

## **Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – definicje, przegląd badań**

### **Needs of persons with mental disorders – definitions and literature review**

Ewelina Dobrzyńska, Joanna Rymaszevska, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### **Summary**

Failure of the deinstitutionalization process and a tendency of limiting health care costs on the basis of evidence based medicine initiated planning mental health services according to the clients' needs. Defining needs is difficult due to the complexity of the concept of needs, so numerous definitions of needs have been proposed. In the health care context a need is most often regarded as "the lack of health/wellbeing or the lack of access to care". Many clinical and population-based studies on needs were conducted in England and other well-developed countries. According to their results the most important are unmet needs, which correlate with unemployment, single status, low quality of life, low satisfaction with services and high social disability scores. Assessment of needs becomes a part of routine clinical practice and evaluation of mental health services. Results of such an assessment enables to fit the therapy and rehabilitation to the individual patient's needs which in consequence leads to a better therapeutic response and lower social disability. First Polish studies on needs of persons with different mental disorders indicate the social needs (company, intimate relationship and sexual expression) as the most often unmet from patient's point of view.

*Słowa kluczowe:* potrzeby, zaburzenia psychiczne, jakość życia, satysfakcja pacjenta  
*Key words:* needs, mental disorders, quality of life, patient satisfaction

#### **Wstęp**

Zaburzenia psychiczne znajdują się niewątpliwie w grupie chorób związanych z największym negatywnym wpływem na funkcjonowanie społeczne oraz jakość życia pacjentów. Konsekwencją tego zjawiska są wysokie ekonomiczne i socjalne koszty leczenia oraz rehabilitacji. Wciąż rosnąca liczba pacjentów z niesprawnością także w Polsce stanowi poważny problem społeczny, medyczny oraz ekonomiczny, będąc wyzwaniem dla szeroko pojętej opieki zdrowotnej nad osobami chorymi psychicznie.

Niepowodzenia reform, zwanych deinstytucjonalizacją, oraz tendencja do ograniczania kosztów opieki zdrowotnej na podstawie dowodów uzyskanych z rzetelnych ba-

dań naukowych zainicjowały tworzenie usług medycznych dostosowanych do potrzeb ich odbiorców. W związku z tym zastępuje się w ostatnich latach koncepcję uniwersalnej pomocy i jednorodnych potrzeb klinicznych standardami leczenia nastawionymi na cel, indywidualnie dostosowanymi do potrzeb pacjenta. Przyjmuje się, że jeśli celem pomocy ma być zdrowie optymalne, to wyznacznikiem efektywności powinny stać się ustalone indywidualne potrzeby pacjenta i odpowiednio do nich dostosowane usługi medyczne [1]. Pojęcie potrzeb stało się bardzo popularne w planowaniu i ocenie opieki medycznej w Europie Zachodniej, między innymi w Wielkiej Brytanii, gdzie ośrodki psychiatrycznej opieki zdrowotnej i socjalnej mają za zadanie identyfikować, oceniać oraz zaspokajać potrzeby osób chorujących psychicznie. Formułowanie oferty opieki psychiatrycznej na podstawie oceny potrzeb pacjenta jest tam nawet sankcjonowane prawnie na podstawie ustawy o narodowej opiece zdrowotnej i społecznej [2].

### Rozumienie potrzeb w opiece zdrowotnej

Najbardziej znaną klasyfikację potrzeb przedstawił amerykański psychopatology i psycholog A. H. Maslow, który rozumiał je jako podstawę motywów działania człowieka. Podzielił je na pięć grup według logistycznej hierarchii (od potrzeb niższego rzędu do potrzeb wyższego rzędu) [3]. Bradshaw z kolei wyróżnił cztery typy potrzeb z perspektywy socjologicznej [4]:

- 1) potrzebę normatywną [ang. normative need] – identyfikowaną przez ekspertów
- 2) potrzebę odczuwaną [ang. perceived need] – doświadczanie potrzeby, pragnienie, czyli „to, czego ludzie naprawdę chcą”
- 3) potrzebę wyrażaną [ang. expressed need] – żądanie, potrzebę odczuwaną, w związku z którą podejmowane jest jakieś działanie
- 4) potrzebą porównawczą [ang. comparative need] – określaną przez porównywanie populacji na podstawie pewnych wskaźników, na przykład potrzeby identyfikowanej wśród osób, które korzystają z usług medycznych.

