

CAMBERWELLSKÉ ŠETŘENÍ POTŘEB – HODNOCENÍ POTŘEB ZÁVAŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH VÝSLEDKY PILOTNÍHO ŠETŘENÍ

původní práce

Pavla Šelepová¹
Eva Dragomirecká^{1,2}
Ondřej Pěč^{1,2}
Václava Probstová^{1,2}
Jan Stuchlík¹

¹Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha

²Katedra sociální práce FF UK v Praze

Kontaktní adresa:

Mgr. Pavla Šelepová
Centrum pro rozvoj péče
o duševní zdraví
Řehořova 10
130 00 Praha 3
e-mail: selepova@cmhcd.cz

Financováno z prostředků
Evropského sociálního fondu
prostřednictvím Operačního
programu Lidské zdroje
a zaměstnanost a státního
rozpočtu ČR

SOUHRN

Šelepová P, Dragomirecká E, Pěč O, Probstová V, Stuchlík J. Camberwellské šetření potřeb – hodnocení potřeb závažně duševně nemocných. Výsledky pilotního šetření

Cíl: Cílem práce byla adaptace škály pro hodnocení potřeb u závažně duševně nemocných – Camberwell Assessment of Need, klinická verze (CAN-C), do českého jazyka a ověření v pilotním šetření, zda může monitorování potřeb tímto nástrojem pomoci lépe identifikovat potřeby pacientů a zda tak může zlepšit výsledek rehabilitace.

Materiál a metoda: CAN-C byl standardním způsobem adaptován do češtiny. Do pilotního šetření CAN-C bylo v prvním kole zařazeno 122 pacientů se schizofrenií rehabilitovaných v komunitních službách. Zjištěné potřeby byly následně využity v rehabilitačních plánech a intervencích. Druhého kola šetření po 6 měsících se účastnilo již pouze 88 pacientů z původního vzorku. Pro první kolo šetření byly spočteny průměrné počty naplněných a nenaplněných potřeb v hodnocení uživatelů i profesionálů a byly identifikovány nejčastější oblasti potřeb. Změny v počtu potřeb mezi prvním a druhým kolem v jednotlivých položkách byly vyhodnoceny neparametrickým chí kvadrát testem.

Výsledky: Nejčastějšími doménami nenaplněných potřeb v hodnocení uží-

SUMMARY

Šelepová P, Dragomirecká E, Pěč O, Probstová V, Stuchlík J. Camberwell assessment of need – an assessment of needs in severe mental illness. Outcome of a pilot study

Aims/Objectives: Aim of this study was adaptation of the Camberwell Assessment of Need – Clinical Version (CAN-C) into the Czech language. Further objective was a verification in a pilot study, whether the monitoring of needs using this instrument helps better to identify the needs of the patients and whether it can improve the outcome of rehabilitation.

Methods: CAN-C was adapted into the Czech language in a standard way. The pilot survey CAN-C in the first round included 122 patients with schizophrenia being rehabilitated in community services. Identified needs were subsequently used in rehabilitation plans and interventions. Only 88 patients from the original sample attended second round of investigation after 6 months. The average number of met and unmet needs in the assessment of users and professionals has been calculated for the first round of investigation and the most common needs have been identified. Changes in numbers of needs between the first and second round in individual items were evaluated by non-parametric chi-square test.

vatelů služeb byly: přátelé, sexualita, intimní vztahy, psychické potíže, finanční dávky; v hodnocení profesionálů: přátelé, intimní vztahy, psychické potíže, denní činnosti, finanční dávky. Mezi prvním a druhým kolem se snížily celkové naplněné i nenaplněné potřeby v hodnocení uživatelů i profesionálů, avšak pouze ne-signifikantně. Došlo však ke statisticky významnému poklesu naplněných potřeb u položky „ohrožuje sebe“ v hodnocení uživatelů a k poklesu všech potřeb u položky „finanční dávky“ v hodnocení uživatelů i profesionálů.

Závěr: Adaptovaný nástroj CAN-C lze použít pro průřezové šetření potřeb pacientů zařazených do rehabilitačního programu. Nástroj rovněž umožňuje posoudit změny ve výsledku rehabilitace po předchozím šetření potřeb a modifikaci rehabilitačních intervencí.

Klíčová slova: hodnocení potřeb, duševně nemocní, komunitní zdravotní služby, rehabilitace.

Results: The most common domains in the assessment of unmet needs of service users were: friends, sexuality, intimate relationships, mental problems, financial benefits, and in the evaluation of professionals: friends, intimate relationships, mental problems, daily activities, financial benefits. Met and unmet needs in total in the assessment of users and professionals have decreased between the first and second round, but only insignificantly. However, there was a statistically significant decrease in met needs at the domain “a threat to himself” in the assessment of users and a drop of the both types of needs in the item “financial benefits” in the evaluation of users and professionals.

