

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทั้งการรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และตอบสนองต่ออาการรับรสเปลี่ยนแปลง กลวิธีจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเรื่องสภาวะอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอายุระหว่าง 8–15 ปี ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 29 ราย ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2555 ถึงเดือน พฤษภาคม 2556 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยโรคมะเร็ง

ตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละของเด็กป่วยโรคมะเร็งจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรคการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัด.(n = 29)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ		
8 - 11 ปี	19	65.5
มากกว่า 11 - 15 ปี	10	34.5
เพศ		
ชาย	20	69
หญิง	9	31
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	23	79.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	17.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.5
การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิด ALL	22	75.9
กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี	8	27.6
กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี	14	48.3
มะเร็งเม็ดเลือดขาว ชนิด AML	3	10.3
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ชนิด NHL	4	13.8
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน		
≤1 ปี	18	62.1
> 1 ปี - 2 ปี	5	17.2
> 2 ปี - 3 ปี	4	13.8
> 3 ปี	2	6.9
(พิสัย = 6 วัน-3ปี 4เดือน)		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะของการรักษาด้วยเคมีบำบัดในปัจจุบัน		
Induction phase	6	20.7
Consolidation phase	5	17.3
Maintenance phase	18	62
ชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ		
ALL	22	
MTX, Ara-C, VCR, CTX, DOX, L-asparaginase และ 6-MP	6	20.7
MTX, Ara-C, VCR, CTX, DOX, L-asparaginase, 6-TG และ leucovorin	1	3.4
MTX, Ara-C, CTX และ 6-MP,	1	3.4
MTX, Ara-C, CTX, 6-MP และ leucovorin	1	3.4
MTX, VCR, DOX, L-asparaginase	4	13.8
MTX, VCR, และ 6-MP	7	34.5
MTX, 6-MP และ leucovorin	1	3.4
Ara-C, CTX, DOX และ VP-16	1	3.4
AML	3	
MTX, Ara-C, DOX และ VP-16	1	3.4
Ara-C, VCR, CTX, DOX และ 6-TG	1	3.4
Ara-C, DOX และ 6-TG	1	3.4
NHL	4	
MTX, Ara-C, VCR, DOX และ leucovorin	1	3.4
MTX, VCR, 6-MP	3	10.4

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานี้		
≤1สัปดาห์	21	72.4
>1-2 สัปดาห์	2	7
>2-3 สัปดาห์	1	3.4
>3-4 สัปดาห์	1	3.4
>4-5 สัปดาห์	1	3.4
>5-6 สัปดาห์	2	7
>6-7 สัปดาห์	0	0
> 7 สัปดาห์	1	3.4
(พิสัย = 1 วัน – 60 วัน)		
ผลการตรวจนับเม็ดเลือดภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
ระดับฮีโมโกลบิน (g/dl)		
< 8(severe anemia)	2	6.9
8 –<10(moderate anemia)	5	17.2
10 –<12(mild anemia)	16	55.2
≥12(normal)	6	20.7
(พิสัย 7.8 – 13 g/dl)		
เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลตัวสมบูรณ์ (Absolute neutrophil count:ANC)(cell/mm ³)		
≤500(severe neutropenia)	3	10.4
501-<1,000(moderate neutropenia)	7	24.1
1,000 –<1,500(mild neutropenia)	6	20.7
≥1,500 (normal)	13	44.8
(พิสัย 54- 5,487cell/mm ³)		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนเกล็ดเลือด (mm^3)		
<50,000 (severe bleeding)	1	3.5
50,000–100,000 (thrombocytopenia)	1	3.5
$\geq 100,000$ (พิสัย = 10,000–633,000 mm^3)	27	93
อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด		
เบื่ออาหาร+ปากแห้ง	1	3.4
เบื่ออาหาร+ปากแห้ง+คลื่นไส้ อาเจียน	1	3.4
เบื่ออาหาร+ปากแห้ง+คลื่นไส้ อาเจียน+ เกิดแผล ในช่องปาก+ผมร่วง	4	13.9
เบื่ออาหาร+ปากแห้ง+คลื่นไส้ อาเจียน+เกิดแผล ในช่องปาก+ผมร่วง+ ถ่ายเหลว	8	27.7
เบื่ออาหาร+ปากแห้ง+เกิดแผลในช่องปาก	1	3.4
เบื่ออาหาร+ ปากแห้ง+ เกิดแผลในช่องปาก+ผมร่วง	1	3.4
เบื่ออาหาร+ ปากแห้ง+ เกิดแผลในช่องปาก+ผมร่วง +ถ่ายเหลว	1	3.4
เบื่ออาหาร+คลื่นไส้ อาเจียน+เกิดแผลในช่องปาก+ ผมร่วง	4	13.9
เบื่ออาหาร+คลื่นไส้ อาเจียน+เกิดแผลในช่องปาก+ผมร่วง + ถ่ายเหลว	3	10.4
เบื่ออาหาร+ คลื่นไส้ อาเจียน+ ผมร่วง	1	3.4
เบื่ออาหาร+คลื่นไส้ อาเจียน+ผมร่วง+ถ่ายเหลว	1	3.4
เบื่ออาหาร+ผมร่วง	2	6.9
ปากแห้ง+ คลื่นไส้ อาเจียน+ ผมร่วง	1	3.4

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด (จำแนกแต่ละอาการ)		
คลื่นไส้ อาเจียน	23	79.3
เบื่ออาหาร หรืออยากอาหารลดลง	28	96.5
เกิดแผลในช่องปาก	22	75.9
ปากแห้ง	18	62.1
ถ่ายเหลว	13	44.8
ผมร่วง	25	86.2
ภาวะแทรกซ้อนจากเคมีบำบัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ติดเชื้อมีไข้ หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก	6	20.7
มีไข้	27	93.1
มีเลือดออกตามไรฟัน	6	20.7
สุขภาพในช่องปาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ฟัน เหงือก เยื่อบุช่องปาก ไม่สะอาด มีเศษอาหารติดตามซอกฟัน	21	72.4
ฟันผุ	10	34.5
เหงือกอักเสบ	6	20.7
มีกลิ่นปาก	8	27.6

Note.MTX = metotrexane, Ara-C = cytosine arabinoside, VCR = vincristine, CTX = cyclophosphamide, DOX = doxorubicin, L-asp = L-asparaginase, 6-MP = 6-Mercaptopurine, 6-TG = 6-thioguanine และ VP-16 = etoposide

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวน 29 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเด็กชาย (ร้อยละ 69) มีอายุระหว่าง 8 -11 ปี (ร้อยละ 65.5) กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.3) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด ALL (ร้อยละ 75.9) โดยที่ร้อยละ 48.3 อยู่กลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีร้อยละ 62.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ร้อยละ 62 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะควบคุมให้โรคสงบ เด็กป่วยทุกรายได้รับยาเคมีบำบัดตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไปเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.4) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 สัปดาห์ มีระดับฮีโมโกลบิน <12 g/dl (ร้อยละ 79.3) มีจำนวน ANC <1000 cell/mm³ (ร้อยละ 34.5) และมี

เกล็ดเลือดตั้งแต่ 100,000 mm³ขึ้นไป เด็กป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้แก่ เบื่ออาหารปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียนเกิดแผลในช่องปากผอมร่วง และถ่ายเหลวร่วมกัน (ร้อยละ 27.7) เด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) มีไข้ และเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.4) มีสุขภาพในช่องปากไม่ดี โดยมีฟัน เหงือก เยื่อช่องปาก ไม่สะอาด มีเศษอาหารติดตามซอกฟัน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และการตอบสนองต่ออาการ

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละการรับรู้การรับรสเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำแนกตามชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลงและชนิดของรส ($n=29$)(ตอบได้มากกว่า 1 รส)

ชนิดการรับรสเปลี่ยนแปลง	ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง	ราย
รับรสลดลง (29 ราย หรือร้อยละ100)		
รสหวาน(28ราย หรือร้อยละ96.5)	MTX, Ara-C ,VCR, CTX และDOX	7
	MTX, Ara-C, VCR และDOX	1
	MTX, Ara-C และ CTX	2
	MTX, Ara-C และDOX	1
	MTX, VCR และDOX	4
	MTX และVCR	9
	MTX	1
	Ara-C และVCR	1
	Ara-C, CTX และDOX	1
	Ara-C และDOX	1
รสเค็ม(12 ราย หรือร้อยละ41.4)	MTX, Ara-C , VCR, CTX และDOX	3
	MTX, Ara-C, VCR และDOX	1
	MTX, VCR และDOX	2
	MTX และ VCR	3
	MTX	1
	Ara-C ,VCR, CTX และDOX	1
	Ara-C และDOX	1

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ชนิดการรับรสเปลี่ยนแปลง	ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง	ราย
รสเปรี้ยว(4 ราย หรือร้อยละ 13.8)	MTX, Ara-C, VCR, CTX และDOX	1
	MTX, Ara-C และDOX	1
	MTX และ VCR	2
รสขม 0 ราย	0	0
รับรสเพิ่มขึ้น (27 ราย หรือร้อยละ 93.1)		
รสขม(24 ราย หรือร้อยละ 82.7)	MTX, Ara-C และVCR	7
	MTX และ Ara-C	3
	MTX และ VCR	10
	MTX	1
	Ara-CและVCR	1
	Ara-C	2
รสเปรี้ยว(19 ราย หรือร้อยละ 41.4)	MTX, Ara-C และ VCR	5
	MTX และ Ara-C	2
	MTX และ VCR	9
	Ara-C และVCR	1
	MTX	1
	Ara-C	1
รสเค็ม(1 ราย หรือร้อยละ 3.4)	MTX และ VCR	1
รสหวาน 0 ราย	0	0
รับรสผิดแปลก	MTX, Ara-C, VCR, CTX และDOX	3
(16 ราย หรือร้อยละ 55.2)	MTX, Ara-C, VCR และDOX	1
	MTX, Ara-C และCTX	2
	MTX, VCR และDOX	4
	MTX และVCR	3
	MTX	1

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ชนิดการรับรสเปลี่ยนแปลง	ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง	ราย
รับรสชาติอาหารไม่ได้ (10 ราย หรือร้อยละ 34.5)	Ara-C, CTX และDOX	1
	MTX, Ara-C และCTX	2
	MTX, VCR และDOX	2
	MTX และVCR	4
	MTX	1
	Ara-C, CTX และDOX	1

Note.MTX = metotrexane, Ara-C = cytosine arabinosine, VCR = vincristine, CTX = cyclophosphamide และ DOX = doxorubicin

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยทุกรายมีการรับรสลดลง ซึ่งเป็นชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุดรองลงมาคือ รับรสเพิ่มขึ้น รับรสเพี้ยนผิด และรับรสชาติอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 93.155.2 และ 34.5 ตามลำดับ)

เด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) รายงานว่า รสหวานคือชนิดของรสที่ลดลงมากที่สุด รองลงมาคือ รสเค็ม (ร้อยละ 41) และเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) รายงานว่า รสขมคือชนิดของรสที่เพิ่มมากที่สุด รองลงมาคือ รสเปรี้ยว (ร้อยละ 41) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.3

จำนวนและร้อยละของการประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำแนกตามความรุนแรง เวลาที่เริ่มเกิดอาการ ช่วงเวลาที่เกิดอาการ และผลกระทบจากอาการ (n=29)

การประเมินการรับรสเปลี่ยนแปลง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความรุนแรงของการรับรสเปลี่ยนแปลง		
รุนแรงเล็กน้อย	12	41.4
รุนแรงปานกลาง	11	37.9
รุนแรงมาก	6	20.7
เวลาที่เริ่มเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง		
ทันทีที่ได้รับยาเคมีบำบัด	5	17.2
ภายใน 24 ชั่วโมงที่ได้รับยาเคมีบำบัด	14	48.3
หลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง	10	34.5
ช่วงระยะเวลาที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง		
เกิดขึ้นนาน 2-3 วัน	11	37.9
เกิดขึ้นนาน 4-5 วัน	7	24.1
เกิดขึ้นนาน 6-7 วัน	11	37.9
ผลกระทบจากการรับรสเปลี่ยนแปลงต่อการรับประทานอาหาร		
รับประทานอาหารไม่ได้	6	20.7
รับประทานอาหารได้น้อยลง	16	55.2
รับประทานอาหารได้ตามปกติ	7	24.1
ผลกระทบจากการรับรสเปลี่ยนแปลงต่อการดื่มน้ำ		
ดื่มน้ำไม่ได้	3	10.3
ดื่มน้ำได้น้อยลง	18	62.1
ดื่มน้ำได้ตามปกติ	8	27.6

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย รายงานการประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลง ดังนี้ ร้อยละ 58.6 รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลางถึงมาก ร้อยละ 48.3 เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงภายใน 24 ชั่วโมงที่ได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 37.9 เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงนาน 2-3 วัน และ 6-7 วัน และพบว่า การรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลให้เด็กป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ถึงร้อยละ 20.7 และรับประทานอาหารได้ลดลงร้อยละ 55.2 ดื่มน้ำไม่ได้ ร้อยละ 10.3 และดื่มน้ำได้น้อยลง ร้อยละ 62.1 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.4

จำนวนและร้อยละของการตอบสนองต่ออาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำแนกตามการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม

การตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การตอบสนองด้านร่างกาย(ตอบได้มากกว่า1 ข้อ)		
ไม่ยอมรับประทานอาหาร	23	79.3
อ่อนเพลีย	15	51.7
ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ	7	24.1
การตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์(ตอบได้มากกว่า1 ข้อ)		
รู้สึกหงุดหงิด / ซัดเคืองใจ	20	69
รู้สึกเบื่อหน่าย	22	75.9
รู้สึกเฉยๆ	6	20.7
การตอบสนองด้านพฤติกรรม(ตอบได้มากกว่า1 ข้อ)		
ไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มของโรงพยาบาล	26	89.7
ไม่รับประทานอาหารร่วมกับใคร	7	24.1
ไม่พูดคุยกับใคร	7	24.1
ทำทุกอย่างเหมือนเดิม*	14	48.3

หมายเหตุ *ทำทุกอย่างเหมือนเดิม หมายถึง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมหลังเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย รายงานการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.3) ไม่ยอมรับประทานอาหารและรู้สึกอ่อนเพลีย (ร้อยละ 51.7) ในด้านจิตใจ อารมณ์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.9) รู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกหงุดหงิด / ซัดเคืองใจ ร้อยละ 69 และในด้านพฤติกรรม ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) ไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มของโรงพยาบาลดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 4.5

จำนวนและร้อยละของกลวิธีจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็ง โดยเด็กป่วย (n=29)

กิจกรรมที่ปฏิบัติโดยเด็กป่วย	การปฏิบัติกิจกรรม			ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)
	ทำ			
	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น				
1. บอกให้บิดามารดาทราบ	14 (48.3)	8 (27.6)	22(75.9)	7 (24.1)
2. บอกให้พยาบาล หรือแพทย์ทราบ	1 (3.5)	3 (10.3)	4 (13.8)	25 (86.2)
3. ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารอ่อนหรือเหลว	15 (51.7)	13 (44.8)	28 (95.5)	1 (3.5)
4. ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่มีกลิ่นหอม	6 (20.7)	10 (34.5)	16 (55.2)	13 (44.8)
5. ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่ไม่มีกลิ่นฉุน	5 (17.2)	9 (31)	14 (48.2)	15 (51.7)
6. ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่น	4 (13.8)	11 (37.9)	15 (51.7)	14 (48.3)
7. ขอให้บิดามารดาจัดหาลูกอม	3 (10.3)	12 (41.4)	15 (51.7)	14 (48.3)
8. ขอให้บิดามารดาเตรียมหรือซื้ออาหารหรือ เครื่องดื่มนอกโรงพยาบาล	14 (48.3)	11 (37.9)	25 (86.2)	4 (13.8)
การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง				
9. ดื่มน้ำมากๆ ก่อน และขณะที่รับประทานอาหาร	5 (17.2)	11 (37.9)	16 (55.2)	13 (44.8)
10. อมลูกอมไว้ในช่องปากบ่อยครั้ง	2 (6.9)	15 (51.7)	17 (58.6)	12 (41.4)
11. แปรงฟันก่อนและหลังการรับประทานอาหาร เมื่อไม่มีข้อห้ามในการแปรงฟัน	4 (13.8)	21 (72.4)	25 (86.2)	4 (13.8)
12. บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากก่อนและหลังการ รับประทานอาหาร	7 (24.1)	17 (58.6)	24 (82.7)	5 (17.2)

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย รายงานกลวิธีจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองในเรื่องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นว่า เด็กป่วยส่วนใหญ่เด็กป่วย (ร้อยละ 75.9) บอกให้บิดามารดาทราบเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยร้อยละ 48.3 บอกทุกครั้ง และร้อยละ

27.6 บอกบางครั้งเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.2) ไม่ได้บอกให้พยาบาล หรือแพทย์ทราบเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.5) ขอให้บิดามารดาจัดอาหารอ่อนหรือเหลวโดยร้อยละ 51.7 ขอทุกครั้ง และร้อยละ 44.8 ได้ขอบางครั้ง เด็กป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.2) ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้ โดยร้อยละ 20.7 ขอทุกครั้ง และร้อยละ 34.5 ได้ขอบางครั้งเด็กป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.2) ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่ไม่มีกลิ่นหอมมาให้ โดยร้อยละ 17.2 ขอทุกครั้ง และร้อยละ 31 ขอบางครั้งเด็กป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.7) ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นมาให้ โดยร้อยละ 13.8 ขอทุกครั้ง และร้อยละ 37.9 ขอบางครั้งเด็กป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.7) ขอให้บิดามารดาจัดหาลูกอมมาให้ โดยร้อยละ 10.3 ขอทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 ได้ขอบางครั้งและเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.2) ขอให้บิดามารดาเตรียมหรือซื้ออาหารหรือเครื่องดื่มนอกโรงพยาบาลโดยร้อยละ 48.3 ขอทำทุกครั้ง และร้อยละ 37.9 ขอบางครั้ง

ในเรื่องการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองพบว่า เด็กป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.1) ดื่มน้ำมากๆ ก่อน และขณะที่รับประทานอาหาร โดยร้อยละ 17.2 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 37.9 ทำบางครั้งเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.2) แปรงฟันก่อนและหลังการรับประทานอาหาร เมื่อไม่มีข้อห้ามในการแปรงฟันโดยร้อยละ 13.8 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 51.7 ทำบางครั้งและเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.7) บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากก่อนและหลังการรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 24.1 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 58.6 ทำบางครั้งดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.6

จำนวนและร้อยละของกลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยบิดามารดา($n=29$)

กิจกรรมที่ปฏิบัติโดยบิดามารดา	การปฏิบัติกิจกรรม			ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)
	ทำ			
	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น				
1. บอกพยาบาลหรือแพทย์ เกี่ยวกับการรับรส เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วย	6 (20.7)	12 (41.4)	18 (62.1)	11 (37.9)
การดูแลเรื่องอาหารและเครื่องดื่ม				
2 จัดอาหารอ่อน หรืออาหารเหลว	7 (24.1)	17 (58.6)	24 (82.7)	5 (17.2)
3. จัดอาหารที่มีกลิ่นหอม	8 (27.6)	16 (55.1)	24 (82.7)	5 (17.2)
4. ไม่จัดอาหารที่มีกลิ่นฉุน	8 (27.6)	17 (58.6)	25 (86.2)	4 (13.8)
5. จัดอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่น	6 (20.7)	17 (58.6)	23 (79.3)	6 (20.7)
6. เพิ่มเครื่องปรุงรสในอาหารที่เด็กป่วย รับประทาน	7 (24.1)	14 (48.3)	21 (72.4)	8 (27.6)
7. จัดหาลูกอม	2 (6.9)	12 (41.4)	14 (48.3)	15 (51.7)
8. กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่น้อยแต่ บ่อยครั้ง	13 (44.8)	12 (41.4)	25 (86.2)	4 (13.8)
9. กระตุ้นให้ดื่มน้ำก่อนและขณะที่เด็กป่วย รับประทานอาหาร	19 (65.5)	9 (31)	28 (96.5)	1 (3.5)
10. ดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นในการแปรงฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหาร	20 (69)	7 (24.1)	27 (93.1)	2 (6.9)
11. ดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นในการบ้วนปาก ก่อนและหลังรับประทานอาหาร	20 (69)	6 (20.7)	26 (89.7)	3 (10.3)

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย รายงานกลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยบิดามารดา ในเรื่องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นว่าบิดามารดาประมาณครึ่งหนึ่ง

(ร้อยละ 62.1) ได้บอกพยาบาลหรือแพทย์ เกี่ยวกับการรับเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วย โดยร้อยละ 20.7 บอกทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 ได้บอกบางครั้ง

ในเรื่องการดูแลเรื่องอาหารและเครื่องดื่มเด็กป่วยรายงานว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) จัดอาหารอ่อน หรืออาหารเหลวมาให้ โดยร้อยละ 24.1 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 58.6 ทำบางครั้ง บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) จัดอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้ โดยร้อยละ 27.6 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 55.1 ทำบางครั้ง บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.2) ไม่จัดอาหารที่มีกลิ่นฉุนมาให้ โดยร้อยละ 27.6 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 58.6 ทำบางครั้ง บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.3) จัดอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นมาให้ โดยร้อยละ 20.7 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 58.6 ทำบางครั้ง บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.4) เพิ่มเครื่องปรุงรสในอาหารที่เด็กป่วยรับประทาน โดยร้อยละ 24.1 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 48.3 ทำบางครั้ง บิดามารดาประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.7) ไม่จัดหาลูกอมมาให้ บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.2) กระตุ้นให้รับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง โดยร้อยละ 44.8 กระตุ้นทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 กระตุ้นบางครั้ง และบิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) กระตุ้นให้ดื่มน้ำก่อน และขณะที่เด็กป่วยรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 65.5 กระตุ้นทุกครั้ง และร้อยละ 31 กระตุ้นบางครั้ง

ในเรื่องการดูแลเรื่องความสะอาดในช่องปาก เด็กป่วยรายงานว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.1) ดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นในการแปรงฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 69 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 ทำบางครั้ง และบิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) ดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นในการบ้วนปาก ก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 69 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 20.7 ทำบางครั้ง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.7

จำนวนและร้อยละของกลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งโดยพยาบาล
(n=29)

กิจกรรมที่ปฏิบัติโดยพยาบาล	การปฏิบัติกิจกรรม			ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)
	ทำ			
	ทำทุกครั้ง	ทำบางครั้ง	รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การประเมินการรับรสเปลี่ยนแปลง				
1. สอบถามเกี่ยวกับการรับรสชาติของอาหาร หรือ เครื่องดื่ม (ทุกวันหรือทุกแฉะ)	5 (17.2)	18 (62.1)	23 (79.3)	6 (20.7)
การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวแก่เด็กป่วย				
2. ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร	9 (31)	16 (55.2)	25 (86.2)	4 (13.8)
3. ให้คำแนะนำในเรื่องการการรักษาความสะอาดในช่องปาก	9 (31)	15 (51.7)	24 (82.7)	5 (17.3)
การให้คำแนะนำแก่บิดามารดา				
4. ให้คำแนะนำในเรื่องการจัดเตรียมอาหารและ เครื่องดื่มสำหรับเด็กป่วย	6 (20.7)	20 (69)	26 (89.7)	3 (10.3)
5. ให้คำแนะนำในเรื่องการรักษาความสะอาดในช่องปากของเด็กป่วย	12 (41.4)	14 (48.3)	26 (89.7)	3 (10.3)
การช่วยให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้น				
6. ดูแลเรื่องการสั่งอาหารและเครื่องดื่มจากโรงอาหาร	0 (0)	3 (10.3)	3 (10.3)	26 (89.7)
7. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะดวกช่องปาก	21 (72.4)	7 (24.1)	28 (96.5)	1 (3.5)
8. ให้ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อเด็กป่วยมีอาการ	21 (72.4)	7 (24.14)	28 (96.5)	1 (3.5)
9. ให้ยาชาป้ายแผลในปากเมื่อเด็กมีแผลในปาก	20 (69)	7 (24.1)	27 (93.1)	2 (6.9)

เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 รายรายงานผลเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยพยาบาลในเรื่องการประเมินการรับรสเปลี่ยนแปลงว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.3) พยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการรับรสชาติของอาหารหรือเครื่องดื่ม โดยร้อยละ 17.2 สอบถามทุกครั้ง และร้อยละ 62.1 สอบถามบางครั้ง

ในเรื่องการให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวแก่เด็กป่วยเด็กป่วยรายงานว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.2) พยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 31 แนะนำทุกครั้ง และร้อยละ 55.2 แนะนำบางครั้งและเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) รายงานว่าพยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องการการรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยร้อยละ 31 แนะนำทุกครั้ง และร้อยละ 51.7 แนะนำบางครั้งในเรื่องการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) รายงานว่าพยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องการจัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กป่วย โดยร้อยละ 20.7 แนะนำทุกครั้ง ร้อยละ 69 แนะนำบางครั้ง และเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) รายงานว่าพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยร้อยละ 48.3 แนะนำทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 แนะนำบางครั้ง

ในเรื่องการช่วยให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้น เด็กป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 89.7 รายงานว่าพยาบาลไม่ได้ดูแลเรื่องการส่งอาหารและเครื่องดื่มจากโรงอาหารเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) รายงานว่าพยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดช่องปาก โดยร้อยละ 72.4 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 ทำบางครั้ง เด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) รายงานว่าพยาบาลให้ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อเด็กป่วยมีอาการ โดยร้อยละ 72.4 ให้ทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 ให้บางครั้ง และเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.1) รายงานว่าพยาบาลให้ยาชาป้ายแผลในปากเมื่อเด็กมีแผลในปาก โดยร้อยละ 69 ให้ทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 ให้บางครั้งดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 4.8

จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด($n=29$)

ข้อมูล	ดีขึ้นน้อย	ดีขึ้นมาก
	0-2 คะแนน	3-4 คะแนน
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ความสามารถในการรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่ม	18 (62.1)	11 (37.9)
ความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม	18 (62.1)	11 (37.9)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องความสามารถในการรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มพบว่า เด็กป่วยร้อยละ 62.1 รายงานว่ากิจกรรมการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่ทำโดยเด็กป่วย บิดามารดา และพยาบาล ช่วยให้ความสามารถในการรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มดีขึ้นน้อย และร้อยละ 37.9 รายงานว่าช่วยให้ดีขึ้นมากในเรื่องความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มพบว่าเด็กป่วยร้อยละ 62.1 รายงานว่ากิจกรรมการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่ทำโดยเด็กป่วย บิดามารดา และพยาบาล ช่วยให้ความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มดีขึ้นน้อยและร้อยละ 37.9 รายงานว่าช่วยให้ดีขึ้นมากดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.8

