



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006»

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Μεθοδολογικός Οδηγός



ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ & ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ – Β΄ ΦΑΣΗ»

**Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ)
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων – Ιατρική Σχολή – Ψυχιατρική Κλινική
Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ)
Όμιλος Μελετών & Αναπτυξιακού Σχεδιασμού (ΟΜΑΣ ΑΕ)**

Αθήνα, Ιούνιος 2005

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ	5
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	28
2.1 Εκτίμηση αναγκών σε επίπεδο πληθυσμού	28
2.2 Εκτίμηση αναγκών σε ατομικό επίπεδο	37
2.2.1 Το MRC NCA (Needs for Care Assessment)	37
2.2.2 Το CAN (Camberwell Assessment of Need)	50
3. ΕΜΜΕΣΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	66
3.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Ψυχική Υγεία	66
3.2 Πρακτικές πτυχές της εκτίμησης των αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα	74
4. ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	80
4.1 Ανάγκες για ψυχολογική ενδυνάμωση	83
4.2 Ανάγκες για στέγαση	84
4.3 Ανάγκες για εργασία	87

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας τόσο του γενικού πληθυσμού, όσο και ειδικών πληθυσμιακών ομάδων αναγνωρίζεται διεθνώς ως βασικός γνώμονας σχεδιασμού και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης του προγράμματος Ψυχαργώς - Β' φάση ανέλαβε τη σύνταξη ενός μεθοδολογικού οδηγού εκτίμησης αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Σκοπός είναι ο οδηγός αυτός να λειτουργήσει ως χρηστικό εργαλείο στα χέρια των - νέων κυρίως - επαγγελματιών ψυχικής υγείας που στελεχώνουν μονάδες στο πλαίσιο της δημόσιας ψυχικής υγείας ώστε να αναλάβουν ανάλογες πρωτοβουλίες.

Στο πρώτο κεφάλαιο του συγκεκριμένου οδηγού παρουσιάζονται οι προσεγγίσεις στην έννοια της ανάγκης και την εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας. Η περιήγηση στις διαφορετικές προσεγγίσεις της έννοιας της ανάγκης επιτρέπει ν' ανακαλύψουμε πως είναι πια ευρέως αποδεκτή η άποψη ότι, αν, ως επαγγελματίες της δημόσιας ψυχικής υγείας, θέλουμε να μιλάμε για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τότε πρέπει να διευρύνουμε το πεδίο ενδιαφερόντων μας σε περιοχές που ξεφεύγουν από τα στενά όρια της κλινικής πρακτικής.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία εκτίμησης αναγκών ψυχικής υγείας σε επίπεδο πληθυσμού και σε επίπεδο ατόμου. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται σε δύο πολύ χρήσιμα εργαλεία, το MRC NCA των Brewin και συν. και το CAN των Slade και συν.

Τα εργαλεία αυτά έχουν εδραιωμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά και έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες σε αρκετές χώρες.

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά σε μεθοδολογίες έμμεσης μέτρησης των αναγκών ψυχικής υγείας. Παρουσιάζεται η πρόσφατη προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη την σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και ψυχικής υγείας, ενώ περιγράφονται και μερικές πρακτικές πτυχές της έμμεσης μεθοδολογίας της εκτίμησης αναγκών.

Τέλος, ειδική αναφορά υπάρχει στις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Το σημείο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερης επισήμανσης καθώς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δίνουν συνήθως προσοχή στις κλινικές ανάγκες των ασθενών, παραβλέποντας

τις υπόλοιπες. Από τη στιγμή όμως που τόσο η θετική όσο και η αρνητική ψυχική υγεία επηρεάζεται από ποικιλία παραγόντων (WHO, 2004), η εκτίμηση των υπόλοιπων αναγκών που είναι άμεσα συνδεδεμένες με αυτήν συνιστά προτεραιότητα για τις αρμόδιες μονάδες ψυχικής υγείας.

Ως παραδείγματα προσέγγισης των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται οι ανάγκες για ψυχολογική ενδυνάμωση, στέγαση και εργασία.

Η εκπόνηση του ανά χείρας οδηγού υπήρξε αποτέλεσμα συνεργασίας μεταξύ ομάδας εμπειρογνομόνων της Μονάδας Υποστήριξης και Παρακολούθησης. Στη συγγραφική ομάδα συμμετείχαν οι ψυχολόγοι κκ. Ευγενία Σταθακοπούλου και Πενταγιώτισσα Στεφανάτου, η επίκουρος καθηγήτρια Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αιγαίου κ. Αναστασία Ζήση, ο καθηγητής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Βενετσάνος Μαυρέας και ο ψυχολόγος, μέλος της Ομάδας Έργου της Μονάδας, Νίκος Γκιωνάκης ο οποίος είχε και την ευθύνη του συντονισμού της ομάδας και της τελικής επιμέλειας της έκδοσης.

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ

Ορισμοί της έννοιας «ανάγκη» στην ψυχική υγεία

Μια ανάλυση των ανθρώπινων αναγκών οφείλει να έχει ως αφετηρία της τον εννοιολογικό προσδιορισμό του όρου «ανάγκη». Εντούτοις, αυτό αποτελεί και μια από τις βασικές δυσκολίες στη μελέτη του ζητήματος των αναγκών.

Αν ανατρέξει κανείς στο λεξικό θα βρει αρκετές εκδοχές του όρου, όπως: κατάσταση έλλειψης, πίεσης, δυσκολίας, κινδύνου, επιθυμίας και βιολογικής παρόρμησης (Μπαμπινιώτης και συν., 1998). Αυτή η πολυσημία του όρου ενδεχομένως να οφείλεται στο ότι δεν έχει ακόμη βρεθεί ένα κοινό εννοιολογικό πλαίσιο προσέγγισης των αναγκών, ανεξάρτητα από το γνωστικό αντικείμενο μέσω του οποίου διερευνώνται.

Στις κοινωνικές επιστήμες υπήρξε μακρά αντιπαράθεση σχετικά με το ζήτημα των αναγκών, καθώς οι ερευνητές ορίζουν την έννοια ανάλογα με τη θεωρητική τους κατεύθυνση. Στις ψυχολογικές θεωρίες, ως επί το πλείστον, η χρήση του όρου «ανάγκη» αποτέλεσε τη βάση για την ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Στην ψυχιατρική, αντίθετα, το ζήτημα της εκτίμησης των αναγκών αποτελεί σημαντικό εννοιολογικό εργαλείο για επαγγελματική παρέμβαση (Brewin, 1992, σελ. 220).

Μολονότι το ζήτημα των αναγκών φαίνεται ν' αποτελεί ένα από τα πλέον δημοφιλή ερευνητικά ζητήματα, εντούτοις, όπως αναφέρθηκε ήδη, δεν έχει ακόμη διαμορφωθεί ένα κοινό εννοιολογικό πλαίσιο προσέγγισης του όρου «ανάγκη». Η έλλειψη ενός κοινού θεωρητικού πλαισίου και οι ποικίλες προσεγγίσεις που έχουν υπάρξει μεταξύ των κλινικών γύρω από το επίμαχο ζήτημα των αναγκών αναδεικνύει τη σημασιολογική πυκνότητα του όρου και καθιστά σαφές ότι «οι ανάγκες εν πολλοίς είναι αξιολογικές κρίσεις» (Bebbington, 1992, σελ. 107). Συνεπώς, οι ανάγκες στην ψυχική υγεία είναι δύσκολο να ορισθούν αντικειμενικά, δεδομένου ότι είναι αξιολογικά φορτισμένες με τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις, τις πολιτισμικές αξίες και τις προσδοκίες τόσο των ερευνητών όσο και των εμπλεκομένων υποκειμένων.

Ωστόσο, οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι γίνονται αξιοσημείωτες προσπάθειες προς την κατεύθυνση της εξεύρεσης μιας κοινής θεωρητικής βάσης στην επεξεργασία

των εννοιών της ανάγκης, της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας, γεγονός που επιτρέπει την πληρέστερη κατανόηση των αναγκών και της σχέσης τους με τα προβλήματα που συνδέονται με την ψυχική διαταραχή (McCrone & συν., 2000).

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟΝ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΟΡΟΥ «ΑΝΑΓΚΗ»

- Έλλειψη κοινού θεωρητικού πλαισίου
- ↕
- Δυσχέρεια στη διατύπωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού
- Διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις
- ↕
- Διαφορετικοί ορισμοί
- Διαφορετικές μέθοδοι εκτίμησης αναγκών

Η ιστορία και η εξέλιξη των ορισμών

Εν συνεχεία, πρόκειται να παραθέσουμε με χρονική σειρά μια σειρά ορισμών της έννοιας της ανάγκης με σκοπό να εκτεθούν οι πιο αντιπροσωπευτικές θέσεις που έχουν διατυπωθεί αναφορικά με τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων.

Ο Maslow, το 1954, αναπτύσσει μια θεωρία κινήτρων της ανθρώπινης συμπεριφοράς με όρους ιεραρχίας των αναγκών, τις οποίες διακρίνει σε ανάγκες φυσιολογικές, ασφάλειας, αυτοεκτίμησης, αυτοπραγμάτωσης κ.τ.λ. Σύμφωνα με το μοντέλο του Maslow οι ανάγκες αποτελούν μέσο κατανόησης και ερμηνείας των ανθρώπινων πράξεων.

Για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι ανάγκες δεν αποτέλεσαν μόνο πεδίο μελέτης της συμπεριφοράς, αλλά – κυρίως στον τομέα της έρευνας – αποτέλεσαν την κεντρική ιδέα βάσει της οποίας θα αναμορφωνόταν η ψυχιατρική περίθαλψη:

α) σε ό,τι αφορά τη φιλοσοφία που διέπει τα μοντέλα φροντίδας των ψυχικά πασχόντων, και

β) σε ό,τι αφορά τη διάρθρωση και οργάνωση των υπηρεσιών οι οποίες θα παρέχουν αυτά τα μοντέλα φροντίδας.

Ο Bradshaw, το 1972, προσεγγίζει από κοινωνιολογική άποψη το ζήτημα των αναγκών και προτείνει την ταξινόμησή τους σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες, προκειμένου να τις ορίσει.

Οι ανάγκες λοιπόν διακρίνονται:

α) σε κανονιστικές ανάγκες, οι οποίες προσδιορίζονται ως προς το περιεχόμενό τους από τους ειδικούς, διαμορφώνονται σύμφωνα με την κρίση τους και μεταβάλλονται σταδιακά ως αποτέλεσμα της εξέλιξης της γνώσης και της αλλαγής των κοινωνικών αξιών,

β) σε αισθανόμενες ανάγκες ή επιθυμίες, οι οποίες συνιστούν αυτό που το ίδιο το άτομο εκτιμά ότι χρειάζεται,

γ) σε εκφρασμένες ανάγκες, πρόκειται για εκείνες τις αισθανόμενες ανάγκες τις οποίες το άτομο κοινοποιεί στο περιβάλλον του και αναλαμβάνει δράση προκειμένου να τις ικανοποιήσει,

δ) σε συγκρινόμενες ανάγκες, οι οποίες προκύπτουν από τη σύγκριση των ατόμων, ως προς τις ανάγκες τους με άλλα άτομα ή πληθυσμιακές ομάδες που έχουν παρόμοια προβλήματα.

Από αυτή την τυπολογία αναγκών που μας παρέχει ο Bradshaw, ήδη προαναγγέλλονται οι διαφορετικές προσεγγίσεις της έννοιας της ανάγκης στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Αν ανατρέξει κανείς στις έρευνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί την τελευταία δεκαπενταετία σχετικά με τις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων, θα διαπιστώσει ότι υπήρξε αρκετή σύγχυση ως προς τις κατηγορίες αναγκών και χρειάστηκε ν' αναπτυχθούν συνεχείς και επίμονες προσπάθειες προκειμένου οι κατηγορίες αυτές να οριστούν, ώστε να μην αλληλοκαλύπτονται κατά την ερευνητική διαδικασία μέτρησης και εκτίμησής τους, αλλά να αλληλοαποκλείονται.

Συγκεκριμένα, η διάκριση την οποία διατυπώνει ο Bradshaw μεταξύ «αισθανόμενων αναγκών» και «εκφρασμένων αναγκών», αν μεταφερθεί στο χώρο της ψυχικής υγείας, υποδηλώνει την σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ του ψυχικά πάσχοντος και των υπηρεσιών προκειμένου οι ανάγκες του για περίθαλψη να καλυφθούν. Η σχέση αυτή μεταξύ ψυχικά πασχόντων και υπηρεσιών παραπέμπει σε

δυο διαφορετικές κατηγορίες αναγκών: τις ανάγκες για φροντίδα και τις ανάγκες για υπηρεσίες.

Πριν παραθέσουμε όμως τους δυο ορισμούς των αναγκών για φροντίδα και υπηρεσίες αντίστοιχα, θα θίξουμε ένα επιπλέον ζήτημα το οποίο διαφαίνεται ήδη στην τυπολογία αναγκών του Bradshaw. Η διάκριση μεταξύ «κανονιστικών αναγκών», δηλαδή αναγκών που ορίζονται από τους ειδικούς για τα άτομα και «αισθανόμενων αναγκών», δηλαδή αναγκών που τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι έχουν, μεταφράστηκε στο χώρο της ψυχικής υγείας ως διάκριση μεταξύ «αντικειμενικών αναγκών» και «υποκειμενικών αναγκών». Ο προβληματισμός ο οποίος ανέκυψε σύμφωνα με αυτή τη διάκριση μεταξύ των ερευνητών αφορούσε το ποιος είναι ο περισσότερο αρμόδιος να αναγνωρίσει και εν συνεχεία να εκτιμήσει τις ανάγκες (Slade, 1994). Οι ερευνητές οι οποίοι αντιμετώπιζαν την ανάγκη ως κανονιστική έννοια υποστήριζαν ότι οι ανάγκες αποτελούν ανθρώπινες απαιτήσεις για σωματική και ψυχική υγεία (Tracy, 1986). Θα πρέπει συνεπώς να διαπιστωθούν από τους ειδικούς στους τομείς της υγείας προκειμένου να καλυφθούν. Υπό αυτή την έννοια, οι ανάγκες έχουν αντικειμενική βάση.

Στον αντίποδα αυτής της προσέγγισης, βρίσκονται οι ερευνητές οι οποίοι αντιμετώπιζαν την ανάγκη περισσότερο ως υποκειμενική έννοια, καθώς αποτελεί προϊόν της εμπειρίας του ατόμου και καθορίζεται από την κουλτούρα, τα βιώματα, τις προσδοκίες και τις αξίες του, παράγοντες, δηλαδή, οι οποίοι διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Σύμφωνα με την τελευταία αυτή οπτική οι ανάγκες έχουν μια σαφώς υποκειμενική βάση, αφού «ότι αποτελεί ανάγκη για έναν άνθρωπο σε ένα συγκεκριμένο τομέα μπορεί να μην αποτελεί ανάγκη για έναν άλλο» (Slade, 1994).

Παρακάτω, στο παρόν κεφάλαιο, θα αναφερθούμε εκτενώς στους ορισμούς της ανάγκης στο πλαίσιο και των δυο ανωτέρω προσεγγίσεων. Προηγούμενα όμως, θα παρουσιάσουμε τα στάδια της θεωρητικής επεξεργασίας ως την τελική διαμόρφωση της έννοιας, σύμφωνα με την οποία συγκροτήθηκαν τα εργαλεία εκτίμησης των αναγκών και διεξήχθησαν αξιολογες έρευνες.

Ο Wing (1990) χαρακτηρίζει την έννοια της ανάγκης ως «την κεντρική ιδέα σε κάθε έρευνα αξιολόγησης των ψυχιατρικών υπηρεσιών, γύρω από την οποία συντάσσονται όλα τα επιμέρους συστατικά στοιχεία της». Από το 1972 ο Wing σε μια σειρά άρθρων του (1972, 1978, 1986), προκειμένου να διατυπώσει τις βασικές αρχές, οι οποίες διέπουν κάθε έρευνα αξιολόγησης, επεξεργάζεται την έννοια της ανάγκης βασισμένος στους αμιγώς οικονομικούς ορισμούς του Matthew (1971).

Σύμφωνα με την προσέγγιση του τελευταίου, η ανάγκη ορίζεται και συγχρόνως διακρίνεται από τις έννοιες της «ζήτησης» και της «χρήσης» ως εξής:

«**Ανάγκη** για ιατρική φροντίδα υφίσταται όταν ένα άτομο έχει μια αρρώστια ή ανικανότητα για την οποία υπάρχει μια αποτελεσματική και αποδεκτή θεραπεία ή περίθαλψη. Η ανάγκη μπορεί να οριστεί είτε από την άποψη της αρρώστιας ή της ανικανότητας η οποία και την προκαλεί, είτε από την άποψη της θεραπείας και των θεραπευτικών μέσων τα οποία απαιτούνται για την κάλυψή της. **Ζήτηση** για φροντίδα υπάρχει όταν ένα άτομο θεωρεί ότι έχει μια ανάγκη για την οποία επιθυμεί να λάβει φροντίδα. **Χρήση** έχουμε όταν ένα άτομο πραγματικά λαμβάνει φροντίδα. Η ανάγκη δεν εκφράζεται αναγκαστικά ως ζήτηση ή η ζήτηση δεν ακολουθείται απαραίτητα από χρήση, ενώ από την άλλη πλευρά μπορεί να υπάρχει ζήτηση ή χρήση χωρίς να υπάρχει πραγματική ανάγκη για τη συγκεκριμένη υπηρεσία την οποία χρησιμοποιεί κανείς».

Τα επόμενα χρόνια οι Wing και Brewin υιοθέτησαν τους ορισμούς του Matthew για την έννοια της ανάγκης και, με ελάχιστες τροποποιήσεις, τους προσαρμοσαν - διευρύνοντάς τους - στο χώρο της ψυχικής υγείας (Wing 1972, Brewin & συν. 1987, Brewin and Wing 1989, Wing 1992, Wing & συν. 1992): «Ανάγκη για φροντίδα υπάρχει όταν ένα άτομο έχει μια ασθένεια ή μια βλάβη για την οποία υπάρχει μια αποτελεσματική και αποδεκτή μέθοδος παρέμβασης. Θα πρέπει συνήθως να γίνεται μια ιεράρχηση των μεθόδων· στην κορυφή θα πρέπει να βρίσκεται εκείνη η μέθοδος η οποία έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη και άμεση ανάρρωση χωρίς επιπλοκές, ενώ στη βάση θα πρέπει να βρίσκονται εκείνες οι μέθοδοι που αφορούν τη βελτίωση των συμπτωμάτων, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη» (Wing 1992, σελ. 2).

- **Ανάγκη** για ιατρική φροντίδα υφίσταται, όταν ένα άτομο έχει μια αρρώστια ή ανικανότητα για την οποία υπάρχει μια αποτελεσματική και αποδεκτή μορφή θεραπείας. Η ανάγκη μπορεί να οριστεί είτε από την άποψη της αρρώστιας ή της ανικανότητας η οποία και την προκαλεί είτε από την άποψη της θεραπείας και των θεραπευτικών μέσων τα οποία απαιτούνται για την κάλυψή της.
- **Ζήτηση** για φροντίδα υπάρχει, όταν ένα άτομο εκτιμά ότι έχει μια ανάγκη για την οποία επιθυμεί να λάβει φροντίδα.
- **Χρήση** έχουμε όταν ένα άτομο πραγματικά λαμβάνει φροντίδα.

Η ανάγκη δεν εκφράζεται αναγκαστικά ως ζήτηση και η ζήτηση δεν ακολουθείται απαραίτητα από χρήση, ενώ από την άλλη πλευρά μπορεί να υπάρχει ζήτηση ή χρήση χωρίς να υπάρχει πραγματική ανάγκη για τη συγκεκριμένη υπηρεσία την οποία χρησιμοποιεί κανείς.

Σχέση αναγκών και λειτουργικότητας

Σε μια σειρά από μελέτες οι οποίες αφορούσαν την εκτίμηση των αναγκών, οι Brewin & Wing προτείνουν ακόμη πιο αναλυτικούς ορισμούς της έννοιας, υποδεικνύοντας συγχρόνως τους διαύλους εντοπισμού των αναγκών. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ορισμό του Brewin (Brewin & συν., 1987), «ανάγκη για φροντίδα παρίσταται, όταν η λειτουργικότητα ενός πάσχοντος έχει εκπέσει ή κινδυνεύει να εκπέσει κάτω από ένα ελάχιστο συγκεκριμένο επίπεδο, πρόβλημα το οποίο οφείλεται σε μια θεραπεύσιμη ή δυνάμει θεραπεύσιμη αιτία». Διαβάζοντας κανείς τον παραπάνω ορισμό αντιλαμβάνεται ότι οι ανάγκες, σύμφωνα με τους συγγραφείς, προκύπτουν και σχετίζονται «με τα προβλήματα λειτουργικότητας τα οποία απορρέουν από την ψυχική διαταραχή» (Wing, 1990).

Όπως χαρακτηριστικά σχολιάζει ο Wing (1992, σελ. 2-3) , «η διάγνωση και τα συμπτώματα δεν μας παραπέμπουν ευθέως και άμεσα στις συγκεκριμένες κατηγορίες αναγκών του πάσχοντος». Αυτό, κατά την άποψη του Wing, συμβαίνει διότι μια σειρά από προβλήματα που προκαλούνται εξαιτίας της διαταραχής, όπως, για παράδειγμα, η δυσχέρεια στην ανάληψη των κοινωνικών ρόλων, η ενοχλητική ή επιθετική συμπεριφορά και η κοινωνική απομόνωση δεν είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα μιας συγκεκριμένης διαταραχής. Επιπλέον, τα περισσότερα συμπτώματα μπορούν να εκδηλωθούν σε όλα τα επίπεδα βαρύτητας της διαταραχής, από την

ελαφρά ως τη σοβαρή διαταραχή και σε όλους τους βαθμούς χρονιότητας της νόσου, από το μεμονωμένο βραχύ επεισόδιο ως την χρόνια και βαριά διαταραχή.

Στην ίδια κατεύθυνση με τον Wing, οι Bebbington και συν. (1997) παρατηρούν ότι «η διάγνωση αποτελεί ανεπαρκές κριτήριο για την εκτίμηση των αναγκών». Σύμφωνα και με αυτόν τον συγγραφέα μια σειρά από ψυχοκοινωνικά ελλείμματα τα οποία είναι αποτέλεσμα της διαταραχής, συνιστούν προβλήματα αναπηρίας του πάσχοντος και δεν αναγνωρίζονται βάσει της διάγνωσης (Bebbington & συν., 1996). Συγκεκριμένα, ο Bebbington αναφέρει: «μια σοβαρή αγχώδης διαταραχή μπορεί να αναπηροποιήσει τον πάσχοντα πολύ περισσότερο από μια ήπια ψύχωση». Σύμφωνα με τους Wing, Brewin & Bebbington δεδομένου ότι η διάγνωση και μόνο δεν παραπέμπει άμεσα στην αναγνώριση των αναγκών φροντίδας του πάσχοντος, θεώρησαν ότι θα έπρεπε να αναζητηθούν επιπλέον κριτήρια για τον καθορισμό αυτών των αναγκών.

Επί του παρόντος, θα δώσουμε τον ορισμό της κοινωνικής αναπηρίας, τον οποίο διατύπωσαν οι Wing & Brewin (Wing 1972, 1978, 1986) (Brewin & συν., 1987) στις έρευνες εκτίμησης αναγκών τις οποίες διεξήγαγαν: «Ως κοινωνική αναπηρία ορίζεται η μειωμένη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα, συγκρινόμενη με το τι θα ήταν κατά κανόνα αναμενόμενο από ένα συγκεκριμένο άτομο σε μια συγκεκριμένη κοινωνία. Η έννοια της κοινωνικής αναπηρίας περιλαμβάνει κάθε ουσιαστική δυσχέρεια στην εκπλήρωση των προσωπικών ή των κοινωνικών προσδοκιών. Η δυσχέρεια θα πρέπει να σχετίζεται με την ψυχική διαταραχή. Κάθε άτομο το οποίο μπορεί να εκπληρώσει τις προσδοκίες αυτές, αλλά επιλέγει να μην το κάνει, αποκλείεται από αυτόν τον ορισμό».

Παράλληλα, ο Wing (1990) διευκρινίζει ότι η βαρύτητα της κοινωνικής αναπηρίας εξαρτάται από τρεις παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Κατ' αυτόν τον τρόπο η κοινωνική αναπηρία προκύπτει:

- α) από τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της βλάβης, δηλαδή της σωματικής και ψυχολογικής δυσλειτουργίας,*
- β) από την άποψη των αντίξοων συνθηκών και των ζημιών του παρελθόντος και του παρόντος οι οποίες είναι δυνατόν να επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργικότητα, και*
- γ) από τις προσωπικές αντιδράσεις στους πρώτους δυο παράγοντες.*

Οι παράγοντες αυτοί σε μια έρευνα αξιολόγησης εκτιμώνται αντίστοιχα:

- α) από την άποψη της παρουσίας και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων τα οποία προκαλούν διαταραχές στο επίπεδο της συμπεριφοράς
- β) από την άποψη των περιβαλλοντικών αντιξοοτήτων και των αρνητικών στοιχείων της ζωής του ατόμου, όπως η έλλειψη επαγγελματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων λόγω απουσίας ευκαιριών στην απόκτησή τους, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης, η φτώχεια, το στίγμα, η έκθεση σ' ένα επιβλαβές περιβάλλον, όπως ένα νοσοκομείο με κακή λειτουργία, ένα εχθρικό οικογενειακό περιβάλλον ή πλαίσιο περίθαλψης, και
- γ) από την άποψη των αρνητικών στάσεων του ατόμου απέναντι στα παραπάνω δεδομένα, όπως η απελπισία, η μειωμένη αυτοεκτίμηση, η έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό και η απουσία κινήτρων για προσωπική ανάπτυξη.

Ο Wing (Wing & συν., 1992, σελ. 3) υποστηρίζει ότι ο βαθμός βαρύτητας της κοινωνικής αναπηρίας ενός ατόμου σε μια δεδομένη στιγμή απορρέει από την αλληλεπίδραση και το συνδυασμό των τριών παραγόντων της βλάβης, των αντίξοων συνθηκών και των αρνητικών στάσεων του ατόμου. Συγχρόνως, εξηγεί ότι η σχέση αιτίας και αποτελέσματος μεταξύ του παράγοντα της βλάβης και των παραγόντων των αντίξοων συνθηκών και των αρνητικών στάσεων είναι αμφίδρομη.

Ο Wing καταλήγει λέγοντας ότι «η κοινωνική αναπηρία συνδέεται με ένα αμάλγαμα παραγόντων οι οποίοι διαμορφώνουν τον τύπο, το βαθμό και τη διάρκεια της δυσλειτουργίας η οποία δεν είναι χαρακτηριστική μιας διάγνωσης. Είναι αυτό το είδος, ο βαθμός και η διάρκεια της δυσλειτουργίας που κυρίως καθορίζουν τις ανάγκες για φροντίδα και τις ανάγκες για υπηρεσίες. Για το λόγο αυτό, σε μια έρευνα αξιολόγησης η οποία εκτιμά ανάγκες, οι τρεις παράγοντες οι οποίοι συνιστούν την κοινωνική αναπηρία θα πρέπει να μετριοούνται και να εκτιμώνται» (1990).

ΣΧΕΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο εντοπισμός των αναγκών μέσα από τα προβλήματα κοινωνικής αναπηρίας του ψυχικά πάσχοντος

- Η διάγνωση και τα συμπτώματα δεν παραπέμπουν ευθέως και άμεσα στις συγκεκριμένες ανάγκες του πάσχοντος, εκείνες δηλαδή που σχετίζονται με τα ψυχοκοινωνικά ελλείμματα τα οποία επιφέρει η διαταραχή
- Τα ψυχοκοινωνικά ελλείμματα δεν είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα μιας συγκεκριμένης διαταραχής, και για αυτό το λόγο οι ανάγκες που σχετίζονται με αυτά δεν μπορούν να αναγνωριστούν με βάση τη διάγνωση
- Τα ψυχοκοινωνικά ελλείμματα συνιστούν προβλήματα κοινωνικής αναπηρίας του πάσχοντος. Ως κοινωνική αναπηρία ορίζεται η μειωμένη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα συγκρινόμενη με το τι κατά κανόνα είναι αναμενόμενο από ένα συγκεκριμένο άτομο σε μια συγκεκριμένη κοινωνία. Η έννοια της κοινωνικής αναπηρίας περιλαμβάνει κάθε ουσιαστική δυσχέρεια στην εκπλήρωση των προσωπικών ή των κοινωνικών προσδοκιών. Η δυσχέρεια θα πρέπει να σχετίζεται με την ψυχική διαταραχή.

