



# 35

## การดูแลแบบประคับประคองสำหรับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งในวัยรุ่น (Palliative Care in Adolescents with Cancers)

ชัชฌา ชัยม่าน

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิผลสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง หลายกลุ่มโรคมียุทธศาสตร์การหายขาดสูง เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น ซึ่งข้อมูลของผลการรักษาที่ดีขึ้นจากในอดีต ย่อมสร้างความคาดหวังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในการรักษาให้หายขาดหรือยืดชีวิตของตนและบุคคลที่ตนรัก

แต่อีกด้านหนึ่งของความจริงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ การรักษาต่าง ๆ ย่อมแลกมาด้วยภาระ (burden) ทั้งความไม่สุขสบายทางกาย ความเจ็บปวดจากการทำหัตถการต่าง ๆ ภาวะเครียดด้านจิตใจ รวมถึงสูญเสียเวลาในการใช้ชีวิตในแบบที่ตนต้องการ ดังนั้นกระบวนการดูแลเพื่อลดความทุกข์ ส่งเสริมการปรับตัวให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพควบคู่ไปกับการรักษาโรคหลักจึงมีความจำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบาง อ่อนไหวทางด้านความคิดและอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยที่อาจนำไปสู่การสูญเสีย “ชีวิตที่ปกติ” ของตนเองไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าโรคมะเร็งเป็นกลุ่มที่ไม่หายขาด และลุกลามไปสู่ช่วงระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวย่อมต้องเผชิญกับความทรมานอย่างมาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างเป็นองค์รวมและให้การดูแลประคับประคองอย่างเหมาะสม

### ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคำจำกัดความของ palliative care หรือการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน รักษาความเจ็บปวดทางร่างกาย ร่วมกับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมในมิติของจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งควรเข้ามามีบทบาทตั้งแต่ช่วงที่เริ่มวินิจฉัยโรคที่คุกคามต่อชีวิต<sup>1</sup>

รูปแบบการดูแลระดับประคับประคองในปัจจุบัน มีการปรับเปลี่ยนจาก model เดิม ดังแผนภาพที่ 1 ซึ่งในอดีต ทีมแพทย์จะให้การรักษาโรคหลักไปเรื่อย ๆ จนไม่สามารถรักษาได้แล้ว จึงเปลี่ยนรูปแบบการดูแลในระยะใกล้เสียชีวิต แต่แนวคิดในปัจจุบันมุ่งเน้นให้บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาโรคหลัก (disease modifying therapy) ทำให้ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย โดยบทบาทของการดูแลระดับประคับประคองจะเพิ่มขึ้นตามระยะของการดำเนินโรค<sup>2</sup>

### แนวคิดในการดูแลระดับประคับประคองรูปแบบเก่า



### แนวคิดในการดูแลระดับประคับประคองรูปแบบใหม่



แผนภาพที่ 1 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเปรียบเทียบในอดีตและปัจจุบัน (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 2)

## ความพิเศษของการดูแลระดับประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่น<sup>3-5</sup>

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเจริญเติบโตทางกาย มีการพัฒนาของลักษณะที่สองทางเพศ (secondary sex characteristics) มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะจิตใจและอารมณ์ที่นำไปสู่การเป็นอิสระจากการพึ่งพิงพ่อแม่ การสร้างทักษะทางสังคม การหล่อหลอมความเป็นตัวตนทำให้เกิดการยอมรับในกลุ่มเพื่อน ซึ่งการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนคุกคามต่อชีวิตนั้น ย่อมกระทบทำให้เกิดการหยุดชะงักของกระบวนการดังกล่าวข้างต้น อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกแยกหรือสูญเสียคุณค่าของตนเอง

สำหรับครอบครัวของผู้ป่วยวัยรุ่นที่ใกล้เสียชีวิต มักมีความทุกข์และยากที่จะทำใจยอมรับความจริงในการที่ผู้ป่วยต้องจากไปในเวลาที่เพื่อนวัยเดียวกันกำลังใช้ชีวิตที่มีความสุขและสดใส โดยเฉพาะผู้ที่เป็นพ่อแม่ซึ่งไม่เพียงแต่เผชิญกับภาวะที่จะสูญเสียบุคคลที่รักเท่านั้น แต่ยังต้องเผชิญกับการสูญเสียตัวตนส่วนหนึ่งของตัวเอง จากความรู้สึกผิดที่ตนเองไม่สามารถเป็นพ่อแม่ที่สมบูรณ์ในการปกป้องดูแลลูกให้รอดชีวิต พ่อแม่จึงมักตัดสินใจที่จะยืดชีวิตผู้ป่วยในทุกวิถีทาง ในขณะที่ตัวผู้ป่วยวัยรุ่นเองที่ทราบความจริงมักเลือกที่จะใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากกว่าการรักษาที่รุกราน ซึ่งความขัดแย้งในเป้าหมายของการรักษานี้อาจนำไปสู่ประเด็นในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การที่ครอบครัวบิดบังความจริง เพราะไม่อยากให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดรักษา หรือในกรณีที่