Definicję potrzeby w opiece zdrowotnej jako jeden z pierwszych zaproponował Davis, określając ją jako „subiektywne odczucie, które inicjuje proces wybierania środków medycznych” [5]. Z kolei w „Klasyfikacji chorób, niesprawności i upośledzeń” WHO przedstawiono trzypoziomowy podział potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym [6]. Według tego podziału potrzeby pierwotne są związane z psychopatologią oraz uszkodzeniem, potrzeby wtórne wynikają z niesprawności obejmujących ograniczenia osobistej aktywności bezpośrednio spowodowane chorobą, natomiast potrzeby trzeciego rzędu są spowodowane konsekwencjami społecznymi zaburzeń i chorób, czyli niesprawnością wpływającą na zaburzenie interakcji pacjenta ze środowiskiem.

We wspomnianej już ustawie o narodowej opiece zdrowotnej i społecznej [2] potrzeby są rozumiane jako „potrzeby jednostek umożliwiające im osiągnięcie, utrzymanie lub podtrzymanie akceptowalnego poziomu społecznej niezależności czy jakości życia”.

W kontekście opieki zdrowotnej za „potrzebę” uważa się jednak najczęściej „brak zdrowia/dobrostanu albo brak dostępu do opieki” [7 s. 220–236]. Taka definicja po-

trzeb odnosi się między innymi do psychologicznej lub socjalnej niesprawności jako konsekwencji zaburzeń psychicznych. Natomiast z punktu widzenia zdrowia publicznego oraz ekonomii zdrowia koncepcja potrzeb jest definiowana jako „zdolność do odnoszenia korzyści z otrzymywanej opieki zdrowotnej” [8 s. 20–23]. Inni autorzy podkreślają, że termin „potrzeba” zakłada także taką właściwość indywidualnych osób lub populacji, która może być obiektywnie oceniana oraz pozwala wybrać specyficzny rodzaj leczenia lub interwencji koniecznych do przywrócenia lub utrzymania zdrowia [9]. Innymi słowy, potrzeba istnieje tylko wtedy, gdy łączy się ze „zdolnością do odnoszenia korzyści” z poszczególnych usług medycznych, a przez opiekę zdrowotną rozumie się prewencję, diagnozę, leczenie, opiekę ciągłą, rehabilitację lub opiekę paliatywną. Żeby określić potrzeby, należy uwzględnić dotychczasowe efekty korzystania z usług medycznych; potrzeba w tym przypadku jest rozumiana jako konieczność efektywnej interwencji określanej przez profesjonalistę [10].

Jak widać, potrzebą w opiece zdrowotnej nazywa się najczęściej istotny problem łączący się z potencjalną możliwością jego rozwiązania lub interwencji, a jej ocena ma służyć poprawie jakości świadczonych usług. Bardziej szczegółowe definicje podawane przez autorów różnią się jednak między sobą, co bezpośrednio wpływa na politykę świadczenia usług związanych z zaspokajaniem populacyjnych potrzeb opieki zdrowotnej. Im bardziej definicja potrzeb jest ograniczona, tym mniejszy dostęp do opieki zdrowotnej i odwrotnie. Istniejąca różnorodność definicji potrzeb oraz ich niejednoznaczność przybrała takie rozmiary, że według niektórych autorów „może być iluzją zakładać, że kiedykolwiek dojdzie do konsensusu dotyczącego znaczenia potrzeb” [11 s. 77–80].

