



## Potrzeby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – perspektywa pacjentów oraz ich opiekunów<sup>1</sup>

*Needs of patients with mental health problems from perspective of the patients and their carers*

MAGDALENA CIAŁKOWSKA-KUŹMIŃSKA, ANDRZEJ KIEJNA

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

### STRESZCZENIE

**Cel.** Porównanie potrzeb pacjentów (zaspokojonych, niezaspokojonych, ogólnych) ocenianych z perspektywy samego pacjenta oraz jego opiekuna.

**Metoda.** 60 pacjentów leczonych na stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych oraz 60 ich opiekunów, wskazanych przez pacjentów wzięło udział w oddzielnym badaniu, mającym na celu oszacowanie potrzeb pacjentów. Ocen potrzeb zaspokojonych, niezaspokojonych oraz ogólnych dokonano z zastosowaniem Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS).

**Wyniki.** Opiekunowie dostrzegają systematycznie więcej potrzeb swych podopiecznych we wszystkich kategoriach, aniżeli oni sami. Istnieje szereg statystycznie istotnych zależności pomiędzy potrzebami zaspokojonymi, niezaspokojonymi, ogólnymi, identyfikowanymi przez pacjentów oraz ich opiekunów. Czas trwania choroby, wiek i płeć pacjenta są powiązane z jego percepcją poszczególnych kategorii potrzeb. Opiekunowie-kobiety dostrzegają więcej niezaspokojonych potrzeb pacjentów.

**Wnioski.** W procesie przygotowania oraz oceny indywidualnego planu terapeutycznego, poza analizami potrzeb ocenianymi z punktu widzenia pacjenta, należałoby brać pod uwagę również potrzeby pacjenta wskazane przez jego opiekuna. W psychiatrycznym procesie terapeutycznym należy, obok leczenia samych pacjentów, uwzględnić również oddziaływania ukierunkowane na ich opiekunów. Wspomniana różnica ocen potrzeb powinna stać się jednym z istotnych tematów rozmów podejmowanych w procesie leczenia a także powinna stanowić kryterium efektywności systemowych interwencji psychiatrycznych.

### SUMMARY

**Objectives.** To compare the patients' needs (met, unmet and general) seen from perspective of the patient and his/her carer.

**Method.** Participants in the study were 60 patients receiving treatment in inpatient mental health facilities, as well as 60 key carers indicated by the patients. They all were asked to assess the patient's met, unmet and general needs using the Camberwell Assessment of Need, Short Appraisal Schedule (CANSAS).

**Results.** Carers systematically perceived more needs of their charges in all areas than did the patients themselves. A number of statistically significant relationships were found between met, unmet and general needs identified by the patients and their carers. Illness duration as well as the patient's age and gender were related to his/her perception of particular need categories. Female carers noticed more unmet needs of their charges.

**Conclusions.** In the process of an individual treatment plan development and evaluation not only the needs reported by the patient, but also these identified by his/her key carer should be taken into consideration. In the psychiatric therapeutic process the patients' treatment should be supplemented by interventions aimed at their caregivers. The aforementioned discrepancy between the patients' and their carers' assessment of patient needs should be one of important topics to be discussed in the treatment process; besides, it should become an outcome criterion in the evaluation of systemic interventions in psychiatry.

---

**Słowa kluczowe:** potrzeby / osoby z zaburzeniami psychicznymi / opiekunowie

**Key words:** needs / persons with mental disorders / carers

---

Oszacowanie potrzeb pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – obok oceny jakości życia pacjentów czy satysfakcji z otrzymywanych usług opieki zdrowotnej – stanowi obszar coraz szerzej włączany w rutynowe postępowanie terapeutyczne w psychia-

trii. Zainteresowania polskich badaczy w niewielkim stopniu dotychczas koncentrowały się na problematyce potrzeb pacjentów, różnicach w percepcji potrzeb przez osoby chorujące oraz ich kluczowych opiekunów. Doświadczenie kliniczne wskazywało, że opinia

---

<sup>1</sup> Badanie zrealizowano w ramach grantu promotorskiego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr NN 402269336.

pacjentów leczonych stacjonarnie oraz ich rodzin lub przyjaciół na temat potrzeb w różnych obszarach życia chorego często znacznie się różni, nie było jednak podstaw do wyciągnięcia wniosków, które mogłyby stanowić implikacje dla oddziaływań wspierających i rehabilitacyjnych.