Conclusion: Adapted tool CAN-C may be used for cross-sectional survey of needs in patients enrolled in a rehabilitation program. The tool also allows to assess changes in the outcome of rehabilitation after a previous investigation of needs and modification of rehabilitation interventions.

Key words: needs assessment, mentally ill persons, community health services, rehabilitation.

ÚVOD

Potřeby u lidí se závažnými duševními poruchami byly rozeznávány již řadu desetiletí, avšak větší pozornosti se jim dostává až v posledních dvou dekadách v souvislosti se zapojováním pacientů (uživatelů péče) do plánování služeb v rámci komunitní psychiatrické péče.^{1,2} Ukazuje se, že kliničtí pracovníci rozeznávají u pacientů potřeby odlišné od těch, které identifikují sami pacienti nebo jejich příbuzní.^{3,4,5,6} Množství potřeb dále stoupá s tíží symptomatiky, se závažností diagnózy a intenzitou léčby⁷ či se snižující se kvalitou života.^{8,9} Thornicroft a Smuzckler¹⁰ rozlišují několik druhů potřeb u jedinců v oblasti péče o duševní zdraví: potřeby v oblasti zdraví, potřeby služeb a potřeby akce. Nejvíce zájmu odborníků upoutala sféra zdravotně sociálních potřeb, kde postupně vznikla řada nástrojů pro jejich hodnocení. Účelem hodnocení potřeb na úrovni jedince je vytvoření individualizovaného léčebného nebo rehabilitačního plánu. Hodnocení potřeb však

může být využito i na úrovni skupin pacientů s cílem optimalizace systému péče.¹¹ Pro hodnocení zdravotně sociálních potřeb vznikla postupně řada nástrojů: MRC Needs for Care Assessment,¹² který využívá externího hodnotitele, nebo jeho modifikovaná verze Cardinal Needs Schedule¹³ či Berliner Needs Assessment Schedule,¹⁴ která je škálou sebehodnotící.

Camberwellské šetření potřeb (CAN – Camberwell Assessment of Need) je metodou, která zachycuje zdravotní a sociální potřeby a problémy se zvládnutím sociálních rolí u lidí se závažným duševním onemocněním. Nástroj byl poprvé publikován Phellanem et al.^{15*}

* Příručka vyšla v roce 1999 (CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness © The Royal College of Psychiatrists, 1999). Na vývoji metody se podílel Mike Slade (který spolupracoval na adaptaci metody do češtiny), dále Graham Thornicroft, Linda Loftus, Michael Phelan a Tili Wilkes z londýnského Psychiatrického institutu při King's College, sekce komunitní psychiatrie (PRISM).

Potřeby upozorňují na oblasti, ve které může péče či terapie pomoci. Potřeby tedy nejsou totožné s přáním, ale je to „schopnost mít nějaký prospěch ze zdravotní a sociální péče“.¹⁶ Účelem šetření je zjistit, ve kterých oblastech uživatel péče potřebuje pomoc (nenaplněná potřeba) a ve kterých oblastech se mu jí dostalo (naplněná potřeba),

Metoda CAN existuje ve třech základních verzích: krátká verze CANSAS, verze klinická CAN-C (**Clinical Version**) a výzkumná verze CAN-R (**Research Version**).

CAN má několik dalších verzí zaměřených ještě na další specifické cílové skupiny (CANFOR – forenzní verze, CANDID – verze pro dospělé s vývojovými a intelektovými obtížemi, CANE – verze pro seniory s duševními problémy, CAN-M – verze pro těhotné ženy a matky s duševními problémy) a byl přeložen do řady jazyků.

Respondentem hodnotící škály může být jak uživatel – pacient, tak profesionál (poskytovatel péče) či rodinný příslušník (CANSAS).

Rozdíly v hodnocení potřeb jednotlivce z pohledu uživatele, poskytovatele péče a blízké osoby (příbuzného, pečovatele) jsou podkladem pro diskusi a východiskem pro sestavení individuálního terapeutického plánu při zahájení péče. Šetření lze však opakovat i v určitém časovém intervalu pro měření efektivity intervencí nebo kontrolu individuálního plánu. Informace mohou být využity nejen na úrovni jednotlivce, ale také při hodnocení efektivity intervencí u cílové skupiny uživatelů služeb. Některé studie dokládají, že monitorování potřeb u skupin léčených či rehabilitovaných pacientů s poskytováním zpětné vazby profesionálům i pacientům může vést nejen ke změně způsobů poskytování péče,¹⁷ ale i ke zmírnění symptomatiky u pacientů.^{11,18} Prevalence naplněných či nenaplněných potřeb a jejich změna v čase může být navíc použita pro vyhodnocení určitého celku poskytování služeb duševního zdraví.^{7,11}

V českých podmínkách v posledních dvaceti letech můžeme sledovat pomalý vznik a vývoj komunitních služeb pro duševně nemocné. Existuje však málo nástrojů, které bychom zde mohli využít pro hodnocení efektivity a podporu kvality. Jako příspěvek k řešení tohoto problému jsme adaptovali nástroj CAN do českých kulturních podmínek. Současně jsme nástroj použili v pilotním šetření, ve kterém jsme ověřovali, zda může monitorování potřeb ve vzorku společně rehabilitovaných pacientů pomoci lépe identifikovat potřeby pacientů a zlepšit výsledek rehabilitace hodnocený změnou prevalence naplněných nebo nenaplněných potřeb v čase.