การอภิปรายผล

การศึกษาการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และการตอบสนองต่ออาการรับรสเปลี่ยนแปลง

คำถามการวิจัยที่ 1 เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และการตอบสนองต่ออาการรับรสเปลี่ยนแปลงอย่างไร

ผลการศึกษาศึกษาประสบการณ์การมีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดใน 3 เรื่อง คือ การรับรู้อาการ การประเมินผลอาการ และการตอบสนองต่ออาการรับรสเปลี่ยนแปลง

การรับรู้อาการรับรสเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 รายในเรื่องชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลงพบว่าชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุดคือ การรับรสลดลง รองลงมาคือ รับรสเพิ่มขึ้น รับรสเผ็ดร้อน และรับรสขาดอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 100 93.155.2 และ 34.5 ตามลำดับ) ดังนี้

การรับรสลดลง

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลง ชนิดการรับรสลดลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยทุกรายรับรสลดลง ในจำนวนนี้เด็กป่วยจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 96.5) รับรสลดลงในรสหวาน เด็กป่วยจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 41.4) รับรสลดลงในรสเค็ม และเด็กป่วยจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 13.8) รับรสลดลงในรสเปรี้ยว สามารถอธิบายจากผลของยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับ อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และผลของน้ำยาบ้วนปาก ดังนี้

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทุกราย (ร้อยละ 100) รับรสลดลง อาจเนื่องมาจากเด็กป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่ส่งผลให้เกิดการรับรสลดลงตั้งแต่ 1-5 ชนิด และเป็นการได้รับยาทางหลอดเลือด

เลือด และทางไขสันหลังในขนาดที่สูง ส่งผลให้เด็กป่วยเกิดการรับรสรลดลงรุนแรงในระดับมาก โดยยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์รับรสโดยตรง ได้แก่ยา MTX, Ara-C, vincristine, cyclophosphamide, และ doxorubicin (Epstein & Barasch, 2010; Hong et al., 2009; Sherry, 2002) และออกฤทธิ์ทำลายประสาทการรับรส ได้แก่ยา MTX, vincristine และ Ara-C (Saif & Chu, 2011; Windebank & Grisold, 2008; Wilkes, Ingwersen & Barton – Burke, 2001)

ผลการศึกษาพบว่าเด็กป่วยที่มีการรับรสรลดลงได้รับยาเคมีบำบัดที่มีผลทำลายเซลล์รับรสโดยตรง ทั้ง 29 ราย โดยพบว่าเด็กป่วยจำนวน 26 ราย ได้รับยา MTX เด็กป่วยจำนวน 14 ราย ได้รับยา Ara-C เด็กป่วยจำนวน 12 ราย ได้รับ vincristine เด็กป่วยจำนวน 11 ราย ได้รับยา cyclophosphamide และเด็กป่วยจำนวน 16 ราย ได้รับยา doxorubicin (ตารางที่ 4.1) การทำลายเซลล์รับรสโดยตรงของยาเคมีบำบัด ทำให้โครงสร้างและพื้นผิวของเซลล์รับรสถูกทำลายส่งผลให้เซลล์รับรสทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ และทำให้จำนวนเซลล์รับรสลดลงเนื่องจากไม่สามารถสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์รับรสเดิมที่ถูกทำลายและตายไปได้ ส่งผลให้การรับรสรลดลง (Epstein & Barasch, 2010; Hong et al., 2009; Sherry, 2002) โดยยา MTX จะออกฤทธิ์ต่อวงจรชีวิตของเซลล์รับรสในระยะ S phase ยับยั้งการสร้าง DNA ทำให้ไม่สามารถสร้างเซลล์รับรสทดแทนเซลล์ที่ตายไป ส่งผลให้เซลล์รับรสรลดลง (Wilkes, Ingwersen & Barton–Burke, 2001; Saif & Chu, 2011) ส่วนยา vincristine จะออกฤทธิ์รบกวนการแบ่งตัวของเซลล์รับรสในระยะ mitosis และระยะ S phase ทำให้การแบ่งตัวของเซลล์รับรสหยุดชะงัก ทำให้จำนวนของเซลล์รับรสรลดลง (Abu - Khalaf & Harris, 2011; Wilkes, Ingwersen & Barton–Burke, 2001) ยา doxorubicin ทำให้การรับรสรลดลง โดยยาออกฤทธิ์ทำลายเซลล์รับรสในช่วง S phase ยับยั้งการสร้าง DNA และยับยั้งการสังเคราะห์ RNA และ โปรตีน ทำให้การแบ่งตัวของเซลล์รับรสหยุดชะงัก ทำให้จำนวนของเซลล์รับรสรลดลง (Ingram et al., 1991; Quasthoff, & Hartung, 2002) ยา cyclophosphamide ออกฤทธิ์ทำลายเซลล์รับรสโดยยับยั้งการสังเคราะห์ DNA ทำให้ไม่สามารถสร้างเซลล์ทดแทนเซลล์เดิมที่ตายได้ (Goodman et al., 1997) และยา cytosine arabinoside หรือ Ara-C ทำให้การรับรสรหวนลดลง โดยขัดขวางขบวนการสร้างไพริมิดีน ที่ใช้ในการสร้าง DNA ทำให้เซลล์รับรสไม่สามารถสร้างเซลล์ทดแทนเซลล์เดิมที่เสื่อมสภาพไปได้ จำนวนเซลล์รับรสจึงลดลง (Wilkes, Ingwersen & Barton – Burke, 2001) (Wilkes, Ingwersen & Barton – Burke, 2001)

การที่เด็กป่วยได้รับ methotrexate, Ara-C หรือ vincristine ในปริมาณสูงมีพิษต่อระบบประสาทส่วนปลายซึ่งทำหน้าที่นำข้อมูลการรับรสไปสู่ศูนย์รับรสในสมอง โดยยาออกฤทธิ์ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) ที่ทำหน้าที่รับและส่งสัญญาณประสาทการรับรสจากเซลล์รับรสไปสู่สมอง โดยยาจะทำลายและยับยั้งการสังเคราะห์ DNA เพื่อสร้างเซลล์ประสาทส่วนปลาย (neuron) ที่บริเวณตัวเซลล์ (cell body) และเส้นใยประสาท (nerve fiber) ชนิดแอกซอน (axon) ทำให้

เส้นประสาทสมองถูกทำลาย และกระแสประสาทการรับรสที่ส่งไปตามเส้นประสาทสมองถูกรบกวน ส่งผลให้การส่งข้อมูลการรับรสไปสู่สมองบิดเบือนไป (Saif & Chu, 2011; Windebank & Grisold, 2008; Wilkes, Ingwersen & Barton – Burke, 2001) นอกจากนี้การที่ปลายประสาทสมองเส้นที่ 7 ถูกทำลายจากยาเคมีบำบัดจนเกิดการเสื่อมสภาพและตายไป จะส่งผลให้เซลล์รับรสที่เชื่อมโยงกับปลายประสาทสมองบริเวณนั้นฝ่อและตายไปด้วย ทำให้จำนวนเซลล์รับรสลดลง (Sioka & Kyritsis, 2009; Windebank & Grisold, 2008) การที่เด็กป่วยได้รับ MTX หรือ Arc-C ในขนาดที่สูงทางไขสันหลังเพื่อป้องกัน CNS prophylaxis จะทำลายสมองส่วนเนื้อขาว (white matter) ทั้งที่อยู่บริเวณไขสันหลัง และสมองซึ่งเป็นเนื้อสมองส่วนที่มีแอกซอนที่มีเยื่อหุ้มไมอีลินโดยตรง ทำให้ส่งสัญญาณประสาท และการแปลข้อมูลรสรในระดับสมอง บิดเบือนไปจากเดิม ส่งผลให้เด็กป่วยแปลผลการรับรสลดลงไปจากเดิม (Sioka & Kyritsis, 2009; Windebank & Grisold, 2008)

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรสลดลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าเด็กป่วยจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 96.5) รับรสลดลงในรสหวานมากที่สุดอาจเกิดจากยาเคมีบำบัดทำลายต่อมรับรสหวาน ซึ่งเป็นต่อมรับรสที่มีจำนวนมากที่สุด (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2552) การที่เด็กป่วยจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 41.4) รับรสลดลงในรสเค็มรองลงมา อาจเนื่องจากต่อมรับรสเค็มมีจำนวนมากรองลงมาจากต่อมรับรสหวาน (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิชิตพรชัย, 2552; Connor, 2009; Guyton & Hall, 2006) และเนื่องจากเด็กป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) เป็นเด็กที่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือ อาหารประจำภาคที่เด็กป่วยรับประทานเป็นประจำจะมีรสเค็มเป็นรสหลัก ได้แก่ น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกอ่อน น้ำพริกน้ำปู ใส่อั่วแกง โขะแกงฮังเล, แคบหมู ผักกาดจ้อ ลาบหมู ลาบเนื้อจิ้นส้ม (ແໜມ) ข้าวซอย ขนมน้ำเงี้ยว เนื้อทอด เป็นต้น (พัชรี ยุติธรรม, 2539) ทำให้เด็กป่วยคุ้นชินกับอาหารที่มีรสเค็ม เมื่อเด็กป่วยเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้น รสเค็มจึงเป็นรสหนึ่งที่เด็กป่วยรับรสได้ลดลง

นอกจากนี้การที่เด็กป่วยรับรสลดลง อาจเกิดจากมีอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดอื่นๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ แผลในช่องปาก (ร้อยละ 75.9) ปากแห้ง (ร้อยละ 62) โดยที่แผลในช่องปากทำให้การรับรสลดลง ยาเคมีบำบัดทำลายเยื่อช่องปากทำให้เกิดการอักเสบ และเกิดแผล ส่งผลให้เซลล์รับรสที่อยู่บริเวณแผลถูกทำลายไปด้วย เซลล์รับรสมีจำนวนลดลง ส่งผลให้การรับรสลดลง (Hong et al., 2009) ปากแห้งทำให้การรับรสลดลง เนื่องจากน้ำลายซึ่งเป็นตัวละลายสารเคมีให้รสในอาหารมีปริมาณลดลงทำให้สารให้รสสัมผัสกับเซลล์รับรสมีปริมาณลดลง เซลล์รับรสจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสารเคมีดังกล่าวให้เป็นประจุไฟฟ้าผ่านไปยังประสาทสมองเพื่อที่จะส่งข้อมูลการรับรสไปยังสมองเพื่อแปลข้อมูลการรับรสได้ ทำให้การรับรสลดลง (Mese & Matsuo, 2007)

การที่เด็กป่วยบรรลบลดลง อาจเนื่องจากผลของน้ำยาบ้วนปากที่เด็กป่วยใช้ น้ำยาบ้วนปากบางชนิดมีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อช่องปากและลิ้น ทำให้เซลล์รับระคายเคือง ส่งผลให้การบรรลบลดลง (Howie, Trigkas, Cruchley, Wertz, Squier, & Williams, 2001; McCullough & Farah, 2008) น้ำยาบ้วนปากบางชนิดมีรสชาติและกลิ่นไม่พึงประสงค์ เช่น กลอเฮกซิดีนไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์และโซเดียมไบคาร์บอเนต ทำให้การบรรลบลดลง (Rollin, 1978 cited in Mott et al., 1993)

การบรรลพบ่มเพิ่มขึ้น

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับชนิดของการบรรลพบ่เปลี่ยนแปลง ชนิดบรรลพบ่มเพิ่มขึ้นในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 รายพบว่าเด็กป่วยจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 93.1) บรรลพบ่มเพิ่มขึ้นในจำนวนนี้เด็กป่วยจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.7) บรรลพบ่มเพิ่มขึ้น เด็กป่วยจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 41) บรรลพบ่ยาวเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.2) สามารถอธิบายจากผลยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับ อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และภาวะสุขภาพในช่องปาก ดังนี้

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 27 ราย บรรลพบ่มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากเด็กป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่ส่งผลให้เกิดการบรรลพบ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 1-3 ชนิด และเป็นการได้รับยาในขนาดที่สูงทั้งทางหลอดเลือด และทางไขสันหลัง ส่งผลให้เด็กป่วยเกิดการบรรลพบ่มเพิ่มขึ้นรุนแรงในระดับมาก ยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ทำลายระบบประสาทการบรรลพบ่มได้แก่ยา MTX, Ara-C และ vincristine โดยพบเด็กป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้การบรรลพบ่มเพิ่มขึ้นดังนี้ เด็กป่วย 1 ราย ได้รับยา MTX อย่างเดียว เด็กป่วยจำนวน 2 ราย ได้รับยา Ara-C อย่างเดียว เด็กป่วยจำนวน 10 ราย ได้รับยา MTX และ vincristine เด็กป่วยจำนวน 6 ราย ได้รับยา MTX และ Ara-C เด็กป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับยา vincristine และ Ara-C และ เด็กป่วยจำนวน 7 ราย ได้รับยา MTX, vincristine และ Ara-C (ตารางที่ 4.1) ในจำนวนนี้พบเด็กป่วยจำนวน 14 ราย ได้รับยา MTX ในขนาดที่สูงทางไขสันหลังและเด็กป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับยา Ara-C ในขนาดที่สูงทางไขสันหลัง