Dotychczasowe badania obszaru potrzeb wciąż nie dostarczają ostatecznych danych niezbędnych do planowania oddziaływań terapeutycznych. Z uwagi na różnorodność stosowanych narzędzi oceniających potrzeby, wyniki światowych badań można uznać za porównywalne jedynie w ograniczonym zakresie. Ponadto, w badaniach uwzględniających podwójną perspektywę oceny potrzeb, brano pod uwagę percepcję potrzeb samych pacjentów oraz specjalistów, jedynie kilka badań stawiało sobie za cel porównanie perspektywy oceny potrzeb dokonanej przez pacjenta oraz jego opiekuna.

Biorąc pod uwagę powyższe ograniczenia aktualnej wiedzy w odniesieniu do warunków polskich, celem prezentowanego badania w obszarze potrzeb była analiza zależności w zakresie oceny potrzeb (zrealizowanych, niezrealizowanych, ogólnych) wskazanych przez pacjentów oraz ich opiekunów.

Rozumienie obszaru potrzeb pacjentów, powiązań potrzeb ze zmiennymi socjodemograficznymi i klinicznymi oraz różnic w percepcji potrzeb przez pacjentów i ich opiekunów stanowi istotny czynnik mający wpływ na realizację celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W obliczu reformy polskiego systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej analiza wyników niniejszego badania może mieć znaczenie z punktu widzenia drugiego głównego celu NPOZP, odnoszącego się do „zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym” [1].

## OSOBY BADANE

Badania zostały przeprowadzone na przestrzeni 2 lat (2008–2010) w ogólnopsychiatrycznych oddziałach stacjonarnych we Wrocławiu. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (ówczesna Akademia Medyczna). Badaniem kwestionariuszowym objęto 60 pacjentów oraz 60 wskazanych przez nich opiekunów kluczowych. Kwalifikacja do grupy badawczej miała charakter indywidualnych spotkań z pacjentami. Rozmowy podejmowano z nowo przyjętymi pacjentami w momencie, gdy personel oddziału (pielęgniarki, lekarze) uznał, że stan psychiczny umożliwia nawiązanie rzeczowego kontaktu. Stan psychiczny badanych pacjentów kontrolowano z za-

stosowaniem BPRS [2, 3]. Przyjęto następujące główne kryteria włączenia do badania:

- wiek powyżej 18 a poniżej 65 lat,
- rozpoznanie schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych) i urojeniowych (F20-F29) lub zaburzeń afektywnych (F30-F39) ustalone przez lekarza psychiatrę,
- świadoma i pisemna zgoda pacjenta na udział w badaniu naukowym a także na włączenie do badania jego rodziny,
- zgoda opiekuna pacjenta na wypełnienie ankiety dotyczącej obciążenia.

Główne kryteria wykluczające z badania były następujące:

- wiek poniżej 18 lub powyżej 65 roku życia,
- nasilenie zaburzenia psychicznego uniemożliwiające wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu, lub uzyskanie wiarygodnych danych,
- diagnoza zespołów organicznych, ciężkiego upośledzenia umysłowego, uzależnienia od substancji psychoaktywnych (również podwójna diagnoza),
- brak rodziny lub opiekunów.

Kryteria włączenia oraz wyłączenia z badania wyryfikowano na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta, informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego oraz w toku prowadzonego wywiadu z pacjentem. W trakcie badania analizowano zarówno zmienne związane z pacjentem, jak i wskazanym przez niego opiekunem (krewnym/przyjacielem).

