

Advance Care Planning and Living Will

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พรเลิศ ฉัตรแก้ว

หน่วยเวชบำบัดวิกฤติ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในสถานการณ์ที่เทคโนโลยีเพื่อพยุงชีวิตมีความก้าวหน้ามาก แต่ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหายหรือกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตัวโรค ในช่วงเวลาต่างๆ มีความสำคัญมาก ปัจจุบันมีแรงผลักดันให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งจากความเชื่อมั่นในตัวเทคโนโลยีเอง ความกังวลความผิดทางกฎหมาย ความรู้สึกบาป หรือความกดดันในการดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางสังคม เช่นบุคคลสาธารณะหรือแพทย์ ซึ่งมักพบว่าได้รับการรักษาชนิดรูกต่างๆ จำนวนมาก ตามมาตรฐานการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายควรมีการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจเรื่องการรักษาร่วมกัน ทั้งจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีความรู้เรื่องโรค และทีมผู้ป่วยและญาติซึ่งรอบรู้ความต้องการและข้อจำกัดของชีวิตตน ผู้ป่วยที่มีการวางแผนเตรียมตัวล่วงหน้า (advance care planning) มักก้าวผ่านระยะสุดท้ายได้อย่างราบรื่น หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นและไม่ต้องการ กลไกหนึ่งที่ช่วยเรื่องนี้ได้ คือการทำหนังสือแสดงเจตนา (advance directives , living will) ดังที่ได้รับการรับรองในกฎหมายไทย

สิทธิในการรับหรือปฏิเสธการรักษา

การยอมรับคุณค่าความเป็นมนุษย์ส่วนหนึ่ง คือการปฏิบัติตามแนวทางเวชจริยศาสตร์เรื่อง Autonomy ซึ่งหมายถึงบุคคลมีทางเลือกอิสระในการตัดสินใจทางเดินชีวิตตน (self-determination) กระบวนการสำคัญคือการขอความยินยอมในการรักษา (Informed consent) สิ่งนี้จะมีคุณสมบัติที่ต่อเมื่อมีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ¹

1. Capacity ผู้ป่วยมีความสามารถในการแยกแยะผลดีและผลเสียในการรักษาหลัก เทียบกับการรักษาอื่นๆ หรือไม่รักษาได้
2. Disclosure ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลอย่างมากเพียงพอ ที่จะสร้างความเข้าใจสำหรับตัดสินใจเลือกที่เหมาะสม
3. Voluntariness ผู้ป่วยตัดสินใจโดยปราศจากการขู่เข็ญบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อม

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

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

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในเมืองไทยส่วนใหญ่มีคนเลือกการรักษาให้ ซึ่งอาจมีปัญหา เช่น

1. การตัดสินใจแทนโดยญาติใกล้ชิด (Substitutive judgment decision) ซึ่งแม้ว่าจะมีความรักและความเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากการตัดสินใจของญาติภายใต้แรงกดดันหลายอย่าง เช่นความรู้สึกลึกซึ้ง หรือการปฏิเสธต่อภาวะสูญเสีย
2. การตัดสินใจโดยแพทย์ ซึ่งแม้ว่าจะมีความรู้และความปรารถนาดี แต่อาจไม่ตรงเนื่องจากการไม่เข้าใจความต้องการผู้ป่วย จากมุมมองที่เน้นเรื่องกลไกของโรคมมากกว่าคน หรือความเกรงกลัวผิดกฎหมาย ปัจจุบันเหล่านี้ทำให้แพทย์มีแนวโน้มให้การรักษายุขยชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่ โดยคิดว่าเป็นการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุด (Best interest decision)

การยินยอมให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถือเป็นความผิดทางจริยธรรมหรือกฎหมายหรือไม่³

ในทางเวชจริยศาสตร์แพทย์ซึ่งดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้มีหน้าที่ให้การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ (Beneficence) ไม่ควรมุ่งหวังเพียงเพื่อยืดการตาย อันอาจนำความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว (nonmaleficence) ควรให้การยอมรับศักดิ์ศรีของชีวิตหนึ่ง (autonomy) และให้โอกาสผู้อื่นใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างยุติธรรม (social justice) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ palliative care ยอมรับการตายว่าเป็นกระบวนการธรรมชาติไม่ควรไปเร่งหรือยืดการตาย เช่นเดียวกับทางพุทธศาสนาซึ่งถือว่าการตายเป็นการคืนสู่ธรรมชาติ ทางศาสนาคริสต์หรืออิสลามถือว่า