ผู้ป่วยอยากใช้ชีวิตแบบที่ตนเองต้องการ แต่ครอบครัวยังจำกัดการทำกิจกรรมเนื่องจากกลัวว่าอาการจะทรุดลง นำไปสู่การสื่อสารในลักษณะที่ไม่เข้าใจและบังคับผู้ป่วย เป็นต้น

ในทางการแพทย์ เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงคาบเกี่ยวของระบบบริการระหว่างกุมารแพทย์และอายุรแพทย์ ซึ่งบางครั้งแพทย์ที่ดูแลมะเร็งในผู้ใหญ่เป็นหลักอาจไม่มีประสบการณ์ในการรักษามะเร็งที่พบบ่อยในเด็กมากนัก และไม่คุ้นชินกับสภาวะด้านจิตสังคมของผู้ป่วยที่อายุน้อย ทำให้เกิดความลำบากใจในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นในคลินิกมะเร็งผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยาที่ช่วยบรรเทาอาการหลายชนิดที่ใช้ในผู้ใหญ่ อาจยังไม่ได้มีการศึกษาด้านเภสัชจลศาสตร์รองรับในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้เกิดข้อจำกัดในด้านชนิดของยา

จึงเห็นได้ว่า ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยพิเศษที่ต้องการการดูแลประคับประคองที่จำเพาะ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการใช้ยาที่เหมาะสม มีทีมผู้เชี่ยวชาญและมีการพัฒนาระบบที่สามารถให้บริการดูแลวัยรุ่นได้ทั้งในคลินิกเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งการดูแลประคับประคองสามารถช่วยเหลือวัยรุ่นในการจัดการอาการที่ไม่สุขสบาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิต และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีกระบวนการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สืบค้นความปรารถนาที่แท้จริง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ช่วงเวลาที่เหลืออยู่ในแบบที่ตนเองเลือก รวมถึงการคัดกรองความกังวลและภาวะซึมเศร้าในด้านจิตใจ ให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อระยะโรคที่ดำเนินไปอย่างเหมาะสม จนถึงการเตรียมการก่อนการจากลาบุคคลอันเป็นที่รัก

## การประเมินและการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นอย่างรอบด้าน

### ด้านร่างกาย

ควรประเมินและจัดการอาการที่ทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการปวดอย่างเหมาะสมเพียงพอ ความปวดเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากตัวโรคเอง เช่น ก้อนมะเร็งไปทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาท มะเร็งลุกลามเข้าสู่กระดูก เป็นต้น รวมทั้งจากกระบวนการรักษาและทำหัตถการ นอกจากนี้ในช่วงใกล้เสียชีวิต ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อาจส่งผลให้ความรู้สึกปวดของผู้ป่วยมีมากขึ้นได้ ตามหลักของ total pain concept

**การประเมินความปวด** ควรทำให้ครบถ้วนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- ความรุนแรงของความปวด ถ้าทำได้ควรให้ผู้ป่วยรายงานความรุนแรงของอาการปวดเอง (self-report) โดยในวัยรุ่นสามารถใช้ visual analog scale หรือ numeric pain scale คือ การให้คะแนนปวดตั้งแต่ 0 ถึง 10 ร่วมกับการสังเกตการแสดงออกของพฤติกรรมทางกาย เช่น สีหน้า ท่าทาง การทำกิจกรรมได้จำกัด หรือการรบกวนการนอน เป็นต้น

- สาเหตุและกลไก เป็น somatic หรือ neuropathic pain นำไปสู่การเลือกใช้ยาที่เหมาะสมตามกลไก

- ปัจจัยที่ทำให้อาการปวดดีขึ้นหรือแย่ลง (modulating factors)

## การรักษาอาการปวด

### การรักษาอาการปวดโดยการใช้ยา<sup>3,6,7</sup>

- ใช้หลักการขององค์การอนามัยโลก คือ ความปวดที่รุนแรงน้อย (pain score 0-3) ให้ยาแก้ปวดกลุ่ม non-opioid เช่น paracetamol, NSAIDs ส่วนความปวดที่รุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก (pain score  $\geq 4$ ) ให้ยากกลุ่ม weak opioid (tramadol, tramadol with acetaminophen combination) หรือ strong opioid (morphine, fentanyl)

- ในกรณีที่ต้องการเริ่มยา strong opioids ให้เริ่มจากยาที่ออกฤทธิ์สั้นก่อน เพื่อสะดวกในการติดตามการตอบสนองต่อยา โดยยาหลักที่มักเริ่มใช้ คือ short acting morphine เช่น morphine immediate release (MIR) (10 mg/tab) หรือ morphine syrup (2 mg/ml)

โดยเริ่มในขนาดตามอายุและน้ำหนัก

อายุ < 18 ปี : น้ำหนัก  $\leq 50$  กก. ขนาดยา morphine 0.15-0.3 มก./กก./ครั้ง ทุก 4 ชั่วโมง

