

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μαρία Πολυκανδριώτη, Ιωάννης Κουτελέκος

1. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α, ΤΕΙ Αθήνας, Ελλάδα
2. Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας, Ελλάδα

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιελάμβανε αναζήτηση ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «pubmed» που αναφέρονταν στη έννοια των αναγκών των ασθενών.

Αποτελέσματα: Ο Abraham Maslow ανέπτυξε τη θεωρία ιεράρχησης των αναγκών που περιλαμβάνει τις βασικές ανάγκες (π.χ. βιολογικές ανάγκες, την ανάγκη για ασφάλεια, προστασία, αγάπη και εκτίμηση) και τις ανάγκες ανάπτυξης (αυτοπραγμάτωση). Κάθε άτομο πρέπει να ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες "υψηλότερου επιπέδου". Στη βιβλιογραφία αναφέρεται, ότι μια ασθένεια είτε χρόνια ή οξεία συνεπάγεται πολλές ανάγκες στη ζωή του ατόμου όπως ψυχοκοινωνικές, σωματικές, προσωπικές, πρακτικές και πνευματικές που σχετίζονται σημαντικά με την πρόοδο της νόσου. Η αξιολόγηση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Η γνώση των θρησκευτικών στάσεων και απόψεων κάθε ασθενή συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη των αντιδράσεων και συμπεριφορών ως προς τη νόσο.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενιαία βιο-ψυχοκοινωνικό-πνευματική οντότητα. Η προσέγγιση αυτή τονίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης της αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Λέξεις-κλειδιά: ανάγκες των ασθενών- Abraham Maslow -θρησκευτικότητα

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Πολυκανδριώτη Μαρία, Αθήνα, Ελλάδα, E-mail : mpolik2006@yahoo.com

REVIEW ARTICLE

PATIENTS' NEEDS

Maria Polikandrioti, Ioannis Koutelekos

Laboratory Instructor, Department of Nursing A', Technological Educational Institute (T.E.I.),
Athens, Greece**Abstract**

The **aim** of the present study was to review the literature about patients' needs.

Method and material: The method of this study included bibliography research from both the review and the research literature, mainly in the pubmed data base which referred to the concept of "patients' needs".

Results : Abraham Maslow developed the hierarchy of needs which includes the basic needs (e.g. physiological, safety, love, and esteem) and growth needs (self-actualization). Each individual should firstly satisfy lower level basic needs before progressing on to meet higher level growth needs. In the literature is cited that a disease either chronic or acute involves many needs in patients' lives such as psychosocial, physical, personal, practical and spiritual which are strongly related to the disease progress. Assessment and satisfaction of patients' needs are prerequisite for high quality of care. Knowledge of patients' religious attitudes and options contributes significantly to the prediction of their reactions and attitudes towards the disease.

Conclusions : Patients should be treated as bio-psychosocial-spiritual entities. This approach highlights the importance of integrating patients' needs into the therapeutic plan.

Keywords: patients' needs- Abraham Maslow-spirituality

Corresponding author: Polikandrioti Maria, Athens, Greece, E-mail:mpolik2006@yahoo.com

Η έννοια της ανάγκης

Οι άνθρωποι ως περίπλοκοι οργανισμοί είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον και βιώνουν διάφορες ανάγκες, όπως οργανικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες, οι οποίες έως ένα βαθμό καθορίζουν τις συμπεριφορές, τα συναισθήματα, τις αξίες και τις προτεραιότητες τους. Η ικανοποίηση κάποιων αναγκών είτε επιτυγχάνεται από το

ίδιο το άτομο χωρίς την παρέμβαση άλλων είτε με την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα, όπως από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον και γενικότερα από την κοινότητα στην οποία ζει το άτομο.¹

Η «ανάγκη» αποτελεί δυναμική, πολυσύνθετη έννοια που υπόκειται σε εναλλαγές με την εξέλιξη της νόσου και σε

γεωγραφικές διακυμάνσεις ανάλογες με την πνευματική καλλιέργεια ή την πολιτισμική παράδοση των ατόμων. Η πολυπλοκότητα της έννοιας της "ανάγκης" σε συνδυασμό με τις μεγάλες διαφορές στην περιγραφή των «αναγκών» μεταξύ των πληθυσμών δεν επιτρέπουν τόσο η δημιουργία ένας κοινά αποδεκτού ορισμού σε παγκόσμια κλίμακα όσο και τη χάραξη μιας παγκόσμιας πολιτικής.¹⁻⁵

Ωστόσο, η έννοια της ανάγκης έχει διερευνηθεί και διατυπωθεί μέσα από ποικίλες απόψεις εκ των οποίων οι κυριότερες είναι :⁶

Η Κοινωνιολογική άποψη, όπου η ανάγκη είναι : α) κανονιστική, δηλ., προσανατολισμένη στην βασική ιατρική, όπως ο εμβολιασμός και Συναισθηματική δηλ. περιέχει την έννοια της θέλησης, της ευχής και της επιθυμίας, β)εκφραστική, δηλ., που αφορά τον τρόπο οι άρρωστοι εκφράζονται ή χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και γ) συγκριτική, όπου οι ανάγκες των ατόμων που έχουν ανάλογα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, είναι παρόμοιες, παρότι διαβιώνουν σε διαφορετικές περιοχές.

