 8 เดือน โดยจ่ายเงิน 1,500 เหรียญต่อคน ในศูนย์นี้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต้องกำหนดและควบคุมกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะของตัวเอง แตกต่างจากศูนย์สุขภาพทั่วไปที่ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงแค่นั่งรอรับกระบวนการแทรกแซงใด ๆ ก็ตามที่แพทย์จะจัดให้ กิจกรรมฝึกตัวเองในศูนย์สุขภาวะของทราวิสมีตั้งแต่การฝึกผ่อนคลายร่างกาย การสำรวจตนเอง การฝึกการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ การบ่มความคิดสร้างสรรค์ การปรับโภชนาการ การปรับความฟิตของร่างกาย การฝึกจิตด้วยวิธีสร้างจินตภาพ เป็นต้น เป้าหมายก็คือให้ผู้ป่วยรู้จักตัวเองดีขึ้นเพื่อจะให้ดูแลตัวเองได้ดีขึ้น ทราวิสได้เขียนหนังสือขึ้นมาเป็นคู่มือผู้ป่วยในศูนย์นี้ชื่อหนังสือ Wellness Workbook[39] ซึ่งกลายมาเป็นหนังสือที่ได้รับความนิยมพอสมควร มีการตีพิมพ์ไปแล้วสามครั้ง ศูนย์เวลเนสของเขาเปิดดำเนินการอยู่ได้ 5 ปีก็ปิดกิจการลงเพราะไม่ประสบความสำเร็จเชิงธุรกิจ ตัวทราวิสเองได้หันมาโปรโมทคอนเซ็ปต์เวลเนสผ่านการจัดตั้งองค์กรไม่แสวงกำไรชื่อ Wellness Associates แม้กิจการของทราวิสจะไปไม่รอดในเชิงธุรกิจ แต่หนังสือที่เขาเขียนชื่อ Wellness Inventory[40] ได้ให้แนวทางที่แจ่มชัดพอสมควรแก่คนรุ่นหลัง ซึ่งผู้เขียนขอเขียนถึงสักเล็กน้อย

กล่าวคือในปีค.ศ. 1972 ทราวิสได้เสนอทฤษฎีว่าวิถีทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่มุ่งรักษาโรคและอาการผิดปกติให้หายแล้วจะคาดหวังให้ผู้คนมีความสุขนั้นไม่เพียงพอ เพราะแม้จะไม่ได้ป่วยเป็นโรคอะไร ไม่มีอาการทางร่างกาย แต่คนก็ยังอาจเป็นทุกข์จากความซึมเศร้า กังวล หรือภาวะทางใจอื่น ๆ ได้อยู่ การแพทย์ทำได้อย่างดีที่สุดก็เพียงแค่นำเอาผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีอาการผิดปกติทางร่างกายกลับมาอยู่ที่ภาวะตรงกลางที่ไม่ได้ป่วยแต่ก็ยังไม่ได้ทำให้มีความสุขทางใจ เขาเสนอกรอบความคิดใหม่โดยเขียนเป็นภาพไดอะแกรมให้เห็นว่าการจะมีสุขภาวะที่ดีนั้นเมื่อได้ขยับนำผู้ป่วยพ้นจากโรคและอาการทางร่างกายมา

สู่ภาวะเป็นกลางแล้ว ต้องขยับต่อไปในทิศทางนำผู้คนไปสู่การมีความสุขทางใจ มีอารมณ์ดี มีสุขภาพจิตดี โดยที่การขยับนี้อาศัยกลไกการสร้างการรับรู้ การให้ข้อมูล และการเสริมการเติบโตพัฒนาทางอารมณ์และทาง “จิตวิญญาณ” เป็นการขยับมีพลวัตรหรือมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา เขาเรียกสุขภาวะดีเต็มทีนี้ตามคุณน้าว่า Wellness ซึ่งเป็นที่มาของการใช้ศัพท์คำว่า Wellness นี้อย่างกว้างขวางในเวลาต่อมา

การขยับไปสู่สุขภาวะนี้ต้องอาศัยมุมมองที่เป็นบวกเป็นปัจจัยอิสระอีกปัจจัยหนึ่งด้วย กล่าวคือ หากผู้ป่วยเป็นโรคแต่มีมุมมองที่เป็นบวกก็เกิดสุขภาวะได้ หรือในทางกลับกันหากมีสุขภาพร่างกายดีไม่ป่วยเป็นโรคแต่หากมีมุมมองต่อชีวิตที่เป็นลบก็สูญเสียสุขภาวะได้

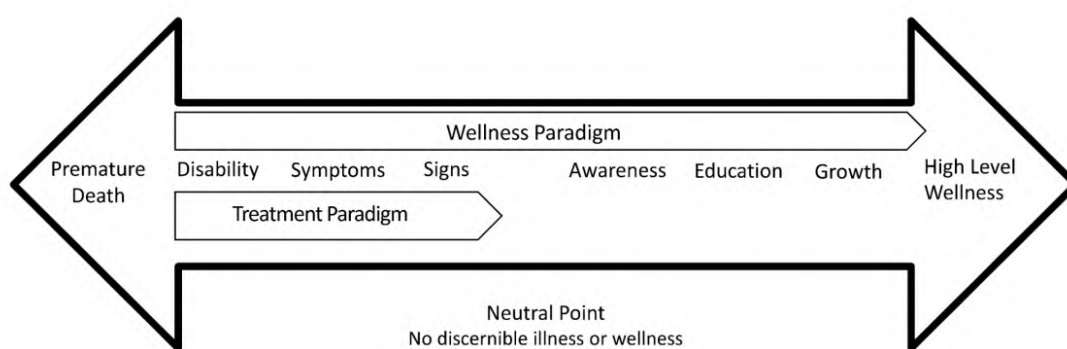


Figure 1. Illness-Wellness Continuum (Travis, 1977).

การจะเข้าใจแนวความคิดของทราวิส ต้องศึกษาสุขภาวะใน 12 มิติ จากหนังสือ Wellness Inventory ของเขาซึ่งสรุปสาระสำคัญว่าประกอบด้วย

- (1) ลมหายใจ (Breathing)
- (2) สิ่งเร้า (Sensing) รวมถึงการรับรู้ความรักจากคนอื่น
- (3) อาหาร (Eating)

ทั้งสามประการข้างต้นนี้เป็น “ขาเข้า” ของพลังชีวิต อีกเก้าประการต่อจากนี้เป็น “ขาออก” ของพลังชีวิต คือ

- (4) ความรับผิดชอบต่อตัวเองและเมตตาธรรม (Responsibility and Love)
- (5) การขยับเขยื้อนเคลื่อนไหว (Moving)
- (6) การมีความรู้สึก (Feeling)
- (7) การคิด (Thinking) (โดยให้คิดบวกมากกว่าลบ)
- (8) การเล่นและการทำงาน (Playing and Working)
- (9) การสื่อสารปฏิสัมพันธ์ (Communicating)

(10) การมีความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy)

(11) การค้นหาความหมาย (Finding meaning)