W wstępnym etapie rekrutacji (kontakt z pacjentem), spośród 280 pacjentów zaproszonych do udziału w badaniu, 50 odmówiło w nim udziału, a 51 nie było w stanie wskazać opiekuna odpowiedniego, aby wziąć w nim udział.

Następnie w ramach grupy 179 pacjentów włączonych ostatecznie do badania, ostatecznie uzyskano 60 kompletnych zestawów danych (pacjent i opiekun). 63,68% opiekunów (114 osób) nie wzięło udziału w badaniu, 1 pacjent cofnął wcześniej wyrażoną zgodę na udział w badaniu. Brak zgody opiekuna, podobnie jak brak zgody pacjenta nie wymagały uzasadnienia.

## METODA

W celu zebrania danych dotyczących percepcji potrzeb zarówno sami hospitalizowani pacjenci, jak i wskazani przez nich opiekunowie wypełniali CAN-SAS (*Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule*) [4, 5]. „Krótka ocena potrzeb Camberwell” stanowi narzędzie do zwięzłej oceny potrzeb osób z różnorodnymi problemami natury psychicznej. Badanie z zastosowaniem CANSAS zajmuje jedynie około 15 minut, co sprawia, że jest on często wykorzystywany w badaniach klinicznych. Opierając się na CANSAS można przeanalizować 22 potrzeby pacjentów,

które w zależności od autorów określają 4–5 obszarów potrzeb: potrzeby podstawowe, społeczne, związane z funkcjonowaniem, zdrowiem, korzystaniem z usług [6, 7]. Ocena poszczególnych pozycji kwestionariusza przedstawia się następująco: 0 – brak potrzeby (*no need*), 1 – potrzeba zaspokojona – tj. brak problemu lub istniejący jedynie umiarkowany problem, pozostający pod kontrolą dzięki trwającej interwencji (*met need*), 2 – potrzeba niezaspokojona – tj. aktualny poważny problem, istniejący niezależnie. Ogólna liczba poszczególnych potrzeb uzyskiwana jest poprzez zsumowanie odpowiednio: liczby ocen „1” (liczba potrzeb zaspokojonych), liczby ocen „2” (liczba potrzeb niezaspokojonych), liczb ocen „1” oraz „2” (ogólna liczba potrzeb).

## WYNIKI

### Charakterystyka ilościowa i jakościowa potrzeb – perspektywa pacjentów i ich opiekunów

Średnia liczba potrzeb ogólnych wskazanych przez samych pacjentów wynosi  $7,117 \pm 2,981$  a wskazanych przez opiekunów  $9,533 \pm 3,925$ . Podobnie różnice widoczne są w zakresie średniej liczby potrzeb zaspokojonych – pacjenci określają ją na  $3,217 \pm 1,767$ , ich opiekunowie na  $4,500 \pm 2,521$  – oraz średniej liczby potrzeb niezaspokojonych, których średni wskaźnik określony przez pacjentów wyniósł  $3,900 \pm 2,691$  a przez opiekunów –  $5,033 \pm 3,390$ . Współczynnik potrzeb zaspokojonych do niezaspokojonych (WspP) wynosi 0,824. Podstawowe statystyki dotyczące potrzeb przedstawione zostały w tabl. 1 i 2.

