

PALLIATIVE CARE CASE CONFERENCE

ประจำเดือนธันวาคม 2566

A 40-year-old Thai man was hit by a car while he was driving a motorcycle. The driver of the car was his father.

He had a severe traumatic brain injury, and he has been in a comatose state since the accident. His father felt extremely guilty, and family members were very sad. The family wanted to get the patient to withdraw life support at home, while the father was being prosecuted by law.

How would you provide care for their grief?

Is it possible to withdraw life support in a patient with legal issue?



วันพุธที่ 27 ธันวาคม 2566 เวลา 12.00-13.30 น.

ขอเรียนเชิญผู้ที่สนใจร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง
ผ่านทาง zoom meeting ID: 958 2739 2086 Passcode: 1234



Palliative Care Case Conference

ประจำเดือนธันวาคม 2566

Achiraya Fongjangwang, MD
Kapchawin Boondech, RN
Prakaipech Kaw-in

Karunruk palliative care center,
Faculty of medicine, KKU

Patient identification

- ผู้ป่วยชาย อายุ 40 ปี
- สถานภาพ : โสด
- ภูมิลำเนา : จังหวัดขอนแก่น
- สิทธิการรักษา : ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- Admission date : 6/11/2566
- Status before admission : full ADL

Chief complaint

ซึมลงไม่รู้สีกตัว 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

• Present illness

30 minPTA ขับรถจักรยานยนต์ชนรถกระบะ ชี้นไม่รู้สึกตัว มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ ใบหน้า และเท้าขวา สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ กู้ชีพนำส่งโรงพยาบาลชุมชน

แรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน

A B C pass, D E1V1M3, pupil Rt 2 mmRTL/Lt 3 mmfixed, Motor Rt. grade 2, Motor Lt. grade 3+, Lt. scalp hematoma → on ETT
→ refer โรงพยาบาลศรีนครินทร์

• Past history

History of Amphetamine induced psychosis, chronic alcohol drinking

Physical examination (SNH)

A 40-year-old Thai comatose man

Primary survey

Airway and C-spine protection : on ETT no. 7.5 depth 22 cm, on hard collar

Breathing and ventilation : equal and normal breath sound both lungs

Circulation : full pulse, no active bleeding/deformity

Disability : E1VtM3, pupil Rt. 2 mmSRTL/Lt. 5 mmSRTL, PR-yellow, loose sphincter tone

Adjuncts to primary survey

V/S BP 195/105 mmHg, PR 112/min, RR 24/min, BT 37 °c, SpO2 100%

ECG-sinus tachycardia

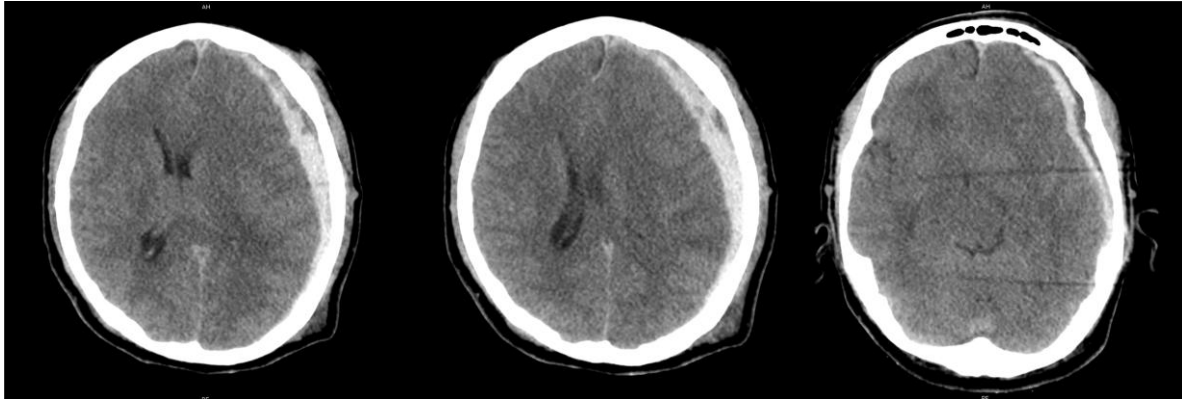
CXR-not seen rib fracture/pneumothorax

eFAST-negative, on urethral cath-yellow, clear

Investigation

CT brain NC include c-spine :

- Acute SDH at left cerebral convexity (1.3 cm in thickness) causing;
 - 1.2-cm rightward subfalcine herniation
 - Descending transtentorial herniation
 - Diffuse brain swelling
 - Scalp contusion at left parietooccipital region, 1.3 cm.
 - No evidence of displaced skull fracture or cervical spine fracture.
 - Suspected non-displaced left scapular fracture.



**จากสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย
คุณคิดว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มนการพยากรณ์โรคเป็นอย่างไรบ้าง**

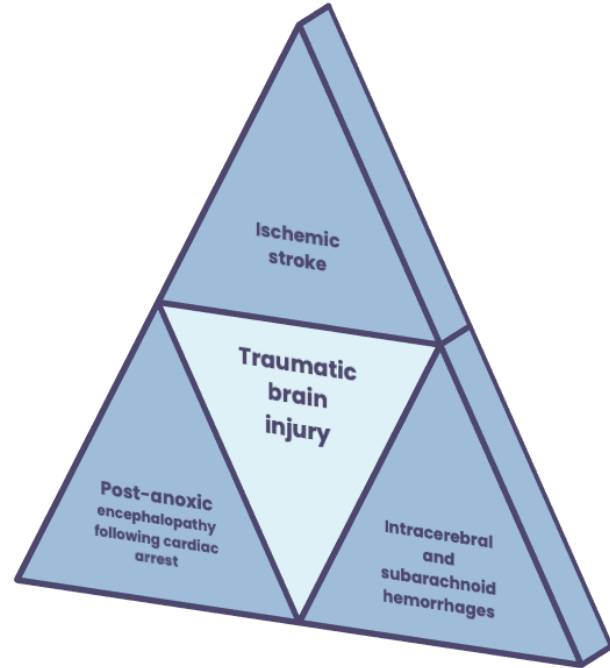


Best case

Worst case

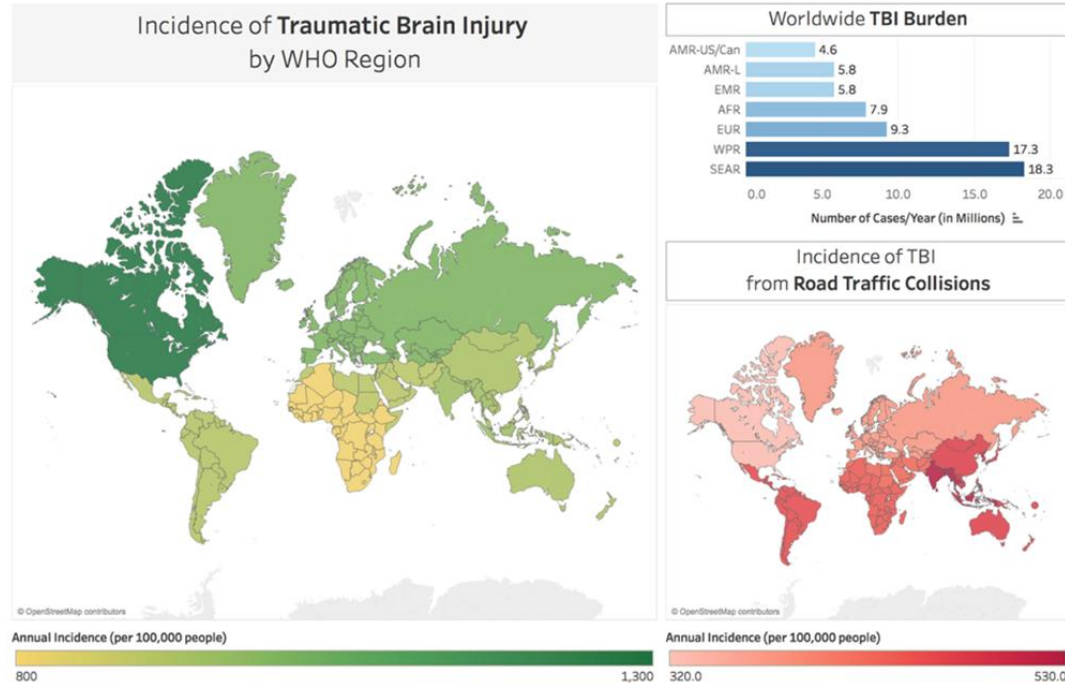
Severe acute brain injury

- Challenging facing patients, their families and clinicians.
 - Sudden, unexpected, and devastating neurologic insult
 - The treatment decisions must be made quickly
 - Conversations about **goals of care** have to occur between **clinicians** and **surrogate decision-makers**, rather than with the patient themselves.



