

Natālija Bērziņa

ORCID 0000-0002-9882-1848

Pacientu ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, afektīva un
neirotika spektra traucējumiem līdzestības un atkārtotu
hospitalizāciju saistība ar pacientu apmierinātību ar
saņemto aprūpi

Promocijas darbs zinātniskā doktora grāda
“zinātnes doktors (*Ph.D.*)” iegūšanai

Nozare – medicīna

Apakšnozare – psihiatrija

Promocijas darba vadītājs:

Dr. med. profesors **Māris Taube**,
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Rīga, 2021

Anotācija

Ievads. Pasaulē pēdējo 30 gadu laikā arvien aktuālāks kļūst jautājums par līdzestības terapijā saistību ar pacientu veikto aprūpes novērtējumu. Vairākos pasaules pētījumos tiek pierādīts tas, ka tieši pacientu stacionārās aprūpes novērtējums pozitīvi korelē ar līdzestību terapijā un slimības iznākumu, kas psihiatrijā, kā arī jebkurā medicīnas nozarē kopumā ir viens no svarīgākajiem ārstēšanas elementiem. Latvijas Veselības ministrijas izstrādātajā rīcības plānā 2013.–2020. gadam saskaņā ar PVO paziņoto iniciatīvu veselības aprūpē kā viena no prioritātēm tiek minēta veselības veicināšana, uzlabojot pieejamās veselības aprūpes kvalitāti, īpaši psihiskās veselības aprūpes jomā (World Health Organization, 2015), kas akcentē promocijas darba aktualitāti, pētot pacientu vērtējumu par ārstēšanos psihiskās veselības aprūpes stacionāra apstākļos. Darba mērķis bija novērtēt pacientu ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, afektīva un neirotika spektra traucējumiem līdzestības netiešo rādītāju un atkārtotu hospitalizāciju saistību ar saņemtās stacionārās aprūpes novērtējumu.

Materiāls un metodes. No 2018. gada 1. janvāra līdz 2018. gada 1. decembrim tika veikts šķērsgriezuma pētījums par pacientiem ar psihiskām saslimšanām, kuri bija stacionēti akūtā vai subakūtā stacionārajā nodaļā. Pētījuma metode bija adaptēta Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja (PIPEQ-OS) divās valodās pacientu ārstēšanas apmierinātības noteikšanai ar pievienotu sociāli demogrāfisko datu protokola pielikumu. Kopumā promocijas darbā analizēti dati par 1335 respondentiem. Respondences procents ir 62% ($n = 823$). Statistiskajā datu apstrādē izmantotas šādas metodes: aprakstošā statistika respondentu un nerespondentu grupu raksturošanai, t-tests vai *Welch* tests nesapāroto izlašu nepārtraukto mainīgo salīdzināšanai, Hī-kvadrāta tests divu kategoriālu mainīgo salīdzināšanai, lineārā regresija sociāli demogrāfisko rādītāju saistības noteikšanai ar līdzestības netiešiem rādītājiem un Spīrmana korelācijas koeficients saistību noteikšanai starp dažādiem rādītājiem diagnožu grupās, starp apmierinātību anketas skalās un līdzestības netiešiem rādītājiem.

Rezultāti. Respondentu vidējais vecums bija 45 gadi (SD 17) ($p < 0,001$), 65% bija sievietes, ar augstāko vai vidējo profesionālo izglītību ($p < 0,001$), biežāk ar bezdarbnieka, invalīda vai pensionāra statusu ($p < 0,001$), ar attiecību pieredzi ($p < 0,001$), biežāk šizofrēnijas un afektīva spektra pacienti ($p < 0,001$) ar somatisko blakusdiagnozi ($p < 0,001$) un iepriekšējo pieredzi psihiskās veselības aprūpē ($p < 0,001$). Apkopojot rezultātus par augstāku vai zemāku apmierinātību, vairāk apmierināti ar ārstēšanu bija gados vecāki pacienti (vidējais vecums 49 gadi (SD 16,5)) ($p < 0,001$), 69,4 % bija sievietes ($p = 0,003$), ar augstāko, vidējo profesionālo vai vidējo izglītību ($p = 0,001$), algotu darbu strādājošie, ar invaliditāti vai pensionāra statusu

($p < 0,001$), ar attiecību vēsturi (precēti, šķirti, atraitņi) ($p < 0,001$), pacienti ar afektīva spektra diagnozēm un organiskiem psihiskiem traucējumiem ($p < 0,001$), pacienti ar somatisko blakusdiagnozi ($p=0,010$). Pacienti, kuri ārstēšanu novērtēja augstāk, vidēji 3,3 reizes biežāk (SD 1,3) biežāk pēc izrakstīšanās izņēma zāles ($p < 0,001$). Vecums pozitīvi korelēja ar apmierinātību sadarbības ar pacientu (B 0,08, $p = 0,001$) un struktūras un iestādes skalās (B 0,10, $p < 0,001$), zemāka izglītība pozitīvi korelēja ar apmierinātību sadarbības ar pacientu skalā (B 0,569, $p = 0,003$), bezdarbnieka statuss negatīvi korelēja ar apmierinātību iznākumu skalā (B -0,191, $p = 0,009$). Tika noteikta vāja korelācija apmierinātībai 3 anketas skalās (sadarbība ar pacientu, struktūra un iestādes, iznākumi) ar turpmāko ambulatoro vizīšu skaitu pacientiem ar afektīva spektra traucējumiem. Pacientiem ar afektīva spektra traucējumiem un šizofrēnijas spektra diagnozēm tika konstatēta pozitīva korelācija starp apmierinātību sadarbības ar pacientu ($r_s 0,207$, $p = 0,010$; $r_s 0,151$, $p = 0,000$ atbilstoši) un struktūras un iestādes skalās ($r_s 0,236$, $p = 0,000$; $r_s 0,184$, $p = 0,001$ atbilstoši) un zāļu izņemšanas biežumu pēc izrakstīšanās. Tika noteikts, ka aptaujas 3 skalas (sadarbība ar pacientu ($r_s -0,074$, $p = 0,034$), struktūra un iestādes ($r_s -0,081$, $p = 0,021$) un iznākumi ($r_s -0,102$, $p = 0,004$) negatīvi korelēja ar turpmāko ambulatoro vizīšu biežumu. Pozitīva korelācija tika noteikta visām aptaujas skalām (sadarbība ar pacientu ($r_s 0,174$, $p < 0,001$), struktūrai un iestādēm ($r_s 0,086$, $p < 0,001$) un iznākumiem ($r_s 0,073$, $p = 0,039$) ar zāļu izņemšanu aptiekā.

Secinājumi. Promocijas darbā tika noteikti ar pacientu apmierinātību saistītie faktori, pacientu novērtējuma saistība ar turpmākām ambulatorām vizītēm un zāļu izņemšanu pēc izrakstīšanas no stacionāra. Augstāka apmierinātība bija pacientiem ar šādiem sociāli demogrāfiskiem rādītājiem: gados vecāki, sievietes ar augstāko, vidējo profesionālo vai vidējo izglītību, algotu darbu strādājošie, ar invaliditāti vai pensionāra statusu, ar attiecību vēsturi (precēti, šķirti, atraitņi). Vismazāk apmierināti pacienti bija ar radnieku iesaistīšanu ārstēšanas procesā, kā arī ar iespēju ietekmēt medikamenta izvēli, arī mazāk apmierināti ar informācijas pieejamību. Zemāk aprūpi novērtēja pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem un pacienti ar neirotiskiem un ar stresu saistītiem traucējumiem, savukārt, pacienti ar afektīvā spektra diagnozēm aprūpi novērtēja augstāk. Pacientu ar afektīvā un šizofrēnijas spektra traucējumiem augstāka apmierinātība saistīta ar turpmāko zāļu izņemšanu pēc izrakstīšanās. Turpmāko stacionēšanu skaits 12 mēnešu laikā neuzrādīja statistiski ticamu korelāciju ar pacientu saņemtās aprūpes apmierinātību. Statistiski ticama izrādījās saistība starp apmierinātības augstākiem punktiem un turpmāko zāļu izņemšanu. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja (PIPEQ-OS) var tikt izmantota pacientu aprūpes apmierinātības noskaidrošanai psihiskās

veselības aprūpes stacionāros. Pētījuma rezultāti var tikt izmantoti ārstēšanas procesa uzlabošanai un personāla iesaistīšanai, lai kāpinātu pacientu līdzestību, ietekmētu ārstēšanas iznākumu un pacientu ar psihiskām saslimšanām adaptāciju.

Abstract

Objective. Over the last 30 years, the issue of the relationship of satisfaction of patient care to compliance is becoming increasingly acute in the world. Numerous studies around the world have shown that it is the satisfaction of patient with inpatient care that correlates positively with the compliance and disease outcomes in the field of psychiatry, as well as in any medical sector as a whole and is one of the most important elements of treatment. The Action Plan 2013–2020 developed by the Ministry of Health of Latvia, in line with the initiative announced by the WHO in health care, has mentioned that one of the priorities in promoting health is by improving the quality of available health care, especially in the field of mental health care (World Health Organization, 2015), which emphasizes the importance of the doctoral thesis studying patients' satisfaction with treatment in mental health care hospital. The work aimed to evaluate the relationship between satisfaction and such factors as compliance indirect measures and re-hospitalisation rates of patients with schizophrenia spectrum disorders, affective and neurotic spectrum disorders.

Material and methods. A cross-sectional study was conducted from 1 January 2018 to 1 December 2018 in patients with mental disorders who have been hospitalised in acute or subacute hospital units. The study tool was an adapted two-language questionnaire for self-assessment of patients' satisfaction with treatment. A total number of 1335 respondents have been analysed in the doctoral thesis work. The respondent rate was 62% ($n = 823$). In statistical data processing, there the following methods were used: descriptive statistics for the respondents and non-respondents groups, t-test or Welch test for comparing continuous variables, Chi-square test for comparing two categorical variables, linear regression for the relationship between socio-demographic factors with compliance indirect measures and Spearman correlation coefficient for the relationship between different indicators in diagnostic groups, satisfaction in questionnaire scales and surrogate ratios of compliance.

Results. Respondents were elderly patients ($p < 0.001$), women, with higher or secondary education ($p < 0.001$), more often unemployed, with a status of disabled or retired ($p < 0.001$), with relationship experience ($p < 0.001$), more frequent with schizophrenia and affective spectrum disorders ($p < 0.001$) with somatic co-diagnosis ($p < 0.001$) and previous experience in mental health care ($p < 0.001$). When compiling results for higher or lower satisfaction with treatment, older patients ($p < 0.001$), women ($p = 0.003$) with higher, secondary, and professional education ($p = 0.001$), employees, patients with a disability or pensioner status ($p < 0.001$), with relationship history (married, divorced, widowed) ($p < 0.001$), patients with affective spectrum disorders and organic mental disorders ($p < 0.001$), patients

with somatic side diagnosis ($p=0,010$) were more satisfied in PIPEQ-OS questionnaire. Patients who scored treatment higher were more likely to take the medicine after discharge from inpatient ($p < 0.001$). Age positively correlated with satisfaction in the interaction with patient ($B 0.08, p = 0.001$) and in the structure and facility scale ($B 0.10, p < 0.001$), lower education was positively correlated with satisfaction in the interaction with patient scale ($B 0.569, p = 0.003$), the unemployed status negatively correlated with satisfaction in the outcomes scale ($B -0.191, p = 0.009$). PIPEQ-OS questionnaire all three scales were identified for poor correlation of satisfaction with the number of subsequent outpatient visits in patients with affective spectrum disorders. In patients with affective spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders, a positive correlation was observed between satisfaction with interaction scale ($r_s 0.207, p = 0.010; r_s 0.151, p = 0.000$ as appropriate) and structure and facilities scale ($r_s 0.236, p = 0.000; r_s 0.184, p = 0.001$ as appropriate) and frequency of medication use. It was established that 3 questionnaire scales (interaction scale ($r_s -0.074, p = 0.034$), structure and facilities scale ($r_s -0.081, p = 0.021$) and outcome scale ($r_s -0.102, p = 0.004$) negatively correlated with the subsequent frequency of outpatient visits. A positive correlation was established for all questionnaire scales (interactions ($r_s 0.174, p < 0.001$), structure ($r_s 0.086, p < 0.001$) and outcomes ($r_s 0.073, p = 0.039$)) and further medication use.

Conclusions. In the research work, we identified factors related to patients' satisfaction with treatment as well as we detected patients' satisfaction correlation with further outpatients visits and medication use. Higher satisfaction was detected among older age patients, women, those with professional and middle education, working, disabled or retired, patients with relationship history. The lowest score had questions about family involvement, possibilities to influence the treatment and provided information. The lowest satisfaction was among schizophrenia and neurotic and stress-related disorders. Higher satisfaction correlated with medication use. PIPEQ-OS can be used in inpatient mental health care to measure patients' satisfaction with received care. Our findings could be used for improvements in the treatment process in inpatient care facilities and promoting personal to engage more in the care of patients. Our results could help to improve compliance in patients with different diagnoses and influence the treatment outcomes and patients' adjustment to their disorder.

Saturs

Anotācija	2
Abstract	5
Saturs	7
Darbā izmantotie saīsinājumi	9
Ievads	10
Darba mērķis.....	11
Darba uzdevumi.....	11
Darba hipotēze	12
Darba novitāte.....	13
Darba praktiskā nozīme	13
Ētiskie apsvērumi	14
Promocijas darba apjoms un struktūra	15
1. Literatūras apskats.....	16
1.1. Pacientu apmierinātības jēdziens	20
1.2. Pacientu ar psihiskām saslimšanām līdzestības problēmas	22
1.3. Sniegtās psihiatriskās palīdzības novērtējuma pētīšana pasaulē un Latvijā.....	27
1.4. Psihiskās veselības aprūpes pacientu apmierinātības novērtējuma veidi	27
1.5. Ar pacientu apmierinātības novērtējumu saistītie faktori.....	31
1.6. Pētījumā iekļauto diagnožu īss raksturojums un klasifikācija pēc SSK-10.....	37
1.6.1. Organiski psihiski traucējumi	37
1.6.2. Šizofrēnijas spektra traucējumi	37
1.6.3. Afektīva spektra traucējumi	38
1.6.4. Neirotikie un ar stresu saistītie traucējumi	39
1.7. Psihiskās veselības aprūpes kvalitāte Latvijā	39
2. Materiāls un metodes	40
2.1. Primārie pētījuma dati	42
2.2. Sekundārie pētījuma dati	42
2.3. Datu statistisko analīzes metožu uzskaitījums un izvēles pamatojums.....	43
3. Rezultāti	44
3.1. Pilota pētījuma rezultāti.....	44
3.2. Promocijas darba pētījuma rezultāti	46
3.2.1. Respondentu un nerespondentu raksturojums.....	47
3.2.2. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas analīze par apmierinātību ar saņemto ārstēšanu.....	51
3.2.3. Sociāli demogrāfisko rādītāju saistības noteikšana ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalām	58
Sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas trim skalām	58
Sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem ...	59
3.2.4. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalu saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un atkārtotu stacionārās aprūpes skaitu dažādās diagnožu grupās	61
3.2.5. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalu saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem	64

4. Diskusija.....	66
4.1. Respondentu un nerespondentu grupas	67
4.2. Pacientu apmierinātības ar ārstēšanu rādītāji un ar to saistītie faktori	70
4.3. Pacientu apmierinātības ar ārstēšanu rādītāju saistība ar netiešajiem līdzestības rādītājiem	78
4.4. Sociāli demogrāfisko faktoru saistība ar Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalām	79
4.5. Sociāli demogrāfisko faktoru un slimību raksturojošo faktoru saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem atkarībā no apmierinātības Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalās.....	80
4.6. Ierobežojumi.....	82
Secinājumi.....	84
Praktiskās rekomendācijas	87
Publikācijas un ziņojumi par promocijas darba tēmu	89
Zinātniskās publikācijas izdevumos, kas iekļauti starptautiskajās datu bāzēs	89
Starptautisko zinātnisko konferenču tēzes	89
Uzstāšanās starptautiskās zinātniskajās konferencēs ar mutisku referātu.....	89
Uzstāšanās vietējās nozīmes zinātniskajā konferencē ar mutisku referātu	89
Literatūras saraksts.....	90
Pateicības.....	107
Pielikumi	108

Darbā izmantotie saīsinājumi

B	regresijas koeficients
CSQ	Konsultāciju apmierinātības skala (<i>Consultation Satisfaction Scale</i>)
DAI	Attieksmes pret medikamentiem aptauja (<i>Drug Attitude Inventory</i>)
Diag.	Diagnoze
F06	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Citi organiski traucējumi
F07	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Organiski personības traucējumi
F2	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Šizofrēnijas spektra traucējumi
F3	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Afektīva spektra traucējumi
F4	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neirotiska spektra traucējumi
G2-G6	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neiroloģiska spektra traucējumi
KBT	Kognitīvi biheiviorālā terapija
MARS	Līdzestības ārstēšanā pārskata skala (<i>Medical Adherence Report Scale</i>)
MISS	Medicīniskās intervēšanas apmierinātības skala (<i>Medical Interview Satisfaction Scale</i>)
Nod.	Nodaļa
PEI	Pacientu iespējošanas aptauja (<i>Patient Enablement Instrument</i>)
PEQ-ITSD	Pacientu pieredzes aptauja pacientu ar psihoaktīvo vielu atkarību starpdisciplinārai ārstēšanai (<i>Patient Experiences Questionnaire for Interdisciplinary Treatment for Substance Dependence</i>)
PIPEQ	Pacientu ar psihiskām saslimšanām apmierinātības aptauja (<i>Psychiatric Inpatient Patient Experience Questionnaire</i>)
PIPEQ-OS	Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja (<i>Psychiatric Inpatient Patient Experience Questionnaire on site</i>)
PVO	Pasaules Veselības organizācija
r_s	Spīrmana rangu korelācijas koeficients
SATISPSY22	Apmierinātības ar psihiskās veselības aprūpi aptauja (<i>Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire</i>)
SD	standarta novirze
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
VSIA	Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību
W	vidējais rādītājs
X diagnozes	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Paškaitējuma diagnožu kodi

Ievads

Neskatoties uz pasaulē pieaugošo interesi par pacientu veiktu aprūpes novērtējumu un tā saistību ar pacientu līdzestību un arī slimības iznākumu, joprojām pastāv neskaidrības šī rādītāja noteikšanā. Latvija 2017. gadā piedalījās 11 valstu starptautiskā šķērsriezuma pētījumā, lai noteiktu apmierinātību no psihiatriskās palīdzības dienesta stacionāra izrakstītiem 30 pacientiem (Krupchanka et al., 2017), taču plašāki pētījumi tieši par psihiatrisko institūciju pieaugušajiem pacientiem nav veikti, kā arī nav adaptēta un validēta instrumenta, lai apmierinātību novērtētu no pacientu skatu punkta.

Sabiedrībā joprojām pastāv uzskati par pacientu ar psihiskiem traucējumiem ierobežotu spēju sniegt novērtējumu saņemtai ārstēšanai tieši psihisko traucējumu dēļ (Gayet-Ageron, Agoritsas, Schiesari, Kolly, & Perneger, 2011). Šie uzskati ir pretrunīgi, ko pierāda citi pētījumi pasaulē, jo tieši pacienti ir tie, kuri sniedz visizsmeļošāko informāciju par saņemto ārstēšanu (Henderson, Phelan, Loftus, Dall'Agnola, & Ruggeri, 1999).

Ārsta un pacienta attiecībām ir liela nozīmē pacientu ārstēšanas procesā, jo tās ietekmē slimības iznākumu un paaugstina līdzestību ārstēšanā (Fuertes et al., 2007). Īpaši svarīgi ir par to runāt tieši psihiatrijas nozarē. Strādājot ar psihiatrijas nozares pacientiem, izvērtējot viņu psihisko stāvokli, kā arī plānojot nepieciešamo ārstēšanu, ir svarīgi veikt intervēšanu, kas ir liela ārstēšanas procesa daļa un kurā tiek nodibinātas drošas ārsta un pacienta attiecības. Tās arī nosaka līdzestību terapijā un slimības prognozi (L. Thompson & McCabe, 2012), (Zenger, Schaefer, Van Der Feltz-Cornelis, Brähler, & Häuser, 2014).

Balstoties uz Pasaules Veselības organizācijas datiem, visā pasaulē ap 300 miljoni cilvēku slimo ar depresiju un ap 800 000 mirst no pašnāvības. Atsaucoties uz Slimību profilakses un kontroles centra tematisko ziņojumu par iedzīvotāju psihisko veselību Latvijā 2016. gadā, jāmin skaitļi, kuri attēlo situāciju Latvijā. Piemēram, 2016. gadā uzskaitē uzņemto pacientu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem bija 5473 absolūtos skaitļos, savukārt uzskaitē esošo pacientu skaits Latvijā kopumā absolūtos skaitļos bija 89 668 jeb 4635,5 uz 100 000 iedzīvotājiem (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017). Pacienti ar šizofrēnijas spektra, afektīva un neirotika spektra traucējumiem veidoja 39% no visiem psihiskā spektra pirmo reizi reģistrētiem pacientiem 2016. gadā (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017). Ņemot vērā iepriekš minēto, šajā pētījumā tika iekļauti pacienti ar šizofrēnijas, afektīva un neirotika spektra traucējumiem. Pacientiem ar psihiskām saslimšanām mirstība ir par 40–60% augstāka nekā vispārējā populācijā. Šiem pacientiem, viņus atbilstoši ārstējot un uzlabojot līdzestību, tiek mazināti arī mirstības riski (World Health Organization, 2015). Šie skaitļi vēl vairāk pamato līdzestības uzlabošanas nepieciešamību, lai tādējādi panāktu labāku ārstēšanas

iznākumu un mazinātu psihisko slimību radīto invaliditāti. Ņemot vērā to, ka psihiatrijā ārstēšanas rezultāts ir cieši saistīts ar uzticībā balstītām ārsta, vai arī plašākā nozīmē – medicīniskā personāla, un pacienta attiecībām, pacienta veikts aprūpes novērtējums ir svarīgs priekšnoteikums vairāku līdzestību ietekmējošu faktoru noskaidrošanā, kas savukārt ietekmē ārstēšanas rezultātus. Arī pētījumā, kur salīdzinātas pacientu pašu izteiktās vajadzības ārstēšanas procesā, pacienti ar psihiskām saslimšanām par svarīgāko uzskatīja ārstēšanas kognitīvos aspektus un personāla iesaistīšanos, savukārt pacienti ar somatiskām saslimšanām kā svarīgāko vērtēja tehniskos ārstēšanas aspektus (J. E. Ware & Davis, 1983), (L Boyer et al., 2009). Pacienti ir ieinteresēti gūt informāciju par savu veselības stāvokli, neskatoties uz to, ka tikai maza daļa no viņiem saņem šo informāciju vai arī iedomājas, ka viņiem varētu būt izvēle par ārstēšanas metodēm (Billcliff, McCabe, & Brown, 2001).

Pacientu ārstēšanas apmierinātība tiek saistīta ar vairākiem pacientu uzvedības modeļiem, piemēram, uzvedība, kas orientēta uz palīdzības meklēšanu, vai arī uzvedība, kura saistīta ar līdzestību terapijā. Viena no būtiskākajām problēmām psihiatrijā ir pacientu līdzestība medikamentozajā terapijā un turpmākie ārsta apmeklējumi. Literatūrā uzsvērts, ka pacientu viedokļa noskaidrošanai vislabāk ir izmantot anketēšanu, ko var veidot, kombinējot slēgta tipa jautājumus ar atvērta tipa jautājumiem (Crow et al., 2002), lai iegūtu pēc iespējas vispusīgāku priekšstatu par pacientu apmierinātību. Promocijas darbam tika izvēlēta Norvēģijā 2014. gadā populācijas pētījuma laikā ar nacionāli reprezentatīvo kopu no 26 psihiskās veselības aprūpes stacionāra pacientiem validēta Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja (*Psychiatric inpatient patient experience questionnaire on site – PIPEQ-OS*) pacientu pieredzes un apmierinātības novērtēšanai psihiatriskā profila stacionārā, kas arī ļautu mums stiprināt starptautisku sadarbību šajā jomā un salīdzināt datus.

Darba mērķis

Pētījuma mērķis ir novērtēt pacientu ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, afektīva un neirotika spektra un ar stresu saistītu traucējumu spektra saņemtās stacionārās aprūpes apmierinātību un noteikt saistību starp pacientu apmierinātības rādītājiem un sociāli demogrāfiskiem rādītājiem, līdzestības netiešiem rādītājiem un atkārtotu hospitalizāciju skaitu 12 mēnešu laikā.

Darba uzdevumi

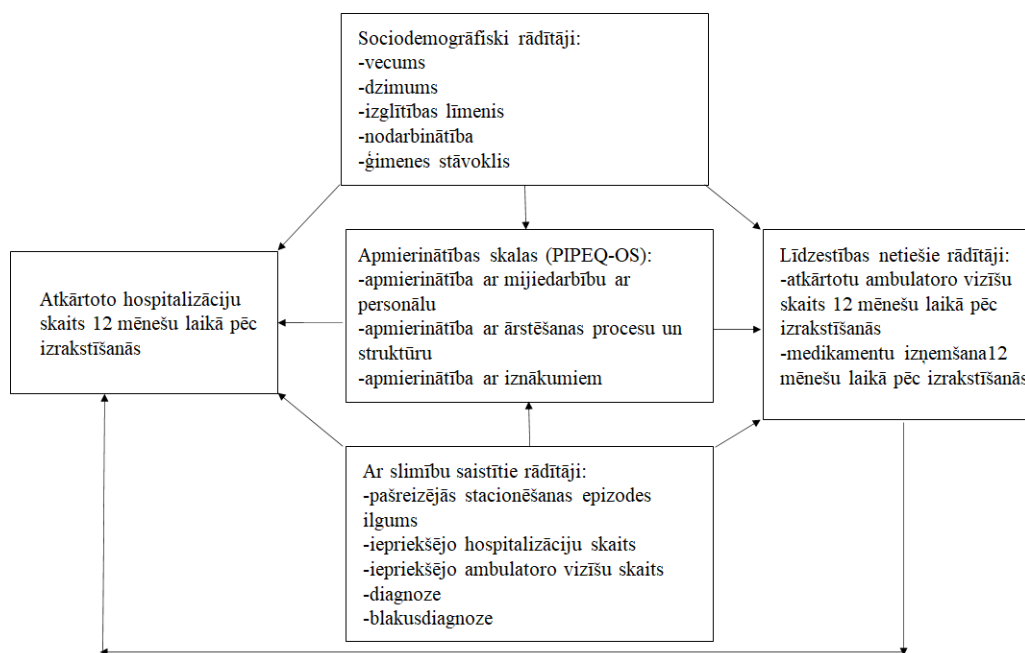
Promocijas darba mērķa sasniegšanai izvirzīti šādi uzdevumi:

1. Veikt Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas adaptēšanu Latvijā pilota pētījuma ietvaros.

2. Salīdzināt respondentu un nerespondentu grupas pēc sociāli demogrāfiskiem rādītājiem, ar slimību saistītiem rādītājiem un iepriekšējās pieredzes psihiskās veselības aprūpes struktūrās.
3. Analizēt pacientu apmierinātību ar sadarbību ar personālu, palīdzības struktūru un iznākumiem, izmantojot adaptētu Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauju (PIPEQ-OS).
4. Noskaidrot saistību ar pacientu sadarbību ar ārstu terapijas procesā pēc izrakstīšanās no stacionāra, atkārtotu hospitalizācijas skaitu 12 mēnešu periodā pēc pacienta izrakstīšanas no nodaļas, ambulatoro vizīšu skaitu un medikamentu lietošanas turpināšanu pēc izrakstīšanās.
5. Izpētīt sociāli demogrāfisko rādītāju (vecums, dzimums, izglītība, nodarbinātība, ģimenes stāvoklis) saistību ar līdzestības netiešiem rādītājiem un hospitalizācijas ilgumu, atkārtotu hospitalizāciju skaitu un pacientu aprūpes apmierinātību.
6. Salīdzināt atkārtotu hospitalizāciju skaitu, medikamentu lietošanas turpināšanu, ambulatoro vizīšu skaitu pēc izrakstīšanās un to saistību ar pacientu stacionārās aprūpes apmierinātību skalās dažādās diagnožu grupās (t.i., šizofrēnijas spektra, afektīva un neirotiska spektra traucējumi).
7. Sniegt promocijas darba secinājumos balstītas rekomendācijas intervencēm līdzestības veicināšanai.

Darba hipotēzes

- Pacientu apmierinātība ar stacionāro aprūpi atšķiras šizofrēnijas spektra, afektīva un neirotiska spektra pacientu grupās, un ir saistīta ar sociāli demogrāfiskiem rādītājiem, augstākiem līdzestības netiešiem rādītājiem un mazāku atkārtotu hospitalizāciju skaitu.
- Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja ir piemērota stacionāro pacientu ar dažādām diagnozēm apmierinātības noskaidrošanai.



1. attēls. Promocijas darba pētniecības konceptuālais modelis

Darba novitāte

Neskatoties uz pasaulē pieaugošo interesi par pacientu aprūpes apmierinātību un tās saistību ar pacientu līdzestību un arī slimības iznākumiem, joprojām pastāv neskaidrības šī rādītāja noteikšanā. Latvija 2017. gadā piedalījās 11 valstu starptautiskā šķērsgriezuma pētījumā, lai noteiktu apmierinātību no psihiatriskās palīdzības dienesta stacionāra izrakstītiem 30 pacientiem (Krupchanka et al., 2017), taču plašāki pētījumi tieši pieaugušo psihiatrisko institūciju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu izvērtēšanai nav veikti un nav arī adaptēta un validēta instrumenta, lai aprūpes pakalpojumus novērtētu no pacientu skatu punkta. Pacientu apmierinātības saistības noteikšana ar līdzestības netiešiem rādītājiem ļaus veikt nepieciešamās psihiskās veselības aprūpes iniciatīvas, tādējādi paaugstinot pacientu ar psihiskām saslimšanām līdzestību. Promocijas darba literatūras apskata daļā ir iekļauti arī senāki pētījumi, lai citētu pētījumus par apmierinātības koncepta definīciju, skaidrojumiem, pētījuma procesa attīstību, iespējamās pētījuma aspektus, kā arī būtiskākos ietekmējošos faktorus un to nozīmi apmierinātības un līdzestības saistīšanā, attīstoties psihiatrijas aprūpes nozarei. Veidojot literatūras aprakstu, tika nolemts literatūrā izpētīt arī senākus avotus, lai sniegtu pēc iespējas vispusīgāku apmierinātības jēdziena un līdzestības apskatu.

Darba praktiskā nozīme

Promocijas darba rezultāti var tikt praktiski izmantoti pacientu, viņu radnieku un arī personāla attieksmes mainīšanai pret ārstēšanas procesu, kā arī anketa var tikt izmantota citās psihoneiroloģiskajās slimnīcās, lai noteiktu pacientu apmierinātību, piemēram, VSIA “Strenču psihoneiroloģiskajā slimnīcā”, VSIA “Slimnīcā “Ģintermuiža””, VSIA “Piejūras slimnīcā” un

VSIA “Daugavpils psihoneiroloģiskajā slimnīcā”. Darba rezultāti norāda uz psihoizglītošanas pasākumu nepieciešamību pacientiem un viņu radniekiem, KBT intervenču ieviešanas nepieciešamību nodaļās. Promocijas darba rezultāti var tikt izmantoti arī ambulatorās ārstēšanas plānošanā un pacientu līdzestības palielināšanā. Darbs var tikt izmantots pacientu līdzestības medikamentozā terapijā uzlabošanai.

Ētiskie apsvērumi

Anketas sākumā pacientam tika piedāvāta informācija par pētījumu, ar kuru viņi iepazinās un brīvprātīgi apstiprināja piekrišanu dalībai, nododot aizpildītu anketu. Tika iegūta RSU Ētikas komitejas atļauja: komitejas lēmums Nr. 84/ 21.12.2017.

Promocijas darba apjoms un struktūra

Promocijas darbs ir uzrakstīts latviešu valodā 114 lappušu apjomā pēc darba noformējuma rekomendācijām. Darbā ir 11 nodaļas: Ievads; Literatūras apskats; Materiāli un metodes; Rezultāti; Diskusija; Secinājumi; Rekomendācijas; Publikācijas; Pateicības; Literatūras saraksts; Pielikumi. Promocijas darbā ir 14 tabulas, 1 attēls. Literatūras saraksts ietver 274 autoru un autoru kolektīvu darbus.

1. Literatūras apskats

Psihiskās veselības aprūpes speciālisti katru dienu sastopas ar sarežģītiem jautājumiem saistībā ar pacientu ar psihiskiem traucējumiem izmeklēšanu, psihiskās veselības stāvokļa novērtēšanu, ārstēšanu, taču biežāk mazāk uzmanības tiek pievērsts pacienta viedoklim par saņemto ārstēšanu un tās kvalitāti. Pacienta vērtējums, neatkarīgi no tā, vai tas ir vispārējā tipa slimnīcas stacionārs (Gleeson et al., 2016) vai nodaļa psihoneiroloģiskajā slimnīcā, ir ne mazāk svarīgs un ievērojams cēlonis aprūpes procesā, jo viens no svarīgākajiem efektīvas un kvalitatīvas ārstēšanas aspektiem ir ārstēšanas process, kas ir orientēts uz pacientu, proti, uz viņa vajadzībām un izvēlēm, kurām, protams, jāaskan ar ārstēšanas vadlīnijām (Baker, 2001). Svarīgi ir atcerēties, ka somatisko stacionāru un psihiskās veselības aprūpes iestāžu pacientu viedokļi varētu atšķirties par to, ko viņi uzskata par svarīgu ārstēšanas procesā un aprūpē (Boyer et al., 2009). Tādējādi nevar vispārināt un attiecināt pacienta pieredzi somatiskajā stacionārā uz pacientu ar psihiskiem traucējumiem pieredzi par saņemto ārstēšanu psihiskās veselības aprūpes stacionārā (Schröder, Ahlström, & Larsson, 2006). Arī pacientu ierobežošana vai fiksācijas lietošana psihiatrijas jomā agresīvu pacientu nomierināšanai, mazinot draudus citiem pacientiem, viņam pašam un personālam, varētu ietekmēt gan šo pacientu attieksmi pret ārstēšanas procesu, gan arī pacienta gaidas (Kjellin, Östman, & Östman, 2008). Piemēram, pētījumā ar pacientiem, kas bija stacionēti pret gribu akūtā kārtā, tika konstatēta zemāka apmierinātība ar ārstēšanas procesu, kā arī vērtējumu ietekmēja lietotā fiksācija jebkurā ārstēšanas posmā stacionēšanas laikā (Katsakou et al., 2010). Literatūrā atrodami pētījumi, kuri precīzē, kurās aprūpes sfērās pacienti ir īpaši uzmanīgi un prasīgi, piemēram, pacienti ar somatiskām saslimšanām aprūpes kvalitātes noteikšanas pētījumos visvairāk atzīmēja uzlabojumu nepieciešamību tieši aprūpes pasākumu sagaidīšanas procesā (Gleeson et al., 2016).

Tieši pacienta viedoklis psihiatrijas nozarē ir tas, kas literatūrā arvien vairāk tiek saistīts ar ārstēšanas kvalitāti un tās noteikšanu (Boyer et al., 2009), (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009), (Epstein, 1996), (Al-Abri & Al-Balushi, 2014). 2006. gada pētījumā Schröder et al. izvirzīja piecas kategorijas, kuras pacienti ar psihiskām saslimšanām novērtēja saistībā ar ārstēšanas kvalitāti. Tās bija: cieņa pret pacientu, pacienta drošības sajūta, pacienta iesaistīšana ārstēšanas procesā, pacienta psihiskās veselības stāvokļa uzlabošana un ārstēšanas vide. Pētījumā tika secināts, ka pacienti augsti vērtē personāla prasmes un vēlas, lai personāls palīdzētu tikt galā ar kauna sajūtu, kas attīstās pacientiem saistībā ar psihisko saslimšanu (Schröder et al., 2006), savukārt kauna sajūta literatūrā ir saistīta ar pacientu atteikšanos meklēt palīdzību pašnāvības domu un plānu gadījumā, kā arī par suicidālo domu pastāvēšanu

(Wiklander, Samuelsson, & Åsberg, 2003). Ne mazāk svarīgi ir tas, ka pēc pašnāvības mēģinājuma stacionētie pacienti, kuri saņēmuši laipnu un nenosodošu personāla attieksmi, uzrādīja lielāku izpratni par ārstēšanas nepieciešamību un tās pieņemšanu (Wiklander et al., 2003). Ar psihiatrijas nozari jau daudzus gadus ir saistīts stigmas jēdziens, pētnieki mēģina izvirzīt hipotēzes, kā to mazināt (Crawford & Brown, 2002); citi saista stigmatu ar ietekmi arī uz ārstēšanas kvalitāti un slimības iznākumu (Vuokila-Oikkonen, Janhonen, & Nikkonen, 2002). Ārstēšanas kvalitātes definīcija ir sarežģīta, jo literatūrā saistībā ar šo jautājumu pastāv liela dažādība. Ar ārstēšanas kvalitāti saprot ārstēšanas procesa īpašības, komponentus, tā atspoguļo ārstēšanas mērķus un iznākumu. Informāciju ārstēšanas kvalitātes vērtējumam var iegūt no medicīniskās dokumentācijas, intervējot ārstus, novērojot pacientus un noskaidrojot viņu viedokli. Katrai no pieejām ir stiprās un vājās puses, taču ir secināts, ka pacientu viedoklis, kaut arī ir subjektīvs informācijas avots, ir vērtīgs pacientu attieksmes rādītājs (Donabedian, 2005).

Par kvalitatīvu ārstēšanu un pacientu apmierinātību ar ārstēšanu ir nepieciešams runāt vairāk un to pētīt, jo abi koncepti pēc literatūras datiem ir saistīti ar psihisko slimību paasinājumu biežumu un iznākumiem. *Priebe et al.* savā pētījumā konstatēja, ka pacienti, kuri bija vairāk apmierināti ar ārstēšanu, uzrādīja lielāku punktu skaitu subjektīvas dzīves kvalitātes anketā (Priebe, Katsakou et al., 2011). Saistību starp slimības iznākumu, proti, simptomu mazināšanos un pacientu veiktu ārstēšanas novērtējumu, pamato arī cits pētījums, kurā izteiktāks uzlabojums psihiskajā stāvoklī bija saistīts ar augstāku iepriekš saņemtās ārstēšanas novērtējumu (Katsakou & Priebe, 2006).

Pētījumi par pacientu saņemtās ārstēšanas novērtējumu tika sākti jau 1960. gados. Šāda interese daļēji tika skaidrota ar deinstitucionalizācijas procesa realizēšanu psihiatrijas jomā ar mērķi mazināt pacientu hospitalizācijas ilgumu un orientēties uz psihiskās veselības ambulatoro aprūpi. Pēc Pasauls Veselības organizācijas (PVO) veiktā pētījuma datiem, kvalitatīvs deinstitucionalizācijas process tiek raksturots ne tikai ar virzību uz gultas vietu samazināšanu, bet arī aprūpes sistēmas atbilstību pacientu vajadzībām (Salisbury, Killaspy, & King, 2016), (Pincus, Page, Drussel, & Appelbaum, 2007). Tieši pacientu novērtējums par ārstēšanu ļauj veselības aprūpes sistēmai reaģēt uz pacienta vajadzībām (Bramsfeld, Wedegärtner, Elgeti, & Bisson, 2007). Taču literatūrā pastāv pretrunīgi uzskati par to, kā pacientu viedoklis psihiatrijā var tikt ņemts vērā (Crawford & Kessel, 1999). Šādas atziņas apliecina psihiatrijas nozares kvalitātes novērtēšanas pētīšanas nepieciešamību tieši no pacientu skatu punkta. Latvijā tika izveidots starpnozaru rīcības plāns (Saeima, 2014) 2014.-2020. gadam, kurā ir uzsvērta nepieciešamība attīstīt kvalitatīvu, individuālām vajadzībām pielāgotu veselības aprūpi. Veselības ministrijas darba plānā, kas datēts ar 2016. gadu, ir minēts, ka

plānots ir uzsākt vienotās kvalitātes nodrošināšanas sistēmas veselības aprūpes jomā izstrādi un ieviešanu, kura savukārt turpmāk nodrošinās kvalitatīvu, efektīvu, drošu un uz pacientu vērstu aprūpi.

Atsaucoties uz Slimību profilakses un kontroles centra tematisko ziņojumu par iedzīvotāju psihisko veselību Latvijā 2016. gadā, secināms, ka 2016. gadā uzskaitē uzņemto pacientu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem bija 5473 pacienti absolūtos skaitļos, savukārt uzskaitē esošo pacientu skaits Latvijā kopumā absolūtos skaitļos bija 89 668 jeb 4635,5 uz 100 000 iedzīvotājiem (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017). Pacienti ar šizofrēnijas spektra, afektīva un neirotika spektra traucējumiem veidoja 39% no visiem psihiskā spektra pirmo reizi reģistrētiem pacientiem 2016. gadā (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017). Stacionāros 2016. gadā savukārt iestājās 6661 pacients ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, 1315 pacienti ar afektīva spektra traucējumiem un 1846 pacienti ar neirotika spektra traucējumiem (Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017). Kopumā, nosakot apmierinātību ar veselības aprūpi ES valstīs, Latvija bija trešajā vietā to valstu vidū, kurās iedzīvotāji uzrādīja mazāku apmierinātību ar veselības aprūpi, atpaliekot tikai no Slovākijas un Igaunijas. *Bleich et al.* apliecina, ka tikai 3,7% no Latvijas aptaujā iekļautajiem respondentiem atbildēja, ka ir “ļoti apmierināti” (Bleich et al., 2009). Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem, ap 300 miljoni cilvēku pasaulē slimo ar depresiju un ap 800 000 cilvēku ik gadu mirst no pašnāvības. 27% Eiropas iedzīvotāju vismaz reizi mūžā ir konstatēti psihiskās veselības traucējumi. Pēc PVO datiem, neiropsihiskie traucējumi ieņem pirmo vietu starp visiem traucējumiem, kas izraisa personas invaliditāti – tie ir 15,4% no visiem invaliditātes cēloņiem Eiropā (WHO mājaslapa). Pacientiem ar psihiskām saslimšanām mirstība ir par 40%–60% biežāka nekā vispārējā populācijā, savukārt kvalitatīvas un uz pacientu orientētas palīdzības sniegšana un ārstēšana ļauj uzlabot līdzestību un mazināt mirstības risku (World Health Organization, 2015). Tādējādi arvien aktuālāks kļūst jautājums tieši par psihiskās veselības aprūpes kvalitātes ietekmi uz psihisko slimību iznākumu un pacientu līdzestību terapijā, jo tas ir ļoti svarīgs aspekts psihiatrijas pacientu aprūpē (Woodward, Berry, & Bucci, 2017).

