

הנחיות פסיכיאטריות מקדימות (Psychiatric Advance Directives) - מהרפואה הכללית אל הרפואה הפסיכיאטרית

תקציר:

סיגל מאוטנר¹
מקס לכמן²
זאב קפלן³
ענת שלו⁴

¹ סל שיקום, משרד הבריאות, הפקולטה לרפואה, בית הספר למקצועות הבריאות, אוניברסיטת תל אביב, רמת אביב
² החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי הרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה
³ המרכז לבריאות הנפש באר שבע, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע
⁴ המרכז לבריאות הנפש באר שבע

בשנת 2005, קבע המחוקק בישראל התייחסות להפעלתן של הנחיות רפואיות מקדימות, מתוקף חוק החולה הנוטה למוות, עבור הרפואה הכללית. מדינות רבות בעולם יישמו חקיקה מקבילה עבור חולים הלוקים במחלות נפש במסגרת הנחיות פסיכיאטריות מקדימות. "הנחיות מקדימות לטיפול פסיכיאטרי" הוא מסמך חוקי הקיים בקנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, סקוטלנד, אנגליה, וב-25 מדינות בארה"ב. המסמך נותן מענה לאובדן האוטונומיה והבחירה בזמנים של משבר נפשי, ומאפשר לאנשים להביע את רצונותיהם והעדפותיהם, ולתכנן את אופן הטיפול בזמן משבר עתידי.

גישות עיקריות התומכות ביצירת מסמך של הנחיות מקדימות פסיכיאטריות הן אוטונומיה, הכוונה עצמית וניהול עצמי. ממחקרים שנערכו בתחום הנחיות מקדימות פסיכיאטריות, עולה פוטנציאל חיובי לשימוש בכלי זה במסגרת השירותים במערך בריאות הנפש עבור אנשים עם הפרעות נפשיות, מטפלים ורופאים. יחד עם זאת, המחקר בתחום נמצא בראשיתו, ונדרשת עבודת מחקר רבה בנושא.

בימים אלו נערך פיתוח של ערכה למילוי הנחיות מקדימות פסיכיאטריות עבור צרכני בריאות הנפש בישראל מטעם קרן טאובר, ונעשה ניסיון חשוב להטמעת כלי זה ויישומו במסגרת המרכז הרפואי לבריאות הנפש באר שבע. ניסיון ראשוני זה מהווה תחילתה של למידה על דרכים רצויות ומועילות ליישום הנחיות מקדימות פסיכיאטריות בישראל, ומקדם שינוי לקראת גישה התופסת את הקשר החיובי בין יעילות בעשייה הרפואית והטיפולית לבין תמיכה בהעדפותיהם של צרכני בריאות הנפש.

הנחיות רפואיות מקדימות; הנחיות פסיכיאטריות מקדימות; תיאוריית ההכונה העצמית; ניהול עצמי; אוטונומיה. הנחיות רפואיות מקדימות; תיאוריית ההכונה העצמית; ניהול עצמי; אוטונומיה. Medical advanced directives; Psychiatric advanced directives; Self determination theory; Self care; Autonomy

מילות מפתח:
:KEY WORDS

ראשונית בשימוש בהנחיות מקדימות בתחומים ושירותים נוספים במערך בריאות הנפש בישראל.

במאמר זה מתואר מהן הנחיות פסיכיאטריות מקדימות, הרקע ליצירתן, מה הן כוללות, נסקרות גישות תיאורטיות מרכזיות המהוות בסיס ליצירתן ותפיסת חשיבותן, ונערכת סקירת מחקרים מכל העולם, במטרה ללמוד על התועלת האפשרית לצד החסמים והקשיים שבהפעלתן. לבסוף, נדונה חשיבות הניסיון ללמידה הדדית ואימוץ מודלים מן הרפואה הכללית אל הרפואה הפסיכיאטרית.