Κανονιστική προσέγγιση της ανάγκης

Σε ό,τι αφορά την έννοια της ανάγκης, ο Brewin (1992, σελ. 228) έκανε μια επιπλέον ενδιαφέρουσα παρατήρηση, η οποία αφορά την χρήση του όρου στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα σχολιάζει το ότι η ανάγκη άλλοτε ορίζεται από την άποψη της μέγιστης δυνατής βελτίωσης της υγείας και άλλοτε από την άποψη της κάλυψης ενός αντικειμενικού ελλείμματος της κατάστασης της υγείας.

Πράγματι, πολύ συχνά στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε ορισμούς της έννοιας βάσει των οποίων η ανάγκη γίνεται συνώνυμο της ύπαρξης μιας αντικειμενικά διαπιστωμένης έλλειψης. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η απαιτούμενη παρέμβαση για την κάλυψη της ανάγκης έγκειται στην παροχή της απύσας θεραπείας.

Ο Brewin (Brewin & συν., 1987) κατά τη διαμόρφωση του NFCAS, ενός εργαλείου το οποίο προορίζεται για την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων και σοβαρά ψυχικά πασχόντων, υιοθετεί την κανονιστική θεώρηση της έννοιας και προσεγγίζει επίσης την ανάγκη ως μια αντικειμενική έλλειψη. Ο Brewin (1992, σελ. 220) κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της χρήσης του όρου «ανάγκη» ως αντικειμενικής έλλειψης, διακρίνει τρεις διαφορετικές κατηγορίες της έννοιας :

- Σύμφωνα με την πρώτη διάσταση αυτής της κατηγοριοποίησης, η ανάγκη μεταφράζεται ως έλλειψη υγείας ή ευημερίας και αφορά τη βελτίωση των συμπτωμάτων, της δυσφορίας, των προβλημάτων στο επίπεδο της συμπεριφοράς, των ελλειμμάτων στο επίπεδο των δεξιοτήτων, της φτώχειας και των κακών συνθηκών στέγασης. Με βάση αυτή τη χρήση του όρου, η ανάγκη ισοδυναμεί με αδυναμία επίτευξης των γενικών στόχων της υγείας και της ευημερίας (Stein and Test, 1980).
- Η δεύτερη κατηγορία ορίζει την ανάγκη ως έλλειψη πρόσβασης στην κατάλληλη μορφή περίθαλψης ή υπηρεσίας, σχεδιασμένης κατά τρόπο ώστε να καλύπτει αποτελεσματικά τις ανάγκες για φροντίδα (Lehtinen & συν., 1990).
- Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται στην ανάγκη ως έλλειψη εξειδικευμένων παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ειδικούς και μη). Η έλλειψη στη συγκεκριμένη περίπτωση αφορά τόσο τις θεραπευτικές παρεμβάσεις όσο και τις παρεμβάσεις που αφορούν την κοινωνική υποστήριξη του πάσχοντος.

Στο σημείο αυτό ο Brewin θεωρεί απαραίτητο να θέσει τη διάκριση μεταξύ αναγκών για φροντίδα και αναγκών για υπηρεσίες. Συγχρόνως τονίζει ότι στις έρευνες που είχαν προηγηθεί η διάκριση αυτή δεν γινόταν ούτε σε θεωρητικό ούτε σε ερευνητικό επίπεδο. Κατ' αυτόν τον τρόπο ως «ανάγκες για φροντίδα» ορίζονται οι απαιτήσεις για συγκεκριμένες ενέργειες ή παρεμβάσεις οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να βελτιώνουν τα συμπτώματα της αναπηρίας, ενώ ως «ανάγκες για υπηρεσίες» ορίζονται οι ανάγκες για εκείνους τους εξειδικευμένους φορείς ή τις υπηρεσίες, οι οποίες αναλαμβάνουν την παροχή και την κάλυψη των αναγκών για φροντίδα.

Η διάκριση αυτή αφενός επιτρέπει να αναγνωρίσει κανείς δυο διαφορετικές κατηγορίες αναγκών, αφετέρου δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή ή στον κλινικό να εκτιμήσει αν η κάθε ξεχωριστή ανάγκη καλύπτεται. Όπως διευκρινίζει ο Brewin (1992, σελ. 5) το γεγονός ότι μια ανάγκη αναγνωρίζεται δε σημαίνει απαραίτητα και ότι καλύπτεται. Επιπλέον, το ότι ένα άτομο κάνει χρήση μιας υπηρεσίας υγείας δεν μας δίνει καμιά πληροφορία για την επάρκεια και την καταλληλότητα της

θεραπευτικής φροντίδας που λαμβάνει, ούτε για το αν πραγματικά χρειάζεται τη συγκεκριμένη υπηρεσία της οποίας κάνει χρήση.

Μέσα από αυτή την κριτική προσέγγιση, ο Brewin μας εισάγει στην προβληματική της μελέτης του ίδιου και των συνεργατών του σχετικά με την εκτίμηση των αναγκών (Brewin & συν., 1987). Συγχρόνως, θέτει τις βασικές αρχές σύμφωνα με τις οποίες οι ανάγκες ορίζονται, αναλύονται σε όλες τους τις παραμέτρους τους και εν συνεχεία αναγνωρίζονται προκειμένου να εκτιμηθούν. Διακρίνει δε την έννοια της ανάγκης από άλλες έννοιες, όπως αυτές της «χρήσης» και της «ζήτησης» στις οποίες αναφερθήκαμε προηγουμένως.

Υπενθυμίζουμε τον ορισμό της έννοιας του NFCAS (Brewin & συν. 1987) προκειμένου αμέσως μετά να παραθέσουμε τις διευκρινίσεις επί του ορισμού της ανάγκης από τους συγγραφείς:

«Ανάγκη για φροντίδα παρίσταται i) όταν η λειτουργικότητα του πάσχοντος έχει εκπέσει ή κινδυνεύει να εκπέσει κάτω από ένα ελάχιστο συγκεκριμένο επίπεδο, και ii) αυτό οφείλεται σε μια θεραπεύσιμη ή δυνάμει θεραπεύσιμη αιτία».

Όπως γίνεται φανερό, η πρώτη προϋπόθεση την οποία θέτουν οι συγγραφείς, προκειμένου να ορίσουν την ανάγκη, βασίζεται στην αρχή του ότι «θα πρέπει να αναγνωρίζεται η ύπαρξη κάποιας συγκεκριμένης παρέμβασης, η οποία να μπορεί να βελτιώσει ή να μειώσει μια αντικειμενική έλλειψη. Η αντικειμενική έλλειψη σε αυτήν την περίπτωση είναι η κοινωνική αναπηρία». Με άλλα λόγια, ανάγκη υπάρχει όταν υπάρχουν και οι προϋποθέσεις για την κάλυψή της, ενώ δεν αρκεί να διενεργούνται συγκεκριμένες θεραπευτικές πράξεις από το προσωπικό για να θεωρήσει κανείς ότι η ανάγκη καλύπτεται. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να πληρούν κάποια επιπλέον κριτήρια ελέγχου της καταλληλότητας ή ακαταλληλότητάς τους (Brewin, 1992, σελ. 228).

Η τελευταία αυτή προϋπόθεση την οποία θέτει ο Brewin τον οδήγησε στη διάκριση μεταξύ αναγκών οι οποίες καλύπτονται και αναγκών οι οποίες δεν καλύπτονται:

- i) ως ανάγκες οι οποίες καλύπτονται ορίζονται οι ανάγκες για τις οποίες υπάρχουν και εφαρμόζονται οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες είναι τουλάχιστον μερικώς αποτελεσματικές και δεν είναι γνωστές άλλες πιο αποτελεσματικές.

- ii) ως ανάγκες οι οποίες δεν καλύπτονται ορίζονται οι ανάγκες για τις οποίες έχουν υπάρξει μόνο μερικώς αποτελεσματικές μορφές φροντίδας ή και καμιά, ενώ είναι γνωστές άλλες πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις.

Παρατηρεί κανείς ότι δίδεται έμφαση στο θεραπεύσιμο του προβλήματος. Συγκεκριμένα, σε ό,τι αφορά τους ψυχικά πάσχοντες οι Brewin & Wing (1992, σελ.5) διευκρινίζουν ότι «όταν ένα άτομο είναι κοινωνικά ανάπηρο και αυτό σχετίζεται με μια ψυχική διαταραχή για την οποία υπάρχει μια αποτελεσματική και αποδεκτή μορφή ή μοντέλο θεραπείας, τότε το άτομο έχει ανάγκη τη συγκεκριμένη θεραπεία. Το θεραπευτικό μοντέλο ιεραρχικά μπορεί να περιλαμβάνει την εξάλειψη των συμπτωμάτων, τη βελτίωσή τους, την πρόληψη της υποτροπής της διαταραχής και την πρόληψη της επιδείνωσης της κοινωνικής αναπηρίας».

Εντούτοις, όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα – έτσι όπως περιγράφηκε προηγουμένως – για το οποίο δεν έχουν ακόμη υπάρξει, δηλαδή δεν έχουν ανακαλυφθεί, κάποιες μορφές θεραπείας ή παρέμβασης τότε, σύμφωνα με τον Brewin, έχουμε πρόβλημα χωρίς ανάγκη [για φροντίδα]. Δηλαδή, έχουμε «δυνάμει ανάγκη» για μορφές φροντίδας οι οποίες προς το παρόν δεν υπάρχουν. Επιπλέον, όταν όλες οι υπαρκτές παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί και έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές, τότε έχουμε «μη καλύψιμη ανάγκη». Σε αυτή την κατηγορία ανήκει ένα άτομο με ψυχικές διαταραχές του οποίου τα συμπτώματα - π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις- έχουν αποδειχθεί ανθεκτικά (χωρίς εμφανή σημεία ύφεσης) σε όλα τα υπαρκτά νευροληπτικά φάρμακα.

Παράλληλα, μπορεί να έχουμε υπερβολική παροχή σε σχέση με μια ανάγκη. Δηλαδή, μπορεί να λαμβάνει κανείς φροντίδα για μια ανάγκη την οποία πλέον δεν έχει. Για παράδειγμα, μπορεί να λαμβάνει κανείς υψηλές δόσεις νευροληπτικών φαρμάκων για ακουστικές ψευδαισθήσεις οι οποίες έχουν υφεθεί ή περιοριστεί και η δοσολογία δεν έχει μειωθεί ή ρυθμιστεί ανάλογα για αρκετό χρονικό διάστημα.

Η προηγηθείσα εκτενής αναφορά στην έννοια και τους ορισμούς της ανάγκης των Wing & Brewin αποτέλεσε το θεωρητικό μέρος του μοντέλου το οποίο διαμόρφωσαν για την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων και σοβαρά ψυχικά πασχόντων (Σχήμα 1).

Εκτίμηση λειτουργικότητας, παρεμβάσεων και καθεστώ των αναγκών

Εκτίμηση λειτουργικότητας	Εκτίμηση παρεμβάσεων	Καθεστώς των αναγκών
Κανένα πρόβλημα ή ήπιο πρόβλημα	Καμιά παρέμβαση	Καθόλου ανάγκη
Σοβαρό τωρινό ή πρόσφατο πρόβλημα	-Καμιά αποτελεσματική παρέμβαση -Κάποιες δυνάμει πλήρως αποτελεσματικές -Καμιά πλήρως αποτελεσματική: χωρίς εναλλακτικές λύσεις -Καμιά πλήρως αποτελεσματική: με εναλλακτικές λύσεις	Μη καλύψιμη ανάγκη Ανάγκη η οποία καλύπτεται Ανάγκη η οποία καλύπτεται Ανάγκη για θεραπεία η οποία δεν καλύπτεται
Το επίπεδο λειτουργικότητας δεν είναι γνωστό		Ανάγκη για εκτίμηση η οποία δεν καλύπτεται

Υποκειμενική θεώρηση της ανάγκης

Η κριτική η οποία ασκήθηκε στο μοντέλο αυτό από τον Slade (1994) αφορά δυο βασικά σημεία της εννοιολογικής προσέγγισης των αναγκών:

- α) την κανονιστική θεώρηση της ανάγκης, σύμφωνα με την οποία η ανάγκη ορίζεται από τους ειδικούς, και
- β) την έμφαση στην ύπαρξη και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, προκειμένου να οριστεί η ανάγκη.

Σε ό,τι αφορά το πρώτο σημείο, υπενθυμίζουμε ότι το NFCAS, το εργαλείο εκτίμησης των αναγκών, σχεδιάστηκε από τον Brewin και τους συνεργάτες του με βάση την υπόθεση ότι η ανάγκη μπορεί να οριστεί και να εκτιμηθεί αντικειμενικά, ως «αντικειμενικά διαπιστωμένη έλλειψη». Ο Slade (1994) αντιπαρατίθεται κατ' αρχήν στην υπόθεση αυτή, επικαλούμενος τη διαπίστωση του Bebbington (1992, σελ. 107), ενός από τους βασικούς συνεργάτες του Brewin, σύμφωνα με την οποία «οι ανάγκες είναι αξιολογικές κρίσεις και για το λόγο αυτό είναι δύσκολο να ορισθούν αντικειμενικά».

Όπως υποστηρίζει ο Slade, είναι δύσκολο να υπάρξει συμφωνία ακόμη και μεταξύ των ειδικών ως προς το ποια είναι τα συστατικά εκείνα από τα οποία η ανάγκη συνίσταται. Η δυσκολία αυτή κατά τον Slade οφείλεται στην **«κοινωνικά**

διαπραγματεύσιμη φύση της ανάγκης». Προκειμένου να τεκμηριώσει αυτή τη θέση του αναφέρεται στις ποικίλες και διαφορετικές απόψεις τις οποίες εκφράζουν τα άτομα σχετικά με τις ανάγκες τους, «αφού ό,τι αποτελεί ανάγκη για ένα άτομο σ' ένα συγκεκριμένο τομέα, δεν αποτελεί για ένα άλλο». Επιπροσθέτως, αναφέρεται στο φαινόμενο της αλλαγής των στάσεων ενός ατόμου σχετικά με τις ανάγκες του στην πορεία του χρόνου συχνά αλλάζουν οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις των υποκειμένων σχετικά με τα συμφέροντα, τα ενδιαφέροντα και τα δικαιώματά τους, γεγονός το οποίο αλλάζει τις πεποιθήσεις τους σχετικά με τις ανάγκες τους. Οι διαφορές και η αλλαγή στις αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με τις ανάγκες τους, συνιστούν την υποκειμενική διάσταση της έννοιας της ανάγκης, γεγονός το οποίο αναιρεί την αντικειμενική της εκτίμηση.

Όπως σχολιάζει ο Slade (1994) τα περισσότερα εργαλεία βασίζονται στις αντιλήψεις των μελών του προσωπικού για την εκτίμηση των αναγκών των ψυχικά πασχόντων. Όμως οι αντιλήψεις κάθε μέλους του προσωπικού επηρεάζονται από τις αξίες και την δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας της χώρας του, από την επαγγελματική του εκπαίδευση, την επιστημονική του κατεύθυνση και την προσωπική του ιστορία. Από την άλλη πλευρά, οι αντιλήψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας καθορίζονται από το κοινωνικοπολιτισμικό τους πλαίσιο και τις προσωπικές τους αξίες, είναι φορτισμένες από τις εμπειρίες τους και αλλάζουν ανάλογα με τις προσδοκίες τους.

Τα δεδομένα αυτά συνηγορούν, σύμφωνα με τον Slade, υπέρ της άμεσης εμπλοκής των χρηστών και εν προκειμένου των ψυχικά πασχόντων, στην εκτίμηση των αναγκών τους. Επιπλέον, με το να λαμβάνονται υπόψη στην εκτίμηση των αναγκών οι απόψεις και των δυο πλευρών - αφού καμιά από τις δυο δεν είναι «αντικειμενική» - αυτό οδηγεί σε μια πιο ισορροπημένη θεώρηση των αναγκών του υποκειμένου.



Η προσέγγιση αυτή εστιάζει στα κοινωνικοπολιτισμικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία εξάλλου ορίζονται τόσο η ψυχική διαταραχή όσο και η κοινωνική αναπηρία, ακόμη και στο πλαίσιο της κανονιστικής θεώρησης (Wing 1990, Brewin 1992). «Αυτό όμως», λέει χαρακτηριστικά ο Slade, «δεν σημαίνει ότι οι ανάγκες μπορούν να οριστούν αντικειμενικά, καθώς η ερμηνεία των κοινωνικο-πολιτισμικών δεδομένων διαφέρει από άτομο σε άτομο». Αντιθέτως, σύμφωνα με τον Slade, η εκτίμηση των αναγκών βάσει των απόψεων τόσο των χρηστών όσο και του προσωπικού συνάδει με την κοινωνικά διαπραγματεύσιμη προέλευση της ανάγκης.

Παράλληλα, οι συγγραφείς αναφέρουν μεταξύ άλλων τον ορισμό των Stevens & Gabbay (1991) σύμφωνα με τον οποίο «ως ανάγκη ορίζεται αυτό από το οποίο οι άνθρωποι μπορούν να ωφεληθούν». Με βάση αυτόν τον ορισμό, είναι λάθος να συμπεραίνουμε ότι «η ανάγκη ισοδυναμεί με την εκτίμηση του επαγγελματία ψυχικής υγείας». Η μονομερής εκτίμηση των αναγκών θα είναι ανεπαρκής καθώς «είναι απίθανο ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας να έχει ολοκληρωμένη άποψη για την ζωή του χρήστη» (Slade, 1994).

Το δεύτερο σημείο της κριτικής του Slade στον Brewin και τους συνεργάτες του αφορά την επικέντρωση των τελευταίων στην ύπαρξη ή μη θεραπευτικών παρεμβάσεων, προκειμένου να ορίσουν την ανάγκη. Όπως αναφέρει ο Slade, το συγκεκριμένο μοντέλο – MRC Need For Care Assessment – είναι σχεδιασμένο ώστε να ελέγχει εξονυχιστικά την καταλληλότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, οι οποίες αναπτύσσονται για την κάλυψη της ανάγκης. Ωστόσο, η ψυχιατρική δεν διαθέτει προς το παρόν τις μεθόδους εκείνες οι οποίες να μπορούν να ελέγξουν πρότερα το βαθμό στον οποίο ένα άτομο μπορεί να ωφεληθεί από μια συγκεκριμένη παρέμβαση. Επιπλέον, «με μια τέτοια χρήση του όρου ‘ανάγκη’, η εκτίμηση παύει να είναι προσανατολισμένη στις ανάγκες. Εκείνο το οποίο σε τελική ανάλυση εκτιμάται δεν είναι οι ανάγκες, αλλά η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων».

Οι Phelan, Slade, Thornicroft και συν. (1995), σε αντίθεση με τους προηγούμενους ερευνητές, προσεγγίζουν την ανάγκη ως υποκειμενική έννοια. Στο πλαίσιο του εργαλείου CAN (Camberwell Assessment of Need) το οποίο και διαμόρφωσαν για την εκτίμηση των αναγκών των χρόνιων και σοβαρά ψυχικά πασχόντων υιοθετούν τον ορισμό των Steven & Gabbay (1991): «Ανάγκη είναι η ικανότητα του ατόμου να ωφελείται με κάποιο τρόπο από την υγειονομική

περίθαλψη». Οι συγγραφείς επέκτειναν τον ορισμό αυτό, ώστε για τους ψυχικά πάσχοντες να περιλαμβάνει και την κοινωνική περίθαλψη (Phelan & συν., 1995).

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, οι ψυχικά πάσχοντες έχουν ποικίλες και πολυσχιδείς κλινικές και κοινωνικές ανάγκες. Από την άλλη πλευρά, μολονότι έχουν κάποιες ειδικές ανάγκες, η πλειονότητα των αναγκών τους είναι ίδιες με αυτές των μη ψυχικά πασχόντων.

Σε ό,τι αφορά τις ειδικές ανάγκες των ψυχικά πασχόντων, οι Phelan, Slade & Thornicroft υποστηρίζουν ότι σχετίζονται με την ψυχική διαταραχή η οποία είναι αναπηρογόνος. Προκαλεί δηλαδή στο άτομο ποικίλα προβλήματα κοινωνικής αναπηρίας, βλάπτοντας τη λειτουργικότητα του πάσχοντος. Στο σημείο αυτό διαπιστώνουμε ότι οι συγγραφείς συμφωνούν με τους προκατόχους τους, Wing & Brewin. Ωστόσο, διευκρινίζουν ότι η έμφαση στη δική τους προσέγγιση δίδεται στην εύστοχη αναγνώριση των αναγκών. Εστιάζουν δε το ενδιαφέρον τους στον εντοπισμό των αναγκών οι οποίες δεν καλύπτονται. Για το λόγο αυτό οι συγγραφείς επιμένουν ότι η άποψη και η ισότιμη συμμετοχή των ψυχικά πασχόντων στην εκτίμηση των αναγκών τους είναι εξίσου έγκυρη με αυτή των θεραπειών τους και αναγκαία ώστε να επιτευχθεί πλήρως η αναγνώριση των αναγκών αυτών.

A. Κανονιστική προσέγγιση της ανάγκης

Οι ανάγκες ορίζονται ως ανθρώπινες απαιτήσεις για σωματική και ψυχική υγεία (Tracy, 1986). Θα πρέπει συνεπώς να διαπιστωθούν από τους ειδικούς στους τομείς της υγείας προκειμένου να καλυφθούν. Υπό αυτή την έννοια οι ανάγκες έχουν αντικειμενική βάση.

«Ανάγκη για ιατρική φροντίδα υφίσταται, όταν ένα άτομο έχει μια αρρώστια ή ανικανότητα για την οποία υπάρχει μια αποτελεσματική και αποδεκτή θεραπεία ή περίθαλψη.

Η ανάγκη μπορεί να οριστεί είτε από την άποψη της αρρώστιας ή της ανικανότητας, η οποία και την προκαλεί, είτε από την άποψη της θεραπείας και των θεραπευτικών μέσων τα οποία απαιτούνται για την κάλυψή της.

B. Υποκειμενική προσέγγιση της ανάγκης

- **Ορισμός:** Ανάγκη είναι η ικανότητα του ατόμου να ωφελείται με κάποιο τρόπο από την υγειονομική και την κοινωνική περίθαλψη (Stevens & Gabbay 1991)
- Ανάγκη για φροντίδα παρίσταται ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη δυνητικά θεραπευτικών παρεμβάσεων
- Οι ανάγκες συνιστούν αξιολογικές κρίσεις και είναι δύσκολο να οριστούν αντικειμενικά. Ορίζονται συνεπώς υποκειμενικά
- Υπάρχουν ποικίλες και διαφορετικές απόψεις μεταξύ των υποκειμένων σχετικά με τις ανάγκες τους, καθώς, ό,τι αποτελεί ανάγκη για ένα άτομο σε ένα συγκεκριμένο τομέα, δεν αποτελεί για ένα άλλο
- Υπάρχει συνήθως αλλαγή των στάσεων του υποκειμένου σχετικά με τις ανάγκες του στην πορεία του χρόνου, καθώς αλλάζουν οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις τους σχετικά με τα συμφέροντα, τα ενδιαφέροντα και τα δικαιώματά τους
- Οι διαφορές μεταξύ των ατόμων σχετικά με τις ανάγκες τους και η μεταβολή των αναγκών τους συνιστούν την υποκειμενική διάσταση της έννοιας της ανάγκης, γεγονός που αναιρεί την αντικειμενική της εκτίμηση
- Υπάρχουν συνήθως διαφορετικές απόψεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για τις ανάγκες των χρηστών και για τις παρεμβάσεις με τις οποίες οι ανάγκες θα καλυφθούν
- Οι απόψεις του ειδικού υγείας επηρεάζονται από την επαγγελματική του ιδιότητα, από τον θεωρητικό του προσανατολισμό, την εκπαίδευσή του, τις αξίες και την δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας της χώρας του, τις επαγγελματικές του προσδοκίες και την προσωπική του ιστορία
- οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σχετικά με τις ανάγκες τους καθορίζονται από το κοινωνικοπολιτισμικό τους πλαίσιο, τις προσωπικές τους αξίες και το ιατρικό τους ιστορικό είναι φορτισμένες

από τις προηγούμενες εμπειρίες τους και αλλάζουν σύμφωνα με τις προσδοκίες τους

- Οι ανάγκες λόγω της υποκειμενικής της διάστασης:

1. Αποτελούν ως προς την αναγνώρισή τους αντικείμενο κοινωνικής διαπραγμάτευσης
2. Εκτιμώνται τόσο από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όσο και από τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

**Οι ανάγκες των ατόμων
με σοβαρές ψυχικές διαταραχές**

- Ανάγκη για φροντίδα παρίσταται, όταν η λειτουργικότητα του πάσχοντος έχει εκπέσει ή κινδυνεύει να εκπέσει κάτω από ένα συγκεκριμένο επίπεδο και η έκπτωση αυτή απορρέει από την ψυχική διαταραχή
- Ανάγκη για φροντίδα παρίσταται, όταν υπάρχουν δυνητικά αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Η ανάγκη προσεγγίζεται ως **αντικειμενική έλλειψη** και διακρίνεται σε:
 1. Έλλειψη υγείας και ευημερίας, η οποία μεταφράζεται στους ψυχικά πάσχοντες ως κοινωνική αναπηρία από την οποία προκύπτουν οι ανάγκες
 2. Έλλειψη επαρκών και κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων
 3. Δυσχέρεια πρόσβασης στην κατάλληλη υπηρεσία ψυχικής υγείας

**Οι ανάγκες των ατόμων
με σοβαρές ψυχικές διαταραχές**

- Ειδικές κλινικές και κοινωνικές ανάγκες - προϊόντα κοινωνικής αναπηρίας
- Βασικές ανθρώπινες ανάγκες
- Αιτήματα αναγνώρισης των αναγκών

Ανάγκες και ποιότητα ζωής

Μετά από διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αναγκών και ποιότητας ζωής βρέθηκε ότι η κάλυψη των αναγκών των ψυχικά πασχόντων επιδρά άμεσα στην ποιότητα ζωής τους (Slade & συν., 1999). Ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας την οποία έχει το άτομο και στην ικανοποίηση που βιώνει σχετικά με την ζωή του.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, όσο ο αριθμός των αναγκών οι οποίες δεν καλύπτονται αυξάνεται, τόσο η ποιότητα ζωής των ατόμων μειώνεται. Το γεγονός αυτό έχει συχνά σοβαρές επιπτώσεις στην πορεία και την έκβαση της διαταραχής των ψυχικά πασχόντων, για ορισμένους από τους οποίους η διασφάλιση μιας καλής ποιότητας ζωής αποτελεί το μέγιστο δυνατό θεραπευτικό στόχο (Baker and Intagliata, 1982).

Η τελευταία αυτή διαπίστωση βασίζεται στο γεγονός ότι για τις ψυχιατρικές διαταραχές δεν έχει ακόμη ανεβρεθεί η θεραπευτική μέθοδος που να επιφέρει πλήρη ίαση. Άρα οι θεραπευτικοί στόχοι που τίθενται αφορούν τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την πρόληψη της υποτροπής και κυρίως τη βελτίωση και την πρόληψη των προβλημάτων κοινωνικής αναπηρίας. Η βελτίωση των προβλημάτων κοινωνικής αναπηρίας συντελεί στην ενίσχυση του πάσχοντος στην ανάληψη των κοινωνικών και εργασιακών του ρόλων (Wing, 1990). Η δυνατότητα του πάσχοντος ν' αναπτύξει κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες αποτελεί κρίσιμη προϋπόθεση για την **αποκατάσταση** και την **κοινωνική του επανένταξη**. Οι δυο αυτοί τελευταίοι δείκτες συνιστούν **παράγοντες αποφασιστικής σημασίας για τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής του ατόμου με ψυχική διαταραχή** (Lehman & συν., 1983).