Tiek veikti pētījumi par pacientu aprūpes pašnovērtējumu, taču skaidrības par šo jautājumu un noteiktiem faktoriem, kas ietekmē pacientu apmierinātību ar ārstēšanu (Ruggeri et al., 2003) un no tās izrietošo iznākumu, vēl joprojām trūkst. Tas daļēji ir izskaidrojams ar to, ka nav izstrādāta vienota metode pacientu pieredzes novērtēšanai un nav vienotas apmierinātības jēdziena definīcijas (Boyer et al., 2009), (Manary, Boulding, Staelin, & Glickman, 2013), (Bleich et al., 2009). Vienotas pieejas trūkums, definēšanas grūtības jau 1995. gadā literatūrā par pacientu pašnovērtējuma nepieciešamību bija plaši kritizētas (Avis, Bond, & Arthur, 1995). Šī jautājuma pētīšanu būtiski ierobežo tas, ka dažādās valstīs pastāv

noteiktas atšķirības kultūrās, pētījumu metodēs, psihiskās veselības aprūpes organizācijā, kas ietekmē pētījumu rezultātus (Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978). Pacientu viedokļa noskaidrošana pētījumos bieži vien ir saistīta ar pretrunīgiem datiem, taču pēc literatūras sniegtās informācijas skaidrs ir tas, ka pacienta viedokļa apzināšana dod ieguldījumu ārsta un pacienta attiecību uzturēšanā, saņemtās ārstēšanas raksturošanā no visām iesaistītām pusēm (Williams & Wilkinson, 1995).

Pēc literatūras datiem, kopā ar pacienta un ārsta attiecību modeļa pārmaiņām un sabiedrības informētību par psihiskām saslimšanām mainās arī sabiedrības nostāja pret psihiatriskās palīdzības pieejamību un meklēšanu (Angermeyer, van der Auwera, Carta, & Schomerus, 2017). Arvien pieaug pētījumu skaits, kuros zinātnieki mēģina analizēt un nosaka pacientu apmierinātības nozīmi saistībā ar dažādiem slimības aspektiem. Ir izpētīts, ka augstāka pacientu apmierinātības pakāpe saistīta ar augstāko sociāli labvēlīgāko iznākumu iespēju veselības aprūpē (Vermeulen, Schirmbeck, van Tricht, de Haan, & Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators, 2018) un augstāku dzīves kvalitāti, tajā skaitā arī psihiatriskās aprūpes pacientu vidū (Priebe, Katsakou et al., 2011), (Zendjidjian et al., 2014). Ir izpētīts arī tas, ka terapeitiski pareizas ārsta un pacienta attiecības ir saistītas ar pacientu aprūpes apmierinātības pozitīvāku vērtējumu (Zendjidjian et al., 2014), (Barbato et al., 2014), tādā veidā sekmējot pacienta vēlēšanos nepieciešamības gadījumā meklēt palīdzību (Awara & Fasey, 2008), sniedzot drošības un atbalsta sajūtu pacientiem un efektīvu iespēju ietekmēt paasinājumu biežumu, jo augstāka apmierinātība vairākos pētījumos bija saistīta ar augstāku līdzestību terapijā (Zendjidjian et al., 2014), (Awara & Fasey, 2008).

2018. gadā Eiropas psihiatru asociācijas žurnālā (*European Psychiatry*) tika publicēts Nīderlandes zinātnieku grupas pētījums par apmierinātības ar saņemto aprūpi saistību ar psihozes iznākumu. Tika pierādīts, ka augstāki apmierinātības rādītāji paredz lielākus uzlabojumus psihotiskās simptomātikas redukcijā pirmo trīs gadu laikā pēc stacionēšanas (Vermeulen et al., 2018). Tāpat iznākuma variantu paredzēšana ļauj speciālistiem izvēlēties dažādus ārstēšanas un rehabilitācijas pasākumus, lai pacients var maksimāli integrēties sabiedrībā, nepalikt atstumts no tās. Tas paaugstina un trenē viņa adaptācijas spējas, slimības izprašanu, spēju ar to sadzīvot un arī sniegt labumu sabiedrībai, kā arī tas mazina stigmatizāciju – visā pasaulē izplatītu problēmu psihiatrijā. Ir jāpiebilst, ka pēc 2017. gada Pasaules psihiatru asociācijas žurnālā (*World Psychiatry*) publicēta metaanalīzes pētījuma secinājumiem kopumā sabiedrības negatīvā attieksme pret psihiatriju mazinās, taču joprojām lielākoties tiek uzskatīts, ka labāk doties pie psihoterapeita nekā uz psihiatriska profila stacionāru un saņemt palīdzību. Darba autori to skaidro ar to, ka psihiatriskā aprūpē pacientiem trūkst kontakta ar ārstu (Angermeyer et al., 2017). Iepriekš minēto apmierinātības noteikšanas nepieciešamību pacientu

vidū ar psihiskām saslimšanām pamato 2020. gadā publicētais pētījums, kurā konstatēts, ka psihiskās saslimšanas kāpina arī somatisko saslimšanu risku (Kivimäki et al., 2020).

1.1. Pacientu apmierinātības jēdziens

Pacientu apmierinātība ir multidimensionāls koncepts, kuru jau pirms 1970. gadiem sāka pētīt, lai paredzētu pacientu uzvedību saistībā ar ārstēšanas turpināšanu, palīdzības meklēšanu, kā arī lai novērtētu ārstēšanu (Ware et al., 1978). Apmierinātības jēdzienā ir ietverti šādi aspekti: ārstēšanas pieeja, tehniskā ārstēšanas kvalitāte, finansiālais aspekts, fiziskā ārstēšanas vide, pieejamība, ārstēšanas nepārtrauktība, iznākumi vai efektivitāte. Ārstēšanas pieeja ietver personāla attieksmi pret pacientu, labvēlīgumu, pacietību, savukārt pie tehniskiem raksturojumiem pieder ārstēšana, pamatojoties uz vadlīnijām, un diagnostikas standarti (Ware et al., 1978). Literatūrā tiek diskutēts par dažādu faktoru ietekmi uz novērtējumu, kur, piemēram, sociāli demogrāfiskiem faktoriem iedala mazāku nozīmi (Abramowitz, Coté, & Berry, 1987). Pacientu pieredzes uzlabošana, kas ir saistīta ar ārstēšanas novērtējumu, ir viens no Nacionālās veselības sistēmas darbības pamata aspektiem Lielbritānijā (Gilbert, Rose, & Slade, 2008). Pagaidām trūkst vienotas pieejas pacientu pieredzes novērtēšanā, jo pētījumos pastāv dažādas “apmierinātības” definīcijas (Manary et al., 2013).

Pētot ārstēšanas novērtējuma saistību ar pacientu apmierinātību, ir jāņem vērā iespējamās grūtības. Piemēram, apmierinātība pēc būtības ir plaši definējama, kas var radīt grūtības interpretēt pacientu viedokli. Nevar izslēgt, ka apmierinātība var būt saistīta ar to, kā tieši ārstēšana tiek veikta, nevis ar to, ko pacienti īstenībā domā. Vēl svarīgs aspekts ir tas, ka pacienti var novērtēt ārstēšanu, nezinot par tās metožu dažādību un alternatīvām pieejām. Ir jāņem vērā arī laika kritērijs, jo pacientu viedoklis var mainīties, kas rada nepieciešamību pēc garengriezuma pētījumiem. Literatūrā tiek aprakstīta arī sociāli demogrāfisko faktoru un pacienta gaidu ietekme uz novērtējumu, kas var radīt grūtības datu interpretācijā (Sheppard, 1993).

Svarīgi ir apzināties to, ka psihiatrijas nozares pacientiem arī jājautā, kā viņi novērtē saņemto ārstēšanu (Williams & Wilkinson, 1995). Agrāk pastāvēja uzskats, ka pacienti ar psihiskiem traucējumiem ir ierobežoti spējā sniegt apmierinātības novērtējumu atbilstoši savai pieredzei, kā arī psihisko procesu traucējumu dēļ (Gayet-Ageron et al., 2011). Šie dati tomēr ir pretrunīgi, ko pierāda citi pētījumi pasaulē, jo tieši pacienti ir tie, kuri sniedz visizsmeļošāko informāciju par saņemto aprūpi (Henderson et al., 1999). 1995. gadā *Bröker* ar līdzautoriem parādīja, ka pacienti ar akūtiem psihotiskiem traucējumiem var novērtēt ārstēšanu un viņu vērtējums korelē ar iznākumu jeb psihiskā stāvokļa uzlabošanos (Bröker, Röhrich, & Priebe, 1995). *Priebe et al.* 2009. gada pētījumā ar pacientiem, kuri stacionēti pret gripu bīstamības dēļ

sev vai apkārtējiem, pierādīja, ka pacientu viedokli var jautāt jau pirmās ārstēšanas nedēļas laikā stacionārā un tas ir vērtīgs iznākumu noteikšanas indikators šai pacientu grupai (Priebe et al., 2009). Literatūrā tiek apskatītas arī atšķirības, piemēram, ir konstatēts, ka starp pacientu novērtējuma un objektīviem dzīves kvalitātes rādītājiem ir līdzīgi rezultāti arī citu hronisku slimību pacientu populācijā. Piemēram, pacienti dzīves kvalitāti novērtē zemāk, neskatoties uz labāku sociāli demogrāfisko stāvokli (Atkinson, Zibin, & Chuang, 1997). *Atkinson et al.* pētījumā ar pacientiem ar dažādām psihiatriskām diagnozēm novēroja, ka respondenti ar garastāvokļa traucējumiem novērtē dzīves kvalitāti zemāk par pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, neskatoties uz labākiem sociāli demogrāfiskiem rādītājiem, finansiāliem apstākļiem (Atkinson et al., 1997). Pētījumā ar psihotiskiem pacientiem tika novērots, ka kognitīvi traucējumi un pozitīvā simptomātika nav būtiski saistīta ar apmierinātības novērtējuma aizpildīšanas grūtībām (Reininghaus & Priebe, 2012). *Ruggeri et al.* pētījumā ar šizofrēnijas pacientiem nonāca pie secinājuma, ka apmierinātība ir kompleksa ārstēšanas procesa daļa, kas ietver gan slimnīcas struktūru, gan pacienta vajadzības, gan arī kompetences (Ruggeri et al., 2003). Apkopojot vairākus pētījumus, var secināt, ka apmierinātība ar aprūpi un saņemto ārstēšanu var būt saistīta ar pacienta gaidām (Little et al., 2001), (Bleich et al., 2009), iepriekšējo pieredzi slimnīcā, attieksmi pret dzīvi, pašcieņu un aprūpes vienības raksturojumu (Ruggeri et al., 2003), kā arī personības iezīmēm un somatiskās veselības stāvokļa pašraksturojumu (Bleich et al., 2009). Arī *Little et al.* veiktajā pētījumā pacienti apliecināja, ka vēlas saņemt uz viņiem vērstu ārstēšanu, un, ja viņi šādu ārstēšanu nesaņēma, tas mazināja novērtējuma punktu skaitu un pacientu aktivitāti (Little et al., 2001). Pacientiem var būt atšķirīgas gaidas un priekšstati par nepieciešamo ārstēšanu un institūciju, ko parādīja *Vecente et al.* pētījums par pacientu apmierinātības atšķirību starp ārstēšanu stacionārā un ambulatoro aprūpi (Vicente, Jenner, & Lliapas, 1993). Literatūrā ir pausti dažādi viedokļi par to, kā var iegūt apmierinātības datus, kā tieši tas varētu atspoguļot pacientu viedokli un ārstēšanas novērtējumu (Sheppard, 1993). Pastāv vairākas teorijas, kuras mēģina skaidrot apmierinātības būtību, piemēram, ka tas ir priekšstats, ko cilvēks gūst pēc salīdzināšanas ar to, kā pacients redz ārstēšanu, un to, kāda tā tiek sniegta. Cita teorija pieļauj, ka apmierinātība ir atšķirība starp vēlmēm un saņemto. Vēl viena teorija apraksta, ka apmierinātība ir saistīta ar tiešu salīdzināšanu starp saņemto ārstēšanu un to, kā ārstēšana tiek uztverta, taču šī teorija literatūrā tiek kritizēta (Linder-Pelz, 1982), (Jaipaul & Rosenthal, 2003). Literatūrā atrodami pretrunīgi dati par diagnozes un sociāli demogrāfisko faktoru ietekmi uz pacientu apmierinātību, kā arī ir pētījumi, kuri šādu saistību nekonstatē (Ruggeri et al., 2003). Vairākos pasaules pētījumos tiek pierādīts, ka pacientu pieredze un apmierinātība ar ārstēšanu pozitīvi korelē ar līdzestību terapijā un slimības iznākumiem (Manary et al., 2013), (Henderson et al., 1999), (Woodward

et al., 2017), kas psihiatrijā, kā arī medicīnas nozarē kopumā ir viens no svarīgākajiem veselības aprūpes mērķiem (Williams & Wilkinson, 1995). Pacientu apmierinātība ir arī indikators ārstēšanas procesa kvalitātei kā tādai (Kelstrup, Lund, Lauritsen, & Bech, 1993). Apmierinātības rādītāji pētījumos tiek izmantoti ārstēšanas un aprūpes novērtēšanā, ko pamato literatūras dati, taču pastāv grūtības definēt, kādi tieši ārstēšanas aspekti būtu svarīgāki saistībā ar apmierinātību (Ware et al., 1978). Cilvēku novērtējums palīdzībai, ko viņi ir saņēmuši, nosaka arī viņu turpmāko uzvedību. Tādējādi, noskaidrojot pacientu vērtējumu par saņemto ārstēšanu, iespējams paredzēt viņu uzvedību attiecībā uz šīs ārstēšanas turpināšanu, kas būtu pamatā novērtējuma instrumentu izmantošanai, lai identificētu to, ko iespējams uzlabot (Awara & Fasey, 2008), (Price et al., 2014).

1.2. Pacientu ar psihiskām saslimšanām līdzestības problēmas

Pasaules Veselības organizācija ir nonākusi pie secinājuma, ka līdzestība būtu definējama kā pacienta terapeitiska uzvedība, kura iekļauj sevī medicīniskās palīdzības meklēšanu, recepšu izņemšanu un zāļu iegādāšanos, medikamentu lietošanu atbilstoši ārsta norādījumiem, imunizāciju, regulāru ārsta apmeklēšanu, uzvedību, kas saistīta ar personīgās higiēnas ievērošanu, un somatisko slimību, kā arī veselības risku adekvāta un nepieciešama paškontrolē (World Health Organization, 2003). Literatūrā pastāv atšķirības starp vārda “līdzestība” skaidrojumiem. Angļu valodā “*adherence*” atšķiras no “*compliance*” ar to, ka pacientam ir jāpiekrīt ārstēšanas plānam, taču pēc PVO ziņojuma, analizējot literatūras datus, pētījumos autori bieži neprecizē terminu un tos vērtē vienoti (World Health Organization, 2003).

Pacientu nelīdzestība medikamentozā terapijā tiek pētīta, jo tas ir svarīgs faktors saslimšanas paasinājumu profilaksē, hospitalizēšanas skaita samazināšanā un slimības iznākumu paredzēšanā, kā arī medikamentu lietošanas pārtraukšana ir saistīta ar agresijas paaugstināšanos gan pacientam pret sevi, gan pret apkārtējiem (Masand, Roca, Turner, & Kane, 2009). Pētījumos ar pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi ir konstatēts, ka paasinājumu risks var tikt būtiski samazināts, lietojot medikamentus gada laikā pēc paasinājuma (Ayuso-Gutiérrez & del Río Vega, 1997).

Pacientu līdzestības noteikšana ir nepieciešama efektīvai ārstēšanai, lēmumi par ārstēšanas plāna korekcijām tiek pieņemti, pamatojoties uz līdzestības rādītājiem, lai var spriest par medikamentu efektivitāti. Līdzestību ārstēšanas procesā var noteikt ar tiešām un netiešām metodēm, kā to apraksta literatūrā (Morris & Schulz, 1992). Katrai no metodēm ir savi trūkumi un priekšrocības, kā arī nav universālas pieejas, ko varētu izmantot visos pētījumos. Pagaidām, pēc PVO datiem, nav “zelta standarta” līdzestības noteikšanā, kā arī literatūrā vēl nav

identificēti faktori, kuri ticami ļautu prognozēt līdzestīgu uzvedību (World Health Organization, 2003), tādēļ dati literatūrā variē atbilstoši izmantotai metodei. Līdzestības metodes izvēlei ir jābalstās uz priekšrocību un trūkumu rūpīgu izvērtēšanu, jo neviena no noteikšanas metodēm, izmantota viena pati, pilnīgi neatspoguļo pacientu līdzestību.

Pie tiešām metodēm pieder medikamenta, tā metabolīta vai marķiera noteikšana urīnā, medikamenta koncentrācijas noteikšana asins serumā, siekalās (Moosa, Jeenah, & Kazadi, 2007). Šīs metodes priekšrocība ir objektīvie rādītāji, kas tiek iegūti standartizētu testu veidā, taču arī šai metodei ir trūkumi, piemēram, pacients var iedzert medikamentu pirms mērījuma, ir grūti izdarīt secinājumus par medikamenta lietošanas nepārtrauktību starp konsultācijām, kā arī koncentrācija var būt atkarīga no uzsūkšanās spējām, kuņģa un zarnu trakta darbības, medikamenta farmakokinētikas (Morris & Schulz, 1992), (Vitolins, Rand, Rapp, Ribisl, & Sevick, 2000), (World Health Organization, 2003). 2006. gada literatūras pārskatā par metodēm, ko izmanto līdzestības noteikšanai, izrādījās, ka mazāk par 23% pētījumu tika izmantotas objektīvās metodes, tādas kā tablešu skaitīšana, asins un urīna analīzes un elektroniskās reģistrācijas sistēmas, ko var izskaidrot ar šo metožu ierobežoto pieejamību, kā arī ar šādu metožu izmantošanas lielajām izmaksām (Velligan et al., 2006).

Pie netiešiem līdzestības rādītājiem pieder pašu pacientu ziņotā līdzestība, standartizētas aptaujas, medikamentu iegādāšanās aptiekā, ko var pārbaudīt kopīgā veselības sistēmā, kā arī pēc vizītēm pie ārsta ārstēšanas kontrolei. *Fischer et al.*, pētot primāro nelīdzestību ar elektronisko receptu izņemšanu, konstatēja, ka līdzestība bija zemāka medikamentiem, ko izmanto hronisku saslimšanu ārstēšanai (Fischer et al., 2010), kā arī parādīja to, ka medikamentu izņemšanas reģistrācijas sistēma var būt lietota primāras nelīdzestības noteikšanai. Pētījumā, kurā autori salīdzināja pacientu pašu ziņotus līdzestības rādītājus ar tablešu skaitīšanu un elektronisko tablešu lietošanas ierīci, izrādījās, ka novērtējumā ir zemāka spēja noteikt līdzestības trūkumu (Velligan et al., 2007). *Steiner et al.* pētījumā, izmantojot aptieku datubāzi un pacientu novērtējumus, konstatēja, ka centralizētā informācija par medikamentu izņemšanu no aptiekas korelēja ar medikamentu efektiem (Steiner, Koepsell, Fihn, & Inui, 1988). Vēlāk, 1997. gada pētījumā, konstatēta saistība starp to, ka pacienti izņēma zāles aptiekā un citiem līdzestības rādītājiem, piemēram, arī ar tiešiem līdzestības rādītājiem (Steiner & Prochazka, 1997), tādēļ līdzestības konstatēšana zāļu izņemšanā ir svarīga metode informācijas iegūšanai. Arī šādiem līdzestības novērtēšanas veidiem ir trūkumi. Piemēram, 2006. gada pētījumā *Wetzels et al.* nonāca pie rezultāta, ka, salīdzinot ar elektronisko medikamentu lietošanas pierakstu, datubāze ar informāciju par izņemtiem medikamentiem ir mazāk sensitīva, taču no aptieku kopīgās sistēmas iegūtie dati var norādīt ne tikai uz līdzestības problēmām, bet arī uz neadekvātu medikamentu lietošanu. Šis secinājums ir izmantojams

ārstēšanas procesa un ārstniecisko attiecību uzlabošanas plānošanā (Wetzels, Nelemans, Schouten, Van Wijk, & Prins, 2006). Nevar izslēgt iespējamību, ka pacients zāles no aptiekas ir izņēmis, bet nav iedzēris, kas sarežģī objektīvo datu iegūšanu.

Pacientu līdzestības noteikšanai izmanto novērtējuma skalas, kuras izmaksu ziņā ir relatīvi izdevīgi lietot, tās nav invazīvas, ir viegli izmantojamas un var sniegt informāciju arī par pacientu attieksmi. 2013. gadā publicētā sistemātiskā pārskatā tika analizētas 43 skalas, kuras ļauj novērtēt pacientu uzvedību saistībā ar medikamentu lietošanu un pacientu viedokļus par medikamentu lietošanu, kā arī tiek pieminēts, ka skalas vērtējamas kā subjektīvais informācijas avots. Tomēr skalas var sniegt informāciju par specifiskiem iemesliem pacientu līdzestības trūkumam (T. M. U. Nguyen, Caze, & Cottrell, 2013).

Aptaujas līdzestības noteikšanai var būt sadalītas pēc tā, ko ar tām mēra, piemēram, ir aptaujas, kurās tiek noteikta ar līdzestību saistītā uzvedība. Viens no šādu skalu piemēriem ir Līdzestības ārstēšanā pārskata skala (*Medical Adherence Rating Scale - MARS*), kura palīdz novērtēt līdzestību pacientiem ar psihotisku stāvokli (Fialko et al., 2008); tā bija validēta pacientiem ar šizofrēniju (Thompson, Kulkarni, & Sergejew, 2000). Šī skala tiek lietota līdzestības noteikšanai pacientiem ar dažādām somatiskām slimībām, piemēram, cukura diabēta, bronhiālās astmas, hipertensijas gadījumos (Chan, Horne, Hankins, & Chisari, 2020). Promocijas darba pētījumā šo skalu līdzestības noteikšanai izmantot nebūtu lietderīgi, jo pētījumā iekļauti arī pacienti ar citām diagnozēm, kā organiski psihiski traucējumi, neirotiskie un ar stresu saistītie traucējumi, kam šīs skalas lietošana literatūrā nav pamatota, jo tā der hroniski noritošu traucējumu gadījumā.

Tāpat ir izstrādātas aptaujas, kuras nosaka pacientu viedokli par medikamentu lietošanu. Piemēram, Attieksmes pret medikamentiem aptauja (*Drug attitude inventory - DAI*). Šī aptauja sastāv no 30 jautājumiem. Tā pamatā tiek izmantota pacientu ar šizofrēnijas diagnozi antipsihotisko medikamentu efektu novērtēšanai, kā arī pacientiem ar depresiju (Townsend, Floersch, & Findling, 2009). Svarīgi pieminēt, ka tā nosaka arī pacientu kritisko attieksmi pret saslimšanas esamību. Šīs aptaujas drošums sasniedz 0,93, un ir noteikts pēc Kudera-Ričardsona formulas (*Kuder-Richardson formula*). Aptauja tiek uzskatīta par pamatotu pētījuma metodi, kas lielākoties izmantojama tiem pacientiem, kuri saņem antipsihotiskus līdzekļus. Ir pieejama arī īsāka šīs aptaujas versija ar iekļautiem 10 jautājumiem. Tā ir vieglāk un ātrāk aizpildāma, taču jāņem vērā, ka dažiem jautājumiem varētu būt interpretācijas īpatnības (Sajatovic, Velligan, Weiden, Valenstein, & Ogedegbe, 2010).

Pēc literatūras datu analīzes promocijas darbā tiek noteikti līdzestības netiešie rādītāji, proti, zāļu izņemšana aptiekā un ambulatoro vizīšu skaits, apzinoties, ka datu interpretācijai būs savi ierobežojumi un tie jāvērtē uzmanīgi.

Zināms, ka pacientu līdzestību var ietekmēt dažādi faktori, proti, saistīti ar pašu saslimšanu (Fenton, Blyler, & Heinssen, 1997) vai tās ilgumu (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002), kā arī sociāli un ekonomiski faktori (sabiedrības attieksme), psiholoģiski faktori (pacienta domas un uzskati par medikamentozu terapiju) (Mccann, Boardman, Clarck, & Lu, 2008), ar pacientu saistīti faktori (ārsta un pacienta, ārsta un personāla terapeitiskās attiecības), ar terapiju saistīti faktori (saistībā ar medikamentiem, to blakus efektiem, lietošanas veidu) (World Health Organization, 2003). Saslimšana var ietekmēt līdzestību, piemēram, literatūrā aprakstīts, ka smagāka psihopatoloģiskā aina ir saistīta ar zemu līdzestību gan stacionārā ārstēšanā, gan ambulatorās vizītēs pie ārsta (Fenton et al., 1997), (Pan & Tantam, 1989). Ir zināms, ka līdzestība ir zemāka to traucējumu gadījumos, kuri norit hroniski; ja terapija regulāri jālieto ilgstoši un medikamentu atcelšanas efekti ir aizkavēti (Blackwell, 1973), piemēram, šizofrēnijas pacientiem tika konstatēta apmierinātības saistība ar līdzestību un dzīves kvalitāti (Zendjidian et al., 2014). Viens no faktoriem, kas ir saistīts ar līdzestību medikamentozā terapijā, ir attiecības starp pacientu un ārstu (McCabe et al., 2012). Pacienti, ar kuriem ārstniecības personas nodibināja labu kontaktu, biežāk turpināja psihoterapiju, atbalsta terapiju, ievēroja nozīmēto režīmu, un tika panākti sekmīgāki rezultāti divu gadu laikā pēc stacionārā saņemtās ārstēšanas, salīdzinot ar pacientiem ar nepietiekamu terapeitisku kontaktu (Frank & Gunderson, 1990). Literatūrā aprakstīts, ka pacienti ar zemākiem līdzestības rādītājiem ir gados jaunāki, ar relatīvi īsu slimības ilgumu un epizodisku gaitu (Agarwal, Sharma, K.V., & Lowe, 1998). Šī atziņa ir īpaši svarīga šajā pētījumā, jo nerespondentu un zemu novērtētāju vidū biežāk bija gados jaunāki pacienti. Viens no iemesliem, kāpēc pacienti ar šizofrēniju bieži atsakās no medikamentozās terapijas, ir medikamentu blakus efekti, īpaši ekstrapiramidālās blaknes, lietojot tipiskos antipsihotiskos medikamentus (Van Putten, 1974). *Robinson et al.* pētīja nelīdzestības rādītājus pacientiem ar šizofrēniju un šizoafektiem traucējumiem pēc pirmās psihozes un konstatēja, ka 26% pacientu pārtrauca lietot zāles pirmā gada laikā pēc psihozes, pie tam ekstrapiramidālo blakņu esamība un depresijas simptomi bija statistiski ticami saistīti ar zāļu lietošanas pārtraukšanu (Robinson et al., 2002).

Līdzestība ir viena no lielākajām problēmām psihiatrijas nozarē. Pēc dažādiem literatūras datiem, piemēram, līdz pat 42% pacientu ar depresiju vienas līdz 12 nedēļu laikā pārtrauc medikamentu lietošanu, kas šiem pacientiem paaugstina atkārtota paasinājuma risku (World Health Organization, 2003). Svarīgi ir apzināties, kādi faktori ietekmē pacientu līdzestību, jo tas ļauj pielāgot ārstēšanas metodes un modificēt mijiedarbību ar pacientu atbilstoši viņa vajadzībām. No vienas puses, pacienti ar augstāku uzticēšanos savam ārstējošam ārstam uzrāda augstākus līdzestības rādītājus, taču, no otras puses, pacientiem ar pārliecību, ka tikai viņu pašu rīcība ietekmē viņu veselības stāvokli, līdzestība izrādījās mazāka (De Las

Cuevas, De Leon, Peñate, & Betancort, 2017). Īpaši svarīgi ir uzsvērt līdzestības trūkumu pacientiem ar pirmo psihozi dzīves laikā un viņu nevēlēšanos lietot medikamentus, kur atkal būtiska ir ārsta pareiza taktika un prasmes kontakta veidošanā (Hui et al., 2006). Interesants atklājums izdarīts pētījumā ar šizofrēnijas pacientiem, kā arī viņu radniekiem un profesionāļu vidū par faktoriem, kuri var būt saistīti ar līdzestību. Pētījumā konstatēs, ka profesionāļi statistiski ticami ievērojami zemāk vērtēja medikamentu efektivitātes nozīmi, salīdzinot ar pacientiem. Pacienti savukārt bija svarīga medikamenta simptomu mazināšanas efektivitāte (Kikkert et al., 2006). Tātad jau var identificēt vienu vājāko punktu profesionāļu komunikācijā ar pacientiem, lai uzlabotu līdzestību medikamentozā terapijā. Kā arī šajā pētījumā kritikas esamība par psihisko stāvokli un slimību bija saistīta ar labvēlīgāku pacientu attieksmi pret medikamentozo terapiju (Kikkert et al., 2006). 2019. gadā Ķīnā veiktā pētījumā tika konstatēts, ka atbilde uz ārstēšanu ir saistīta ne tikai ar apmierinātību ar ārsta un pacienta attiecībām, bet arī ar vispārējo pacientu apmierinātību (Jiang et al., 2019), kas parāda to, ka līdzestība nav atdalāma no apmierinātības ar ārstēšanu un sadarbību ar personālu. *Cooper et al.* veiktajā pētījumā tieši pacientu attieksme pret medikamentiem un ārstēšanu ir saistīta ar zemāku līdzestību (Cooper et al., 2007). Pasaules psihiatru asociācijas veidotajā pamācībā par to, kā mazināt stigmatizāciju, ir minēts, ka joprojām pastāv pieci mīti, ko pieņem sabiedrība saistībā ar psihofarmakoloģiskiem līdzekļiem. Vispārējā populācijā cilvēki uzskata, ka visi psihofarmakoloģiskie līdzekļi ir saistīti ar atkarības risku, tie izraisa sedāciju, rada personības izmaiņas, pacienti tiek “zāļoti” un medikamenti nav efektīvi, lai mazinātu paasinājumus (Sartorius et al., 2010).

Neskatoties uz to, ka kopumā 2017. gada metaanalīzē zinātnieki ir nonākuši pie secinājuma, ka stigmatizācija pret psihiatriju sabiedrībā nav tik spēcīga, tomēr joprojām Eiropā un Amerikas Savienotajās Valstīs populācijā ir vairāk pieņemts depresiju un šizofrēniju ārstēt ar psihoterapeitiskām metodēm (Angermeyer et al., 2017). Tas apliecina to, ka medikamentozā terapija joprojām populācijā rada šaubas un negatīvu vērtējumu, kas ietekmē līdzestību terapijā. *Fujikawa* pētījumā par šizofrēnijas pacientu apmierinātību ar antipsihotisko medikamentu terapiju tika konstatēts, ka pacienti dod priekšroku otrās pakāpes antipsihotiskiem līdzekļiem (Fujikawa et al., 2008), arī citā pētījumā tika noteikts, ka zemāka līdzestība terapijā ir pacientu vidū, kuri saņēma pirmās paaudzes antipsihotiskus līdzekļus (Valenstein et al., 2004). Tādējādi, zinot pacientu viedokli un ārstam iesaistot pacientu ārstēšanā, psihiatrijā var ietekmēt līdzestību terapijā.

1.3. Sniegtās psihiatriskās palīdzības novērtējuma pētīšana pasaulē un Latvijā

Iepriekš zinātnieki fokusējās tieši uz pacientu viedokli pārsvarā par mijiedarbību ar medicīnas personālu, taču arvien pieaug pētījumi par drošību stacionārā, kā arī par stacionēšanu bez piekrišanas un ierobežojošo līdzekļu lietošanu uzņemšanas un ārstēšanas laikā un to ietekmi uz pacienta viedokli par stacionāru un vēlēšanos griezties pēc palīdzības atkārtoti (Bleich et al., 2009), (Fiorillo et al., 2012), (Woodward et al., 2017). Literatūrā trūkst vienota viedokļa par novērtējumu ietekmējošiem faktoriem, savukārt veikto pētījumu dažādie dizaini sarežģī datu salīdzināšanu (Stallard, 1996).

Izvērtējot tieši pacientu apmierinātību, kā arī pamatojoties uz pētījumiem pasaulē, pacientu apmierinātība var būt vērtēta kā viens no ārstēšanas iznākumiem vai arī kā viens no faktoriem pacientu ārstēšanas procesā, kas varētu ietekmēt citus ārstēšanas iznākumus (van Campen, Sixma, Friele, Kerssens, & Peters, 1995), (Ruggeri et al., 2003). Pacientu apmierinātības noskaidrošanas pētījumos izvēlas biežāk aptaujas tādēļ, ka tās ir relatīvi vieglāk izmantot plašam cilvēku lokam. Pētījumos biežāk izmanto kvantitatīvos datus, kā arī šie pētījumi kalpo pacientu viedokļa demonstrācijai (Williams & Wilkinson, 1995). Pacientu novērtējums ir svarīgs ārstēšanas iznākuma noteikšanā, tā pētīšana būtu jāattīsta un jāpēta vairāk specifiski (Holcomb, Parker, Leong, Thiele, & Higdon, 1998).

Iedziļinoties jautājumā par veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanu kā tādu, nākas saskarties ar to, ka šāda veida novērtēšana ir realizējama vairākos posmos, tā sastāv no dažādiem elementiem, no kuriem pirmais ir instrumenta ieviešana pacientu apmierinātības noteikšanai (Kilbourne, Keyser, & Pincus, 2010). To sarežģī tas, ka pacientu apmierinātība varētu būt atkarīga ne tikai no saņemtās aprūpes, bet arī no pašu pacientu gaidām attiecībā uz aprūpi (Sofaer & Firminger, 2005). Klīniskie psihiatri vairāk koncentrējas tieši uz ārstēšanas procesa un iznākumu novērtēšanu, atstājot strukturālu novērtēšanu veselības aprūpes nodrošinātājiem, taču ir arī svarīgi parādīt veselības aprūpes organizācijām un institūcijām, ka instrumenti pacientu viedokļa noteikšanai ir praktiski lietojami klīnikās (Riiskjær, Ammentorp, Nielsen, & Kofoed, 2010). Latvijā līdz šim nav veikta pieaugušo psihiatrisko pacientu populācijas apmierinātības ar saņemto aprūpi pētīšana saistībā ar līdzestības netiešiem rādītājiem, kas pamato darba aktualitāti.

1.4. Psihiskās veselības aprūpes pacientu apmierinātības novērtējuma veidi

Pacientu apmierinātības pētījumos var izmantot kvantitatīvos un kvalitatīvos datus. Piemēram, *Wensing et al.* uzsvēris, ka ārstēšanas kvalitātes noteikšanai no pacientu skatu punkta ir īpaša nozīme, taču viedokļi pacientiem un speciālistiem var atšķirties par to, ko būtu svarīgāk novērtēt. Kvalitatīvā pētījumā tika konstatēts, ka ārsta un pacienta viedoklis un

informācijas pieejamība par ārstēšanu ir divi faktori, ko min gan paši speciālisti, gan pacienti (Wensing, Grol, Van Montfort, & Smits, 1996), līdz ar to kvalitatīviem pētījumiem arī ir liela nozīme, taču interpretēt tos var būt sarežģīti. Pastāv arī kritika par novērtējuma instrumentiem. Literatūrā novērtējuma instrumenti pacienta apmierinātības noteikšanai tiek saistīti ar objektivitātes trūkumu, pacientu medicīnas kompetences trūkumu un arī ar citiem faktoriem, kuri apmierinātību varētu ietekmēt. Tas tiek atspēkots ar argumentiem, ka ir atrasta pozitīva korelācija starp apmierinātību un līdzestības rādītājiem, kā arī pacientu viedoklis atspoguļo subjektīvo pieredzi, kas ierindota tehniskajos ārstēšanas aspektos, taču vienlaikus pacientu viedoklis ir unikāls informācijas avots (Manary et al., 2013).

Pacientu pieredzes novērtēšanai varētu izvēlēties anketu, kuru varētu izmantot ārstēšanas laikā slimnīcā vai aizpildīt 30 dienu laikā pēc izrakstīšanas, jo ilgāks laiks paaugstina kļūdu iespējamību un datu neprecizitāti (Manary et al., 2013). Svarīgi arī apmierinātības interpretācijā ņemt vērā to, ka pacientiem, kuri apmierinātības novērtējuma anketas aizpilda mājās, novēro zemāku apmierinātību ar ārstēšanu (Kinnersley, Stott, Peters, Harvey, & Hackett, 1996). Literatūrā par specifiskiem instrumentiem, kur jautājumi formulēti par pacientu iepriekšējo pieredzi, aprakstīti pozitīvāki pacientu vērtējumi nekā par instrumentiem, kuros jautājumi formulēti par ārstēšanas vispārējo novērtējumu. Vēl viens no veidiem, kā izstrādāt anketu, ir apmierinātības tiešā un netiešā mērīšana. Tiešai metodei pieder jautājumi, kuri novērtē apmierinātības līmeni, bet netiešā veidā informāciju par apmierinātību saņem, atbildot uz jautājumiem noliedzoši vai apstiprinoši, piemēram: "Vai ārsts Jums pietiekami izskaidroja ārstēšanu?" Abiem jautājumu uzdošanas veidiem ir līdzīgi rezultāti apmierinātības datu iegūšanā. Precīzāku datu iegūšanai labāk izmantot atbildes, kas veidotas pēc Likerta skalas, jo tas ļauj pacientam izvēlēties vērtējumu, kā arī atbildes pēc Likerta skalas ir uzticamākas. Vēl viena no pieejām, ko plaši lieto, ir jautājumu formulēšana apgrieztā veidā, lai izslēgtu respondentus ar tendenci uz piekrišanu visam (Fitzpatrick, 1991).

Literatūrā līdz 2008. gadam ir aprakstītas un izmantotas 15 pacientu apmierinātības novērtēšanas aptaujas psihiatriskās veselības aprūpes nozarē (Boyer et al., 2009). Katrai no tām ir sava mērķa populācija, piedāvātais laiks un veids aizpildīšanai, kā arī ir dažādi pētītie rādītāji, jautājumu formulējumi. Taču jāpiebilst, ka, neskatoties uz lielu aptauju dažādību, atšķirības psihometriskajos rādītājos var arī nebūt vai arī tās netiek pētītas. Piemēram, *Kinnersley et al.* salīdzināja aptaujas *Medical Interview Satisfaction Scale* (MISS) un *Consultation Satisfaction Scale* (CSQ) un neatrada atšķirības to psihometriskajos rādītājos, secinot, ka izmantot var abas (Kinnersley et al., 1996). Citā pētījumā tika izmantota aptauja *Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire* (SATISPSY-22), kas domāta pacientu ar psihiskām saslimšanām apmierinātības noteikšanai muldimensionāli (Zendjidian et al., 2014).

Pastāvot korektam un efektīvam pacientu pieredzes novērtējuma instrumentam, tiek iegūta unikāla informācija par ārsta vai medicīnas personāla un pacienta attiecībām, par pacienta informētību un viedoklis par slimības iznākumu, kas ir neatņemama ārstēšanas procesa daļa (Manary et al., 2013). Nosakot pacientu vērtējumu noteiktiem faktoriem vai domēniem (ārstēšanas un aprūpes aspektiem), ir iespējams izpētīt sniegto ārstēšanu un veikt nepieciešamo intervences vai programmu izstrādāšanu, lai uzlabotu gan novērtējumu, gan arī pacientu veselības stāvokli (Ware et al., 1978). 2018. gadā publicēta metaanalīze parāda, ka pasaulē ir dažādas skalas pacientu apmierinātības pētīšanai un noskaidrošanai, taču joprojām nav izveidots “zelta standarts”, un noteikta instrumenta izvēle ir atkarīga no vairākiem citiem faktoriem, piemēram, stacionāra tipa, no pieejamā laika novērtējuma veikšanai, kā arī no novērtējuma mērķa (Miglietta, Belessiotis-Richards, Ruggeri, & Priebe, 2018). Izvēloties instrumentu, lai noteiktu pacientu viedokli par aprūpi, izvērtēšanai nepieciešams iekļaut svarīgus aprūpes aspektus, kā, piemēram, pamata ērtību esamība, komunikācija ar personālu, iespējas veikt izvēli, personāla attieksme pret pacientu (Bleich et al., 2009).

Literatūrā pastāv atšķirīgi viedokļi, vai ārstēšana dažāda tipa nodaļās arī nosaka dažādus instrumentus ārstēšanas novērtēšanai. Vai izmantojami specifiski izstrādāti instrumenti konkrēta tipa nodaļai (Eytan, Bovet, Gex-Fabry, Alberque, & Ferrero, 2004), (Macdonald, Sibbald, & Hoare, 1988), (Woodring et al., 2004) vai var izmantot vienu instrumentu dažādās nodaļās, piemēram, gan akūta tipa psihiatrijas nodaļā, gan subakūta tipa nodaļā (Peytremann-Bridevaux et al., 2006). Jāpiebilst, ka literatūrā uzsvērts arī atvērta tipa jautājumu lietderīgums pacientu viedokļa noteikšanā (Cascade, Kalali, & Smitherman, 2008).