เป็นระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะที่ดีกว่า ทั้งนี้ธรรมชาติในที่นี่ไม่ได้หมายถึงสภาพที่ปราศจากเทคโนโลยี แต่เป็นธรรมชาติของเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถกลับฟื้นคืนได้ด้วยวิธีใดๆ

การยินยอมให้เสียชีวิตตามธรรมชาติ แตกต่างจากการตั้งใจปล่อยหรือเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร อันถือเป็นการรณฆฆาต (passive / active euthanasia)⁴ การรณฆฆาตและการส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตาย (physician assisted suicide) ถือเป็นเรื่องที่มีจริยธรรมตามประกาศของสมาคมแพทย์โลก และผิดกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทย ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาให้มุมมองว่า การเรียกร้องซึ่งความตาย น่าจะเป็นการสะท้อนความทุกข์ที่ไม่เห็นทางออก อันเป็นผลจากการดูแลที่ไม่เพียงพอ เราควรช่วยกันค้นหาและบรรเทาความทุกข์นั้นมากกว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตาย มีรายงานว่าผู้ป่วยกว่า 90% เปลี่ยนใจหลังได้รับการดูแลที่เหมาะสม

กฎหมายที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย

แนวทางการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการใช้เทคโนโลยีพยุงชีวิต เกิดเมื่อการแพทย์มีความก้าวหน้าพอที่จะยืดชีวิตได้นานขึ้นแต่ไม่สามารถทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ เริ่มแรกเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้วผู้ปกครองของ Karen Ann Quinlan ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สมองบาดเจ็บอยู่ในสภาวะคล้ายผัก (vegetative state) เรียกร้องให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแพทย์ไม่ยินยอม จึงมีการนำเรื่องขึ้นสู่ศาล และศาลรับรองให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังสามารถหายใจได้เองและมีชีวิตอยู่ต่ออีกหลายปี จากนั้นตามมาด้วยคดีที่คล้ายกันของ Nancy Cruzan อันเป็นการรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาที่ไร้ประโยชน์ นำไปสู่การออกกฎหมาย Patient Self-Determination Act ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2533 ตามมาด้วยการออกกฎหมายที่คล้ายกันในประเทศต่างๆ ทั่วโลก⁵ สำหรับประเทศไทยซึ่งได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งกล่าวไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

แนวคิดทางการแพทย์ที่ส่งเสริมสิทธิในการเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย

ตามมาตรฐานทางการแพทย์ การทำหัตถการเพื่อการรักษาใดๆ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เมื่อผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะบกพร่อง จำเป็นต้องมีผู้ตัดสินใจตามความคิดที่ว่าถ้าผู้ป่วยรู้ตัวเลือกได้จะเลือกให้ทำอะไร (Substitutive judgment decision) ถ้าไม่ทราบความปรารถนาของผู้ป่วย ให้ตัดสินใจตามหลักประโยชน์สูงสุด (Best interests decision) โดยเลือกการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากที่สุดเป็นหลัก (most beneficial treatment)³

สำหรับ Substitutive judgment decision ยามที่ผู้ป่วยไม่ได้กำหนดผู้ตัดสินใจแทน ตามกฎหมายบางประเทศกำหนดผู้ตัดสินใจแทนเป็นลำดับขั้น เช่น คู่สมรส บุตรที่บรรลุนิติภาวะ บิดามารดา ญาติพี่น้อง เป็นต้น ผู้ตัดสินใจไม่ใช่เอาความคิดตนเองเป็นหลัก โดยให้ช่วยคิดว่าถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกตัวและสื่อสารได้ ผู้ป่วยจะเลือกแนวทางการรักษาใด ในกรณีนี้ส่วนใหญ่ยึดประโยชน์ในเชิงของคุณภาพชีวิตมากกว่าการยื้อระยะเวลาของชีวิต⁷

