[TUH Journal online Volume 11 No.1 January – April 2026]

การพัฒนา Service โภชนบำบัดเชิงรุกแบบองค์รวม เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

อณวัต พัชรกิจจากร[1]*,
ปาณิสรา ศรีศฤงฆาร[1],จิระวุฒิ ทองโยธา[1]

รับบทความ: 29 ธันวาคม 2568; ส่งแก้ไข: 15 มกราคม 2569; ตอบรับ: 12 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

โครงการนี้มุ่งพัฒนารูปแบบบริการโภชนบำบัดเชิงรุกแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไต โดยเน้นการบูรณาการการดูแลด้านโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้แนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตมากกว่าการควบคุมโรคเพียงอย่างเดียว

ผลการดำเนินงานสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบบริการดังกล่าวสามารถสนับสนุนการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ส่งเสริมสมรรถภาพและมวลกล้ามเนื้อ ควบคู่กับการเพิ่มคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างชัดเจน การดูแลที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ช่วยสร้างประสบการณ์การรักษาที่มีความหมายและสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง

รูปแบบบริการนี้จึงเป็นตัวอย่างของ Service Excellence ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ และมีศักยภาพในการขยายผลสู่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้านโภชนาการอื่น ๆ ในอนาคต

คำสำคัญ : โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยฟอกไต โภชนบำบัดเชิงรุก การดูแลแบบองค์รวม ภาวะกล้ามเนื้อลีบ คุณภาพชีวิต การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

[1] แผนกโภชนบำบัด โรงพยาบาลกรุงเทพระยอง ระยอง 21000
*อีเมล : Anawat.pa@brh.co.th

Development of a Proactive Holistic Nutrition Care Service to Enhance Quality of Life in Patients with End-Stage Renal Disease

Anawat Patcharagitjagorn[1*], Panisara Srisaringkarn[1], Jirawut Thongyotha[1]

Received: December 29, 2025; Received revision: January 15, 2026; Accepted: March 12, 2026

Abstract

This project aimed to develop an integrated, proactive nutrition care service model for patients with End-Stage Renal Disease (ESRD) undergoing dialysis, with a focus on improving quality of life rather than disease control alone. The service model integrates nutrition therapy, physical rehabilitation, and multidisciplinary collaboration under a person-centered care approach, emphasizing patient and family engagement in goal setting and care planning.

The outcomes demonstrate that this integrated service model effectively supports adequate nutritional intake, enhances muscle mass and physical function, and improves patients' quality of life and satisfaction. By aligning clinical care with patients' individual goals and daily living contexts, the service fosters meaningful care experiences beyond conventional fragmented approaches.

This proactive, holistic nutrition service represents a model of service excellence that can be embedded within routine clinical practice and has the potential to be adapted and scaled to other patient populations at risk of malnutrition and functional decline.

Keywords: End-Stage Renal Disease, Dialysis, Proactive Nutrition Therapy, Holistic Care, Sarcopenia, Quality of Life, Person-Centered Care

[1] Nutrition Therapeutic Department, Bangkok Hospital Rayong, Rayong 21000, Thailand.
*Corresponding E-mail: Anawat.pa@brh.co.th

บทนำ

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่ได้รับการฟอกไตมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการและภาวะกล้ามเนื้อลีบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย การช่วยเหลือตนเอง และคุณภาพชีวิตในระยะยาว[1-2] การดูแลรักษาทางการแพทย์ในปัจจุบันมุ่งเน้นการควบคุมโรคและการฟอกไตอย่างมีประสิทธิภาพเป็นหลัก ขณะที่การดูแลด้านโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพมักเป็นการดูแลแบบแยกส่วนและขาดความต่อเนื่อง[3-4]

จากประสบการณ์การให้บริการ พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้ต้องการเพียง “การอยู่รอด” แต่ต้องการ “การกลับมามีชีวิตที่มีคุณภาพ” โครงการนี้จึงถูกพัฒนาขึ้นในฐานะ Service เชิงรุก ที่มุ่งบูรณาการการดูแลด้านโภชนบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการดูแล เพื่อสร้างประสบการณ์บริการที่มีคุณค่าและยั่งยืน[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ESRD แบบองค์รวมที่บูรณาการโภชนบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพไปใช้จริงในระบบบริการ

2. เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านโภชนาการ สมรรถภาพทางกาย และมวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วย

3. เพื่อยกระดับประสบการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

4. เพื่อพัฒนา Service Model ที่สะท้อนแนวคิด Service Excellence และสามารถขยายผลได้ในอนาคต

วิธีการดำเนินการ

เป็นการพัฒนา และดำเนินงานเชิงบริการ (Service Development) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การคัดกรอง

ผู้ป่วย ESRD ที่ได้รับการฟอกไตได้รับการคัดกรองด้วย Malnutrition Inflammation Score (MIS)[6] ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางถึงรุนแรง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และแผนการดูแล[4,7]

2. การประเมินก่อนเริ่มโครงการ

ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองจะได้รับการประเมินก่อนเริ่มโครงการ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานดังนี้

2.1 การประเมินสถานะโภชนาการรายบุคคล โดยนักกำหนดอาหารด้วยการซักประวัติการบริโภคอาหาร 24-hour dietary recall ร่วมกับประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วย Malnutrition Inflammation Score (MIS) ซึ่งครอบคลุมข้อมูลด้านน้ำหนักตัว การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร อาการทางระบบทางเดินอาหาร และสภาวะการอักเสบ

2.2 การประเมินมวลกล้ามเนื้อแขนขา(Appendicular Lean Mass Index: ALMI) วัดมวลกล้ามเนื้อแขน และขาด้วยเครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย (Bioelectrical Impedance Analysis; BIA) และคำนวณค่า ALMI เป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m²)

2.3 การประเมินสมรรถภาพกล้ามเนื้อ (Handgrip Strength) ด้วยวัดแรงบีบมือด้วย Handgrip Dynamometer โดยให้ผู้ป่วยบีบมือข้างถนัด 2–3 ครั้ง และใช้ค่าที่ดีที่สุดเป็นตัวแทนสมรรถภาพกล้ามเนื้อ

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (9-

THAI) ซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตประจำวัน และบทบาททางสังคม

2.5 การประเมินความพึงพอใจต่อบริการ ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการโภชนบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้ระดับคะแนนร้อยละ

3. การจัดทำแผนดูแลรายบุคคล

นักกำหนดอาหารทำงานร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดเป้าหมายด้านโภชนาการ สมรรถภาพ และคุณภาพชีวิต[3,5]

4. การติดตามและให้บริการต่อเนื่อง

ติดตามการบริโภคอาหารรายสัปดาห์ ปรับเมนูและสื่อสนับสนุนให้เหมาะสม ฝึกกำลังและความทนทานของกล้ามเนื้อ พร้อมปรับแผนการดูแลตามสภาพผู้ป่วย[3,5]

5. การประเมินผลลัพธ์

ประเมินผลหลังครบ 3 เดือน โดยยึดเป้าหมายของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ พลังงานและโปรตีนที่ผู้ป่วยต้องการ, มวลกล้ามเนื้อแขนขา (ALMI) สมรรถภาพกล้ามเนื้อ (Handgrip Strength) คุณภาพชีวิต (9-THAI) และความพึงพอใจ

ผลการดำเนินการ

วัตถุประสงค์ที่ 1: เพื่อพัฒนาและนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ESRD แบบองค์รวมที่บูรณาการโภชนบำบัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพไปใช้จริงในระบบบริการ

ผลการดำเนินการ พบว่า โครงการสามารถพัฒนาและนำรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมไปใช้จริงในหน่วยฟอกไต โดยเป็นการทำงานร่วมกันของนักกำหนดอาหาร ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคล (Individualized Care Plan) ที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ที่ 2: เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านโภชนาการ สมรรถภาพทางกาย และมวลกล้ามเนื้อของผู้ป่วย

