

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Οι συγκρούσεις μέσα στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας

Οι συχνότερες αιτίες των συγκρούσεων που προκαλούνται μέσα στο χώρο της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι συνήθως αποτέλεσμα των διαφωνιών που προκύπτουν σχετικά με τους στόχους και τα αποτελέσματα της ακολουθούμενης θεραπείας. Τέτοιες συγκρούσεις μπορεί να ξεσπάσουν είτε ανάμεσα στη ΜΕΘ και τα εξωτερικά, συνεργαζόμενα με αυτή τμήματα, είτε μεταξύ των μελών του προσωπικού που εργάζονται στη Μονάδα και, τέλος, ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών. Τα δύο πρώτα είδη είναι αυτά που συνήθως αποτελούν το έναυσμα για τη δημιουργία συγκρούσεων μεταξύ προσωπικού και συγγενών. Ανεξάρτητα όμως από το είδος της επερχόμενης σύγκρουσης, είναι πλέον γενικά αποδεκτό ότι η διαχείριση και η όλη αντιμετώπισή τους αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας για να αποφευχθεί το επιπρόσθετο άγχος και stress που δημιουργείται και να προωθηθεί η όσο το δυνατόν καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας μιας ΜΕΘ προς τον ασθενή της.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ανάμεσα στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, αλλά και στην πλειοψηφία του κόσμου, οι γνώσεις των οποίων σχετικά με το χώρο του νοσοκομείου και ειδικότερα των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) είναι αρκετά περιορισμένες, επικρατεί μια γενική αντίληψη αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας τους, που τις περισσότερες φορές απέχει πολύ από την πραγματικότητα.¹ Οι περισσότερες και σοβαρότερες αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία των ασθενών λαμβάνονται όταν η κατάστασή τους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και σε στιγμές όπου ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του. Η παράταση της διαδικασίας του θανάτου ή ακόμη και η παρεμπόδιση της επέλευσής του μπορεί να επιτείνουν το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς, να υπονομεύσουν την αξιοπρέπειά του και συνεπώς να επιβαρύνουν ποικιλοτρόπως την οικογένειά του.² Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να απευθυνθεί προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο επιφορτίζεται με την ευθύνη για

τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην πρόγνωση και στη θεραπεία του νοσηλευόμενου, και που πολύ συχνά αποτελούν την αιτία δημιουργίας στρεσογόνων καταστάσεων όταν τους ζητηθεί η συγκατάθεση για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων.³ Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η τέλεση τραχειοστομίας, που όταν ανακοινώνεται στο συγγενή του ασθενούς, συνήθως έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους και αναποφασιστικότητας για το αν θα πρέπει να πραγματοποιηθεί, ιδιαίτερα τη στιγμή που ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει μόνος του αυτή την απόφαση και ο συγγενής του καλείται να δώσει τη συγκατάθεσή του ή όχι.

Η ύπαρξη διαφορετικών «πιστεύω» και προσδοκιών, σχετικά με την καταλληλότερη ακολουθούμενη θεραπεία, συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων μέσα στο χώρο της ΜΕΘ.⁴⁻⁹ Οι εν λόγω συγκρούσεις είναι τις περισσότερες φορές το αποτέλεσμα διαφόρων αμφισβητήσεων, διαφωνιών ή και διαφορετικών απόψεων αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης της όλης κατάστασης του βαρέως πάσχοντα.⁴ Σε μελέτες σχετικές με τις συγκρούσεις που

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2011, 28(4):555-560
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2011, 28(4):555-560

Μ. Κούρτη,^{1,2}
Θ. Κατοστάρας,²
Γ. Φιλντίσης,²
Γ. Καλλέργης,²
Ε. Χριστοφίλου,¹
Ι. Φλώρος¹

¹Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΓΝΑ
«Λαϊκό», Αθήνα

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Αθήνα

Conflicts in the intensive care unit

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Λήψη απόφασης
ΜΕΘ
Οικογενειακό περιβάλλον
Συγγενείς
Συγκρούσεις