Pacientu iesaistīšanos anketēšanā var vērtēt kā noteiktu uzvedību, kurai izšķir vairākus komponentus, piemēram, pacienta nodoms piedalīties un sociālās normas attiecībā uz piedalīšanos (Gayet-Ageron et al., 2011), savukārt pacienta attieksmi pret anketēšanu var ietekmēt sociāli demogrāfiskie faktori (Holt, Martin, & LoGerfo, 1997), aptaujas saņemšanas veids (Asch & Christakis, 1994) vai arī paša instrumenta struktūra, iekļautie jautājumi, personificēšana (Edwards et al., 2007). Sliktāki rādītāji pacientu iesaistīšanai aptaujā, īpaši novērtējumā, literatūrā ir saistīti ar instrumentu sūtīšanu pa pastu, ko cenšas uzlabot, lietojot citas metodes (Nakash, Hutton, Jørstad-Stein, Gates, & Lamb, 2006). Šim pētījumam tika izvēlēts anketas dalīt pirms pacientu izrakstīšanas, kas kāpināja viņu iesaistīšanos. Pētījumā, kas publicēts *Cohraine* datubāzē, tiek uzsvērts, ka paša aprūpes personāla vēlēšanās iesaistīties anketēšanā varētu ietekmēt pacientu iesaistīšanās rādītājus, taču pētījumu dizaina dažādības dēļ ir grūti izdarīt secinājumus par iespējamām taktikām, kā personālam uzlabot pacientu iesaistīšanos (Rendell, Merritt, & Geddes, 2007).

Promocijas darba pētījumā tika izmantota multidimensionālā metode - Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja (*Psychiatric Inpatient Patient Satisfaction Questionnaire on site* – PIPEQ-OS). Pirmais, ko Norvēģijā validēja, bija Pacientu ar psihiskām saslimšanām apmierinātības aptauja (*Psychiatric Patient Satisfaction Questionnaire* – PIPEQ). To bija paredzēts veikt pēc pacientu izrakstīšanas un sūtīja pa pastu, taču zemās atsaucības dēļ nacionālā projekta ietvaros to pārveidoja (Garratt, Danielsen, Bjertnaes, & Ruud, 2006), adaptēja un validēja lietošanai pacientiem nodaļās. Aptaujā tika iekļauti jautājumi no Pacientu pieredzes aptaujas pacientu ar psihoaktīvo vielu starpdisciplinārai ārstēšanai (*Patient Experiences Questionnaire for Interdisciplinary Treatment for Substance Dependence* – PEQ-ITSD) (Haugum, Iversen, Helgeland, Lindahl, & Bjertnaes, 2019) par pacientu pieredzi, vērtējot struktūru un ārstēšanas procesu, kā arī jautājumi no Pacientu iespēju paaugstināšanas aptaujas (*Patient Enablement Instrument* – PEI) (Howie, Heaney, Maxwell, & Walker, 1998) par pacientu ziņotiem ārstēšanas iznākumiem (Bjertnaes, Iversen, & Kjollesdal, 2015). Šajā aptaujā tika noteiktas trīs skalas: mijiedarbība ar pacientu jeb uz pacientu vērsta pieeja, struktūra un pakalpojumi un iznākumi. Aptaujai tika konstatēts labs ticamības noturīgums, konstrukta pamatotība, jo mijiedarbības un struktūras skalas saistītas ar pacientu pieredzi, bet iznākumu skala atspoguļo rezultātu, ko novērtē paši pacienti (Bjertnaes et al., 2015). Aptauja promocijas darbam tika izvēlēta pēc psihometriskajiem rādītājiem, iekļautajiem jautājumiem un mērāmajiem faktoriem, relatīvi ātru aizpildīšanu, aizpildīšanu stacionārā nodaļā, kā arī ievērojot apstākli, ka Ziemeļvalstu mentalitāte Latvijas populācijai ir tuvāka.

Izmantojot apmierinātības novērtējuma anketas, jāreķinās, ka pacientu atsaucība var būt zema. Vidēji atsaucības rādītāji anketēšanas laikā svārstās. Tie, kuri neatbildēja, var būt no 60-90%, atkarībā no anketu izdalīšanas veida un tādu faktoru kombinācijas kā kognitīvs deficīts, psihotiski traucējumi vai atkarību izraisīto vielu lietošana (Bø et al., 2016a). Lebow analizējis vairākus pētījumus un nonāca pie secinājuma, ka atsaucības rādītāji ļoti variē, piemēram, pacientu apmierinātības pētījumā psihiskās veselības aprūpes institūcijā atsaucības rādītājs bija 54%, citos pētījumos tā bija zemāka vai arī sasniedza 100% (Lebow, 1983). Šādas atšķirības izskaidrojamas ar dažādiem informācijas iegūšanas veidiem. Zemāki atsaucības rādītāji bija tad, kad anketas sūtīja pa pastu, savukārt augstāki rādītāji bija gadījumos, kad pacientus intervēja (Lebow, 1983). Literatūrā ir aprakstīta arī sociāli demogrāfisko rādītāju ietekme uz atsaucību, piemēram, Bamford & Jacoby konstatēja, ka respondentu vidū biežāk bija sievietes, biežāk pacienti virs 65 gadiem un tie, kuri vairāk konsultējās pie veselības aprūpes speciālistiem (Bamford & Jacoby, 1992). Pacientu atsaucības rādītāji var būt atkarīgi arī no tā, cik ilgs laiks ir pagājis kopš pacients saņēmis ārstēšanu un viņam tiek piedāvāts

aizpildīt anketu (Schainblatt, 1980), kā arī no anketas garuma (Lebow, 1983; Speer & Zold, 1971). Salīdzinot respondentus un nerespondentus, literatūrā pastāv atšķirības datus. Atrodami pētījumi, kuros atšķirības nav konstatētas, taču ir pētījumi, kur atšķirības konstatētas dažādos rādītājos respondentu un nerespondentu grupās, piemēram, tādos rādītājos kā traucējumu smagums, plānotā izrakstīšanās, mazāks iepriekšējo hospitalizāciju skaits, ilgāka vai īsāka ārstēšanās, kā arī ir pētījumi, kuros nav konstatētas atšķirības starp atsaucību un ar ārstēšanu saistītiem pacientu rādītājiem (Lebow, 1983).

1.5. Ar pacientu apmierinātības novērtējumu saistītie faktori

Pacientu viedoklis par saņemto ārstēšanu un ārstēšanā iesaistīto medicīnas personālu pētījumos tiek saistīts ar pacienta uzvedību, kura saistīta ar palīdzības meklēšanu. Piemēram, 2010. gada pētījumā *Have et al.* nonāca pie rezultāta, ka sievietes un pacienti, kuri bija jaunāki par 65 gadiem, ziņoja, ka viņi visdrīzāk meklēs palīdzību smagas psihiskas saslimšanas gadījumā, kā arī atzīmēja, ka profesionālā palīdzība var būt efektīva, ja parādās psihoemocionālas problēmas. Šajā pētījumā arī tika atrasta korelācija starp pacientiem ar garastāvokļa traucējumiem un tiem, kuri saņēma palīdzību iepriekš, un viņu viedokli par to, ka psihoemocionālu problēmu gadījumā viņi sazināsies ar ārstu, kā arī saistība starp pacientu viedokli un palīdzības meklēšanu (Have et al., 2010). Pacientu viedoklis ir svarīgs medicīnas nozarē, jo tas sniedz ārstēšanā iesaistītām personām informāciju par pacientu gaidām (Begley & Lieberman, 1970).

Pētījumos pirms 2000. gada, ko analizējis *Lebow*, ir atrodami dažādi faktori, kas var būt saistīti ar pacientu apmierinātību ar ārstēšanu. Autors raksta, ka tādiem sociāli demogrāfiskiem rādītājiem kā vecums, dzimums, ienākumu apmērs, rase vai izglītība ir mazāka saistība ar ārstēšanas novērtējuma punktiem vai tās trūkst. Katrā ziņā šo rādītāju saistība ar apmierinātību ir ļoti pretrunīga (Lebow, 1983). Savukārt slimību raksturojošo faktoru saistība ar apmierinātību pētījumos ir stiprāka nekā ar sociāli demogrāfiskiem rādītājiem, kā arī pacienti ar smagāku stāvokli ir tendēti novērtēt aprūpi zemāk (Lebow, 1983). Minētais norāda uz nepieciešamību pēc padziļinātas šo faktoru saistības izpētes.

Pētījumos pēc 2000. gada pastāv arī dažādība rādītāju saistībai ar novērtējumu. Pēc literatūras datiem, ar pacientu apmierinātību tomēr tiek saistīti sociāli demogrāfiskie faktori (Bleich et al., 2009), (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto, & Välimäki, 2006), ar slimību saistīti rādītāji, noteikta psihiatriskā nozoloģiskā vienība, ar ārstēšanu saistīti rādītāji (saņemtā ārstēšana, stacionēšanas biežums anamnēzē) (Woodward et al., 2017), informācijas pieejamība par ārstēšanas procesu (Kuosmanen et al., 2006), kā arī stāvokļa ātrāka uzlabošanās (Jackson, Chamberlin, & Kroenke, 2001).

Literatūrā sociāli demogrāfisko faktoru saistībai ar pacientu ārstēšanas novērtējumu ir daudz pretrunīgu datu. Viens no biežāk pētītajiem sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem ir vecums. Piemēram, *Segal et al.* secināja, ka gados vecākiem pacientiem negatīva attieksme pret psihiskām saslimšanām negatīvi korelēja ar apņemšanos meklēt palīdzību (*Segal, Coolidge, Mincic, & O'Riley, 2005*). Lielāks pacientu vecums daļā no pētījumiem tiek saistīts ar augstāku apmierinātību ar saņemto ārstēšanu (*Bleich et al., 2009*), (*Soergaard, Nivison, Hansen, & Oeiesvold, 2008*), (*Olusina, Ohaeri, & Olatawura, 2002*), (*Zahid, Ohaeri, & Al-Zayed, 2010*). Citi pētījumi vecuma saistību ar apmierinātību neuzrādīja (*Boydell et al., 2010*), (*Howard, El-Mallakh, Kay Rayens, & Clark, 2003*), (*Köhler, Unger, Hoffmann, Steinacher, & Fydrich, 2015*), (*Smith et al., 2014*). Interesanti, ka citā pētījumā *Robb* ar līdzautoriem nonāca pie secinājuma, ka vecuma grupās pastāv atšķirības attieksmē pret palīdzības meklēšanu. Viņš iekļāva šādus aspektus: institūciju izmantošana, attieksme pret vieglākām psihiskām saslimšanām (*Robb, Haley, Becker, Polivka, & Chwa, 2003*). Literatūrā tiek konstatētas arī atšķirības rādītājos starp dzimumiem. Pastāv pētījumi, kuros dzimumam netika atrasta statistiski ticama saistība ar apmierinātību (*Boydell et al., 2010; Gebhardt, Wolak, & Huber, 2013*), (*Alexius, Berg, & Åberg-Wistedt, 2000; Cleary, Hunt, & Walter, 2009*), un ir tādi pētnieki, kuri šo saistību tomēr atrada (*Soergaard et al., 2008*), (*Kuosmanen et al., 2006*). Piemēram, *Greenwood et al.* konstatēja, ka vīriešu dzimumam raksturīgs augstāks apmierinātības novērtējums (*Greenwood, Key, Burns, Bristow, & Sedgwick, 1999*), bet *Zahid et al.* secināja, ka sievietes ir vairāk apmierinātas ar ārstēšanu kopumā (*Zahid et al., 2010*). Gan pētījumos par ārstēšanas novērtējumu, gan pētījumos par pacientu attieksmi pret psihiatrijas nozari novērota dzimuma saistība ar pētījumu rezultātiem. Tā vienā pētījumā konstatēts, ka sievietes vairāk pieņēma ārstēšanos un akceptēja palīdzības meklēšanu, salīdzinot ar vīriešiem (*Leong & Zachar, 1999*). Šādu rezultātu var izskaidrot arī ar ārstēšanas novērtēšanas atšķirībām. Vīriešiem kopumā varētu būt negatīvāka nostāja attiecībā uz palīdzības meklēšanu, kas daļēji ir kultūras noteikts vai ko noteikušas pieņemtās dzimuma normas (*Good & Wood, 1995*). Vienā pētījumā, kurā zinātnieki identificēja faktorus, kas ietekmē attieksmi pret palīdzības meklēšanu, tika konstatēts, ka dzimums (sieviešu) un psiholoģiski simptomi parādīja lielāku saistību ar griešanos pēc palīdzības (*Rickwood & Braithwaite, 1994*). Izglītības saistība ar pacientu apmierinātību dažos veiktajos pētījumos neapstiprinājās (*Woodward et al., 2017*).

Dažādos pētījumos arī atšķiras diagnozes saistība ar apmierinātības rādītājiem. Piemēram, pētījumos pēc 2000. gada zinātnieki vai nu neatrada šo saistību (*Shiva, Haden, & Brooks, 2009*), vai arī atrada, bet rezultātu ticamība tika kritizēta (*Köhler et al., 2015*). 2015. gada pētījumā tika konstatēts, ka pacienti ar šizofrēnijas diagnozi vairāk bija apmierināti ar stacionāro ārstēšanu un dienas centriem nekā citu diagnožu grupu pacienti (*Bjørngaard, Ruud,*

& Friis, 2007). Ir atrodami pētījumi par apmierinātības atšķirību dažādās psihiatrisko diagnožu grupās saistībā ar medikamentozās terapijas blakus parādībām (Gebhardt et al., 2013), taču citos pētījumos saistība starp apmierinātību un farmakoloģisko ārstēšanu nav saskatīta. Konstatētās atšķirības pētījumos ļauj secināt par nepietiekošu novērtēšanas sistēmu, to īpatnībām atkarībā no valsts aprūpes organizācijas, arī instrumenta pielietošanas (Kilbourne et al., 2010) un, kas ir ne mazāk svarīgi, ka aprūpes nodrošinātāju vidū pieaug iesaistīšanās aprūpes kvalitātes novērtēšanas organizēšanā (Riiskjær et al., 2010). Tas rada priekšstatu par jautājumiem, ko vajadzētu iekļaut anketās, kas domātas pacientu novērtējuma noskaidrošanai. Psihiatrijas nozarē ir būtiski šķēršļi novērtēšanas instrumentu radīšanai, jo aptaujas, ko izmanto vispārējā medicīnā, nevar izmantot pacientiem ar psihiskiem traucējumiem (Boyer et al., 2009). Vispārējā praksē lietotie pacientu apmierinātības novērtēšanas instrumenti nav piemēroti, un šīs pacientu grupas uztveres atšķirību un dažādu vajadzību dēļ nevar izmantot statistiski un saturiski ticamu datu iegūšanai un atspoguļošanai (Zendjidjian et al., 2014). Tomēr daži pētījumi pierāda, ka pacienti ar izteiktiem psihiskās veselības traucējumiem ir spējīgi izteikt savu viedokli ar aptaujas palīdzību, ja tiek piedāvāts atbilstošs instruments (Barbato et al., 2014). Jāpiebilst arī, ka pēc 2005. gada *Hamann et al.* pētījuma datiem par pacientu ar šizofrēniju uzskatiem par iesaistīšanos ārstēšanas procesā tika konstatēts, ka gados jaunāki pacienti un pacienti ar negatīvu attieksmi pret medikamentozo terapiju bija saistīti ar lielāku vēlmi iesaistīties ārstēšanas procesā (Hamann, Cohen, Leucht, Busch, & Kissling, 2005). Literatūrā aprakstīta arī pacientu ar personības traucējumiem zemākas adaptācijas spējas dzīvei un diagnozes saistība ar zemāku dzīves kvalitātes novērtējumu, kā arī šiem pacientiem ir grūtāk adaptēties jaunām nevēlamām pārmaiņām vai apstākļiem, nokļūstot stacionārā (Bouman, Van Nieuwenhuizen, Schene, & De Ruiters, 2008). Tādēļ, interpretējot apmierinātības datus, jāņem vērā, ka apmierinātību var ietekmēt arī dzīves kvalitātes novērtējums kopumā, kas iekļauj sociālās attiecības, pašvērtējumu (Kemmler, Holzner, Neudorfer, Meise, & Hinterhuber, 1997). Šajā promocijas darbā pacienti ar personības traucējumiem netika iekļauti.

Berghofer et al. ziņojis par ilgākas hospitalizācijas saistību ar augstāku apmierinātību (Berghofer et al., 2001). 2006. gada pētījumā tika konstatēts, ka augstāka apmierinātība ar ārstēšanu tika novērota pirmo divu nedēļu laikā pēc stacionēšanas, kā arī pieauga, ārstējoties ilgāk par trim mēnešiem; savukārt ārstēšana no viena līdz trim mēnešiem bija saistīta ar zemākiem novērtējuma punktiem (Kuosmanen et al., 2006). To varētu skaidrot gan ar to, ka pirmo divu nedēļu laikā var mazināties psihopatoloģiskie simptomi, gan ar to, ka pēc trīs mēnešiem pacients vairāk adaptējas nodaļai, tādēļ stacionēšanas ilguma novērtējumu būtu jāpēta garengriezuma pētījumos vairāk (Woodward et al., 2017). Pētot aprūpi raksturojošus faktorus, saistītus ar augstāko apmierinātību, PVO pētījumā 2013. gadā konstatēja, ka pacienti

augstāk vērtēja stacionāro un valsts aprūpi nekā ambulatoro aprūpi (Bleich et al., 2009). Tas uzsver to, ka, neskatoties uz deinstitucionalizācijas politiku, mums būtu jāpievērš uzmanība gan stacionārās, gan ambulatorās psihiskās veselības novērtēšanai no pacientu skatu punkta. Iepriekšējā pieredze un pielietotā ārstēšana ir tas, kas, pēc literatūras datiem, var būtiski ietekmēt pacienta laicīgu griešanos pēc palīdzības veselības aprūpē (World Health Organization, 2015). Ja tiek nokavēta ārstēšanas uzsākšana, tas dara smagāku klīnisko ainu un turpmāku ārstēšanas procesu. Apmierinātības rādītāji dažādās valstīs atšķiras, tomēr *Bleich et al.* 2009. gada pētījumā parādīja, ka atšķirības apmierinātībā Eiropas valstu vidū nevar skaidrot vienīgi ar dažādām veselības aprūpes sistēmām, bet arī ar vispārējās populācijas viedokli par psihiskās veselības aprūpes sistēmu, valsts ekonomisko stāvokli, kā arī privātu ārstniecības klīniku skaitu un pieejamību pacientu vidū (Bleich et al., 2009).

Jau pirms 1970. gadiem pētījumos par pacientu apmierinātību ar ārstēšanu tika noteikts, ka pacienti augstāku apmierinātību uzrāda gadījumos, kad saskaras ar personālu, kurš ir noskaņots labvēlīgi, kurš ir ieinteresēts ārstēšanas procesā un palīdzības sniegšanā (Ware et al., 1978). Tas apliecina, ka personāla komunikācijai ar pacientu jābūt efektīvai, jo sadarbība pacientiem rada drošības sajūtu. Pacienti vērtē gan attiecības ar personālu (Sweeney et al., 2014), gan arī personāla iespējas iesaistīties ārstēšanas procesā (Stewart et al., 2015), kas savukārt literatūrā tiek saistīts ar augstākiem apmierinātības rādītājiem. Literatūrā tiek minēti vairāki aspekti, ko novērtē paši pacienti, saņemot aprūpi. Būtiskākais izrādījās personāla emocionālā inteliģence un attieksme pret pacientiem (Hansson, Björkman, & Berglund, 1993), (Schröder et al., 2006). Sadarbība ar medicīnas personālu un ārsta un pacienta attiecības ir tas, ko pacienti kā nozīmīgu ārstēšanā atzīmēja *Längle et al.* veiktajā pētījumā (Längle et al., 2003). Savukārt ir pētījumi, kuros vismazākā loma tiek piešķirta tehniskiem nodaļas parametriem, videi un interjeram (Hansson et al., 1993). Tajā pašā laikā citi pētījumi apliecina, ka ārstēšanās vide tomēr ietekmē pacientu apmierinātību ar ārstēšanu kopumā (Kutney-lee et al., 2009). Liela nozīme pacientu atbalstā ir ne tikai medicīnas personālam, bet arī ģimenes iesaistīšanai. *Falloon et al.* konstatēja, ka ģimenes iesaistīšana ārstēšanas procesā mazina pacienta stresa līmeni, var sniegt atbalstu problēmu risināšanā un sekmēt izpratnes veidošanos par saslimšanu un medikamentu lietošanas nepieciešamību, kas arī pazemina atkārtota paasinājuma iespējamību 9 mēnešu periodā pēc saņemtās stacionārās ārstēšanās (Falloon et al., 1982). Viens no biežāk aprakstītajiem rādītājiem, kas ir saistīts ar pazeminātu pacientu apmierinātību, ir informācijas pieejamība (Lebow, 1983). *McBee* ar līdzautoriem noskaidroja, ka sadarbībai starp pacientu un personālu ir ne tikai saistība ar apmierinātību, bet tā ir saistīta ar informācijas saņemšanu no pacientiem par sūdzībām un traucējumu simptomiem, proti, pacienti vairāk aprakstīja savas sūdzības, ja intervētājs bija ģērbies baltā halātā un veica pacienta aktīvu iesaistīšanu intervijā

(McBee & Justice, 1977). Pasaules Veselības organizācija ir noteikusi, ka pacienta un ārstniecības personas attiecībām ir jābūt koleģiālām, un kvalitatīvas terapeitiskas attiecības ir raksturojamas ar šādiem procesiem: droša vide, kur ārstniecības metodes tiek apspriestas ar pacientu, ir izrunāta līdzestību sekmējošā uzvedība un tās nozīme, kā arī ir izplānotas turpmākās vizītes terapijas kontroles nodrošināšanai (World Health Organization, 2003). Literatūrā neefektīva komunikācija ir saistīta ar uzticības zaudēšanu, drošības sajūtas pazemināšanos gan pacientu, gan personāla vidū, kas noved arī pie biežākas ierobežojošo līdzekļu lietošanas (Gilburt et al., 2008). Arī vēlāk *Chung et al.* pētījumā ziņots par ārsta izskata un ģērbšanās stila ietekmi uz empātisku ārsta un pacienta attiecību veidošanu (Chung et al., 2012). 2020. gada pētījumā norādīts, ka ārsta labvēlīga komunikācija iedrošina pacientus meklēt palīdzību (Bidmon, Elshiewy, Terlutter, & Boztug, 2020). To apstiprina arī pētījumi, kuros tiek uzsvērtā dažādu kultūru ietekme uz komunikāciju un sekojoši uz līdzestību (Harmsen, Meeuwesen, Van Wieringen, Bernsen, & Bruijnzeels, 2003), (Schouten, Meeuwesen, Tromp, & Harmsen, 2007) un apmierinātību ar ārstēšanu (Laveist & Nuru-Jeter, 2002). Katrā medicīnas nozarē ārsta un pacienta attiecībām ir nozīmīga loma, pacienti to min kā būtiskāko ārstēšanā (Zenger et al., 2014), (Lewis, 1994), kā arī agrākos pētījumos uzsvērts, ka pacientu apmierinātība ar ārstēšanu var būt saistīta ar to, kā un cik izsmēlošu informāciju piedāvā ārsts (Comstock, Hooper, Goodwin, & Goodwin, 1982). *Billcliff* ar līdzautoriem, pētot pacientu informēto piekrišanu ārstēšanai, konstatēja, ka 65% no pacientiem nezināja nozīmētās terapijas mērķi, bet tomēr tai piekrita, savukārt 82% nezināja, ka viņiem ir iespēja atteikties vai samazināt medikamentu lietošanu (Billcliff et al., 2001). Citā pētījumā tika konstatēts, ka līdz pat 57% pacientu paši nemaz neuzdeva jautājumus ārstiem, kaut gan citi pētījumā iesaistīti pacienti paši interesējās par medikamentu devas mazināšanu un atcelšanu, par blakus efektiem un zāļu ietekmi uz transportlīdzekļa vadīšanu (Llewellyn-Jones, Jones, & Donnelly, 2001). Šis fakts sarežģī komunikāciju starp pacientu un ārstu, jo pacients vēlas saņemt informāciju un ārstam tā ir jāsniedz, taču abu viedokļi var nesakrist, un tālāk tikai ārsta profesionāls komunikācijas veids ļauj uzturēt terapeitisko kontaktu, neskatoties uz pretējiem viedokļiem par ārstēšanu (Truglio-Londrigan, Slyer, Singleton, & Worrall, 2012). Tas aktualizē uzreiz divus virzienus – gan attiecības ar ārstu, gan informācijas pieejamību pacientam. Pēc Lielbritānijas Nacionālās zinātņu akadēmijas publicētās grāmatas rekomendācijām, nodrošinot un plānojot kvalitatīvu ārstēšanu, pacientam ir jāsniedz izsmēloša informācija, lai viņam būtu iespējas piedalīties ārstēšanās procesā un kontrolēt lēmumu pieņemšanu par viņa veselību (Baker, 2001). Šīs rekomendācijas ir universālas, kas nozīmē, ka tās ir attiecināmas arī uz psihiatrijas nozari. Īpaši ir jāizceļ psihiatrija (Thompson & McCabe, 2012), jo atbilstošs kontakts ar pacientu ļauj pēc iespējas precīzāk izvērtēt pacienta psihiskās veselības stāvokli un plānot atbilstošu terapiju, kā

arī tam ir nozīme līdzestības veidošanā ārstēšanas procesā, īstermiņa un ilgtermiņa iznākumu paredzēšanā. Pētījumos līdz 2002. gadam trūkst vienota viedokļa par terapeitiskā kontakta saistību ar pacientu uzvedības maiņu, taču noliegt saistību, neskatoties uz limitēto literatūras daudzumu, nevar, tādējādi virzot pētījumus tālāk pacientu uzvedību ietekmējošo faktoru identificēšanai un modificēšanai (Beck, Daughtridge, & Sloane, 2002). Veiksmīgu un uz terapeitiska kontakta veidošanu orientētu ārsta komunikāciju ar pacientu raksturo tas, kā ārsts spēj novērtēt, uzklaut, ieteikt, palīdzēt un atbalstīt (Teutsch, 2003). Pacientu mērķi komunikācijā varētu būt dažādi, sākot no emocijām un sūdzībām līdz apstiprinājuma saņemšanai par esošo situāciju (Teutsch, 2003). Ārsta un pacienta attiecību ietekmei uz līdzestību medicīnā tiek piešķirta svarīga nozīme jau kopš 1980. gadiem (Bartlett et al., 1984), kas rosina pētniekus analizēt šo attiecību saistību ar ārstēšanas procesu, iznākumiem un līdzestību, kā arī pašu pacientu apmierinātību (Fuertes et al., 2007), (Johansson, 2004), (Chang et al., 2006). Novērtējot ārstēšanas kvalitāti, ārsta neverbāla komunikācija ir saistīta ar pacientu apmierinātību ar ārstēšanas procesu kā tādu, nevis tehniskām ārstēšanas īpašībām, kas atkal uzsver nepieciešamību pēc kvalitatīvas komunikācijas ar pacientu (DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980), (Mast, 2007). Ārsta un pacienta uz afektīvo komponentu vērsta komunikācija uzrādīja placebo efektu uz pacientu apmierinātību un iznākumu uzlabošanu, kā arī trauksmes simptomu mazināšanos randomizētos un eksperimentālos pētījumos (van Osch, van Dulmen, van Vliet, & Bensing, 2017), (Kaptchuk et al., 2008), (van Osch, Sep, van Vliet, van Dulmen, & Bensing, 2014), (Penckofer, Byrn, Mumby, & Ferrans, 2011). Labākie rezultāti pacientu ārstēšanas iznākuma faktorā tika uzrādīti pētījumos, kur kombinē gan pozitīvi afektīvi piesātinātu komunikāciju, gan arī pozitīvo progresu vērtēšanu (Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou, & Kleijnen, 2001). Ne tikai ārsta, bet arī visa personāla iesaistīšanai ārstniecības procesā ir nozīme pacientu veiktas ārstēšanas apmierinātības novērtējumā (Ware et al., 1978). Šeit ne mazāk svarīgi ir pieminēt to, ka pacientu līdzestību arī ietekmē ārsta spējas viņu iesaistīt ārstēšanas procesā, sniedzot pacientam iespēju ietekmēt ārstēšanas metodes izvēli (De Las Cuevas et al., 2017). Ārsts, kurš sniedz pietiekošu informāciju par ārstēšanu un medikamentiem, kā arī informāciju par saslimšanu kā tādu un tās gaitu, iemāca pacientam sekot līdzī viņa veselības stāvoklim un būt vairāk līdzestīgam, neskatoties uz iespējamo blakus parādību rašanos (Fuertes et al., 2007), (Ware et al., 1978). Šo domu pamato arī citu pētījumu dati, ka, piemēram, lai pacients piekristu brīvprātīgai stacionēšanai, ir būtiska nozīme tieši informētības aspektam (Bø et al., 2016a). Taču citi pētījumi apraksta, ka izglītošanai varētu būt mazāka nozīme nekā kvalitatīvām ārsta un pacienta attiecībām (Bartlett et al., 1984). Arī *Dolder et al.* literatūras pārskatā atklāja, ka ir vairākas līdzestības uzlabošanas metodes, un visefektīvāk līdzestību uzlabo afektīvās, uzvedības un psihoizglītošanas intervences, savukārt

psihozglītošanas vai izglītošanas interence kā vienīgā metode nebija pietiekami efektīva (Dolder, Lacro, Leckband, & Jeste, 2003). Svarīgi ir tas, ka šādu intervenču lietošanas gadījumā novēro ne tikai paasinājumu biežuma samazināšanos un retākas hospitalizācijas, bet arī labāku sociālo funkcionēšanu un lielāku izpratni par medikamentu lietošanu (Dolder et al., 2003). Līdzīgi Eytan ziņoja par intervenču lietošanu, kuras uzlaboja ārsta un pacienta attiecības ģimenes ārstu pacientu vidū (Eytan et al., 2004).

1.6. Pētījumā iekļauto diagnožu īss raksturojums un klasifikācija pēc SSK-10

Lai labāk izprastu pētāmo populāciju, ir nepieciešams sniegt īsu raksturojumu par katru no pētījumā iekļautām diagnožu grupām, jo tas ļauj rast skaidrojumu pētījuma rezultātos aprakstītajam. Diagnozes Latvijā tiek noteiktas pēc SSK-10 klasifikācijas, pēc kuras strādā visās specialitātēs medicīnas nozarē. Organisko psihisko traucējumu grupā pētījumā tika iekļauti pacienti ar organiskiem garstāvokļa vai organiskiem personības traucējumiem, bet pārējās grupas tika izslēgtas izteiktu kognitīvo traucējumu dēļ, kas ievērojami apgrūtinā pacientam veikt novērtēšanu.

1.6.1. Organiski psihiski traucējumi

Organisko psihisko traucējumu grupā pētījumā tika iekļauti pacienti pārsvarā ar organiskiem garstāvokļa vai organiskiem personības traucējumiem; demences, delīrijs un organisks amnestisks sindroms tika izslēgti no pētījuma izteiktu kognitīvu traucējumu dēļ, kuri ievērojami apgrūtinātu veikt pacientam novērtējumu. Organisko psihisko traucējumu klasifikācija, neaprašot no pētījuma izslēgtās citas organiskās psihiskās saslimšanas, ir šāda:

- 1) F06 – Citi psihiski traucējumi, kas rodas smadzeņu bojājuma un disfunkcijas vai somatiskas slimības dēļ;
- 2) F07 – Personības un uzvedības traucējumi smadzeņu slimības, bojājuma vai disfunkcijas dēļ (World Health Organisation, 1993).

Organisko psihisko traucējumu būtība ir tāda, ka jāpastāv skaidrai saistībai starp somatiskā stāvokļa pasliktināšanos un smadzeņu disfunkcijas vai bojājuma attīstīšanos ar psihopatoloģisko simptomu rašanos, kā arī šiem traucējumiem mēdz būt fluktuējoša gaita, psihopatoloģijas simptomi izzūd vai mazinās, kad tiek kompensēts vispārējais stāvoklis un ārstēta pamata somatiskā saslimšana.

1.6.2. Šizofrēnijas spektra traucējumi

Šajā diagnožu grupā iekļauti vairāki traucējumi, kuri prognostiski ir atšķirīgi, tādēļ potenciāli būtu jāpēta sīkāk šī diagnožu grupa, lai veiktu secinājumus par ārstēšanas iznākumiem un līdzestību.

- 1) F20 – Šizofrēnija;
- 2) F21 – Šizotipiski traucējumi;
- 3) F22 – Persistējošie murgi;
- 4) F23 – Akūti un transitoriski psihotiski traucējumi;
- 5) F24 – Inducētie murgi;
- 6) F25 – Šizoafektīvi traucējumi;
- 7) F28 – Citi neorganiski psihotiski traucējumi;
- 8) F29 – Neprecizēta neorganiska psihoze (World Health Organisation, 1993).

Šīs diagnostiskās grupas pacientiem novēro uztveres, uzvedības traucējumus un saturiskus domāšanas traucējumus, piemēram, murgu idejas vai pārvērtēšanas idejas. Šīs diagnozes atšķiras ne tikai ar simptomu rašanos un dažādību, bet arī ar slimības gaitu un prognozi, piemēram, pacienti ar akūtiem psihotiskiem traucējumiem var pieredzēt tikai vienu psihozes epizodi dzīvē un atgriezties pēc tās iepriekšējā funkcionēšanas līmenī, savukārt šizofrēnijas gaita ir hroniska, norit ar paasinājumiem un emocionālām un gribas pārmaiņām dzīves laikā starp psihozēm. Visbiežāk stacionārā nonāk tieši pacienti ar šizofrēniju, šizoafektīviem traucējumiem un ar akūtiem un tranzitoriskiem psihotiskiem traucējumiem.

1.6.3. Afektīva spektra traucējumi

Garastāvokļa traucējumi ir plaša grupa, kurā iekļauti depresija, mānija, bipolāri afektīvi traucējumi. Starp garastāvokļa traucējumu epizodēm saglabājas pacienta iepriekšējais funkcionēšanas līmenis vai arī var būt daži reziduāli simptomi (depresijas gadījumā, miega traucējumi vai enerģijas trūkums). Šajā grupā iekļautas šādas diagnozes:

- 1) F30 – Maniakāla epizode;
- 2) F31 – Bipolāri afektīvi traucējumi;
- 3) F32 – Depresīvā epizode;
- 4) F33 – Rekurenti depresīvi traucējumi;
- 5) F34 – Persistējoši garastāvokļa traucējumi;
- 6) F38 – Citi persistējoši garastāvokļa traucējumi;
- 7) F39 – Neprecizēti garastāvokļa traucējumi (World Health Organisation, 1993).

Grūtības šo diagnožu grupā rada bipolāro traucējumu diagnostika. Šo un šizofrēnijas diagnožu pacientu vidū ir izplatīta medikamentu lietošanas pārtraukšana pēc paša pacienta iniciatīvas. Svarīgi ir arī minēt, ka šo pacientu vidū ir augsti suicīda mēģinājumu rādītāji.

1.6.4. Neurotiskie un ar stresu saistītie traucējumi

Šī traucējumu grupa ir ļoti heterogēna, traucējumu etioloģijā liela loma ir ilgstošai vai akūtai psiholoģiskai traumatizācijai. Šajā grupā iekļautas šādas diagnozes:

- 1) F40 – Fobiska trauksmainība;
- 2) F41 – Cita veida trauksme;
- 3) F42 – Obsesīvi kompulsīvi traucējumi;
- 4) F43 – Reakcija uz smagu stresu un adaptācijas traucējumi;
- 5) F44 – Disociatīvi traucējumi;
- 6) F45 – Somatoformi garastāvokļa traucējumi;
- 7) F48 – Citi neirotiski traucējumi (World Health Organisation, 1993).

Pacientiem ar šajā grupā iekļautām diagnozēm ir dažāda uzvedība attiecībā uz palīdzības meklēšanu, kā arī pamatā ir psihoterapeitiskās ārstēšanas metodes, kas arī var mazināt šo pacientu sastopamību psihiatriskās aprūpes ambulatori konsultatīvās nodaļās.

1.7. Psihiskās veselības aprūpes kvalitāte Latvijā

Saskaņā ar Ministru kabineta rīkojumu Nr. 468 sniegta informācija par 2009.–2014. gadu, un psihiskās veselības aprūpes dienestā tika konstatētas vairākas problēmas, piemēram, pieejamības trūkums kvalitatīvas un uz pacientu vajadzībām vērstas ārstēšanas nodrošināšanā, citu medicīnas nozaru speciālistu zināšanu trūkums par psihiskās veselības aprūpi, kā arī sabiedrības informētības trūkums par garīgās veselības jautājumiem un iespējām saņemt palīdzību, kā arī palīdzības veidiem (Government of the Republic of Latvia, 2008). PIPEQ-OS anketas adaptācijas uzsākšana bija viena no praktiskām darbībām, lai novērtētu psihiatrijas nozares ārstēšanas kvalitāti atbilstoši Latvijas Nacionālā attīstības plāna prasībām (Saeima, 2014), kurā tika uzsvērtā nepieciešamība ārstēšanas kvalitāti uzlabot. Tādējādi bija jāizvērtē piedāvātā ārstēšana, tajā skaitā no pašu pacientu viedokļa. Iegūtā informācija instrumenta pielietošanas gadījumā ļautu identificēt grūtības gan saistībā ar medicīnas personālu, gan strukturāliem institūciju raksturojumiem. Latvijā psihiskās veselības aprūpe tiek virzīta uz nepārtraukta ārstēšanas procesa nodrošināšanu, ievērojot arī pasaulē pieņemtus sabiedrībā balstītus psihisko traucējumu ārstēšanas nodrošināšanas principus. Literatūrā minēta ārstēšanas kvalitātes saistība ar suicīda profilaksi, kas norāda uz nepieciešamību pētīt apmierinātību tieši stacionārās nodaļās (OECD, 2017). Latvijā vēsturiski ārstēšanas pieeja balstījās uz paternitātes principu, kuras gadījumā mazāk uzmanības tika pievērsts apmierinātības konceptam. Tādējādi, pamatojoties uz minēto, sākās instrumenta ieviešana izmantošanai stacionārās nodaļās un notika adaptācijas process (Taube & Berzina-Novikova, 2018).

2. Materiāls un metodes

Sākumā tika veikta Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas (PIPEQ-OS) adaptācija izmēģinājumpētījuma ietvaros. Pētījums notika vienā subakūtā nodaļā Latvijas galvaspilsētā Rīgā, VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” (Bērziņa-Novikova & Taube, 2019). Anketā iekļauts 21 jautājums, ko var ātri aizpildīt, tādējādi paaugstinot izredzes uz augstāku pacientu atsaucību. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja tika izmantota, lai novērtētu vairākus aprūpes aspektus, piemēram, personāla sadarbība ar pacientu, iznākuma novērtēšana, kā arī apstākļu novērtēšana stacionārā nodaļā. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja iekļauj jautājumus, kuri raksturo vispārējo psihiatrisko aprūpi, piemēram, ēdiena izvēle nodaļā, sagaidīšana slimnīcā, kuri ne vienmēr iekļauti citos pacientu apmierinātības novērtēšanas instrumentos (Gigantesco, Morisini, & Bazzoni, 2003). Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā jautājumi tiek formulēti pozitīvā virzienā, atbildes ir veidotas atbilstoši Likerta skalai, kas tiek vairāk rekomendēts nekā slēgta tipa jautājumi apmierinātības anketu izmantošanas gadījumos (L Boyer et al., 2009), (Ray Fitzpatrick, 1991), (Meric, 1994), kā arī jautājumi ir formulēti tā, lai respondenti sniegtu novērtējumu (Braun, Woodley, Richardson, & Leidner, 2012). Tika nolemts anketu aizpildīšanai piedāvāt vienu dienu pirms izrakstīšanas, lai paaugstinātu atsaucību, jo, piemēram, sūtot anketas pēc izrakstīšanas pa pastu vai uz elektronisko pastu, atsaucības rādītāji literatūras avotos tiek aprakstīti kā zemāki (Boyer et al., 2009), (Bjertnaes et al., 2015).

Adaptācijas procesā tika veikts šķērsgriezuma pētījums, kura ietvaros Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja tika izmantota anonīmi. Anketa tika tulkota no angļu valodas latviešu un krievu valodā, pēc tam tika tulkota atkal oriģinālā valodā, ko veica Rīgas Stradiņa universitātes Valodu centra divi neatkarīgi tulki. Tulkojuma atbilstība aptaujas jautājumu saturam tika testēta pacientu kognitīvo interviju laikā – 20 nejauši izvēlēti pacienti piedalījās kognitīvajās intervijās. Pacienti bija dažādā vecumā, ar dažādu izglītību, kā arī bija abu dzimumu pārstāvji.

Izmēģinājumpētījumā tika iekļauti pacienti, kuri atradās psihiskās veselības aprūpes subakūtā stacionārā laika posmā no 01.06.2016. līdz 01.02.2017. Aptaujas tika piedāvātas visiem pacientiem, izņemot pacientus ar garīgu atpalcību un demences sindromu. Aptaujas pacientiem piedāvāja dežurējošais personāls. Pacientiem arī mutiski tika izskaidrots aptaujas mērķis, konfidencialitātes nodrošināšanas princips, kā arī tika lūgts aizpildīt anketu vienatnē, lai nekādā veidā netiktu ietekmēti aptaujas rezultāti. Pēc aizpildīšanas pacientiem tika lūgts nolikt aptauju speciāli sagatavotās un nodaļā izvietotās slēgtās kastēs. Aptaujas tika izņemtas

no kastes vienu reizi nedēļā, to darīja pats pētnieks, kuram nebija saskarsme ar pacientiem nodaļā. No turpmākas analīzes tika izslēgtas anketas, kuras bija aizpildītas nekorekti – atbildes uz pārbaudes jautājumu, kurš bija formulēts pretēji visiem pārējiem jautājumiem aptaujā, bija vienādas ar pārējo jautājumu novērtējumu.