MATERIÁL A METODA

Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb, klinická verze (CAN-C) – popis nástroje

CAN-C obsahuje 22 oblastí zdravotních a sociálních potřeb. Každá oblast je rozdělena do čtyř sekcí. Instrument je vyplňován samostatně poskytovatelem a uživatelem péče.

Sekce 1 hodnotí míru potřeb (potřeba neexistuje, naplněná potřeba, nenaplněná potřeba, není známo) v dané oblasti (tab. 1). Cíle sekce 1 jsou dvojí: za prvé zjistit, zda v dané

oblasti existuje potřeba a zda byla poskytnuta efektivní pomoc. Za druhé se zde rozhodujeme, zda bude nutné se danou oblastí dále zabývat. Sekce 2 zjišťuje množství pomoci od „neformálních“ zdrojů (od přátel, příbuzných atd.) za období posledního měsíce. Sekce 3 zjišťuje množství pomoci poskytované a potřebné od formálních poskytovatelů péče či služeb za období posledního měsíce. Pro všechna hodnocení jsou definována pravidla. Sekce 4 obsahuje uživatelské vnímání oblastí a informace, které nebyly zaznamenány během skórování, a plán péče navržený poskytovatelem.

CAN-C má 22 oblastí: 1. Bydlení, 2. Strava, 3. Péče o domácnost, 4. Péče o sebe, 5. Denní činnosti, 6. Tělesné zdraví, 7. Psychotické symptomy, 8. Informace o zdravotním stavu a léčbě, 9. Psychické potíže, 10. Ohrožuje sebe, 11. Ohrožuje ostatní, 12. Alkohol, 13. Drogy (psychoaktivní látky), 14. Přátelé, 15. Intimní vztahy, 16. Sexualita, 17. Péče o děti, 18. Základní vzdělání, 19. Telefon, 20. Do-prava, 21. Peníze, 22. Finanční dávky.

Administrace CAN-C

Administrace trvá asi 30 minut. Respondentem může být uživatel či poskytovatel péče (například klíčový pracovník, terapeut). Pokud je respondentem uživatel péče, tazatel s ním prochází jednotlivé oblasti a jejich odpovědi zaznamenává do formuláře. Poskytovatel péče většinou formulář vyplňuje sám. Při šetření je důležité striktně zaznamenávat názor dotazovaného. Poskytovatel by tedy měl dotazník vyplnit za sebe, ne např. z pohledu uživatele, tak jak se domnívá, že ten potřebu vnímá.

Tab. 1. Postup hodnocení v sekci 1 CAN-C

Hodnocení	Popis	Stav potřeby
0	Bez vážného problému	Potřeba neexistuje
1	Žádný/mírný problém díky poskytnuté pomoci	Naplněná potřeba
2	Závažný problém	Nenaplněná potřeba
9	Není známo	

Adaptace Camberwellského šetření potřeb (CAN) do češtiny

Postup vytváření české verze, včetně lingvistické validace a testování formuláře CAN-C, je podrobněji popsán jinde.^{19,20} Převod metody do českého kulturního prostředí proběhl standardním postupem, který zahrnuje translaci z originálu do češtiny na základě dvou nezávislých překladů, zpětný překlad předběžné verze do originálu, posouzení terminologie odborníky pracujícími v daném oboru a lingvistické testování metody. Cílem lingvistického testování bylo zjistit, zda je překlad nástroje srozumitelný a přijatelný pro cílovou skupinu (dlouhodobě duševně nemocní, poskytovatelé služeb). Dílčí výsledky a konečná verze překladu byla konzultována s autorem nástroje M. Sladem.

Při lingvistickém a následném otestování CAN-C spolupracovala pražská nezisková organizace, která provozuje různé typy chráněného a sociálního bydlení pro dlouhodobě duševně nemocné. Šetření se zúčastnilo 12 respondentů a jejich klíčových pracovníků (převážně sociálních pracovníků). Čas potřebný k vyplnění CAN-C se

u profesionálů (klíčových pracovníků) pohyboval mezi 26 a 29 minutami. CAN-C vyplňoval rychleji personál než tazatel provádějící záznam hodnocení potřeb na základě polostrukturovaného rozhovoru s respondenty (zde bylo rozmezí od 16 do 99 minut, v průměru 41 minut).