(12) การฝ่าข้ามการรับรู้ส่วนที่อธิบายเป็นภาษาได้ ไปสู่การรับรู้ที่อธิบายเป็นภาษาไม่ได้ (Transcending)

คำว่า Transcending ในข้อสุดท้ายนี้ ตัวทราวิสเองได้บอกผ่านเล็คเชอร์ของเขาในเวลาต่อมาว่าเขาหมายถึงการที่คนจะพาความสนใจของตัวเองฝ่าข้ามความคิดหรือคอนเซปต์ที่สร้างขึ้นมาจากตัวตนจำลองของตัวเอง เข้าไปสู่ภาวะความรู้ตัวที่ปลอดความคิดซึ่งเป็นที่จะได้พบกับความสงบเย็น เบิกบาน และเกิดปัญญาญาณสร้างสรรค์ ต่อมาเมื่อมองย้อนหลังกลับไป เขابอกว่าหากเขาใช้คำว่าจิตวิญญาณ (Spirituality) แทนคำว่า transcending มันน่าจะสื่อได้ดีกว่าแต่เขายังไม่กล้าใช้คำนี้ในสมัยนั้นเพราะยังไม่เป็นที่ยอมรับของวงการแพทย์กระแสหลักขณะนั้น

ทราวิสเน้นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลที่จะต้องขยับตัวเองไปจากภาวะเป็นโรคหรือสุขภาพไม่ดีไปสู่ระดับสุขภาพที่สูงขึ้นด้วยตนเอง เพราะเรื่องนี้ใช้วิธีให้แพทย์มารับผิดชอบแทนตัวเองไม่ได้

ทั้ง 12 องค์ประกอบของสุขภาพดีสุขภาพะดังกล่าวกว้างมาก และทราวิสก็ไม่ได้แสดงหลักฐานวิทยาศาสตร์สนับสนุนว่าแต่ละองค์ประกอบควรนำมาใช้อย่างไร ใช้แล้วจะได้ผลดีต่อสุขภาพหรือเกิดสุขภาพะแค่ไหน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้มีหลักฐานวิทยาศาสตร์ใหม่ ๆ ที่บ่งชี้ว่ามีปัจจัยด้านวิถีชีวิตหลายปัจจัยมีผลโดยตรงต่อการป้องกันและพลิกผันโรคเรื้อรัง ต่อการมีความสุขในชีวิต และต่อการมีอายุยืนยาว ปัจจัยที่มีหลักฐานสนับสนุนดีแล้วก็เช่น โภชนาการแบบอาหารพืชเป็นหลัก การขยับเขยื้อน เคลื่อนไหวออกกำลังกายมากขึ้น การจัดการความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ รวมถึงการนั่งสมาธิ (meditation) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบตัว การนอนหลับ การหลีกเลี่ยงสารพิษต่อร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ยาสูบ และแอลกอฮอล์ เป็นต้น ส่วนองค์ประกอบที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับหลักฐานวิทยาศาสตร์ได้ เช่น การฝ่าข้ามความคิดและคอนเซปต์ตัวตนจำลองไปสู่ความรู้ตัวที่ปลอดความคิด (Transcending) นั้น คงต้องทิ้งไว้ให้ผู้สนใจอยากจะมีสุขภาพะที่ดีไปทดลองปฏิบัติด้วยตนเองแล้วประเมินผลเอาเอง

2.4 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care)

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งหมายถึงการเข้าหา (approach) และแก้ไข ปัญหาสุขภาพอย่างรอบด้าน ครอบคลุมครบสี่ด้าน คือ

ร่างกาย (Body): หมายถึงสุขภาพร่างกายที่รวมถึงการประเมินและการแทรกแซงทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การรักษาพยาบาลด้วยยาและหัตถการแบบบูรณาการต่าง ๆ และการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย

จิตใจ (Mind): หมายถึงการดูแลให้เกิดความสุขทางใจ ทางอารมณ์ ทางความรู้สึก ซึ่งรวมไปถึงการใส่ใจดูแลปัจจัยทางจิตวิทยาต่าง ๆ เช่น การพุงทางอารมณ์ การจัดการความเครียด การจัดการด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ

สังคม (Social): หมายถึงการเอาใจใส่พุงรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันและกันระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับสังคมรอบตัว การให้และยอมรับเครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การมีส่วนร่วมกิจกรรมชุมชน และการจัดการแก้ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้คลี่คลายไปในทางเป็นบวกและสร้างสรรค์

จิตวิญญาณ (Spirit): หมายถึงการให้ความสำคัญกับปัจจัยที่จะช่วยเพิ่มพลังชีวิตซึ่งเป็นสิ่งทีนอกเหนือไปจากเรื่องร่างกายและเรื่องความคิด อันได้แก่ (1) การได้สนใจว่าทำอะไรจริงจัง (attention) (2) การได้ทำสิ่งที่ตนเองมีความรักชอบเป็นพิเศษ (passion) (3) การมีเป้าหมายในชีวิต (life purpose) (4) การยอมรับและเชื่อมโยงกับสิ่งตัวเองเชื่อว่ายิ่งใหญ่และสำคัญกว่าตัวเอง (acceptance) (5) การได้ใช้คุณลักษณะพิเศษที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน (uniqueness) อย่างเต็มศักยภาพของตน

นอกจากนี้ ความหมายของมิติจิตวิญญาณยังครอบคลุมถึงการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดพลังชีวิต เช่น การฝึกสติสมาธิ (meditation) โยคะ การร่ำรวยเงิน การเข้ากลุ่มศึกษาและฝึกปฏิบัติเพื่อผ่าข้ามความคิดอันจำกัดไปเชื่อมโยงกับสิ่งตนเองเชื่อว่ายิ่งใหญ่กว่าสำคัญกว่าตนเองทั้งในรูปแบบศาสนาหรือไม่เกี่ยวกับศาสนา เป็นต้น

2.5 การเลือกดัชนีสุขภาพเพื่อติดตามผลของการเปลี่ยนวิถีชีวิต

งานวิจัย Healthy Lifestyle Trial[41] ซึ่งเป็นการติดตามดูกลุ่มคนแบบไปข้างหน้า (prospective cohort) จำนวน 42,847 คน อายุ 40-75 ปีที่ยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคอะไร ติดตามดูเป็นเวลานาน 16 ปี โดยวิจัยติดตามด้วยแบบสอบถามและวัดผลตรวจดัชนีวิถีชีวิต 5 ตัวคือ (1) ไม่การสูบบุหรี่ (2) การมีดัชนีมวลกายไม่เกิน 25 (3) การออกกำลังกายระดับหนักพอควร 150 นาทีต่อสัปดาห์ขึ้นไป (4) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์เกินระดับพอประมาณ (5) คะแนนการกินอาหารสุขภาพ (healthy diet score) แล้วพบว่ามีคนป่วยเป็นโรคหัวใจเกิดขึ้น 2,183 คน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคกับดัชนีวิถีชีวิตพบว่าผู้ที่ดัชนีวิถีชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้ง 5 ตัว สัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงเป็นโรคลงอย่างมีนัยสำคัญ เฉพาะผู้ป่วยที่กินยาลดความดันและยาลดไขมันอยู่ หากดูแลตัวเองให้ดัชนีวิถีชีวิตทั้งห้าตัวปกติ จะลดการเกิดจุดจบที่เลวร้ายทางด้านหลอดเลือดหัวใจลงได้ 57% และทำให้ดัชนีทั้งห้าตัวปกติได้เพียงสองตัวขึ้นไปก็ยังคงลดจุดจบที่เลวร้ายลงได้ 27% ซึ่งนับเป็นหลักฐานสำคัญที่สนับสนุนให้เปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดการเป็นโรคเรื้อรังลง

