

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งในเด็กเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานสถิติประเทศในกลุ่มสหราชอาณาจักรระหว่างปี ค.ศ. 2008-2010 โรคมะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และพบว่าในปัจจุบันมีเด็กป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 1,600 รายต่อปี (Cancer Research UK, 2014) ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2009 พบว่าโรคมะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยเป็นอันดับสองรองลงมาจากอุบัติเหตุ (Kochanek, Xu, Murphy, Minino, Kung, 2011) และในปี ค.ศ. 2011 พบเด็กป่วยโรคมะเร็งรายใหม่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 11,210 ราย (American Cancer Society, 2011) ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่าโรคมะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับห้า รองจากอุบัติเหตุ ความพิการแต่กำเนิด โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคติดเชื้อ (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) สมาคมโรคมะเร็งในเด็กแห่งประเทศไทยรายงานว่าในปี พ.ศ. 2546-2548 พบเด็กป่วยโรคมะเร็งรายใหม่อายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2,792 ราย ในจำนวนนี้มีมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นชนิดที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 50.9 ของเด็กป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด รองลงมาร้อยละ 9.5 และ 8.8 เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและเนื้องอกที่สมองตามลำดับ (Wiangnon, Veerakul, Nuchprayoon, Seksarn, Hongeng, & Krutvecho, Sripaiboonkij, 2011) ดังนั้นจะเห็นว่าถึงแม้จะมีจำนวนเด็กป่วยโรคมะเร็งไม่มากแต่เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง คุณภาพต่อชีวิตของเด็กป่วยจึงส่งผลกระทบต่อทั้งเด็กป่วยและครอบครัว (Alcoser & Rodgers, 2003)

เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาหลักในเด็กโรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเม็ดเลือดขาว และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่ไข้ซอดกิน (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; Alcoser & Rodgers, 2003) เด็กป่วยโรคมะเร็งดังกล่าวต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหลายชนิดในขนาดที่สูง ใช้เวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ควบคุมได้ยาก มีการแพร่กระจาย และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; Alcoser & Rodgers, 2003; Balis, Holcenberg, Blaney, 2002) ยาเคมีบำบัดจะมีผลทำลายทั้ง

เซลล์มะเร็ง และเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร(Beidler & Smith, 1991)ทำให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบทางเดินอาหาร และที่พบบ่อยได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน การรับรสเปลี่ยนแปลง (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546; Collin et al., 2000)และเยื่อช่องปากอักเสบ (วัชรินทร์ โพธิ์เมือง, ศรีพรรณ กันธวัง และนันทา เลียววิริยะกิจ, 2550; Collin et al., 2000)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็กด้วยยาเคมีบำบัด จะใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (Combination chemotherapy) เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้ได้จำนวนมากที่สุดในเวลาที่รวดเร็ว ทำให้ผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; Alcoser & Rodgers, 2003) การที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันโดยเฉพาะยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง และเป็นยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับ ได้แก่ methotrexate vincristine doxorubicin cyclophosphamide และ cytosine arabinosideจึงทำให้พบเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงถึงร้อยละ 43-55 (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546; Skolin, Wahlin, Broman, Hursti, Larsson, & Hemell, 2006) การรับรสเปลี่ยนแปลงเป็นอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่สำคัญอาการหนึ่งซึ่งพบได้ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรสเปลี่ยนแปลงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดรับประทานอาหารได้น้อยหรือรับประทานอาหารไม่ได้ดังผลการศึกษาของสโกลิน และคณะ (Skolin et al., 2006) ที่พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดตระหนักว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารมากที่สุด

วิกแฮม และคณะ (Wickham et al., 1999) กล่าวว่า การรับรสเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง การรับรสหวาน รสเปรี้ยว รสเค็มและรสขมในอาหารและเครื่องดื่มตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยรับรู้เกิดขึ้นขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลงมี 4 ชนิด ได้แก่ รับรสลดลง รับรสเพิ่มขึ้น รับรสผิดแผก และรับรสขาดอาหารไม่ได้ โดยมีระดับความรุนแรงเวลาที่เริ่มเกิดอาการ และช่วงระยะเวลาที่เกิดอาการแตกต่างกันไป ได้มีผู้นำแนวทางการรับรสเปลี่ยนแปลงของวิกแฮม และคณะ (Wickham et al., 1999) ไปใช้เป็นกรอบในการศึกษาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ภาวิณี โอภาสศิริกุล (2546) ผลการศึกษาช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางการรับรสเปลี่ยนแปลงของวิกแฮม และคณะ (Wickham et al., 1999) สามารถใช้อธิบายอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

กลไกการเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงจากเคมีบำบัด ได้แก่ 1) ยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์รับรสส่งผลให้เซลล์รับรสเกิดการเปลี่ยนแปลงสามลักษณะ คือ จำนวนของเซลล์รับรสลดลงเนื่องจากเซลล์ตาย โครงสร้างหรือพื้นผิวของเซลล์รับรสมีการเปลี่ยนแปลง และเซลล์ประสาทการรับรสถูกรบกวน การ

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเซลล์รับรสทำให้สัญญาณประสาทการรับรสถูกรบกวน ส่งผลให้การรับรสเปลี่ยนแปลงไป (Hong et al., 2009) 2) การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับยาเคมีบำบัดผ่านทางน้ำไขสันหลังเพื่อรักษา และป้องกันเซลล์มะเร็งเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ยาเคมีบำบัดเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมศูนย์การรับรส และเป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนปลายโดยเฉพาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 9 และ 10 ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทเกี่ยวกับการรับรสเข้าสู่สมอง ทำให้สัญญาณประสาทการรับรสถูกรบกวน และการแปลข้อมูลของสารให้รสในอาหารเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การรับรสเปลี่ยนแปลงไป (Epstein & Barasch, 2010; Hong et al., 2009; Sherry, 2002) 3) ยาเคมีบำบัดทำลายเซลล์เยื่อช่องปากทำให้ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายลดลง ส่งผลให้การรับรสเปลี่ยนแปลงเนื่องจากน้ำลายเป็นตัวละลายสารให้รสในอาหารมีปริมาณลดลง ทำให้สารให้รสสัมผัสกับเซลล์รับรสมีปริมาณลดลงเซลล์รับรสจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสารเคมีดังกล่าวให้เป็นประจุไฟฟ้าผ่านไปยังประสาทสมองเพื่อที่จะส่งข้อมูลการรับรสไปยังสมองเพื่อแปลข้อมูลการรับรสได้ (Mese & Matsuo, 2007) และ 4) ยาเคมีบำบัดทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับรสขมและรสฝืดของยาเคมีบำบัดในช่องปาก เกิดจากการที่ยาเคมีบำบัดถูกขับออกทางต่อมน้ำลายและสัมผัสกับเซลล์รับรสโดยตรง หรือโดยผ่านทางครีวคิวลาฟลูอิด (crevicular fluid) ซึ่งเป็นของเหลวที่เกิดจากพลาสมาสามารถซึมผ่านเข้าสู่ช่องปากระหว่างที่เด็กเคี้ยวอาหาร ทำให้เด็กป่วยได้รับรสขมและฝืดของยา (Comeau, Epstein, & Migas, 2001; Epstein & Barasch, 2010)

การรับรสเปลี่ยนแปลงจากยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อเด็กป่วย โดยเฉพาะเด็กป่วยอายุ 8-15 ปีซึ่งเป็นวัยที่สามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การตรวจและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็ง การรักษา และอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ (Inagaki & Hatano, 2006; Rebok et al., 2001) นอกจากนี้เด็กอายุ 8 – 15 ปียังสามารถแยกแยะรสชาติและรับรสของอาหารได้ทุกรส บอกความแตกต่างของระดับความเข้มข้นของรสชาติและจัดลำดับได้ (Mennella & Beauchamp, 1998) เมื่อเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เด็กป่วยจึงสามารถรับรู้และบอกประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลง และผลกระทบจากการรับรสเปลี่ยนแปลงได้ เด็กป่วยโรคมะเร็งจึงได้รับผลกระทบของการรับรสเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจกล่าวคือ เมื่อมีการรับรสเปลี่ยนแปลงจากยาเคมีบำบัดเกิดขึ้นทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งรับประทานอาหารได้น้อยลง หรือรับประทานอาหารไม่ได้ (Skolin et al., 2006) ซึ่งทำให้ร่างกายขาดอาหาร อ่อนเพลีย (Bauer et al., 2005; Sala, Pencharz, & Barr, 2005; Skolin, Hemell, & Wahlin, 2001) การขาดอาหารโปรตีนซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้เด็กป่วยติดเชื้อง่าย (Cunningham-Rundles, McNeeley, & Moon, 2005) เด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงรายงานว่าน้ำที่ดื่มมีรสขม (Skolin et al.,