PILOTNÍ ŠETŘENÍ

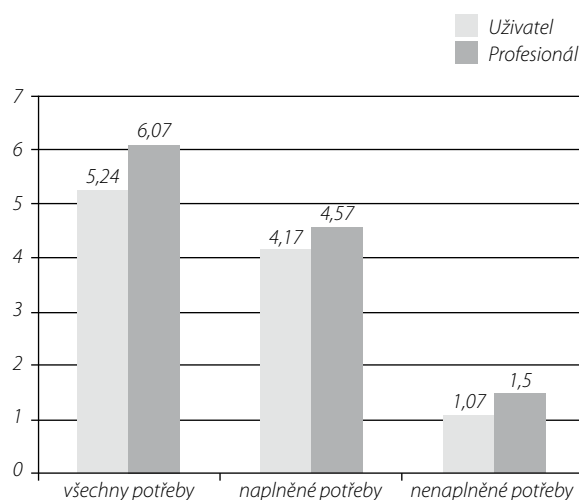
Pilotní šetření jsme prováděli proto, abychom zjistili, zda systematické monitorování potřeb metodou CAN-C se zpětnou vazbou ve vzorku pacientů, kteří jsou společně ošetřováni v rámci služeb zaměřených na zdravotně sociální oblast, může zlepšit výsledek těchto služeb. Vybrali jsme zařízení poskytující služby psychiatrické a psychosociální rehabilitace (organizace sdružení Fokus), a to ve čtyřech typech služeb (tým případového vedení, chráněná dílna, centrum denních aktivit a chráněné bydlení) a v pěti lokalitách (Mělník, Mladá Boleslav, Tábor, Ústí nad Labem, Vysočina). Šetření proběhlo ve dvou kolech během roku 2007 (1. kolo únor až březen 2007, 2. kolo červen až září 2007). Metoda hodnocení potřeb CAN-C byla v prvním kole použita u 122 pacientů s diagnózou schizofrenního onemocnění. Data o věku klientů nebyla zaznamenávána. V souboru mírně převažovaly ženy (55 %). Výsledky šetření potřeb byly u pacientů uplatněny během dalšího rehabilitačního procesu (implementace do rehabilitačních plánů). Druhé opakované šetření proběhlo po šesti měsících, kterého se však zúčastnilo již pouze 88 pacientů původního vzorku (19 pacientů službu ukončilo nebo opakované šetření odmítlo, u 15 pacientů nebylo možno šetření opakovat pro organizační změny na pracovišti). Data druhého kola byla hodnocena jiným způsobem. Nejdůležitější otázkou bylo v tomto případě hodnocení vývoje – změn parametrů proti prvnímu kolu. Pro každou službu byli vybráni 1–2 tazatelé, kteří byli vyškoleni podle standardní metodiky pro práci s nástrojem CAN-C. Ti pak dle stejné metodiky vyškolili své spolupracovníky v týmu. Každé hodnocení bylo provedeno z pohledu uživatele (s ním nástroj vyplňoval tazatel) a z pohledu profesionála.

Výsledky pilotního šetření byly vyhodnocovány pomocí statistického softwaru SPSS. Byly porovnány průměrné počty naplněných, nenaplněných a všech potřeb v prvním a druhém kole šetření u pacientů, kteří se účastnili obou kol šetření. Do porovnání byla vzata hodnocení jak ze strany pacientů, tak i profesionálů. Pro zjištění změn v počtu potřeb byl použit neparametrický chí kvadrát test.

VÝSLEDKY

Výsledky hodnocení prvního kola

Průměrný počet oblastí, ve kterých respondenti udávali potřeby, byl 5,24 (6,07 v hodnocení profesionály). Průměrný počet naplněných potřeb 4,17 (4,57 profesionálové), počet nenaplněných potřeb 1,17 (1,5 profesionálové), graf 1. Hodnoty celkového skóre potřeb i skóre potřeb v jednotlivých doménách byly podle očekávání vyšší v hodnocení profesionálů než v hodnocení uživatelů služeb.



Graf 1. Průměrné počty potřeb z prvního kola šetření

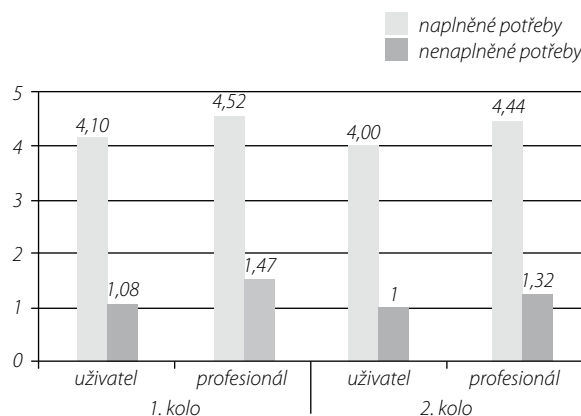
Nejčastější domény, v nichž se dle uživatelů vyskytla naplněná potřeba, byly: Psychotické symptomy, Psychické potíže, Tělesné zdraví, Denní činnosti, Přátelé. Nenaplněné potřeby udávali uživatelé nejčastěji v těchto oblastech: Přátelé, Sexualita, Intimní vztahy, Psychické potíže, Finanční dávky.