งานวิจัย The Heart Study[42] ซึ่งติดตามกลุ่มประชากรชุมชนฟรามิงแฮมเป็นจำนวน 111,777 person-years โดยบันทึกปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจได้แก่ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ ความดันเลือด ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือดหรือการใช้ยารักษาเบาหวาน ขณะอายุ 50 ปี ซึ่งทุกคนยังไม่เป็นโรค แล้วติดตามดูปัจจัยเสี่ยงตลอดชีพจนอายุ 95 ปี พบว่าชายมีความเสี่ยงเกิดจุดจบที่เลวร้ายของโรค 51.7% หญิงมีความเสี่ยง 39.2% โดยความเสี่ยงจะสูงขึ้นเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงหนึ่งอย่าง และยิ่งจะสูงขึ้นอีกเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงสองอย่าง กล่าวคือเมื่อเทียบกับคนไม่มีปัจจัยเสี่ยง (ชาย 68.9% vs 5.2% หญิง 50.2% vs 8.2%) และมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยสั้นกว่า (ชาย 39 ปี vs 28 ปี หญิง 39 ปี vs 31 ปี)

ในปีค.ศ. 2010 สมาคมหัวใจอเมริกันได้รณรงค์ให้ใช้ดัชนีวิถีชีวิตง่าย ๆ เจ็ดตัว (Simple Seven™)[43] คือดัชนีมวลกาย ความดันเลือด ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ปริมาณผักผลไม้ที่กินต่อวัน เวลาที่ใช้ออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และการไม่สูบบุหรี่ เพื่อลดอัตราการตายจากโรคหัวใจหลอดเลือด ต่อมาได้มีงานวิจัยจำนวนมากที่สรุปผลได้ว่าการใช้ดัชนีวิถีชีวิตง่าย ๆ เจ็ดตัวลดการตายจากโรคหัวใจหลอดเลือดและอัตราการตายรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพดีมากในคนหลากหลายชาติพันธุ์และทุกกลุ่มอายุ โดยยิ่งปฏิบัติตามวิถีชีวิตเจ็ดอย่างได้มากชนิด ก็ยิ่งมีอัตราการตายต่ำ เช่นงานวิจัย ARIC study ติดตามดูผู้ป่วยที่ยังไม่ป่วยเป็นโรค 10,686 คน โดยแบ่งความสำเร็จในการปัจจัยเสี่ยงเจ็ดตัวเป็นสามกลุ่มคือ ทำได้น้อย ทำได้ปานกลาง ทำได้มาก พบว่ากลุ่มที่ปฏิบัติตามตัวดูแลดัชนีเจ็ดตัวได้ดีมีความเสี่ยงเสียชีวิตด้วยโรคนี้ตลอดชีพ 16.6% ขณะที่กลุ่มที่ทำได้น้อยมีความเสี่ยงเสียชีวิต 43.1%

งานวิจัยเมตาอานาไลซิสจากงานวิจัยติดตามดูกลุ่มคนแบบไปข้างหน้า 9 งานวิจัย[44] พบว่าผู้ปฏิบัติตามดัชนีวิถีชีวิตได้สูงสุด (ดัชนีปกติ 5 ตัวขึ้นไป) จะลดความเสี่ยงจาก 1.0 ลงเหลือ 0.20 สำหรับการเป็นโรคหัวใจหลอดเลือด 0.31 สำหรับการเป็นอัมพาตเฉียบพลัน 0.25 สำหรับการตายจากโรคหัวใจหลอดเลือด และ 0.55 สำหรับการตายรวมจากทุกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมสูง การปฏิบัติตามดัชนีวิถีชีวิตง่าย ๆ เจ็ดตัวได้ดีจะลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจหลอดเลือดลงได้ถึงระดับ 50%

ต่อมาในปีค.ศ. 2022 เพื่อสนองตอบต่อหลักฐานความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจหลอดเลือด[45] สมาคมหัวใจอเมริกันได้ปรับเปลี่ยน Simple Seven™ โดยปรับเพิ่มการนอนหลับเข้ามาเป็นดัชนีวิถีชีวิตอีกหนึ่งตัวและเรียกชื่อดัชนีวิถีชีวิตชุดใหม่นี้ว่าสิ่งจำเป็นของชีวิตแปดอย่าง (Life's Essential 8™)[46]

ดัชนีวิถีชีวิตทั้ง 8 ตัวข้างต้นยังขาดความสมบูรณ์เนื่องจากไม่ได้คำนึงถึงผลเสียของแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพ ทั้ง ๆ ที่หลักฐานนับถึงปัจจุบันบ่งชี้ว่าแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะได้อาจมาจากเครื่องดื่มชนิดไหน ก็มีผลเสีย

ต่อสุขภาพเหมือนกันหมดหากดื่มในปริมาณหรือจำนวนกรัมของแอลกอฮอล์ที่เท่ากัน (ดูรายละเอียดในบทที่ 13)

คำแนะนำให้ดื่มแอลกอฮอล์ระดับพอประมาณเพื่อลดการตายจากโรคหัวใจหลอดเลือดเป็นคำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกับหลักฐานวิทยาศาสตร์ในภาพรวม งานวิจัย INTERHEART study ซึ่งทำการศึกษาคน 52 ชาติ จำนวน 15,152 คนที่ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเรียบร้อยแล้ว โดยวิเคราะห์เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงร่วมกันของผู้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด พบว่าแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในเก้าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดจุดจบอันเลวร้ายของโรคหัวใจมากที่สุด

ดังนั้นผู้เขียนแนะนำบนพื้นฐานของหลักฐานวิจัยอย่างรอบด้านว่าควรใช้ดัชนีวิถีชีวิต 9 ตัวในการแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันและพลิกผันโรคด้วยตนเอง คือ ดัชนีมวลกาย (น้ำหนัก) ความดันเลือด บุหรี่ ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด การกินผักผลไม้ การออกกำลังกาย การนอนหลับ และการดื่มแอลกอฮอล์

3

เวชศาสตร์การเปลี่ยนนิสัย

Behavior Medicine

“การเปลี่ยนนิสัยให้สำเร็จ คือฐานรากที่จะทำให้เวชศาสตร์วิถีชีวิตเกิดประโยชน์จริง”