น้ำหนัก > 50 กก. ขนาดยา morphine 5 มก./ครั้ง ทุก 4 ชั่วโมง

อายุ > 18 ปี : ขนาดยา morphine 10 มก./ครั้ง ทุก 4 ชั่วโมง

เมื่อได้ขนาดที่เหมาะสมในการควบคุมอาการปวดแล้ว จึงพิจารณาปรับเป็นมอร์ฟีนชนิดออกฤทธิ์ยาว เช่น morphine sustain release (MST) เพื่อความสะดวกในการบริหารยา

- ระยะเวลาการให้ยา ควรควบคุมอาการได้ตลอดทั้งวันเป็นพื้นฐาน (basal dose) และเสริมด้วยยาชนิดออกฤทธิ์สั้น ในกรณีที่ปวดขณะที่ทานยาแก้ปวดเดิมอยู่ (breakthrough pain) เช่น ให้ MST กินทุก 8-12 ชม. เป็นพื้นฐาน และให้ MIR กินเพิ่มในขนาดร้อยละ 10-20 ของ basal dose เมื่อมี breakthrough pain เป็นต้น ไม่ควรให้ยาแก้ปวดแบบที่ให้ยาเมื่อมีอาการ (prn) เพียงอย่างเดียว

- รูปแบบของยาที่ให้ ควรเป็นรูปแบบยากิน ซึ่งสะดวกในการปรับยาและสามารถใช้ที่บ้านได้ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถกินยาได้ สามารถส่งยาในรูปแบบแผ่นแปะ ฉีดใต้ผิวหนัง หรือฉีดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งรูปแบบฉีดทางหลอดเลือดดำ ควรใช้ในกรณีอาการปวดที่รุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการด้วยยาแบบอื่น

- หลังให้ยาควรมีการประเมินอาการปวดซ้ำ เป้าหมายเพื่อบรรเทาให้อาการปวดลดลง จนถึงระดับที่พอใจ และสามารถนอนหลับได้

- Adjunctive therapy ผู้ป่วยที่ใช้ opioid อยู่ อาจได้รับประโยชน์ในการใช้การรักษาอื่นเสริม เช่น bone pain ใช้ NSAIDs ได้แก่ ibuprofen, ketorolac, palliative radiotherapy ส่วน neuropathic pain ใช้ amitriptyline, gabapentin

- แผนการรักษาควบคุมอาการปวดควรเหมาะกับการดำเนินชีวิต ซึ่งในผู้ป่วยวัยรุ่นการลดอาการปวดแต่ละรายยังมีเป้าหมายที่ไม่เหมือนกัน เช่น บางรายไม่ต้องการมีอาการปวดเลย แต่บางรายยอมรับความปวดเล็กน้อยได้ แลกกับการไม่ง่วงและตื่นเพื่อทำกิจกรรม เป็นต้น จึงควรมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลแบบเฉพาะราย
- มีการติดตามประเมินผลการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาที่พบบ่อย เช่น ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม คับ เป็นต้น
- หากมีผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยา opioids เช่น กตการหายใจ (อัตราการหายใจช้ากว่าค่าปกติตามช่วงอายุ ค่า oxygen saturation ต่ำ) ร่วมกับ pinpoint pupil หรือมีอาการทางระบบประสาทจากยา เช่น myoclonus, opioid-induced hyperalgesia ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาปรับลดยาถ้าควบคุมอาการปวดได้ หรือเปลี่ยนชนิดของ opioid ที่ใช้ (opioid rotation) กรณีที่ยังมีอาการปวดอยู่

ในทางปฏิบัติ หลายครั้งที่ครอบครัวหรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เอง มีความกังวลใจในการใช้ยากกลุ่ม opioids เช่น กลัวกตการหายใจ กลัวติดยา กลัวทำให้หลับแล้วเสียชีวิตเร็วขึ้น เป็นต้น จึงควรเปิดโอกาสให้ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่กังวลอยู่ และให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อให้มีความมั่นใจว่าสามารถใช้ยาได้ในขนาดที่ปลอดภัย และอยู่ในการควบคุมดูแลของแพทย์

### การรักษาอาการปวดโดยไม่ใช้ยา<sup>8,9</sup>

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากขึ้นในช่วงใกล้เสียชีวิต อาจเกิดจากปัจจัยด้านจิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณ เช่น ความกลัวเจ็บ ความกลัวตาย กลัวการพรากจาก ความทุกข์ที่ยังไม่ได้ทำตามความปรารถนา บางอย่างให้เสร็จสิ้น ห่วงกังวล รู้สึกผิดที่ทำให้พ่อแม่เป็นทุกข์เพราะตน เป็นต้น หากทีมผู้ดูแลสามารถค้นหาเหตุกระตุ้นความปวดเหล่านี้ที่ซ่อนอยู่ในจิตใจผู้ป่วย จะมีส่วนช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลงอย่างมาก การค้นหาสิ่งเหล่านี้ได้ ทีมผู้ดูแลจำเป็นต้องให้เวลา รับฟังผู้ป่วยและครอบครัว สังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้น รวมถึงมีวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่เหมาะสม หากผู้ป่วยมีความเครียดความกังวล การให้ยาคลายกังวล และการทำ psychological intervention อื่น ๆ เช่น relaxation technique, art therapy, music therapy, aromatherapy รวมทั้งการทำกิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจในช่วงที่ทำการหัตถการ ก็สามารถใช้ในการรักษาเสริมที่ช่วยในการรักษาความปวดได้ดีขึ้นได้