Υποβλήθηκε 1.10.2010
Εγκρίθηκε 8.12.2010

προκύπτουν μέσα στο χώρο της ΜΕΘ,^{4,9} σε ασθενείς με συνήθως παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας, βρέθηκε ότι στο ένα τρίτο τουλάχιστον των περιπτώσεων οι διαμάχες που σχετίζονταν με την παρεχόμενη φροντίδα αποτελούσαν ένα αναπόφευκτο φαινόμενο. Από αυτές, ποσοστό 48–57% ήταν συγκρούσεις μεταξύ του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς και του προσωπικού της ΜΕΘ, ενώ το 31–48% αφορούσε σε εσωτερικές συγκρούσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού της ΜΕΘ. Η πλέον συνηθισμένη αιτία των σχετικών συγκρούσεων ήταν η απόφαση για τη διακοπή ή τη συνέχιση της ακολουθούμενης, κάθε φορά, θεραπείας.⁹ Οι εν λόγω συγκρούσεις συνήθως δημιουργούνται (α) μεταξύ της ΜΕΘ και των εξωτερικών, συνεργαζόμενων με αυτή τμημάτων (inter-team) (χειρουργεία, τμήμα επειγόντων περιστατικών κ.λπ.), (β) μεταξύ των μελών του προσωπικού που εργάζεται στο χώρο της ΜΕΘ (intra-team) και (γ) μεταξύ της ΜΕΘ και του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς. Οι δύο πρώτες περιπτώσεις συγκρούσεων είναι αυτές που συνήθως πυροδοτούν τις διαμάχες μεταξύ ΜΕΘ και συγγενών.

2. ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Οι συγκεκριμένες συγκρούσεις προκύπτουν συνήθως όταν τα τμήματα στα οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, πριν από τη διακομίδη του στη ΜΕΘ, παρέχουν ανεπαρκείς πληροφορίες τόσο στον ίδιο, όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον σχετικά με τις ακολουθούμενες θεραπείες στη ΜΕΘ και τα πιθανά αποτελέσματά τους, ή τους δημιουργούν φρούδες και μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το τι θα πρέπει να περιμένουν από την παραμονή και τη νοσηλεία των βαρέως πασχόντων ασθενών σε ένα κλειστό και απομονωμένο τμήμα, όπως είναι η μονάδα εντατικής θεραπείας.⁴

Συχνά, οι διαφωνίες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται εκτός ΜΕΘ, με το ίδιο το προσωπικό της Μονάδας, μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά προβλήματα σχέσεων των θεραπόντων, της ΜΕΘ και των συγγενών, με διαφωνίες όσον αφορά στην παρεχόμενη κατάλληλη φροντίδα προς τον ασθενή. Αρκετές φορές παρατηρείται άσκηση πίεσης από τα εξωτερικά τμήματα προς τη ΜΕΘ, για τη διακομίδη ασθενών προς αυτή, η οποία υπό κανονικές συνθήκες δεν θα είχε κανένα όφελος, ή για προσφορά μόνο παρηγορητικής θεραπείας, που θα μπορούσε να παρασχεθεί εξίσου καλά και στα εξωτερικά τμήματα του νοσοκομείου. Για παράδειγμα, είναι συχνές οι περιπτώσεις όπου το τμήμα επειγόντων περιστατικών προτιμά να μεταφερθεί άμεσα στη ΜΕΘ ένα βαρύ περιστατικό, χωρίς εκτίμηση του απόλυτου οφέλους αυτής της μεταφοράς, με

μόνη δικαιολογία ότι η ΜΕΘ αποτελεί «καλύτερο μέρος για να αποβιώσει κάποιος, συγκριτικά με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου». Το φαινόμενο αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει διάχυτα η άποψη από τα άτομα που εργάζονται εκτός της ΜΕΘ ότι η αναλογία μεταξύ νοσηλευτή-ασθενούς στη ΜΕΘ είναι καλύτερη, σε σχέση με τα άλλα τμήματα, και ο πόνος καθώς και όλα τα συμπτώματα και τα προβλήματα των ασθενών μπορούν να εκτιμηθούν και να αντιμετωπιστούν πιο άμεσα και περισσότερο αποτελεσματικά. Έτσι, στη ΜΕΘ γίνονται μη αναγκαίες διακομίδες ασθενών, οι οποίες πυροδοτούν διαμάχες.

