

การจัดการทางการพยาบาลด้าน โภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง

กนิษฐา อยู่เพชร*, ปรียาภรณ์ แสงทวี**, เอกพล อัจฉริยะประสิทธิ์*

*สาขาโลหิตวิทยา, ภาควิชาอายุรศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700. **แผนก ศัลยกรรม, โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา, กาญจนบุรี 71000.

บทคัดย่อ

การขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการนี้ขึ้นกับตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของโรคและวิธีการรักษา ส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากเพื่อรักษาปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้นปัญหาดังกล่าวจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข การให้คำแนะนำและดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับสารอาหารที่เพียงพอและลดการเผาผลาญพลังงานเพื่อป้องกันน้ำหนักลดและลดปัญหาแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น บทความนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การประเมินภาวะโภชนาการ และการจัดการทางการพยาบาลด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: การจัดการทางการพยาบาล; ผู้ป่วยโรคมะเร็งโภชนาการ; ทุพโภชนาการ

Title: Nursing management for nutritional improvement of cancer patients
KanithaYuphet*, Preeyaporn Sangthawee**, Eakkapol Utchariyaprasit*

*Division of Hematology, Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand., **Department of Surgery, Paholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000, Thailand.

Siriraj Med Bull 2020;13(2):133-140

Abstract

Malnutrition is a common serious complication in cancer patients. The disorder can cause immune dysfunction and severe infection. The patients usually have fatigue and impaired the quality of life. In addition, higher hospital costs of treatment have incurred by nutritional alteration that causes major complication. So malnutrition is a major problem in cancer patients that needs to be managed. Providing nutritional advice and support to patients and caregivers is an important role of nurse. Cancer patients will receive adequate nutrition and body energy saving for prevention of weight loss and serious complication. Nursing management will help patients to improve the quality of life.

Keywords: Nursing management; cancer patients; nutrition; malnutrition

Correspondence to: Kanitha Yuphet **E-mail:** kanajung_tt@hotmail.com

Received: 30 August 2019 **Revised:** 8 March 2020 **Accepted:** 12 March 2020

<http://dx.doi.org/10.331.92/Simedbull.2020.17>

บทนำ

ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการ ในจำนวนนี้มีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดมากถึงร้อยละ 50 และเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 20 ภาวะเบื่ออาหาร เป็นปัญหาที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผลจากการเบื่ออาหารและการรับประทานอาหารได้น้อยลง จะนำมาสู่ภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ กระดูก และไขมัน จนส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว มีภาวะผอมแห้งเหี่ยวกระดูก (cachexia)^{1,13} ผลที่ตามมาจะทำให้เกิดภาวะความบกพร่องของระบบต่าง ๆ รวมทั้งผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การผ่าตัดหรือรังสีรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารและพลังงาน เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของร่างกายมากขึ้น การตอบสนองต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตลดลง รวมทั้งส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจเนื่องจากระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ระยะเวลารอดชีวิตลดลง นอกจากนั้น ผู้ป่วยอาจมีสภาพจิตใจที่ ซึมเศร้า วิตกกังวล อันนำไปสู่การรับประทานอาหารได้น้อยลงไปอีก สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งคือการดูแลสภาพจิตใจ ลดความเครียด วิตกกังวล รวมทั้งรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการ ดังนั้นการจัดการทางการแพทย์ทางด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงไม่ใช่เป็นเพียงการให้โภชนาบำบัดเพื่อ “รักษา” ภาวะทุพโภชนาการ แต่เป็นการ “ป้องกัน” ไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการจนเกิดภาวะผอมแห้งเหี่ยวกระดูกอีกด้วย นอกจากนี้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งคือการให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี ผู้ป่วยต้องได้รับสารอาหารหลักจำพวกโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุมากกว่าคนที่ร่างกายแข็งแรงปกติ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง และการจัดการทางการแพทย์ทางด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง

ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึงภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารหรือพลังงานในปริมาณที่ไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารได้ลดลง ภาวะทุพโภชนาการอาจเกิดได้จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย

การเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมในร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดจากสารเคมีบางชนิดที่ทำให้ร่างกายมีกระบวนการเผาผลาญโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตสูงขึ้น ส่งผลให้ร่างกายสร้างน้ำตาลจากตับและดึงโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้มากขึ้น เมื่อโปรตีนในร่างกายลดลงจะเกิดการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลัน (acute phase protein)^{2,14} เพื่อป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อถูกทำลาย แต่เมื่อเกิดกระบวนการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลันมากขึ้น จะทำให้โปรตีน cytokines เช่น interleukin-1 (IL-1), interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor (TNF) สารเหล่านี้มีผลทำให้ร่างกายของผู้ป่วยเกิดการเผาผลาญเพิ่มขึ้นมีผลทำให้เกิดการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อและไขมันมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยจากตัวโรค

ตำแหน่งของมะเร็งของแต่ละอวัยวะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการแตกต่างกันไป นอกจากนั้นมะเร็งยังหลั่งสารเคมีที่มีผลโดยตรงต่อเมตาบอลิซึมของร่างกาย ส่งผลไปกระตุ้นให้เกิดกระบวนการรับรสผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลง

ปัจจัยจากการรักษา

การรักษาเป็นสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการโดยแยกออกตามวิธีการรักษา ดังนี้

เคมีบำบัด (chemotherapy) เป็นการให้ยาหรือสารเคมี โดยยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตและทำลายเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หรือท้องเสีย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

รังสีรักษา (radiation therapy) การฉายรังสีไปในตำแหน่งของเซลล์มะเร็งและครอบคลุมไปถึงต่อมน้ำเหลืองที่อาจมีโรคแพร่กระจายเพื่อทำลายก้อนเซลล์มะเร็งนั้นจะทำลายเซลล์ปกติที่แบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์ผิวหนัง เซลล์เยื่อลำไส้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร

การผ่าตัด (surgery) การรักษาด้วยการผ่าตัดใช้ในผู้ป่วยที่โรคมะเร็งยังอยู่ที่ตำแหน่งเริ่มต้น หรือมีการแพร่กระจายในระยะต้นเท่านั้น อาจให้ยาเคมีบำบัดหรือใช้รังสีรักษาร่วมด้วย เพื่อให้ได้ผลในการรักษาที่ดี

ปัจจัยทางภาวะจิตสังคม

การเป็นโรคมะเร็งทำให้สถานภาพ บทบาททางสังคม และแบบแผนในการดำรงชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียสถานภาพ รู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเอง ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยขาดแรงกระตุ้นในการรับประทานอาหาร จึงมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ³

ปัจจัยทางภาวะเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งมีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้มีรายได้น้อยลง แต่มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล จากปัญหานี้เอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดหาอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมารับประทานได้อย่างเพียงพอ³

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผลข้างเคียงจากปัจจัยทั้ง 5 ประการ มีผลกระทบต่อการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังนั้นการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งจึง

มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาที่น่าพอใจ

บทบาทพยาบาลในการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกรายควรได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาเพื่อให้พยาบาลสามารถจัดการความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้เหมาะสมทันเวลาที่

1. การคัดกรองภาวะโภชนาการ (Nutrition screening) เป็นขั้นตอนแรกในการค้นหาความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการ⁴ ดังนี้

1.1 การซักประวัติ สอบถามจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการรับประทานอาหาร ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

2. การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment)⁵ เป็นการประเมินเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะโภชนาการ โดยการวัดสัดส่วนของร่างกาย ได้แก่

2.1 น้ำหนักตัว (body weight) การประเมินน้ำหนักตัวแบ่งได้ดังนี้

- น้ำหนักตัวที่วัดได้จริง (actual body weight)

- น้ำหนักตัวมาตรฐาน (ideal body weight)

ซึ่งจะแบ่งตามขนาดโครงร่างกายโดยคำนวณจากเส้นรอบวงของข้อมือและส่วนสูงโดยมีหน่วยเป็นเซนติเมตร ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. แสดงขนาดโครงร่างกายโดยคำนวณจากเส้นรอบวงของข้อมือและส่วนสูง⁶

	ค่า r ของผู้ชาย	ค่า r ของผู้หญิง
โครงร่างเล็ก	<9.6	<9.9
โครงร่างกลาง	9.6 - 10.4	9.9 - 10.9
โครงร่างใหญ่	>10.4	>10.9

r = ส่วนสูง (ซม.)/เส้นรอบข้อมือ(ซม.)