W literaturze przedmiotu najczęściej wyróżnia się potrzeby osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi [ang. SMI – severe mental illness], jako grupy pacjentów najbardziej wymagających opieki, ale w piśmiennictwie także nie ma zgodności co do ich definicji. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sugeruje jedynie, aby koncentrować się raczej na niesprawności niż na rodzaju diagnozy [za: 12]. Według Wiersmy [13] na definicję SMI składa się każde rozpoznanie psychiatryczne (postawione zgodnie z klasyfikacji DSM lub ICD), zaburzenie funkcjonowania (na przykład według „Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niesprawności oraz zdrowia” WHO [14]) oraz czas trwania choroby dłuższy niż 2 lata, natomiast według innych autorów czas trwania zaburzenia może wynosić nawet 6 miesięcy. Slade i wsp. [12], analizując dotychczasowe różnorodne podejścia do definicji grupy osób najbardziej potrzebujących pomocy psychiatrycznej, doszli do wniosku, że należałoby w niej uwzględnić pięć następujących wymiarów: bezpieczeństwo, formalne i nieformalne wsparcie, niesprawność, diagnozę oraz długość trwania zaburzenia [ang. akronim SIDDD – safety, informal and formal support, diagnosis, disability, duration].

### **Badania dotyczące potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi**

Pojęcie potrzeb i narzędzia ich oceny wprowadzono po raz pierwszy w opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, tam też, jak do tej pory, przeprowadzono najwięcej badań dotyczących tego problemowego obszaru [15]. Badania potrzeb były także prowadzone w innych krajach europejskich, między innymi w Irlandii, Szwecji,

Finlandii, Holandii, Hiszpanii, Portugalii, Francji, Niemczech oraz we Włoszech [16–20]. Istnieją także doniesienia, dotyczące przedstawianego zagadnienia, z Afryki oraz Australii [21, 22].

Przeprowadzono badania zarówno o zakresie populacyjnym, jak i klinicznym. W badaniach klinicznych (osób leczonych ambulatoryjnie oraz/lub hospitalizowanych na oddziałach stacjonarnych i/lub dziennych) grupę badaną stanowili najczęściej pacjenci z zaburzeniami psychotycznymi lub rozpoznaniem schizofrenii [15–17]. Znacznie mniej istnieje badań porównawczych na temat potrzeb osób z różnymi rozpoznaniem (schizofrenii, zaburzeń nastroju, lękowych, osobowości) [19, 22].

Ocena potrzeb w badaniach klinicznych przedstawiana była w kontekście socjodemograficznym [23], etnicznym [24] oraz klinicznym [19]. Prowadzone były także badania prospektywne nad zmiennością potrzeb w czasie [18].

Autorzy badań dotyczących potrzeb są zgodni, że pacjenci inaczej oceniają swoje potrzeby niż personel medyczny [25, 26]. Choć wyniki omawianych badań różnią się co do tego, czy osoby badane, lub też opiekujące się nimi, podają większą liczbę potrzeb, to jednak większość badań wykazuje tendencję do wyższych ocen potrzeb przez personel [za: 27]. Zdaniem Slade'a i wsp. [25, 28] relacja pacjenta dotycząca jego potrzeb zapewnia zebranie bardziej wartościowych informacji i pozwala właściwie określić jego indywidualne potrzeby – wyniki badań jednoznacznie wykazują, że przy porównywaniu ocen pacjentów i personelu oceny tych pierwszych okazują się bardziej rzetelne.

#### A. Potrzeby a dane socjodemograficzne

Wykazano, że brak zatrudnienia oraz związku partnerskiego pozytywnie koreluje z liczbą niezaspokojonych potrzeb [19]. Występowanie potrzeb niezaspokojonych wydaje się związane z systemem psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz warunkami socjoekonomicznymi: im mniej zintegrowana i ciągła opieka oraz gorsze warunki życia, tym więcej potrzeb niezaspokojonych [14]. Paradoksalnie jednak wyższe liczby potrzeb występowały u osób mieszkających w dużych miastach, w porównaniu z mieszkańcami obszarów pozamiejskich [23], a także w krajach rozwiniętych, w porównaniu z krajami rozwijającymi się [21]. Natomiast uchodźcy z Somalii przebywający w Wielkiej Brytanii wykazywali relatywnie wysoki poziom potrzeb [24]. Prawdopodobnie wiąże się to z różnicami w oczekiwaniach pacjentów związanych z opieką psychiatryczną oraz z realnym dostępem do usług medycznych. Na obszarach, gdzie istnieje większa różnorodność form opieki, na przykład z możliwością korzystania z mieszkań chronionych czy oddziałów dziennych, wzrastają także potrzeby pacjentów.