### ด้านจิตสังคมและการรับรู้<sup>3</sup>

ในวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจตามช่วงอายุ ดังนี้

#### วัยรุ่นตอนต้น (10-14 ปี)

เป็นช่วงที่มีการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์จากการผูกพันกับพ่อแม่ เป็นการผูกพันและให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน ดังนั้นช่วงวัยนี้จึงกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ภายนอกที่เพื่อนมองเห็น ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การได้มีพื้นที่ส่วนตัว และการคงความสัมพันธ์กับเพื่อน ซึ่งผู้ป่วยมักมองการมานอนโรงพยาบาลว่าเป็นการรบกวนชีวิตของตน

### วัยรุ่นตอนกลาง (15-17 ปี)

เป็นช่วงของการสร้างอัตลักษณ์ความเป็นตัวตนที่มั่นคง ต้องการความรู้สึกรับรู้ของการประสบความสำเร็จและมีพลังอำนาจ ชอบเรียนรู้ที่จะทดลองสิ่งต่าง ๆ และมีความคิดในการให้เหตุผลเชิงนามธรรม

การเจ็บป่วยรุนแรงในช่วยวัยนี้ จึงถูกมองเป็นภัยคุกคาม ทำให้สูญเสียความเป็นอิสระภาพ สูญเสียการดึงดูดในเพศตรงข้าม หวาดกลัวต่อการถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน และถูกแยกตัวออกจากสังคม

### วัยรุ่นตอนปลาย (18-24 ปี)

ช่วงวัยนี้ มักสบายใจกับความเป็นตัวของตัวเอง ในขณะที่เดียวกันก็มีความตระหนักรู้ในความรู้สึกของผู้อื่น และชื่นชมต่อความสัมพันธ์ที่เต็มไปด้วยความหมาย การเจ็บป่วยระยะท้ายของวัยนี้ มักส่งผลต่อการเสียการเรียน เสียการทำงาน รบกวนต่อแผนการในการใช้ชีวิตและความสัมพันธ์ การขาดงานมักนำไปสู่การขาดอิสรภาพทางการเงิน และความรู้สึกขาดคุณค่าในตนเอง

## ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความตาย<sup>10</sup>

วัยรุ่นมีการพัฒนาทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นจากช่วงวัยเด็ก ทำให้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ในเชิงนามธรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น มีความคิดรวบยอดในความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เข้าใจสาเหตุและกลไกของการเกิดโรค เช่น เข้าใจได้ว่ามีสาเหตุภายใน คือ เชื้อโรคหรือเซลล์ผิดปกติที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีการเรียนรู้ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิด สังคม เพื่อน สื่อต่าง ๆ เพื่อหล่อหลอมเป็นประสบการณ์ของตัวเอง ให้มีความสำคัญกับความเชื่อ คุณงามความดี อุดมคติต่าง ๆ ในขณะเดียวกันถึงแม้วัยรุ่นจะมีความรู้ความเข้าใจเหตุผล แต่ยังคงตัดสินใจด้วยความหุนหันพลันแล่น ขาดความรอบคอบ ถึงแม้จะรู้ว่าการกระทำนี้ส่งผลเสียได้ แต่มักจะคิดว่า ผลเสียนี้คงจะเกิดกับคนอื่น ไม่ใช่ตนเอง

ในเรื่องความตาย วัยรุ่นสามารถเข้าใจความตายได้อย่างสมบูรณ์เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ ในทั้ง 4 ด้าน คือ ความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างถาวร เมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถฟื้นคืนมาได้ (irreversibility), ความตายคือการสิ้นสุดในการทำงานของร่างกาย (finality), ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องเผชิญ ไม่มีใครหนีพ้น (inevitability) และการตายมีสาเหตุ (causality) ทำให้วัยรุ่นสามารถจินตนาการได้ ว่าโลกที่เขาอยู่จะเป็นอย่างไรเมื่อเขาตายไป บางคนกังวลเรื่องรูปลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าการตาย หลายคนกลัวที่จะถูกลืม กลัวต้องอยู่และตายอย่างโดดเดี่ยว

วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และความเชื่อ มีส่วนสำคัญในความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย วัยรุ่นหลายคนต้องการแสดงให้เห็นว่า ชีวิตของเขามีคุณค่าตามอุดมคติและความเชื่อของตน และตัวเขาสามารถสร้างความแตกต่างให้กับโลกได้ก่อนที่จะจากไป ในขณะที่วัยรุ่นบางรายอาจเห็นความสำคัญและต้องการใช้เวลาช่วงท้ายกับกลุ่มเพื่อน ซึ่งเพื่อนสนิทหรือผู้ที่วัยรุ่นไว้วางใจมีบทบาทสำคัญในการช่วยค้นหาความกังวล ความกลัว หรือแม้แต่ความหวัง ความเชื่อของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยประคองจิตใจผู้ป่วยได้