הנחיות מקדימות רפואיות כבסיס ליצירתן של הנחיות פסיכיאטריות מקדימות

הבסיס לקביעת ההנחיות הוא יצירתן של הנחיות מקדימות רפואיות בתחום הרפואה הכללית. הנחיות רפואיות מקדימות הוא מסמך חוקי כתוב, שנועד לסייע בניהול החלטות ביחס לסיום החיים, וכן להגביל התערבויות רפואיות מאריכות חיים כאשר הן נכשלות מלספק איכות חיים בעלת משמעות עבור אנשים הלוקים במחלה סופנית [4]. בישראל, נחקק בשנת 2005 חוק החולה הנוטה למוות. חוק זה מקנה לאזרח זכות למלא הנחיות רפואיות מקדימות לטיפול רפואי עתידי בחולה הנוטה למוות [5].

תוצאות מחקרים על הנחיות מקדימות רפואיות מתחום הרפואה

הקדמה

"הנחיות מקדימות לטיפול פסיכיאטרי", מהווה מסמך חוקי הקיים בקנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, סקוטלנד, אנגליה, וב-25 מדינות בארה"ב [1]. הנחיות פסיכיאטריות מקדימות נוצרו כדי לתת מענה לאובדן האוטונומיה והבחירה בזמנים של משבר נפשי, ומאפשרות לאנשים להביע את העדפותיהם ולתכנן את אופי הטיפול בזמן משבר בעתיד [2]. אוטונומיה היא אחד העקרונות המובילים באתיקה הרפואית וביצירתן של הנחיות פסיכיאטריות מקדימות. עיקרון זה מדגיש את זכותו של האדם החולה ליטול חלק בקבלת החלטות, תוך התייחסות למצבים שקיים בהם קושי רב ביישום האוטונומיה כאשר האדם החולה אינו בר שיפוט [3].

בשנים האחרונות, בדומה לרפואה הכללית, נערכים מאמצים במערך השיקום והטיפול הפסיכיאטרי לפתח שירותים המבוססים על תפיסת חשיבות האוטונומיה. אחת היוזמות מתבצעת במהלך השנתיים האחרונות במסגרת המרכז הרפואי לבריאות הנפש באר שבע בשיתוף פעולה של קרן לזלו נ' טאובר, איגוד הפסיכיאטריה הישראלי והמרכז להכשרה ולחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש באוניברסיטת חיפה. יוזמה זו כוללת ניסיון לשלב ולהטמיע התערבות של הנחיות מקדימות פסיכיאטריות, כאשר יישום ההנחיות אינו מעוגן במסגרת חקיקה. בימים אלו נראית אף התעניינות

השונים וליצירת תוכנית מוקדמת לשמירה על רצף החיים בתחומים כמו עבודה, לימודים או ניהול הבית. תוכנית כזו יכולה לסייע בצמצום רמת הייאוש והחרדה מפני האשפוז ולקדם את תפיסת האשפוז כחלק מרצף שאינו ליניארי בתהליך ההחלמה. בנוסף, המידע המתקבל ממילוי ההנחיות בנוגע לתוכנית הטיפול הרצויה עבור האדם בזמן האשפוז, יכול לסייע לצוות בית החולים בחשיבה על ניהול תוכנית טיפול המפיקה את המרב מתקופת אשפוזו [9].

מרכיבים של בחירה, העצמה ומכוונות עצמית הם גורמים מרכזיים בתהליכי החלמה עבור אנשים עם מוגבלות נפשית. אנשים הסובלים ממשברים פסיכיאטריים מדווחים על אובדן הבחירה והאוטונומיה באותו הזמן, על הפחתה ביכולתם לתקשורת, ועל קושי לנסח את העדפותיהם ורצונותיהם ביחס לאופן הטיפול. במצב כזה אנשי המקצוע יכולים

■ **אימוץ מודלים מן הרפואה הכללית אל הרפואה הפסיכיאטרית יכול לתרום להתפתחות תחום הטיפול והשיקום הפסיכיאטרי. מגמה זו מובילה להגברת חשיבות עיקרון האוטונומיה של האדם החולה.**

■ **הנחיות מקדימות פסיכיאטריות מאפשרות לאדם הלוהק בהפרעה נפשית, לנהל ולתכנן את מערך הטיפול והתמיכה בזמני משבר נפשי עתידיים, זאת בשותפות עם גורמים בסביבתו.**

■ **תהליך פיתוח והטמעה ראשוני של הנחיות מקדימות פסיכיאטריות מתקיים במהלך השנה האחרונה בשותפות עם גורמים רפואיים, מקצועיים ואקדמיים. המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע הוא המרכז הרפואי הראשון שאימץ ניסיון הטמעה זה, וכיום נראית התעניינות בקרב גורמי טיפול ושיקום נוספים.**

כלי המאפשר לאדם לבחור את העדפותיו עבור זמנים בעתיד שבהם לא יוכל לבחור, ובאופן זה נותנות מענה מסוים לדילמה זו.

