

# Τα Ηθικά Διλήμματα ως Πηγή Άγχους στους Ιατρούς και στους Νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Μαρία Λεπίδου,<sup>1</sup> Όλγα Καδδά,<sup>2</sup> Γεώργιος Αργυρίου,<sup>3</sup>  
Αθανασία Νέστωρ,<sup>4</sup> Αικατερίνη Μαρβάκη,<sup>5</sup> Γεωργία Χασιώτη,<sup>6</sup>  
Σεραφείμ Νανάς<sup>7</sup>

## Ethical Dilemmas as a Source of Stress in the Intensive Care Unit

Abstract at the end of the article

<sup>1</sup>MSc Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Χίου,  
<sup>2</sup>MSc Νοσηλεύτρια, PhD(c), Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ωνάσειο» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Αθήνα, <sup>3</sup>MSc Νοσηλεύτρια, PhD(c), Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα, <sup>4</sup>Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα, <sup>5</sup>MSc Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης, Κατερίνη, <sup>6</sup>Φοιτήτρια Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Καρόλου, Πράγα, Τσεχία, <sup>7</sup>Καθηγητής Ιατρικής Σχολής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τμήμα Ιατρικής,  
Εθνικό και Καποδιστριακό  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Υποβλήθηκε: 4.7.2011  
Επανυποβλήθηκε: 15.12.2011  
Εγκρίθηκε: 15.3.2012

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:  
Όλγα Καδδά  
Παπανούτσου 15  
174 55 Άλιμος  
Τηλ.: 210 98 02 594, 6946 857 254  
e-mail: ol.kadda.31@gmail.com

**Εισαγωγή:** Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν τα πιο λειτουργικά τμήματα ενός νοσοκομείου, με μεγάλο φόρτο εργασίας και ένταση που βιώνουν τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των ηθικών διλημάτων ως πηγή άγχους στους ιατρούς και τους νοσηλευτές και η συσχέτισή τους με το εργασιακό stress λόγω των δύσκολων καταστάσεων που βιώνουν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες στο χώρο της ΜΕΘ. **Υλικό-Μέθοδος:** Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 119 ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ 5 νοσοκομείων της Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, δημιουργήθηκε από τους ερευνητές με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) έκδοση 17.0. **Αποτελέσματα:** Το 61,3% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 37±7,8 έτη, ενώ η μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας τους στη ΜΕΘ ανερχόταν στα 4±4,4 έτη. Το 61,3% ήταν νοσηλευτές, ενώ από τους ιατρούς το 50% ήταν ειδικεύομενοι. Κατά τη διεξαγωγή παραμετρικών tests ελέγχθηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (ιατροί-νοσηλευτές) και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο άγχος που βιώνουν οι ιατροί και οι νοσηλευτές και τη λήψη αποφάσεων που αφορούν σε ασθενείς τελικού σταδίου. Οι ιατροί φαίνεται να βιώνουν περισσότερο άγχος από τους νοσηλευτές (μέση τιμή 4,022±1,3), ( $p<0,001$ ). **Συμπεράσματα:** Τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές της ΜΕΘ βιώνουν έντονο άγχος, καθώς καθημερινά αντιμετωπίζουν ηθικά και νομικά διλήμματα κατά την παροχή φροντίδας σε βαριά ασθενείς.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Ηθικά διλήμματα, ιατροί, μονάδα εντατικής θεραπείας, νοσηλευτές, προτελευταίες αποφάσεις

## Εισαγωγή

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελούν τα πιο λειτουργικά τμήματα ενός νοσοκομείου, με μεγάλο φόρτο εργασίας και άγχος, που βιώνουν

τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές. Εντατική θεραπεία σημαίνει προσφορά φροντίδας σε ασθενείς που βιώνουν μη αναστρέψιμες καταστάσεις, όπως ανεπάρκεια ή διακοπή λειτουργίας κάποιου ζωτικού οργάνου,<sup>1</sup> που απαιτούν αυξημένη ιατρονοσηλευτική παρακολούθηση, με εφαρμογή εξειδικευμένων μορφών θεραπειών. Είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι σε στρεσογόνους παράγοντες και ευάλωτοι στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω συναισθηματικών απαιτήσεων της εργασίας τους.<sup>2-4</sup> Η ΜΕΘ είναι ένας χώρος όπου εξειδικευμένο προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό, με την αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας, υποστηρίζει και θεραπεύει τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Ταυτόχρονα, όμως, αποτελεί και ένα χώρο με έντονη την παρουσία του θανάτου, συχνά προβλέψιμου, παρ' όλες τις επιθετικές παρεμβάσεις που μπορεί να γίνονται από το προσωπικό.<sup>5</sup>

