



Palliative Case Conference November 2022



A 36-year-old male with Intraabdominal Lymphangioma presented with Severe Pain and Partial Bowel Obstruction

He requested palliative sedation.

How to response to his request and provide proper care?

ขอเชิญผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

30 พฤศจิกายน 2565 เวลา 12.00-13.30 น.

ผ่านทาง Zoom meeting ID: 937 2347 7490 Password: 1234



Interesting case conference
November 30, 2022
12.00 – 13.30

Spiritual Pain and Palliative sedation
**How to response to the patient's
request and how to provide proper
care?**



Suchaphak Patchimkul, PC Fellowship
Karunrak Palliative Care Center

Agenda

- **Case**
- **Knowledge**
 - **Psychosocial and Spiritual Pain**
 - **Palliative sedation**
 - **Grief and Bereavement**

Basic Information

- ชายไทยโสด อายุ **36** ปี
- ที่อยู่: อำเภอเมือง จ.สกลนคร
- สิทธิการรักษา: บัตรทอง
- **Chief complaint:** ปวดแน่นท้อง ไม่ถ่าย แต่ผายลมได้ไม่อาเจียน หนองซึมจาก **fistula** 2 วันก่อนมารพ.

Functional status

- **Status** เดิม หลังป่วย **Malignant lymphangioma of abdomen** (ปี2548) ยังทำงาน ช่วยที่บ้านขายของได้
รับงานออกแบบในคอมพิวเตอร์ ไปเที่ยวกับเพื่อนได้
- **Status** 1 ปีก่อน **PPS 70 iADL: independent**
ไม่ค่อยออกจากบ้าน เพราะร่างกายผอมลง ไม่อยากให้เพื่อนต้องเห็นตัวเอง
ในสภาวะเจ็บป่วยหนัก มารพ.ทุกเดือน (**Admit 4 ครั้ง**)
ด้วยอาการปวดแน่นท้อง ลำไส้อุดตัน ตัวเหลือง
- **Status** หลัง **Admit PPS 50** ปวดแน่นท้องมากขึ้น
เดินเข้าห้องน้ำแล้วเหนื่อย กินอาหารได้น้อย

Present illness

Known case

1. Malignant lymphangioma of abdomen

Dx: ป 2548 present with melena 3 mo PTA

S/P EL c Bx c XRT (ปี48,ปี51,ปี57)

Onco คิดว่า no role of further Treatment for systemic chemotherapy/ targeted therapy

--> Best supportive care

Present illness

Known case

**2. Obstructive jaundice due to mass
S/P Lt PTBD (02/62)**

**MRCP (23/01/62) : Dilate bilat IHD , enhancing mass
at hilar , causing obstruction**

ERCP : cannot pass scope due to mass effect

Present illness

Known case

3. Hx of Gastric Outlet Obstruction

Long GI study (12/1/64) : Evidence of partial high-graded duodenal obstruction s/p Gastrojejunostomy (18/1/64)

4. Hx of colonic obstruction with tumor progression at RUQ

S/P EL with lysis adhesion band with ileocolostomy (sigmoid part) bypass (26/6/65) ->abdominal wall abscess

S/P EL c abdominal wall irrigation with abdominal wall debridement (21/7/65)

Present illness

Known case

5. Enterocutaneous fistula from duodenum

S/P EGD c NJ insertion (3/8/65) --> NJ tube kinking

S/P EGD c OJ insertion (10/8/65)

Last visit OJ kink--> off OJ ,try feed oral รับประทานได้

Present illness

CC : ใช้ ปวดแน่นท้อง ไม่ถ่าย แต่ผายลมได้ ไม่อาเจียน
หนองซึมจาก **fistula 2** วันก่อนมารพ.

PI : 2 วันก่อนมารพ. ปวดแน่นท้องทั่วๆท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม
ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ **content** จาก **enterocutaneous**
fistula ออกมากขึ้น **50-->200 ml**

Admit 28 กย.65

Past History

Underlying diseases:

- ❑ Malignant lymphangioma of abdomen

Dx: ปี 2548 S/P EL c Bx c XRT

Social History :

- ❑ ปฏิเสธสูบบุหรี่และสารเสพติด
- ❑ ปฏิเสธแพ้ยาและอาหารทะเล

Physical Examination

GA: Cachexic male, good conscious ,BW40kg Ht164cm

V/S : BT37.3 HR110 RR22 BP137/97

HEENT: Mild pale conjunctiva, anicteric sclera,SCLN
can't palpable

Heart: Normal s1s2, no murmur

Lung: equal breath sound,no adventitious sound

Abdomen: surgical midline scar marked distension,
palpable mass at RUQ abdomen size 10cm,
hypoactive bowel sound,

PR: balloon rectum c feces

Ext: no deformity ,capillary refill<2 sec

Investigation

LAB

- CBC: Hb7.7 **Hct22.8** [BL30] WBC 7370 N80%
L2% Plt 116
- BUN 37.7 Cr 1.36 [BL 1.0] **eGFR 66.47**
Na 133, K 4.1, CO 24.3, Cl 98, ,Ca 8.6, PO 3.8, Mg 2.1
LFT: TB 3.7 **DB 3.2** ALT 12 AST 26 ALP 169 **Alb 2.1**
- DTX 128 Lactate :16.5
- UA:prot.2,Wbc0-1,Rbc0-1,bile2+,mocus1+

Current Medications

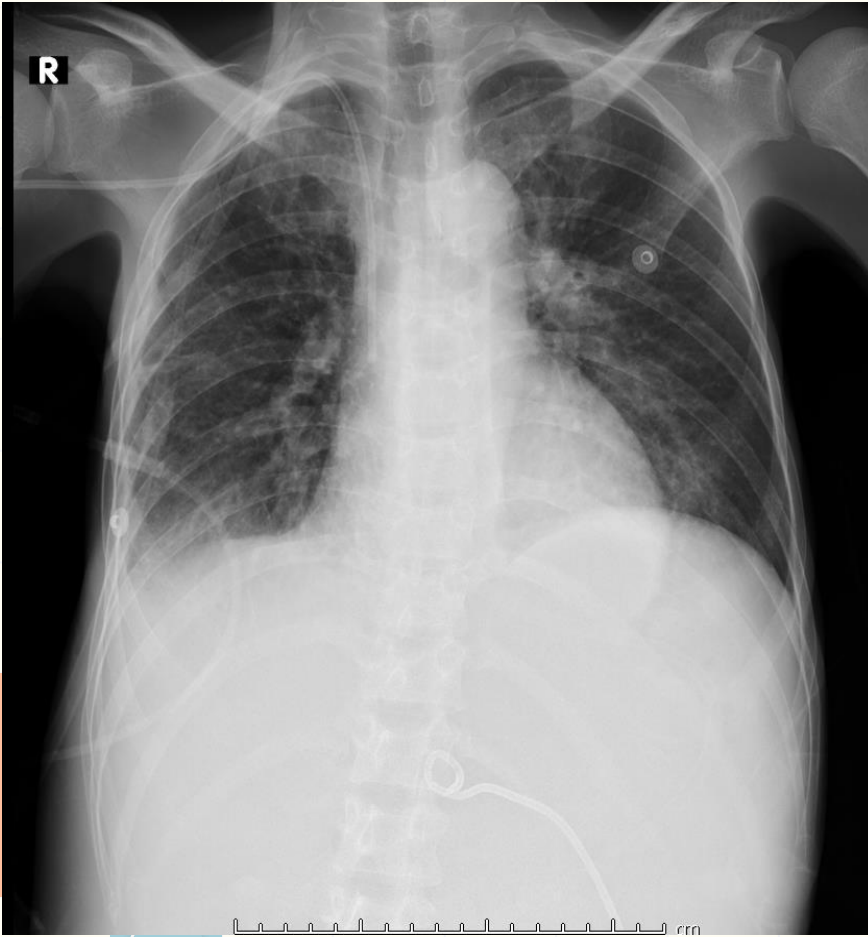
- Empiric ATB
- Retain NG for decompression
- IV hydration
- Creon to 40000U/meal ,MTV, Bco, VitD, calcium supplement
- ONCE peptide 6 scoop x 2 feed/day oral
- Kapanol 20 mg BID
- Morphine syrup (2 mg/ml) 3 ml po prn q2hr

Investigation

CTWA (20/07/65)

- 1.1*4.9*8.4-cm extraperitoneal abscess at right lower abdomen with sinus track, opening to skin at right lower
- intra-abdominal collection at right lower abdomen, about 7.9*9.8*4.2 cm.
- focal bowel wall disruption of large bowel loop at right lower abdomen
- increased amount of diffused ascites.
- Loculated right pleural effusion.

