

บทบาทพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการ ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ณัฐธยาน์ วีระพงษ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง อัตราการเกิดปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของโรคและวิธีการรักษามะเร็ง โดยส่งผลให้เกิดการตายของเซลล์เม็ดเลือดขาว ทำให้การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้น ผู้ป่วยมักเกิดอาการอ่อนเพลีย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากปัญหาโภชนาการ ดังนั้นปัญหาโภชนาการจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการจัดการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง บทความนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง การประเมินภาวะโภชนาการ และบทบาทพยาบาลในการจัดการด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล โภชนาการ ผู้ป่วยมะเร็ง

*อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

The role of nurse for promoting nutrition in cancer patients

Natthaya Veerahpong, M.N.S. (Adult Nursing)*

Abstract

Nutritional alteration is a major problem in cancer patients. Nutritional problems in patients with cancer depends on the location of the cancer, stage of disease and treatment of cancer, resulting in the white blood cells being destroyed and decreasing immune function as a result of infection. The patients usually have symptoms of fatigue and decreasing ADL ability. Also, the quality of life and survival rate have decreased. In addition, higher hospitals costs of treatment have incurred by nutritional alteration that causes major complications. So nutrition alteration is a major problem in cancer patients that needs to be managed.

Keywords: *nursing roles, nutritional alteration, cancer patients*

*Instructor, Department of Adult and Aging Nursing. The Thai Red Cross College of Nursing

บทนำ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะลุกลาม เป็นปัญหาที่พบมากกว่าร้อยละ 50 ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง น้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ร่างกายจะผอมลงเรื่อยๆ จากความผิดปกติในการย่อย ดูดซึมอาหาร มีการเผาผลาญสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อลีบเล็กลง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เมื่อยล้า ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย สามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตาเปล่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้จะเกิดเป็นความกลัว วิตกกังวล เครียดซึ่งนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้เช่นกัน⁽¹⁾ โดยอัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งขึ้นอยู่กับตำแหน่งของมะเร็ง ระยะของโรค และวิธีการรักษามะเร็ง การขาดสารอาหารจะทำให้เกิดการขาดพลังงาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร หลอดอาหาร คีรีชนะ ลำคอ ตับอ่อน เนื่องจากเป็นอวัยวะสำคัญทำหน้าที่ย่อยและดูดซึมอาหาร มีผลให้ผู้ป่วยน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 10-45 ตลอดการรักษา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การพยากรณ์โรค การตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งต่อสภาพทางเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁽²⁾ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการจัดการปัญหาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

การเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการใช้พลังงานขณะพัก (Resting Energy Expenditure: REE) เพิ่มขึ้นมากกว่าปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไป แม้ว่าผู้ป่วยจะลดการทำกิจกรรมลงแต่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงของความต้องการพลังงานทั้งหมด (Total Energy Expenditure: TEE)⁽³⁾ ร่างกายมีกระบวนการเผาผลาญโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตที่สูงขึ้น (metabolic disturbance) ส่งผลให้เพิ่มการสร้างน้ำตาลจากตับและดึงโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้ในขณะที่ยังอัตราการสร้างโปรตีนของร่างกายลดลง ซึ่งเป็นจุดเด่นของภาวะน้ำหนักลดจากโรคมะเร็ง เพราะเมื่อโปรตีนในระบบไหลเวียนลดลงจะเกิดการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลัน (acute-phase protein: APP) เพื่อป้องกันไม่ให้เนื้อเยื่อถูกทำลายโดยเพิ่มอัตราการสังเคราะห์ไฟบริโนเจนเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ปกติ แต่เมื่อเกิดกระบวนการตอบสนองของโปรตีนแบบเฉียบพลันมากขึ้น จะไปกระตุ้น cytokines ในกระบวนการอักเสบ เช่น สาร interleukin-1 (IL-1), IL-6 and tumor necrosis factor (TNF) สารเหล่านี้มีผลทำให้ร่างกายของผู้ป่วยโรคมะเร็งเกิดกระบวนการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น มีการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อและสลายไขมันจากเซลล์ไขมันมากขึ้น ทำให้น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว และอัตราการรอดชีวิตต่ำ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าในผู้ป่วยมะเร็งมีความผิดปกติของศูนย์ควบคุมความ