ในการนี้สังคมตะวันตกได้มีความพยายามที่จะขยายสิทธิในการเลือกของบุคคล (autonomy) ให้ครอบคลุมถึงช่วงที่ป่วยหนักดังกล่าว วิธีการคือการวางแผนเพื่อเลือกการรักษาที่ต้องการล่วงหน้า (Advance care planning)^{2, 6} อันเป็นกระบวนการที่มีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับคุณค่าและความปรารถนาของตัวผู้ป่วย ก่อนที่จะป่วยหนักจนไม่สามารถสื่อสารได้ กลไกการตัดสินใจไม่ได้หลายลักษณะ ไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำเป็นเอกสารทางกฎหมาย ได้แก่

- ผู้ป่วยพูดคุยตกลงกับครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแลใกล้ชิดอย่างชัดเจน ถึงเรื่องคุณค่าและความปรารถนาของชีวิตผู้ป่วยและแนวทางการรักษา
- ตัวอย่างคำพูดหรือการเขียนที่แสดงความปรารถนาอย่างชัดเจน เช่น การสั่งเสียว่าไม่อยากให้ป้อนหัวใจเพื่อยื้อชีวิต
- การประชุมครอบครัวที่เกี่ยวข้อง สะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นโดยรวมของผู้ป่วย
- การที่ผู้ป่วยบันทึกความต้องการของตนเป็นลายลักษณ์อักษร เรียกว่า advance directives

Advance Directives เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงของคน ในช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาที่ตนเองต้องการในยามที่ป่วยหนักจนขาดความสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ (loss of mental capacity) สามารถแบ่งได้ 2 แบบ⁷

1. instructive directives เอกสารแสดงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้และไม่ใช้เครื่องมือเพื่อช่วยพยุงชีวิตในสถานการณ์ต่างๆ เอกสารนี้จะมีผลต่อเมื่อผู้ป่วยอาการหนัก สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจได้แล้ว ตัวอย่างได้แก่ living wills, Natural Death Act, medical directive ความยากลำบากในการเขียนแนวทางเลือก คือความไม่ชัดเจน

เนื่องจากเหตุการณ์จริงอาจเกิดได้หลายแบบ การพยายามเขียนให้เจาะจงตามการเจ็บป่วยชนิดต่างๆ 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 กรณีนี้มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องสุขภาพ แตกต่างจาก guardianship ซึ่งเป็นผู้ดูแลบุคคลไร้ความสามารถ การแต่งตั้งคนมาทำหน้าที่นี้น่าจะเหมาะสมในกรณีที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสตามกฎหมาย สมาชิกในครอบครัวมีความขัดแย้งกัน หรือไม่มีญาติใกล้ชิด

ข้อดีของการใช้ Advance directives ⁸

- การยอมรับความปรารถนาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความสงบในวาระสุดท้าย
- บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความต้องการของผู้ป่วย แล้วไม่ต้องกลัวว่าจะมีปัญหาทางกฎหมายภายหลัง
- ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสอภิปรายแผนการในอนาคตกับญาติใกล้ชิด
- ทำให้ญาติใกล้ชิดไม่ต้องรับภาระในการตัดสินใจ ซึ่งยากและอาจเกิดความรู้สึกผิด

ข้อเสียของการใช้ Advance directives

- การประเมินความสามารถในการเข้าใจขณะเขียนใบแสดงเจตนาเป็นเรื่องที่ยากและอาจเกิดปัญหาในการพิสูจน์ในภายหลัง
- การปฏิเสธการรักษาถ้าจะให้สมบูรณ์ตามแนวเวชจริยศาสตร์แล้ว ผู้ป่วยควรได้รับรู้ความจริงที่จะเกิดขึ้นจริงๆ ถ้าเขียนล่วงหน้านาน ๆ การคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง
- ความก้าวหน้าทางการแพทย์อาจทำให้การตัดสินใจที่ทำไว้เดิมไม่เหมาะสม
- ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนการตัดสินใจ
- เมื่อถึงเวลาที่ต้องใช้อาจหาไม่พบ
- บุคลากรทางการแพทย์อาจไม่สบายใจที่ต้องทำตาม ในสิ่งที่ตนเองไม่เห็นด้วย ซึ่งทางออกอย่างหนึ่ง คือการส่งต่อให้แพทย์ท่านอื่น
- สำหรับญาติใกล้ชิดส่วนใหญ่ การทำอะไรบางอย่างให้ผู้ป่วย ง่ายกว่าการไม่ทำอะไร