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยคุ้นเคยกับการสอนหรือบอกให้ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำของตน ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการแก้ปัญหาฉุกเฉินทางการแพทย์เช่นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดบวม หรือในการป้องกันโรคติดต่อ เป็นต้น แต่ไม่ใช่วิธีที่ดีในการช่วยให้ผู้คนเปลี่ยนนิสัยหรือเปลี่ยนการใช้ชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ที่สุดของวงการแพทย์ในปัจจุบัน หลักฐานวิจัยบ่งชี้ว่าการใช้วิธีโค้ช (coaching) ทำให้เกิดการเปลี่ยนนิสัยได้มากกว่า แต่การจะให้แพทย์เปลี่ยนจากวิธี สั่ง สอน อบรม แนะนำ จี้จิก ซึ่งเป็นวิธีที่ถนัด มาเป็นวิธีโค้ชซึ่งเป็นวิธีที่ไม่รู้จัก ไม่เคยทำ ไม่นัด จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับทฤษฎีการเปลี่ยนนิสัยที่มีผู้ใช้กันแพร่หลายเสียก่อน ซึ่งแบ่งหมวดหมู่ ออกได้เป็นสามหมวด คือ

หมวดที่ (1) เป็นวิธีที่คำนึงถึงตัวคนเดียว (individual)

หมวดที่ (2) เป็นวิธีที่คำนึงถึงการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (interpersonal)

หมวดที่ (3) เป็นวิธีที่คำนึงถึงสภาพแวดล้อม (ecological)

ซึ่งผู้เขียนได้คัดเลือกวิธีที่แพร่หลายและหลักฐานวิจัยบ่งชี้ว่าได้ผลดีสูงสุดตามลำดับมาให้อ่านและนำไปปฏิบัติ 8 วิธี จากทฤษฎีและวิธีปฏิบัติต่าง ๆ ที่งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมในเรื่องนี้พบว่ามีตีพิมพ์ไว้

แล้วมากกว่าหนึ่งร้อยวิธี[47] เป็นการยากที่จะสรุปจากหลักฐานวิจัยว่าวิธีไหนประสบความสำเร็จมากกว่าวิธีไหน ลักษณะของประชากรแต่ละกลุ่มเป็นปัจจัยกวนที่ทำให้ความสำเร็จของแต่ละวิธีแตกต่างกัน งานวิจัยแบบเมตาอานาไลซิสที่เอางานวิจัยระดับสุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบ (RCT) เพื่อดูผลของวิธีเปลี่ยนนิสัยการออกกำลังกายและการกินอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 14 งานวิจัยมาวิเคราะห์ พบว่าวิธีเปลี่ยนนิสัยที่ได้ผลดีสูงสุดสามอันดับแรกคือ (1) การสาธิตให้เห็นวิธีปฏิบัตินิสัยใหม่ (2) การให้ข้อมูลปฏิบัตินิสัยใหม่ (3) การวางแผนเปลี่ยนนิสัยตามลำดับอย่างรัดกุม ขณะที่วิธีที่ช่วยให้เปลี่ยนนิสัยได้ยั่งยืนที่สุดตามลำดับคือ การออกกำลังกายกับโค้ช กิจกรรมกลุ่ม การได้ติดต่อกับโค้ชฝึกออกกำลังกายและ/หรือกับนักกำหนดอาหารตามต้องการ ซึ่งงานวิจัยหลังนี้ยังบ่งชี้ด้วยว่ายังมีหมายกำหนดการฝึกกันถี่หรือพบกันถี่ก็ยิ่งได้ผลดี[48]

งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมการเปลี่ยนนิสัยทางด้านโภชนาการพบว่าวิธีที่ได้ผลคือวิธีเปลี่ยนความคิดเปลี่ยนพฤติกรรม (CBT), วิธีพูดคุยแบบสร้างความมั่นคงใจ (MI), วิธีติดตามวัดผลตัวเอง (self monitoring) วิธีทดแทนอาหารเดิมด้วยอาหารใหม่ วิธีวางแผนอาหารล่วงหน้า ส่วนวิธีที่ไม่ได้ผลคือการให้รางวัลเป็นตัวเงิน[49]

งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอีกงานหนึ่ง ศึกษาวิจัยการเปลี่ยนนิสัยผู้สูงอายุให้กินผักและผลไม้มากขึ้นจำนวน 22 งานวิจัย วิธีที่ได้ผลมากที่สุดตามลำดับคือ การค้นหาปัจจัยที่เป็นอุปสรรค (barrier identification) การใช้กระบวนการแก้ปัญหา การพยายาสังคม การตั้งเป้าหมายที่รัดกุม การใช้วิธีป้อนกลับ (feed back) ผลงานทันที[50]

ในเด็ก การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยการเปลี่ยนนิสัยออกกำลังกายและการกินในเด็กอ้วนจำนวน 17 งานวิจัย พบว่าวิธีที่ได้ผลคือการให้ข้อมูลผลเสียของความอ้วนที่จำเพาะต่อตัวเด็กแต่ละคน การปรับโครงสร้างสภาพแวดล้อม การป้อนกลับผลงานทันที การมีแม่แบบ (role model) การฝึกจัดการความเครียด การให้รางวัล[51]

งานวิจัยทบทวนการเปลี่ยนนิสัยเพื่อลดน้ำหนักในผู้ใหญ่พบว่าวิธีที่ได้ผลคือการวางแผนที่รัดกุม การบริหารเวลา การป้อนกลับผลงานทันที และการพยายาสังคมที่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า[52,53]

ในทางปฏิบัตินอกจากจะอาศัยข้อมูลว่าทฤษฎีไหนได้ผลดีกับผู้ป่วยกลุ่มไหนแล้ว ความสำเร็จของการเปลี่ยนนิสัยยังขึ้นอยู่กับขั้นตอนการนำลงปฏิบัติ เช่น (1) การตั้งเป้าหมายที่รัดกุม (2) การจัดทำแผนที่ดี (3) การลงมือทำ (4) การติดตามดู (5) การแก้ปัญหา (6) การพยายาสังคม ซึ่งจะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

3.1 ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model - HBM)

HBM เป็นทฤษฎีเก่าที่มีความเป็นมาตั้งแต่ปีค.ศ. 1950[54] เป็นทฤษฎีที่ใช้ทำงานกับตัวผู้ป่วย คนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว (individual) ไม่เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่เกี่ยวกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม มีเนื้อหาสาระว่าคน ๆ หนึ่งจะลงมือเปลี่ยนนิสัยเพื่อให้สุขภาพดีขึ้นก็ต่อเมื่อเขารับรู้ (perceived) ว่า

- (1) โรคที่เขาจะเป็นหากไม่ป้องกันนั้นรุนแรง
- (2) มีโอกาสมากที่เขาจะเป็นโรค
- (3) ประโยชน์ที่เขาจะได้เมื่อเปลี่ยนนิสัยนั้นคุ้มค่า
- (4) อุปสรรคของการเปลี่ยนนิสัยนั้นมีน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้