**Tabela 1.** Porównanie głównych statystyk potrzeb pacjentów (CANSAS) ocenianych z perspektywy pacjentów ( $n=60$ ).

**Table 1.** A comparison of main patient needs (CANSAS scores) assessed from the patient's perspective – PP ( $n = 60$ )

Kategorie potrzeb pacjentów wg CANSAS-PP	Statystyki opisowe				
	Średnia	SD	Wariancja	Zakres	Mediana
Potrzeby zaspokojone	3,217	1,767	3,122	0-7	3
Potrzeby niezaspokojone	3,900	2,691	7,244	0-12	4
Potrzeby ogólnie	7,117	2,981	8,884	0-13	7

SD – odchylenie standardowe

**Tablica 2.** Porównanie głównych statystyk potrzeb pacjentów (CANSAS) ocenianych przez ich opiekunów ( $n=60$ ).

**Table 2.** A comparison of main patient needs (CANSAS scores) assessed from the carer's perspective ( $n = 60$ ).

Kategorie potrzeb opiekunów wg CANSAS-PO	Statystyki opisowe				
	Średnia	SD	Wariancja	Zakres	Mediana
Potrzeby zaspokojone	4,500	2,521	6,356	0-10	4
Potrzeby niezaspokojone	5,033	3,390	11,49	0-13	4
Potrzeby ogólnie	9,533	3,925	15,41	0-18	10

SD – odchylenie standardowe

Na uwagę zasługują statystycznie istotne różnice pomiędzy wartościami średnimi wszystkich trzech kategorii potrzeb (CANSAS) w populacjach pacjentów i ich opiekunów. Opiekunowie istotnie wyżej oceniali wszystkie kategorie potrzeb swoich podopiecznych aniżeli czynili to oni sami. Ta opisana niespójność ocen pacjenta i opiekuna może rzutować na relację opiekun-podopieczny, poznawcze czynniki leżące po stronie opiekuna modyfikujące jego poczucie obciążenia a także stanowić o czynnikach wpływających na współpracę pacjentów ze specjalistami w ramach procesu leczenia i opieki. Różnice pomiędzy średnimi wartościami poszczególnych kategorii potrzeb ukazuje tabl. 3.

**Tabela 3.** Różnice średnich wartości poszczególnych kategorii potrzeb (CANSAS) w ocenie pacjentów oraz ich opiekunów.

**Table 3.** Differences between mean scores of patients (PP) and their carers (PO) in their assessment of particular need categories

Porównywane pary potrzeb (pacjentów i opiekunów)	N	Test kolejności par Wilcoxon		
		T	Z	p
Potrzeby zaspokojone	52	356,50	3,028	0,002
Potrzeby niezaspokojone	50	424,50	2,056	0,039
Potrzeby łączne	52	236,50	4,120	0,000

N- liczba obserwacji ważnych,

T, Z – statystyki testu,

p – poziom istotności

Analiza rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania udzielonych przez pacjentów z różnymi grupami rozpoznania (F20-F24, F25 oraz F30-F33) wykazała brak istotnych statystycznie różnic w zakresie częstości udzielanych odpowiedzi przez pacjentów z poszczególnymi grupami rozpoznania. Podobnie nie wykazano żadnych statystycznie istotnych różnic w zakresie rozkładu odpowiedzi na poszczególne pytania udzielonych przez opiekunów pacjentów z poszczególnymi grupami rozpoznania. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, iż zakres poszczególnych potrzeb, a także stopień ich realizacji nie jest swoisty dla grup pacjentów z poszczególnymi rozpoznaniemami.

Oceny ponad 30% pacjentów wskazują, że w następujących obszarach ich potrzeby są niezaspokojone, nawet w przypadku podejmowania prób ich zaspokojenia: codzienna aktywność (41,7%), życie seksualne (38,3%), kontakty społeczne (36,7%), stres psychologiczny (33,3%), zapomogi (31,7%), zdrowie fizyczne (30%).

**Rozkłady odpowiedzi pacjentów i opiekunów na poszczególne pytania CANSAS przedstawia tabl. 4.**

**Tabela 4.** Porównanie rozkładów potrzeb w poszczególnych obszarach CANSAS według Ruggeri i wsp. [6] – perspektywa pacjentów i ich opiekunów (odpowiedź – 9 – braki danych oraz zupełny brak odpowiedzi – włączono do jednej kategorii – brak informacji).

