

SCHIZOPHRENIA PATIENT'S NEED ASSESSMENT

Tiandini W*, Khairina**

* Dokter Umum, Peserta PPDS I Prodi Psikiatri Departemen/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK UNAIR/RSUD dr. Soetomo Surabaya

**Psikiater Konsultan, Staf Pengajar Departemen/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa FK UNAIR/RSUD dr. Soetomo Surabaya

ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic mental illness and cause dysfunction in the social, work and family environment. The main goal of the treatment of schizophrenia is recovery that is either physically or mentally completed from loss of symptoms, work function, independent life, and relationships that require the role of the patient and caregiver. Planning therapy for schizophrenic patients is not just medical approval or treatment, but the discussion of basic needs is very important in order to reduce dysfunction in schizophrenic patients and improve their quality of life. The Camberwell Assessment of Need (CAN) is an instrument developed to support several aspects of life and mental well-being and to provide an overview of the needs of schizophrenic patients.

Keywords : *Schizophrenia, Camberwell Assessment of Need, Needs*

Corresponding author : Windy Tiandini, dr.

Dep/SMF Kedokteran Jiwa FK UNAIR/RSUD Dr. Soetomo Surabaya

HP: 08113642741 | email: windytiandini@gmail.com

PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah penyakit mental yang bersifat kronik dan dapat menyebabkan disfungsi dalam lingkungan sosial, pekerjaan, dan keluarga. Skizofrenia juga dapat mempengaruhi bagaimana orang tersebut berpikir dan skizofrenia membawa beban besar bagi mereka para penyandang dan keluarga mereka. Pasien dengan skizofrenia akan memiliki sedikit akses pada pekerjaan, lingkungan rumah, akses kesehatan, dan sekitar dua pertiga pasien tidak menikah, kesulitan untuk mempertahankan relasi pertemanan dan kehidupan sosial mereka [1-2]. Tujuan utama dari terapi pada skizofrenia adalah pemulihan baik dari segi fisik dan fungsi mental. Penilaian dalam menentukan pemulihan terdapat empat faktor yaitu; hilangnya gejala, fungsi pekerjaan, kehidupan mandiri, dan relasi. Peran dari penyandang skizofrenia, pengasuh dan masyarakat diperlukan untuk tercapainya pemulihan tersebut [3]. Manusia mempunyai kebutuhan hidup dan mereka akan berusaha untuk memenuhinya. Pemenuhan kebutuhan hidup tersebut bagi setiap individu berbeda-beda, baik bagi individu sehat ataupun sakit, termasuk penyandang gangguan jiwa berat. Pasien skizofrenia juga memerlukan kebutuhan layanan kesehatan jiwa untuk mendapatkan intervensi sedini mungkin, sehingga diharapkan dapat memperbaiki perjalanan penyakit dan prognosisnya. *Camberwell Assessment of Need (CAN)* adalah instrumen yang dikembangkan oleh *Institute of Psychiatry in London* pada tahun 1994 untuk mengevaluasi beberapa aspek kehidupan dan kesejahteraan mental. Pandangan kebutuhan dari pasien dan pengasuh atau terapis diidentifikasi secara terpisah yang dapat memberikan gambaran tentang kebutuhan pasien skizofrenia dari sisi pasien dan pengasuh atau terapis sehingga manajemen terapi dapat dirancang sesuai dengan kebutuhan pasien [4]. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ritsner, M (2012), yaitu; Kualitas kehidupan menunjukkan hubungan yang kuat dengan berbagai aspek kebutuhan yang tidak terpenuhi, pola kebutuhan individu yang tidak terpenuhi memiliki nilai prediktif yang besar terhadap defisit subyektif kualitas hidup, kebutuhan individu yang tidak terpenuhi akan membuat nilai kualitas hidup pasien skizofrenia menurun. Kebutuhan yang tidak terpenuhi menyumbang sekitar 20% dari kualitas hidup yang buruk dari pasien skizofrenia [5].

