

ارائه مدلی جهت هدایت مشاورین اخلاقی در بخش مراقبت‌های ویژه

فرزانه سلیمانی زاده^۱، لاله سلیمانی زاده^۲،
نیلوفرظفرنیا^۳، عباس عباس زاده^۴، مصطفی جوادی^۵

چکیده

طب بالینی، با چالش‌های اخلاقی فراوانی همراه است. علی‌رغم در دسترس بودن مشاورین اخلاق پزشکی، ۹۵ درصد از پزشکان با تضاد اخلاقی در چالش هستند. اکثر پزشکان نه تنها تجربه‌ای از مشاوره اخلاقی ندارند بلکه از وجود چنین کمیته‌هایی آگاهی نداشته و یا تمایلی به استفاده از آنها ندارند. شاید یکی از علل عدم رغبت آنها به استفاده از مشاوره‌های اخلاقی، نبودن ملاک‌هایی جهت تعیین بهترین افراد برای این کار و مشکوک بودن متخصصین به صلاحیت آنهاست.

مشکلات مطرح شده توسط خانواده‌ها می‌تواند باعث عدم ارتباط مؤثر با پزشکان معالج در بخش‌های ویژه شود. یکی از مهمترین اقدامات کمیته‌های اخلاق بالینی، کمک به حل تضادهای اخلاقی در بخش‌های ویژه می‌باشد بهبود

۱- کارشناس وزارت بهداشت و درمان

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۴- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۵- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد

ارتباطات می‌تواند منجر به کاهش تضاد و افزایش رضایت بیمار و خانواده و تیم مراقبت شود. مراحل پیشنهادی جهت بهبود ارتباطات میان بیمار و خانواده‌اش و اعضای تیم مراقبت و حل تضاد شامل هفت مرحله زیر است: آمادگی برای بحث، آگاهی به قوانین مربوط به بیمار و خانواده، تعیین چگونگی جمع‌آوری اطلاعات، ارائه اطلاعات، پاسخ به عواطف، تعیین اهداف و اولویت‌بندی درمان و طرح یک برنامه مراقبتی برای بیمار و تیم مراقبت است. به همین دلیل مشاورین اخلاقی موظف به ایجاد شرایطی برای مکالمه آزاد بین بیمار و پزشک می‌باشند تا اطلاعات صحیح به بیمار داده شود و از درک غلط وی از اطلاعات نیز جلوگیری شود. یکی از مزایای مدل مشاوره اخلاقی تسهیل در حل تضاد اخلاقی است که بر خلاف مدل‌های مستبدانه، افراد را به تفکر و امید واداشته و تصمیم‌گیری بالینی را تحمیل نمی‌کند. کمیته‌های اخلاقی بیمارستانی با داشتن مهارت‌های خاص می‌تواند تضادها را حل نماید و سبب بهبود نتایج بالینی و افزایش رضایت بیمار شوند.

واژگان کلیدی: مشاوره اخلاقی، ارتباط پزشک و بیمار، کمیته‌های اخلاق بالینی

مقدمه

یکی از مباحث مهم در ارتباط با سلامت بیماران، موضوع مرگ و پایان زندگی میباشد. مرگ بیمار در بیمارستان و بخصوص در بخش مراقبت های ویژه دارای ابعاد مختلف پزشکی، حقوقی، معنوی و اخلاقی است. در تمام این موارد گاهی ابهاماتی بوجود میآید که برای حل این ابهامات و یا حداقل کم کردن آن یک راه حل مهم، مشاوره است.^۱ مشاوره پزشکی در بیمارستانها بسیار رواج است و برحسب مشکلات جسمی و روحی که برای بیمار بوجود میآید و ارتباط مستقیمی هم با تخصص پزشک ندارد، این نوع مشاورهها درخواست می شود.^۲ مشاوره اخلاقی تقریباً واژه ای ناشناخته برای اکثر مردم و حتی متخصصین علوم پزشکی کشور ما است. حتی کسانی هم که از این نوع مشاوره اطلاعاتی دارند، عموماً در مورد ماهیت مشاوره اخلاقی دچار سوء تفاهم می شوند. بسیاری مشاوره اخلاقی را با مشاوره حقوقی و معنوی یکی می دانند. حال آنکه هدف مشاوره اخلاقی کمک به حل معضلات اخلاقی و بیان توصیه به کسانی است که در موقعیت تصمیم گیری اخلاقی قرار دارند. کار در بخش مراقبت های ویژه خود بخود همراه با طرح سوالات اخلاقی زیادی است. این سوالات برای همه کسانی که در این بخش حضور دارند اعم از پزشک، پرستار و بیمار مطرح می شود. یکی از راههای کمک به حل مسائل اخلاقی در بیمارستانها تشکیل کمیته های اخلاقی است که با ترکیب کارشناسانی که در این کمیته ها حضور دارند، اعم از حقوقدان،

