

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο

Κοτσαγιώργη Ιφιγένεια¹, Λυμπέρη Βασιλική²

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Νοσοκομείο «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ»

2. Προϊσταμένη ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο προσδιορισμός των αναγκών των ασθενών αποτελεί δύσκολο έργο λόγω της πολυπλοκότητας της έννοιας «ανάγκης» και για το λόγο αυτό έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την έννοια της «ανάγκης των ασθενών».

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

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η «ανάγκη» έχει ποικίλες έννοιες οι οποίες αλλάζουν, αναθεωρούνται και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν, ότι κάθε ασθενής ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα, έχει πέρα από βιολογικές ή φυσικές ανάγκες και ψυχο-κοινωνικές και πνευματικές. Σύμφωνα με τον Maslow οι κυριότερες ανάγκες ασθενών είναι οι βιολογικές ανάγκες, η ανάγκη για ασφάλεια και προστασία, η ανάγκη για κατανόηση και αποδοχή, η ανάγκη για αυτοεκτίμηση, η ανάγκη για Αυτοπραγμάτωση και η ανάγκη αυτοαντίληψης. Στην Νοσηλευτική, ως «ανάγκη» ορίζεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία παρουσιάζεται έκπτωση ή αδυναμία των βιολογικών ή και ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών του ανθρώπου, που ως αποτέλεσμα έχουν τη δημιουργία διαφοράς μεταξύ του «πως είναι και πως θα έπρεπε ή θα ήθελε το ίδιο το άτομο να είναι».

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να αγνοούν τις ανάγκες των ασθενών, αλλά αντίθετα να ενσωματώνουν την ικανοποίηση των αναγκών ως μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας.

Λέξεις κλειδιά: Ανάγκες ασθενών, κοινωνικές, συναισθηματικές, φυσικές ανάγκες.



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κοτσαγιώργη Ιφιγένεια,
Κορινθίας 38,
Αμπελόκηποι, Αθήνα, ΤΚ 115-27,
E-mail: ifigenia1@mycosmos.gr,
Tel. 6932209626

The concept of need as a dynamic alternating phenomenon

Kotsagiorgi Ifigenia¹, Limperi Basiliki²

1. RN, Msc, Hospital "Korgialenio-Benakio"
2. Head Nurse, General ICU, Hospital of Patra

ABSTRACT

Defining patients' needs is difficult due to the inherent complexity of the concept of 'need', so it is not surprising that numerous definitions have been proposed.

Aim: The aim of the present study was to review the literature about the concept of "needs of patients".

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 concept of "needs of patients".

Results: According to the literature, the "need" has various concepts that change, reconsider and progress by time. The results of recent studies indicate that each patient as a bio-psychosocial entity besides the biological or physical needs has also social and mental needs. According to Maslow the main needs of patients are biological, the needs of security and protection, needs of understanding and acceptance, needs of self-concept and needs of self-perception. In Nursing as need is defined the condition at which there is impairment or disability of biological or psychosocial individuals' function which as a result lead to the discrepancy between "what things are and what the individual would like to be".

Conclusions : Health-professionals should not ignore needs of patients but on the contrary should integrate satisfaction of needs as a part of therapeutic treatment.

Keywords: Patients' needs, social, emotional, physical needs.

CORRESPONDING AUTHOR

*Kotsagiorgi Ifigenia,
Korinthias 38, Ampelokipi,
Athens, PC 115-27,
E-mail: ifigenia1@mycosmos.gr
Tel. 6932209626*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην υγειονομική περίθαλψη, η ανάγκη έχει ποικίλες έννοιες οι οποίες αλλάζουν, αναθεωρούνται και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Έτσι δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι διαφορετικές ομάδες υγειονομικών λειτουργών (Ιατροί, Νοσηλευτές, Κοινωνικοί λειτουργοί) αναφέρονται στην «ανάγκη», με πολύ διαφορετικούς τρόπους.^{1,2,3}

Η έννοια της ανάγκης διαμορφώθηκε σε διάφορα στάδια. Συγκεκριμένα, την κοινωνιολογική προσέγγιση στη δεκαετία του 1960, ακολούθησε το «λογικό προγραμματισμό» και η κατανομή των πόρων στη δεκαετία του 1970.^{4,5} Δύο δεκαετίες αργότερα, η μεταρρύθμιση του National Health Service (Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Αγγλία) προσδιορίζει την ανάγκη ως σκοπό και μέχρι σήμερα για την υγειονομική περίθαλψη, η ανάγκη έχει επίκεντρο τον ασθενή.^{4,5}

Κατά καιρούς έχει διατυπωθεί μια ευρεία ποικιλία ορισμών για την «ανάγκη». Παρότι, ο κάθε ορισμός προορίστηκε να βελτιώσει τη παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό, η ασάφεια αυξήθηκε σε τέτοιο βαθμό ώστε

σύμφωνα με τον Culyer⁶ «είναι ψευδαίσθηση να πιστέψουμε ότι θα υπάρξει συναίνεση για το τι πραγματικά είναι ανάγκη».

Οι κυριότερες απόψεις που αφορούν την έννοια της ανάγκης είναι οι εξής (Πίνακας 1) :

Κοινωνιολογική άποψη: Σε ένα κοινωνιολογικό περιβάλλον, ο Bradshaw⁷ καθόρισε την ανάγκη με τέσσερις λέξεις: α) Κανονιστική (δηλ. προσανατολισμένη στην βασική ιατρική, όπως ο εμβολιασμός), Συναισθηματική (δηλ. περιέχει την έννοια της θέλησης, της ευχής και της επιθυμίας), β) Εκφραστική (δηλ. ο τρόπος που οι άρρωστοι εκφράζονται ή χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες) και γ) Συγκριτική που δείχνει, ότι οι ανάγκες που προκύπτουν σε μία περιοχή μπορούν να είναι παρόμοιες για τους ανθρώπους με ανάλογα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά που ζουν σε μια άλλη περιοχή.