**Table 4.** A comparison of need scores distribution by particular CANSAS areas according to Ruggeri et al. [6] from perspectives of the patients and their carers. [response 9 – “missing data” and “no response at all” were transformed into a cumulative category “no information available”]

Obszary CANSAS wg Ruggeri	Pozycje wchodzące w skład obszaru	Kategoria	Perspektywa pacjentów		Perspektywa opiekunów	
			N	%	N	%
Podstawowe (basic)	mieszkanie, posiłki/ wyżywienie	zaspokojona	61	51	60	50
		niezaspokojona	48	40	39	32
		brak danych	11	9	19	16
Społeczne (social)	kontakty społeczne, bliskie relacje, życie seksualne	zaspokojona	32	18	27	15
		niezaspokojona	46	26	74	41
		brak danych	2	1	34	19
Funkcjonowanie (functioning)	zajmowanie się domem, samoobsługa, codzienna aktywność, opieka nad dziećmi, podstawowa edukacja	zaspokojona	212	71	163	54
		niezaspokojona	54	18	53	18
		brak danych	34	11	64	21
Zdrowie (health)	zdrowie fizyczne, objawy psychotyczne, stres psychologiczny, bezpieczeństwo własne, bezpieczeństwo innych, alkohol, narkotyki/ leki	zaspokojona	280	67	202	48
		niezaspokojona	63	15	89	21
		brak danych	76	18	101	24
Korzystanie z usług (service)	informacje na temat stanu zdrowia i leczenia, telefon, transport środkami komunikacji, zapomogi	zaspokojona	193	80	154	63
		niezaspokojona	12	5	41	17
		brak danych	35	15	28	11

### Zależności obszaru potrzeb od innych zmiennych

Wykazano statystycznie istotną różnicę w zakresie liczby potrzeb niezaspokojonych oraz potrzeb łącznie wskazywanych przez pacjentki i pacjentów. Mężczyźni wskazywali więcej potrzeb niezaspokojonych oraz łącznych aniżeli kobiety (odpowiednio:  $p=0,035$  i  $p=0,023$ ). Pacjenci młodszy wskazują na większą liczbę potrzeb zaspokojonych ( $r=-0,356$  przy  $p=0,005$ ). Opiekunki wskazywały na istotnie wyższą ( $p=0,04$ ) średnią liczbę potrzeb niezaspokojonych podopiecznego (5,6) aniżeli opiekunowie mężczyźni (3,6). Analizy statystyczne wykazały, że im dłuższy czas trwania choroby pacjenta, tym wyższy wskaźnik własnych potrzeb ocenianych przez niego jako niezaspokojonych ( $p=0,01$ ). Nie stwierdzono podobnych zależności w obszarze potrzeb pacjenta ocenianych z perspektywy opiekuna.

### Zależności w obszarze potrzeb – perspektywa pacjenta a perspektywa opiekuna

Niezaspokojone potrzeby pacjentów korelują pozytywnie z poziomem potrzeb zaspokojonych opie-

kunów ( $r=0,279$ ,  $p=0,030$ ) oraz wskaźnikiem potrzeb opiekunów ujętych łącznie ( $r=0,385$ ;  $p=0,02$ ). Potrzeby łącznie pacjentów korelują pozytywnie z poziomem niezaspokojonych potrzeb opiekunów ( $r=0,321$ ;  $p=0,012$ ) oraz poziomem potrzeb opiekunów ujętych łącznie ( $r=0,3925$ ;  $p=0,001$ ). Innymi słowy, im więcej własnych potrzeb niezaspokojonych identyfikuje pacjent, tym więcej potrzeb pacjenta opiekun identyfikuje jako zaspokojone oraz łącznie. Im więcej pacjent dostrzega własnych potrzeb w ogóle, tym wyższy wskaźnik potrzeb niezaspokojonych oraz ogólnych dostrzega jego opiekun. Tak więc spostrzeganie potrzeb pacjenta przez niego samego i jego opiekuna znacznie się różni, różnice te mogą wpływać na proces komunikacji, stosunku wobec poszczególnych objawów choroby a wtórnie na współpracę z personelem medycznym w procesie leczenia. Opisane zależności szczegółowo przedstawia tabl. 5.