นอกจากนี้อาจให้ออกาสวัยรุ่นแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกผ่านถ้อยคำ สีหน้าท่าทาง พฤติกรรม ดนตรี ศิลปะ และงานเขียนต่าง ๆ ซึ่งการที่ผู้ดูแลเปิดใจรับฟังการแสดงออกของวัยรุ่นโดยปราศจากการตัดสิน และเคารพความเป็นตัวตนของเขา ทำให้ได้รับความไว้วางใจจากวัยรุ่น ได้มีโอกาสรับทราบปัญหาที่เขาต้องการความช่วยเหลือ และได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยในการรักษาโดยไม่รู้สึกรู้สีกต่อต้าน หรือถูกบังคับ

### ด้านจิตวิญญาณและความหมายของชีวิต<sup>3</sup>

จิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของระบบความเชื่อที่ไม่มีตัวตนที่จับต้องได้ แต่เป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้เกิดพลังในการใช้ชีวิต และให้ความหมายแก่เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งแต่ละคนมีการให้ความหมายให้มีความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยบางคนอยากใช้ลมหายใจสุดท้ายที่บ้าน บางคนอยากไปเที่ยวในสถานที่ ๆ ไม่เคยได้ไปกับครอบครัว บางคนอยากทำงานเลี้ยงดูพ่อแม่ บางคนอยากทำผลงานทิ้งไว้ให้ผู้อื่นระลึกถึงหลังจากเขาเสียชีวิต บางคนอยากขอโทษใครสักคนพ่อแม่ ทำพิธีตามศาสนาและความเชื่อ เป็นต้น

การค้นหาและเติมเต็มด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวัยรุ่นและส่งเสริมในการทำสิ่งนั้นให้สำเร็จก่อนที่จะเสียชีวิต มักทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกดดันใจ และรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตในแบบที่มีความหมายต่อตนเองและผู้อื่นอย่างเต็มที่แล้ว ทำให้จิตใจสงบ ยอมรับได้ต่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

### ประเด็นการสื่อสารกับผู้ป่วยวัยรุ่น

**การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์ผู้รักษา (developing relationships)**

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีควรเริ่มตั้งแต่แรกวินิจฉัย โดยสื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ได้ว่า ทีมผู้รักษาใส่ใจเคารพในความเป็นปัจเจก นำไปสู่ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ดูแล ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีเหล่านี้จะพัฒนาไปเป็นความเข้าใจในความเป็นตัวตนของผู้ป่วยที่เปิดเผยและลึกซึ้งขึ้นตลอดระยะเวลาของการรักษา

การสื่อสารในลักษณะดังกล่าวได้นั้น ต้องอาศัยทัศนคติที่ดีของบุคลากรในการให้ความสำคัญและเคารพความเป็นตัวตนของผู้ป่วยว่า เขามีสิทธิที่จะรับรู้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความคิดความเข้าใจ และมีสิ่งที่เขาให้คุณค่าในแบบของเขาเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจแตกต่างไปจากที่พ่อแม่หรือบุคลากรคิดไว้ รวมถึงเคารพสิทธิในการเลือกการรักษา หรือการทำตามความปรารถนาในช่วงท้ายของชีวิต

### การสื่อความจริงและให้ข้อมูลการพยากรณ์โรค

การสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงการดำเนินโรคในภาพรวม การพยากรณ์โรค ภาวะและความเสี่ยงในการรักษา รวมทั้งความไม่แน่นอน (uncertainty) ที่อาจเกิดขึ้นตามความเป็นจริง เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลแบบประคับประคอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ นำไปสู่การวางแผนการดูแลร่วมกับทีมแพทย์ จนได้แผนการดูแลที่ตรงตามความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย

## ควรบอกผู้ป่วยให้ทราบว่าเขากำลังจะเสียชีวิตอย่างไร?<sup>11</sup>

การบอกผู้ป่วยว่าตัวเขากำลังจะเสียชีวิต เป็นหนึ่งในสถานการณ์ที่ทำให้บุคลากรผู้สื่อสาร โดยเฉพาะพ่อแม่ รู้สึกลำบากใจอย่างมาก หลายคนเกิดความสงสัย ไม่แน่ใจว่าการบอกความจริงนี้กับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยทุกข์กังวลมากขึ้นหรือไม่ ถ้าเทียบกับการปล่อยให้ธรรมชาติดำเนินไปจนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ต้องรู้ความจริงนี้ การที่ครอบครัวลังเลในการเปิดเผยความจริงกับผู้ป่วย อาจบ่งบอกว่า การรับรู้เรื่องการพยากรณ์โรคของครอบครัวยังไม่ตรงกันกับทีมแพทย์<sup>12</sup> หรือยังอยู่ในช่วงปฏิกิริยาของการรับรู้ข่าวร้าย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาเวลาที่ครอบครัวตระหนักอย่างแท้จริงว่าโรคของเด็กไม่สามารถรักษาหายได้แล้วนั้น ช้ากว่าการตระหนักของทีมแพทย์ถึงสองเท่า<sup>13</sup> ทำให้หลายครอบครัวที่มองในแง่ดีและหวังปาฏิหาริย์อย่างเต็มที่ อาจเลือกที่จะปิดบังผู้ป่วยแม้ผู้ป่วยจะแสดงอาการว่าใกล้จะเสียชีวิตแล้วก็ตาม แม้แต่แพทย์เจ้าของไข้เองก็รู้สึกเจ็บปวดกับการสูญเสียผู้ป่วย สะเทือนใจ รู้สึกผิดว่าตนเองล้มเหลวที่รักษาผู้ป่วยไม่หาย แพทย์หลายคนจึงเลือกที่จะสร้างกำแพงปิดกั้นไม่ยอมสื่อสารเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว<sup>14</sup> เพิกเฉยทางอารมณ์ และเลือกที่จะพูดคุยแต่เรื่องการรักษาทางการแพทย์มากกว่า ทำให้เป็นอุปสรรคขวางกั้นในการสื่อสารและเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสมก่อนการเสียชีวิต

คำแนะนำในทางปฏิบัติ คือ พ่อแม่รวมถึงทีมที่ดูแลควรบอกความจริงกับผู้ป่วยผ่านการสื่อสารที่เปิดกว้าง การปิดบังความจริงมักทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลและความกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตน ผู้ป่วยมักตระหนักได้ว่าตนเองกำลังจะเสียชีวิต ผ่านการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รวมถึงบริบทในสิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณภายในที่อาจเหนือความเข้าใจทางการแพทย์ในปัจจุบัน การเตรียมการและให้คำแนะนำล่วงหน้าแก่ครอบครัวในประเด็นนี้จึงมีความจำเป็น ควรเน้นย้ำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญว่า ทุกคนไม่ต้องการทิ้งผู้ป่วยให้ต้องเผชิญกับคำถามและความรู้สึกทุกข์กังวลอย่างโดดเดี่ยวในช่วงเวลานี้ จากการศึกษาค้นคว้า ครอบครัวที่บอกความจริงแก่ผู้ป่วย ไม่มีครอบครัวใดย้อนกลับมาเสียใจภายหลัง แต่ครอบครัวที่ไม่มีโอกาสบอกความจริง ส่วนหนึ่งเสียใจ รู้สึกผิดโดยเฉพาะครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโตและเด็กที่แสดงออกว่าอาจรับรู้ความตายของตนอยู่แล้ว<sup>15</sup> ผู้ใกล้ชิดจึงควรสังเกตสัญญาณที่ผู้ป่วยแสดงออกมาว่า เขามีความพร้อมที่จะพูดคุยเรื่องเหล่านี้ เช่น เบือนหน้าหนีเมื่อมีคนบอกว่าโรคจะหาย เริ่มเงิบเมื่อพูดถึงแผนการดูแลในอนาคต เริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับชีวิต แม้แต่เริ่มพูดเรื่องความตายขึ้นมาเอง เป็นต้น ซึ่งผู้ที่สัมผัสสัญญาณเหล่านี้ควรเปิดโอกาสให้เริ่มมีการสื่อสารเรื่องความตายในช่วงเวลาดังกล่าว

## การสื่อสารที่ดีในการพูดคุยเรื่องการพยากรณ์โรคกับวัยรุ่น<sup>3</sup>

- ก่อนการสื่อสารควรมีการเตรียมความพร้อม เตรียมข้อมูลที่ต้องการให้ผู้ป่วยรับทราบ และมีการอภิปรายตกลงกันในทีมที่ดูแลผู้ป่วยให้เข้าใจสถานการณ์และเห็นพ้องในการสื่อความจริงไปในทางเดียวกัน
- จัดบรรยากาศให้เหมาะสม เป็นส่วนตัว มีช่วงเวลาในการนั่งคุยกัน เชื่อเชิญให้ผู้ป่วยเข้าสู่การสนทนา และสอบถามในกรณี que ผู้ป่วยต้องการให้ครอบครัวหรือผู้อื่นเข้าฟังด้วย
- ถ้าเป็นไปได้ควรมีบุคลากรทางการแพทย์ที่รู้จัก สนิทกับผู้ป่วยเข้าร่วมการสนทนาด้วย
- สอบถามข้อมูล que ผู้ป่วยรับทราบก่อนหน้านี้ และถามหยอดหยั่งประเด็นที่ผู้ป่วยกังวลใจ อยากรู้ความจริง