Η φιλοσοφική άποψη, όπου η «ανάγκη» αντανακλά τη διαφορά μεταξύ της πραγματικής και επιθυμητής θέσης.

Η προσέγγιση των οικονομολόγων, όπου η ανάγκη είναι η δυνατότητα των ανθρώπων να ωφεληθούν από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης και υφίσταται μόνον, εφόσον υπάρχει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η προσέγγιση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, όπου η «ανάγκη» είναι η

κατάσταση κατά την οποία υπάρχει αφενός εξασθένιση της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας αφετέρου θεραπεύσιμη αιτία και λαμβάνει υπόψη την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας φροντίδας.

Βιολογικές ανάγκες κατά Abraham Maslow

Ο Abraham Maslow, επηρεαζόμενος από την Υπαρξιακή Φιλοσοφία, ανέπτυξε τη θεωρία ιεράρχησης των βασικών ανθρωπίνων αναγκών, η οποία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο βιβλίο του *Motivation and Personality* (1954), στο 4ο κεφάλαιο με τίτλο: Θεωρία των ανθρωπίνων κινήτρων. Τα πέντε επίπεδα των αναγκών κατά Maslow είναι τα εξής : α) βιολογικές ανάγκες β) ανάγκη για ασφάλεια και προστασία γ) ανάγκη για αγάπη και το αίσθημα του «ανήκειν» δ) ανάγκη για αυτοεκτίμηση και ε) ανάγκη για αυτοπραγμάτωση.^{1,7-9}

Ο Maslow ως ανάγκες "βασικού επιπέδου" θεώρησε τις βιολογικές ανάγκες και την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία και ως ανάγκες "υψηλού επιπέδου" την ανάγκη αυτοεκτίμησης, την ανάγκη αυτοπραγμάτωσης και την ανάγκη για αγάπη και το αίσθημα του «ανήκειν». ¹ Οι ανώτερες ανάγκες εμφανίζονται μόλις ικανοποιηθούν οι κατώτερες. Πιο συγκεκριμένα, οι άνθρωποι αναπτύσσονται μέσα από μια ιεραρχία αναγκών, ξεκινώντας από τις βασικές ανάγκες όπως η επιβίωση και η ασφάλεια και μόλις αυτές καλυφθούν, μπορεί να αναπτυχθούν οι "μεταανάγκες" οι οποίες οδηγούν τον άνθρωπο στην αναζήτηση ομορφιάς, γνώσης, δικαιοσύνης και αλήθειας. Η ψυχική υγεία του ατόμου εξαρτάται από την ικανοποίηση όλων των αναγκών στην ιεραρχία αλλά η προϋπόθεση

για μια ευτυχισμένη ζωή είναι η ικανοποίηση των υψηλότερων αναγκών όπου το άτομο αξιοποιεί τις δυνατότητες του στον μέγιστο βαθμό.^{10,11}

Σύμφωνα με την ανθρωπιστική θεωρία, η κοινωνία που δεν παρέχει την ευκαιρία για αυτοπραγμάτωση και όχι το ίδιο το άτομο αποτελεί το αίτιο για την εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής. Για παράδειγμα, οι πολιτικές και οικονομικές συνθήκες δεν επιτρέπουν στο άτομο να είναι ουσιαστικά ελεύθερο ώστε να μπορεί να κάνει αυτό που επιθυμεί. Η διαφορά αυτής της θεωρίας από την ψυχαναλυτική και συμπεριφορική είναι ότι βασίζεται στην ελεύθερη βούληση και στην προσωπική επιλογή, δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στο παρόν που οδηγεί στην αυτογνωσία και όχι στις δυσκολίες του παρελθόντος.^{10,11}

Αναλυτικότερα, οι ανάγκες έχουν ως εξής :
1,7-10

Βιολογικές Ανάγκες: Καταλαμβάνουν τη βάση της πυραμίδας των αναγκών και είναι οι πλέον σημαντικές για τη ζωή. Οι βιολογικές ανάγκες που πρέπει να ικανοποιούνται για να διατηρηθεί η ζωή είναι το οξυγόνο, η τροφή, το νερό, η θερμοκρασία, η αποβολή αχρήστων ουσιών, η σεξουαλικότητα, η φυσική δραστηριότητα και η ανάπαυση. Οι βιολογικές ανάγκες σε έναν ασθενή μπορεί να είναι οξείες, ή χρόνιες.