Συχνά, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να λάβει αποφάσεις, για τις οποίες θα πρέπει να ενημερωθεί τόσο ο ασθενής όσο και οι συγγενείς του. Η παροχή πληροφοριών θα πρέπει να είναι άμεση και ειλικρινής προς τους ενδιαφερόμενους, οι οποίοι πολύ συχνά κυριεύονται από άγχος και αγωνία. Τα συναισθήματα αυτά εντείνονται, κυρίως όταν οι συγγενείς μετέχουν σε αποφάσεις που καθορίζουν την πορεία της κατάστασης του ασθενούς.<sup>6</sup>

Διαπιστώνεται ότι η ΜΕΘ είναι ένας χώρος όπου τίθενται διαρκώς ηθικά και νομικά διλήμματα, τα οποία δημιουργούνται κυρίως από τη νέα τεχνολογία. Το 1978, οι Beauchamp και Childress οριοθέτησαν τέσσερις αρχές οι οποίες πίστευαν ότι θα μπορούσαν να οργανώσουν τη σκέψη των ιατρών σχετικά με την ηθική άσκηση της Ιατρικής:

- Ευεργεσία, το καθήκον των ιατρών να βοηθήσουν τους ασθενείς, όποτε είναι δυνατόν
- Μη πρόκληση βλάβης
- Ο σεβασμός για την αυτονομία, το δικαίωμα των ασθενών στην αυτοδιάθεση
- Δικαιοσύνη.<sup>7</sup>

Παράλληλα με τους ιατρούς, οι νοσηλευτές των ΜΕΘ συχνά αναλαμβάνουν την ευθύνη παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας, βασιζόμενοι στην πρακτική τους σε επαγγελματικά πρότυπα ηθικής συμπεριφοράς. Καθημερινά, αντιμετωπίζουν ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα. Ηθικά προβλήματα προκύπτουν κυρίως μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών (π.χ. πατερναλιστική συμπεριφορά νοσηλευτών, παραβίαση εμπιστευτικότητας, μη πληροφορημένη συναίνεση), μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών (π.χ. διαφωνίες για την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, συγκρούσεις που αφορούν στο ρόλο του νοσηλευτή), μεταξύ νοσηλευτών και άλλων νοσηλευτών και, τέλος,

μεταξύ νοσηλευτών και της πολιτικής του Οργανισμού και της Πολιτείας (π.χ. έλλειψη προσωπικού, κατανομή οικονομικών πόρων). Όλα αυτά τα προβλήματα διαρκώς εντείνονται και αυξάνουν ολοένα και περισσότερο το άγχος που βιώνουν ιατροί και νοσηλευτές στις ΜΕΘ.

Σε μια ΜΕΘ, πολλά είναι τα ηθικά προβλήματα, τα οποία απαντώνται με αυξημένη συχνότητα. Τέτοια είναι ο καθορισμός του κατάλληλου χρόνου λήξης της θεραπείας, η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, ο προσδιορισμός του σημείου εκείνου όπου η κατάσταση του ασθενούς θεωρείται μη αναστρέψιμη, η προτεραιότητα εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ ανάλογα με τη νόσο τους και η σωστή εκτίμηση της ανάγκης ή μη του ασθενούς για εντατική θεραπεία.<sup>1</sup> Για τους ιατρούς, τα ηθικά διλήμματα που μπορεί να προκύψουν είναι η μη κλιμάκωση ή η απόσυρση της αγωγής έναντι της ευθανασίας, η μη κλιμάκωση έναντι απόσυρσης της αγωγής, τα κοινά ή τα υπερβολικά θεραπευτικά μέσα, η αρχή του διπλού αποτελέσματος, καθώς και οι εντολές αναζωογόνησης (do not resuscitate [DNR] orders).<sup>8</sup> Ωστόσο, η αγωνία που βιώνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό περιλαμβάνει τόσο το άγχος όσο και την ψυχολογική επιβάρυνση, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στη λήψη λανθασμένων αποφάσεων, κρίσιμων για τη ζωή ενός ασθενούς.<sup>9-11</sup>

Ανάλογες μελέτες<sup>12-15</sup> έχουν αναδείξει το θέμα των ηθικών διλημάτων στη ΜΕΘ και τη σύνδεση αυτών με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με αυτές, τα ηθικά θέματα και το άγχος που αντιμετωπίζουν οι ιατροί και οι νοσηλευτές αφορούσαν κυρίως στις σχέσεις τους με τους ασθενείς και στη θεραπεία που ακολουθούσαν. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αισθανόταν ότι επιπύνονταν τα ηθικά ζητήματα όταν ικανοποιούνταν οι ανάγκες των ασθενών, όταν υπήρχε ικανοποιητική επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών ή όταν όλη η ομάδα περίθαλψης συμφωνούσε όσον αφορά στη θεραπεία που θα ακολουθούσε ο ασθενής.

## Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ηθικών διλημάτων ως πηγή άγχους στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, καθώς και της σχέσης του εργασιακού stress με καταστάσεις που βιώνουν οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες στο χώρο της ΜΕΘ.

## Υλικό και Μέθοδος

Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 119 επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτές) που

εργάζονταν σε ΜΕΘ 5 νοσοκομείων (4 στην Αθήνα, 1 στην περιφέρεια) της Ελλάδας. Η διανομή των ερωτηματολογίων και η συλλογή των στοιχείων διήρκεσε συνολικά 6 μήνες, από το Νοέμβριο του 2010 έως το Μάιο του 2011.

Ως προς το σχεδιασμό της πρόκειται για μη πειραματική, συγχρονική μελέτη. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στη μελέτη ήταν η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης δημιουργήθηκε από τους ερευνητές με βάση τη βιβλιογραφία και, συγκεκριμένα, βασίστηκε σε προηγούμενη μελέτη των Corley et al.<sup>16,17</sup> Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα περιελάμβανε 11 ερωτήσεις, που αφορούσαν σε δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία. Το δεύτερο τμήμα περιελάμβανε 14 ερωτήσεις και επιχειρείτο μέσα από το βαθμό συμφωνίας που εξέφρασαν οι ερωτηθέντες, η συλλογή πληροφοριών σε σχέση με τα ηθικά διλήμματα που είχαν να αντιμετωπίσουν κατά την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τελικό στάδιο στη ΜΕΘ και σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Το τρίτο και τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε 14 ερωτήσεις που σκοπό είχαν να εντοπίσουν το βαθμό της ψυχολογικής έντασης που μπορούν οι εν λόγω καταστάσεις να προκαλέσουν στους επαγγελματίες υγείας. Για τις απαντήσεις χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert με πέντε διαβαθμίσεις.

### Ηθική και δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του κάθε νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και η συμμετοχή των ερωτηθέντων ήταν εθελοντική. Δόθηκαν οδηγίες στους συμμετέχοντες για το σκοπό της μελέτης, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, την εξασφάλιση της ανωνυμίας και την τήρηση του απορρήτου. Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης τηρήθηκαν όλες οι αρχές δεοντολογίας.

### Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων. Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών που μελετήθηκαν αναφέρονται ως μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση. Για τον έλεγχο της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των μέσων τιμών των συνεχών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση της διακύμανσης κατά έναν παράγοντα, t-test. Για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων

μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Pearson's  $\chi^2$ . Ως στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι σχέσεις με  $p < 0,05$ . Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS) έκδοση 17.0 (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA).

### Αποτελέσματα

Τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού μελέτης παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν  $37 \pm 7,8$  έτη. Η μέση προϋπηρεσία στη ΜΕΘ ήταν  $4 \pm 4,4$  έτη.

Έγιναν συγκρίσεις με t-test για να ελεγχθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων (ιατρών-νοσηλευτών) και του τρόπου συμπεριφοράς απέναντι σε διλήμματα που προκύπτουν στη ΜΕΘ. Η συζήτηση για την κατάσταση του ασθενούς με την οικογένειά του προκαλεί περισσότερο άγχος στους ιατρούς και λιγότερο στους νοσηλευτές, καθώς και η συζήτηση με την οικογένεια για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος του ασθενούς είναι αναπόφευκτος.

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στις απόψεις του μελετώμενου πληθυσμού για την ψυχολογική ένταση που υφίσταντο σε σχέση με τις καταστάσεις που αφορούσαν στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ (Πίνακας 2).

Κατά την εφαρμογή διμεταβλητής ανάλυσης δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στις καταστάσεις που προκύπτουν στο περιβάλλον της ΜΕΘ και την ηλικία ή το φύλο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ιδιότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη (ιατροί-νοσηλευτές) διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση στην ιδιότητα και στη συνέχιση παροχής φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου (που διατηρείται στη ζωή αποκλειστικά με τεχνητά μέσα), όταν κανένας δεν λαμβάνει την απόφαση να διακόψει τη θεραπευτική αγωγή ( $p=0,008$ ). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική σχέση στην ιδιότητα και στη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενή με ανίατη πάθηση για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς ( $p=0,057$ ), καθώς και ανάμεσα στην ιδιότητα και στη διαδικασία συζήτησης με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος του ασθενούς είναι αναπόφευκτος ( $p=0,106$ ).