Φιλοσοφική Άποψη: Μερικοί εμπειρογνώμονες περιγράφουν τις ανάγκες ως θεμελιώδεις στην επίτευξη ενός επιθυμητού στόχου⁸, ενώ άλλοι δίνουν



έμφαση σε μια όχι τόσο απόλυτη αίσθηση των αναγκών.^{9,10} Ο Baldwin¹¹ πρότεινε έναν μάλλον πρακτικό ορισμό της ανάγκης, ο οποίος αναφέρεται σε μια «οξεία ανάγκη» που επιθυμεί να αντισταθμίσει κάποια ανισορροπία, όπως για παράδειγμα «η δίψα λόγω της απώλειας υγρών». Επίσης, πρότεινε μια «τελεολογική ανάγκη» απεικονίζοντας το χάσμα μεταξύ της πραγματικής και επιθυμητής θέσης, όπως η επιθυμία μετά από χειρουργική επέμβαση στεφανιαίας παράκαμψης να βελτιωθεί τόσο η ποιότητα της ζωής, όσο και το ποσοστό επιβίωσης. Αυτή η προσέγγιση υπονοεί ότι πρέπει να γίνει σαφές «εάν η ανάγκη είναι αποτελεσματική, πόσο αποτελεσματική είναι και για ποιους»⁶. Ο ορισμός αυτός ανταποκρίνεται θετικά στην έννοια της ανάγκης και οι υγειονομικές υπηρεσίες προκειμένου να βελτιωθούν, θα πρέπει να προσανατολιστούν στην εφαρμογή του.

Προσέγγιση των οικονομολόγων: Ένας ευρύτατα γνωστός ορισμός της ανάγκης που υποστηρίζεται από τους οικονομολόγους είναι «η δυνατότητα των ανθρώπων να ωφεληθούν από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης».^{11,15} Με άλλα λόγια, «η ανάγκη» υφίσταται μόνο, εάν υπάρχει η «ικανότητα να ωφεληθεί κανείς» από μια οποιαδήποτε υγειονομική υπηρεσία, εάν δηλαδή υπάρχει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα.^{16,17} Σύμφωνα μ' αυτό η δυνατότητα να ωφεληθεί κανείς

από την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των επιδημιολογικών πτυχών όπως η επίπτωση, ο επιπολασμός της ασθένειας και η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων. Εφαρμόζοντας αυτόν τον ορισμό, οι εκβάσεις των παρεμβάσεων υγείας αποκτούν τη μεγαλύτερη σημασία.

Προσέγγιση των Υγειονομικών

Υπηρεσιών: Το Medical Research Council¹⁸ ορίζει ως «ανάγκη» την κατάσταση εκείνη όπου «η λειτουργικότητα ενός ασθενή σημειώνει πτώση ή απειλείται να πέσει κάτω από κάποιο κατώτατο διευκρινισμένο επίπεδο και υπάρχει θεραπεύσιμη αιτία». Αυτός ο ορισμός λαμβάνει υπόψη την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας φροντίδας και υπονοεί ότι μια ανάγκη ικανοποιείται μετά από αποτελεσματική παρέμβαση. Σε παρόμοιο πνεύμα, ο Buchan και συν.,¹⁹ καθόρισαν τις ανάγκες υγείας ως «εκείνες για τις οποίες μια παρέμβαση παράγει ένα όφελος με λογικό κίνδυνο και αποδεκτό κόστος». Αυτός ο ορισμός ενσωματώνει την βιολογική και την οικονομική αποτελεσματικότητα.

Σύγχρονος ορισμός της «Ανάγκης»: Ένας σύγχρονος ορισμός της «ανάγκης», που έχει κατά καιρούς δημοσιευτεί σε άρθρο του National Health Service (NHS), δηλώνει, ότι «ανάγκη» είναι «η ικανότητα, να έχει κανείς

αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας». Όμως αυτός ο ορισμός είναι υπερβολικά περιοριστικός καθώς οι «ανάγκες υγείας» συρρικνώνονται σε αυτές που θεωρούνται «ιατρικά απαραίτητες» και μπορούν εύκολα να ικανοποιηθούν (π.χ. με διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπεία), διαιωνίζοντας έτσι το «ιατρικό μοντέλο», το οποίο όμως η εμπειρία αποδεικνύει ότι είναι αναποτελεσματικό στην ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών των ασθενών. Σημαντικό είναι να προσανατολιστούμε από την ικανοποίηση των «αναγκών υγείας» στην ικανοποίηση των «αναγκών των ασθενών».²⁰

Παραδοσιακή Πατερναλιστική

Προσέγγιση: Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας²¹ το 1948, ορίζει την Υγεία ως την «κατάσταση της πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Αυτός ο ορισμός, ο τόσο περιεκτικός προσδιορίζει σαφώς ποιος θα έπρεπε να είναι ο στόχος της παρέμβασης της υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες υγείας εντούτοις, με μια παραδοσιακή προσέγγιση τείνουν να επικεντρώνονται σε ένα Ιατροκεντρικό πρότυπο υγειονομικής περίθαλψης με την κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση – ιστορικό, εξετάσεις - που ακολουθούνται από περαιτέρω διερεύνηση και παρεμβάσεις, και τελικά μετρούν την επιτυχία της έκβασης με

αυστηρά κλινική και όχι ολιστική αξιολόγηση. Αυτή η προσέγγιση έχει επικριθεί για την προαγωγή μιας πατερναλιστικής σχέσης γιατρού - ασθενή.^{22,23}

Η σύγχρονη ιατρική αρχίζει σιγά-σιγά να αναγνωρίζει τη σημασία της συμμετοχής του ασθενή στην υγειονομική περίθαλψη και περισσότερες έρευνες απαιτούνται για να καταλάβουμε τη σημασία των αλληλεξαρτήσεων μεταξύ των αναγκών υγείας, της ικανοποίησης, και της ποιότητας ζωής.