PEMBAHASAN

Skizofrenia

Skizofrenia sering kali dibahas seolah-olah dia

adalah penyakit tunggal. Namun skizofrenia sendiri terdiri dari kelompok gangguan dengan etiologi yang heterogen, dan itu termasuk dari presentasi klinis pasien, respon pengobatan, dan perjalanan penyakit yang bervariasi. Tanda dan gejala penyakit ini meliputi perubahan persepsi, emosi, kognisi, pemikiran, dan perilaku. Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5) 2013*, skizofrenia melibatkan serangkaian gejala kognitif, perilaku, dan emosional yang terkadang sulit untuk di diagnosa karena tidak ada tes fisik atau pemeriksaan laboratorium dan hanya mengandalkan pemeriksaan status mental dan sejarah psikiatri yang berdampak negatif pada fungsi sosial atau pekerjaan dari pasien. Menurut DSM 5 untuk dapat mendiagnosa skizofrenia harus ada 2 atau lebih gejala berikut : waham, halusinasi, disorganisasi proses pikir (bicara), disorganisasi perilaku (katatonik), dan gejala negatif seperti afek emosi yang dangkal. Gejala tersebut harus berlangsung selama enam bulan dan setidaknya satu bulan gejala aktif agar dapat dibedakan dengan gangguan psikotik lainnya. Terdapat beberapa faktor dan teori yang mendasari terjadinya skizofrenia diantaranya faktor genetik, faktor biokimia, neuropatologi, sirkuit saraf, teori psikososial dan psikoanalitik, dan dinamika keluarga tertentu [6].

Penilaian Kebutuhan Dasar Sebagai Rencana Awal Terapi

Pasien skizofrenia memerlukan kebutuhan layanan kesehatan jiwa untuk mendapatkan intervensi sedini mungkin, sehingga diharapkan dapat memperbaiki perjalanan penyakit dan prognosisnya. Tujuan utama dari terapi skizofrenia adalah pemulihan. Pemulihan dapat dicapai baik dari segi fungsi mental maupun fisik. Dalam menilai pemulihan dari pasien skizofrenia terdapat empat faktor, yaitu; hilangnya gejala, fungsi pekerjaan, kehidupan mandiri, dan relasi. Dari penilaian tersebut dapat dilihat bahwa hilangnya gejala hanyalah satu dari empat faktor dalam menilai pemulihan, sementara tiga faktor lainnya melibatkan peran penyandang skizofrenia sendiri, pengasuh atau caregiver, maupun masyarakat [3,7-8]. Ketika rencana terapi pasien skizofrenia dibuat oleh klinisi maka terdapat 2 pendekatan komplementer yang dapat dilakukan. Pertama, rancangan terapi dapat fokus pada disabilitas pasien dan mengidentifikasi layanan yang tepat untuk membantu pasien tersebut. Alternatif kedua, lebih komprehensif karena berfokus pada intervensi spesifik dengan mengidentifikasi kebutuhan pasien. Sehingga untuk tercapainya pemulihan, diperlukan keterlibatan penyandang skizofrenia dalam menilai kebutuhan hidup mereka sendiri

dan merencanakan perawatan mereka, yang hingga saat ini jarang dilakukan [3,9-10,13].

Kebutuhan

Konsep Kebutuhan Manusia Abraham Maslow

Perspektif sederhana Maslow tentang pemenuhan kebutuhan berdasar kepada kebahagiaan, kesehatan dan kemampuan untuk berfungsi agar semua kebutuhan tercukupi. Fokus utama dari hierarki Maslow adalah manusia dimotivasi oleh keinginan sederhana untuk memenuhi kebutuhan spesifik manusia di lingkungan masyarakat dan kebutuhan dasar tertentu harus terpenuhi sebelum timbulnya kebutuhan lain di lingkungan masyarakat dan sosial [9,14-15]. Maslow mencoba membuat tujuh tingkatan kebutuhan manusia, yaitu;