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 ขั้นตอน ได้แก่⁶

1. กระบวนการคิดหาคุณค่า ความปรารถนา และเป้าหมายในการดูแล (goals of care) ของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจตนเองอย่างชัดเจน ถึงเหตุปัจจัยหรืออคติที่มีผลต่อความคิดความเชื่อ คุณค่าชีวิต ความสุขทุกข์เมื่อเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา มีความเข้าใจการดำเนินโรค ระยะเวลาที่เหลืออยู่ คุณภาพชีวิตที่เป็นไปได้ โอกาสในการรักษาให้ได้ผล ภาระหรือค่าใช้จ่ายทั้งส่วนที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงิน เช่นความรู้สึกลึกซึ้งที่ครอบครัวต้องแบกรับต่อไป เนื่องจากมนุษย์เรามีศักยภาพการเรียนรู้และปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหาวิกฤติ ดังนั้นความคิดความต้องการนี้ มักจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ

แนวคำถามเพื่อสำรวจการให้ความหมายเรื่องคุณภาพชีวิตและการยึดการตายของผู้ป่วย⁸

1. ในสถานการณ์แบบไหน ที่คุณคิดว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่

2. คุณจะเป็นอย่างไร ถ้าคุณไม่สามารถที่จะ ...

- ดูแลตนเองได้
- ลุกออกจากเตียงได้
- พูดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อนใกล้ชิดได้
- รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำด้วยตนเองได้
- ตื่นรู้ตัว และรับรู้ว่ามีอะไรเกิดขึ้นรอบตัวคุณ

3. การประเมินขีดจำกัดที่จะยอมรับภาระหรือผลเสียที่จะเกิดจากการรักษา

- ถ้าการรักษาอาจทำให้คุณมีความรู้สึกไม่สบาย และมีโอกาสน้อยที่จะกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณต้องการการรักษานั้นหรือไม่
 - และถ้าการรักษานั้นให้โอกาสคุณกลับไปอยู่ในสภาพที่คุณบอกว่ามีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ คุณต้องการการรักษานั้นหรือไม่
-

2. การสื่อสารความปรารถนาในระยะสุดท้ายกับคนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ญาติใกล้ชิด แพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลประจำ และบุคคลที่ถูกระบุให้ตัดสินใจแทน การสื่อสารอาจเป็นการพูดคุยตรงๆ หรือการสื่อสารทางอ้อม เช่นแลกเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการตายที่ผ่านมาของคนใกล้ชิด การตายของบุคคลในข่าว การแสดงความปรารถนาเป็นได้หลายลักษณะ เช่น การบอกกล่าวด้วยวาจา

การเขียนเป็นจดหมาย การถ่ายวิดีโอ ซึ่งสามารถใช้ในการนำสืบได้ อย่างไรก็ตามเพื่อความชัดเจนสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ควรทำเป็นหนังสือซึ่งมีรายละเอียดพอสมควร

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

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาโดยการเน้นที่ชนิดเทคโนโลยีหรือเป้าหมาย

การเขียนหนังสือแสดงเจตนาจะระบุความปรารถนาที่เลือกหรือไม่เลือกหัตถการทางการแพทย์ (procedures oriented) แม้ว่าจะดูชัดเจนแต่อาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะไม่ลุกลาม มาด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่นมีการติดเชื้อหรือความผิดปกติของเกลือแร่ ถ้าแก้ปัญหานี้ได้ผู้ป่วยอาจอยู่อย่างยืนยาวอีกหลายเดือนหรือเป็นปี ในกรณีนี้ น่าจะได้ประโยชน์จากการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบชั่วคราว แต่หนังสือแสดงเจตนาจะระบุไม่ให้ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นต้น

จากกรณีดังกล่าวควร ยึดความปรารถนาและเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก (goals oriented) เทคโนโลยีทางการแพทย์ควรเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อนำไปสู่เป้าหมาย การเลือกหรือไม่เลือกหัตถการใดเป็นตัวช่วยสื่อถึงทัศนคติที่มีต่อการรักษา ในแต่ละบริบทควรมีการชั่งเปรียบเทียบผลดีกับภาระและความเสี่ยงในมุมมองผู้ป่วยเสมอ โดยอาศัยความร่วมมือกับบุคคลที่ถูกระบุให้ช่วยอธิบายและตัดสินใจแทนในระยะสุดท้าย