#### B. Potrzeby a dane kliniczne

Początkowo uważano, że wyższe liczby potrzeb występują wśród pacjentów hospitalizowanych i u osób z rozpoznaniem schizofrenii [29], ale wyniki kolejnych badań nie potwierdziły tej hipotezy. Co prawda badania Slade'a i wsp. [28] dowiodły, że więcej potrzeb mają osoby z rozpoznaniem psychotycznymi, w porównaniu z grupą osób z zaburzeniami niepsychotycznymi, ale wyższa liczba potrzeb niezaspokojonych była

związana z rozpoznaniem psychozy innej niż schizofrenia. Wyniki kolejnych badań okazały się jednak przeciwne – większa liczba potrzeb występowała u osób niepsychotycznych [30]. W badaniach populacyjnych największa liczba potrzeb związana była z rozpoznaniem zaburzeń lękowych i afektywnych [31]. Z kolei w grupie osób badanych przez Phelana i wsp. [32] większą ogólną liczbę potrzeb wykazywały osoby z rozpoznaniem nerwicy lub zaburzeń osobowości. Dalsze badania potwierdziły, że rozpoznanie zaburzeń osobowości wiąże się z większą liczbą potrzeb [33].

Pomimo braku jednoznacznych danych dotyczących rodzaju diagnozy psychiatrycznej związanej z większą liczbą potrzeb, klinicyści są zgodni, że nasilenie objawów psychopatologicznych, przewlekłość i długość trwania choroby oraz niesprawność z nią związana korelują z większą liczbą potrzeb niezaspokojonych [14]. Według badań prospektywnych ocena potrzeb wykazuje większą stabilność w czasie niż ocena problemów bezpośrednio związanych ze zdrowiem psychicznym [18, 22].

Różnice pomiędzy ocenami potrzeb pacjentów hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie nie zostały jak dotąd dobrze udokumentowane. Według niektórych autorów osoby przebywające w szpitalu częściej mają więcej potrzeb, zgodnie z CAN, w zakresie mieszkania, samoobsługi i alkoholu, oraz potrzeb niezaspokojonych – w zakresie codziennej aktywności [29]. W badaniu szkockim, oceniającym potrzeby pacjentów po 6 tygodniach od wypisania ze szpitala, potrzeby zaspokajane częściej dotyczyły obszarów związanych ze zdrowiem, a niezaspokojone zwykle wiązały się z funkcjonowaniem [30].

### C. Potrzeby a jakość życia i satysfakcja z opieki medycznej

Z badań Priebe i wsp. [34] wynika, że im większe nasilenie objawów psychopatologicznych i niższa jakość życia, tym więcej potrzeb niezaspokojonych i bardziej negatywna ocena leczenia. Dalsze badania potwierdziły, że potrzeby osób chorujących psychicznie mają istotny związek z funkcjonowaniem społecznym oraz subiektywną oceną jakości życia [35]. Za najbardziej istotne uznaje się potrzeby niezaspokojone, czyli brak odpowiedniej dla danego pacjenta diagnostyki, leczenia czy opieki. Według wyników badań naukowych występowanie potrzeb niezaspokojonych wiąże się znacząco z pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia, niższą jakością życia oraz – w konsekwencji – z większymi wydatkami finansowymi [28, 36].