- น้ำหนักที่ลดโดยไม่ได้ตั้งใจ (unintentional weight loss) บอถึงอัตราการลดลงของน้ำหนักตัวจากเดิม พยาบาลต้องเฝ้าระวังอัตราการลดลงนี้ ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลงมาก ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 2

2.2 ดัชนีมวลกาย (body mass index) เป็นการประเมินมวลของร่างกายทั้งหมดซึ่งมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกาย ดังแสดงในตารางที่ 3

2.3 สัดส่วนของเส้นรอบเอวต่อสะโพก (waist-to-hip ratio) เป็นการวัดการกระจายของไขมันในร่างกาย ใช้เป็นแนวทางการค้นหาความเสี่ยงต่อสุขภาพ⁵ ดังแสดงในตารางที่ 4

2.4 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) เครื่องมือที่ใช้วัดคือ skin fold caliper บริเวณที่ใช้วัด คือ triceps, biceps, subscapula และ supra iliac ดังแสดงในรูปภาพที่ 1

ตารางที่ 2. แสดงอัตราการลดลงของน้ำหนักตัวจากเดิม⁶

ระยะเวลาของน้ำหนักตัวที่ลดลง	ร้อยละของน้ำหนักตัวที่ลดลง
1 สัปดาห์	> 1-2
1 เดือน	> 5-7.5
3 เดือน	> 7.5-10
6 เดือน	> 10

ตารางที่ 3. แสดงการประเมินดัชนีมวลกาย⁶

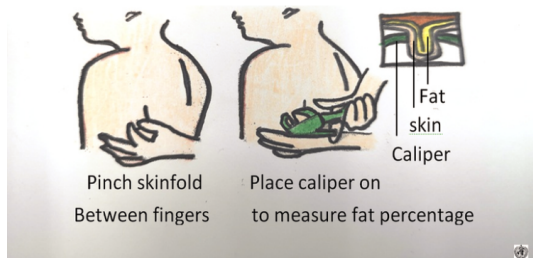
ดัชนีมวลกาย(BMI)	สภาวะ	ระดับความเสี่ยง
< 18.50	น้ำหนักน้อย/ผอม	มากกว่าปกติ
18.5- 22.9	ปกติ	ปกติ

BMI = น้ำหนัก (กก.)/ส่วนสูง² (ม²)

ตารางที่ 4. แสดงการวัดการกระจายของไขมันในร่างกายที่บอถึงความเสี่ยงต่อโรค⁶

WHR			
	ความเสี่ยงต่อโรคต่ำ	ความเสี่ยงต่อโรคปานกลาง	ความเสี่ยงต่อโรคสูง
ผู้ชาย	≤ 0.95	0.96 – 1.0	≥ 1.0
ผู้หญิง	≤ 0.8	0.81 – 0.85	≥ 0.86

WHR = รอบเอว (ซม.)/รอบสะโพก (ซม.)



รูปที่ 1. แสดงวิธีการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness)

ที่มา: วาดภาพโดย ชนิษฐา อยู่เพ็ชร

3. การใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)^{7,8} เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ติดตามอาการและประเมินปัญหาของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุของปัญหา ลักษณะของเครื่องมือจะเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลประเมินอาการต่าง ๆ มีทั้งหมด 9 ประการ ได้แก่ อาการปวด, เหนื่อยหรืออ่อนเพลีย, คลื่นไส้, ซึมเศร้า, วิดกกังวล, ง่วงซึม, เบื่ออาหาร, ความสบายดีทั้งกายและใจ, เหนื่อยหอบ ระดับการวัดจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดย 0 หมายถึงไม่มีอาการและ 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁶ ประกอบด้วย การตรวจนับความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) การตรวจระดับอัลบูมินในเลือด (serum albumin) การตรวจปริมาณเหล็กในเลือด (serum ferritin) การเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ตรวจหาระดับไนโตรเจน (urine urea nitrogen) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อหาภาวะดื้อต่ออินซูลิน (fasting blood sugar) ตรวจดูการทำงานของไต (creatinine) และการตรวจดูการทำงานของตับ (liver function test)

5. การตรวจร่างกาย เป็นการประเมินโดยการตรวจร่างกาย เช่น ตรวจตาเพื่อประเมินภาวะซีด ลักษณะเล็บหว่าคล้ายรูปช้อนผิวไม่เรียบ (spoon nail) แสดงถึงการขาดธาตุเหล็กและเล็บที่มีแถบสีขาว (Muehrcke's line) แสดงถึงการขาดโปรตีนอย่างรุนแรง

การจัดการทางการแพทย์พยาบาลด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. การจัดการเพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

บทบาทของพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และลดการใช้พลังงาน รวมทั้งให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้านโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 ติดตามสอบถามอาการแสดงของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บแผลในปาก ท้องเสีย การรับรสอาหารที่เปลี่ยนไป รวมถึงประวัติชนิดและปริมาณการรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเพียงพอของพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวันพร้อมทั้งจดบันทึกไว้เป็นข้อมูล⁹