**Tablica 5.** Zależność poszczególnych kategorii potrzeb ocenianych z perspektywy pacjenta (PP) oraz jego opiekuna (CP), n=60.**Table 5.** Relationships of particular need categories as assessed by the patients (PP) and their carers (PO), n = 60

Perspektywa oceny potrzeb		Statystyki opisowe		Korelacja r(x,y)	Wariancja r <sup>2</sup>	Test Studenta	
		Średnia	SD			t	p
x	Perspektywa pacjenta – potrzeby zaspokojone	3,216	1,766				
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby zaspokojone	4,500	2,521	-0,112	0,012	-0,860	0,393
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby niezaspokojone	5,033	3,389	0,179	0,032	1,392	0,169
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby ogólne	9,533	3,925	0,083	0,006	0,636	0,527
x	Perspektywa pacjenta – potrzeby niezaspokojone	3,900	2,691				
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby zaspokojone	4,500	2,521	0,279	0,078	2,219	0,030
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby niezaspokojone	5,033	3,389	0,238	0,056	1,867	0,066
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby ogólne	9,533	3,925	0,385	0,148	3,180	0,002
x	Perspektywa pacjenta – potrzeby ogólne	7,116	2,980				
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby zaspokojone	4,500	2,521	0,186	0,034	1,442	0,154
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby niezaspokojone	5,033	3,389	0,321	0,103	2,587	0,012
y	Perspektywa opiekuna – potrzeby ogólne	9,533	3,925	0,397	0,157	3,297	0,001

SD – odchylenie standardowe; t – statystyka testu Studenta; p – poziom istotności

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie wykazało zależności pomiędzy obszarem potrzeb ocenianych przez samych pacjentów (PP) oraz ich opiekunów (OP). Opiekunki-kobiety identyfikują więcej potrzeb niezaspokojonych u swoich podopiecznych aniżeli opiekunowie-mężczyźni. Warto zadać pytanie, co stanowi źródło takiego oceniania przez nich potrzeb pacjentów. Być może badane kobiety dysponują większą liczbą kompetencji pomocnych w procesie sprawowania opieki, co wydaje się prawdopodobne, biorąc pod uwagę profil badanych opiekunów: ponad 70% opiekunów stanowiły kobiety, przy czym ponadto 43% ogółu opiekunów było rodzicem pacjenta. Niniejsze badania wskazują na różnice i zależności pomiędzy percepcją poszczególnych kategorii potrzeb dokonywaną przez samego pacjenta oraz jego opiekuna, wskazując jednocześnie na niespójności w ramach obrazu potrzeb. Średnio opiekunowie dostrzegają łącznie więcej potrzeb pacjenta (OP: 9,53 vs PP: 7,11), więcej potrzeb zaspokojonych (OP: 4,50 vs PP: 3,21) oraz niezaspokojonych (OP 5,03 vs PP: 3,90). Szczegółowa analiza zależności wskazała, że wyższa percepcja opiekuna dotycząca potrzeb zaspokojonych pacjenta wiąże się z wyższą percepcją własnych potrzeb niezaspokojonych przez pacjenta. Natomiast im więcej potrzeb łącznie u swego podopiecznego wskazuje opiekun, tym wyżej również pacjent ocenia swe potrzeby łącznie, ale i potrzeby niezaspokojone. Interesujący jest fakt, że percepcja potrzeb niezaspokojonych

przez opiekuna pacjenta wiąże się jedynie z ogólną liczbą potrzeb wskazaną przez pacjenta.