Nowsze wyniki badań wykazują także, że zmiany w zakresie niezaspokojonych potrzeb mogą wpływać korzystnie na subiektywną ocenę jakości życia [37], a redukcja do tej pory niezaspokojonych potrzeb w obszarze socjalnym jest najsilniejszym, obok poprawy klinicznej, predyktorem poprawy subiektywnej jakości życia pacjentów [38]. Podkreśla się przy tym, że zmiany w określaniu potrzeb pacjenta przez personel nie wiążą się znacząco ze zmianami w subiektywnej ocenie jakości życia chorego [39].

### Podsumowanie

W piśmiennictwie podkreśla się także, że potrzeby są odmiennie oceniane przez pacjenta i personel medyczny, podobnie zresztą do istniejących rozbieżności pomiędzy subiektywnie odczuwaną a ocenianą obiektywnie jakością życia [40]. Z kolei ocena jakości życia uważana jest często wręcz za jeden ze wskaźników efektywności leczenia

[41], a jej poprawa stanowi obecnie kluczowe wyzwanie dla opieki psychiatrycznej osób chorujących psychicznie, szczególnie tych z poważnymi zaburzeniami funkcjonowania społecznego. Sugeruje się więc, że opieka psychiatryczna powinna koncentrować się na zdrowotnych i socjalnych problemach pacjenta widzianych z jego perspektywy (ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb, które w jego odczuciu nie są zaspokajane) oraz mieć na uwadze jego satysfakcję z opieki medycznej [20]. Takie podejście stałoby się podwaliną pod nową wielokierunkową ocenę dowodów naukowych dotyczących opieki psychiatrycznej, dostarczanych przez pacjentów, ich opiekunów oraz profesjonalistów.

Wyniki badań potrzeb mogą stać się wyzwaniem i wskazówką co do planowania rehabilitacji psychosocjalnej odpowiadającej wymaganiom pacjentów, co w konsekwencji wpływa na ich subiektywną ocenę leczenia. Przykładem może być przeprowadzona w Holandii, z korzystnym efektem, innowacyjna rehabilitacja zaplanowana na podstawie określonych wcześniej badaniem obszarów potrzeb pacjentów [42]. Z kolei opracowane wspólnie z chorymi interwencje kryzysowe [ang. crisis plans] znacząco zredukowały w badaniu Hendersona i wsp. [43] liczbę przyjęć do szpitala bez zgody podczas kryzysów. Są to dowody na to, że uwzględnianie zdania pacjentów w procesie planowania rehabilitacji czy terapii prowadzi bezpośrednio do lepszych wyników leczenia. Nadal jednak niewiele istnieje badań próbujących określić czynniki wiążące się z potrzebami chorych oraz porównujących potrzeby osób z różnymi rozpoznaniem psychiatrycznymi [16, 19, 20]. Brakuje także badań dotyczących potrzeb pacjentów z zaburzeniami odżywiania się.

W ośrodku wrocławskim przeprowadzono, w ramach 5. Programu Ramowego UE, badanie EDEN [Europejska Ocena Psychiatrycznych Szpitali Dziennych] porównujące skuteczność leczenia na oddziałach dziennych i stacjonarnych, w którym między innymi oceniano potrzeby, jakość życia oraz satysfakcję pacjentów z leczenia [44]. Porównywano także funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi [45]. Przeprowadzono również wstępne badania potrzeb pacjentów ambulatoryjnych z różnymi zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa dolnośląskiego, według których najczęściej niezaspokojone były potrzeby socjalne (czyli kontakty społeczne, bliskie relacje oraz życie seksualne). Nie znaleziono natomiast istotnych różnic w liczbie potrzeb zaspokojonych, niezaspokojonych i ogólnych pomiędzy osobami z zaburzeniami schizofrenicznymi a pacjentami z innymi rozpoznaniem (zaburzeń nastroju, lękowych, odżywiania się oraz osobowości) [46]. Uzyskane rezultaty badań wskazują na konieczność modyfikacji oferty opieki psychiatrycznej na taką, która w większym stopniu będzie spełniała oczekiwania pacjentów i będzie stanowić bardziej adekwatną odpowiedź na ich potrzeby.