Ανάγκη για Ασφάλεια και Προστασία: Η ανάγκη για ασφάλεια περιλαμβάνει την αποφυγή πόνου, την επιθυμία για σιγουριά. Σε ειρηνικές κοινωνίες οι ανάγκες αυτές καλύπτονται εύκολα ενώ αντιθέτως σε συνθήκες έντονα πιεστικές, όπως φυσικές καταστροφές, πόλεμοι, η ικανοποίηση αυτών

των αναγκών είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Όταν στην παιδική ηλικία δεν καλυφθούν οι ανάγκες αυτές οι άνθρωποι αναπτύσσουν ένα βασικό άγχος και ίσως γίνουν νευρωτικοί ενήλικες. Όσον αφορά τον ασθενή, η φυσική ασφάλεια σημαίνει προστασία από δυνητικές ή πραγματικές βλάβες, όπως για παράδειγμα ασφαλής χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ασφαλής κινητοποίηση ασθενών, χρήση άσηπτης τεχνικής για την πρόληψη λοιμώξεων, κ.ά. Η συναισθηματική ασφάλεια και προστασία συνεπάγεται εμπιστοσύνη στους άλλους και απελευθέρωση από το φόβο, το άγχος και την ανησυχία. Για παράδειγμα, ασθενείς που εισάγονται αιφνίδια στο νοσοκομείο βιώνουν το φόβο του αγνώστου και την απειλή επικείμενου θανάτου και συνεπώς έχουν αυξημένες ανάγκες για συναισθηματική ασφάλεια και προστασία.¹

Ανάγκη για Κατανόηση και Αποδοχή:

Χαρακτηρίζονται ως ανάγκη υψηλότερου επιπέδου και περιλαμβάνουν την κατανόηση και αποδοχή των άλλων τόσο στην παροχή και την αποδοχή αγάπης όσο και στην αίσθηση ότι όλα τα άτομα ανήκουν κάπου, όπως για παράδειγμα σε φίλους, συγγενείς, κ.ά.

Ο Maslow υποστηρίζει ότι αυτό είναι το επίπεδο αναγκών στο οποίο η πλειονότητα των ανθρώπων παραμένει. Η επιθυμία για φιλία, για σχέση, για να ανήκει το άτομο σε μια οικογένεια είναι όλα αντανακλάσεις αυτής της ανάγκης. Ένα άτομο που δεν έχει νιώσει ποτέ αγάπη και στενή σχέση θα υποτιμήσει την αγάπη και δεν θα ανησυχεί ιδιαίτερα για την αδυναμία του να τη βρει. Αντιθέτως, ένα άτομο που έχει βιώσει την αγάπη στα παιδικά του χρόνια θα μπορεί να αγαπήσει άλλους ανθρώπους και να μην

συντρίβεται από μια απόρριψη. Ο Maslow υποστηρίζει ότι τα παιδιά χρειάζονται αγάπη ώστε να ωριμάσουν ψυχολογικά.^{10,11}

Ανάγκη για Αυτοεκτίμηση: Η επόμενη προτεραιότητα στην κλίμακα ιεράρχησης, είναι η ανάγκη για αυτοεκτίμηση, η ανάγκη του ατόμου να πιστεύει στις δυνάμεις του, να έχει την αίσθηση της υπεροχής και της αξιοπρέπειας. Ως γνωστό, η νόσος είναι δυνατόν να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση του ατόμου για ποικίλους λόγους, όπως λόγω αλλαγής της εικόνας του σώματος και των διαφόρων ρόλων, της απώλεια ανεξαρτησίας, κ.ά.

Ανάγκη για Αυτοπραγμάτωση: Ανήκει στο υψηλότερο επίπεδο ιεράρχησης των αναγκών. Πρόκειται για την ανάγκη του ατόμου να φθάσει στο μέγιστο δυναμικό του μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων.

Ο Maslow υποστήριξε ότι σε έναν μέσο άνθρωπο ικανοποιούνται κατά 85% οι βιολογικές του ανάγκες, 70% οι ανάγκες για ασφάλεια, 50% οι κοινωνικές ανάγκες, κατά 40% η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και κατά 10% οι ανάγκες για αυτοολοκλήρωση. Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές αξιών κ.α. Οι ιεραρχικές δομές κατά Maslow μπορεί να διαφέρουν από τόπο σε τόπο και από χώρα σε χώρα λόγω κουλτούρας και κοινωνικών δομών.^{10,11}

Η ιεράρχηση των βασικών αναγκών κατά τον Maslow συμβάλλει σημαντικά στον καθορισμό προτεραιοτήτων στην παροχή

φροντίδας. Σύμφωνα με την ιεράρχηση του Maslow η βασική ανάγκη είναι εκείνη της οποίας : α) η απουσία οδηγεί σε ασθένεια, β) η παρουσία προλαμβάνει την ασθένεια ή σηματοδοτεί την υγεία, γ) η ικανοποίηση αποκαθιστά την υγεία, δ) η μη-ικανοποίηση δημιουργεί την αίσθηση κάποιας έλλειψης και ε) η ανάγκη κάλυψης δημιουργεί αίσθημα ικανοποίησης.¹