Όσον αφορά στο άγχος που έχουν οι ιατροί και οι νοσηλευτές όταν πρόκειται να λάβουν αποφάσεις που αφορούν σε ασθενείς τελικού σταδίου, προκύπτει ότι οι

**Πίνακας 1.** Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ιδιότητα και τη θέση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Μεταβλητές	Νοσηλευτής		Ιατρός	
	n	%	n	%
<i>Φύλο</i>				
Άνδρες	24	32,9	22	47,8
Γυναίκες	49	67,1	24	52,2
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>				
Έγγαμος	37	50,7	26	56,5
Άγαμος	33	45,2	18	39,1
Διαζευγμένος	3	4,1	2	4,3
<i>Εκπαίδευση – Θέση</i>				
Ειδικευόμενος ιατρός			105	50
Ειδικευμένος ιατρός			4	14,3
Επιμελητής Α', Β'			8	28,6
Αναπληρωτής Διευθυντής			3	3,4
Διευθυντής			2	7,1
Προϊστάμενος	7	7,5		
Υπεύθυνος νοσηλευτής	14	15,1		
Νοσηλευτής	69	74,2		
Βοηθός νοσηλευτή	3	3,2		

ιατροί έχουν περισσότερο άγχος όταν πρόκειται να συζητήσουν με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος του ασθενούς είναι αναπόφευκτος ( $p=0,001$ ) (Πίνακας 3).

## Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έδειξε να βιώνει άγχος όσον

αφορά σε διαδικασίες στο χώρο της ΜΕΘ, το οποίο δε φαίνεται να σχετίζεται με δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι ιατροί σε ορισμένες καταστάσεις βίωναν περισσότερο άγχος από τους νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, η συζήτηση για την κατάσταση του ασθενούς με την οικογένειά του όταν αρχίζει να επιδεινώνεται αυτή προκαλεί περισσότερο άγχος στους ιατρούς ( $p<0,001$ ) καθώς ο ψυχολογικός παράγοντας τόσο του ασθενούς όσο και

**Πίνακας 2.** Απόψεις του μελετώμενου πληθυσμού για την ψυχολογική ένταση που υφίστανται σε σχέση με τις καταστάσεις που αφορούν στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου, οι οποίοι νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Ερωτήσεις	Τιμή p
Συνεχίζετε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή σε τελικό στάδιο νόσου, ο οποίος διατηρείται στη ζωή αποκλειστικά με τεχνητά μέσα, όταν κανένας δε λαμβάνει την απόφαση να διακόψει τη θεραπευτική αγωγή;	0,026
Εκτελείτε εντολές των ιατρών για περιπτές εξετάσεις και θεραπείες σε ασθενείς τελικού σταδίου;	0,000
Ακολουθείτε εντολές για αναλγητικά φάρμακα, ακόμη κι όταν τα φάρμακα που χορηγούνται δεν ανακουφίζουν τον πόνο;	0,004
Συνεχίζετε τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη πάθηση για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς;	0,000
Συζητάτε για την κατάσταση του ασθενούς με την οικογένεια όταν αρχίζει να επιδεινώνεται η κατάστασή του;	0,000
Αυξάνετε τη δόση της ενδοφλέβιας αναλγησίας-καταστολής σε έναν ασθενή σε τελικό στάδιο νόσου ακόμη και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει το θάνατο;	0,000
Συζητάτε με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων όταν ο θάνατος αυτού είναι αναπόφευκτος;	0,001
Βοηθάτε τους ιατρούς οι οποίοι εφαρμόζουν κάποιες διαδικασίες σε έναν ασθενή αφού η καρδιοαναπνευστική ανάνηψη ήταν ανεπιτυχής;	0,000
Ομάδα ελέγχου: Ιατροί – νοσηλευτές	

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**Πίνακας 3.** Συσχέτιση της ιδιότητας (ιατρός-νοσηλεύτης) με συμπεριφορές στη ΜΕΘ όσον αφορά στους ασθενείς τελικού σταδίου.