ในยุคแรก HBM ถูกใช้ประโยชน์ในลักษณะใช้ครั้งเดียวแล้วเลิกเช่น การรณรงค์ฉีดวัคซีน ต่อมาได้มีการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถตัวเองที่จะเปลี่ยนนิสัย (self efficacy) ซึ่งเป็นการก้าวข้ามหลุมพรางการถูกตัวเองเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิธี HBM ด้วยเพื่อใช้เปลี่ยนนิสัยที่ต้องการความต่อเนื่อง[55] แต่งานวิจัยประเมินผลการใช้ HBM ในการเปลี่ยนนิสัยที่ต้องการความต่อเนื่องเช่นการออกกำลังกายพบว่าองค์ประกอบสำคัญสองอันของ HBM คือการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ว่ามีโอกาสจะเป็นโรคนั้นสูง ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนนิสัยของผู้คนแต่อย่างใด[56] ดังนั้นแม้ HBM จะเคยถูกใช้ในงานวิจัยมาก่อนอย่างกว้างขวาง[57] แต่ต่อมาเมื่อมีโมเดลอื่นมีอัตราความสำเร็จของการเปลี่ยนนิสัยแม่นยำแน่นอนกว่า[58] ประโยชน์ของ HBM จึงเหลือแค่สำหรับใช้ในงานที่หวังผลเพียงครั้งเดียวแล้วเลิกเช่นงานรณรงค์เฉพาะเรื่องเฉพาะกาลเท่านั้น

3.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Model)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง มีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าโมเดลผ่านข้ามหลายทฤษฎี (Transtheoretical Model – TTM) ถูกนำเสนอขึ้นในปีค.ศ. 1992 จากการสรุปคอนเซ็ปต์ออกมาจากการทำงานในคลินิกเลิกบุหรี่ของจิตแพทย์คนหนึ่งชื่อโพรแชสกา (J O Prochaska)[59] มีสาระสำคัญสองส่วน ส่วนที่ 1. คือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง และส่วนที่ 2. ตัวช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอน

3.2.1 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

สาระสำคัญมีอยู่ว่าในการเปลี่ยนนิสัยของคนใดคนหนึ่ง จะผ่านขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้น ๆ รวมทั้งหมด 6 ขั้น โดยแต่ละขั้นหากใช้ตัวช่วยที่เหมาะสมเฉพาะสำหรับขั้นนั้นเข้าไปช่วยก็จะเอื้อให้เกิดการเปลี่ยนนิสัยได้สำเร็จมากขึ้น ขั้นตอนทั้งหมดทั้งหกขั้นได้แก่

ขั้นที่ 1. ไม่สนใจ (Pre-contemplate) นิยามว่าใน 6 เดือนข้างหน้าจะยังไม่มียุติอะไรเกิดขึ้น คนที่อยู่ในขั้นนี้ยังไม่อยากคิด หรือไม่ยอมคิดที่จะเปลี่ยนนิสัย คนจำนวนมากมักจะติดอยู่ในขั้นนี้ ทั้งนี้เป็นเพราะพวกหนึ่งไม่รู้ข้อมูลความจริงว่านิสัยเก่าจะนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพอย่างไร อีกพวกหนึ่งรู้ข้อมูลความจริงและเคยลองพยายามเปลี่ยนนิสัยมาแล้วหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ จึงหมดความเชื่อในตัวเองว่าจะเปลี่ยนนิสัยได้ เพราะขั้นตอนในแต่ละขั้นในทฤษฎีนี้แตกต่างจากขั้นตอนพัฒนาการของเด็กทารกที่เปลี่ยนจากคลานไปนั่ง ไปยืน ไปเดิน คือพัฒนาไปข้างหน้าแล้วไม่มีหล่นกลับมาข้างหลังอีก แต่ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนิสัยนี้บางคนไปข้างหน้าแล้วหล่นกลับมาอยู่ในขั้นเก่า ๆ ได้อีกหลายรอบ ทั้งพวกที่ไม่รู้ความจริง และพวกที่รู้แต่ “ถอดใจ” เสียแล้วนี้ มักจะประเมินประโยชน์ของการเปลี่ยนนิสัยไว้ต่ำกว่าความเป็นจริง หรือไม่ก็ประเมินความยากลำบากของการเปลี่ยนนิสัยไว้สูงกว่าความเป็นจริง ทั้งสองพวกจะเหมือนกันตรงที่ไม่ยอมศึกษา ไม่ยอมอ่าน ไม่ยอมคิด ไม่ยอมรับฟัง ว่านิสัยเก่ามันไม่ดีอย่างไร ผู้ที่ติดอยู่ในขั้นตอนนี้ จึงมักจะถูกหมายหัวหรือถูกพิพากษาว่าเป็นคนดื้อ หรือเป็นคนขาดแรงบันดาลใจ หรือเป็นคนไม่มีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

งานวิจัยพบว่ามีแรงผลักดันสามแรงที่จะช่วยผู้ติดอยู่ในขั้นนี้ให้ก้าวไปสู่ขั้นถัดไปได้ คือ

Development events (แรงผลักดันจากพัฒนาการของชีวิต) คือเมื่อชีวิตคนได้ดำเนินไปถึงระยะหนึ่งของมัน คนมักหันมาทบทวนสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตว่าอะไรควร อะไรไม่ควร เช่นงานวิจัยเลิบบุหรี่พบว่าเมื่อผู้สูบบุหรี่มีอายุได้ 39 ปีซึ่งเป็นวัยกลางชีวิต (midlife) จะเป็นจุดที่ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนจากไม่สนใจมาเป็นสนใจที่จะเลิกบุหรี่มากที่สุด

Environmental events (แรงผลักดันจากเหตุการณ์แวดล้อม) เช่น เมื่อผลการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่ามียกยอนที่เต้านม ก็จะเป็นแรงผลักดันให้เกิดความสนใจจะเปลี่ยนวิถีกินอาหารเพื่อลดการเป็นมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งมักเป็นแรงผลักดันชนิด “ไม่เห็นโลงไม่เห็นหลังน้ำตา” บางครั้งก็อาจจะมาซ้ำไป เช่นเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขึ้นเสียก่อนที่จะเกิดความอยากลดการกินอาหารไขมันอิ่มตัวสูง เป็นต้น

Planned interventions (แรงผลักดันจากการวางแผนแทรกแซง) เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องพิษของไขมันทรานส์ การออกกฎหมายจำกัดเวลาซื้อแอลกอฮอล์ การที่ลูกสาวขอให้พ่อเลิกบุหรี่เป็นของขวัญวันเกิด เป็นต้น

ขั้นที่ 2. ไตร่ตรอง (Contemplate) นิยามว่าคงจะมีการลงมือทำอะไรสักอย่างภายในหกเดือนข้างหน้านี้ค่อนข้างแน่นอน ผู้ป่วยในขั้นนี้รับรู้ประโยชน์ของการเปลี่ยนนิสัยแล้วเป็นอย่างดี แต่พอคิดจะเปลี่ยนนิสัยขึ้นจริง ๆ ก็เกิดความกังวลถึงความยากลำบากหรือต้นทุนของการเปลี่ยนนิสัยแทรกขึ้นมา ยิ่งใกล้วันที่ต้องตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนนิสัย ความกังวลก็ยิ่งเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความลังเล (ambivalence) ทำ