1. Kebutuhan Fisiologi (kebutuhan paling dasar bagi manusia yang meliputi; makanan, air, pakaian, tempat tinggal, tidur, serta reproduksi).
2. Kebutuhan akan rasa aman (kebutuhan akan perlindungan dan kelangsungan hidup dari situasi kacau, kekacauan sosial dan gangguan sosial serta ancaman fisik)
3. Kebutuhan akan rasa cinta dan memiliki (kebutuhan untuk menjadi bagian dari lingkungan sosial, keluarga, komunitas, organisasi dan untuk dicintai).
4. Kebutuhan akan penghargaan (harga diri, reputasi, pengakuan, prestise dan status di lingkungan sosialnya).
5. Aktualisasi diri (kebutuhan untuk mengembangkan bakat dan potensi mereka).
6. Kemampuan memahami kebutuhan (memahami kebutuhan-kebutuhan yang mendesak dan sikap yang relevan agar mereka dapat berfungsi dengan efisien, efektif, dan kooperatif di berbagai lingkungan sosial)
7. Kebutuhan Estetika (Kebutuhan ini mengacu pada keinginan manusia untuk menikmati dan mempromosikan keindahan manusia dan lingkungannya [15-16].

The Camberwell Assessment of Need (CAN)

Pengetahuan tentang prevalensi kebutuhan manusia lewat penilaian merupakan prasyarat yang diperlukan untuk perencanaan, pengalokasian, dan penyediaan layanan kesehatan [3]. Penilaian kebutuhan formal dianggap sebagai strategi sentral untuk mencapai

hasil kesehatan yang baik untuk pelayanan pasien dengan gangguan kejiwaan. Penilaian kebutuhan kesehatan mengacu pada metode sistematis untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan di tingkat populasi serta pada tingkat individu dan melakukan perencanaan dan intervensi untuk memenuhi kebutuhan penyandang skizofrenia. Skala dan survei terkini untuk penilaian kebutuhan dapat menggunakan *Camberwell Assessment of Needs (CAN)*, terdapat banyak varian dari CAN, seperti; *Camberwell Assessment of Needs-Clinical Version (CAN-C)*, *Camberwell Assessment of Needs-Research Version (CAN-R)*, dan *Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)*. Di mana perbedaan diantara varian CAN tersebut sangat sedikit, CAN-R digunakan untuk menilai apakah pasien puas terhadap bantuan yang diberikan, pada CAN-C digunakan untuk mencatat informasi tambahan dari pasien dan rencana tindakan. Sementara CANSAS adalah versi klinis singkat dari CAN-C dan CAN-R. Namun, semua versi CAN mencakup bidang kebutuhan yang sama, dalam teknik penilaian dan instruksi pemberian skor tidak ada perbedaan diantara varian dari CAN. Oleh karena itu CAN digunakan sebagai istilah umum dari semua varian CAN [4,17-19]. CAN didesain oleh *Institute of Psychiatry in London* pada tahun 1994 agar dapat digunakan baik untuk praktik klinisi rutin dan penelitian, mencakup 22 area atau domain kebutuhan. Domain-domain ini dipilih setelah pilot studies yang melibatkan para psikiater profesional dan pasien dari populasi target tindakan tersebut, agar dapat mencakup seluruh kebutuhan kesehatan dan sosial yang relevan dari orang-orang dengan gangguan kejiwaan yang parah. Tidak ada urutan tertentu ataupun bobot kebutuhan diantara domain kebutuhan, walaupun beberapa pasien terlihat memberi bobot lebih untuk beberapa domain kebutuhan. Adapun 22 domain kebutuhan, adalah; Kebutuhan dasar (terdapat 3 pertanyaan mengenai akomodasi, makanan, dan aktivitas sehari-hari); kesehatan (terdapat 7 pertanyaan mengenai kesehatan fisik, gejala psikotik, penggunaan zat dan obat-obatan, penggunaan alkohol, membahayakan diri sendiri, membahayakan orang lain, serta tekanan psikologis); kebutuhan sosial (terdapat 3 pertanyaan mengenai: ekspresi seksual, teman dan pergaulan, serta hubungan intim); kebutuhan akan pelayanan (terdapat 4 pertanyaan mengenai: informasi tentang kondisi dan pengobatan, telepon, transportasi, keuntungan, dan kemudahan); kapasitas fungsional (terdapat 5 pertanyaan mengenai: pendidikan dasar, uang, perawatan anak, perawatan diri, dan perawatan rumah) [3-4,19-20].