Επί πλέον, συχνά η έλλειψη επικοινωνίας και κατανόησης, όχι μόνο μεταξύ των ιατρών αλλά και ανάμεσα στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία διαφόρων παρεξηγήσεων και συγκρούσεων. Συνεπώς, οι διαφορετικές αντιλήψεις που μπορεί να έχει ο καθένας για το χώρο της ΜΕΘ, καθώς και οι προσδοκίες του από αυτή σχετικά με την έκβαση των ασθενών, ενδέχεται να δημιουργήσουν stress και άγχος, το οποίο όταν διοχετεύεται προς τα έξω, λαμβάνει τη μορφή έντονων αντιδράσεων και γεννά αντιπαλότητες. Επίσης, στην καθημερινή πράξη δημιουργούνται συχνά διαμάχες στις περιπτώσεις όπου η διακομίδη του ασθενούς στη ΜΕΘ θεωρείται αναγκαία, δεν είναι όμως εφικτή. Αυτό αποτελεί συχνό πρόβλημα λόγω της έλλειψης κρεβατιών, τα οποία ήδη καταλαμβάνονται από άλλους ασθενείς, ή ακόμη, στη χειρότερη των περιπτώσεων, παραμένουν εκτός λειτουργίας λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως είναι αναμενόμενο, το πρόβλημα αυτό είναι η αιτία δημιουργίας έντονου stress, άγχους και εντάσεων, τόσο από την πλευρά του προσωπικού του τμήματος, που δεν μπορεί να διακομίσει το βαρέως πάσχοντα, όσο και από την πλευρά της ΜΕΘ, που δεν είναι σε θέση να προσφέρει την απαιτούμενη θεραπεία.¹⁰

3. ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι συγκρούσεις ανάμεσα στο προσωπικό της ΜΕΘ είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν σχετίζονται με εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι συγκρούσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι συχνότερες διαμάχες δημιουργούνται συνήθως μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και στην πλειοψηφία τους αφορούν στο είδος της ακολουθούμενης θεραπείας, επειδή συχνά υπάρχει αδυναμία εφαρμογής κάποιου κοινού στόχου θεραπείας από πλευράς ιατρών και νοσηλευτών. Άλλωστε, είναι γενικά παραδεκτό ότι τον τελευταίο λόγο τον έχει πάντα ο εντατικολόγος ιατρός, κάτι που συχνά προκαλεί την αντίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού. Επί πλέον,

μπορεί να προκύψουν διάφορες διαφωνίες όταν το πλάνο περίθαλψης, αντιμετώπισης και θεραπείας του ασθενούς διαφοροποιείται κάθε φορά που αλλάζει και ο υπεύθυνος ιατρός, πολύ περισσότερο όμως όταν γι' αυτές τις μεταβολές δεν ενημερώνεται ο υπεύθυνος νοσηλευτής.¹⁰

4. ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Δεν είναι λίγες οι φορές κατά τις οποίες οι ιατροί της ΜΕΘ, αν και θεωρούν ότι τα αποτελέσματα της παρεχόμενης θεραπείας δεν θα είναι τα αναμενόμενα, εν τούτοις συνεχίζουν την εφαρμογή της, υποκύπτοντας συνήθως στις πιέσεις που ασκεί το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς (π.χ. η παρατεταμένη μηχανική υποστήριξη σε ασθενείς με κλίμακα Γλασκώβης GCS: 3). Έτσι, προκύπτουν συγκρούσεις όταν οι συγγενείς επιμένουν στη συνέχιση ή την κλιμάκωση της αγωγής, ενώ η γνώμη των ιατρών της ΜΕΘ είναι αντίθετη. Σύμφωνα με τους Breen et al, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει συγκρούσεις με τους συγγενείς σε ποσοστό που φθάνει το 48% των περιπτώσεων, ενώ τα 2/3 των συγκεκριμένων συγκρούσεων αφορούσαν σε προτελευταία διλήμματα.¹¹ Συχνά, η μεγαλύτερη πρόκληση για το προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ είναι το να γνωρίζει ότι η εφαρμοζόμενη θεραπεία είτε δεν θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (σε ασθενείς με μη ιάσιμη νόσο), είτε είναι αντίθετη με τις επιθυμίες του. Όταν κάτι ανάλογο κοινοποιείται στο οικογενειακό περιβάλλον, είναι αναπόφευκτη η δημιουργία διαφωνιών ή και συγκρούσεων, αφού, όπως είναι αναμενόμενο, ο καθένας επιθυμεί μέχρι και την τελευταία στιγμή να εφαρμοστεί ό,τι είναι δυνατόν προκειμένου να βοηθηθεί το αγαπημένο του πρόσωπο, όσο και αν κατά βάθος γνωρίζει ότι κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο ή αδύνατο.¹² Βέβαια, το αν και κατά πόσο οι στενοί συγγενείς του ασθενούς γνωρίζουν τις επιθυμίες του¹³ είναι κάτι που κανένας δεν γνωρίζει με βεβαιότητα, αφού συζητήσεις για τέτοιου είδους θέματα σπάνια γίνονται στο χώρο της ΜΕΘ. Μερικές φορές, οι «αξίες» και τα «πιστεύω» των ασθενών, έτσι όπως αυτά μεταφέρονται στο ιατρικό προσωπικό από το οικογενειακό του περιβάλλον, αντιτίθενται στη θεραπεία την οποία επιθυμούν να ακολουθήσουν οι ιατροί. Πιο σπάνια, μπορεί να προκύψουν διαμάχες λόγω έλλειψης κατανόησης, ιδιαίτερα όταν το προσωπικό της ΜΕΘ πρέπει να συζητήσει τα προβλήματα που έχουν ανακύψει με συγγενείς ασθενών από χώρες του εξωτερικού, όπου κυρίως η διαφορετική γλώσσα, αλλά και δευτερευόντως οι διαφορές τόσο στην κουλτούρα όσο και στο πολιτισμικό επίπεδο και τις θρησκευτικές δοξασίες δυσχεραίνουν σημαντικά τη μεταξύ τους κατανόηση και συνεννόηση.

Η ώρα της μεταφοράς του ασθενούς από τη ΜΕΘ σε κάποιο εξωτερικό τμήμα του νοσοκομείου αποτελεί τη συχνότερη αιτία διαπληκτισμών μεταξύ συγγενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Δεν είναι λίγες οι φορές εκείνες κατά τις οποίες, ενώ έχει αποφασιστεί ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να μεταφερθεί εκτός Μονάδας για περαιτέρω παρακολούθηση, το οικογενειακό του περιβάλλον φέρει αντιρρήσεις, προβάλλοντας ως δικαιολογία το γεγονός ότι στη ΜΕΘ ο ασθενής θα έχει καλύτερη παρακολούθηση, λόγω μηχανικού εξοπλισμού, και καλύτερη νοσηλεία και φροντίδα, λόγω μικρότερης αναλογίας ασθενούς-νοσηλευτή συγκριτικά με τις υπόλοιπες κλινικές. Κάποιο τέτοιο φαινόμενο δημιουργεί stress στο προσωπικό, το οποίο, από τη μια πλευρά επιθυμεί να προσφέρει όσο το δυνατόν καλύτερη περίθαλψη στον ασθενή, από την άλλη όμως πρέπει να εξυπηρετήσει και άλλους ασθενείς που χρήζουν άμεσης μεταφοράς στη ΜΕΘ. Ακόμη, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις κατά τις οποίες οι συγγενείς των ασθενών επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά, όταν πληροφορούνται ότι δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί κάτι περισσότερο για τον ασθενή, και παρά τις προσπάθειες που γίνονται, επιρρίπτουν ευθύνες στους ιατρούς και τους νοσηλευτές, αμφισβητώντας τις γνώσεις και τις ικανότητές τους.