גישות תיאורטיות מרכזיות בהתערבות של הנחיות פסיכיאטריות מקדימות

תיאוריית ההכוונה העצמית:

תיאוריית ההכוונה העצמית (Self-determination theory) היא תיאוריית הניעה (מוטיבציה) פנימית, המבוססת על הגישה ההומניסטית הדוגלת ברווחת האדם (Well-being), בפיתוח תחושת הערכה עצמית, בהתפתחות, במימוש הפוטנציאל שלו ובהסרת המכשולים לצמיחתו [11-13]. הכוונה עצמית היא הנכונות של האדם לקחת אחריות על המטרות שלו, על הישגיו ועל כישלונותיו, ויכולתו של האדם לבחור ולהפוך את הבחירות האלו למנחות את פעולותיו [14,11]. על מנת לעשות בחירות מתאימות, אנשים עם הכוונה עצמית אוספים מידע ומשתמשים בו, תוך כדי ויסות עצמי של התנהגותם

הכללית מצביעות על כך, שחולים אשר כתבו הנחיות מקדימות קיבלו טיפול רפואי בעלות נמוכה יותר ודיווחו על הפחתת החשש מקבלת טיפול בלתי רצוי. בנוסף, נמצא כי ההנחיות מסייעות למתן גיבוי מוסרי ומשפטי לרופא המטפל, ומונעות ניגוד גישות תוך משפחתי ביחס לתוכניות הטיפול הרצויות [3]. במחקרים אחרים מודגש הקשר החיובי בין תקשורת יעילה ביחסים הטיפולים לבין שביעות רצון המטופל, היענותו לטיפול ושיפור התוצאות הרפואיות. במחקרים אלו נמצא, כי תקשורת יעילה (אפקטיבית) מועצמת כאשר מתאפשרת השתתפות פעילה של האדם החולה בתהליך קבלת החלטות בנוגע לטיפול [6,7]. בדומה לרפואה הכללית, גובר העניין בשנים האחרונות בקידום כתיבתו של מסמך בעל עקרונות דומים עבור צרכני בריאות הנפש.

הנחיות פסיכיאטריות מקדימות

החקיקה במדינות שונות בעולם בנושא של הנחיות מקדימות פסיכיאטריות אינה אחידה בכל חלקיה [1]. יחד עם זאת, בכל המדינות שנחקקו בהן הנחיות פסיכיאטריות מקדימות, קיים אף סעיף המקנה לאנשי המקצוע זכות לסרב לאכיפת המסמך, זאת אם מעריכים כי העדפותיו האישיות של האדם סותרות את ההערכה הרפואית ועלולות להביא להחמרה או להיעדר טיפול הולם במצבו. בכל מקרה של סירוב לאכיפת המסמך, יש להציג בצורה מפורטת את הסיבות שהובילו להפעלת שיקול הדעת בנדון [8]. ניתן להבחין בין שני סוגים עיקריים של הנחיות:

- **הנחיות מנחות:** הנחיות לאיש הטיפול ולבית המשפט באשר לצעדים הננקטים, לדרך היעילה ביותר, ולהחלטות טיפוליות המיועדות לאירוע מוגדר שבו האדם אינו מסוגל להביע את רצונותיו. ממלא המסמך יכול לבחור באדם תומך שייסייע בידו להפעיל את ההנחיות המקדימות בזמן משבר. האדם הממלא מסמך כזה יכול לבחור במספר תומכים ולאו דווקא בתומך יחיד [9].
- **הנחיות מטעם מיופה כוח:** הנחיות המאפשרות לאדם לייעד אדם אחר, הנקרא סוכן, לקחת החלטות טיפוליות לטובת האדם בזמן משבר פסיכיאטרי. היתרון בסוג זה של הנחיות מקדימות הוא בגמישות הניתנת לטיפול במצב בזמן אמת, במקום הניסיון לחזות כל תסריט אפשרי. סוכן הוא מי שהאדם עם המוגבלות הנפשית מאמין בו, ושיכול להביא ולהסביר בפניו את הרגשותו לגבי אפשרויות הטיפול השונות [8].