Investigation



Film acute Abdomen 18/10/65

Problem Lists

1. Partial small bowel obstruction with intraabdominal collection with severe malnutrition
2. Abdominal Pain
3. Malignant lymphangioma of abdomen with obstructive jaundice S/P PTBD with enterocutaneous fistula

Management

1. Partial small bowel obstruction with intraabdominal collection with malnutrition

U/D Malignant lymphangioma of abdomen with obstructive jaundice S/P PTBD with enterocutaneous fistula

- NPO
- Retain NG tube
- Film Acute abdomen series
- Ringer lactate 1000 ml iv drip 100 ml/hr
- Ceftriaxone 2 g iv OD (28/9/65 – 4/10/65)
- Metronidazole 500 mg iv q8hr (28/9/65 – 4/10/65)

Progress note : ปวดท้องเท่าๆเดิม แน่นตึงในท้อง ยังถ่ายได้เป็นก้อนแข็ง 2-3ก้อน ผายลมได้

ไม่มีไข้ ,NG content เป็นน้ำ ไม่เหม็น ไม่มีสีดำ วันละ 1000 ml ,Fistula เป็นสีเหลืองขุ่น 50-100 ml ,PTBD bileใส 100-200 ml

Management

2. Chronic intestinal failure (type III) with severe malnutrition with failed EN

- **Nutrition suggests permanent catheter for TPN (S/P Hickman 6/10/65)**
- Smof-Kabiven (1300 kcal/1904 ml) iv drip in 24 hr (29/9/65-3/10/65)
- Oliclinamel N4 1500 ml (910Kcal)+ soluvit 10 ml + B CO 2ml +Addamel-N 10 ml +vital lipid 10ml iv 90 ml/hr (4/10/65-6/10/65)
- Oliclinamel N12 1500 ml (1720Kcal) iv via Hickman 60 ml/hr (7/10/65-28/10/65)
- น้ำหวาน 200 ml x 3 feeds via oral

The background features a light gray grid. Along the edges, there are decorative elements consisting of colored squares and circles. The colors used are blue, yellow, orange, and green. The circles are arranged in a pattern that resembles the studs on top of interlocking plastic blocks.

**He has severe malnutrition and
failed enteral feeding
Dose the patient need TPN?**

Nutritional Management

Prognosis-Based Decision Making Regarding Artificial Nutrition

Nutritional State	Life expectancy: months or longer (active cancer treatments considered; pre-cachexia/ cachexia state)	Life expectancy: days to weeks (progressive cancer with no standard treatment options; refractory cachexia)
Reduced oral intake and normal absorption	Continue with oral intake, consider nutritional supplements	Continue with oral intake, consider nutritional supplements
Significantly compromised oral intake (e.g. dysphagia, severe mucositis) and normal absorption	Consider enteral nutrition	Conservative measures Consider parenteral hydration Artificial nutrition not recommended
Significantly compromised absorption (e.g. bowel obstruction) or failure of enteral nutrition	Consider parenteral nutrition	Conservative measures Consider parenteral hydration Artificial nutrition not recommended

Management

3. Abdominal pain

Consult OPD Pain

- (7/06/65) **Tramol (50) 1x3** ปวด 6/10 ตื่นปวดท้องกลางคืน ปวดท้องมากขึ้นเป็นหลังจากผ่าตัดลำไส้อุดตัน มีย.65
- (23/06/65) **MST (10) 1 tab q12hr, MO syr(2mg/ml) 2 ml prn for BTP** กินวันละ 3-4 ครั้ง
- (1/09/65) **Kapanol(20) 1 tab hs**, MO syr (2mg/ml) 3 ml prn for BTP q2hr
- (22/09/65) **Kapanol(20) 1 tab po bid**, MO syr (2mg/ml) 3 ml prn for BTP q2hr
ปวดแน่นทั่วท้องเท่าเดิม **PS 6/10** กินเองทางปาก (**NJ ,OJ** ตัน)

Management

3. Abdominal pain

Consult IPD Pain

- Admit 28/9/65 คนไข้ได้ **MO iv 10mg/day**
- (8/10/65) **MO 12mg/day ; PS 6/10** ปวดแน่นจุกตึงในท้อง
ไม่ปวดบีบ ไม่ปวดร้าว ผายลมได้ ถ่ายก้อนนิ่ม 2-3 ก้อน 2-3 วัน/ครั้ง
- (12/10/65) **MO 18mg/day MO 3mg iv q4hr**
ขอ **MO 2mg iv prn * 2-3 ครั้ง (TD 22mg)**
- (15/10/65) **MO 18mg/day + MO 2mg iv * 5 dose (TD 28mg/day)**
- Pain clinic suggested consult PC
--> **Sx notify PC 16/10/65**

A decorative border composed of various colored squares and circles, resembling a child's toy or a stylized frame, surrounds the central text. The colors include blue, yellow, orange, and green. The circles are white with a blue outline, while the squares are solid colors.

**How to manage his
abdominal pain ?**

Management

- Surgery plan best supportive care
- **Consult Palliative care** for symptoms control (Pain, Partial gut obstruction, Nutrition) and ACP



**How does Palliative care team
assess and manage
the patient**

PC Assessment and Management

- ☐ Bio: Medical condition
 - Partial small bowel obstruction with intraabdominal collection with malnutrition
 - Abdominal Pain
 - Malignant lymphangioma of abdomen with obstructive jaundice S/P PTBD with enterocutaneous fistula
- ☐ Assess Pt status: ADL iADL
- ☐ Prognostication: ECOG KPS PPS
- ☐ Psychosocial: 2Q 9Q , Caregiver Burden, Stage of Grief
- ☐ PC symptoms: Pain,Bowel Obstruction; Medical futility: TPN, ATB, PCD
- ☐ Family Meeting and ACP

PC attending Day 1 at 16/10/65

1. Assess Medical condition and PC symptoms

PPS 50

- **Pain** : ปวดแน่น ปวดตื้อๆเสบท้อง จุก บริเวณหน้าท้องส่วนล่างด้านซ้าย **NRS 3-4/10 best, 7/10 worst**

- **Constipation** : **7/10** ไม่ถ่าย 5 วัน แต่ผายลมได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

Mx: - MO 30 mg + NSS up to 24 ml iv drip 1 ml/hr

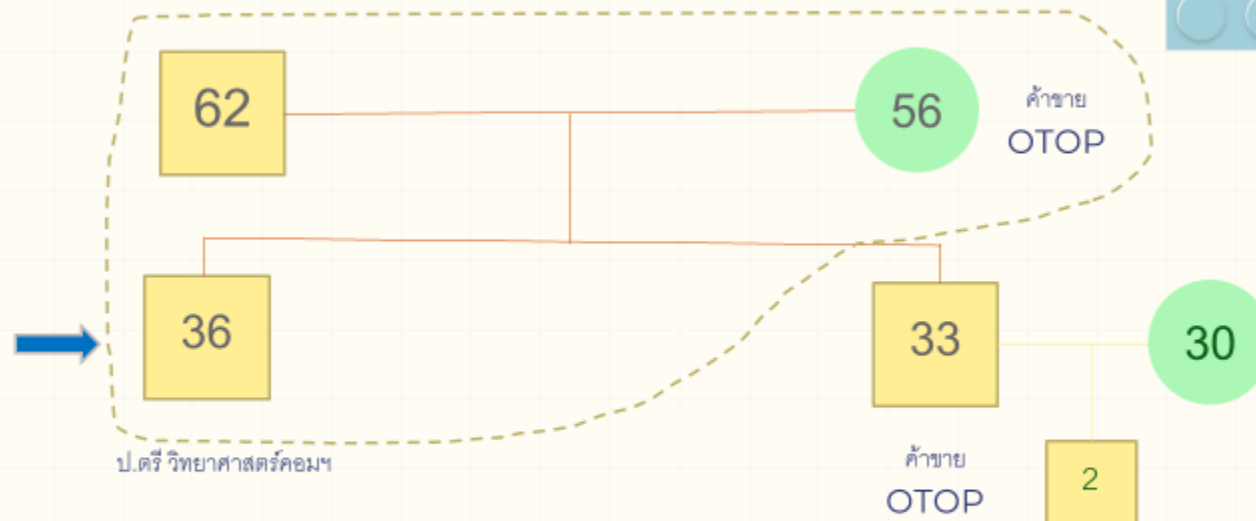
,MO 5 mg iv prn for BTP q 2 hr

- **Unison enema stat >>** ถ่ายเป็นก้อนเล็กๆนิ่ม มีเลือดปน **Procto: internal hemorrhoid gr.I (3,70'clock) , no active bleeding**
,Hct 22 >> PRC 1u iv drip in 3hr >>Hct 28.5

PC attending Day 2 at 17/10/65

Assess Psychosocial and ACP

Patient's Family



Shared decision-making and Advanced care plan

Pt Preference :

อยากให้หายปวด
ไม่ต้องการยื้อ

Goal of care

Comfort care

Family :

ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทรมาน
จากอาการปวด

End of life
Less suffering
Not Prolong
No Hastening

PC attending Day 3 at 18/10/65

1. Pain : ปวดแน่นตึงในท้อง ไม่ได้ปวดบีบ **PS 7/10** ถ่ายเป็นก้อนเล็กๆ แต่ไม่ผายลม ขอบ **MO prn 3 dose**

- **MO 50mg + octreotide 300 mcg NSS up to 48 ml iv drip 2 ml/hr.**

- **MO 8 mg + NSS up to 10 ml.. iv prn for pain/dyspnea q 2 hr**

2. Infection : มีไข้ **HR เร็ว 146 , RR16-24,BT 36.2-38.2 ,monitor EKG**

Mx : NPO , Hold TPN ->on IVF , Septic W/U -> H/C from สาย hickman, ส่ง U/C , CTWA

UA: WNL , Lactate 18.7 ,PT 17,INR1.58 CBC: Hct 26.2, Hb8.9, WBC12840, Plt125000 ,PMN 92 ,lymp 3.8

- **-> start Meropenem 1 g iv q 8 hr**

3. DVT Rt leg --> enoxaparin 0.4 mg SC off NG :blood clot 50 ml > irrigate then clear --> Pantoprazole 80 mg stat then 40 mg iv OD

PC attending Day 5 at 20/10/65

- Infection extraperitoneal abscess

CTWA (18/10/65) : increased size of multiloculated extraperitoneal abscess with sinus track opening to skin at Rt. lower abdomen about 276 ml

Mx : - PCD at RLQ

- Meropenem 1 g iv q8hr (18/10/65 – 25/10/65)

PC attending Day 8 at 23/10/65


เริ่มจิบน้ำ **NG tube** ต่อลง **bag** เป็นน้ำ ไม่เขียวไม่เหม็นไม่มีเลือดคล้ำ
ถ่ายอุจจาระได้ 1-2 ครั้ง/วัน เป็นของเหลวเหมือนที่กิน

Visceral abdominal pain: AvPS 5-6/10

ไม่ได้ใช้ยา **PRN dose PPS 40**

ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยตอนนี้มาก ปวดแน่นๆในท้อง จนรู้สึกหายใจไม่อิ่ม
เป็นผลให้นอนไม่หลับช่วงกลางคืน ถ้ามถึง “**ขออย่าให้นอนหลับไปเลยได้ไหม**”

- Mx :**
- **Morphine 50 mg iv/day, MO 8 mg iv prn q 2 hr**
 - **Advice** การขอยาแก้ปวด **prn** และปรับ **Total dose MO**
 - **Lorazepam (0.5) 1 tab SL prn for dyspnea q4hr**
 - ประเมิน **spiritual suffering**

A decorative border composed of various colored squares and circles, resembling a child's play mat or a stylized frame. The colors include blue, yellow, orange, and green. The circles are placed within some of the squares, creating a pattern of dots and solid colors.

He requests Palliative Sedation
What should we do?

PC attending Day 9 at 24/10/65

- **Pain** : ปวดแน่นตึงในท้อง ไม่ได้ปวดบีบ PS 8/10 (avPS 6/10 พออยู่ได้)
ถ่ายเป็นก้อนเล็กๆ 3 วัน/ครั้ง เริ่มมีผายลม ขอ MO prn 2 dose ,PPS 30
- MO 80mg +octreotide 300 mcg NSS up to 48 ml
iv drip 2 ml/hr.
- MO 8 mg + NSS up to 10 ml. iv prn for pain/dyspnea
q 2 hr.

PC attending Day 10 at 25/10/65

- Sx plan Best supportive care
- PC รับย้าย **PC WARD** for symptoms control
and re-assessment of spiritual suffering



How to assess Psychosocial and Supportive Pt and Family

Preparation

- คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่ใกล้เคียงจริงมากที่สุด เช่น **emotion overwhelming**
- จะ **connect feeling/emotional** อย่างไร?
- รูปแบบการสร้างสัมพันธภาพอย่างเป็นมิตร สร้างความเข้าใจ
- ทักษะที่จะใช้คือ **empathic listening** (active listening หรือ reflective listening)
- **Support & Encouraging**
- ดูแลใจตนเองก่อนดูแลผู้อื่น ต้องไปดีลกับผู้ป่วยและคุณแม่
- **Symptom control** ให้ดีก่อนเข้าไปพูดคุย
- ยังไม่ **focus** กับ **Genogram** แต่กระตุ้นให้พูดในสิ่งที่ป็นทุกข์ในใจ
- ทบทวนชีวิต รู้จักผ่านเรื่องราวการเติบโตในครอบครัว

PC attending Day 11 at 26/10/65

Patient

Idea: รู้ว่าเป็นโรคมะเร็งในช่องท้อง ตั้งแต่ อายุ 18 ปี ผ่าตัดหลายครั้ง ขณะนี้โรคมะเร็งกระจายแล้ว ผ่าตัดไม่ได้ แพทย์จะรักษาประคับประคอง

Feeling: ท้อแท้ น้อยใจ เหนื่อยใจ

Function: สมรรถภาพถดถอย ต้องนอนบนเตียง กิจกรรมประจำวันต้องให้แม่ช่วย กินข้าวไม่ได้ ทั้งๆที่อยากกิน เพราะกินเข้าไปก็อาเจียนออกมาและปวดท้องมากขึ้น

Expectation: ยอมรับกับความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ ไม่อยากทรมาน อยากให้ตนหายปวด ถ้าหากร่างกายไปต่อไม่ไหวก็ขอไปตามธรรมชาติไม่ต้องการยื้อ

Family

Idea: รู้ว่าเป็นโรคมะเร็งในช่องท้อง รู้สถานการณ์ เพราะพาผู้ป่วยมารพ.ตลอด ตอนนี้รู้แล้วว่า การรักษาเป็นแบบประคับประคอง

Feeling: เสียใจ กลัว กังวล สงสาร

Function: มารดาหยุดงาน เพื่อพาผู้ป่วยมารพ. และต้องดูแลผู้ป่วย แต่สามี และลูกชายอีกคนยังขายของ ไม่มีปัญหา financial

Expectation: ใจจริงอยากให้ลูกอยู่ด้วยนานที่สุด ถ้าเสียลูกไปแล้วไม่รู้จะทำใจได้หรือไม่ แต่ก็สงสารที่ลูกต้องปวดทรมาน หากรักษาโรคไม่ได้แล้ว ก็ยอมรับการประคับประคอง เหมือนที่ผู้ป่วยต้องการ

Objective

- ค้นหาอะไรเป็นจุดที่ปรารถนาอยากเสียชีวิตและขอใช้ยาให้จากไป
- ทำความเข้าใจ (คน/คำพูด/พฤติกรรมที่แสดงออก)
- เจ็บปวดกับอะไร เหม็นเฉยกับอะไร มองโลกด้วยสายตาแบบไหน
รู้สึกต่อสถานการณ์ตรงหน้าอย่างไร
- เห็นตัวเองเป็นอย่างไร เข้าใจตัวเอง สิ่งที่แสดงออกมาใช้สิ่งที่มา
จากภายในจริงหรือไม่
- ค้นหาศักดิ์ศรีที่หายไป (dignity loss)
- เสริมคุณค่า ศักดิ์ศรี ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ยากส่งต่อ....

Situation

- ผู้ป่วยไม่ยอมพูดคุย complaint หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง พักไม่ได้
ขยับตัวเป็นระยะ ประเมินอาการ 6/10 ให้ยา prn 1 dose สัก 15 นาที
ผู้ป่วยพักได้ ไม่กระวนกระวาย
- **Explore จากคุณแม่**
- 1. ทิมแนะนำตัวเรา อยากให้เราช่วยดูแลใจ มาให้กำลังใจ
- 2. เปิดประเด็นกว้าง ๆ ด้วยคำถามเป็นห่วงเป็นใยกับคุณแม่

- ❑ ถามไถ่คุณแม่: เป็นยังไงบ้าง วันนี้แม่ได้พักบ้างไหมคะ เหนื่อยไหมวันนี้ เมื่อคืนได้นอนไหม?
- ❑ พอคคุณแม่รู้ตัว (self awareness) แล้วว่า คุณแม่กังวลเยอะไปแล้วนะ คุณแม่ทำอย่างไรเพื่อให้ตัวเรากังวลน้อยลง
- ❑ ถ้าจะบอกว่า ลูกมีความสุข แม่ก็สุขไปกับลูกอย่างนั้นใช่ไหม
- ❑ ความทรمانที่คุณแม่บอก มันหมายถึง ความเจ็บปวดด้านร่างกายใช่ไหม มีความทรمانด้านอื่นอีกไหม
- ❑ เวลาที่แม่มองลูก แม่เห็นร่างกายที่ผ่ายผอม แรงแล่งกำลังที่ถดถอยลงๆ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย แม่เป็นคนที่รู้ใจลูกดีที่สุด แม่คิดว่าในใจของลูก เค้ากังวล หรือ ทุกข์กับตรงนี้ไหม
- ❑ ดูเหมือนแม่จะยอมรับโรคได้ว่า ต่อไปโรคเป็นมากขึ้นก็ต้องทรุดลงเป็นธรรมดา ถ้าจะสรุปได้ว่า ระยะเวลาที่เหลืออยู่ กับ คุณภาพเวลาที่เหลืออยู่ แม่สนใจที่คุณภาพเวลาที่เหลืออยู่ให้ลูกอยู่กับโรคนี้อย่างไรไม่ให้เจ็บปวดทรمانใช่ไหมคะ
- ❑ คุณแม่นอนหลับดีไหม / อะไรทำให้คุณแม่รู้ตัวตื่นขึ้นมา
- ❑ เกิดอะไรกับแม่ในจังหวะนั้น แม่คิดหรือรู้สึกยังงัยบ้าง
- ❑ คุณแม่พอจะบอกสิ่งที่แม่กลัวให้ฟังได้ไหม
- ❑ ดูเหมือนว่า มี 2 ความรู้สึกเกิดกับคุณแม่ รู้สึกกลัวสูญเสียลูกไป และอีกใจก็อยากให้ลูกไป และถ้าเกิดวันหนึ่ง แม่ตื่นขึ้นมา ลูกจากแม่ไปแล้ว

จากจุดนี้จะเห็นได้ว่า มี relationships เกิดขึ้น การกระตุ้นให้เล่า รอคอยให้แม่เล่า การใช้ body language จะทำให้มีพื้นที่ปลอดภัยในการ sharing เรื่องราว รับรู้ถึงความรู้สึก ความรัก ของแม่และลูกที่มีต่อกัน วัตถุประสงค์เพื่อต้องการ empowerment และ dignity therapy จึงใช้กระบวนการ Life Review (การทบทวนชีวิต) และเสริมจุดบวก (ความเข้มแข็ง ความภาคภูมิใจ คุณค่า ความสำเร็จ ความหมาย ความหวัง ฯลฯ) แต่หากช่วงชีวิตนั้นเกิด negative emotion เช่น ช่วงที่เป็นวิกฤตเมื่อป่วย ช่วงผิดหวังการรักษาอื่น ๆ ให้โอกาสแม่ได้เล่า และเราจะใช้ active listening จับประเด็นในการคุย ว่าเกิดการเรียนรู้อะไรในจุดที่ยากลำบาก หากจุดเข้มแข็งที่ผ่านมาได้ในช่วงยากลำบาก/เหน็ดเหนื่อยของชีวิต

- อยากรู้จักลูกชายของคุณแม่มากขึ้น ตั้งแต่เด็กชายตัวเล็ก ๆ แม่ประทับใจอะไรบ้างในความเป็นน้องตัวเล็ก (แม่ร้องไห้)
- แม่รู้ไหมว่าทำไมน้องถึงทำแบบนั้น (ร้องไห้)
- ลูกทำแบบนั้นเพราะคนที่ลูกทำให้เป็นคนที่สำคัญกับเค้า (silence technique) เชื่อว่าแม่อยากฟัง Empowerment พูดให้ได้ยิน สัมผัสใจได้มากกว่า
- แล้วสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว เช่น คุณพ่อ สนิทกับน้องไหมคะ
- มาถึงวันนี้ไม่ง่ายเลย คนที่แม่ต้องขอบคุณคนแรกเลยคือ ตัวคุณแม่เอง แม่อยากบอกขอบคุณเพื่อนที่อยู่ในตัวคุณแม่ ยังไงบ้าง
- ตรงนี้ใหม่ที่ทำให้เราเข้มแข็ง / น้องได้นิสัยอะไรมาจากคุณแม่บ้าง ที่เป็นความภูมิใจที่สุด

- หากลองจินตนาการว่าวันหนึ่งลูกไม่อยู่กับเราแล้ว คุณแม่จะร้องไห้ทุกวันเหมือนตอนเสียพ่อของน้องไปไหม
- ช่วงที่แม่รู้สึกเศร้า แม่อยู่กับความเศร้ายังไง กดมันไว้ หาอย่างอื่นทำ หรือก็ไม่ปฏิเสธ เศร้าก็ยอมรับว่าเศร้า
- อะไรช่วยให้แม่ผ่านความเศร้าไปได้ในทุกวัน
- เปลี่ยนมุมมองว่า การเสียชีวิตเขาไม่ได้หายไปไหน เขาเพียงไม่ได้อยู่กับเรา เขาและเรายังคงรักกัน ส่งความรักปรารถนาดีต่อกัน บอกคิดถึงกันได้เสมอ
- แม่รู้สึกผ่อนคลายที่ได้ระบาย และขอบคุณที่ทีมได้ดูแล
- ผู้ป่วยตื่น สีสหน้าผ่อนคลายหลังได้นอนพัก 1 ชั่วโมง มีท่าทีอยากชวนคุยหลังจากที่เราได้ connect ว่า 1 ชม.ที่หลับไปเป็นช่วงเวลาที่ดีมาก ได้รู้จักน้องเยอะแยะมากมาย ให้คำพูดชื่นชมการเป็นลูกที่ดี และชื่นชมคุณแม่ที่เลี้ยงลูกอย่างดี

Dealing with Death

Conduct life closure work

- Unfinished business
- Financial
- Farewell
- Forgiveness

T
E
A
R

Accept the reality of the loss

Experience the pain of the loss

Adjust to a new reality

Reinvest in the new reality

Dual Process

Oscillating between the “doing” and the “feeling” is very common. How would it be if we stayed in one process or the other all the time??? Exhausting... As we continue to oscillate, we begin to integrate our grief.

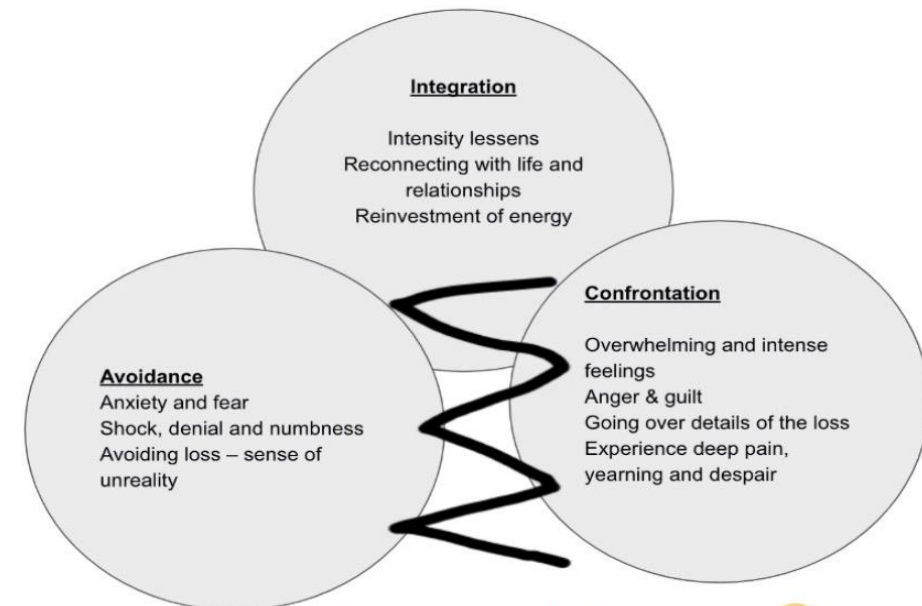
“I’ve had a good cry, now I’m going to clean the kitchen.” A simple example.

Focused on the loss:

Waves of grief and sadness.
Yearning, remembering, reminiscing, confrontation.

Focused on ‘getting on’ with life:

Attending to tasks, doing new things, distraction, avoidance.



PC attending Day 13 at 28/10/65

1. Pain : ปวดแน่นตึงในท้อง ไม่ได้ปวดบีบ **PS 8/10** อ่อนเพลียมากขึ้น **PPS 20**

- **MO 120mg + octreotide 300 mcg NSS up to 48 ml iv drip 2 ml/hr.**
- **MO 8 mg + NSS up to 10 ml. iv prn for pain/dyspnea q 2 hr.**

2. TPN: Nutrition and PC ประเมิน prognosis: wks.

Advice Pt and Family accepted off TPN

PC attending Day 14 at 29/10/65

ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากขึ้น หายใจ **air hunger** ,PPS10

ตอนกลางคืนหลับได้ ตั้งแต่ประมาณเที่ยงคืน – เช้า

intake 2143 ml urine 200 ml

Mx : - Best Supportive Care

- **Lasix 40mg IV stat**
- ปรับ **MO 170 mg+ octreotide 600 iv rate 2 ml/hr.**
- ปรับ **Midazolam 0.5 ml/hr.**



Palliative Sedation

What is Palliative Sedation

- The use of **sedating medication** is intended to **decrease** a Patient's level of **consciousness to mitigate** the experience of **suffering**, but **not to hasten** the end of **life**
(The American Academy of Hospice and Palliative medicine)
- The **monitored use of medications** intends to **induce** varying degrees of **unconsciousness**, but **not death**, for relief of refractory and unendurable **symptoms in** imminently **dying patients**. (The Hospice and Palliative Nurses Association)

Indication in Palliative sedation

- Refractory Pain
- Agitated delirium
- Breathlessness
- Restlessness
- Spiritual pain?

Sedation use in Palliative care

- Transient sedation for noxious procedures
- Sedation as part of burn care
- Sedation use in end-of-life weaning from ventilator support
- Sedation in the management of refractory symptoms at the end of life
- Emergency sedation: massive hemorrhage ,stridor
- Respite sedation
- Sedation for psychological or existential suffering ex. Spiritual suffering?

Evaluate before Palliative Sedation

- Pt **medical** history, Physical examination and all relevant investigation
- **Psychosocial Spiritual** evaluation , **consult** specialist as need
- **Prognosis** assessment
- **Pt capacity** to make decision and on going care
- Involve of Pt's **Family** in the decision making process

Consider before Palliative Sedation

- **Inadequate** Pt **assessment** in which potentially **reversible cause** of distress are overlooked
- Failure to engage with expert clinician in the relief symptoms (**not consult the expert**)
- Fatigue and Frustrate of physicians by the care of **complex** symptomatic **patient**
- Situation in which the **demand** for sedation is generated by the patient's **family** and **not the patient** him/herself

NHPCO Position statement: Indication and Recommendation Process

- **Indication** : Pain ,Dyspnea ,Delirium ,Agitate ,Restless with refractory to appropriate treatment
- Life-support treatment : All patients should have **DNR order** in effect
- Artificial **nutrition and hydration** : eat drink as desire in light sedation ,but limited in heavy sedation
- Patient's status : **actively dying** (hours to days ,Less than 2 weeks)
- **Level of sedation** : sufficiently **relief symptom**
- **Education** and **clinician** support :those involved in pall sedation must have additional and specific competency ,and on going education

NHPCO Position Statement: Indications & Recommendation Processes

- ข้อบ่งชี้: อาการปวด หายใจลำบาก ภาวะสับสน กระวนกระวาย ที่จัดการไม่ได้
- การใช้เครื่องช่วยชีวิต: ควรต้องมีการเซ็น DNR
- การให้น้ำและสารอาหาร: ควรมีการพูดคุยกับครอบครัว การตัดสินใจให้หรือไม่ให้ควรมีการตัดสินใจแยกกัน

NHPCO Position Statement on the Use of Palliative Care Sedation, J Pain Symp Manage 2010;39:924

NHPCO Position Statement: Indications & Recommendation Processes

- ระดับ sedation: การให้ผู้ป่วยหลับลึกระดับใด พิจารณาจากระดับความรุนแรงของความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
- การพัฒนาองค์ความรู้และการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์: ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินและให้ sedation ควรมีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การอบรมความรู้อย่างต่อเนื่อง

NHPCO Position Statement on the Use of Palliative Care Sedation, J Pain Symp Manage 2010;39:924

Palliative Sedation VS Euthanasia

	Palliative Sedation	Euthanasia
Goal	Reduce suffering	Reduce suffering
Intension	To sedate	To kill
Effect	Sedative drugs	Lethal agent
Outcome	Reduce consciousness	Death
Legal	Not illegal	Legalized in few countries
Frequency of use	Common	Uncommon

Palliative Sedation VS Euthanasia Dilemmas

In your Opinion ?

- Is it Euthanasia?
Physician Assisted Suicide?
- Continuation of life supporting measures like
Nutrition/Hydration /Artificial Ventilation ?
- Palliative sedation in non physical suffering ?

Medication in Palliative Sedation

Medications and Starting Doses for IV/SC Palliative Sedation

Medication	Initial Bolus	Continuous Infusion	Usual Maintenance Dose
Midazolam	0.5–5 mg IV/ <u>SC</u>	0.5–1 mg/h IV/SC	20–120 mg/d
Lorazepam	1–5 mg IV/ <u>SC</u>	0.5–1 mg/h IV/SC	4–40 mg/d
Haloperidol	1–5mg IV/ <u>SC</u>	5 mg/d IV/SC	5–15 mg/d
Pentobarbital	2–3 mg/kg IV	1 mg/kg/h IV	NA
Phenobarbital	200 mg IV/ <u>SC</u>	600 mg/d IV/SC	600–1600 mg/d
Propofol	20–50 mg IV in emergency	10 mg/h IV, titrate by 10 mg/h every 15–20 min	NA

NOTE: If possible, the health care professional should consult with a pharmacist and palliative care consultant before using these medications.

Adapted from Rousseau PC. Palliative sedation in the management of refractory symptoms. J Support Oncol 2004;2:185. Copyright © 2004, with permission from Elsevier.

Ethical in Palliative Sedation

- **Principle of double effect**
 - The action must not be immoral in itself
 - The action must be undertaken with the intention of achieving only good effect or effects. Possible bad effects may be foreseen but must not be intended.
 - The action must not achieve the good effect by means of a bad effect.
 - The action must be undertaken for a proportional grave reason (the rule of proportionality)
- **Inform-consent** is very important
 - Double effect
 - Decision surrogate
- **Withhold and withdraw** of artificial **nutrition and hydration**
 - Correlated **with patient goal**
 - Continue is not prohibited if it is patient goal

A decorative border composed of various colored squares and circles, resembling a grid or a stylized frame, surrounds the central text. The colors include blue, yellow, orange, and green. The circles are placed within some of the squares, creating a pattern of dots and solid colors.

Total Pain Model

The Total Pain Concept

- By Dr. Cicely Saunders
- The **intense suffering** frequently experienced by **dying patient** and their **family** members as they transverse the continuum of living the last months of life ,dying ,death and bereavement
- **Total Pain** consists of at least 4 contributors :
 - Physical pain
 - Social pain
 - Psychological pain
 - Spiritual pain

Physical Pain
VS
Suffering

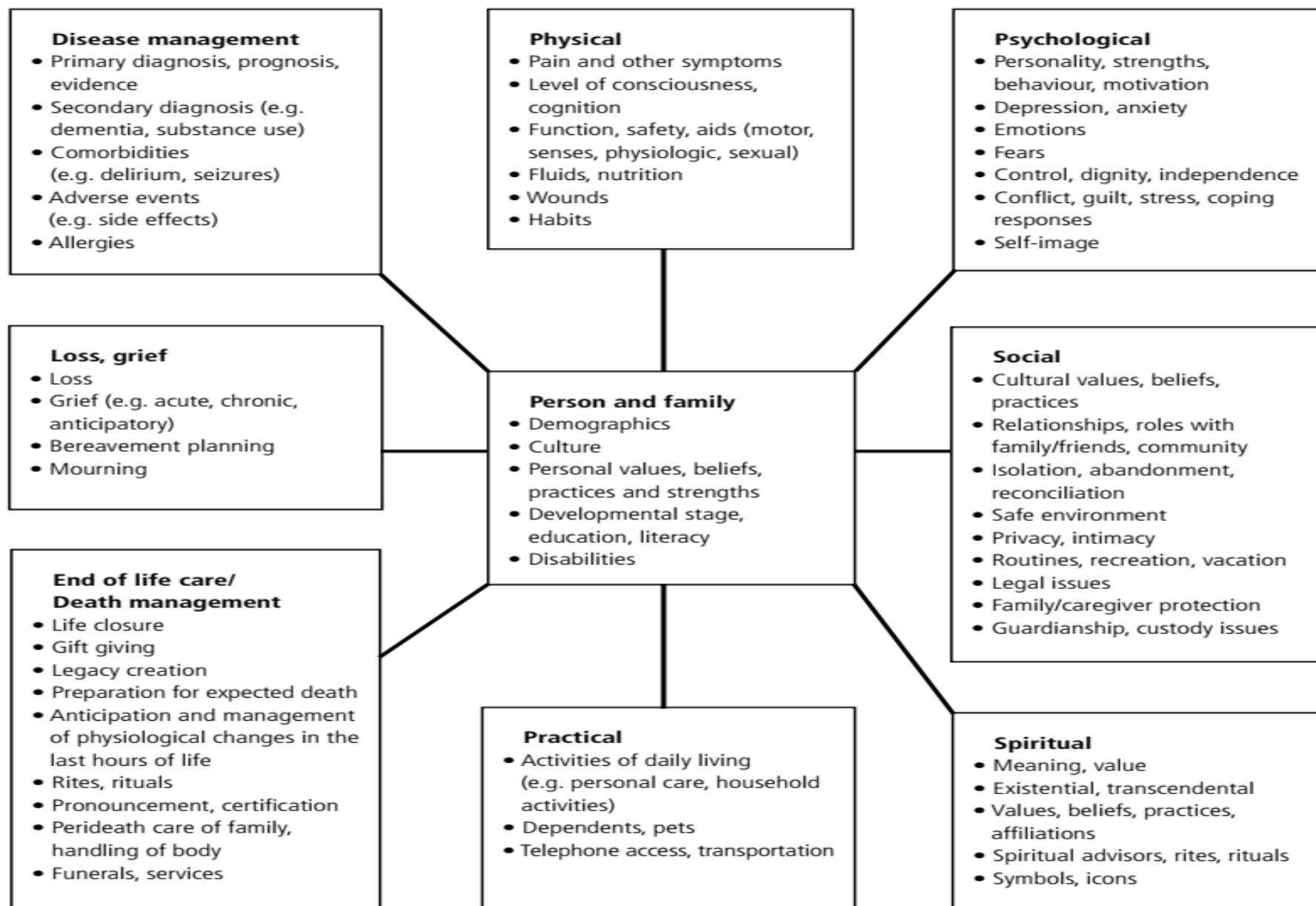


Figure 2. Domain of issues associated with illness and bereavement

Ferris, FD., Balfour, HM., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., Lundy, M., Syme, A. West, P. A Model to Guide Hospice Palliative Care. Ottawa, ON: Canadian Hospice Palliative Care Association, 2002.

Reprinted with Permission from Canadian Hospice Palliative Care Association

TOTAL PAIN—PHYSICAL PAIN

Neurophysiologic Mechanisms

■ Somatic Pain

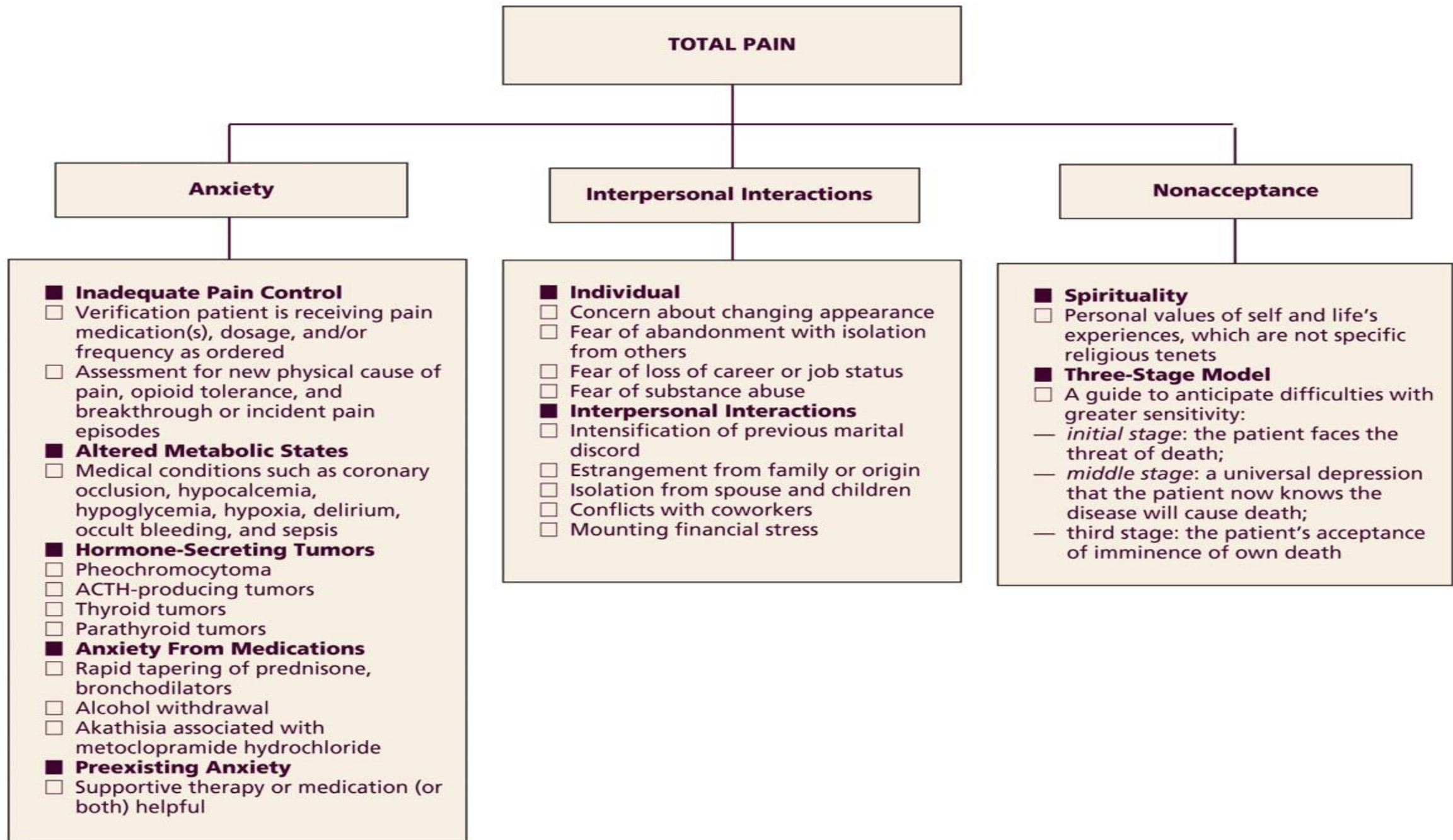
- ☐ Nociceptor stimulation of skin and deep musculoskeletal tissues
- ☐ Well localized as "deep, aching feeling," tender to palpation