ยา methotrexate และ Ara-C ที่เด็กป่วยได้รับในปริมาณสูงทางหลอดเลือดดำ และทางไขสันหลัง และยา vincristine ที่เด็กป่วยได้รับทางหลอดเลือดดำทำให้เด็กป่วยบรรลพบ่มเพิ่มขึ้น โดยยาจะออกฤทธิ์ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ 79 และ 10 (vagus nerve) ที่ทำหน้าที่รับและส่งสัญญาณประสาทการบรรลพบ่มจากเซลล์รับรสที่อยู่บริเวณโคนลิ้นไปสู่ระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเป็นที่อยู่ของศูนย์รับรสในสมองโดยยาจะเข้าไปยับยั้งการสร้าง DNA ในระยะ S phase ทำให้เซลล์ประสาทส่วนที่เป็น cell body และ axon ไม่สามารถสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์ที่ตายไป ทำให้การนำข้อมูลรสไปสู่ศูนย์การรับรสในสมองบิดเบือนไป (Saif & Chu, 2011; Windebank & Grisold, 2008; Wilkes, Ingwersen & Barton-Burke, 2001) จึงอาจทำให้เด็กป่วยบรรลพบ่มเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรสเพิ่มขึ้นในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าเด็กป่วยจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.7) รับรสชมเพิ่มขึ้นมากที่สุด อาจเนื่องจากในจำนวนนี้มีเด็กป่วยจำนวน 18 ราย ใน 24 ราย (ร้อยละ 75) ได้รับยา vincristine เป็นยาเคมีบำบัดในกลุ่ม plant alkaloid ซึ่งเป็นสารที่มีรสขมและรสฝื่อนฝาด เมื่อยาถูกขับออกทางน้ำลายและสัมผัสเซลล์รับรสโดยตรง หรือซึมผ่านเข้าสู่ช่องปากทางเครวิคูลาฟลูอิด ระหว่างที่เด็กเคี้ยวอาหาร ทำให้เด็กป่วยได้รับรสขมและรสฝื่อนฝาดของยาในช่องปาก ส่งผลให้การรับรสชมเพิ่มมากขึ้น และยา vincristine ยังออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทการรับรสดังที่ได้กล่าวมาแล้ว (Abu - Khalaf & Harris, 2011; Wilkes, Ingwersen & Barton – Burke, 2001) จึงส่งผลให้เด็กป่วยรับรสชมเพิ่มขึ้นมากที่สุด นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าในจำนวนนี้มีจำนวนเด็กป่วยถึง 20 ราย ใน 24 ราย (ร้อยละ 83.3) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กป่วยรับรสชมเพิ่มขึ้น เนื่องจากการอาเจียนทำให้อาหารที่ย่อยแล้วและน้ำย่อยที่หลั่งมาจากกระเพาะอาหารและลำไส้ออกมาอยู่ในช่องปาก ซึ่งทำให้เกิดรสขมในช่องปากตลอดเวลา (Poompu, 200) ผลจากยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับและอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้นจึงส่งผลให้เด็กป่วยรับรสเพิ่มขึ้นในรสขมมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของของสโกลิน และคณะ (Skolin et al., 2006) ที่พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดรายงานว่าได้รับรสชมทั้งในน้ำ และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน รสเค็ม และรสเปรี้ยว

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 41) รับรสเปรี้ยวเพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากผลของยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และผลของอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการอาเจียนโดยพบว่าในจำนวนนี้มีเด็กป่วย 16 ราย (ร้อยละ 84.2) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คาดว่าการที่เด็กป่วยรับรสเปรี้ยวเพิ่มขึ้น เนื่องจากการอาเจียนซึ่งรสเปรี้ยวที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการย้อนกลับของกรดน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (Morris, 2001) ซึ่งทำให้เกิดรสขมและรสเปรี้ยวในช่องปากตลอดเวลา (Poompu, 200) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กป่วยที่รับรสเพิ่มขึ้นทุกรายมีภาวะสุขอนามัยในช่องปากไม่ดี คือ ฟันผุ ช่องปากไม่สะอาดมีเศษอาหารติดตามซอกฟัน การที่ภาวะสุขอนามัยในช่องปากไม่ดี อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กป่วยรับรสเปรี้ยวเพิ่มขึ้น เนื่องจากฟันผุทำให้เกิดการสร้างกรดในช่องปากโดยเชื้อแบคทีเรีย ทำให้รับรู้รสเปรี้ยวในช่องปากตลอดเวลา (ราตรี สุตทรง, 2539)

การรับรสฝื่อนฝาด

ผลการศึกษาเกี่ยวกับชนิดการรับรสเปลี่ยนแปลง ชนิดการรับรสฝื่อนฝาดในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 55.2) รายงานว่ารับรสฝื่อนฝาดในน้ำและอาหารที่รับประทานการที่เด็กป่วยรับรสฝื่อนฝาด อาจเนื่องจากเด็กป่วยได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสฝื่อนฝาดในขนาดและปริมาณที่สูงหลายชนิดร่วมกัน ได้แก่ ยา MTX, vincristine, doxorubicin, cyclophosphamide และ Ara-C ในจำนวนนี้มีเด็กป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับยา MTX อย่างเดียว

เด็กป่วยจำนวน 4 ราย ได้รับยา MTX, vincristine และ doxorubicin เด็กป่วยจำนวน 3 ราย ได้รับยา MTX, vincristine, doxorubicin, cyclophosphamide และ Ara-C เด็กป่วยจำนวน 3 ราย ได้รับยา MTX และ vincristine เด็กป่วยจำนวน 2 ราย ได้รับยา MTX, cyclophosphamide และ Ara-C เด็กป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับยา doxorubicin, cyclophosphamide และ Ara-C เด็กป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับยา MTX, Ara-C และ doxorubicin และเด็กป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับยา MTX, vincristine, Ara-C และ doxorubicin (ตารางที่ 4.1) ในจำนวนนี้มีเด็กป่วยที่ได้รับยา MTX ทางไขสันหลังจำนวน 11 ราย

การที่เด็กป่วยได้รับ methotrexate Ara-C หรือ vincristine ในปริมาณสูง ทำให้ทำลายระบบประสาทส่วนปลายซึ่งทำหน้าที่นำข้อมูลการรับรสไปสู่ศูนย์รับรสในสมอง โดยยาออกฤทธิ์ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 9 และ 10 ที่ทำหน้าที่รับและส่งสัญญาณประสาทการรับรสจากเซลล์รับรสไปสู่สมอง โดยยาจะทำลายและยับยั้งการสังเคราะห์ DNA เพื่อสร้างเซลล์ประสาทส่วนปลาย (neuron) ที่บริเวณตัวเซลล์ (cell body) และเส้นใยประสาท (nerve fiber) ชนิดแอกซอน (axon) ทำให้เส้นประสาทสมองถูกทำลาย และกระแสประสาทการรับรสที่ส่งไปตามเส้นประสาทสมองถูกรบกวน ส่งผลให้การส่งข้อมูลการรับรสไปสู่สมองบิดเบือนไป (Saif & Chu, 2011; Windebank & Grisold, 2008; Wilkes, Ingwersen & Barton – Burke, 2001) อาจทำให้เด็กได้รับรสอาหารและน้ำเป็นรสเผ็ดเผ็ด การที่เด็กป่วยได้รับ MTX หรือ Ara-C ในขนาดที่สูงทางไขสันหลังเพื่อป้องกัน CNS prophylaxis จะทำลายสมองส่วนเนื้อขาว (white matter) ทั้งที่อยู่บริเวณไขสันหลัง และสมองซึ่งเป็นเนื้อสมองส่วนที่มีแอกซอนที่มีเยื่อหุ้มไมอีลินโดยตรง ทำให้ส่งสัญญาณประสาท และการแปลข้อมูลรสในระดับสมอง บิดเบือนไปจากเดิม ส่งผลให้เด็กป่วยแปลผลการรับรสเป็นรสเผ็ดเผ็ด (Sioka & Kyritsis, 2009; Windebank & Grisold, 2008)

นอกจากนี้การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งรับรสเผ็ดเผ็ดอาจเกิดจากยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับ ได้แก่ ยา MTX, vincristine, doxorubicin, cyclophosphamide และ Ara-C (Epstein & Barasch, 2010; Sherry, 2002) ที่ยาถูกขับออกทางต่อมน้ำลายและสัมผัสกับเซลล์รับรสโดยตรง หรือโดยผ่านทางเครวิคิวลาฟลูอิด (crevicular fluid) ซึ่งเป็นของเหลวที่เกิดจากพลาสมาสามารถซึมผ่านเข้าสู่ช่องปากกระหว่างที่เด็กเคี้ยวอาหาร ทำให้เด็กป่วยได้รับรสขม หรือรสเผ็ดเผ็ดของยา เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีสารเคมีเป็นส่วนประกอบหลัก และยา vincristine มีสารอัลคาลอยด์เป็นส่วนประกอบซึ่งมีรสขมและรสเผ็ดเผ็ด เด็กป่วยมักจะรับรู้รสขมและรสเผ็ดเผ็ดของยาที่คงอยู่ในช่องปากตลอดเวลา (Comeau, Epstein, & Migas, 2001)

การรับรสชาติอาหารไม่ได้

ผลการศึกษาเกี่ยวกับชนิดของการรับรสเปลี่ยนแปลง ชนิดรับรสชาติอาหารไม่ได้ ในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 34.5) รายงานว่ารับรสชาติอาหาร

ไม่ได้การที่เด็กป่วยรับรสชาติอาหารไม่ได้ อาจเกิดจากเด็กป่วยได้รับยาเคมีบำบัดหลายชนิด ในขนาดและปริมาณที่สูง ทางไขสันหลัง ทำให้เกิดการทำลายเซลล์รับรส และระบบประสาทการรับรสอย่างรุนแรง ยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงชนิดรับรสชาติอาหารไม่ได้ ได้แก่ยา MTX, vincristine, doxorubicin, cyclophosphamide และ Ara-C (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546; Epstein & Barasch, 2010; Wickham et al., 1999)นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กป่วยที่รับรสชาติอาหารไม่ได้จำนวน 8 ราย ใน 10 ราย (ร้อยละ 80)เกิดแผลในช่องปากเนื่องจากยาเคมีบำบัดทำลายเยื่อช่องปาก การได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดและปริมาณที่สูง ทำให้เกิดการอักเสบ และเกิดแผลในปากรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เซลล์รับรสที่อยู่บริเวณแผลถูกทำลายไปจำนวนมากด้วย ทำให้เซลล์รับรสมีจำนวนลดลง ส่งผลให้การรับรสลดลง หรือไม่สามารถรับรสชาติของอาหารได้ (Hong et al., 2009)และเด็กป่วยที่เกิดแผลในช่องปากทุกรายได้รับยาไซโลเคนวิสคัส (xylocaine viscous)ป้ายแผลในปาก เพื่อรักษาอาการปวดด้วยจึงทำให้เด็กป่วยรับรสชาติอาหารไม่ได้เนื่องจากยาไซโลเคนวิสคัสเป็นยาชาเฉพาะที่จะออกฤทธิ์ยับยั้งหรือรบกวนการนำกระแสประสาทจากเซลล์รับรสในช่องปากไปสู่สมองทำให้การส่งกระแสประสาทจากลิ้นไปยังสมองหยุดชะงักไป (กฤษฎีกระเสัชย, ธนกฤต อัจจิตรไพศาล, ชีระพงษ์ ม้ามณีและวรวงษ์ เทพวงษ์, 2552)

การประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องความรุนแรงของการรับรสเปลี่ยนแปลง เวลาที่เริ่มเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง ช่วงระยะเวลาที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง และผลกระทบของอาการรับรสเปลี่ยนแปลง มีดังนี้

ความรุนแรงของการรับรสเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาในเรื่องความรุนแรงของการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 20.7) รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงมากเด็กป่วยจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 37.9) รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลางและเด็กป่วยจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 41.4) รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงน้อย(ตารางที่ 3) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 6 ราย รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงมากและเด็กป่วยจำนวน 11 ราย รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงว่ามีความรุนแรงปานกลางอาจเกิดจากเด็กป่วยได้รับการรักษาเคมีบำบัดในระยะเวลาที่ต้องได้รับยาหลายชนิดร่วมกันในขนาดสูง โดยเด็กป่วย 6 รายที่รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงมากเป็นเด็กป่วยที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะ induction phase