Η κλίμακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών κατά Maslow παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών σε όλα τα επίπεδα. Επίσης, αποτελεί τη βάση αναφοράς για το σχεδιασμό ενός προγράμματος ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας. Για παράδειγμα, προτεραιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας ενός ατόμου που εισάγεται λόγω οξέος προβλήματος στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι η κάλυψη των βιολογικών του αναγκών, όπως η χορήγηση αναλγησίας για την ανακούφιση από τον πόνο. Εξίσου σημαντική όμως είναι η κάλυψη των αναγκών ασφάλειας, όπως για παράδειγμα η πρόληψη πτώσης ή τραυματισμού. Ομοίως και η κάλυψη της ανάγκης για αγάπη, οποία ικανοποιείται με την παραμονή του επισκεπτηρίου.¹

Ανάγκες ασθενών

Στη σύγχρονη εποχή, όπου το πατερναλιστικό πρότυπο φροντίδας σταδιακά εγκαταλείπεται προς την αναγνώριση του δικαιώματος των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, οι ανάγκες των ασθενών αναδύονται στο προσκήνιο ολοένα και περισσότερο.¹²⁻¹⁴

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η έννοια της αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας κάθε χώρας. Είναι ευρέως γνωστό, ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της φροντίδας υγείας και των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων και άλλων φορέων παροχής υγείας. Το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας απαιτεί την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, επιβάλλοντας έτσι την διερεύνηση των αναγκών των ασθενών.¹³⁻¹⁶

Από την άλλη, λαμβάνοντας υπόψη τον ορισμό όπου ως ανάγκη καθορίζεται "η απαίτηση των ατόμων να μπορέσουν να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής, από μια συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίδας", γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι, κάποιες φορές το ίδιο το "σύστημα" φαίνεται να ευθύνεται για την αποτυχία κάλυψης των αναγκών και την αύξηση του κόστους φροντίδας καθώς οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι πάντα προσιτές όσον αφορά οικονομικούς, φυσικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.¹³

Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας των επαγγελματιών υγείας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού και διάθεσης χρόνου επιτείνει την αποτυχία συστηματικής διερεύνησης των αναγκών στην καθημερινή κλινική πράξη. Συνεπώς, παρατηρείται αδυναμία καταγραφής δεδομένων και εκπόνησης συγκριτικών μελετών, οι οποίες θα επιτρέψουν τη βαθύτερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών.¹²⁻¹⁶

Αναλυτικότερα, η εκτίμηση των αναγκών

προϋποθέτει τη συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών από τους πάσχοντες, τον καθορισμό των στόχων και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός κοινού πλαισίου για την παρακολούθηση και τη βελτίωση της υγείας, την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένης της παροχής φροντίδας στο κλινικό χώρο, της αποτελεσματικότερης αξιοποίησης των δυνατοτήτων των επαγγελματιών υγείας όπως επίσης και της διαχείρισης των δαπανών για την υγεία.^{15,16}

Πλήθος παραγόντων καθορίζουν τις ανάγκες των ασθενών, που ταξινομούνται σε ιατρικούς και μη-ιατρικούς. Οι παράγοντες που αφορούν τη βιολογική διάσταση της νόσου, όπως η φύση και η χρονιότητά της διαμορφώνουν έως ένα διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες των ασθενών. Για παράδειγμα, ασθενείς με χρόνια νόσο ενδεχομένως να βιώνουν μεγαλύτερες ανάγκες που αφορούν τη σωματική ή τη συναισθηματική διάσταση. Αναλυτικότερα, δεδομένης της αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης των ασθενών με χρόνια νόσο, βαθύτερες ανάγκες αναδύονται στην επιφάνεια, καθώς τα άτομα αντιμετωπίζουν πολλές αλλαγές στην καθημερινή ζωή, υποχρεώνονται να ακολουθήσουν κάποια θεραπευτική αγωγή όπως επίσης να αποδεχτούν και να χειριστούν τα συμπτώματά τους. Επιπροσθέτως, η σύγχρονη τάση συντόμευσης των ημερών νοσηλείας δημιουργεί ανάγκες που σχετίζονται με την κατ' οίκον νοσηλεία και άλλα πρακτικά θέματα της καθημερινής ζωής.¹⁷⁻¹⁹

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της προόδου της ιατρικής και της τεχνολογίας, νέες ανάγκες των ασθενών έρχονται στο

προσκήνιο οι οποίες πριν την εξέλιξη της τεχνολογίας ήταν παντελώς άγνωστες. Κλασικό παράδειγμα, αποτελούν οι ανάγκες των ασθενών που εμφανίστηκαν με την εισαγωγή αυτόματων εμφυτεύσιμων απινιδωτών στα τέλη της δεκαετίας του 1990.¹³