เป้าหมายในการรักษาอาจไม่ใช่เป้าหมายเดียว เช่นถ้าผู้ป่วยมีเป้าหมายไม่อยากทรมานและสิ้นเปลืองโดยเปล่าประโยชน์ ในช่วงแรกผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อและเหนื่อย การให้ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ลมประสาท ร่วมกับการใส่เครื่องช่วยหายใจ เป็นการรอเวลาให้ออกฤทธิ์และประคับประคองไม่ให้เหนื่อยมาก ถ้าดีขึ้นก็ถอดเครื่องช่วยหายใจ แต่ถ้าไม่ตอบสนอง แม้ได้พยายามอย่างเต็มที่แล้ว ควรกลับมาทบทวนเป้าหมายการรักษา และข้อบ่งชี้การใช้เครื่องช่วยหายใจ การหยุดเครื่องช่วยหายใจซึ่งไม่มีประโยชน์ ทำได้ภายใต้การคุ้มครองของหนังสือแสดงเจตนา ทั้งนี้ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ให้ผู้ป่วยทรมาน และไม่มีเจตนาเร่งการตาย

ตัวอย่าง Living will จากสมาคมแพทย์แห่งหนึ่งของอังกฤษ ซึ่งเน้นเป้าหมายการรักษา⁸

ชื่อ ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด

ชื่อแพทย์ที่ให้การดูแลประจำแบบทั่วไป ซึ่งข้าพเจ้าได้ขอคำปรึกษา.....

ชื่อบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งข้าพเจ้าได้ขอคำปรึกษา.....

ในกรณีที่แพทย์สองท่านซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันลงความเห็นว่าคุณจะไม่สามารถฟื้นจากการเจ็บป่วยทางกาย ที่รุนแรง หรือมีความพิการซึ่งมีผลให้เกิดความทรมานอย่างยิ่ง หรือทำให้ไม่สามารถรับรู้หรือทำอะไรที่มีความหมายต่อการมีชีวิตได้ เมื่อนั้นข้าพเจ้าขออนุญาตที่จะตาย และไม่ประสงค์ที่จะมีชีวิตอยู่โดยการใช้อุปกรณ์หรืออุปกรณ์พยุงชีวิต เช่นเครื่องช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ การฟอกไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ การรักษาใดๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์ และเป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายชั่วคราวหรือหยุดการใช้ แม้ว่าการทำดังนี้จะทำให้ชีวิตข้าพเจ้าต้องสั้นลง อย่างไรก็ตามข้าพเจ้าขอรับการดูแลขั้นพื้นฐาน และร้องขอการดูแลเพื่อลดความทรมานหรือเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างเต็มที่ ได้แก่การให้ยาหรือวิธีการใดๆ อันจะช่วยลดความเจ็บปวดทรมานของข้าพเจ้า ถึงแม้ว่าสิ่งดังกล่าวอาจมีผลข้างเคียงทำให้เวลาของชีวิตสั้นลง เมื่อเวลานั้นมาถึงในยามที่ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารใดๆ ได้แล้ว ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือนี้ภายใต้สติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ และมีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้ว

ข้าพเจ้าตระหนักว่าชีวิตข้าพเจ้าอาจสั้นลงอันเป็นผลจากการไม่ได้รับการรักษาตามเงื่อนไขในเจตจำนงฉบับนี้

ข้าพเจ้ายอมรับผลกระทบที่จะเกิดตามมา ได้แก่ การไม่สามารถเปลี่ยนการตัดสินใจในยามที่สื่อสารไม่ได้แล้ว และการขาดโอกาสในการรักษาในยามที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ โดยส่วนตัวข้าพเจ้าเกรงผลกระทบอันเกิดจากการได้รับการรักษาที่ไม่ต้องการมากกว่า ข้าพเจ้าต้องการให้ผู้ที่จะดูแลข้าพเจ้าในอนาคตได้รับรู้ว่าข้าพเจ้ากลัวการจากไปอย่างไม่มีคุณค่าความเป็นมนุษย์มากกว่าความตาย และขอให้ท่านตระหนักถึงสิ่งนี้ยามที่ท่านต้องพิจารณาการรักษาในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์อันเป็นการเฉพาะสำหรับการรักษาหรือการตรวจดังต่อไปนี้

ความปรารถนาอื่นๆ ของชีวิต ได้แก่.....

ข้าพเจ้าประสงค์ให้บุคคลต่อไปนี้ให้การปรึกษาในยามที่มีความไม่แน่ใจเกี่ยวกับความต้องการตามหนังสือแสดงเจตจำนงฉบับนี้ ชื่อและที่อยู่

ลายเซ็นผู้ทำเจตจำนง

พยาน (ควรเป็นญาติใกล้ชิด).....