Ο Lehman μετά από έρευνα σε 278 χρόνιους ψυχικά πάσχοντες – οι οποίοι είχαν μετεγκατασταθεί σε κοινοτικές δομές – κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η μετάβαση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα δεν έχει ακόμη καταφέρει να εξασφαλίσει στους ψυχικά πάσχοντες ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Lehman, η πλειονότητα των πασχόντων δήλωναν ιδιαίτερος δυσαρεστημένοι με την ζωή τους. Οι βασικότεροι λόγοι αυτής της δυσαρέσκειας, σύμφωνα με την άποψη των ψυχικά πασχόντων, συνδέεται με

α) το χαμηλό εισόδημα,

β) την έλλειψη απασχόλησης, και

γ) την ανυπαρξία φιλικών και κοινωνικών σχέσεων.

Ο Lehman συγκρίνοντας την ποιότητα ζωής πρώην ψυχιατρικών νοσηλευομένων με την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού, διατύπωσε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

α) οι χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής συγκρινόμενη ακόμη και με αυτή των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων,

β) η χαμηλή ποιότητα ζωής οφείλεται στο ότι είναι

- 1) φτωχοί - συγκαταλέγονται στις φτωχότερες ομάδες του πληθυσμού,
- 2) άνεργοι, και
- 3) κοινωνικά απομονωμένοι.

Γίνεται αντιληπτό, επομένως, πόσο απαραίτητη είναι η διαδικασία εκτίμησης των αναγκών στη διασφάλιση της ποιότητας ζωής. Με τη συστηματική εκτίμηση των αναγκών, μέσα από τη συμμετοχή τόσο των μελών του προσωπικού όσο και των χρηστών, εντοπίζονται οι περιοχές εκείνες των αναγκών οι οποίες δεν καλύπτονται. Σκοπός των εκτιμήσεων αυτών είναι να προσανατολίζουν τις προσπάθειες και των δυο πλευρών προς την κατεύθυνση της ικανοποίησης των αναγκών αυτών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μειώνεται η δυσaréσκεια των ψυχικά πασχόντων σχετικά με την ζωή τους και ενισχύεται η ποιότητά της.

Από την άλλη πλευρά, η ισότιμη συμμετοχή θεραπευτών και θεραπευόμενων στην εκτίμηση των αναγκών των τελευταίων, οδηγεί στην από κοινού θέσπιση προτεραιοτήτων στη διαμόρφωση του θεραπευτικού σχεδιασμού και στην από κοινού ιεράρχηση της κάλυψης των αναγκών. Η διαδικασία αυτή της ισότιμης συμμετοχής του ψυχικά πάσχοντος στην εκτίμηση των αναγκών του, όσο αυτό είναι δυνατό, τον καθιστά υπεύθυνο και τον κινητοποιεί. Η στρατηγική αυτή φαίνεται από τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα ν' αποτελεί την καλύτερη υπαρκτή πρόταση για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, την αποκατάσταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κοινός στόχος κάθε προγράμματος παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η κάλυψη των αναγκών των χρηστών. Ως εκ τούτου κρίθηκε απαραίτητο κάθε σύστημα παροχής φροντίδας να είναι προσανατολισμένο στο ζήτημα των αναγκών.

- Η ανάγκη αποτελεί το σταυροδρόμι μεταξύ του προβλήματος, της δράσης και της αξιολόγησης.
 - Το πεδίο κοινωνικής διαπραγμάτευσης μεταξύ των εμπλεκόμενων ομάδων, όπως χρήστες υπηρεσιών υγείας, επαγγελματίες υγείας και οικονομολόγοι της υγείας.
 - Ο Wing (1990) χαρακτηρίζει την έννοια της ανάγκης ως «την κεντρική ιδέα σε κάθε έρευνα αξιολόγησης των ψυχιατρικών υπηρεσιών, γύρω από την οποία συντάσσονται όλα τα επιμέρους στοιχεία της».
- 1) Η εκτίμηση αναγκών έχει αναδειχθεί νομοθετικά σε μια σειρά από χώρες της Δ. Ευρώπης ως ο κεντρικός άξονας στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Hansson et al., 1995).
 - 2) Λειτουργεί ως αποφασιστικής σημασίας εργαλείο για το θεραπευτικό σχεδιασμό και την αξιολόγηση της επάρκειας και της καταλληλότητας των παρεμβάσεων στο επίπεδο της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης (Brewin et al., 1987).
 - 3) Αποτελεί κρίσιμη φάση της θεραπευτικής διαδικασίας, δεδομένου ότι η εύστοχη αναγνώριση των αναγκών προϋποθέτει και απαιτεί τον εντοπισμό και την ανάλυση των προβλημάτων κοινωνικής αναπηρίας του πάσχοντος, από τα οποία οι ανάγκες αυτές προκύπτουν (Wing, 1990).
 - 4) Ανιχνεύει τις μεταβολές των αναγκών, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να οδηγούνται σ' έναν ευέλικτο σχεδιασμό ως προς τη λειτουργία τους και την ανάπτυξη των παρεμβάσεών τους.
 - 5) Συνιστά αναγκαία διεργασία για τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων (Slade et al., 1999): η εκτίμηση των αναγκών οδηγεί στην κάλυψή τους, δηλαδή στη μείωση της κοινωνικής αναπηρίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Βιβλιογραφία

- Baker F. and Intagliata J. (1982). *Quality of life in the evaluation of community support systems*. Evaluation and Programme planning, 5: 69-79
- Bebbington P. (1992). *Assessing the need for psychiatric treatment at the district level: the role of the surveys*. In Thornicroft G., Brewin C.R., Wing J. (eds): *Measuring mental health Needs*. London: Gaskell/ Royal College of Psychiatrists.
- Bebbington P.E., Marsden L., Brewin C.R., Lesage A. (1996). *Measuring the need for psychiatric treatment in the general population: the community version of the MRC Needs for Care Assessment*. Psychological Medicine, 26: 229-236.
- Bebbington P.E., Marsden L., Brewin C.R. (1997). *The need for psychiatric treatment in the general population: The Camberwell Needs for care survey*. Psychological Medicine, 27: 821- 834.
- Bradshaw J. (1972). *A taxonomy of social need*. In *Problems and progress in Medical Care: Essays on Current Research* (ed. G. McLachlan) 7th series/ London: Oxford University Press.
- Brewin C.R. (1992). *Measuring individual needs for care and services*. In Thornicroft G., Brewin C.R., Wing J. ed. *Measuring mental health needs*. London: Gaskell /Royal College of Psychiatrists.
- Brewin C., Veltro F., Wing et al. (1990). *The Assessment of psychiatric disability in the community: a comparison of clinical, staff and family interviews*. British Journal of Psychiatry, 157:671-4.
- Brewin C.R., Wing J., Mangen S., Brugha T. and MacCarthy B. (1987). *Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment*. Psychological Medicine, 17: 971- 981.
- Brewin C.R. and Wing J. (1989). *MRC Needs for Care Assessment: Manual for version Two/2*. London: Institute of Psychiatry
- Hansson L., Björkman T. and Svensson B. (1995). *The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 92: 285- 293
- House of Commons. *The National Health Service and Community Care Act*. London: HMSO, 1990.
- Lehman A. (1983). *The Well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life*. Archives in General Psychiatry, 40:369- 373.
- Lehtinen V., Joukamaa M., Jyrkinen E. (1990). *Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health survey*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 81:426-431
- Μπαμπινιώτης Γ. (1998). *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. σελ. 151. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας
- Maslow A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- Matthew G. (1971): *Measuring of Need*. In *Social Psychiatry. Theory, Methodology and Practice* (ed. G. MacLachlan), London: Oxford University Press
- McCrone P., Leese M., Thornicroft G., Schene A.H., Knudsen H.C., Vasquez-Barquero J.L., Lasalvia A., Padfield S., White I.R., Griffiths G. (2000): *Reliability of the Camberwell Assessment of Need- European version. EPSILON Study 6. European*

- Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. British Journal of Psychiatry Suppl. (39): 534-540.
- Phelan M., Slade M., Thornicroft G. et al. (1995). *The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with severe Mental Illness*. British Journal of Psychiatry, 167: 589-595
- Shapiro S., Skinner E., Krammer M. (1985). *Measuring need for mental health services in a general population*. Medical Care, 23:1033-1043.
- Slade M. (1994). *Needs Assessment: Involvement of staff and users will help to meet needs*. British Journal of Psychiatry, 165: 293-296.
- Slade M., Leese M., Taylor R. and Thornicroft G. (1999). *The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 100:149-157
- Stevens A. and Gabbay J. (1991). *Needs assessment needs assessment...* Health Trends, 23:20-23
- Tracy L. (1986). *Toward an improved need theory: in response to legitimate criticism*. Behavioral Science, 31:205-218.
- Wing J.K., Cooper J. and Sactorius N. (1974). *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wing J. (1990). *Meeting the needs of people with psychiatric disorders*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25:2-8.
- Wing J. (1972). *Principles of evaluation*. In *Evaluating a Community Psychiatric Service* (ed. J. K. Wing and A.M. Hailey), Oxford University Press: Oxford.
- Wing J. (1978). *Medical and Social Science and medical and social care*. In *Social Care Research* (ed. J. Barnes and N. Connely), London: Bedford Square Press.
- Wing J. (1986). *The cycle of planning and evaluation*. In *The provision of Mental Health Services in Britain: The Way Ahead* (ed. G. Wilkinson and H. Freeman), London: Gaskell Press.
- Wing J. (1992). *Epidemiologically-Based Mental Health Needs Assessment: Review of Research on Psychiatric Disorders (ICD-10, F2-F6)*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Wing J., Brewin C.R. and Thornicroft G. (1992). *Defining mental health needs*. In *Measuring Mental Health Needs* (eds. G. Thornicroft, C.R. Brewin, J. Wing), London: Gaskell/ Royal College of Psychiatrists.
- Wing J. and Brown G.W. (1970). *Institutionalisation and schizophrenia*. Cambridge University Press.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ

2.1 Εκτίμηση αναγκών σε επίπεδο πληθυσμού

Η χρήση της επιδημιολογίας στην εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας

Ως επιδημιολογία ορίζεται η μελέτη της κατανομής των νόσων στους ανθρώπινους πληθυσμούς. Η μελέτη αυτή εκφράζεται μέσα από τους βασικούς δείκτες της συχνότητας των νόσων, του επιπολασμού και της επίπτωσής τους. Ο πρώτος δείκτης αφορά στη συχνότητα όλων των περιπτώσεων της νόσου/ διαταραχής/ προβλήματος υγείας σ' ένα δεδομένο πληθυσμό σε μια δεδομένη χρονική στιγμή/ χρονική περίοδο, ενώ ο δεύτερος δείκτης στη συχνότητα των νέων περιπτώσεων της νόσου σε μια καθορισμένη χρονική περίοδο. Οι δείκτες αυτοί αποτελούν τις βασικές μετρήσεις στις επιδημιολογικές έρευνες προκειμένου να εκτιμηθεί η έκταση μιας νόσου και οι επιπτώσεις της. Βασικά, η επιδημιολογία έχει τις παρακάτω οκτώ χρήσεις όπως έχουν ιστορικά προσδιοριστεί (Morris 1957, Gruenberg 1966):

- I. Ιστορική μελέτη της υγείας των ανθρώπινων κοινοτήτων και των διαχρονικών μεταβολών τους και προβολή των τάσεων που διαπιστώνονται στο μέλλον.*
- II. Η διάγνωση των νόσων στην κοινότητα, με την έννοια της εκτίμησης της νοσηρότητας στο γενικό πληθυσμό και όχι μόνο μέσω της συλλογής στοιχείων από τα άτομα που επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας.*
- III. Η μελέτη της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, με πρώτο στόχο την αποτύπωση των αναγκών και των διατιθέμενων πόρων και στη συνέχεια την αξιολόγηση των υπηρεσιών με βάση το βαθμό κάλυψης των αναγκών που επιτυγχάνουν μέσα από τις υπηρεσίες που παρέχουν.*
- IV. Η πρόληψη των νόσων μέσω της ταυτοποίησης των παραγόντων που συμβάλουν στην αιτιολογία τους και την, στη συνέχεια, παρέμβαση για την εξάλειψη/ έλεγχο τους.*
- V. Η εκτίμηση της πιθανότητας ανάπτυξης μιας νόσου ή ανάρρωσης από αυτήν σε ατομικό επίπεδο.*
- VI. Η συμπλήρωση της κλινικής εικόνας των νόσων.*
- VII. Η ταυτοποίηση κλινικών συνδρόμων των νόσων, μέσω της μελέτης της κατανομής των συμπτωμάτων τους στον πληθυσμό.*

VIII. Η έρευνα των αιτίων των νόσων, μέσω της ανακάλυψης ομάδων με υψηλή και χαμηλή συχνότητα της νόσου και της μελέτης των διαφορών τους.

Από την απαρίθμηση των παραπάνω στόχων της επιδημιολογίας, γίνεται σαφές πως αποτελεί τη βασική μεθοδολογική προσέγγιση για τη μελέτη των αναγκών ψυχικής υγείας σε επίπεδο πληθυσμού.

Η σημασία της ύπαρξης αξιόπιστων επιδημιολογικών στοιχείων εκτίμησης των αναγκών ψυχικής υγείας ενός πληθυσμού είναι βασικό στοιχείο για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μιας χώρας ή γεωγραφικής περιοχής, όπως τονίζεται σε πρόσφατη οδηγία του ΠΟΥ (2003), εφ' όσον αυτές πρέπει να είναι προσανατολισμένες στην κάλυψη των αναγκών, με βάση την οποία πρέπει να αξιολογείται η λειτουργία τους.

Επιδημιολογικές έρευνες γενικού πληθυσμού

Οι επιδημιολογικές έρευνες γενικού πληθυσμού αποτελούν τις πιο αξιόπιστες πηγές πληροφοριών για την εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας. Συνήθως διενεργούνται σε εθνικό επίπεδο, σε ικανό αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού (5000 – 10000 άτομα). Στις έρευνες αυτές συνήθως εκτιμώνται τα παρακάτω στοιχεία:

- I. Η ψυχιατρική νοσηρότητα (επιπολασμός και επίπτωση) των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό. Η εκτίμηση προϋποθέτει τη χρήση αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων (κλίμακες, τυποποιημένες ψυχιατρικές συνεντεύξεις) για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών (General Health Questionnaire, CIDI, SCAN, CIS-R, κλπ).*
- II. Η λειτουργικότητα/ αναπηρία και η ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Και για την περίπτωση αυτή απαιτείται η χρήση αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων για την εκτίμηση αυτών των παραμέτρων (SF-36, WHODAS-II, EQ-5D, WHOQOL, κλπ).*
- III. Η χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Η εκτίμηση αυτή βασίζεται σε ερωτηματολόγια με τα οποία ερωτώνται οι συμμετέχοντες στην έρευνα για τη χρήση των υπηρεσιών αυτών.*

- IV. Άλλες παράμετροι που ενδιαφέρουν την ψυχική υγεία (στάσεις και απόψεις για τις υπηρεσίες, στίγμα απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, χρήση ψυχοφαρμάκων, επιβάρυνση από τη νόσο, κλπ).

Τα στοιχεία που παρέχουν οι έρευνες γενικού πληθυσμού είναι, εφ' όσον είναι επικαιροποιημένα, πολύτιμα όσον αφορά στα παρακάτω:

1. Εκτίμηση της «θεραπευόμενης» ή «εμφανούς» και της «κρυφής» νοσηρότητας του πληθυσμού. Η πρώτη ορίζεται ως η νοσηρότητα (επιπολασμός, επικράτηση) που χρησιμοποιεί τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ η δεύτερη ως η νοσηρότητα που είτε δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες, είτε χρησιμοποιεί άλλες εναλλακτικές υπηρεσίες ή πηγές για την κάλυψη των αναγκών τους.
2. Εκτίμηση των επακόλουθων των ψυχικών διαταραχών (αναπηρία/ ποιότητα ζωής).
3. Εκτίμηση της κάλυψης των αναγκών των ατόμων με ψυχικές διαταραχές με βάση τα επακόλουθα που παρουσιάζουν από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
4. Εκτίμηση των στάσεων και των απόψεων του πληθυσμού απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Τα στοιχεία αυτά μπορεί να δώσουν έναυσμα σε παρεμβάσεις σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο προκειμένου να δημιουργηθούν προγράμματα καταπολέμησης του στίγματος.
5. Ταυτοποίηση ομάδων υψηλού κινδύνου ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό για τις οποίες απαιτούνται ειδικές παρεμβάσεις ή υπηρεσίες.

Βασικά προβλήματα και μειονεκτήματα των επιδημιολογικών ερευνών γενικού πληθυσμού αποτελούν τα παρακάτω:

- α) Οι έρευνες αυτές δεν είναι κατάλληλες για τη μελέτη σπάνιων διαταραχών, όπως είναι η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή, είναι όμως ιδιαίτερα χρήσιμες για τις συχνές ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, νευρώσεις, αλκοολισμός, χρήση ουσιών, κλπ).
- β) Οι έρευνες αυτές πρέπει να είναι «επικαιροποιημένες», με την έννοια πως πρέπει οι πληροφορίες που παρέχουν ν' αντανakλούν την τρέχουσα πραγματικότητα. Για το λόγο αυτό πρέπει να επαναλαμβάνονται κατά τακτά διαστήματα (π.χ. ανά πενταετία). Εφ' όσον η συνθήκη αυτή επιτευχθεί, δίνουν πολύτιμα διαχρονικά στοιχεία τόσο για την εξέλιξη της νοσηρότητας, όσο και για τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

γ) Λόγω των μεγάλων δειγμάτων ατόμων που χρειάζεται να εξετασθούν, και των πόρων (οικονομικών και ανθρώπινων) που απαιτούνται, συνήθως γίνονται σε εθνικό και όχι σε τοπικό επίπεδο. Έτσι, είναι δυνατό να παραβλέπονται τοπικές ιδιομορφίες που καθιστούν τη χρήση των αποτελεσμάτων τους σε τοπικό επίπεδο προβληματική.

δ) Λόγω της διεξαγωγής τους σε «γενικό πληθυσμό», είναι πιθανό πως οι έρευνες αυτές δεν μπορούν να αποτυπώσουν τα προβλήματα ειδικών ομάδων οι οποίες συνήθως (λόγω τρόπου ζωής, κατοικίας, κλπ) δεν περιλαμβάνονται στο δείγμα του γενικού πληθυσμού. Τέτοιες ομάδες είναι για παράδειγμα, οι παρακάτω:

- Οι διαβιούντες στα ψυχιατρικά ιδρύματα ή στις μονάδες αποκατάστασης και στέγασης.
- Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα.
- Οι φυλακισμένοι.
- Οι ηλικιωμένοι.
- Οι άστεγοι, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες.
- Οι πάσχοντες από χρόνια σωματικά νοσήματα.

Εν τούτοις, είναι γνωστό πως στις ομάδες αυτές υπάρχει υψηλή συχνότητα ψυχικών διαταραχών. Κατά συνέπεια, ακόμα και η έρευνα σε τοπικό επίπεδο μπορεί να μην αποδώσει την πραγματικότητα, εφ' όσον δεν συμπληρώνεται από έρευνες ειδικά σχεδιασμένες για την εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας στις ομάδες αυτές. Για παράδειγμα, στη Μ. Βρετανία, η έρευνα γενικού πληθυσμού που έγινε σε 10108 άτομα, συμπληρώθηκε από τις παρακάτω έρευνες (Jenkins & Melzer 2001):

- Άτομα με ψύχωση που ζουν στην κοινότητα (N=300).
- Άτομα που ζουν σε ιδρύματα για ψυχικά ασθενείς (N=1191)
- Άστεγα άτομα (N=1166)
- Άτομα σε φυλάκιση (N=3142)
- Παιδιά και έφηβοι 5-15 ετών (N=10438).

Επιδημιολογικές έρευνες σε ευπαθείς ομάδες

Βασική γνώση που θα δώσει στοιχεία για έρευνες ή/ και παρεμβάσεις στις ευπαθείς ομάδες, αποτελεί πρώτα απ' όλα η γνώση των δημογραφικών στοιχείων της περιοχής, όπως αυτά αποτυπώνονται στις τακτικά διενεργούμενες απογραφές γενικού πληθυσμού. Έτσι, σε τοπικό επίπεδο πρέπει να είναι γνωστά:

- *Η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού.*
- *Η σύνθεση του πληθυσμού ως προς την απασχόληση (ποσοστά ανεργίας).*
- *Η σύνθεση του πληθυσμού ως προς την οικογενειακή κατάσταση (μονογονεϊκές οικογένειες, άτομα που διαβιούν μόνα, κλπ).*
- *Στοιχεία που αφορούν τη στέγαση (ποσοστό αστέγων).*
- *Στοιχεία που αφορούν το ποσοστό των μεταναστών στην περιοχή και αλλοδαπών εθνικών ομάδων.*

Άλλα στατιστικά στοιχεία που επίσης μπορεί να υπάρχουν σε τοπικό επίπεδο μπορεί να είναι επίσης χρήσιμα, όπως:

- *Ποσοστό διαζυγίων.*
- *Τοπική χρήση οινοπνεύματος στην περιοχή.*
- *Συχνότητα συλλήψεων για παράνομη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.*

Επιπλέον, η ύπαρξη στην περιοχή γηροκομείων/ οίκων ευγηρίας, ψυχιατρικού νοσοκομείου ή φυλακής, μπορεί να δώσει σχετικές πληροφορίες για διερεύνηση σε τοπικό επίπεδο.

Η διεξαγωγή ερευνών για την εκτίμηση της νοσηρότητας στις ομάδες αυτές, είναι δυνατό να δώσει σημαντικά στοιχεία για τα παρακάτω:

- *Εκτίμηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας (φανερής και κρυφής) στις ομάδες αυτές.*
- *Εκτίμηση των επακόλουθων της νοσηρότητας (αναπηρίας/ ποιότητας ζωής) στις ομάδες αυτές.*
- *Εκτίμηση της κάλυψης των αναγκών των ομάδων αυτών από τις υφιστάμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.*

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι παρακάτω πληθυσμιακές ομάδες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών:

- Άνεργοι (Jenkins et al 1997).
- Μετανάστες και πρόσφυγες (Bhui 2001).
- Άστεγοι (Jenkins & Melzer 2001)
- Τα άτομα που υπέστησαν πρώιμο αποχωρισμό από τους γονείς στην παιδική ηλικία, ή κακοποίηση στη διάρκεια της (Brown & Harris 1978).
- Τα άτομα με χρόνια σωματικά νοσήματα ή με σωματικές νόσους απειλητικές για τη ζωή (Lewis et al 2001).
- Τα άτομα με φτωχό κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο (Lewis et al 2001).
- Οι ηλικιωμένοι που ζουν σε οίκους ευγηρίας και γηροκομεία (Reynold & Orrell 2001).
- Οι φυλακισμένοι (Jenkins & Melzer 2001).

Χρήση υπηρεσιών – Θεραπευόμενη και κρυφή νοσηρότητα

Όπως ελέγχθη παραπάνω, οι έρευνες γενικού πληθυσμού, αλλά εκείνες σε ειδικές ομάδες στις οποίες υπάρχει σημαντικός λόγος να γίνουν ξεχωριστές έρευνες, θα δώσουν στοιχεία, εκτός από εκείνα της γενικής ψυχιατρικής νοσηρότητας, και για τη χρήση των υπηρεσιών από τον πληθυσμό, αλλά και για την ειδικότερη κάλυψη των αναγκών του από αυτές. Η διαφορά της συνολικής ψυχιατρικής νοσηρότητας από τη «θεραπευόμενη» ή «εμφανή» νοσηρότητα (ποσοστό του πληθυσμού με ψυχιατρικά προβλήματα που κάνει χρήση των υπηρεσιών) αποτελεί την «κρυφή» νοσηρότητα. Για το ποσοστό αυτό του πληθυσμού, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν καλύπτουν τις ανάγκες ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά στη θεραπευόμενη νοσηρότητα, οι ανάγκες μπορεί να καλύπτονται πλήρως και επαρκώς (π.χ. σωστή φαρμακευτική αγωγή και τακτική παρακολούθηση, ψυχοθεραπείες, πλήρης κάλυψη των αναγκών για αποκατάσταση, στέγαση, κλπ), να υπερκαλύπτονται (π.χ. υπερβολική δόση νευροληπτικών φαρμάκων σε ψυχωτικούς ασθενείς στη φάση της συντήρησης), ή να καλύπτονται μερικώς. Η έρευνα κάλυψης των ειδικών αναγκών των ασθενών, αποτελεί αντικείμενο ιδιαίτερου είδους ερευνών που αφορούν ξεχωριστό κεφάλαιο.

Στις έρευνες για σπάνιες διαταραχές, όπως είναι οι ψυχώσεις και η διπολική διαταραχή, τα στοιχεία για τη συχνότητά τους και τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής

υγείας, δεν είναι δυνατό να προκύψουν από έρευνες γενικού πληθυσμού, αλλά από πληροφορίες που συλλέγονται τακτικά από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες στις περισσότερες περιπτώσεις αντανακλούν την πραγματικότητα, για τους παρακάτω λόγους:

- I. Οι διαταραχές αυτές είναι αρκετά σοβαρές και στην πλειονότητα των περιπτώσεων έχουν επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.*
- II. Η απόκλιση της συμπεριφοράς των ατόμων με παρόμοιες διαταραχές είναι μεγάλη σε σχέση με τον μέσο όρο και κατά συνέπεια η κοινωνική πίεση ενεργεί ως ένας επιπλέον μοχλός πίεσης προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.*
- III. Η μεγάλη οικογενειακή επιβάρυνση αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που θα οδηγήσει τα άτομα με ψύχωση ή διπολική διαταραχή προς τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.*

Τα στοιχεία που συλλέγουν οι υπηρεσίες, αφορούν φυσικά στο τμήμα εκείνο του πληθυσμού με ψυχιατρικά προβλήματα που ονομάζουμε «θεραπευόμενη» ή «εμφανή» νοσηρότητα, για την οποία τα στοιχεία που συλλέγονται σε τακτική βάση μπορεί να είναι αξιόπιστα, και να αποδίδουν την πραγματικότητα. Εν τούτοις, είναι σημαντικό σε αυτήν την ομάδα να διερευνώνται τα παρακάτω:

- Η χρονική διαφορά από την έναρξη της νόσου/ ψυχικής διαταραχής έως την πρώτη επαφή με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η διαφορά αυτή ποικίλει ανάλογα με την ανταποκριτικότητα των υπηρεσιών, το στίγμα της ψυχικής νόσου και άλλους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η πρόωγη παρέμβαση στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές αποτελεί προτεραιότητα και είναι σημαντικό οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να αναπτύσσουν πρωτοβουλίες για την όσο το δυνατό ταχύτερη επαφή των ψυχωτικών ασθενών με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Η συχνότητα των υποτροπών και η διάρκεια της εσωτερικής νοσηλείας των ασθενών με ψυχικές διαταραχές. Η μελέτη του φαινομένου της «περιστρεφόμενης πόρτας» είναι ιδιαίτερα σημαντική. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες είναι δυνατό να δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην εσωτερική νοσηλεία, παραβλέποντας τις ανάγκες για αποκατάσταση και κοινωνικές παρεμβάσεις στο επίπεδο της κοινότητας, της οικογένειας και της τακτικής

παρακολούθησης σε εξωτερική βάση, με αποτέλεσμα τη συχνή χρήση των υπηρεσιών για σκοπούς εσωτερικής νοσηλείας και τη μονόπλευρη επικέντρωση σε αυτόν το στόχο.