2006)ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กดื่มน้ำได้ลดลงเนื่องจากรสชาติที่เด็กไม่พึงพอใจ (Drewnowski, 1997)ส่งผลให้เด็กป่วยโรคมะเร็งได้รับน้ำไม่เพียงพอ

ในด้านจิตใจการรับรสเปลี่ยนแปลงทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมานจากการที่ได้รับรสชาติของอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยรับรู้ โดยเฉพาะการรับรสหวานลดลง และรสชาติของอาหารที่พึงพอใจลดลง(Collin et al., 2000;Skolin et al., 2006)เนื่องจากขาดการสร้างเอนโดรฟิน(endorphine) ซึ่งเป็นสารที่สร้างความสุข(Pepino&Mennella, 2005; Taddio, Shah, Shah & Katz, 2003) การรับรสเปลี่ยนแปลงอาจส่งผลให้เด็กป่วยโรคมะเร็งเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากการที่เด็กป่วยรับรสในช่องปากเพิ่มขึ้นทำให้ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) ในร่างกายมีระดับสูงขึ้น ซึ่งสารสื่อประสาททั้งสองชนิดมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Heath, Melichar, Nutt, & Donaldson, 2006)

นอกจากนี้การรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังส่งผลกระทบต่อบิคา มารดา จากการศึกษาของสโกลิน และคณะ (Skolin et al., 2006) พบว่าบิคา มารดาของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) ระบุว่า การรับรสเปลี่ยนแปลงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งรับประทานอาหารน้อย หรือรับประทานอาหารไม่ได้ ส่งผลให้บิคา มารดา เกิดความวิตกกังวล และรู้สึกหมดหนทางที่จะทำให้เด็กป่วยรับประทานอาหารได้

จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้รับความทุกข์ทรมานจากการที่รับรสชาติของอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เด็กป่วยต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การรับรสชาติของอาหารดีขึ้น สามารถรับประทานอาหารได้หรือได้มากขึ้นมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นการได้รับรสชาติของอาหารที่พึงพอใจส่งผลให้เด็กป่วยมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Skolin et al., 2006)

ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้เสนอแนวทางการจัดการกับอาการ โดยกล่าวว่า การจัดการกับอาการ (symptom management) เป็นการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยการจัดการกับอาการเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) ประสิทธิภาพการมีอาหาร เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อการเกิดอาการซึ่งประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และการตอบสนองต่ออาการ 2) กลวิธีการจัดการกับอาการเป็นวิธีการที่ใช้เพื่อบรรเทาหรือจัดการอาการโดยการดูแลตนเอง การพึ่งพาผู้ดูแล และพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการเป็นผลที่เกิดจากการใช้วิธีการต่างๆจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ได้มีผู้นำแนวคิดของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ไปใช้เป็นกรอบในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับอาการในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมี

บำบัด เช่น วัชรินทร์ โพชาเมือง และคณะ (2550) ซึ่งศึกษาการจัดการกับอาการเชื่องช้าของปากอ้าเสบจากเคมีบำบัดในเด็กป่วยโรคมะเร็งและเนื้องอก ประจิมทิส (Prajimtis, 2004) ซึ่งศึกษาประสบการณ์มีอาการและการจัดการกับความอ่อนล้าในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการกลวิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการเชื่องช้าของปากอ้าเสบและความอ่อนล้าตามลำดับ