ให้เกิดพฤติกรรมแบบกลัว ๆ กล้า ๆ หรือเบื่อ ๆ อายาก ๆ (love-hate relationship) บางคนอาจจะติดอยู่ในขั้นนี้นานจนกลายเป็นการ “ไตร่ตรองเรื้อรัง (chronic contemplation)” ผู้ป่วยในขั้นนี้ยังไม่มีความพร้อมที่จะรับโปรแกรมที่ต้องลงมือการทำใด ๆ ทั้งสิ้น

ขั้นที่ 3. เตรียมการ (Preparation) ผู้ที่อยู่ในขั้นนี้มีเจตนาที่จะลงมือเปลี่ยนนิสัยตัวเองในอนาคตอันใกล้ นี้ นิยามว่าภายใน 1 เดือนข้างหน้าต้องมีการลงมือทำ ผู้ป่วยมีแผนในใจแล้ว อาจมีการเตรียมการไปแล้วบางส่วน เช่น ไปสมัครเข้ากลุ่มลดน้ำหนัก ซื้อคอร์สกับเทรนเนอร์ ปรึกษาหารือกับแพทย์ ซื้อหนังสือคู่มือ เป็นต้น

ขั้นที่ 4. ลงมือทำ (Action) เริ่มนับเมื่อมีการปฏิบัตินิสัยใหม่ให้เห็น ซึ่งมีนิยามว่าเป็นระยะหกเดือนแรกของการเริ่มปฏิบัตินิสัยใหม่ แต่ถ้าเป็นเพียงแค่การลองทำในระดับต่ำกว่าที่จะมีผลต่อสุขภาพ เช่น การทดลองลดจำนวนบุหรี่ที่สูบเพื่อป้องกันมะเร็งปอดก็ยังไม่นับว่าเป็นนิสัยใหม่ เพราะมาตรฐานทางการแพทย์ในเรื่องการป้องกันโรคจากบุหรี่คือต้องเลิกสูบเด็ดขาด เป็นต้น การลดการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อรักษาแอลกอฮอล์ลิสม์ก็เช่นเดียวกัน จะเริ่มนับว่าเกิดนิสัยใหม่ก็ต่อเมื่อเลิกดื่มเด็ดขาดแล้วเท่านั้น

ขั้นที่ 5. ธำรงรักษา (Maintenance) เป็นระยะป้องกันการกลับไปสู่นิสัยเดิม (relapse) ในระยะนี้ยิ่งธำรงรักษานิสัยใหม่ไว้ได้นาน ผู้ป่วยยิ่งสะสมความมั่นใจว่าจะอยู่กับนิสัยใหม่ได้ยั่งยืนเพิ่มขึ้น ความสำเร็จของระยะนี้ขึ้นอยู่กับ การการเลี้ยงตัวเองให้อยู่ระหว่างความเย้ายวน (temptation) กับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) โดยไม่ปล่อยตัวเองให้หลุดไปสู่ข้างความเย้ายวน ซึ่งงานวิจัยพบว่ายังมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับไปหานิสัยเก่าได้สูงในระยะหลังจากเริ่มนิสัยใหม่ได้ 6 เดือนถึง 5 ปี

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยย้อนกลับไปหานิสัยเดิมเร็วมักเกิดจากไม่ได้เตรียมตัวให้ดีพอมาก่อน หรือไม่ได้คาดหวังมาก่อนว่าจะต้องรับมือกับแรงดึงดูดของนิสัยเก่าเป็นเวลานาน ๆ หลายเดือนหรือหลายปี หากเพลอหรือเลินเล่อเมื่อไหร่ก็จะพลัดกลับเข้าสู่นิสัยเก่าได้ง่าย ๆ การเตรียมผู้ป่วยจึงควรให้ผู้ป่วยรับทราบแต่แรกว่าการเปลี่ยนนิสัยเป็นการวิ่งมาราธอน ไม่ใช่วิ่งร้อยเมตร คนจะเข้าวิ่งมาราธอนต้องฝึกต้องเตรียมมาทุกอย่าง การเปลี่ยนนิสัยก็เช่นกัน งานวิจัยพบว่าเหตุที่เป็นตัวหลักในการดึงดูดให้กลับไปหานิสัยเก่าคือความเครียด ซึ่งมักมาในรูปของภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล ความหงุดหงิด ความเบื่อ ความเหงา ซึ่งเป็นภาวะที่คนทั่วไปจะหันเข้าหาการดื่มมากขึ้น กินมากขึ้น สูบมากขึ้น การมีวิธีรับมือกับความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ โยคะ รำมวยจีน การมีเพื่อนให้พูดคุยปรึกษาหารือ ล้วนช่วยลดการกลับไปหานิสัยเก่าได้

ขั้นที่ 6. เปลี่ยนนิสัยสำเร็จ (Termination) นิยามว่าเมื่ออิทธิพลของความเย้ายวนลดเหลือ 0% และความเชื่อมั่นในความสามารถเปลี่ยนนิสัยของตัวเอง (self efficacy) เพิ่มขึ้นถึง 100% ไม่ว่าจะมีความ

ชิมเคร้า กังวล เปื่อ เหงา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มาถึงขั้นนี้ก็ไม่กลับไปหานิสัยเก่าอีกราวกับว่าไม่เคยมีนิสัยแบบเก่ามาก่อนเลย งานวิจัยเลิغبุหรี่ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์ด้วย พบว่ามีผู้เลิغبุหรี่ได้จนถึงขั้นนี้เพียง 20%[60] ซึ่งนับว่าเป็นอัตราความสำเร็จที่ค่อนข้างต่ำ

3.2.2 วิธีช่วยให้เลือนระดับขั้น (Process of Change)

โพเรสกา ได้กำหนดหลักใช้ตัวช่วยในการเลือนระดับขั้นผู้ป่วยจากงานวิจัยของเขา[61] ไว้ดังนี้

หลักที่ 1. ในการช่วยผู้ป่วยจากขั้นไม่สนใจมาสู่ขั้นไตร่ตรอง การเพิ่มน้ำหนักของประโยชน์ที่จะได้จากการเปลี่ยนนิสัย มีอิทธิพลมากกว่าการลดความยากลำบากของการเปลี่ยนนิสัย