#### **Потребности лиц с психическими нарушениями – определения, обзор исследования**

##### **Содержание**

Плохие результаты процесса деинституализации и тенденции до ограничения материальных средств на оздоровительные мероприятия, на основании доказательств, полученных из научных исследований, привели к необходимости организации медицинских услуг на основании потребностей их реципиентов. Определение протребностей очень трудное мероприятие ввиду сложности их концепций, а поэтому существует много

разнородных предложений определения таких потребностей. В проблеме оздоровительных мероприятий необходимым считается факт здоровья и материальной обеспеченности или же отсутствие возможности медицинской опеки. До сего времени проведено (г.о. в Англии и других высоко развитых государствах) много клинических и популярных исследований над такими потребностями. На основании полученных данных наиболее существенные потребности не учитываются и коррелируют с отсутствием труда, отсутствием жизненного партнера, низкое качество жизни и низкая сатисфакция из медицинских услуг, а также низкая общественная опека над людьми. Оценка потребностей пациентов применяется в рамках рутинной клинической практики, а также в эволюации психиатрической оздоровительной опеке. Результаты такой оценки позволяют на индивидуальное приспособление лечения и реабилитации к потребности пациента, что в результате приносит лучшее использование медицинских мероприятий и лучшее общественное влияние. Первые польские исследования потребностей лиц с различными психическими нарушениями указывают на социальные нужды (т.е. общественные контакты, близкие семейные связи и сексуальную жизнь), которые чаще всего указываются пациентами.

### **Bedürfnisse der Personen mit psychischen Störungen - Definition, Literaturübersicht**

#### **Zusammenfassung**

Die Mißerfolge des Prozesses der Desinstitutionalisierung und die Tendenz zur Begrenzung der Kosten der Gesundheitspflege aufgrund der Befunde aus den klinischen Studien starteten die Bildung der Medizindienstleistungen in der Anlehnung an die Bedürfnisse ihrer Empfänger. Das Definieren der Bedürfnisse ist schwer im Bezug auf die Zusammensetzung ihrer Idee, deshalb existieren viele unterschiedliche Vorschläge für die Definition der Bedürfnisse. Im Kontext der Gesundheitspflege hält man für ein Bedürfnis am meisten "Mangel an Gesundheit/ Wohlstand oder Mangel an Zugang zur Betreuung". Wie bisher wurden (hauptsächlich in England und anderen gut entwickelten Ländern) sowohl viele klinische Studien als auch Studien an der Population zu Bedürfnissen durchgeführt. Nach erzielten Ergebnissen sind die nicht gestillten Bedürfnisse am bedeutendsten, die mit Arbeitslosigkeit, Mangel am Lebenspartner, niedriger Lebensqualität und niedriger Zufriedenheit mit medizinischen Dienstleistungen und hoher sozialer Behinderung zusammenhängen. Die Beurteilung der Bedürfnisse wird im Rahmen einer klinischen Praktik angewandt, auch in der Evaluation der psychiatrischen Gesundheitspflege. Die Ergebnisse einer solchen Beurteilung lassen die Therapie und Rehabilitation an die Bedürfnisse des Patienten individuell anpassen, was eine bessere therapeutische Antwort und kleinere soziale Behinderung zur Folge hat. Die ersten polnischen Studien an den Bedürfnissen der Personen mit unterschiedlichen psychischen Störungen weisen auf soziale Bedürfnisse hin (also soziale Beziehungen, nahe Relationen und Sexualeben) als diejenigen, die am häufigsten aus dem Gesichtspunkt des Patienten nicht befriedigt werden.