Η πίεση της πολιτικής της αυτοσυντήρησης, υποχρεώνει τους ιθύνοντες της υγείας να χειριστούν τα υγειονομικά θέματα με περιορισμό στην αύξηση του σφαιρικού προϋπολογισμού για την υγεία και κατά συνέπεια προτιμούν να χειριστούν και να εισάγουν περισσότερο αυστηρούς και κάπως τεχνικούς όρους για να δικαιολογήσουν τις ελλείψεις στους πόρους που αφιερώνονται στον τομέα της υγείας. Δυστυχώς η χρήση ενός περισσότερο περιοριστικού ορισμού της «ανάγκης» καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των «ιατρικών» αναγκών του πληθυσμού, καθώς η ικανοποίηση όλων των «πραγματικών» αναγκών των ασθενών αδιαμφισβήτητα θα απαιτούσε περισσότερους οικονομικούς πόρους, με έμφαση στη πρωτοβάθμια υγεία και αλλαγή στόχων και προσανατολισμού της περίθαλψης.²⁰



Η έννοια της «Ανάγκης» στη

Νοσηλευτική

Η «ανάγκη» στη Νοσηλευτική, ορίζεται ως η κατάσταση εκείνη κατά την οποία παρουσιάζεται έκπτωση ή αδυναμία των βιολογικών ή και ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών του ανθρώπου, που ως αποτέλεσμα έχουν τη δημιουργία διαφοράς μεταξύ του «πως είναι και πως θα έπρεπε ή θα ήθελε το ίδιο το άτομο να είναι». ^{24,25} Ωστόσο καμία συμφωνία, δεν φαίνεται να υπάρχει για την έννοια της «ανάγκης» στην Υγεία, την Κοινωνιολογία και τη σχετική βιβλιογραφία ^{26,27,28}

Η πρόκληση στη Νοσηλευτική είναι να αναγνωριστούν και να προσδιοριστούν οι πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Με την εκπλήρωση αυτών των αναγκών από το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό είναι εφικτό να διατηρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής. Στο πλαίσιο της πολιτικής της δημόσιας υγείας όμως, είναι σημαντικό να περιγραφεί αυτό το σύνθετο ζήτημα: «Τι θα επιθυμούσαν να απολαμβάνουν οι ασθενείς αλλά και οι πολίτες στο σύνολό τους, από τις Υπηρεσίες Υγείας, ώστε να βελτιωθεί η γενική Υγεία;». Την απάντηση θα τη δώσουν οι ίδιοι οι ασθενείς, ενώ τίποτα δεν περιορίζει τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι λειτουργούν βασισμένοι στην υπάρχουσα γνώση που

πηγάξει από την επαγγελματική εκπαίδευση και τις ηθικές αξίες.²⁴

Η ασάφεια της έννοιας της «ανάγκης» και οι υπερβολικά μεγάλοι στόχοι που καλούνται να εκπληρώσουν οι επαγγελματίες Υγείας, έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία της μετάβασης από απλή παροχή υπηρεσιών σε ικανοποίηση αναγκών. Η δυσκολία αυτή είναι προφανέστερη, καθώς ο ασθενής ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα, έχει πέρα από βιολογικές ή φυσικές ανάγκες και ψυχοκοινωνικές και πνευματικές.^{29,30}

Ασθενείς με σοβαρό πρόβλημα υγείας μπορεί να έχουν περισσότερες συναισθηματικές, ή φυσικές ανάγκες, αλλά και ασθενείς με μειωμένη αντίληψη για την κατάσταση της Υγείας τους, μπορεί έχουν περισσότερες κοινωνικές ανάγκες.³¹ Η ικανοποίηση όμως αυτών των συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών μπορεί να έχει άμεση θετική επίδραση και στην κατάσταση της υγείας τους, αλλά και το αντίστροφο, υποδηλώνοντας τελικά την «ολιστική έννοια» των αναγκών.²⁹

Για παράδειγμα, ένας ασθενής με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ίσως έχει περισσότερο ανάγκη την επικοινωνία και την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του και την πρόγνωση της. Μία νεαρή μητέρα που εισήλθε εκτάκτως στο νοσοκομείο, με λιποθυμικό επεισόδιο ίσως έχει μεγαλύτερη ανάγκη να τηλεφωνήσει, για να μάθει τι απέγινε το τρίχρονο παιδί της, ενώ