วันที่ทำ

วันที่ทบทวน

ความเป็นจริงและข้อจำกัดของการใช้หนังสือแสดงเจตนา²

1. ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีการรณรงค์เรื่องนี้มายาวนาน ยังมีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพียง 30% หรือน้อยกว่า โดยบางส่วนไม่สมบูรณ์ หาไม่เจอ หรือไม่ได้นำมาโรงพยาบาล การใช้กลไกอื่นเพื่อการตัดสินใจร่วมกันยังมีความจำเป็นและเป็นมาตรฐานอยู่
2. ความปรารถนาในอนาคตตามสถานการณ์สมมุติเปลี่ยนแปลงไปมาได้ โดยมี 70-80% ที่คงเดิมในช่วงเวลา 1-2 ปี
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรงมีศักยภาพในการปรับตัว และมีชีวิตที่มีความหมายได้ ผู้ป่วยซึ่งเดิมเคยปฏิเสธมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนการตัดสินใจมารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์
4. จากการศึกษาที่มีไม่มากพอจะประมาณได้ว่า ความปรารถนาของผู้ป่วยที่เคยแสดงไว้ตามสถานการณ์สมมุติที่อาจเกิดขึ้น ตรงกับความปรารถนาจริงของผู้ป่วยเมื่อเจอกับเหตุการณ์จริงเพียงสองในสาม
5. ผู้ป่วยอาการหนักส่วนใหญ่อยากได้รับการรักษาที่คาดว่าจะมีประโยชน์สูงเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสี่ยงที่น้อย และกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ให้ผลน้อยเมื่อเทียบกับภาระหรือความเสี่ยงที่มาก โดยเฉพาะการรักษาที่อาจมีผลเป็นความพิการของร่างกายหรือสมอง
6. การตัดสินใจเลือกรับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความพิการถาวรมักมีการเปลี่ยนไปมาไม่แน่นอน
7. ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยอาจทำนายความปรารถนาของผู้ป่วยได้ไม่ตรง แม้จะมีโอกาสพูดคุยกันก่อนอย่างละเอียด แต่อย่างไรก็ตามการทำนายมักมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกับผู้ป่วยเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป
8. สังคมมักมีปฏิกิริยาด้านลบต่อการที่ผู้ตัดสินใจแทน ในกรณีที่เลือกไม่รับการรักษา เราควรมีการประเมินและประทับประคองคนกลุ่มนี้ด้วย

แนวทางปฏิบัติในการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้า⁶

ในทางปฏิบัติการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้ายังเป็นกลยุทธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสื่อสารเพื่อสำรวจคุณค่า ความปรารถนา และการเลือกแนวทางรักษาของผู้ป่วยตามความคิดปัจจุบัน รวมทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไป ในขณะนี้แม้จะไม่ได้ใช้หนังสือแสดงเจตนา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติใกล้ชิดและแพทย์ทุกคนเข้าใจเจตนาที่แท้จริง เบื้องหลังการเขียนข้อความต่างๆ อันช่วยช่วยส่งเสริมความเข้าใจที่ชัดเจนเมื่อต้องเผชิญกับความกดดันในสถานการณ์อนาคต

การนำการร่วมวางแผนเตรียมการล่วงหน้าสู่การปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงหลายเรื่อง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หรือผู้ป่วยระยะวิกฤติทุกคน น่าจะได้ประโยชน์จากการร่วมวางแผนการรักษาล่วงหน้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองเกิดขึ้นบ่อยๆ และควรมีการตรวจสอบและทำทุกรายเมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย

2. ผู้ป่วยที่ดูเสมือนไร้ความสามารถ

ผู้ป่วยสูงอายุที่ความจำเลอะเลือน หรือพุดจาตบสน มีปัญหาทางจิตประสาท อาจดูเสมือนไม่สามารถตัดสินใจได้ ในความเป็นจริงผู้ป่วยยังมีความสามารถบางส่วน สามารถตัดสินใจในคำถามง่ายๆ ไม่ซับซ้อนได้ เช่นการถามความต้องการที่จะกลับบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเลือกพูดคุยในยามที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ดีที่สุด การที่ลูกหลานพยายามคาดเดาในสิ่งที่ท่านต้องการและตอบสนองบางส่วน ย่อมดีกว่าการประเมินว่าท่านไม่สามารถบอกอะไรได้เลย