Χρήση των επιδημιολογικών στοιχείων στο σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

«Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, για να είναι αποτελεσματικές, πρέπει να εστιάζουν στις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές διαταραχές και να καλύπτουν αυτές τις ανάγκες» (ΠΟΥ, 2005). Το παραπάνω απόσπασμα από τις οδηγίες του ΠΟΥ δείχνει τη σημασία της χρήσης των επιδημιολογικών στοιχείων στον σχεδιασμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα στοιχεία της έρευνας, μπορεί, σε συσχέτιση με τα στοιχεία που αφορούν στις υπάρχουσες υπηρεσίες να παρέχουν στοιχεία για τις ανάγκες που δεν έχουν καλυφθεί (εσωτερική νοσηλεία, εξωτερική νοσηλεία, υπηρεσίες αποκατάστασης και στέγασης, παρεχόμενες θεραπείες και άλλες παρεμβάσεις, αναγκαίο προσωπικό, παρεμβάσεις πρόληψης ή προαγωγής της υγείας και καταπολέμησης του στίγματος, κλπ).

Τα ερωτήματα που προκύπτουν από το παραπάνω, βασικά αφορούν στην συχνά παρατηρούμενη έλλειψη τέτοιων στοιχείων σε τοπικό επίπεδο, αλλά ακόμη και σε εθνικό επίπεδο, όπως είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό στην περίπτωση της Ελλάδας. Στην περίπτωση αυτή, όπως συμβουλεύει χαρακτηριστικά ο ΠΟΥ (WHO 2003), η καλύτερη χρήση των υπαρχόντων στοιχείων είναι η πιο ενδεδειγμένη λύση, ακολουθώντας τα παρακάτω σενάρια, όπως έχουν περιγραφεί από τους Thornicroft & Tansella (1999):

1^η επιλογή: Τοπικά επιδημιολογικά δεδομένα για την ψυχιατρική νοσηρότητα και αναπηρία

Αν δεν είναι διαθέσιμα

2^η επιλογή: Εθνικά/ περιφερειακά επιδημιολογικά δεδομένα προσαρμοσμένα στα τοπικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Αν δεν είναι διαθέσιμα

3^η επιλογή: Διεθνή επιδημιολογικά δεδομένα από «συγκρίσιμες» χώρες ή περιοχές, προσαρμοσμένα στα τοπικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και σε συνδυασμό με την τοπική εμπειρογνωμοσύνη

Αν οι τρεις πρώτες επιλογές δεν είναι διαθέσιμες

4^η επιλογή: Χρήση των καλύτερων εκτιμήσεων από άλλες πηγές ή τοπικές πληροφορίες και γνώμες εμπειρογνομόνων

Σύνθεση της εμπειρογνωμοσύνης και ερμηνεία των καλύτερων διαθέσιμων δεδομένων των επιλογών 1,2,3,4 προσαρμοσμένων στους τοπικούς παράγοντες (π.χ. έκταση χρήσης μη υγειονομικών υπηρεσιών, οικογενειακή υποστήριξη των ασθενών, τοπικές παραδόσεις, μετανάστευση, κλπ).

Βιβλιογραφία για την εκτίμηση αναγκών σε επίπεδο πληθυσμού

- Bhui K (2001). *Mental health needs assessment for ethnic and cultural minorities*. In: G. Thornicroft (ed.) *Measuring Mental Health Needs*. Gaskell, London.
- Brown GW & Harris T (1978). *Social Origins of Depression*. Tavistock, London.
- Goldberg DP & Williams P (1988). *The User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON, Windsor.
- Gruenberg EM (1966). *Epidemiology of mental illness*. Int. J. of Psychiatry, 2:78-134.
- Jenkins R, Lewis G, Bebbington P et al. (1997). *The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: initial findings from the Household Survey*. Psychol. Med., 27:775-790.
- Jenkins R & Melzer H (2001). *Population Surveys of morbidity and need*. In: G. Thornicroft (ed.) *Measuring Mental Health Needs*. Gaskell, London.
- Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G (1992). *Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers*. Psychol. Med., 22:465-486.
- Lewis GH, Thomas HV, Cannon M & Jones PB (2001). *The application of epidemiology to mental disorders*. In: G. Thornicroft & G. Szukler, *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford.
- Morris JN (1964). *Uses of Epidemiology*. Williams and Wilkins, Baltimore.
- Reynold T & Orrell M (2001). *Needs assessment in mental health care for older people*. In: G. Thornicroft (ed.) *Measuring Mental Health Needs*. Gaskell, London.

2.2 Εκτίμηση αναγκών σε ατομικό επίπεδο

2.2.1 Το MRC NCA (Needs for Care Assessment – Εκτίμηση Αναγκών Φροντίδας)

Οι Brewin & Wing (1987) διαμόρφωσαν το MRC NCA (Needs for Care Assessment), εργαλείο το οποίο εκτιμά τις ατομικές ανάγκες. Οι συγγραφείς προσδιορίζουν κατ' αρχήν το μοντέλο φροντίδας στο πλαίσιο του οποίου σχεδιάστηκε το MRC NCA. Πρόκειται για το κοινοτικό πλαίσιο, στις υπηρεσίες του οποίου παρακολουθούνται άτομα με χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή. *Με άλλα λόγια, το MRC NCA σχεδιάστηκε για να εκτιμά τις ανάγκες των χρόνιων και σοβαρά ψυχικά πασχόντων οι οποίοι έχουν εγκατασταθεί στην κοινότητα.*

Όπως υποστηρίζει ο Brewin (1992), τα άτομα αυτά έχουν χαμηλή ανοχή στο άγχος, δυσκολία στην ανάπτυξη και την διατήρηση σταθερών κοινωνικών σχέσεων και υψηλό δείκτη εξάρτησης. Τα αυξημένα προβλήματα συχνά τους κάνουν να νιώθουν απελπισία με αποτέλεσμα την πτώση του ηθικού τους, την παραίτηση από οποιαδήποτε προσπάθεια και την έλλειψη πρωτοβουλίας στην υπέρβαση των δυσκολιών. Ελάχιστες θεραπευτικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές, ενώ καμιά δεν επιφέρει πλήρη ίαση. Η παρεχόμενη φροντίδα απαιτεί μεγάλη ευελιξία και ανοχή από την πλευρά του προσωπικού. Πολλαπλά κλινικά συμπτώματα και προβλήματα στο επίπεδο της κοινωνικής λειτουργικότητας περιλαμβάνονται στη ρουτίνα της αντιμετώπισης των ατόμων αυτών. Οι συγγενείς οι οποίοι τα υποστηρίζουν, συχνά, επωμίζονται το μεγαλύτερο φορτίο του προβλήματος, με αποτέλεσμα να έχουν αμέτρητες δυσκολίες και οι ίδιοι. Αυτή η κλινική εικόνα, συνεχίζει ο Brewin, απλοποιεί σημαντικά τους στόχους του μοντέλου φροντίδας για την συγκεκριμένη ομάδα ατόμων. Οι στόχοι αυτοί είναι η μείωση των συμπτωμάτων και του άγχους στο μέγιστο δυνατό βαθμό και η καλλιέργεια των δεξιοτήτων εκείνων οι οποίες είναι απαραίτητες για να ζήσουν οι άνθρωποι αυτοί αυτόνομα στην κοινότητα. Αυτό θα ενισχύσει την αυτοεκτίμησή τους, θα συμβάλλει στην ανεξαρτητοποίησή τους, θα τους κάνει λιγότερο ευάλωτους στις αλλαγές του υποστηρικτικού τους δικτύου, ενώ συγχρόνως θα μειώσει το βάρος των συγγενών ή όσων έχουν την ευθύνη της φροντίδας τους.

Ο ορισμός της ανάγκης και οι βασικές αρχές διαμόρφωσης του MRC NCA

Οι συγγραφείς του MRC NCA προσεγγίζουν τις ανάγκες ως ανθρώπινες απαιτήσεις για σωματική και ψυχική υγεία (Tracy, 1986). Επιπλέον υιοθετούν την **κανονιστική θεώρηση** της ανάγκης σύμφωνα με την οποία οι ανάγκες θα πρέπει να διαπιστώνονται από τους ειδικούς στους τομείς της υγείας προκειμένου να καλυφθούν. Υπό αυτή την έννοια οι ανάγκες έχουν αντικειμενική βάση. Επίσης, η ανάγκη αντιμετωπίζεται ως α) έλλειψη υγείας και ευημερίας, β) έλλειψη εξειδικευμένων και αποτελεσματικών παρεμβάσεων και γ) ως έλλειψη πρόσβασης στην κατάλληλη υπηρεσία (Brewin, 1992).

Είδαμε ήδη στο πρώτο κεφάλαιο του παρόντος οδηγού πως ειδικά σε ό,τι αφορά **τα άτομα με ψυχικές διαταραχές** ανάγκη για φροντίδα παρίσταται

- i) όταν η λειτουργικότητα του ατόμου έχει εκπέσει ή κινδυνεύει να εκπέσει κάτω από ένα ελάχιστο συγκεκριμένο επίπεδο και
- ii) αυτό οφείλεται σε μια θεραπεύσιμη ή δυνάμει θεραπεύσιμη αιτία.

Οι προϋποθέσεις τις οποίες θέτουν οι συγγραφείς, προκειμένου να αναγνωρίσουν και να εκτιμήσουν τις ανάγκες, βασίζονται στις εξής αρχές:

- ❖ θα πρέπει να είναι σαφές το μοντέλο φροντίδας στο πλαίσιο του οποίου οι ανάγκες εκτιμώνται
- ❖ θα πρέπει να αναγνωρίζεται η ύπαρξη κάποιας συγκεκριμένης παρέμβασης, η οποία να μπορεί να βελτιώσει ή να μειώσει την αντικειμενική έλλειψη υγείας και ευημερίας η οποία σχετίζεται με τη διαταραχή. Η αντικειμενική έλλειψη σε ότι αφορά τους ψυχικά πάσχοντες είναι η κοινωνική αναπηρία.
- ❖ η εύστοχη αναγνώριση των αναγκών απαιτεί τον εντοπισμό και την ανάλυση των προβλημάτων κοινωνικής αναπηρίας του πάσχοντος από τα οποία οι ανάγκες αυτές προκύπτουν (Wing, 1990)
- ❖ οι θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να πληρούν κάποια κριτήρια ελέγχου της καταλληλότητας ή ακαταλληλότητάς τους (Brewin, 1992).

Είδαμε επίσης πως, η τελευταία αυτή προϋπόθεση την οποία θέτει ο Brewin τον οδήγησε στη διάκριση μεταξύ αναγκών οι οποίες καλύπτονται και αναγκών οι οποίες δεν καλύπτονται. Προκειμένου δηλαδή να εκτιμηθούν οι ανάγκες θα πρέπει α) να εκτιμώνται τα προβλήματα κοινωνικής αναπηρίας του πάσχοντος και β) να

αξιολογούνται οι παρεμβάσεις που αναπτύσσονται για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων. Σύμφωνα με αυτή την διαδικασία εκτίμησης **το καθεστώς αναγκών** που προκύπτει στα πλαίσια του MRC NCA περιλαμβάνει τις εξής κατηγορίες (που αναφέρονται και στο πρώτο κεφάλαιο):

- i) ανάγκη η οποία καλύπτεται: ορίζεται η ανάγκη για την οποία υπάρχουν και εφαρμόζονται οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες είναι τουλάχιστον μερικώς αποτελεσματικές και δεν είναι γνωστές άλλες πιο αποτελεσματικές
- ii) ανάγκη η οποία δεν καλύπτεται : ορίζεται η ανάγκη για την οποία έχουν υπάρξει μόνο μερικώς αποτελεσματικές μορφές φροντίδας ή και καμιά, ενώ είναι γνωστές άλλες πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις
- iii) μη καλύψιμη ανάγκη: ορίζεται η ανάγκη για την οποία όλες οι υπαρκτές παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί και έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές
- iv) μελλοντική ανάγκη: ορίζεται η ανάγκη στην περίπτωση όπου ο πάσχων, αν και έχει τωρινό πρόβλημα κοινωνικής αναπηρίας, δεν μπορεί να δεχθεί τον κατάλληλο τύπο φροντίδας, λόγω συμπτωμάτων ανικανότητας
- v) υπερπαροχή: μπορεί να λαμβάνει κανείς φροντίδα για μια ανάγκη την οποία πλέον δεν έχει. Για παράδειγμα, μπορεί να λαμβάνει κανείς υψηλές δόσεις νευροληπτικών φαρμάκων για ακουστικές ψευδαισθήσεις οι οποίες έχουν υφεθεί ή περιοριστεί και η δοσολογία δεν έχει μειωθεί ή ρυθμιστεί ανάλογα, για αρκετό χρονικό διάστημα.

Ορισμοί και κατηγορίες αναγκών στο πλαίσιο του MRC NCA

MRC NCA
Κανονιστική προσέγγιση της ανάγκης 1. Οι ανάγκες ως αιτήματα για σωματική και ψυχική υγεία <u>ορίζονται από τους ειδικούς</u> (επαγγελματίες υγείας) 2. Οι ανάγκες <u>ορίζονται αντικειμενικά</u>, διότι διαπιστώνονται από τους ειδικούς και υπόκεινται σε διϋποκειμενικό έλεγχο. Η ανάγκη ως αντικειμενική έλλειψη διακρίνεται σε: 1. Έλλειψη υγείας και ευημερίας (η οποία μεταφράζεται στους ψυχικά πάσχοντες ως <u>κοινωνική αναπηρία</u> από την οποία προκύπτουν οι ανάγκες) 2. Έλλειψη επαρκών και κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων 3. Δυσχέρεια πρόσβασης στην κατάλληλη υπηρεσία ψυχικής υγείας Ανάγκη για φροντίδα παρίσταται : 1. Λόγω έκπτωσης της λειτουργικότητας 2. Όταν υπάρχουν αποδεκτές και δυνάμει αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις Ανάγκες που καλύπτονται: εφαρμόζονται κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, έστω και μερικώς αποτελεσματικές, εν απουσία άλλων πιο αποτελεσματικών Ανάγκες που δεν καλύπτονται: εφαρμόζονται μερικώς αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, ενώ υπάρχουν άλλες πιο αποτελεσματικές Μη καλύψιμες ανάγκες: δεν έχουν εφαρμοστεί έστω και μερικώς αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις Μελλοντική ανάγκη: ο πάσχων, αν και έχει τωρινό πρόβλημα κοινωνικής αναπηρίας δεν μπορεί να δεχθεί τον κατάλληλο τύπο φροντίδας, λόγω συμπτωμάτων ανικανότητας Υπερπαροχή: λαμβάνεται φροντίδα για ανάγκη η οποία δεν υφίσταται πλέον

Η στρατηγική εκτίμησης των αναγκών με το MRC NCA

Η εκτίμηση των αναγκών στο πλαίσιο του MRC NCA γίνεται σε τρία επίπεδα:

- α) στο επίπεδο της εκτίμησης της κοινωνικής αναπηρίας,
- β) στο επίπεδο της εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων,
- γ) στο επίπεδο της εκτίμησης των αναγκών.

A. Εκτίμηση της λειτουργικότητας

Πρώτα εκτιμώνται τα ποικίλα προβλήματα κλινικής και κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου, δηλαδή τα συμπτώματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς αφενός και οι ατομικές και κοινωνικές δεξιότητες αφετέρου. Αυτά μπορεί να είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα, η βίαιη συμπεριφορά προς τον εαυτό του ή τους άλλους, η αυτοφροντίδα, οι οικιακές και οι κοινωνικές δεξιότητες. Το σύνολο των περιοχών λειτουργικότητας οι οποίες εκτιμώνται είναι 20 από τις οποίες οι 9 αφορούν συμπτώματα και προβλήματα στην συμπεριφορά και οι υπόλοιπες 11 αφορούν τις κοινωνικές δεξιότητες (βλ. τον πίνακα που ακολουθεί). Όπως υπογραμμίζουν οι συγγραφείς, η λειτουργικότητα θα πρέπει να εκτιμάται συστηματικά, ώστε να αναγνωρίζονται τα σημεία βελτίωσης ή επιδείνωσης. Η εκτίμηση διενεργείται από ένα ερευνητή ο οποίος μπορεί να βασιστεί στις πληροφορίες που του δίνουν τα άτομα με ψυχική διαταραχή, οι συγγενείς με τους οποίους ζουν μαζί και οι επαγγελματίες υγείας της κοινοτικής ψυχιατρικής υπηρεσίας της οποίας κάνει χρήση.

Περιοχές της λειτουργικότητας τις οποίες εκτιμά το MRC NCA

Μέρος Α: Συμπτώματα και προβλήματα συμπεριφοράς

Θετικά ψυχωτικά συμπτώματα
Καθυστέρηση (επιβράδυνση και υποδραστηριότητα)
Ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής
Νευρωτικά συμπτώματα
Οργανικό ψυχοσύνδρομο
Σωματική ασθένεια και διαταραχές
Βία ή απειλή χρήσης βίας προς τον εαυτό/ προς τους άλλους
Κοινωνικά ενοχλητική συμπεριφορά
Δυσφορία στις κοινωνικές συνθήκες

Μέρος Β: Προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες

Ατομική καθαριότητα
Ψώνια του νοικοκυριού
Παρασκευή ή αγορά γευμάτων
Οικιακές εργασίες
Χρήση των δημόσιων συγκοινωνιών
Χρήση των δημόσιων εξυπηρετήσεων
Επαγγελματικές δεξιότητες
Βασικές δεξιότητες στην γραφή, την ανάγνωση και την αριθμητική
Δεξιότητες στην κοινωνική συναλλαγή
Διαχείριση των χρημάτων
Διαχείριση του νοικοκυριού

B. Εκτίμηση των παρεμβάσεων

Η παρούσα εκτίμηση βασίζεται στα αποτελέσματα της προηγούμενης εκτίμησης, όπου, για κάθε πρόβλημα ή έλλειμμα που εντοπίζεται, εξετάζεται ποιες είναι οι κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις από ένα κατάλογο σχετικών με το πρόβλημα παρεμβάσεων. Συγκεκριμένα, για κάθε περιοχή της λειτουργικότητας που ενδεχομένως παρουσιάζεται ένα πρόβλημα, η ερευνητική ομάδα - αποτελούμενη από έμπειρους κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους - έχει καταρτίσει ένα αναλυτικό κατάλογο με πιθανές παρεμβάσεις. Εν συνεχεία, κάθε παρέμβαση βαθμολογείται ανάλογα με τη θεραπευτική της αποτελεσματικότητα από την ερευνητική ομάδα, σύμφωνα με την κρίση ενός μέλους του προσωπικού που γνωρίζει καλά το άτομο, από 0 ως 6.

Βαθμολόγηση της καταλληλότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων	
Βαθμολογία	Είδος φροντίδας
0	- παρέχεται αποτελεσματική ή δυνητικά αποτελεσματική φροντίδα
1	- παρέχεται φροντίδα αλλά έχει αποδειχθεί ανεπαρκής μετά από δοκιμασία 3 μηνών. Η φροντίδα αξίζει να συνεχιστεί
2	- ακατάλληλη φροντίδα
3	- παρασχέθηκε φροντίδα στη διάρκεια του προηγούμενου έτους, αλλά υπήρξε άρνηση, πρόωρη εγκατάλειψη ή απροθυμία από τον ασθενή
4	- παρασχέθηκε επαρκής φροντίδα τα δύο τελευταία χρόνια και αποδείχθηκε αναποτελεσματική. Είναι απίθανο να είναι αποτελεσματική, αν παρασχεθεί και πάλι
5	- επιθυμητή φροντίδα, προς το παρόν όμως μη κατάλληλη εξαιτίας συμπτωμάτων ανικανότητας ή εξαιτίας άλλων προτεραιοτήτων για παρέμβαση
6	- φροντίδα η οποία δεν έχει παρασχεθεί επαρκώς ή δεν έχει πρόσφατα δοκιμαστεί

Κάθε παρέμβαση που έχει τυχόν παρασχεθεί ή προτείνεται λαμβάνει μόνο μια βαθμολογία. Μέσα από αυτή τη βαθμολόγηση έχει κανείς μια εικόνα για την αποτελεσματικότητα και την καταλληλότητα κάθε παρέμβασης.

Γ. Εκτίμηση των αναγκών

Στα δεδομένα των δυο προηγούμενων εκτιμήσεων βασίζεται η τρίτη εκτίμηση, η οποία εξετάζει το καθεστώς των αναγκών κάθε ατόμου, εκτιμά δηλαδή τις ανάγκες του για φροντίδα ανάλογα με το βαθμό κάλυψής τους. Το πόσο επαρκώς καλύπτονται οι ανάγκες εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων οι οποίες έχουν αναπτυχθεί βάσει της προηγούμενης εκτίμησης. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι ανάγκες διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες

α) καθόλου ανάγκη

Σημαίνει ότι στη συγκεκριμένη περιοχή λειτουργικότητας το άτομο έχει κατακτήσει ένα ελάχιστο συγκεκριμένο επίπεδο και δεν χρειάστηκε να αναπτυχθεί καμία παρέμβαση. Ακόμη και στην περίπτωση όπου το επίπεδο της λειτουργικότητας δεν είναι ικανοποιητικό, η βαθμολόγηση μπορεί να είναι "καθόλου ανάγκη", αν δεν υπάρχουν έστω και μερικώς αποτελεσματικές παρεμβάσεις (όλες οι παρεμβάσεις που έχουν βαθμολογηθεί με 2, 3 ή 4 στον προηγούμενο πίνακα).

β) ανάγκες οι οποίες καλύπτονται

Η βαθμολόγηση μπορεί να είναι "ανάγκη η οποία καλύπτεται", όταν το επίπεδο λειτουργικότητας είναι μη ικανοποιητικό στο παρόν ή υπήρξε πρόσφατα μη ικανοποιητικό, αλλά είχε αναπτυχθεί μια δυνητικά αποτελεσματική παρέμβαση προς τον ασθενή (βαθμολογήθηκε με 0 στον προηγούμενο πίνακα). Επίσης "ανάγκη η οποία καλύπτεται" μπορεί να έχουμε και στην περίπτωση όπου έχουν αναπτυχθεί μόνο μερικώς αποτελεσματικές παρεμβάσεις και δεν υπάρχουν εναλλακτικά άλλες, δυνητικά πιο αποτελεσματικές (τουλάχιστον μια παρέμβαση έχει βαθμολογηθεί με 1 και όλες οι άλλες με 2, 3, 4 ή 5).

γ) ανάγκες οι οποίες δεν καλύπτονται

Η βαθμολόγηση αυτή δίδεται όταν καμία αποτελεσματική παρέμβαση δεν έχει αναπτυχθεί, ενώ υπάρχουν άλλες πιο αποτελεσματικές (καμία παρέμβαση με 0 και τουλάχιστον μια παρέμβαση με βαθμολογία 6).

Δευτερευόντως, στην ίδια εκτίμηση εξετάζεται :

- I. Η κατάχρηση ή **η υπερβολική παροχή** μιας παρέμβασης, δηλαδή ελέγχεται αν τυχόν το άτομο λαμβάνει κάποια συγκεκριμένη θεραπεία για μια ανάγκη την οποία πλέον δεν έχει
- II. Η βαθμολόγηση μπορεί να είναι **"μελλοντική ανάγκη"**, όταν η λειτουργικότητα του ατόμου έχει πέσει κάτω από ένα συγκεκριμένο επίπεδο, όμως δεν μπορεί προς το παρόν να δεχθεί καμία κατάλληλη παρέμβαση, λόγω συμπτωμάτων ανικανότητας ή επειδή παρεμβάσεις για άλλα ζητήματα έχουν προτεραιότητα (τουλάχιστον μια παρέμβαση έχει βαθμολογηθεί με 5 και όλες οι άλλες με 2, 3 ή 4)
- III. Επίσης μια βαθμολόγηση μπορεί να είναι **"η έλλειψη δεξιότητας"** στην περίπτωση όπου είναι γνωστό ότι το υποκείμενο κατέχει προσωπικές ή κοινωνικές δεξιότητες σε μια συγκεκριμένη υποκατηγορία του πίνακα «Περιοχές λειτουργικότητας...»), όμως δεν τις ασκεί.

Εκτίμηση της λειτουργικότητας, εκτίμηση των παρεμβάσεων
και καθεστώ των αναγκών

Εκτίμηση λειτουργικότητας	Εκτίμηση παρεμβάσεων	Καθεστώς των αναγκών
Κανένα πρόβλημα ή ήπιο πρόβλημα	Καμιά παρέμβαση	Καθόλου ανάγκη
Σοβαρό τωρινό ή πρόσφατο πρόβλημα	-Καμιά αποτελεσματική παρέμβαση -Κάποιες δυνάμει πλήρως αποτελεσματικές -Καμιά πλήρως αποτελεσματική: χωρίς εναλλακτικές λύσεις -Καμιά πλήρως αποτελεσματική: με εναλλακτικές λύσεις	-Μη καλύψιμη ανάγκη -Ανάγκη η οποία καλύπτεται -Ανάγκη η οποία καλύπτεται -Ανάγκη για θεραπεία η οποία δεν καλύπτεται
Το επίπεδο λειτουργικότητας Δεν είναι γνωστό		Ανάγκη για εκτίμηση η οποία δεν καλύπτεται

Η εκτίμηση των αναγκών στην κοινότητα και στο γενικό πληθυσμό

Υπάρχει επίσης και το **NFCAS-C** (Lesage et al., 1991). Πρόκειται για την έκδοση του ίδιου εργαλείου, το οποίο έχει διαμορφωθεί ώστε να χορηγείται στην κοινότητα και σε έρευνες στο γενικό πληθυσμό με πιο ήπιες ψυχικές διαταραχές.

Η διαδικασία της εκτίμησης λαμβάνει χώρα σε τρία επίπεδα, όπως και στο MRC NCA: α) εκτίμηση της λειτουργικότητας, β) εκτίμηση των παρεμβάσεων και γ) εκτίμηση των αναγκών.

Οι περιοχές λειτουργικότητας τις οποίες ελέγχει έχουν διαφοροποιηθεί από το MRC NCA προκειμένου να ταιριάζουν στο προφίλ των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό (βλ. τον ακόλουθο πίνακα). Αναλόγως έχει τροποποιηθεί και ο κατάλογος των προτεινόμενων παρεμβάσεων.

Περιοχές λειτουργικότητας του NFCAS-C

Θετικά ψυχωτικά συμπτώματα
Καταθλιπτικά συμπτώματα
Συμπτώματα άγχους και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα
Προβλήματα με το αλκοόλ
Προβλήματα με ουσίες
Διαταραχές πρόσληψης τροφής
Διαταραχές προσαρμογής οφειλόμενες σε εξωτερικά γεγονότα ή συνθήκες

Οι πληροφορίες για την εκτίμηση συλλέγονται από τα ίδια τα άτομα/χρήστες, από τους συγγενείς και το προσωπικό και η εκτίμηση γίνεται από ανεξάρτητη ομάδα ερευνητών (κυρίως έμπειρους ψυχιάτρους και κλινικούς ψυχολόγους). Η ομάδα η οποία θα διενεργήσει την εκτίμηση εκπαιδεύεται για μια εβδομάδα. Η ανάγκη ως έννοια προσεγγίζεται με την «κανονιστική» της θεώρηση, δηλαδή ορίζεται από τους ειδικούς. Επιπλέον, γίνεται διάκριση μεταξύ αναγκών για φροντίδα (συμβουλευτική, φαρμακευτική αγωγή, επαγγελματική εκπαίδευση κ.ά.) και αναγκών για υπηρεσίες οι οποίες θα παρέχουν αυτά τα είδη φροντίδας. Η εκτίμηση της κοινωνικής λειτουργικότητας γίνεται με την κλίμακα MRC Social Role Performance Schedule (Hurry & Sturt, 1981 – Hurry et al., 1983).