Συνεχίζετε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή σε τελικό στάδιο νόσου, ο οποίος διατηρείται στη ζωή αποκλειστικά με τεχνητά μέσα, όταν δε λαμβάνει κάποιος την απόφαση να διακόψει τη θεραπευτική αγωγή;						
	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ εν μέρει (%)	Δεν έχω αποφασίσει (%)	Συμφωνώ εν μέρει (%)	Συμφωνώ απόλυτα (%)	p
<b>Ιατροί</b>	10,9%	52,2%	4,3%	17,4%	15,2%	0,008
<b>Νοσηλεύτες</b>	9,6%	21,9%	16,4%	23,3%	28,8%	
Συνεχίζετε τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη πάθηση για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς;						
	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ εν μέρει (%)	Δεν έχω αποφασίσει (%)	Συμφωνώ εν μέρει (%)	Συμφωνώ απόλυτα (%)	p
<b>Ιατροί</b>	8,7%	41,3%	26,1%	13,0%	10,9%	0,057
<b>Νοσηλεύτες</b>	17,8%	20,5%	21,9%	28,8%	11,0%	
Συζητάτε με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων όταν ο θάνατος του ασθενούς είναι αναπόφευκτος;						
	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ εν μέρει (%)	Δεν έχω αποφασίσει (%)	Συμφωνώ εν μέρει (%)	Συμφωνώ απόλυτα (%)	p
<b>Ιατροί</b>	0	2,2%	2,2%	21,7%	73,9%	0,106
<b>Νοσηλεύτες</b>	5,5%	8,2%	6,8%	26%	46,6%	
Συνεχίζετε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή σε τελικό στάδιο νόσου, ο οποίος διατηρείται στη ζωή αποκλειστικά με τεχνητά μέσα, όταν δε λαμβάνει κάποιος την απόφαση να διακόψει τη θεραπευτική αγωγή;						
	Καθόλου stress (%)	Λίγο stress (%)	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ (%)	Πολύ stress (%)	Πάρα πολύ stress (%)	p
<b>Ιατροί</b>	15,2%	19,6%	39,1%	17,4%	8,7%	0,001
<b>Νοσηλεύτες</b>	21,9%	47,9%	8,2%	16,4%	5,5%	
Συζητάτε με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων όταν ο θάνατος αυτού είναι αναπόφευκτος;						
	Καθόλου stress (%)	Λίγο stress (%)	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ (%)	Πολύ stress (%)	Πάρα πολύ stress (%)	p
<b>Ιατροί</b>	4,3%	8,7%	4,3%	63,0%	19,6%	0,001
<b>Νοσηλεύτες</b>	16,4%	27,4%	17,8%	16,4%	21,9%	
Συνεχίζετε τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη πάθηση για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς;						
	Καθόλου stress (%)	Λίγο stress (%)	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ (%)	Πολύ stress (%)	Πάρα πολύ stress (%)	p
<b>Ιατροί</b>	8,7%	13,0%	15,2%	50,0%	13,0%	0,001
<b>Νοσηλεύτες</b>	20,5%	32,9%	24,7%	16,4%	5,5%	

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

του συγγενή επηρεάζει τις αποφάσεις τους.

Παρόμοιες έρευνες<sup>18-20</sup> έχουν καταλήξει στο ίδιο συμπέρασμα, ότι κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της νόσου είναι δύσκολος ο χειρισμός των συναισθημάτων, με αποτέλεσμα ο ιατρός να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη συνέχιση της θεραπείας, ακόμη και για ψυχολογικούς λόγους των συγγενών του ασθενούς.

Σε αντίθεση με την παραπάνω μελέτη, οι Dreyer et al<sup>21</sup> σε μελέτη τους έδειξαν ότι τέτοιες διαδικασίες δεν πρέπει να αγχώνουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γιατί οι συγγενείς περνούν από διάφορα στάδια, όταν

ένας δικός τους άνθρωπος νοσηλεύεται στη ΜΕΘ και κυρίως όταν βρίσκεται σε τελικό στάδιο της νόσου. Γι' αυτό και εκφράζουν έντονα την επιθυμία να γνωρίζουν για την κατάσταση του ασθενούς και να συμμετέχουν όσο μπορούν στη φροντίδα που παρέχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ένα άλλο σημαντικό αποτέλεσμα της μελέτης ήταν ότι η λήψη αποφάσεων για ασθενείς που διατηρούνται στη ζωή με τεχνητά μέσα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία και προκαλεί άγχος κυρίως στους ιατρούς (p=0,001). Σε συμφωνία με

τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, οι McMillen<sup>22</sup> και Oberle<sup>23</sup> κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ιατροί, καθώς δίνουν τις εντολές για τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς αισθάνονται περισσότερο αγχωμένοι και υπεύθυνοι όταν πρόκειται να λάβουν αποφάσεις για διακοπή ή συνέχιση της αγωγής. Όμως, και οι νοσηλευτές συνεισφέρουν στη διαδικασία της λήψης των αποφάσεων εν μέρει, καθώς συμπαραστέκονται και στηρίζουν ψυχολογικά τους συγγενείς όταν το έχουν ανάγκη. Συχνά, διαφωνούν με τους ιατρούς, υποστηρίζοντας είτε ότι η αγωγή διακόπηκε πολύ νωρίς ή ότι συνεχίζεται μάταια. Σε τέτοιες δύσκολες καταστάσεις και στο δύσκολο περιβάλλον της ΜΕΘ, η επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών συχνά παρουσιάζεται αποτελεσματική στη λήψη κρίσιμων αποφάσεων. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει ανάγκη από αμοιβαία κατανόηση και υποστήριξη προκειμένου να μειώσει το άγχος που βιώνει.<sup>24</sup>

Το γεγονός της συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενή με ανίατη πάθηση για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς προκάλεσε πολύ άγχος στους ιατρούς και λίγο στους νοσηλευτές της παρούσας μελέτης ( $p=0,001$ ). Σε συμφωνία με τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης, άλλες μελέτες<sup>25-27</sup> κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παραπάνω διαδικασία είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί σίγουρα τη συγκατάθεση του ασθενούς, και αν δεν μπορεί ο ίδιος να δώσει τη συγκατάθεσή του τότε τη δίνουν οι συγγενείς. Τονίζεται, επίσης, ότι η κλινική έρευνα στη ΜΕΘ θα πρέπει να αποσκοπεί στο όφελος των ασθενών και να διασφαλίζει τη διενέργεια των παρεμβάσεων σε αυτούς. Οι ιατροί που συμμετέχουν στις κλινικές μελέτες είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν την καχυποψία των συγγενών σχετικά με τους κινδύνους που επισύρει στον ασθενή όχι η ίδια η νόσος του, αλλά η συμμετοχή του στην κλινική μελέτη. Μια τέτοια διαδικασία προκαλεί αρκετό άγχος καθώς πρέπει να διασφαλιστεί ταυτόχρονα και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η ενημέρωση των συγγενών από τους ιατρούς είναι απαραίτητη προκειμένου να ληφθούν κάποιες κρίσιμες αποφάσεις για τον ασθενή, αλλά και για να εξοικειωθούν τα οικεία πρόσωπα με την προοπτική της υγείας του ασθενούς. Η ενημέρωση των συγγενών είναι μια διαδικασία που δημιουργεί άγχος, τόσο στους ιατρούς όσο και στους συγγενείς, που αφήνει στους τελευταίους συναισθήματα θυμού, αδικίας και ματαιότητας. Η συζήτηση για την κατάσταση του ασθενούς με την οικογένειά του, όταν αρχίζει να επιδεινώνεται, προκαλεί σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας πολύ άγχος στους ιατρούς και λιγότερο στους νοσηλευτές ( $p=0,001$ ). Το φορτίο της ενημέρωσης και της άμβλυσης των δυσάρε-

στων συναισθημάτων των συγγενών επιβαρύνει κυρίως τους ιατρούς, οι οποίοι καλούνται να παρηγορήσουν, να συμβουλέψουν και να υποστηρίξουν τους συγγενείς με σκοπό την αποδοχή του επερχόμενου θανάτου.

Παρόμοιες μελέτες<sup>28-31</sup> υπογραμμίζουν την ανάγκη της ενημέρωσης των συγγενών ώστε να λαμβάνουν και εκείνοι μέρος στις τελικές αποφάσεις, την ανάγκη βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών-συγγενών ώστε να μειώνεται το άγχος της ενημέρωσης.

Σχετικά με το θέμα της δωρεάς οργάνων και αν αυτό προκαλεί άγχος στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι προκαλεί περισσότερο άγχος στους ιατρούς ( $p<0,001$ ). Οι αποφάσεις της δωρεάς οργάνων, όταν ο θάνατος του ασθενούς είναι αναπόφευκτος, λαμβάνονται κάτω από συνθήκες χρονικής πίεσης και συναισθηματικής φόρτισης. Αφορά σε ένα ευρύτερο σύνολο ατόμων και η ομοφωνία δεν είναι πάντα εφικτή. Ανάλογες μελέτες<sup>32,33</sup> ενισχύουν την άποψη της προώθησης της διαδικασίας της δωρεάς οργάνων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό όχι μόνο την αύξηση του αριθμού των μεταμοσχεύσεων, αλλά και τη μείωση του άγχους της διαδικασίας ενημέρωσης-συγκατάθεσης.