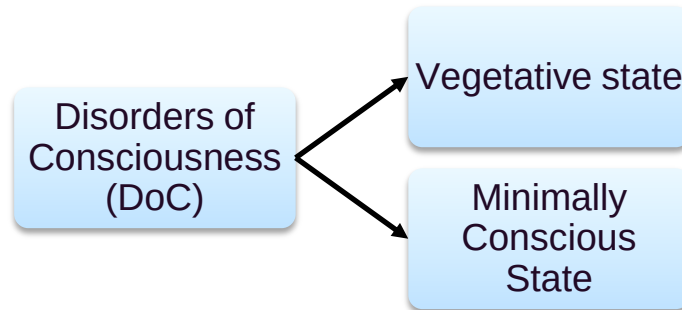
Traumatic brain injury

- **TBI** affects an estimated 69 million people per year worldwide and contributes to global **death** and **disability** more than any other traumatic injury



Traumatic brain injury

- Following **severe TBI**, many patients experience **coma** — an unresponsive state lacking wakefulness or awareness.
- **Coma** usually ends *within two weeks*, and patients may become awake but still not aware of themselves or surroundings

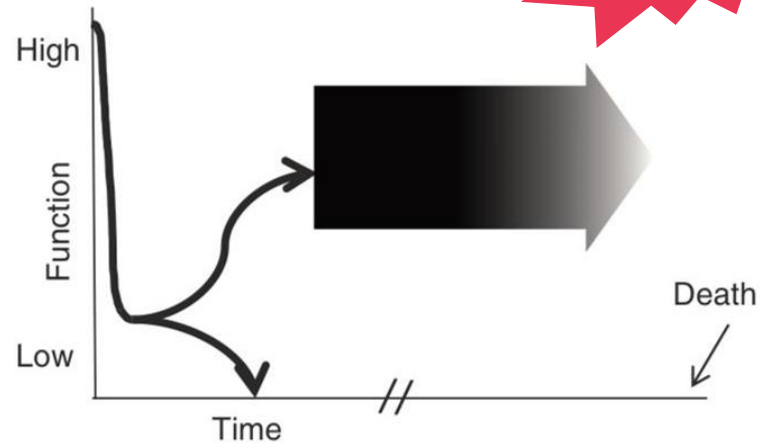


- **Recovery of awareness** is **unpredictable**, returning within weeks, years, or never.
- Clinical decision making at the intensive care unit (ICU) **remains challenging**

" Things to concern "

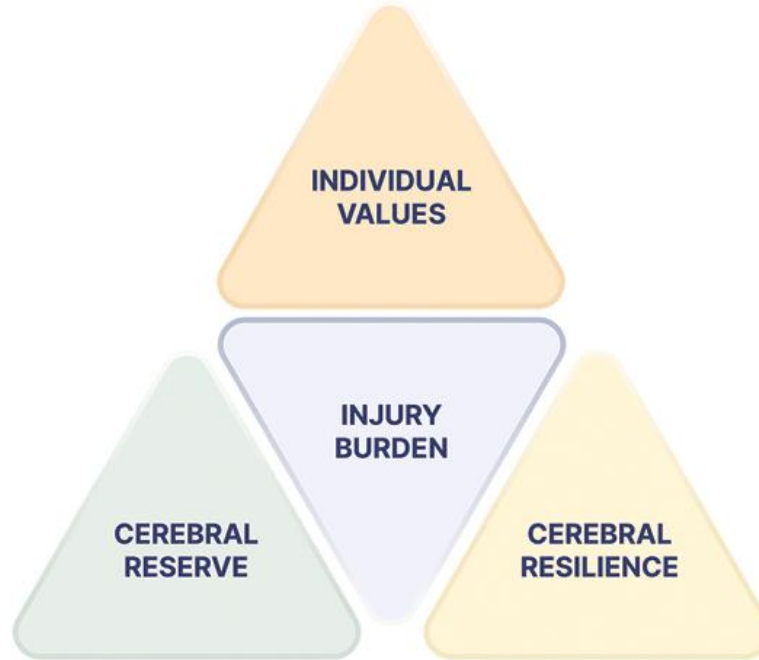
1. **Illness trajectories**
2. Prognostic uncertainty
3. Symptom profiles
4. Psychological suffering of patients and families
5. Caregiver needs

d Severe Acute Brain Injury

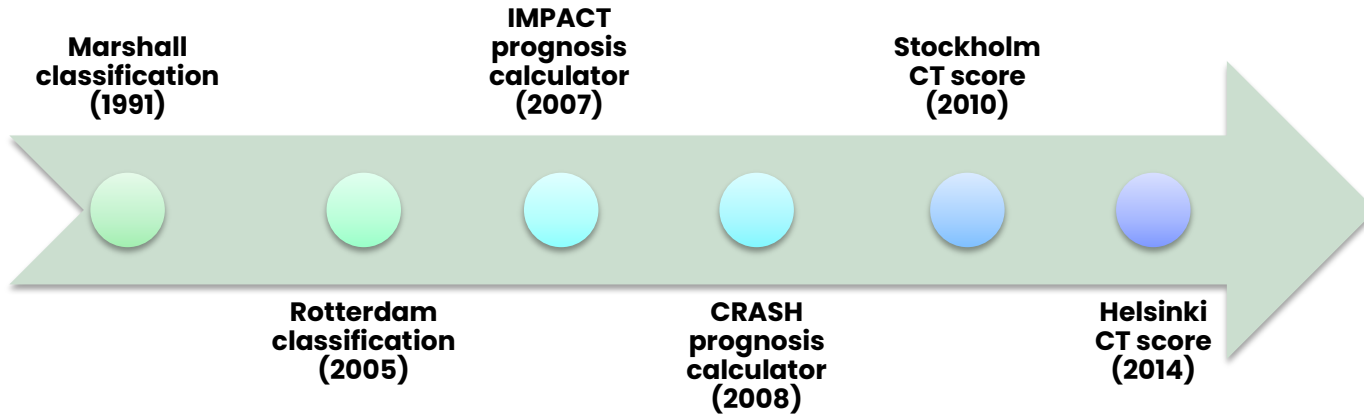


Neuropalliative Care : A Guide to Improving the Lives of Patients and Families Affected by Neurologic Disease (2019)

Key supporting elements of neuroprognostication



Prognostication in TBI



- (1) Marshall LF, Marshall SB, Klauber MR, et al. A new classification of head injury based on computerized tomography. Special Supplements. 1991;75:S14-S20.
- (2) Maas AI, Hukkelhoven CW, Marshall LF, et al. Prediction of outcome in traumatic brain injury with computed tomographic characteristics: a comparison between the computed tomographic classification and combinations of computed tomographic predictors. Neurosurgery. 2005;57(6):1173-1182.
- (3) McHugh GS, Engel, DC, Butcher I, et al. Prognostic Value of Secondary Insults in Traumatic Brain Injury: Results from The IMPACT Study. Journal of Neurotrauma. 2007;24(2), 287-293.
- (4) MRC CRASH Trial Collaborators, Perel P, Arango M, et al. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. BMJ. 2008;336(7641):425-429
- (5) David WN, Harriet N, Robert MM, et al. Extended Analysis of Early Computed Tomography Scans of Traumatic Brain Injured Patients and Relations to Outcome. Journal of Neurotrauma. Jan 2010;51-64..
- (6) Raj, Rahul; Siironen, Jari; Skrifvars, Markus B.; Hernesniemi, Juha; Kivisaari, Riku (2014). Predicting Outcome in Traumatic Brain Injury. Neurosurgery, 75(6), 632-647

Prognostication in TBI

Marshall classification		Rotterdam classification	
Diffuse injury class	CT findings	CT findings	Score
I	No visible intracranial pathology on CT	Basal cisterns	
II	Cisterns present with 0-5 mm midline shift and/or lesion densities present	Normal	0
	No high or mixed density lesion >25 mL, including bone fragments or foreign bodies	Compressed	1
		Absent	2
III	Cisterns compressed or absent with 0-5 mm midline shift	Midline shift	
	No high or mixed density lesion >25 mL	No shift or shift ≤ 5 mm	0
		Shift >5 mm	1
IV	Midline shift >5 mm	Epidural mass lesion	
	No high or mixed density lesion >25 mL	Present	0
		Absent	1
V	Any lesion surgically evacuated	Intraventricular blood or subarachnoid hemorrhage	
VI	High or mixed density lesion >25 mL	Absent	0
	Lesions not surgically evacuated	Present	1
		Sum score	add 1

In this case

Marshall classification = IV

Rotterdam score = 5

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/YJSRE

Association for Academic Surgery

Utility of the Marshall & Rotterdam Classification Scores in Predicting Outcomes in Trauma Patients[☆]

Adel Elkbuli, MD, MPH,^{a,*} Saamia Shaikh, DO, JD,^a Kelly McKenney,^a
Hunter Shanahan,^a Mark McKenney, MD, MBA, FACS,^{a,b} and
Kimberly McKenney, MD,^{a,b}

^a Department of Surgery, Division of Trauma and Acute Care Surgery, Kendall Regional Medical Center, Miami, Florida