Instrumen CAN mencakup empat bagian, yaitu; Bagian pertama menetapkan apakah ada kebutuhan dengan menanyakan apakah ada kesulitan di bagian tersebut. Respon dinilai pada skala tiga poin: 0 = tidak ada masalah serius; 1 = tidak ada masalah serius atau masalah sedang karena intervensi yang berkelanjutan (kebutuhan terpenuhi); 2 = masalah serius saat ini (kebutuhan yang tidak terpenuhi). Bagian kedua menanyakan tentang bantuan yang diterima dari teman, saudara dan pengasuh informal lainnya. Bagian ketiga menanyakan tentang berapa banyak bantuan yang diperoleh orang tersebut, dan berapa banyak bantuan yang dia butuhkan dari layanan hukum setempat. Semua peringkat untuk tingkat bantuan berada pada skala empat poin: 0 = tidak ada; 1 = rendah; 2 = sedang; 3 = tinggi. Bagian empat untuk mencatat tentang jenis bantuan yang dia perlukan dan menjabarkan rencana perawatan. Pada bagian ini juga dicatat apakah pasien merasa puas dengan bantuan yang didapatkan [20].

Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia

Teori *The Integrative Quality of Life* (IQOL) banyak dipakai dan didiskusikan oleh para pakar, hal ini dikarenakan pada teori tersebut membahas kualitas hidup manusia dari berbagai aspek, yaitu; kesejahteraan (*well being*), kepuasan terhadap kehidupan (*satisfaction with life*), kebahagiaan (*happiness*), makna hidup (*meaning in life*), pemenuhan kebutuhan (*fulfillment of needs*), dan faktor-faktor obyektif lainnya. Kualitas hidup manusia dipandang sebagai perasaan sejahtera subyektif yang bergantung pada kondisi kehidupan obyektif seseorang, karakteristik pribadi, dan pengalaman subyektif dari kehidupan mereka. Oleh karena itu pentingnya menilai tingkat kebutuhan yang dirasakan oleh pasien, dan bagaimana persepsi kebutuhan perawatan terkait dengan kualitas hidup pasien skizofrenia [21-23]. Informasi terkait kebutuhan yang terpenuhi atau tidak terpenuhi memberikan peluang untuk memprioritaskan intervensi di bidang-bidang tertentu dan memutuskan tindakan apa yang harus diambil. Konsep pemenuhan kebutuhan manusia memiliki posisi sentral dalam sistem perawatan medis. Kebutuhan manusia itu sendiri seperti yang telah dibahas di bab sebelumnya merupakan akar dari apakah individu tersebut mendapatkan manfaat dari perawatan kesehatan yang didapatkan [24-25].

Coffey (2014) menyebutkan bahwa kebutuhan hidup manusia memiliki 3 sudut pandang :

1. Kurangnya kesejahteraan pada kualitas hidup pasien, di

mana kebutuhan hidup manusia terkait dengan gejala, kurangnya keterampilan dan kurangnya hubungan sosial pasien, sehingga pasien tidak dapat mencapai kesejahteraan pada kualitas hidup mereka.

2. Kurangnya akses pada pemenuhan kebutuhan akan perawatan yang adekuat.

3. Kurangnya kegiatan spesifik atau kegiatan pendukung untuk pasien skizofrenia.

Ketiga pandangan tersebut mempengaruhi kualitas hidup subyektif (*The Subjective Quality of Life*) pasien Skizofrenia terkait dengan kebutuhan (*needs*) yang tidak terpenuhi pada domain *basic needs* (kebutuhan dasar), dan fungsi sosial pasien. Kebutuhan yang meningkat akan menurunkan kualitas hidup pasien skizofrenia. Wiersma dan Van Busschbach (2001) menyebutkan bahwa prediktor terpenting kualitas hidup pasien skizofrenia adalah kebutuhan yang tidak terpenuhi (*The unmet needs*). Kebutuhan hidup pasien skizofrenia yang tidak terpenuhi (*The unmet needs*) akan menunjukkan dampak pada dimensi kehidupan pasien, terutama pada kesejahteraan, leisure activities (waktu luang), hubungan sosial, dan kualitas kehidupan (QOL) [26-27]. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ritsner, M (2012), yaitu;

1. Kualitas kehidupan menunjukkan hubungan yang kuat dengan berbagai aspek kebutuhan yang tidak terpenuhi.

2. Pola kebutuhan individu yang tidak terpenuhi memiliki nilai prediktif yang besar terhadap defisit subyektif kualitas hidup.