Sekoja datu statistiskā analīze, izmantojot aprakstošas statistikas datu apstrādes metodes. Tika veikta instrumenta faktoru analīze un iekšējās saskaņotības koeficientu analīze (Kronbaha alfa analīze). Aptaujas adaptācijas rezultāti ir aprakstīti rezultātu daļā.

Pēc izmēģinājumpētījuma un anketas adaptācijas tika veikts šķērsriezuma pētījums, izmantojot minēto Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauju. Informācija par anketu tika izklāstīta anketas sākumā rakstiski. Respondentiem tika izskaidrots, ka, aizpildot un nododot anketu, viņi piekrīt piedalīties pētījumā. RSU Ētikas komitejas atļauja pētījumam tika iegūta 21.12.2017. Tika izveidots pielikums anketai par sociāli demogrāfiskiem datiem. Sākumā pētījumā tika iekļauti pacienti, kas bija hospitalizēti trijos Latvijas psihoneiroloģiskajos centros, proti, VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs”, Slimnīca “Ģintermuiža” un VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca”, laika posmā no 2018. gada 1. janvāra līdz 2018. gada 31. decembrim. Katrā no slimnīcām pacienti bija gan no akūtas, gan no subakūtas stacionārās nodaļas. Pacienti ar akūtiem psihotiskiem stāvokļiem tiek stacionēti akūtās nodaļās, savukārt pacienti ar mazāk akūtiem stāvokļiem, afektīviem traucējumiem un neirotiskiem un ar stresu saistītiem traucējumiem tiek stacionēti subakūtās nodaļās. Subakūtā nodaļā pacientam piedāvā brīvāku režīmu, nodaļa ir atvērta tipa, personālam nav jāpavada pacients pastaigas laikā.

Instrumentu nodaļas medicīnas māsas piedāvāja visiem pacientiem, izņemot tos, kuri nevarēja būt iekļauti izslēgšanas kritēriju dēļ. Izslēgti no pētījuma bija pacienti ar intelektuālās attīstības traucējumiem un demences sindromu. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja tika piedāvāta aizpildīšanai pacientiem dienu pirms izrakstīšanas. Piedāvājot anketu aizpildīšanai, pacientiem tika lūgts aizpildīt anketu vienam, bez citu cilvēku klātbūtnes, mazinot iespējamo ietekmi uz novērtējuma rezultātiem. Aptaujas sākumā tika izklāstīta informācija par pētījumu un aprakstīts, ka pacients, aizpildot aptauju un to nododot, piekrīt piedalīties pētījumā. Pēc anketas aizpildīšanas pacientiem tika lūgts atstāt to speciāli izveidotā slēgtā kastē, no kuras anketas izņēma pētnieks pats vienu reizi nedēļā. Nekorekti aizpildītās anketas (nav atbildēti visi jautājumi, anketa sabojāta) tika izslēgtas no tālākās analīzes promocijas darba pētījumā. Sekoja statistiskā datu apstrāde.

Datu apstrādei izmantotas programmas:

- 1) *IMB SPSS Statistics v.26*;
- 2) *Excel 2019*.

Datu apstrādei lietotās metodes:

1) Aprakstošā statistika:

- vidējā vērtība;
- standartnovirze;
- novērojumu skaits;
- relatīvais biežums (procentos %).

2) Nesapāroto izlašu nepārtraukto mainīgo salīdzināšana

- t- tests vai *Welch* tests (2 grupu vidējo salīdzināšanai).

3) Divu kategoriālu mainīgo salīdzināšana

- Hī-kvadrāta tests.

4) Kvantitatīvu mainīgo saistība ar skaidrojošiem mainīgajiem

- Lineārā regresija.

5) Kvantitatīvu mainīgo saistību mērīšana

- Spīrmana koeficients.

2.1. Primārie pētījuma dati

Primārie pētījuma dati tiks iegūti no pacientu aizpildītām anketām. Sociāli demogrāfiskie dati pielikuma anketā, kuru izveidojām paši, tika iegūti par pacienta dzimumu, vecumu, iegūtās izglītības līmeni, nodarbinātību un ģimenes stāvokli. No Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja anketas tika iegūti dati par pacientu apmierinātību ar saņemto ārstēšanu katram aptaujā iekļautam jautājumam, kā arī vēlāk sadalot jautājumus pēc aptaujas skalām, proti, iznākumu skala, struktūras un ārstēšanas procesu skala un sadarbības ar pacientu skala.

2.2. Sekundārie pētījuma dati

Katrai aizpildītai aptaujai tika pievienots protokols, ko aizpildīja pētnieks par datiem par līdzestības netiešiem rādītājiem, kuri tika iegūti no turpmāko ambulatoro vizīšu skaita pēc izrakstīšanas, un medikamentu lietošanu pēc izrakstīšanas, kas tika noteikts pēc zāļu izņemšanas aptiekā 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas no stacionāra. Pievienotā protokolā arī tika ievadīti dati par atkārtotām hospitalizācijas reizēm un ārstēšanas epizodes ilgumu stacionārā. Sekundāro datu avoti ir VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs" iekšējā datubāze "Nodaļa", no kuras tika iegūta informācija par pētījuma subjekta diagnozi un ārstēšanas epizodes ilgumu, iepriekšējo stacionēšanu skaitu, slimības ilgumu, atkārtotu hospitalizāciju skaitu 12 mēnešu periodā pēc izrakstīšanas no stacionāra. Sekundārie dati tika iegūti arī no VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs" Ambulatori konsultatīvās nodaļas

datubāzes “Poliklīnika” par ambulatoro apmeklējumu skaitu 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas, nozīmēto medikamentu izņemšanu aptiekā.

Datu analīzei izmantojamie mainīgie un parametri (tikai kvantitatīvo pētījumu gadījumos):

- 1) Sociāli demogrāfiskie dati: dzimums, vecums, nodarbinātība, izglītība, ģimenes stāvoklis;
- 2) Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā pacientu ārstēšanas apmierinātības aptaujas jautājumi sadalīti 3 skalās:
 - Jautājumi par personāla sadarbību ar pacientu;
 - Jautājumi par aprūpes struktūru un pakalpojumiem;
 - Jautājumi par ārstēšanas iznākumiem.
- 3) Līdzestības netiešie rādītāji:
 - ambulatoro vizīšu skaits 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas ;
 - izrakstīto medikamentu izņemšana aptiekā 12 mēnešus pēc izrakstīšanas.
- 4) Atkārtoto stacionēšanu skaits 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas.

2.3. Datu statistisko analīzes metožu uzskaitījums un izvēles pamatojums

Pētījuma ietvaros tika veikta psihiatrisko nodaļu pacientu anketēšana. Plānots tika analizēt pacientus, kuri anketas aizpildīs un tos, kuri neaizpildīs, lai novērtētu grupu iespējamās atšķirības. Pētījuma datu analīzei tika izmantotas šādas statistikas metodes:

Šķērstabulas tika veidotas pēc sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem. Kvantitatīvie dati tika analizēti ar dispersiju analīzes metodi (ANOVA).

Saistības noteikšanai starp saslimstības datiem un respondentu sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem un pacientu ārstēšanas apmierinātību tika lietota korelāciju analīze (Spīrmana korelācijas koeficients).

Regressiju analīze tika lietota sociāli demogrāfisko rādītāju un pacientu ārstēšanas apmierinātības rādītāju ietekmes izvērtēšanai uz datiem par pacientu atkārtotu hospitalizāciju pēc izrakstīšanās, stacionēšanas ilgumu, ambulatoro apmeklējumu skaitu pēc izrakstīšanās, medikamentu lietošanu pēc izrakstīšanās.

Visa demogrāfiskā informācija tika apskatīta respondentu un nerespondentu grupās atsevišķi, kā arī katrā nodaļā. Kvantitatīvajiem mainīgajiem izmantots t-tests vai *Welch* tests attiecīgi to nosacījumiem, kategoriālajiem mainīgajiem – Hī-kvadrāta tests, lai noteiktu, kuri mainīgie statistiski nozīmīgi atšķiras abās grupās.

Ar ANOVA statistiku tika noteiktas atšķirības starp diagnozēm un līdzestības netiešajiem rādītājiem.

3. Rezultāti

3.1. Pilota pētījuma rezultāti

Pētījuma laikā no VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” pētījuma iesaistītās nodaļas izrakstījušies 297 pacienti, kuriem visiem tika piedāvātas Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas aizpildīšanai. Savākto anketu skaits bija 231. Tas norāda, ka aptaujā piekrita piedalīties 78% stacionēto pacientu, kas ir samērā augsts atsaucības rādītājs pašu aizpildītai aptaujai. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas izstrādātājiem atsaucības rādītājs pētījumā bija 74,6% (Bjertnaes et al., 2015). No visām savāktajām aptaujām (231 anketa) – 12% (n = 27) netika izmantotas datu apstrādē, pamatojoties uz to, ka tās tika aizpildītas nekorekti saistībā ar pārbaudes jautājumu, kā arī dažas aptaujas, kuras tika aizpildītas daļēji. Savukārt 88% (n = 204) no aizpildītajām aptaujām tika analizētas tālāk.

Analizējot datu zudumu katrā jautājumā, izrādījās, ka kopumā ir pavisam 4 jautājumi ar augstu datu zudumu (ja trūkst atbildes vai atzīmēts N/A). Lielākais atbilžu zudums bija 5. jautājumā, kas veido 44,2% no visām pētījumā iekļautajām anketām. Šis jautājums skan šādi: “Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami labi sadarbojās ar Jūsu tuviniekiem?” Interesanti, ka Norvēģijā veiktajā pētījumā PIPEQ-OS instrumenta validizācijai arī šajā jautājumā bija visaugstākais datu zudums un “N/A” atbildes (Bjertnaes et al., 2015). Arī pārbaudes jautājumā, kas ir 16. jautājums, bija 33% datu zudums. Pārbaudes jautājums skan: “Vai Jums šķiet, ka, uzturoties slimnīcā, tikāt nepareizi ārstēti (balstoties uz Jūsu personīgo pieredzi)?” Vērts pieminēt 6. jautājumu, kur datu zudumi bija 4,9%. Šis jautājums lūdza pacienta viedokli, vai medicīnas personāls viņu pietiekoši sagatavoja laikam pēc slimnīcas. 9. jautājums ar 15,7% datu zudumu bija par iespēju pacientam pašam ietekmēt zāļu izvēli. Dati šajos divos jautājumos promocijas darba pētījumā ir līdzīgi Norvēģijas kolēģu pētījumā konstatētam (Bjertnaes et al., 2015). Visvairāk respondentu (81,2%) atbildēja apstiprinoši uz 12. jautājumu (“Vai Jūs iestādē jutāties droši?”). 76,8% no visiem pacientiem, kuri aizpildīja anketu, apstiprināja, ka bija apmierināti ar to, kā tika sagaidīti, iestājoties nodaļā. 77,8% pacientu atzīst, ka viņiem bija iespēja apspriest ar medicīnas personālu/ārstiem viņu veselības stāvokli. Vairāk nekā puse pacientu atzīmēja, ka viņiem bija pietiekoši daudz laika kontaktam ar medicīnas personālu (2. jautājums), ka medicīnas darbinieki izprata pacienta situāciju (3. jautājums), ka medicīnas personāls pietiekoši sagatavoja pacientus laikam pēc slimnīcas (6. jautājums). Augsti pacienti novērtēja arī saņemtās ārstēšanas atbilstību pacienta situācijai, iespēju ietekmēt ārstēšanas režīmu, kā arī novērtēja to, ka tika sniegta pietiekoša informācija par veselības stāvokli. Vairāk par 50% pacientu augsti novērtēja piedāvātās aktivitātes, privātuma iespējas.

Faktoru analīzes rezultātā faktoru slodze uzrādīja četru faktoru esamību anketā, atbilstoši tam katrs faktors ar iekļautām vienībām tika analizēts tālāk. Faktoru analīze uzrādīja trīs nozīmīgus faktorus, kuri sasniedza Kronbaha alfa 0,7 indeksu. Kā redzams 3.1. tabulā, iegūta pietiekami skaidra trīs faktoru struktūra. Iegūtā trīs faktoru struktūra atbilst oriģinālās aptaujas struktūrai. Oriģinālās aptaujas faktoru Kronbaha alfas koeficienti ir atspoguļoti 3.1. tabulā. Sadarbība ar pacientu kā pirmais faktors sasniedza Kronbaha alfa vērtību 0,814, otrais faktors, kurš apvieno jautājumus, saistītus ar aprūpes struktūru, vidi un pakalpojumiem, uzrādīja Kronbaha alfa vērtību 0.83. Ārstēšanās iznākums kā trešais faktors sasniedza 0,87 Kronbaha alfa vērtību.

3.1. tabula

Faktoru analīzes rezultāti Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas adaptācijas procesā

Instrumenta faktors	Faktoru svāri	Kronhaha alfas koeficienti	Kronhaha alfas koeficienti oriģinālā pētījumā
Sadarbība ar pacientu		0,81	0,86
3. Vai Jūs sajūtāt, ka mediķi/personāls izprot Jūsu situāciju?	0,74		
4. Vai Jums bija iespēja pastāstīt mediķiem/personālam ko svarīgu par Jūsu stāvokli?	0,62		
6. Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami sagatavoja Jūs laikiem pēc slimnīcas?	0,67		
7. Vai Jūs uzskatāt, ka ārstēšana bija atbilstoša Jūsu situācijai?	0,70		
8. Vai Jums bija iespēja ietekmēt Jūsu ārstēšanas režīmu?	0,40		
Struktūra un iestāde		0,83	0,79
2. Vai Jums bija pietiekami daudz laika sarunai un kontaktam ar mediķiem/personālu?	0,56		
5. Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami labi sadarbojās ar Jūsu tuviniekiem?	0,45		
10. Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par psihiskās veselības stāvokli/diagnozi?	0,69		
11. Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par Jums pieejamajiem ārstēšanas veidiem?	0,59		

Instrumenta faktors	Faktoru svari	Kronhaha alfas koeficienti	Kronhaha alfas koeficienti oriģinālā pētījumā
13. Vai iestādē piedāvātās aktivitātes bija apmierinošas?	0,59		
15. Vai Jūs bijāt apmierināts/-a ar privātuma iespējām?	0,59		
1. Vai Jūsu sagaidīšana slimnīcā bija apmierinoša?	0,33		
12. Vai Jūs iestādē jutāties droši?	0,47		
Iznākumi		0,87	0,91
17. Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja labāk izprast savu psihiskās veselības stāvokli?	0,67		
18. Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja labāk tikt galā ar savām psihiskās veselības problēmām?	0,79		
19. Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja noticēt, ka dzīve var uzlaboties pēc izrakstīšanās?	0,69		
20. Vai kopumā palīdzība un ārstēšana, kuru saņēmāt iestādē, bija apmierinoša?	0,71		
21. Vai kopumā Jūs ieguvāt kādu labumu no līdzšinējās ārstēšanās iestādē?	0,70		

Iegūtie rezultāti rāda, ka iegūtā aptaujas faktoru struktūra atbilst oriģinālās aptaujas trīs faktoru struktūrai, Kronhaha alfas koeficienti parāda ļoti labu aptaujas skalu iekšējo saskaņotību un atbilstību pētījuma mērķim, kas pieļauj aptaujas izmantošanu testēto pacientu vidū (Bērziņa-Novikova & Taube, 2019).

3.2. Promocijas darba pētījuma rezultāti

Reģionālajās psihoneiroloģiskās slimnīcās atsaucības rādītāji bija zemi – 39% VSIA “Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca” un 11% VSIA “Slimnīca “Ģintermuiža””. Dati izrādījās nereprezentatīvi un no tālākas analīzes tika izslēgti.

Pētījumā piedalījās 1335 personas. Respondentu rādītājs bija 62% (823 personas), bet attiecīgi 38% (512 personas) aptauju neaizpildīja. Nerespondenti tika tālāk analizēti pēc sociāli demogrāfiskiem un slimību raksturojošiem faktoriem, lai noskaidrotu iespējamās grupu atšķirības. Vislielākais respondentu rādītājs bija vienā no subakūtām neurožu nodaļām (20. nodaļa), kur aptauju aizpildīja 82% (337 personas), 68% (225 personas) bija no 12. nodaļas

(subakūta neirožu tipa nodaļa), bet viszemākais rādītājs jeb 44% (261 persona) bija akūtajā nodaļā pirmo reizi stacionētiem pacientiem (17. nodaļa).

3.2.1. Respondentu un nerespondentu raksturojums

Respondentu un nerespondentu sociāli demogrāfisko parametru un slimību raksturojošo parametru salīdzinājums sniegts 3.2. tabulā.

3.2. tabula

Respondentu un nerespondentu sociāldemogrāfisko un slimības raksturojošo parametru vidējo vērtību salīdzinājums pēc t-testa un Hī-kvadrāta testa kvantitatīvajiem un kategorālajiem mainīgajiem

Mainīgais	Neaizpildīja				Aizpildīja				P vērtība
	20. nod.	12. nod.	17. nod.	Kopā	20. nod.	12. nod.	17. nod.	Kopā	
Vidējais vecums, W (SD)	50,3 (18,3)	50,0 (15,8)	34,9 (15,0)	40,3 (17,2)	50,5 (16,2)	47,1 (15,9)	36,0 (15,0)	45,0 (16,9)	<0,001
Dzimums, n (%)									
Vīrietis	32 (42,1)	27 (25,7)	146 (44,1)	205 (40,0)	88 (26,1)	68 (30,2)	136 (52,1)	292 (35,5)	0,094
Sieviete	44 (57,9)	78 (74,3)	185 (55,9)	307 (60,0)	249 (73,9)	157 (70,8)	125 (47,9)	531 (64,5)	
Izglītība, n (%)									
nepabeigta pamata	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,2)	4 (0,8)	8 (2,4)	1 (0,4)	8 (3,1)	17 (2,1)	<0,001
Pamata	5 (6,6)	24 (22,9)	66 (19,9)	95 (18,6)	14 (4,2)	19 (8,4)	29 (11,1)	62 (7,5)	
nepabeigta vidējā	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (2,7)	9 (1,8)	16 (4,7)	10 (4,4)	19 (7,3)	45 (5,5)	
Vidējā	40 (52,6)	37 (35,2)	122 (36,9)	199 (38,9)	64 (19,0)	50 (22,2)	47 (18,0)	161 (19,6)	
vidējā profesionālā	16 (21,1)	23 (21,9)	47 (14,2)	86 (16,8)	101 (30,0)	67 (29,8)	42 (16,1)	210 (25,5)	
nepabeigta augstākā	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (6,5)	16 (7,1)	38 (14,6)	76 (9,2)	
Augstākā	14 (18,4)	19 (18,1)	60 (18,1)	93 (18,2)	109 (32,3)	60 (26,7)	71 (27,2)	240 (29,2)	
Cita	1 (1,3)	2 (1,9)	23 (6,9)	26 (5,1)	3 (0,9)	2 (0,9)	7 (2,7)	12 (1,5)	

3.2. tabulas turpinājums

Mainīgais	Neaizpildīja			Aizpildīja			P vērtība		
Nodarbinātība, n (%)									
algots darbs, pašnodarbināts	20 (26,3)	23 (21,9)	140 (42,3)	183 (35,7)	106 (31,5)	68 (30,2)	123 (47,1)	297 (36,1)	<0,001
Bezdarbnieks	5 (6,6)	10 (9,5)	30 (9,1)	45 (8,8)	53 (15,7)	50 (22,2)	67 (25,7)	170 (20,7)	
Pensionārs	18 (23,7)	20 (19,0)	16 (4,8)	54 (10,5)	71 (21,1)	31 (13,8)	18 (6,9)	120 (14,6)	
students/-te vai skolnieks/-ce	2 (2,6)	2 (1,9)	43 (13,0)	47 (9,2)	13 (43,9)	11 (4,9)	35 (13,4)	59 (7,2)	
Invaliditāte	25 (32,9)	35 (33,3)	23 (6,9)	83 (16,2)	89 (26,4)	59 (26,2)	13 (5,0)	161 (19,6)	
Cits	6 (7,9)	15 (14,3)	79 (23,9)	100 (19,5)	5 (1,5)	6 (2,7)	5 (1,9)	16 (1,9)	
Ģimenes stāvoklis, n (%)									
nav atbildes	3 (3,9)	6 (5,7)	38 (11,5)	47 (9,2)	3 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,4)	4 (0,5)	<0,001
precēts/-ta, dzīvo kopā	28 (36,8)	32 (30,5)	47 (14,2)	107 (20,9)	106 (31,9)	69 (30,7)	58 (22,2)	233 (28,3)	
Ģimenes stāvoklis, n (%)									
precēts/-ta, dzīvo atsevišķi	2 (2,6)	0 (0,0)	8 (2,4)	10 (2,0)	12 (3,6)	9 (4,0)	5 (1,9)	26 (3,2)	<0,001
Nav bijis precēts/-ta	27 (35,5)	42 (40,0)	179 (54,1)	248 (48,4)	83 (24,6)	67 (29,8)	134 (51,3)	284 (34,5)	
šķīries/-usies	6 (7,9)	15 (14,3)	25 (7,6)	46 (9,0)	71 (21,1)	32 (14,2)	24 (9,2)	127 (15,4)	
Civillaulība	3 (3,9)	3 (2,9)	13 (3,9)	19 (3,7)	27 (8,0)	14 (6,2)	23 (8,8)	64 (7,8)	
atraitnis/-ne	5 (6,6)	4 (3,8)	6 (1,8)	15 (2,9)	33 (9,8)	23 (10,2)	3 (1,1)	59 (7,2)	
Cits	2 (2,6)	3 (2,9)	15 (4,5)	20 (3,9)	2 (0,6)	11 (4,9)	13 (5,0)	26 (3,2)	
Dzīvesvieta (novads, rajons, pilsēta), n (%)									
Rīga, Rīgas reģions	48 (63,2)	91 (86,7)	277 (83,7)	416 (81,3)	232 (68,8)	184 (81,8)	219 (83,9)	635 (77,2)	0,142
Kurzeme	13 (17,1)	6 (5,7)	12 (3,6)	31 (6,1)	53 (15,7)	11 (4,9)	11 (4,2)	75 (9,1)	
Zemgale	3 (3,9)	5 (4,8)	13 (3,9)	21 (4,1)	13 (3,9)	18 (8,0)	15 (5,7)	46 (5,6)	
Vidzeme	2 (2,6)	2 (1,9)	18 (5,4)	22 (4,3)	18 (5,3)	9 (4,0)	13 (5,0)	40 (4,9)	
Latgale	10 (13,2)	1 (1,0)	11 (3,3)	22 (4,3)	21 (6,2)	3 (1,3)	3 (1,1)	27 (3,3)	

3.2. tabulas nobeigums

Mainīgais	Neaizpildīja				Aizpildīja				P vērtība
Diagnoze (izrakstoties), n (%)									
F06, F07	17 (22,4)	30 (28,6)	29 (8,8)	76 (14,8)	47 (13,9)	23 (10,2)	23 (8,8)	93 (11,3)	<0,001
F2	19 (25,0)	46 (43,8)	125 (37,8)	190 (37,1)	109 (32,3)	93 (41,3)	124 (47,5)	326 (39,6)	
F3	28 (36,8)	24 (22,9)	56 (16,9)	108 (21,1)	148 (43,9)	94 (41,8)	45 (17,2)	287 (34,9)	
F4	12 (15,8)	4 (3,8)	108 (32,6)	124 (24,2)	30 (8,9)	14 (6,2)	60 (23,0)	104 (12,6)	
Cita	0 (0,0)	1 (1,0)	13 (3,9)	14 (2,7)	3 (0,9)	1 (0,4)	9 (3,4)	13 (1,6)	
Blakus diagnoze, n (%)									
Nav	60 (78,6)	90 (85,7)	258 (77,9)	408 (79,7)	257 (76,3)	201 (89,3)	213 (81,6)	671 (81,5)	<0,001
somatiskā diagnoze	6 (7,9)	7 (6,7)	15 (4,5)	28 (5,5)	57 (16,9)	17 (7,6)	5 (1,9)	79 (9,6)	
neiroloģiskā diagnoze	5 (6,6)	7 (6,7)	2 (0,6)	14 (2,7)	15 (4,5)	4 (1,8)	4 (1,5)	23 (2,8)	
psihoaktīvo vielu lietošana/atkarība	5 (6,6)	0 (0,0)	8 (2,4)	13 (2,5)	8 (2,4)	3 (1,3)	7 (2,7)	18 (2,2)	
paškaitējuma diagnoze	0 (0,0)	1 (1,0)	48 (14,5)	49 (9,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	32 (12,3)	32 (3,9)	
Pacientu sadalījums pēc tā, vai iepriekš saņemta palīdzība, n (%)									
Saņemta	55 (72,4)	91 (86,7)	104 (31,4)	250 (48,8)	243 (72,1)	176 (78,2)	99 (37,9)	518 (62,9)	<0,001
Pacientu sadalījums pēc tā, kāda palīdzība saņemta iepriekš, n (%)									
nav saņemta	21 (27,6)	14 (13,3)	227 (68,6)	262 (51,2)	96 (28,5)	49 (21,8)	162 (62,1)	307 (37,3)	<0,001
Stacionārā	15 (29,7)	12 (11,4)	18 (5,4)	45 (8,8)	85 (25,2)	21 (9,3)	21 (8,0)	127 (15,4)	
Ambulatorā	10 (13,2)	19 (18,1)	46 (13,9)	75 (14,6)	37 (11,0)	23 (10,2)	45 (17,2)	105 (12,8)	
stacionārā un ambulatorā	30 (39,5)	60 (57,1)	40 (12,1)	130 (25,4)	119 (35,3)	132 (58,7)	33 (12,6)	284 (34,5)	
Iepriekšējo stacionēšanās reižu skaits (izņemot pašreizējo) W (SD)	3,1 (5,3)	4,1 (4,6)	0,3 (1,0)	1,5 (3,4)	2,3 (3,4)	3,2 (4,8)	0,3 (0,9)	1,9 (3,5)	
Iepriekšējo ambulatoro apmeklējumu skaits W (SD)	7,4 (11,2)	12,6 (11,6)	1,8 (5,3)	4,8 (9,1)	7,5 (11,4)	10,8 (11,0)	2,1 (5,7)	6,7 (10,4)	0,001
Cik ilgi atrodas aprūpē (gadi) W (SD)	3,9 (4,5)	7,1 (7,8)	1,8 (2,7)	3,2 (5,0)	4,8 (6,1)	5,3 (6,0)	1,8 (2,6)	4,0 (5,4)	0,007
Pašreizējās stacionēšanas ilgums (dienas) W(SD)	20,6 (8,7)	21,1 (9)	14,9 (13,6)	17,0 (12,5)	23,2 (7,2)	22,7 (6,3)	20,9 (12,2)	22,3 (8,9)	<0,001

F06 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Citi organiski traucējumi

F07 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Organiski personības traucējumi

F2 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Šizofrēnijas spektra traucējumi

F3 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Afektīva spektra traucējumi

F4 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neirotiska spektra traucējumi

Respondentu grupā vidējais vecums bija lielāks nekā nerespondentu grupā, sieviešu procentuālais īpatsvars bija lielāks nekā vīriešu, attiecīgi 65% (n=531) un 35% (n=292). Nerespondentiem biežāk bija pamata, vidējā un cita izglītība nekā respondentiem. Respondentiem biežāk bija bezdarbnieka statuss, viņi bija pensionāri un pacienti ar invaliditāti. Respondentiem retāk bija atbilde “nav atbildes”, “nav bijis precējies” nekā nerespondentiem. Dzīvesvietas mainīgajā statistiski ticamas atšķirības nebija.

Diagnoze F06, F07 (organiski afektīvi un organiski personības traucējumi), F4 (neirotikā spektra un ar stresu saistītie traucējumi) un “cita” statistiski nozīmīgi biežāk bija vērojama to pacientu vidū, kuri neaizpildīja novērtējuma anketu. Nerespondentiem no blakusdiagnozēm biežāk bija X diagnoze (paškaitējumu definējošā diagnoze), bet respondentiem biežākā bija kāda no somatiskām diagnozēm (sirds-asinsvadu, endokrīnās sistēmas saslimšana).

Respondenti bija vidēji ilgāk stacionēti nekā nerespondenti, respondenti vidēji bija arī ilgāk pavadījuši laiku psihiskās veselības aprūpes sistēmā. Respondenti biežāk bija saņēmuši palīdzību iepriekš nekā nerespondenti, tātad viņi bija biežāk stacionēti iepriekš, kā arī viņiem anamnēzē bija biežākas ambulatorās vizītes pie psihiatra.

Līdzestības netiešo rādītāju un atkārtoto stacionēšanas reižu salīdzinājums respondentu un nerespondentu grupā atspoguļots 3.3. tabulā.

3.3. tabula

Respondentu un nerespondentu grupu vidējo vērtību salīdzinājums pēc palīdzības meklēšanas 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanās no stacionārās nodaļas pēc t-testa un Hī-kvadrāta testa kvantitatīvajiem un kategorālajiem mainīgajiem atbilstoši

Mainīgais	Neaizpildīja				Aizpildīja				P vērtība
	20. nod.	12. nod.	17. nod.	Kopā	20. nod.	12. nod.	17. nod.	Kopā	
Pacientu sadalījums pēc tā, vai saņēma 12 mēnešu laikā stacionāro ārstēšanu turpmāk, n (%)									
Jā	36 (47,4)	49 (46,7)	69 (20,8)	154 (30,1)	112 (33,4)	92 (40,9)	55 (21%)	259 (31,5)	0,0593
Turpmāko stacionēšanas reižu skaits 12 mēnešu laikā, W (SD)	0,7 (1,0)	0,9 (1,2)	0,3 (0,8)	0,5 (0,9)	0,5 (0,8)	0,7 (1,0)	0,3 (0,7)	0,5 (0,8)	0,989
Pacientu sadalījums pēc tā, vai vērsās ambulatori turpmāk 12 mēnešu laikā, n (%)									
Jā	33 (43,4)	81 (77,1)	120 (36,3)	234 (45,7)	152 (45,1)	166 (73,8)	137 (52,5)	455 (55,3)	0,001
Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā, W (%)	3,1 (4,7)	7,2 (6,7)	2,2 (4,0)	3,3 (5,2)	3,3 (4,9)	6,0 (5,7)	3,5 (5,2)	4,1 (5,4)	0,008

Statistiski ticami respondenti no nerespondentiem atšķīrās pēc vēršanās psihiatriskās veselības aprūpes ambulatorās nodaļās un pēc ambulatoro vizīšu skaita, kur respondenti biežāk bija vērsušies ambulatori.

Apkopojot rezultātus, izrādījās, ka nerespondenti bija jaunāki, biežāk ar pamata un vidējo izglītību, biežāk nebija precējušies, retāk bija saņēmuši psihiatrisko palīdzību iepriekš, arī retāk turpmāk vērsās pēc ambulatorās palīdzības. Nerespondentiem bija īsāks uzturēšanās laiks stacionārā, īsāks laiks pavadīts psihiskās veselības aprūpes sistēmā, kā arī biežāk bija organisko traucējumu vai neirotisko un ar stresu saistīto traucējumu spektra diagnozes, kā arī biežāk bija konstatēta paškaitējuma blakus diagnoze.

3.2.2. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas analīze par apmierinātību ar saņemto ārstēšanu

No analīzes par izvērtēšanas instrumentu tika izslēgti 2 pacienti. Vienam pacientam vairāk nekā puse no jautājumiem netika atbildēti, un citam pacientam visos jautājumos bija ielikts maksimālais novērtējums 5, tajā skaitā arī pārbaudes jautājumā Nr.16, kas novērtējumā formulēts pretēji visiem pārējiem jautājumiem. Tālāk tiek analizēts 821 pacients. Pacientu novērtējums par saņemto ārstēšanu Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā atspoguļots 3.4. tabulā.

3.4. tabula

Pacientu apmierinātība ar saņemto ārstēšanu stacionārās nodaļās ar jautājumu relatīvā biežuma atspoguļojumu aprakstošās statistikas analīzē

PIPEQ-OS aptaujas jautājumi (%)	Nav attiecināms	Pilnībā nē	Drīzāk nē	Viduvēji	Drīzāk jā	Vieslielākā mērā
	0	1	2	3	4	5
1.Vai Jūsu sagaidīšana slimnīcā bija apmierinoša?	1,2	1,3	1,6	4,5	20,8	70,6
2.Vai Jums bija pietiekami daudz laika sarunai un kontaktam ar mediķiem/personālu?	0,5	1,0	2,6	8,7	25,3	62,0
3.Vai Jūs sajūtāt, ka mediķi/personāls izprot Jūsu situāciju?	1,3	1,7	3,0	6,6	26,0	61,4
4.Vai Jums bija iespēja pastāstīt mediķiem/personālam ko svarīgu par Jūsu stāvokli?	1,2	0,6	0,7	5,5	20,2	71,8
5.Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami labi sadarbojās ar Jūsu tuviniekiem?	34,6	5,0	1,9	5,8	15,9	36,7

3.4. tabulas turpinājums

PIPEQ-OS aptaujas jautājumi (%)	Nav attiecināms	Pilnībā nē	Drīzāk nē	Viduvēji	Drīzāk jā	Vieslielākā mērā
	0	1	2	3	4	5
6.Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami sagatavoja Jūs laikam pēc slimnīcas?	7,2	1,6	2,6	9,7	25,5	53,5
7.Vai Jūs uzskatāt, ka ārstēšana bija atbilstoša Jūsu situācijai?	1,6	1,9	2,3	9,4	22,4	62,5
8.Vai Jums bija iespēja ietekmēt Jūsu ārstēšanas režīmu?	11,4	8,1	4,1	12,4	23,6	40,3
9.Vai Jums bija iespēja ietekmēt Jums nozīmēto zāļu izvēli?	12,5	13,6	6,6	10,6	20,4	36,3
10.Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par psihiskās veselības stāvokli/diagnozi?	4,4	7,3	5,3	14,9	25,8	42,3
11.Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par Jums pieejamajiem ārstēšanas veidiem?	5,6	7,8	4,5	14,0	27,0	41,2
12.Vai Jūs iestādē jutāties droši?	0,7	0,4	0,9	4,9	12,8	80,4
13.Vai iestādē piedāvātās aktivitātes bija apmierinošas?	5,1	1,2	4,0	11,4	24,7	53,6
14.Vai iestādē piedāvātais ēdiens bija apmierinošs?	0,7	3,5	5,3	14,7	29,8	45,9
15.Vai Jūs bijāt apmierināts/-a ar privātuma iespējām?	3,5	2,9	2,6	9,1	22,1	59,8
16.Vai Jums šķiet, ka, uzturoties slimnīcā, tikāt nepareizi ārstēts (balstoties uz Jūsu personīgo viedokli)?	19,1	49,0	8,1	6,9	7,2	9,7
17.Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja labāk izprast savu psihiskās veselības stāvokli?	3,2	3,2	3,8	11,5	28,7	49,7
18.Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja labāk tikt galā ar savām psihiskās veselības problēmām?	1,5	2,4	4,4	9,0	33,3	49,5
19.Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja noticēt, ka dzīve var uzlaboties pēc izrakstīšanas?	1,5	2,6	3,3	11,1	32,2	49,5

3.4. tabulas nobeigums

PIPEQ-OS aptaujas jautājumi (%)	Nav attiecināms	Pilnībā nē	Drīzāk nē	Viduvēji	Drīzāk jā	Vieslielākā mērā
	0	1	2	3	4	5
20.Vai kopumā palīdzība un ārstēšana, kuru saņēmat iestādē, bija apmierinoša?	1,1	0,7	1,5	6,4	27,1	63,2
21.Vai kopumā Jūs ieguvāt kādu labumu no līdzšinējās ārstēšanās iestādē?	1,1	1,3	1,7	6,4	26,6	62,8

Sākumā visi jautājumi tika apskatīti atsevišķi saistībā ar apmierinātības novērtēšanu, lai uzzinātu noteiktus aspektus un pacientu novērtējumu par ārstēšanas procesu. Tā kā visus jautājumus atbildēja 821 persona, tad doti tikai relatīvie lielumi (tas ir %). Skalā atbildes bija 0 un 1 līdz 5, kur nulle apzīmē “nav attiecināms”. Likerta skalā ir 5 atbildes, no “1” jeb “pilnībā nē” līdz “5” jeb “vislielākā mērā”.

Jautājums, uz kuru visbiežāk atbildēja “nav attiecināms”, bija jautājums par radniekiem: “Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami labi sadarbojās ar Jūsu tuviniekiem?”, kurā 34,6% pacientu nevarēja uz sevi attiecināt šo jautājumu.

Vairums respondentu aprūpi kopumā novērtēja kā apmierinošu (20. jautājums). Jautājumā “Vai Jūs iestādē jutāties droši?” pacienti visbiežāk atzīmēja Likerta skalas vērtējumu 5 (“Vislielākā mērā”), kā arī ar augstāko novērtējumu bieži tika atzīmēti jautājumi “Vai Jūsu sagaidīšana slimnīcā bija apmierinoša?”, “Vai Jums bija iespēja pastāstīt mediķiem/personālam ko svarīgu par Jūsu stāvokli?”. Respondenti bija lielākoties apmierināti ar laiku, ko mediķi veltījuši sarunai, kā arī atzīmēja, ka medicīnas darbinieki izprata viņu situāciju. Mazāk augstu novērtēti, bet ne zemu, bija jautājumi, kuri skāra pacientu informēšanu par diagnozi un pieejamajiem ārstēšanas veidiem. Pacienti lielākoties ar 4 un 5 punktiem novērtēja jautājumu par ārstēšanas atbilstību viņu situācijai. Nedaudz retāk augstākos novērtējumus guva jautājumi, kuri skāra iznākumu faktoru, proti, vai ārstēšana stacionārā ļāva viņiem labāk izprast savu situāciju, tikt ar to galā, un zemāk novērtēja to, vai ārstēšana palīdzēja noticēt, ka dzīve uzlabosies.

16.jautājumā (“Vai Jums šķiet, ka, uzturoties slimnīcā, tikāt nepareizi ārstēts (balstoties uz Jūsu personīgo viedokli)?”) 49% respondentu norādīja atbilžu variantu 1. Jāatzīmē, ka šis jautājums bija kontroles jautājums. Zemāk respondenti novērtēja iespēju ietekmēt zāļu izvēli (9. jautājums), kurš ir biežākais jautājums pēc kontroles jautājuma ar zemu novērtējumu. Mazāk apmierināti respondenti bija arī par iespēju ietekmēt ārstēšanas režīmu (8. jautājums). Viduvēji tika novērtēts piedāvātais ēdiens.

Sadalot jautājumus trijās Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā identificētajās skalās, iznāca, ka skala “sadarbība ar pacientu” sastāvēja no 7 jautājumiem, kur viszemāko vērtējumu pacienti sniedza 8. jautājumā “Vai Jums bija iespēja ietekmēt Jūsu ārstēšanas režīmu?”, vidējais punktu skaits bija 3,95. Struktūras un iestādes skalā viszemākie vērtējumi bija divos jautājumos, proti, 10. un 11. Attiecīgi “Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par psihiskās veselības stāvokli/diagnozi?” un “Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par Jums pieejamajiem ārstēšanas veidiem?”. Šajos jautājumos vidējais punktu skaits bija 3,95. Trešajā skalā “iznākumi”, viszemākais vērtējums bija jautājumā “Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja labāk izprast savu psihiskās veselības stāvokli?”. Šeit vidējais punktu skaits bija 4,22.

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā arī tika apskatīts kopējais punktu skaits (vidējais no jautājumiem, kuri ir atbildēti). Mediānas punktu skaits 4,45. Visi pacienti tika iedalīti 2 grupās – tie, kas augstāk vērtēja pacientu ārstēšanu, un tie, kas zemāk. Pacienti, kuriem vērtējums bija lielāks vai vienāds par 4,45 punktiem, veido grupu ar augstākajiem vērtējumiem, un tie, kuru vērtējums bija zemāks par 4,45 punktiem, veido grupu ar zemākajiem vērtējumiem. Kopā iegūts, ka grupā ar augstākajiem vērtējumiem ir 418 pacientu, bet zemāko vērtējumu grupā – 403 pacienti. Pacientu grupas ar sniegtajiem augstākajiem un zemākajiem vērtējumiem ir salīdzinātas 3.5. un 3.6. tabulā.