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีน้อยทั้งในและต่างประเทศ การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินผลอาการและการตอบสนองต่ออาการ ในประเทศพบเพียงการศึกษาของภาวิณี โอภาสศิริกุล (2546) ซึ่งศึกษาในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อายุ 8-16 ปี จำนวน 20 ราย ผลการศึกษาให้ความรู้ในเรื่องการรับรู้การรับรสเปลี่ยนแปลง และการประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้การรับรสเปลี่ยนแปลงพบว่าเด็กป่วยร้อยละ 55 รับรู้ว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุดคือรับรสชาติอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 72.7) รองลงมาคือรับรสลดลงและรับรสเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63.6) เด็กป่วยร้อยละ 45.5 รับรสลดลงในรสเปรี้ยวและรสเค็ม และร้อยละ 45.5 รับรสเพิ่มขึ้นในรสเปรี้ยวและรสเค็มในเรื่องการประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลง พบว่าเด็กป่วยร้อยละ 64 รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 55 รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทันทีที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.9) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงนาน 5 วันแต่ไม่ได้ศึกษาครอบคลุมถึงผลกระทบของการรับรสเปลี่ยนแปลง และไม่มีการศึกษาในเรื่องการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลง

การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็ง ในต่างประเทศพบเพียงการศึกษาของสโกลิน และคณะ (Skolin et al., 2006) ซึ่งศึกษาในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อายุ 2-17 ปี จำนวน 21 ราย ผลการศึกษาให้ความรู้ในเรื่องการรับรู้การรับรสเปลี่ยนแปลง การประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้การรับรสเปลี่ยนแปลงพบว่าเด็กป่วยอายุ 4-17 ปี จำนวน 9 ราย รับรู้ว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงเป็นอาการที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด อาหารที่เด็กป่วยคุ้นเคย หรือชอบรับประทานรสชาติ หรือมีรสที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเด็กป่วยร้อยละ 17, 7, 6 และ 2 ได้รับรสขม รสเปรี้ยว รสเค็มและรสหวานในน้ำดื่มตามลำดับแต่ไม่ได้ศึกษาชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลง ในเรื่องการประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลงไม่ได้ศึกษาถึงความรุนแรงเวลาที่เริ่มเกิดอาการ และช่วงระยะเวลาที่เกิดอาการพบเพียงผลกระทบของการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยพบว่าเด็กป่วยร้อยละ 43 รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือรับประทานอาหารได้ลดลงและในเรื่องการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย พบว่าเด็กป่วยจะไม่อยาก

รับประทานอาหารการตอบสนองต่ออาการด้านจิตใจ อารมณ์พบว่าเด็กป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากการที่ได้รับรสชาติของอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยรับรู้ โดยเฉพาะการรับรสหวานลดลง และรสชาติของอาหารที่พึงพอใจลดลงการตอบสนองต่ออาการด้านพฤติกรรม พบว่าเด็กป่วยจะปฏิเสธการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มน้ำของโรงพยาบาลแต่ความรู้ในการตอบสนองต่ออาการยังไม่ครอบคลุมในทุกประเด็นอาจเนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบสัมภาษณ์ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวนน้อยดังนั้นจะเห็นว่าการศึกษเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องบางประเด็นเป็นการศึกษาในเด็กป่วยโรคมะเร็งต่างชนิดกัน ซึ่งโรคมะเร็งบางชนิดไม่ได้รักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นหลัก อาจทำให้ผลการศึกษเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังไม่ชัดเจนและครอบคลุม

ผลการทบทวนวรรณที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยตรง แต่ผลการศึกษาของภาวิณี โอภาสศิริกุล (2546) พบว่าสิ่งที่เด็กป่วยระบุว่าทำให้การรับรสดีขึ้นได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นฉุน การรับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง การเพิ่มเครื่องปรุง การแปรงฟันก่อนและหลังรับประทานอาหาร กลิ่นหอมของอาหาร การรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นรับประทานอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว การดื่มน้ำก่อนรับประทานอาหารการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร และอมลูกอมไว้ในช่องปาก โดยไม่ได้ระบุว่าใครเป็นผู้ทำสิ่งเหล่านี้และผลการศึกษาของสกอลิน และคณะ (Skolin et al., 2006) พบว่าเมื่อเด็กป่วยโรคมะเร็งมีการรับรสเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเด็กป่วยบอกมารดาถึงการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และบอกให้มารดาเตรียมอาหารให้ และมารดาของเด็กป่วยได้เพิ่มเครื่องปรุงรสเพื่อเพิ่มรสชาติของอาหารผลการศึกษาดังกล่าวให้แนวทางในการศึกษาวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบเพียงการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ของเรฮวาลด์ และคณะ (Rehwaldt et al., 2009) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้ใหญ่ จำนวน 42 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้การรับรสดีขึ้นมีการรับประทานอาหาร และมีการประกอบอาหารรับประทานอาหารมากขึ้น