מילוי המסמך יכול לכלול ארבעה חלקים: (1) פרטים אישיים ומידע על המטפלים בקהילה; (2) פרטים על הטיפול הנפשי והגופני שהאדם מקבל כיום, טיפולים מסייעים וסוגי טיפול שלא סייעו בעבר; (3) טיפול מועדף בזמן משבר; (4) עזרה מעשית בזמן משבר, פרטיו של האדם הנאמן ומה עליו לעשות בזמן משבר, צרכים ייחודיים ואישיים של האדם, והנחיות לטיפול בתחומי חיים כמו משפחה וילדים או קשר עם המעסיק בעבודה.

הנחיות מקדימות פסיכיאטריות יכולות להיות מועברות בעל פה, יחד עם זאת רצוי כי תהינה רשומות במסמך כתוב. בנוסף, האדם יכול למלא את המסמך בכוחות עצמו או בסיוע של אדם משמעותי נוסף אחד לפחות. אדם משמעותי יכול להיות הרופא המטפל, מתאם הטיפול, בן משפחה, חבר או אדם אחר שיכול לסייע במילוי המסמך [9].

בשונה מהנחיות רפואיות מקדימות, הנחיות פסיכיאטריות מקדימות אינן מתייחסות למצבים של מוות או אובדנות, אלא למצבים שבהם האדם עם הפרעה הנפשית זקוק לאשפוז פסיכיאטרי, כשירותו הנפשית מעורערת ומידת האוטונומיה שלו מצטמצמת. אשפוז פסיכיאטרי עלול ליצור אצל האדם עם הפרעה הנפשית ניתוק מסביבתו הטבעית, יחד עם רגשות של ייאוש וחרדה מפני החזרה מבית החולים לקהילה. הנחיות פסיכיאטריות מקדימות מכילות התייחסות הוליסטית לתחומי החיים

כלפי הנחיות פסיכיאטריות מקדימות, כאשר הבינו כי החוק אינו מחייב מטפלים לכבד את כלל ההעדפות הכתובות במסמך – כאשר שיקול הדעת המקצועי מחייב פעולה הסותרת את העדפות המטופל [25]. נמצא, כי משתנים אישיים כמנת משכל גבוהה יותר והכנסה גבוהה, גורמים להניעה (מוטיבציה) גבוהה בקרב אנשים הלוקים במחלת נפש למלא את ההנחיות ולהבנה עמוקה יותר של הערך במילוי המסמך [26]. תוצאות מחקרים ראשוניים מצביעות על פוטנציאל חיובי לניצול כלי זה במיסגרת שירותים במערך הפסיכיאטרי. עם זאת Swanson וחב' [4] מציינים, כי לצד הפוטנציאל הקיים בכלי זה, רק מיעוט מצרכני בריאות הנפש ממלאים הנחיות פסיכיאטריות מקדימות. הסיבות לשימוש מועט בכלי הן היעדר מדיניות ברורה התומכת ביישום ובקידומו של כלי זה במערך בריאות הנפש, מיעוט ידע על קיומן החוקי של הנחיות מקדימות פסיכיאטריות, ומיעוט ידע וכלים המסייעים להבנת הדרכים למילוי המסמך.

סיכום ומסקנות

בישראל, קבע המחוקק התייחסות להפעלתן של הנחיות מקדימות רפואיות מתוקף חוק החולה הנוטה למוטע עבור הרפואה הכללית. בשונה מישראל, מדינות רבות בעולם יישמו חקיקה מקבילה עבור אנשים הלוקים במחלות נפש. הכנת מסמך של הנחיות רפואיות מקדימות, מבוססת על היכולת להבין ולתפוס תרחישים רפואיים שונים, ולקבל החלטות מושכלות בהתאמה להבנה זו. בדומה לכך, האדם הממלא הנחיות מקדימות פסיכיאטריות זקוק ליכולת להבין מצבים רפואיים ונפשיים שונים, על מנת לקבל החלטות לעתיד.