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του MRC NCA

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας του συγκεκριμένου εργαλείου (Brewin et al., 1987, 1988), έδωσε υψηλά ποσοστά συμφωνίας ($Kappa=0,92$). Έλαβε χώρα στην Ιταλία, όπου 20 ασθενείς βαθμολογήθηκαν ανεξάρτητα, από έναν Βρετανό και έναν Ιταλό συνεντευκτή. Επίσης, σε δυο προάστια του Λονδίνου, το MRC NCA χορηγήθηκε σε 11 και 66 ασθενείς αντίστοιχα. Η πρώτη μέτρηση εντόπισε 5,27 κλινικά και κοινωνικά προβλήματα σε κάθε ασθενή, από τα οποία το 28% παρέπεμπαν σε

ανάγκες που δεν καλύπτονται. Η δεύτερη μέτρηση εντόπισε 6,4 κλινικά και κοινωνικά προβλήματα, με το 30% να παραπέμπουν σε ανάγκες οι οποίες δεν καλύπτονται.

Σε ό,τι αφορά στην εγκυρότητα του εργαλείου, ο έλεγχος υπόκειται σε περιορισμούς, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς. Οι περιορισμοί αυτοί οφείλονται στο ότι δεν υπήρχαν αντίστοιχα εργαλεία τα οποία να εκτιμούν ανάγκες για να ελεγχθεί η εγκυρότητα του NFCAS και, όπως σημειώνει ο Bebbington, ο καθορισμός της ανάγκης συνήθως βασίζεται σε αξιολογικές κρίσεις. Η εγκυρότητα, επίσης, περιορίζεται από πολιτισμικούς παράγοντες. Στην Ιταλία, για παράδειγμα, όπου χορηγήθηκε το NFCAS, οι δεξιότητες που αφορούσαν τις οικιακές εργασίες και τη μαγειρική δεν αποτελούν μέρος του αποδεκτού ανδρικού ρόλου και συνεπώς δεν εκλαμβάνονταν ως ανάγκες ούτε από τους από τους επαγγελματίες υγείας ούτε από τους χρήστες των υπηρεσιών (Lesage et al., 1991).

Η εκτίμηση αναγκών με το MRC NCA σε άλλες ομάδες του πληθυσμού

Όπως παραδέχονται οι ίδιοι οι συγγραφείς, το MRC NCA σχεδιάστηκε ώστε να εκτιμά τις ανάγκες των ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές τα οποία ζουν στην κοινότητα. Η χρήση του στην εκτίμηση αναγκών σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών ανέδειξε μια σειρά από δυσκολίες οι οποίες περιγράφονται παρακάτω σε κάθε διαφορετική ομάδα ατόμων.

Άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές σε πλαίσιο της μακρόχρονης ενδονοσοκομειακής περίθαλψης

Δυσκολίες παρατηρήθηκαν όταν το MRC NCA χορηγήθηκε σε άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές τα οποία ζουν εντός του νοσοκομείου (Pryce et al., 1993). Κρίθηκε ότι το MRC NCA είναι ακατάλληλο για εκτίμηση αναγκών στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς οι περιοχές αναγκών που αφορούσαν τις κοινωνικές δεξιότητες, την εργασία και τις οικιακές εργασίες ήταν ασύμβατες με το πρόγραμμα και τους στόχους της ενδονοσοκομειακής θεραπευτικής φροντίδας.

Οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς

Το MRC NCA χορηγήθηκε και σε άτομα με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές τα οποία ζούσαν σε ξενώνες αστέγων στην Οξφόρδη (Hogg.& Marshal, 1993). Προβλήματα παρατηρήθηκαν στην εφαρμογή του και σε αυτή την έρευνα. Τα προβλήματα αφορούσαν το κατά πόσο οι ανάγκες οι οποίες εντοπίζονται μέσω του εργαλείου αφενός αποτελούν ανάγκες τις οποίες τα άτομα πράγματι αισθάνονται, αφετέρου αν πράγματι αναγνωρίζονται και από τα μέλη του προσωπικού. Ως παράδειγμα οι συγγραφείς αναφέρουν το εξής: την παράδοξη συμπεριφορά ενός ατόμου το MRC NCA την εκτιμά ως πρόβλημα για το οποίο παρίσταται ανάγκη θεραπείας μέσω ενός προγράμματος ελέγχου της συμπεριφοράς. Ωστόσο σημειώνουν ότι στο συγκεκριμένο ξενώνα υπάρχει μεγάλη ανοχή και από τα μέλη του προσωπικού και από τους ενοίκους για τέτοιου είδους συμπεριφορές.

Οι ψυχικά πάσχοντες διαφορετικών πολιτισμών

Οι συγγραφείς επιστούν την προσοχή στην χρήση του εργαλείου σε διαφορετικούς πολιτισμούς και σε εθνικές μειονότητες. Αναφέρουν ότι, όταν το NFCAS-C χορηγήθηκε στην Βερόνα της Ιταλίας, μια σειρά από προβλήματα της λειτουργικότητας στους άνδρες ασθενείς που αφορούσαν τις δεξιότητες στις οικιακές εργασίες δεν αναγνωρίζονταν ως ανάγκες που απαιτούσαν την ανάπτυξη παρεμβάσεων, ούτε από τους επαγγελματίες υγείας ούτε από τα ίδια τα υποκείμενα, καθώς δεν συνάδουν με τον ανδρικό ρόλο (Lesage & συν., 1991) .

Συμπεράσματα

Το συγκεκριμένο μοντέλο εκτίμησης αναγκών αποτέλεσε καινοτομία, καθώς το MRC NCA είναι το πρώτο εργαλείο με το οποίο διενεργούνται έρευνες άμεσης εκτίμησης των αναγκών, εκτιμώνται δηλαδή οι ανάγκες σε ατομικό επίπεδο. Για πρώτη φορά δίδεται έμφαση στην εκτίμηση των προβλημάτων κοινωνικής αναπηρίας, προκειμένου μέσω αυτών να εντοπισθούν οι ανάγκες και οι καταλληλότεροι τρόποι κάλυψής τους. Εκτιμάται διεξοδικά η επάρκεια και η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, ώστε να εντοπισθούν οι περιοχές αναγκών οι οποίες δεν καλύπτονται. Εντούτοις δυσκολίες υπήρξαν στην

χρήση του εργαλείου σε διαφορετικούς πληθυσμούς και μοντέλα φροντίδας. Ένα επιπλέον σημείο για το οποίο ασκήθηκε κριτική στην χρήση του εργαλείου ήταν το ότι για να χορηγηθεί θα έπρεπε οι συνεντευκτές να εκπαιδευτούν για 1 εβδομάδα, ενώ αποδείχθηκε χρονοβόρο στη χορήγησή του.

Οι συγγραφείς του MRC NCA (Brewin και Wing 1987) υιοθέτησαν την κανονιστική προσέγγιση της ανάγκης, σύμφωνα με την οποία οι ανάγκες των ψυχικά πασχόντων καθορίζονται από τους ειδικούς. Αντιστοίχως, με τη χορήγηση του MRC NCA η εκτίμηση των αναγκών και η μέτρηση διενεργείται από τους ψυχιάτρους και τους κλινικούς ψυχολόγους, οι οποίοι αποτελούν την ερευνητική ομάδα, ενώ στη διαδικασία της εκτίμησης τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν συμμετέχουν καθόλου. Αυτό συμβαίνει διότι οι συγγραφείς είχαν επιφυλάξεις για την ικανότητα και την επάρκεια των ασθενών να δώσουν αξιόπιστες απαντήσεις σχετικά με τις ανάγκες τους (Mangen & Brewin, 1991). Το γεγονός αυτό οδηγεί συχνά είτε στην παράβλεψη κάποιων αναγκών είτε στην αναγνώριση αναγκών τις οποίες τα άτομα δεν έχουν.

Ωστόσο με το MRC NCA εγκαινιάζονται οι μελέτες άμεσης εκτίμησης των αναγκών και δίδεται το έναυσμα για την περαιτέρω ανάπτυξη και αναβάθμιση της μεθοδολογίας της έρευνας στο συγκεκριμένο πεδίο.

Βιβλιογραφία για το MRC NCA

- Bebbington P.E., Marsden L., Brewin C.R., Lesage A. (1996). *Measuring the need for psychiatric treatment in the general population: the community version of the MRC Needs for Care Assessment*. Psychological Medicine, 26: 229-236
- Brewin C.R., Wing J., Mangan S., Brugha T. and MacCarthy B. (1987). *Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment*. Psychological Medicine, 17: 971- 981.
- Brewin C.R. and Wing J. (1989): *MRC Needs for Care Assessment: Manual for version Two/2*. London: Institute of Psychiatry.
- Brewin C.R. (1992). *Measuring individual needs for care and services* In Thornicroft G., Brewin C.R., Wing J. ed. *Measuring mental health needs*. London: Gaskell /Royal College of Psychiatrists
- Hogg L. and Marshall M. (1992). *Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC Needs for Care Assessment in hostels for the homeless*. Psychological Medicine, 22: 1027-34
- Hurry J. and Sturt E. (1981). *Social Performance in a population sample: relation to psychiatric symptoms*. In *What is care? The problem of Definition in Psychiatric Community surveys* (eds J.K. Wing, P. Bebbington and L. Robins), London: Grant Mac Intyre.
- Hurry J. and Sturt E. and Bebbington P. (1983). *Socio-demographic association with social disablement in a community sample*. Social Psychiatry, 18:113-121.
- Lesage A., Mignolli G., Faccincani C. et al. (1991). *Standardised assessment of the needs of care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses*. In *Community-based Psychiatry: Long-term Patterns of Care in South - Verona* (ed. M. Tansella), Psychological Medicine Monograph Supplement No. 19.
- Mangan S. and Brewin C. (1991). *The Measurement of Need*. In *Social Psychiatry: Theory, Methodology and Practice* (ed. P.E. Bebbington). New Brunswick, NJ: Transaction Press
- Pryce I., Griffiths R. et al. (1993). *How important is the Assessment of social skills in current long-stay in-patients?*. British Journal of Psychiatry, 162:498-502.
- Tracy L. (1986). *Toward an improved need theory: in response to legitimate criticism*. Behavioral Science, 31:205-218.

2.2.2 Το CAN - Camberwell Assessment of Need

Οι Thornicroft, Slade και Phelan έχοντας υπόψη τους τις δυσκολίες τις οποίες παρουσίαζε το MRC NCA (Brewin, Wing, Mangen, & συν. 1987) – ερευνητικό εργαλείο το οποίο είχε εκπονηθεί από τους προκατόχους τους - διαμόρφωσαν μια νέα μέθοδο άμεσης εκτίμησης των αναγκών με το CAN -*Camberwell Assessment of Need* (Phelan et al., 1995). Το εργαλείο αυτό, όπως και το MRC NCA, σχεδιάστηκε για να εκτιμά τις ατομικές ανάγκες για φροντίδα και υπηρεσίες των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Σε αντίθεση όμως με το MRC NCA, το CAN υιοθετεί διαφορετική εννοιολογική προσέγγιση της ανάγκης. Επομένως διαφέρει μεθοδολογικά η διαδικασία εκτίμησης των αναγκών, η οποία διενεργείται με το όργανο αυτό. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι το CAN σχεδιάστηκε κατά τρόπο ώστε να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην επιτέλεση του έργου τους, σύμφωνα με τις νέες θεσμοποιημένες κατευθύνσεις. Επικαλούνται μάλιστα τις εξής δηλώσεις:

α) «Οι υπηρεσίες θα πρέπει να αναπτύσσονται με βάση τις πραγματικές επιθυμίες και ανάγκες των χρηστών τους», *MIND (The National Association for Mental Health, Sayce, 1990)*.

β) «Οι ανάγκες αποτελούν τις απαιτήσεις των υποκειμένων να τους δίδεται η δυνατότητα να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να ανακτήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής (*Department of Health Social Services Inspectorate, 1991*).

γ) Όλοι οι χρήστες των υπηρεσιών θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στο μέτρο των δυνατοτήτων τους στην εκτίμηση των αναγκών τους... Όπου είναι αδύνατο να συμβιβαστούν οι διαφορετικές απόψεις [μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών], οι διαφορές θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να καταγράφονται». (*Department of Health and Social Services Inspectorate, 1991*).

Οι τέσσερις βασικές αρχές διαμόρφωσης του CAN

Τέσσερις είναι οι βασικές αρχές σύμφωνα με τις οποίες διαμορφώθηκε το CAN.

1. **Η πρώτη** βασίζεται στην παραδοχή ότι όλοι έχουν ανάγκες. Παρά το ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν κάποιες ειδικές ανάγκες, η πλειονότητα των

αναγκών τους είναι ίδιες με αυτές όσων δεν έχουν ψυχικές διαταραχές. Η θέση αυτή στο CAN αντανακλάται με το να συμπεριλαμβάνεται μια ευρύτερη σειρά αναγκών, όπως η συντροφιά άλλων ανθρώπων, η ασφαλής κατοικία, αλλά και ανάγκες χαρακτηριστικές των ατόμων με ψυχική διαταραχή.

2. **Η δεύτερη** βασική αρχή έγκειται στην διαπίστωση ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν ποικίλες και πολλαπλές ανάγκες οι οποίες συχνά δεν αναγνωρίζονται από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για το λόγο αυτό προτεραιότητα του CAN είναι να αναγνωρίζει, παρά να περιγράφει και να εξετάζει σε βάθος σοβαρές ανάγκες. Κι αυτό γιατί μια λεπτομερής και πιο εξειδικευμένη εκτίμηση σχετικά με τις ανάγκες αυτές μπορεί να διεξαχθεί, όταν αυτό απαιτείται.
3. **Η τρίτη** και πολύ σημαντική αρχή διαμόρφωσης του CAN αφορά τις χρηστικές ιδιότητες της εκτίμησης των αναγκών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η εκτίμηση των αναγκών θα πρέπει να αποτελεί αφενός αναπόσπαστο κομμάτι της ρουτίνας της κλινικής πράξης, αφετέρου ένα χρήσιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της υπηρεσίας. Θα πρέπει συνεπώς το εργαλείο εκτίμησης των αναγκών να είναι εύχρηστο και εύκολο στην εκμάθηση από τις ευρύτερες κατηγορίες επαγγελματιών ψυχικής υγείας.
4. **Η τέταρτη** βασική αρχή του CAN αποτελεί τη θεμελιώδη καινοτομία των συγγραφέων που το σχεδίασαν. Βασίζεται στην παραδοχή ότι οι ανάγκες δεν θα πρέπει να ορίζονται μόνο από το προσωπικό των υπηρεσιών. Όπως τονίζουν οι Phelan, Slade και συν. (1995), το CAN είναι δομημένο στην βάση ενός μοντέλου σύμφωνα με το οποίο η ανάγκη είναι υποκειμενική έννοια. Είναι αναμενόμενο συνεπώς ότι θα υπάρχουν μεταξύ προσωπικού και ασθενών διαφορετικές, αλλά εξίσου έγκυρες απόψεις για την παρουσία ή την απουσία μιας ανάγκης. Θα πρέπει συνεπώς, σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι απόψεις των δυο πλευρών να καταγράφονται και να εκτιμώνται χωριστά, παρά να συγχωνεύονται σε μια κοινή μέτρηση.

Από την παράθεση των τεσσάρων αυτών βασικών αρχών αντιλαμβάνεται κανείς τις ομοιότητες, αλλά και τις σημαντικές διαφορές μεταξύ του CAN και του

προηγούμενου εργαλείου, του MRC NCA. Οι κοινές θέσεις αναφέρονται στην χρήση των εργαλείων εκτίμησης αναγκών ως εργαλείων στην υπηρεσία της κλινικής πράξης και της έρευνας αξιολόγησης. Επίσης, υπάρχει συμφωνία και στο ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν ποικίλες κλινικές και κοινωνικές ανάγκες - προϊόντα κοινωνικής αναπηρίας, οι οποίες συχνά δεν αναγνωρίζονται από τις υπηρεσίες και μοιραία δεν καλύπτονται. Η θεμελιώδης διαφορά μεταξύ των δυο εργαλείων έγκειται στη διαφορετική θεωρητική προσέγγιση της έννοιας της ανάγκης, γεγονός που υπαγορεύει και τις μεθοδολογικές τους διαφορές στη διαδικασία εκτίμησης των αναγκών.

Η υποκειμενική θεώρηση της ανάγκης έναντι της αντικειμενικής

1. Η σημασία της συμμετοχής του χρήστη της υπηρεσίας στην εκτίμηση των αναγκών

Στο CAN υιοθετείται η υποκειμενική θεώρηση της ανάγκης, σύμφωνα με την οποία η ανάγκη είναι κοινωνικά διαπραγματεύσιμη και άρα δεν μπορεί να οριστεί αντικειμενικά, όπως ισχυρίζονται οι συγγραφείς του NFCAS (Slade, 1994). Ο Slade ανέλυσε διεξοδικά τα σημεία εκείνα τα οποία συγκροτούν την υποκειμενική θεώρηση της ανάγκης και παρουσίασε τα σημαντικά οφέλη τα οποία η νέα μέθοδος εκτίμησης των αναγκών θα επέφερε βάσει της «υποκειμενικής» θεώρησης έναντι της «αντικειμενικής».

Ο Slade εξηγεί ότι η διεξαγωγή της εκτίμησης των αναγκών μόνο από τους ειδικούς οδηγεί στην απώλεια πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες του ατόμου με ψυχικές διαταραχές, όπως εξάλλου απεδείχθη από την εκτίμηση των αναγκών σύμφωνα με το NFCAS (Hogg & Marshal, 1993). Η ενσωμάτωση των απόψεων των ασθενών σε αυτές των ειδικών θα επέφερε το ίδιο αποτέλεσμα. ***Αντίθετα, η ανεξάρτητη εκτίμηση των απόψεων των μεν και των δε και η προσπάθεια σύνθεσης των διαφορετικών θέσεων έρχεται σε συμφωνία με την κοινωνικά διαπραγματεύσιμη φύση της ανάγκης και με τις θεσμικές οδηγίες για την εκτίμησή τους.***

Ο Slade απαριθμεί ποια είναι τα οφέλη της ισότιμης συμμετοχής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στη διαδικασία εκτίμησης των αναγκών τους (βλ. πίνακα):

Τα οφέλη της συμμετοχής των χρηστών των υπηρεσιών στην εκτίμηση των αναγκών τους

1. Επιτυγχάνεται η πληρέστερη δυνατή αναγνώριση των αναγκών, αφού εντοπίζονται και οι ανάγκες εκείνες, τις οποίες οι κλινικοί δεν έχουν αντιληφθεί.
2. Η συμμετοχή του ατόμου στην εκτίμηση των αναγκών σημαίνει και τη συμμετοχή του στην θέσπιση προτεραιοτήτων ως προς την κάλυψή τους. Το γεγονός αυτό συμβάλλει σημαντικά στην απόκτηση εναισθησίας εκ μέρους του ατόμου και στην σταδιακή υπευθυνοποίησή του.
3. Αποφεύγεται ο προϋδεασμός των επαγγελματιών σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών, δεδομένου ότι οι εκτιμήσεις αναγκών ως επί το πλείστον κατέγραφαν τις προκατασκευασμένες κρίσεις των επαγγελματιών (οι οποίες μπορούσαν να είναι σωστές ή λαθεμένες).
4. Μόνο δια της συμμετοχής των ίδιων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές έχουμε εκτιμήσεις από την άποψη των αναγκών και όχι των υπηρεσιών. Διαφορετικά υπάρχει ο κίνδυνος οι ανάγκες που δεν παραπέμπουν σε διαθέσιμες υπηρεσίες να μην αναγνωρίζονται από ειδικούς.

Σε ό,τι αφορά το ζήτημα της επιφύλαξης για την αξιοπιστία των εκτιμήσεων των ψυχικά πασχόντων ο Slade διευκρινίζει: «Η διαδικασία της εκτίμησης μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση περιοχών [αναγκών] όπου ο πάσχων μπορεί να έχει ορθολογικές κρίσεις. Ένα άτομο χωρίς εναισθησία μπορεί να μην αντιλαμβάνεται την χρησιμότητα των φαρμάκων, ωστόσο μπορεί να έχει έγκυρες απόψεις σχετικά με τις ανάγκες του για εναλλακτικές του νοσοκομείου μορφές διαμονής. Μια αποτελεσματική διαδικασία εκτίμησης θα λαμβάνει υπόψη τις απόψεις των ασθενών σε όσο περισσότερους τομείς της ζωής είναι δυνατό».

2. Ένα μοντέλο εκτίμησης προσανατολισμένο στις ανάγκες έναντι ενός μοντέλου εκτίμησης βασισμένου στις υπηρεσίες

Ο Slade εισάγει έναν επιπλέον διαχωρισμό των εκτιμήσεων. Υπογραμμίζει ότι η εκτίμηση των αναγκών των χρηστών θα πρέπει να γίνεται ανεξάρτητα από την εκτίμηση που αφορά τον θεραπευτικό σχεδιασμό, δεδομένου ότι ο τελευταίος εμπεριέχει τον υπολογισμό των διαθέσιμων υπηρεσιών και των διαθέσιμων πόρων. Με αυτό το διαχωρισμό τα αποτελέσματα της εκτίμησης των αναγκών θα παρέχουν τις απαιτούμενες πληροφορίες για τη διαδικασία εκτίμησης του θεραπευτικού σχεδιασμού, κυρίως από την άποψη των αναγκών που δεν καλύπτονται. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να υπάρχει σαφής διαφοροποίηση μεταξύ του σταδίου αναγνώρισης των αναγκών και του σταδίου εκτίμησης των διαθέσιμων υπηρεσιών και των

απαιτούμενων πόρων για την κάλυψη των αναγκών αυτών. Όταν αυτή η διάκριση δεν γίνεται, οι ανάγκες οι οποίες δεν καλύπτονται συχνά ούτε αναγνωρίζονται ούτε εκτιμώνται.

Σε ένα σύστημα κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας με περιορισμένους πόρους, τα πορίσματα της εκτίμησης αποτελούν χρήσιμες πληροφορίες για διαπραγμάτευση σε ότι αφορά τις υπηρεσίες, υποστηρίζει ο Slade. Ένα μοντέλο εκτίμησης προσανατολισμένο στις υπηρεσίες ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το επίκεντρο των διαπραγματεύσεων να είναι οι υπηρεσίες και το κόστος τους παρά το σχετικό όφελός τους για τους χρήστες. Ενώ, όταν το μοντέλο εκτίμησης είναι προσανατολισμένο στις ανάγκες, αντικείμενο της διαπραγμάτευσης είναι τα πρακτικά οφέλη για κάθε άτομο.

Κριτήρια διαμόρφωσης του CAN και περιοχές αναγκών τις οποίες εκτιμά

Με βάση το θεωρητικό πλαίσιο που παραθέσαμε διαμορφώθηκε το CAN, το οποίο όπως διαβεβαιώνουν οι συγγραφείς, μπορεί να χορηγηθεί σε κάθε άτομο με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Τα κριτήρια συνεπώς βάσει των οποίων σχεδιάστηκε το CAN είναι τα ακόλουθα:

Τα κριτήρια διαμόρφωσης του CAN

1. Το εργαλείο να έχει εδραιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες, όπως αξιοπιστία και εγκυρότητα.
2. Να συμπληρώνεται σε 30 λεπτά.
3. Να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ευρεία γκάμα επαγγελματιών.
4. Να είναι κατάλληλο και για την κλινική πράξη και για την έρευνα.
5. Να διδάσκεται και να χρησιμοποιείται εύκολα, χωρίς συστηματική εκπαίδευση.
6. Να περιλαμβάνει τόσο τις απόψεις των ασθενών όσο και του προσωπικού.
7. Να μετρά τόσο τις ανάγκες που καλύπτονται όσο και τις ανάγκες οι οποίες δεν καλύπτονται.
8. Να εκτιμά την επάρκεια και την καταλληλότητα της βοήθειας την οποία τα άτομα με ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν από συγγενείς, φίλους και τις υπηρεσίες της πολιτείας.

Οι σχεδιαστές του CAN μετά από μια διαδικασία επεξεργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τα σχόλια και τις απόψεις τόσο των ειδικών, όσο και των ψυχικά πασχόντων, κατέληξαν στις παρακάτω περιοχές αναγκών τις οποίες θα εκτιμά το CAN:

Περιοχές αναγκών τις οποίες εκτιμά το CAN

1. στέγαση,
2. διατροφή,
3. δεξιότητες στις οικιακές εργασίες,
4. αυτοφροντίδα,
5. απασχόληση,
6. σωματική υγεία,
7. ψυχωτικά συμπτώματα,
8. πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας και τη θεραπεία,
9. ψυχολογική δυσφορία,
10. ασφάλεια για τον εαυτό,
11. ασφάλεια για τους άλλους,
12. αλκοόλ,
13. ναρκωτικά,
14. συντροφιά των άλλων,
15. στενές σχέσεις,
16. σεξουαλική έκφραση,
17. φροντίδα των παιδιών,
18. βασική εκπαίδευση,
19. χρήση του τηλεφώνου,
20. χρήση των συγκοινωνιών,
21. διαχείριση των χρημάτων,
22. επιδόματα της πρόνοιας.

Η κλινική και η ερευνητική έκδοση του CAN

Οι συγγραφείς σχεδίασαν δυο εκδόσεις του εργαλείου, το CAN-C και το CAN-R. Η πρώτη χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη και η δεύτερη στην έρευνα. Τις διαφορές μεταξύ των δυο θα περιγράψουμε παρακάτω. Το CAN έχει σταθερή δομή για όλες τις περιοχές αναγκών και η διαδικασία εκτίμησης της κάθε ανάγκης περιλαμβάνει τέσσερις φάσεις. Οι δύο εκδόσεις του εργαλείου διαφέρουν μόνο στην τέταρτη φάση. Σε κάθε φάση αναγράφονται παραδείγματα, τα οποία βοηθούν το βαθμολογητή. Θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο χορηγείται χωριστά στον ασθενή και στο μέλος του προσωπικού, γίνονται δηλαδή δύο ανεξάρτητες μετρήσεις. Ο συνολικός χρόνος χορήγησής του είναι 25,6 λεπτά (16,2-συνέντευξη προσωπικού, 9,4- συνέντευξη ασθενούς).