Οι απόψεις των νοσηλευτών για τους ασθενείς τελικού σταδίου στη ΜΕΘ είναι αρκετά περίπλοκες.<sup>34</sup> Συμμετέχουν σε πράξεις που πιστεύουν ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή ακόμη και όταν κάποιες προσπάθειες είναι ανεπιτυχείς ( $p<0,001$ ). Βοηθούν τους ιατρούς και αναπτύσσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Στους ασθενείς τελικού σταδίου οι νοσηλευτές καλούνται ν' αντιμετωπίσουν διαφορές απόψεων με τις υπόλοιπες ομάδες υγείας, σύγκρουση ρόλων, λήψη κρίσιμων αποφάσεων, καταστάσεις που ευνοούν την ανάπτυξη άγχους και αγωνίας για τις πράξεις τους.<sup>35,36</sup>

## Περιορισμοί της μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τα ηθικά διλήμματα που πιθανόν να έχουν οι ιατροί και οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ. Ωστόσο, χαρακτηρίζεται από έναν περιορισμό και πιο συγκεκριμένα τον περιορισμένο αριθμό των επιλεγμένων νοσοκομείων και κατά συνέπεια το μικρό δείγμα της μελέτης σε σχέση με τον αριθμό των μεταβλητών.

## Συμπεράσματα – Προτάσεις

Τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές της ΜΕΘ αντιμετωπίζουν καθημερινά ηθικά και νομικά διλήμματα και

υποχρεούνται κάποιες φορές να λαμβάνουν αποφάσεις που πιθανόν να είναι αντίθετες είτε με τα προσωπικά τους πιστεύω είτε με τις απόψεις του συγγενικού περιβάλλοντος των ασθενών. Είναι σημαντική η ύπαρξη κάποιων κατευθυντήριων οδηγιών, που θα εξασφαλίζουν τις κατάλληλες

οδηγίες τόσο από νομικής όσο και από ηθικής άποψης, προκειμένου να επιτελούν επιτυχώς το δύσκολο έργο τους και χωρίς να βιώνουν καταστάσεις έντονου άγχους. Το άγχος είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα στο χώρο εργασίας και αξίζει της ανάλογης προσοχής.

## ABSTRACT

### Ethical Dilemmas as a Source of Stress among Doctors and Nurses in the Intensive Care Unit

Maria Lepidou,<sup>1</sup> Olga Kadda,<sup>2</sup> Georgios Argyriou,<sup>3</sup> Athanasia Nestor,<sup>4</sup> Katerina Marvaki,<sup>5</sup> Georgia Hassioti,<sup>6</sup> Serafeim Nanas<sup>7</sup>

<sup>1</sup>RN, MSc, General Hospital of Chios, <sup>2</sup>RN, MSc, PhD(c), Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, "Onassis" Cardiac Surgery Centre, Athens, <sup>3</sup>RN, MSc, PhD(c), Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, "Sotiria" General Hospital of Athens, Athens, <sup>4</sup>Professor, 1st Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, <sup>5</sup>RN, MSc, General Hospital of Katerini, Katerini, <sup>6</sup>Medical Student, Charles University, Prague, Czech Republic, <sup>7</sup>Professor, Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

**Background:** The intensive care unit (ICU) is the busiest part of a hospital, with a high workload and stress experienced by both doctors and nurses. The distress experienced by health professionals includes both anxiety and decline in morale, and may even lead to wrong decisions critical for patients' lives. **Aim:** Investigation of ethical dilemmas as a source of stress for doctors and nurses, and their relationship with the work stress situations experienced in the ICU. **Method:** The study population consisted of 119 health professionals, doctors and nurses, working in the ICUs of 5 hospitals in Greece. A questionnaire specially designed by the researchers was used, based on the international literature, and specifically based on a study of Corley and co-workers. Data analysis was performed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 17.0. **Results:** Of the 119 health professionals who completed the questionnaire, 61.3% were women. The average age of the respondents was 37±7.8 years, and their average duration of work in the ICU was 4±4.4 years. Nurses comprised 61.3% of the sample, and of the physicians 50% were junior doctors. A statistically significant difference was found between doctors and nurses in the stress experienced and making decisions regarding end-stage patients, with doctors experiencing more stress than nurses (mean 4.022±1.3) ( $p < 0.001$ ). **Conclusions:** Both physicians and nurses in the ICU face daily ethical and legal dilemmas and must sometimes make decisions that might be contrary to their personal beliefs or the views of the patient's family. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING* 2012, 51 (2): 187–194.