จำนวน 4 ราย และเป็นเด็กป่วยที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะconsolidation phase จำนวน 1 รายและเด็กป่วย 11 ราย ที่รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลางเป็นเด็กป่วยที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะinduction phase จำนวน 2 ราย และเป็นเด็กป่วยที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะconsolidation phase จำนวน 4 รายซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในสองระยะนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งให้ได้เร็วและมากที่สุด โดยใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันในขนาดที่สูงเท่าที่ร่างกายของเด็กป่วยจะสามารถรับได้ ได้แก่ยา MTX, Ara-C, vincristine, cyclophosphamide, และ doxorubicin ยาเคมีบำบัดในแต่ละชนิดที่เด็กป่วยได้รับจะมีผลทำลายทั้งเซลล์ปกติและเซลล์มะเร็ง โดยจะออกฤทธิ์ขัดขวางกระบวนการสร้าง DNA และ RNA ของเซลล์มะเร็งซึ่งมีคุณสมบัติในการแบ่งตัวเร็วและมีการสร้าง DNA ตลอดเวลาทำให้เซลล์มะเร็งถูกทำลายจากยาเคมีบำบัดจำนวนมาก แต่เซลล์ปกติที่ถูกทำลายจากยาเคมีบำบัดค่อนข้างมากคือ เซลล์เยื่อทางเดินอาหารในปากและลิ้น โดยเฉพาะเซลล์รับรสเนื่องจากเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วและมีความเปราะบางทำให้ถูกทำลายในจำนวนมาก (Beidler & Smith, 1991) จึงทำให้เด็กป่วย 17 รายนี้รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลางถึงมากนอกจากนี้การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 6 รายซึ่งเป็นเด็กป่วยที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะmaintenance phaseรายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลางถึงมาก อาจเนื่องจากเด็กป่วยเกิดอาการข้างเคียงที่เป็นปัจจัยในการทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงหลายอาการร่วมกันได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีแผลในปาก ปากแห้ง จึงทำให้เด็กป่วยรายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลางถึงมาก

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 41.4) รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงเล็กน้อย อาจเกิดจากเด็กป่วยทั้ง 12 รายได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะmaintenance phase ซึ่งจะได้รับยาเคมีบำบัดทั้งชนิดและขนาด ที่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาในระยะอื่น ทำให้เซลล์รับรสถูกทำลายจากยาเคมีบำบัดน้อยกว่า ส่งผลให้เด็กป่วยรายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงเล็กน้อย(Adamson, Bagatell, Balis, & Blaney, 2011)

เวลาที่เริ่มเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาในเรื่องเวลาที่เริ่มเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 17.2) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงทันทีหลังได้รับยาเคมีบำบัด เด็กป่วยจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 48.3) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงภายใน 24 ชั่วโมงที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเด็กป่วยจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 34.5) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง (ตารางที่ 4.3)

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งเริ่มเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงในเวลาที่แตกต่างกันหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทั้งเกิดขึ้นทันทีที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกิดภายใน 24 ชั่วโมงที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเกิด

หลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 24 ชั่วโมง ทั้งที่เป็นโรคมะเร็งชนิดเดียวกันและได้รับยาเคมีบำบัดชนิดเดียวกัน อาจเนื่องจากบุคคลมีความไวในการตอบสนองต่อยาเคมีบำบัดที่แตกต่างกัน (ภัทรา ธนรัตนกร, 2543) ในเรื่องความไวของร่างกายในการดูดซึมยาที่แตกต่างกัน ความไวต่อการรับรู้ยาเคมีบำบัดที่ผ่านมาทางช่องปากที่แตกต่างกัน (ราตรี สุดทรวง, 2539; Comeau et al., 2001) จึงทำให้เด็กป่วยแต่ละคนมีเวลา que เริ่มเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไป

นอกจากนี้การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 17.2) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงทันทีหลังได้รับยาเคมีบำบัดคาดว่าอาจเนื่องจากเด็กป่วยทั้ง 5 ราย ได้รับยา MTX ทางไขสันหลังในขนาดที่สูง ขมิพิษทำลายศูนย์การรับรสในระดับสมอง ทำให้การแปลผลการรับรสบิดเบือนไปจากเดิม การรับรสจึงเกิดขึ้นทันทีที่ได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้อาจเกิดจากยาที่ให้รสทางหลอดเลือดดำ (Bartoshuk, 1978) ได้แก่ ยา MTX vincristine, doxorubicin และ cyclophosphamide หรืออาจเกิดจากการซึมผ่านยาเคมีบำบัดไปยังหลอดเลือดในช่องปากผ่านเครวiculothelial แล้วสัมผัสกับเซลล์รับรสทันทีจึงทำให้เด็กป่วยได้รับรสของยาเคมีบำบัดทันที

ช่วงระยะเวลาที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาในเรื่องช่วงระยะเวลาที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 รายพบว่าเด็กป่วยจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 37.9) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงนาน 2-3 วัน เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 24.1) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงนาน 4-5 วัน เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 37.9) เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงนาน 6-7 วัน (ตารางที่ 4.3) ช่วงระยะเวลาที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันสามารถอธิบายได้จากยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับ ดังนี้

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งมีช่วงระยะเวลาที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทั้งเกิดขึ้นนาน 2-3 วัน เกิดขึ้นนาน 4-5 วัน และเกิดขึ้นนาน 6-7 วัน ทั้งที่เป็นโรคมะเร็งชนิดเดียวกันและได้รับยาเคมีบำบัดชนิดเดียวกันอาจขึ้นอยู่กับขนาดของยาเคมีบำบัดและตำแหน่งการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดที่เด็กป่วยได้รับ เด็กป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดและปริมาณที่น้อย หรือได้รับยาเคมีบำบัดที่ออกฤทธิ์ในระดับเซลล์รับรส ได้แก่ MTX vincristine doxorubicin cyclophosphamide และ Ara-C อาจทำให้ช่วงระยะเวลาการรับรสเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระยะสั้น ส่วนเด็กป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดและปริมาณที่มาก หรือได้รับยาเคมีบำบัดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทการรับรสและศูนย์การรับรสในสมอง ได้แก่ MTX vincristine และ Ara-C อาจทำให้ช่วงระยะเวลาการรับรสเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ในระยะยาว (Epstein & Barasch, 2010; Hong et al., 2009)

ผลกระทบของการรับรสเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาในเรื่องผลกระทบของการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย พบว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เด็กป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ถึง 6 ราย (ร้อยละ 20.7) และ รับประทานอาหารได้ลดลงจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 55.2) ดื่มน้ำไม่ได้จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 10.3) และดื่มน้ำได้น้อยลงจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) (ตารางที่ 4.3)

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวนถึง 6 ราย (ร้อยละ 20.7) รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบให้รับประทานอาหารไม่ได้ และในจำนวนนี้เด็กป่วย 3 ราย รายงานว่าส่งผลกระทบให้ดื่มน้ำไม่ได้ อาจเนื่องจากเด็กป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะ induction phase และในระยะ consolidation phase การรักษาทั้งสองระยะนี้เด็กป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดในขนาดและปริมาณที่สูงทั้งทางหลอดเลือด และทางไขสันหลัง (ตารางที่ 4.3) โดยเด็กป่วยจำนวน 4 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง 3 ชนิด ได้แก่ MTX, vincristine และ doxorubicin เด็กป่วยจำนวน 1 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง 5 ชนิด ได้แก่ vincristine, Ara-C, cyclophosphamide, และ doxorubicin และที่เหลือจำนวน 1 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง 1 ชนิด คือ MTX ยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยที่เด็กได้รับในขนาดสูงจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์รับรสโดยตรง และทำลายเซลล์รับรสจำนวนมาก (Hong et al., 2009) ทำลายเซลล์ประสาทการรับรส หรือทำลายศูนย์การรับรสในสมอง จึงทำให้เด็กป่วยเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงไปในระดับที่รุนแรง (Epstein & Barasch, 2010; Hong et al., 2009; Sherry, 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าเด็กป่วยทั้ง 6 รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงมาก (ตารางที่ 4.3) การรับรสเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการรับรสลดลงในรสหวาน ซึ่งเป็นรสชาติที่เด็กพึงพอใจ ทำให้เด็กรับประทานอาหารและดื่มน้ำไม่ได้ หรือได้ลดลง (Collin et al., 2000; Skolin et al., 2006) เนื่องจากรสหวานเป็นสารกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารเอนโดรฟิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารที่สร้างความสุข และความพึงพอใจ (Pepino & Mennella, 2005; Taddio, Shah, Shah & Katz, 2003) ยาเคมีบำบัดทำลายเยื่อช่องปากและต่อมน้ำลายทำให้ปริมาณน้ำลายซึ่งเป็นตัวทำลายสารให้รสในอาหาร ทำให้การรับรสลดลง อีกทั้งเด็กป่วยจำนวน 5 ราย ได้รับยา vincristine เป็นยาเคมีบำบัดที่มีสารอัลคาลอยด์เป็นส่วนประกอบซึ่งมีรสขม และรสเผ็ดร้อน เมื่อถูกขับออกทางต่อมน้ำลาย หรือซึมผ่านเข้าสู่ช่องปากระหว่างที่เด็กเคี้ยวอาหาร ทำให้เด็กป่วยได้รับรสขม และรสเผ็ดร้อนของยาตลอดเวลา (Abu - Khalaf & Harris, 2011) ทำให้เด็กรับประทานอาหารและดื่มน้ำไม่ได้ หรือรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สโกลิน และคณะ (2006) ที่พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงรายงานว่าน้ำที่ดื่มน้ำขม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กดื่มน้ำได้ลดลงเนื่องจากรสขมเป็นรสชาติที่เด็กไม่พึงพอใจ (Drewnowski, 1997) เด็กป่วยกลุ่มนี้ทุกราย มีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปากแห้ง และมีแผลในปาก ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กป่วยรับรสลดลงดังที่กล่าว

มาแล้วข้างต้น (ตารางที่ 4.1) การที่เซลล์รับรส และระบบประสาทการรับรสถูกทำลายอย่างรุนแรง การได้รับรสขม และรสเพื่อนฝูงของยาในช่วงปากตลอดเวลา รวมทั้งการเกิดอาการข้างเคียงหลายอาการที่ทำให้การรับรสลดลง ส่งผลให้เด็กป่วยเกิดการรับรสลดลงในระดับรุนแรง จึงส่งผลกระทบต่อให้เด็กป่วยรับประทานอาหารไม่ได้และดื่มน้ำไม่ได้

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 55.2) รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อให้รับประทานอาหารได้น้อยลง (ตารางที่ 4.3) สามารถอธิบายได้จากยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับเช่นเดียวกับการที่เด็กป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ การที่เด็กป่วยจำนวน 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะ induction phase และเด็กป่วยจำนวน 4 ราย ได้รับการรักษาในระยะ consolidation phase รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อให้รับประทานอาหารได้ลดลง อาจเกิดจากเด็กป่วยทั้ง 6 รายนี้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยกว่าเด็กป่วยกลุ่มที่รับประทานอาหารไม่ได้จึงทำให้ความรุนแรงของการรับรสเกิดขึ้นในระดับที่น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าเด็กป่วยกลุ่มนี้ทั้ง 6 รายรายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลาง (ตารางที่ 4.3) และเด็กป่วยที่เหลือจำนวน 10 ราย รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อให้รับประทานอาหารได้ลดลง อาจเกิดจากเด็กป่วยทั้ง 10 รายนี้ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดระยะ maintenance phase ซึ่งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะนี้ จะให้ยาในขนาดและปริมาณที่น้อยกว่าการรักษาในระยะอื่นจึงทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงในระดับที่ไม่รุนแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าเด็กป่วยในจำนวนนี้ 4 ราย รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงปานกลาง และที่เหลือจำนวน 6 ราย รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงมีความรุนแรงเล็กน้อย

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อให้ดื่มน้ำได้ลดลง (ตารางที่ 4.3) สามารถอธิบายได้จากยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับ และอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเช่นเดียวกับการที่เด็กป่วยดื่มน้ำไม่ได้ โดยเด็กป่วยจำนวน 4 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะ induction phase และเด็กป่วยจำนวน 4 ราย ได้รับการรักษาในระยะ consolidation phase การที่การรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อให้ดื่มน้ำได้ลดลง อาจเกิดจากเด็กป่วยกลุ่มนี้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่มีผลต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยกว่าเด็กป่วยกลุ่มที่ดื่มน้ำไม่ได้ จึงทำให้ความรุนแรงของการรับรสเกิดขึ้นในระดับที่น้อยกว่า และเด็กป่วยที่เหลือจำนวน 10 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดระยะ maintenance phase รายงานว่าการรับรสเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อให้ดื่มน้ำได้ลดลง อาจเกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะนี้ จะให้ยาในขนาดและปริมาณที่น้อยกว่าการรักษาในระยะอื่น จึงทำให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงในระดับที่ไม่รุนแรงมากเท่ากับเด็กที่อยู่ในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในระยะอื่น

การตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลง

การตอบสนองด้านร่างกาย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการตอบสนองด้านร่างกาย เด็กป่วยจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 79.3) รายงานว่าเมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้นจะไม่อยากรับประทานอาหาร และเด็กป่วยจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 51.7) รู้สึกอ่อนเพลีย (ตารางที่ 4.4)