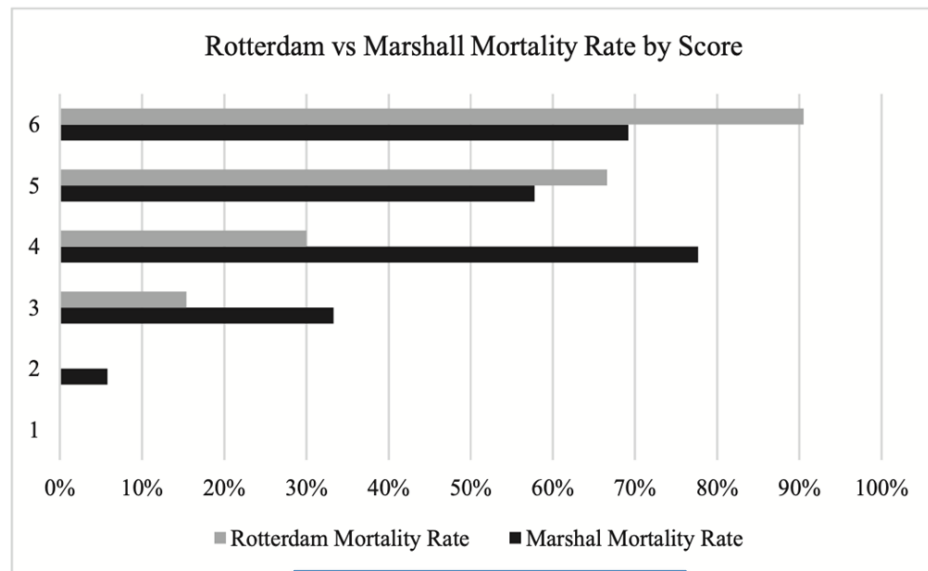
^b Department of Surgery, University of South Florida, Tampa, Florida

Conclusion

- Higher Marshall and Rotterdam scores are associated with **increased odds of death** in adults with a coma from severe TBI after blunt injury
- A cutoff score of **< 4** is associated with **better survival chances**

Predicting **in-hospital mortality** for patients in coma with severe TBI

(Patients ≥ 18 years of age with blunt TBI + GCS 3-5)



In this case

Marshall score = 4

Rotterdam score = 5

} indicate a higher chance the injury could lead to death

Elkbuli A, Shaikh S, McKenney K, Shanahan H, McKenney M, McKenney K. Utility of the Marshall & Rotterdam Classification Scores in Predicting Outcomes in Trauma Patients. *J Surg Res.* 2021;264:194-198.

Prognostication in TBI

CRASH prognosis calculator

Head injury prognosis



These prognostic models may be used as an aid to estimate mortality at 14 days and death and severe disability at six months in patients with traumatic brain injury (TBI). The predictions are based on the average outcome in adult patients with Glasgow coma score (GCS) of 14 or less, within 8 hours of injury, and can only support - not replace - clinical judgment. Although individual names of countries can be selected in the models, the estimates are based on two alternative sets of models (high income countries or low & middle income countries).

Country	Thailand
Age, years	≤40
Glasgow coma score	4
Pupils react to light	Both
Major extra-cranial injury?	No
CT scan available?	☒
Presence of petechial haemorrhages	No
Obiteration of the third ventricle or basal cisterns	Yes
Subarachnoid bleeding	No
Midline shift	Yes
Non-evacuated haematoma	Yes

Prediction

Risk of 14 day mortality (95% CI) 53.9% (47.4 - 60.3)

Risk of unfavourable outcome at 6 months 81.1% (76.7 - 84.9)

Print

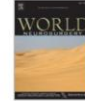
Reference:
The MRC CRASH Trial Collaborators. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. BMJ 2008 doi:10.1136/bmj.39461.643438.25 2007;

Online calculator by: Sealed Envelope Ltd

Prognostic
result in
this case



World Neurosurgery
Volume 137, May 2020, Pages e159-e165



Original Article

Comparison of the CRASH Score– Predicted and Real Outcome of Traumatic Brain Injury in a Retrospective Analysis of 417 Patients

- **Good ability to predict 14-day mortality** with high accuracy (AUC of 92.1%) and **6-month outcomes** (AUC of 90.7%)
- **CRASH score < 31.5%** = high chance of surviving 14 days (sensitivity 0.823, specificity 0.895)
- **CRASH score ≥ 55.75%** = high chance of severe disability at 6 months (sensitivity 0.793, specificity 0.830)

**14-day
mortality**

**6-month
outcome**

→ CRASH Head Injury Prognosis Calculator

Prognostication in TBI

IMPACT prognosis calculator

Prediction models for 6 month outcome after TBI

Admission Characteristics	Value
Core	
Age (14-99 years)	40
Motor Score	Abnormal Flexion
Pupils	Both reacting
Core+CT	
Hypoxia	No
Hypotension	No
CT Classification	Diffuse Injury IV
ISAH on CT	No
Epidural mass on CT	No
Core+CT+Lab	
Glucose (54-360 mg/dL)	169 mg/dL
Hb (6-17 g/dL)	15.3 g/dL
Calculate	Reset

This model predicts outcome in the following patients:
Adults with head injury, Glasgow Coma Scale 12 or less.

Prognostic result in this case

Predicted probability of 6 month mortality: Core model: 28%

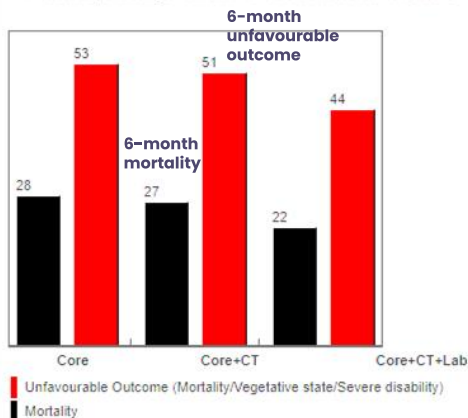
Predicted probability of 6 month unfavourable outcome: Core model: 53%

Predicted probability of 6 month mortality: Core+CT model: 27%

Predicted probability of 6 month unfavourable outcome: Core+CT model: 51%

Predicted probability of 6 month mortality: Core+CT+Lab model: 22%

Predicted probability of 6 month unfavourable outcome: Core+CT+Lab model: 44%



The IMPACT model had the greatest accuracy in predicting

- 6-month unfavourable outcome
(AUC 0.864; 95% CI 0.819 - 0.909)
- 6-month mortality
(AUC 0.902; 95% CI 0.862 - 0.943)

* Accurate in different settings, including low-income and middle-income countries

- IMPACT Head Injury Prognosis Calculator

Prognostication in TBI

Helsinki CT score

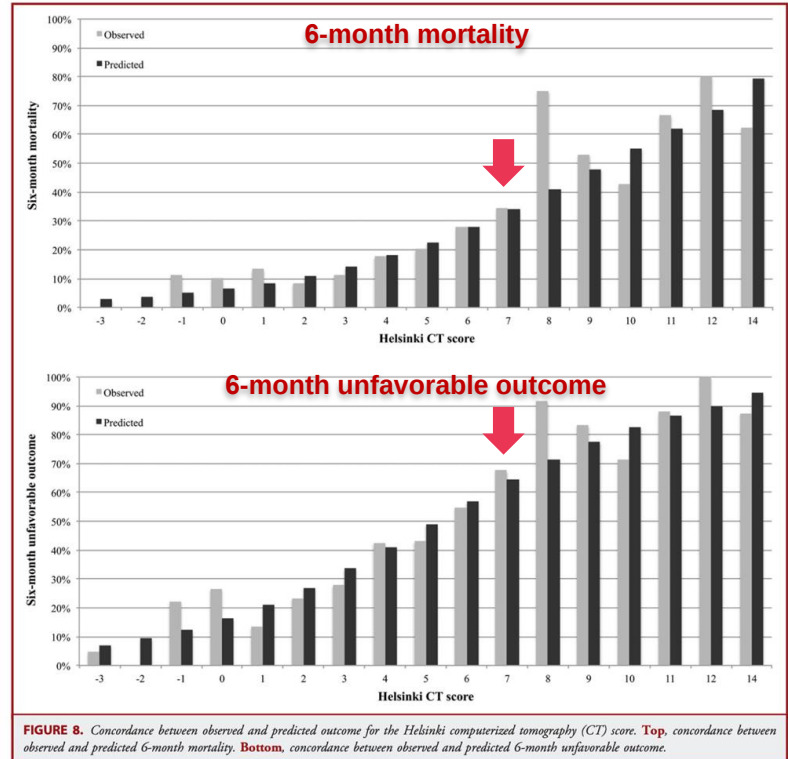
TABLE 6. The Helsinki Computerized Tomography Score Chart

Variable	Score
Mass lesion type(s)	
Subdural hematoma	2
Intracerebral hematoma	2
Epidural hematoma	-3
Mass lesion size > 25 cm ³	2
Intraventricular hemorrhage	3
Suprasellar cisterns	
Normal	0
Compressed	1
Obliterated	5
Sum score	-3 to 14

- A new way to look at CT scans to guess how a person with a head injury might recover
- Better at predicting **long-term outcomes** for TBI patients than older systems

In this case

Helsinki score = 7





Original Article

Comparison of the predictive value of the Helsinki, Rotterdam, and Stockholm CT scores in predicting 6-month outcomes in patients with blunt traumatic brain injuries

Nushin Moussavi Biuki ^a, Hamid Reza Talari ^b, Mohammad Hossein Tabatabaei ^b, Masoumeh Abedzadeh-Kalahroudi ^{c,*}, Hossein Akbari ^d, Mahsa Masjedi Esfahani ^b, Reihaneh Faghihi ^b

^a Department of Surgery, Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

^b Department of Radiology, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

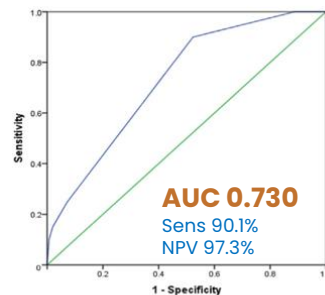
^c Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

^d Department of Biostatistics, Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