ένας ηλικιωμένος με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, ίσως έχει περισσότερο ανάγκη την ικανοποίηση φυσικών αναγκών. Εάν οι «κοινωνικές», «συναισθηματικές» και «φυσικές» ανάγκες των ασθενών αυτών μείνουν ανικανοποίητες, είναι πιθανό να αυξηθεί το άγχος και η ανησυχία τους, να επιδεινωθεί η συναισθηματική τους κατάσταση, αλλά και η κατάσταση της υγείας τους. Εάν όμως, παράλληλα με τις ανάγκες «υγείας» εκπληρωθούν και οι υπόλοιπες ανάγκες, που ο ίδιος ο ασθενής θεωρεί σημαντικές, εκτός από την εξασφάλιση ηρεμίας, που έχει θετική επίδραση στην υγεία του, θα καλλιεργήσει και κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ του αρρώστου και του προσωπικού και θα βελτιώσει ακόμα και τον παραδοσιακό τρόπο επικοινωνίας ιατρού/νοσηλευτή – ασθενή.³²

Η «ανάγκη» είναι μία ευρύτερη έννοια, καθώς το φάσμα της ανθρώπινης εμπειρίας είναι ιδιαίτερα ευρύ. Προφανώς οι φυσικές ανάγκες έχουν αγνοηθεί στο σύνολό τους, καθώς και άλλα στοιχεία φυσικών και συναισθηματικών αναγκών όπως η ποιότητα του ύπνου, ο πόνος, η έλλειψη άνεσης, οι κοινωνικές επαφές ως μέρος της γενικής αντίληψης για την ποιότητα της υγείας.³²

Η εκπλήρωση μιας ανάγκης ίσως να έχει άμεση επίδραση στην ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, αλλά η κατεύθυνση της σχέσης αυτής δεν είναι σαφής. Ο ασθενής για παράδειγμα μπορεί να έχει ανάγκη για

περισσότερη ή καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια και την πρόγνωση της. Εάν αυτή η ανάγκη δεν ικανοποιηθεί, οι υπηρεσίες περίθαλψης ίσως να χαρακτηριστούν ανεπαρκείς. Από την άλλη όμως πλευρά ένας πολύ καλά ενημερωμένος ασθενής τείνει να έχει υψηλότερες προσδοκίες, οπότε και πάλι θα δυσανεμιστεί με την παρεχόμενη φροντίδα. Και οι δύο περιπτώσεις έχουν άμεση επίδραση στην ποιότητα ζωής.²⁴

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΤΑ MASLOW

Πρότυπο υψηλού επιπέδου ευεξίας (High-Level Wellness Model)

Όπως αναφέρει η Taylor³³ στο βιβλίο της, ο Halbert Dunn, περιέγραψε το πρότυπο υψηλού επιπέδου ευεξίας ως την επίτευξη της μέγιστης δυνατής λειτουργικότητας του ατόμου. Διαφοροποιεί την ευεξία από την καλή υγεία. «Καλή Υγεία» είναι μία παθητική κατάσταση όπου το άτομο δεν είναι άρρωστο. Αντιθέτως, «Ευεξία» είναι μία ενεργητική κατάσταση προσανατολισμένη στην μεγιστοποίηση του δυναμικού του ατόμου, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας του.

Η υγεία πρέπει να ορίζεται από το κάθε άτομο και να λαμβάνονται υπόψη όλες οι διαστάσεις οι οποίες συνθέτουν την ολότητα του ατόμου (φυσική, διανοητική, συναισθηματική, κοινωνική, πολιτισμική, πνευματική και



περιβαλλοντολογική). Η ισότιμη θεώρηση όλων αυτών των αλληλένδετων και αλληλοεξαρτώμενων συνιστωσών που επηρεάζουν τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες, αποτελεί τη βάση για την παροχή ολιστικής Νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική ενδιαφέρεται άμεσα για τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ατόμου. Ο Maslow³⁴ ανέπτυξε την κλίμακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών η οποία χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των σημαντικότερων αναγκών του ατόμου σε μια δεδομένη στιγμή (σχήμα 1).

Οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με διάφορους τρόπους ή μένουν ανικανοποίητες. Ορισμένες καλύπτονται από το ίδιο το άτομο ενώ άλλες για να ικανοποιηθούν απαιτούν σχέσεις και αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους. Η Νοσηλευτική προσανατολίζεται στην κάλυψη των αναγκών οι οποίες δεν έχουν ικανοποιηθεί.

Η θεωρία παρακίνησης του Maslow³⁴ είναι μία θετική θεωρία και στηρίζεται σε μία ολιστική-δυναμική θεωρία. Στη βάση ενός συστήματος αναγκών βρίσκονται οι φυσιολογικές ανάγκες που στηρίζονται στην ομοιόσταση. Σύμφωνα με τον Black³⁵ ο γιατρός Walter Canon συνέθεσε τον όρο ομοιόσταση, ορίζοντας τον ως «μία δυναμική ισορροπία, μία ευέλικτη διαδικασία που διατηρεί ορισμένες παραμέτρους, εντός συγκεκριμένων πλαισίων».³⁵

Ο Maslow υποστήριξε ότι οι ανθρώπινες ανάγκες οργανώνονται με ιεράρχηση των δυνατοτήτων: οι ανώτερες εμφανίζονται μόλις ικανοποιηθούν οι κατώτερες. Όταν ικανοποιηθούν οι φυσιολογικές ανάγκες, ο άνθρωπος δεν παρακινείται πλέον από αυτές, ωστόσο ένα άτομο ανέχεται καλύτερα τη στέρηση μιας ανάγκης που ικανοποιήθηκε κάποτε, παρά τη στέρηση μιας ανάγκης που δεν ικανοποιήθηκε ποτέ.³⁴