1-Aulisio M, Chaitin E, Arnold R Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit. Crit Care Clin. 2004; 20: 505-23

2-Duval G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M What triggers requests for ethics consultations? J Med Ethics. 2001; 27(suppl I): i24-9.

3-Gacki-Smith J, Gordon E Resident's access to ethics consultations: knowledge, use and perceptions. Acad Med. 2005; 80: 168-75.

پزشک، پرستار، و متخصص اخلاق پزشکی می‌توانند در موارد اخلاقی نقش مشاور را داشته باشند. رایج ترین کار این کمیته‌ها حل اختلاف نظرها و تضادها و توصیه‌های اخلاقی و یا بررسی وضعیت حقوقی، پزشکی یک اقدام می‌باشد. در ضرورت وجود کمیته‌های اخلاق همین بس که در کشورهای پیشرفته‌ای که به موضوع اخلاق پزشکی اهمیت زیادی می‌دهند کماکان بر توسعه نقش این کمیته‌ها تأکید شده است. در یک بررسی مشخص شده که ۱۸ درصد از پزشکان هیچگونه تجربه‌ای از مشاوره اخلاقی نداشته‌اند.^۱ به همین دلیل برای مشخص کردن شکاف اطلاعاتی درباره اخلاق پزشکی بالینی و عدم تمایل متخصصین باید کمیته‌های اخلاقی بیمارستان را در مراقبت از بیمار شرکت و گسترش داد. این مقاله اصول کلی مربوط به عملکرد اخلاق پزشکی بالینی و توصیف مدل‌های رهبری مشاوره اخلاقی بیمارستان و همچنین مشارکت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی^۲ را در ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مورد توجه قرار می‌دهد.^۳

ارائه مدلی جهت هدایت مشاورین اخلاقی در بخش مراقبت های ویژه

۱- لازم به توضیح است که برای اولین در کشور بنابر پیشنهاد مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در اوایل سال ۱۳۸۷ کمیته های اخلاق بیمارستانی تحت عنوان کمیته های اخلاق و معنویت در بیمارستان ها و مراکز درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی راه اندازی شده است.

2-Dipanjani B. principles and procedures of medical ethics case consultation. Birit J of Hos Med. 2007; 68(3):140-44.

3-Duval G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M. What triggers requests for ethics consultations? J Med Ethics. 2001; 27(suppl I): i24-9.

۱- نقش کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در کاهش اختلافات

پزشکان و پرستاران همواره با چالش‌های اخلاقی زیادی روبرو هستند. ۹۵ درصد پزشکان عمومی، مشکل اخلاقی را نمی‌توانند حل کنند.^۱ کمیته‌های اخلاقی بیمارستانی جهت برطرف کردن مشکلات و تضادهای اخلاقی ایجاد شده اند ولی متخصصین در باره صلاحیت این کمیته‌ها اطلاعی ندارند که این امر می‌تواند مانع استفاده از این خدمات شود.^۲ هیچ مدرک یا سندی موجود نیست که اعضای کمیته اخلاق پزشکی در شرایط اخلاقی مطلوب نسبت به کل جامعه هستند.^۳ هدف مهم مشاوره اخلاقی، حل مشکلات و تضادهاست و شایعترین عامل مورد توجه در مشاوره اخلاقی، حل تضادها است.^۴ در بخش مراقبت‌های ویژه، در ۷۸ درصد موارد تصمیم‌گیری جهت محدود کردن درمانهای حمایتی، درجاتی از تضاد را نشان می‌دهند.^۵ در آنالیز تصمیم‌گیری در مرحله پایان زندگی در بخش مراقبت‌های ویژه، دامنه وسیعی از تضادها بین کارکنان پزشکی، بیماران و خانواده‌های آنان مشخص می‌گردد.^۶ کمیته‌های

1-Breen C, Abernathy A, Abbott K, Tulsky JA Conflict associated with decisions to limit life sustaining treatment in intensive care units. J Gen Intern Med. 2001; 16: 283-9.