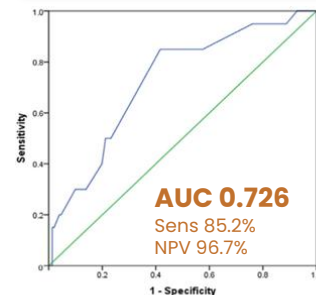
Conclusion

- **Rotterdam** scoring system was best at **predicting death**
- **Helsinki** scoring system was best at **predicting 6-month outcomes**

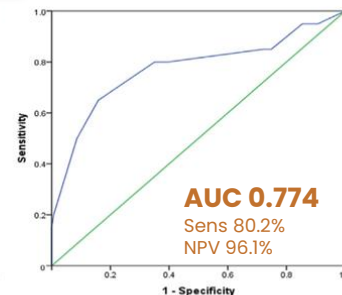
Prediction of death



Rotterdam

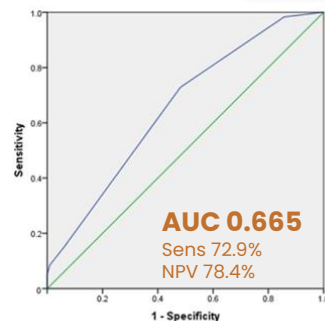


Stockholm

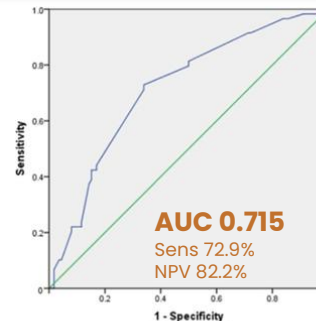


Helsinki

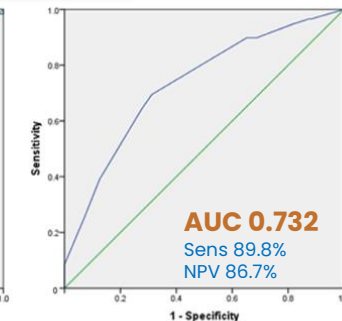
Prediction of 6-month outcome



Rotterdam



Stockholm



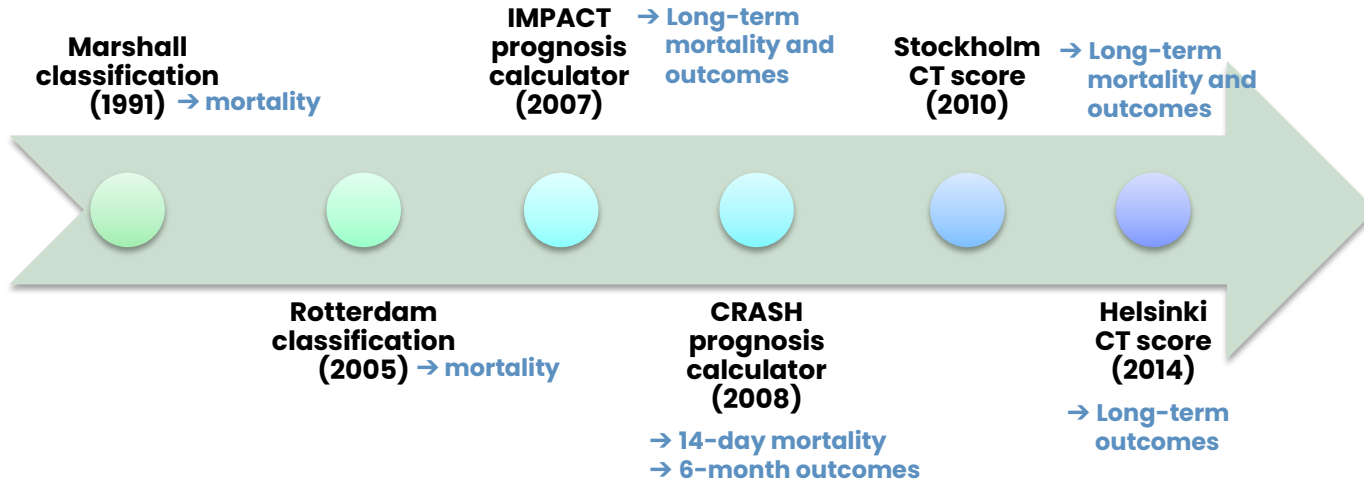
Helsinki

Rotterdam

Stockholm

Helsinki

Prognostication in TBI



- (1) Marshall LF, Marshall SB, Klauber MR, et al. A new classification of head injury based on computerized tomography. Special Supplements. 1991;75:S14-S20.
- (2) Maas AI, Hukkelhoven CW, Marshall LF, et al. Prediction of outcome in traumatic brain injury with computed tomographic characteristics: a comparison between the computed tomographic classification and combinations of computed tomographic predictors. Neurosurgery. 2005;57(6):1173-1182.
- (3) McHugh GS, Engel, DC, Butcher I, et al. Prognostic Value of Secondary Insults in Traumatic Brain Injury: Results from The IMPACT Study. Journal of Neurotrauma. 2007;24(2), 287-293.
- (4) MRC CRASH Trial Collaborators, Perel P, Arango M, et al. Predicting outcome after traumatic brain injury: practical prognostic models based on large cohort of international patients. BMJ. 2008;336(7641):425-429.
- (5) David WN, Harriet N, Robert MM, et al. Extended Analysis of Early Computed Tomography Scans of Traumatic Brain Injured Patients and Relations to Outcome. Journal of Neurotrauma. Jan 2010;51-64.
- (6) Raj, Rahul; Siironen, Jari; Skrifvars, Markus B.; Hermesniemi, Juha; Kivisaari, Riku (2014). Predicting Outcome in Traumatic Brain Injury. Neurosurgery, 75(6), 632-647.

Neurosurgeon

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับตัวโรค มีเลือดออกในสมอง มีภาวะสมองบวม ไม่รู้สึกตัว อาการวิกฤติ แย้งเรื่องการผ่าตัด Risk vs Benefit



ญาติปรึกษากันในครอบครัว → ปฏิเสธการผ่าตัด และต้องการพาผู้ป่วยกลับบ้าน



Neurosurgeon

- Plan for conservative treatment

ทางแพทย์เจ้าของไข้จึงปรึกษาทeam Palliative care ร่วมดูแล

ถ้าหากท่านเป็นทีม *Palliative care* จะวางแผนเพื่อเข้าไป
ประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมอย่างไร

ข้อมูลเพิ่มเติม

- **วันเกิดที่อุบัติเหตุ (6/11/66)** ผู้ป่วยไปซื้ออาหารมาให้หมูที่เลี้ยงไว้ที่บ้าน จนกระทั่งช่วงเย็นยังไม่กลับบ้าน พ่อจึงได้ขับรถกระบะออกไปตาม โดยขณะที่พ่อกำลังขับรถแข่งรถคันข้างหน้า เกิดเหตุไม่คาดฝันขึ้น พ่อประสบอุบัติเหตุขับรถชนกับรถจักรยานยนต์ที่พยายามจะขับสวนทาง ซึ่งมาทราบภายหลังว่าคนขับรถจักรยานยนต์คือลูกชายของตนเอง



ข้อมูลเพิ่มเติม

- **ทางครอบครัวรับทราบว่าข้อมูล :** ผู้ป่วยมีเลือดคั่งในสมองรุนแรง ต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะ หลังจากผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะไม่ฟื้นคืนเป็นปกติเช่นเดิม อาจจะต้องอยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง
- **เนื่องจากมีลูกเขยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์และได้รับการผ่าตัดสมองเมื่อหลายปีก่อน ปัจจุบันเป็นผู้ป่วยติดเตียง** ครอบครัวของลูกสาวคนที่ 3 ต้องผลัดเปลี่ยนกันดูแล หลังปรึกษากันในครอบครัว ถ้าหากผ่าตัดแล้วผู้ป่วยต้องติดเตียง คิดว่าพอกับแม่อายุมากจะดูแลไม่ไหว **จึงตัดสินใจอยากให้ผู้ป่วยเป็นไปตามธรรมชาติ**

ข้อมูลเพิ่มเติม

- เวลาเข้าเยี่ยม บิดาของผู้ป่วยร้องไห้ฟูมฟาย และโทษตัวเองว่าเป็นคนซบชนลูก ยังคงรู้สึกตกใจ เสียใจ และรู้สึกผิดมากที่ซบทรโดยประมาท
- แม้พูดอะไรไม่ออก ได้แต่ร้องไห้ พ่อจึงไม่อยากพามารดา มาเยี่ยมผู้ป่วย เพราะกลัวเห็นลูกแล้วจะเป็นลม



Palliative care assessment

Disease : Severe traumatic brain injury with comatose state

→ ***Plan*** for ***conservative treatment***

Palliative care assessment

8/11/66 (3-day after the admission)

- **A Thai man in comatose state**
- **V/S** BP 114/81 mmHg, PR 96/min, RR 20/min, BT 38.3 °C, SpO₂ 99%
 -> on PCV mode IP 12, RR 14, PEEP 5, FiO₂ 0.4
- **HEENT** – not pale conjunctivae, LW 1 cm at Lt. temporal region with **scalp contusion 5*5 cm**
- **Lung** – no retraction, equal breath sound, coarse crepitation both lower lungs
- **Heart** – regular, no murmur
- **Abdomen** – normal contour, normoactive bowel sound, no guarding
- **Neuro** – **EIVtM3, pupil Rt. 2 mmRTL/Lt. 4mmRTL, positive gag reflex**, no BBK sign
- **Extremities** – **LW at Rt. Foot 3 cm in diameter** with no active bleeding, **AW both knee 3*4 cm, no deformity**