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 79.3) รายงานว่าเมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้นจะไม่อยากรับประทานอาหารอาจเนื่องจากยาเคมีบำบัดทำลายเยื่อช่องปากและต่อมน้ำลายทำให้ปริมาณน้ำลายซึ่งเป็นตัวทำลายสารให้รสในอาหาร ทำให้การรับรสลดลง อีกทั้งยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีสารอัลคาลอยด์เป็นส่วนประกอบซึ่งมีรสขมและรสฝาดเมื่อถูกขับออกทางต่อมน้ำลาย หรือซึมผ่านเข้าสู่ช่องปากระหว่างที่เด็กเคี้ยวอาหาร ทำให้เด็กป่วยได้รับรสขม และรสฝาดของยา ส่งผลให้เด็กป่วยโรคมะเร็งไม่อยากรับประทานหรือรับประทานได้น้อยลง (Skolin et al., 2006) ซึ่งทำให้ร่างกายขาดอาหาร อ่อนเพลีย (Bauer et al., 2005; Sala, Pencharz, & Barr, 2005; Skolin, Hemell, & Wahlin, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สโกลิน และคณะ (2006) ที่พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการรับรสเปลี่ยนแปลงรายงานว่าน้ำที่ดื่มมีรสขม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กดื่มน้ำได้ลดลง เนื่องจากรสขมเป็นรสชาติที่เด็กไม่พึงพอใจ (Drewnowski, 1997)

การตอบสนองด้านจิตใจ อารมณ์

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.9 หรือ 22 ราย) รู้สึกเบื่อหน่ายร้อยละ 69 หรือ 20 ราย รู้สึกหงุดหงิด / ขัดเคืองใจ (ตารางที่ 4.4)

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 75.9) รายงานว่าเมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้นจะรู้สึกเบื่อหน่าย อาจเนื่องจากการรับรสเปลี่ยนแปลงทำให้เด็กป่วยโรคมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมานจากการที่ได้รับรสชาติของอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยรับรู้ โดยเฉพาะการรับรสหวานลดลง และรสชาติของอาหารที่พึงพอใจลดลง (Collin et al., 2000; Skolin et al., 2006) เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตร่างกายต้องการพลังงานจากสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต จึงสร้างต่อมรับรสต่อมหวานมากที่สุด เมื่อร่างกายได้รับรสหวาน จึงหลั่งสารเอนโดรฟิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารที่สร้างความสุข เมื่อต่อมรับรสถูกทำลาย โดยเฉพาะต่อมรับรสหวานที่มีจำนวนมากที่สุด ทำให้เด็กได้รับรสหวานลดลง ส่งผลให้เด็กเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด ขัดเคืองใจ จากการที่ร่างกายหลั่ง

สารสร้างความสุขลดลง (Pepino & Mennella, 2005; Taddio, Shah, Shah & Katz, 2003) การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย อาจเนื่องจากการที่เด็กป่วยรับรสในช่องปากเพิ่มขึ้นจากการได้รับรสของยาเคมีบำบัดผ่านมาในช่องปาก ทำให้ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline) ในร่างกายมีระดับสูงขึ้น ซึ่งสารสื่อประสาททั้งสองชนิดมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Heath, Melichar, Nutt, & Donaldson, 2006)

การตอบสนองด้านพฤติกรรม

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7 หรือ 26 ราย) ไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มของโรงพยาบาลและร้อยละ 24.1 หรือ 7 ราย ไม่รับประทานอาหารร่วมกับใคร และไม่พูดคุยกับใคร (ตารางที่ 4.4)

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 26 รายไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มของโรงพยาบาลเมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้น อาจเนื่องจากเด็กป่วยได้รับผลกระทบจากการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เด็กป่วยจึงมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยไม่รับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มของโรงพยาบาลเนื่องจากอาหารของโรงพยาบาลเป็นอาหารที่ทำขึ้นในปริมาณมาก จึงต้องจัดปรุงขึ้นก่อนเวลาอาหารเป็นเวลานาน อุณหภูมิของอาหารเมื่อถึงหอผู้ป่วยจึงลดลง หรือเย็น ทำให้เด็กป่วยปฏิเสธอาหารของโรงพยาบาล เนื่องจากอุณหภูมิของการเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กป่วยรับรสชาติของอาหารได้ดีขึ้น (Cruz & Green, 2000; Talavera et al., 2005) นอกจากนี้อาหารของโรงพยาบาลมีลักษณะที่บรรจุอาหารไม่ดึงดูดใจให้เด็กป่วยอยากรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ สโกลิน และคณะ (Skolin et al., 2006) พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งรายงานว่าเมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้นเด็กป่วยไม่รับประทานอาหารและเครื่องดื่มของโรงพยาบาล โดยเด็กป่วยให้เหตุผลว่าอาหารของโรงพยาบาลไม่น่ารับประทาน มีรสชาติที่ไม่อร่อย

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 เพื่อศึกษากลวิธีจัดการกับอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำถามการวิจัยที่ 2 เพื่อศึกษากลวิธีจัดการกับอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยเด็กป่วย

การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

การบอกบิดามารดา พยาบาลและแพทย์

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยเด็กป่วย ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 รายในเรื่องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นพบว่า เด็กป่วยจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 75.9) บอกให้บิดามารดาทราบเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยร้อยละ 48.3 บอกทุกครั้ง และร้อยละ 27.6 บอกบางครั้ง (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากบิดามารดาเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เด็กป่วยเกิดความไว้วางใจมากที่สุด อีกทั้งยังเป็นผู้ให้การช่วยเหลือเด็กป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลตลอดเวลา (นิชกานต์ ไชยชนะ, ศรีพรรณ กันธวัง และนันทา เลียววิริยะกิจ, 2546) ดังนั้นเมื่อเด็กป่วยเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้น ทำให้เด็กป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากการรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มที่พึงพอใจลดลง (Skolinet al., 2006) เด็กป่วยจึงบอกบิดามารดาทราบเพื่อให้การช่วยเหลือให้สามารถรับรสได้ดีขึ้นในขณะเดียวกันพบว่าเด็กป่วยจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 24.1) ไม่ได้บอกบิดามารดาเกี่ยวกับการรับรสที่เกิดขึ้น (ตารางที่ 5) อาจเนื่องจากเด็กประเมินการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีความรุนแรงระดับน้อย (ร้อยละ 41.4) (ตารางที่ 4.3) เด็กป่วยจึงไม่บอกบิดามารดาเกี่ยวกับการรับรสที่เกิดขึ้น

การที่เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดถึง 25 ราย (ร้อยละ 86.2) ไม่ได้บอกให้พยาบาล หรือ แพทย์ทราบเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากเด็กป่วยคิดว่าได้บอกบิดามารดาให้ทราบแล้ว และพยาบาลและแพทย์อาจไม่ได้สอบถามเด็กป่วยเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเด็กป่วยจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) บอกว่าพยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยบางครั้ง และเด็กป่วยจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 20.7) บอกว่าพยาบาลไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วย (ตารางที่ 4.7)

การขอความช่วยเหลือจากบิดามารดา

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยเด็กป่วย ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 รายในเรื่องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นพบว่าเด็กป่วยถึง 28 ราย (ร้อยละ 95.5) ได้ขอให้บิดามารดาจัดอาหารอ่อนหรือเหลว โดยร้อยละ 51.7 ขอทุกครั้ง และร้อยละ 44.8 ขอบางครั้ง (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวมีส่วนประกอบของน้ำที่ช่วยในการละลายสารให้รสในอาหารให้สัมผัสกับปุ่มรับรสมากขึ้น เมื่อเด็กป่วยได้รับรสของสารให้รสในอาหารเพิ่มขึ้น จึงช่วยเด็กป่วยรับรสได้ดีขึ้น (รุ่งตะวัน สุภาพผล, 2541) การที่เด็กป่วยร้อยละ 44.8 ขอให้บิดามารดาจัดอาหารอ่อน

หรือเหลวบางครั้ง เนื่องจากเด็กป่วยเห็นว่าขณะอยู่โรงพยาบาลไม่มีสถานที่ และร้านขายอาหารเพื่ออำนวยความสะดวกให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารตามความต้องการของตนเองได้

การที่เด็กป่วยจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 55.2) ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้ โดยร้อยละ 20.7 ได้ขอทุกครั้ง และร้อยละ 34.5 ขอบางครั้ง(ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากเซลล์ประสาทรับรสและเซลล์ประสาทรับรู้กลิ่นเป็นเซลล์ประสาทรับรู้ร่วมในระบบประสาท เมื่อเซลล์ประสาทรับรู้กลิ่นถูกกระตุ้นจึงมีผลต่อเซลล์ประสาทรับรส (Guyton & Hall, 2006) เมื่อเด็กป่วยโรคมะเร็งที่มีการรับรสเปลี่ยนแปลงได้กลิ่นของอาหารที่มีกลิ่นหอมจึงช่วยให้การรับรสดีขึ้น (กนกวรรณ ดิลกสกุลชัย และชัยเลิศพิชิตพรชัย, 2552) ในขณะเดียวกันพบเด็กป่วยจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 44.8) ไม่ได้ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้(ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากเด็กประเมนการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีความรุนแรงระดับน้อย (ร้อยละ 41.4) (ตารางที่ 3) ทำให้รสชาติของอาหารหรือเครื่องดื่มที่พึงพอใจเปลี่ยนแปลงจากเดิมไปเล็กน้อย ส่งผลให้เด็กป่วยไม่ได้ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้

การที่เด็กป่วยจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 48.2) ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารที่ไม่มีกลิ่นจนมาให้ โดยร้อยละ 17.2 ได้ขอทุกครั้ง และร้อยละ 31 ขอบางครั้ง(ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากยาเคมีบำบัดที่เด็กป่วยได้รับทำลายเซลล์ประสาทรับรู้กลิ่นพร้อมกับทำลายเซลล์ประสาทการรับรส ทำให้การส่งและแปลผลสัญญาณประสาทเกี่ยวกับการรับกลิ่นเปลี่ยนแปลง (Hong et al., 2009) ทำให้เด็กป่วยไวต่อการรับกลิ่นมากขึ้น โดยเฉพาะอาหารที่มีกลิ่นจุน เช่น อาหารหมักดอง ส่งผลให้เด็กป่วยขอให้บิดามารดาเตรียมอาหารที่ไม่มีกลิ่นจนมาให้ นอกจากนี้เมื่อเด็กป่วยได้รับกลิ่นจุนของอาหารจะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง (Poompu, 2002) ในขณะเดียวกันพบเด็กป่วยจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 51.7) ไม่ได้ขอให้บิดามารดาเตรียมอาหารที่ไม่มีกลิ่นจนมาให้ (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจาก เด็กประเมนการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีความรุนแรงระดับน้อย (ร้อยละ 41.4) (ตารางที่ 4.3) ทำให้รสชาติของอาหารหรือเครื่องดื่มที่พึงพอใจเปลี่ยนแปลงจากเดิมไปเล็กน้อย ส่งผลให้เด็กป่วยไม่ได้ขอให้บิดามารดาเตรียมอาหารที่ไม่มีกลิ่นจนมาให้

การที่เด็กป่วยจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 51.7) ขอให้บิดามารดาจัดเตรียมอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นมาให้ โดยร้อยละ 13.8 ได้ขอทุกครั้ง และร้อยละ 37.9 ขอบางครั้ง(ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นจะกระตุ้นเซลล์ประสาท tractus solitaries ในระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเป็นเซลล์ประสาทที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยสารให้รส และอุณหภูมิ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538; Cruz & Green, 2000; Guyton & Hall, 2006) เมื่อเด็กป่วยรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นจึงทำให้เกิดกระแสประสาท เช่นเดียวกับการกระตุ้นด้วยสารให้รส จึงทำให้การรับรสของเด็กป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภา

วิณี โอภาสศิริกุล (2546) พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดจำนวน 13 รายใน 20 ราย ระบุว่า การดื่มเครื่องดื่มที่อุ่นทำให้การรับรสดีขึ้น

การที่เด็กป่วยจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 51.7) ขอให้บิดามารดาจัดหาลูกอมมาให้ โดยร้อยละ 10.3 ได้ขอทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 ขอบางครั้ง (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากสารให้รสหวาน รสเปรี้ยว หรือรส เค็มในลูกอมที่มีความเข้มข้นสูง จะช่วยเคลือบรสขม และรสเผ็ดในช่องปาก ทำให้การรับรสเพี้ยน ผิด และรสขมที่เกิดขึ้นในช่องปากลดลง นอกจากนี้ยังการอมลูกอมไว้ในช่องปากยังช่วยกระตุ้นการหลั่ง น้ำลาย ทำให้ช่องปากชุ่มชื้น และน้ำลายช่วยการละลายสารให้รสในอาหารให้สัมผัสกับปุ่มรับรสมากขึ้น ทำให้การรับรสดีขึ้น (Cheng, 2006) ในขณะเดียวกันพบเด็กป่วยจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 48.3) ไม่ได้ขอให้ บิดามารดาจัดหาลูกอมมาให้ (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากเด็กป่วยกลัวฟันผุ และติดเชื้อ เนื่องจากได้รับ คำแนะนำในเรื่องการอาหารที่เหมาะสม และการรักษาความสะอาดในช่องปากจากพยาบาล เด็กป่วยจึงเชื่อ ฟังและไม่ขอให้บิดามารดาจัดหาลูกอมมาให้

การที่เด็กป่วยถึง 25 ราย (ร้อยละ 86.2) ขอให้บิดามารดาเตรียมหรือซื้ออาหารหรือเครื่องดื่ม นอกโรงพยาบาลโดยร้อยละ 48.3 ได้ขอทุกครั้ง และร้อยละ 37.9 ขอบางครั้ง (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจาก อาหารหรือเครื่องดื่มของโรงพยาบาลเป็นรายการอาหารซ้ำเดิม มีรสชาติที่ไม่อร่อย รสจืด สีสันทึมนำมา รับประทาน รวมถึงภาชนะที่บรรจุอาหาร ไม่ดึงดูดใจให้เด็กป่วยอยากรับประทานอาหาร (Skolin et al., 2006) เมื่อเด็กป่วยเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้น ทำให้ไม่อยากจะรับประทานอาหารของโรงพยาบาล จึงได้ขอให้ บิดามารดา หรือผู้ดูแลเตรียมหรือซื้ออาหาร เครื่องดื่มนอกโรงพยาบาลมาให้

การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง

การดื่มน้ำมากๆ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย ในเรื่องการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงด้วยตนเองพบว่าเด็กป่วยจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 55.1) ดื่มน้ำ มากๆ ก่อนและขณะที่รับประทานอาหาร โดยร้อยละ 17.2 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 37.9 ทำบางครั้ง (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจาก การดื่มน้ำจะช่วยลดอาการปากแห้ง (xerostomia) ทำให้ปากชุ่มชื้น และน้ำจะช่วยละลาย สารให้รสในอาหารให้สัมผัสกับปุ่มรับรสดีขึ้น ส่งผลให้สามารถรับรสชาติของสารให้รสในอาหาร เพิ่มขึ้น (Cheng, 2006) ทำให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้นและการดื่มน้ำมากๆ จะช่วยเจือจางรสขม และรสเปรี้ยวที่ เกิดขึ้นในช่องปากของเด็กป่วยจากการได้รับรสขมของยาเคมีบำบัด และน้ำย่อยจากการอาเจียน และการ ได้รับรสเปรี้ยวของน้ำย่อยจากอาเจียน ทำให้เด็กป่วยรับรสได้ดีขึ้น (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546) ใน ขณะเดียวกันพบเด็กป่วยจำนวน 13 ราย (ตารางที่ 4.5) ไม่ได้ดื่มน้ำมากๆ ก่อนและขณะที่รับประทาน

อาหาร อาจเนื่องจากการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยมีความรุนแรงน้อย (ร้อยละ 41.4) (ตารางที่ 3) จึงทำให้เด็กป่วยได้รับรสชาติของอาหารที่พึงพอใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเล็กน้อย ส่งผลให้เด็กป่วยไม่ได้ดื่มน้ำมาก ๆ

การอมลูกอม

การที่เด็กป่วยจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 58.6) อมลูกไว้ในช่องปากเมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง โดยร้อยละ 6.9 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 51.7 ทำบางครั้ง (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากลูกอมมีสารให้รสหวาน รสเปรี้ยว หรือรสเค็มที่มีความสูง ทำให้ช่วยเคลือบรสขม และรสเพื่อนผลไม้ในช่องปากได้ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เมื่อเด็กป่วยเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้นและอมลูกอมไว้ในช่องปากจากการช่วยให้การรับรสดีขึ้น (Cheng, 2006) ในขณะที่เดียวกันพบเด็กป่วยจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 41.4) ไม่ได้อมลูกอมเมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้น (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากเด็กป่วยได้รับคำแนะนำในเรื่องการอาหารที่เหมาะสม และการรักษาความสะอาดในช่องปากจากพยาบาล เด็กป่วยจึงเชื่อฟังและไม่อมลูกอม เพราะกลัวฟันผุและติดเชื้อ

การทำความสะอาดช่องปาก

การที่เด็กป่วยจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 86.2) แปรงฟันก่อนและหลังการรับประทานอาหาร เมื่อไม่มีข้อห้ามในการแปรงฟันและเด็กป่วยจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.7) บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากก่อนและหลังการรับประทานอาหาร (ตารางที่ 4.5) อาจเนื่องจากการแปรงฟัน และการบ้วนปากช่วยขจัดกลิ่นและรสที่ไม่พึงประสงค์ และกลิ่นและรสของยาสีฟัน และน้ำยาบ้วนปากจะเคลือบรสอื่นๆ ที่ไม่พึงประสงค์ได้แก่ รสขม รสเปรี้ยว รสเพื่อนผลไม้ในช่องปากให้ลดลงนอกจากนี้การแปรงฟันและบ้วนปากก่อน และหลังรับประทานอาหารจะช่วยลดการสะสมของเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่าคือเมื่อเชื้อแบคทีเรียที่สะสมในช่องปากทำปฏิกิริยากับเศษอาหารที่ติดอยู่ตามซอกฟันจะทำให้เกิดการคั่งขึ้น กรดที่ละลายในน้ำลายทำให้เกิดการรับรู้รับรสเปรี้ยวในช่องปากตลอดเวลาทั้งที่ไม่มีอาหารในช่องปาก (ราตรี สุธทรวง, 2539) และการแปรงฟัน และบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากยังจะช่วยให้รสขม รสเปรี้ยวเจือจางลดลง ทำให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้น

การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยบิดามารดา

การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

การบอกพยาบาลหรือแพทย์ เกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยบิดามารดา ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น พบว่าเด็กป่วยจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) รายงานว่าบิดามารดาได้บอกพยาบาลหรือแพทย์ เกี่ยวกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่

เกิดขึ้นกับเด็กป่วย โดยร้อยละ 20.7 บอกทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 บอกบางครั้ง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจาก บิดามารดา เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยตลอดเวลาขณะที่อยู่โรงพยาบาล การรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เด็กป่วยรับประทานอาหาร ได้น้อยลง (ร้อยละ 55.2) รับประทานอาหาร ไม่ได้ (ร้อยละ 20.7) ดื่มน้ำ น้อยลง (ร้อยละ 62.1) และดื่มน้ำไม่ได้ (ร้อยละ 10.3) (ตารางที่ 4.3) ทำให้เด็กป่วยเกิดอาการอ่อนเพลีย (Bauer et al., 2005; Sala, Pencharz, & Barr, 2005; Skolin, Hermell, & Wahlin, 2001) ติดเชื้อง่าย เนื่องจาก ขาดอาหาร (Cunningham-Rundles et al., 2005) ทำให้เด็กป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน จากการที่ได้รับรสชาติ ของอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยรับรู้เกิดความ เบื่อหน่าย ขัดเคืองใจ ทำให้บิดามารดา เกิดความ วิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยมากขึ้น (Skolin et al., 2006) บิดามารดา จึงบอกพยาบาลหรือแพทย์ ทราบเมื่อเด็กป่วยเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้น เพื่อให้บุตร ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือแพทย์ที่ ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การดูแลเรื่องอาหารและเครื่องดื่ม

การจัดอาหารอ่อน หรืออาหารเหลว

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยบิดามารดา ในเด็กป่วย โรคมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการดูแลเรื่องอาหารและเครื่องดื่ม เด็กป่วยจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.7) รายงานว่าบิดามารดาจัดอาหารอ่อน หรืออาหารเหลวมาให้ โดยร้อยละ 24.1 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 58.6 ทำบางครั้ง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากบิดามารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารของเด็กป่วยที่ลดลงจากการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และต้องการให้เด็กป่วยรับประทานอาหาร ได้มากขึ้น จึงจัดอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวมาให้ตามการร้องขอของเด็กป่วย (ร้อยละ 95.5) (Skolin et al., 2006) และบิดามารดาอาจคิดว่าอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวสามารถเคี้ยวและกลืนได้ง่ายกว่าอาหาร ธรรมดา เหมาะสมสำหรับเด็กป่วยซึ่งมีแผลในช่องปาก (ร้อยละ 72.9) (ตารางที่ 4.1) ช่วยให้เด็กป่วยเจ็บ แผลในปากลดลง ในขณะที่เด็กป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 17.2) รายงานว่าบิดามารดาไม่ได้จัดอาหารอ่อน หรืออาหารเหลวมาให้ (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจาก ข้อจำกัดในการเตรียมหรือซื้ออาหารอ่อนหรืออาหาร เหลวขณะที่อยู่โรงพยาบาล เช่น บิดามารดาไปซื้ออาหารโดยปล่อยให้เด็กป่วยอยู่ตามลำพังได้ และร้านขาย อาหารในโรงพยาบาลหรือบริเวณใกล้เคียงมีน้อย จึงทำให้บิดามารดาไม่สามารถจัดเตรียมอาหารอ่อนหรือ อาหารเหลวมาให้ตามการร้องขอของเด็กป่วยได้

การจัดอาหารที่มีกลิ่นหอมและไม่มียาปนเปื้อน

การที่เด็กป่วยจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.7) รายงานว่าบิดามารดาจัดอาหารที่มีกลิ่นหอมมา ให้ โดยร้อยละ 27.6 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 55.1 ทำบางครั้ง และเด็กป่วยจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 86.2) รายงานว่าบิดามารดาไม่จัดอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้ โดยร้อยละ 27.6 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 58.6 ทำบางครั้ง

(ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากบิดามารดาจัดอาหารที่มีกลิ่นหอม และไม่มีกลิ่นฉุนตามการร้องขอของเด็กป่วย เนื่องจากกลิ่นหอมของอาหารจะช่วยให้เด็กป่วยที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงอยากรับประทานอาหารมากขึ้น (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546) กลิ่นฉุนของอาหารทำให้เด็กป่วยรับรสได้ลดลง (Poompu, 2002) บิดามารดามีความต้องการให้เด็กป่วยรับประทานอาหารมากขึ้น จึงจัดอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้ ในขณะที่เด็กป่วยจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 17.2) รายงานว่าบิดามารดาไม่จัดอาหารที่มีกลิ่นหอมมาให้ และเด็กป่วยจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 13.8) รายงานว่าบิดามารดาไม่จัดอาหารที่ไม่มีกลิ่นฉุนมาให้ (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากข้อจำกัดในการเตรียมหรือหาซื้ออาหารขณะอยู่โรงพยาบาลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การจัดอาหารหรือเครื่องดื่มน้ำที่อุ่น

การที่เด็กป่วยจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 79.3) รายงานว่าบิดามารดาจัดอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นมาให้ โดยร้อยละ 20.7 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 58.6 ทำบางครั้ง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากการร้องขอจากเด็กป่วย (ร้อยละ 51.7) เนื่องจากอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นทำให้เด็กป่วยที่เกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง รับรสชาติของอาหารหรือเครื่องดื่มได้ดีขึ้น (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย และชัยเลิศ พิจิตพรชัย, 2544) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของภาวิณี โอภาสศิริกุล (2546) พบว่าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัดจำนวน 13 รายใน 20 ราย (ร้อยละ 65) ระบุว่าเครื่องดื่มที่อุ่นทำให้การรับรสดีขึ้นในขณะที่เด็กป่วยจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 20.7) รายงานว่าบิดามารดาไม่ได้จัดอาหารหรือเครื่องดื่มที่อุ่นมาให้ (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากข้อจำกัดในการเตรียมและการซื้ออาหารขณะอยู่โรงพยาบาลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การเพิ่มเครื่องปรุงรสในอาหารที่เด็กป่วยรับประทาน

การที่เด็กป่วยจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 72.4) รายงานว่าบิดามารดาเพิ่มเครื่องปรุงรสในอาหารที่เด็กป่วยรับประทาน โดยร้อยละ 24.1 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 48.3 ทำบางครั้ง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากการเพิ่มเครื่องปรุงในอาหารหรือเครื่องดื่ม เช่นเกลือ พริกไทย มะนาว น้ำตาล เป็นการเพิ่มความเข้มข้นของสารให้รสในอาหาร ทำให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้น (Wall, & Gabriel, 1983) ช่วยให้เด็กป่วยรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มได้มากขึ้น บิดามารดาจึงได้เพิ่มเครื่องปรุงรสในอาหารที่เด็กป่วยรับประทาน ในขณะที่เด็กป่วยจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 27.6) รายงานว่าบิดามารดาไม่ได้ทำ (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากข้อจำกัดในการเตรียมและการซื้ออาหารขณะอยู่โรงพยาบาลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การจัดหาลูกอม

การที่เด็กป่วยจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 48.3) รายงานว่าบิดามารดาจัดหาลูกอมมาให้ เมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากการร้องขอจากเด็กป่วย (ร้อยละ 51.6) เนื่องจากการอมลูกในช่องปากช่วยให้การรับรสของเด็กป่วยดีขึ้น (Cheng, 2006) ในขณะที่เด็กป่วยจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 51.7) รายงานว่าบิดามารดาไม่ได้จัดหาลูกอมมาให้ (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากบิดามารดากลัวว่า

เด็กป่วยจะฟื้นฟู และติดเชื้อ อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว และการดูแลความสะอาดในช่องปากจากพยาบาล ทำให้บิดามารดาไม่จัดหาลูกอมมาให้เด็กป่วย

การกระตุ้นให้รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง

การที่เด็กป่วยจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 86.2) รายงานว่าบิดามารดากระตุ้นให้รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง โดยร้อยละ 44.8 กระตุ้นทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 กระตุ้นบางครั้ง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากบิดามารดาได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในเรื่องการดูแลเพื่อช่วยให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้นรวมทั้งสังเกตว่าเมื่อเด็กป่วยรับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง ทำให้ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนของเด็กป่วย และทำให้เด็กป่วยรับรสอาหารได้ดีขึ้น (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546) ช่วยให้เกิดการรับประทานอาหารได้มากขึ้น บิดามารดาจึงกระตุ้นให้รับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง

การกระตุ้นให้ดื่มน้ำก่อน และขณะที่เด็กป่วยรับประทานอาหาร

การที่เด็กป่วยจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 96.5) รายงานว่าบิดามารดา กระตุ้นให้ดื่มน้ำก่อน และขณะที่เด็กป่วยรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 65.5 กระตุ้นทุกครั้ง และร้อยละ 31 กระตุ้นบางครั้ง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากบิดามารดาได้รับคำแนะนำจากพยาบาลในเรื่องการดูแลเพื่อช่วยให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้น ทำให้บิดามารดาทราบว่ากระตุ้นน้ำจะช่วยลดอาการปากแห้ง (xerostomia) ทำให้ปากชุ่มชื้น และช่วยให้การรับรสของเด็กป่วยดีขึ้น (Cheng, 2006) ส่งผลให้เด็กป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น บิดามารดาจึงกระตุ้นให้ดื่มน้ำก่อน และขณะที่เด็กป่วยรับประทานอาหารและเนื่องจากการกระตุ้นให้ดื่มน้ำเป็นกิจกรรมที่บิดามารดาสามารถปฏิบัติได้โดยง่าย จึงทำให้เด็กป่วยร้อยละ 65.5 รายงานว่าบิดามารดากระตุ้นให้ดื่มน้ำก่อน และขณะที่รับประทานอาหาร ทุกครั้ง

การดูแลเรื่องความสะอาดในช่องปาก

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยบิดามารดา ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการดูแลเรื่องความสะอาดในช่องปาก พบว่าเด็กป่วยถึง 27 ราย (ร้อยละ 93.1) รายงานว่าบิดามารดา ดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นในการแปรงฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 69 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 ทำบางครั้ง และเด็กป่วยจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 89.7) รายงานว่าบิดามารดา ดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นในการบ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 69 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 20.7 ทำบางครั้ง (ตารางที่ 4.6) อาจเนื่องจากบิดามารดาทราบจากการให้คำแนะนำของพยาบาลว่าการทำความสะอาดช่องปากจะทำให้เด็กป่วยรับรสชาติของอาหารได้ดีขึ้น ส่งผลให้เด็กป่วยรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 48.3) (ตารางที่ 4.7) บิดามารดาจึงดูแลและกระตุ้นให้เด็กป่วยแปรงฟัน และบ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหาร แต่เนื่องจากเด็กป่วย อาจเกิดอาการอ่อนเพลียจากโรคมะเร็งและการรักษาที่ได้รับ และรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยังทำให้เด็กป่วย

รับประทานอาหารได้น้อยลง ภาวะอ่อนเพลียที่เกิดขึ้นทำให้เด็กป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรของตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบิดามารดา

การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยพยาบาล

การประเมินการรับรสเปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษาทบทวนวิธีการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยพยาบาล ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการประเมินการรับรสเปลี่ยนแปลงพบว่าเด็กป่วยจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 79.3) รายงานว่าพยาบาลสอบถามเกี่ยวกับการรับรสชาติของอาหารหรือเครื่องดื่ม โดยร้อยละ 17.2 สอบถามทุกครั้ง และร้อยละ 62.1 สอบถามบางครั้ง (ตารางที่ 4.7) อาจเนื่องมาจากโดยทั่วไปในทางปฏิบัติ พยาบาลจะประเมินการรับประทานของเด็กป่วย ทั้งในเรื่องปริมาณ และรสชาติของอาหารที่เด็กป่วยได้รับประทาน จึงทำให้เด็กป่วยส่วนใหญ่รายงานว่าพยาบาลได้สอบถามเกี่ยวกับการรับรสชาติของอาหารหรือเครื่องดื่มเป็นประจำ

การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวแก่เด็กป่วย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยพยาบาล ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวแก่เด็กป่วยเพื่อให้เด็กป่วยรับรสได้ดีขึ้น ในเรื่องการรับประทานอาหาร และเรื่องการรักษาความสะอาดในช่องปาก พบว่าเด็กป่วยจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 86.2) รายงานว่าพยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยร้อยละ 31 ให้คำแนะนำทุกครั้ง และร้อยละ 55.2 ให้คำแนะนำบางครั้งเด็กป่วยจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 82.7) รายงานว่าพยาบาลให้คำแนะนำในเรื่องการการรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยร้อยละ 31 ให้คำแนะนำทุกครั้ง และร้อยละ 51.7 ให้คำแนะนำบางครั้ง (ตารางที่ 4.7) อาจเนื่องมาจากโดยทั่วไปในทางปฏิบัติ พยาบาลจะสอบถามเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยในแต่ละรายทุกวัน ทุกเวร ซึ่งรวมถึงการรับประทานอาหาร และปัญหาของเด็กป่วย เมื่อพยาบาลพบว่าเด็กป่วยเกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และปัญหาความสะอาดในช่องปาก พยาบาลจึงให้คำแนะนำแก่เด็กป่วยทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และเรื่องการรักษาความสะอาดในช่องปาก พร้อมกับการให้คำแนะนำเรื่องดังกล่าวแก่บิดามารดาคด้วย

การให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวแก่บิดามารดา

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยพยาบาล ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวแก่บิดามารดาเพื่อให้เด็กป่วยรับรสได้ดีขึ้น ในเรื่องการจัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กป่วย และเรื่องการรักษาความสะอาดในช่องปากของเด็กป่วย พบว่าเด็กป่วยจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 89.7) รายงานว่าพยาบาลให้

คำแนะนำในเรื่องการจัดเตรียมอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กป่วย โดยร้อยละ 20.7 ทำทุกครั้ง ร้อยละ 69 ทำบางครั้ง และเด็กป่วยจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 89.7) รายงานว่าพยาบาลให้คำแนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดในช่องปาก โดยร้อยละ 48.3 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 41.4 ทำบางครั้ง(ตารางที่ 4.7) อาจเนื่องจากบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลักในการจัดเตรียมอาหาร และช่วยเหลือเด็กป่วยในการรับประทานอาหาร และคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงเป็นบุคคลสำคัญของเด็กขณะอยู่โรงพยาบาล (นิชกานต์ ไชยชนะและคณะ, 2546) เมื่อพยาบาลพบว่าเด็กป่วยเกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และความสะอาดในช่องปาก พยาบาลจึงให้คำแนะนำแก่บิดามารดาทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร และเรื่องการรักษาความสะอาดในช่องปาก พร้อมกับการให้คำแนะนำเรื่องดังกล่าวแก่เด็กป่วย

การช่วยให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้น

การสั่งอาหารและเครื่องดื่มจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงโดยพยาบาล ในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องการช่วยให้เด็กป่วยรับรสดีขึ้น พบว่าเด็กป่วยถึง 26 ราย (ร้อยละ 89.7) รายงานว่าพยาบาลไม่ได้ดูแลเรื่องการสั่งอาหารและเครื่องดื่มจากโรงพยาบาลของโรงพยาบาล (ตารางที่ 4.7) อาจเนื่องจากเด็กป่วยได้เห็นว่าผู้ที่ดูแลแจกอาหารในหอผู้ป่วยให้ไม่ใช่พยาบาล จึงทำให้เข้าใจว่าพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลเรื่องการสั่งอาหารและเครื่องดื่มจากโรงพยาบาลของโรงพยาบาลมาให้

การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะดวกช่องปาก

การที่เด็กป่วยจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 96.5) รายงานว่าพยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะดวกช่องปาก โดยร้อยละ 72.4 จัดเตรียมให้ทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 จัดเตรียมให้บางครั้ง (ตารางที่ 4.7) อาจเนื่องจากเด็กป่วยเห็นว่าพยาบาลเป็นผู้จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะดวกช่องปากได้แก่น้ำยาบ้วนปาก ไม้พันสำลี แก้วน้ำมาให้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนบทบาทบิดามารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กขณะอยู่โรงพยาบาลได้ดีขึ้น (นิชกานต์ ไชยชนะ และคณะ, 2546) ทำให้เด็กป่วยดูแลความสะดวกในช่องปากมากขึ้น ส่งผลให้เด็กป่วยรับรสได้ดีขึ้น

การลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

การให้ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อเด็กป่วยมีอาการ

ผลการศึกษาในเรื่องการลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 96.5) รายงานว่าพยาบาลให้ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อเด็กป่วยมีอาการ โดยร้อยละ 72.4 ให้ทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 ให้บางครั้ง(ตารางที่ 4.7) อาจเนื่องจากเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.3) มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเคมีบำบัดหลายชนิด (ตารางที่ 4.1) ได้แก่

vincristine, MTX, Ara-C, doxorubicin, cyclophosphamide และ etoposide พยาบาลจะเป็นผู้ให้ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนแก่เด็กป่วยเกือบทุกรายก่อนให้ยาเคมีบำบัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยที่พยาบาลอาจรู้หรือไม่ว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนทำให้เด็กป่วยเกิดระส่ำระสายและรบกวนในปาก เป็นปัจจัยที่ทำให้การรับรสของเด็กป่วยลดลง (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546) การให้ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียนจะทำให้เด็กการรับรสของเด็กป่วยดี

การให้ยาชาป้ายแผลในปากเมื่อเด็กมีแผลในปาก

ผลการศึกษาในเรื่องการลดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ในเด็กป่วยโรคมะเร็งจำนวน 29 ราย พบว่าเด็กป่วยจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 93.1) รายงานว่าพยาบาลให้ยาชาป้ายแผลในปากเมื่อเด็กมีแผลในปาก โดยร้อยละ 69 ให้ทุกครั้ง และร้อยละ 24.1 ให้บางครั้ง (ตารางที่ 4.7) อาจเนื่องจากเด็กป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.9) มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบจากยาเคมีบำบัด (ตารางที่ 4.1) พยาบาลจะเป็นผู้ให้ยาระงับปวดเฉพาะที่ (topical anesthetic) ตามแผนการรักษาของแพทย์ยาที่ให้ ได้แก่ 2% viscous lidocaine อมกลั้วปาก เพื่อช่วยลดการระคายเคืองแผลที่ลิ้นและช่วยรักษาแผลที่ลิ้น (Glenny et al., 2010) การลดการปวดแผลในปากจะทำให้เด็กป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น แต่อาจทำให้การรับรสลดลงได้ (ภาวิณี โอภาสศิริกุล, 2546) เนื่องจากยาไซโลเคนวิคตัสเป็นยาชาเฉพาะที่จะออกฤทธิ์ยับยั้งหรือรบกวนการนำกระแสประสาทจากเซลล์รับรสในช่องปากไปสู่สมองทำให้การส่งกระแสประสาทจากลิ้นไปยังสมองหยุดชะงักไป (กฤษฎี กระแสชัย, ธนกฤต อัจจิตรไพศาล, ชีระพงษ์ ม้ามณีและวรวงษ์ เทพวงษ์, 2552) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับรสไม่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเรื่องสภาวะอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

คำถามการวิจัยที่ 3 ผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในเรื่องสภาวะอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการในเรื่องสภาวะอาการ คือความสามารถในการรับรสชาติของอาหาร และเครื่องดื่ม และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย คือ ความสามารถในการรับประทานอาหารและน้ำของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ความสามารถในการรับรสชาติของอาหาร และเครื่องดื่ม

ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องความสามารถในการรับรสชาติของอาหารพบว่าเด็กป่วยจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) ช่วยให้ความสามารถในการรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มดีขึ้นน้อย และเด็กป่วยจำนวน 11 ราย

(ร้อยละ 37.9) รายงานว่ากิจกรรมการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่ทำโดยเด็กป่วย บิดามารดาและพยาบาล ช่วยให้ความสามารถในการรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มดีขึ้นมาก (ตารางที่ 4.8) ทั้งนี้เนื่องจากเด็กป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยดั่งที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจึงทำให้เด็กป่วยประเมินความสามารถในการรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มของตนเองได้ เมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้นจึงทำให้เด็กรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มเปลี่ยนแปลงไปในระดับเล็กน้อย ปานกลาง และมาก (ร้อยละ 41.437.9 และ 20.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.3) การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเด็กป่วย บิดามารดา และพยาบาลโดยรวมแล้วมีผลช่วยให้การรับรสชาติของอาหารและเครื่องดื่มดีขึ้น

ความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม

ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 29 ราย ในเรื่องความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มพบว่าเด็กป่วยจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 62.1) รายงานว่าช่วยให้ดีขึ้นน้อยและเด็กป่วยจำนวน 11 ราย (ร้อยละ 37.9) รายงานว่ากิจกรรมการจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่ทำโดยเด็กป่วย บิดามารดา และพยาบาล ช่วยให้ความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มขึ้นมาก (ตารางที่ 4.8) อาจเนื่องจากวัยของเด็กป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างดั่งที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงทำให้เด็กป่วยประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของตนเองได้เมื่อเกิดการรับรสเปลี่ยนแปลงขึ้นจึงทำให้เด็กป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง และรับประทานอาหารไม่ได้ (ร้อยละ 55.2 และ 20.7 ตามลำดับ) ทำให้เด็กป่วยดื่มน้ำได้ลดลง และดื่มน้ำไม่ได้ (ร้อยละ 62.1 และ 10.3 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.3) การจัดการกับการรับรสเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเด็กป่วย บิดามารดา และพยาบาลโดยรวมแล้วมีผลช่วยให้ระดับความรุนแรงของการรับรสเปลี่ยนแปลงลดลงทำให้ความสามารถในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มของเด็กป่วยดีขึ้น