3.5. tabula

Sociāli demogrāfisko rādītāju salīdzinājums starp pacientiem ar augstāku un zemāku apmierinātību, izmantojot t-testu un Hī-kvadrāta testu

Mainīgais	Novērtēja zemāk	Novērtēja augstāk	P vērtība
Vecums W, (SD)	40,8 (16,3)	49,0 (16,5)	<0,001
Slimnīcas nodaļa, n (%)			
subakūta nodaļa	125 (31,0)	211 (50,5)	<0,001
subakūta nodaļa	116 (28,8)	109 (26,1)	
akūta nodaļa	162 (40,2)	98 (23,4)	
Dzimums, n (%)			
Vīrietis	163 (40,4)	128 (30,6)	0,003
Sieviete	240 (59,6)	290 (69,4)	
Izglītība, n (%)			
nepabeigta pamata	11 (2,7)	5 (1,2)	0,001
pamata	33 (8,2)	29 (6,9)	
nepabeigta vidējā	32 (7,9)	13 (3,1)	
vidējā	78 (19,4)	83 (19,9)	
vidējā profesionālā	85 (21,1)	124 (29,7)	
nepabeigta augstākā	47 (11,7)	29 (6,9)	
augstākā	110 (27,3)	130 (31,1)	
Cita	7 (1,7)	5 (1,2)	

3.5. tabulas turpinājums

Mainīgais	Novērtēja zemāk	Novērtēja augstāk	P vērtība
Nodarbinātība, n (%)			
algots darbs, pašnodarbināts	141 (35,0)	156 (37,3)	<0.001
bezdarbnieks	94 (23,3)	75 (17,9)	
pensionārs	41 (10,2)	78 (18,7)	
students/-te vai skolnieks/-ce	40 (9,9)	19 (4,5)	
invaliditāte	77 (19,1)	84 (20,1)	
Cits	10 (2,5)	6 (1,4)	
Ģimenes stāvoklis, n (%)			
nav atbildes	1 (0,2)	3 (0,7)	<0,001
precēts/-ta, dzīvo kopā	97 (24,1)	136 (32,5)	
precēts/-ta, dzīvo atsevišķi	6 (1,5)	20 (4,8)	
Nav bijis precēts/-ta	177 (43,9)	106 (25,4)	
šķīries/-usies	54 (13,4)	72 (17,2)	
civillaulība	34 (8,4)	30 (7,2)	
atraitnis/-ne	19 (4,7)	40 (9,6)	
Cits	15 (3,7)	11 (2,6)	
Dzīvesvieta (novads, rajons, pilsēta), n (%)			
Rīga, Rīgas reģions	323 (80,1)	311 (74,4)	0,049
Kurzeme	32 (7,9)	42 (10,0)	
Zemgale	25 (6,2)	21 (5,0)	
Vidzeme	16 (4,0)	24 (5,7)	
Latgale	7 (1,7)	20 (4,8)	

Vecuma rādītājā tie, kas sniedza augstāku novērtējumu, bija statistiski ievērojami vecāki. Augstākos vērtējumus biežāk sniedza 20. nodaļas (viena no subakūtām nodaļām) pacienti. Zemāko punktu skaitu biežāk deva vīrieši. Nepabeigta pamata, pamata, nepabeigta vidējā, nepabeigta augstākā un cita izglītība biežāk bija zemākajiem vērtētājiem. Bezdarbnieki, studenti vai skolnieki, kā arī cita nodarbinātības kategorija biežāk bija zemākajiem vērtētājiem nekā augstākajiem. Augstāki vērtētāji kritērijā “ģimenes stāvoklis” biežāk nekā zemāki vērtētāji norādīja – “bez atbildes”, precēti un dzīvo kopā vai atsevišķi, šķīrušies un atraitņi. Zemākie novērtētāji biežāk bija no Rīgas un Rīgas rajona, kā arī no Zemgales.

Turpmāk pētījumā apskatīta augstāka un zemāka apmierinātība slimību raksturojošos faktoros, kas atspoguļots 3.6. tabulā.

**Slimību raksturojošo rādītāju salīdzinājums starp pacientiem ar augstāku un zemāku
apmierinātību, izmantojot t-testu un Hī-kvadrāta testu**

Mainīgais	Novērtēja zemāk	Novērtēja augstāk	P vērtība
Iepriekšējo stacionēšanās reižu skaits (izņemot pašreizējo), W (SD)	1,9 (3,7)	2,0 (3,4)	0,687
Iepriekšējo ambulatoro apmeklējumu skaits, W (SD)	6,8 (10,4)	6,6 (10,5)	0,759
Cik ilgi atrodas aprūpē (gadi), W (SD)	3,7 (5,1)	4,2 (5,8)	0,203
Pašreizējās stacionēšanās ilgums (dienas), W (SD)	22,6 (9,3)	22,1 (8,5)	0,465
Vai saņemta palīdzība iepriekš? n (%)			
Nē	156 (38,7)	148 (35,4)	0,327
Jā	247 (61,3)	270 (64,6)	
Kāda palīdzība saņemta? n (%)			
nav saņemta	157 (39,0)	149 (35,6)	0,038
stacionārā	47 (11,7)	79 (18,9)	
ambulatorā	52 (12,9)	53 (12,7)	
stacionārā un ambulatorā	147 (36,5)	137 (32,8)	
Diagnoze (izrakstoties), n (%)			
Organiski psihiski traucējumi (F06, F07)	31 (7,7)	62 (14,8)	< 0,001
Šizofrēnijas spektra traucējumi (F2)	178 (44,2)	147 (35,2)	
Afektīva spektra traucējumi (F3)	126 (31,3)	160 (38,3)	
Neirotiska spektra un ar stresu saistītie traucējumi (F4)	58 (14,4)	46 (11,0)	
Cita (Pieaugušo uzvedības traucējumi)	10 (2,5)	3 (0,7)	
Blakus diagnoze, n (%)			
Nav	342 (84,9)	328 (78,5)	0,010
somatiskā diagnoze	24 (6,0)	54 (12,9)	
neiroloģiskā diagnoze (G grupa)	10 (2,5)	13 (3,1)	
psihoaktīvo vielu lietošana/atkarība	8 (2,0)	10 (2,4)	
paškaitējuma blakus diagnoze (X grupa)	19 (4,7)	13 (3,1)	

F06 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Citi organiski traucējumi

F07 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Organiski personības traucējumi

F2 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Šizofrēnijas spektra traucējumi

F3 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Afektīva spektra traucējumi

F4 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neirotiska spektra traucējumi

Stacionāro un ambulatoro, kā arī tikai ambulatoro palīdzību iepriekš biežāk saņēma tie, kuri sniedza zemāku novērtējumu jautājumos. Pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (F06, F07) un afektīva spektra traucējumiem (F3 diagnoze) biežāk sniedza

augstākos vērtējumus, savukārt F4 (ar stresu saistītie traucējumi) un F2 (šizofrēnijas spektra traucējumi) diagnožu grupu pacienti kopumā aprūpi novērtēja zemāk. Blakus diagnozes (somatiskā un neiroloģiskā) (G2, G4, G6, G7) pacienti biežāk deva augstākus vērtējumus.

Augstāko un zemāko novērtējumu salīdzinājums saistībā ar turpmākas palīdzības meklēšanu un līdzestību netieši raksturojošiem faktoriem ir atspoguļots 3.7. tabulā.

3.7. tabula

Līdzestības netiešo rādītāju un palīdzības meklēšanas 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanās rādītāja salīdzinājums starp pacientiem ar augstāku un zemāku apmierinātību, izmantojot t-testu un Hī-kvadrāta testu

Mainīgais	Novērtēja zemāk	Novērtēja augstāk	P vērtība
Vai bija stacionēts turpmāk 12 mēnešu laikā? n (%)			
Nē	279 (69,2)	283 (67,7)	0,638
Jā	124 (30,8)	135 (32,3)	
Turpmāko stacionēšanas reižu skaits 12 mēnešu laikā, W (SD)	0,5 (0,9)	0,5 (0,8)	0,844
Vai bija griezies turpmāk ambulatori 12 mēnešu laikā? n (%)			
Nē	158 (39,2)	208 (49,8)	0,002
Jā	245 (60,8)	210 (50,2)	
Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā, W (SD)	4,5 (5,5)	3,8 (5,3)	0,089
Cik reizes izņēma zāles 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanās, W (SD)	2,8 (1,6)	3,3 (1,3)	< 0,001

Izvērtējot statistisko ticamību atšķirībām saistībā ar turpmāko ārstēšanas saņemšanu pacientiem ar augstākiem un zemākiem novērtējumiem Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā, tika konstatēts, ka tie, kuri novērtēja augstāk saņemto ārstēšanu, statistiski nozīmīgi biežāk izņēma zāles. Pēc saņemtā palīdzības veida stacionāro palīdzību turpmāk viena gada laikā biežāk saņēma tie, kuri Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā uzrādīja augstākus novērtējumus, taču šī saistība nav statistiski ticama. Turpmāk ambulatori statistiski biežāk pēc palīdzības griezās tie, kuri ārstēšanu novērtēja zemāk. Pacientu stacionēšana turpmāk gada laikā neizrādījās statistiski ticami atšķirīga abās grupās.

3.2.3. Sociāli demogrāfisko rādītāju saistības noteikšana ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalām

Sociāli demogrāfisko rādītāju saistībai ar līdzestības rādītājiem tika modelēti lineārās regresijas modeļi, katram līdzestības rādītājam tika veidots viens regresijas modelis ar visiem sociāli demogrāfiskiem rādītājiem (vecums, dzimums, izglītība, nodarbinātība un ģimenes stāvoklis).

Sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas trim skalām

Tikai daži mainīgie vai atsevišķas to kategorijas uzrādīja statistiski nozīmīgu saistību ar līdzestības rādītājiem. Tika veidoti 3 modeļi, rezultāti atspoguļoti 3.8. tabulā.

3.8. tabula

Sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas trīs skalām, izmantojot lineāras regresijas analīzi

Mainīgais	Sadarbība ar pacientu*		Struktūra un iestādes**		Iznākumi***	
	B	p vērtība	B	p vērtība	B	p vērtība
Vecums	0,008	0,001	0,010	<0,001	0,004	0,096
Dzimums: vīrietis						
sieviete	0,078	0,138	0,033	0,492	0,068	0,235
Izglītība: nepabeigta pamata						
pamata	0,569	0,003	0,268	0,126	0,291	0,161
nepabeigta vidējā	-0,012	0,952	-0,143	0,434	-0,263	0,223
vidējā	0,324	0,071	0,174	0,292	0,099	0,610
vidējā profesionālā	0,362	0,043	0,243	0,140	0,199	0,306
nepabeigta augstākā	0,343	0,067	0,159	0,357	0,081	0,691
augstākā	0,334	0,063	0,157	0,341	0,120	0,540
cita	0,177	0,495	-0,040	0,868	0,385	0,174
Nodarbinātība: algots darbs, pašnodarbināts						
bezdarbnieks	-0,106	0,117	-0,066	0,284	-0,191	0,009
pensionārs	-0,134	0,155	-0,118	0,175	-0,119	0,247
students/-te vai skolnieks/-ce	-0,180	0,100	-0,017	0,864	-0,073	0,542
invaliditāte	-0,073	0,304	-0,035	0,599	-0,135	0,082
cits	-0,134	0,444	-0,239	0,137	-0,013	0,945
Ģimenes stāvoklis: precēts/-a, dzīvo kopā						
precēts/-ta, dzīvo atsevišķi	0,253	0,071	0,160	0,214	0,110	0,470
Nav bijis precēts/-ta	-0,131	0,080	-0,125	0,069	-0,147	0,071
šķīries/-usies	-0,044	0,560	0,032	0,645	-0,022	0,784
civillaulība	-0,204	0,035	-0,052	0,559	-0,104	0,321

* $R^2 = 0,123$, $F(19, 803) = 5,334$, $p < 0,001$

** $R^2 = 0,144$, $F(19, 803) = 6,417$, $p < 0,001$

*** $R^2 = 0,076$, $F(19, 803) = 3,124$, $p < 0,001$

Vecums uzrādīja statistiski nozīmīgu saistību ar divām Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalām, tās ir – sadarbība ar pacientu un struktūra un iestādes. Pozitīva saistība ir vecumam ar abām minētajām skalām, tas ir, pieaugot vecumam, pieaug apmierinātība attiecīgajās skalās. Pamata un vidējās profesionālās izglītības grupas ir statistiski nozīmīgas attiecībā uz skalu “sadarbība ar pacientu”. Pacienti ar pamata un vidējo profesionālo izglītības līmeni skalā sniedza augstāku novērtējumu, salīdzinot ar pacientiem ar nepabeigto pamata izglītību. Nodarbinātība uzrādīja statistisku nozīmīgumu saistībā ar vienu no Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas trim skalām. Bezdarbnieki zemāk novērtēja ārstēšanas iznākumus nekā algota darba veicēji. Ģimenē dzīvojošie, civillaulībā esošie cilvēki zemākus vērtējumus sniedza skalā “sadarbība ar pacientu” nekā grupa “precēts / dzīvo kopā”, kas ir statistiski nozīmīgi.

Sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem

Tika pārbaudīta sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem, proti, turpmāko ambulatoro vizīšu biežumu, zāļu izņemšanu aptiekā, kā arī tika izpētīta saistība ar turpmāko stacionēšanas biežumu gada laikā. Tika veidoti 4 lineārās regresijas modeļi. Sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem atspoguļota 3.9. tabulā.

3.9. tabula

Sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar līdzestības netiešo rādītāju un stacionēšanas ilgumu, izmantojot lineārās regresijas analīzi ar visu mainīgo samērošanu

Mainīgais	Turpmāko stacionēšanas reižu skaits 12 mēnešu laikā*		Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā**		Pašreizējās stacionēšanas ilgums (dienas)***		Cik reizes izņēma zāles 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas****	
	B	p vērtība	B	p vērtība	B	p vērtība	B	p vērtība
Vecums	-0,002	0,438	-0,033	0,087	0,036	0,259	0,019	<0,001
Dzimums: vīrietis								
sieviete	0,150	0,021	1,242	0,003	-0,565	0,403	0,306	0,006
Izglītība: nepabeigta pamata								
pamata	-0,042	0,857	1,272	0,395	2,365	0,335	0,112	0,780
nepabeigta vidējā	0,042	0,864	0,528	0,734	3,831	0,133	-0,100	0,810
vidējā	-0,066	0,767	1,587	0,259	4,215	0,068	0,131	0,728
vidējā profesionālā	-0,059	0,790	1,939	0,167	5,480	0,017	0,224	0,551
nepabeigta augstākā	-0,297	0,200	1,028	0,485	6,862	0,005	-0,063	0,872
augstākā	-0,238	0,285	2,404	0,088	5,999	0,010	0,030	0,936
cita	-0,426	0,186	0,608	0,766	-0,187	0,955	-0,469	0,391

Mainīgais	Turpmāko stacionēšanas reižu skaits 12 mēnešu laikā*		Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā**		Pašreizējās stacionēšanas ilgums (dienas)***		Cik reizes izņēma zāles 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas****	
	B	p vērtība	B	p vērtība	B	p vērtība	B	p vērtība
Nodarbinātība: algots darbs, pašnodarbināts								
bezdarbnieks	-0,012	0,882	-0,399	0,451	3,308	<0,001	0,107	0,450
pensionārs	0,130	0,265	0,034	0,963	1,847	0,128	-0,063	0,752
students/-te vai skolnieks/-ce	-0,217	0,109	-1,519	0,077	-2,732	0,053	-0,463	0,045
invaliditāte	0,326	<0,001	1,918	0,001	2,584	0,005	0,575	<0,001
cits	-0,133	0,538	-2,291	0,095	0,399	0,859	-0,265	0,471
Ģimenes stāvoklis: precēts/-a, dzīvo kopā								
precēts/-ta, dzīvo atsevišķi	-0,035	0,840	0,133	0,903	2,820	0,118	0,005	0,987
nav bijis precēts/-ta	0,043	0,644	0,986	0,093	2,140	0,026	0,040	0,798
šķīries/-usies	-0,006	0,948	-0,003	0,997	0,968	0,317	-0,041	0,797
civillaulība	-0,121	0,313	-0,009	0,990	-0,849	0,495	0,020	0,923

* $R^2 = 0,055$, $F(19,1315) = 2,695$, $p < 0,001$

** $R^2 = 0,070$, $F(19, 1315) = 4,704$, $p < 0,001$

*** $R^2 = 0,108$, $F(19, 1315) = 7,550$, $p < 0,001$

**** $R^2 = 0,129$, $F(19, 803) = 5,651$, $p < 0,001$

Vecums uzrādīja statistiski nozīmīgu saistību ar izņemto zāļu biežumu. Pieaugot pacientu vecumam par vienu gadu, vidēji izņemto zāļu daudzums palielinājās par 0,019 reizēm. Dzimums arī trīs modeļos uzrādīja statistiski nozīmīgu saistību ar līdzestības rādītājiem. Sievietes vidēji viena gada laikā stacionējās par 0,150 reizēm biežāk nekā vīrieši, sievietes arī biežāk griezās ambulatori viena gada laikā (vidēji 1,242 reizes biežāk) nekā vīrieši. Sievietes par 0,3 reizēm biežāk izņēma zāles nekā vīrieši. Pacienti trīs izglītības kategorijās (vidējā profesionālā, nepabeigta augstākā un augstākā) vidēji uzturējās stacionārā ilgāk nekā personas ar nepabeigtu pamata izglītību. Izglītības 3 kategorijas (vidējā profesionālā, nepabeigta augstākā un augstākā) bija statistiski nozīmīgas saistībā ar pašreizējās stacionēšanas ilgumu. Pacientu nodarbinātība arī uzrādīja dažas statistiski nozīmīgas saistības ar līdzestības rādītājiem. Invaliditāte bija statistiski nozīmīgs rādītājs saistībā ar visiem līdzestības rādītājiem. Ar invaliditāti esošiem cilvēkiem bija lielāks turpmāko stacionēšanās reižu skaits nekā algota darba veicējiem, arī lielāks ambulatoro apmeklējumu skaits nekā algota darba veicējiem, arī stacionēšanās ilgums viņiem bija lielāks. Viņi arī par 0,575 reizēm biežāk izņēma zāles nekā algota darba veicēji. Bezdarbnieki uzturējās stacionārā ilgāk par 3 dienām nekā algota darba veicēji. Studenti un skolēni par 0,463 reizēm retāk izņēma zāles nekā algota darba veicēji. Pacienti ar definētu ģimenes stāvokli “nekad nav bijis precējies vai precējusies” ilgāk uzturējās stacionārā nekā kategorija “precētie, kas dzīvo kopā”.

3.2.4. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalu saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un atkārtotu stacionēšanu skaitu dažādās diagnožu grupās

Lai noteiktu saistību starp dažādiem rādītājiem dažādās diagnožu grupās, tika apskatītas korelācijas starp tiem katras diagnozes ietvaros, kas ir atspoguļots trijās tabulās: 3.10. tabulā, 3.11. tabulā, 3.12. tabulā.

3.10. tabula

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalu saistība ar turpmāko stacionēšanas reižu skaitu 12 mēnešu laikā dažādās diagnožu grupās pēc Spīrmana korelācijas analīzes

Aptaujas skalas		Turpmāko stacionēšanas reižu skaits 12 mēnešu laikā			
		F06, F07	F2	F3	F4
Sadarbība ar pacientu	r_s	-0,096	0,098	0,016	0,081
	p-vērtība	0,359	0,076	0,785	0,415
Struktūra un iestādes	r_s	-0,118	0,097	0,019	0,046
	p-vērtība	0,260	0,079	0,744	0,645
Iznākumi	r_s	-0,035	0,036	-0,052	-0,020
	p-vērtība	0,737	0,513	0,380	0,844
N		93	325	286	104

F06 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Citi organiski traucējumi

F07 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Organiski personības traucējumi

F2 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Šizofrēnijas spektra traucējumi

F3 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Afektīva spektra traucējumi

F4 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neirotika spektra traucējumi

3.11. tabula

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalu saistība ar turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaitu 12 mēnešu laikā dažādās diagnožu grupās pēc Spīrmana korelācijas analīzes

Aptaujas skalas		Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā			
		F06, F07	F2	F3	F4
Sadarbība ar pacientu	r_s	-0,134	0,022	-0,146	0,021
	p-vērtība	0,200	0,691	0,014	0,832
Struktūra un iestādes	r_s	-0,104	0,039	0,172	0,023
	p-vērtība	0,319	0,480	0,004	0,818
Iznākumi	r_s	-0,105	-0,059	-0,119	-0,027
	p-vērtība	0,318	0,289	0,045	0,783
N		93	325	286	104

F06 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Citi organiski traucējumi

F07 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Organiski personības traucējumi

F2 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Šizofrēnijas spektra traucējumi

F3 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Afektīva spektra traucējumi

F4 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neirotika spektra traucējumi

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalū saistība ar turpmāko zāļu izņemšanas skaitu 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas dažādās diagnožu grupās pēc Spīrmana korelācijas analīzes

Aptaujas skalas		Cik reizes izņēma zāles 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanās			
		F06, F07	F2	F3	F4
Sadarbība ar pacientu	r_s	0,043	0,207	0,151	0,171
	p-vērtība	0,680	0,000	0,010	0,082
Struktūra un iestādes	r_s	0,168	0,184	0,236	0,116
	p-vērtība	0,108	0,001	0,000	0,242
Iznākumi	r_s	0,133	0,073	0,089	-0,003
	p-vērtība	0,205	0,188	0,133	0,972
N		93	325	286	104

F06 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Citi organiski traucējumi

F07 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Organiski personības traucējumi

F2 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Šizofrēnijas spektra traucējumi

F3 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Afektīva spektra traucējumi

F4 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neirotika spektra traucējumi

Tika iegūts rezultāts, ka neviena korelācija trīs skalās nav statistiski nozīmīga saistībā ar turpmāko stacionēšanas reižu skaitu 12 mēnešu laikā.

Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā uzrādīja statistiski nozīmīgas korelācijas ar visām Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalām, tās ir “sadarbība ar pacientu”, “struktūra un iestādes”, kā arī “iznākumi”, diagnožu grupā F3 jeb afektīvo traucējumu grupā. Visas šīs korelācijas, kaut arī statistiski nozīmīgas, pēc absolūtās vērtības nav augstas, no šīm trim maksimālais korelācijas koeficients ir 0,172, kas ir ļoti vāja korelācija. Divas no šīm korelācijām ir negatīvas, kas nozīmē, ka, pieaugot vienam rādītājam, otrs samazinās. Sadarbība ar pacientu un iznākumi negatīvi korelēja ar F3 jeb afektīvā spektra diagnozēm saistībā ar turpmāko ambulatoro vizīšu skaitu. Viena ir tieša jeb pozitīva korelācija, kas nozīmē, ka, pieaugot vienam rādītājam, arī otrs rādītājs pieaug, un tā ir ar struktūras un iestādes skalū saistītā korelācija. Tātad F3 diagnozes pacientiem statistiski ticami lielāka apmierinātība bija sadarbības ar pacientu skalā un iznākumu skalā, kas bija saistīts ar turpmāko ambulatoro vizīšu biežumu 12 mēnešu laikā.

Starp sadarbību ar pacientu un zāļu izņemšanas biežumu pastāv statistiski nozīmīga saistība diagnozēm F2 un F3. Tāpat arī skala “struktūra un iestādes” diagnozēs F2 un F3 veido statistiski nozīmīgas pozitīvas korelācijas ar zāļu izņemšanas biežumu.

Atšķirības turpmākajās stacionēšanas un ambulatoro apmeklējumu reizēs, kā arī zāļu izņemšanā tika noteiktas dažādām diagnožu grupām. Tās ir atspoguļotas 3.13. tabulā.

Līdzestības netiešo rādītāju atšķirības diagnožu grupās ar dispersijas analīzes metodi (ANOVA)

Mainīgais	Diag. 1	Diag. 2	Starpība (Diag. 1 - Diag. 2)	P vērtība
Turpmāko stacionēšanas reižu skaits 12 mēnešu laikā	F06, F07	F2	-0,135	0,700
	F06, F07	F3	-0,045	0,998
	F06, F07	F4	0,210	0,248
	F2	F3	0,089	0,754
	F2	F4	0,345	< 0,001
	F3	F4	0,255	0,006
Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā	F06, F07	F2	-2,787	< 0,001
	F06, F07	F3	-1,333	0,085
	F06, F07	F4	0,668	0,813
	F2	F3	1,454	0,008
	F2	F4	3,455	< 0,001
	F3	F4	2,001	< 0,001
Cik reizes izņēma zāles 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas	F06, F07	F2	-0,183	0,872
	F06, F07	F3	-0,356	0,220
	F06, F07	F4	0,982	< 0,001
	F2	F3	-0,173	0,496
	F2	F4	1,165	< 0,001
	F3	F4	1,338	< 0,001

F06 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Citi organiski traucējumi

F07 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Organiski personības traucējumi

F2 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Šizofrēnijas spektra traucējumi

F3 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Afektīva spektra traucējumi

F4 - SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neirotika spektra traucējumi

Visi trīs mainīgie statistiski nozīmīgi atšķiras starp diagnožu grupām. Turpmākās stacionēšanās reizes atšķiras starp pacientiem ar šizofrēnijas (F2) un neirotika spektra (F4) traucējumiem, kā arī afektīva (F3) un neirotika spektra (F4) diagnožu grupām (p vērtības attiecīgi < 0,001 un 0,006). Pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem (F2) vidēji par 0,345 reizēm bija vairāk stacionēti nekā pacienti ar neirotika spektra traucējumiem (F4), savukārt pacienti ar afektīva spektra traucējumiem (F3) bija par 0,255 reizēm vairāk stacionēti nekā pacienti ar neirotika spektra traucējumiem.

Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits statistiski nozīmīgi atšķirās organisko psihisko traucējumu grupā (F06, F07) un šizofrēnijas spektra traucējumu grupā, starp pacientiem ar šizofrēnijas spektra un afektīva spektra traucējumiem, starp pacientiem ar šizofrēnijas un neirotika spektra traucējumiem, kā arī starp afektīvo un neirotika traucējumu grupām. Pacientiem ar organiskiem afektīviem traucējumiem (F06, F07) vidēji bija par nepilnām trim ambulatoro apmeklējumu reizēm mazāk nekā pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem (p < 0,001). Tika iegūts, ka pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem bija par aptuveni pusotru reizi vairāk griezušies pēc palīdzības ambulatori nekā afektīvo traucējumu

diagnožu grupas pacienti ($p = 0,008$). Kā arī šizofrēnijas spektra traucējumu grupas pacientiem bija arī par aptuveni 3,5 reizēm vairāk ambulatoro apmeklējumu nekā neirotika spektra traucējumu grupas pacientiem ($p < 0,001$). Savukārt pacientiem ar afektīviem traucējumiem bija par divām reizēm vairāk veikto ambulatoro vizīšu nekā neirotisko traucējumu grupas pacientiem ($p < 0,001$).

Zāļu izņemšana atšķīrās organisko psihisko traucējumu grupā un neirotika spektra traucējumu grupā. Pirmajiem bija vidēji par aptuveni vienu reizi vairāk zāļu izņemšanas reižu ($p < 0,001$). Pacienti ar neirotiskiem traucējumiem šajā faktorā atšķīrās arī no šizofrēnijas un afektīvo traucējumu spektra pacientiem, attiecīgi par 1,165 reizēm un 1,338 reizēm mazāk nekā nosauktajām (abos gadījumos $p < 0,001$). Tātad pacienti ar neirotika spektra traucējumiem, salīdzinot ar pacientiem citās diagnožu grupās, izņēma zāles statistiski nozīmīgi retāk.

3.2.5. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalas saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem

Lai analizētu pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātību aptaujas trīs skalās un noteiktu to korelācijas ar turpmāko stacionēšanas un ambulatoro apmeklējumu skaitu, kā arī zāļu izņemšanas biežumu, saistības tika apskatītas ar Spīrmana korelācijas koeficientu. Rezultāti apkopoti 3.14. tabulā.

3.14. tabula

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas apmierinātības vidējo punktu skaita saistības ar līdzestības netiešajiem rādītājiem ar Spīrmana korelācijas analīzi

Aptaujas skalas		Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits 12 mēnešu laikā	Turpmāko stacionēšanas reižu skaits 12 mēnešu laikā	Cik reizes izņēma zāles 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas
Sadarbība ar pacientu	r_s	-0,074	0,043	0,174
	p-vērtība	0,034	0,227	< 0,001
Struktūra un iestādes	r_s	-0,081	0,036	0,186
	p-vērtība	0,021	0,302	< 0,001
Iznākumi	r_s	-0,102	-0,015	0,073
	p-vērtība	0,004	0,662	0,039
N		808	808	808

Turpmākie ambulatorie apmeklējumi 12 mēnešu laikā, kā arī tas, cik reizes izņēma zāles, ar visām trim skalām uzrādīja statistiski nozīmīgas korelācijas. Ambulatorajiem apmeklējumiem visas saistības ir negatīvas, tas ir, pieaugot skalu punktiem (pieaugot apmierinātībai), mazāk tika veikti ambulatorie apmeklējumi, bet zāļu izņemšanai ir pretēja saistība. Saistības ir pozitīvas – pieaugot apmierinātībai, pieaug zāļu izņemšanas regularitāte.

Turpmāko stacionēšanas reižu skaits neuzrādīja statistiski nozīmīgas korelācijas ar Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalām.

4. Diskusija

Reģionālo slimnīcu izteikti zemi atsaucības rādītāji var būt izskaidrojami ar to, ka šāda veida apmierinātības novērtējuma anketas pacientiem nav ierastas. Iespējams, personāls bija mazāk motivēts pacientus iesaistīt, jo arī šāda veida pētījumi līdz šim nebija veikti. Šādi atsaucības rādītāji reģionu psihoneiroloģiskajās slimnīcās jāvērtē kritiski un atsevišķi, kā arī būtu jāpēta tālāk atsaucību un apmierinātību ietekmējošie faktori, lai iegūtu pilnīgu priekšstatu par datiem par pacientiem ar psihiskiem traucējumiem Latvijā.

Pētījumu, kuros tiek izmantoti apmierinātības instrumenti, atsaucības rādītāji var variēt, un 60–90% gadījumu respondenti aptaujā nepiedalās (Bø et al., 2016b), taču promocijas darba pētījumā atsaucības rādītāji bija augstāki, tas ir 62%. To varētu izskaidrot ar sociāli demogrāfisko rādītāju pielikumu, kurš varēja ietekmēt pacientu uzskatus par anketas anonimitāti. Norvēģijā pētījumā ar Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas validizāciju, atsaucības rādītāji arī bija augstāki – 74,6% (Bjertnaes et al., 2015). Kopumā atsaucības rādītāji apmierinātības novērtējuma instrumentiem literatūrā aprakstīti kā zemi, kas arī parasti ir lielākais no ierobežojumiem (Ito, Shingai, Yamazumi, Sawa, & Iwasaki, 1999), (Perneger, Chamot, & Bovier, 2005), jo zemi atsaucības rādītāji var ietekmēt pacientu apmierinātību un radīt atlases kļūdu (Mazor, Clauser, Field, Yood, & Gurwitz, 2002). Literatūrā aplūko dažādus rādītājus, kas raksturo to, cik daudz pacientu neiesaistās un nesniedz atbildes, tie variē no 5% līdz 20%. Tomēr, neskatoties uz to, pētījumu rezultāti tiek interpretēti arī, ja atsaucības rādītāji ir zemāki (Sheikh & Mattingly, 1981). *Groves et al.* veiktajā metaanalīzē ziņoja par saistību starp atsaucības rādītāju un atlases kļūdu, zinātnieks ar līdzautoriem pieļāva, ka augstāki atsaucības rādītāji var potenciāli mazināt atlases kļūdas rašanos (Groves & Peytcheva, 2008). Tātad promocijas darba pētījuma augstie atsaucības rādītāji, salīdzinot ar pasaules datiem, varētu mazināt šo kļūdu, tomēr metaanalīzes dati interpretējami uzmanīgi. Atsaucības rādītāju atšķirības varētu būt saistītas ar vairākiem aspektiem, piemēram, anketu izdalīšanas veidu (Tyser, Abtahi, McFadden, & Presson, 2016), personīgo attieksmi pret anketēšanu, sabiedrības attieksmes ietekmi, kā arī ietekme varētu būt personāla attieksmei ārstēšanas sākumā, anketas struktūrai un noformējumam. Anketas izdalīšana pirms izrakstīšanas paaugstina atsaucības rādītājus, kas ļauj iegūt precīzāku informāciju (Boyer et al., 2009). Ja vērtē pašas anketas struktūru, tad atbilstošs anketas garums, piedāvāta informācija tās sākumā, jautājumu formulējums varēja sekmēt to, ka promocijas darbā anketas aizpildīja liels pacientu īpatsvars (Bø et al., 2016b). Pēc literatūras datiem, pacientu iesaistīšanos un novērtējumu var ietekmēt izteiktu kognitīvo traucējumu esamība, jo pacienti ar šādiem traucējumiem grūtāk izprot jautājumus. Šajā pētījumā šādi pacienti no

aptaujas tika izslēgti (Gayet-Ageron et al., 2011). Zemāki atsaucības rādītāji varētu būt saistīti arī ar redzes traucējumiem, valodas barjeru, psihoaktīvu vielu lietošanu (Gayet-Ageron et al., 2011), kas uz promocijas darba pētījuma izlasi nav attiecināms. Būtiski arī uzsvērt, ka nerespondenti mazāk griezās ambulatori pēc izrakstīšanas, taču respondentu grupā augstāka apmierinātība bija saistīta ar mazāku griešanos pēc ambulatorās palīdzības pēc izrakstīšanas, kas ļauj secināt, ka biežāki ambulatorie apmeklējumi pēc izrakstīšanas nav saistīti ar atteikšanos piedalīties aptaujā un pacientu neapmierinātību.

4.1. Respondentu un nerespondentu grupas

Literatūrā minētajos pētījumos pastāv atšķirība attiecībā uz respondentu un nerespondentu vecuma saistību ar piedalīšanos aptaujā. Promocijas darba pētījuma dati, ka nerespondentu grupā statistiski ticami biežāk bija gados jaunāki pacienti, ir pretēji dažiem literatūras datiem, piemēram, *Kjøller et al.* savā pētījumā konstatēja, ka, pieaugot vecumam, mazinājās pacientu iesaistīšanās aptaujā (Kjøller & Thoning, 2005). *Ito et al.* pētījumā atšķirības respondentu un nerespondentu vidū bija konstatētas tikai mainīgajā “vecums”, kur arī respondentu vidū bija vairāk gados jaunāku pacientu, taču pacientiem ar citiem sociāli demogrāfiskiem rādītājiem atšķirības netika atrastas (Ito et al., 1999). Pastāv arī pētījumi, kur būtiskas atšķirības minētajās grupās vecuma ziņā netika konstatētas (Osler & Schroll, 1992). Promocijas darba pētījumā iegūtie dati ir līdzīgi citiem literatūras datiem, kur lielāks vecums bija tieši respondentu vidū (Rosenheck, Wilson, & Meterko, 1997), (Jacoby & Bamford, 1992), savukārt gados jaunāki pacienti varēja būt mazāk motivēti vai arī neredzēt nozīmi novērtējuma anketai kā tādai (Pietila, Rantakallio, & Laaraa, 1995). Tas, ka nerespondentu vidū biežāk statistiski ticami bija gados jaunāki pacienti, varētu būt izskaidrojams ar to, ka gados jaunāki pacienti varēja retāk sastapties ar aptaujām pirms tam, kas varēja ietekmēt viņu iesaistīšanos, kā arī tas, ka jaunākiem pacientiem biežāk bija ar stresu saistīti traucējumi, tajā skaitā adaptācijas traucējumi. Šādi pacienti parasti tiek izrakstīti no stacionāra dažu dienu laikā, pat jau nākamajā dienā. Tāpat viņiem varētu nebūt pieņemama doma, ka viņi ir “pacienti” un atrodas ārstēšanā, tādēļ viņi varēja arī atteikties aizpildīt anketu. Minētie apstākļi neļauj apgalvot, ka aprakstītās grupas pacienti, kuri neaizpildīja anketas, negatīvāk vērtēja ārstēšanos. Taču tas norāda uz vienu no turpmāko pētījumu virzieniem. Lai vairāk analizētu tieši gados jaunāko pacientu apmierinātību ar ārstēšanu dažādās diagnožu grupās, būtu nepieciešams izveidot atbilstošu novērtēšanas veidu tieši atsevišķas vecuma grupas pacientiem.

Respondentu un nerespondentu grupā dzimums promocijas darba pētījumā neizrādījās statistiski ticami atšķirīgs. Literatūrā tomēr uzsvērts, ka dzimumam varētu būt nozīme tajā, cik daudz pacientu sniedz atbildes, jo, piemēram, *Kjøller et al.* konstatēja, ka vecums bija nozīmīgi

saistīts ar respondentiem, bet tikai saistībā ar dzimumu, jo, pieaugot vecumam, paaugstinājās atbildētības rādītāji tieši vīriešu dzimuma pārstāvjiem (Kjøller & Thoning, 2005). Tādējādi, analizējot dzimuma saistību ar neiesaistīšanos aptaujā izolēti no citiem faktoriem, var arī šādu saistību nekonstatēt.

Pacientu ar pamata, vidējo vai cita veida izglītību zemāka iesaistīšanās pētījumā varētu būt saistīta ar zemāku sociāli demogrāfisko stāvokli, zemāku labklājības līmeni, kas, pēc literatūras datiem, ietekmē atsaucības rādītājus, tos pazeminot, ja tiek izmantoti tieši pašnovērtējuma instrumenti (Pietila et al., 1995), (Cox, Rutter, Yule, & Quinton, 1977). Pacientu nodarbinātības trūkums literatūrā tiek saistīts ar zemākiem atsaucības rādītājiem adaptīvās uzvedības traucējumu dēļ (Sheikh & Mattingly, 1981), (Jacomb, Jorm, Korten, Christensen, & Henderson, 2002), kas izrādījās pretēji promocijas darba pētījuma atradnei, ka pacienti ar bezdarbnieka statusu bija vairāk pārstāvēti respondentu grupā. Augstāki iesaistīšanās rādītāji promocijas darba pētījuma aptaujā bija arī pacientu vidū ar invaliditāti, kas ir līdzīgi citu pētījumu gadījumos, kur to skaidro ar lielāku sūdzību esamību fiziskās invaliditātes ietekmes dēļ, piemēram, pacientiem ar neiroloģiskiem kustību traucējumiem (Sheikh & Mattingly, 1981). Skolēnu un studentu vidū zemāki atsaucības rādītāji var tikt skaidroti ar pieredzes trūkumu veselības aprūpē, paša skolēna/studenta attieksmi pret aptaujām kā tādām. Nerespondentu vidū biežāk bija tie, kuri nebija precējušies, kas ir līdzīgi kā citos pētījumos konstatētais (Reijneveld & Stronks, 1999), (Rosenheck et al., 1997). Jādomā, ka šādu atradni var izskaidrot ar to, ka pacienti, kuri nav precējušies, varēja būt mazāk apmierināti ar dzīvi kopumā, kas netieši var ietekmēt arī viņu iesaistīšanos aprūpes novērtējumā (McCabe, Saidi, & Priebe, 2007), (Fakhoury, Kaiser, Roeder-Wanner, & Priebe, 2002). Piemēram, Cox et al. ziņoja par atšķirībām iesaistīšanās rādītājos to respondentu vidū, kuri bija precēti, bet kuri pieredzēja grūtības attiecībās ar partneri (Cox et al., 1977). Jāpiebilst, ka promocijas darba pētījumā varēja izvairīties no šī faktora ietekmes uz iesaistīšanos un novērtējuma punktiem, piedāvājot anonīmu anketu bez personāla tiešas iesaistīšanas intervijā.

Analizējot diagnozi un iesaistīšanos anketēšanā, ir konstatēts, ka nerespondenti biežāk bija ar organisko afektīvu un organisko personības traucējumu diagnozi, kā arī ar neirotika spektra un ar stresu saistīto traucējumu diagnozi, kas ir pretēji literatūrā aprakstītiem datiem, jo šizofrēnija un tās spektra traucējumi biežāk ir sastopama tieši nerespondentu vidū (Barker, Shergill, Higginson, & Orrell, 1996b), (L Boyer et al., 2009), (Bø et al., 2016b), (Gayet-Ageron et al., 2011). Attiecībā uz pacienta veselības stāvokļa saistību ar atsaucības rādītājiem literatūrā pastāv pretrunīgi dati (Vestbo & Rasmussen, 1992), tādēļ izdarīt secinājumus par diagnozes negatīvo ietekmi uz pacientu iesaistīšanos nebūtu korekti, taču var vērtēt šo faktoru ietekmi konkrēto pētījumu ietvaros. Promocijas darbā pacienti ar afektīva spektra traucējumiem bija

sastopami statistiski ticami biežāk respondentu vidū, kas arī līdzinās literatūras datiem (Rosenheck et al., 1997), kā arī pacientu atteikšanās nebija saistīta ar konkrētu diagnozi (Eaton, Anthony, Tepper, & Dryman, 1992), (Clark, Aneshensel, Frerich, & Morgan, 1983). Vienā gargriezuma pētījumā Austrālijā depresijas un trauksmes simptomu saistība ar neiesaistīšanos nebija atrasta, savukārt zemāks pacientu nodarbinātības un izglītības līmenis izrādījās saistīts ar viņi mazāk aktīvu piedalīšanos aptaujā (Jacomb et al., 2002). Iespējamās atšķirības pacientu ar dažādām diagnozēm atbildēs literatūrā skaidro ar pacientu ar šizofrēnijas spektra traucējumiem aizdomīgumu un psihotiskiem traucējumiem, kas var ietekmēt viņu iesaistīšanos anketēšanā stacionārā, īpaši pēc stacionēšanas pret gripu. Kā svarīgs faktors pētījumos ir norādīts terapeitiskais kontakts starp ārstu un pacientu (Kirsh & Tate, 2006), (S. Priebe & McCabe, 2006), kas sākumā varētu nebūt izveidojies tiem pacientiem, kas iestājas nodaļā pirmo reizi ar akūtu psihozi. Šajā promocijas darba pētījumā respondentu vidū biežāk bija pacienti ar kādu somatisku blakus diagnozi, savukārt nerespondentu vidū – ar paškaitējuma diagnozi. Nerespondentu biežumu šajā grupā var skaidrot ar to, ka pacienti varēja būt stacionēti ar akūtu stresa reakciju, kas visbiežāk kombinējās ar paškaitniecisku uzvedību, pacienti šajā stāvoklī varēja nesaskatīt lietderīgumu aprūpes novērtēšanā, kas mazināja viņu iesaistīšanos (Pietila et al., 1995).