**Key-words:** doctors, end-of-life decisions, ethical dilemmas, intensive care unit, nurses

✉ **Corresponding Author:** Olga Kadda, 15 Papanoutsou street, GR-174 55 Alimos, Greece, tel.: +30 210 98 02 594, +30 6946 857 254. e-mail: ol.kadda.31@gmail.com

## Βιβλιογραφία

1. Παπαγεωργίου Δ. Κριτήρια ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας. *Νοσηλευτική* 2008, 47:57–64
2. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med* 2009, 180:853–860
3. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A et al. High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007, 175:686–692
4. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007, 175:698–704
5. Παπακωνσταντίνου Κ, Καραμπίνης Α, Μπαλτόπουλος Γ. *Η Νοσηλευτική στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*. Αθήνα, 2005, 1:3–50
6. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005, 171:987–994
7. Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2009, 25:221–237
8. Κρανιδιώτης Γ, Γεροβασίλης Β, Τασούλης Α, Νανάς Σ. Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:18–36

9. Pendry PS. Moral distress: Recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ* 2007, 25:217–221
10. Cronqvist A, Nyström M. A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *J Nurs Manag* 2007, 15:458–465
11. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 2007, 35:422–429
12. Musa M, Harun-Or-Rashid M, Sakamoto J. Nurse managers' experience with ethical issues in six government hospitals in Malaysia: A cross-sectional study. *BMC Med Ethics* 2011, 12:23
13. DeWolf Bosek MS. Identifying ethical issues from the perspective of the registered nurse. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2009, 11:91–99
14. Weng L, Joynt GM, Lee A, Du B, Leung P, Peng J et al. Attitudes towards ethical problems in critical care medicine: The Chinese perspective. *Intensive Care Med* 2011, 37:655–664
15. Beca JP, Koppmann A, Chávez P, Delgado I, Solar S. Analysis of a clinical ethics consultation experience in intensive care. *Rev Med Chil* 2010, 138:815–820
16. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001, 33:250–256
17. Sporrong SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics* 2006, 13:416–427
18. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage* 2009, 37:771–779
19. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitateno K et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: A multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005, 30:320–328
20. Mularski RA, Puntillo K, Varkey B, Erstad BL, Grap MJ, Gilbert HC et al. Pain management within the palliative and end-of-life care experience in the ICU. *Chest* 2009, 135:1360–1369
21. Dreyer A, Nortvedt P. Sedation of ventilated patients in intensive care units: Relatives' experiences. *J Adv Nurs* 2008, 61:549–556
22. McMillen RE. End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs* 2008, 24:251–259
23. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs* 2001, 33:707–715
24. Puntillo K, Benner P, Drought T, Drew B, Stotts N, Stannard D et al. End-of life issues in intensive care units: A national random survey of nurses' knowledge and beliefs. *Am J Crit Care* 2001, 10:216–229
25. Weijer C. The ethical analysis of risk in intensive care unit research. *Crit Care* 2004, 8:85–86
26. Luce JM. Research ethics and consent in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2003, 9:540–544
27. Chenaud C, Merlani P, Ricou B. Research in critically ill patients: Standards of informed consent. *Crit Care* 2007, 11:110
28. Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevrøy O. Family members' experiences of "wait and see" as a communication strategy in end-of-life decisions. *Intensive Care Med* 2011, 37:1143–1150
29. Peigne V, Chaize M, Falissard B, Kentish-Barnes N, Rusinova K, Megarbane B et al. Important questions asked by family members of intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2011, 39:1365–1371
30. Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, Ely EW. Communication in critical care: Family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2010, 19:421–430
31. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet* 2010, 376:1347–1353
32. Aulisio MP, Devita M, Luebke D. Taking values seriously: Ethical challenges in organ donation and transplantation for critical care professionals. *Crit Care Med* 2007, 35(Suppl 2):S95–S101
33. Vathsala A. Improving cadaveric organ donation rates in kidney and liver transplantation in Asia. *Transplant Proc* 2004, 36:1873–1875
34. Yang MH, McIlpatrick S. Intensive care nurses' experiences of caring for dying patients: A phenomenological study. *Int J Palliat Nurs* 2001, 7:435–441
35. Prompahakul C, Nilmanat K, Kongsuwan W. Review: Factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients. *Nurse Media J Nurs* 2011, 1:15–27
36. Polykandrioti M. Burn-out syndrome. *Health Sci J* 2009, 3:195–196