Το επίπεδο της εμπειρίας του προσωπικού αποτελεί συχνά θέμα συγκρούσεων, κυρίως σ' ό,τι αφορά στους ιατρούς, αλλά συχνά και στους νοσηλευτές της ΜΕΘ, και μάλιστα σε αυτούς με τη μικρότερη εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, οι συζητήσεις που αφορούν στην όλη αντιμετώπιση των ασθενών σε στάδια προχωρημένης νόσου δεν πρέπει να γίνονται μόνο από ιατρούς που βρίσκονται σε φάση εκπαίδευσης ή ακόμη και από ειδικευμένους ιατρούς, χωρίς ικανή εμπειρία στα θέματα της ΜΕΘ, αλλά με συζήτηση όλων των εμπλεκόμενων στη νοσηλεία του ασθενούς και τη λήψη μιας συνολικής τελικής απόφασης, γενικά αποδεκτής. Μερικές συγκρούσεις μπορεί να προκύψουν όταν οι συγγενείς ενημερώνονται σχετικά με την πορεία της νόσου του ασθενούς από διαφορετικούς κάθε φορά εντατικολόγους, οπότε, όπως είναι φυσικό και αναμενόμενο, θα υπάρχει διαφορά στον τρόπο που αντιμετωπίζει ο κάθε ιατρός μια κατάσταση, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα, από την πλευρά των συγγενών, αυτό να ερμηνεύεται ως έλλειψη συνεννόησης και να καταλήγει σε δημιουργία σχετικού εκνευρισμού και παραπόνων. Τελικά, η δημιουργούμενη «σύγκρουση» ιατρού-συγγενών έχει ως συνέπεια τη μετατροπή της συλλογικής προσπάθειας της ομάδας για το καλό του ασθενούς σε στείρα προβληματική αντιπαράθεση, με αποτέλεσμα αρκετές φορές ο ιατρός να αισθάνεται ότι οι συγγενείς δεν τον εμπιστεύονται πλήρως και αρχίζει να αμφισβητεί τις προθέσεις τους. Οι συγγενείς

συχνά θεωρούν με κάποιο παράπονο ότι ο ιατρός δεν τους καταλαβαίνει, αμφιβάλλουν για την προσήλωσή του στο σκοπό της ίασης και, τελικά, βιώνουν μοναξιά, καταπίεση ή εγκατάλειψη. Παρ' όλα αυτά, αρκετές φορές η εν λόγω σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική, όταν αποκαλύπτει διαφορές αξιών και προβλημάτων που δεν έχουν προηγουμένως συζητηθεί επαρκώς.¹⁴

Τέλος, το έναυσμα των συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ και των συγγενών, όταν τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα, αποτελούν οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ιατρικών ομάδων που είχαν αναλάβει τον ασθενή πριν από τη διακομιδή του στη ΜΕΘ, οι οποίες μεταφέρονται τόσο στον ίδιο, όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον, σε συνδυασμό με την πληροφόρηση σχετικά με τα θαύματα της επιστήμης και την πρόοδο του μηχανικού εξοπλισμού.¹⁰

5. ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Όλοι οι παράγοντες που αναφέρθηκαν έχουν, τελικά, ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων στο χώρο της ΜΕΘ, οι συνέπειες των οποίων φαίνονται στον πίνακα 1.

Κάποιες από τις συγκρούσεις, όπως για παράδειγμα αυτές ανάμεσα στην οικογένεια και στο προσωπικό της ΜΕΘ, θα προκύψουν στις περιπτώσεις εκείνες όπου κάποιος μπορεί να αμφισβητήσουν δυνητικά ωφέλιμες θεραπείες για τον ασθενή ή, αντίθετα, να απαιτήσουν θεραπείες, τα αποτελέσματα των οποίων θα τον ωφελήσουν ελάχιστα. Και στις δύο περιπτώσεις, δημιουργείται συχνά έντονο άγχος και stress στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ, το οποίο πρέπει κάθε φορά να είναι σε θέση να αποφασίζει πώς θα διαθέσει με όσο το δυνατόν καλύτερο και πιο δίκαιο τρόπο για τον ασθενή τα μέσα που του παρέχονται.