Pēc vairāku pētījumu datiem, respondenti biežāk bija griezušies pēc palīdzības iepriekš, kas tika konstatēts arī šajā pētījumā, un apmeklējuši ārstu ambulatori, taču saistībā ar iepriekšējo stacionēšanu skaita atšķirībām respondentu un nerespondentu grupās dati promocijas darba pētījumā ir pretēji citiem literatūras datiem (Etter & Perneger, 1997), (Barker et al., 1996b), (L Boyer et al., 2009) Tas, ka pacienti ar neirotika jeb ar stresu saistīto traucējumu spektru bija mazāk griezušies pēc palīdzības iepriekš, var tikt skaidrots ar to, ka šādi traucējumi attīstās stresa situācijās, tādējādi, atšķirībā no afektīva un šizofrēnijas spektra traucējumu pacientiem, viņi mazāk varēja griezties pēc palīdzības pie psihiatra, bet biežāk pie psihoterapeita, psihologa, taču šāda informāciju promocijas darba pētījumā netika iekļauta. Arī turpmākas retākas vizītes varētu būt daļēji izskaidrotas ar to, ka pacienti ar neirotika spektra traucējumiem griezās pēc psihoterapeitiskās palīdzības. Tāpat promocijas darba pētījumā nevarēja izslēgt to, ka pēc tam pacienti turpināja apmeklēt savu psihiatru reģionos ambulatorā kabinetā. Šādu informācija pētījumā nav iekļauta, kas arī var būt viena no limitācijām, interpretējot datus. Promocijas darba pētījumā tika konstatēta atšķirība ārstēšanas ilgumā abās grupās, kas arī apstiprinās literatūras datus (Gayet-Ageron et al., 2011). Pacienti, kuri ārstējās īsāku laiku, un tas varēja būt līdz divām diennaktīm, varēja neuzskatīt par svarīgu aizpildīt novērtējuma anketu. Arī ja pacienti tika izrakstīti spontāni pēc viņu vēlēšanās, tie vēlējās ātrāk pamest nodaļu, kas apgrūtināja novērtējuma anketas piedāvāšanu un atbildes saņemšanu.

Apkopojot literatūras datus par nerespondentu grupu, rodas iespējama turpmākas pētnieciskas darbības virziens to pacientu izvērtēšanai, kuri mazāk iesaistījās ārstēšanas novērtējumā, jo šādu uzvedību var izskaidrot dažādi faktori, ne tikai aprūpes zemākais novērtējums. Literatūrā pastāv pretrunīgi dati, jo ir autori, kuri saista nerespondentus ar zemāko punktu skaitu novērtējumā (T. D. Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983), un ir autori, kuri izpētījuši, ka pacienti, kuri augstāk novērtē ārstēšanu, mazāk iesniedz anketas (J. E. Ware & Davis, 1983). Jaunākajos pētījumos atzīmēts tas, ka iesaistīšanās dažādība pacientu grupās nav saistīta ar obligātu atlases kļūdu tieši ārstēšanas novērtējumā (Gayet-Ageron et al., 2011). Promocijas darba respondentu un nerespondentu jaunāks vecums un neirotisko traucējumu spektra diagnoze varētu norādīt uz grupu, kurai jāvelta vairāk uzmanības, jo atteikšanās dēļ un zemāka novērtējuma dēļ viņu viedoklim varētu būt nozīme, izvērtējot saņemto ārstēšanu. Pārējo faktoru atšķirības vai nu neapstiprinājās kā statistiski nozīmīgas (dzimums, dzīvesvieta), vai tika izskaidrotas, kā arī tika parādīts, ka nerespondentu raksturojošie faktori (organisko psihisko traucējumu diagnozes) respondentu grupā netika saistīti ar zemāku punktu skaitu novērtējumā. Piemēram, nerespondentu grupas pacienti biežāk bija ar vidējo izglītību, taču respondentu grupā pacienti ar vidējo izglītību sniedza augstākus vērtējumus ārstēšanai. Daži faktori pēc literatūras datiem nav statistiski saistīti ar zemākiem atsaucības rādītājiem (stacionēšanas ilgums). Savukārt bezdarbnieki, kuri respondentu grupā bija sastopami biežāk, ārstēšanu novērtēja zemāk. Minētais daļēji ļauj spriest par zemāku atlases kļūdas iespējamību promocijas darbā ietvertajā pētījumā.

4.2. Pacientu apmierinātības ar ārstēšanu rādītāji un ar to saistītie faktori

Literatūrā tiek aprakstīts, ka kopumā pacienti, kuriem ir kāda psihiskā saslimšana, zemāk vērtē ārstēšanu nekā cilvēki bez slimības pazīmēm (Desai, Stefanovics, & Rosenheck, 2005), (Hermann, Ettner, & Dorwart, 1998). Taču atšķirības apmierinātībā pastāv arī pacientiem ar dažādām psihiatrijas diagnozēm. Līdzīgi vairākiem citiem pētījumiem (Müller, Schlösser, Kapp-Steen, Schanz, & Benkert, 2002), (Bø et al., 2016a), (Middelboe, Schjødt, Byrting, & Gjerris, 2001), (Smith et al., 2014), (Howard et al., 2003), (Krupchanka et al., 2017), (Haahr, Simonsen, Røssberg, et al., 2012), promocijas darbā ir konstatēts, ka kopumā lielākā daļa pacientu ir uzrādījuši apmierinātību ar ārstēšanu un saņemto palīdzību. Augstāka apmierinātība daļēji varētu tikt skaidrota ar to, ka PIPEQ-OS aptauja tika piedāvāta aizpildīšanai dienu pirms izrakstīšanas, nevis aizpildīšanai mājās (Kinnersley et al., 1996). Anketas aizpildīšana stacionārā pirms izrakstīšanas paaugstina atsaucības rādītājus, un pacientu iesaids vēl ir spēcīgāks (Boyer et al., 2009). *Quintana* ar līdzautoriem konstatēja, ka

novērtējumu anketas aizpildīšana otro un trešo reizi bija saistīta ar zemākiem apmierinātības punktiem, kas arī būtu jāņem vērā, piedāvājot anketu aizpildīšanai (Quintana et al., 2006).

Promocijas darba pētījumā vairāk apmierināti izrādījās pacienti VSIA “Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs” 20. nodaļā, kas ir viena no atvērta tipa subakūtām nodaļām. 12. nodaļā vērtējumi bija zemāki, kaut arī tā ir subakūta nodaļa. Šajā gadījumā šādu atšķirību var saistīt ar personāla aktivitāti pētījumā un motivāciju iesaistīties aprūpes novērtēšanā. 20. nodaļā tika veikts izmēģinājumpētījums, kas paskaidro, kāpēc nodaļās personāls varēja ātrāk iesaistīties anketu piedāvāšanā pacientiem, savukārt nodaļās, kur izmēģinājumpētījums netika veikts, personālam vajadzēja vairāk laika. Kā arī pēc pētījuma dizaina nevar izslēgt iespējamību, ka personāla mazāka iesaistīšanās varēja būt saistīta ar papildu darbu līdzās pamata pienākumiem, ko arī literatūrā min kā vienu no faktoriem, kurš var mazināt pacientu un personāla iesaistīšanos (Rendell et al., 2007). Literatūrā aprakstīts arī, ka pastāv ārstēšanas heterogenitāte, kura varētu ietekmēt rezultātus, jo jāveido populācijai specifisks instruments (Boyer et al., 2009), (Macdonald et al., 1988), (Eytan et al., 2004), taču citi pētījumi neapstiprina specifiska instrumenta pārākumu pār universālu instrumentu (Peytremann-Bridevaux et al., 2006). Tomēr turpmāk varētu domāt par anketas pielāgošanu tieši struktūrvienībai, iekļaujot specifiskākus aprūpi raksturojošus jautājumus, piemēram, par stacionēšanu pret gribu vai brīvprātīgi. Tātad vēl viens skaidrojums apstāklim, ka subakūtas nodaļas pacienti kopumā novērtēja aprūpi augstāk, ir tas, ka šajā nodaļā pacienti bija stacionēti tikai brīvprātīgi, savukārt 17. nodaļā, kas ir akūta nodaļa pirmreizēji stacionētiem pacientiem, respondenti tika stacionēti arī pret gribu pēc Ārstniecības likuma 68. panta, kas izskaidro mazāku apmierinātību to pacientu vidū, kuriem tika piemēroti ierobežojoši līdzekļi (Barker, Shergill, Higginson, & Orrell, 1996a), (Sørgaard, 2007), (Smith et al., 2014), (Strauss et al., 2013), (Iversen, Høyer, & Sexton, 2007), (Christina Katsakou et al., 2010), (Middelboe et al., 2001), vai viņi bija stacionēti pret paša gribu akūtā stāvoklī (Vermeulen et al., 2018). Akūtajā nodaļā biežāk bija stacionēti pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, kuri visbiežāk bija ar diagnozi “akūti polimorfi psihotiski traucējumi”, kuru gadījumā biežāk var tikt pielietota stacionēšana pret gribu, kā arī psihotisks stāvoklis pats par sevi literatūrā tiek saistīts ar zemāku apmierinātību (Bø et al., 2016b). Jāatzīmē, ka akūtajā nodaļā, biežāk nekā subakūtās nodaļās, bija sastopami neirotisko un ar stresu saistīto traucējumu diagnožu pacienti, kuri arī nonāk akūtajā nodaļā saistībā ar nespēju adaptēties ikdienas stresam vai pastāvot psihotraumējošai situācijai, bieži ar agresiju vai autoagresiju. Tas nereti prasa stacionēšanu pret viņu gribu, līdz noskaidrojas situācija un uzlabojas psihoemocionālais stāvoklis. Vēl piebilstams tas, ka subakūtās nodaļās ir vairāk pieejamas psihologa un psihoterapeita konsultācijas, kas literatūrā ir saistīts ar augstāku pacientu apmierinātību ar saņemto ārstēšanu (Stamboglis & Jacobs, 2020).

Ne mazāk svarīgi ir pieminēt nodaļas vidi un pacientu un personāla sadarbību, ko pētījumā par tiesu ekspertīzes nodaļas novērtēšanu pacienti atzina par nozīmīgāko faktoru (Bressington, Stewart, Beer, & MacInnes, 2011).

Analizējot anketas jautājumus un pacientu novērtējuma punktus tajos, tika konstatēti vairāki jautājumi, kuros apmierinātība bija zemāka. Visvairāk pacientu zemāk novērtēja jautājumu par radnieku iesaistīšanu aprūpē. Izmēģinājumpētījumā un Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas adaptācijas pētījumā (Bjertnaes et al., 2015) arī tika konstatēta līdzīga atradne, kas uzsver nepieciešamību vairāk analizēt šo jautājumu. Promocijas darba pētījumā iegūtais rezultāts ir izskaidrojams dažādi: radnieki netiek iesaistīti, jo šādas iespējas nav, piemēram, radnieku nav vai nav iespējams viņus sasniegt reģionos; pacienti paši aizliedz dalīties informācijā ar radniekiem, lai nesarežģītu attiecības; paši radnieki nevēlas iesaistīties stigmatizācijas vai attiecību problēmu dēļ. Pēc literatūras datiem, arī agrāk zemāka pacientu apmierinātība bija tieši par radnieku iesaistīšanu ārstēšanas procesā, kā arī par saņemto informāciju par ārstēšanu (Lovell, 1995), (Ruggeri et al., 2003), (Howard et al., 2003), (Haahr, Simonsen, Rossberg, et al., 2012). Pacienta gaidas literatūrā saista ar ārstēšanas iznākumu (Noble, Douglas, & Newman, 2001), kam savukārt ir atrasta korelācija ar apmierinātību (Holloway & Carson, 1999), tādēļ svarīgi ir pacientus informēt par to, kas notiks stacionārās ārstēšanās laikā. Ģimenes atbalsts tiek uzskatīts par vienu no faktoriem, kurš ietekmē pacientu līdzestību ārstēšanā un ārsta noteiktajam režīmam (Cameron, 1996). Šī atradne ļauj noteikt vienu no virzieniem, ko var ietekmēt un uzlabot, sekmējot to, ka pacienti turpina lietot zāles un nepieciešamības gadījumā nekavējoties meklē speciālistu palīdzību.

Pacienti arī zemāk novērtēja jautājumus par iespējām ietekmēt ārstēšanas režīmu un informācijas pieejamību par ārstēšanu un veselības stāvokli, kas ir līdzīgi citu pētījumu datiem (Howard et al., 2003), (Barbato et al., 2014), (Leavey, King, Cole, Hoar, & Johnson-Sabine, 1997), (Ratner, Zendjidian, Mendyk, Timinsky, & Ritsner, 2018). Šī ir svarīga atradne, jo informācijas pieejamība ir daļa no ārsta un pacienta attiecībām, kam ir liela loma apmierinātībā un ārstēšanas iznākumos (Zawisza, Galas, & Tobiasz-Adamczyk, 2020), (Fleury, Grenier, & Farand, 2019), (Jiang et al., 2019). Pollock ar līdzautoriem pētījumā ar fokusa grupām konstatēja, ka, neskatoties uz to, ka paši pacienti un viņu radnieki augsti vērtē informācijas nepieciešamību, personāla attieksme pret to ir uzmanīga, jo tiek saistīta ar negatīviem efektiem uz pacientu psihoemocionālo stāvokli (Pollock, Grime, Baker, & Mantala, 2004). Literatūrā aprakstītajos pētījumos mazāka pacientu informēšana par medikamentiem un to blakus efektiem ir saistīta ar vājāku līdzestību ārstēšanā, kas ir būtiska problēma psihiatrijas nozarē, kur, piemēram, pacienti ar depresiju 40% gadījumos 12 mēnešu laikā pārtrauc medikamentu

lietošanu (World Health Organization, 2003). Vairāki pētījumi uzsver nepieciešamību sniegt pietiekami izsmeltošu informāciju pacientiem par viņu ārstēšanas procesu, medikamentu izvēli un lietošanu, kā arī kopumā vairāk izglītēt par saslimšanu (Barker et al., 1996a), (Awara & Fasey, 2008), (De Las Cuevas et al., 2017). *Längle et al.* savā pētījumā konstatēja, ka pacienti kopumā ir mazāk apmierināti ar medikamentozo terapiju (Längle et al., 2003), tādējādi ir svarīgi pētīt pacientu viedokli, jo viņu uzskati par slimības iznākumu var atšķirties no ārstu viedokļa, kas var radīt arī grūtības terapeitisko attiecību veidošanā un uzturēšanā (Bridges et al., 2013). Pacientu iesaistīšana lēmumu pieņemšanā par ārstēšanas metodes izvēli netieši ietekmē arī slimības iznākumu (Roth & Crane-Ross, 2002), kā arī vispārējā ārstēšanas praksē ārsta uzvedība par pacienta viedokļa uztveršanu tiek vērtēta kā īpaši svarīga no pacientu viedokļa (Groenewegen, Kerssens, Sixma, Van Eijk, & Boerma, 2005). Labvēlīgāk noskaņots personāls un tāds, kurš ir vairāk iesaistīts ārstēšanas procesā un komunikācijā ar pacientu, pozitīvi ietekmē pacientu apmierinātību (Ware et al., 1978).

Promocijas darba pētījumā stacionāra nodaļas piedāvāto uzturu pacienti novērtēja viduvēji, taču literatūrā ir pretrunīgi dati par apstākļiem nodaļās, piemēram, *Remnik et al.* pētījumā nekonstatēja būtisku atšķirību apmierinātībā ar nodaļas struktūru (Remnik, Melamed, Swartz, Elizur, & Barak, 2004). Tiek uzsvērtas arī gultu skaita un personāla un pacientu skaita attiecības (Jiang et al., 2019), kurām, esot adekvātām, var tikt uzlabota personiskāka ārstēšanas pieeja.

Apkopojot rezultātus par augstāku vai zemāku apmierinātību saistībā ar pacientu sociāli demogrāfisko raksturojumu, vairāk apmierināta pacienta portrets būtu šāds: gados vecāks pacients, sieviete, ar augstāko, vidējo profesionālo vai vidējo izglītību, strādājošais algotu darbu, ar invaliditāti vai pensionāra statusu, ar attiecību vēsturi (precēti, šķirti, atraitņi).

Vecums vairākos pētījumos uzrādījis tiešu saistību ar apmierinātību ar aprūpi, tātad, pieaugot vecumam, arī pieaug apmierinātības novērtējuma anketas skalas punkti (Awara & Fasey, 2008), (Barker et al., 1996b), (Rosenheck et al., 1997), (Stamboglis & Jacobs, 2020), savukārt gados jaunāki pacienti zemāk vērtēja saņemto ārstēšanu. Šī sakarība ir līdzīga pētījumiem Ķīnā (Xie et al., 2019). Šādu atradni varētu skaidrot ar to, ka gados vecākiem pacientiem varētu būt zemākas gaidas no ārstēšanas (Duggins & Shaw, 2006), (Zawisza et al., 2020), lielāka pieredze aprūpes sistēmā, pieejams vairāk informācijas, kā arī varbūt uzmanīgāka attieksme no personāla pacientu vecuma un komorbiditytes dēļ (Xie et al., 2019). Vecums kā faktors, kurš saistīts ar augstāku apmierinātību ar ārstēšanu ir plaši pētīts. Literatūrā ir pētījumi, kuros vecuma saistība ar apmierinātību netika atrasta (Ratner et al., 2018), (Woodward et al., 2017). Promocijas darba pētījumā vecuma rādītājs nebija sadalīts, taču, pētot apmierinātību saistībā ar sociāli demogrāfiskiem faktoriem, būtu jāņem vērā arī tas, ka citos pētījumos tika

atrasta saistība starp apmierinātību un noteiktu vecumu, proti, pieaugot vecumam līdz 65 gadiem, pieaug apmierinātība, taču, pieaugot vecumam tālāk, tā atkal samazinās (Jaipaul & Rosenthal, 2003). Citi faktori arī varētu ietekmēt novērtējuma punktu krišanos vecumā virs 80 gadiem, piemēram, citas komorbiditytes, vispārējais fiziskās veselības stāvoklis.

Sievietes promocijas darba pētījumā uzrādīja augstāku novērtējumu saņemtai ārstēšanai, kas ir pretrunā ar vairākiem literatūrā publicētiem pētījumiem (Awara & Fasey, 2008), (Ratner et al., 2018), (Rahmqvist, 2001), (Stamboglis & Jacobs, 2020), (Hoff, Rosenheck, Meterko, & Wilson, 1999), (Allan, Schattner, Stocks, & Ramsay, 2009), (Greenwood et al., 1999). Tomēr, atsaucoties uz *Woodward et al.* veikto sistemātisko pārskatu, dati par atšķirībām apmierinātībā abos dzimumos ir pretrunīgi. 9 no 15 iekļautajiem pētījumiem neuzrādīja statistiski ticamu saistību starp dzimumu un apmierinātību (Woodward et al., 2017), arī citi pētījumi apstiprina atšķirību trūkumu (Gebhardt et al., 2013), (Hasler et al., 2004). Svarīgi ir analizēt sīkāk atšķirības dzimuma rādītāja noteiktajos aprūpes aspektos, jo attiecībā uz dzimuma ietekmi uz apmierinātību *Hulka et al.* ziņoja, ka sievietes uzrādīja augstāku apmierinātību tieši ar ārstēšanas procesu, tehnisko ārstēšanas kvalitāti un personāla pieeju (Hulka, Kupper, Daly, Cassel, & Schoen, 1975), (J. Ware et al., 1978). Atšķirības vīriešu un sieviešu apmierinātībā literatūrā atrastajos pētījumos varētu izskaidrot ar sociāli kulturālām atšķirībām dažādās valstīs, kā arī ar to, kādas vajadzības ir noteiktam dzimumam, ar pacientu nepieciešamību pēc informācijas un dzimumu specifiskām gaidām, piemēram, vīrieši tiek audzināti tā, ka viņi mazāk griežas pēc palīdzības, bet paļaujas uz sevi (Elliott et al., 2012).

Promocijas darba pētījumā, skatot pacientu izglītības rādītāju, tika atrasts, ka pacienti ar augstāko, vidējo profesionālo vai vidējo izglītību bija augstāki punkti ārstēšanas novērtējumā. Tā ir interesanta atradne, taču literatūrā atrod vairākus pētījumus, kuros konstatēts, ka izglītības līmenim un ārstēšanas ilgumam nebija saistības ar apmierinātības rādītājiem (Woodward et al., 2017), (Ratner et al., 2018). Citos pētījumos atklāts, ka augstāka izglītība var būt saistīta ar augstākām prasībām un tādējādi ar zemākiem novērtējumiem, ja šīs prasības netiek apmierinātas (Köberich, Feuchtinger, & Farin, 2016), (Holikatti et al., 2012), (Jiang et al., 2019). Tādēļ atšķirību izglītības rādītājā arī respondentu un nerespondentu vidū var skaidrot ne tikai ar to, ka vidējas izglītības pārstāvji atteicās no piedalīšanās, jo nebija apmierināti, bet to var daļēji atspēkot ar to, ka promocijas darba pētījumā respondentu vidū pacienti ar augstāko un vidējo izglītību ārstēšanu kopumā vērtēja augstāk.

Ģimenes stāvoklis kā faktors bieži tiek iekļauts pētījumos par apmierinātību ar ārstēšanos, taču *Woodward et al.* veiktajā sistemātiskajā pārskatā tas izrādījās mazāk nozīmīgs saistībā ar ārstēšanas novērtējumu (Woodward et al., 2017). Divos pētījumos gan parādījās pozitīva saistība un aprūpi augstāk novērtēja tie, kuri bija šķīrušies, kas ir pretrunā ar citu

pētījumu, kur pētnieki konstatēja, ka precētie pacienti bija vairāk apmierināti ar ārstēšanu (Hoff et al., 1999). Augstāka apmierinātība tīrības un komforta kritērijā izrādījās to pacientu vidū, kuri bija šķīrušies vai dzīvojuši kopā, pretēji iepriekš minēto pētījumu datiem (Quintana et al., 2006). Citā pētījumā saistība netika konstatēta (Köhler et al., 2015). Ģimenes stāvoklis divos no četriem pētījumiem, kas analizēti *Ware et al.* darbā, uzrādīja, ka saistības nepastāv (J. Ware et al., 1978). Promocijas darba pētījumā visvairāk apmierināti ar ārstēšanu bija pacienti, kuri bija precējušies, tālāk sekoja tie, kuri bija zaudējuši partneri vai šķīrušies, salīdzinot ar tiem pacientiem, kuri nekad nebija precējušies. Atšķirības šajā rādītājā dažādos pētījumos pasaulē varētu tikt skaidrotas ar pētījuma dizainu un to, kā pētījumā tika definēts ģimenes stāvoklis (Woodward et al., 2017). Taču literatūras dati arī ļauj izskaidrot to, ka ģimenes stāvoklis netika konstatēts kā nozīmīgs faktors, kurš varētu ietekmēt apmierinātību un tādējādi arī iesaistīšanos pētījumā.

Literatūrā nodarbinātības rādītājā pensionāra un bezdarbnieka statuss ir saistīti ar zemākiem novērtējuma punktiem apmierinātības instrumentā (Ruggeri et al., 2003). Pēc konstatētā promocijas darba pētījumā pacienti ar bezdarbnieka statusu un skolēni/studenti kopumā aprūpi novērtēja zemāk, kas daļēji atbilst literatūrā apskatītam. To varētu skaidrot ar apstākli, ka apmierinātība ir saistīta ar sociālo dzīvi, finansiālo stāvokli (Blenkiron & Hammill, 2003). Promocijas darba pētījumā respondentu vidū biežāk bija pārstāvēti pacienti ar bezdarbnieka statusu, kas ļauj atspēkot iespējamo atlases kļūdu šajā faktorā, kas radusies respondentu un nerespondentu atšķirību dēļ, jo bezdarbnieki sliktāk novērtēja, bet tomēr vairāk iesaistījās. To, ka mazāk apmierināti ar aprūpi izrādījās skolēni/studenti, var skaidrot ar pieredzes trūkumu, traumatisko notikumu, pavisam jaunu vidi, viņu gaidām attiecībā uz ārstēšanu.

Literatūrā tiek uzsvērts tas, ka ne tikai sociāli demogrāfiskie rādītāji var ietekmēt apmierinātību, bet arī psihiskais stāvoklis, taču tas nenozīmē, ka rezultāti nav ticami, bet, interpretējot rezultātus saistībā ar diagnozi, jāņem vērā vairāki faktori (Chen et al., 2019). Literatūrā nebija atrastas atšķirības apmierinātībā pacientiem ar vai bez depresijas simptomiem (Gebhardt et al., 2013). Šizofrēnijas spektra pacienti uzrādīja zemāku apmierinātību ar viņu un viņu radnieku iesaistīšanu ārstēšanā un medikamentozo terapiju, ja saņēma tipiskos antipsihotiskos medikamentus (Chue, 2006), pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem uzrādīja arī mazākus apmierinātības rādītājus komunikācijā ar personālu (Jiang et al., 2019). Minētais parāda, ka, vērtējot rezultātus, jāņem vērā dažādi ārstēšanas aspekti. Citos pētījumos konstatēta atšķirība novērtējumā pacientiem ar šizofrēniju bez stacionēšanas pret gribu anamnēzē tieši personāla profesionālo iemaņu ziņā, ko viņi novērtēja augstāk (Henderson et al., 1999). Smagāks psihopatoloģisks stāvoklis literatūrā tiek saistīts ar zemākiem apmierinātības

rādītājiem (Ruggeri et al., 2003), kas daļēji varētu būt skaidrojams ar kopējo neapmierinātību ar dzīvi. *Atkinson et al.* pētījumā apraksta, ka pacienti ar afektīva spektra traucējumiem uzrādīja zemākus rezultātus dzīves kvalitātes novērtējumā, salīdzinot ar pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem (Atkinson et al., 1997). Šādi pētījumu dati liek domāt, ka tas var neatspoguļot pilnībā apmierinātības rādītājus, jo augstāki dzīves kvalitātes rādītāji šizofrēnijas spektra traucējumu pacientu vidū var būt izskaidroti ar negatīvās simptomātikas, tajā skaitā gribas traucējumu, pieaugumu (mazākas prasības pret dzīvi). *Blenkiron et al.* pētījumā tika konstatēts, ka pacienti ar psihozi, bipolāro depresiju un unipolāro depresiju ārstēšanu vērtēja augstāk (Blenkiron & Hammill, 2003). Šādus datus pētnieki skaidro ar to, ka psihiskās veselības aprūpes sistēma ir virzīta uz hronisku psihiatrisku saslimšanu ārstēšanu, tādēļ tās organizācija varētu būt kvalitatīvāka (Blenkiron & Hammill, 2003). Taču *Bø et al.* savā pētījumā parādīja, ka simptomu redukcija tieši neietekmē apmierinātības rādītājus, bet vairāk tos ietekmē tieši kritikas esamība pret savu psihiskās veselības stāvokli, kas bija stiprākais augstākās apmierinātības noteicējfaktors (Bø et al., 2016a). Dati ir līdzīgi tam, kas tika konstatēts citā pētījumā (Barker et al., 1996a), kā arī pašu pacientu veselības stāvokļa vērtējums bija saistīts ar apmierinātību (Nguyen Thi, Briançon, Empereur, & Guillemin, 2002). Vienotības literatūrā attiecībā uz psihiskā stāvokļa ietekmi, kognitīvā deficīta ietekmi uz vērtējumu apmierinātībai ar ārstēšanu vai dzīves kvalitāti nav. Ir atrodami pētījumi, kuri nosaka, ka pacientu ar psihozi kognitīvās spējas maz ietekmē rezultātu interpretāciju (Reininghaus, McCabe, Burns, Croudace, & Priebe, 2012), bet ir arī pētījumi, ka pacienta augstākas kognitīvās funkcijas varētu modelēt pacienta subjektīvo pieredzi un psihosociālo funkcionēšanu (Brekke, Kohrt, & Green, 2001), kā arī izteiktāka psihopatoloģiska simptomātika pirmās psihozes pacientiem bija saistīta ar dzīves kvalitātes novērtējumu, nevis neiropsiholoģiskā deficitārā simptomātika (Wegener et al., 2005). Citi pētījumi konstatēja, ka limitācijas saistībā ar psihiskā stāvokļa ietekmi uz novērtējumu ir atspēkojamas (Reininghaus & Priebe, 2012). Dažos pētījumos uzsvērts, ka pacienti ar hroniski noritošiem psihiskiem traucējumiem ir tendēti sliktāk vērtēt saņemto ārstēšanu un aprūpi (Hasler et al., 2004), (Carmel, 1985), savukārt citā pētījumā tieši pacienti ar personības traucējumiem zemāk novērtēja aprūpi, savukārt pacientu ar šizofrēnijas un afektīva spektra traucējumiem novērtējums nebija saistīts ar zemāku apmierinātību (Holcomb et al., 1998). Taču pacienti ar hroniskiem ne psihiatriskiem traucējumiem *Bidaut-Russel et al.* pētījumā uzrādīja augstāku apmierinātību ar ārstēšanas procesu (Bidaut-Russell et al., 2002). Promocijas darba pētījumā zemāk novērtēja aprūpi pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem un pacienti ar neirotiskiem un ar stresu saistītiem traucējumiem, kas saskan ar pētījumiem, kas veikti Indijā (Holikatti et al., 2012) un Zviedrijā (Kelstrup et al., 1993). Augstāk ārstēšanu novērtēja pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem un afektīva

spektra traucējumiem. Sīkāku analīzi par konkrētu diagnožu sadali mēs neveicām, tādējādi nevar pārbaudīt, kuras tieši diagnozes nosaka zemāku novērtējumu katrā no diagnostisko spektru grupām. Tas būtu turpmāku pētījumu materiāls. *Hasler et al.* konstatēja, ka tieši somatoformi traucējumi no neirotisko traucējumu spektra pazemina pacienta vērtējumu ārstēšanai, bet adaptācijas traucējumi, no tā paša neirotisko traucējumu spektra, paaugstina apmierinātību (*Hasler et al.*, 2004). Atšķirības apmierinātībā diagnožu grupās var būt izskaidrotas ar pacientu viedokli par to, vai viņiem ir psihiatriskā diagnoze vai ne. To konstatēja *Barker et al.* pētījumā ar pacientiem no dažādām diagnožu grupām, kur, piemēram, pacienti ar ne afektīvām psihozēm uzrādīja zemāku kritikas līmeni pret saslimšanu, kas bija statistiski nozīmīgi saistīts ar zemāku apmierinātību (*Barker et al.*, 1996a). SSK-10 klasifikācijā abas minētās apakšgrupas ir neirotisko un ar stresu saistīto traucējumu grupā (*World Health Organisation*, 1993), tādējādi konkrētus secinājumus bez detalizētāka pētījuma par pacientiem ar atsevišķām diagnozēm nav iespējams veikt. Šī atradne pētījumā ļauj daļēji atspēkot iespējamo atlases kļūdu ar atšķirībām diagnozēs respondentu un nerespondentu grupā, kur nerespondenti vairāk bija pacienti ar organiska un neirotiska spektra traucējumiem. Tātad, ja pacienti ar organiska spektra traucējumiem bija nerespondentu vidū vairāk pārstāvēti, bet ārstēšanu novērtēja augstāk šīs diagnozes pacienti no respondentu grupas, iemesls meklējams citos faktoros, nevis atlases kļūdā un potenciāli norāda uz vēl vienu tēmu turpmākiem dziļākiem pētījumiem šajā jautājumā. Analizējot blakus diagnozes faktoru, izrādījās, ka statistiski ticami augstāk ārstēšanu novērtēja pacienti ar somatisko blakus diagnozi, kas ir pretrunā literatūrā aprakstītajam, kur pacienti, kas savu veselības stāvokli vērtēja no “sliktas” līdz “labai”, zemāk novērtēja ārstēšanu, salīdzinot ar tiem, kuri savu veselības stāvokli definēja kā “ļoti labu” (*Bleich et al.*, 2009).

Slimību raksturojošo faktoru grupā statistiski nozīmīgi augstāks novērtējums bija to pacientu vidū, kuri iepriekš ārstēšanu saņēma stacionārā. Tas izrādījās pretēji literatūras datiem, kur iepriekšējās stacionēšanas tiek saistītas ar pacientu zemākiem apmierinātības rādītājiem (*Ruggeri et al.*, 2003). Promocijas darba pētījuma atradni var skaidrot ar to, ka stacionāro ārstēšanu iepriekš pavadīja noteikts informācijas daudzums par ārstēšanu, tās organizāciju, tādēļ pacienti varēja arī novērtēt ārstēšanu augstāk, jo bija pieredze. Pašreizējās stacionēšanas ilgums neizrādījās statistiski nozīmīgs kritērijs pacientu grupās ar zemākiem un augstākiem novērtējumiem, kas ir līdzīgs *Gebhart et al.* pētījumā konstatētajam (*Gebhardt et al.*, 2013). Pētījumā Vācijā par mūsu aprūpes novērtēšanu konstatēts, ka ilgāks laiks stacionārā palielināja pacientu pozitīvu vērtējumu ārstēšanas atbilstībai viņu individuālām vajadzībām (*Köberich et al.*, 2016). Kopumā ārstēšanas ilgums pēc pētījumu datiem pozitīvi korelē ar pacientu novērtējumu saņemtai ārstēšanai (*Vermeulen et al.*, 2018). Runājot par rezultātu interpretāciju,

pacientu gaidas varētu būt kā viens no skaidrojošiem faktoriem atšķirībai starp pirmreizējiem pacientiem un hroniskiem, atkārtoti stacionētiem pacientiem (Williams & Wilkinson, 1995), kā arī atšķirībai gan ārstēšanas novērtējumā, gan apmierinātības rādītājos ar dzīves kvalitāti (Singuru, Kavi, & Radharani, 2017).

4.3. Pacientu apmierinātības ar ārstēšanu rādītāju saistība ar netiešajiem līdzestības rādītājiem

Statistiski ticama izrādījās saistība starp pacientu norādītiem augstākiem punktiem novērtējumā un turpmāko zāļu izņemšanu. Promocijas darba pētījumā konstatētais ir līdzīgs citos pētījumos aprakstītiem rezultātiem, ka pacientu apmierinātība ir saistīta ar līdzestības rādītājiem, piemēram, medikamentu lietošanas turpināšanu (Zendjidjian et al., 2014), kā arī tieši apmierinātība ar attiecībām ar medicīnas personālu pozitīvi korelēja ar pacientu attieksmi pret medikamentozu terapiju (Day et al., 2005). Ārstēšanas turpināšana ir īpaši svarīga gados jaunākiem pacientiem ar pirmreizējo psihozi, kuriem neārstētās psihozes ilgums un ārsta un pacienta attiecības korelēja ar līdzestību medikamentozā terapijā (Dassa et al., 2010). Tātad pētījumā izceļas pacientu grupa, kurai vajadzētu pievērst vairāk uzmanības attiecību aspektā. Svarīgi arī piebilst, ka literatūrā augstāka apmierinātība saistīta ar augstākiem punktiem dzīves kvalitātes novērtējumā, kas savukārt ietekmē līdzestību ārstēšanā un vēlmi meklēt palīdzību (Zendjidjian et al., 2014), (Ware & Davis, 1983). Medikamentu lietošanas pārtraukšana joprojām ir aktuāla problēma psihiatrijā un pētījumos tiek saistīta ar dažādiem faktoriem, kā, piemēram, terapeitiskām attiecībām, izpratni par saslimšanu (Dassa et al., 2010), (Boyer et al., 2012), (Charpentier, Goudemand, & Thomas, 2009). Zemāka līdzestība ir saistīta ar augstākiem paasinājuma riskiem, rehospitalizāciju, slimības gaitas pasliktināšanos (Leucht & Heres, 2006), (Bogner et al., 2017). Tas nozīmē, ka, uzlabojot ārstēšanas kvalitāti, ir iespējams sniegt ieguldījumu līdzestības uzlabošanā, kas ir viens no grūtākajiem uzdevumiem psihiatrijas pacientu ārstēšanā.

Interesanta atradne promocijas darba pētījumā bija konstatēta saistība starp augstāku apmierinātību ar saņemto ārstēšanu un turpmāko ambulatoro vizīšu skaitu, kas promocijas darba pētījumā izrādījās negatīva. Tas nozīmē, ka tie, kuri novērtēja ārstēšanu zemāk, pēc tam biežāk gada laikā griezās ambulatori pie psihiatra. Konstatēto var skaidrot ar pacienta psihiskās veselības stāvokļa atšķirībām, kas literatūrā saistīts ar negatīvāku vērtējumu ārstēšanai, taču, sūdzībām turpinoties, pacienti varēja biežāk meklēt palīdzību. Raugoties pēc diagnozēm, tad pacienti ar šizofrēniju, kuri negatīvi novērtēja ārstēšanu, arī biežāk bija to pacientu vidū, kuri griezās turpmāk ambulatori. Jāpiebilst, ka pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi tiek kompensēta medikamentozā terapija un ir nepieciešamas regulāras vizītes pie ārsta, kas ticami varēja arī būt saistīts ar biežākām ambulatoro apmeklējumu epizodēm, nevis ar novērtējuma punktiem. Šo

skaidrojumu pamato arī tas, ka pacienti ar neirotiskiem un ar stresu saistītiem traucējumiem arī statistiski ticami zemāk novērtēja ārstēšanu, taču ambulatoro vizīšu biežumā bija vismazāk aktīvi, salīdzinot ar citu diagnožu pacientiem.

4.4. Sociāli demogrāfisko faktoru saistība ar Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalām

Vecāki pacienti un pacienti ar vidējo izglītību sadarbību aptaujas skalā novērtēja augstāk. Vecumam tika konstatēta pozitīva saistība ar divām no aptaujas skalām, tās ir, sadarbība ar pacientu un nodaļas struktūra. Pētījumos aprakstītas atšķirības apmierinātībā noteiktam ārstēšanas komponentam, piemēram, gados vecāki pacienti parādīja mazāku apmierinātību tieši ar ārstēšanas pieejamību un iznākumiem (Ware et al., 1978). Promocijas darba pētījumā starp vecumu un apmierinātību ar iznākumu statistiski ticama saistība netika atrasta. Gados vecāku pacientu augstāks novērtējums tieši sadarbības skalā var būt skaidrots ar pacientu gaidām, pieredzi ārstniecības iestādē un kontaktu ar medicīnas personālu. Pacienti ar pamata un vidējo izglītību no trim instrumenta skalām augstāk novērtējuši sadarbību ar pacientu, neskatoties uz to, ka kopumā pacienti ar pamata izglītību promocijas darba pētījumā ārstēšanu vērtēja zemāk, bet pacienti ar vidējo izglītību to vērtēja augstāk. Šī atradne ir līdzīga *Quintana* un līdzautoru pētījumam, kur zemāks izglītības līmenis bija saistīts ar augstākiem vērtējumiem apmierinātības instrumentā (Quintana et al., 2006). Saistībā ar pacientu izglītības rādītāju un tā iespējamo ietekmi uz apmierinātību literatūrā ir pretrunīgi dati, piemēram, *Chang et al.* pētījumā konstatēja, ka izglītībai, samērojot to diagnožu grupās, ir vāja saistība ar apmierinātību ar ārstēšanu (Cheng, Yang, & Chiang, 2003), savukārt sadarbībai ar personālu iedala svarīgāko lomu pētījumos par ārstēšanas apmierinātību (Al-Abri & Al-Balushi, 2014), kas kopumā varētu būt skaidrojums ar to, ka pacienti šim rādītājam velta lielāku vērību (Tokunaga, Imanaka, & Nobutomo, 2000). Tas promocijas darbā tika skaidrots jau iepriekš sadaļā par informācijas un terapeitisko attiecību nozīmi darbā ar psihiatrijas pacientiem.

Pacienti ar bezdarbnieka statusu, salīdzinot ar algota darba veicējiem, statistiski ticami iznākumus novērtēja zemāk, ko skaidro daļēji ar pacientu kopējo neapmierinātību ar dzīves kvalitāti un ekonomisko stāvokli, kā arī pacienta gaidām (Linder-Pelz, 1982) attiecībā uz iznākumiem pēc ārstēšanas, kas literatūrā tiek īpaši uzsvērts kā nozīmīgs apstāklis, vērtējot apmierinātību (Carmel, 1985). Civillaulībā esošie zemāk novērtēja sadarbības skalu kopumā, salīdzinot ar precētiem. Literatūrā pamatojumi tam nav minēti, jo civillaulība Eiropas un pasaules pētījumos atsevišķā kategorijā netiek definēta un ietilps vai nu laulībā, vai attiecībās. Jāpiemin, ka literatūrā nav vienota viedokļa par sociāli demogrāfisko faktoru nozīmi apmierinātības paredzēšanai, kā arī ir pētījumi, kuri šādu saistību neatrod (Tokunaga et al., 2000), kas liek uzmanīgāk interpretēt pētījuma atradni par šo faktoru nozīmi pacientu

novērtējumā, tādējādi arī daļēji paskaidrojot, ka atšķirība respondentu un nerespondentu grupās var nenorādīt uz obligātu atlases kļūdu. Tomēr ir vērts pētīt tālāk sociāli demogrāfisko faktoru saistību ar ārstēšanu, kas ļautu identificēt grupas, kuru izglītošanai būtu jāpievērš īpaša uzmanība, lai uzlabotu ārstēšanas procesu.

4.5. Sociāli demogrāfisko faktoru un slimību raksturojošo faktoru saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem atkarībā no apmierinātības Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalās

Tas, ka gados vecāki pacienti biežāk statistiski ticami griezās pēc medikamentiem pēc ārstēšanās, var būt saistīts ar pieredzi veselības aprūpē, kā arī somatiskām komorbitātēm, kuru dēļ šo pacientu griešanās pie speciālistiem ir pierasta. Sievietes pētījumos uzrāda biežāku griešanos pēc palīdzības ambulatori un stacionārā, kas var tikt izskaidrots ar dažādiem iemesliem, tajā skaitā sabiedrībā vairāk nostiprinātu uzvedību palīdzības meklēšanai. Promocijas darba pētījumā sievietes arī augstāk novērtēja ārstēšanu, bet statistiski atšķirības nebija, kādēļ mēs nevaram veikt secinājumus par dzimuma saistību ar augstāku novērtējumu un sekojoši ar ietekmi uz līdzestības netiešiem rādītājiem.