2-Rosenbaum J, Bradley E, Holmboe E, Farrell MH, Krumholz HM Sources of ethical conflict in medical house staff training: a qualitative study. Am J Med. 2004; 116: 402-7.

3-Schneiderman L, Gilmer T, Teetzel H Impact of ethics consultations in the intensive care setting: A randomized, controlled trial. Crit Care Med. 2000; 28: 3920-24.

4-Forde R, Vandvik I Clinical ethics, information and communication: review of 31 cases from a

5-Azoulay E, Chevret S, Lelou G et al Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med. 2000; 28: 3044-9.

اخلاقی بیمارستانی بر آشکار سازی حقایق پزشکی و شکایاتی تاکید دارد که در تضادهای اخلاقی دخالت می کند و می تواند حل تضاد را تسهیل نماید^۱. شکایت اصلی خانواده ها در بخش مراقبت های ویژه مشکلات ارتباطی است بطوریکه گزارش شده است ، نیمی از خانواده های بیماران در این بخش ها ارتباط کافی با پزشکان برقرار نمی کنند^۲. فقدان ارتباطات می تواند به تضاد بین تیم مراقبتی، بیمار و خانواده وی منجر شود^۳. بهبود ارتباطات توسط مشاوران کمیته های اخلاق پزشکی می تواند تسهیل شود و سبب افزایش رضایت بیمار و خانواده وی گردد^۴. درهرحال کمیته های اخلاق پزشکی در بیمارستانها بوسیله ارتقاء بهبود ارتباطات و کاهش تضاد بین پزشکان ،بیماران و خانواده ها باعث بهبود مراقبت های بالینی می شود.

برای بهبود ارتباطاتی که در حل تضاد ها نقش ایفاء می کنند هفت مرحله پیش بینی شده که عبارتند از:

الف- آمادگی برای بحث و گفتگو (دراین مرحله خانواده بیمار با اعضاء تیم ارتباط برقرار می کنند)

ب- مرور اطلاعات بیمار و خانواده (اطلاعات مربوط به خواسته های بیمار و علائق و نظرات خانواده مرور می شود)

1-Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Au DH Communication about palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Palliat Care. 2005; 21: 157-64.

2-Mularski R, Heine C, Osborne M, Garzini L, Curtis JR Quality of dying in the ICU: ratings by family members. Chest. 2005; 128: 280

3-Lilly C, DeMeo D, Sonna L et al an intensive communication intervention for the critically ill. Am J Med. 2000; 109: 469-75

ج- تعیین مناسبترین راه ارائه اطلاعات (اطلاعات مناسب برای خانواده بیمار از طرق کتبی، شفاهی و ... قابل ارائه است)

د- ارائه اطلاعات (اطلاعات لازم عموماً توسط مشاور ارائه می‌شود)

ه- پاسخ به عواطف (فرصتی برای ابراز احساسات خانواده بیمار در نظر گرفته می‌شود)

و- تعیین اهداف مراقبتی و اولویتهای درمانی (در این مرحله توصیه های کمیته اخلاقی برای ادامه درمان و مراقبت از بیمار ارائه می‌شود)

ز- تدوین طرح مراقبتی (براساس توصیه های کمیته اخلاقی، طرح مراقبت از بیمار تدوین و اجرا می‌شود). ارائه دهنده خدمات، در حل تضاد باید بتواند تعادل و توازن بین ارزش ها و اتونومی بیمار یا جانشین، با داشتن اطلاعات پزشکی، قوانین اجتماعی و خط و مشی بیمارستان ایجاد کنند تا موافقتی قابل قبول کسب شود.

۲- کاربرد و تسهیل مشاوره اخلاقی برای بیماران

مشکل و مانع استفاده وسیع از مشاوره اخلاقی، از دست دادن اتونومی بیمار توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی می باشد. منشاء این مشکلات از دست دادن کنترل در روند مراقبت بیمار - مدار می باشد که به فقدان اتونومی متخصصین منجر می شود. به همین دلیل ارائه دهندگان باید از مدلی که اتونومی را تقویت می کند، حمایت نمایند. زمانی این امر صورت می گیرد که بیماران و فراهم کنندگان خدمات با یکدیگر کارکنند تا تصمیم مشترکی را از طریق