V hodnocení profesionálů bylo pořadí následující: 1. Psychotické symptomy, 2. Psychické potíže, 3. Tělesné zdraví, 4. Denní činnosti, 5. Přátelé (naplněné potřeby) a 1. Přátelé, 2. Intimní vztahy, 3. Psychické potíže, 4. Denní činnosti, 5. Finanční dávky (nenaplněné potřeby).

Nejčastější rozdíly v hodnocení uživateli a profesionály se objevily v oblastech: Přátelé, Denní činnosti, Psychické potíže, Informace o zdraví a léčbě, kde profesionálové zaznamenávají potřeby častěji. Oblasti, kde častěji potřeby udávali uživatelé, byly pouze dvě – Ohrožuje se sama a Bydlení.

Výsledky hodnocení druhého kola

Za sledované období se celkově snížilo skóre naplněných i nenaplněných potřeb, a to jak z pohledu uživatelů, tak z pohledu profesionálů, rozdíl průměrných hodnot mezi prvním a druhým kolem však nebyl celkově statisticky významný, testováno parametrickou i neparametrickou metodou testu (graf 2).



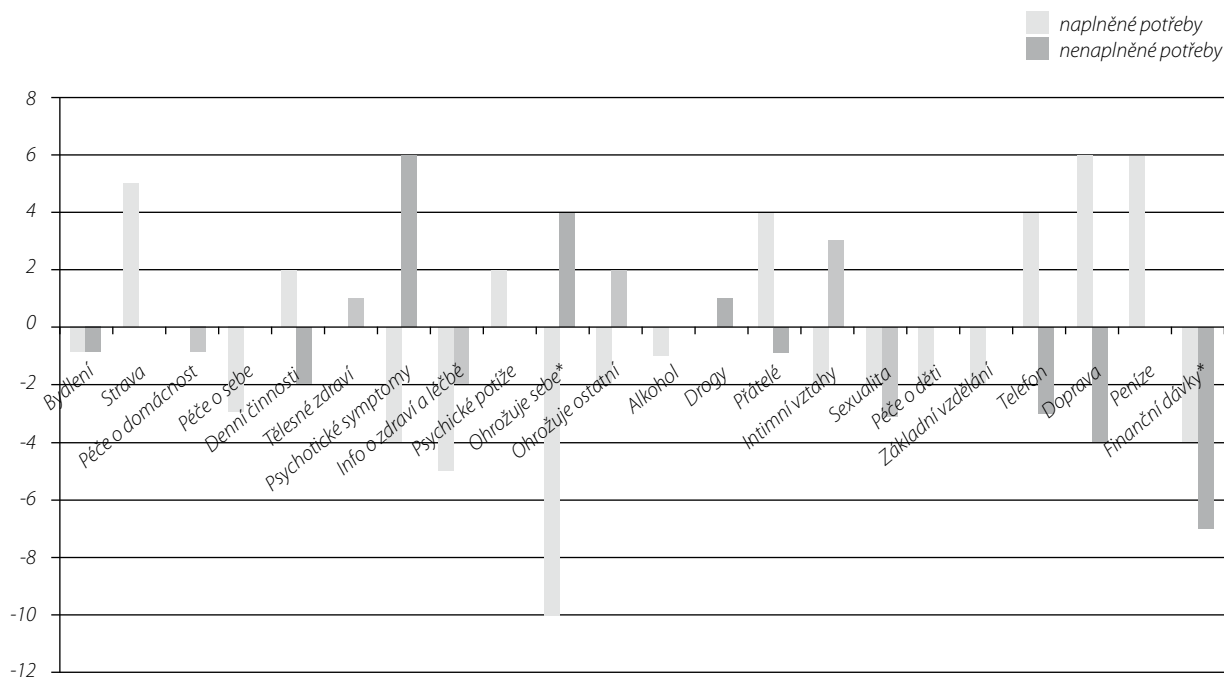
Graf 2. Průměrné počty naplněných a nenaplněných potřeb v prvním a druhém kole šetření

Ve srovnání mužů a žen došlo k poklesu nenaplněných potřeb u mužů, zatímco u žen se skóre nenaplněných potřeb mírně zvýšilo (tab. 2).

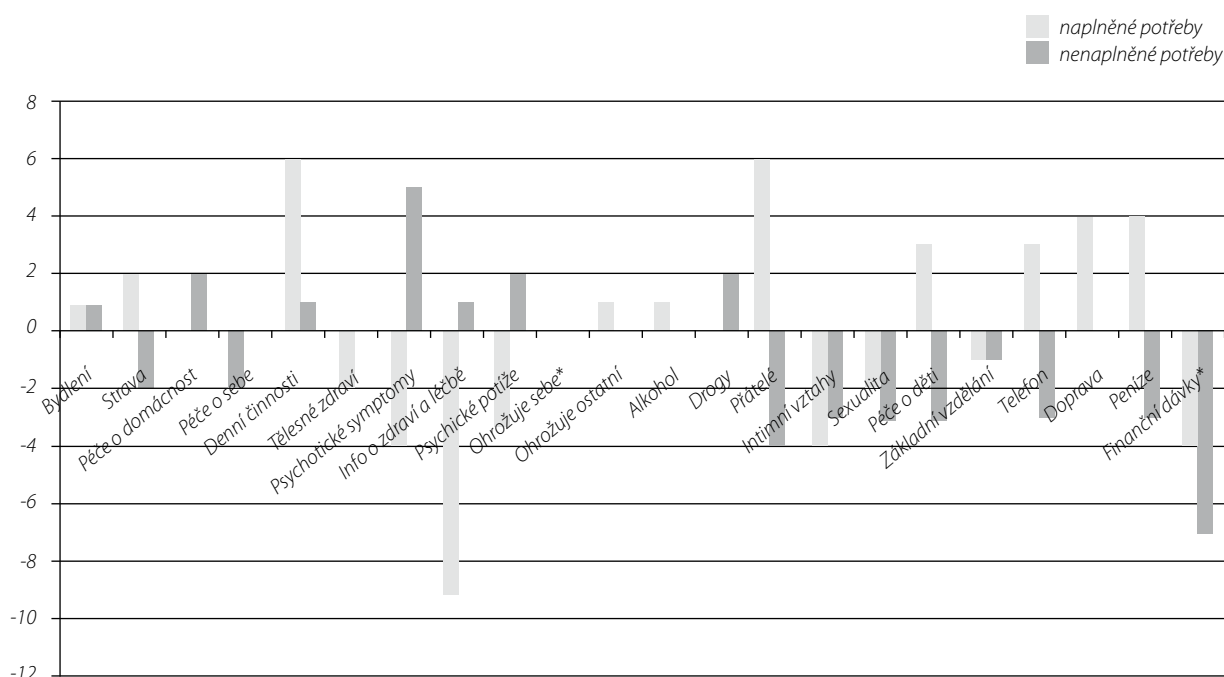
Tab. 2. Rozdíly průměrného počtu nenaplněných potřeb u mužů a u žen v prvním a druhém kole šetření

	1. kolo		2. kolo	
	Uživatel	Profesionál	Uživatel	Profesionál
Muži	0,85	1,42	0,48	0,85
Ženy	1,22	1,49	1,31	1,6

Vyhodnocením počtu jednotlivých potřeb mezi prvním druhým kolem v jednotlivých položkách u uživatelů a profesionálů se některé položky statisticky významně odlišovaly na hladině významnosti $p = 0,05$. V hodnocení uživatelů došlo u položky Ohrožuje sebe mezi prvním kolem a druhým k poklesu naplněných potřeb, v případě položky Finanční dávky k nárůstu počtu respondentů, kteří nemají v této oblasti žádnou potřebu (graf 3). U profesionálů došlo k významnému posunu pouze v oblasti Finanční dávky – pokles naplněných i nenaplněných potřeb (graf 4).



Graf 3. Rozdíly v hodnocení uživatelů mezi 1. a 2. kolem šetření



Graf 4. Rozdíly v hodnocení profesionálů mezi 1. a 2. kolem šetření

DISKUSE

Průměrné počty naplněných a nenaplněných potřeb jsou v souladu s výsledky obdobných výzkumů v zahraničí.⁷ Nesignifikantně vyšší hodnocení naplněných i nenaplněných potřeb u profesionálů oproti uživatelům by mohlo souviset s nižší schopností vyhodnotit svoje potřeby u pacientů. Zajímavé je však, že spektrum nejčastěji udávaných naplněných a nenaplněných potřeb je velmi obdobné, jak u uživatelů, tak u profesionálů. To by mohlo svědčit o tom, že ani zdravotní a ani sociální služby se tradičně nezaměřují na témata Přátelé nebo Intimní vztahy. Uživatelé navíc poměrně často jako nenaplněnou potřebu hodnotili téma Sexualita. Relativně shodně byly rovněž mezi uživateli i profesionály hodnoceny oblasti Psychické potíže a Finanční dávky, což je v souladu s obecně uváděnými obtížemi u dlouhodobých schizofrenních pacientů. Při rozboru potřeb podle jednotlivých typů služeb se navíc ukázalo, že výrazněji vyšší skóre v oblasti finančních dávek se objevilo u uživatelů chráněného bydlení. Mohlo by to souviset se změnou zákona o sociálních službách, která byla v době šetření aktuální (chráněné bydlení je podle zákona zařazeno mezi tzv. placené služby). Za pozornost rovněž stojí oblasti Ohrožuje sebe sama a Bydlení, které uživatelé rozeznávají častěji jako nenaplněné potřeby. Mohlo by to svědčit o horší schopnosti profesionálů tyto oblasti identifikovat jako problematické.

Pouze nesignifikantně snížený průměrný počet naplněných a nenaplněných potřeb mezi prvním a druhým kolem šetření by mohl souviset s poměrně krátkou dobou mezi oběma šetřeními (6 měsíců), za kterou se nestačily uplatnit plánovaná rehabilitační opatření. U některých zahraničních šetření byla tato doba delší, např. 3–5 let.¹⁸ I když snížení nenaplněných potřeb může souviset na jednu stranu s účinností rehabilitačních postupů, mohou se na druhou stranu rozeznávané potřeby u uživatelů zvyšovat se zapojením do psychoterapeutické nebo rehabilitační péče tím, že jsou více schopni u sebe tyto potřeby identifikovat. V praxi je proto potřeba změny jednotlivých potřeb hodnotit u každého jednotlivce zvlášť a v souboru rehabilitovaných pacientů se zabývat změnami u jednotlivých položek.

V této souvislosti statisticky významný pokles v hodnocení naplněných potřeb u položky Ohrožuje sebe mezi prvním a druhým kolem šetření a pokles všech potřeb u uživatelů a profesionálů v položce Finanční dávky patrně ukazuje na to, že odpovídající rehabilitační intervence na tyto potřeby reagovaly, např. sociální poradenství a podpora v případě finančních dávek.

Rozdíl v průměrném počtu nenaplněných potřeb u mužů a u žen v prvním a druhém kole šetření souvisí patrně s odlišnou strukturou nenaplněných potřeb u obou

pohlaví a faktem, že muži měli již při prvním hodnocení výrazně vyšší skóre pomoci z neformálních zdrojů. Lze se domnívat, že neformální zdroje (přátelé, rodinní příslušníci), které více využívali muži, dovedou reagovat flexibilněji než formální služby.

Porovnáme-li výsledky regionálně, téměř ve všech zařízeních parametry klesají. Stouply pouze naplněné potřeby z pohledu uživatelů, což pravděpodobně ukazuje na správně podchycené nenaplněné potřeby v prvním kole šetření. Pouze u uživatelů z Mladé Boleslavi se objevil odlišný vývoj mezi prvním a druhým kolem šetření, a to stoupající počet nenaplněných potřeb z pohledu uživatelů, který se dá dobře vysvětlit tehdejší nejasnou situací ve financování služeb a hrozbou jejich ukončení.

ZÁVĚR

Nástroj na hodnocení potřeb u závažně duševně nemocných ve zdravotní a sociální oblasti Camberwellské šetření potřeb – klinická verze (CAN-C) byl adaptován do českých kulturních podmínek. V pilotním šetření se ukázala vhodnost nástroje pro použití pro průřezové šetření potřeb ve vzorku pacientů zařazených do rehabilitačních programů. Nástroj je schopen identifikovat zejména nenaplněné potřeby pacientů a umožnit tak na ně reagovat vhodnými rehabilitačními intervencemi, jak u jednotlivce, tak i v rámci rehabilitačního programu jako celku. Umožňuje rovněž rozlišit rozdíl v hodnocení potřeb poskytnutým uživateli a profesionály a poukázat tak na oblasti, které mohou profesionálové hůře identifikovat jako problematické. Nástroj je však možno též použít pro vyhodnocení změny v přítomnosti naplněných a nenaplněných potřeb v čase v rámci vzorku pacientů zařazených do určitého rehabilitačního programu nebo skupiny rehabilitačních programů. Lze tak zjistit, zda rehabilitační programy reagují na zjištěné potřeby a konkrétně které oblasti potřeb zaznamenaly změnu.

Dosavadní zkušenosti s několikaletým používáním klinické verze dotazníku CAN-C v České republice, které autoři sesbírali od několika pracovníků komunitních služeb pro duševně nemocné, ukazují, že se nástroj stal součástí plánů péče a vyhodnocování potřeb uživatelů v řadě zařízení komunitní péče. Obvyklá frekvence šetření potřeb v těchto zařízeních je 6 měsíců, v některých týmech preferují dobu odstupe jednotlivých měření po 1 roce pro dosažení delšího času na změnu pacientových potřeb a měřitelné pokroky v rehabilitaci.