בדיון של הרופאים והאחיות עם המטופל לגבי ההנחיות הרפואיות המקדימות, מושם דגש על הצורך במתן מידע רפואי רלוונטי והכשרה מתאימה לקיום דיון מסוג זה. דיון זה כולל התייחסות למוטע והיערכות לקראתו, ועליו להתנהל כדיאלוג שמטרתו להגיע להחלטה טיפולית המשרתת את טובתו של החולה בנידון [27]. שאלות של היכולת להצגת התרחישים האפשריים עבור אדם עם מחלת נפש, מסגרת הזמן העומדת לרשות הצוות המטפל והיכולת להקשבה לעמדותיו של המטופל, מתקיימות באופן דומה עבור הנחיות פסיכיאטריות מקדימות.

בימים אלו, נערך פיתוח של ערכה למילוי הנחיות מקדימות עבור צרכני בריאות הנפש בישראל מטעם קרן טאובר, ונעשה ניסיון חשוב לניצול כלי זה והטמעתו במסגרת המרכז הרפואי לבריאות הנפש בבאר שבע, כמרכז רפואי מכוון החלמה. ניסיון ראשוני זה מהווה תחילתה של למידה על הדרכים הרצויות והמועילות ליישום הנחיות פסיכיאטריות מקדימות עבור צרכני בריאות הנפש בישראל, ומהן הדרכים הרצויות המועילות להטמעת שינוי תפיסתי, מקצועי וארגוני המקדם את עיקרון האוטונומיה של האדם הלוקה במחלת נפש.

התמיכה ביישום של כלי זה, מחייבת מאנשי המקצוע במערך בריאות הנפש לבדוק שינוי מגישה התופסת את העדפותיו של האדם עם ההפרעה הנפשית כמנוגדת לעשייה רפואית יעילה, לקראת גישה התופסת את הקשר שבין עידוד ותמיכה בהעדפותיהם של צרכני בריאות הנפש לבין יעילות מעשית. הטמעת התערבות של הנחיות מקדימות כוללת כיום תוכניות הכשרה עבור השותפים השונים ביצירתן והפעלתן של הנחיות מקדימות: צרכני בריאות הנפש ומשפחותיהם, הצוות המטפל במסגרת מירפאת המרכז הרפואי בבאר שבע, האמונה על ריכוז תחום זה; צוות מוביל במחלקות האשפוז וצוות מוביל במסגרות השיקום בקהילה.

לצד חשיבות תפיסת הגורמים המעכבים והחסמים לקידום השימוש בכלי זה, אנו רואים היום ניצנים מעשיים ונכונות ממשית בהתמודדות עם האתגר והפוטנציאל הקיים עבור צרכני בריאות הנפש בשימוש במסמך זה. חשיבות יצירת הקשר ואימוץ מודלים מן הרפואה הכללית באה לידי ביטוי במתן הזדמנויות שוות לאנשים הלוקים

[15]. הנחיות פסיכיאטריות מקדימות מאפשרות לאדם לנהל משבר נפשי עתידי ולהשיג אוטונומיה במצבים שבהם שיפוטו וכשירותו הנפשית מעורערת, ובאופן זה להעצים מרכיבים של בחירה ומכוונות עצמית בתהליכי החלמה אישיים [16].