Οι προσπάθειες να τεθούν λογικοί στόχοι όσον αφορά σε αποτελεσματικότερες θεραπείες, δηλαδή θεραπείες οι οποίες έχουν πιθανότητα επιτυχίας και κινούνται σε πλαίσιο σύμφωνα με τις επιθυμίες, τις αξίες και τα πιστεύω του ασθενούς, προκειμένου να αποφευχθούν οι δυσαρέσκεις και οι συγκρούσεις, είναι κάτι θεμιτό από όλους, συχνά όμως είναι ανέφικτο και όχι σπάνια απαιτεί ευχέρεια χρόνου. Επί πλέον, μια τέτοια προσπάθεια μπορεί να εντείνει τις συγκρούσεις και να επιφέρει επιπρόσθετο άγχος στη σχέση ασθενούς-οικογένειας (π.χ. οι μεταγγίσεις αίματος σε ασθενείς άλλων θρησκευτικών δογμάτων). Για τους λόγους αυτούς, οι ιατροί τείνουν να ακολουθήσουν μια πιο παθητική προσέγγιση, όσον αφορά στους συγγενείς, του τύπου «βλέποντας και κάνοντας», ώστε να αποφευχθούν οι πιθανές διαμάχες που θα μπορούσαν να θέσουν υπό αμφισβήτηση τις όποιες αποφάσεις τους σχετικά με

Πίνακας 1. Οι συνέπειες των συγκρούσεων.¹⁰

- Μη πραγματοποίηση δυνητικά ωφέλιμων θεραπειών για τον ασθενή
- Απαιτήσεις για θεραπείες που θεωρούνται ακατάλληλες
- Άσκοπες και χρονοβόρες συζητήσεις, σε βάρος του ασθενούς
- Μειωμένη ποιότητα στην παροχή φροντίδας προς τον ασθενή
- Παραμονή εκτός Μονάδας ασθενών με άμεση ανάγκη μεταφοράς σε αυτή
- Προσφυγή σε νόμιμα μέσα για την επίλυση των διαφορών
- Έλλειψη κατανόησης μεταξύ ασθενούς/οικογένειας
- Ψυχολογική εξάντληση του προσωπικού (burnout)

τον ασθενή. Ορισμένες φορές, μια τέτοια στάση έχει ως αποτέλεσμα το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς να εξοικειωθεί με την όλη κατάσταση και να καταλάβει εν καιρώ πόσο «μάταιες» μπορεί να είναι ορισμένες θεραπείες που θεωρούσε αποτελεσματικές για το συγγενικό του πρόσωπο.

Όλοι οι τύποι των συγκρούσεων μπορεί να έχουν –και συνήθως έχουν– μια άμεση και πολύ αρνητική επίδραση στο επίπεδο της παρεχόμενης προς τον ασθενή φροντίδας, στη συναισθηματική και την ψυχολογική υποστήριξη που λαμβάνει τόσο από την οικογένειά του, όσο και από το προσωπικό της ΜΕΘ, αλλά και στην υποστήριξη που δέχεται η ίδια η οικογένεια από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές που εργάζονται μέσα στο χώρο της ΜΕΘ. Επίσης, οι συνέπειες από τις παραπάνω διαμάχες επηρεάζουν και την παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς που βρίσκονται εκτός ΜΕΘ και χρήζουν άμεσης μεταφοράς προς αυτή. Αυτό συμβαίνει γιατί οι δυνατότητες που έχει μια ΜΕΘ, τόσο σε υλικό εξοπλισμό, όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό, είναι περιορισμένες και μπορούν να καλύψουν ένα συγκεκριμένο αριθμό ασθενών. Όταν λοιπόν αυτές διατίθενται πάλι και πάλι στους ίδιους ασθενείς, επειδή οι συγγενείς τους επιμένουν για την περαιτέρω παραμονή αυτών στη ΜΕΘ, ευνόητο είναι ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που θα μπορούσε να επωφεληθεί, δεν επωφελείται. Αποτέλεσμα όλων των σχετικών εντάσεων και συγκρούσεων είναι τα μέλη του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, που τα βιώνουν καθημερινά, να αισθάνονται πίεση, άγχος και stress, συμπληρωματικά αυτών που τους δημιουργεί το ήδη στρεσογόνο περιβάλλον στο οποίο εργάζονται, κι έτσι να επέρχεται η ψυχολογική τους εξάντληση (burnout).¹⁵

6. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σύμφωνα με όλα τα προηγούμενα, γίνεται κατανοητό