دیالوگ آزاد اتخاذ نمایند. در این فرآیند اتونومی بیمار و فراهم کننده خدمات حفظ خواهد شد. در بعضی از موقعیت های بالینی، تیم مراقبت ممکن است درک غلطی از اطلاعات بیمار و یا ناآگاهی از نظام ارزشهای حیاتی بیمار نسبت به درک فرآیند تصمیم گیری داشته باشد که سبب نقص اتونومی بیمار می شود. فعالیت مهم مشاورین اخلاقی، شناسایی ارتباطات غلط و ارتقاء گفتگو است تا بتوان، مدل تقویت اتونومی را تسهیل کرد و همچنین بیمار و ارائه دهنده خدمات در این مدل قدرتمند می شوند. بجای تحمیل تصمیم گیری به بیمار، که به منظور حل تضاد می باشد، استفاده از مشاورین اخلاقی در جهت هدایت بیمار و تیم مراقبت بهداشتی از طریق تصمیم گیری متفکرانه موثر و مفید می باشد و این روش مدل تصمیم سازی اخلاقی در مقابل مدل استبدادی است. در این مدل کمیته های اخلاق پزشکی بیمارستانی به بیمار کمک می کنند تا خودش تصمیم گیری کند و نباید تصمیمات را به بیمار تحمیل کرد. این تضاد را می توان از طریق گفتگو بین بیمار و ارائه کننده خدمات حل کرد بدین ترتیب، مشاورین اخلاقی می توانند مشکلاتی را که بر تضاد اخلاقی متمرکز می شوند، شناسایی و سازمان دهی کنند.

۳- ساختار کمیته ها و مشاوره اخلاق بیمارستانی

اعضای کمیته های اخلاقی نقش مهمی در آموزش متخصصین ایفا می کنند زیرا متخصصین آگاهی کافی از قوانین اجتماعی و خط مشی بیمارستانی ندارند. یکی از فواید مشاوره، آموزش ارائه کنندگان خدمات و کارکنان در مورد خط مشی بیمارستانی و قوانین اجتماعی می باشد.

مدل خاصی جهت مشخص کردن تضاد های اخلاقی وجود ندارد. سه مدل مشاوره که زیاد از آن استفاده می شود شامل تیم کوچک مشاوره، کمیته ها و یک مشاور می باشد. در سال ۲۰۰۰، ۶۸ درصد کمیته های اخلاق بیمارستانی در آمریکا به شکل تیم های کوچک، ۲۳ درصد آنها بصورت کمیته و ۹ درصد آنها مشاوره های فردی بودند. یکی از مضرات کمیته های اخلاق بیمارستانی بزرگ این است که باید زمان بیشتری را جهت ارزشیابی و بررسی برای یک بیمار صرف کند و نیز اندازه هم ممکن است بیمار و خانواده وی را در موقعیت های حساس تهدید کنند. در بعضی از بیمارستانها تنها از یک مشاور اخلاقی استفاده می شود که ساختار آن انعطاف پذیری بیشتری دارد و نزدیکی و صمیمیت آن بیش از کمیته های اخلاقی می باشد. زیرا مشاور می تواند در مدت زمان کوتاهی با بیمار و خانواده ارتباط برقرار کند و مشاوره اش سریعتر از مشاوره در مدل کمیته مدار انجام می شود. در یک مطالعه مشخص گردید که ۷۱ درصد از پزشکان ترجیح می دهند از مدل وابسته به مشاور نسبت به کمیته ها استفاده نمایند به دلیل اینکه پزشکان ترجیح می دهند که با همکاران در مورد بیماران بحث کنند و از تقسیم قدرت با فراهم کننده های کمکی که در کمیته ها وجود دارد اطمینان ندارند. در مدل وابسته به مشاور یا مشاورمدار زمان زیاد ولی به اندازه وسعت کمیته ها نمی باشد. چنانچه مشاور فاقد مهارت های مشاوره اخلاقی باشد، فرآیند مشاوره دچار مشکل می شود و ارائه دهنده دیگری نمی تواند این نقص را کامل کند. در روش دیگر مشاوره از تیم های کوچک استفاده می شود که در ابتدا مورد مشاوره را بررسی نموده و به کمیته گزارش می شود. در این روش صمیمیت و کارایی مدل پزشک مشاور و وسعت فکر مدل کمیته حفظ می شود. تا کنون مطالعه ای که نتایج فعالیت را در حیطه مشاورین اخلاقی مورد بررسی قرار دهد،

انجام نشده است. به دلیل پیچیدگی فرآیند مشاوره، کارشناسان روش تیمی را با بکارگیری پزشک مشاور چرخشی که می تواند نقش رهبری را در هدایت مشاوره داشته باشد، توصیه می کنند.