อยากอาหารในสมองจึงเป็นผลให้ผู้ป่วยเบื่ออาหารได้เช่นกัน⁽⁵⁾ การที่ระบบประสาทส่วนกลางทำหน้าที่ผิดปกติ (alterations in the central nervous system) ทำให้ระบบในร่างกายและตัวโรคมะเร็งเอง สร้าง Cytokines ออกมากระตุ้นให้เบื่ออาหารทำให้การทำหน้าที่ควบคุมการรับประทานอาหาร การรับรส กลืนผิดปกติ ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน และเกิดอาการอ่อนเพลียได้⁽⁶⁾

2. ปัจจัยจากก้อนมะเร็งหรือเนื้องอก การมีก้อนไปอุดตันทางเดินอาหารทำให้การรับประทานอาหารและการย่อยอาหารผิดปกติไป โรคมะเร็งซึ่งเกิดขึ้นบริเวณอวัยวะแต่ละแห่งอาจมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแตกต่างกันไป โดยพบว่าก้อนที่เกิดบริเวณหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดการอุดตันของระบบทางเดินอาหารบางส่วนหรือทั้งหมด มีผลให้การย่อยและการดูดซึมอาหารทำได้ไม่ดี การนำสารอาหารต่างๆ ไปใช้ประโยชน์จึงทำได้น้อยลง ส่วนก้อนที่เกิดบริเวณ oropharyngeal เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดขณะกลืนอาหาร (odynophagia) และกลืนลำบาก (dysphagia) ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงด้วย นอกจากนี้เนื้องอกยังหลั่งสารเคมีที่มีผลโดยตรงต่อเมตาบอลิซึม ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเนื้องอก มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกาย (systemic tumor effects) โดยเซลล์เนื้องอกหลั่งสาร aminoacid-type ไปกระตุ้นให้เกิดกระบวนการรับรสที่ผิดปกติ มีขีดระดับการรับรสขมต่ำลง ทำให้รับรสขมได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งจึงมักมีความรู้สึกต้องการอาหารน้อยลง อิ่มง่าย ไม่อยากรับประทานอาหาร

ทำให้น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว กระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ประสานในเรื่องความต้องการอาหารทำงานได้น้อยลง

3. ปัจจัยจากการรักษา เป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักลดได้ ดังนี้

3.1 การรักษามะเร็งโดยวิธีการผ่าตัด ทำให้อวัยวะมีการตอบสนองต่อภาวะ stress ระหว่างผ่าตัดโดยการหลั่งสารคอร์ติซอลกลูคาгон และโกรทฮอร์โมน เพิ่มขึ้นแต่หลังอินซูลินลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งมีผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอัตราการเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น รวมทั้งผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก ที่อาจส่งผลให้ความอยากอาหารลดลงหลังได้รับผ่าตัดระยะแรก การผ่าตัดหลอดอาหารทำให้ประสิทธิภาพการกลืนลดลงเนื่องจากมีแผลผ่าตัด การผ่าตัดกระเพาะอาหารออกทั้งหมดมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดวิตามินบี 12 หรือธาตุเหล็ก การผ่าตัดลำไส้เล็กส่งผลให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารลดลง ทั้งนี้ภายหลังได้รับการผ่าตัดร่างกายจะมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีภาวะทุพโภชนาการ จะมีปัจจัยเสี่ยงสูงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะอ่อนล้า การติดเชื้อแผลไม่ดี ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระบบการตอบสนองของร่างกายบกพร่อง⁽⁷⁾

3.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ขนาดของเนื้องอกฝ่อเล็กลง มีผลทำให้เซลล์มะเร็งตาย แต่ผลของยาเคมีบำบัดก็ออกฤทธิ์กับเซลล์ปกติเช่นกัน จึงเกิดผลข้างเคียงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น เบื่ออาหาร การรับรสและกลืนบกพร่อง คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีความผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย อาการเหล่านี้เกิด

จากสมองส่วน Cerebrum ซึ่งควบคุมการรับรู้ ถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกอยากอาหาร ผลของยาทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มทางเดินอาหาร เกิดแผลในเยื่อช่องปาก ผู้ป่วยจึงอึดเร็ว กระเพาะและลำไส้ทำงานผิดปกติ ท้องผูก ท้องเสีย พบภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาเคมีบำบัดร้อยละ 29 และผลข้างเคียงของยาจะลดลงเมื่อดัชนีมวลกายของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾

3.3 การใช้รังสีรักษา ซึ่งอาจอยู่ในรูปของคลื่นที่มีพลังงานสูงมีความสามารถในการทะลุผ่านสิ่งต่างๆ ได้ดีทำให้เซลล์ตาย หรือหยุดการเจริญเติบโตและหยุดการแบ่งตัวได้ อย่างไรก็ตามก็ตามย่อมมีผลกระทบต่อเซลล์ปกติขึ้นอยู่กับบริเวณที่ฉายแสง ขนาด ระยะเวลาที่ได้รับ และการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะการฉายแสงบริเวณศีรษะและลำคอมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการเบื่ออาหาร หลอดอาหารอักเสบ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กลืนอาหารลำบาก เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับกลิ่น และการรับรส การฉายแสงบริเวณช่องท้องอาจทำให้เยื่อกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการการรักษาร่วมกันระหว่างการฉายแสงและเคมีบำบัด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น เยื่อมีการฟอสิบ เกิดแผลและเนื้อตาย ซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้อย่างรุนแรง การอุดตันของลำไส้ เยื่อช่องท้องอักเสบ ซึ่งทำให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำในผู้ป่วย⁽⁹⁾

ผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการมีความเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการจะมีคุณภาพชีวิตลดลงระหว่างการรักษา ร่างกายจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่า

ปกติภาวะทุพโภชนาการจะเพิ่มความรุนแรงของโรค โดยส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากกระบวนการสร้างแอนติบอดี (antibody response) ซึ่งทำหน้าที่เก็บกินเชื้อโรค (phagocytosis) ของร่างกายลดลง ความแข็งแรงของเยื่อ (epithelial integrity) ลดลง ความสามารถในการจับออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงต่ำลงมีผลต่อกระบวนการซ่อมแซมและการฟื้นฟูของเซลล์ อีกทั้งยังทำให้การตอบสนองต่อการรักษาและอัตราการรอดชีวิตต่ำ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการเพื่อค้นหาความเสี่ยงและความจำเป็นที่จะต้องรับโภชนาการบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความทนต่อโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาได้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาที่น่าพึงพอใจ

การประเมินภาวะโภชนาการ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทในการเฝ้าระวังปัญหาทุพโภชนาการของผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การดูแลแก้ไขได้ทันเวลาที่การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมมีหลายวิธี โดยทั่วไปจะเริ่มต้นดังนี้

1. ชักประวัติ เกี่ยวกับความสามารถในการรับประทานอาหาร ความอยากอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร ชนิด ปริมาณอาหารที่รับประทานใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ประวัติดื่มสุรายาที่ใช้เป็นประจำ

2. การตรวจร่างกายทั่วไป การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อ (Tricep

skin fold) การวัดเส้นรอบวงอวัยวะในร่างกาย เช่น เส้นรอบแขน เส้นรอบขา การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง นำมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index) ด้วยสูตรน้ำหนัก (kg)/ ส่วนสูง (m)² โดยพิจารณาผลการตรวจร่างกายร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น Hemoglobin, Hematocrit, Total lymphocyte count, Serum albumin, Transamine, Glucose เนื่องจากปัญหาโภชนาการเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ

3. การใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่มีมาตรฐานผ่านการตรวจสอบความตรง เป็นเครื่องมือคัดกรอง (Assessment Tools) ภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็ง ยกตัวอย่างเช่น Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), Subjective Global Assessment (SGA), Bhumibol Nutrition Triage (BNT) แบบประเมินเหล่านี้ใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในเบื้องต้น ก่อนส่งต่อไปให้กับนักโภชนาการ สามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมของกลุ่มผู้ป่วยและบริบทของสภาพแวดล้อมในการประเมิน

บทบาทพยาบาลกับการจัดการโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

1. บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ติดตามสอบถามผู้ป่วยถึงอาการและอาการแสดงของระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหารรุนแรง ปากแห้ง เจ็บแผลในปาก ท้องผูก ท้องเสีย การรับรสอาหาร ปัญหาการกลืนผิดปกติ รวมถึงประวัติการบริโภคอาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทานได้ในแต่ละวัน โดยใช้คำถามปลายเปิด สอบถาม

ถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ พร้อมทั้งจดบันทึกในเวชระเบียน

1.2 การประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการตรวจร่างกายทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ซึ่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง วัดสัดส่วนของร่างกาย วัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อ (Tricep skin fold) วัดเส้นรอบวงอวัยวะในร่างกาย (body circumferences) และบันทึกการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (Complete blood count) การตรวจนับเฉพาะเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์อย่างสมบูรณ์ (Total lymphocyte count) การตรวจระดับของโปรตีนอัลบูมินในเลือด (Albumin)

1.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับอาหารมากเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยนำความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละชนิด มาจัดอาหารผู้ป่วย คำนวณพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับและพลังงานที่ผู้ป่วยต้องการในแต่ละวันมาใช้ในการวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม จัดแบ่งอาหารเป็นมื้อเล็กๆ แต่บ่อยครั้ง เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบ จัดสิ่งแวดล้อมที่ป้องกันกลิ่นรบกวน สร้างบรรยากาศที่ดีในการรับประทานอาหาร เช่น เปิดเพลง หรืออยู่เป็นเพื่อนเพื่อรับประทานอาหารร่วมกัน

1.4 ดูแลปากฟันของผู้ป่วยให้สะอาด เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะเกิดมีแผลในเยื่อช่องปากทำให้ความ

อยากอาหารลดลง พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำเกลือจนอ้อมลิ้นประมาณ 1- 2 นาที ก่อนบ้วนทิ้ง และดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตร/วัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อของปาก

1.5 เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา ดูแลบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายรับเข้าและขับออก เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำและสารอาหาร เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเองทางปากไม่ได้ จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูก พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้อาหารทางสายยาง โดยต้องเริ่มทีละน้อย และค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้นเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยรับได้ พร้อมทั้งสังเกตเสียงการเคลื่อนไหวและการทำงานของลำไส้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างเพียงพอ

1.6 ลดการใช้พลังงานของร่างกายด้วยการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ และดูแลการพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการตอบสนองต่อการรักษาโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมถึงมีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น

1.7 จัดระบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งตั้งแต่วินิจฉัยเริ่มแรก⁽¹¹⁾ โดยมีการบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินผู้ป่วยโดยวิเคราะห์ประวัติการบริโภคอาหารใช้แบบประเมินติดตามอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า วิตกกังวล โดยกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

1.8 ร่วมทำงานกับทีมสุขภาพโดยจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้กับนักโภชนาการ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับนักโภชนาการเพื่อจัดอาหารที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมะเร็งแต่ละประเภท และรายงานข้อมูลการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาของผู้ป่วยแก่แพทย์เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษา เช่น การปรับชนิดหรือช่องทางการให้อาหาร รวมถึงยาที่ช่วยบรรเทาผลข้างเคียงจากความเจ็บป่วย⁽¹¹⁾

2. บทบาทด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา

2.1 พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเรื่องการจัดการอาหารล่วงหน้าหรือการปรับเปลี่ยนเมนูอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนให้พลังงานสูงและมีความหลากหลายให้ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานอย่างเพียงพอและเหมาะสมโดยเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องให้พลังงานครบทั้ง 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่กระตุ้นเซลล์มะเร็ง เช่น อาหารปิ้งย่างจนไหม้เกรียม อาหารที่ทอดในน้ำมันซ้ำ อาหารหมักดองทุกชนิด อาหารตากแห้ง อาหารแปรรูป ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกชนิดอาหาร และช่วงเวลาในการรับประทานตามที่ผู้ป่วยต้องการโดยยึดหลักการได้ประโยชน์คุณค่าจากสารอาหาร⁽¹²⁾

2.2 การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาโรค มะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถประเมินความผิดปกติของตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีจะมีการอักเสบของช่องปาก และควรหลีกเลี่ยงอาหารร้อนจัด หากมีอาการกลืนลำบากควรจัดอาหารอ่อนนุ่มหรือ