ότι ο τύπος της σύγκρουσης, ο οποίος επιφέρει και τα σημαντικότερα προβλήματα στη ΜΕΘ, είναι αυτός μεταξύ οικογενειακού περιβάλλοντος και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος ότι, αν όχι η λύση, τουλάχιστον το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση του εν λόγω προβλήματος έγκειται στην άμεση, επαρκή και ειλικρινή πληροφόρηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς σχετικά με το τι πρόκειται να επιτευχθεί από τη στιγμή της μεταφοράς και της νοσηλείας του στη ΜΕΘ, και αυτό, επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις, λόγω της κατάστασης του ασθενούς, ο συγγενής του είναι εκείνος που καλείται να ενημερωθεί σχετικά με ό,τι αφορά στο νοσηλευόμενο, και πιθανόν να απαιτηθεί να αποφασίσει γι' αυτόν.

Από την πλευρά του, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι σύμφωνο με κάτι τέτοιο, αλλά οι πληροφορίες που παρέχει είναι ενίοτε ανεπαρκείς, γεγονός που καθιστά επιτακτικότερη την ανάγκη για προσπάθεια καλύτερων μεθόδων επικοινωνίας και προσέγγισης των συγγενών εκ μέρους του.¹⁶ Επίσης, οι περισσότεροι συνοδοί των ασθενών προτιμούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων από το να αφήνουν κάτι τέτοιο εξ ολοκλήρου στους ιατρούς. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι, όταν δεν υπάρχουν σαφείς πληροφορίες σχετικά με τις επιθυμίες του ασθενούς, η συζήτηση και η από κοινού λήψη αποφάσεων μεταξύ συγγενών/ιατρών παραμένει η πλησιέστερη προς τις επιθυμίες του ασθενούς προσέγγιση.¹⁷ Παρ' όλα αυτά, όμως, απαιτείται μεγάλη προσπάθεια για να επιτευχθεί αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των δύο πλευρών.^{17,18} Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και οι συγγενείς εκείνοι οι οποίοι δεν επιθυμούν να επωμιστούν το βάρος μιας απόφασης που αφορά στον ασθενή και οι εντατικολόγοι πρέπει να το λάβουν σοβαρά υπ' όψη και να αποφασίσουν κατά πόσο

οι συγγενείς θέλουν και μπορούν να αναμιχθούν στην όλη κατάσταση. Όταν υπάρχει άρνηση και απροθυμία από την πλευρά της οικογένειας, το ιατρικό κυρίως προσωπικό πρέπει να εκτιμήσει πολύ προσεκτικά το μέγεθος και τη βαρύτητα των πληροφοριών που πρόκειται να δώσει στους συγγενείς, γιατί οι σχετικές πληροφορίες ενδέχεται να αποτελέσουν ένα επιπρόσθετο φορτίο γι' αυτούς, το οποίο μπορεί να μην είναι σε θέση να σηκώσουν. Σε δεύτερη φάση, πρέπει να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι οι τελικές αποφάσεις θα ληφθούν από τους ιατρούς, ώστε να μην αισθανθούν περισσότερο άγχος και πίεση από αυτό που ήδη νιώθουν. Τέλος, καλό θα ήταν το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς να είναι ενήμερο ότι από τη μια πλευρά μπορεί να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, οι αποφάσεις όμως που θα ληφθούν, τελικά, θα είναι εκείνες που θα έχουν ως μοναδικό στόχο την καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και θεραπεία του νοσηλευόμενου στη ΜΕΘ ασθενούς.¹⁹

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όλα τα είδη των συγκρούσεων που προκύπτουν μέσα σε ένα ήδη στρεσογόνο περιβάλλον, όπως είναι η μονάδα εντατικής θεραπείας, όχι μόνο έχουν συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στα άτομα που εμπλέκονται άμεσα με αυτή, αλλά και επιπτώσεις στη διαχείριση και τη διάθεση των υλικών της πόρων. Μια περαιτέρω προσπάθεια κατανόησης της φύσης και της αιτιολογίας των συγκρούσεων είναι αναγκαία και θα αποτελούσε ένα πρώτο βήμα στη δημιουργία καλύτερων συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος για το προσωπικό και, κατά συνέπεια, καλύτερων συνθηκών περίθαλψης και φροντίδας για τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