Όταν κάποιος βρίσκεται στο ανώτερο επίπεδο αναγκών αυτό είναι θετικό για την ανάπτυξη και την υγεία και οργανικά και ψυχολογικά. Ζει περισσότερα χρόνια, αρρωσταίνει λιγότερο, κοιμάται και τρώει καλύτερα. Η ζωή συνεχίζει να είναι ευχάριστη, γεμάτη συναρπαστικές στιγμές και έντονες συγκινήσεις. Ένα πιθανό συμπέρασμα είναι ότι το άτομο που νοιώθει αυτό-πραγμάτωση, πετυχαίνει μια υψηλή ικανοποιητική ποιότητα ζωής, που επεκτείνεται από το ίδιο το άτομο μέχρι την κοινωνία.³⁴

Η ιεράρχηση των αναγκών δεν είναι απλή ταξινόμηση. Κάθε άτομο ιεραρχεί τις ανάγκες του με διαφορετικό τρόπο. Ορισμένοι άνθρωποι έχουν χαμηλό επίπεδο φιλοδοξιών. Η μόνιμη απώλεια αγάπης οδηγεί σε μια προσωπικότητα με ψυχοσωματικά προβλήματα.

Η ανάγκη που έχει ικανοποιηθεί από καιρό μπορεί να αποκτήσει χαμηλή αξία. Ένα άτομο που δεν στερήθηκε ποτέ κάποια συγκεκριμένη ανάγκη δεν τη θεωρεί

σημαντική. Αν παρουσιαστούν δύο ανάγκες, ο άνθρωπος πιθανότατα θα θέλει να ικανοποιήσει πρώτα την πιο βασική. Όσοι έχουν αγαπήσει και έχουν αγαπηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό και τα άτομα που είχαν πολλές καλές φίλιες μπορούν να αμυνθούν κατά του μίσους, της απόρριψης, ή του διωγμού.³⁴

Τα περισσότερα φυσιολογικά άτομα της κοινωνίας μας έχουν βασικές ανάγκες που έχουν ικανοποιηθεί μερικώς και ταυτόχρονα ανάγκες που μερικώς δεν έχουν ικανοποιηθεί. Μπορεί να έχουν περισσότερες ικανοποιημένες φυσιολογικές ανάγκες και αντίστοιχα λιγότερες ικανοποιημένες ανάγκες αυτοπραγμάτωσης. Οι νέες ανάγκες εμφανίζονται σταδιακά, και τις πιο πολλές φορές είναι υποσυνείδητες παρά συνειδητές. Οι βασικές ανάγκες είναι κοινές σε όλες τις κουλτούρες.³⁵

Βιολογικές Ανάγκες

Οι βασικές ή βιολογικές ανάγκες, που αποτελούν τη βάση της ιεράρχησης των αναγκών, στον Καρδιολογικό άρρωστο είναι οι πλέον σημαντικές για τη ζωή και επομένως υψίστης προτεραιότητας. Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση στην ανακοπή, η παροχή οξυγόνου και η αντιμετώπιση του προκάρδιου άλγους στον εμφραγματία, η βελτίωση της δύσπνοιας και η κατάλληλη θέση του αρρώστου με οξύ πνευμονικό οίδημα, η αξιολόγηση του

χρώματος του δέρματος, των ζωτικών σημείων, και της διανοητικής κατάστασης του αρρώστου με πνευμονική εμβολή, αλλά ακόμα και ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας, η χορήγηση υγρών, η ανάπαυση και ο ύπνος που απελευθερώνουν τον οργανισμό από το στρες απαιτούν άμεση παρέμβαση και ικανοποίηση.³³

Οι ανικανοποίητες βιολογικές ανάγκες είναι οι επικρατέστερες και οι ισχυρότερες ανθρώπινες ανάγκες. Ένα άτομο που βιώνει έντονα το αίσθημα της πείνας θα κλέψει τροφή και θα προβεί σε άλλες ενέργειες που απειλούν την ασφάλεια του. Η υπεροχή μιας βασικής ανάγκης αλλάζει την φιλοσοφία του ατόμου για το μέλλον.³⁶

Ανάγκη για Ασφάλεια και Προστασία

Οι ανάγκες για ασφάλεια και προστασία ακολουθούν σε προτεραιότητα τις βιολογικές ανάγκες και περιέχουν φυσικά και συναισθηματικά στοιχεία. Η φυσική ασφάλεια σημαίνει προστασία του ατόμου από δυνητικές ή πραγματικές βλάβες. Η συναισθηματική ασφάλεια και προστασία συνεπάγεται εμπιστοσύνη στους άλλους και απελευθέρωση από φόβο, άγχος και ανησυχία. Οι νέο-εισαγόμενοι καρδιολογικοί ασθενείς, βιώνουν συχνά το στρες του θανάτου, του αγνώστου, του πόνου και μπορεί να έχουν κατά συνέπεια αυξημένες ανάγκες για συναισθηματική ασφάλεια.