Atradne par to, ka pacienti ar invaliditāti biežāk tiek stacionēti, apmeklē ārstu ambulatori un izņem zāles aptiekā, var būt saistīta ar to, ka bieži vien medikamenti diagnosticē, kuras izraisa invaliditāti, var būt valsts kompensētas, kas nosaka pacientu regulāras vizītes pie ārsta ambulatori. Arī traucējumu smagums un hroniska gaita ar paasinājumiem varētu izskaidrot biežāku griešanos pēc palīdzības. Interesanti, ka pacienti ar invaliditāti arī aprūpi statistiski ticami novērtēja pozitīvāk, salīdzinot ar pacientiem ar bezdarbnieka statusu. Tas, ka šizofrēnijas spektra un afektīva spektra traucējumu pacienti bija biežāk stacionēti atkārtoti gada laikā, arī pamato minēto skaidrojumu. Savukārt pacientiem ar neirotiskiem un ar stresu saistītiem traucējumiem, piemēram, adaptācijas traucējumiem, situācija vēlāk var neatkārtoties, tādēļ viņu ārstēšana prasa retākas ambulatorās vizītes, kā arī biežāk ir izmantojama psihoterapija, ja tāda ir pieejama. Tātad paša ārstēšanas procesa struktūra atkarībā no konkrēta traucējuma var būt saistīta ar rezultātiem attiecībā uz turpmāku griešanos pie psihiatra ambulatori. Līdzīgi var izskaidrot arī to, ka pacienti ar šīm diagnozēm biežāk izņēma zāles pēc izrakstīšanās. Taču tas, ka pastāv korelācija ar apmierinātību sadarbības un struktūras skalā un tālāku zāļu izņemšanu, kura ir statistiski ticama, norāda uz šīs saistības nozīmīgumu, kā arī rada nepieciešamību turpmāk veikt pētījumus, lai identificētu vēl citus faktorus, kuri šo diagnožu grupās varētu ietekmēt apmierinātību un līdzestību.

Promocijas darba pētījumā tika konstatēts, ka, pieaugot apmierinātībai ar sadarbību un iznākumiem, mazinājās turpmāko ambulatoro vizīšu skaits tieši pacientiem ar afektīva spektra traucējumiem. To, ka pacientiem ar afektīva spektra traucējumiem ir negatīva korelācija ar

turpmākām ambulatorām vizītēm pēc novērtējuma rādītājiem sadarbības un iznākumu faktorā, var izskaidrot ar to, ka pacienti tālāk varēja griezties ambulatori pie psihiatriem rajonos, pie kuriem ārstējās pirms stacionēšanas, un kuru vizītes netiek atainotas Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra ambulatori konsultatīvās nodaļas datubāzē. Kā arī augstāka apmierinātība ar šiem faktoriem var būt tādēļ, ka mazinājās sūdzības un pacienti griezās retāk ambulatori, izrakstot zāles pie ģimenes ārstiem, kā arī cerot, ka šāds stāvoklis nekad vairs neatkārtosies, tādējādi neredzot nepieciešamību regulāri konsultēties ar psihiatru.

Ne mazāk svarīga pētījuma atradne ir tā, ka visas trīs skalas uzrādīja pozitīvu korelāciju ar turpmāku zāļu lietošanu. Promocijas darba pētījuma dati ir līdzīgi literatūrā aprakstītiem, piemēram, struktūras un nodaļas skalai literatūrā tiek konstatēta saistība ar apmierinātību (Young, Meterko, & Desai, 2000), kura, esot augstāka, var ietekmēt līdzestību pēc līdzestības netiešajiem rādītājiem, piemēram, zāļu izņemšanas biežuma aptiekā. Arī tas, ka sadarbībai ar pacientu un struktūras un iestādes skalām ir noteikta saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem, ļauj secināt, ka medicīnas personālam ir jāattīsta terapeitiska attiecību veidošanas prasme un jāuzlabo sadarbība ar pacientiem. Pēc pētījuma datiem, nozīme ir arī nodaļas iekārtojumā, ārstēšanas procesā un vidē. Tomēr apmierinātībai var būt dažāda saistība ar pacientu uzvedību, jo mazāk apmierināti pacienti var griezties pie ārsta vairāk ar mērķi piepildīt savas gaidas no sadarbības. Tāpat arī, pacientiem atrodoties nepārtrauktā ārstēšanas procesā, varētu izveidoties situācija, ka viņi meklē palīdzību bez izteiktas akūtas nepieciešamības (Ware & Davis, 1983), kā piemēram, pacienti subakūtās nodaļās ir tendēti uz hospitālisma veidošanu mazāku režīma ierobežojumu dēļ. Ne mazāk svarīgi ir ņemt vērā, ka tieši kontaktam ar pacientu varētu būt lielāka nozīme, jo ārsti, kuriem novēroja vairāk sensitīvu pieeju kontaktā ar pacientu, pamazināja iespējas atcelt turpmākas vizītes neplānoti (DiMatteo, Hays, & Prince, 1986). Pacientu vidū ar šizofrēnijas spektra diagnozēm un afektīva spektra diagnozēm tika konstatēta pozitīva korelācija starp apmierinātību sadarbības un struktūras skalās un turpmāku zāļu izņemšanu aptiekā, ko var izskaidrot ar to, ka pacienti ar hroniskiem traucējumiem jau ir adaptējušies noteiktā līmenī saslimšanai un nepieciešamībai regulāri lietot medikamentus. Savukārt pacienti ar neirotiskiem un ar stresu saistītiem traucējumiem mazāk griezās pēc palīdzības ambulatori. To var skaidrot daļēji ar hipohondrisku un somatoformo traucējumu radītiem pazeminātiem līdzestības rādītājiem (Keeley, Smith, & Miller, 2000), kā arī šādu atradni var skaidrot ar to, ka šo pacientu vidū varēja būt pacienti ar adaptācijas traucējumiem stresainu notikumu dēļ, kuriem psihofarmakoloģijas līdzekļu lietošana nav nepieciešama (Semple & Smyth, 2013).

Tālāk būtu vērtīgi turpināt un veikt garengriezuma pētījumu par pacientu apmierinātību ar saņemto ārstēšanu, jo literatūrā minēts, ka varētu pastāvēt atšķirības laika gaitā, kuras būtu

jāanalizē (Allan et al., 2009). Neskatoties uz to, ka apmierinātību pēc literatūras datiem var ietekmēt dažādi faktori, promocijas darba pētījumā tika identificētas saistības un faktori, kuri ļauj turpmāk pētīt apmierinātības jēdzienu un tā nozīmi ārstēšanas kvalitātē, iznākumos un līdzestības netiešajos rādītājos, kas tiek aprakstīts pasaules pētījumos.

4.6. Ierobežojumi

Pētījums tika veikts tikai vienā Latvijas slimnīcā. Tas tika veikts Latvijas galvaspilsētā, kur noteikta daļa pacientu nonāk no Rīgas un tās apkārtnes teritorijām. Tādējādi mēs apzināmies ierobežojumus pētījuma rezultātu attiecināšanai uz visas Latvijas teritoriju.

Respondentu izlase atšķiras no nerespondentu izlases pēc sociāli demogrāfiskiem datiem. Taču šādi novērtējuma instrumenti vairāk lietojami plašai populācijai, ietverot pacientus ar dažādām diagnozēm (L Boyer et al., 2009). Dati par apmierinātību un pacientu raksturojums, kuri nepiedalījās, norāda uz to, ka mēs daļēji varam atspēkot argumentu par to, ka atteicās no dalības pētījumā tikai tie, kuri jau tāpat sliktāk novērtēja veselības aprūpi stacionārā. Atteikšanās piedalīties promocijas darba pētījumā varēja būt saistīta ar šādiem iemesliem: pacienti tika izrakstīti ļoti ātri, t. i., vienu vai divas dienas pēc stacionēšanas, pacientiem nav pierasts aizpildīt novērtējuma anketas, pacienti neobjektīvi vērtē savu stāvokli un sevi nepieskaita pētījumā ietverto pacientu grupai, kā arī mēs apzināmies, ka nebija iespējams pilnīgi novērst personāla iesaistīšanos, kas sākumā varēja ietekmēt to, cik ātri aptauja pacientiem tika piedāvāta. Šis apstāklis varētu atainot procesa realizēšanas grūtības, kuras turpmākos pētījumos varētu izskaust (Allan et al., 2009).

Pacienti apmierinātības aptaujās uzrāda tendenci atbildēt pārāk pozitīvi, lai iepriecinātu ārstus vai izvairītos no nepatīkšanām, taču promocijas darba pētījumā mēs centāmies mazināt šādus traucējumus pētniecības procesam, jo Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja tika piedāvāta aizpildīšanai vienatnē, kā arī pacienti anketas atstāja speciālā slēgtā kārbā, ko pārbaudīja pētnieks reizi mēnesī.

Promocijas darba pētījuma dizains ir šķērsriezuma, tādēļ mēs varējām tikai iegūt priekšstatu par saistības esamību un pozitīvu vai negatīvu korelāciju, bet mēs nevaram izdarīt secinājumus par to, kurš faktors ietekmējis kuru.

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja tika adaptēta izmēģinājumpētījuma ietvaros, bet ne validēta. Tādēļ, ka aptauja bija anonīma, lai izslēgtu pārāk pozitīva novērtējuma rašanos apmierinātības aptaujas aizpildīšanas laikā, mēs nevaram veikt aptaujas validizāciju, kā arī trūkst "zelta standarta", līdz ar to nevar šo instrumentu validēt Latvijas populācijā, jo literatūrā nav vienota viedokļa par aptauju apmierinātības pētīšanai pacientu populācijā ar psihiskiem traucējumiem.

Pētījumā tika noteikti līdzestības netiešie rādītāji, kas var neatspoguļot visu līdzestības procesu.

Pētījumā netika mērītas pacientu gaidas, kas, pēc vairākiem literatūras avotiem, varētu potenciāli ietekmēt apmierinātību ar ārstēšanos, taču tas norāda uz tālāko pētījumu virzienu un kvalitatīvo pētījumu nepieciešamību.

Secinājumi

Promocijas darbā tika noteikta pacientu apmierinātība ar saņemto aprūpi, noteikti ar pacientu apmierinātību saistītie faktori, pacientu apmierinātības saistība ar netiešiem līdzestības rādītājiem. No līdzstību definējošās terapeitiskās pacientu uzvedības aspektiem pētījumā tika apskatīti turpmākās ambulatorās vizītes un zāļu izņemšana pēc izrakstīšanās no stacionāra. Šie secinājumi var tikt izmantoti ārstēšanas procesa uzlabošanai un personāla efektīvākai iesaistīšanai ar mērķi kāpināt pacientu līdzestību ārstēšanā, kas ietekmētu ārstēšanas iznākumu un pacientu ar psihiskām saslimšanām adaptāciju. Pētījuma hipotēze apstiprinājās daļēji, proti, tika konstatēts, ka pastāv atšķirības apmierinātības rādītājos dažādās diagnožu grupās, kā arī pastāv saistības starp apmierinātību ar aprūpi, sociāli demogrāfiskiem rādītājiem, līdzstības netiešiem rādītājiem. Tomēr netika atrasta saistība starp apmierinātību ar aprūpi un atkārtotām hospitalizācijām 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanās. Strukturēti secinājumi saistībā ar pētījuma rezultātiem iztirzāti zemāk:

1. Stacionārā saņemtās ārstēšanas apmierinātība izrādījās augstāka pacientiem ar afektīva spektra diagnozēm.
2. Zemāka saņemtās stacionārās ārstēšanas apmierinātība tika konstatēta pacientiem ar šizofrēnijas spektra diagnozēm un pacientiem ar neirotisko un ar stresu saistīto traucējumu spektra diagnozēm.
3. Turpmāko stacionēšanu skaits 12 mēnešu laikā neuzrādīja statistiski ticamu korelāciju ar pacientu saņemtās stacionārās ārstēšanas apmierinātību.
4. Pacientiem ar afektīva spektra traucējumiem un pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, kuri augstāk novērtēja saņemto stacionāro ārstēšanu skalā "struktūra un iestādes" un skalā "sadarbība ar pacientu", tika atrasta pozitīva saistība ar turpmāko zāļu izņemšanas biežumu pēc izrakstīšanās no stacionāra 12 mēnešu laikā.
5. Pastāv atšķirības apmierinātības rādītāju aptaujas skalās saistībās ar līdzestības netiešajiem rādītājiem. Proti, apmierinātība ar aprūpi negatīvi korelēja ar turpmāko ambulatoro vizīšu biežumu 12 mēnešus pēc izrakstīšanās. Savukārt, starp apmierinātību ar aprūpi un turpmāko zāļu izņemšanu tika atrasta pozitīva saistība.
6. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja var būt lietota pacientu apmierinātības noteikšanai pacientu vidū ar psihiskām saslimšanām akūtās un subakūtās stacionārās psihiskās veselības aprūpes nodaļās.

Promocijas darba pētījumā tika identificēti sociāli demogrāfiski faktori, kas saistīti ar pacientu saņemtās ārstēšanas zemāku un augstāku apmierinātību. Augstāk saņemto aprūpi

novērtēja gados vecāki pacienti, sievietes, pacienti ar augstāko izglītību, nodarbināti un ar attiecību pieredzi. Apmierinātība šajā grupā jāpēta detalizētāk, identificējot svarīgākos aprūpes aspektus. Savukārt, identificējot pacientu grupas ar zemāko apmierinātību ir iespējams plānot atbilstošas intervences šajās grupās. Kā arī, nosakot to, ka apmierinātība vāji, bet tomēr pozitīvi korēlēja ar zāļu izņemšanu un negatīvi korēlēja ar ambulatorām vizītēm, ļauj norādīt uz aspektiem aprūpē, sekojoši ietekmējot līdzestību. Svarīgi bija arī identificēt skalas un tajās iekļautos jautājumus, lai atbilstoši pievērst uzmanību modificējamiem aspektiem aprūpē, lai sekmētu līdzestību ārstēšanai. Ņemot vērā mazāko apmierinātību gados jaunākiem pacientiem, būtu jāpievērš uzmanība kontaktam tieši ar šo grupu, jo tādā veidā tiek ietekmēta arī viņu līdzestība un pastāv iespēja šos pacientus iesaistīt ārstēšanā efektīvāk, mazinot dezadaptāciju un invaliditāti, ka arī suicīda risku, kas literatūrā tiek saistīts ar zemāku līdzestību tieši gados jaunāku cilvēku vidū.

Pacienti ar neirotika un ar stresu saistīto traucējumu spektra diagnozēm gan mazāk iesaistījās saņemtās ārstēšanas novērtēšanā, gan uzrādīja zemāku apmierinātību ar saņemto ārstēšanu. Tādējādi promocijas darbā tika identificēta pacientu grupa, kuras ārstēšanas novērtējumu un ar to saistīto faktoru ietekme uz apmierinātību jāpēta tālāk. Arī iespējams secināt, ka šai grupai būtu jāpievērš vairāk uzmanības saistībā ar informācijas sniegšanu par viņu stāvokli, iespējamiem palīdzības saņemšanas veidiem un par tālāko taktiku uzturošās terapijas nepieciešamības gadījumā, jo šī diagnožu grupa bija saistīta arī ar mazāku vizīšu skaitu ambulatori pēc izrakstīšanās. Šo pacientu izglītošanā, terapeitisko attiecību veidošanas mehānismā būtu jāiegulda lielāks darbs.

Pacientu zemāks novērtējums jautājumos par radnieku iesaistīšanu ārstēšanas procesā un par informācijas atbilstošu sniegšanu norāda uz uzlabojumu nepieciešamību stacionārās ārstēšanas laikā. Savukārt atradne par zemāku apmierinātību ar saņemto informāciju norāda uz pacientu informēšanas pasākumu aktivizēšanu vai pielāgošanu tieši pacientu vajadzībām. Arī pacientu vērtējums par nepietiekošu sagatavošanu laikam pēc izrakstīšanās liek intensificēt pacienta atbalsta pasākumus un ievērot vairāk ārstēšanas nepārtrauktības principu. Pēc pētījuma rezultātiem par pacientu apmierinātību var secināt, ka aktualizējas psihologu, ergoterapeitu darbs, kā arī laika sadales jautājums saskarsmei ar pacientu nodaļā stacionārās ārstēšanās laikā. Pietiekams laiks būtu veltāms sarunai ar pacientu pirms izrakstīšanās. Būtu jāpilnveido sabiedrībā balstītas aprūpes pieejamība pacientiem valstiskā līmenī, kas arī būtu atbilstoši Veselības ministrijas deinstitucionalizācijas politikai. Svarīgi ir pieminēt, ka pacientu novērtējums noteiktiem ārstēšanas aspektiem ļauj aizdomāties par personāla mazāku iesaistīšanos lielās slodzes dēļ, kas norāda uz nepieciešamību pēc turpmākiem pētījumiem šajā sfērā, kā arī medicīnas personāla skaita paaugstināšanu un izdegšanas profilakses

nepieciešamību, lai personāls un ārsti varētu sniegt savu ieguldījumu pacientu labsajūtas uzlabošanā.

Ņemot vērā literatūras avotu dažādus rezultātus, pacientu novērtējuma faktori jāpēta tālāk, arī garengriezuma pētījumos, jāiesaista visas Latvijas psihoneiroloģiskās slimnīcas, lai varētu ģeneralizēt datus, kā arī jāpēta pacientu ārstēšanas novērtējums ambulatori konsultatīvajās nodaļās. Pacientu novērtējums saņemtai ārstēšanai ir saistīts ar līdzestības netiešajiem rādītājiem.

Praktiskās rekomendācijas

1. Ir nepieciešams izstrādāt speciālas psihoizglītošanas programmas tieši stacionārām nodaļām. Pētījuma rezultāti netieši parādīja to, ka pacientiem trūkst informācijas par saslimšanu, ārstēšanas iespējām, psihofarmakoloģisko ārstēšanu. Būtu jāvelta vairāk laika sarunām ar pacientiem par rehabilitāciju individuālā līmenī (paša pacienta attieksme pret saslimšanu) un sociālā līmenī (antistigma, sociālās integrācijas uzlabošana).
2. Pasaulē tiek plaši lietotas kognitīvi biheiviorālās terapijas intervences (KBT), kuru mērķis ir līdzestības uzlabošana pacientiem ar psihiskām saslimšanām (Gray, Wykes, & Gournay, 2002), tādēļ viena no praktiskām rekomendācijām būtu KBT sesiju pieejamība pacientiem stacionārās ārstēšanas laikā ar mērķi uzlabot pacientu izpratni par saslimšanu un ārstēšanas nepieciešamību, ārstēšanas metodēm, tajā skaitā medikamentu lietošanu, kā arī līdzestības uzlabošanai. Intervences, kas balstītas uz afektīviem, uzvedības un psihoizglītošanas elementiem, pēc literatūras datiem uzlabo medikamentu lietošanas efektivitāti (Dolder et al., 2003).
3. Būtu jāiegulda resursi ambulatoro nodaļu un ārstu kopumā pieejamības uzlabošanai, lai sekmētu ārstēšanas nepārtrauktību un līdzestību, jo ilgstošas terapeitiskas attiecības ar vienu psihiatru literatūrā tiek saistītas ar augstāku līdzestību terapijā pacientu vidū ar hroniskām psihiskām saslimšanām (Stefan Priebe, Richardson, Cooney, Adedeji, & McCabe, 2011). Būtu rekomendējams sekmēt valsts finansētu ambulatoro centru attīstību, kas ietvertu arī psiholoģiskā atbalsta un psihoterapijas pieejamības uzlabošanu pacientiem.
4. Būtu jāturpina pētīt pacientu apmierinātību ar saņemto ārstēšanu dažādās psihiskās veselības aprūpes institūcijās, veicot kvalitatīvos pētījumus. Kvalitatīvie pētījumi pierādīja nozīmi pacientu ārstēšanas novērtēšanai, kad var identificēt faktorus, ko nevar identificēt ar kvantitatīvām pētīšanas metodēm. Būtu jāveic pētījumi ambulatorās nodaļās par pacientu apmierinātību un līdzestību ietekmējošiem faktoriem.
5. Būtu rekomendējams veidot specializētas programmas medicīnas personāla apmācībai par kvalitatīvām mijiedarbības stratēģijām ar pacientiem stacionārās nodaļās.
6. Būtu rekomendējams izstrādāt izglītojošus seminārus vai kursus medicīnas personālam par psihiskiem traucējumiem, to izplatību un kontakta veidošanas metodēm ikdienas darbā ar pacientiem ar psihiskiem traucējumiem.
7. Būtu atbalstāmas psiholoģiska atbalsta grupas medicīnas personālam, krīzes intervences programmas, komunikāciju spēju uzlabošanas programmas personālam, kurš strādā ar pacientiem ar psihiskām saslimšanām, izdegšanas profilaksei (Zhang, Song, Jiang, Ding, & Shi, 2020). Tas, ka personāla sadarbība ar pacientu ietekmē līdzestības rādītājus, par ko

norāda gan literatūras dati, gan netiešie līdzestības rādītāji promocijas darbā, pamato personāla izdegšanas sindroma profilakses pasākumu aktīvāku ieviešanu stacionāros, jo psiholoģiski izdedzis personāls (depresīvs, trauksmains, saspringts, neiejūtīgs) varētu pazemināt apmierinātību pacientu vidū (J. Ware et al., 1978), (Vahey, Aike, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004). Tādēļ mēs piedāvātu izstrādāt, piemēram, personāla atbalsta pasākumu plānu, izglītojošus materiālus vai treniņus par pašpalīdzību.

8. Pacientu informētības kāpināšanai ar mērķi uzlabot līdzestību, ņemot vērā pētījuma rezultātus, būtu ieteicams izstrādāt un ieviest nodaļās izdales materiālus ar būtiskāku informāciju par saslimšanām un pieejamām ārstēšanās metodēm, tajā skaitā medikamentozo terapiju. Ārstēšanas procesā varētu integrēt vairāk psihoizglītojošas sarunas par radnieku iesaistīšanu ārstēšanā, kā arī jāizglīto paši radnieki. Bez šaubām, tas arī tiek darīts, taču, kā parāda pētījuma rezultāti, pacienti ar to ir mazāk apmierināti. Tāpēc varētu izstrādāt intervences programmas vai metodes, lai pacientu radniekus ārstēšanas procesā iesaistītu vairāk. Pastāv nepieciešamība veidot informatīvos materiālus pacientiem, kā arī intensificēt psihoizglītošanu pacientiem no ārstu un medicīnas personāla puses.
9. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja var būt izmantota apmierinātības noteikšanai psihiskās veselības aprūpes pacientiem citās Latvijas psihoneiroloģiskajās slimnīcās stacionārās nodaļās.

Publikācijas un ziņojumi par promocijas darba tēmu

Zinātniskās publikācijas izdevumos, kas iekļauti starptautiskajās datu bāzēs

1. Berzina N., Petrošina E., Taube M., 2020. The assessment of factors associated with patient satisfaction in evaluation of mental health care center. *Nordic Journal of Psychiatry*. 75:2, 79-86. DOI: 10.1080/08039488.2020.1795715 (SJR 0,93, SNIP 0,98)
2. Bērziņa-Novikova N., Taube M., 2019. Evaluation of the Patients' Satisfaction with Psychiatric Health Care Services with an Adapted PIPEQ-OS Tool. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences*. 73:4, 348–55. DOI:10.2478/prolas-2019-0054 (SJR 0.12, SNIP 0.211)
3. Taube M., Berzina-Novikova N., 2018. Improving quality of psychiatric care in Latvia by measuring patient experiences. *Health Policy*. 122:7, 765-768. DOI:10.1016/j.healthpol.2018.03.011

Starptautisko zinātnisko konferenču tēzes

1. N. Berzina-Novikova, M. Taube. Patient satisfaction questionnaire adaptation process – Experience from Latvia. *European Psychiatry* 48S, 2018: lpp. S585. Konferenču tēzes.

Uzstāšanās starptautiskās zinātniskajās konferencēs ar mutisku referātu

1. Bērziņa-Novikova, N., Taube, M., 2017. Mental health and quality of care. "19th Conference of Bridging Eastern and Western Psychiatry. Depressive Disorders: an update", Latvijā, Rīgā..
2. Bērziņa-Novikova, N., Taube, M., 2018. Successful help for patients in psychiatric health care services – what does patients' experience reveal? DGPPN Psihiatrijas un psihoterapijas kongress Vācijā, Berlīnē.

Uzstāšanās vietējās nozīmes zinātniskajā konferencē ar mutisku referātu

1. Bērziņa- Novikova, N., Taube, M., 2019. Psychiatric health care evaluation from patients' perspective – what do we know? RSU Konferenču "Knowledge for use in Practice" Latvijā, Rīgā.
2. Bērziņa-Novikova, N., Taube, M., 2019. Psihotiska pacienta viedoklis ir nozīme. Latvijas Ārstu biedrības konference. Latvijā, Rīga.

Literatūras saraksts

1. Abramowitz, S., Coté, A. A., & Berry, E. (1987). Analyzing Patient Satisfaction: A Multianalytic Approach. *QRB - Quality Review Bulletin*, 13(4), 122–130. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30118-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30118-X)
2. Agarwal, M. R., Sharma, V. K., K.V., K. K., & Lowe, D. (1998). Non-Compliance With Treatment in Patients Suffering From Schizophrenia: a Study To Evaluate Possible Contributing Factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(2), 92–106. <https://doi.org/10.1177/002076409804400202>
3. Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
4. Alexius, B., Berg, K., & Åberg-Wistedt, A. (2000). Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. *Patient Education and Counseling*, 40(1), 51–57. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00041-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00041-5)
5. Allan, J., Schattner, P., Stocks, N., & Ramsay, E. (2009). Does patient satisfaction of general practice change over a decade? *BMC Family Practice*, 10, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-13>
6. Angermeyer, M. C., van der Auwera, S., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), 50–61. <https://doi.org/10.1002/wps.20383>
7. Asch, D. A., & Christakis, N. A. (1994). Different response rates in a trial of two envelop styles in mail survey research. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 5(3), 364–365. <https://doi.org/10.1097/00001648-199405000-00020>
8. Atkinson, M., Ph, D., Zibin, S., Sc, M., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental ..., (January), 99–105.
9. Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 316–322. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.22020316.x>
10. Awara, M., & Fasey, C. (2008). Patients ' satisfaction and quality of care in psychiatric out-patient settings, 17(June), 327–335. <https://doi.org/10.1080/09638230701879219>
11. Ayuso-Gutiérrez, J. L., & del Río Vega, J. M. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 28(2), 199–206. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00131-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00131-X)
12. Baker, A. (2001). *Book: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. *Bmj* (Vol. 323). <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7322.1192>
13. Bamford, C., & Jacoby, A. (1992). Development of patient satisfaction questionnaires: I. Methodological issues. *Quality in Health Care : QHC*, 1(3), 153–157. <https://doi.org/10.1136/qshc.1.3.153>
14. Barbato, A., Bajoni, A., Rapisarda, F., D'Anza, V., De Luca, L. Fabrizio, Inglese, C., D'Avanzo, B. (2014). Quality assessment of mental health care by people with severe mental disorders: a participatory research project. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 402–408. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9667-6>
15. Barker, D. A., Shergill, S. S., Higginson, I., & Orrell, M. W. (1996a). Patients' views towards care received from psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 168(MAY), 641–646. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.641>
16. Barker, D. A., Shergill, S. S., Higginson, I., & Orrell, M. W. (1996b). Patients' Views Towards Care Received from Psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 168(5), 641–646. <https://doi.org/DOI:10.1192/bjp.168.5.641>

17. Bartlett, E. E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D. M., Golden, A., & Libber, S. (1984). The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence. *Journal of Chronic Diseases*, 37(9–10), 755–764. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(84\)90044-4](https://doi.org/10.1016/0021-9681(84)90044-4)
18. Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25–38.
19. Begley, C. E., & Lieberman, L. R. (1970). Patient expectations of therapist's techniques. *Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 112–116. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197001\)26:1<112::AID-JCLP2270260133>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-4679(197001)26:1<112::AID-JCLP2270260133>3.0.CO;2-Y)
20. Berghofer, G., Lang, A., Henkel, H., Schmidl, F., Rudas, S., & Schmitz, M. (2001). Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment, and other patients. *Psychiatric Services*, 52(1), 104–106. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.1.104>
21. Bērziņa-Novikova, N., & Taube, M. (2019). Evaluation of the Patients' Satisfaction with Psychiatric Health Care Services with an Adapted PIPEQ-OS Tool. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences.*, 73(4), 348–355. <https://doi.org/10.2478/prolas-2019-0054>
22. Bidaut-Russell, M., Gabriel, S. E., Scott, C. G., Zinsmeister, A. R., Luthra, H. S., & Yawn, B. (2002). Determinants of patient satisfaction in chronic illness. *Arthritis Care and Research*, 47(5), 494–500. <https://doi.org/10.1002/art.10667>
23. Bidmon, S., Elshiewy, O., Terlutter, R., & Boztug, Y. (2020). What Patients Value in Physicians: Analyzing Drivers of Patient Satisfaction Using Physician-Rating Website Data. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2), e13830. <https://doi.org/10.2196/13830>
24. Billcliff, N., McCabe, E., & Brown, W. (2001). Informed consent to medication in long-term psychiatric. *Psychiatric Bulletin*, 132–134.
25. Bjertnaes, O., Iversen, H. H., & Kjollesdal, J. (2015). PIPEQ-OS – an instrument for on-site measurements of the experiences of inpatients at psychiatric institutions. *BMC Psychiatry*, 15(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0621-8>
26. Bjørngaard, J. H., Ruud, T., & Friis, S. (2007). The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 803–809. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0229-5>
27. Blackwell, B. (1973). Patient Compliance. *New England Journal of Medicine*, 289(5), 249–252. <https://doi.org/10.1056/NEJM197308022890506>
28. Bleich, S. N., Ozaltin, E., & Murray, C. K. L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271–278. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19551235>
29. Blenkiron, P., & Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgraduate Medical Journal*, 79(932), 337–340. <https://doi.org/10.1136/pmj.79.932.337>
30. Bø, B., Ottesen, Ø. H., Gjestad, R., Jørgensen, H. A., Kroken, R. A., Løberg, E.-M., & Johnsen, E. (2016a). Patient satisfaction after acute admission for psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(5), 321–328. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1112831>
31. Bø, B., Ottesen, Ø. H., Gjestad, R., Jørgensen, H. A., Kroken, R. A., Løberg, E. M., & Johnsen, E. (2016b). Patient satisfaction after acute admission for psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(5), 321–328. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1112831>
32. Bogner, H. R., de Vries McClintock, H. F., Kurichi, J. E., Kwong, L. P., Xie, D., Hennessy, S., ... Stineman, M. G. (2017). Patient Satisfaction and Prognosis for Functional Improvement and Deterioration, Institutionalization, and Death among Medicare Beneficiaries Over Two Years. *Arch Phys Rehabil.*, 98(1), 1–10. <https://doi.org/doi:10.1016/j.apmr.2016.07.028>.

33. Bouman, Y. H. A., Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., & De Ruiter, C. (2008). Quality of life of male outpatients with personality disorders or psychotic disorders: a comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(5), 279–291. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cbm.703>
34. Boydell, J., Morgan, C., Dutta, R., Jones, B., Alemseged, F., Dazzan, P., Fearon, P. (2010). Satisfaction with inpatient treatment for first-episode psychosis among different ethnic groups: A report from the UK ÆSOP study. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(1), 98–105. <https://doi.org/10.1177/0020764010382691>
35. Boyer, L., Baumstarck-Barrau, K., Cano, N., Zendjidjian, X., Belzeaux, R., Limousin, S., Auquier, P. (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(8), 540–549. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.05.011>
36. Boyer, Laurent, Cermolacce, M., Dassa, D., Fernandez, J., Boucekine, M., Richieri, R., ... Lancon, C. (2012). Neurocognition, Insight and Medication Nonadherence in Schizophrenia: A Structural Equation Modeling Approach. *PLoS ONE*, 7(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047655>
37. Bramesfeld, A., Wedegärtner, F., Elgeti, H., & Bisson, S. (2007). How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research*, 7, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-99>
38. Braun, E., Woodley, A., Richardson, J. T. E., & Leidner, B. (2012). Self-rated competences questionnaires from a design perspective. *Educational Research Review*, 7(1), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2011.11.005>
39. Brekke, J. S., Kohrt, B., & Green, M. F. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 697–708. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006908>
40. Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings - A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1349–1356. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.011>
41. Bridges, J. F. P., Slawik, L., Schmeding, A., Reimer, J., Naber, D., & Kuhnigk, O. (2013). A test of concordance between patient and psychiatrist valuations of multiple treatment goals for schizophrenia. *Health Expectations*, 16(2), 164–176. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00704.x>
42. Bröker, M., Röhrich, F., & Priebe, S. (1995). Initial assessment of hospital treatment by patients with paranoid schizophrenia: A predictor of outcome. *Psychiatry Research*, 58(1), 77–81. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02718-C](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02718-C)
43. Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 244–250. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.01993.x>
44. Carmel, S. (1985). Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of services. *Social Science and Medicine*, 21(11), 1243–1249. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90273-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90273-4)
45. Cascade, E., Kalali, A. H., & Smitherman, T. A. (2008). Treatment of Migraine and the Role of Psychiatric Medications. *Psychiatry*, (5), 20–22.
46. Chan, A. H. Y., Horne, R., Hankins, M., & Chisari, C. (2020). The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(7), 1281–1288. <https://doi.org/10.1111/bcp.14193>
47. Chang, J. T., Hays, R. D., Shekelle, P. G., MacLean, C. H., Solomon, D. H., Reuben, D. B., ... Wenger, N. S. (2006). Patients' Global Ratings of Their Health Care Are Not Associated with the Technical Quality of Their Care. *Annals of Internal Medicine*, 144(9), 665–672. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-9-200605020-00010>

48. Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). [Therapeutic alliance, a stake in schizophrenia]. *L'Encephale*, *35*(1), 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.12.009>
49. Chen, Q., Beal, E. W., Okunrintemi, V., Cerier, E., Paredes, A., Sun, S., Pawlik, T. M. (2019). The Association Between Patient Satisfaction and Patient-Reported Health Outcomes. *Journal of Patient Experience*, *6*(3), 201–209. <https://doi.org/10.1177/2374373518795414>
50. Cheng, S. H., Yang, M. C., & Chiang, T. L. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: Effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, *15*(4), 345–355. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg045>
51. Chue, P. (2006). The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, *20*(6 Suppl), 38–56. <https://doi.org/10.1177/1359786806071246>
52. Chung, H., Lee, H., Chang, D. S., Kim, H. S., Lee, H., Park, H. J., & Chae, Y. (2012). Doctor's attire influences perceived empathy in the patient-doctor relationship. *Patient Education and Counseling*, *89*(3), 387–391. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.017>
53. Clark, V. A., Aneshensel, C. S., Frerich, R. R., & Morgan, T. M. (1983). Analysis of Non-Response in a Prospective Study of Depression in Los Angeles County. *International Journal of Epidemiology*, *12*(2), 193–198. <https://doi.org/10.1093/ije/12.2.193>
54. Cleary, M., Hunt, G., & Walter, G. (2009). A Comparison of Patient and Staff Satisfaction with Services After Relocating to a New Purpose-Built Mental Health Facility. *Australasian Psychiatry*, *17*(3), 212–217. <https://doi.org/10.1080/10398560802691693>
55. Comstock, L. M., Hooper, E. M., Goodwin, J. M., & Goodwin, J. S. (1982). Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *Journal of Medical Education*, *57*(2), 105–112. <https://doi.org/10.1097/00001888-198202000-00005>
56. Cooper, C., Bebbington, P., King, M., Brugha, T., Meltzer, H., Bhugra, D., & Jenkins, R. (2007). Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(1), 47–53. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00974.x>
57. Cox, A., Rutter, M., Yule, B., & Quinton, D. (1977). Bias resulting from missing information: some epidemiological findings. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, *31*(2), 131–136. <https://doi.org/10.1136/jech.31.2.131>
58. Crawford, M. J., & Kessel, A. S. (1999). Not Listening To Patients - the Use and Misuse of Patient Satisfaction Studies. *International Journal of Social Psychiatry*, *45*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1177/002076409904500101>
59. Crawford, P., & Brown, B. (2002). “Like a friend going round”: Reducing the stigma attached to mental healthcare in rural communities. *Health and Social Care in the Community*, *10*(4), 229–238. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00362.x>
60. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction practice from a systematic review. *Health Technology Assessment*, *6*(32).
61. Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., & Bottai, T. (2010). Factors Associated with Medication Non-Adherence in Patients Suffering from Schizophrenia: A Cross-Sectional Study in a Universal Coverage Health-Care System. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(10), 921–928. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.493503>
62. Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., ... Power, C. (2005). Attitudes Toward Antipsychotic Medication: The Impact of Clinical Variables and Relationships With Health Professionals. *Archives of General Psychiatry*, *62*(7), 717–724. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.717>
63. De Las Cuevas, C., De Leon, J., Peñate, W., & Betancort, M. (2017). Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: A structural equation modeling approach. *Patient Preference and Adherence*, *11*, 681–690. <https://doi.org/10.2147/PPA.S133513>

64. Desai, R. A., Stefanovics, E. A., & Rosenheck, R. A. (2005). The role of psychiatric diagnosis in satisfaction with primary care: data from the department of veterans affairs. *Medical Care*, *43*(12), 1208–1216. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000185747.79104.90>
65. Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, *357*(9258), 757–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04169-6)
66. DiMatteo, M. R., Hays, R. D., & Prince, L. M. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *5*(6), 581–594. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.5.6.581>
67. DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*, *18*(4), 376–387. <https://doi.org/10.1097/00005650-198004000-00003>
68. Dolder, C. R., Lacro, J. P., Leckband, S., & Jeste, D. V. (2003). Interventions to Improve Antipsychotic Medication Adherence: Review of Recent Literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *23*(4). Retrieved from https://journals.lww.com/psychopharmacology/Fulltext/2003/08000/Interventions_to_Improve_Antipsychotic_Medication.12.aspx
69. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, *83*(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
70. Duggins, R., & Shaw, I. (2006). Examining the concept of patient satisfaction in patients with a diagnosis of schizophrenia: a qualitative study. *Psychiatric Bulletin*, *30*(04), 142–145. <https://doi.org/10.1192/pb.30.4.142>
71. Eaton, W. W., Anthony, J. C., Tepper, S., & Dryman, A. (1992). Psychopathology and Attrition in the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *American Journal of Epidemiology*, *135*(9), 1051–1059. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116399>
72. Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGiuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R., ... Cooper, R. (2007). Methods to increase response rates to postal questionnaires. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), MR000008. <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000008.pub3>
73. Elliott, M. N., Lehrman, W. G., Beckett, M. K., Goldstein, E., Hambarsoomian, K., & Giordano, L. A. (2012). Gender differences in patients' perceptions of inpatient care. *Health Services Research*, *47*(4), 1482–1501. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01389.x>
74. Epstein, K. R. (1996). Patients' perceptions of office medical practice: Judging quality through the patients' eyes. *American Journal of Medical Quality*, *11*(2), 73–80. <https://doi.org/10.1177/0885713X9601100204>
75. Etter, J. F., & Perneger, T. V. (1997). Analysis of non-response bias in a mailed health survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, *50*(10), 1123–1128. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9368520>
76. Eytan, A., Bovet, L., Gex-Fabry, M., Alberque, C., & Ferrero, F. (2004). Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *19*(8), 499–501. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.004>
77. Fakhoury, W., Kaiser, W., Roeder-Wanner, U.-U., & Priebe, S. (2002). Subjective Evaluation: Is There More Than One Criterion? *Schizophrenia Bulletin*, *28*, 319–327. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006941>
78. Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., & Gilderman, A. M. (1982). Family Management in the Prevention of Exacerbations of Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, *306*(24), 1437–1440. <https://doi.org/10.1056/NEJM198206173062401>
79. Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, *23*(4), 637–651. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.637>

80. Fialko, L., Garety, P. A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., & Freeman, D. (2008). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research, 100*(1–3), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.10.029>
81. Fiorillo, A., Giacco, D., De Rosa, C., Kallert, T., Katsakou, C., Onchev, G., Priebe, S. (2012). Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(6), 460–467. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01809.x>
82. Fischer, M. A., Stedman, M. R., Lii, J., Vogeli, C., Shrank, W. H., Brookhart, M. A., & Weissman, J. S. (2010). Primary medication non-adherence: Analysis of 195,930 electronic prescriptions. *Journal of General Internal Medicine, 25*(4), 284–290. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1253-9>
83. Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: II - Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal, 302*(6785), 1129–1132. <https://doi.org/10.1136/bmj.302.6785.1129>
84. Fitzpatrick, Ray. (1991). Surveys of patient satisfaction : I-Important general considerations. *BMJ, 302*, 887–889.
85. Fleury, M. J., Grenier, G., & Farand, L. (2019). Satisfaction with emergency departments and other mental health services among patients with mental disorders. *Healthcare Policy, 14*(3), 43–54. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2019.25793>
86. Frank, A. F., & Gundersen, J. G. (1990). The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia: Relationship to Course and Outcome. *Archives of General Psychiatry, 47*(3), 228–236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150028006>
87. Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L. S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling, 66*(1), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.013>
88. Fujikawa, M., Togo, T., Yoshimi, A., Fujita, J., Nomoto, M., Kamijo, A., Hirayasu, Y. (2008). Evaluation of subjective treatment satisfaction with antipsychotics in schizophrenia patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 32*(3), 755–760. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.12.002>
89. Garratt, A., Danielsen, K., Bjertnaes, Ø. A., & Ruud, T. (2006). [PIPEQ--a method for measurement of user satisfaction in mental health services]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke, 126*(11), 1478–1480.
90. Gayet-Ageron, A., Agoritsas, T., Schiesari, L., Kolly, V., & Perneger, T. V. (2011). Barriers to participation in a patient satisfaction survey: Who are we missing? *PLoS ONE, 6*(10), 6–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026852>
91. Gebhardt, S., Wolak, A. M., & Huber, M. T. (2013). Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients-The prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. *Comprehensive Psychiatry, 54*(1), 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.03.016>
92. Gigantesco, A., Morisini, P., & Bazzoni, A. (2003). Quality of psychiatric care: validation of an instrument for measuring inpatient opinion. *International Journal for Quality in Health Care, 15*(1), 73–78. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/15.1.73>
93. Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research, 8*, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
94. Gleeson, H., Calderon, A., Swami, V., Deighton, J., Wolpert, M., & Edbrooke-Childs, J. (2016). Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open, 6*(8). Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e011907.abstract>
95. Good, G. E., & Wood, P. K. (1995). Male Gender Role Conflict, Depression, and Help Seeking: Do College Men Face Double Jeopardy? *Journal of Counseling & Development, 74*(1), 70–75. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01825.x>