การทบทวนงานวิจัย 12 รายการพบว่ายังคงเน้นการรับรู้ประโยชน์ของการเปลี่ยนนิสัยเพิ่มขึ้นมาก ยิ่งเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะเลือนตัวเองขึ้นมาสู่ระยะไตร่ตรองมากขึ้น มากกว่าการรับรู้การลดลงของอุปสรรคต่อการเปลี่ยนนิสัย หากแพทย์บอกให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไม่สนใจทดลองลิสต์ประโยชน์ของการเปลี่ยนนิสัยเช่นการเลิغبุหรี่หรือการเริ่มออกกำลังกายให้ดู ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะลิสต์ประโยชน์ได้ประมาณ 4-5 รายการ แต่ถ้าแพทย์บอกว่าประโยชน์มันมีมากกว่านั้นถึง 8-10 เท่าและให้ไปลิสต์มาเป็นการบ้านก่อนมาพบกันที่คลินิกครั้งหน้า ก็พบว่าผู้ป่วยที่ยังเขียนลิสต์ประโยชน์ของการออกกำลังกายได้มาก เช่น ทำให้หัวใจแข็งแรง ทำให้ปอดทำงานดี ทำให้มีพลังกำลังมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานดีขึ้น อารมณ์ดีขึ้น เครียดน้อยลง เช็กซ์ดีขึ้น นัปลือตัวเองมากขึ้น ฯลฯ ก็ยิ่งขยับตัวเองจากระยะไม่สนใจขึ้นมาสู่ระยะเตรียมการได้เร็วขึ้น

หลักที่ 2. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเตรียมการ หากได้รับรู้ว่าอุปสรรคของการเปลี่ยนนิสัยมีน้อยกว่าที่ตนเคยคิด จะเลือนตัวเองจากระยะเตรียมการขึ้นมาสู่ระยะลงมือทำได้เร็วขึ้น ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากเมื่ออยู่ในระยะไม่สนใจที่น้ำหนักหรืออิทธิพลของอุปสรรคมีไม่มากเท่าระยะไตร่ตรองและลงมือทำ

หลักที่ 3. ผู้ป่วยระยะไม่สนใจ จะประเมินประโยชน์ของนิสัยใหม่ต่ำกว่าความเป็นจริง และประเมินอุปสรรคหรือความยากของการเปลี่ยนนิสัยสูงกว่าความเป็นจริงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในระยะอื่น

หลักที่ 4. การจะทำให้ผู้ป่วยเลือนตัวเองจากขั้นไม่สนใจขึ้นมาถึงขั้นลงมือทำได้ด้วยการให้รับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่ จะต้องเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่ว่ามีมากกว่าที่เขาคิด อย่างน้อยหนึ่งคะแนนมาตรฐาน (SD=1)[62]

หลักที่ 5. การจะทำให้ผู้ป่วยเลือนตัวเองจากขั้นเตรียมการมาสู่ขั้นลงมือทำ จะต้องเพิ่มการรับรู้อุปสรรคของการสร้างนิสัยใหม่ว่ามีน้อยกว่าที่เขาคิด อย่างน้อยครึ่งคะแนนมาตรฐาน (SD = 0.5)

หลักที่ 4 และที่ 5 นี้โฟกัสที่ตัวช่วยการเปลี่ยนนิสัยสองตัว คือ (1) การให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่ว่ามีมากกว่าที่ผู้ป่วยเคยคิด และ (2) การให้ผู้ป่วยรู้ว่าอุปสรรคของการเปลี่ยนนิสัยมีน้อยกว่าที่ผู้ป่วยเคยคิด โปรดสังเกตว่าเพียงเพื่อจะบอกว่าการจะเปลี่ยนนิสัยคนควรเน้นที่การเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่เป็นสองเท่าของการรับรู้การลดลงของอุปสรรค โพรแซกมาถึงกับตรากฎทางคณิตศาสตร์ขึ้นมาซึ่งดูเป็นเรื่องที่มากเกินไป อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมาได้มีงานวิจัยแบบเมตาอานาไลซิสซึ่งใช้งานวิจัย 140 รายการ ครอบคลุมการเปลี่ยนนิสัย 48 นิสัย ก็ได้ผลยืนยันตัวเลขเชิงคณิตศาสตร์ของโพรแซก คือพบว่าการเลื่อนขั้นการเปลี่ยนนิสัยเกิดเมื่อการรับรู้ผลดีของนิสัยใหม่มีมากกว่าที่เคยคิด 1.0 SD ขึ้นไป และการรับรู้ว่าอุปสรรคการเปลี่ยนนิสัยมีน้อยกว่าที่เคยคิด 0.54 SD ขึ้นไป[63]

หลักที่ 6. จำแนกวิธีช่วยเปลี่ยนนิสัยไว้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1. วิธีช่วยทั้งหมดที่มี คือ

Consciousness raising คือการให้ข้อมูลความจริงในรูปของการบอกกล่าว การสอน การเผยแพร่ความรู้

Dramatic relief คือการเล่นละครปลุกเร้าอารมณ์ ให้เห็นอารมณ์ที่มากับนิสัยเก่าเช่น ความกลัว ความรู้สึกผิด ความหวัง เล่นละครว่าอารมณ์เหล่านั้นจะเปลี่ยนไปอย่างไรเมื่อเปลี่ยนนิสัยสำเร็จ จริงอยู่มีงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าการแทรกแซงด้วยวิธีให้ความรู้ที่ดี ปลุกเร้าความกลัวที่ดี เปลี่ยนนิสัยคนไม่ได้แต่อย่างใด แต่ในทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้การให้ความรู้ที่ดี การปลุกเร้าอารมณ์ที่ดี มีเป้าหมายเพียงเพื่อเลื่อนขั้นผู้ป่วยจากขั้นไม่สนใจมาเป็นขั้นไตร่ตรองเป็นสำคัญ ไม่ได้มีเป้าหมายไกลไปถึงขั้นให้เปลี่ยนนิสัยสำเร็จ

Environmental re-evaluation คือประเมินผลกระทบต่อคนรอบตัว ว่านิสัยเก่าของตัวเองก่อผลเสียให้คนรอบตัวอย่างไร

Self re-evaluation คือการจินตนาการว่าตัวเองเมื่อทิ้งนิสัยเก่าไปมีนิสัยใหม่ได้สำเร็จแล้วจะเป็นอย่างไร

Self liberation คือการปลดปล่อยตนเองจากนิสัยเก่า ซึ่งมีสององค์ประกอบ คือ (1) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเปลี่ยนตนเอง (2) ความมุ่งมั่นเอาจริงเอาจังที่จะทำตามความเชื่อ นั้น ความมุ่งมั่นนี้หากแสดงออกต่อหน้าคนอื่นหรือต่อสังคมจะมีผลมากกว่าแสดงออกกับตัวเองคนเดียว งานวิจัยพฤติกรรมพบว่าคนหากมีทางเลือกแค่ทางเดียวจะมีความมุ่งมั่นบันดาลใจไม่มากเท่าที่มีทางเลือกสองทาง ยังมีทางเลือกสามทางยิ่งมีความบันดาลใจจะเปลี่ยนนิสัยมากขึ้น แต่หากมีทางเลือกสี่ทางกลับไม่มีผลเพิ่มความบันดาลใจแต่อย่างใด[64]

Counter conditioning คือการสร้างนิสัยทดแทน รวมทั้งการพยายามทำซ้ำซาก (desensitization) การยึดเยียดให้ทำ (assertion)