- ขั้นตอนในการให้ข้อมูล ควรให้อย่างกระชับ ตรงไปตรงมา หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ที่ทำให้สับสน ในกรณีที่ข้อมูลเป็นข่าวร้าย ควรมีประโยคเตือนนำมาก่อน เช่น “หมอเสียใจที่จะบอกว่า...” “ผลการตรวจไม่ได้เป็นอย่างที่หวัง เราพบ...”
- การให้ทางเลือกของการรักษา ควรอภิปรายถึงทางเลือกที่เป็นไปได้จริง และไม่จำเป็นต้องพูดถึงทางเลือกที่ไม่ได้ผล หรือไม่สามารถให้ได้ในสถานการณ์นี้
- ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และพุดคุยถึงวิธีการในการลดอาการปวด บรรเทาอาการอย่างเหมาะสม
- ชะลอการพุดคุยเรื่องตวันหัตถการยื้อชีวิตไว้ก่อน จนชัดเจนว่าครอบครัวเข้าใจในสถานการณ์และยอมรับในความจริงของการดำเนินโรคแล้ว ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในการพุดคุยครั้งถัด ๆ ไป
- ทวนถามความเข้าใจ และให้โอกาสในการซักถามประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ
- ให้การตอบสนองปฏิกิริยาทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เป็นเรื่องธรรมชาติที่วัยรุ่นจะมีวิธีในการรับมือ (coping strategies) กับข่าวร้ายในแบบของตนเอง เช่น การปฏิเสธความจริงว่าตนเองกำลังใกล้เสียชีวิต หรือยังคงพุดถึงแผนการในชีวิต ราวกับว่าเขาจะยังอยู่ได้อีกยาวนาน ทั้ง ๆ ที่เพิ่งพุดคุยกันเรื่องการดูแลระยะท้าย เป็นต้น ซึ่งทีมแพทย์จำเป็นต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเหล่านี้ และให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความเป็นจริงของการที่สภาวะทางสุขภาพจะเสื่อมถอยลง

### การตัดสินใจด้านการรักษาของผู้ป่วยวัยรุ่น<sup>16</sup>

ในจริยธรรมทางการแพทย์ บุคคลมีสิทธิในการตัดสินใจในการเลือกการรักษาตามหลักเสรีภาพส่วนบุคคล (autonomy) โดยแพทย์ต้องให้ข้อมูลการรักษาอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจ และแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในข้อมูลที่รับอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจในการรักษาได้ โดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

หากแต่ในกรณีของผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นผู้เยาว์ สำหรับประเทศไทยสิทธิในการตัดสินใจเรื่องการรักษาของผู้เยาว์ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ยังเป็นของผู้ปกครองหรือผู้แทนที่ได้รับการแต่งตั้งตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่ เท่าที่ระดับความสามารถจะเอื้ออำนวย ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นอายุ 14 -15 ปี สามารถตัดสินใจในการรักษาหลังได้รับข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับตนเองได้อย่างมีเหตุผลเทียบเท่ากับผู้ใหญ่<sup>17</sup> ในทางปฏิบัติผู้ปกครองและแพทย์ผู้รักษาจึงควรเห็นความสำคัญ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะในเด็กโตและวัยรุ่นที่อยากรับทราบข้อมูล และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจชีวิตของตน<sup>18</sup> โดยประเมินตามระดับสติปัญญาและความสามารถของผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป<sup>19</sup>

หลักการในการสื่อสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการรักษา (share decision making) อาศัยพื้นฐานของการรับทราบเป้าหมายการรักษา (goal of care) ที่เป็นไปได้จริงของผู้ป่วย และสิ่งที่เป็นคุณค่าของชีวิต (values) ของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ สื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจชัดเจนถึงเป้าหมายนั้น แล้วจึงแสดงข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ รวมถึงให้คำแนะนำในทางเลือกที่เป็นประโยชน์ไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

## การวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning)<sup>20</sup>

เมื่อถึงช่วงเวลาที่การพยากรณ์โรคแน่ชัดขึ้น และทีมแพทย์ทราบว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเสียชีวิต ทีมแพทย์สื่อสารแจ้งสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบ ยกประเด็นปัญหาที่ต้องการการตัดสินใจและหาทางออกที่เหมาะสมที่สุดร่วมกัน โดยมักทำผ่านการประชุมครอบครัว (family meeting/ family conference)

สิ่งที่มีความสำคัญยิ่งสำหรับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงเวลานี้ คือ การวางเป้าหมายการดูแล (establish goals of care) เช่น การรักษาให้หายขาด (cure), การยืดชีวิต (extend life), การคงการทำงานของร่างกายบางอย่างไว้ (maintain function) หรือ ความสุขสบายของผู้ป่วย (comfort) โดยให้ข้อมูลตามความเป็นจริงว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย เป้าหมายใดที่ยังเป็นไปได้จริง และเขาต้องแลกด้วยภาระใดบ้าง เพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายนั้น ถ้าหากถึงจุดที่เป้าหมายหลายอย่างไม่สามารถดำเนินไปพร้อมกันได้ เป้าหมายใดที่สำคัญที่สุดสำหรับเขา

เมื่อได้เป้าหมายการรักษาแล้ว จึงยกประเด็นการดูแลในด้านต่าง ๆ ขึ้นพิจารณาเพื่อตัดสินใจสอดคล้องกับเป้าหมายนั้น เช่น ถ้าเป้าหมายการดูแล คือ ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายไม่ทรมาน การทำหัตถการรุกราน เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์ตามเป้าหมายนั้น จึงไม่แนะนำให้ทำ แต่การให้ยาเพื่อลดอาการและช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นเป็นสิ่งจำเป็น เป็นต้น