Można pokusić się o zarys konsekwencji powyższej rozbieżności ocen – widocznych jeśli weźmie się pod uwagę chociażby doświadczenie kliniczne: osoby chorujące psychicznie, okresowo leczone stacjonarnie, powracające do domów i zarazem do swoich opiekunów (pozostawionych często bez wystarczającej psychoedukacji oraz wsparcia), przeżywają w środowisku trudności komunikacyjne a często poważne konflikty w relacji z opiekunem. Niedostatek wspólnych rozmów z udziałem pacjenta, opiekuna oraz specjalisty a koncentrujących się na rozumieniu stanu zdrowia chorego, sposobów postępowania terapeutycznego, rozwiązywania konfliktów, wreszcie potrzeb oraz oczekiwań obu stron, skutkuje problemami w tych relacjach – często jedynych istotnych dla pacjenta. Opiekun osoby chorej może mieć istotny wpływ na przestrzeganie przez nią zaleceń lekarskich a także podejmowania odpowiedzialności za własny stan zdrowia, odgrywa więc niezwykle ważną rolę w procesie zdrowienia osoby chorej. Uwidoczniona w badaniu odmiennosc postrzegania potrzeb przez pacjenta i jego opiekuna może implikować trudności w spójnym stanowisku dotyczącym celowości podejmowanych oddziaływań terapeutycznych oraz opiekuńczych. Praca nad negocjowaniem obszaru poszczególnych kategorii potrzeb (a co za tym idzie rozumienia problemów w zakresie funkcjonowania psychospołecznego) pomiędzy opiekunem i pacjentem, przy moderowaniu takiej dyskusji

przez specjalistę, mogłaby zapewniać lepszą współpracę pacjenta w ramach leczenia, a pacjentowi i opiekunowi dawać szansę na lepsze porozumienie.

Wyniki powyższe oraz ich kliniczne implikacje trudno dyskutować z uwagi na znikomą liczbę badań, do których można je odnieść. Badanie Cleary i wsp. przyjmujące tożsamą z badaniem niniejszym metodologię dowodzi, że pacjenci i opiekunowie wskazywali na podobną liczbę potrzeb ogólnych (7,4 vs 7,2), przy istniejących różnicach pomiędzy poszczególnymi obszarami, wymagającymi ich zdaniem pomocy – pacjenci identyfikowali więcej potrzeb zaspokojonych, podczas gdy opiekunowie wskazywali na więcej potrzeb niezaspokojonych [8, 9]. Badanie Hancock i wsp. prowadzone z zastosowaniem *The Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (CANE) miało na celu porównanie ocen potrzeb osób starszych, cierpiących na zaburzenia psychiczne z trzech perspektyw: samych pacjentów, ich opiekunów oraz personelu. Wykazało ono, że pacjenci identyfikowali średnio znacząco mniej potrzeb (5,5) aniżeli personel (8,1) i opiekunowie (8,3). Różnica ta była wyraźna w zakresie potrzeb psychologicznych i socjalnych. Wykazano tylko około 50% zgodność pomiędzy ocenami, dokonanymi z tych trzech perspektyw [10]. Foldemo i wsp. w badaniu osób z diagnozą schizofrenii, leczonych środowiskowo wykazała, że również i tutaj zachodzi wyraźna różnica w ocenach potrzeb, przy czym korelacja ocen pomiędzy pacjentami i rodzicami oraz pacjentami i personelem wynosiła 0,65 ( $p < 0,01$ ), natomiast korelacja ocen opiekunów (rodziców) oraz personelu wynosiła 0,95 ( $p < 0,01$ ). Wnioskiem zespołu badawczego jest konieczność uwzględniania w ocenie potrzeb wielu perspektyw [11]. Jedną z perspektyw, branych pod uwagę w procesie planowania interwencji oraz ewaluacji procesu leczenia powinna stanowić perspektywa opiekuna (krewnego/ przyjaciela).

Uwzględnianie w procesie leczenia jedynie perspektywy personelu jest niewystarczające. Dotychczasowe badania wskazują bowiem na istotną różnicę między potrzebami wskazanymi przez samych pacjentów a tymi, na które zwracają uwagę specjaliści, personel [4, 5, 12, 13, 14].