3. Kebutuhan individu yang tidak terpenuhi akan membuat nilai kualitas hidup pasien skizofrenia menurun.

Area kebutuhan hidup dengan proporsi tertinggi yang tidak terpenuhi menurut penelitian Ritsner, M (2012) adalah :

1. Tekanan psikologis dan gejala psikotik

2. Ekspresi seksual

3. Pekerjaan

4. Kesehatan fisik

5. Kegiatan di waktu luang

6. Perawatan medis

7. Akomodasi dan uang.

Terdapat hubungan yang kuat antara pemenuhan kebutuhan hidup manusia dan kualitas hidup, jika kebutuhan hidup seperti perawatan medis dipandang sebagai dasar untuk intervensi, yang biasanya diusulkan sebagai layanan psikiatri berbasis masyarakat, maka kualitas hidup tentu menjadi indikator penting dan komprehensif untuk melihat hasil dari intervensi [28]. Sehingga dapat diasumsikan bahwa tingkat kebutuhan hidup pasien skizofrenia terkait dengan kualitas hidup, sehingga intervensi dini yang diberikan, yaitu menilai kebutuhan hidup pasien skizofrenia dapat meningkatkan kualitas hidup dan satisfaction seiring dengan dipenuhinya kebutuhan hidup [2, 29-31].

KESIMPULAN

Skizofrenia dapat menimbulkan berbagai derajat disabilitas dalam kehidupan sehari-hari dan kebutuhan yang tidak terpenuhi mempunyai kaitan dengan kualitas hidup yang buruk. Seiring dengan peningkatan kebutuhan maka tingkat kualitas hidup akan menurun. Kompleksitas skizofrenia terletak pada kombinasi kebutuhan psikiatris, somatik, dan sosial yang membutuhkan perawatan dan perhatian. Kebutuhan (*needs*) akan perawatan telah dikaji, sebagai persyaratan individu untuk memungkinkan mereka mencapai, mempertahankan, atau memulihkan tingkat kemandirian sosial atau kualitas hidup (QOL) yang dapat diterima. Suatu kebutuhan (*needs*) terpenuhi ketika pasien menerima bantuan dan intervensi yang efektif untuk mereka. Namun kebutuhan akan tidak terpenuhi bila intervensi yang diberikan tidak memberikan perbaikan yang efektif untuk pasien, atau ketika intervensi tersebut tidak ada. Penilaian kebutuhan dari perspektif pasien dan caregiver atau klinisi dapat memberikan manfaat dalam perencanaan dan penyediaan perawatan untuk pasien skizofrenia, karena menjadi titik awal untuk mengembangkan intervensi pasien dengan tujuan utama untuk meningkatkan kualitas hidup.