۴- فرآیند مشاوره اخلاقی و فواید آن

فرآیند مشاوره شامل اجزاء زیر می باشد ۱- آشکارسازی درخواست مشاوره
۲- جمع آوری اطلاعات ۳- ترکیب و سنتز اطلاعات ۴- توضیح اطلاعات ترکیب شده ۵- حمایت از فرآیند مشاوره.

در بعضی از بیمارستانها فقط پزشکان اجازه درخواست مشاوره دارند. برطبق توصیه انجمن اخلاق زیستی و انسان گرایی، آمریکا، به هر ارائه دهنده مراقبت یا بیمار اجازه درخواست مشاوره را دارد. دسترسی به خدمات مشاوره ای در هر ساعت و در بعضی از سیستمهای بیمارستانی وجود دارد. بعد از دریافت درخواست مشاوره کمیته اخلاقی باید به همه اطلاعات بیمار به عنوان بخشی از تیم مراقبت دسترسی داشته باشد. اولین جنبه مهم در فرایند مشاوره، آشکارسازی مشکلات و تضادهای اخلاقی است. دراین رابطه، هدف از مشاوره باید فرموله شود و مشاور پرونده پزشکی را مرور کند و درصدد گفتگو با تیم مشاور، بیمار، خانواده و کارکنان کمکی باشد تا اطلاعات مربوط به بیمار را کسب کند این بررسی بر سوالات مشاور متمرکز می شود ولی ممکن است که تضادهایی که قبلاً شناسایی نشده، آشکار شود. در یک سیستم اطلاعات جمع آوری شده به صورت چهار محور اصلی سازمان دهی می شود که شامل تاریخچه پزشکی، پیش آگهی و اهداف درمانی، ارزشهای بیمار، اولویت ها و اهداف مراقبتی، کیفیت زندگی و

حمایت اجتماعی، اقتصاد، قوانین و جنبه های مدیریت موردی می باشد. بعد از جمع آوری اطلاعات، این اطلاعات باید توسط کمیته های اخلاقی ترکیب شود که شامل مرور و بکار بستن اطلاعات اخلاقی مربوط به بیمار می باشد و از نظر اخلاقی تصمیم گیرنده مناسب که می تواند بیمار باشد و یا در موقعیت هایی که بیمار توانایی تصمیم گیری ندارند از جانشین استفاده شود. جلسه ای بین بیمار یا جانشین، کمیته اخلاقی و نماینده ای از تیم مشاوره تشکیل می شود. هدف از این جلسه کسب توافق عمومی، تسهیل مشاوره و ارتقاء دیالوگ می باشد. دلایل مشاوره باید بوسیله شخص یا تیم درخواست کننده مشخص و در جریان مشاوره اهداف، اولویتهای بیمار و خانواده در نظر گرفته شود. نقطه نظرات مخالف باید مورد تایید قرار گیرد. بحث و گفتگوها نباید مورد قضاوت و داوری قرار گیرد. همه افراد باید فرصت اظهار نظر و شرکت در جلسات ردا داشته باشند. بعد از این جلسات کمیته های اخلاقی دلایل مشاوره و همچنین اطلاعات مربوط به توصیه های کمیته اخلاقی را مستند می کند این توصیه ها بعد از بحث آگاهانه براساس قوانین اجتماعی و خط مشی بیمارستانی ارائه و در پرونده پزشکی بیمار ثبت می شود. کمیته اخلاق بیمارستانی بعد از اولین مشاوره جهت حمایت باقی می ماند. متخصصین از اینکه فرایند مشاوره اخلاقی وقت گیر است و می تواند مانع مراقبت از بیمار شود و اهمه دارند. در مدل کمیته مدار، درخواست برای مشاوره در عرض ۲۴ ساعت و اولین توصیه ها در ۲۴ ساعت بعدی ارائه می شود. ولی در مدل مشاور مدار، همه بیماران در یکروز درخواست مشاوره و ارائه توصیه ها را دارند. کمیته های اخلاق بیمارستانی بوسیله آشکار سازی سوءدرک، بهبود دیالوگ و فراهم کردن اطلاعات به روز، تصمیم گیری بالینی را انجام می دهند. موارد شایع جهت مشاوره اخلاقی شامل ۱- تضاد درباره پایان زندگی، شامل قطع حمایت

زندگی و احیاء ۲- تضاد بین تیم درمانی و بیمار یا جانشین وی در مورد طرح های درمانی ۳- گرفتن تصمیمات برای بیمارانی که فاقد توانایی تصمیم گیری هستند، می باشد.