Przedstawione badanie cechują pewne ograniczenia, a w szczególności:

- niewielka liczebność grupy badawczej (60 pacjentów oraz 60 wskazanych przez nich opiekunów),
- badanie pacjentów wymagających hospitalizacji,
- wyłączeniem z badania pacjentów z podwójną diagnozą, diagnozą zespołów organicznych, ciężkiego upośledzenia umysłowego, uzależnienia od substancji psychoaktywnych a także tych, co do których istniała wątpliwość, że z uwagi na nasilenie zaburzenia psychicznego nie są w stanie wyrazić świadomej zgody na udział w badaniu

lub udzielić informacji, pozwalających na uzyskanie wiarygodnych danych.

## WNIOSKI

1. Badani pacjenci leczeni stacjonarnie z powodu zaburzeń psychicznych oraz ich kluczowi opiekunowie mają odmienny punkt widzenia, jeśli chodzi o obszar potrzeb pacjenta (zaspokojonych, niezaspokojonych, łącznych) – opiekunowie dostrzegają systematycznie więcej potrzeb podopiecznych we wszystkich obszarach aniżeli oni sami.
2. Czas trwania choroby oraz wiek i płeć pacjenta wiąże się z postrzeganiem przez niego poszczególnych kategorii potrzeb. Pacjenci młodszy wskazują więcej potrzeb zaspokojonych. Mężczyźni łącznie wskazują więcej potrzeb niż kobiety, w tym więcej potrzeb niezaspokojonych. Opiekunki kobiety dostrzegają więcej niezaspokojonych potrzeb podopiecznego.
3. Pomiedzy potrzebami identyfikowanymi przez pacjenta a potrzebami dostrzeganymi przez jego opiekuna zachodzi szereg zależności. Im więcej potrzeb niezaspokojonych deklaruje pacjent, tym więcej potrzeb zaspokojonych i ogólnych widzi opiekun. Im więcej pacjent dostrzega własnych potrzeb w ogóle, tym wyższy wskaźnik potrzeb niezaspokojonych oraz ogólnych dostrzeżonych przez jego opiekuna.

## PIŚMIENNICTWO

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dn. 28 grudnia 2010 r. prawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Dz.U. 2011; Nr 24: poz.128.
2. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Int J Methods Psychiatric Res.* 1993; 3: 227–243.
3. Ventura J, Green MF, Shane A, Liberman RP. Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale: 'The drift busters.' *Int J Methods Psychiatric Res.* 1993; 3(4): 221–244.
4. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, Mc-Crone 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Cleary M, Freeman A, Hunt GE, Walter G. Patient and carer perceptions of need and associations with care-giving burden in an integrated adult mental health service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41(3): 208–214.
  9. Cleary M, Hunt GE, Walter G, Freeman A. The patient's view of need and caregiving consequences: a cross-sectional study of inpatients with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006; 13(5): 505–514.
  10. Hancock GA, Reynolds T, Woods B, Thornicroft G, Orrell M. The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003; 18: 803–811.
  11. Foldemo A, Ek AC, Bogren L. Needs in outpatients with schizophrenia, assessed by the patients themselves and their parents and staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39(5): 381–5.
  12. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Scand.* 2006; 113: 115–119.
  13. Slade M, Leese M, Taylor R, Thornicroft G. The association between needs and quality of life in epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 100: 149–157.
  14. Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale.* 2002; 11, 186–191.

*Nadesłano/Submitted: 12.07.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 28.08.2012. Przyjęto/Accepted: 07.09.2012.*

*Adres/Address: dr n. med. Magdalena Ciałkowska-Kuźmińska, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, ul. Pasteura 10, 50–367 Wrocław, tel. 71 784 16 00, e-mail: magdalena.cialkowska-kuzminska@am.wroc.pl*