KEPUSTAKAAN

- [1] Jorquera N, Alvarado R, Libuy N, de Angel V. Association between unmet needs and clinical status in patients with first episode of schizophrenia in Chile. *Front Psychiatry*. 2015;6(APR):6–11.
- [2] Putri K, Ambarini. Makna Hidup Penderita Skizofrenia Pasca Rawat Inap. *J Psikol Klin dan Kesehat Ment*. 2012;1(02):145–50.
- [3] Dewi S, Elvira SD, Budiman R, Dewi S, Elvira SD, Budiman R. Gambaran Kebutuhan Hidup Penyandang Skizofrenia. *J Indones Med Assoc*. 2012;63(3):84–90.
- [4] Wennström E. Thesis: The Camberwell Assessment of Need as an Outcome Measure in Community Mental Health Care. Uppsala Universitet; 2008.
- [5] Ritsner MS, Grinshpoon A. Ten-Year Quality-of-Life Outcomes of Patients with Schizophrenia and Schizoaffective Disorders: The Relationship with Unmet Needs for Care. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013;9(3):125-134A.
- [6] van den Heuvel LL. Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications (4th edition). Vol. 26, *Journal of Child & Adolescent Mental Health*. 2014. 157–158 p.
- [7] Foldemo, et al. 2002. Need assessment and quality of life in outpatients with schizophrenia: A 5-year follow-up study. *Scand J Caring Sci [Internet]*. 2002;16(4):393–8. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=2002441081>
- [8] DeVyllder JE, Oh HY, Corcoran CM, Lukens EP. Treatment Seeking and Unmet Need for Care Among Persons Reporting Psychosis-Like Experiences. *Psychiatr Serv*. 2014;65(6):774–80.
- [9] Siltan NR, Flannelly LT, Flannelly KJ, Galek K. Toward a theory of holistic needs and the brain. *Holist Nurs Pract*. 2011;25(5):258–65.
- [10] Slade M, Leese M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M, Thornicroft G. Does meeting needs improve quality of life? *Psychother Psychosom*. 2004;73(3):183–9.
- [11] Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. Met and Unmet Needs of Schizophrenia Patients in a Spanish Sample. *Schizophr Bull*. 2012;29(2):201–10.
- [12] Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(10):513–8.
- [13] Landolt K, Rössler W, Burns T, Ajdacic-Gross V, Galderisi S, Libiger J, et al. Unmet needs in patients with first-episode schizophrenia: A longitudinal perspective. *Psychol Med*. 2012;42(7):1461–73.
- [14] Torres, et al. 2014. Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat [Internet]*. 2014;10:97–110. Available from: <http://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=18718%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed16&NEWS=N&AN=372143584>
- [15] Aruma EO, Enwuesi Hanachor M. Abraham Maslow's Hierarchy of Needs and Assessment of

- Needs in Community Development. *Int J Dev Econ Sustain* [Internet]. 2017;5(7):2053–202. Available from: www.eajournals.org
- [16] James K. Barriers to Treatment and the Connection to Maslow ' s Hierarchy of Needs. *Conselor Educ Capstone* [Internet]. 2016; Available from: https://digitalcommons.brockport.edu/edc_capstone/18/#?
- [17] Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31(3–4):109–13.
- [18] Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 1995;167(NOV.):589–95.
- [19] Bender K, City I, Health M, Hospital P. The Camberwell Assessment of Need Rating Scales. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2007;35(5):691–691.
- [20] Stefanatou P, Giannouli E, Konstantakopoulos G, Vitoratou S, Mavreas V. Measuring the needs of mental health patients in Greece: Reliability and validity of the Greek version of the Camberwell Assessment of Need. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60(7):662–71.
- [21] Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. Quality of life theory III. Maslow revisited. *ScientificWorldJournal*. 2003;3(May):1050–7.
- [22] Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C, et al. Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2016;134(4):360–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27497263>
- [23] Pompili M, Giordano G, Luciano M, Lamis DA, Del Vecchio V, Serafini G, et al. Unmet Needs in Schizophrenia. *CNS Neurol Disord - Drug Targets*. 2017;16(8):870–84.
- [24] Coffey M. *The Handbook of Community Mental Health Nursing. The Handbook of Community Mental Health Nursing*. 2014.
- [25] Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, Agedew M, Solomon H, Teferra S, et al. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Med*. 2014;12(1):1–12.
- [26] Wiersma D, Van Busschbach J. Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(5):239–46.
- [27] Van Busschbach J, Wiersma D. Does rehabilitation meet the needs of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders? *Community Ment Health J*. 2002;38(1):61–70.
- [28] Juczynski Zygfrzyd. Health-related quality of life: theory and measurement. *Folia Psychologica* [Internet]. 2006;3–15. Available from: http://dSPACE.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/4128/F1_10.pdf?sequence=1
- [29] Chan KKS, Mak WWS. The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Qual Life Res*. 2014;23(9):2559–68.
- [30] Cichocki Ł, Cechnicki A, Franczyk-Glita J, Błądziński P, Kalisz A, Wroński K. Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2015;56:133–40.
- [31] Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med*. 2005;35(11):1655–65.