Pro správnou administraci nástroje a vyhodnocení výsledků rozhovorů je nutné úvodní zaškolení a pravidelné opakované ověřování reliability (více informací na internetových stránkách www.cmhcd.cz).

LITERATURA

1. Fakhoury WKH, Kaiser W, Roeder-Wanner U, Priebe S. Subjective evaluation: Is there more than one criterion? *Schizophrenia Bull* 2002; 28 (2): 319–327.
2. Middelboe T, Mackenprang T, Thalsgaard A. A Housing Support Programme for the mentally ill: Need profile and satisfaction among users. *Acta Psychiat Scand* 1998; 98 (4): 321–327.
3. Van Hoof F, van Weeghel J, Kroon H. Community Care: Exploring the priorities of clients, mental health profes-

- sionals and community providers. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46: 208–219.
4. Van der Krieke L, Sytema S, Wiersma D, Tielen H, van Hemert AM. Evaluating the CANSAS self-report (CANSAS-P) as a screening instrument for care needs in people with psychotic and affective disorders. *Psychiatry Res* 2011; 188 (3): 456–458.
 5. Howard LM, Hunt K. The needs of mothers with severe mental illness: a comparison of assessments of needs by staff and patients. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11 (2): 131–136.
 6. Fleury MJ, Grenier G, Lesage A. Agreement between staff and service users concerning the clientele's mental health needs: a Quebec study. *Can J Psychiatry* 2006; 51 (5): 281–286.
 7. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiat Scand* 2006; Suppl 429: 115–119.
 8. 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 Neurosci* 2001; 251 (5): 239–246.
 9. Bengtsson-Tops 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 Psychiatry Epidemiol* 1999; 34 (10): 513–518.
 10. Thornicroft G, Szmulker G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001: 585.
 11. Lockwood A, Marshall M. Can a standardized needs assessment be used to improve the care of people with severe mental disorders? A pilot study of „needs feedback“. *J Adv Nurs* 1999; 30 (6): 1408–1415.
 12. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 1987; 17: 971–981.
 13. Marshall M, Hogg LI, Gath DH, Lockwood A. The Cardinal Needs Schedule – a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychol Med* 1995; 25(3): 605–617.
 14. Hoffmann K, Priebe S. Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? – Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs“. *Fortschr Neurol Psychiat* 1996; 64: 473–481.
 15. Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Brit J Psychiatry* 1995; 98 (4): 321–327.
 16. Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Phelan M, Wykes T. CAN: Camberwell Assessment of Need. London: Gaskell; 1999: 2.
 17. Drukker M, van Os J, Dietvorst M, Sytema S, Driessen G, Delespaul P. Does monitoring need for care in patients diagnosed with severe mental illness impact on Psychiatric Service Use? Comparison of monitored patients with matched controls. *BMC Psychiatry* 2011; 21: 11–45.
 18. Drukker M, van Os J, Bak M, à Campo J, Delespaul P. Systematic monitoring of needs for care and global outcomes in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2010; 25: 10–36.
 19. Probstová V, Dragomirecká E, Šelepová P et al. *Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví; 2006: 63.
 20. Probstová V, Šelepová P, Dragomirecká E et al. *CAN: Camberwellské hodnocení potřeb*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví; 2011: 63.

František Koukolík

ZVÍŘE POLITICKÉ

Eseje o lidské nátuře



„Člověk – zvíře politické“ je Aristotelův výrok. Nemohl mít ponětí o tom, že se za třiadvacet století budou lidé dívat jiným lidem do hlavy, co se jim tam v průběhu politického rozhodování děje, ani o tom, proč se to děje. Proč jsou lidé političtí živočiši? Co je národní charakter, existuje vůbec? Je člověk ekonomicky racionální bytost, nebo spíše bytost sociální? Co odlišuje levičáky od pravičáků? Co se nám děje v hlavě, rozhodujeme-li se v průběhu volebního cirkusu? Proč někteří lidé tolik touží po moci a jiní se tak důsledně rozhodují proti svým nejlepším zájmům, že to dělá dojem

černého humoru? Proč je nutné mít v průběhu jednání a rozhodování lidských skupin vždy hůl v ruce? Co se děje v hlavě lidí, kteří závidí, nenávidí, jsou přátelští, rozhodují se ekonomicky? Co dělá s lidmi bída a jak je to s lidským štěstím?

Tato kniha shrnuje posledních patnáct let nejmodernějšího výzkumu otázek, jimž se do této doby věnovali psychologové, politologové, ekonomové a filosofové. Jejich úvahy se totiž díky pokroku vyšetřování činnosti mozku začínají měnit na vědecky ověřitelná fakta.

350 Kč, Galén, první vydání, 356 s., barevně,
145 × 190 mm, vázané

Objednávky: Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz

Prímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel. 224 923 115