Reinforcement management คือการให้รางวัลและลงโทษ รางวัลมีผลเปลี่ยนนิสัยมากกว่าการลงโทษ แต่ในระยะยาวจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสร้างวิธีให้รางวัลตนเองแทนที่การหวังรางวัลจากสังคมรอบตัว งานวิจัยพบว่าคนส่วนใหญ่คาดหวังการได้รางวัลและการยอมรับจากสังคมรอบตัวมากกว่าที่เขาได้จริง เพราะคนรอบตัวอาจมองความสำเร็จใดความสำเร็จหนึ่งของคน ๆ หนึ่งว่าเป็นเรื่องเล็ก ๆ ไม่สำคัญ การให้รางวัลตัวเองจึงควบคุมเงื่อนไขได้ง่ายกว่า และมีข้อดีอีกอย่างหนึ่งคือให้ได้ในเวลาทันทีกว่า

Stimulus control คือการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อนิสัยใหม่และป้องกันการกลับไปหานิสัยเก่า เช่นเอาไฟแช็ค และที่เขี่ยบุหรี่ออกไปจากบ้านกรณีเลิกบุหรี่, การไปเข้ากลุ่มช่วยตนเอง เป็นต้น

Helping relationships คือแสวงหาความช่วยเหลือ เปิดรับ ทอดไมตรี หาเพื่อน หาสปอนเซอร์ไปเข้ากลุ่มบำบัด แต่ถ้าเริ่มมีการ “ติด” ความช่วยเหลือ ก็ต้องค่อย ๆ ลดความช่วยเหลือดังกล่าวลงอย่างมีจังหวะ

Social liberation คือการสร้างตัวช่วยระดับสังคม เช่นสมาคมช่วยเหลือต่าง ๆ

ส่วนที่ 2. หลักการเลือกใช้วิธีในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ[65]

ขั้นไม่สนใจ ตัวช่วยคือ (1) การให้ข้อมูลความจริงเพื่อเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่ว่ามีมากกว่าที่เคยคิด (2) การใช้ละครปลูกเร้าอารมณ์ (3) การประเมินผลกระทบต่อคนรอบตัว

ขั้นไตร่ตรอง ตัวช่วยคือ (1) การจินตนาการว่าเมื่อเริ่มนิสัยใหม่ได้ชีวิตตัวเองจะเป็นอย่างไร (2) การให้ข้อมูลเพิ่มการรับรู้ว่าคุณสมบัติของการเริ่มนิสัยใหม่น้อยกว่าที่เคยคิด (3) การให้ข้อมูลเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่ว่ามีมากกว่าที่เคยคิด

ขั้นเตรียมการ ตัวช่วยคือ (1) การจินตนาการว่าเมื่อเริ่มนิสัยใหม่ได้ชีวิตตัวเองจะเป็นอย่างไร (2) การทำใจปลดปล่อยตนเองจากนิสัยเก่า (3) การให้ข้อมูลเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่ว่ามีมากกว่าที่เคยคิด (4) การให้ข้อมูลเพิ่มการรับรู้ว่าคุณสมบัติของการเริ่มนิสัยใหม่น้อยกว่าที่เคยคิด (5) การเพิ่มความมั่นใจในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

ขั้นลงมือทำ ตัวช่วยคือ (1) การจินตนาการว่าเมื่อเริ่มนิสัยใหม่ได้ชีวิตตัวเองจะเป็นอย่างไร (2) การให้รางวัลและลงโทษ (3) การแสวงหาความช่วยเหลือ (4) การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อนิสัยใหม่ (5) การให้ข้อมูลเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของนิสัยใหม่ว่ามีมากกว่าที่เคยคิด (6) การให้ข้อมูลเพิ่ม

การรับรู้ว่าคุณสมบัติของการเริ่มนิสัยใหม่น้อยกว่าที่เคยคิด (7) การเพิ่มความมั่นใจในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

ชั้นฮารวาร์กซ์ ตัวช่วยคือ (1) การสร้างนิสัยทดแทน (2) การจัดการสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อนิสัยใหม่

หลักที่ 7. Self-efficacy หรือความมั่นใจว่าตัวเองสามารถเปลี่ยนนิสัยตัวเองได้สำเร็จ หรือกล่าวอีกมุมหนึ่งคือการข้ามพ้นหลุมพรางที่ถูกตัวเอง เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เปลี่ยนนิสัยสำเร็จ ซึ่งความมั่นใจนี้จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยค่อย ๆ ขยับขึ้นขั้นของการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้นตามลำดับ

3.2.3 ข้อจำกัดและข้อดีของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

เมื่อมองจากมุมของคน ๆ หนึ่ง (intrapersonal) ข้อจำกัดของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงนี้คือการเปลี่ยนนิสัยถูกขอย่อยลงเป็นขั้น ๆ แต่ละขั้นต้อง “รอ” จังหวะใช้วิธีเปลี่ยนนิสัยที่เหมาะสมกับขั้นนั้น ยิ่งไปกว่านั้นแต่ละขั้นของการเปลี่ยนแปลงก็อาจจะไม่นิ่ง เพราะปัจจัยที่กระทบต่อนิสัยเช่นความเ้ายวนก็ไม่ได้นิ่งทำให้ต้องคอยปรับการใช้วิธีช่วยตาม แต่ทฤษฎีนี้ก็มีข้อดีตรงที่ผู้ที่จะมอยู่กับนิสัยที่ทำให้สุขภาพไม่ดีส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงตัวเองทันที การช่วยเตรียมความพร้อมเป็นขั้น ๆ ไปก่อนจะช่วยให้การเปลี่ยนนิสัยทำได้จริงมากขึ้น

เมื่อมองจากมุมของคนในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมรอบตัวเช่น ครอบครัว เพื่อน สังคม ประเทศชาติ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงไม่ได้นำปัจจัยนอกตัวเข้ามาเป็นตัวช่วยการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยภายในตัวของคนผู้นั้นเสียอีก

3.3 ทฤษฎีรับรู้สังคม (Social Cognitive Theory)

3.3.1 ทฤษฎีรับรู้สังคม คืออะไร

ทฤษฎีรับรู้สังคม (Social Cognitive Theory -SCT) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้สังคม (Social Learning Theory)[66] ซึ่งมีสาระสำคัญว่าคนเราเรียนรู้และสร้างพฤติกรรมใหม่ของตัวเองและรับรู้ปัจจัยเสริมพฤติกรรมทั้งทางบวกทางลบจากการสังเกตเฝ้าดูพฤติกรรมของผู้อื่น แบนดูรา (Albert Bandura) ได้ตั้งทฤษฎีรับรู้สังคมนี้ขึ้นในปีค.ศ. 1977 โดยปรับเนื้อหาสาระไปเป็นว่าคนเราสร้างพฤติกรรมใหม่ขึ้นจากปัจจัยสองส่วน คือ

(1) ปัจจัยภายในตัว เช่น เชาวน์ปัญญา ความคิดอ่าน ความชอบ แนวโน้มเชิงสรีระของร่างกาย เป็นต้น และ

(2) ปัจจัยภายนอกตัว คือ บุคคลอื่น สังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพรอบตัว เป็นต้น