ดังนั้นจะเห็นว่าการศึกษเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ผ่านมายังมีน้อย และเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลงบางประเด็น ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่

ชัดเจน และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลง ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ครอบคลุมถึงประสบการณ์การมีอาหาร กลวิธีจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ ตามแนวคิดการจัดการกับอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดการรับรสเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคมะเร็งของวิกแฮมและคณะ (Wickham et al., 1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งในเรื่อง ประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลง กลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรับรสเปลี่ยนแปลงและวางแผนการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงร่วมกับบิดามารดา และผลการวิจัยนี้สามารถใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยในประเด็นอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนี้

1. ประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งการรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และตอบสนองต่ออาการรับรสเปลี่ยนแปลง
2. กลวิธีจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเรื่องสภาวะอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

คำถามการวิจัย

1. เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และการตอบสนองต่ออาการรับรสเปลี่ยนแปลงอย่างไร
2. เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดรับรู้ว่าคุณเองบิดามารดา และพยาบาลมีวิธีจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงอย่างไร
3. เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเรื่องสภาวะอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวกับการรับรสอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยศึกษาในเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดไม่ใช่ออดกิ้นที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อายุ 8 - 15 ปี ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม 2556

นิยามศัพท์

การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลง หมายถึง การบรรเทาอาการรับรสเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลง กลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลง

ประสบการณ์การมีอาหารรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง ความคิดความเข้าใจของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกี่ยวกับการเกิดการอาการรับรสเปลี่ยนแปลง ซึ่งครอบคลุมถึงการรับรู้ถึงอาการรับรสเปลี่ยนแปลง การประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลง และการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. การรับรู้ถึงอาการรับรสเปลี่ยนแปลงหมายถึง ความคิดความเข้าใจของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงการรับรู้เกี่ยวกับรสหวาน รสเปรี้ยว รสเค็มและรสขมในอาหารและเครื่องดื่มเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยรับรู้เกิดขึ้นขณะที่ได้รับยาเคมีบำบัดและหลังได้รับยาเคมีบำบัด ชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลงมี 4 ชนิด ได้แก่ รับรสลดลง รับรสเพิ่มขึ้นรับรสเผ็ดและรับรสชาอาหารไม่ได้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของภาวณิ โอภาสศิริกุล(2546)
2. การประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลงหมายถึง การตัดสินใจของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึงความรุนแรง ระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการ ช่วงเวลาที่เกิดอาการและผลกระทบของการเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงต่อการรับประทานอาหารและน้ำดื่มประเมิน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดประสบการณ์การมีอาหารของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดการรับรสเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคมะเร็งของวิกแฮมและคณะ (Wickham et al., 1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. การตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงหมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดตามการรับรู้ของเด็กป่วยในขณะที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดประสบการณ์การมีอาหาร

ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวทางการรับรสเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคมะเร็งของวิกแฮมและคณะ (Wickham et al., 1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง ความคิดความเข้าใจของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกี่ยวกับวิธีการที่ตนเอง บิดามารดา และพยาบาลใช้เพื่อให้การรับรสของเด็กป่วยดีขึ้น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามกลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง ความคิดความเข้าใจของเด็กป่วยถึงความสามารถในการรับรสชาติของอาหาร และความสามารถในการรับประทานอาหารและน้ำของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังจากการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงประเมินโดยใช้แบบสอบถามผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หมายถึง เด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 8-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด