

บทความปริทัศน์

Advance care planning and living will

ผศ.นพ.พรเลิศ จิตรแก้ว

หน่วยเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาวิสัญญีวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในสถานการณ์ที่เทคโนโลยีเพื่อพยุงชีวิตมีความก้าวหน้า มาก แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหาย หรือ กลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตัวโรค ในช่วงเวลาต่าง ๆ มีความสำคัญมาก ปัจจุบันมี แรงผลักดันให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งจากความ เชื่อมั่นในตัวเทคโนโลยีเอง ความกังวลความผิดทางกฎหมาย ความรู้สึกบาป หรือความกดดันในการดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพ ทางสังคม เช่น บุคคลสาธารณะหรือแพทย์ ซึ่งมักพบว่าได้รับการ รักษาชนิดรุกรานต่าง ๆ จำนวนมาก ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายควรมีการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ เรื่องการรักษาร่วมกัน ทั้งจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความรู้เรื่องโรค และทีมผู้ป่วยและญาติซึ่งรอบรู้ความต้องการ และข้อจำกัดของชีวิตตน ผู้ป่วยที่มีการวางแผนเตรียมตัวล่วงหน้า (advance care planning) มักก้าวผ่านระยะสุดท้ายได้อย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น และไม่ต้องทนการกลืนใจที่ช่วยเรื่องไม่ได้คือการทำหนังสือแสดงเจตนา (advance directives, living will) ดังที่ได้รับการรับรองในกฎหมายไทย

สิทธิในการรับหรือปฏิเสธการรักษา

การยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์ส่วนหนึ่ง คือการปฏิบัติตามแนวทางเวชจริยศาสตร์เรื่อง autonomy ซึ่งหมายถึงบุคคลมีทางเลือกอิสระในการตัดสินใจทางเดินชีวิตตน (self-determination) กระบวนการสำคัญคือ การขอความยินยอมในการรักษา (informed consent) สิ่งนี้จะต้องมีความสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ¹

1. Capacity ผู้ป่วยมีความสามารถในการแยกแยะผลดีและผลเสียในการรักษาหลักเทียบกับการรักษาอื่น ๆ หรือไม่รักษาได้

2. Disclosure ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างมากเพียงพอที่จะสร้างความเข้าใจสำหรับตัดสินใจเลือกที่เหมาะสม
3. Voluntariness ผู้ป่วยตัดสินใจโดยปราศจากการขู่เข็ญ บังคับทั้งทางตรงและทางอ้อม

ในภาวะปกติผู้ป่วยสามารถทั้งรับหรือปฏิเสธการรักษาที่ไม่ต้องการได้ (informed refusal) แต่เมื่อการเจ็บป่วยเข้าสู่ช่วงวันท้าย ๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์พอ นั่นคือขาดความสามารถในการตัดสินใจ (capacity) ตามหลักของ informed consent แบบทั่วไป ประกอบกับการตัดสินใจในช่วงนี้สำคัญ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตหรือการสิ้นสุดชีวิต คนที่เกี่ยวข้องมองผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าอ่อนแอต้องการการปกป้องปิดบัง ทั้งมีความแตกต่างจากสังคมตะวันตก คือ²

1. ในประเทศไทยนั้นไม่มีกฎหมายสนับสนุนให้ทำได้ ในสังคมตะวันตกสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) มีความสำคัญสูงสุด แม้ว่าการเลือกจะมีผลสิ้นสุดของชีวิต แต่ในประเทศไทยสิทธิในการเลือกการรักษาไม่ได้สำคัญกว่าการรักษาชีวิต ดังที่เห็นจากคำพิพากษาศาลฎีกาที่เห็นว่าแพทย์สามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วย Jehovah's witness ที่ปฏิเสธการรับเลือดได้ แพทย์ทั่วไปมักเกรงว่าการไม่รักษาแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตไปจะเป็นความผิด
2. แนวคิดเรื่องสิทธิส่วนบุคคลของคนในสังคมตะวันตกส่วนใหญ่ ถือเป็นส่วนย่อยของสิทธิครอบครัว (family autonomy) ในยามเจ็บป่วยญาติใกล้ชิดมักเป็นผู้ตัดสินใจแทน

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในเมืองไทยส่วนใหญ่มักมีคนเลือกการรักษาให้ ซึ่งอาจมีปัญหาคือ

1. การตัดสินใจแทนโดยญาติใกล้ชิด (substitutive judgment decision) ซึ่งแม้ว่าจะมีความรักและความเข้าใจผู้ป่วย

เป็นอย่างดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากการตัดสินใจของญาติภายใต้แรงกดดันหลายอย่าง เช่น ความรู้สึกผิดหรือการปฏิเสธต่อภาวะสูญเสีย

2. การตัดสินใจโดยแพทย์ ซึ่งแม้ว่าจะมีความรู้และความปรารถนาดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากไม่เข้าใจความต้องการผู้ป่วย จากมุมมองที่เน้นเรื่องกลไกของโรคมากกว่าคนหรือความเกรงกลัวผิดกฎหมาย บังคับเหล่านี้ทำให้แพทย์มีแนวโน้มให้การรักษายูนิฟิเคชันผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่ โดยคิดว่าเป็นการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุด (best interest decision)

การยินยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ถือเป็นความผิดทางจริยธรรมหรือกฎหมายหรือไม่³

ในทางเวชจริยศาสตร์แพทย์ซึ่งดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้มีหน้าที่ให้การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ (beneficence) ไม่ควรมุ่งหวังเพียงเพื่อยืดการตาย อันอาจนำความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว (nonmaleficence) ควรให้การยอมรับศักดิ์ศรีของชีวิตหนึ่ง (autonomy) และให้โอกาสผู้อื่นใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างยุติธรรม (social justice) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ palliative care ยอมรับการตายว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติ ไม่ควรไปเร่งหรือยืดการตาย เช่นเดียวกับทางพุทธศาสนาซึ่งถือว่าการตายเป็นการคืนสู่ธรรมชาติ ทางศาสนาคริสต์หรืออิสลามถือว่าเป็นระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะที่ดีกว่า ทั้งนี้ ธรรมชาติในที่นี้ไม่ได้หมายถึงสภาพที่ปราศจากเทคโนโลยี แต่เป็นธรรมชาติของเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถกลับฟื้นคืนได้ด้วยวิธีใด ๆ

การยินยอมให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ แตกต่างจากการตั้งใจปล่อยหรือเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร อันถือเป็นการุณยฆาต (passive/active euthanasia)⁴ การุณยฆาตและการส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย (physician assisted suicide) ถือเป็นเรื่องที่ผิดจริยธรรมตามประกาศของสมาคมแพทย์โลก และผิดกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทย ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาให้มุมมองว่า การเรียกร้องซึ่งความตาย น่าจะเป็นการสะท้อนความทุกข์ที่ไม่เห็นทางออก อันเป็นผลจากการดูแลที่ไม่เพียงพอ⁵ เราควรช่วยกันค้นหาและบรรเทาความทุกข์นั้น มากกว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสียชีวิต มีรายงานว่าผู้ป่วยกว่า 90% เปลี่ยนใจหลังได้รับการดูแลที่เหมาะสม

กฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย

แนวทางการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการใช้เทคโนโลยียุงชีวิต เกิดเมื่อการแพทย์มีความก้าวหน้าพอที่จะยืดชีวิตได้นานขึ้น แต่ไม่สามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เริ่มแรกเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้วผู้ป่วยของ Karen Ann Quinlan ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สมองขาดเลือดอยู่ในสภาวะคล้ายผัก (vegetative state) เรียกร้องให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแพทย์ไม่ยินยอม จึงมีการนำเรื่องขึ้นสู่ศาล และศาลรับรองให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังสามารถหายใจได้เองและมีชีวิตอยู่อีกหลายปี จากนั้นตามมาด้วยคดีที่คล้ายกันของ Nancy Cruzan อันเป็นการรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไร้ประโยชน์ นำไปสู่การออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ.2533 ตามมาด้วยการออกกฎหมายที่คล้ายกันในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก⁶ สำหรับประเทศไทย ซึ่งได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งกล่าวไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

แนวคิดทางการแพทย์ที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย

ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การทำหัตถการเพื่อการรักษาใด ๆ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะบกพร่อง จำเป็นต้องมีผู้ตัดสินใจตาม ความคิดที่ว่าถ้าผู้ป่วยรู้ตัวเลือกได้จะเลือกให้ทำอะไร (substitutive judgment decision) ถ้าไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วยให้ตัดสินใจตามหลักประโยชน์สูงสุด (best interests decision) โดยเลือกการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากที่สุดเป็นหลัก (most beneficial treatment)³



สำหรับ substitutive judgment decision ยามที่ผู้ป่วยไม่ได้กำหนดผู้ตัดสินใจแทน ตามกฎหมายบางประเทศกำหนดผู้ตัดสินใจแทนเป็นลำดับขั้น เช่น คู่สมรส บุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดามารดา ญาติพี่น้อง เป็นต้น ผู้ตัดสินใจไม่ใช่เอาความคิดตนเองเป็นหลัก โดยให้ช่วยคิดว่าถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกตัวและสื่อสารได้ ผู้ป่วยจะเลือกแนวทางการรักษาใด ในกรณีนี้ส่วนใหญ่ยึดประโยชน์ในเชิงของคุณภาพชีวิตมากกว่าการยืดระยะเวลาของชีวิต⁷

ในการนี้สังคมตะวันตกได้มีความพยายามที่จะขยายสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) ให้ครอบคลุมถึงช่วงที่ป่วยหนักดังกล่าว วิธีการคือ การวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้า (advance care planning)^{2, 6} อันเป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของตัวผู้ป่วย ก่อนที่จะป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้ กลไกการตัดสินใจไม่ได้หลายลักษณะ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำให้เป็นเอกสารทางกฎหมาย ได้แก่

- ผู้ป่วยพูดคุยตกลงกับครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแล ใกล้ชิดอย่างชัดเจน ถึงเรื่องคุณค่าและความปรารถนาของชีวิตผู้ป่วยและแนวทางการรักษา
- ตัวอย่างคำพูดหรือการเขียนที่แสดงความปรารถนาอย่างชัดเจน เช่น การสั่งเสียว่าไม่อยากให้ปั๊มหัวใจเพื่อยื้อชีวิต
- การประชุมครอบครัวที่เกี่ยวข้อง สะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นโดยรวมของผู้ป่วย
- การที่ผู้ป่วยบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษร เรียกว่า advance directives

Advance directives เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงของคนในช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการในยามที่ป่วยหนักจนขาดความสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ (loss of mental capacity) สามารถแบ่งได้ 2 แบบ⁷

1. Instructive directives เอกสารแสดงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้และไม่ใช้เครื่องมือเพื่อช่วยพยุงชีวิตในสถานการณ์ต่าง ๆ เอกสารนี้จะมีผลต่อเมื่อผู้ป่วยอาการหนัก สูญเสียความสามารถในการ

ตัดสินใจได้แล้ว ตัวอย่างได้แก่ living wills, natural death act, medical directive ความยากลำบากในการเขียนแนวทางเลือก คือความไม่ชัดเจนเนื่องจากเหตุการณ์จริงอาจเกิดได้หลายแบบ การพยายามเขียนให้เจาะจงตามการเจ็บป่วยชนิดต่าง ๆ มักทำให้สับสนมากขึ้น สำหรับ medical directive เป็นการที่แพทย์แปลความ living will แล้วเขียนเป็นชุดคำสั่งการรักษา เช่น Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) ของสมาคมแพทย์ในรัฐวอชิงตัน

2. Proxy directives เป็นการเสริมจากข้อ 1 โดยระบุบุคคลที่จะตัดสินใจตามความปรารถนาของผู้ป่วย ในยามที่ผู้ป่วยสูญเสียสติสัมปชัญญะ ตัวอย่างได้แก่ Durable Power of Attorney for Healthcare กรณีนี้มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องสุขภาพแตกต่างจาก guardianship ซึ่งเป็นผู้ดูแลบุคคลไร้ความสามารถ การแต่งตั้งคนมาทำหน้าที่นี้น่าจะเหมาะสมในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสตามกฎหมาย สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน หรือไม่มีญาติใกล้ชิด

ข้อดีของการใช้ advance directives⁸

- การยอมรับความปรารถนาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสงบในวาระสุดท้าย
- บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความต้องการของผู้ป่วยแล้วไม่ต้องกลัวว่าจะมีปัญหากฎหมายภายหลัง
- ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสอภิปรายแผนการในอนาคตกับญาติใกล้ชิด
- ทำให้ญาติใกล้ชิดไม่ต้องรับภาระในการตัดสินใจ ซึ่งยากและอาจเกิดความรู้สึกผิด

ข้อเสียของการใช้ advance directives

- การประเมินความสามารถในการเข้าใจขณะใบแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ยากและอาจเกิดปัญหาในการพิสูจน์ในภายหลัง
- การปฏิเสธการรักษา ถ้าจะให้สมบูรณ์ตามแนวเวชจริยศาสตร์แล้ว ผู้ป่วยควรได้รับรู้ความจริงที่จะเกิดขึ้นจริง ๆ ถ้าเขียนล่วงหน้านาน ๆ การคาดหมายสิ่งที่อาจเกิดขึ้นอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

- ความก้าวหน้าในการแพทย์อาจทำให้การตัดสินใจที่ทำได้เดิมไม่เหมาะสม
- ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนการตัดสินใจ
- เมื่อถึงเวลาที่ต้องใช้อาหาไม่พบ
- บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่สบายใจที่ต้องทำตามในสิ่งที่ตนเองไม่เห็นด้วย ซึ่งทางออกอย่างหนึ่ง คือการส่งต่อให้แพทย์ท่านอื่น
- สำหรับญาติใกล้ชิด ส่วนใหญ่การทำอะไรบางอย่างให้ผู้ป่วย ยากกว่าการไม่ทำอะไร

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า

เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ได้แก่⁶

1. กระบวนการคิดหาคุณค่า ความปรารถนา และเป้าหมายในการดูแล (goals of care) ของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตนเองอย่างชัดเจน ถึงเหตุปัจจัยหรืออคติที่มีผลต่อความคิด ความเชื่อ คุณค่าชีวิต ความสุข ทุกข์ เมื่อเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา มีความเข้าใจการดำเนินโรค ระยะเวลาที่เหลืออยู่ คุณภาพชีวิตที่เป็นไปได้ โอกาสในการรักษาให้ได้ผล ภาวะหรือค่าใช้จ่ายทั้งส่วนที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่น ความรู้สึกผิดที่ครอบครัวต้องแบกรับต่อไป เนื่องจากมนุษย์เรามีศักยภาพการเรียนรู้และปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤต ดังนั้น ความคิดความต้องการนี้มักจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ

แนวคำถามเพื่อสำรวจการให้ความหมายเรื่องคุณภาพชีวิตและการยึดการตายของผู้ป่วย⁸

1. ในสถานการณ์แบบไหน ที่คุณคิดว่ามีค่า ควรแก่การมีชีวิตอยู่
2. คุณจะเป็นอย่างไร ถ้าคุณไม่สามารถที่จะ ...
 - ดูแลตนเองได้
 - ลุกออกจากเตียงได้
 - พูดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ชิดได้
 - รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำด้วยตนเองได้
 - ตื่นรู้ตัว และรับรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นรอบตัวคุณ

3. การประเมินชีวิตจำกัดที่จะยอมรับภาระ หรือผลเสียที่จะเกิดจากการรักษา

- ถ้าการรักษาอาจทำให้คุณมีความรู้สึกไม่สบาย และมีโอกาสน้อยที่จะกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษานั้นหรือไม่
- และถ้าการรักษานั้นให้โอกาสคุณกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณจะต้องการการรักษานั้นหรือไม่

2. การสื่อสารความปรารถนาในระยะสุดท้ายกับคนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ญาติใกล้ชิด แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลประจำ และบุคคลที่ถูกระบุให้ตัดสินใจแทน การสื่อสารอาจเป็นการพูดคุยตรง ๆ หรือการสื่อสารทางอ้อม เช่น แลกเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการเสียชีวิตที่ผ่านมาของคนใกล้ชิด การเสียชีวิตของบุคคลในข่าว การแสดงความปรารถนาเป็นได้หลายลักษณะ เช่น การบอกกล่าวด้วยวาจา การเขียนเป็นจดหมาย การถ่ายวิดีโอ ซึ่งสามารถใช้ในการนำสืบได้ อย่างไรก็ตาม เพื่อความชัดเจนสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ควรทำเป็นหนังสือซึ่งมีรายละเอียดพอสมควร

- ก. ชื่อ สกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่
- ข. วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
- ค. ชื่อและสถานะของพยาน เช่น ญาติหรือแพทย์ที่ดูแล
- ง. ระบุเป้าหมายพร้อมตัวอย่างสิ่งที่ไม่ต้องการจะได้รับ หรือให้รับ
- จ. ระบุชื่อบุคคลใกล้ชิด เพื่อทำหน้าที่อธิบาย หรือตัดสินใจแทน
- ฉ. ลงลายมือชื่อผู้ทำหนังสือ พยาน และผู้พิมพ์

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาโดยการเน้นที่เทคนิคหรือเป้าหมาย

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาจะระบุความปรารถนาที่เลือกหรือไม่เลือกหัตถการทางการแพทย์ (procedures oriented) แม้ว่า จะชัดเจนแต่อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น การดูแลผู้ป่วย



มะเร็งระยะไม่ลุกลาม มาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น มีการติดเชื้อหรือความผิดปกติของเกล็ดเลือด ถ้าแก้ปัญหานี้ได้ ผู้ป่วยอาจอยู่อย่างยืนยาวอีกหลายเดือนหรือเป็นปี ในกรณีนี้ น่าจะได้ประโยชน์จากการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบชั่วคราว แต่หนังสือแสดงเจตนาระบุไม่ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

จากกรณีดังกล่าว ควรยึดความปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก (goals oriented) เทคโนโลยีทางการแพทย์ควรเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย การเลือกหรือไม่เลือกหัตถการใดเป็นตัวช่วยสื่อถึงทัศนคติที่มีต่อการรักษา ในแต่ละบริบทควรมีการชั่งเปรียบเทียบผลดีกับภาระและความเสี่ยงในมุมมองผู้ป่วยเสมอ โดยอาศัยความร่วมมือกับบุคคลที่ถูกระบุให้ช่วยอธิบายและตัดสินใจแทนในระบอบสุดท้าย

เป้าหมายในการรักษาอาจไม่ใช่เป้าหมายเดียว เช่น ถ้าผู้ป่วยมีเป้าหมายไม่อยากทรมานและสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์ ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อและเหนื่อย การให้ยาปฏิชีวนะ ยากล่อมประสาท ร่วมกับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นการรอเวลาออกฤทธิ์และประคับประคองไม่ให้เหนื่อยมาก ถ้าดีขึ้น ก็ถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ถ้าไม่ตอบสนอง แม้ได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว ควรกลับมาทบทวนเป้าหมายการรักษา และข้อบ่งชี้การใช้เครื่องช่วยหายใจ การหยุดเครื่องช่วยหายใจซึ่งไม่มีประโยชน์ ทำได้ภายใต้การคุ้มครองของหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน และไม่มีเจตนาเร่งการตาย

ตัวอย่าง Living will จากสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย เน้นเป้าหมายการรักษา^๑

ชื่อ ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด

ชื่อแพทย์ที่ให้การดูแลประจำแบบทั่วไป ซึ่งข้าพเจ้าได้ขอคำปรึกษา.....

ชื่อบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งข้าพเจ้าได้ขอคำปรึกษา.....

ในกรณีที่แพทย์ 2 ท่านซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันลงความเห็นว่าคุณพ่อก็จะไม่สามารถฟื้นจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง หรือมีความพิการซึ่งมีผลให้เกิดความทรมานอย่างยิ่ง หรือทำให้ไม่สามารถรับรู้หรือทำอะไรที่มีความหมายต่อการมีชีวิตได้ เมื่อนั้น ข้าพเจ้าขออนุญาตที่จะตาย และไม่ประสงค์ที่จะมีชีวิตอยู่โดยใช้วิธีการหรืออุปกรณ์พยุงชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ การฟอกไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ การรักษาใด ๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ และเป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตาย ควรงดเว้นหรือหยุดการใช้ แม้ว่าการทำดังนี้จะทำให้ชีวิตข้าพเจ้าต้องสั้นลง อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้ายอมรับการดูแลขั้นพื้นฐาน และร้องขอการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างเต็มที่ ได้แก่ การเข้าหาหรือวิธีการใด ๆ อันจะช่วยลดความเจ็บปวดทรมานของข้าพเจ้า ถึงแม้ว่าสิ่งดังกล่าวอาจมีผลข้างเคียงทำให้เวลาของชีวิตสั้นลง เมื่อเวลานั้นมาถึงในยามที่ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารใด ๆ ได้แล้ว ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือนี้ภายใต้สติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ และมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้ว

ข้าพเจ้าตระหนักว่าชีวิตข้าพเจ้าอาจสั้นลง อันเป็นผลจากการไม่ได้รับการรักษาตามเงื่อนไขในเจตจำนงฉบับนี้

ข้าพเจ้ายอมรับผลกระทบที่จะเกิดตามมา ได้แก่ การไม่สามารถเปลี่ยนการตัดสินใจในยามที่สื่อสารไม่ได้แล้ว และการขาดโอกาสในการรักษาในยามที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ โดยส่วนตัวข้าพเจ้าเกรงผลกระทบอันเกิดจากการได้รับการรักษาที่ไม่ต้องการมากกว่า ข้าพเจ้าต้องการให้ผู้ที่จะดูแลข้าพเจ้าในอนาคตได้รับรู้ว่า ข้าพเจ้ากลัวการจากไปอย่างไม่มีคุณค่า ความเป็นมนุษย์มากกว่าความตาย และขอให้ท่านตระหนักถึงสิ่งนี้ยามที่ท่านต้องพิจารณาการรักษาในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์อันเป็นการเฉพาะสำหรับการรักษาหรือการตรวจดังต่อไปนี้

ความปรารถนาอื่น ๆ ของชีวิต ได้แก่.....

ข้าพเจ้าประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้ให้การปรึกษาในยามที่มีความไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการตามหนังสือแสดงเจตจำนงฉบับนี้ ชื่อและที่อยู่

ลายเซ็นผู้ทำเจตจำนง

พยาน (ควรเป็นญาติใกล้ชิด).....

วันที่ทำ

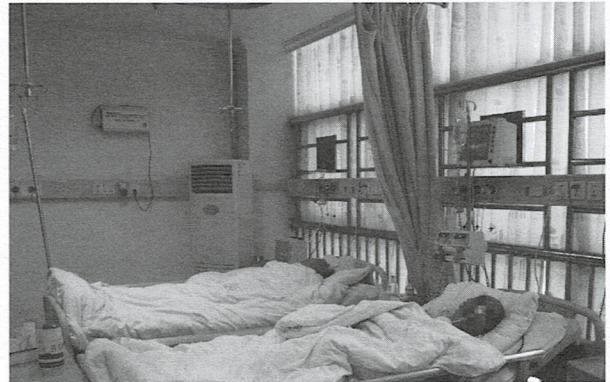
วันที่ทบทวน

ความเป็นอธิปไตยและข้อจำกัดของการใช้หนังสือ แสดงเจตนา²

1. ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการรณรงค์เรื่องนี้มา ยาวนาน ยังมีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพียง 30% หรือน้อยกว่า โดยบางส่วนไม่สมบูรณ์ หาไม่เจอ หรือไม่ได้นำมาโรงพยาบาล การใช้กลไกอื่นเพื่อการตัดสินใจร่วมกันยังมีความจำเป็นและเป็นมาตรฐานอยู่
2. ความปรารถนาในอนาคตตามสถานการณ์สมมติเปลี่ยนแปลงไปมาได้ โดยมี 70-80% ที่คงเดิมในช่วงเวลา 1-2 ปี
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรงมีศักยภาพในการปรับตัว และมีชีวิตที่มีความหมายได้ ผู้ป่วยซึ่งเดิมเคยปฏิเสธมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนการตัดสินใจมารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์
4. จากการศึกษาที่มีไม่มากพอจะประมาณได้ว่า ความปรารถนาของผู้ป่วยที่เคยแสดงไว้ตามสถานการณ์สมมติที่อาจเกิดขึ้น ตรงกับความปรารถนาจริงของผู้ป่วยเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริง เพียง 2 ใน 3
5. ผู้ป่วยอาการหนักส่วนใหญ่อยากได้รับการรักษาที่คาดว่าจะมีประโยชน์สูงเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสี่ยงที่น้อย และกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ให้ผลน้อยเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสี่ยงที่มาก โดยเฉพาะการรักษาที่อาจมีผลเป็นความพิการของร่างกายหรือสมอง
6. การตัดสินใจเลือกรับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความพิการถาวรมักมีการเปลี่ยนไปมาไม่แน่นอน
7. ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยอาจทำนายความปรารถนาของผู้ป่วยได้ไม่ตรง แม้จะมีโอกาสพูดคุยกันก่อนอย่างละเอียด อย่างไรก็ตาม การทำนายมักมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกับผู้ป่วยเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป
8. สังคมมักมีปฏิกิริยาด้านลบต่อการที่ผู้ตัดสินใจแทนในกรณีที่ไม่เลือกรับการรักษา เราควรมีการประเมินและระดับประคองคนกลุ่มนี้ด้วย

แนวทางปฏิบัติในการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้า³

ในทางปฏิบัติการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้ายังเป็นกลยุทธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสื่อสารเพื่อสำรวจคุณค่า ความปรารถนา และการเลือกแนวทางรักษาของผู้ป่วยตามความคิดปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป ในช่วงนี้แม้จะไม่ได้ใช้หนังสือแสดง



เจตนา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะติดอยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติใกล้ชิดและแพทย์ทุกคนเข้าใจเจตนากรณีที่แท้จริง เบื้องหลังการเขียนข้อความต่าง ๆ อันช่วยส่งเสริมความเข้าใจที่ชัดเจนเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันในสถานการณ์อนาคต

การนำการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้าสู่ การปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงหลายเรื่อง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ หรือผู้ป่วยระยะวิกฤตทุกคน น่าจะได้ประโยชน์จากการร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองเกิดขึ้นบ่อย ๆ และควรมีการตรวจสอบและทำทุกรายเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2. ผู้ป่วยที่ดูเสมือนไร้ความสามารถ

ผู้ป่วยสูงอายุที่ความจำเลอะเลือน หรือพูดจาสับสน มีปัญหาทางจิตประสาท อาจดูเสมือนไม่สามารถตัดสินใจได้ ในความเป็นจริงผู้ป่วยยังมีความสามารถบางส่วน สามารถตัดสินใจในคำถามง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนได้ เช่น การถามความต้องการที่จะกลับบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเลือกพูดคุยในยามที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุด การที่ลูกหลานพยายามคาดเดาในสิ่งที่ท่านต้องการและตอบสนองบางส่วน ย่อมดีกว่าการประเมินว่าท่านไม่สามารถบอกอะไรได้เลย

3. การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การเขียนพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ยากมากแม้ในคนธรรมดา แต่การให้เลือกทำอะไรที่ชัดเจนในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นทำได้ง่ายกว่า ดังนั้น ไม่ควรจำกัดสิทธิเฉพาะผู้ป่วยที่เขียนหนังสือแสดงเจตนาเท่านั้น และไม่ควรถูกจำกัดสิทธิผู้สูงอายุหรือมีปัญหาทางสมองแต่ต้น ควรมีการประเมินเป็นเรื่อง ๆ หนึ่งว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตว่าเป็น



อย่างไร เข้าใจว่าจะมีการใช้เครื่องมืออะไร คิดเปรียบเทียบผลที่จะได้กับความเสี่ยงและภาระที่จะเกิดตามมา และผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกได้ในผู้ป่วยที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเข้าออกไอ.ซี.ยู.หลายครั้ง สามารถเข้าใจถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงและตัดสินใจได้ไม่ยาก ถ้าไม่แน่ใจควรถามซ้ำในลักษณะที่แตกต่างกัน

4. เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้น

ควรมีการพูดคุยเรื่องนี้ก่อนเกิดปัญหาวิกฤต หรือเมื่อเริ่มรับรู้ว่ามีชีวิตมีข้อจำกัด แต่ทั้งนี้การรับรู้ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนอาจอยู่ในภาวะปฏิเสธอยู่นานกว่าจะยอมเผชิญหน้ากับความจริงได้ การสื่อสารควรใช้วิธีที่นุ่มนวลก่อน เช่น การชวนคุยการเตรียมตัวตายหลังการป่วยหนัก การพูดคุยเรื่องความตายของคนอื่นที่ใกล้ชิด หรือการรับฟังผู้ป่วยที่พูดเปรยเรื่องความตาย

5. ใครควรเป็นผู้ที่เริ่มสื่อสารในเรื่องนี้

อาจเริ่มได้หลายทาง ไม่จำกัดว่าจะเป็นผู้บุคลากรฝ่ายใด ขึ้นกับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันมากกว่า อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัวเอง แพทย์อาจให้ความเข้าใจเรื่องโรคว่าอาจเป็นได้ทั้งดีขึ้นหรือแย่ลง และการอธิบายเป้าหมายของการใช้เครื่องมือแต่ละอย่างว่าสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นคนกลางสื่อสารปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวกับแพทย์ผู้รักษา แก่ความเข้าใจผิด และกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยร่วมกัน สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งในครอบครัว รับรู้ความต้องการทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องนี้

6. แนวทางการสื่อสารที่ควรใช้

ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการฟังอย่างลึกซึ้ง จนสามารถเข้าใจทั้งเนื้อหาและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ การเปิดโอกาสให้ซักถาม การแสดงถึงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน และการวางท่าทีที่สงบเป็นธรรมชาติเมื่อพูดคุยเรื่องความตาย การพูดถึงเรื่องความตายด้วยท่าทีที่ธรรมดาแต่อ่อนโยน ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ สำหรับแพทย์แล้วควรฟังมากกว่าพูด โดยเป็นลักษณะของการ “ถาม-ตอบ-ถาม” เริ่มจากการถามสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติรับรู้เข้าใจ สอบถามความต้องการในขณะนั้น จากนั้นจึงเป็นการ



พูดคุยอธิบาย และถามทวนถึงความเข้าใจ ความต้องการ ความรู้สึกอันเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสารที่ได้รับ และมีการถามถึงความหมายของสารนั้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว

7. ควรกล่าวถึงประเด็นใดบ้าง

ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย แต่อย่างน้อยควรถามถึงคนที่ผู้ป่วยวางใจให้ช่วยเป็นตัวแทนความคิดในยามที่ป่วยมากขึ้น ซึ่งคนนั้นนอกจากจะรู้จักความคิดความอ่านของผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว ควรมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ดีพอที่จะแยกแยะความรู้สึกส่วนตัวออกจากความรู้สึกเศร้าโศก ไม่ควรเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดหรือติดค้าง เพราะอาจเป็นอคติในการตัดสินใจที่มากเกินไปหรือน้อยไปได้ และเป็นผู้ที่ประสานความรู้สึกและความเห็นของคนในครอบครัวได้ ผู้นั้นควรพร้อมที่จะก้าวเดินไปกับผู้ป่วย สามารถเข้าร่วมการสนทนากับผู้ป่วยและแพทย์ได้สม่ำเสมอ เรื่องอื่น ๆ ที่ควรคุยคือคุณค่าและความหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ มุมมองและความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย การอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว ตอบสนองไม่ได้ การใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การเข้าใจความหมายและความรู้สึกเบื้องหลัง สิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของเป้าหมายในการรักษาที่ผู้ป่วยระบุถึง ในบางครั้งผู้ป่วยเองอาจเลือกที่จะไม่บอกความประสงค์ของตนเอง เพียงเพราะกลัวว่าญาติใกล้ชิดจะลำบากหรือเป็นกังวล หรือไม่ยากขัดใจญาติ การที่ทุกคนเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกัน จะช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว และเป็นโอกาสสุดท้ายที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำอะไรเพื่อผู้ป่วย อันจะเป็นการชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้น

8. ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจที่จะพูดเรื่องนี้

ในสังคมตะวันออกบางครั้งไม่อยากพูดเรื่องความตาย เพราะกลัวเป็นลางไม่ดี หรือเป็นการทำให้โชคร้าย หรือไม่อยากพูดถึงเพราะรู้สึกทรมานไม่ได้ เราอาจช่วยให้กำลังใจและให้สติว่าเราก็หวังว่าผู้ป่วยจะดีที่สุดเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ควรเตรียมตัวสำหรับสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นด้วย หรืออาจพูดคุยทางอ้อมเกี่ยวกับตัวละครในหนังสือ ภาพยนตร์ หรือการเขียนในไดอารี่ สำหรับญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกลำบากใจมาก ถ้าต้องให้เป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนี้ เพราะจะโทษตัวเองว่าเกี่ยวข้องกับการตายที่เกิดขึ้น แพทย์หรือพยาบาลควรยืนยันว่าการตัดสินใจเป็นกระบวนการทางการแพทย์ประกอบกับความปรารถนาของผู้ป่วย ญาติทำหน้าที่เป็นตัวแทนความคิด สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทุกคนกำลังทำสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีการทำหนังสือ

แลดับเจตนา

ก่อนอื่นต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ระยะสุดท้าย หรือ vegetative state ตามคำจำกัดความของร่างกฎกระทรวง จากนั้นจึงทำการ

1. พิจารณาเนื้อหาและความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาที่ได้รับจากผู้ป่วยหรือญาติ
2. ถ้าผู้ป่วยยังมีสติดีอยู่ ให้ขอคำยืนยันเจตนา
3. จัดเก็บหนังสือดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนเพื่อให้แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทราบทั่วกัน
4. บุคลากรทุกคน มีหน้าที่ให้การดูแลในเบื้องต้น และจัดดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วย
5. ถ้าหนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาไม่ชัดเจน หรืออาจมีปัญหาในการปฏิบัติ แพทย์ควรปรึกษาร่วมกับผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมาย หรือญาติใกล้ชิด
6. สถานพยาบาลควรแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลและแก้ไขข้อขัดแย้ง
7. บุคลากรสามารถยุติการใช้เครื่องมือดังกล่าวได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย
8. กรณีผู้ป่วยต้องได้รับความยินยอมและให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

สรุป

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ ให้เข้ากับชีวิตที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้คุณค่าและปรารถนา กระบวนการสื่อสารกันทางการแพทย์และสังคม จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤตก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายทุกราย การที่กฎหมายรับรองสิทธิเลือกการรักษาในระยะสุดท้าย จะเป็นกลไกสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารและทบทวนเป้าหมายเป็นระยะ โดยเน้นที่คุณค่าและความหมายที่แท้จริงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนไปตามการเติบโตทางจิตใจของผู้ป่วย มากกว่ายึดตายตัวตามสิ่งที่เขียน

เอกสารอ้างอิง

1. Etchells E, Sharpe G, Walsh P, Williams JR, Singer PA. Bioethics for clinicians: Consent. CMAJ 1996; 155: p177-80.
2. Kirschner KL. When written advance directives are not enough. Clin Geriatr Med 2005;21:193-209.
3. Pawlik TM, Curley SA. Ethical issues in Surgical Palliative Care: Am I killing the patient by "Letting him go"? Surg Clin N Am 2005;85:273-286.
4. Derse AR. Legal and ethical issues in the United States. In Emanuel LL, Librach SL (eds) . Palliative care: Core skills and clinical competencies. Philadelphia, Saunders, 2007, pp 294-303.
5. Lee KF. Palliative care: Good legal defense. Surg Clin N Am 2005;85:287-302.
6. Starks H, Vig EK, Pearlman RA. Advance care planning. In Emanuel LL, Librach SL (eds) . Palliative care: Core skills and clinical competencies. Philadelphia, Saunders, 2007, pp 220-234.
7. Storey P, Knight CF. UNIPAC Six: Ethical and Legal Decision making when caring for the terminally ill. Gainesville, American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 1996.
8. Machin V. Euthanasia, withdrawal of treatment and advance directives. In Machin V. Medicolegal pocketbook. London, Churchill Livingstone, 2003.