ניהול עצמי:

ניהול עצמי של מחלה נפשית כולל מרכיבים רבים כגון: הבנה, קבלת מידע ושיתוף בקבלת החלטות ביחס לטיפול, צמצום הסיכון למשברים חוזרים, תמיכה בזהות העצמית במהלך משבר ומעבר למשבר, וצמצום אובדן האחריות העצמית של האדם בזמן משבר [17]. הנחיות פסיכיאטריות מקדימות מהוות כלי נוסף המאפשר לאדם עם הפרעה נפשית ללמוד לנהל את מחלתו. ייחודיותו של כלי זה היא בדגש הניתן ליצירת דרך מעשית לצמצום אובדן האחריות העצמית של האדם בזמן המשבר עצמו: כלי זה מאפשר לאדם ליצור תוכנית טיפולית המועדפת עליו, עבור מצב משבר נפשי עתידי שבו לא יהיה מסוגל לקבל החלטות מסוג זה, או כאשר אינו מסוגל לנהל תקשורת עם הצוותים הטיפוליים על רצונותיו והעדפותיו [18].

Srebnik ו La Fond [18] אף מציינים במאמרם כי יש מדינות בארה"ב המתירות לתת תוקף להנחיות פסיכיאטריות מקדימות גם כאשר האדם אינו סובל מהיעדר יכולת לקבלת החלטות על העדפותיו הרפואיות. אפשרות זו מדגישה את יכולתו של האדם לתכנן את העדפותיו הטיפוליות כאשר הוא בשלבי ביניים של נסיגה נפשית ומעוניין למנוע חמרה נוספת במצבו.

מחקרים בנושא של הנחיות פסיכיאטריות מקדימות

המחקר בתחום הנחיות פסיכיאטריות מקדימות בעולם נמצא בראשיתו, ונדרשת עבודת מחקר רבה בנושא. בישראל, יישומן של הנחיות פסיכיאטריות מקדימות הוא ראשוני בלבד: עד כה מילאו 24 אנשים עם מחלות נפש מסמך זה. בשלב זה חסרים נתוני מחקרים כמותיים ואיכותניים, אשר יאפשרו להאיר את ההשפעה של מילוי המסמך עבור אותם האנשים על תוצאות אשפוזם הפסיכיאטרי בעתיד.

מסקירת מחקרים בעולם שנערכו בנושא, נמצא כי הנחיות פסיכיאטריות מקדימות יכולות לתרום: (1) לשיפור הברית הטיפולית ולשיעור רצון של המטופלים מהטיפול [19]; (2) לשינוי חיובי של תחושת נורמליזציה של האדם את עצמו – כאשר מי שנכנס לבתי חולים עם הנחיות פסיכיאטריות מקדימות דיווח שהתייחסו אליו כ"פחות משוגע", וכי קיבל מקום של כבוד והתחשבות בהעדפותיו [10]; (3) לשיפור היעילות הקלינית על ידי יצירת תוכניות טיפול אפקטיביות; (4) ולניצול יעיל של המידע שניתן בהנחיות המקדימות שמולאו כגורם המזרז ומחזק את הטיפול הקליני [20].

במחקרים שנבדקה בהם היעילות הקלינית על פי מדדים כמותיים של מספר האשפוזים ומספר ימי האשפוז, הובחנו נתונים סותרים, ואין עדות ברורה ממחקרים על יעילות המילוי של הנחיות פסיכיאטריות מקדימות בהפחתת אשפוזים מיותרים [22,21]. במחקר שנבדקה בו השפעת יישום ההנחיות הפסיכיאטריות המקדימות על מערך הטיפול בבריאות הנפש, נמצא כי יישומן יכול לתרום לשינוי ערכים במערך בריאות הנפש לקראת כבוד לאוטונומיה של האדם [23]. עוד נמצא במחקר, כי היעדר ידע מספיק על מהן הנחיות מקדימות פסיכיאטריות והיעדר סיוע בהכנת מסמך, מהווים חסמים המונעים מקידום תהליכים של יצירת הנחיות פסיכיאטריות מקדימות. נמצא, כי מעורבותם של אנשי הטיפול בהכנת מסמך של הנחיות מקדימות מהווה גורם המפחית את החסמים למילוי שלהן [24,4].

רוב המטפלים מתחומים מקצועיים שונים, גילו עמדות חיוביות יותר

מחברת מכותבת: סיגל מאוטנר

רחוב אברהם שלונסקי 17, רעננה מיקוד 43592
 דוא"ל: simautner@gmail.com

במחלות נפש, להדגשת התפיסה כי הרפואה הפסיכיאטרית היא חלק בלתי נפרד מהרפואה הכללית, וכי יחסי גומלין הדדיים הם בעלי ערך תרומה רבה עבור השותפים השונים.