1.2 ประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการครบบันทึกทุก 24 ชั่วโมง โดยการตรวจร่างกายได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัดส่วนของเส้นรอบเอวต่อสะโพก วัดความหนาแน่นของไขมันใต้ผิวหนัง ร่วมกับติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงไว้

1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิด เพราะการจัดการให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤติจะสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติพยาบาลสามารถดูแลช่วยเหลือได้ ดังนี้

1.3.1 ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเองได้ทางปาก การให้อาหารเสริมชนิดรับประทาน โดยสัดส่วนของสารอาหารให้พลังงานที่เหมาะสม คือประมาณ 1,600 กิโลแคลอรี/วัน เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่ยากับรับประทานอาหารตามปกติ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์ที่มีขายทั่วไปได้

1.3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ สามารถทำได้ด้วยกัน 2 แบบ คือ¹⁰

- การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เป็นวิธีการให้สารอาหารผ่านทางหลอดเลือดดำ แต่พบว่าอุบัติการณ์ของการติดเชื้อสูงกว่าการให้อาหารปกติของผู้ป่วย
- การให้อาหารทางสายยางผ่านระบบทางเดินอาหาร เป็นวิธีการนำส่งอาหารผ่านทางสายยาง ซึ่งจะสอดผ่านทางจมูก หลอดอาหาร ตรงเข้าสู่กระเพาะอาหาร วิธีนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง แต่ระบบทางเดินอาหารยังทำงานได้ดีอยู่

1.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัย เช่น รักษาความสะอาดช่องปาก และตรวจสุขภาพเหงือกและฟันทุก 6 เดือน บ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง

1.5 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจและอารมณ์ พฤติกรรม รับฟังการเปลี่ยนแปลง ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อนำไปจัดการตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและจัดการกับปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยได้

2. การให้คำปรึกษาในการออกกำลังกาย

รายงานการวิจัยบ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้ป่วยมะเร็ง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีการเพิ่มความสามารถในการนำออกซิเจนไปใช้เพื่อความจำเป็นของร่างกาย กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง มีรายงานการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ที่รอดชีวิต พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิต แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์กับอัตราการตายในผู้ป่วยมะเร็งดังกล่าว นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า การแนะนำเรื่องการออกกำลังกายร่วมกับการป้องกันภาวะอ้วน จะทำให้อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งดังกล่าว

3. การให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารทางปาก

โดยพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่หลีกเลี่ยงอาหารที่จะอาจกระตุ้นเซลล์มะเร็ง เปิดโอกาส

ให้ผู้ป่วยได้เลือกชนิดอาหารโดยให้ยึดหลักการได้ประโยชน์จากคุณค่าของสารอาหาร พยาบาลควรให้ข้อมูล คำแนะนำ และข้อปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการกระตุ้นความอยากอาหารให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลดังต่อไปนี้^{11,12}

3.1 อาการเบื่ออาหาร ควรเลือกอาหารที่ผู้ป่วยพอรับประทานได้ โดยจัดอาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ รับประทานบ่อย ๆ

3.2 อาการคลื่นไส้อาเจียน ให้รับประทานอาหารมื้อละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง เน้นอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูง จิบน้ำทุก 10-15 นาที อมน้ำแข็งหรือจิบเครื่องดื่มที่มีคาร์บอนेट(โซดา) จะทำให้ช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้

3.3 ผลในช่องปากและลิ้น ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและผลไม้ที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือมีรสเปรี้ยว รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารแข็ง ควรรับประทานอาหารอ่อนนุ่มหรือบดเป็นชิ้นเล็ก ๆ เพื่อง่ายต่อการกลืน เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก

3.4 การรับรสอาหารเปลี่ยนไป โดยให้ผู้ป่วยกลั้วคอหรือปากก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง รับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยวเล็กน้อย เช่น สมุนไพรมะนาวมัน จะช่วยให้การรับรสดีขึ้น

3.5 อาการท้องผูก ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอดต่างๆ แนะนำดื่มน้ำให้เพียงพอ 8-10 แก้วต่อวัน

3.6 ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ มักมีสาเหตุจากการได้รับรังสีรักษา การได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น ควรรับประทานอาหารที่มีแบคทีเรียปนเปื้อนน้อยที่สุดเช่น ก่อนเตรียมหรือปรุงอาหารต้องล้างมือให้สะอาด หลีกเลี่ยงผักสด ผลไม้เปลือกบาง หากรับประทานผักสด ต้องแช่น้ำหรือล้างผ่านน้ำอย่างน้อย 2-3 ครั้ง