■ Visceral Pain

- ☐ Difficult to localize
- ☐ Felt as "deep pressure," "cramping," "spasms" associated with nausea, diaphoresis, and emesis

■ Neuropathic Pain

- ☐ Damage to the peripheral or the central nervous tissue
- ☐ Along the same nerve distribution pattern as a sensory peripheral nerve
- ☐ Described as "sharp," "electric," "burning" pain
- ☐ Deafferentation pain arises from the central nervous system, partially or completely separating central from the peripheral nervous system
- ☐ Central pain is "viselike," "throbbing"; the headache is "dull" and "never relenting"



Approach Spiritual Pain

What is spiritual pain?

Spiritual pain is the pain that comes from the “hidden” areas of our life. It can’t be pointed to on a pain scale, but it is still very real and can impact our physical and emotional

Spiritual need :

1. Cognitive aspects การรับรู้ความหมายของชีวิต ความเชื่อ และคุณค่า
การมีชีวิตอยู่

2. Experiential & emotional aspects อารมณ์ความรู้สึกนึกคิด
ความหวัง ความสงบ ความสามารถในการให้และรับความรัก ความสัมพันธ์เชื่อมโยง
กับโลกภายใน กับธรรมชาติ กับสิ่งแวดล้อมภายนอก และสิ่งที่เหนือธรรมชาติ

3. Behavioral aspects การแสดงออกภายนอกที่มองเห็นได้
สอดคล้องกับ ความเชื่อและสภาวะภายในของตัวเอง

Table 30. Three Dimensions of Spiritual Need⁹⁸

Situational Transcendence: In this dimension, patients want to make sense of and transcend their current situation. They often desire

- purpose
- hope
- meaning and affirmation
- mutuality
- a sense of connection
- social presence.

Moral and Biographical Transcendence: In this dimension, patients want to “put things right” to make sense of their own lives and to develop a sense of transcendent meaning for their existence. They often desire

- peace and reconciliation
- reunion with others
- prayer
- moral and social analysis
- forgiveness
- closure.

Religious Transcendence: In this dimension, patients want to achieve a sense of religious transcendence. They often desire

- religious reconciliation
- divine forgiveness and support
- religious rites and sacraments
- visits by clergy
- religious literature
- discussion about God, eschatology, or eternal life and hope.

Spectrum of Spiritual Pain and Spiritual Well-being

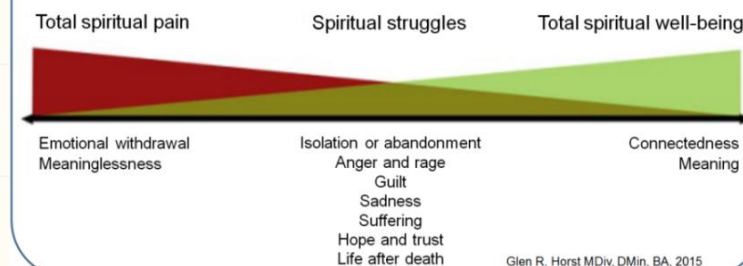


Table 31. A Guide to Spiritual Assessment⁹⁶**Assessing the Spiritual Issues Raised by Serious Illness, Especially at the End of Life**

First, establish an empathic connection with the patient (or the patient's family). Often, nothing more will be required to engage the patient in significant spiritual sharing. Only then, consider moving to more specific questions.

Opening

"It must be very hard for you to find yourself (your loved one) so sick. How are you holding up?"

Questions of Meaning**Patient/family questions**

"What is the meaning of my illness?"

"What is the meaning of my suffering?"

"What is the meaning of my death?"

"Will any meaning persist beyond my death?"

Clinician questions

"Have you thought about what all this means?"

"Would there be anything for which you might hope even if you (your loved one) are not cured?"

"Do you attach any spiritual significance to the word 'hope'?"

Questions of Value**Patient/family questions**

"How does my value relate to my appearance?"

" . . . my productivity?"

" . . . my independence?"

"Is there anything about me that is valuable when these are threatened?"

"Is there anything valuable about me that will persist beyond death?"

Clinician questions

"Are you able to hold onto a sense of your own dignity and purpose?"

"Do you feel that people in the hospital/your family/your friends/your congregation really care about you (your loved one) as a person?"

"Are there any spiritual or religious resources upon which you can draw to help see you through this?"

Questions of Relationship**Patient/family questions**

"Am I estranged from any family or friends?"

"Who have I wronged? Who has wronged me?"

"Am I loved? By whom?"

"Does love endure beyond the grave?"

Clinician questions

"How are things with your family and friends?"

"Is there anyone with whom you need to 'make up'?"

"Is there anyone to whom you need to say 'I love you' or 'I'm sorry'?"

"If you're a religious person, how are things between you and God?"

Closing Comments

"I can't do everything—that's why we work as a team. I think we've covered some very important ground here, but there's so much more to talk about. If it's okay with you I'm going to send Rev S to see you later today. Also, I'd like to tell her a little about what you've just shared with me, so she can be better prepared. Would that be okay?"

Table 32. FICA: A Spiritual Assessment Tool¹⁰⁷**F: Faith or Beliefs**

Specific questions to elicit responses:

- Do you consider yourself spiritual or religious? Both? Neither?
- What things do you believe in that give meaning to your life?
- What is your faith or belief?

I: Importance and Influence of Beliefs

Specific questions to elicit responses:

- Is your faith or belief important in your life?
- What influence does your faith or belief have on how you take care of yourself?
- How have your beliefs influenced your behavior during this illness?
- What role do your beliefs play in regaining your health?

C: Community

Specific questions to elicit responses:

- Are you part of a spiritual or religious community?
- Does the community provide support for you? How?
- Is there a person or group of people you really love or who are really important to you?

A: Address Care Issues

Specific question to elicit responses:

- How would you like me, as your healthcare provider, to address these issues while caring for you?



What did we learn?

I learn

- **Strength of people and supportive of Family**
- **How to prepare for a good death**
- **Palliative sedation Medical ethics**
Double effect
- **SATIR approach Total Pain**
- **Pain and PC symptoms control**

A vibrant landscape featuring a lush green field in the foreground, a line of trees in the middle ground, and a bright blue sky with scattered white clouds. The scene is bathed in natural light, suggesting a sunny day.

**Thank you
for your attention**

Table 3. Total Pain: Basic Assessment Guidelines

Suspect Total Pain

The index of suspicion for the presence of total pain should be high and should increase when the following occur:

- The patient's physical symptoms are unexplainable and do not respond to usually effective interventions.
- The patient's emotional responses seem out of proportion to the loss.
- Concordance with treatments is erratic.

Establish a Conducive Atmosphere

- Establish a comfortable and unhurried atmosphere.
- Show concern for nonphysical sources of pain.

Express Interest and Ask Specific Questions

- Ask specific questions about psychological, social, and spiritual concerns.
- Be aware that patients often give the following factors stronger importance ratings than do physicians:
 - making funeral arrangements
 - not being a burden to others
 - helping others
 - coming to peace with God
 - being mentally aware.

Listen for Broader Meanings

- Avoid deconstructing an illness (separating it into discrete, smaller parts) when assessing for total pain.
- Assessments should include specific questions designed to elicit a patient's feelings and thoughts about the broader meanings of the illness and the illness's affects on the patient's entire life.