3. การประเมินความสามารถในการตัดสินใจ

การเขียนพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ยากมากแม้ในคนธรรมดา แต่การให้เลือกทำอะไรที่ชัดเจนในสถานการณ์ปัจจุบันนั้นทำได้ง่ายกว่า ดังนั้นไม่ควรจำกัดสิทธิเฉพาะผู้ป่วยที่เขียนหนังสือแสดงเจตนาเท่านั้น และไม่ควรจำกัดสิทธิผู้สูงอายุหรือมีปัญหาทางสมองแต่ต้น ควรมีการประเมินเป็นเรื่อยๆ เน้นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตว่าเป็นอย่างไร เข้าใจว่าจะมีการใช้เครื่องมืออะไร คิดเปรียบเทียบผลที่จะได้กับความเสี่ยงและภาระที่จะเกิดตามมา และผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกได้ ในผู้ป่วยที่เคยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเข้าออกไอซียูหลายครั้ง สามารถเข้าใจถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ตรงและตัดสินใจได้ไม่ยาก ถ้าไม่แน่ใจควรถามซ้ำในลักษณะที่แตกต่างกัน

4. เวลาที่เหมาะสมในการเริ่มต้น

ควรมีการพูดคุยเรื่องนี้ก่อนเกิดปัญหาวิกฤติ หรือเมื่อเริ่มรับรู้ชีวิตมีข้อจำกัด แต่ทั้งนี้การรับรู้ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนอาจอยู่ในภาวะปฏิเสธอยู่นานกว่าจะยอมเผชิญหน้ากับความจริงได้ การสื่อสารควรใช้วิธีที่นุ่มนวลก่อน เช่นการชวนคุยการเตรียมตัวตายหลังการป่วยหนัก การพูดคุยเรื่องความตายของคนอื่นที่ใกล้ชิด หรือการรับฟังผู้ป่วยที่พูดเปรยเรื่องความตาย

5. ใครควรเป็นผู้ที่เริ่มสื่อสารในเรื่องนี้

อาจเริ่มได้หลายทาง ไม่จำกัดว่าจะเป็นบุคลากรฝ่ายใด ขึ้นกับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันมากกว่า อาจเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัวเอง แพทย์อาจให้ความเข้าใจเรื่องโรคว่าอาจเป็นไปได้ทั้งดีขึ้นหรือแย่ลง และการอธิบายเป้าหมายของการใช้เครื่องมือแต่ละอย่างว่าสอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือไม่ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นคน

กลางสื่อสารปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวกับแพทย์ผู้รักษา แก่ความเข้าใจผิด และกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยร่วมกัน สำหรับนักสังคมสงเคราะห์ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งในครอบครัว รับรู้ความต้องการทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องนี้

6. แนวทางการสื่อสารที่ควรใช้

ทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะการฟังอย่างลึกซึ้ง จนสามารถเข้าใจทั้งเนื้อหาและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยได้ การเปิดโอกาสให้ซักถาม การแสดงถึงความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน และการวางท่าทีที่สงบเป็นธรรมชาติเมื่อพูดคุยเรื่องความตาย การพูดถึงเรื่องความตายด้วยท่าทีที่ธรรมดาแต่อ่อนโยน ช่วยลดความกังวลของผู้ป่วยและญาติได้ สำหรับแพทย์แล้วควรฟังมากกว่าพูด โดยเป็นลักษณะของการ “ถาม - ตอบ - ถาม” เริ่มจากการถามสิ่งที่คุณป่วยและญาติรับรู้เข้าใจ สอบถามความต้องการในขณะนั้น จากนั้นจึงเป็นการพูดคุยอธิบาย และถามทวนถึงความเข้าใจ ความต้องการ ความรู้สึกอันเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสารที่ได้รับ และมีการถามถึงความหมายของสารนั้นต่อผู้ป่วยและครอบครัว