Palliative care assessment

- **Symptoms**

- Pain – CPOT 1 (mild pain)
- Dyspnea – RDOS 3 (mild respiratory distress)
- Agitation and sedation – RASS -4 (no response to voice, but movement to physical stimulation)
- Seizure – มีประวัติชัก Generalized clonic/tonic seizure เป็นครั้งละ 5-10 sec แล้วหยุดเอง

Palliative care assessment

- **Current medication**

- Phenytoin 1000 mg iv drip in 1 hour then 100 mg iv q 8 hour
- Transamine 1 gm iv OD
- Thiamine 100 mg iv OD
- Paracetamol(500) 1 tab oral prn q 4-6 hour
- Levetiracetam 1000 mg iv drip 1 hour then 500 mg iv q 12 hour
- Omeprazole 40 mg iv OD
- Diazepam 10 mg iv prn for seizure (max 4 doses/day)
- Labetelol(1:1) iv 5 ml/hr, keep BP <140/90 mmHg

Issues in this case

- **Withdrawal life support**
- Grief

**Is it possible to withdraw life support
in a patient with legal issue?**

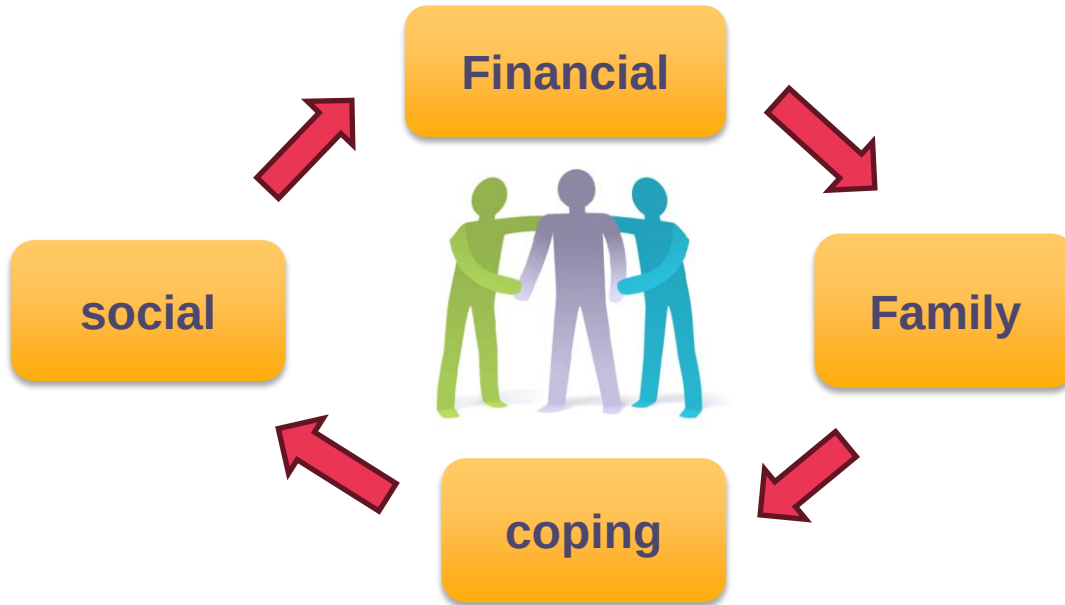
Issues in this case

- Withdrawal life support
- **Grief**

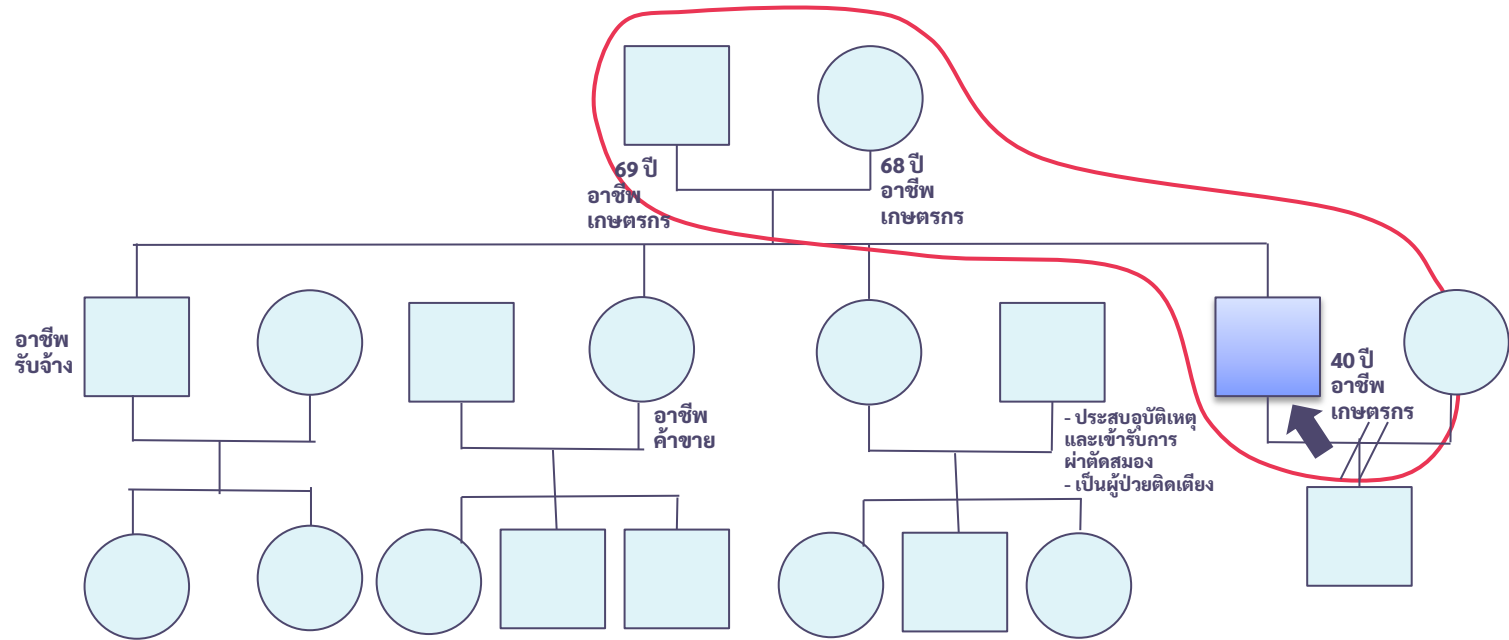
Palliative care assessment

- **Psychosocial assessment**
- **Spiritual assessment**

Psychosocial Assessment



Family Genogram



Coping and perception : 1st telephone assess 8 Nov 2023

- **Perception :** ครอบครัวรับทราบว่ามีความเสี่ยงในสมองรุนแรง ต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ
- หลังจากผ่าตัด ผู้ป่วยจะไม่ฟื้นคืนเป็นปกติ มีแค่ลมหายใจ 5% หรือต้องอยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง
- ปฏิเสธผ่าตัด เนื่องจาก มีลูกเขยประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์หลายปี เป็นผู้ป่วยติดเตียง ครอบครัวของลูกสาวคนที่ 3 ได้ผลักดันเปลี่ยนกันดูแล
- ครอบครัวมีความเห็นร่วมว่า หากผ่าตัดแล้วต้องติดเตียง พ่อกับแม่ที่อายุมากจะดูแลไม่ไหว จึงอยากให้เป็นไปตามธรรมชาติ





Background and Social Assessment

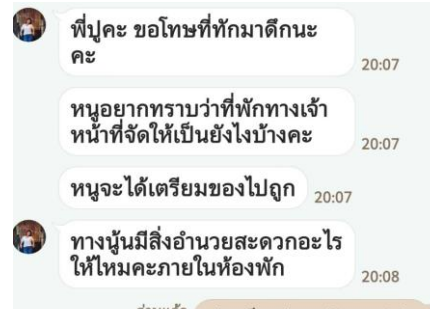
- เรียนจบการศึกษา ม.6
- เคยทำงานรับจ้าง
- แต่งงานเมื่อ 13 ปีก่อน มีบุตรชาย 1 คน
- ลักษณะนิสัยขยันทำงานแต่ค่อนข้างติดสังคม มีเพื่อนพาสังสรรค์ ดื่มแอลกอฮอล์บ่อย
- มีประวัติใช้สารเสพติด
- เลิกรากับภรรยา 12 ปีที่แล้ว โดยบุตรชายอยู่กับภรรยา
- ออกจากงานมาใช้ชีวิตที่บ้านตัวเองกับพ่อแม่ และช่วยทำนา เลี้ยงหมู เลี้ยงไก่
- มีรายได้จากการขายข้าว และเลี้ยงหมู ไก่

*ครอบครัวไม่ได้เข้ามาเยี่ยมทุกวันเนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางมา SNH

ที่อยู่อาศัย

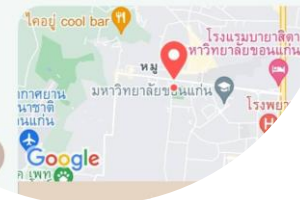


SW. โทรประสานบิดาของผู้ป่วย พบว่า
เรื่องการชดเชยค่าใช้จ่ายของ พรบ.รถ บิดาได้
ได้ติดต่อประสานเจ้าหน้าที่เรียบร้อยแล้ว
(พรบ.รถทั้ง2คันเป็นชื่อของบิดา) เจ้าหน้าที่
พรบ. แจ้งว่ายังไม่สามารถบอกจำนวนเงินที่จะ
ชดเชยได้เนื่องจากต้องดูสถานการณ์ของผู้ป่วย
ว่าจะติดเตียง พิกัด หรือเสียชีวิต เพราะ
จำนวนเงินที่จะได้รับการชดเชยนั้นแตกต่างกัน



อ่านแล้ว 13:18
แต่จะอยู่แถว บีม ปตท. ใน
ม.ขอนแก่นค่ะ

สิ้นสุดการ
โทรแบบ
เสียง
00:25



สิ่งที่ต้องการให้ทางทีมช่วยเหลือเพิ่มเติมระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล คือ

- ที่พักให้กับญาติ SW. แนะนำที่พักเรือนพักญาติและค่าใช้จ่ายแล้ว บิดา รับทราบและจะแจ้งให้กับมารดาทราบอีกครั้ง
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ครั้งละ 500 บาท ที่จำเป็นต้องใช้ในการเดินทาง

Family meeting and grief work



Family meeting 9/11/66

- ✓ ให้ครอบครัวพูดและทบทวนความเป็นมาในชีวิต
- ✓ ให้ความรู้สมาชิกครอบครัวสื่อสารเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการสูญเสีย
- ✓ อยู่เป็นเพื่อนรับฟังอย่างตั้งใจ

- สมาชิกครอบครัว : พ่อ แม่ พี่ชายคนโต (คุณเดี่ยว) พี่สาวคนที่ 3 (คุณราตรี) พี่เขยของพ่อ หลานสาว (น้องทราย) พี่สะใภ้

Explore perception background, feeling and emotion

- **พ่อ** : ดูเศร้า น้ำตาลตลอดเวลาสื่อสารพูดคุย ร้องไห้
- **แม่** : "บอกไม่ถูก พยายามทำใจ วันนั้นกำลังเกี่ยวข้าว เขาเป็นเสาหลักให้พ่อแม่ เคยใช้สารเสพติด ดื่มกินแอลกอฮอล์ ก็จริงแล้ว แต่ก็ช่วยพ่อแม่ทำอะไรทำนา ตามประสาคนบ้านนอก ยังไม่ทันได้กินข้าวใหม่ที่กำลังเก็บเกี่ยว เกิดเรื่องพอดิ ไม่รู้จะได้กินไหม ไม่รู้จะทำยังไง มันเกิดขึ้นกะทันหัน พยายามทำใจคิดถึงหลักคำสอนพระพุทธเจ้า เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ เกิดเหตุครั้งนี้ทำให้ติดต่อลูกหลาน เอ็นลูกหลานมาหา หมอเพิ่นก็ช่วยเต็มที่แล้ว"

- **พ่อ :** “อยากให้หมอช่วยเต็มที่ อยากให้เขา ฟื้นฟู”
- **แม่ :** “เมื่อวานไป เอ็นชัวญให้แล้ว ใช้ไข่ต้ม ต้มมาไขก็ละ แดกใจบดี เอ็นชัวญให้ลูก ขอให้มิปาฏิหาริย์ สวดมนต์ให้เขาทุกมื่อ พยายามทำใจ อยู่กับหมอ 15 % มีลมหายใจแค่ 5% ลูกคนอื่นๆ เขาก็มีภาระ แม่คิด ยาก หวังพึ่งคุณหมอ แต่พ่อก็อยากพากลับบ้าน”
- **พ่อ :** “รับรู้ว่าร่างกายไม่ตอบสนอง การผ่าตัดแก้สมองบวม กลับมา เหมือนเดิมไม่ได้ สำนวนคดีก็ยังไม่แล้วเสร็จ จะดูแลอย่างไร หากได้พา กลับบ้านจะดูแลกันตามไสยศาสตร์ ตามความเชื่อ คิดอยู่ว่าผม ตัดสินใจผิดพลาดไหมที่ไม่ผ่าตัด แล้วทำให้เลือดออกมากกว่านี้ หมอก็ได้บอกอยู่ว่าทางที่ดีไม่ต้องเสียหายนะไร ไม่ต้องผ่า หรือคิดว่าถ้า ตัดสินใจให้ผ่า น่าจะดีกว่านี้ไหม”



Grief reaction

ด้านร่างกายและจิตใจ

- เวลาเข้าเยี่ยม ร้องไห้ฟูมฟาย และโทษตัวเอง ว่าเป็นคนชั่วชนลูก
- พ่อตกใจ และ เสียใจมากที่เป็นลูกชาย รู้สึกผิด ที่ขับรถโดยประมาท
- แม่ พูดอะไรไม่ออก ได้แต่ร้องไห้ พ่อไม่อยากพามาเยี่ยม เพราะกลัวเห็นลูกแล้วจะเป็นลม
- ความกังวลและความต้องการของพ่อ : ลังเล ว่าจะผ่าหรือไม่ผ่า
- “หากผมตัดสินใจผ่าตอนนี้จะทันสมัย สมองเขากระตบกระที่อนมาก ผ่าไปแล้วจะคุ้มค่าหรือป่าว ? ถ้าไม่ผ่า อยากจะพาเขากลับบ้านในวันนี้เลยจะเป็นไปได้ไหม”

**How would you assess and provide care
for their grief?**

Understanding of grief and bereavement

LOSS	GRIEF	MOURNING	BEREAVEMENT
The state of being deprived or separated from someone or something	The “normal” response to the loss- Psychological, emotional, physical, social, spiritual, and community	the process of adjusting to life after a loss. It is influenced by your society, culture, and religion.	The experience of loss

Normal grief

- The **"normal" response** to the loss – Psychological, emotional, physical, social, spiritual, and community
- Not a disorder
- Not a linear process
- No timeframes

Complicated grief

- Grief reactions that significantly **affect the ability to function** socially and professionally for a prolonged period of time
- **+/- severe symptoms and problems**
 - *Psychiatric conditions that accompany grief include clinical:*
 - Depression
 - Anxiety disorders
 - Alcohol abuse or other substance abuse and dependence
 - Psychotic disorders
 - Post-traumatic stress

Type of Grief

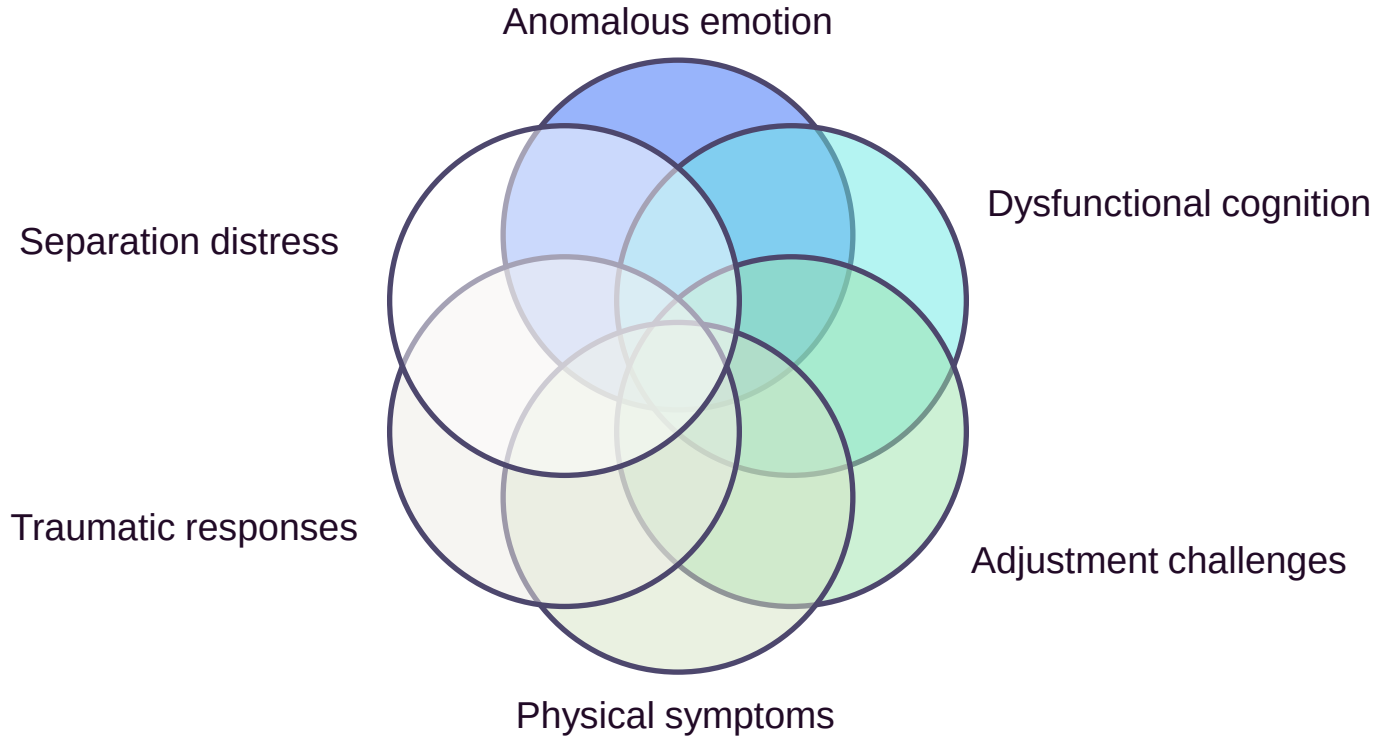
Anticipatory grief

- Occur before the loss when someone is diagnosed with a serious or terminal illness or is leaving for a military deployment
- Grieving the loss of experiences, possibility, or imagined future

Disfranchised grief

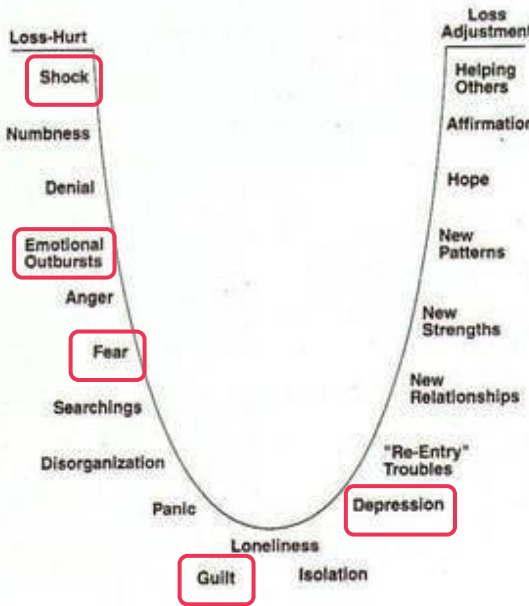
- The "Silent grief"
- A loss that is not or cannot be openly acknowledged, socially sanctioned, or publicly mourned

Interconnections of the 6 domains



Grief Assessment

STAGES OF GRIEF



My experience



- 
- 1. ความเศร้าโศกปกติ (normal grief)
 - 2. ความเศร้าโศกล่วงหน้า (anticipatory grief)
 - 3. ความเศร้าโศกผิดปกติ (complicated grief)
 - 4. ความเศร้าโศกที่ต้องปกปิด (disenfranchised)

แบบประเมิน Complicated grief

Brief Grief Questionnaire

Complicated grief
5 SCORE

Brief Grief Questionnaire

	ไม่เคย	เล็กน้อย	มาก
	0	1	2
1. ท่านรู้สึกยากต่อการยอมรับว่าสูญเสียคนที่รักไป			●
2. ท่านรู้สึกว่า การสูญเสียคนที่รักกระทบต่อชีวิตท่าน			●
3. มีความคิดถึง หรือ ภาพจำ ของผู้เสียชีวิตมากจนรบกวนการใช้ชีวิต		●	
4. ท่านต้องหลีกเลี่ยง กิจกรรม สถานที่ ที่ทำให้นึกถึงผู้เสียชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บปวดจากการสูญเสีย		●	
5. ท่านรู้สึกแยกตัวจากสังคม จากเพื่อนฝูง หลังจากการสูญเสีย		●	

การให้คะแนน 0 = ไม่เคย 1 = เล็กน้อย 2 = มาก

การแปลผล คะแนน ≥ 5

ควรติดตาม complicated grief

Score = 7

Minagis Ito and Sachiyo Nakagawa (2021) Brief Measure for Screening Complicated Grief: Reliability and Discrimination Validity Journal of Loss and Trauma Studies, 34(2) 100-110. doi:10.1080/15327035.2021.1911111

Complicated bereavement risk assessment tool (CBRAT)

(**it is acknowledged that protective factors and resilience may outweigh apparent risk factors)

Client Characteristics (Bereaved client)

- ☐ Under 18
- ☐ Was a twin
- ☐ Young Spouse
- ☐ Elderly Spouse
- ☐ Isolated
- ☐ Lacks Meaningful Social Support
- ☐ Dissatisfied with help available during illness
- ☒ New to Financial Independence
- ☐ New to Decision Making

Deceased Illness

- ☐ Inherited Disorder
- ☐ Stigmatised Disease in the Family/Community
- ☐ Lengthy and Burdensome

Death

- ☒ Sudden or Unexpected
- ☒ Traumatic Circumstances Associated with Death
- ☐ Significant Cultural/Social Burdens as a result of Death

History of Loss (Bereaved Client)

- ☐ Cumulative Multiple Losses

- ☐ Previous Mental Health Illness
- ☐ Current Mental Health Illness
- ☐ Other Significant Health Issues
- ☐ Migrant/Refugee

Relationship with Deceased

- ☐ Profound Lifelong Partner
- ☐ Highly Dependant
- ☐ Antagonistic
- ☐ Ambivalent
- ☐ Deeply Connected
- ☐ Culturally Defined

Risk factors scores

0-2 Low

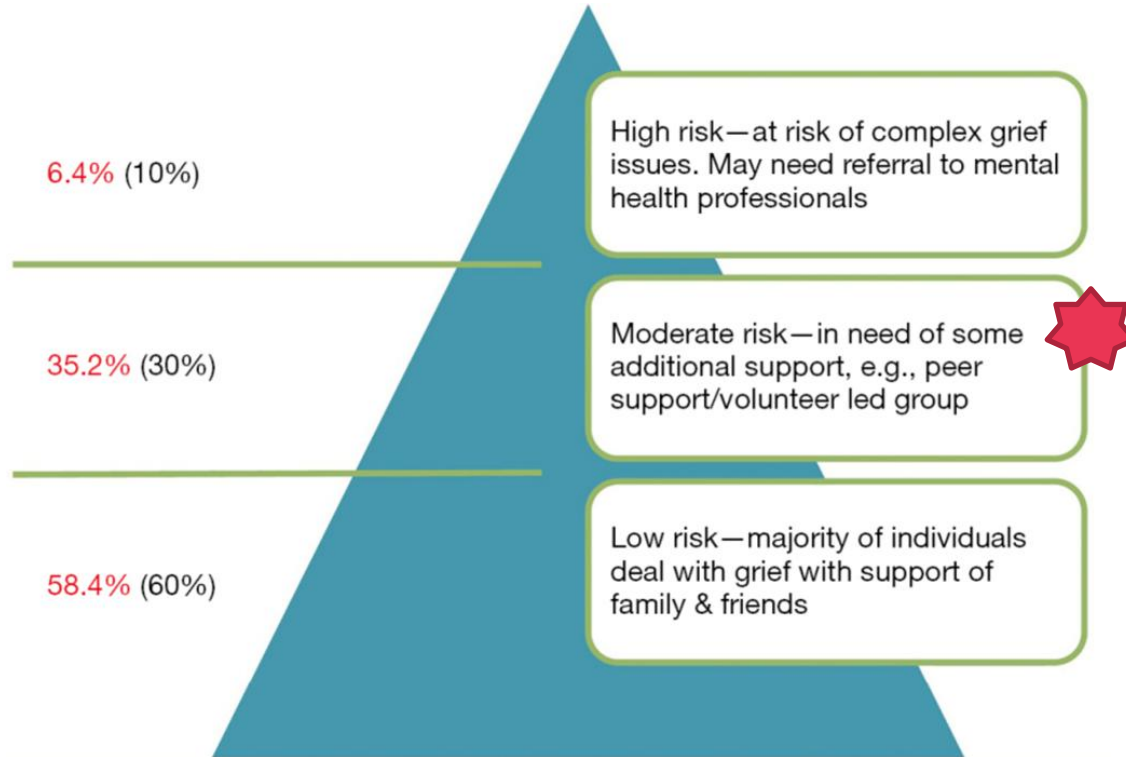
3-5 Moderate

5+ High

*All persons scoring moderate to high presume to be at risk***

Score = 3
Moderate Risk

Stepped bereavement care based on assessment



Abel, J., Kellehear, A., & Aoun, S. (2023). Bereavement care reimagined. *Annals Of Palliative Medicine*, 12(4), 816-825. doi:10.21037/apm-23-24

Bereavement care plan

(GRPCC, 2016)



Dual process model of coping with bereavement

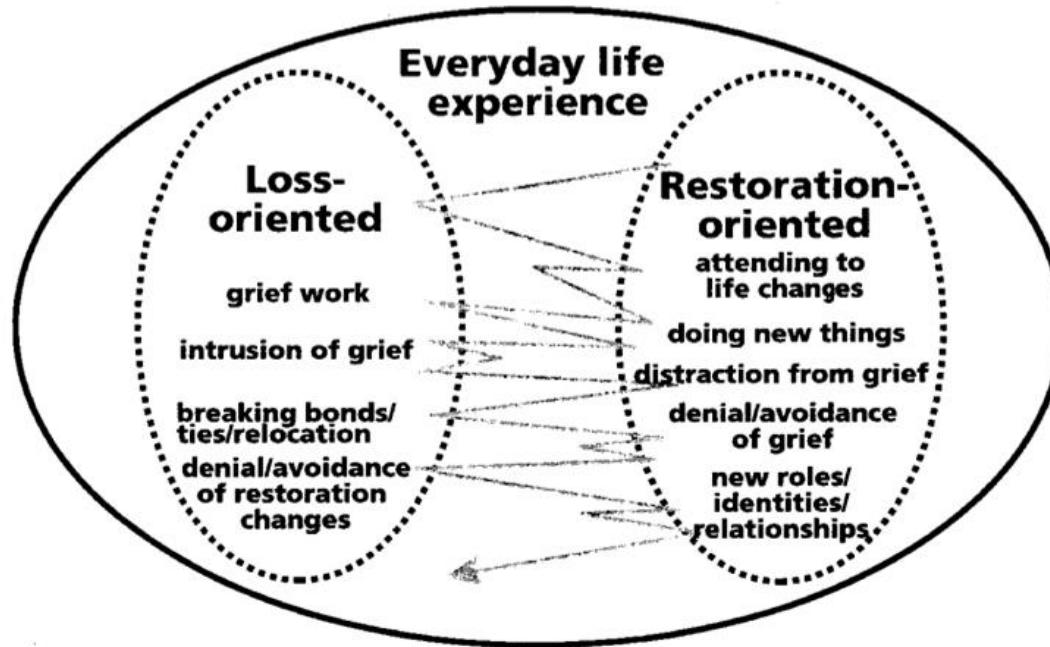


FIGURE 1 A dual process model of coping with bereavement.

