



Palliative Case Conference

ประจำเดือนมกราคม 2565

**A 51-year-old female with advanced breast cancer
stated that "There is no meaning to live",
she hopes death come soon**

**How to provide psychospiritual and dignity
therapy for our palliative patients?**



ขอเชิญผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

26 มกราคม 2565 เวลา 12.00-13.30 น.

ผ่านทาง Zoom meeting ID: 948 3341 4881 Password: 12345



Palliative Case Conference

26 January 2022

Achariya Chareontanyarak, MD.

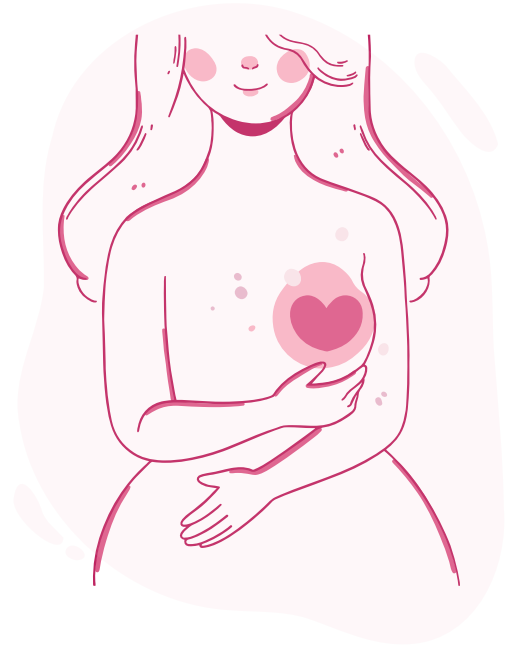
Niyom Boonthan, MD.

Nutchaya Bualakorn, RN., Cert. PC

Karunruk Palliative Care Center
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Patient Identification

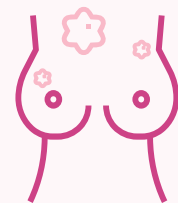
- ❖ ผู้ป่วยหญิง อายุ 51 ปี
- ❖ สถานภาพสมรส
- ❖ ภูมิลำเนา อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น
- ❖ สิทธิการรักษา สิทธิประกันสังคม รพ.ศรีนครินทร์
- ❖ Visit at OPD PC: 6 มกราคม 2565
- ❖ New case consultation from surgery



Patient History

Known case: **Recurrent CA breast (dx 1/63)**

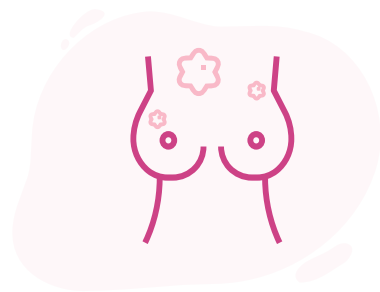
- ❖ Patho: invasive carcinoma of no specified type (ductal, carcinoma, NOS)
- ❖ S/P neoadjuvant 4AC then Rt MRM (18/5/63)
- ❖ cT2N2M0, Luminol B, HER-2 2+ --> Start tamoxifen 6/63
- ❖ S/P Taxol 8/8 complete 8/63
- ❖ S/P RT 5000 cGy boost scar 600 cGy complete 11/63
- ❖ CT chest 26/11/64: bilateral pleural effusion, lung/LN/liver/bone metastasis
- ❖ CT WA 29/11/64: multiple liver metastasis, diffuse bone metastasis
- ❖ Bone scan 8/12/64: multiple bone metastasis



Patient History

❖ Last admit 23/11/63-22/12/64

1. Paraplegia due to multiple spinal metastatic breast cancer S/P decompressive laminectomy T6, T10, T12 & posterior instrumentation T3-L3 1/12/64
2. Recurrent CA breast with liver and bone metastasis
3. Tumor burden, visceral crisis -> S/P paclitaxel 14/12/64, 21/12/64
4. Neurogenic bladder
5. Post renal AKI with hypercalcemia (Ca 13.7, Cr 4.13)





ANTERIOR



ANTERIOR



POSTERIOR



POSTERIOR



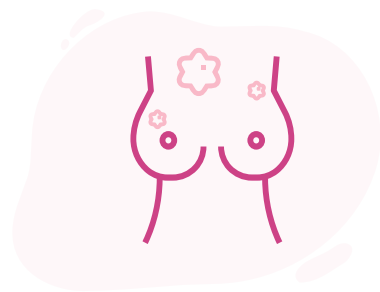
Patient History

❖ LAB 20/12/64

- CBC: Hb 9.7 **Hct 30.9** WBC 7100 PMN 76% LY 15% Plt 308K PT 11 INR 1.0
- BUN 7 **Cr 0.4 eGFR 120** Na 137 K 4.7 CO 30.3 Cl 101 **Ca 8.7** PO 2.5 Mg 2.0
- LFT: Chol 189 TP 6.1 **Alb 2.9** Glob 3.2 TB 0.8 DB 0.6 ALT 46 AST 104 **ALP 243**

❖ Current medications

- Aldactone (25) 1 tab po pc
- Tramol (50) 1 tab po q 8 hr
- Vit Bcomplex 1 tab po tid pc
- Carvedilol (6.25) 1/4 tab po bid pc



OPD PC

❖ ญาติมาแทน

❖ PPS NA

❖ Palliative symptoms:

- ปวดร้าวลงขา 2 ข้าง
- ปวดก้น severe pain
- ทานอาหารได้น้อย
- เริ่มมีตาเหลืองตัวเหลือง
- ชี้น้ําลับมากขึ้น

❖ Psychosocial:

- เดิมผู้ป่วยเป็นแม่บ้าน
- แต่งงานกับสามี ทำงานไปรษณีย์ มีลูกสาว 1 คน อายุ 25 ปี
- ผู้ป่วยมีพี่น้อง 3 คน คนโตเป็นผู้ชายเสียชีวิตแล้ว, น้องสาวมาจากต่างประเทศ อังกฤษ

❖ Advance care plan:

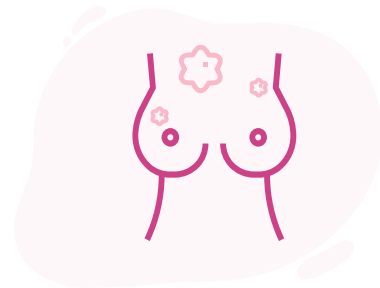
- ครอบครัวยังไม่เคยคุยกันและผู้ป่วยไม่ได้มา จึงยังไม่ได้ตัดสินใจขอไปคุยกันก่อน
- ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก แนวโน้ม comfort care at home

OPD PC

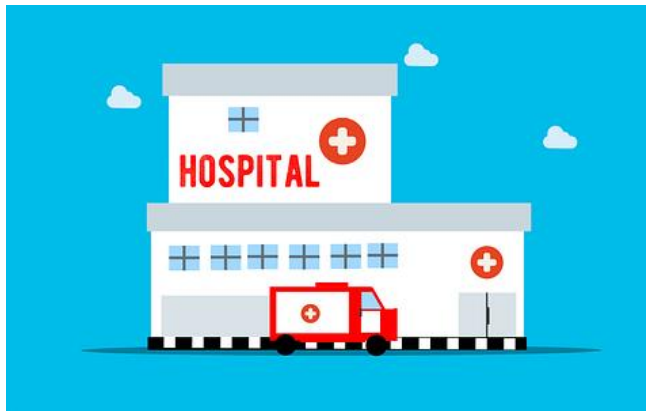
❖ Management

- MST (10) 1 tab po q 12 hr
- MO IR (10) 0.5 tab po prn q 2 hr for pain/dyspnea
- Gabapentin (300) 1 cap po hs
- Unison enema rectal suppo q 3 day

❖ Plan ส่ง telemedicine ร่วมประเมินอีกครั้ง



Notify Home Visit Team



1st Time of Telemedicine (7 Jan 2022)



PPS NA due to paraparesis

- ตื่นรู้ตัวดี กินข้าวได้มือ 2-3 คำ กินนม Ensure ได้ 1-2 ช้อน/มือ กลืนอาหารได้ดี ไม่มีกลืนลำบาก กินยาได้ เหนื่อยเพลีย ไม่มีหอบเหนื่อยหรือหายใจไม่อิ่ม นอนหลับยากมา 1 เดือน ไม่มีอาการสับสน ปัสสาวะออกตามสายได้ปกติ(ประมาณ 1500 ml ต่อวัน)
- ติดเตียงเพราะขาสองข้างอ่อนแรง พลิกตะแคงตัวเองได้ ไม่มีแผลกดทับ

Assessment at 1st Telemedicine

1

Physical symptoms

- 1. Pain(Mixed pain):** มีอาการปวดขาและหลังบริเวณที่ผ่าตัด อาการปวดเป็นลักษณะตบ ๆ PS 8/10 หลังกินยาแล้วไม่ปวด PS 0/10 ไม่ได้กินยา PRN ขณะนี้ มี MST (10) 1 tab po q 12 h , MOIR (10) 0.5 tab po prn q 2 h และ Gabapentin(300) 1 cap po hs
- 2. Constipation:** ยังไม่ถ่ายอุจจาระ 4-5 วันแล้ว แนะนำใช้ยาสวนอุจจาระทุก 3 วัน
- 3. Anorexia**
- 4. Urinary retention on Foley's catheter with turbid urine**
- 5. Insomnia**

2

Perception and Psychospiritual

ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะท้าย
ผู้ป่วยไม่ต้องการมา รพ. อีก และปฏิเสธการรับยาเคมีบำบัดต่อ

3

Advance Care Planning

ต้องการดูแลประคับประคองให้สุขสบายที่บ้าน

Management and Plan

1

แนะนำสวนถ่ายอุจจาระด้วย Unison enema 100 ml
ทุก 3 วัน

2

แนะนำกินยา morphine เพื่อคุมอาการปวดในขนาด
เดิม และการใช้ยา PRN dose

3

เยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมิน Physical
symptoms, Psychosocial, Spiritual ทำ Family
meeting และ Advance Care Planning

How would you manage in this patient?