Η βαρύτητα της νόσου και οι ανάγκες των ασθενών σχετίζονται άμεσα με τη "δυνατότητα των ατόμων να επωφεληθούν" από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Για παράδειγμα, ασθενής που πάσχει από ήπια συμπτώματα της στεφανιαίας νόσου μπορεί να έχει περισσότερες πιθανότητες να επωφεληθεί από την επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης συγκριτικά με ένα μεγαλύτερο σε ηλικία ασθενή που πάσχει από σοβαρή στένωση 3 κλάδων των στεφανιαίων αγγείων και ταυτόχρονα υποφέρει από άλλα προβλήματα διότι το προσδόκιμο της επιβίωσης δεν αναμένεται το ίδιο ικανοποιητικό μετά από τη χειρουργική επέμβαση.¹³

Αναλυτικότερα, "η ικανότητα των ατόμων να επωφεληθούν από την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης" αποτελεί τον πιο διαδεδομένο ορισμό της ανάγκης από την άποψη των οικονομολόγων. Ως εκ τούτου, η ανάγκη μπορεί να υφίσταται, όταν υπάρχει μια αποτελεσματική θεραπεία ή "βελτίωση της υγείας". Η δυνατότητα να επωφεληθούν τα άτομα από την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες, όπως η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Εφαρμόζοντας τον ορισμό αυτό, τα αποτελέσματα των "παρεμβάσεων υγείας" αποκτούν μεγαλύτερη σημασία.¹³ Αξίζει να σημειωθεί, ότι παρατηρείται έντονος προβληματισμός όσον αφορά την υιοθέτηση αυτής της

άποψης και πιο συγκεκριμένα, οι Culyer και συν.,⁴ υποστηρίζουν ότι, "η ικανότητα των ατόμων να επωφεληθούν" αποτελεί μέτρο έκβασης και συνεπώς διαφέρει από τις ανάγκες.

Ανεξαρτήτως πάντως των αναγκών που καθορίζει η ίδια η νόσος, η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας προϋποθέτει τη θεώρηση κάθε διάστασης που απαρτίζει την ολότητα του ατόμου και συγκεκριμένα της διανοητικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, πολιτισμικής, πνευματικής και περιβαλλοντικής. Οι διαστάσεις αυτές θεωρούνται αλληλένδετες και αλληλοεπιδρώσες και επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό τις ανάγκες των ασθενών.^{1,2,6}

Οι κυριότερες ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών είναι οι εξής : εμπιστοσύνης, ενημέρωσης, επικοινωνίας, εκπαίδευσης, στήριξης και αυτοφροντίδας.¹⁹

Οι Aadi-Lari και συν.,¹³ υποστηρίζουν ότι, οι "ανάγκες της υγείας" αφορούν ένα ευρύ φάσμα χαρακτηριστικών, το οποίο περιλαμβάνει την προσωπική και κοινωνική φροντίδα, την υγειονομική περίθαλψη, τη στέγαση, τη χρηματοδότηση, την εκπαίδευση, την απασχόληση την ψυχαγωγία και την εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανάγκες που αφορούν κυρίως πρακτικά θέματα σχετίζονται με την ηλικία και το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο.

Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές τονίζουν ότι, θα πρέπει να διερευνηθούν οι ανάγκες που αντικατοπτρίζουν την κλινική πραγματικότητα διότι το χάσμα μεταξύ των αναγκών των ασθενών και των παρεχόμενων υπηρεσιών προσφέρει δυνητικούς τομείς βελτίωσης.¹³ Πράγματι, η

διαδικασία διερεύνησης των αναγκών παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τους τομείς της φροντίδας που υστερούν ή έχουν ελλείψεις, οι οποίες εάν αξιοποιηθούν σωστά επιτρέπουν διορθωτικές παρεμβάσεις, που αυξάνουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, γεγονός, που οδηγεί σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Γενικότερα, η διερεύνηση των αναγκών λειτουργεί ως εργαλείο αξιολόγησης προκειμένου να συμβάλει στο σχεδιασμό αντίστοιχων υπηρεσιών υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.⁸⁻¹²

Η "ανάγκη" δεν αποτελεί στατική έννοια αλλά αντιθέτως μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα, η ανάγκη της πληροφόρησης είναι καθοριστικής σημασίας κατά τη φάση της διάγνωσης, ωστόσο παραμένει εξίσου σημαντική σε όλη την πορεία έκβασης της νόσου. Εξίσου μη-στατιστική θεωρείται και η ανάγκη στήριξης σε μια ασθενή που έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, (π.χ μαστεκτομή) η οποία συνεπάγεται αλλαγή στην εικόνα σώματος. Η ανάγκη αυτή είναι τόσο σημαντική στη διάγνωση της ασθένειας όσο και στην μετεγχειρητική περίοδο η οποία αποτελεί την αρχή μιας πορείας προσαρμογής σε λειτουργικό, εργασιακό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Ομοίως και η ανάγκη αυτοφροντίδας σε ασθενή με χρόνια νόσο (π.χ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) απαιτεί συνεχή εκτίμηση καθώς τα άτομα πρέπει να αναπτύξουν τέτοιες δεξιότητες που να συμβάλλουν σημαντικά στην μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας προκειμένου να βοηθούν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που αναλαμβάνουν σημαντικό φορτίο φροντίδας, διατηρώντας έτσι τη δυναμική της οικογένειας.^{1,19-21}

Η διερεύνηση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελεί πρόκληση στη Νοσηλευτική. Η αποτυχία εξοικείωσης με τη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών βασισμένη στις ανάγκες σε συνδυασμό με την προσήλωση στην αντιμετώπιση της βιολογικής διάταξης της νόσου αποτελούν τροχοπέδη για την ανάπτυξη μιας τέτοιας θεραπευτικής σχέσης που να αναδύει στην επιφάνεια τις βαθύτερες ανάγκες του ατόμου.^{6,19,21}

Καλούνται οι σύγχρονοι νοσηλευτές να ευαισθητοποιηθούν όσον αφορά την ικανότητά τους να αναγνωρίζουν εγκαίρως τις ανάγκες των ασθενών και των συνοδών όπως επίσης να εντάξουν την αξιολόγηση των αναγκών στο σχέδιο ολιστικής φροντίδας, καταγράφοντας σε ειδικό έντυπο όχι μόνο τις βιολογικές αλλά και τις ψυχο-κοινωνικές ανάγκες.

Η φροντίδα βασισμένη στις "ανάγκες" δεν περιορίζεται μόνο στην απλή καταγραφή και αξιολόγηση μετρήσιμων κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων αλλά αντιθέτως αφορά τη βελτίωση της κλινικής εικόνας, την παροχή στήριξης, την καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών ή την ανακούφιση των ατόμων που παρέχουν φροντίδα.¹³

Από την άλλη, επισημαίνεται, ότι η εκτίμηση και ικανοποίηση των αναγκών απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό όσον αφορά στα προβλήματα που διερευνά καθώς οι ασθενείς δεν έχουν εξειδικευμένη κλινική εμπειρία και ίσως εύκολα επηρεάζονται από μη ιατρικούς παράγοντες ή οδηγούνται σε λάθος συμπεράσματα.^{15,16}

Θρησκευτικές ανάγκες

Η θρησκευτική πίστη επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των θρησκευόμενων ατόμων ενώ θρησκευτικά χωρία αναφέρουν την καλή υγεία και τη μακροζωία ως ανταμοιβή του Θεού. Η θρησκευτική πίστη έχει ενταχθεί από το 1992 στο DSM-IV (diagnostic statistic manual), προκειμένου να ευαισθητοποιήσει τους επαγγελματίες υγείας ως προς τη διερεύνηση και αξιολόγηση των πολιτισμικών χαρακτηριστικών.²²⁻²⁴

Ο όρος πνευματικότητα αναφέρεται σε θρησκευτικές ενέργειες στα πλαίσια μιας οργανωμένης θρησκευτικής κοινότητας ενώ ο όρος θρησκεία, που χρησιμοποιείται εναλλακτικά με την λέξη πίστη, εκφράζει την πίστη στο υπερφυσικό, το ιερό ή το θείο και ηθικούς κώδικες, πρακτικές, αξίες, οργανισμούς και τελετουργικά.²²⁻²⁴

Η πνευματική τοποθέτηση του ατόμου συνεπάγεται μεγαλύτερη αίσθηση ελπίδας, η οποία θεωρείται ουσιαστική για τη ζωή όπως επίσης μεγαλύτερη ικανότητα να ξεπερνά προβλήματα και να ζει με νόημα. Η θρησκεία προάγει την υγεία και βοηθά στην καταπολέμηση της νόσου, μέσω της αυξημένης κοινωνικής υποστήριξης, της βελτίωσης της ικανότητας αντιμετώπισης της νόσου αλλά και της ανάπτυξης θετικής εικόνας που έχουν οι ίδιοι οι ασθενείς για τον εαυτό τους. Ακόμη, η σχέση με τη θρησκεία είναι πιθανό να δρα ανασταλτικά σε συνήθειες που βλάπτουν την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα και η χρήση ναρκωτικών ουσιών.²²⁻²⁴

Η γνώση των βασικών αρχών της θρησκευτικής πίστης των ασθενών προσανατολίζει τους επαγγελματίες υγείας προς τις πιθανές ανάγκες, αντιδράσεις και συμπεριφορές τους. Για παράδειγμα, ένας

μουσουλμάνος ασθενής θα απευθυνθεί εύκολα στον ιατρό για την αντιμετώπιση σωματικών πόνων, όμως δύσκολα θα συνεργαστεί με έναν ψυχοθεραπευτή, επειδή στην ισλαμική παράδοση η ψυχική νόσος θεωρείται αποτέλεσμα της απομάκρυνσής του από το Θεό. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις, φανατικής προσήλωσης σε θρησκευτικές πεποιθήσεις που έρχονται σε αντίθεση με τις σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους και επιλογές οι οποίες είναι δυνατόν να επιφέρουν μοιραία κατάληψη για τη ζωή του ασθενή, όπως η άρνηση μετάγγισης στους μάρτυρες του Ιεχωβά.^{23,24}

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η ένταξη μαθημάτων σχετιζόμενων με τη θρησκεία και την Ιατρική σε διάφορες Ιατρικές Σχολές ανά τον κόσμο, θεωρείται σημαντικό βήμα. Πριν δεκαπέντε έτη, ο αριθμός των ερευνητικών δεδομένων όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των επιστημών υγείας και της θρησκευτικότητας ήταν μειωμένος, ωστόσο πρόσφατα άρχισε να παρατηρείται διεθνές ενδιαφέρον για αυτή τη σχέση στα πλαίσια της αναζήτησης νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων για την ανακούφιση των ασθενών.²²⁻²⁴

Παρότι με το πέρασμα των αιώνων ορισμένες αντιλήψεις ξεπεράστηκαν και εκλογικεύτηκαν, η πίστη αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ιστορίας του ανθρώπου. Η τάση του πιστού να επικαλείται μια ανώτερη δύναμη ιδιαίτερα σε δύσκολες καταστάσεις βρίσκεται ριζωμένη μέσα του και αποτελεί στοιχείο της ίδιας του της φύσης και για το λόγο αυτό η βαθύτερη αυτή ανάγκη θα πρέπει να ικανοποιείται.²²

Η απειλή της ασθένειας και του επικείμενου θανάτου, η αναπηρία, η

αβεβαιότητα για το μέλλον, θέτουν ερωτήματα σχετικά με την ύπαρξη του Θεού και το βαθύτερο νόημα της ζωής. Αναλυτικότερα, στο χώρο του νοσοκομείου επικρατεί έντονο το στοιχείο της θρησκευτικής πίστης καθώς οι ασθενείς αναζητώντας ανακούφιση, καταφεύγουν στην προσευχή, η οποία αποτελεί υγιή αντιμετώπιση μιας δεδομένης κρίσης. Οι θρησκευτικές ανάγκες των ασθενών αφορούν τόσο τις εικόνες που συνήθως υπάρχουν στους θαλάμους των ελληνικών νοσοκομείων ή που οι ίδιοι φέρνουν μαζί τους ως προσωπικό τους αντικείμενο όσο και άλλα ιερά σύμβολα όπως τα γραπτά κείμενα του Ευαγγελίου. Εξίσου σημαντική θεωρείται η παρουσία ιερέα στο χώρο του Νοσοκομείου και εκκλησίας που συνήθως βρίσκεται στον περίβολο του κτιρίου.²²

Η ικανοποίηση των θρησκευτικών αναγκών των ασθενών από τους νοσηλευτές αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας καθώς αμφισβητείται κατά πόσο διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις, τις επικοινωνιακές δεξιότητες και την εμπειρία για τον χειρισμό της παραμελημένης αυτής ανάγκης της ανθρώπινης ύπαρξης. Οι νοσηλευτές που διαθέτουν ισχυρά πνευματικά πιστεύω είναι εφοδιασμένοι καλύτερα ώστε να ικανοποιήσουν τις θρησκευτικές ανάγκες των ασθενών. Η ιατροκεντρική αντίληψη αντιμετώπισης των ασθενών σε συνδυασμό με απουσία σχετικών με την πνευματική διάσταση μαθημάτων στην νοσηλευτική εκπαίδευση, δυσχεραίνουν το έργο των νοσηλευτών όσον αφορά την ικανοποίηση των πνευματικών αναγκών.^{23,26-29}

Η διερεύνηση και ενασχόληση των νοσηλευτών με τις θρησκευτικές ανάγκες των ασθενών θα πρέπει να αποτελεί

αναπόσπαστο μέρος της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Θεωρείται ουσιαστικό να προσδιορίζεται από την αρχή η σχέση του ασθενή με τη θρησκεία και να καταγράφεται στο ιστορικό του ώστε να αξιολογείται το μέγιστο δυνατό όφελος από την πνευματικότητα του. Η ικανοποίηση των πνευματικών αναγκών των ασθενών συμβάλλει στη βελτίωση της βιολογικής, ψυχολογικής και πνευματικής διάστασης του ατόμου.^{23,26-29}