Η κατάλληλη ήρεμη ενημέρωση, η καθοδήγηση, η καθυσύχαση, η εκτενής συζήτηση γύρω από τη νόσο τους, από έμπειρο προσωπικό, η συμμετοχή τους στη διαδικασία ελέγχου και λήψης αποφάσεων, καθώς και η καλλιέργεια του θρησκευτικού τους συναισθήματος αποτελούν πηγές στήριξης και δύναμης και ικανοποιούν το αίσθημα της ασφάλειας.³³

Ανάγκη για Κατανόηση και Αποδοχή

Όλοι οι ασθενείς έχουν ανάγκες υψηλότερου επιπέδου που περιλαμβάνουν ανάγκες για κατανόηση και αποδοχή. Η μη ικανοποίηση των αναγκών αυτών, οδηγεί σε βίωση αισθημάτων μοναξιάς και φυσικής ή συναισθηματικής απομόνωσης, άγχους και κατάθλιψης ή αντίθετα υπερβολικών απαιτήσεων και επιθετικότητας.³³

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. Ο αυτοσεβασμός και η εμπιστοσύνη ότι μπορεί να ενεργεί ανεξάρτητα, η επίτευξη των προσωπικών και των επαγγελματικών στόχων, δεξιοτήτων και γνώσεων ολοκληρώνουν την έννοια της αυτοεκτίμησης. Επίσης, η αποδοχή από άλλους λόγω της προσωπικότητας και του κύρους, παρέχει

ατομική ταυτότητα και αναγνώριση και ικανοποιεί την επιθυμία της αυτοδυναμίας απέναντι στην οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους. Η αυτοεκτίμηση πηγάζει από την ικανοποίηση της επιθυμίας για επάρκεια και υπεροχή και την αίσθηση ότι αξίζει και αναγνωρίζεται ως άτομο.³³

Συσχετίζεται με ικανότητες, γνώσεις, και δεξιότητες που απαιτούνται για να πραγματοποιηθούν οι ρόλοι, που κάθε άτομο καλείται να αναλάβει. Προκύπτει από ένα αίσθημα αυτοπεποίθησης έναντι στην κοινωνία και προϋποθέτει ικανοποίηση της επιθυμίας για ανεξαρτησία και ελευθερία. Το άτομο πρέπει να έχει την ελευθερία έκφρασης του λόγου, να ενεργεί χωρίς να προσβάλλει τους άλλους, να διερευνά και να αξιολογεί πληροφορίες και να υπερασπίζεται τον εαυτό του. Κάθε άτομο πρέπει να αντιμετωπίζεται με δίκαιο τρόπο, ισοτιμία, ειλικρίνεια και μεθοδικότητα.³⁶

Οι άρρωστοι ικανοποιούν τις ανάγκες τους για αυτοεκτίμηση με διαφορετικούς τρόπους. Επηρεάζονται από τις συνθήκες του νοσοκομείου που νοσηλεύονται, από το χαρακτήρα του ιδρύματος (ιδιωτικό / δημόσιο) και από τη στάση και τη συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού απέναντί τους. Όλοι οι άνθρωποι απαιτούν την αναγνώριση. Τα άτομα που τη στερούνται αισθάνονται κατώτερα, αδύναμα, απροστάτευτα και αποθαρρυσμένα. Τηρούν αδρανή, παθητική στάση αντιστέκονται στην

αλλαγή, επιδεικνύουν ανευθυνότητα και δεν επιθυμούν να διεξάγουν διάλογο. Στο νοσοκομειακό χώρο εστιάζουν την προσοχή τους σε ασήμαντα και μηδαμινά πράγματα, γίνονται αγχώδη και πολλές φορές αποφασίζουν να υπογράψουν και να φύγουν χωρίς να έχει ολοκληρωθεί η θεραπεία τους.^{36,37}

Ο άρρωστος, πολύ συχνά μέσα στο νοσοκομείο δέχεται αλλαγές όπως αλλαγή του σωματικού ειδώλου, αλλαγή ρόλων, ή κριτικές κάποιων συνηθειών, όπως κάπνισμα, αλκοόλ, υπερβολικό βάρος σώματος, που προσβάλλουν και μειώνουν την αυτοεκτίμηση, την αυτοπεποίθηση και την ανεξαρτησία του.

Οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτές, αναγνωρίζοντας τις αξίες και τα πιστεύω του αρρώστου, διευκολύνοντας την υποστήριξη από την οικογένεια ή σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα. Όταν τους ενημερώνουν για την εξέλιξη της κατάστασης, τους ενθαρρύνουν να θέτουν εφικτούς στόχους, να συμμετέχουν ενεργά στην θεραπεία, και στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους, προάγουν το αίσθημα της αξίας και της αυτοαποδοχής.³³

Ένα άτομο που ικανοποιεί την ανάγκη του για αυτοεκτίμηση, αισθάνεται αυτοπεποίθηση, ότι αξίζει, ότι έχει δύναμη, ικανότητες, επάρκεια, είναι χρήσιμο και απαραίτητο στην κοινωνία, αξίζει να ζήσει και να προσπαθήσει γι αυτό. Για να είναι

σταθερή και υγιής η αυτοεκτίμηση του ατόμου πρέπει να στηρίζεται σε ένα γνήσιο και επάξιο σεβασμό.^{36,37}

Ανάγκη για Αυτοπραγμάτωση

Στο τελευταίο και υψηλότερο επίπεδο ιεράρχησης αναγκών βρίσκεται ο «συναισθηματικός χρυσός», η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση, η ανάγκη του ατόμου να φθάσει στο μέγιστο δυναμικό του, μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων. Η διεργασία για την ικανοποίηση αναγκών αυτοπραγμάτωσης στον άρρωστο επιτυγχάνεται με εστίαση στις δυνατότητες παρά στα προβλήματα του ασθενούς. Δεν έχει υλική υπόσταση και σε μερικά άτομα μπορεί να μην είναι ισχυρότερη από την αγάπη και την ανάγκη για αυτοεκτίμηση. Τα άτομα που αισθάνονται αυτοπραγμάτωση, είναι πιο ικανά να ξεχωρίζουν τον πραγματικό κόσμο, είναι δημιουργικά, αισθάνονται άνετα με το άγνωστο και αυτό τους ελκύει. Καθώς αποδέχονται και προσαρμόζονται στις αδυναμίες τους, τηρούν λιγότερο αμυντική και προσποιητή στάση. Αισθάνονται ενοχές, όταν δεν επιδιώκουν να βελτιώσουν τις αδυναμίες τους, τις προκαταλήψεις, τη ζήλια, το φθόνο και τα άλλα ανθρώπινα ελαττώματα. Διαθέτουν αυτόνομο κώδικα ηθικής, αλλά είναι άκρως ηθικά άτομα, προβαίνοντας σε συμβιβασμούς στα μη σημαντικά ζητήματα.^{36,37}