### **Les besoins des personnes souffrant des troubles mentaux – définitions, revue de littérature**

#### **Résumé**

L'échec de la tendance à rejeter les institutions et le succès de celle de la diminution des frais de l'assistance médicale démontrés dans les recherches initient la création des services médicaux nouveaux qui basent sur les besoins des patients. La définition des besoins est difficile à cause de leur complexité, donc on note l'existence de plusieurs conceptions des besoins. Dans l'occurrence on définit le besoin le plus souvent comme « manque de santé/bien-être ou manque de l'accès à l'assistance médicale ». Les recherches en question sont effectuées récemment en Angleterre et dans les autres pays développés – recherches clinique et de la population. Ces recherches démontrent que les besoins les plus importants ce sont les besoins insatisfaits qui corrént avec : manque du travail, du partenaire, qualité de vie assez basse, qualité basse de l'assistance médicale, petite satisfaction des soins de la santé, grand handicap sociale. L'estimation des besoins des patients fait partie de la pratique clinique routinière et de l'analyse de l'assistance psychiatrique. Ces estimations facilitent

l'individualisation des thérapies et de la réhabilitation et il en résulte la meilleure réponse thérapeutique et le handicap sociale diminué. Les premières recherches polonaises en question indiquent surtout les besoins sociaux (contacts sociaux, relations intimes) comme besoins qui restent le plus souvent insatisfaits d'après des opinions des patients.

### Piśmiennictwo

1. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D. *Need for redefining needs. Health Qual. Life Outc.* 2003; 1: 34–38.
2. *The National Health Service and Community Care Act.* London: HMSO, 1990.
3. Maslow AH. *Motivation and personality.* New York: Harper & Row; 1954.
4. Bradshaw J. *A taxonomy of social need.* W: McLacjan G, red. *Problems and progress in medical care: essays on current research.* London: Oxford University Press; 1972.
5. Davis MM. *Medical care for tomorrow.* New York: Harper; 1955.
6. *International classification of impairments, disabilities and handicaps.* Geneva: WHO; 1980.
7. Brewin CR. *Measuring individual needs for care and services.* W: Thornicroft G, Brewin CR, Wing JK, red. *Measuring mental health needs.* London, UK: Gaskell Royal College of Psychiatrists; 1992, s. 220–236.
8. Stevens A, Gabbay J. *Needs assessment needs assessment.* Health Trends 1991; 23: 20–23.
9. Priebe S, Huxley P, Burns T. *Who needs needs?* Eur. Psychiatry 1999; 14: 186–188.
10. Wiersma D. *Needs of people with severe mental illness.* Acta Scand. 2006; 113: 115–119.
11. Culyer A. *Need – is a consensus possible?* J. Med. Ethics 1998; 24: 77–80.
12. Slade M, Powell R, Strathdee G. *Current approaches to indentifying the severely mentally ill.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1997; 32: 177–184.
13. Wiersma D. *Needs of people with severe mental illness.* Acta Scand. 2006; 113: 115–119.
14. *International classification of functioning, disability, and health.* Geneva: WHO; 2001.
15. Slade M, Phelan M, Thornicroft G. *A comparison of needs assessed by staff and by epidemiologically representative sample of patients with psychosis.* Psychol. Med. 1998; 28: 543–550.
16. Bengtsson A, Hansson L. *Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1999; 34: 513–518.
17. Korkeila J, Heikkila J, Hansson L, Sorgaard KW, Vahlberg T, Karlsson H. *Structure of needs among persons with schizophrenia.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40: 233–239.
18. Kovess-Masfety V, Wiersma D, Xavier M, Caldas de Almeida JM, Carta MG, Dubuis J, Laccalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Torres-Gonzales F, Kustner BM, Walsh D. *Needs for care among patients with schizophrenia in six European countries: a one-year follow-up study.* Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health 2006; 2: 22–32.
19. Ruggeri M, Leese M, Slade M, Bonizzato P, Fontecedro L, Tansella M. *Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39: 60–68.
20. Wiersma D, van Busschbach J. *Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands.* Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2001; 251: 239–246.
21. Manamela KE, Ehlers VJ, van der Merwe MM, Hattingh SP. *A need assessment of persons suffering from schizophrenia.* Curation. 2003; 26 (3): 88–97.