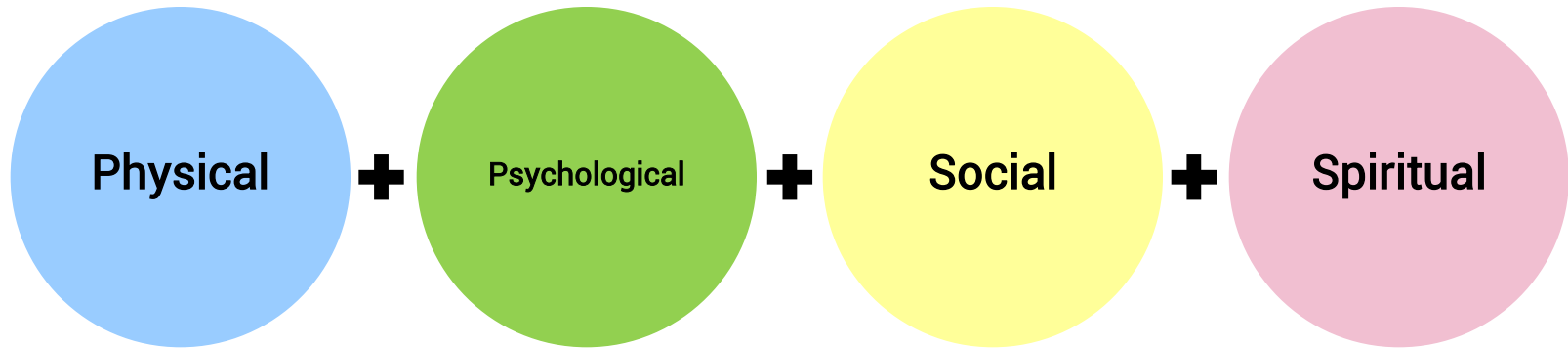


1st Home Visit Care

14 Jan 2022

Dimension Of Care

Total suffering



Grant E, Murray SA, Sheikh A. Spiritual dimensions of dying in different cultures. BMJ 2010;341:4859

Home Visit Assessment



Immobility

ผู้ป่วยติดเตียงจาก
multiple spinal
metastasis with
cord compression
ADL=3



Nutrition

เบื่ออาหารกินได้น้อย
กินข้าวได้มือ 2-3 คำ
กินนม Ensure ได้
1-2 ช้อน/มือ ไม่มี
กลืนลำบาก ไม่มีสำลัก



Housing

บ้านชั้นเดียว
ผู้ป่วยนอนเตียงฟูก
ลักษณะไม่เหมาะสมต่อ
การดูแลของผู้ดูแล
ผู้ดูแลเริ่มปวดหลัง



Other people

As
Family Genogram

Home Visit Assessment

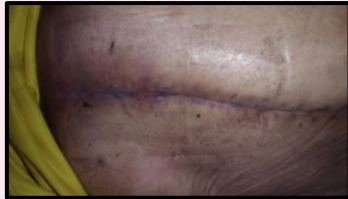


Medication

- MST (10) 1 tab po q 12 h
- MOIR (10) 0.5 tab po prn q 2 h
- Gabapentin(300) 1 cap po hs
- Unison enema 100 ml RS q 3 day



Examination



Service

รพ.ศรีนครินทร์



Spiritual

“ไม่มีความหมายอะไร
ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป”

“เมื่อไหร่จะตาย”

Physical Examination

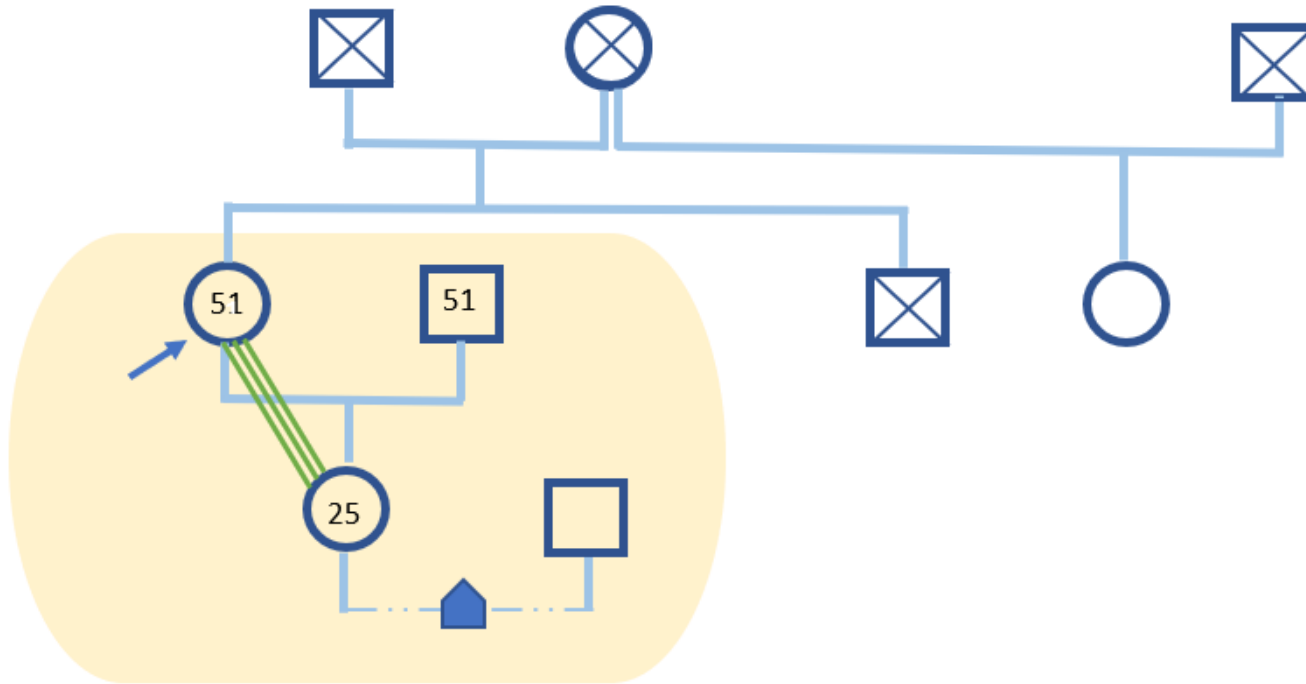
- ❖ **V/S:** BT 37.0 C, RR 20/min, PR 90/min, BP 100/58 mmHg, SpO2 RA 98%
- ❖ **HEENT:** **mild pale conjunctivae**, anicteric sclerae, no CLN lymphadenopathy
- ❖ **Lung:** no retraction, no cyanosis, equal chest movement, **decrease breath sound of both lower lungs**, no adventitious sound
- ❖ **Heart:** Normal S1 S2, no murmur
- ❖ **Abdomen:** no distention, normoactive bowel sound, no hepatosplenomegaly, no palpable mass
- ❖ **Extremities:** no edema

Physical Examination






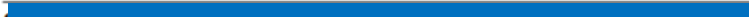
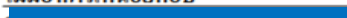
Neurological:

❖ Motor power	Rt.	Lt.
❖ Upper extremities	5 all	5 all
❖ Iliopsoas/ Gluteus medius/Quadriceps	1+/1+/0	1+/1+/0
❖ Tibialis anterior/EHL	0/1	4/3
❖ Sensation: Decreased PPS at left L3 dermatome, other intact		
❖ PR: loose sphincter tone		

Family Genogram



ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

ไม่มีอาการปวด						มีอาการปวดรุนแรงที่สุด							
						3	4	5	6	7	8	9	10
(กรุณาระบุตำแหน่งที่ปวดในแผนภาพด้านหลัง)													
ไม่มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย						มีอาการเหนื่อย/อ่อนเพลียมากที่สุด							
						6	7	8	9	10			
ไม่มีอาการคลื่นไส้						มีอาการคลื่นไส้รุนแรงที่สุด							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
ไม่มีอาการซึมเศร้า						มีอาการซึมเศร้ามากที่สุด							
						6	7	8	9	10			
ไม่วิตกกังวล						วิตกกังวลมากที่สุด							
													
ไม่มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึม						มีอาการง่วงซึม/ง่วงซึมมากที่สุด							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
ไม่มีเบื่ออาหาร						เบื่ออาหารมากที่สุด							
													
สบายดีทั้งกายและใจ						ไม่สบายกายและใจเลย							
													
ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ						มีอาการเหนื่อยหอบมากที่สุด							
						5	6	7	8	9	10		
ปัญหาอื่นๆ ได้แก่						(ถ้าปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากคะแนน = 10)							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

Problem List

Disease

- Recurrent CA breast with multiple metastasis
- Paraplegia due to multiple spinal metastatic breast cancer Neurogenic bladder



Symptom

- Anorexia 8/10
- Pain 2/10
- Fatigue 5/10
- Constipation
- Shortness of breath 4/10
- Insomnia



Psychological and spiritual suffering

- Anxiety 10/10
- Well-being 9/10
- Depression 5/10
- Insomnia related psychospiritual condition?
- "There is no meaning to live"

Disease Management

Treatment options



Surgery

S/P Rt. MRM
พ.ค. 2563



Targeted therapy

No



Radiation

S/P RT 5000 cGy
boost scar 600
cGy
Complete พ.ย.2563



Plan RT
5/1/65



Chemotherapy

S/P Paclitaxel
8/8 cycles
complete ส.ค.63



Oncologist: plan for
Pac weekly
Last dose 21/12/64



Hormonal therapy

Start Tamoxifen
มิ.ย.2563

Symptoms Management

Symptoms	Causes	Management
Pain 2/10	<ul style="list-style-type: none"> Back pain: Spinal cord compression -Nociceptive pain -Neuropathic pain 	<ul style="list-style-type: none"> MST (10) 1 tab po q 12 h MOIR (10) 0.5 tab po prn q 2 h Gabapentin(300) 1 cap po hs
Fatigue 5/10	<ul style="list-style-type: none"> Disease progression Psychological aspect Reduce of ambulation 	<ul style="list-style-type: none"> Psychological support Promote ambulation and physical activity
Constipation	<ul style="list-style-type: none"> Opioid Bowel and bladder involvement Reduce of ambulation 	<ul style="list-style-type: none"> Unison enema 100 ml RS prn for constipation q 3 days
Anorexia 8/10	<ul style="list-style-type: none"> Disease progression Psychological aspect 	<ul style="list-style-type: none"> Advice Psychological support
Shortness of breath 4/10	<ul style="list-style-type: none"> Radiation-induced fibrosis at RUL Bilateral pleural effusion 	<ul style="list-style-type: none"> Breathing exercise MST (10) 1 tab po q 12 h MOIR (10) 0.5 tab po prn q 2 h

How do we assess psychological and spiritual in palliative patient?