Στο θέμα των αξιών, αποδέχονται το χαρακτήρα τους, την ανθρώπινη φύση τους, τα γεγονότα της κοινωνικής ζωής και τους περιορισμούς της φυσικής πραγματικότητας. Έχουν εστιασμένη την προσοχή τους στα προβλήματα και όχι στο εγώ τους. Οι αξίες τους είναι ευρείες και παγκόσμιες. Βαθύτητα δημοκρατικά άτομα, σέβονται τους άλλους, έχουν έντονη αίσθηση του σωστού και του λάθους. Το χιούμορ τους έχει φιλοσοφική χροιά, δεν είναι εχθρικό και γίνεται μόνο για να προκαλέσει το γέλιο.^{36,37}

Προτιμούν τη μοναξιά και την ησυχία τους. Τηρούν απόμακρη και αντικειμενική στάση σε συνθήκες αναστάτωσης. Οι σχέσεις τους με τους ανθρώπους είναι βαθιές και ο κύκλος των φίλων τους μικρός. Με βάση κοινωνικούς όρους πιστεύουν στο Θεό, αλλά δεν είναι θρησκόληπτοι. Προσαρμόζονται στις κοινωνικές τάσεις, επιδεικνύοντας ανοχή.^{36,37}

Αυτοαντίληψη

Η αντίληψη που έχει κάποιος για τον εαυτό του, (self-concept) έχει αναλυθεί ως Νοσηλευτική διάγνωση. Τα συστατικά της περιλαμβάνουν την εικόνα του σώματος, τον αυτοσεβασμό και την ατομική ταυτότητα. Οι Νοσηλευτικές διαγνώσεις, με βάση το πρότυπο των αντιλήψεων των ανθρωπίνων αντιδράσεων, περικλείουν τη διαταραχή της εικόνας του σώματος, τη διαταραχή της ατομικής ταυτότητας, και τη χρόνια ή περιστασιακή διαταραχή της αυτοεκτίμησης.

Η αντίληψη που έχει κάποιος για τον εαυτό του προκύπτει από την εμπειρία και είναι ένας προσδιοριστικός παράγοντας της συμπεριφοράς. Η LeMone³⁸ προσάρμοσε τον ορισμό της Roy για την αυτοαντίληψη ως εξής: «Η αντίληψη που έχει κάποιος για τον εαυτό του, είναι μια σύνθεση σκέψεων, αξιών και συναισθημάτων, για τη φυσική και την προσωπική εικόνα του εαυτού του ανά πάσα στιγμή». Αυτή σχηματίζεται από τις αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον και διευθύνει τη συμπεριφορά του ατόμου. Ο Maslow έδωσε έμφαση στην αυτοπραγμάτωση την οποία θεωρεί ως κινητήριο δύναμη για να αναπτυχθεί η μοναδική για κάθε άτομο αντίληψη του εαυτού του.

Συμπεράσματα

Το Ιατρικό και το Νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει να αγνοεί τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και να ασχολείται κυρίως με τη σωματική τους υγεία. Για τον ασθενή κάθε επιδέξια συνάντηση με το νοσηλευτή ή το γιατρό, μπορεί να είναι μια ευκαιρία για καθησυχαστική πληροφορία, παρηγοριά, εποικοδομητική συμβουλή, ενθάρρυνση. Αν όμως οι χειρισμοί είναι άστοχοι, μπορεί να είναι μία πρόσκληση στην απελπισία. Το συνηθέστερο όλων είναι ότι οι θεράποντες είτε αγνοούν, είτε αδιαφορούν για τις ανάγκες του ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Messner R.L. "what patients really want from their nurses." American Journal of Nursing, 1993, 93:38-41
2. Goleman D. Η συναισθηματική νοημοσύνη. Γιατί το «EQ» είναι πιο σημαντικό από το «IQ». Ελληνικά γράμματα , 1995, 40-41:236-237
3. Jordan J, Wright J. Making sense of health needs assessment. British Journal of General Practice 1997, 47:695-696.
4. Stevens A, Gillam S. Needs assessment: from theory to practice. BMJ 1998, 316:1448-1452.
5. Great Britain Resource Allocation Working Party: Sharing resources for health in England : report of the Resource Allocation Working Party. London, H.M.S.O.; 1976.
6. Culyer A. Need--is a consensus possible? J Med Ethics 1998, 24:77- 80.
7. Bradshaw J. A taxonomy of social need. Problems and progress in medical care: essays on current research Volume 7th series. Edited by: Mclachlan G. Oxford, Nuffield Provincial Hospital Trust 1972, 34: 99-104.
8. Flew A. Wants or needs, choices or commands? Human needs and politics. Edited by: Fitzgerald R. London, Pergamon Press 1977:213-228.
9. Wiggins D, Dermen S. Needs, need, needing. J Med Ethics 1987, 13:62-68.
10. Culyer AJ. Equity - some theory and its policy implications. J Med Ethics 2001, 27:275-283.
11. Baldwin S. Needs assessment and community care: clinical practice and policy making. Oxford, Butterworth-Heinemann; 1998.
12. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Need for redefining needs. Health Quality Life Outcomes 2003,1:34.
13. NHSME: Assessing health care needs. London, National Health Service Management Executive; 1991,14-15.
14. Packham C , Asadi-Lari M., Gray D. Patients' needs and Quality of Life Outcomes 2004;1:40-42.
15. Culyer AJ. Need and the National Health Service : economics and social choice. London, Martin Robertson; 1976,1:322-323.
16. Gillam SJ. Assessing the health care needs of populations—the general practitioner's contribution. Br J Gen Pract 1992; 42:404-405.
17. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. J Health Econ 1993, 12:431-457.
18. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment. Psychol Med 1987;17(4):971-981.
19. Buchan H, Gray M, Hill A, Coulter A. Needs assessment made simple. Health Serv J 1990, 100(5188):240-241.
20. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model Published: 29 June