22. Trauer T, Tobias G. *The Camberwell Assessment of Need and Behaviour and Symptom Identification Scale as routine outcome measures in a psychiatric disability rehabilitation and support service*. *Comm. Ment. Health J.* 2004; 40 (3): 211–220.
23. Najim H, McCrone. *The Camberwell Assessment of Need: comparison of assessments by staff and patients in an inner-city and a semi-rural community area*. *Psychiatr. Bull.* 2005; 29: 13–17.
24. McCrone P, Bhui K, Craig T, Mohamud S, Warfa N, Stansfeld SA, Thornicroft G, Curtis S. *Mental health, service use and costs among Somali refugees in the UK*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 111: 351–357.
25. Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. *The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1996; 31 (3–4): 109–113.
26. Wiersma D, Nienhuis FJ, Giel R, Slooff CJ. *Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15-and 17-year follow-up from first onset of psychosis, and comparison between 'objective' and 'subjective' assessments of needs for care*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998; 33: 49–56.
27. Macpherson R, Varah M, Summerfield L, Foy C, Slade M. *Staff and patient assessment of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2003; 38: 662–667.
28. Slade M, Leese M, Taylor R, Thornicroft G. *The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 100 (2): 149–157.
29. Hansson L, Bjorkman T, Svensson B. *The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Need instrument and results from cross-sectional study*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 92: 285–293.
30. Simons L, Petch A. *Needs assessment and discharge: a Scottish perspective*. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2002; 9: 443–445.
31. Meadows G, Harvey C, Fossey E, Burgess P. *Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the Perceived Need Care Questionnaire (PNCQ)*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2000; 35: 427–435.
32. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. *The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of the seriously mentally ill*. *Brit. J. Psychiatry* 1995; 167 (5): 589–595.
33. Hayward M, Slade M, Moran PA. *Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients*. *Psychiatr. Serv.* 2006; 57: 538–543.
34. Priebe S, Kaiser W, Huxley PJ, Roder-Wanner UU, Rudolf H. *Do different subjective evaluation criteria reflect distinct constructs?* *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186: 385–391.
35. Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Phelan M, Wykes T. *CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness*. London: Gaskell Royal College of Psychiatrists; 1999.
36. UK700 Group. *Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial*. *Brit. J. Psychiatry* 1999; 174: 74–78.
37. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, Ruggeri M. *Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life*. *Psychol. Med.* 2005; 35 (11): 1655–1665.
38. Slade M, Leese M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M, Thornicroft G. *Does meeting needs improve quality of life?* *Psychother. Psychosom.* 2004; 73 (3): 183–189.
39. Thornicroft G, Tansella M. *Growing recognition of the importance of service users: paternalism or partnership in mental health?* *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* 2002; 11: 186–191.

40. Bengtson-Tops, Hansson L, Sandlund M, Bjarnason O, Korkeila J, Merinder L, Nilsson L, Sorgaard KW, Vinding HR, Middelboe T. *Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multicentre study*. Qual. Life Res. 2005; 14: 221–229.
41. Barry MM, Zissi A. *Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence*. Soc. Psychiatry Epidemiol. 1997; 32: 38–47.
42. Busschbach J, Wiersma D. *Does rehabilitation meet the needs of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders?* Comm. Mental Health J. 2002; 38 (1): 61–70.
43. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. *Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial*. BMJ 2004; 329 (7458): 136.
44. Kiejna A, Szajowski K, Rymaszewska J, Jarosz-Nowak J, Kallert TW. *Psychopathology and social disabilities of day-hospital and inpatients during acute treatment*. Eur. Psychiatry 2002; 17, suppl. 1: 59.
45. Rymaszewska J, Jarosz-Nowak J, Kiejna A, Kallert T, Schutzwohl M, Priebe S, Wright D, Nawka P, Raboch J. *Social disability in different mental disorders*. Eur. Psychiatry 2007; 22 (3): 160–166.
46. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A: *Needs of persons with different psychiatric disorders, satisfaction with services, social functioning and quality of life*. Eur. Psychiatry 2007; 22, suppl. 1; s. 215.

Adres: Ewelina Dobrzyńska  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademii Medycznej  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 6.09.2007  
Zrecenzowano: 28.11.2007  
Przyjęto do druku: 10.04.2008