Η σύνθεση των σύγχρονων κοινωνιών με ποικίλες θρησκευτικές και πολυπολιτισμικές ομάδες καταδεικνύει την αναγκαιότητα εκπαίδευσης του προσωπικού για την εκτίμηση και ικανοποίηση πολιτισμικών, πνευματικών και θρησκευτικών αναγκών. Για παράδειγμα, η επικοινωνία ενός μετανάστη ασθενή με έναν γιατρό επηρεάζεται όχι μόνο από τη γλώσσα που χρησιμοποιεί αλλά και από μια σειρά απόψεων και στερεοτύπων που διαμορφώνονται από τις κοινωνίες από τις οποίες προέρχεται. Η διαπολιτισμική αντιμετώπιση λειτουργεί ως γέφυρα διαμεσολάβησης μεταξύ δύο διαφορετικών κόσμων.²⁴

Συμπεράσματα

Η αντιμετώπιση μιας νόσου δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στη θεραπεία της αλλά αντιθέτως να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του πάσχοντα ως ενιαία βιο-ψυχοκοινωνικό ενότητα.

Η αξιολόγηση των αναγκών θα πρέπει να διερευνά ένα πλήρες φάσμα των ιατρικών και μη ιατρικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ανάγκες των ασθενών καθώς και όλων των εμπλεκόμενων μελών στην αντιμετώπιση της ασθένειας, όπως

των επαγγελματιών υγείας και λοιπών φροντιστών.

Βιβλιογραφία

- 1) Taylor C., Lillis C., Le Mone Pr. Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λεμονίδου Χρ., και Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Εκδ., Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.
- 2) Stevens A., Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. *BMJ*. 1998;316(7142):1448-52.
- 3) James M. Towards an integrated needs and outcome framework. *Health Policy*. 1999;46(3):165-177.
- 4) Culyer A. Need--is a consensus possible? *J Med Ethics*. 1998;24(2):77-80.
- 5) Davidson PM., Macdonald P., Moser DK., Ang E., Paull G., Choucair S., et al. Cultural diversity in heart failure management: findings from the DISCOVER study (Part 2). *Contemp Nurse*. 2007;25(1-2):50-61.
- 6) Κοτσαγιώργη Ι., Λυμπέρη Β. Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2011;10(1):22-37.
- 7) Zalenski RJ., Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliat Med*. 2006;9(5):1120-7.
- 8) Ventegodt S., Merrick J., Andersen NJ. Quality of life theory III. Maslow revisited. *Scientific WorldJournal*. 2003;3:1050-7.
- 9) Davis-Sharts J. An empirical test of Maslow's theory of need hierarchy using hologicistic comparison by statistical sampling. *ANS Adv Nurs Sci*. 1986;9(1):58-72.
- 10) Διαδικτυακή σελίδα :http://old.psy.auth.gr/index.php?option=com_docman&task=doc.. Ημερομηνία πρόσβασης : 1-3-2013.
- 11) Διαδικτυακή σελίδα :<http://marketing.lexicon.pblogs.gr/2007/01/thewria-toy-maslow.html>. Ημερομηνία πρόσβασης : 1-2-2013.
- 12) Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2010;9(4): 398-408.
- 13) Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. Need for redefining needs. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:34.
- 14) Asadi-Lari M., Packham C., Gray D. Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. *Health Quality Life Outcomes*. 2003;1: 26.
- 15) Jordan J., Wright J. Making sense of health needs assessment. *Br J Gen Pract*. 1997; 47(424): 695-696.
- 16) Gillam SJ., Murray SA. Needs assessment in general practice. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 1996;(73):1-55.
- 17) Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3):134-143.
- 18) Pandhi N., Bowers B., Chen FP. A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. *Fam Med*. 2007;39(4):266-273.
- 19) Polikandrioti M., Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health science journal*. 2011;5(1):15-22.
- 20) Στεφανίδου Σπ., Γερογιάννη Γ. Ανάγκη της πληροφόρησης νοσηλευόμενων ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 2012;1(1)15-23.
- 21) Ervin NE. Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *J Nurs Adm*. 2006;36(3):126-30.
- 22) Κουτελέκος Ι., Γερογιάννη Γ. Θρησκευτικότητα στο χώρο του νοσοκομείου. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2011;10(4) :48-9.
- 23) Χάλαρη Αικ. Θρησκευτικές ανάγκες ασθενών Μια παραμελημένη διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας; Κριτική ανασκόπηση *Νοσηλευτική*. 2007;46(2):226-236.
- 24) Μαριόρας Μ., Ρόζενμπεργκ Θ. Διαθρησκευτική Ιατρική Ισλάμ, ιδιαιτερότητες κατά την προσέγγιση αλλόθρησκων ασθενών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2013;30(2) :229-232.
- 25) Oates L. Providing spiritual care in end-stage cardiac failure. *Int J Palliat Nurs*. 2004;10(10):485-90.
- 26) Ledger SD. The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. *Br J Nurs*. 2005;14(4):220-5.
- 27) van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):875-84.
- 28) Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):852-62.
- 29) Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):811-21.