- 2004 Health and Quality of Life Outcomes 2004, 2:32
21. WHO: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
22. Mc Kinstry B. Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 1992;42(361):340-342.
23. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *Jama* 2002, 288(23):3027-3034.
24. Twigg J, Atkin K. *Carers Perceived: Policy and Practice in Informal Care*. Buckingham, Open University Press; 1994;22:34-36
25. Craigs H. Adaptation in chronic illness : an eclectic model for nurses. *Jadvan Nurs*1983, 5:397-404
26. Culyer A. Need--is a consensus possible? *J Med Ethics* 1998, 24:77-80.
27. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Broadway: Springer Publishing Co 1984, 12:11.
28. Lightfoot J. Identifying needs and setting priorities: issues of theory, policy and practice. *Health & Social Care in the Community* 1995, 3:105.
29. Parry-Jones B, Soulsby J. Needs-led assessment: the challenges and the reality. *Health Soc Care Community* 2001; 9(6):414-428.
30. Goodwin PJ, Black JT, Bordeleau LJ, Ganz PA. Health-related quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer--taking stock. *J Natl Cancer Inst* 2003, 95(4):263-281.
31. 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 Qual Life Outcomes* 2003, 1:26.
32. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease. *Health and Qual Life Outcomes* 2003, 1:57.
33. Taylor C, Lilis C, Le mone P. *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Επιμέλεια-Μετάφραση: Πατηράκη -Λεμονίδου, Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.*
34. Maslow A. H. *Motivation and Personality*, 2d, ed (New York: Harper & Row, 1970;2:612-622.
35. Black JM, Matassarini J E . *Nursing clinical management for continuity of care*. Philadelphia, Saunders. 1997, 5:932.
36. Lee LL, Arthur A, Avis M. Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(11):1690-9.
37. Yehle KS, Plake KS. Self-efficacy and educational interventions in heart failure: a review of the literature.*J Cardiovasc Nurs*. 2010;25(3):175-88.
37. Le Mone. Analysis of a human phenomenon self-concept, *Nursing Diagnosis*, 1991, 3:126-130.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ “ΑΝΑΓΚΗΣ”		
ΑΠΟΨΕΙΣ / ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	ΕΚΠΡΟ- ΣΩΠΟΙ	ΟΡΙΣΜΟΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΩΝ	Bradshaw	Κανονιστική, Συναισθηματική Εκφραστική, Συγκριτική ανάγκη
ΦΙΛΟΣΟΦΩΝ	Baldwin	Οξεία ανάγκη & Τελεολογική ανάγκη
ΟΙΚΟΝΟΜΟΛΟΓΩΝ		Η δυνατότητα των ανθρώπων να ωφεληθούν από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	Medical Research Council Buchan	Η λειτουργικότητα ενός ασθενή σημειώνει πτώση ή απειλείται να πέσει κάτω από κάποιο κατώτατο διευκρινισμένο επίπεδο και υπάρχει θεραπεύσιμη αιτία Η Ιατρονοσηλευτική παρέμβαση να παράγει ένα όφελος με λογικό κίνδυνο και αποδεκτό κόστος
ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ	National Health Service	Η ικανότητα, να έχει κανείς αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας Τι θα επιθυμούσαν να απολαμβάνουν οι ασθενείς αλλά και οι πολίτες στο σύνολό τους, από τις Υπηρεσίες Υγείας, ώστε να βελτιωθεί η γενική Υγεία;
ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ/ ΙΑΤΡΟΚΕΝΤΡΙΚΕΣ		Το Ιατροκεντρικό πρότυπο υγειονομικής περίθαλψης με την κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση – ιστορικό, εξετάσεις - που ακολουθούνται από περαιτέρω διερεύνηση και παρεμβάσεις, και τελικά μετρούν την επιτυχία της έκβασης με αυστηρά κλινική και όχι ολιστική αξιολόγηση
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ		Η κατάσταση εκείνη κατά την οποία παρουσιάζεται έκπτωση ή αδυναμία των βιολογικών ή και ψυχο-κοινωνικών λειτουργιών του ανθρώπου
ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ «ΑΝΑΓΚΗΣ»	Goodwin, Black	Η αντιμετώπιση του ασθενή, ως βιοψυχοκοινωνική ολότητα, που έχει πέρα από βιολογικές ή φυσικές ανάγκες και ψυχο-κοινωνικές και πνευματικές

Πίνακας 1: Η έννοια της ανάγκης



Σχήμα 1: Η Πυραμίδα του Maslow