استفاده از کمیته های مشاوره اخلاقی در بخش مراقبت های ویژه مفید می باشد زیرا طول مدت اقامت در این بخشها و نیز استفاده از درمانهای بیهوده و غیرمفید را کاهش می دهد. بررسی های مختلف، دامنه رضایت پزشکان از مشاوره اخلاقی را ۷۰ تا ۹۰ درصد نشان می دهد و تاثیر کمیته اخلاقی بر کاهش مراقبت غیر سودمند به عنوان مراقبت نامناسب برای بیماری که پیش آگهی ضعیف دارد را مشخص می کند. کمیته اخلاق بیمارستانی فراهم کنندگان خدمات را در مورد مراقبت تسکینی و درمان های بیهوده، آموزش می دهند. متدهای مشاوره متفاوت است ولی هنوز موثرترین متد در این بخشها شناخته نشده است. در کمیته مشاوره اخلاقی، وسعت مداخله نامشخص می باشد، ولی استفاده از روش تیمی که بر بهبود ارتباطات متمرکز است می تواند بازوی موثر این مداخلات باشد.

نتیجه

معضلات اخلاقی در طب بالینی بخصوص در بخش مراقبتهای ویژه در ارتباط با ادامه و یا قطع اقدامات حیات بخش در بیمارانی که امیدی به زنده ماندن آنها نیست، پدیده ای روزمره است. مشاوره اخلاقی که تحت مدیریت کمیته های اخلاقی بیمارستان صورت می گیرد، می تواند یک راه حل مناسب و کارآمد در کم کردن این تضادها و افزایش اتونومی و در نهایت رضایت بیمار و خانواده او باشد. تضاد اخلاقی در بخش مراقبت های ویژه شایع می باشد. حل به موقع این تضادهای اخلاقی جنبه مهمی از کیفیت مراقبت بهداشتی است. کمیته های اخلاق

بیمارستانی در جستجوی تسهیل ارتباطات، آشکارسازی تضاد با ابعاد اخلاقی، چارچوب بندی مشاوره های اخلاقی و کمک به تفسیر خط مشی ها می باشد. از این رو می تواند باعث افزایش رضایت برای بیمار و فراهم کننده خدمات و نیز در بخش مراقبت های ویژه باعث کاهش موثر در مراقبت غیر سودمند و بیهوده شود.

The model for conducting ethics consultation in the intensive care units

Solaimanizadeh.F¹, Solaimanizadeh.L²,
Zafarnia.N³, Abass zadeh.A⁴, Javadi.M⁵

Abstract

Clinical medicine is along with more ethical challenges or conflicts. Despite availability medical ethics consultations 95% of physicians are challenged with ethical conflict. The majority of physicians not only, no experience of a hospital ethics committee (H.E.C) and have not tendency the utilization of ethics consultation, lack of criteria for the determine the best individual for this action and uncertainty clinicians to their qualification. The purpose of this article, reviews core principle relevant to the practice of clinical medical ethic and describes models for conducting hospital based ethics consultations and the contribution of bioethics committees to high quality practice patient care in ICU. Family problems can cause lack of effective communication with the physicians in ICU. One of the attempts medical ethics committees, help resolving ethical conflicts in ICU. Improved communication can reduce conflict and increase patient and family and team care satisfaction. Suggestion for improved communication between patient and family and members of team care and resolution of conflict are seven step-approach include of prepare for the discussion ,establish what the patient and family knows , determine how information is to be handled, deliver the information, respond to emotions, establish goals for care and treatment priorities, establish a plan care. Barriers the utilization of ethics consultations are lack of autonomy for the patient and team care. due to ,duty of ethics

ارائه مدلی جهت هدایت مشاورین اخلاقی در بخش مراقبت های ویژه

1- Bs of health

2- Faculty member of Kerman University of medical sciences

3- Faculty member of Kerman University of medical sciences

4- Faculty member of Kerman University of medical sciences

5- Faculty member of Yazd University of medical sciences

consultations should develop open dialogue between physician and patient until deliver correct information to patient and misunderstand prevented. One of the benefits model ethics consultations is satisfaction in resolving ethical conflicts that as opposed, authoritarian model, individual thoughtful and medical decision-making not imposed. Hospital ethics committees possess with specific skills can resolve conflicts and cause improve clinical outcomes and increase patient satisfaction.