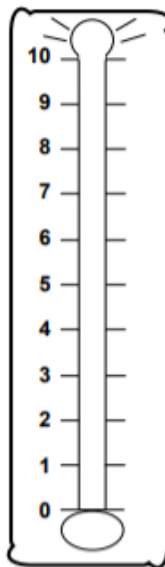


NCCN DISTRESS THERMOMETER

Distress is an unpleasant experience of a mental, physical, social, or spiritual nature. It can affect the way you think, feel, or act. Distress may make it harder to cope with having cancer, its symptoms, or its treatment.

Instructions: Please circle the number (0–10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

Extreme distress



No distress

PROBLEM LIST

Have you had concerns about any of the items below in the past week, including today? (Mark all that apply)

Physical Concerns

- ☐ Pain
- ☐ Sleep
- ☐ Fatigue
- ☐ Tobacco use
- ☐ Substance use
- ☐ Memory or concentration
- ☐ Sexual health
- ☐ Changes in eating
- ☐ Loss or change of physical abilities

Emotional Concerns

- ☐ Worry or anxiety
- ☐ Sadness or depression
- ☐ Loss of interest or enjoyment
- ☐ Grief or loss
- ☐ Fear
- ☐ Loneliness
- ☐ Anger
- ☐ Changes in appearance
- ☐ Feelings of worthlessness or being a burden

Social Concerns

- ☐ Relationship with spouse or partner
- ☐ Relationship with children
- ☐ Relationship with family members
- ☐ Relationship with friends or coworkers
- ☐ Communication with health care team
- ☐ Ability to have children

Practical Concerns

- ☐ Taking care of myself
- ☐ Taking care of others
- ☐ Work
- ☐ School
- ☐ Housing
- ☐ Finances
- ☐ Insurance
- ☐ Transportation
- ☐ Child care
- ☐ Having enough food
- ☐ Access to medicine
- ☐ Treatment decisions

Spiritual or Religious Concerns

- ☐ Sense of meaning or purpose
- ☐ Changes in faith or beliefs
- ☐ Death, dying or afterlife
- ☐ Conflict between beliefs and cancer treatments
- ☐ Relationship with the sacred
- ☐ Ritual or dietary needs

Other Concerns:

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Psychological Assessment





Screening for Spiritual suffering

- Spiritual screening helps identify which patients may benefit from an in-depth spiritual assessment
- Patients rarely voice spiritual concerns spontaneously
- Need guidelines and instrument assist in identifying those patients who may have spiritual needs

1. Steinhauser, et al. Arch Intern Med. 2006 Jan 9;166(1):101-5.

2. Lo, B., et al., Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. Jama, 2002. 287(6): p. 749-54.

The following guidelines and instrument assist in identifying

Are you at peace?

คุณสบาย/สุขสงบดีไหม?

Do you have spiritual pain?

คุณมีอะไรที่รู้สึกเป็นทุกข์/ทุกข์ใจไหม?

How well are those resources working for you at this time?

มีอะไรที่เป็นแหล่งสนับสนุน/คอยสนับสนุนคุณในตอนนี้?

1. Steinhauser et al. Arch Intern Med. 2006 Jan 9;166(1):101-5.
2. Puchaski et al. Journal of Palliative Medicine. 2009

The following guidelines and instrument assist in identifying

Are there things we need to know about your faith/spirituality/religion that would help us in caring for you?

คุณมีความเชื่อ/ความศรัทธา/ศาสนาที่นับถือที่อยากจะบอกให้ผมรู้ไหม เพื่อที่ผมจะช่วยเหลือคุณ?

Are there things we need to know about what is happening in your heart that would help us in caring for you?

คุณมีอะไรในใจที่อยากจะบอกให้ผมรู้ไหม เพื่อที่ผมจะช่วยเหลือคุณ?

Get to know the patient

Q: ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมครับ ว่าคุณแม่เริ่มป่วยเป็นมะเร็งตั้งแต่เมื่อไหร่?

A: เป็นตั้งแต่ต้นปี 63 แล้วค่ะ รักษามาเรื่อย ๆ ก็ดีมาตลอด

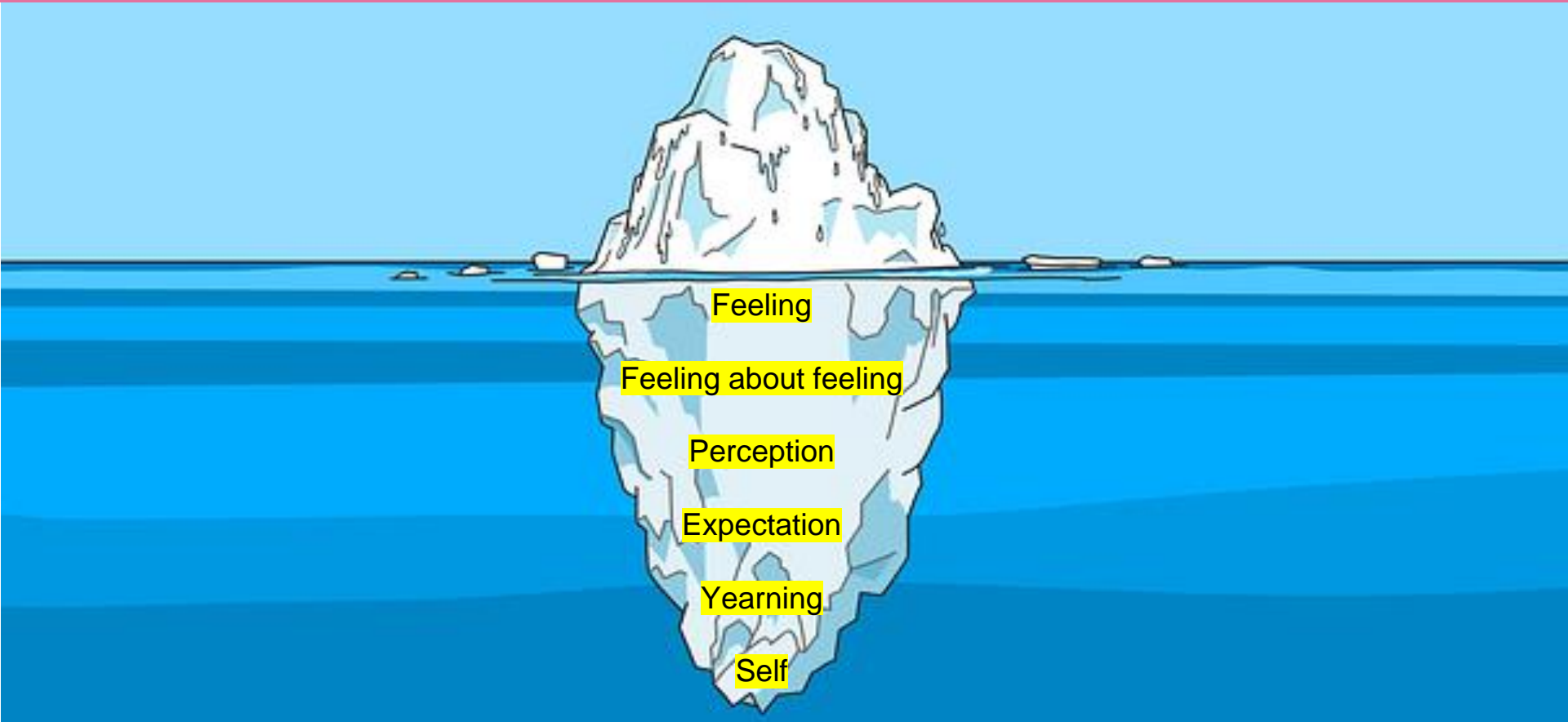
Q: อาการเริ่มเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เมื่อไหร่ครับ?

A: แย่ลงตั้งแต่ 3-4 เดือนที่แล้วค่ะ จนตอนนี้เดินไม่ได้ ติดเตียง ทำอะไรไม่ได้

Q: ตอนนี้คุณแม่รู้สึกอย่างไรบ้างครับ?

A: “ฉันไม่มีความหมายอะไรที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปแล้ว”
“เมื่อไหร่จะตาย”

How do you think the patient feels?

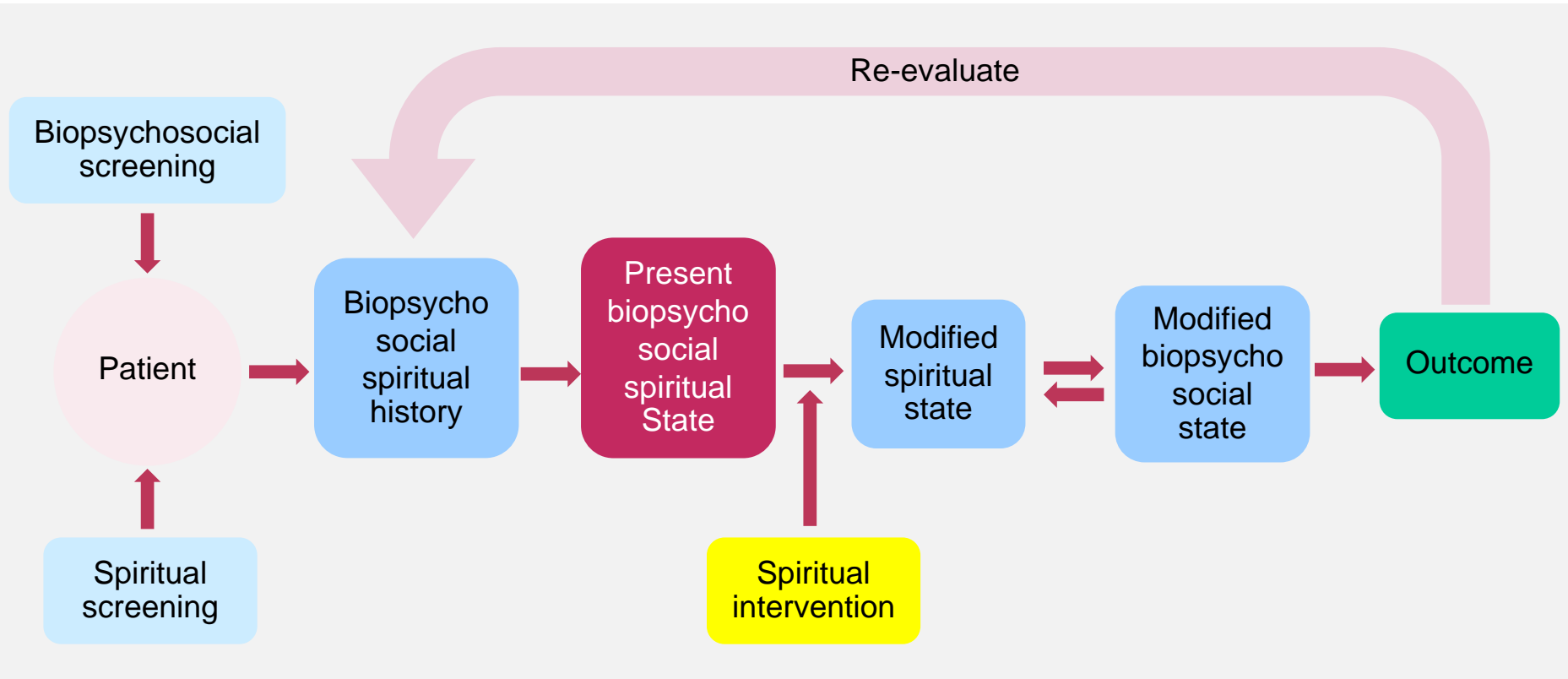


“There is no meaning to live”


What is your differential diagnosis?

- **Physical**
 - Symptom burden
- **Psychological**
 - Depression
 - Adjustment disorder
 - Suicidality
- **Spiritual**
 - Demoralization (hopelessness/helplessness/meaningless)
 - Loss of dignity

The Biopsychosocial-spiritual Model of Care



Adapted: Gerontologist 2002;42(Spec 3):24–33 and Puchalski, Hanzo, Wintz, Bull, 2009

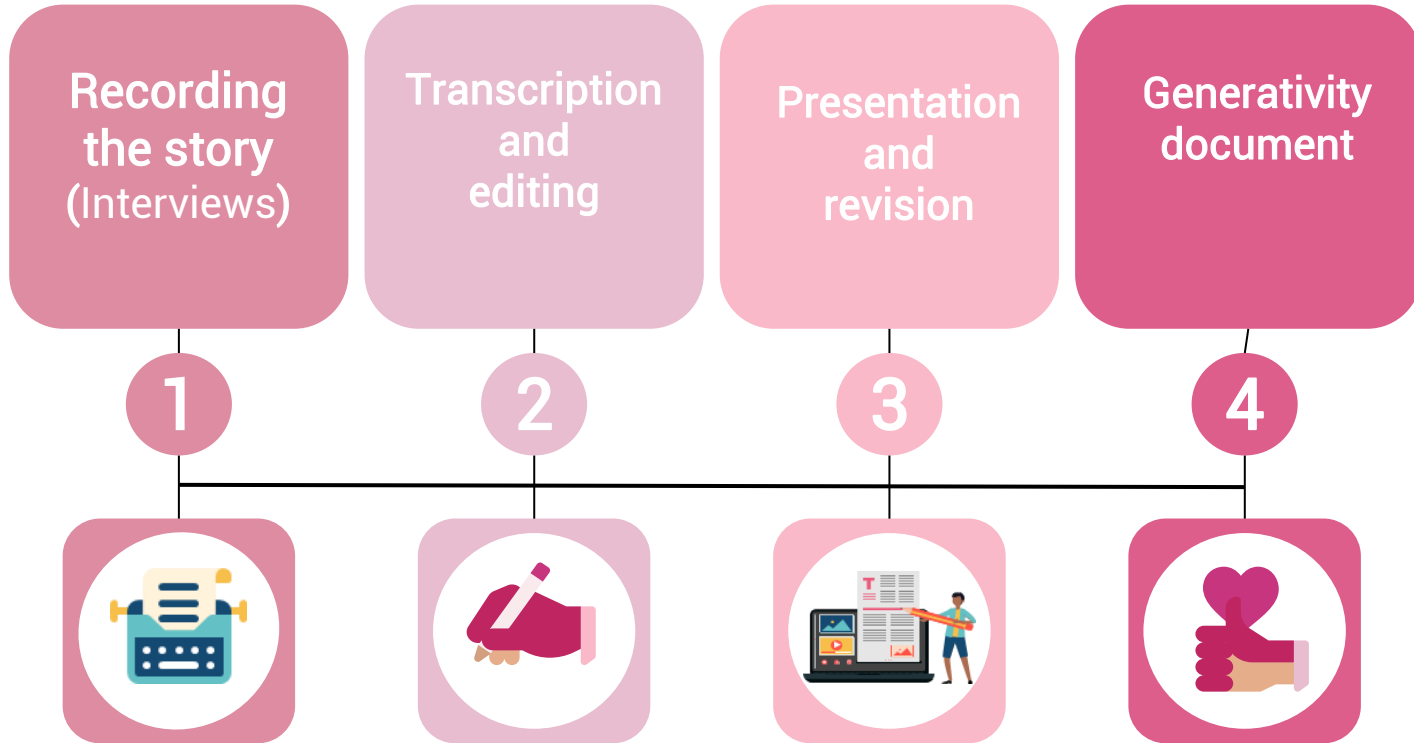
A woman and a young child are walking away from the camera on a beach at sunset. The woman is on the left, wearing a floral dress, and the child is on the right, wearing a light-colored dress. They are holding hands. The background is a warm, golden sunset over the ocean with waves visible. Two speech bubbles are overlaid on the image.

You are

Mom, what is
the meaning of
life

How to provide psychospiritual and dignity
therapy for our palliative patients?

Dignity Therapy



The protocol of dignity therapy questions

1

Tell me a little about your life history, particularly the parts that you either remember most or think are the most important? When did you feel most alive?

ช่วยเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตของคุณ โดยเฉพาะส่วนที่คุณจำได้มากที่สุดหรือสำคัญที่สุด? ช่วงเวลาไหนที่คุณรู้สึกมีชีวิตชีวา/มีความสุขมากที่สุด?

2

Are there specific things that you would want your family to know about you, and are there particular things you would want them to remember?

มีเรื่องพิเศษอะไรไหมที่คุณอยากให้ครอบครัวรู้เกี่ยวกับตัวคุณ และมีอะไรที่คุณอยากให้พวกเขาจดจำไว้ไหม?

3

What are the most important roles you have had in life (e.g., family roles, vocational roles, community-service roles)?

อะไรคือบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่สุดในชีวิตของคุณ (เช่น บทบาทครอบครัว บทบาทอาชีพ บทบาทบริการชุมชน)?

The protocol of dignity therapy questions

4

Why were they so important to you and what do you think you accomplished in those roles?

เหตุใดหน้าที่นั้นจึงสำคัญกับคุณมาก
และคุณคิดว่าคุณประสบความสำเร็จในหน้าที่เหล่านั้นอย่างไร

5

What are your most important accomplishments, and what do you feel most proud of?

อะไรคือความสำเร็จที่สำคัญที่สุดของคุณ และอะไรที่คุณรู้สึก
ภูมิใจมากที่สุด?

6

Are there particular things that you feel still need to be said to your loved ones or things that you would want to take the time to say once again?

ยังมีบางสิ่งที่คุณรู้สึกว่ายังต้องการบอกกับคนที่คุณรัก หรือมี
สิ่งไหนที่คุณอยากใช้เวลาในการพูดอีกครั้งหรือไม่?

7

What are your hopes and dreams for your loved ones?

อะไรคือความหวังและความฝันของคุณต่อคนที่คุณรัก?

The protocol of dignity therapy questions

8

What have you learned about life that you would want to pass along to others?

คุณได้เรียนรู้อะไรเกี่ยวกับชีวิตที่คุณอยากจะส่งต่อให้คนอื่นบ้าง?
(บทเรียนชีวิตที่คุณอยากส่งต่อให้คนอื่น)

9

What advice or words of guidance would you wish to pass along to your son, daughter, husband, wife, parents, or other(s)?

คำแนะนำหรือคำแนะนําใดที่คุณต้องการส่งต่อให้กับลูกชาย ลูกสาว สามี ภรรยา พ่อแม่ หรือคนอื่น ๆ

10

In creating this permanent record, are there other things that you would like included?

ในการทำบันทึกนี้ มีสิ่งอื่นที่คุณต้องการเพิ่มเติมอีกหรือไม่

Life Review Therapy



The diagram illustrates the three stages of Life Review Therapy as a horizontal sequence of three colored circles. The first circle is light blue and contains the word 'Recalling'. The second circle is light green and contains the word 'Evaluating'. The third circle is light pink and contains the phrase 'Integrating life experiences'. The circles are evenly spaced and aligned horizontally.

Recalling

Evaluating

**Integrating
life
experiences**

Trueman & Parker, 2006

Life Review and Dignity therapy

2nd Home visit (17 Jan 2022)



รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัวให้เผยแพร่ได้ เพื่อเป็นวิทยาทาน

Case scenario

Q: คุณช่วยเล่าเรื่องราวชีวิต ความเป็นอยู่ หรือความทรงจำที่สำคัญตั้งแต่
วัยเด็กให้ฟังได้หรือไม่

O: ปากลิ้น น้ำตาไหล ร้องไห้ออกมา น้ำเสียงเศร้า พูดเสียงเบาลงๆ

A: ตอนเป็นเด็กไม่ได้อยู่กับแม่ แม่ทิ้งไว้ให้ยายเลี้ยง ไม่ติดต่อกัน แต่แม่ให้
น้อง 2 คนไปอยู่กับแม่ ยายใช้งานหนัก กินอยู่อดอยาก

Q: มองย้อนหลังกลับไปตอนนั้นเรารู้สึกอย่างไร

A: ตอนนั้นรู้สึกโดดเดี่ยว อยู่ตัวคนเดียว ไม่มีที่พึ่ง น้องใจ แอนร้องไห้ทุก
คืน เวลาแม่มาบอกยายแต่ไม่กล้า แอนออกจาก
บ้านตอน ป.4 ขอไปอยู่กับน้า มีความสุขมากขึ้น น้าให้ความรัก
ใส่ใจ แอนรู้สึกว่าได้อยู่กับพ่อแม่



Case scenario

Q: ผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้อย่างไร ได้เรียนรู้อะไรบ้าง

O: น้ำเสียงปกติ แววตามีความสุข มีรอยยิ้มเล็ก ๆ

A: แม้จะไม่ได้มีความสุข แต่ได้เรียนรู้กับการอดทน ยังไม่ย่อท้อต่อความลำบาก

Q: ความขยันและอดทน ส่งผลดีต่อเราอย่างไร ความภาคภูมิใจในช่วงชีวิต
วัยรุ่นมีอะไรบ้าง

A: จบป.6 ทำงานก่อสร้าง รู้สึกสนุกเพราะมีเพื่อนทำงานและได้เงินวันละ 30 บาท จะต้องขยันทำงานเก็บเงินเป็นค่ารถเพื่อจะไปหาแม่ให้ได้ ความรู้สึกตอนนั้นมีอิสระมากขึ้นและมีชีวิตเป็นของตนเอง วันสำคัญคือวันที่ได้เจอแม่ ดีใจ รู้สึกรักแม่มาก แต่ไม่กล้าแสดงออก คิดว่าแม่มองดีใจที่เห็นเรา เราทำได้ด้วยเงินที่เราเก็บ
มาเอง



Case scenario

O: น้ำเสียงปกติ แววตามีความสุข มีเสียงหัวเราะ

A: ชวนแม่กลับมาขายส้มตำ ขายของดีมาก สนุกมาก เก็บเงินวันละ 50 บาท
ยิ่งขายดี ยิ่งขยัน มีเงินจนสร้างบ้านได้

Q: คุณคิดว่าสิ่งนี้เป็นความสำเร็จ อะไรสิ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จนั้นได้ มี
อะไรอยากบอกกับตัวเองไหม

A: เราต้องขยัน อดออม อดทน จึงจะได้ในสิ่งที่ต้องการ รู้สึกภูมิใจในตัวเองที่
สร้างบ้านสำเร็จ

Empowerment: แล้วคุณก็ทำได้จนสำเร็จ



Dignity Conserving Perspectives

ใช้เทคนิคสื่อสารเพื่อการเจรจา สร้างบรรยากาศ รับฟังสารที่สื่อออกมา
อย่างลึกซึ้ง สะท้อนมุมมองที่ได้รับสาร เช่น รู้สึกได้ถึงความทุกข์แท้ ตั้งใจ
ความดีใจที่มีสิ่งที่ได้ฟัง ผู้ฟังก็รู้สึกได้รับพลังตรงนั้นด้วย เรื่องราวที่
ผู้ป่วยได้เล่าให้ฟัง ทำให้เห็น....

- เห็นการยอมรับตนเอง การนับถือตนเอง (Acceptance)
- รักษาความภาคภูมิใจ (Maintenance of pride)
- เห็นความไม่ย่อท้อ พากเพียรต่อสู้ (Resilience)
- จิตวิญญาณนักสู้ (Fighting spirit)

Case scenario

Q: ชีวิตในวัยสร้างครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง

O: น้ำเสียงปกติ เริ่มน้ำตาคลอ

A: ช่วงมีคนมาชอบ แม่สามีเห็นว่าเราเป็นคนดี ขยัน เราทำงานไม่หยุดนิ่ง
ใครเห็นก็ชมเรา แม่สามีชอบเราแนะนำให้รู้จักสามีจึงได้แต่งงานกัน
มีลูกด้วยกัน 1 คน

"ดีใจที่ได้ลูกสาว เลี้ยงง่าย ไม่ทน ตอนวัยรุ่นอาจดื้อบางครั้ง
ตอนนั้นครอบครัวพอมักินบ้างตั้งใจเลี้ยงลูกเอง"

Q: คุณมีอะไรอยากบอกลูกสาวไหม

O: ร้องไห้

A: รักเค้า ภูมิใจในตัวเค้า เค้ารู้จักผิดชอบชั่วดี รู้จักหน้าที่ เราไม่พูดแต่มองดูต่างๆ
เราเลี้ยงกับมือ สิ่งที่เราเจอตอนเด็ก เราไม่อดทนให้ลูกเราเจอ อดเราก็ออดด้วยกัน



Case scenario



รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัวให้เผยแพร่ได้ เพื่อเป็นวิทยาทาน

Case scenario

Q: คุณแม่อยากจะทำของขวัญดี ๆ ประสพการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของอย่างไร

A: เราเป็นตัวอย่างให้ลูก แม่เป็นคนอดทน ทำอะไรก็ตั้งใจทำ ใครจะพูดให้
อย่างไรไม่สนใจ ไม่เก็บมาคิดให้น้อยใจ ปลอบวางแม่จึงมีแต่คนรัก ไม่มีเรื่องกับ
ใคร ถ้าแม่ไม่อยู่ให้คิดถึงสิ่งที่แม่สอน

Q: คุณแม่มีอะไรเป็นห่วงมากที่สุดใน

A: ไม่ห่วงอะไร เห็นเค้าโตขึ้น เป็นผู้ใหญ่ขึ้น

Q: สอบถามลูกสาว เธอเหมือนแม่ตรงไหนได้เรียนรู้อะไรจากแม่คนนี้บ้าง

A: ใครทำอะไรเธอพยายามจริงใจกับทุกคน ไม่เป็นไร เรารู้ตัวเรา



Case scenario

Q: ตอนเริ่มเจ็บป่วยรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร

A: คิดว่าจะต้องตาย มาติดตามทุกครั้งไม่เป็นอะไร ครั้งสุดท้ายผมบอกเป็น
มะเร็งระยะสุดท้าย เข้ากระดูก เข้าตับ ออากเดินไปรักษาแต่ตอนนั้นเดินไม่ได้แล้ว

Q: สิ่งที่คุณกังวลตอนนั้นคืออะไร

A: ออากไปเร็ว ๆ การมีชีวิตอยู่แบบนั้นไม่ใช่สิ่งที่ต้องการ ถ้าเดินได้ชีวิตก็มี
ความหมาย อย่างน้อยช่วยเหลือตนเองได้ การที่มีชีวิตแบบนี้เราไม่ม
ความหมาย



Case scenario

"ใช้เชื่อมโยงความหมายของชีวิตของผู้ป่วยต่อความสัมพันธ์ระหว่างโลกที่เราอยู่
บทบาทที่เราเป็น สังคม วัฒนธรรม ค่านิยมต่างๆ และกับคนอื่น ๆ"

"ใช้เชื่อมโยงสิ่งที่เป็นคุณค่า
ความปรารถนา ความต้องการ การตอบสนองด้านความรัก"

A: ทุกวันที่หนูตื่นมาเห็นแม่ หนูยังรู้ว่าแม่อยู่ หนูคุยกับแม่ได้ทุกเรื่อง แม่เป็น
คนที่เข้าใจหนูมากที่สุด แม่มีความหมายกับหนู



Case scenario



รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและครอบครัวให้เผยแพร่ได้ เพื่อเป็นวิทยาทาน

Advance Care Planning

Goal of Care

- การนอนติดเตียงไม่ใช่ชีวิตที่ต้องการ
- ไม่อยากเป็นภาระให้ครอบครัว
- รับรู้ว่าโรครักษาไม่หายแล้ว ไม่อยาก
ทรมานกับโรคมะเร็งอีกต่อไป
- ต้องการดูแลให้สุขสบาย ใช้เวลาในวาระ
สุดท้ายที่บ้าน และไม่ต้องการกลับเข้า
รักษาใน รพ. อีก และไม่ต้องการยืดชีวิต
ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม

- Comfort Care
- No ETT
- No CPR
- No hospitalization
- Place of death at home



Topic Review

Psychological and Spiritual Issue In Palliative Care

Achariya Chareontanyarak, MD.
Niyom Boonthan, MD.

Palliative Care Fellowship
Karunruk Palliative Care Center
Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Psychological and Psychiatric Distress



Psychological and Psychiatric Distress

- ❖ The “normal” response
- ❖ Shock and disbelief -> anxiety, irritability, lack of sleep and appetite and the inability to concentrate and perform usual tasks of daily living
- ❖ This period may last several days to weeks but is followed by adaptation
- ❖ All patients -> experience psychological complications during their illnesses
- ❖ Clinical: fear, sadness, anxiety, anger and grief
- ❖ If severe and prolonged, they may cause major suffering
- ❖ Anxiety and depression



Psychological and Psychiatric Distress

- ❖ **The spectrum of depressive symptoms:** Transient, normal response to a crisis -> adjustment disorder with depressed mood -> MDD -> Organic brain syndrome
- ❖ **The spectrum of anxiety symptoms:** “Normal anxiety” -> Adjustment disorder with anxious mood -> Anxiety disorder -> Organic anxiety syndromes, drugs, drug withdrawal
- ❖ **~50% of palliative patients have an adjustment disorder \pm depressed and/or anxious mood**, requiring mainly supportive counselling.
- ❖ **1/3 of patients diagnosed with an adjustment disorder may later develop a major depression**
- ❖ **~15%–25% of palliative patients develop a MDD**



1. Adjustment disorder

- ❖ About 50% of palliative patients
- ❖ **Maladaptive reaction** to an identifiable psychosocial stressor (e.g. incurable diagnosis, progression of disease) which occurs **within 3 months** of the onset of the stressor and which does **not persist for longer than 6 months** (DSM-5 definition)
- ❖ **Maladaptive reaction: Severe nervousness, worry, and jitteriness**
- ❖ Others: Anger, withdrawal, insomnia, bitterness and blaming others



1. Adjustment disorder

- ❖ Patients diagnosed with adjustment disorder **generally do not have a history of other psychiatric illnesses**
- ❖ Could be depressed mood predominates, while in others it is anxiety or both
- ❖ Symptoms **out of proportion to the stress**, persistence of symptoms for **more than 2 weeks and disruption to normal functioning**
- ❖ In the case of an adjustment disorder, the anxiety or depression is usually **mild to moderate and fluctuates** whereas with anxiety or depression **disorder it is more severe and pervasive**



1. Adjustment disorder

❖ Management: supportive counselling

- Listen
- Validate
- Empathize
- Explore feelings, fears, and goals
- Identify strengths and coping strategies
- Reframe hope
- Dignity-conserving care
- Provide ongoing support

❖ Occasionally, short-acting anxiolytic benzodiazepines in the short term



2. Major anxiety disorders

Generalized Anxiety Disorder (GAD):

- ❖ Ongoing, unrealistic and excessive anxiety and worry out of proportion to the situation
- ❖ It may be preceded by a major depressive episode
- ❖ Clinically, GAD presents as **unrealistic worries and apprehension** accompanied by
 - ❖ Restlessness and muscle tension
 - ❖ Fatigue
 - ❖ Autonomic hyperactivity (shortness of breath, palpitations, sweating and dizziness)
 - ❖ Hypervigilance (including feeling on edge and irritable)
- ❖ **At least 6 months**



2. Major anxiety disorders

Panic Disorder: Discrete periods of intense fear or discomfort

❖ At least 4 symptoms develop **abruptly** and reach a **peak within 10 minutes**:

- Palpitations or tachycardia
- Trembling or shaking
- Shortness of breath
- Feeling of choking
- Chest pain or discomfort
- Feeling dizzy, light headed, unsteady or faint
- Fear of dying
- Fear of losing control or going crazy
- Parasthesias
- Derealization or depersonalization
- Chills or hot flushes

❖ Panic attacks can occur in the context of several other psychiatric disorders



2. Major anxiety disorders

Management

- ❖ **Treat underlying medical conditions** that could be contributing, e.g.:
 - Poor pain control, dyspnea, infection, electrolyte imbalance, delirium
 - Hypoxia, pulmonary embolism, hypoglycemia, heart failure, coronary ischemia
 - Anxiety producing drugs (e.g. corticosteroids, metoclopramide, haloperidol, BZP)
 - Substance withdrawal (e.g. alcohol, opioids, sedative/hypnotics)
- ❖ **Supportive counselling**
- ❖ **Psychotherapy**
- ❖ **Complementary therapies:** meditation, relaxation therapy, aroma therapy, massage, hypnosis, therapeutic touch, Reiki therapy, music therapy, art therapy and imagery

3. Major depressive disorder (MDD)

- ❖ Diagnostic criteria (DSM-5): 5 or more symptoms during the same 2-week period
- ❖ Depressed mood, anhedonia, weight change, sleep disturbance, psychomotor problems (agitation or retardation), fatigue, excessive inappropriate guilt (includes feelings of worthlessness), poor concentration and suicidal ideation
- ❖ At least 1 of the symptoms must be depressed mood or loss of interest or pleasure (anhedonia) experienced most of the day nearly every day for the duration of that 2-week period
- ❖ Must cause impairment in psychosocial functioning and are not due to the direct effects of a substance or medical condition (e.g. hypothyroidism)



แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุก วัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำๆจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 – 12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13 – 18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

Sleep

Interest

Guilt

Energy

Concentration

Appetite

Psychomotor

Suicidal

+ Depress Mood

3. Major depressive disorder (MDD)

Screening

- ❖ **Under-recognition and treatment** of depression in palliative patients is common
- ❖ All patients should be screened (adjustment disorder, depression, anxiety, delirium)
- ❖ **Every follow-up visit** and **during times of heightened stress**
- ❖ Simply asking “**Are you depressed?**” may improve the identification (screening) of depression in this patient population, but is **not a diagnostic tool**
- ❖ The use of a **Numerical Rating Scale (0–10)** assessing level of **sadness and anxiety** may be helpful but needs to be augmented by a more thorough interview



3. Major depressive disorder (MDD)

Evaluation

- ❖ Assessment of all **psychological and physical** symptoms (e.g. pain, nausea, anorexia).
- ❖ **Effects of any treatments**, including antidepressants.
- ❖ **Medications** (current and past) (e.g. corticosteroids and interferon)
- ❖ **Past medical history of psychiatric illnesses** and their treatments
- ❖ Mental status examination
- ❖ Identify potential risk factors for depression
- ❖ Physical examination
- ❖ Laboratory tests if necessary



3. Major depressive disorder (MDD)

Risk factors for depression in palliative patients

- ❖ Depression at time of diagnosis of the incurable illness
- ❖ Poorly controlled pain and other symptoms
- ❖ Advanced stage of disease with increased physical impairment
- ❖ Additional concurrent life stressors, including lack of social supports and resources
- ❖ Pancreatic cancer
- ❖ History of depression (2 or more episodes in a lifetime)
- ❖ Family history of depression or suicide
- ❖ Previous suicide attempts
- ❖ History of alcoholism or substance abuse



3. Major depressive disorder (MDD)

Overall management

- ❖ Optimize the management of **any psychiatric illness** that pre-dates the palliative dx
- ❖ A major depression should be **treated with a combination of supportive counselling, psychotherapy and antidepressant medications**
- ❖ **Psychotherapy:** may need to be referred to a psychologist or psychiatrist
- ❖ **Other modalities** such as Relaxation Therapy, Reiki and Therapeutic Touch may be useful in **select cases**



แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มี เลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย >7 วัน	เป็นทุก วัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำๆ จนนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
<7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 - 12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13 - 18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q

✓ Sleep

Interest

✓ Guilt

✓ Energy

Concentration

✓ Appetite

Psychomotor

✓ Suicidal

✓ + Depress Mood

Spirituality in Palliative Care

- What is spiritual?
- Screening tool
- Spiritual history taking
- Spiritual assessment
- Spiritual care intervention for end of life



SPIRITUAL

“The aspect of humanity that refers to the way individuals seek and express meaning and purpose and the way they experience their connectedness to the moment, to self, to others, to nature, and to the significant or sacred”

Puchalski C, Ferrel B, Virani R, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care. J Palliat Med 2009;10:885–904.



What are spiritual things?

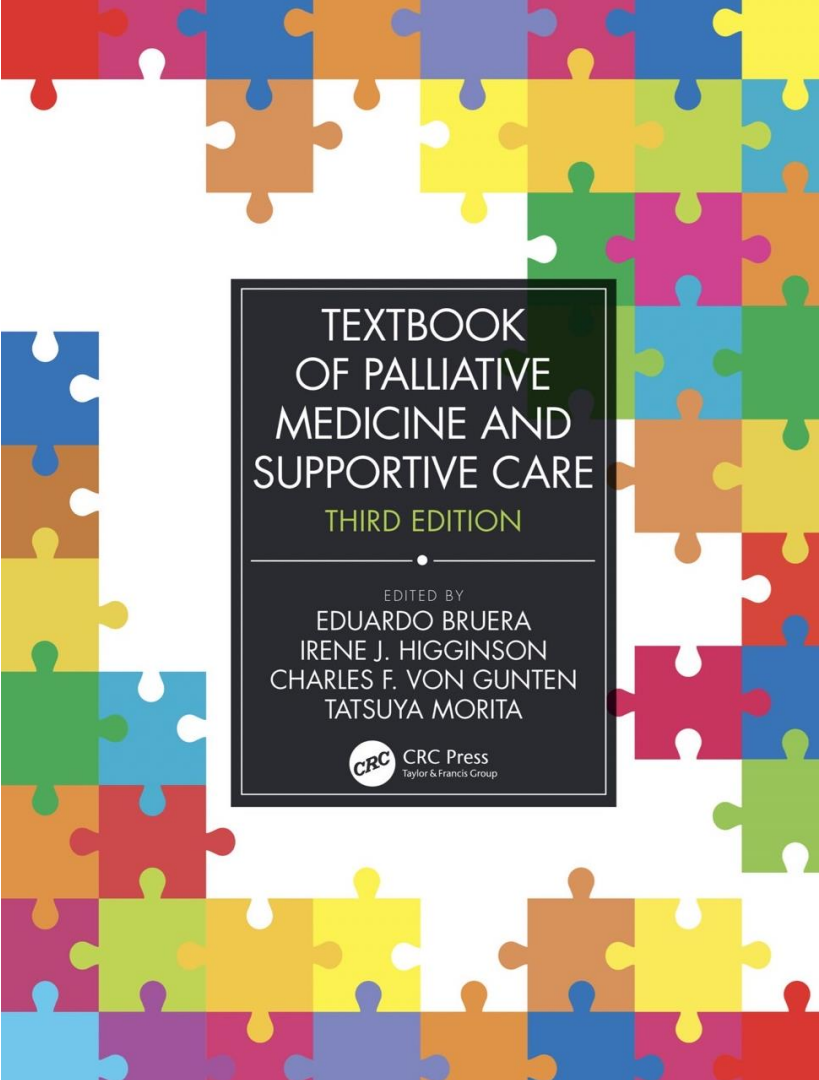


*Just as a candle cannot burn without fire
men cannot live without a spiritual life
-Buddha-*



Spiritual issue in PC

- Spirituality is recognized as a factor that contributes to health in many people and is an important component in the care of patients with life-threatening illnesses
- **Affect the way patients cope with their illnesses, creating distress and worsening the burden of the illness**



TEXTBOOK OF PALLIATIVE MEDICINE AND SUPPORTIVE CARE

THIRD EDITION

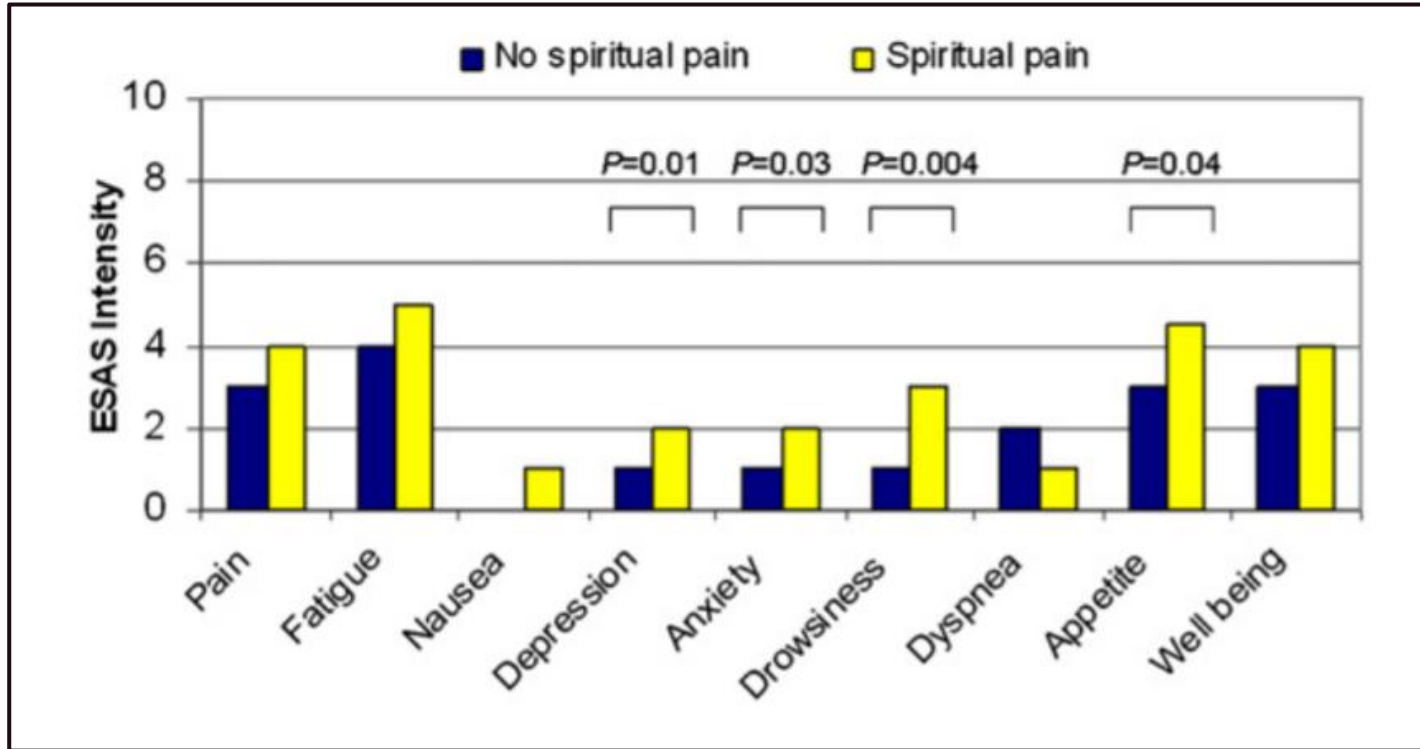
EDITED BY

EDUARDO BRUERA
IRENE J. HIGGINSON
CHARLES F. VON GUNTEN
TATSUYA MORITA



CRC Press
Taylor & Francis Group

Association between spiritual pain and symptoms



The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review

Palliative Medicine

1–13

© The Author(s) 2018

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/0269216318772267

journals.sagepub.com/home/pmj



- Not entitled to conclude that narrative spiritual interventions or non-narrative spiritual interventions are more beneficial for terminal patients, because the aims of these two types of spiritual interventions are different
- **It is suggested that healthcare professionals integrate spiritual care with usual care in palliative care**

Effects of spiritual care training for palliative care professionals

Maria Wasner Interdisciplinary Centre for Palliative Medicine, Ludwig-Maximilians-University, Munich, **Christine Longaker** Education Director, Spiritual Care Program, London, **Martin Johannes Fegg** and **Gian Domenico Borasio** Interdisciplinary Centre for Palliative Medicine, Ludwig-Maximilians-University, Munich

Table 2 Changes in attitudes towards work in palliative care

	Before the training (mean \pm SD)	After the training (mean \pm SD)	Six months later (mean \pm SD)
Quality of life	7.1 \pm 1.7	7.7 \pm 1.3*	7.4 \pm 1.4 (ns)
Compassion for the dying	7.4 \pm 1.4	7.9 \pm 1.2**	7.9 \pm 1.3*
Compassion for oneself	6.2 \pm 1.6	7.1 \pm 1.5**	6.9 \pm 1.4**
Attitude towards one's family	7.2 \pm 1.5	7.9 \pm 1.3**	7.7 \pm 1.4*
Fear of dying	6.6 \pm 2.1	7.2 \pm 1.6*	6.8 \pm 1.7*
Fear of death	7.3 \pm 2.4	8.0 \pm 1.9**	7.6 \pm 1.8 (ns)
Satisfaction with work	7.2 \pm 1.6	7.9 \pm 1.4**	7.7 \pm 1.5*
Work meaningful	8.5 \pm 1.5	8.9 \pm 1.2**	8.8 \pm 1.3(ns)
Attitude towards colleagues	7.5 \pm 1.4	7.9 \pm 1.3*	7.9 \pm 1.1*
Work-related stress	6.6 \pm 2.3	7.9 \pm 1.7**	7.4 \pm 1.9*
Overall NRS score	71.8 \pm 10.6	78.4 \pm 9.4**	76.0 \pm 9.1**

Higher scores always reflect more positive attitudes (e.g., higher compassion for oneself, less fear of death).

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; ns = not significant.

SD = standard deviation.

Suggest that the spiritual care training had a positive influence on the spiritual well-being and the attitudes of the participating palliative care professionals which was preserved over a six-month period

When spiritual needs and spiritual distress are not addressed

- Patients are at risk of depression
- Reduced sense of spiritual meaning and peace
- Loss of dignity

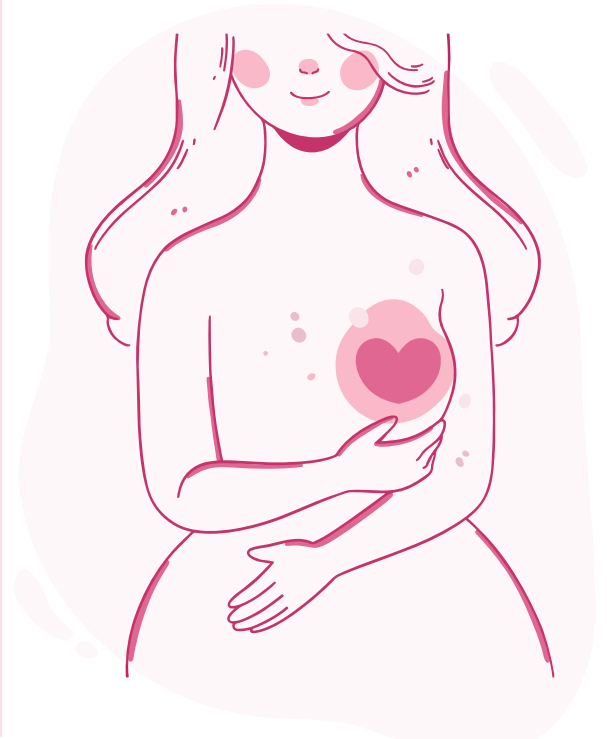


World Health Organization's emphasis on integrating spiritual aspects of patient care as part of its definition of palliative care

1. Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE, Koenig HG, Abernethy AP. Support Care Cancer 2011. 20(10):2269-76.
2. Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients, Curr Opin Support Palliat Care 2008;2:49-53.

Clinical presentation of “spiritual” or “soul” pain

- Lack of response to pharmacological and other interventions
- Inability to find a nociceptive (physical) source for physically experienced pain
- Profound feelings of emptiness, disconnection, abandonment, disharmony, injustice, hopelessness
- Feelings of separation from God or a deity
- **Lack of meaning/feelings of hopelessness and worthlessness**
- Anxiety and fear of God
- Symptoms across the board of a symptom scale such as ESAS-r are all rated very high



1. Kearney, M., Mortally wounded: stories of soul pain, death and healing. 1996, New York: Scribner.

2. Kuhl, D., What dying people want. 2002, Toronto: Doubleday

Spiritual assessment tool

Area of assessment	Related questions	
Connection	<ul style="list-style-type: none"> Who are the persons or communities you look to for support? What role do they have in your care? Has your life situation now affected your feelings about yourself, your faith, or your relationships? 	<ul style="list-style-type: none"> ใครคือคนที่คอยช่วยเหลือคุณ เขามีบทบาทในการดูแลคุณอย่างไร สถานการณ์ในชีวิตของคุณตอนนี้ส่งผลต่อความรู้สึกของคุณเกี่ยวกับตัวเอง ศรัทธา หรือความสัมพันธ์ของคุณหรือไม่?
Meaning and joy	<ul style="list-style-type: none"> What has been most important in your life? What are you most thankful for? What makes or has made you happy? What do you feel the proudest of in your life? 	<ul style="list-style-type: none"> อะไรที่สำคัญที่สุดในชีวิตของคุณ คุณรู้สึกขอบคุณอะไรมากที่สุด อะไรทำให้หรือทำให้คุณมีความสุข คุณรู้สึกภูมิใจอะไรที่สุดในชีวิต
Strength and comfort	<ul style="list-style-type: none"> Is there anything that is comforting to you now? What helped you get through difficult times in the past? Who or what is your source of strength now? 	<ul style="list-style-type: none"> มีอะไรที่ช่วยปลอบโยนคุณตอนนี้หรือไม่ อะไรช่วยให้คุณผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากในอดีตมาได้ ใครหรืออะไรคือที่มาของความแข็งแกร่งของคุณตอนนี้
Hope and concerns	<ul style="list-style-type: none"> Is there anything that you hope for? Is there anything that feels unfinished? 	<ul style="list-style-type: none"> มีอะไรที่คุณหวังหรือไม่ มีอะไรที่รู้สึกยังทำไม่เสร็จหรือไม่

Spiritual care intervention for end of life

1

Demoralization

2

Psychotherapy

3

Meaning-centered group psychotherapy

4

Individualized meaning-based therapy

5

Dignity therapy

Dignity therapy



- Dignity therapy is an evidence-based and clinically effective **psychotherapeutic modality** for patients who are classified as terminally ill
- That targets depression and suffering along with enhancing palliative patients' **sense of purpose, meaning, and will to live**

Chochinov HM, Kristjanson L, Breitbart W, et al: Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. Lancet Oncol 2011; 12:753–762

Definition of Dignity

Dignity appears to be something that is valued and needs to be respected

Schuman, 2008

The quality of being worthy or honorable; worthiness, worth, nobleness, excellence

Merriam Webster, 2017



Dignity Categories

MAJOR DIGNITY CATEGORIES, THEMES AND SUB-THEMES		
Illness Related Concerns	Dignity Conserving Repertoire	Social Dignity Inventory
<div>Level of Independence</div> <ul style="list-style-type: none"> Cognitive Acuity Functional Capacity <div>Symptom Distress</div> <ul style="list-style-type: none"> Physical Distress Psychological Distress <ul style="list-style-type: none"> medical uncertainty death anxiety 	<div>Dignity Conserving Perspectives</div> <ul style="list-style-type: none"> continuity of self role preservation generativity/legacy maintenance of pride hopefulness autonomy / control acceptance resilience / fighting spirit <div>Dignity Conserving Practices</div> <ul style="list-style-type: none"> living "in the moment" maintaining normalcy seeking spiritual comfort 	<div>Privacy Boundaries</div> <div>Social Support</div> <div>Care Tenor</div> <div>Burden to Others</div> <div>Aftermath Concerns</div>

Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. Soc Sci Med. 2002;54:433-43.

Why do we need to focus on “patient dignity” ?

Reasons for requesting euthanasia



- Fears of burdening their families (47%)
- Concern about becoming a financial burden on their children or other people as they grow older (60%)
- Would not want to continue living if they were unable to perform most activities of daily living (12%)



- **Loss of dignity (57%)**
- Pain (46%)
- Unworthy dying (46%)
- Being dependent on others (33%)
- Feeling tired of living (23%)

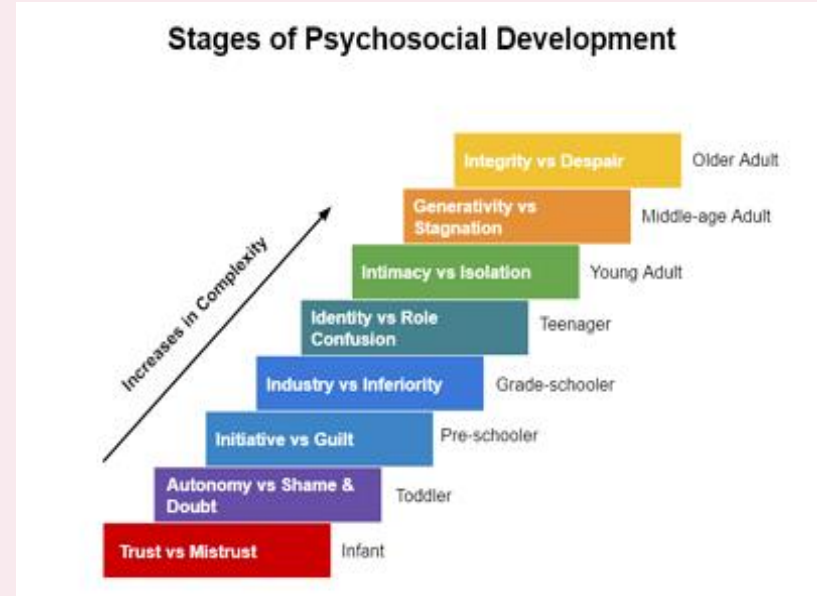
Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life

Harvey Max Chochinov, Thomas Hack, Thomas Hassard, Linda J. Kristjanson, Susan McClement, and Mike Harlos

- 76% reported a heightened sense of dignity
- 68% reported an increased sense of purpose
- 67% reported a heightened sense of meaning
- 47% reported an increased will to live
- 81% reported that it had been or would be of help to their family

Therapeutic Life Review

- Standard definitions of these terms have not been achieved
- There are many similar expressions in use, such as life story, life history, oral history, guided autobiography, personal narrative
- The roots of life review lie in Erikson's developmental theory, in which, at the eighth stage, an individual tries to achieve integrity



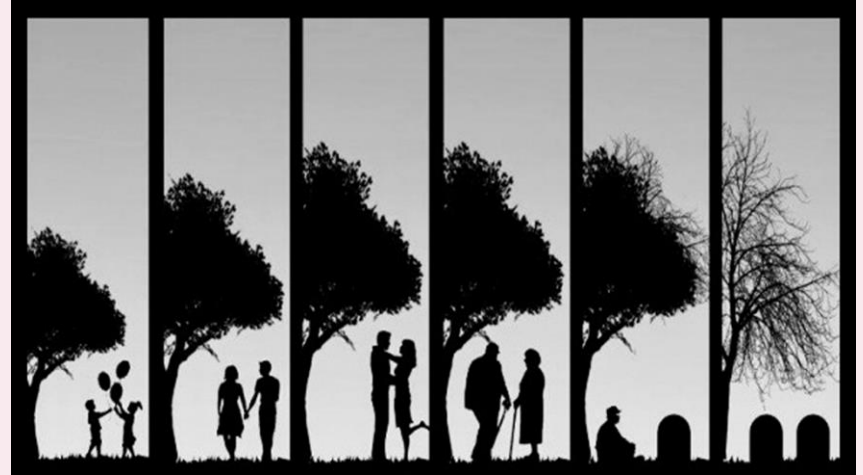
Therapeutic Life Review

- Life review is considered an effective psychospiritual intervention for people facing death

(Leung et al., 2015)

- Therapeutic life review may assist people to cope with loss, guilt, conflict, and defeat and may enable them to discover meaning in their accomplishments

(Haber, 2006)



Effect of Life Review on Quality of Life in Terminal Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

Mei-Hua HUANG¹ • Ruey-Hsia WANG² • Hsiu-Hung WANG^{3*}

- Six studies with 296 patients were included in the review. The participants in the included studies were from multiple countries
- Life review was found to affect quality of life significantly (95% CI [0.147, 0.668], $Z = 3.062$, $p < .05$)

Summary

- Patients experiencing life-threatening illnesses want and need meaning, perhaps more than at any other time in their lives
- World Health Organization emphasizes that the control of pain, of other symptoms, and of psychological, social, and spiritual problems
- Psychospiritual care is an aspect of palliative care that must not be undervalued

Follow Up by Telemedicine 24/1/65

- ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นมากขึ้น ยิ้มแย้มทักทาย
- หลังจากทำ life review and dignity therapy ให้คะแนนความเครียด/ไม่สบายใจ จาก 10/10 เหลือ 4/10 คะแนน
- นอนหลับได้ดี
- คุมอาการปวดได้ดีใช้ยา prn 2-3 วันต่อครั้ง



"ตอนนี้อ่สบายใจมากขึ้น ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำใจให้ปล่อยวาง
ไม่กังวลกับสิ่งที่ยังไม่เกิด อะไรจะเกิดก็ให้มันเกิด"

You have to have hope.
There isn't anything if you haven't got hope...
Even if it's a small percentage.
You have to have it.

-A palliative care patient-