ביבליוגרפיה

1. Atkinson JM, Advance Directive in Mental Health. Theory, Practice and Ethics. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 2007.
2. Joshi K, Psychiatric advance directives. Journal of Psychiatric Practice, 2003; 9: 303-306.
3. Zonenblik M, Psychiatric advance directives. Harefuah, 2002; 141:181-188.
4. Swanson JW, Swartz MS, Hannon MJ & al, Psychiatric Advance Directives: A Survey of Persons With Schizophrenia, Family Members, and Treatment Providers. International Journal of Forensic Mental Health, 2003; 2:73-86.
5. Dying Patient Act. 2005
6. Kusec S, Oreskovic S, Skegro M & al, Patient Education and Counseling. 2006; 60:294-300.
7. Trummer UF, Mueller UO, Nowak P & al, Does Physician-Patient Communication That Aims at Empowering Patient Improve Clinical Outcome? Patient Education and Counseling, 2006; 61: 299-306.
8. Priaulx E, Enforcing Advance Ditrctives. Protection & Advocacy News, 2003; 1:1-9.
9. Rieser SL, A Guidebook for Creating a Mental Health Advance Plan or Psychiatric Advance Directive. Advance Self-Advocacy Plan Guidebook, 2008; 1-32.
10. Scheyett AM, Kim M, Swanson JW & al, Psychiatric Advance Directives: A Tool for Consumer Empowerment and Recovery. Duke University Psychiatric Rehabilitation Journal, 2007 31: 70-75.
11. Deci EL & Ryan RM, Intrinsic Motivation and self determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
12. Deci EL, Vallerand RJ, Pelletier LG & al, Motivation and education: The self-determination perspective. Educational Psychologist, 1991;26, 325-346.
13. Deci EL & Ryan RM, The "What" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, 2000;11:227-268.
14. Schloss PJ, Alper S & Jayne D, Self-determination for people with disabilities: Coice, risk and dignity. Exceptional Children, 1993;60:215-255.
15. Kozminsky L, Talking for Themselves: Self - Advocacy of leatners with Learning Disabilities. Mofet Institute, 2004.
16. Jacobson N & Curtis L, Recovery as Policy in Mental Health Services: Strategies Emerging from the States. Psychosocial Rehabilitation Journal, 2000; 23: 333-341.
17. Slade M, 100 Ways to Support Recovery: A Guide for Mental Health Professionals. Rethink Recovery Series, 2009;1: 1-31.
18. La Fond JQ & Srebnik D, The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. International Journal of Law and Psychiatry, 2002; 25:537-555.
19. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB & al, Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons With Severe Mental Illness. American Journal of Psychiatry, 2006;163: 1943-1951.
20. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T & al, The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives. Psychiatric Servceis, 2005;56:592-598.
21. Henderson C, Flood C, Leese M & al, Effect of joint crises plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind radomised controlled trial. British Medical Journal, 2004; 329, 136-139 (Abridged version).
22. Papageorgiou A, Janmohamed A, King M & al, Advance directives for patient compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Directive content and feedback from patients and professionals. Journal of Mental Health, 2004;13:379-388.
23. Backlar P & McFarland BA, Survey on Use of Advance Directives for Mental Health Treatment in Oregon. Psychiatric Services, 1996; 47: 1389-1389.
24. Backlar P & Can I, plan now for the treatment I would want if I were in crisis? A Guide to Oregon's Declaration for Mental Health Treatment. State of Oregon Office of Mental Helth Services, Mental Health and Developmental Disability Services Division, 1994.
25. Elbogen EB, Swartz MS, Van Dorn RA & al, Clinician decision-making and attitudes on implementing psychiatric advance directives. Psychiatric Services, 2006; 57: 350-355.
26. Swartz MS, Swanson JW, Van Dorn RA & al, "Patient Preferences for Psychiatric Advance Directives. International Journal of Forensic Mental Health, 2006; 5: 67 - 81.
27. Golan O, Advance directives for treatment of the dying patient. Harefuah, 2009; 148:248-249.