นอกจากประเด็นในการทำหัตถการรุกรานแล้ว การวางแผนในช่วงนี้ยังครอบคลุมถึงแผนการดูแลอาการในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องการ สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการใช้ชีวิตในช่วงท้าย รวมถึงสถานที่ที่จะเสียชีวิตที่เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว เมื่อได้ข้อสรุปในแผนการรักษาแล้ว ควรบันทึกเอกสารทางการแพทย์ไว้ให้ชัดเจน และแจ้งผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความสอดคล้องไปในทางเดียวกัน

## สรุป

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่เป็นรอยต่อระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางทางสรีรวิทยา และกระบวนการของจิตใจ รวมถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยและความตายที่แตกต่างจากวัยเด็ก การเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากในทุกมิติสุขภาพ ทีมแพทย์จำเป็นต้องอาศัยความรู้ที่จำเพาะกับช่วงวัย ในการวางแผนการดูแลประคับประคองอย่างเป็นองค์รวมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยยังคงได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ เปี่ยมความหมายและมีพลัง ก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO.int [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO). WHO definition of palliative care 2018 [updated 2020 Aug 5; cited 2021 May 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Higginson IJ. Palliative care delivery models. In: Nathan Cherny MF, Stein Kaasa, Russell Portenoy, David C. Currow, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 112-6.
3. Schrijvers D, Meijnders P. Palliative care in adolescents. *Cancer Treat Rev* 2007; 33: 616-21.
4. Pritchard S, Cuvelier G, Harlos M, Barr R. Palliative care in adolescents and young adults with cancer. *Cancer* 2011; 117: 2323-8.
5. Wein S, Pery S, Zer A. Role of palliative care in adolescent and young adult oncology. *J Clin Oncol* 2010; 28: 4819-24.
6. Epec.instructure.com [Internet]. Children's Hospital and Clinics of Minnesota. Multimodal analgesia [updated 2016 Dec 22; cited 2021 May 28]. Available from: [https://epec.instructure.com/courses/19/pages/welcome-multimodal-analgesia?module\\_item\\_id=1295](https://epec.instructure.com/courses/19/pages/welcome-multimodal-analgesia?module_item_id=1295).
7. World Health Organization. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018.
8. Shafto K, Gouda S, Catrine K, Brown ML. Integrative approaches in pediatric palliative care. *Children (Basel)* 2018; 5: 75.
9. Epec.instructure.com [Internet]. Children's Hospital and Clinics of Minnesota. Integrative Medicine [updated 2016 Dec 22; cited 2021 May 28]. Available from: [https://epec.instructure.com/courses/19/pages/welcome-integrative-medicine?module\\_item\\_id=1717](https://epec.instructure.com/courses/19/pages/welcome-integrative-medicine?module_item_id=1717).
10. Epec.instructure.com [Internet]. Children's Hospital and Clinics of Minnesota. Grief and bereavement [updated 2016 Dec 22; cited 2021 May 28]. Available from: <https://epec.instructure.com/courses/19/pages/welcome-grief-and-bereavement>.
11. Jennifer W. Mack EEE, Janet Duncan, Joanne Wolfe. Palliative care in pediatric oncology. In: Stuart H. Orkin DEF, A. Thomas Look, Samuel E. Lux IV, David Ginsburg, David G. Nathan, editors. *Oncology of Infancy and Childhood*. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 2009. p. 1177-202.

12. Rosenberg AR, Orellana L, Kang TI, et al. Differences in parent-provider concordance regarding prognosis and goals of care among children with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2014; 32: 3005-11.
13. Wolfe J, Klar N, Grier HE, et al. Understanding of prognosis among parents of children who died of cancer: Impact on treatment goals and integration of palliative care. *JAMA* 2000; 284: 2469-75.
14. Yoshida S, Shimizu K, Kobayashi M, et al. Barriers of healthcare providers against end-of-life discussions with pediatric cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2014; 44: 729-35.
15. Kreicbergs U, Valdimarsdottir U, Onelov E, Henter JI, Steineck G. Talking about death with children who have severe malignant disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 1175-86.
16. Donovan KA, Knight D, Quinn GP. Palliative care in adolescents and young adults with cancer. *Cancer Control* 2015; 22: 475-9.
17. Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Dev* 1982; 53: 1589-98.
18. Pousset G, Bilsen J, De Wilde J, et al. Attitudes of adolescent cancer survivors toward end-of-life decisions for minors. *Pediatrics* 2009; 124: e1142-8.
19. Levetown M, American Academy of Pediatrics Committee on B. Communicating with children and families: From everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics* 2008; 121: e1441-60.
20. Upshaw NC, Roche A, Gleditsch K, Connelly E, Wasilewski-Masker K, Brock KE. Palliative care considerations and practices for adolescents and young adults with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2021; 68: e28781.