ABSTRACT

Conflicts in the intensive care unit

M. KOURTI,^{1,2} T. KATOSTARAS,² G. FILDISIS,² G. KALLERGIS,² E. CHRISTOFILOU,¹ I. FLOROS¹

¹Intensive Care Unit, "Laiko" General Hospital, Athens, ²Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2011, 28(4):555–560

The most common source of conflict in an intensive care unit (ICU) is disagreement about the goals and the results of the treatment. Such conflicts can arise between the ICU staff and the external teams of the hospital that collaborate with the ICU (inter-team), among the staff members working in the ICU (intra-team) and, last but not least, between the ICU team and the family of the patient. In most cases, the first two types of conflict are at the root of the conflict between the ICU team and the family members. Regardless of the type of the conflict, dealing with it effectively is extremely important so as to avoid increased stress and anxiety and to improve the hospitalization and the care of ICU patients.

Key words: Conflicts, Decision-maker, Dispute, Family, ICU

Βιβλιογραφία

1. HEYLAND DK, DODEK P, ROCKER G, GROLL D, GAFNI A, PICHORA D ET AL. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ* 2006, 174:627–633
2. ΝΑΝΑΣ Σ. *Ο ασθενής στη μονάδα εντατικής θεραπείας, ούτε ευθανασία αλλά ούτε εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου. Εγκεφαλικός θάνατος, επιστημονική θεώρηση.* Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα, 2006
3. 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
4. STUDDERT DM, MELLO MM, BURNS JP, PUOPOLO AL, GALPER BZ, TRUOG RD ET AL. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: Types, sources and predictors. *Intensive Care Med* 2003, 29:1489–1497
5. BURNS JP, MELLO MM, STUDDERT DM, PUOPOLO AL, TRUOG RD, BRENNAN TA. Results of a clinical trial on care improvement for the critically ill. *Crit Care Med* 2003, 31:2107–2117
6. FISHER M. Ethical issues in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2004, 10:292–298
7. OBERLE K, HUGHES D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs* 2001, 33:707–715
8. FETTERS MD, CHURCHILL L, DANIS M. Conflict resolution at the end of life. *Crit Care Med* 2001, 29:921–925
9. BREEN CM, ABERNETHY AP, ABBOTT KH, TULSKY JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001, 16:283–289
10. DANJOUX METH N, LAWLESS B, HAWRYLUCK L. Conflicts in the ICU: Perspectives of administrators and clinicians. *Intensive Care Med* 2009, 35:2068–2077
11. BREEN CM, ABERNETHY AP, ABBOT KH, TULSKY JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001, 16:283–289
12. COOK DJ, GIACOMINI M, JOHNSON N, WILLMS D. Life support in the intensive care unit: A qualitative investigation of technological purposes. Canadian Critical Care Trials Group. *CMAJ* 1999, 161:1109–1113
13. SPRUNG CL, WOODCOCK T, SJOKVIST P, RICOU B, BULOW HH, LIPPERT A ET AL. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: The ETHICUS Study. *Intensive Care Med* 2008, 34:271–277
14. ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗΣ Γ, ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΗΣ Β, ΤΑΣΟΥΛΗΣ Α, ΝΑΝΑΣ Σ. Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:18–36
15. PONCET MC, TOULLIC P, PAPAΖΙΑΝ 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
16. ARNOLD RM, KELLUM J. Moral justifications for surrogate decision making in the intensive care unit: Implications and limitations. *Crit Care Med* 2003, 31(Suppl 5):S347–S353
17. COHEN S, SRUNG C, SJOKVIST P, LIPPERT A, RICOU B, BARAS M ET AL. Communication of end-of-life decisions in European ICUs. *Intensive Care Med* 2005, 31:1215–1221
18. AZOULAY E, POCHARD F, CHEVRET S, ADRIE C, BOLLAERT PE, BRUN F ET AL. Opinions about surrogate designation: A population survey in France. *Crit Care Med* 2003, 31:1711–1714
19. AZOULAY E, SPRUNG CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004, 32:2323–2328

Corresponding author:

M. Kourti, Intensive Care Unit, "Laiko" General Hospital, Athens, Greece
e-mail: nursemak@yahoo.gr