อาหารเหลว การได้รับรังสีรักษาบริเวณช่องท้อง มีผลให้การดูดซึมลดลง บางรายอาจท้องเสียจึงควรจัดอาหารที่มีกากใยน้อยและดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอากระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนเจ็ดมือนอกจะทำให้อาการดูดซึมอาหารลดลง การตัดส่วนไอเลียมออกจะทำให้ขาดวิตามิน บี 12 จึงควรให้อาหารเสริมทดแทน การใช้เคมีบำบัดมีผลให้เกิดการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ช่องปากอักเสบ ท้องเสียและมีการหลุดของเยื่อทางเดินอาหาร ผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง การให้อาหารเสริมจะช่วยลดอาการคลื่นไส้ได้⁽¹³⁾

2.3 พยาบาลควรให้คำแนะนำกับครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย โดยไม่ควรบังคับหรือคาดหวังให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเพราะจะทำให้เกิดความเครียดและอึดอัดใจ เมื่อญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับเทคนิควิธีการกระตุ้นความอยากอาหารให้กับผู้ป่วย เช่น เพิ่มจำนวนมื้ออาหารมากขึ้น เลือกอาหารที่ผู้ป่วยชอบ เครื่องดื่มที่มีแคลอรีและโปรตีนสูง

2.4 การให้คำปรึกษาด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดท้อง เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องเสีย น้ำหนักลด ก่อให้เกิดความเจ็บ

ปวดทุกข์ทรมานไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกาย ส่งผลกระทบให้ท้อถอย สูญเสียความกล้าหาญ และความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิต พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจึงควรหมั่นสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออก สภาพจิตใจของผู้ป่วย และคอยให้กำลังใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอยู่เสมอจะช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองเพื่อเอาชนะโรคและปัญหาโภชนาการของผู้ป่วยได้

สรุป

บทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้เริ่มจากการประเมินสภาพร่างกาย การติดตามสอบถามอาการ การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรค พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ พร้อมทั้งให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้เกิดการตอบสนองที่ดีต่อการรักษานำไปสู่การพ้นภัยจากโรคร้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. von Haehling S, Anker SD. Cachexia as a major underestimated and unmet medical need: facts and numbers. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2010;1(1):1-5.
2. von Meyenfeldt M. Cancer-associated malnutrition: an introduction. Eur J Oncol Nurs 2005;9(suppl.2):S35-8.
3. Bosaeus I, Daneryd P, Lundholm K. Dietary intake, resting energy expenditure, weight loss and survival in cancer patients. J Nutr 2002;132(11 Suppl):3465S-6S.
4. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. Eur J Oncol Nurs 2005;9(Suppl 2):S51-S63.
5. Fearon KC, Voss AC, Hustead DS; Cancer Cachexia Study Group. Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation on functional status and prognosis. Am J Clin Nutr 2006;83(6):1345-50.
6. Kubrak C, Olson K, Jha N, Jensen L, McCargar L, Seikaly H, et al. Nutrition impact symptoms: key determinants of reduced dietary intake, weight loss, and reduced functional capacity of patients with head and neck cancer before treatment. Head Neck 2010;32(3):290-300.
7. Oh CA, Kim DH, Oh SJ, Choi MG, Noh JH, Sohn TS, et al. Nutritional risk index as a predictor of postoperative wound complications after gastrectomy. World J Gastroenterol 2012;18(7):673-8.
8. Zabernigg A, Gamper EM, Giesinger JM, Rumpold G, Kemmler G, Gatteringer K, et al. Taste alterations in cancer patients receiving chemotherapy: a neglected side effect? Oncologist 2010;15(8):913-20.
9. Mahdavi R, Faramarzi E, Mohammad-Zadeh M, Ghaeammaghami J, Jabbari MV. Consequences of radiotherapy on nutritional status, dietary intake, serum zinc and copper levels in patients with gastrointestinal tract and head and neck cancer. Saudi Med J 2007;28(3):435-40.
10. Vergara N, Montoya JE, Luna HG, Amparo JR, Cristal-Luna G. Quality of life and nutritional status among cancer patients on chemotherapy. Oman Med J 2013; 28(4):270-4.
11. Toles M, Demark-Wahnefried W. Nutrition and the cancer survivor: evidence to guide oncology nursing practice. Semin Oncol Nurs 2008;24(3):171-9.
12. Murphy JL, Girot EA. The importance of nutrition, diet and lifestyle advice for cancer survivors-the role of nursing staff and interprofessional workers. J Clin Nurs 2013;22(11-12): 1539-49.
13. Bosaeus I. Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. Support Care Cancer 2008;16(5):447-51.