Table 29. Four Interrelated Dimensions of Spiritual Pain and Helpful Interventions⁹⁷

I. Spiritual Pain Related to Individual and Community Issues. *Spiritual development occurs within the context of the human community.*

Signs and symptoms of spiritual pain related to individual and community issues:

- Physical pain not controlled by usual means
- Torment and anguish
- Complicated reactions to loss
- Hopelessness, pervasive existential guilt
- Fear and dread
- Noncompliance with care plan
- Sense of abandonment and betrayal
- Isolation and withdrawal from support communities, breakdown of relationships

II. Spiritual Pain Related to General Issues of Meaning. *Spiritual development occurs within the context of a search for meaning.*

Signs and symptoms of spiritual pain related to issues of meaning:

- Expressions of life's meaninglessness and loss of faith
- Questioning the adequacy of present belief system, world view, or philosophy, whether religious or nonreligious
- Expressions of desire for a belief system, world view, or philosophy to help to cope with spiritual pain
- Presence of unresolved religious issues (eg, "If only I had enough faith, I would be cured").
- Guilt associated with religious beliefs
- Isolation from religious or spiritual communities with similar beliefs

Helpful interventions:

- Encourage reflection on past, current, or desired belief systems, philosophies, or world views.
- Encourage practical application of the patient's belief system or philosophy to the current situation.
- Identify elements of past or current belief system or philosophy that provided support in the past; encourage reestablishment of these elements.
- Explore the patient's religious history as a cause of pain. Some patients may feel terribly wounded by the religion of their childhood and need to come to terms with their anger and sense of rejection.
- Encourage patients to tell their life stories as a way of helping them to recognize themes of purpose, value, worth, and meaning.

III. Spiritual Pain Related to Religious Needs. *Religious beliefs shape the search for meaning; religious rites and rituals provide concrete means of expressing spirituality.*

Signs and symptoms of spiritual pain related to religious needs:

- Desire for devotional expressions of religion
- Lack of participation in religious and/or spiritual practices and rituals
- Absence of a religious leader or teacher and separation from previous religious affiliations
- Desire to practice religious and spiritual disciplines such as prayer, meditation, and yoga

continued

Table 29. Four Interrelated Dimensions of Spiritual Pain and Helpful Interventions⁹⁷ (continued)

Helpful interventions:

- Observe each patient's special holy days, dietary restrictions, needs for daily prayer or meditation, hygiene and modesty requirements, and other important religious precepts.
- Remember the power of religious rituals and observances and, when appropriate, provide or arrange for the following:
 - Prayers that focus on healing and reconciliation
 - The sacraments of baptism, confirmation, marriage, reconciliation, and the sacrament of the sick
 - Ritualized confession, reconciliation, absolution of sins, asking for forgiveness
 - Laying on of hands
 - Devotional practices (eg, meditation, prayer, turning toward Mecca, and reading religious scriptures from sources such as the Hebrew and Christian bibles, the Vedas, and the Koran)

IV. Spiritual Pain Related to Inner Resource Issues. *Spiritual disciplines enhance the capacity to transcend life's difficulties; they are defined as any personal practice or activity that animates, inspires, or motivates a person to aspire, hope, and participate in living. Examples include prayer, yoga, thinking, reading, walking, playing, making love, enjoying nature.*

Signs and symptoms of spiritual pain related to lack of inner resources:

- Sense of purposelessness and lack of fulfillment
- Feelings of being overwhelmed, helpless, and out of control
- Lack of awareness that anger, hurt, guilt, and fear can isolate people from their deepest selves, from others, and from ultimate reality
- Unfamiliarity with spiritual disciplines such as prayer or meditation
- Inadequate use of techniques that help people to adapt to difficult circumstances (eg, sharing feelings with others, humor, relaxation, meditation, prayer)

Helpful interventions:

- Help patients identify elements in the past that have given meaning to their lives and helped them to feel more alive and empowered (eg, use of spiritual and religious practices, contact with nature, reestablishing and enhancing relationships, meaningful communication with significant others)
- Encourage life review and exploration of sources of meaning in life.
- If the patient desires, arrange for access to books or meditation tapes to enhance inner resources.
- Encourage greater use of adaptive techniques such as relaxation, imagery, music, poetry, and devotional readings that focus on healing rather than cure. (If the patient desires, arrange for access to spiritual or religious teachers who use meditation, prayer, and religious scriptures to focus on healing instead of physical cures.)
- Help patients to reframe goals into short-term tasks that can be accomplished, such as going on a trip or saying good-bye to friends and family.

ตารางที่ 1 Spiritual Assessment Guide

Patient's Name.....Age.....Bed.....Diagnosis.....

Spiritual Needs	Question/Observation
การค้นหาความหมาย/เป้าหมายในชีวิต (search meaning & purpose of life)	<ul style="list-style-type: none"> - อะไรหรือการกระทำใดที่ทำให้ท่านรู้สึกมีความหมาย/มีคุณค่า มากที่สุด หรือช่วยให้มีเป้าหมายในชีวิต - อะไรที่มีความหมาย/มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับท่านในขณะนี้
แหล่งของความหวังและกำลังใจ (sources of hope and strength)	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อท่านมีปัญหา/ต้องการความช่วยเหลือ ท่านปรึกษาใคร - มีใครบ้างที่สามารถติดต่อได้ง่ายเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ และเขาจะให้การช่วยเหลือด้านใดแก่ท่าน - อะไร/ใครคือแหล่งของความหวังและกำลังใจของท่าน - เมื่อท่านรู้สึกกลัวหรือต้องการกำลังใจ บุคคลใด/หรืออะไร/หรือวิธีการใดที่จะช่วยท่านได้มากที่สุด
ความรัก/ความสัมพันธ์กับผู้อื่น/สิ่งอื่น (love and relatedness)	<ul style="list-style-type: none"> - ความสัมพันธ์กับญาติหรือเพื่อนเป็นอย่างไร - ผู้ป่วยแสดงว่ามีความสุข/สงบหรือไม่ - อะไรบ้างที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข/และสบายใจ
ความภาคภูมิใจ/ความรู้คุณค่าในตน (self-esteem and value)	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านมีความรู้สึก (มีความภูมิใจ) อย่างไรเกี่ยวกับตนเอง - คนอื่นให้ความหมายและคุณค่ากับท่านอย่างไร - ท่านรู้สึกโกรธ/ไม่พอใจสิ่งใดหรือไม่
ความโกรธ (anger)	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านมีวิธีการจัดการ/ควบคุมกับความโกรธนั้นอย่างไร
การให้อภัย/ขอโทษกรรม (forgiveness)	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านมีอะไรค้างคาอยู่ในใจ ต้องการขอภัยหรือให้อภัยใครหรือไม่ - ท่านมีอะไรที่ทำให้ท่านกังวลใจหรือไม่สบายใจหรือไม่ - ต้องการพูดคุยกับใครเป็นกรณีพิเศษหรือเขียนข้อความ/จดหมาย ถึงใครบ้างหรือไม่
การปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนา กับพฤติกรรมสุขภาพ (religious practice/spiritual beliefs and health)	<ul style="list-style-type: none"> - ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้มีสาเหตุเกิดจากอะไร - การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้ความเชื่อ/ศรัทธาของท่านเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ - มีแผนการรักษาพยาบาลใดที่ขัดต่อความเชื่อ/ศาสนาหรือไม่ - ท่านต้องการปฏิบัติพิธีทางศาสนาหรือต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจหรือไม่ <p>ในขณะที่รักษาหรืออยู่โรงพยาบาล (สังเกต-บุคคล/สิ่งของ/สัญลักษณ์ศาสนาและความเชื่อ)</p>

- **F = Faith** ความเชื่อหรือสิ่งที่สำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยในปัจจุบัน
- **I = Importance and influence** ความเชื่อดังกล่าวมีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร
- **C = Community** ชุมหรือสังคมที่มีความเชื่อเดียวกันกับผู้ป่วยมีความหมายต่อผู้ป่วยอย่างไร
- **A = Address or application** ผู้ป่วยต้องการให้ทีมดูแลปฏิบัติดีเขาอย่างไรให้เหมาะสมตามความเชื่อของเขา