4. ให้คำปรึกษาด้านจิตใจ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวลจากอาการข้างเคียงในการรักษา ดังนั้นการให้คำปรึกษาและการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการดำรงชีวิต²

5. การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

โดยวางแผนการดูแลส่งต่อผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลพบนักโภชนาการเพื่อจัดอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยโรคเมเร็งแต่ละประเภทและรายงานข้อมูลการเปลี่ยนแปลงแก่แพทย์เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษา

6. การจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กระบวนการจัดการผลลัพธ์ที่สำคัญตามบทบาทของพยาบาลคือการติดตามตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นจากการจัดการที่สำคัญได้แก่

6.1. การประเมินโภชนาการที่สมบูรณ์ โดยการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบภาวะโภชนาการ และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ร่วมกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและการรับประทานอาหารและอาการต่างๆ อย่างใกล้ชิด ทำให้พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในระยะเบื้องต้นได้ รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเบื่ออาหารที่ส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถรู้วิธีการกับจัดการอาการเบื่ออาหารและอาการอื่นที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังทำให้การตอบสนองต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น

6.2. การประเมินคุณภาพชีวิต การให้คำปรึกษาและรับผิดชอบดูแลด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบของพยาบาล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาวะทางโภชนาการของร่างกายแก่ผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มปริมาณในการรับประทานอาหารได้มากขึ้นจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

6.3. การจัดการอาการอ่อนเพลีย อาการอ่อนเพลียคือภาวะที่ร่างกายมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ซึ่งเกิดในผู้สูงอายุที่เป็นเมเร็ง ที่ได้รับการให้เคมีบำบัดและการฉายรังสี อาการอ่อนเพลียมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการเฝ้าระวังและดูแลอาการอ่อนเพลียอย่างสม่ำเสมอ

บทสรุป

บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคเมเร็ง เริ่มจากการคัดกรองและประเมิน

ภาวะโภชนาการ โดยการบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน การติดตามสอบถามอาการ การติดตามผลการรักษาทางห้องปฏิบัติการ การให้ข้อมูลคำแนะนำและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการกระตุ้นความอยากอาหารให้กับผู้ป่วย และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรคนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการจัดการดูแลภาวะโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอแก่ร่างกาย พร้อมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นและการดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียงจากการรักษา ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมอารมณ์และพฤติกรรม มีการติดตามการดูแลภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ เพิ่มความอยากอาหาร เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองที่ดีต่อการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระฤชตระกูล อาจารย์ประจำสาขาโลหิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่กรุณาให้คำปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องทั้งในด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา รวมทั้งอนุเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในบทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cussem E, Arends J. The cause and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9:51-63.
2. ณัฐยานี วีระพงษ์. บทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย* 2558;8:36-40.
3. สุนทรี ภาณุทัต, จ่าลอง ชูโต, เฉลิมศรี นันทวรรณ, อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, ทศนีย์ พฤษชาชีวะ. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการ. *วารสารราชบัณฑิตยสถานทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2017;1:1-13.
4. Bauer JD, Ash S, Davidson WL, Hill JM, Brown T, Isenring EA, et al. Evidence Based Practice Guideline for the Nutritional Management of Cancer Cachexia. *Nutr Rev* 2006;63:S5-S32. Doi:10.1111/j.1747-0080.2006.00099.

5. ประสงค์ เทียนบุญ. การประเมินภาวะทางโภชนาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2540.
6. ศุภกร หวานกระโทก. การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment). วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี 2013;32:1-4.
7. บุญทิศา สุวิทย์, สุนิพนาสกุลการ, เบญญาภา มุกสิริทิพานัน. การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558;35:156-59.
8. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. Cancer 2000;88:2164-71.
9. Wisukultttu K. Nursing management for cancer patients experiencing anorexia. Journal of Nursing Science 2011;29:1-5.
10. บุญยามาส ชีวสกุลยง. โภชนบำบัดกับโรคมะเร็ง. วารสารโภชนบำบัด 2545;13:130-43.
11. อมรรัตน์ นธะสนธิ. อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
12. พวงทอง ไกรพิบูลย์. กินอย่างไรเมื่อเป็นมะเร็ง. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2557.
13. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management. CA Cancer J Clin 2002;52:72-91.
14. Bosaeus I, Daneryd P, Ljungholm K. Dietary intake, resting energy expenditure, weight loss and survival in cancer patients. J Nutr 2002;132(11 Suppl):3465S-3466S.