7. ควรกล่าวถึงประเด็นใดบ้าง

ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย แต่อย่างน้อยควรถามถึงคนที่ผู้ป่วยวางใจให้ช่วยเป็นตัวแทนความคิดในยามที่ป่วยมากขึ้น ซึ่งคนนั้นนอกจากจะรู้จักความคิดความอ่านของผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว ควรมีความรู้ทางอารมณ์ดีพอที่จะแยกแยะความรู้สึกส่วนตัวออกจากความรู้สึกเสร์วิสก ไม่ควรเป็นคนที่มีความรู้สึกผิดหรือติดค้าง เพราะอาจเป็นอคติในการตัดสินใจที่มากไปหรือน้อยไปได้ และเป็นผู้ที่ประสานความรู้สึกและความเห็นของคนในครอบครัวได้ ผู้ที่ควรพร้อมที่จะก้าวเดินไปกับผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมการสนทนากับผู้ป่วยและแพทย์ได้สม่ำเสมอ เรื่องอื่นๆ ที่ควรคุยคือคุณค่าและความหมายในชีวิตที่ผู้ป่วยและครอบครัวยึดถือ มุมมองและความหมายของชีวิต การเจ็บป่วย การอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวตอบสนองไม่ได้ การใช้เครื่องช่วยพยุงชีวิต การเข้าใจความหมายและความรู้สึกเบื้องหลังสิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้เข้าใจความหมายที่แท้จริงของการรักษาที่ผู้ป่วยระบุถึง ในบางครั้งผู้ป่วยเองอาจเลือกที่จะไม่บอกความประสงค์ของตนเอง เพียงเพราะกลัวว่าญาติใกล้ชิดจะลำบากหรือเป็นกังวล หรือไม่อยากขัดใจญาติ การที่ทุกคนเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกัน จะช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว และเป็นโอกาสสุดท้ายที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำอะไรร่วมกัน อันจะเป็นการชดเชยความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้น

8. ทำอย่างไรถ้าผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกใจที่จะพูดเรื่องนี้

ในสังคมตะวันตกบางครั้งไม่อยากพูดเรื่องความตาย เพราะกลัวเป็นกลางไม่ดี หรือเป็นการทำให้โชคร้าย หรือไม่อยากพูดถึงเพราะรู้สึกทนไม่ได้ เราอาจช่วยให้กำลังใจและให้สติว่า เราก็หวังว่า

ผู้ป่วยจะดีที่สุดในขณะนั้น แต่อย่างไรก็ตามควรเตรียมตัวสำหรับสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นด้วย หรืออาจพูดคุยทางอ้อมเกี่ยวกับตัวละครในหนังสือ ภาพยนตร์ หรือการเขียนในไดอารี่ สำหรับญาติใกล้ชิดบางคน อาจรู้สึกลำบากใจมาก ถ้าต้องให้เป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องนี้ เพราะจะโทษตัวเองว่าเกี่ยวข้องกับการตายที่เกิดขึ้น แพทย์หรือพยาบาลควรยืนยันว่าการตัดสินใจเป็นกระบวนการทางการแพทย์ประกอบกับความปรารถนาของผู้ป่วย ญาติทำหน้าที่เป็นตัวแทนความคิด สำหรับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ทุกคนกำลังทำสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย

แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีการทำหนังสือแสดงเจตนา

ก่อนอื่นต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ระยะสุดท้ายหรือ vegetative state ตามคำจำกัดความของร่างกฎกระทรวง จากนั้นจึงทำการ

1. พิจารณาเนื้อหาและความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาที่ได้รับจากผู้ป่วยหรือญาติ
2. ถ้าผู้ป่วยยังมีสติคืออยู่ ให้ขอคำยืนยันเจตนา
3. จัดเก็บหนังสือดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนเพื่อให้แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทราบทั่วกัน
4. บุคลากรทุกคน มีหน้าที่ให้การดูแลในเบื้องต้น และจัดดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วย
5. ถ้าหนังสือแสดงเจตนามีเนื้อหาไม่ชัดเจน หรืออาจมีปัญหาในการปฏิบัติ แพทย์ควรปรึกษาหารือกับผู้ป่วย บุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมาย หรือญาติใกล้ชิด
6. สถานพยาบาลควรแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลและแก้ไขข้อขัดแย้ง
7. บุคลากรสามารถยุติการใช้เครื่องมือดังกล่าวได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วย
8. กรณีผู้เยาว์ต้องได้รับความยินยอมและให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

สรุป การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ ให้เข้ากับชีวิตที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้คุณค่าและปรารถนา กระบวนการสื่อสารกันทางการแพทย์และสังคม จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤติก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายทุกราย 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.