'GROWING AROUND GRIEF'

(LOIS TONKIN, 1996)

WHATSYOURGRIEF.COM

PEOPLE
THINK THAT
GRIEF

SLOWLY
GETS
SMALLER

WITH

TIME

IN
REALITY,
GRIEF
STAYS

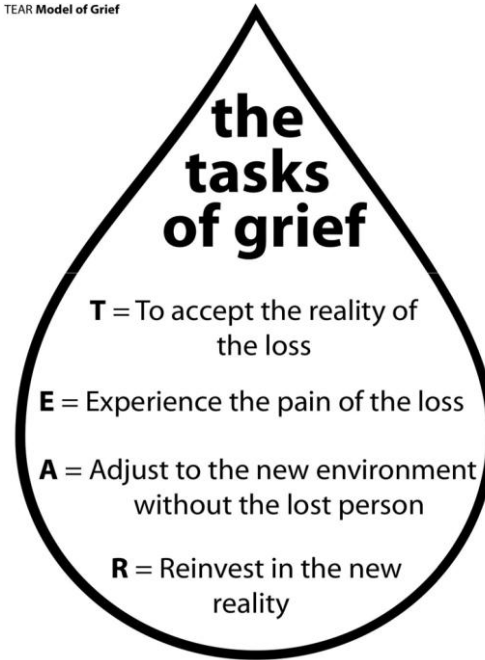
THE
SAME
SIZE

BUT
SLOWLY
LIFE
BEGINS

TO GROW
BIGGER
AROUND
IT

Tear model of grief

TEAR Model of Grief



Based upon Worden's (1991) tasks of mourning:
Worden, J. W. (1991). Grief Counselling and grief therapy: A handbook
for the mental health practitioner (2nd edition). London: Springer

Working with Guilt

Self-blame underlies guilt

- Done something that one believed shouldn't have been done
- Didn't do something that one believed should have been done
- Burdening and regrets often come with guilt
- Guilt is an excessive expectation that is unmet a unbalanced emotions
- May manifest as self-punishment or punishment of others
- May become a motivation to do good (e.g. suicidally bereaved parents starting an advocacy campaign)

Working with guilt

- Work towards self-forgiveness and self-compassion
- Critical appraisal of the blame
- Empty chair technique to work on some regrets (e.g. unfinished conversation-didn't have the chance to say goodbye)



Spiritual assessment

- แม่ : “ลูกโคม่าแล้ว ก็ต้องสูญเสียอยู่วันยันค่ำ ถ้าอยู่ไปก็ทรงตัวไปวันๆ มีเหตุผลที่บีบบังคับหลายอย่าง แม่เองก็มีโรคประจำตัว ไทรอยด์ เบาหวาน ความดัน หมอนรองกระดูกเสื่อม ถ้าเป็นไปได้ก็อยากพากลับบ้าน แต่ตำรวจยังทำคดีไม่เสร็จ ร้อยเวรกับบอก ไม่ได้ทำง่ายๆ ต้องรอ 2-3 เดือน ถ้าเอากลับบ้าน เสียชีวิตแล้วต้องเอาร่างกลับมาพิสูจน์ ”
- พี่สาว : “ถ้ามีโอกาสดิตเตียง พี่ต้องลาออกมาดูแล จะไม่มีคนหาเงินเข้าบ้าน”

Explore Meaning ที่อยากพากลับบ้าน

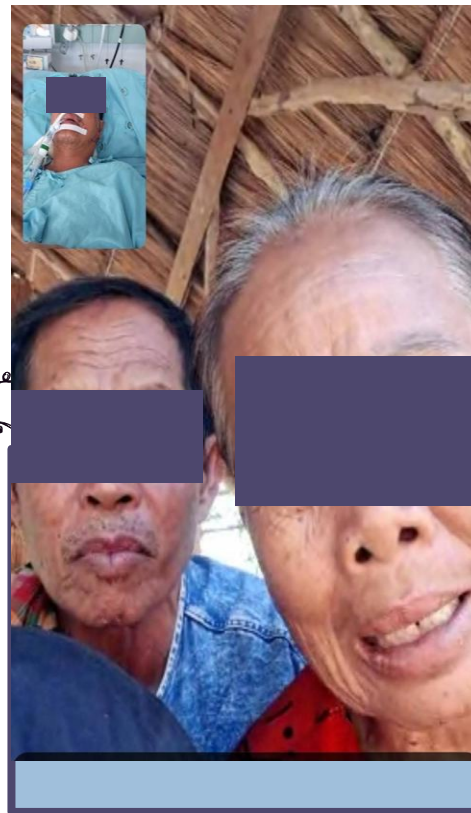
- แม่ : “ไม่มีเหตุผลใดใดหรอกหมอ ถ้าอยู่ไป ก็อยู่ไปแต่วันๆ ที่อยากพากลับบ้าน อยากให้เขาหมดลมในอ้อมอกแม่ ถ้าเขาอยู่ต่อได้อีกนาน แม่ไม่มีเงินที่จะจ่าย ”
- ลุง (พี่เขยพ่อ) : “ ถ้าพากลับจะมีผลต่อคดีความไหมครับ “

PC management

- ทีม PC เสนอทางเลือกที่จะพอช่วยเหลือให้พ่อและแม่ได้เข้าเยี่ยมโดยไม่ต้องเดินทางไปกลับระยะทางไกล เสนอทางเลือกเรือนพักญาติของโรงพยาบาล
 - แต่ด้วยภารกิจที่ต้องกลับไปดูแล ไก่ หมู ที่ผู้ป่วยได้เลี้ยงไว้ พ่อแม่ปฏิเสธการพักค้างคืนที่โรงพยาบาล
 - ระหว่างนี้มีหลานสาว (น้องทราย ลูกของพี่ชายคนโต) กลับมาอยู่ด้วยเพื่อช่วยดูแลปู่และย่า
 - ยินดีที่จะให้ทีม PC ช่วยวิดีโอคอลเยี่ยมอาการในวันที่พ่อและแม่ไม่ได้เดินทางมาเยี่ยมที่โรงพยาบาล
-
- Plan support grief & bereavement
 - ติดตามเป็นระยะครอบครัวมีความเสี่ยงต่อ complicated grief

ติดตามเยี่ยมอาการ

Post family meeting day 1 : 12/11/66

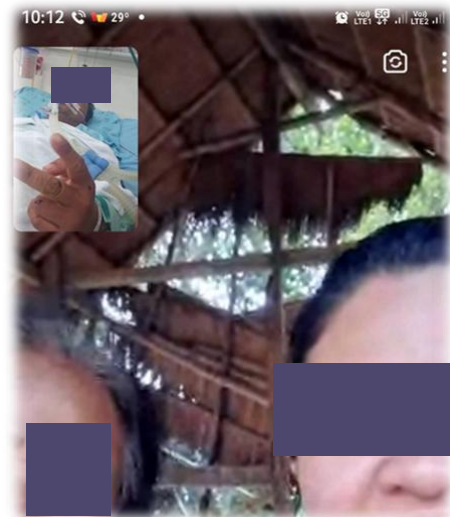


- GCS E1VTM4 pupil 3 mm + both eye on ventilator PCV mode
- ไอเองมีเสมหะเยอะ
- v/s stable
- ได้วิดิโอคอล ให้ พ่อกับแม่ เห็นอาการ และได้พูดคุย ฃพ. มีปฏิกิริยา กระพริบ ตา ไอ หาว ช่วงที่ได้ยิน เสียงพ่อแม่
- พ่อกับแม่ยังคงดูแลเร้า บอก กินข้าวพอได้ นอนไม่หลับ คิดถึงลูกปนกับดีใจที่เห็น

* ครอบครัวผู้ป่วยได้อนุญาตเผยแพร่ภาพได้เพื่อเป็นวิทยาทาน

ติดตามเยี่ยมอาการ Post family meeting day 2 : 13/11/66

- ตื่นดี GCS E3-4VTM6 pupil 2 mmRTL BE on ETT c CPAP PS 10 Peep5 FIO2 0.4 ไม่หอบ ไอแรง Continue close suction
- BP สูงเล็กน้อย try wean labetalol (1:1) ทีละ 2 cc/hr. ขณะนี้ rate 9 cc/hr. Keep SBP < 140 mmHg.
- Plan off ETT พรุ่งนี้
- ครอบครัวรู้สึกดีใจ ได้เยี่ยม อาการผ่านวิดีโอคอลเข้านี้ เห็นผล.ตื่นดี ทำตามบอก ชู 2 นิ้วได้
- พ่อไม่ได้เยี่ยม เนื่องจากไปทำธุระเอกสารประกันฯ



*ครอบครัวผู้ป่วยได้อนุญาตเผยแพร่ภาพได้เพื่อเป็นนิรภัยทาน

Progress case