96. Government of the Republic of Latvia. (2008). Ministru kabinta rīkojums Nr.468. Par pamatnostādņēm "Tedzīvotāju garīgās veselības uzlabošana 2009.–2014.gadā." Retrieved from file:///C:/Users/natal/Downloads/likumi_lv_179405_12.02.2013__lv.pdf
97. Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 277–284. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00474.x>
98. Greenwood, N., Key, A., Burns, T., Bristow, M., & Sedgwick, P. (1999). Satisfaction with inpatient psychiatric services: Relationship to patient and treatment factors. *British Journal of Psychiatry*, 174(FEB.), 159–163. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.2.159>
99. Groenewegen, P. P., Kerssens, J. J., Sixma, H. J., Van Eijk, I. Der, & Boerma, W. G. W. (2005). What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views. *BMC Health Services Research*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-16>
100. Groves, R. M., & Peytcheva, E. (2008). The impact of nonresponse rates on nonresponse bias: A meta-analysis. *Public Opinion Quarterly*, 72(2), 167–189. <https://doi.org/10.1093/poq/nfn011>
101. Haahr, U., Simonsen, E., Rossberg, J. I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Melle, I., McGlashan, T. (2012). Patient satisfaction with treatment in first-episode psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 329–335. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.644808>
102. Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2005). Do Patients With Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2382–2384. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2382>
103. Hansson, L., Björkman, T., & Berglund, I. (1993). What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance in Health Care: The Official Journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care*, 5(1), 41–47. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8457687>
104. Harmsen, H., Meeuwesen, L., Van Wieringen, J., Bernsen, R., & Bruijnzeels, M. (2003). When cultures meet in general practice: Intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 99–106. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00195-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00195-7)
105. Hasler, G., Moergeli, H., Bachmann, R., Lambreva, E., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: The role of diagnosis, pharmacotherapy, and perceived therapeutic change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(5), 315–321. <https://doi.org/10.1177/070674370404900507>
106. Haugum, M., Iversen, H. H., Helgeland, J., Lindahl, A. K., & Bjertnaes, O. (2019). Patient experiences with interdisciplinary treatment for substance dependence: an assessment of quality indicators based on two national surveys in Norway. *Patient Preference and Adherence*, 13, 453–464. <https://doi.org/10.2147/PPA.S194925>
107. Henderson, C., Phelan, M., Loftus, L., Dall'Agnola, R., & Ruggeri, M. (1999). Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatr Scand*, 99, 188–195.
108. Hermann, R. C., Ettner, S. L., & Dorwart, R. A. (1998). The Influence of Psychiatric Disorders on Patients' Ratings of Satisfaction With Health Care. *Medical Care*, 36(5). Retrieved from https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1998/05000/The_Influence_of_Psychiatric_Disorders_on.11.aspx
109. Hoff, R. A., Rosenheck, R. A., Meterko, M., & Wilson, N. J. (1999). Mental illness as a predictor of satisfaction with inpatient care at Veterans Affairs hospitals. *Psychiatric Services*, 50(5), 680–685. <https://doi.org/10.1176/ps.50.5.680>
110. Holcomb, W. R., Parker, J. C., Leong, G. B., Thiele, J., & Higdon, J. (1998). Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 49(7), 929–934. <https://doi.org/10.1176/ps.49.7.929>

111. Holikatti, P. C., Kar, N., Mishra, A., Shukla, R., Swain, S. P., & Kar, S. (2012). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*, *54*(4), 327–332. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.104817>
112. Holloway, F., & Carson, J. (1999). Subjective Quality of Life, Psychopathology, Satisfaction With Care and Insight: an Exploratory Study. *International Journal of Social Psychiatry*, *45*(4), 259–267. <https://doi.org/10.1177/002076409904500404>
113. Holt, V. L., Martin, D. P., & LoGerfo, J. P. (1997). Correlates and effect of non-response in a postpartum survey of obstetrical care quality. *Journal of Clinical Epidemiology*, *50*(10), 1117–1122. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00096-6](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00096-6)
114. Howard, P. B., El-Mallakh, P., Kay Rayens, M., & Clark, J. J. (2003). Consumer perspectives on quality of inpatient mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, *17*(5), 205–217. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(03\)00096-7](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(03)00096-7)
115. Howie, J. G. R., Heaney, D. J., Maxwell, M., & Walker, J. J. (1998). A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Family Practice*. <https://doi.org/10.1093/fampra/15.2.165>
116. Hui, C. L. M., Chen, E. Y. H., Kan, C. S., Yip, K. C., Law, C. W., & Chiu, C. P. Y. (2006). Detection of Non-Adherent Behaviour in Early Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(5), 446–451. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01821.x>
117. Hulka, B. S., Kupper, L. L., Daly, M. B., Cassel, J. C., & Schoen, F. (1975). Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. *Medical Care*, *13*(8), 648–658. <https://doi.org/10.1097/00005650-197508000-00004>
118. Ito, H., Shingai, N., Yamazumi, S., Sawa, Y., & Iwasaki, S. (1999). Characteristics of Nonresponders to a Patient Satisfaction Survey at Discharge From Psychiatric Hospitals. *Psychiatric Services*, *50*(3), 410–412. <https://doi.org/10.1176/ps.50.3.410>
119. Iversen, K. I., Høyer, G., & Sexton, H. C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, *30*(6), 504–511. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.09.001>
120. Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, *52*(4), 609–620. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00164-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00164-7)
121. Jacoby, A., & Bamford, C. (1992). Development of patient satisfaction questionnaires: II. Collaboration in practice. *Quality in Health Care: QHC*, *1*(3), 153–157. <https://doi.org/10.1136/qshc.1.3.158>
122. Jacomb, P. A., Jorm, A. F., Korten, A. E., Christensen, H., & Henderson, A. S. (2002). Predictors of refusal to participate: A longitudinal health survey of the elderly in Australia. *BMC Public Health*, *2*, 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-2-4>
123. Jaipaul, C. K., & Rosenthal, G. E. (2003). Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of General Internal Medicine*, *18*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20114.x>
124. Jiang, F., Rakofsky, J., Zhou, H., Hu, L., Liu, T., Wu, S., Tang, Y. L. (2019). Satisfaction of psychiatric inpatients in China: Clinical and institutional correlates in a national sample. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2011-0>
125. Johansson, H. (2004). Patients' opinions of psychiatric care: a Swedish study. *International Psychiatry*, *1*(5), 7–8. <https://doi.org/10.1192/s1749367600006822>
126. Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., Lembo, A. J. (2008). Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *Bmj*, *336*(7651), 999–1003. <https://doi.org/10.1136/bmj.39524.439618.25>
127. Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission--a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*(4), 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x>
128. Katsakou, Christina, Bowerts, L., Amos, Ti., Morris, R., Rose, Di., Wykes, T., & Priebe, S. (2010).

- Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatric Services*, 61(3).
129. Keeley, R., Smith, M., & Miller, J. (2000). Somatoform symptoms and treatment nonadherence in depressed family medicine outpatients. *Archives of Family Medicine*, 9(1), 46–54. <https://doi.org/10.1001/archfami.9.1.46>
 130. Kelstrup, A., Lund, K., Lauritsen, B., & Bech, P. (1993). Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients Relationship to diagnosis and medical treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 374–379. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03390.x>
 131. Kemmler, G., Holzner, B., Neudorfer, C., Meise, U., & Hinterhuber, H. (1997). General life satisfaction and domain-specific quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 6(3), 265–273. <https://doi.org/10.1023/a:1026466906643>
 132. Kikkert, M. J., Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Robson, D., Born, A., Helm, H., ... Gray, R. J. (2006). Medication adherence in schizophrenia: Exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 786–794. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl011>
 133. Kilbourne, A. M., Keyser, D., & Pincus, H. A. (2010). Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(9), 549–557. <https://doi.org/10.1177/070674371005500903>
 134. Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, I., & Hackett, P. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. *Family Practice*, 13(1), 41–51. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.1.41>
 135. Kirsh, B., & Tate, E. (2006). Developing a Comprehensive Understanding of the Working Alliance in Community Mental Health. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1054–1074. <https://doi.org/10.1177/1049732306292100>
 136. Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e140–e149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
 137. Kjellin, L., Östman, O., & Östman, M. (2008). Compulsory psychiatric care in Sweden - Development 1979-2002 and area variation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(1), 51–59. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.008>
 138. Kjølner, M., & Thoning, H. (2005). Characteristics of non-response in the Danish Health Interview Surveys, 1987-1994. *European Journal of Public Health*, 15(5), 528–535. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki023>
 139. Köberich, S., Feuchtinger, J., & Farin, E. (2016). Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0137-7>
 140. Köhler, S., Unger, T., Hoffmann, S., Steinacher, B., & Fydrich, T. (2015). Patient satisfaction with inpatient psychiatric treatment and its relation to treatment outcome in unipolar depression and schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(2), 119–123. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.988272>
 141. Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gómez, S., Armiya'u, A. Y., Banjac, V., Sartorius, N. (2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 989–1003. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1366-0>
 142. Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J., & Välimäki, M. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 655–663. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03957.x>
 143. Kutney-lee, A., Mchugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: A key to patient satisfaction. *Health Aff*, 28(4), 669–677. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669.Nursing>

144. Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Lacro, Jonathan P.: VA San Diego Healthcare System, Geriatric Psychiatry Div 116A-1, 3350 La Jolla village Dr, San Diego, CA, US, 92161, jlacro@ucsd.edu: Physicians Postgraduate Press. <https://doi.org/10.4088/JCP.v63n1007>
145. Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'ren, R., Schwärzler, F., & Eschweiler, G. W. (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: The patients' view. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), 213–221. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg032>
146. Laveist, T. A., & Nuru-Jeter, A. (2002). Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *Journal of Health and Social Behavior*, 43(3), 296–306.
147. Leavey, G., King, M., Cole, E., Hoar, A., & Johnson-Sabine, E. (1997). First-onset psychotic illness: Patients' and relatives' satisfaction with services. *British Journal of Psychiatry*, 170(1), 53–57. <https://doi.org/DOI: 10.1192/bjp.170.1.53>
148. Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: A review of findings. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 211–236. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90003-4](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90003-4)
149. Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 123–132. <https://doi.org/10.1080/03069889908259720>
150. Leucht, S., & Heres, S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 Suppl 5, 3–8.
151. Lewis, J. R. (1994). Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science & Medicine* (1982), 39(5), 655–670. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90022-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90022-1)
152. Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16(5), 583–589. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90312-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90312-4)
153. Linder-Pelz, S. U. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* (1982), 16(5), 577–582. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90311-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90311-2)
154. Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*, 323(7318), 908–911. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7318.908>
155. Llewellyn-Jones, S., Jones, G., & Donnelly, P. (2001). Questions patients ask psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 25(1), 21–24. <https://doi.org/10.1192/pb.25.1.21>
156. Lovell, K. (1995). User satisfaction with in-patient mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(3), 143–150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.1995.tb00049.x>
157. Macdonald, L., Sibbald, B., & Hoare, C. (1988). Measuring Patient Satisfaction With Life in a Long-Stay Psychiatric Hospital. *International Journal of Social Psychiatry*, 34(4), 292–304. <https://doi.org/10.1177/002076408803400407>
158. Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S. W. (2013). The Patient Experience and Health Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(3), 201–203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
159. Masand, P. S., Roca, M., Turner, M. S., & Kane, J. M. (2009). Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: A review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(4), 147–154. <https://doi.org/10.4088/PCC.08r00612>
160. Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3 SPEC. ISS.), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.005>

161. Mazor, K. M., Clauser, B. E., Field, T., Yood, R. A., & Gurwitz, J. H. (2002). A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health Services Research, 37*(5), 1403–1417. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.11194>
162. McBee, G. W., & Justice, B. (1977). The effect of interviewer bias on mental illness questionnaire responses. *The Journal of Psychology, 95*(1st Half), 67–75. <https://doi.org/10.1080/00223980.1977.9915862>
163. McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Priebe, S. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS ONE, 7*(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036080>
164. McCabe, R., Saidi, M., & Priebe, S. (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia, *1*, 21–28. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s21>
165. Mccann, T. V, Boardman, G., Clarck, E., & Lu, S. (2008). Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(8), 622–629. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01277.x>
166. Meric, H. J. (1994). The effect of scale form choice on psychometric properties of patient satisfaction measurement. *Health Marketing Quarterly, 11*(3–4), 27–39. https://doi.org/10.1300/J026v11n03_04
167. Middelboe, T., Schjødt, T., Byrstring, K., & Gjerris, A. (2001). Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: Patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*(3), 212–219. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00102.x>
168. Miglietta, E., Belessiotis-Richards, C., Ruggeri, M., & Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research, 100*, 33–46. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.014>
169. Moosa, M. Y. H., Jeenah, F. Y., & Kazadi, N. (2007). Treatment adherence. *South African Journal of Psychiatry, 13*(2), 40–45. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v13i2.26>
170. Morris, L. S., & Schulz, R. M. (1992). Patient compliance-an overview. *Journal of Clinical Psychopharmacology and Therapeutics, 17*, 283–295.
171. Müller, M. J., Schlösser, R., Kapp-Steen, G., Schanz, B., & Benkert, O. (2002). Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *The Psychiatric Quarterly, 73*(2), 93–107. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12025725>
172. Nakash, R. A., Hutton, J. L., Jørstad-Stein, E. C., Gates, S., & Lamb, S. E. (2006). Maximising response to postal questionnaires - A systematic review of randomised trials in health research. *BMC Medical Research Methodology, 6*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-5>
173. Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a Service Evaluation Questionnaire. *Evaluation and Program Planning, 6*(3–4), 299–313. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90010-1](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90010-1)
174. Nguyen, T. M. U., Caze, A. La, & Cottrell, N. (2013). What are validated self-report adherence scales really measuring?: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology, 77*(3), 427–445. <https://doi.org/10.1111/bcp.12194>
175. Nguyen Thi, P. L., Briançon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine (1982), 54*(4), 493–504. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00045-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00045-4)
176. Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine, 52*(7), 985–998. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00210-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00210-0)
177. OECD. (2017). Care for people with mental health disorders. *Health at a Glance*.
178. Olusina, A. K., Ohaeri, J. U., & Olatawura, M. O. (2002). Patient and staff satisfaction with the quality of in-patient psychiatric care in a Nigerian general hospital. *Social Psychiatry and*

- Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 283–288. <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0548-5>
179. Osler, M., & Schroll, M. (1992). Differences between participants and non-participants in a population study on nutrition and health in the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 46(4), 289–295.
 180. Pan, P.-C., & Tantam, D. (1989). Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance treatment: a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(6), 564–570. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10304.x>
 181. Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P., & Ferrans, C. E. (2011). Improving subject recruitment, retention, and participation in research through peplau’s theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 24(2), 146–151. <https://doi.org/10.1177/0894318411399454>
 182. Perneger, T. V., Chamot, E., & Bovier, P. A. (2005). Nonresponse Bias in a Survey of Patient Perceptions of Hospital Care. *Medical Care*, 43(4). Retrieved from https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2005/04000/Nonresponse_Bias_in_a_Survey_of_Patient.8.aspx
 183. Peytremann-Bridevaux, I., Scherer, F., Peer, L., Cathieni, F., Bonsack, C., Cléopas, A., ... Burnand, B. (2006). Satisfaction of patients hospitalised in psychiatric hospitals: A randomised comparison of two psychiatric-specific and one generic satisfaction questionnaires. *BMC Health Services Research*, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-108>
 184. Pietila, A. M., Rantakallio, P., & Laaraa, E. (1995). Background Factors Predicting Non-Response in a Health Survey of Northern Finnish Young Men. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23(2), 129–136.
 185. Pincus, H. A., Page, A. E. K., Drussel, B., & Appelbaum, P. S. (2007). Can psychiatry cross the quality chasm? Improving the quality of. *The American Journal of Psychiatry*, 164(5).
 186. Pollock, K., Grime, J., Baker, E., & Mantala, K. (2004). Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health*, 13(4), 389–401. <https://doi.org/10.1080/09638230410001729834>
 187. Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522–554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>
 188. Priebe, S., & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(SUPPL. 429), 69–72. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00721.x>
 189. Priebe, Stefan, Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Yeeles, K. (2009). Patients’ views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 49–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052266>
 190. Priebe, Stefan, Katsakou, C., Yeeles, K., Amos, T., Morriss, R., Wang, D., & Wykes, T. (2011). Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study. *EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE*, 261(5), 377–386. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0179-x>
 191. Priebe, Stefan, Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(2), 70–77. <https://doi.org/10.1159/000320976>
 192. Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-102>
 193. Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 385–390. Retrieved from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnac703.pdf

194. Ratner, Y., Zendjidian, X. Y., Mendyk, N., Timinsky, I., & Ritsner, M. S. (2018). Patients' satisfaction with hospital health care: Identifying indicators for people with severe mental disorder. *Psychiatry Research*, 270(September), 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.027>
195. Reijneveld, S. A., & Stronks, K. (1999). The impact of response bias on estimates of health care utilization in a metropolitan area: the use of administrative data. *International Journal of Epidemiology*, (28), 1134–1140.
196. Reininghaus, U., McCabe, R., Burns, T., Croudace, T., & Priebe, S. (2012). The validity of subjective quality of life measures in psychotic patients with severe psychopathology and cognitive deficits: an item response model analysis. *Quality of Life Research*, 21(2), 237–246. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9936-1>
197. Reininghaus, U., & Priebe, S. (2012). Measuring patient-reported outcomes in psychosis: Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 201(4), 262–267. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107615>
198. Remnik, Y., Melamed, Y., Swartz, M., Elizur, A., & Barak, Y. (2004). Patients' satisfaction with psychiatric inpatient care. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41(3), 208–212.
199. Rendell, J. M., Merritt, R. K., & Geddes, J. (2007). Incentives and disincentives to participation by clinicians in randomised controlled trials (Review). *Cochra*, (2). <https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.5.288>
200. Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine (1982)*, 39(4), 563–572. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90099-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90099-x)
201. Riiskjær, E., Ammentorp, J., Nielsen, J. F., & Kofoed, P.-E. (2010). Patient surveys—A key to organizational change? *Patient Education and Counseling*, 78(3), 394–401. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.017>
202. Robb, C., Haley, W. E., Becker, M. A., Polivka, L. A., & Chwa, H.-J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: Similarities and differences. *Aging & Mental Health*, 7(2), 142–152. <https://doi.org/10.1080/1360786031000072321>
203. Robinson, D. G., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R. M., Hinrichsen, G. A., & Lieberman, J. A. (2002). Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 57(2–3), 209–219. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00312-7](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00312-7)
204. Rosenheck, R., Wilson, N., & Meterko, M. (1997). Influence of Patient and Hospital Factors on Consumer Satisfaction With Inpatient Mental Health Treatment. *Psychiatric Services*, 48(12), 1553–1561.
205. Roth, D., & Crane-Ross, D. (2002). Impact of Services, Met Needs, and Service Empowerment on Consumer Outcomes. *Mental Health Services Research*, 4(1), 43–56. <https://doi.org/10.1023/A:1014097109766>
206. Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, Q., Thomicroft, Q., Luis, J., Barquerot, V., Tansella, M. (2003). Satisfaction With Mental Health Services Among People With Schizophrenia in Five European Sites : Results From the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 229–246.
207. Saeima. (2014). Latvian National Development plan for 2014.-2020.
208. Sajatovic, M., Velligan, D. I., Weiden, P. J., Valenstein, M. A., & Ogedegbe, G. (2010). Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 591–599. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.007>
209. Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H. R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9(3), 131–144. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x>
210. Schainblatt, A. H. (1980). What happens to the clients? *Community Mental Health Journal*, 16(4), 331–342. <https://doi.org/10.1007/BF00821564>

211. Schouten, B. C., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. A. M. (2007). Cultural diversity in patient participation: The influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient Education and Counseling*, 67(1–2), 214–223. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.018>
212. Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 93–102. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x>
213. Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging & Mental Health*, 9(4), 363–367. <https://doi.org/10.1080/13607860500131047>
214. Semple, D., & Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry* (Third Edit). Oxford University Press.
215. Sheikh, K., & Mattingly, S. (1981). Investigating non-response bias in mail surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 35(4), 293–296. <https://doi.org/10.1136/jech.35.4.293>
216. Sheppard, M. (1993). Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 246–259. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18020246.x>
217. Shiva, A., Haden, S. C., & Brooks, J. (2009). Psychiatric civil and forensic inpatient satisfaction with care: the impact of provider and recipient characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 979. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0019-3>
218. Singuru, K., Kavi, R. K., & Radharani, S. (2017). Expectations Of Patients Using Mental Health Services, 16(8), 33–37. <https://doi.org/10.9790/0853-1608013337>
219. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2017). *Tematiskais ziņojums par Latvijas iedzīvotāju psihisko veselību par 2017.gadu.*
220. Smith, D., Roche, E., O'Loughlin, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, J., O'Donoghue, B. (2014). Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *Journal of Mental Health*, 23(1), 38–45. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.841864>
221. Soergaard, K. W., Nivison, M., Hansen, V., & Oeiesvold, T. (2008). Treatment needs and acknowledgement of illness – importance for satisfaction with psychiatric inpatient treatment. *BMC Health Services Research*, 8(1), 103. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-103>
222. Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *ANNUAL REVIEW OF PUBLIC HEALTH*, 26, 513–559. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>
223. Sørgaard, K. W. (2007). Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 214–219. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00458.x>
224. Speer, D. C., & Zold, A. (1971). An example of self-selection bias in follow-up research. *Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 64–68. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197101\)27:1<64::AID-JCLP2270270112>3.0.CO;2-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-4679(197101)27:1<64::AID-JCLP2270270112>3.0.CO;2-9)
225. Stallard, P. (1996). The role and use of consumer satisfaction surveys in mental health services. *Journal of Mental Health*, 5(4), 333–348. <https://doi.org/10.1080/09638239619257>
226. Stamboglis, N., & Jacobs, R. (2020). Factors Associated with Patient Satisfaction of Community Mental Health Services: A Multilevel Approach. *Community Mental Health Journal*, 56(1), 50–64. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00449-x>
227. Steiner, J F, Koepsell, T. D., Fihn, S. D., & Inui, T. S. (1988). A general method of compliance assessment using centralized pharmacy records. Description and validation. *Medical Care*, 26(8), 814–823. <https://doi.org/10.1097/00005650-198808000-00007>
228. Steiner, John F, & Prochazka, A. V. (1997). The assessment of refill compliance using pharmacy records: Methods, validity, and applications. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(1), 105–116.

[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(96\)00268-5](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(96)00268-5)

229. Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82–90. <https://doi.org/10.1111/inm.12107>
230. Strauss, J. L., Zervakis, J. B., Stechuchak, K. M., Olsen, M. K., Swanson, J., Swartz, M. S., Oddone, E. Z. (2013). Adverse Impact of Coercive Treatments on Psychiatric Inpatients' Satisfaction with Care. *Community Mental Health Journal*, 49(4), 457–465. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9539-5>
231. Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., Johnson, S. (2014). The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 9(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100153>
232. Taube, M., & Berzina-Novikova, N. (2018). Improving quality of psychiatric care in Latvia by measuring patient experiences. *Health Policy*, 122(7), 765–768. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.011>
233. Taylor Salisbury, T., Killaspy, H., & King, M. (2016). An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit). *BMC Psychiatry*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0762-4>
234. Ten Have, M., De Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European study of epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 153–163. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0050-4>
235. Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *The Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115–1145. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
236. Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42(3), 241–247. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00130-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9)
237. Thompson, L., & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-87>
238. Tokunaga, J., Imanaka, Y., & Nobutomo, K. (2000). Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(5), 395–401. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.5.395>
239. Townsend, L., Floersch, J., & Findling, R. L. (2009). Adolescent attitudes toward psychiatric medication: The utility of the Drug attitude inventory. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(12), 1523–1531. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02113.x>
240. Truglio-Londrigan, M., Slyer, J. T., Singleton, J. K., & Worrall, P. (2012). A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JBI Library of Systematic Reviews*, 10(58), 4633–4646. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-432>
241. Tyser, A. R., Abtahi, A. M., McFadden, M., & Presson, A. P. (2016). Evidence of non-response bias in the Press-Ganey patient satisfaction survey. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1595-z>
242. Vahey, D. C., Aike, L. H., Sloane, M. D., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse Burout and Patient Satisfaction. *Bone*, 42(2), 57–66. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a.Nurse>
243. Valenstein, M., Blow, F. C., Copeland, L. A., McCarthy, J. F., Zeber, J. E., Gillon, L., Stavenger, T. (2004). Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: Medication and patient factors. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 255–264. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007076>
244. van Campen, C., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens, J. J., & Peters, L. (1995). Quality of care and

- patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 52(1), 109–133. <https://doi.org/10.1177/107755879505200107>
245. van Osch, M., Sep, M., van Vliet, L. M., van Dulmen, S., & Bensing, J. M. (2014). Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychology*. van Osch, Mara: NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research), P.O. Box 1568, Utrecht, Netherlands, 3500 BN, m.vanosch@nivel.nl: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/hea0000097>
 246. Van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L., & Bensing, J. (2017). Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1482–1489. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.009>
 247. Van Putten, T. (1974). Why Do Schizophrenic Patients Refuse to Take Their Drugs? *Archives of General Psychiatry*, 31(1), 67–72. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760130049008>
 248. Velligan, D. I., Lam, Y. W. F., Glahn, D. C., Barrett, J. A., Maples, N. J., Ereshefsky, L., & Miller, A. L. (2006). Defining and assessing adherence to oral antipsychotics: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 724–742. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj075>
 249. Velligan, D. I., Wang, M., Diamond, P., Glahn, D. C., Castillo, D., Bendle, S., Miller, A. L. (2007). Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatric Services*, 58(9), 1187–1192. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1187>
 250. Vermeulen, J. M., Schirmbeck, N. F., van Tricht, M. J., de Haan, L., & Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators. (2018). Satisfaction of psychotic patients with care and its value to predict outcomes. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 47, 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.10.003>
 251. Vestbo, J., & Rasmussen, F. V. (1992). Baseline characteristics are not sufficient indicators of non-response bias in follow up studies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46(6), 617–619. <https://doi.org/10.1136/jech.46.6.617>
 252. Vicente, B., Vielma, M., Jenner, F. A., Mezzina, R., & Lliapas, I. (1993). Users' Satisfaction with Mental Health Services. *International Journal of Social Psychiatry*, 39(2), 121–130. <https://doi.org/10.1177/002076409303900205>
 253. Vitolins, M. Z., Rand, C. S., Rapp, S. R., Ribisl, P. M., & Sevick, M. A. (2000). Measuring Adherence to Behavioral and Medical Interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21(5, Supplement 1), S188–S194. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0197-2456\(00\)00077-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0197-2456(00)00077-5)
 254. Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vuokila-Oikkonen, P.: U Oulu, U Hosp Oulu, Psychiatric Clinic, Dept of Nursing & Health Administration, PL 5000, Oulu, Finland, 90014: Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00406.x>
 255. Ware, J., Davies-Avery, A., & Stewart, A. (1978). The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: A Review of the literature. *Health and Medical Care Services Review*.
 256. Ware, J. E., & Davis, A. R. (1983). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 291–297. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90009-5](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90009-5)
 257. Wegener, S., Redoblado-Hodge, M. A., Wegener, S., Redoblado-Hodge, M. A., Lucas, S., Fitzgerald, D., Brennan, J. (2005). Relative Contributions of Psychiatric Symptoms and Neuropsychological Functioning to Quality of Life in First-Episode Psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6), 487–492. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01608.x>
 258. Wensing, M., Grol, R., Van Montfort, P., & Smits, A. (1996). Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: A step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Quality and Safety in Health Care*, 5(2), 73–80. <https://doi.org/10.1136/qshc.5.2.73>
 259. Wetzels, G. E. C., Nelemans, P. J., Schouten, J. S. A. G., Van Wijk, B. L. G., & Prins, M. H. (2006).

- All that glitters is not gold: A comparison of electronic monitoring versus filled prescriptions - An observational study. *BMC Health Services Research*, 6, 1–6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-8>
260. Wiklander, M., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (2003). Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 293–300. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00227.x>
261. Williams, B., & Wilkinson, G. (1995). Patient satisfaction in mental health care. Evaluating an evaluative method. *British Journal of Psychiatry*, 166(MAY), 559–562. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.5.559>
262. Woodring, S., Polomano, R. C., Haagen, B. F., Haack, M. M., Nunn, R. R., Miller, G. L., Tan, T. L. (2004). Development and testing of patient satisfaction measure for inpatient psychiatry care. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 137–148. <https://doi.org/10.1097/00001786-200404000-00011>
263. Woodward, S., Berry, K., & Bucci, S. (2017). A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *Journal of Psychiatric Research*, 92, 81–93. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.020>
264. World Health Organisation. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
265. World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. World Health Organization (Vol. 30). <https://doi.org/10.1177/1049909112449068>
266. World Health Organization. (2015). WHO, 1–44. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150602 1](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150602%201)
267. Xie, J., Hu, Y., Lu, C., Fu, Q., Carbone, J. T., Wang, L., & Deng, L. (2019). What Are the Risk Factors of Negative Patient Experience? A Cross-Sectional Study in Chinese Public Hospitals. *Inquiry (United States)*, 56(13). <https://doi.org/10.1177/0046958019847865>
268. Young, G. J., Meterko, M., & Desai, K. R. (2000). Patient Satisfaction With Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics. *Medical Care*, 38(3). Retrieved from https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/2000/03000/Patient_Satisfaction_With_Hospital_Care_Effects.9.aspx
269. Zahid, M., Ohaeri, J., & Al-Zayed, A. (2010). Factors associated with hospital service satisfaction in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Health Services Research*, 10, 294. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med5&AN=20979599%5Cnhttp://sfxeu08.hosted.exlibrisgroup.com/sgul?sid=OVID:medline&id=pmid:20979599&id=doi:10.1186%2F1472-6963-10-294&issn=1472-6963&isbn=&volume=10&issue=1&spage=294&page>
270. Zawisza, K., Galas, A., & Tobiasz-Adamczyk, B. (2020). Factors associated with patient satisfaction with health care among Polish older people: results from the polish part of the COURAGE in Europe. *Public Health*, 179, 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.012>
271. Zendjidjian, X.-Y., Baumstarck, K., Auquier, P., Loundou, A., Lançon, C., & Boyer, L. (2014). Satisfaction of hospitalized psychiatry patients: why should clinicians care? *Patient Preference and Adherence*, 8, 575–583. <https://doi.org/10.2147/PPA.S62278>
272. Zendjidjian, X. Y., Auquier, P., Lançon, C., Loundou, A., Parola, N., Faugère, M., & Boyer, L. (2014). Determinants of patient satisfaction with hospital health care in psychiatry: results based on the SATISPSY-22 questionnaire. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1457–1464. <https://doi.org/10.2147/PPA.S67641>
273. Zenger, M., Schaefer, R., Van Der Feltz-Cornelis, C., Brähler, E., & Häuser, W. (2014). Validation of the patient-doctor-relationship Questionnaire (PDRQ-9) in a representative cross-sectional German population survey. *PLoS ONE*, 9(3), 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091964>
274. Zhang, X. J., Song, Y., Jiang, T., Ding, N., & Shi, T. Y. (2020). Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*, 99(26), e20992. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020992>

Pateicības

Patiesā cieņā vēlos izteikt visdziļāko pateicību mana promocijas darba vadītājam – psihiatram un profesoram Mārim Taubem par veiksmīgo sadarbību, atbalstu, vērtīgiem padomiem un iedrošināšanu virzīties tālāk zinātniskajā darbībā.

Izsaku pateicību Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un Narkoloģijas katedras vadītājam profesoram Elmāram Rancānam par iespēju izstrādāt promocijas darbu, atbalstu zinātniskajās aktivitātēs un par manas personīgās profesionālās izaugsmes attīstību arvien jaunu mērķu sasniegšanai.

Izsaku pateicību Psihiatrijas un narkoloģijas centra nodaļu vadītājiem par iespēju veikt pētniecības darbu nodaļās – Elmāram Tēraudam, Ingrīdai Cerai, kā arī pateicos Strenču Psihoneiroloģiskās slimnīcas vadītājai Ingai Bauskai un slimnīcas “Ģintermuiža” vadītājai Sandrai Pūcei par atsaucību un atbalstu datu vākšanā.

Sirsnīgs paldies Doktorantūras nodaļas pētniecības procesa organizatorei Irēnai Rogovskai par motivēšanu, atbalstu un zinošu palīdzību darba metožu precizēšanā.

Īpašu pateicību vēlos izteikt arī kolēģei Psihiatrijas un narkoloģijas katedras docentei Dr.med. Jeļenai Vrubļevskai par praktisko un emocionālo atbalstu promocijas darba izstrādes laikā, kā arī citiem katedras kolēģiem par palīdzību un atbalstu.

Sirsnīgs paldies arī manai ģimenei un draugiem par ticību, iedrošinājumu, sapratni, atbalstu un pacietību.

Pielikumi

**Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas
sociāli demogrāfisko rādītāju pielikums**

Labdien!

Piedāvājam Jums piedalīties pētījumā, kura mērķis ir noskaidrot apmierinātību ar psihiskās veselības aprūpes pakalpojumiem. Pētījumu veic pētnieku grupa no Rīgas Stradiņa universitātes (RSU). Piedalīšanās pētījumā ir brīvprātīga un anonīma. Datu apstrāde un saglabāšana veikta saskaņā ar fizisko personu datu aizsardzības likumu. Anketas dati tiks atspoguļoti tikai vispārējā veidā. Salikto anketu veido 2 daļas. Pirmo daļu, zemāk šajā lapā, veido 6 jautājumi par sociāli demogrāfiskiem datiem. Otro daļu, šīs lapas otrajā pusē, veido 21 jautājums par apmierinātību ar saņemtiem pakalpojumiem. Uz katru jautājumu var sniegt tikai vienu atbildi, apvelkot atbilstošu ciparu pie atbildes ar apli, ja jautājumā nav norādīts citādi. Anketas aizpildīšana prasīs aptuveni 5-10 minūtes. Anketas aizpildīšana un tās nodošana apstiprina Jūsu piekrišanu piedalīties pētījumā. Aizpildīto anketu, lūdzu, ielieciet personāla norādītā vietā!

D00. Lūdzu ierakstiet šajos 10 lodziņos savu identifikācijas kodu, kas veidojas sekojoši: pirmajos 2 lodziņos ierakstiet savus iniciāļus (vārda un uzvārda pirmie burti) un nākamajos sava personas koda pirmo daļu ar pilnu dzimšanas gadu, piemēram, JB01052017

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D01. Anketas aizpildīšanas datums:

--	--	--	--	--	--	--	--

Jautājumi sociāli demogrāfisko datu iegūšanai

1. Cik Jums ir gadu? _____ (ierakstiet)

Aizpildiet nākamās punktus, apvelkot atbildi ar aplīti. Katrā jautājumā drīkst atzīmēt tikai vienu atbildi.

2. Jūsu dzimums?

1. Vīrietis

2. Sieviete

3. Kāda Jums ir izglītība?

1. Nepabeigtā pamatizglītība

2. Pamatizglītība

3. Nepabeigtā vidējā izglītība

4. Vidējā izglītība

5. Vidējā profesionālā izglītība

6. Nepabeigtā augstākā izglītība

7. Augstākā izglītība

8. Cits: _____

4. Kāds ir Jūsu nodarbinātības statuss?

1. Algots darbs

2. Bezdarbnieks

3. Pensionārs

4. Pašnodarbināts
 5. Students/-e vai skolnieks/-e
 6. Nestrādāju saslimšanas dēļ, invaliditāte
 7. Bērna kopšanas atvaļinājums, dekrēts
5. Kāds ir Jūsu ģimenes stāvoklis:
1. Precēts/-a, dzīvo kopā
 2. Precēts/-a, dzīvo atsevišķi
 3. Nekad nebija precēts/-a
 4. Šķīries/-usies
 5. Civillaulība
 6. Atraitnis/-ne.

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja

		Vislielākā mērā					Pilnībā nē	Nav attiecināms
1.	Vai Jūsu sagaidīšana slimnīcā bija apmierinoša?	5	4	3	2	1	N/A	
2.	Vai Jums bija pietiekami daudz laika sarunai un kontaktam ar mediķiem/personālu?	5	4	3	2	1	N/A	
3.	Vai Jūs sajūtāt, ka mediķi/personāls izprot Jūsu situāciju?	5	4	3	2	1	N/A	
4.	Vai Jums bija iespēja pastāstīt mediķiem/personālam ko svarīgu par Jūsu stāvokli?	5	4	3	2	1	N/A	
5.	Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami labi sadarbojās ar Jūsu tuviniekiem?	5	4	3	2	1	N/A	
6.	Vai Jūs uzskatāt, ka mediķi/personāls pietiekami sagatavoja Jūs laikam pēc slimnīcas?	5	4	3	2	1	N/A	
7.	Vai Jūs uzskatāt, ka ārstēšana bija atbilstoša Jūsu situācijai?	5	4	3	2	1	N/A	
8.	Vai Jums bija iespēja ietekmēt Jūsu ārstēšanas režīmu?	5	4	3	2	1	N/A	
9.	Vai Jums bija iespēja ietekmēt Jums nozīmēto zāļu izvēli?	5	4	3	2	1	N/A	
10.	Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par psihiskās veselības stāvokli/diagnozi?	5	4	3	2	1	N/A	
11.	Vai Jums tika sniegta pietiekama informācija par Jums pieejamajiem ārstēšanas veidiem?	5	4	3	2	1	N/A	
12.	Vai Jūs iestādē jutāties droši?	5	4	3	2	1	N/A	
13.	Vai iestādē piedāvātās aktivitātes bija apmierinošas?	5	4	3	2	1	N/A	
14.	Vai iestādē piedāvātais ēdiens bija apmierinošs?	5	4	3	2	1	N/A	
15.	Vai Jūs bijāt apmierināts/-a ar privātuma iespējām?	5	4	3	2	1	N/A	
16.	Vai Jums šķiet, ka, uzturoties slimnīcā, tikāt nepareizi ārstēti (balstoties uz Jūsu personīgo viedokli)?	5	4	3	2	1	N/A	
17.	Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja labāk izprast savu psihiskās veselības stāvokli?	5	4	3	2	1	N/A	

18.	Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja labāk tikt galā ar savām psihiskās veselības problēmām?	5	4	3	2	1	N/A
19.	Vai slimnīcā saņemtā palīdzība un ārstēšana Jums palīdzēja noticēt, ka dzīve var uzlaboties pēc izrakstīšanās?	5	4	3	2	1	N/A
20.	Vai kopumā palīdzība un ārstēšana, kuru saņēmāt iestādē, bija apmierinoša?	5	4	3	2	1	N/A
21.	Vai kopumā Jūs ieguvāt kādu labumu no līdzšinējās ārstēšanās iestādē?	5	4	3	2	1	N/A

22. Kā mēs varētu uzlabot mūsu pakalpojumus?

Dati no medicīniskās dokumentācijas (aizpilda informācijas ievācējs)

Datu analīzes pirmais posms

Respondenta identifikācijas Nr.

Anketas aizpildīšanas datums: _____

Kurā vietā aizpildīta anketa:

1. VSIA "Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs"
2. VSIA "Jelgavas psihoneiroloģiskā slimnīca "Ģintermuiža""
3. VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca"

Kurā nodaļā tika aizpildīta anketa? _____

P01. Kāda veida psihiatrisko palīdzību saņēmis iepriekš? (var būt vairākas atbildes)	
	a) nav ārstējies
	b) stacionārā
	c) ambulatori
Tālāk aizpilda, ja norādīja b) vai c), vai d).	
P02. Iepriekšējo stacionēšanu skaits psihiatriskajā slimnīcā?	
P03. Vai bija stacionēšana pēdējo 2 gadu laikā psihiatriskajā slimnīcā pirms pašreizējās stacionēšanas?	
	a) jā
	b) nē
P04. Vai apmeklēja psihiatru ambulatori?	
	a) jā
	b) nē
P05. Cik ilgi pacients atrodas psihiatru redzeslokā? (kopš pirmās stacionēšanas un/vai ambulatori) (gados)	
a) kopš 1 ambulatorās vizītes	
b) kopš 1 × stacionēts	
Aizpilda arī, ja P01 atbilde a):	
P06. Pašreizējās stacionēšanas ilgums?	
P07. Pacientam noteiktā pamata diagnoze izrakstoties? (SSK-10)	
P08. Pacientam noteiktas blakus diagnozes?	

Dati no medicīniskās dokumentācijas (aizpilda informācijas ievācējs)**Datu analīzes pirmais posms**

Respondenta identifikācijas Nr.

Anketas aizpildīšanas datums: _____

Kurā vietā aizpildīta anketa:

1. VSIA "Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs"
2. VSIA "Jelgavas psihoneiroloģiskā slimnīca "Ģintermuiža""
3. VSIA "Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca"

Kurā nodaļā aizpildīja anketu respondents? _____

P09. Vai tika hospitalizēts atkārtoti 1 gada laikā pēc izrakstīšanās no stacionāra? (par pašreizējo stacionēšanu)	
	a) jā
	b) nē
Ja P09. – a) jā, tad: P10. Atkārtoto hospitalizāciju skaits psihiatriskās palīdzības dienestā?	
P11. Vai griezies ambulatori pēc šīs pēdējās ārstēšanās?	
	a) jā
	b) nē
P12. Ambulatoro vizīšu skaits?	
P13. Vai turpinājis lietot medikamentus pēc izrakstīšanās 3 mēnešu laikā?	
	a) jā
	b) nē
P14. Vai turpinājis lietot medikamentus pēc izrakstīšanās 6 mēnešu laikā?	
	a) jā
	b) nē
P15. Vai turpinājis lietot medikamentus pēc izrakstīšanās 9 mēnešu laikā?	
	a) jā
	a) nē
P16. Vai turpinājis lietot medikamentus pēc izrakstīšanās 12 mēnešu laikā?	
	a) jā
	b) nē