Φάση 1

Ερωτήσεις διατυπώνονται προκειμένου να αναγνωριστεί: α) αν υπάρχουν δυσκολίες σε κάθε έναν από τους παραπάνω τομείς αναγκών (βλ. προηγούμενο πίνακα) και β) αν παρέχεται ήδη αποτελεσματική βοήθεια, δηλαδή αν η ανάγκη καλύπτεται ή δεν καλύπτεται. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται με βάση τις απόψεις του ερωτώμενου της συνέντευξης είτε πρόκειται για μέλος του προσωπικού είτε για τον ίδιο τον πάσχοντα, όπως φαίνεται στα παραδείγματα που ακολουθούν (δημοσιεύονται με την άδεια της δρ. Β. Παπαγεωργίου, η οποία το μετέφρασε στα ελληνικά):

4. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ

		ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	
		Για τον Χρήστη	Για τον Εκτιμητή
ΕΧΕΤΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΕΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΚΑΘΑΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΜΕΝΟ; ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΤΟ ΥΠΕΝΘΥΜΙΖΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ; ΠΟΙΟΣ;		CAN 0401	CAN 0402
0 = Κανένα πρόβλημα. <i>Π.χ. μπορεί η εμφάνιση να είναι αταίριαστη αλλά βασικά είναι καθαρή.</i> 1 = Καθόλου / μέτριο πρόβλημα λόγω προσφερόμενης βοήθειας. <i>Π.χ. χρειάζεται και δέχεται βοήθεια στη φροντίδα του εαυτού του</i> 2 = Σοβαρό πρόβλημα. <i>Π.χ. φτωχή προσωπική υγιεινή, μυρίζει</i> 9 = Άγνωστο			
ΕΑΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΑΤΕ 0 ή 9 ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 5			
ΠΟΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ ή ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΟΥ;		CAN 0403	CAN 0404
0 = Καμία 1 = Μικρή βοήθεια. <i>Π.χ. περιστασιακά παρακινείται από άτομο στο να αλλάξει τα ρούχα του.</i> 2 = Μέτρια βοήθεια. <i>Π.χ. επίβλεψη στο μπάνιο και παρότρυνση στη χρήση του.</i> 3 = Μεγάλη βοήθεια. <i>Π.χ. καθημερινή παρακίνηση και παροχή βοήθεια σε πολλά θέματα φροντίδας του εαυτού του.</i> 9 = Άγνωστο			
ΠΟΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ;		CAN 0405	CAN 0406
ΠΟΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ;		CAN 0407	CAN 0408
0 = Καμία 1 = Μικρή βοήθεια. <i>Π.χ. περιστασιακή παρότρυνση</i> 2 = Μέτρια βοήθεια. <i>Π.χ. εβδομαδιαία επίβλεψη στο να πλυθεί.</i> 3 = Μεγάλη βοήθεια. <i>Π.χ. επίβλεψη σε αρκετούς τομείς της φροντίδας του εαυτού του, πρόγραμμα δεξιοτήτων στη φροντίδα του εαυτού.</i> 9 = Άγνωστο			
ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΕΙΔΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΟΥ;		CAN 0409	CAN 0410
0 = Όχι 1 = Ναι 9 = Άγνωστο			
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΟΥ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΟΥ;		CAN 0411	
0 = Όχι ικανοποιημένο 1 = Ικανοποιημένο			

5. ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

		ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	
		Για τον Χρήστη	Για τον Εκτιμητή
ΈΧΕΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ Πως περνάτε την ημέρα σας; Έχετε αρκετά πράγματα να κάνετε; 0 = Κανένα πρόβλημα. Π.χ. πλήρης απασχόληση εργασίας ή επαρκώς απασχολημένος/ή με οικιακές/ή κοινωνικές δραστηριότητες 1 = Καθόλου / μέτριο πρόβλημα λόγω προσφερόμενης βοήθειας. Π.χ. αδυνατεί να απασχοληθεί και έτσι παρακολουθεί Κέντρο Ημέρας 2 = Σοβαρό πρόβλημα. Π.χ. καμία απασχόληση οποιουδήποτε τύπου, μη επαρκώς απασχολημένο με οικιακές / ή κοινωνικές δραστηριότητες 9 = Άγνωστο ΕΑΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΑΤΕ 0 ή 9 ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 6		CAN 0501	CAN 0502
ΠΟΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΑΠΟ ΦΙΛΟΥΣ ή ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΝΑ ΒΡΕΙ Ή ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΕΙ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ; 0 = Καμία 1 = Μικρή βοήθεια. Π.χ. περιστασιακή καθοδήγηση στις καθημερινές δραστηριότητες 2 = Μέτρια βοήθεια. Π.χ. προγραμματισμός ημερήσιων δραστηριοτήτων, όπως, επιμόρφωση ενηλίκου, ή παρακολούθηση Κέντρου Ημέρας. 3 = Μεγάλη βοήθεια. Π.χ. καθημερινή βοήθεια στον προγραμματισμό ημερήσιων δραστηριοτήτων. 9 = Άγνωστο		CAN 0503	CAN 0504
ΠΟΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΑ ΒΡΕΙ Ή ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΕΙ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ; ΠΟΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΟΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΟ ΝΑ ΒΡΕΙ Ή ΝΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΕΙ ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ; 0 = Καμία 1 = Μικρή βοήθεια. Π.χ. περιστασιακή παρότρυνση 2 = Μέτρια βοήθεια. Π.χ. εβδομαδιαία επίβλεψη στο να πλυθεί. 3 = Μεγάλη βοήθεια. Π.χ. επίβλεψη σε αρκετούς τομείς της φροντίδας του εαυτού του, πρόγραμμα δεξιοτήτων στη φροντίδα του εαυτού. 9 = Άγνωστο		CAN 0505	CAN 0506
		CAN 0507	CAN 0508
ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΤΟ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΕΙΔΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ; 0 = Όχι 1 = Ναι 9 = Άγνωστο ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΟΥ ΤΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ; 0 = Όχι ικανοποιημένο 1 = Ικανοποιημένο		CAN 0509	CAN 0510
		CAN 0511	

Οι οδηγίες βαθμολόγησης είναι οι εξής:

- αν ο ερωτώμενος δεν γνωρίζει ή δε θέλει να απαντήσει στις ερωτήσεις σε αυτόν τον τομέα τότε βαθμολογήστε με **9 (άγνωστο)**
- αν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα (ανεξάρτητα από την αιτία και από το αν παρέχεται η όχι βοήθεια) βαθμολογείτε με **2 (ανάγκη η οποία δεν καλύπτεται)**
- αν δεν υπάρχει σοβαρό πρόβλημα επειδή παρέχεται βοήθεια τότε βαθμολογείτε με **1 (ανάγκη η οποία καλύπτεται)**
- αν δεν υπάρχει καθόλου πρόβλημα βαθμολογείτε με **0 (καθόλου ανάγκη)**

Στην περίπτωση που η βαθμολογία είναι 0 ή 9 δεν συνεχίζεται η εκτίμηση στις επόμενες τρεις φάσεις.

0= όχι σοβαρό πρόβλημα,	(καθόλου ανάγκη)
1= όχι σοβαρό ή μετρίως σοβαρό πρόβλημα λόγω παρεχόμενης βοήθειας	(ανάγκη η οποία καλύπτεται)
2= τωρινό σοβαρό πρόβλημα	(ανάγκη η οποία δεν καλύπτεται)
9= άγνωστο	

Φάση 2 & 3

Η *δεύτερη φάση* διερευνά τη βοήθεια την οποία λαμβάνουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από φίλους, συγγενείς ή άλλους μη ειδικούς οι οποίοι τα φροντίζουν. Η *τρίτη φάση* διερευνά αφενός τη βοήθεια την οποία λαμβάνει το άτομο από τις τοπικές υπηρεσίες, αφετέρου τη βοήθεια που *χρειάζεται* σχετικά με την κάλυψη κάθε ανάγκης.

Οι απαντήσεις της δεύτερης και της τρίτης φάσης βαθμολογούνται από 0 ως και 3 ως εξής:

0= καθόλου, 1= μικρή, 2= μέτρια, 3= μεγάλη

Φάση 4

Η τέταρτη φάση διαφέρει μεταξύ των δυο εκδόσεων του εργαλείου:

- ❖ Στο CAN-C ζητείται η γνώμη του ατόμου για τον τύπο της βοήθειας την οποία ο ίδιος θεωρεί ότι χρειάζεται, ενώ διαμορφώνεται ένα σχέδιο φροντίδας όπου καθορίζεται η ημερομηνία επανάλληψης της εκτίμησης των σημείων στα οποία η φροντίδα θα πρέπει να ενταθεί. Το όνομα του υπεύθυνου θεραπευτή επίσης καταγράφεται.
- ❖ Η τέταρτη φάση στο CAN-R περιλαμβάνει δυο συγκεκριμένες ερωτήσεις. Η πρώτη ρωτά αν ερωτώμενος λαμβάνει τον *κατάλληλο τύπο φροντίδας* για το πρόβλημά του και η δεύτερη αν είναι ικανοποιημένος με την *ποσότητα βοήθειας* που λαμβάνει. Η τελευταία αυτή ερώτηση απευθύνεται μόνο στον ασθενή και όχι στον υπεύθυνο φροντίδας του.

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου

Σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του CAN οι συγγραφείς (Phelan et al., 1995) αναφέρουν:

A. Η εγκυρότητα περιεχομένου (Content validity) ελέγχθηκε με δυο τρόπους :

- 1) Προσχέδιο του εργαλείου διανεμήθηκε σε 50 έμπειρους επαγγελματίες στους τομείς της κοινωνικής εργασίας, της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της νοσηλευτικής και της εργοθεραπείας. Υπήρξε ομοφωνία για την αναγκαιότητα διαμόρφωσης και χρησιμοποίησης του εργαλείου. Τα σχόλια, οι παρατηρήσεις και οι προτάσεις των επαγγελματιών ώθησαν σε μικρές και μεγάλες αλλαγές ως την τελική διαμόρφωση του CAN. Η σημαντικότερη από όλες ήταν η συμπλήρωση δυο επιπλέον αναγκών - αυτή της σεξουαλικής έκφρασης και της ανάγκης για στενή συναισθηματική σχέση.
- 2) Το προσχέδιο του εργαλείου χορηγήθηκε σε 59 άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές οι οποίοι λάμβαναν ενδονοσοκομειακή φροντίδα ή παρακολουθούσαν πρόγραμμα νοσοκομείου ημέρας. Όλες οι κατηγορίες αναγκών κρίθηκαν από μετρίως σημαντικές ως πολύ σημαντικές. Τον

υψηλότερο δείκτη σημαντικότητας είχε η «στέγαση» και το χαμηλότερο τα «ναρκωτικά».

Β. Οι συγγραφείς αναφέρουν δυσκολίες στην απόδειξη της συγχρονικής εγκυρότητας (Concurrent validity) του εργαλείου, την οποία αποδίδουν στην έλλειψη αντικειμενικών εξωτερικών κριτηρίων. Παρ' όλα αυτά, προσπάθησαν να διερευνήσουν την σχέση μεταξύ της βαθμολόγησης της κοινωνικής, επαγγελματικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας, η οποία εκτιμάται από την GAF (Global Assessment of Functioning) και της ανάγκης. Η συσχέτιση στα περισσότερα θέματα αναγκών υπήρξε πολύ αδύναμη. Προκειμένου να επιτύχουν μια πιο κατανοητή μέτρηση σύγκρισης με την GAF, υπολόγισαν το άθροισμα της βαθμολογίας 7 αναγκών, οι οποίες παραπέμπουν στους τομείς της ανικανότητας που μετρώνται από την GAF (δεξιότητες στις οικιακές εργασίες, αυτοφροντίδα, ψυχωτικά συμπτώματα, ψυχολογική δυσφορία, αυτοκαταστροφικότητα). Το συνολικό άθροισμα συσχετίστηκε με τη βαθμολόγηση της GAF ($r = -0.51$, $P < 0.001$).

Γ. Σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία, εκτενής αναφορά γίνεται στο βασικό άρθρο δημοσίευσης του CAN (Phelan et al., 1995). Συνοπτικά εδώ παρουσιάζουμε τα εξής:

- 1) τόσο το προσωπικό όσο και τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αναγνώρισαν τον ίδιο περίπου αριθμό αναγκών, εντούτοις αναγνώρισαν διαφορετικές ανάγκες,
- 2) Η διαβαθμολογική αξιοπιστία (inter-rater reliability) ήταν αρκετά υψηλή, δηλαδή υπήρξε υψηλού βαθμού συμφωνία μεταξύ των δυο βαθμολογητών τόσο στις μετρήσεις των ασθενών όσο και στις μετρήσεις του προσωπικού (0.99 και 0.98 αντίστοιχα, $p < 0.001$).
- 3) Σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία δοκιμασίας - επαναδοκιμασίας (Test-retest reliability) τα στοιχεία για την πρώτη συνέντευξη είναι τα ακριβώς προηγούμενα. Η βαθμολόγηση της δεύτερης συνέντευξης είναι 0.78 και 0.71 για τους ασθενείς και το προσωπικό αντίστοιχα, γεγονός που δηλώνει μέτριου βαθμού συμφωνία μεταξύ της δοκιμασίας 1 (test 1) και της δοκιμασίας 2 (test 2). Οι συγγραφείς ωστόσο διευκρινίζουν ότι τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ουσιαστική συμφωνία για την πλειοψηφία των θεμάτων. Η χαμηλή αξιοπιστία (test-retest) για ορισμένα θέματα πιθανώς κατά τους συγγραφείς να οφείλεται σε αλλαγές που αφορούν τις ανάγκες μεταξύ των δυο εκτιμήσεων (διάστημα 1 εβδομάδας).

Το CAN είναι αρκετά δημοφιλές σε ό,τι αφορά την ψυχιατρική έρευνα. Σταθμίστηκε σε αρκετές χώρες, όπως Σουηδία (Hansson et al., 1995), Ολλανδία (Wiersma et al., 1998), Δανία (Middelboe et al., 1998), Ιταλία (Ruggeri, 1999), Αυστραλία (Andersen et al., 2000, Issakidis & Teesson, 1999) και Καναδά (Lefebvre et al., 2000), σύντομα δε αναμένεται η ολοκλήρωση της στάθμισης της ελληνικής έκδοσης του CAN.

Η χρήση του Camberwell Assessment of Needs σε άλλες ομάδες ασθενών

Το CAN μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση αναγκών και άλλων ομάδων ασθενών όπως των ηλικιωμένων και των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, οι Reynolds, Thornicroft et al. (2000) ανέπτυξαν μια εκδοχή του εργαλείου (CANE), το οποίο διενεργεί με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο εκτίμησης αναγκών για τους ηλικιωμένους ψυχικά πάσχοντες. Επίσης, οι Xenitidis, Thornicroft et al. (2000) ανέπτυξαν μια επιπλέον εκδοχή του εργαλείου, το CANDID, το οποίο προορίζεται για την εκτίμηση των αναγκών των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες και ψυχική διαταραχή.

Διαπολιτισμική εκτίμηση αναγκών με το CAN

Το CAN υπήρξε ένα εργαλείο ευρείας αποδοχής στην ψυχιατρική έρευνα. Η διαμόρφωσή του και η διαδεδομένη χρήση του συνέβαλε στην αναβάθμιση της μεθοδολογίας της έρευνας αξιολόγησης. Στα τέλη του 1999 ξεκίνησε η επεξεργασία ενός σχεδίου διαπολιτισμικής έρευνας σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Πρόκειται για τη **μελέτη EPSILON** (*European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*, Becker et al., 1999).

Δεδομένης της απουσίας διαπολιτισμικών ερευνών σχετικά με τη φροντίδα των ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή, η μελέτη EPSILON αποσκοπούσε στην κάλυψη αυτού του κενού. Στόχος της έρευνας ήταν να επεξεργαστεί τη μεθοδολογία και τον σχεδιασμό της στάθμισης μετρήσεων θεραπευτικού αποτελέσματος και της σύγκρισης των μοντέλων φροντίδας και του κόστους στις χώρες διεξαγωγής της μελέτης.

Συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή περιελάμβανε τη διαμόρφωση και την στάθμιση της ευρωπαϊκής έκδοσης πέντε ερευνητικών εργαλείων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε πέντε γλώσσες. Τα υποκείμενα του δείγματος της έρευνας ήταν άτομα με σχιζοφρενική διαταραχή. Η συλλογή δεδομένων από τις πέντε χώρες αφορούσε την παροχή φροντίδας και το κόστος της. Στην έρευνα συμμετείχαν πέντε πόλεις (Άμστερνταμ, Κοπεγχάγη, Λονδίνο, Σανταντέρ και Βερόνα). Τα εργαλεία τα οποία σταθμίστηκαν εκτιμούν ανάγκες, την χρήση των υπηρεσιών, την εμπλοκή μη επαγγελματιών στην φροντίδα των ασθενών, την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση με τις υπηρεσίες.

Το εργαλείο το οποίο επελέγη στη συγκεκριμένη έρευνα για την εκτίμηση των αναγκών είναι το CAN. Η ευρωπαϊκή έκδοση του οργάνου *CAN-EU* (McCrone *et al.*, 2000) διαμορφώθηκε με τη χορήγηση του οργάνου σε ασθενείς στις πέντε πόλεις διεξαγωγής της έρευνας. Το CAN-EU ελέγχθηκε ως προς τη διαβαθμολογική (inter-rater) αξιοπιστία αλλά και την αξιοπιστία δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας (test-retest). Τα αποτελέσματα (0.94, 0.85 και 0.79 – παρουσία αναγκών, καλυπτόμενες ανάγκες, μη καλυπτόμενες ανάγκες) είναι ικανοποιητικά και επιβεβαιώνουν την ψυχομετρική επάρκεια του εργαλείου.

Συμπεράσματα

Το CAN αξιολογήθηκε ως εργαλείο το οποίο μπορεί να δώσει εμπεριστατωμένες εκτιμήσεις των αναγκών, καθώς πληροί τα χαρακτηριστικά τα οποία ο Thornicroft και συν. (1992) διατύπωσε ως αναγκαία για τη σύσταση ενός ιδεώδους εργαλείου εκτίμησης. Συγκεκριμένα θα πρέπει να είναι σύντομο και συνοπτικό, να χρειάζεται λίγο χρόνο για να χορηγηθεί, χωρίς να απαιτείται επιπλέον και εξειδικευμένο προσωπικό, να είναι έγκυρο και αξιόπιστο σε διαφορετικά πλαίσια και σε σχέση με το φύλο και την κουλτούρα του ατόμου. Επίσης, να μπορεί να χρησιμοποιείται συστηματικά ως μέρος της ρουτίνας του κλινικού έργου, αλλά και ως ερευνητικό εργαλείο. Να είναι ευαίσθητο στην αλλαγή των αναγκών, να έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και να μπορεί να παράγει χρήσιμα αποτελέσματα, ώστε να ενημερώνει τον κλινικό έλεγχο. Παράλληλα, να λαμβάνει υπόψη τις απόψεις των ασθενών και του προσωπικού.

Η διεξαγωγή εκτίμησης αναγκών με το CAN καθιερώθηκε και αποτελεί το επικρατέστερο μοντέλο, καθώς εκπληρώνει τους στόχους που θέτουν οι σύγχρονες

προσεγγίσεις στην ψυχική υγεία. Ελέγχεται δηλαδή αν οι υπηρεσίες αναπτύσσονται προσανατολιζόμενες προς τις ανάγκες των χρηστών, αν ο θεραπευτικός σχεδιασμός προγραμματίζεται σε συνάρτηση με τις ανάγκες, αν η θεραπευτική φροντίδα είναι κατάλληλη ή επαρκής σύμφωνα με τις ανάγκες του πάσχοντος και αν αναγνωρίζονται οι πολύπλευρες κλινικές και κοινωνικές ανάγκες των σοβαρά ψυχικά πασχόντων, τόσο αυτές που καλύπτονται, όσο και αυτές που δεν καλύπτονται, όπως και η αλλαγή αυτών των αναγκών. Συνεπώς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην έρευνα αξιολόγησης των ψυχιατρικών υπηρεσιών όσο και στην κλινική πράξη (Hannsson et al., 1995). Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί στη διεξαγωγή ερευνητικών μελετών σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Βιβλιογραφία για το CAN

- Andersen R. et al., (2000). *Interrater Reliability of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34: (5) :856-61.
- Becker T., Knapp M. et al. (1999): *The EPSILON study of schizophrenia in five European countries. Design and methodology for standardizing outcome measures and comparing patterns of care and service costs*. British Journal of Psychiatry, 175: 514-21.
- Brewin C.R., Wing J., Mangan S., Brugha T. and MacCarthy B. (1987). *Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment*. Psychological Medicine, 17: 971- 981.
- Department of Health Social Services Inspectorate (1991). *Care, Management and Assessment: Practitioners' Guide*. London:HMSO.
- Hansson L., Björkman T. and Svensson B. (1995). *The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 92: 285- 293.
- Hogg L. and Marshall M. (1992). *Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC Needs for Care Assessment in hostels for the homeless*. Psychological Medicine, 22: 1027-34.
- Hurry J. and Sturt E. and Bebbington P. (1983). *Socio-demographic association with social disablement in a community sample*. Social Psychiatry, 18:113-121.
- Issakidis C. and Teesson M. (1999). *Measurement of need for care: a trial of the Camberwell Assessment of Need and the Health of the Nation Outcome Scales*. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33:5, 754-9.
- Lefebvre J., Cyr M., Lessage A. et al. (2000). *Unmet needs in the community: can existing services meet them?* Acta Psychiatrica Scandinavica.
- Middelboe T., MacKeprang T. et al. (1998). *A housing support programme for the mentally ill: need, profile and satisfaction among users*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 98:321-327.
- McCrone P., Leese M., Thornicroft G., Schene A.H., Knudsen H.C., Vasquez-Barquero J.L., Lasalvia A., Padfield S., White I.R., Griffiths G. (2000). *Reliability of*

the Camberwell Assessment of Need- European version. EPSILON Study 6. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs". British Journal of Psychiatry Suppl. (39): 534-540.

Phelan M., Slade M., Thornicroft G. et al. (1995). *The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with severe Mental Illness*. British Journal of Psychiatry, 167: 589-595.

Reynolds T., Thornicroft G. et al. (2000). *Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)*. British Journal of Psychiatry, 176:444-52.

Ruggeri M., Lasalvia A., Nicolau S., Tansella M. (1999). *The Italian version of the Camberwell Assessment of Need, an interview for the identification of need of care*. Epidemiol. Soc. Psichiatr. 8(2):135-67.

Slade M. (1994). *Needs Assessment: Involvement of staff and users will help to meet needs*, British Journal of Psychiatry, 165: 293-296.

Slade M., Leese M., Taylor R. and Thornicroft G. (1999). *The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 100:149-157.

Stevens A. and Gabbay J. (1991). *Needs assessment needs assessment...* Health Trends, 23:20-23.

Thornicroft G. and Strathdee G. (1992). *Community sectors for needs-led mental health services*. In *Measuring mental health needs* (eds G. Thornicroft, C. Brewin, J. Wing), London: Gaskell.

Wiersma D., Nienhuis F. et al. (1998). *Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15- and 17- year follow-up study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33:49-56.

Xenitidis K., Thornicroft G. et al. (2000). *Reliability and validity of the CANDID- a needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems*. British Journal of Psychiatry, 176:473-8.

3. ΕΜΜΕΣΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Κοινωνικό Κεφάλαιο και Ψυχική Υγεία

Στην πιο πρόσφατη ερευνητική αρθρογραφία, η εκτίμηση αναγκών για χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχει συνδεθεί με χαρακτηριστικά κοινότητας μετατοπίζοντας την έμφαση στη σημασία των περιβαλλοντικών συνθηκών που πλαισιώνουν τα άτομα. Το νέο μεθοδολογικό παράδειγμα βασίζεται στο συνδυασμό εκτίμησης τόσο ατομικών / προσωπικών χαρακτηριστικών όσο και περιβαλλοντικών που αφορούν χαρακτηριστικά όπως, κοινωνική συνοχή, κοινοτική ανάπτυξη, ενεργά κοινωνικά δίκτυα, συλλογική δράση και αλληλεγγύη. Το *κοινωνικό κεφάλαιο* αποτελεί μια ιδιαίτερα δημοφιλή έννοια στο πεδίο των κοινωνικών επιστημών καθώς συμπυκνώνει όλα εκείνα τα οικολογικά χαρακτηριστικά που μπορεί να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Έτσι, οι σύγχρονες μετα-επιδημιολογικές έρευνες μετατοπίζουν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον από τη μελέτη των ατομικών γνωρισμάτων και συμπεριφορών στη μελέτη δομικών κοινωνικών χαρακτηριστικών εστιάζοντας περισσότερο στις συνθήκες όπου οι άνθρωποι ζουν και λιγότερο στις συμπεριφορές που αυτοί εκδηλώνουν.

Τι είναι το κοινωνικό κεφάλαιο;

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια έννοια με υψηλή σημασιολογική πυκνότητα και αφορά χαρακτηριστικά συλλογικά και όχι ατομικά. Σύμφωνα με τον Putnam (1995), το κοινωνικό κεφάλαιο αφορά *‘χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης, όπως δίκτυα, νόρμες και εμπιστοσύνη που διευκολύνουν τη συνεργασία και τη συλλογική δράση αποβλέποντας στο αμοιβαίο όφελος’*. Σε μια απόπειρα θεωρητικού και μεθοδολογικού προσδιορισμού του κοινωνικού κεφαλαίου, οι Lochner και συν. (1999) προτείνουν τέσσερις έννοιες ως βασικά συστατικά του όρου: α) τη συλλογική αποτελεσματικότητα (collective efficacy) η οποία αναφέρεται στο αίσθημα ή την εκτίμηση των μελών μιας ομάδας ότι μπορούν συντονισμένα να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις μιας συνθήκης μέσα από τον κατάλληλο χειρισμό των διαθέσιμων πόρων (Zaccaro et al., 1995), β) το αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα (psychological sense of community) το οποίο περιλαμβάνει τη συμμετοχή (η αίσθηση ότι ανήκω ή

είμαι μέλος μιας ομάδας), την αντίληψη επίδρασης, ότι δηλ. το άτομο μπορεί να επηρεάσει τη δυναμική της ομάδας στην οποία ανήκει και αμφίδρομα η ομάδα μπορεί να επηρεάσει το άτομο ή τα μέλη της δημιουργώντας συνοχή μέσα από νόρμες της κοινότητας, την ενσωμάτωση (η αίσθηση ότι οι ανάγκες των μελών μιας ομάδας μπορούν να συναντηθούν από πόρους που συνδέονται με τη συμμετοχή τους στην ομάδα), και τέλος κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς μέσα από την κοινή βιογραφία της κοινότητας (McMillan & Chavis, 1986), γ) τη συνοχή σε επίπεδο γειτονιάς (neighborhood cohesion) η οποία αναφέρεται στην αντιλαμβανόμενη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη διαθέσιμη από τους πόρους της γειτονιάς, και δ) την ετοιμότητα της κοινότητας για ανταπόκριση (community competence) η οποία αναφέρεται στην ικανότητα της κοινότητας να ανταποκριθεί σε αιτήματα, απαιτήσεις και προβλήματα που προκύπτουν.

Οι όροι «κοινωνική συνοχή» αλλά και «ενεργά κοινωνικά δίκτυα» χρησιμοποιούνται συχνά ως εναλλακτικοί του κοινωνικού κεφαλαίου. Η έννοια της κοινωνικής συνοχής προσδιορίζεται από το βαθμό συμμετοχής των πολιτών σε κοινές δράσεις και παρεμβάσεις καθώς και από την ύπαρξη αμοιβαίων σχέσεων εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Επίσης, τα ενεργά κοινωνικά δίκτυα αφορούν το σύμπλεγμα εκείνο στο οποίο διασταυρώνονται σχέσεις και οντότητες σε συνθήκη ανταλλαγής και αλληλεπίδρασης, σχέσεις αμοιβαίας βοήθειας και αλληλεγγύης με βασικό συστατικό την εμπιστοσύνη. Κοινή συνισταμένη των εννοιών που εξετάζονται στην παρούσα ενότητα είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη που αποτελεί την προϋπόθεση για την κοινωνική συνεργασία που αποβλέπει στην κοινοτική ανάπτυξη η οποία περιλαμβάνει την έγκαιρη και επαρκή διαχείριση αναγκών σε επίπεδο κοινότητας αλλά και την πρόληψη κάθε μορφής περιθωριοποίησης και αποκλεισμού.

Παρά την κριτική που έχει ασκηθεί για τα μεθοδολογικά κενά στη μέτρηση της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου, οι κοινωνικοί ερευνητές τη χρησιμοποιούν ως δείκτη οικολογικού πλαισίου και ως ερμηνευτικό εργαλείο για τις διαφορές στη στάθμη της υγείας και της ψυχικής υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινοτήτων.

Τι σημαίνει κοινότητα;

Η κοινότητα ορίζεται ως το σύνολο των ανθρώπων που μοιράζονται ένα κοινό χαρακτηριστικό, μια κοινή ιδιότητα (π.χ. πανεπιστημιακή κοινότητα), ή μια κοινή

συνθήκη ή μια κοινή γεωγραφική περιοχή (π.χ. κοινότητα γειτονιάς) ή κοινές ανάγκες και δυσκολίες (π.χ. η κοινότητα των μεταναστών, η κοινότητα των κούρδων στην Ελλάδα). Η κοινότητα, ως επίπεδο κατανόησης, ερμηνείας, ανάλυσης και παρέμβασης, προσλαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση που υιοθετείται. Έτσι, στο πλαίσιο της λειτουργιστικής προσέγγισης, η κοινότητα προσομοιάζει με βιολογικό οργανισμό και το βασικό κριτήριο προσδιορισμού της είναι οι λειτουργίες που παρέχει και επιτελεί, οι ανάγκες που ικανοποιεί ή μη, αποβλέποντας στην εξασφάλιση μιας κοινωνικής ρύθμισης, επίλυσης και διαχείρισης συγκρούσεων. Στο πλαίσιο της ερμηνευτικής προσέγγισης, η έμφαση τοποθετείται στην κοινωνική αλληλεπίδραση μέσα στο πλαίσιο συγκεκριμένων ορίων αλλά και στο υποκειμενικό νόημα που προσδίδεται σ' αυτήν. Τέλος, στη ριζοσπαστική ανθρωπιστική προσέγγιση αλλά και στη δομική, η κοινότητα αποτελεί πεδίο κοινωνικής αλλαγής. Οι δύο τελευταίες προσεγγίσεις διαφοροποιούνται σε σχέση με το βαθμό υποκειμενικότητας / αντικειμενικότητας. Έτσι, στην πρώτη προσέγγιση, η υποκειμενική εμπειρία του ατόμου αποτελεί βασική προϋπόθεση κοινωνικής αλλαγής, ενώ στη δεύτερη, βασική προϋπόθεση αποτελεί η συλλογικότητα που τις περισσότερες φορές κινητοποιείται από τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες (Whittington & Holland, 1985. Tudor, 1996).

Ποια είναι η σχέση κοινωνικού κεφαλαίου και ψυχικής υγείας;

Μολονότι, αρκετές από τις πιο πρόσφατες έρευνες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας, το ερευνητικό σώμα για τη μελέτη κοινωνικού τοπικού κεφαλαίου και ψυχικής υγείας είναι σχετικά περιορισμένη. Από τις πιο χαρακτηριστικές μελέτες σύνδεσης του κοινωνικού κεφαλαίου με τη στάθμη της υγείας διεξήχθη από τους Kawachi και συν. (1997) στις Η.Π.Α., όπου βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών πολιτειών σε σχέση με τα επίπεδα θνησιμότητας των πολιτών. Οι διαφοροποιήσεις που εντοπίστηκαν ερμηνεύθηκαν με το θεωρητικό εργαλείο της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου. Πιο συγκεκριμένα, οι διακυμάνσεις στα επίπεδα της εμπιστοσύνης που οι πολίτες εξέφρασαν ερμήνευσαν το 58% της μεταβλητότητας στα συνολικά επίπεδα θνησιμότητας στις διαφορετικές πολιτείες. Τα φτωχά επίπεδα εμπιστοσύνης μεταξύ των πολιτών βρέθηκαν να συσχετίζονται με υψηλότερη επικινδυνότητα για καρδιαγγειακή νοσηρότητα, νεοπλάσματα, και βρεφική θνησιμότητα. Είναι ενδιαφέρον να

παρατηρήσει κανείς ότι στη Βόρεια Ντακότα λιγότεροι από 10% δήλωσαν ότι *είναι δύσκολο να δείξει κανείς εμπιστοσύνη στους γύρω του*, σε αντίθεση με το παραπάνω του 40% στη Λουϊζιάνα.

Μία πρόσφατη δευτερογενής επεξεργασία των δεδομένων της Στατιστικής της Υγείας στην Ουαλία όπου εξετάστηκαν τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών σε σχέση με την ψυχική υγεία των πολιτών βρέθηκε πως ο δείκτης υποβάθμισης μιας περιοχής συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και αγχώδους νεύρωσης των πολιτών της συγκεκριμένης περιοχής (Skapinakis και συν., *in press*) επιβεβαιώνοντας έτσι ένα αρκετά εκτεταμένο σώμα εμπειρικών ερευνών που συνδέει τη φτώχεια και τη μακροχρόνια ανεργία με υψηλά επίπεδα στρες και κατάθλιψης (Montgomery και συν., 1999. Bartley και συν., 1999).

Εμπειρικά ευρήματα δείχνουν πως το ενδυναμωμένο κοινωνικό κεφάλαιο μιας κοινότητας προστατεύει τα άτομα από την κοινωνική απομόνωση ενώ παίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και κοινωνικής ευεξίας καθώς το ισχυρό κοινωνικό κεφάλαιο συνδέεται με μικρή εγκληματικότητα, μικρή σχολική διαρροή και γενικότερα με θετική ποιότητα ζωής (Woolcock, 1998. Kawachi, Kennedy & Glass, 1999). Από την άλλη, η κοινωνικο-οικονομική υποβάθμιση μιας κοινότητας έχει βρεθεί να συνδέεται με αρνητική ψυχική υγεία όπως αυτή καταγράφεται σε ποσοστά θεραπευόμενης ψυχιατρικής νοσηρότητας (Jarman, 1984. Hirsch, 1988. Thornicroft, 1991).

Δείκτες κοινωνικο-οικονομικά υποβαθμισμένης κοινότητας

- *Ποσοστό μακροχρονίων ανέργων στο σύνολο του εργατικού ενεργού πληθυσμού της κοινότητας* δεδομένου ότι η ανεργία έχει βρεθεί να συσχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, αγχώδους νεύρωσης, φτώχεις αυτό-εικόνας και αρνητική ποιότητα ζωής (Warr, Jackson & Banks, 1988).
- *Ποσοστό μονογονεϊκών οικογενειών στο σύνολο των διγονεϊκών* καθώς η μονογονεϊκότητα συνδέεται με αυξημένη ευαλωτότητα για ψυχική και σωματική νοσηρότητα (Benzeval, 1998. Hope, Power & Rodgers, 1999).

- *Ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας που ζουν μόνοι, χωρίς συντροφιά.* Εμπειρικά ευρήματα δείχνουν πως η κοινωνική απομόνωση της τρίτης ηλικίας αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης και φτωχή ποιότητα ζωής.
- *Ποσοστό αστέγων* δεδομένου ότι ένα σημαντικός αριθμός αυτών αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας που τις περισσότερες φορές δεν αναζητούν βοήθεια από το επίσημο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.
- *Ποσοστό μεταναστών στο συνολικό πληθυσμό της κοινότητας.* Μολονότι, τα ευρήματα είναι αντιφατικά όσον αφορά στις επιδράσεις της μετανάστευσης στην ψυχική υγεία των μεταναστών, υπάρχει εμπειρική υποστήριξη που δείχνει πως η μετανάστευση αποτελεί δύναμη στρεσογόνο συμβάν που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη στάθμη της ψυχικής υγείας των μεταναστών (Ζήση, υπό δημοσίευση).
- *Ποσοστό ατόμων που ανήκουν σε χαμηλά εισοδηματικά στρώματα.* Μεγάλης κλίμακας έρευνες με υψηλή συνέπεια δείχνουν τη σύνδεση μεταξύ χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής τάξης και αρνητικών δεικτών υγείας, όπως θνησιμότητα και νοσηρότητα (Townsend & Davidson, 1982. Whitehead, 1992).

Ο τρόπος κατανομής του εισοδήματος, το μέγεθος των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων, τα επίπεδα της ανεργίας και της φτώχειας, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και γενικότερα τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που μια χώρα εφαρμόζει αποτελούν δομικούς παράγοντες οι οποίοι έχουν βρεθεί να επηρεάζουν καθοριστικά τη στάθμη της υγείας. Οι οικονομικές ανισότητες μεταξύ πλουσίων και φτωχών σε συνδυασμό με τα επίπεδα της φτώχειας αποτελούν δομικούς κοινωνικούς παράγοντες απειλητικούς για την υγεία, οδηγώντας τον πληθυσμό σε υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας (Kennedy και συν., 1996. Kaplan και συν., 1996. Wilkinson, 1996). Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη των Kennedy και συν. (1996) έδειξε πως η εισοδηματική ανισότητα σε εθνικό επίπεδο συσχετίζεται θετικά και υψηλά με τα συνολικά επίπεδα θνησιμότητας, τη βρεφική θνησιμότητα, την καρδιο-αγγειακή νοσηρότητα, τα νεοπλάσματα, όπως και με τα αυξημένα επίπεδα

εγκληματικότητα. Στις Η.Π.Α. η φτώχεια έχει βρεθεί να ερμηνεύει το 6% της πρόωρης θνησιμότητας σε ενήλικο πληθυσμό (Wilkinson, 1992). Αντίθετα, σε χώρες με δικαιότερη κατανομή του εισοδήματος, οι αντικειμενικοί δείκτες της υγείας έχουν βρεθεί να είναι σε ευνοϊκότερα επίπεδα.

Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στην ερμηνεία των αρνητικών επιδράσεων που προκαλούνται από τις εισοδηματικές ανισότητες είναι τόσο άμεσοι όσο και έμμεσοι. Οι άμεσοι αφορούν στην αποστέρηση ή τη μικρή έως και καθόλου πρόσβαση σε υλικά αγαθά καθώς και στη χαμηλή επένδυση στα κοινωνικά αγαθά, όπως δημόσια υγεία, εκπαίδευση. Η σχέση μεταξύ υλικής αποστέρησης και αρνητικής υγείας έχει εμπειρικά τεκμηριωθεί. Οι έμμεσοι μηχανισμοί αφορούν στο έλλειμμα του κοινωνικού κεφαλαίου και στη διηρηγμένη κοινωνική συνοχή που παρατηρούνται σε κοινωνίες όπου οι ταξικές διαφορές είναι μεγάλες (Kawachi και συν., 1997). Στις αμερικάνικες έρευνες των Kawachi και συν. που μελετούν τη σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου, εισοδηματικής ανισότητας και θνησιμότητας βρέθηκε πως σε πολιτείες με υψηλές εισοδηματικές ανισότητες, οι πολίτες αναφέρουν μικρότερη ετοιμότητα για αλληλεγγύη και εμπιστοσύνη και μεγαλύτερη καχυποψία για εκμετάλλευση και τούτο αποτέλεσε ισχυρό προγνωστικό δείκτη τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας.

Παρά τη σημαντική συμβολή αυτών των εμπειρικών ευρημάτων στην κατανόηση του ρόλου που δομικοί κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν στη στάθμη της υγείας, η γνώση μας για τους λόγους που τα επίπεδα κοινωνικής συνοχής είναι ισχνά σε κοινωνίες με υψηλές εισοδηματικές διαφορές είναι αρκετά περιορισμένη όπως και η γνώση μας για τους μηχανισμούς που διαμεσολαβούνται μεταξύ του ελλειμματικού κοινωνικού κεφαλαίου και των αντικειμενικών δεικτών υγείας, θνησιμότητα και νοσηρότητα. Περισσότερη έρευνα χρειάζεται προκειμένου να εξεταστεί το περιεχόμενο της σχέσης μεταξύ οικονομικών ανισοτήτων, κοινωνικού κεφαλαίου και υγείας.

Βιβλιογραφία για το κοινωνικό κεφάλαιο και την ψυχική υγεία

- Bartley, M., Ferrie, J. & Montgomery, S.M. (1999). *Living in a high unemployment economy: Understanding the health consequences* (pp. 81-104). In Marmot, M.M. & Wilkinson, R.G. (Eds.). *Social Determinants of Health*. London: Oxford University Press.
- Benzeval, M. (1998). *The self-reported health status of lone parents*. Social Science and Medicine, 46, 1337-1353.
- Hirsch, S. (1988). *Psychiatric beds and resources: factors influencing bed use and service planning*. Royal College of Psychiatrists: London.
- Hope, S., Power, C., Rodgers, B. (1999). *Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers?* Social Science and Medicine, 49, 1637-1649.
- Jarman, B. (1984). *Underprivileged areas: validation and distribution of scores*. British Medical Journal, 289, 1585-1589.
- Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW et al. (1996). *Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways*. British Medical Journal, 312: 999-1003.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K. (1997) *Long live community: Social capital as public health*. The American Prospect, Nov./Dec., 56-59.
- Kawachi, I., Kennedy, B. & Glass, R. (1999). *Social capital and self-rated health: A contextual analysis*. American Journal of Public Health, 89, 1187-1193.
- Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. (1996). *Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States*. British Medical Journal, 312: 1004-1007.
- Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B.P. (1999). *Social capital: A guide to its measurement*. Health & Place, 5, 259-270.
- MacMillan, D.W. & Chavis, D.M. (1986). *Sense of community: A definition and theory*. Journal of Community Psychology, 14, 6-23.
- Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G. & Wadsworth, M.E.J. (1999). *Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain*. Journal of Epidemiology and Community Health, 50, 415-422.

- Putnam, R. (1995) *Bowling Alone: America's Declining Social Capital*, Journal of Democracy, 6: 65-78.
- Thornicroft, G. (1991). *Social deprivation and rates of treated mental disorder: developing statistical models to predict psychiatric service utilization*. British Journal of Psychiatry, 158, 465-484.
- Warr, P., Jackson, P. & Banks, M. (1988). *Unemployment and mental Health: Some British Studies*. The Society for the Psychological Study of Social Issues, 47-67.
- Whitehead M. (1992). *The Health Divide*. Harmondsworth, Penguin.
- Whittington, C. and Holland, R. (1985). *A framework for theory in social work*. Issues in Social Work Education, 5, 25-50.
- Wilkinson RG. (1992). Income distribution and life expectancy. British Medical Journal, 304: 165-168.
- Wilkinson RG. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, Routledge,
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: towards a theoretical synthesis and policy framework. Theory and Society, 27, 151-208.
- Zaccaro, S.J., Blair, V., Peterson, C. & Zazanis, M. (1995). Collective efficacy. In: Maddux, J.E. (Ed.), Self-efficacy, Adaptation and adjustment: Theory, Research and Application. Plenum Press: New York.
- Ζήση, Α. (υπό δημοσίευση). *Μετανάστευση και ψυχική υγεία*.

3.2 Πρακτικές οδηγίες για την εκτίμησης των αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα

Αφού εξετάσαμε τις ανάγκες ψυχικής υγείας και τη μεθοδολογία διερεύνησής τους, θα αναφερθούμε σε πρακτικές πτυχές της εκτίμησής τους σε τοπικό επίπεδο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, ειδικά όταν δεν έχουμε στη διάθεσή μας τα μέσα και τους πόρους προκειμένου να προβούμε σε επιδημιολογική εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Χρειάζεται βέβαια να επισημάνουμε πως ακόμη και στην περίπτωση που μια μεθοδολογικά άρτια εκτίμηση αναγκών είναι εφικτή, οι ενέργειες που περιγράφονται στη συνέχεια αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα μιας συνολικής μεθοδολογίας εκτίμησης αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού στην κοινότητα (βλ. Slade & Glover, 2001). Το συγκεκριμένο κεφάλαιο εξειδικεύει εν μέρει όσα αναφέρονται στα αμέσως προηγούμενα υποκεφάλαια.

Μια καινούρια μονάδα ψυχικής υγείας πρέπει, ξεκινώντας τη λειτουργία της, να έλθει σε επαφή με κοινοτικούς φορείς και θεσμούς (βλ. σχετικά, ΜΥΠ, Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Κέντρου Ψυχικής Υγείας, Οδηγός Οργάνωσης και Λειτουργίας Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου). Ο σκοπός των επαφών είναι διττός: αφενός να γνωστοποιηθεί η έναρξη λειτουργίας της μονάδας (και των παρεχόμενων υπηρεσιών), αφετέρου να οργανωθεί ένα σύστημα παραπομπών προς και από τη μονάδα.

Για το συγκεκριμένο ζήτημα που διαπραγματευόμαστε σε αυτόν τον οδηγό, μας ενδιαφέρει η οργάνωση των παραπομπών προς τη μονάδα, αφού αυτές αφορούν στην παροχή υπηρεσιών προς άτομα και ομάδες που δυνητικά είναι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών λόγω των αυξημένων και ειδικών αναγκών ψυχικής υγείας (ΠΟΥ, 2002, σελ. 87).

Ποια είναι αυτά τα άτομα και οι ομάδες; Είναι κυρίως οι ομάδες και όσοι ανήκουν σε αυτές που χαρακτηρίζονται ως «υψηλής ευαλωτότητας». Ως τέτοιες, παραδοσιακά ορίζονται εκείνες που απειλούνται από ή υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό (άτομα με αναπηρίες, αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, παιδιά και γυναίκες που υφίστανται παραμέληση ή κακοποίηση (σε αυτή την ομάδα συμπεριλαμβάνονται και τα παιδιά με ψυχικά πάσχοντες γονείς), μακροχρόνια άνεργοι, χρόνιοι ασθενείς, οικογένειες και άτομα που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, άστεγοι, πρόσφυγες, τρόφιμοι ιδρυμάτων, ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι, φυλακισμένοι, άτομα που υφίστανται διακρίσεις λόγω φυλετικής, πολιτισμικής,

θηρσκευτικής, σεξουαλικής διαφοράς, κ.ά.). Εκτός αυτών, σε αυτές τις ομάδες συμπεριλαμβάνονται όσοι εργάζονται σε ιδιαιτέρως ψυχοπιεστικά περιβάλλοντα, άτομα που φροντίζουν χρόνιους ασθενείς ή άτομα με αναπηρίες, παιδιά με χρόνια σωματικό νόσημα, έφηβοι που εγκατέλειψαν το σχολείο ή το σπίτι, ανήλικοι γονείς, κ.ά.

Οι φορείς και θεσμοί της κοινότητας που συνήθως έρχονται σε επαφή με αυτές τις ομάδες είναι:

- *Το Γενικό Νοσοκομείο*
- *Τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία*
- *Η Δ/ση Κοινωνικής Αλληλεγγύης της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης*
- *Οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας (π.χ., θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων)*
- *Η Εκκλησία και οι θεσμοί κοινωνικής φροντίδας που διαχειρίζεται (ορφανοτροφεία, γηροκομεία, Συσσίτια Αγάπης, κλπ)*
- *Η Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων*
- *Οι φορείς εκπαίδευσης (σχολεία όλων βαθμίδων – ιδιαίτερα τα ειδικά σχολεία και οι ειδικές τάξεις - και οι προϊστάμενες αρχές τους)*
- *Φιλανθρωπικοί θεσμοί και συλλογικές πρωτοβουλίες*
- *Οι θεσμοί και τα προγράμματα κοινωνικής φροντίδας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Κοινωνική Υπηρεσία, πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», τυχόν κέντρα συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής παρέμβασης)*
- *Ο ΟΑΕΔ και τα Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης*
- *Τα σωφρονιστικά καταστήματα της περιοχής*
- *Άλλα, κατά περίπτωση*

Όλοι αυτοί οι φορείς αποτελούν δυνητικές «πύλες» στην προσπάθεια ανίχνευσης των αναγκών ψυχικής υγείας, σε επίπεδο πληθυσμού πρώτα και σε ατομικό επίπεδο στη συνέχεια, ιδιαίτερα των περισσότερο ευάλωτων ομάδων.

Η ανίχνευση αναγκών διαμέσου αυτών των φορέων γίνεται με μια διαδικασία η οποία θα μπορούσε να αποτυπωθεί ως ακολούθως:

Χαρτογράφηση της κοινότητας

Πρώτο βήμα σε αυτή τη διαδικασία είναι η αποτύπωση όλων αυτών των φορέων σε επίπεδο εξυπηρετούμενης γεωγραφικής περιοχής (δήμος, νομός, περιφέρεια).

Καλό θα ήταν η καταγραφή να γίνει με τη χρησιμοποίηση ενός κωδικοποιημένου εντύπου στο οποίο θα συμπεριλαμβάνονται οι ακόλουθες πληροφορίες:

- *Τίτλος φορέα / μονάδας (π.χ., Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων, Κέντρο Υγείας)*
- *Φορέας στον οποίο αναφέρεται ή ανήκει (π.χ., για την Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων, το Υπουργείο Δικαιοσύνης, για το Κέντρο Υγείας, το αντίστοιχο Γενικό Νοσοκομείο)*
- *Έδρα (ταχυδρομική δ/ση, τηλέφωνο, φαξ, e-mail)*
- *Κατηγορία εξυπηρετούμενου πληθυσμού*
- *Είδος / είδη παρεχόμενων υπηρεσιών (σε περίπτωση που παρέχει υπηρεσίες)*
- *Παραπομπές (από πού δέχεται παραπομπές και που παραπέμπει)*
- *Πρόσωπο για επικοινωνία*

Επιπλέον, καλό είναι, όπου είναι δυνατό, να ζητιέται και σχετικό ενημερωτικό φυλλάδιο που μπορεί ο κάθε φορέας να έχει εκδώσει και στο οποίο αναφέρονται χρήσιμες για το συγκεκριμένο σκοπό πληροφορίες. Μετά τη συλλογή των πληροφοριών από κάθε φορέα / μονάδα καλό είναι να ακολουθήσει η κατηγοριοποίηση των δεδομένων που θα προκύψουν. Οι κατηγορίες μπορεί να προκύψουν χρησιμοποιώντας ως άξονα είτε τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό είτε το φορέα / οργανισμό / μονάδα.

Επικοινωνία με τους φορείς

Αφού γίνει αυτή η καταγραφή (πολλές φορές τέτοια καταγραφή έχει ήδη γίνει από άλλους οργανισμούς, για παράδειγμα την κοινωνική υπηρεσία του δήμου, οπότε το έργο αυτό είναι πιο εύκολο αφού μπορεί ο ενδιαφερόμενος να χρησιμοποιήσει τα αποτελέσματά της) και η κατηγοριοποίηση, ακολουθεί η οργάνωση της επαφής με τους φορείς. Καλό είναι σε αυτήν την περίπτωση να έχει φτιαχτεί από τη μονάδα - ή ακόμη καλύτερα από το σύνολο των μονάδων ενός ΤοΨΥ, άρα με ευθύνη της ΤΕΨΥ - μια επιστολή που θα απευθύνεται στον κάθε φορέα ξεχωριστά και θα ζητά μια συνάντηση προκειμένου να συζητηθεί το συγκεκριμένο ζήτημα.

Στη συνάντηση που θα γίνει οι επαγγελματίες που θα εκπροσωπούν τη μονάδα ή τις μονάδες του ΤοΨΥ πρέπει να έχουν καταρτιστεί στο συγκεκριμένο ζήτημα ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του ρόλου τους, δηλ. στην ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των φορέων για συνεργασία στην υπόθεση της διερεύνησης των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού.

Ανάλογα με το φορέα και τον πληθυσμό που εξυπηρετεί, αλλά και τις δυνατότητες της μονάδας ή των μονάδων για ενεργοποίηση παρεμβάσεων, θα πρέπει να ζητηθεί από το φορέα η συνεργασία προκειμένου να υπάρξει γνώση γύρω από:

- τον αριθμό των εξυπηρετούμενων που έχουν ανάγκες ψυχικής υγείας
- το είδος των αναγκών ψυχικής υγείας που σύμφωνα με το φορέα ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός του αντιμετωπίζει
- την προτεραιότητα που έχει για το φορέα η οργάνωση παρεμβάσεων στον εξυπηρετούμενο πληθυσμό του.

Από την ομάδα στα άτομα

Υπάρχουν περιπτώσεις για τις οποίες η συνεργασία αποτελεί υποχρέωση ώστε μέσα από αυτή να ωφεληθεί ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός (ένα απλό παράδειγμα είναι η συνεργασία μεταξύ του Κέντρου Υγείας και μιας μονάδας ψυχικής υγείας ώστε να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες ατόμων που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας). Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται να οργανωθεί καλά το σύστημα των παραπομπών ώστε η διερεύνηση των αναγκών ψυχικής υγείας να αφορά ξεχωριστά άτομα που έχουν εκδηλώσει αίτημα βοήθειας ή, γι' αυτά, η διαδικασία διαμόρφωσης του αιτήματος για βοήθεια θα φέρει θετικό αποτέλεσμα (δηλ. το άτομο θα δεχθεί την παραπομπή του σε μια ειδική υπηρεσία).

Η πρόσβαση σε αυτές τις ομάδες (κι ακόμη περισσότερο σε άτομα) πρέπει να γίνει με πολύ προσοχή και πάντα με σεβασμό στην ιδιαιτερότητα της κάθε ομάδας – και του κάθε ατόμου βέβαια ξεχωριστά. Από τη στιγμή, πάντως, που η πρόσβαση επιτευχθεί, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι μέθοδοι εκτίμησης των αναγκών ψυχικής υγείας σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο που περιγράφηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια.

Πρέπει να επισημανθεί πως η συνεργασία με κάποιους από τους φορείς και θεσμούς που αναφέρονται πιο πάνω απαιτεί την έκδοση σχετικής άδειας (ειδικά όταν πρόκειται για την επεξεργασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων) από τις προϊστάμενες αρχές τους (για παράδειγμα, από το Υπουργείο Παιδείας, αναφορικά με τα σχολεία, από το Υπουργείο Δικαιοσύνης, αναφορικά με τα σωφρονιστικά καταστήματα, κοκ.).

Παραδείγματα

- Το Κέντρο Ψυχικής Υγείας της πόλης *X* έθεσε ως κατά προτεραιότητα στόχο του την ανίχνευση αναγκών ψυχικής υγείας στην κοινότητα διαμέσου του εντοπισμού εκείνων των πολιτών που απευθύνονταν στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου, αφού τα τελευταία ήταν άμεσης πρόσβασης) για προβλήματα ψυχικής υγείας. Για το λόγο αυτό κλήθηκαν, από το επιστημονικό συμβούλιο του γενικού νοσοκομείου, οι γιατροί των μονάδων της ΠΦΥ και των εξωτερικών ιατρείων, και συζήτησαν με εκπροσώπους της Διακλαδικής Ομάδας του Κέντρου Ψυχικής Υγείας για τους ασθενείς που απευθύνονταν σε αυτούς είτε με έκδηλα είτε με «συγκαλυμμένα» (με τη μορφή σωματικών αιτιάσεων) προβλήματα ψυχικής υγείας. Αποφασίστηκε, σε πρώτη φάση και προκειμένου να γίνει κατανοητό το μέγεθος αυτής της ομάδας πληθυσμού, η καταγραφή για ένα μήνα των επισκέψεων για ψυχιατρικούς - ψυχολογικούς λόγους σε σχέση με το σύνολο των περιστατικών. Σε καθένα από αυτά τα περιστατικά χορηγήθηκε το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ) και η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε στο ΚΨΥ. Για τη συνέχεια, συμφωνήθηκε η δημιουργία ενός πρωτοκόλλου παραπομπής για εκείνα τα περιστατικά που είχαν υψηλή σχετική βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ώστε οι ανάγκες ψυχικής υγείας αυτών των ανθρώπων να αντιμετωπίζονται στο ΚΨΥ (ή σε συνεργασία με αυτό).
- Η Διακλαδική Ομάδα του Ιατροπαιδαγωγικού Κέντρου της πόλης *Y* απευθύνθηκε στη Δ/ση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης ζητώντας την έναρξη συνεργασίας. Η συνεργασία αφορούσε την οργάνωση

παραπομπών από τα σχολεία της πόλης για εκείνα τα παιδιά που οι ίδιοι οι δάσκαλοι θεωρούσαν ως «προβληματικά».

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί του ΚΨΥ απευθύνθηκαν στη Δ/ση Κοινωνικής Αλληλεγγύης της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και, αφού γνωστοποίησαν στους συναδέλφους τους τη λειτουργία και τις υπηρεσίες που παρέχει η μονάδα, ερεύνησαν μαζί τους φακέλους όσων πολιτών λαμβάνουν επίδομα αναπηρίας λόγω σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής και νοητικής καθυστέρησης. Στη συνέχεια έδωσαν έμφαση σε εκείνα τα περιστατικά που από τα στοιχεία του φακέλου έδειχναν να αντιμετωπίζουν σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και, σε συνεργασία με την υπηρεσία, οργάνωσαν την παραπομπή τους στο ΚΨΥ.
- Εκπρόσωποι της Πολυκλαδικής Θεραπευτικής Ομάδας οικοτροφείου του χωριού Ζ που φιλοξενεί ηλικιωμένους και ψυχογηριατρικούς ασθενείς επισκέφτηκαν την τοπική εκκλησία και ρώτησαν τον ιερέα για τους ηλικιωμένους της κοινότητας που ζουν μόνοι, έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας και οι συνθήκες στέγασής τους είναι κακές. Στη συνέχεια, οργάνωσαν, μαζί με τον ιερέα και ενεργά μέλη της ενορίας, επισκέψεις στα σπίτια αυτών των ανθρώπων προκειμένου να διαπιστώσουν, χρησιμοποιώντας κατάλληλες μεθοδολογίες, την ψυχοκοινωνική τους κατάσταση ώστε να οργάνωσουν παρεμβάσεις προς όφελος αυτών των ανθρώπων.

Βιβλιογραφία

ΠΟΥ, *Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Φροντίδα Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001*, Έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας - Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Αθήνα, 2002

Slade, M. & Glover, G. *The needs of people with mental disorders*, στο Thornicroft, G & Szumukler, G. (eds), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 2001 pp. 117-127

4. ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και μάλιστα των ούτως αποκαλούμενων «σοβαρών περιστατικών».

Ως «σοβαρά» χαρακτηρίζονται συνήθως εκείνα που έχουν τα χαρακτηριστικά που περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί (βλ. Morosini et al., 2000):

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ «ΣΟΒΑΡΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ»

- Υψηλός κίνδυνος υποτροπής,
- Ιστορικό ανεπαρκούς συνεργασίας με τους θεράποντες,
- Κοινωνική απομόνωση,
- Κακές συνθήκες στέγασης,
- Συγγενείς που δε μπορούν να βοηθήσουν,
- Κίνδυνος αυτοκτονίας ή βίας (να δεχθεί ή να προβεί),
- Ανικανότητα να αναλάβει αμειβόμενη εργασία ή κοινωνικά ωφέλιμες δραστηριότητες,
- Ανικανότητα σύναψης και διατήρησης συναισθηματικών σχέσεων,
- Ελλιπής ικανότητα αυτοδιαχείρισης της διαταραχής

Οι μονάδες του Τομέα Ψυχικής Υγείας πρέπει να προσεγγίζουν με ιδιαίτερη προσοχή τις ανάγκες των ατόμων που έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά και να θέτουν πάντα ως προτεραιότητα την έγκαιρη εκτίμησή τους, ώστε να ενεργοποιούνται επίσης έγκαιρα οι απαραίτητες παρεμβάσεις.

Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές που διαβιούν στην κοινότητα δε διαφέρουν σε πολλές περιπτώσεις από τις ανάγκες του υπόλοιπου πληθυσμού. Η διαφορά συνίσταται πολλές φορές στην ανικανότητα αυτών των ατόμων να τις ικανοποιήσουν (βλ. τις αναφορές στην έννοια της κοινωνικής αναπηρίας στο πρώτο κεφάλαιο). Έτσι λοιπόν, ο ρόλος των μονάδων ψυχικής υγείας σ' αυτή την περίπτωση συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών που θα υποστηρίζουν αυτούς τους ανθρώπους ώστε να είναι σε θέση να ικανοποιούν τις ανάγκες τους.

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να επισημάνουμε πως η μακροχρόνια νοσηλεία στο ψυχιατρικό νοσοκομείο (που παλιότερα διαρκούσε όσο η ζωή του εγκλείστου) επέτρεπε την ικανοποίηση κάποιων στοιχειωδών αναγκών (στέγαση, τροφή, περίθαλψη) με αντίτιμο τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης και το απαράδεκτο επίπεδο ποιότητας ζωής. Η μετάθεση της εστίας της φροντίδας του ατόμου με ψυχικές διαταραχές από το ψυχιατρικό, ασυλικό χαρακτήρα, νοσοκομείο στην κοινότητα, ανέδειξε την απαίτηση για όσο το δυνατό πιο πολύπλευρες και πολυεπίπεδες παρεμβάσεις κατά τρόπο ώστε αφενός να παρατείνεται η παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα (community tenure), αφετέρου να απολαμβάνει ενός αξιοπρεπούς επίπεδου ποιότητας ζωής. Η επίτευξη αυτού του διπλού στόχου είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού πολλών παραγόντων, αρκετοί εκ των οποίων σχετίζονται με την κατάλληλη αντιμετώπιση των αναγκών που ένας ψυχικά πάσχων έχει όταν ζει στην κοινότητα.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2002), «οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους είναι σύνθετες και ευμετάβλητες., οπότε είναι σημαντικό να υπάρχει συνέχεια στην περίθαλψη» (σελ. 57). Υπεύθυνες για τη διασφάλιση της συνέχειας της περίθαλψης είναι οι μονάδες ψυχικής υγείας του ΤοΨΥ και για να είναι σε θέση να διασφαλίσουν αυτή τη συνέχεια πρέπει να γνωρίζουν ποιες είναι αυτές οι ανάγκες (μια συνθετική παρουσίαση αυτών των αναγκών παρουσιάζεται στο σχήμα που ακολουθεί).

Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (ΠΟΥ, 2002)



Καθίσταται σαφές, από τον παραπάνω πίνακα, πως οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι πράγματι σύνθετες. Αυτό σημαίνει πως αναλόγως σύνθετη πρέπει να είναι η προσέγγιση που αφορά στην εκτίμησή τους (και, κατά συνέπεια, ο σχεδιασμός και οργάνωση των παρεμβάσεων πρέπει να απαντούν σε αυτή ακριβώς την πολυπλοκότητα).

Θεωρούμε πως πρώτης προτεραιότητας ανάγκη που πρέπει να εκτιμηθεί (και βέβαια ν' απαντηθεί) είναι αυτή που αφορά στα άτομα που είναι έγκλειστα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή νοσηλεύονται σε ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων.

Αυτό σημαίνει πως οι μονάδες ενός ΤοΨΥ πρέπει

- να καταγράψουν τους ασθενείς που κατάγονται από την περιοχή ευθύνης και νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές μονάδες εκτός τομέα
- να διερευνήσουν (χρησιμοποιώντας ερευνητικά εργαλεία όπως το CAN) τις ατομικές ανάγκες υποστήριξης και φροντίδας αυτών των ανθρώπων στην κοινότητα ώστε να είναι σε θέση να σχεδιάσουν δράσεις αποασυλοποίησής τους και ένταξής τους στην κοινότητα.

Η καταγραφή των νοσηλευομένων ασθενών πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες, όπως:

1. Ταυτοποίηση (ονοματεπώνυμο, κλπ)
2. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία
3. Ίδρυμα στο οποίο νοσηλεύονται
4. Αριθμός και συνολική χρονική διάρκεια νοσηλείων για ψυχιατρικούς λόγους
5. Χρονική διάρκεια τελευταίας νοσηλείας
6. Διάγνωση (αρχική και πρόσφατη)
7. Στοιχεία κοινωνικής ασφάλισης

Οι μεθοδολογίες και τα εργαλεία εκτίμησης των αναγκών που περιγράφηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια δίνουν τη δυνατότητα στις μονάδες ενός ΤοΨΥ να διεξάγουν αυτού του τύπου τη διερεύνηση. Προκειμένου όμως αυτή να είναι και αποτελεσματική και αποδοτική χρειάζεται η συμμόρφωση σε κάποιες προϋποθέσεις, όπως:

- ✓ Η μεθοδολογία και τα εργαλεία εκτίμησης να είναι κοινά για όλους

- ✓ Το προσωπικό των μονάδων να έχει αποκτήσει την απαραίτητη τεχνογνωσία για την χρήση των μεθοδολογιών και των εργαλείων, καθώς επίσης και της επεξεργασίας και ανάλυσης των αποτελεσμάτων τους
- ✓ Η εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας ν' αποτελεί συνήθη πρακτική των μονάδων (που σημαίνει πως οι μονάδες θα πρέπει να έχουν ενσωματώσει στην καθημερινή τους λειτουργία τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και του αποϊδρυματισμού)
- ✓ Να υπάρχει συνέχεια μεταξύ αποτελεσμάτων της ανάλυσης που προκύπτει από την εκτίμηση των αναγκών ψυχικής υγείας και σχεδιασμού – οργάνωσης παρεμβάσεων σε κοινοτικό επίπεδο.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα κάνουμε ιδιαίτερη αναφορά στην εκτίμηση των αναγκών των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές σε τρία πεδία: ψυχολογική ενδυνάμωση, στέγαση, εργασία.

4.1 Ανάγκες για ψυχολογική ενδυνάμωση

Πώς ορίζει το άτομο τον εαυτό του, την προσωπική του ταυτότητα, την προσωπική του βιογραφία μετά την εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής; Πώς επιδρά η εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής στη δόμηση του εαυτού και του προσωπικού βιογραφικού; Ποιο είναι το περιεχόμενο αυτών των αλλαγών; Πώς αντιμετωπίζει το άτομο τα συμπτώματα του και τι νόημα προσδίδει σ' αυτά; Πώς ερμηνεύει την ασθένεια του και πώς σχετίζονται τα ερμηνευτικά του σχήματα με την πορεία της ασθένειας; Ποιες είναι οι επιδράσεις των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων στην εσωτερική, ψυχολογική υπόσταση των ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες; Πόσο σημαντικές είναι ψυχολογικές έννοιες όπως αυτο-εικόνα, αυτο-αποτελεσματικότητα, αίσθημα ελέγχου για τα άτομα αυτά; Παρά τη σημαντικότητα των ερωτημάτων, ικανοποιητικές απαντήσεις δεν έχουν διατυπωθεί.

Οι Cutting & Dunne (1989) μελέτησαν πως τα άτομα βιώνουν την εμπειρία της πρώτης εμφάνισης της ψυχικής διαταραχής. Η μελέτη έδειξε πως η πλειοψηφία των υποκειμένων που είχαν αναρρώσει της ψύχωσης μπορούσαν με τρόπο αξιόπιστο να ανακαλέσουν με σαφήνεια τις εμπειρίες που βίωσαν κατά το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο. Οι ερευνητές επισημαίνουν πως οι υποκειμενικές εμπειρίες του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου μπορούν να αναδειχθούν σε ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για

την αξιολόγηση σχετικά με την αιτιολογία και τη φύση της σχιζοφρένειας. Ο Lally (1989) εφαρμόζοντας ποιοτικές και ποσοτικές τεχνικές σε δείγμα ατόμων με κλινική διάγνωση σχιζοφρένειας μελέτησε πως τα άτομα αυτά ορίζουν τον εαυτό τους, πώς χειρίζονται τις διαγνωστικές ετικέτες που τους προσδίδουν και πώς ανταποκρίνονται στο ρόλο του ασθενή. Τα ποσοτικά ευρήματα έδειξαν πως ο χρόνος παραμονής στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, ο αριθμός των ψυχιατρικών εισαγωγών και το ιστορικό των ψευδαισθήσεων αποτελούν πολύ σημαντικές μεταβλητές που επηρεάζουν το βαθμό αποδοχής του ρόλου του ασθενή υποστηρίζοντας ευρήματα προηγούμενων ερευνών. Από την άλλη, τα ποιοτικά δεδομένα έδειξαν πως η αποδοχή του ρόλου του ασθενή αποτελεί μια πορεία με εξελικτικό περιεχόμενο στην οποία λαμβάνουν χώρα διάφορα μεταβατικά συμβάντα που κάθε φορά επαναπροσδιορίζουν τη στάση του ατόμου απέναντι στην ψυχική διαταραχή ενώ οδηγούν το άτομο να αποδεχτεί το ψυχιατρικό του πρόβλημα με τρόπο σταδιακό.

Η γνώση σχετικά με την επίδραση των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων στις εσωτερικές ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου με ψυχιατρικές δυσκολίες είναι αρκετά περιορισμένη. Ωστόσο, από το μικρό αυτό αριθμό μελετών έχει βρεθεί πως παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας και του αισθήματος ελέγχου έχουν θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής και στην αυτο-εικόνα (Rosenfield, 1992. Arns & Linney, 1993). Γίνεται φανερό πως πολλά από τα ερωτήματα που αφορούν τη δόμηση εαυτού μετά την εμφάνιση της σχιζοφρένειας και τις επιδράσεις των αποκαταστασιακών παρεμβάσεων σε εσωτερικές ψυχολογικές εκτιμήσεις δεν έχουν ακόμη λάβει εμπεριστατωμένες απαντήσεις. Μελλοντικές έρευνες είναι σημαντικό να εξετάσουν ποια είναι εκείνα τα συστατικά των παρεμβάσεων που συμβάλλουν στη μετατόπιση από ένα ψυχιατρικό βιογραφικό όπου το άτομο ταυτίζεται με την 'ασθένεια' και τη σημειολογία της σε ένα προσωπικό βιογραφικό όπου το άτομο διαφοροποιείται από την ασθένεια και καλείται να την αντιμετωπίσει και να τη διαχειριστεί όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά.

4.2 Ανάγκες για στέγαση

Μέσα στα πλαίσια ενός αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την εμπλοκή των ίδιων των ψυχικά πασχόντων στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών ψυχικής υγείας έχει διεξαχθεί ένας σημαντικός αριθμός ερευνών σχετικά με τις στεγαστικές τους προτιμήσεις.

Σχετικά πρόσφατα, εμπειρικά ευρήματα 43 μελετών για τις στεγαστικές προτιμήσεις των ψυχικά πασχόντων που διεξήχθησαν μεταξύ του 1986 και 1992 ανασκοπήθηκαν από την Tanzman (1993). Η πλειοψηφία αυτών των ερευνών χρησιμοποίησε ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δεδομένων που αφορούσαν: δημογραφικά χαρακτηριστικά, παρούσα στεγαστική κατάσταση, χρήση υποστηρικτικών υπηρεσιών, στεγαστικές προτιμήσεις όπως και προτιμήσεις για το είδος της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Κυρίως διεξήγαγαν πρόσωπο-με-πρόσωπο συνεντεύξεις χωρίς να εφαρμόζουν κάποια συστηματική τεχνική δειγματοληψίας. Από τις 43 μελέτες, οι 26 κρίθηκαν κατάλληλες για λεπτομερή ανάλυση ενώ το αθροιστικό δείγμα ήταν 4.438 ψυχικά πάσχοντες (51% άνδρες με μέσο όρο ηλικίας από 34 έως 42 χρόνια) το οποίο θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικό του ψυχιατρικού πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο.

Η ανάλυση των εμπειρικών ευρημάτων έδειξε πως παρά τις διαφοροποιήσεις στη γεωγραφία, στη σύσταση των δειγμάτων και τις ερευνητικές τεχνικές που η κάθε μελέτη εφήρμοσε, η πιο δημοφιλής στεγαστική προτίμηση των ψυχικά πασχόντων ήταν η αυτόνομη διαβίωση. Σε 20 μελέτες, το 70% των απαντώντων εξέφρασαν αυτήν την προτίμηση ενώ η δεύτερη σε σειρά στεγαστική προτίμηση ήταν η παραμονή με την οικογένεια. Οι λιγότερο δημοφιλείς προτιμήσεις ήταν οι δομές στεγαστικής αποκατάστασης, όπως ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα και μονόκλινα καταλύματα σε εστίες. Σε κάθε έρευνα εκφράστηκε η δυσαρέσκεια τους για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Όσον αφορά τις προτιμήσεις τους για το είδος της συγκατοίκησης, με σαφήνεια εξέφρασαν την αρνητική τους στάση στην παραμονή τους με άλλους ψυχικά πάσχοντες και την επιθυμία τους για συγκατοίκηση με ερωτικό σύντροφο ή φίλο. Όταν ρωτήθηκαν για το είδος της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης που θα χρειαζόνταν προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της αυτόνομης διαβίωσης, εξέφρασαν ως μεγαλύτερη ανάγκη τη δυνατότητα κλήσης του προσωπικού σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Τη βοήθεια του προσωπικού την αναζήτησαν κυρίως στην αντιμετώπιση κρίσεων και στη διαχείριση των οικονομικών ενώ λιγότερες ήταν οι ανάγκες τους σε σχέση με τις οικιακές εργασίες. Τέλος, οι διευκολύνσεις που ζήτησαν αφορούσαν τα οικονομικά, τη μεταφορά και την πρόσβαση στο προσωπικό όποτε το χρειαζόνταν (κυρίως τηλεφωνική πρόσβαση 24ώρης λειτουργίας).

Συνοπτικά, τα ευρήματα δείχνουν πως οι ψυχικά πάσχοντες προτιμούν να μένουν σε δικό τους σπίτι ή διαμέρισμα και όχι σε στεγαστική δομή με θεραπευτικό

προσανατολισμό. Οι περισσότεροι σαφώς θα προτιμούσαν τη συγκατοίκηση τους με ερωτικό σύντροφο ή φιλικό πρόσωπο και όχι με άλλους ψυχικά πάσχοντες εκφράζοντας έτσι την επιθυμία τους για κοινωνική ενσωμάτωση και εμπέδωση ‘φυσιολογικών’ κοινωνικών ρόλων. Είναι προφανές πως οι επιθυμίες και οι ανάγκες τους δε διαφέρουν από τις αντίστοιχες ενός μέσου πολίτη. Η ανάγκη δηλ. για ένα σπίτι μόνιμο, ασφαλές και αξιοπρεπές αναγνωρίζοντας παράλληλα και την ανάγκη για υποστήριξη κυρίως σε θέματα πρακτικά.

Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα που εξασφάλισε μια μελέτη στεγαστικών προτιμήσεων που διεξήχθη στο Σίδνεϋ της Αυστραλίας. Συγκεκριμένα, οι Owen και συν. (1996) διερεύνησαν το είδος της στέγασης που οι ίδιοι οι ψυχικά πάσχοντες προτιμούν καθώς και τις προθέσεις τους να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις που προκύπτουν από συγκεκριμένα στεγαστικά περιβάλλοντα. Το δείγμα της μελέτης ($n = 70$) αποτελούνταν από ψυχικά πάσχοντες- χρήστες υπηρεσιών πληροφόρησης σε στεγαστικά θέματα στην πλειοψηφία τους άνδρες, νεαρής ηλικίας, με κλινική διάγνωση σχιζοφρένεια και λειτουργικό προφίλ από χαμηλό έως μέτριο. Στις συνεντεύξεις που διεξήχθησαν, τους ζητήθηκε να προσδιορίσουν τις στεγαστικές τους ανάγκες, να ιεραρχήσουν σε βαθμό σημαντικότητας 18 διαφορετικά στεγαστικά χαρακτηριστικά (π.χ. προσωπικός χώρος, πρόσβαση σε κοινοτικές διευκολύνσεις) και να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους για 14 διαφορετικούς τύπους σπιτιών που τους παρουσιάζονταν σε φωτογραφίες οι οποίες συνοδεύονταν από γραπτή περιγραφή των φυσικών τους χαρακτηριστικών, των εσωτερικών τους κανονισμών και των συμπεριφορών που αναμενόταν από τους ενοίκους. Όπως ήταν αναμενόμενο, η εξασφάλιση στέγης και φαγητού σε συνδυασμό με τη δυνατότητα προσωπικού χώρου ιεραρχήθηκαν ως οι τρεις πιο σημαντικές συνθήκες. Αντίθετα, οι προσχεδιασμένες καθημερινές δραστηριότητες, η ύπαρξη εσωτερικών κανονισμών και εποπτείας από το προσωπικό αξιολογήθηκαν ως τα λιγότερο επιθυμητά στεγαστικά χαρακτηριστικά. Από τα διαφορετικά είδη σπιτιών που τους παρουσιάστηκαν, οι απαντώντες με σαφήνεια εξέφρασαν την επιθυμία να μείνουν σε δικό τους σπίτι ή σε σπίτι με μερική επιδότηση από το κράτος. Τα προστατευόμενα διαμερίσματα θεωρήθηκαν ότι προϋποθέτουν υψηλές απαιτήσεις και επομένως επελέγησαν από ελάχιστους. Είναι ενδιαφέρον πως οι αποκαταστασιακές υπηρεσίες, όπως κέντρα ημέρας, δεν θεωρήθηκαν απαραίτητα. Τέλος, οι στεγαστικές τους προτιμήσεις δε βρέθηκαν να συσχετίζονται με κλινικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη διεξήχθη από το Σύλλογο Οικογενειών Ψυχικά Πασχόντων στην Καλιφόρνια (1985) με αντικείμενο τις στεγαστικές επιλογές και ανάγκες σε σχέση με τα παιδιά τους. Το ενδιαφέρον της μελέτης εντοπίζεται στο ότι σχεδιάστηκε και διεκπεραιώθηκε από τις ίδιες τις οικογένειες εφαρμόζοντας ταχυδρομική δημοσκόπηση σε δείγμα 350 γονέων ατόμων με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες. Οι απαντώντες-γονείς εκτίμησαν πως τα παιδιά τους είναι περισσότερο ικανοποιημένα όταν διαμένουν σε στεγαστικές δομές μικρές σε μέγεθος ή αυτόνομα. Και οι ίδιοι εξέφρασαν την προτίμηση τους για μικρές στεγαστικές δομές σε ασφαλείς περιοχές δηλώνοντας παράλληλα τη δυσαρέσκεια και την ανησυχία τους για τις περιορισμένες στεγαστικές επιλογές και τον ανεπαρκή αριθμό αποκαταστασιακών παρεμβάσεων.

4.3 Ανάγκες για εργασία

Τα άτομα με αναπηρία λόγω ψυχικής νόσου αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στη διεκδίκηση ίσων ευκαιριών – περιβαλλοντικά, νομικά, θεσμικά και εμπόδια εξαιτίας των κοινωνικών στάσεων που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό (UK Department for International Development, 2000). Για τα άτομα με ψυχική ασθένεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι συχνά το δυσκολότερο εμπόδιο και συχνά συνδέεται με συναισθήματα ντροπής, φόβου και απόρριψης.

Το ποσοστό ανεργίας των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχική ασθένεια φτάνει περίπου το 90% - σε αντίθεση με αυτό των ανθρώπων που έχουν αναπηρία από σωματικό ή αισθητηριακό περιορισμό που βρίσκεται γύρω στο 50%. Με άλλα λόγια, **μόνο** το 10% των ατόμων με σοβαρό ψυχιατρικό παρελθόν που επιθυμούν να εργαστούν και θεωρούνται ικανοί για εργασία, όντως εργάζονται. Ο παράγοντας “φύλο” διαδραματίζει κάποιο ρόλο, με την έννοια ότι οι γυναίκες έχουν λιγότερες ευκαιρίες πρόσβασης στην αγορά εργασίας σε σχέση με τους άνδρες ψυχικά ασθενείς (Harnois & Gabriel, 2000).

Όλοι γνωρίζουμε ότι η σοβαρότερη ψυχική ασθένεια, συχνά, εμποδίζει σημαντικά την ικανότητα κάποιου να εργαστεί και να κερδίσει τα προς το ζην. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική ανέχεια, η οποία με τη σειρά της μπορεί να συμβάλλει στην επιδείνωση της κατάστασης του ψυχικά ασθενή. Επομένως, η προσπάθεια εξεύρεσης εργασίας σε αυτά τα άτομα είναι πολύ σημαντική. Μέσω της επαγγελματικής τους αποκατάστασης, όχι μόνο βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους

και μειώνουν τη φτώχεια, αλλά και τις υψηλές δαπάνες υπηρεσιών πρόνοιας (Henderson et al., 1998).

Στην περίπτωση της εργασίας, η εκτίμηση αναγκών αφορά στις δυσκολίες που ένα άτομο με ψυχικές διαταραχές συναντά στην προσπάθειά του να ενταχθεί στο χώρο της εργασίας. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να αφορούν τόσο στο άτομο («υποκειμενικές») όσο και στο περιβάλλον του («αντικειμενικές»).

Στις «υποκειμενικές» δυσκολίες μπορούμε να συμπεριλάβουμε

- ✓ την έλλειψη κατάλληλων εργασιακών δεξιοτήτων
- ✓ την έλλειψη προηγούμενης εργασιακής εμπειρίας
- ✓ την ελλιπή αυτοεκτίμηση
- ✓ τον αυτοστιγματισμό

Στις «αντικειμενικές» δυσκολίες μπορούμε να συμπεριλάβουμε

- ✓ Το γενικότερο αρνητικό κλίμα στην αγορά εργασίας
- ✓ Την απουσία εναλλακτικών λύσεων (π.χ., προστατευμένη εργασία)
- ✓ Το στίγμα και τις προκαταλήψεις
- ✓ Την απουσία, στη νοοτροπία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, της εργασίας ως προτεραιότητας για τον σχεδιασμό και οργάνωση παρεμβάσεων.
- ✓ Τη μικρή δυνατότητα επιλογής του είδους εργασίας
- ✓ Τις περιορισμένες ευκαιρίες εργασίας
- ✓ Την πολυπλοκότητα των υφιστάμενων συστημάτων εργασιακού κινήτρου.
- ✓ Τα οικονομικά μειονεκτήματα της εργασίας
- ✓ Την απώλεια των προνομιών υγείας

Για τα άτομα, λοιπόν, με ψυχικές διαταραχές - ιδιαίτερα δε σοβαρές και χρόνιες - η διερεύνηση των αναγκών τους στον τομέα «εργασία» είναι επιβεβλημένη και μάλιστα καλό είναι αυτή η εκτίμηση να γίνεται ήδη από τις πρώτες επαφές του ατόμου με τις μονάδες ψυχικής υγείας.

Η διερεύνηση αφορά στα ακόλουθα πεδία (ο κατάλογος δεν είναι βέβαια εξαντλητικός):

- *Επίπεδο εκπαίδευσης*
- *Συμμετοχή σε σεμινάρια επαγγελματικής εκπαίδευσης / κατάρτισης (αντικείμενο, πραγματικά αποκτηθέντα προσόντα)*
- *Προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία (αντικείμενο, διάρκεια)*

- *Ικανοποίηση από την εργασία (σε περίπτωση που έχει εργαστεί στο παρελθόν)*
- *Λόγοι της παρούσας κατάστασης ανεργίας*
- *Δεξιότητες (σε τι τα καταφέρνει καλά)*
- *Προτιμήσεις (αντικείμενο εργασίας, περιβάλλον εργασίας, αποδοχές, ωράριο)*
- *Δεξιότητες - προσόντα που θέλει ν' αποκτήσει*

Βοηθητική για τη διερεύνηση αυτού του πεδίου θα μπορούσε να είναι η «*Κλίμακα Εργασιακών Ικανοτήτων και Εργασιακής Προσαρμογής*» που έχουν κατασκευάσει η Μονάδα Μελέτης Ψυχοκοινωνικών Παραγόντων για την αποκατάσταση ψυχικά ασθενών και η Ειδική Μονάδα Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης του ΕΠΨΥ (για πληροφορίες: τηλ.: 210 6170915 & 6170917, φαξ: 210 6170917, e-mail: vkaridi@compulink.gr).

Επειδή ένα σημαντικό ζήτημα είναι αυτό του *αυτοστιγματισμού* (που δεν αφορά βέβαια μόνο την εργασία), καλό είναι αυτό το πεδίο να διερευνάται ξεχωριστά. Ένα εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει σε αυτή την κατεύθυνση είναι το «*Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Αυτοστιγματισμού*». Και αυτό το ερωτηματολόγιο το έχουν κατασκευάσει οι μονάδες του ΕΠΨΥ (βλ. πιο πάνω).

Βιβλιογραφία για τις ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

- Arns, P.G., Linney, J.A. (1993). *Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders*. Psychosocial Rehabilitation, 17, 63-79.
- Cutting, J. & Dunne, F. (1989). *Subjective experience in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 15, 217-231
- Disability, poverty and development. Issues papers*. UK Department for International Development, 2000
- Harnois, G., Gabriel, Ph.. *Mental Health and Work: impact, issues and good practices*. WHO, Geneva, 2000
- Henderson, C., Thornicroft, G. & Glover, G (1998). *Inequalities in mental health*. Br. J. Psychiatry, 173, 105-109
- Lally, S.J. (1989). Does *being in here mean there is something wrong with me?*. Schizophrenia Bulletin, 15, 253-265.
- Morosini, PL., Casacchia, M., Roncone, R.: *Qualita' dei servizi di salute mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2000.
- Owen, C., Rutherford, V., Wright, C. et al. (1996). *Housing accommodation preferences of people with psychiatric disabilities*. Psychiatric Services, 47, 628-632.
- Rosenfield, S. (1992). *Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill*. Journal of Health and Social Behaviour, 33, 299-315.
- Tanzman, B. (1993). *An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services*. Hospital and Community Psychiatry, 44, 450-455.
- WHO: *Promoting Mental Health, Concepts - emerging evidence - practice*. WHO, Geneva, 2004