Keywords: ethics consultation, conflict, physician, patient, communication

References

- 1-Aulisio M, Chaitin E, Arnold R Ethics and palliative care consultation in the intensive care unit. Crit Care Clin. 2004; 20: 505–23.
- 2-Duval G, Sartorius L, Clarridge B, Gensler G, Danis M What triggers requests for ethics consultations? J Med Ethics. 2001; 27(suppl I): i24–9.
- 3-Gacki-Smith J, Gordon E Resident's access to ethics consultations: knowledge, use and perceptions. Acad Med. 2005; 80: 168–75.
- 4-Dipanjan B. principles and procedures of medical ethics case consultation. Birit J of Hos Med. 2007; 68(3):140-44.
- 5-Dobrin, a Moral reasoning of members of hospital ethics committees: a pilot study. J Clin Ethics. 2003; 14: 270–5.
- 6-Duval G, Clarridge B, Gensler G, Danis M A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. Gen Intern Med 2004; 19: 251–8.
- 7-Breen C, Abernathy A, Abbott K, Tulskey JA Conflict associated with decisions to limit life sustaining treatment in intensive care units. J Gen Intern Med. 2001; 16: 283–9.
- 8-Rosenbaum J, Bradley E, Holmboe E, Farrell MH, Krumholz HM Sources of ethical conflict in medical house staff training: a qualitative study. Am J Med. 2004; 116: 402–7.
- 9-Schneiderman L, Gilmer T, Teetzel H Impact of ethics consultations in the intensive care setting: A randomized, controlled trial. Crit Care Med. 2000; 28: 3920–24.
- 10-Forde R, Vandvik I Clinical ethics, information and communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. J Med Ethics. 2005; 31: 73–7.
- 11-Azoulay E, Chevret S, Lelou G et al Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med. 2000; 28: 3044–9.
- 12-Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Au DH Communication about palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Palliat Care. 2005; 21: 157–64.

- 13-Mularski R, Heine C, Osborne M, Garzini L, Curtis JR Quality of dying in the ICU: ratings by family members. *Chest*. 2005; 128: 280–7.
- 14-Lilly C, DeMeo D, Sonna L et al an intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med*. 2000; 109: 469–75.
- 15-Von Gunten C, Ferris F, Emanuel LL The patient-physician relationship. Ensuring competency in end-of-life care: communication and relational skills. *JAMA*. 2000; 284: 3051–7.
- 16-Davies L, Hudson L Why don't physicians use ethics consultation? *J Clin Ethics*. 1999; 10: 116–25.
- 17-Dunn N Practical issues around putting the patient as the center of care. *J R Soc Med*. 2003; 96: 325–7.
- 18-Quill T, Brody H Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*. 1996; 125: 763–9.
- 19-Aulisio M, Arnold R, Youngner S Health Care Ethics Consultation: Nature, goals and competencies. *Ann Intern Med*. 2000; 133: 59–69.
- 20-Vaszar L, Raffin T, Kuschner W Hospital ethics case consultations practical guidelines. *Comp Ther*. 2005; 31: 35–9.
- 21-Fox E, Myers S, Pearlman R Ethics consultation in U.S. hospitals: a national survey. [Abstract] National Meeting of the American Society for Bioethics and Humanities, 2002; Baltimore, MD
- 22-Swenson M, Miller R Ethics Case Review in Health Care institutions: Committees, Consultants or teams? *Arch Intern Med*. 1992; 152: 694–7.
- 23-Phillips D Ethics consultation quality: Is evaluation feasible? *JAMA*. 1996; 275: 1866–7.
- 24-Veterans Health Administration National Center for Ethics in Health Care Ethics consultation: responding to ethics concerns in health care. Available at: http://www1.va.gov/integratedethics/download/Ethics_Consultation_Pprimer.pdf accessed 28 June 2006.

25-LaPuma J, Stocking C, Darling R, Siegler M Community hospital ethics consultation: evaluation and comparison with a university hospital service. Am J Med. 1992; 92: 346-5.

26-Lo B Answers and questions about ethics consultations. JAMA. 2003; 290: 1208-10.