หลังดำเนินโครงการ 3 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมทั้งหมดได้รับพลังงานและโปรตีนมากกว่าร้อยละ 80 ของความต้องการ ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีค่า ALMI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 0.1–0.2 kg/m² และผู้ป่วยทุกรายมีค่า Handgrip Strength เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5–10 สะท้อนถึงการปรับตัวด้านโภชนาการและสมรรถภาพกล้ามเนื้อที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ที่ 3: เพื่อยกระดับประสบการณ์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยร้อยละ 80 มีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 และผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่าร้อยละ 85 แสดงถึงการรับรู้คุณค่าของการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

วัตถุประสงค์ที่ 4: เพื่อพัฒนา Service Model ที่สะท้อนแนวคิด Service Excellence และสามารถขยายผลได้ในอนาคต

โครงการนี้ได้พัฒนา Service Model ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered Care) บูรณาการโภชนบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้เกิดประสบการณ์บริการที่มีคุณค่า สามารถนำไปขยายผลสู่ผู้ป่วย ESRD รายอื่น และกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงด้านโภชนาการในอนาคตได้ ดังกรณีตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีเป้าหมาย “อยากมีแรงและกลับมาเดินได้” หลังการดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยสามารถลุกเดินด้วยไม้เท้า ทำกิจวัตรประจำวัน และออกกำลังกายเบาได้อย่างสม่ำเสมอ สะท้อน

ผลลัพธ์ของ Service ที่มีความหมายต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างแท้จริง

อภิปรายและสรุปผล

โครงการโภชนบำบัดเชิงรุกแบบองค์รวมนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนา Service ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถสร้างผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ควบคู่กับประสบการณ์การดูแลที่มีคุณค่า การบูรณาการโภชนบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วย ESRD ไม่เพียง “อยู่รอด” แต่สามารถ “มีชีวิตที่มีคุณภาพ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม โครงการนี้จึงเป็นตัวอย่างของ Service Excellence ที่สามารถขยายผลไปยังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้านโภชนาการอื่น ๆ ได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายการเข้าถึงผู้ป่วย: ควรขยายโครงการไปยังผู้ป่วย ESRD ที่อยู่ตามชุมชนหรือสถานพยาบาลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ได้รับบริการโภชนบำบัดเชิงรุกแบบองค์รวม

2. การติดตามระยะยาว: แนะนำให้มีการติดตามผลลัพธ์ด้านโภชนาการ มวลกล้ามเนื้อ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว (6–12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

3. พัฒนาสื่อและเครื่องมือสนับสนุน: ควรสร้างสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงระบบติดตามอาหารและกิจกรรมทางกายแบบดิจิทัล

4. ขยายสู่กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงอื่น ๆ: สามารถนำโมเดล Service นี้ไปประยุกต์กับผู้ป่วยทุพโภชนาการกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือผู้สูงอายุเรื้อรัง

5. ประเมินความคุ้มค่าและต้นทุน: แนะนำให้วิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ของการให้บริการเชิงรุก เพื่อนำข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจขยายบริการในระดับโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณผู้อำนวยการและทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยโภชนบำบัด โรงพยาบาลกรุงเทพระยอง ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตลอดโครงการตลอดจนผู้ให้คำปรึกษาที่ช่วยให้การพัฒนารูปแบบบริการนี้ประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Kovesdy CP, Kalantar-Zadeh K. Management of protein-energy wasting in chronic kidney disease. J Ren Nutr. 2009;19(1):73–82.
2. Morley JE, Anker SD, von Haehling S. Prevalence, incidence, and clinical impact of sarcopenia in patients with chronic kidney disease. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2014;5(1):1–7.
3. Dwyer JT, Hill Gallant KM. Nutrition in chronic kidney disease: an integrative approach. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2016;19(6):460-466.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Clinical practice guideline for nutrition in chronic kidney disease. Kidney Int Suppl. 2020;10:1–12.
5. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, et al. Telehealth for global emergencies: implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). J Telemed Telecare. 2020;26(5):309-313.
6. Fouque D, Kalantar-Zadeh K, Kopple J, et al. A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein energy

wasting in acute and chronic kidney disease. Kidney Int. 2008;73(4):391–398.

7. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guideline for nutrition in chronic kidney disease: 2020 update. Am J Kidney Dis.2020;76(3 Suppl 1):S1–S107.