



Natālija Bērziņa

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

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

Nozare – medicīna
Apakšnozare – psihiatrija

Rīga, 2021

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 darba kopsavilkums zinātniskā doktora grāda
“zinātnes doktors (*Ph.D.*)” iegūšanai

Nozare – medicīna
Apakšnozare – psihiatrija

Rīga, 2021

Promocijas darbs izstrādāts Rīgas Stradiņa universitātē, Latvija

Promocijas darba vadītājs:

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

Oficiālie recenzenti:

Dr. med. profesors **Elmārs Rancāns**,
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Dr. med. **Laura Ķevere**,
Latvijas Bērnu Klīniskās universitātes slimnīcas
Bērnu psihiatrijas klīnikas vadītāja

Dr. med. **Øyvind Andresen Bjertnæs**,
Norvēģijas sabiedrības veselības institūta
Veselības aprūpes pētniecības direktors

Promocijas darbs tiks aizstāvēts Medicīnas promocijas padomes atklātā
sēdē 2021. gada 16. jūlijā plkst. 13.00 attālināti, *Zoom* tiešsaistes platformā.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU tīmekļa vietnē:
<https://www.rsu.lv/promocijas-darbi>

Promocijas padomes sekretāre:

Dr. med. profesore **Inga Millere**

Saturs

Ievads	7
Darba mērķis	9
Darba uzdevumi	9
Darba hipotēze	10
Darba novitāte	11
1. Materiāls un metodes	12
1.1. Primārie pētījuma dati	14
1.2. Sekundārie pētījuma dati	15
1.3. Datu statistisko analīzes metožu uzskaitījums un izvēles pamatojums	16
2. Rezultāti	17
2.1. Izmēģinājumpētījuma rezultāti	17
2.2. Promocijas darba rezultāti	19
2.2.1. Respondentu un nerespondentu raksturojums	19
2.2.2. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas analīze par apmierinātību ar saņemto ārstēšanu	21
2.2.3. Sociāli demogrāfisko rādītāju saistības noteikšana ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un apmierinātības aptaujas skalām	26
2.2.4. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalu saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un atkārtotu stacionēšanu skaitu dažādās diagnožu grupā	29
2.2.5. Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas skalu saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem	33
3. Diskusija	35
3.1. Respondentu un nerespondentu grupas	36
3.2. Pacientu apmierinātības ar ārstēšanu rādītāji un ar to saistītie faktori	41
3.3. Pacientu apmierinātības ar ārstēšanu rādītāju saistība ar netiešajiem līdzestības rādītājiem	52
3.4. Sociāli demogrāfisko faktoru saistība ar apmierinātības aptaujas skalām	54
3.5. Sociāli demogrāfisko faktoru un slimību raksturojošo faktoru saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un apmierinātību aptaujas skalās	55
3.6. Ierobežojumi	58
Secinājumi	60
Praktiskās rekomendācijas	64

Publikācijas.....	67
Zinātniskās publikācijas izdevumos, kas iekļauti starptautiskajās datu bāzēs.....	67
Starptautisko zinātnisko konferenču tēzes	67
Uzstāšanās starptautiskās zinātniskajās konferencēs ar mutisku referātu ...	67
Uzstāšanās vietējās nozīmes zinātniskajā konferencē ar mutisku referātu .	68
Literatūras saraksts	69
Pateicības	81

Darbā izmantotie saīsinājumi

B	regresijas koeficients
CSQ	Konsultāciju apmierinātības skala (Consultation Satisfaction Scale)
DAI	Attieksmes pret medikamentiem aptauja (Drug Attitude Inventory)
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 – Neirotika spektra traucējumi
G2-G6	SSK-10 klasifikatora diagnozes kods – Neiroloģiska spektra traucējumi
KBT	Kognitīvi biheiviorālā terapija
MARS	Līdzestības ārstēšanā pārskata skala (Medical Adherence Report Scale)
MISS	Medicīniskās intervēšanas apmierinātības skala (Medical Interview Satisfaction Scale)
Nod.	Nodaļa
PEI	Pacientu iespējošanas aptauja (Patient Enablement Instrument)
PEQ-ITSD	Pacientu pieredzes aptauja pacientu ar psihoaktīvo vielu atkarību starpdisciplinārai ārstēšanai (Patient Experiences Questionnaire for Interdisciplinary Treatment for Substance Dependence)
PIPEQ	Pacientu ar psihiskām saslimšanām apmierinātības aptauja (Psychiatric Inpatient Patient Experience Questionnaire)

PIPEQ-OS	Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja (Psychiatric Inpatient Patient Experience Questionnaire on site)
PVO	Pasaules Veselības organizācija
r_s	Spīrmana rangu korelācijas koeficients
SATISPSY22	Apmierinātības ar psihiskās veselības aprūpi aptauja (Satisfaction with Psychiatry Care Questionnaire)
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 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 psihiatriskās institūcijās, kurās ārstē pieaugušos pacientus, 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 visizsmelošāko informāciju par saņemto ārstēšanu (Henderson, Phelan, Loftus, Dall'Agnola, & Ruggeri, 1999).

Ārsta un pacienta attiecībām ir liela nozīmē ārstēšanas procesā, jo tās ietekmē slimības iznākumu un paaugstina līdzestību ārstēšanā (Fuentes et al., 2007). Taču īpaši svarīgi 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, kuras laikā tiek nodibinātas drošas ārsta un pacienta attiecības. Tās arī nosaka līdzestību terapijā un slimības prognozi (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 veidoja 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, 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 aprūpes novērtējums ir svarīgs instruments vairāku līdzestību ietekmējošo faktoru novērtēšanai, 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 (Ware & Davis, 1983), (Boyer et al., 2009). Pacienti ir ieinteresēti informācijā par savu veselības stāvokli, neskatoties uz to, ka tikai maza daļa no viņiem saņem informāciju vai arī iedomājas, ka viņiem varētu būt izvēle attiecībā uz ārstēšanas metodi (Billcliff, McCabe, & Brown, 2001).

Pacientu ārstēšanas apmierinātība tiek saistīta ar vairākiem pacientu uzvedības modeļiem, piemēram, uzvedība, kura orientēta uz palīdzības meklēšanu, vai arī uzvedība, kura saistīta ar līdzestību terapijā. Viena no

būtiskākām problēmām psihiatrijā ir pacientu līdzestība medikamentozā 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 izmēģinājumpētījuma 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 saņemtās aprūpes apmierinātību ar mijiedarbību ar personālu, palīdzības struktūru un ārstēšanas iznākumiem, izmantojot adaptētu Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauju (PIPEQ-OS).
4. Noskaidrot pacientu sadarbību ar ārstu terapijas procesā pēc izrakstīšanas no stacionāra, atkārtotu hospitalizācijas skaitu 12 mēnešu periodā pēc pacienta izrakstīšanas no nodaļas, ambulatoro vizīšu skaitu un medikamentu lietošanas turpināšanu pēc izrakstīšanas.
5. Izpētīt sociāli demogrāfisko rādītāju (vecums, dzimums, izglītība, nodarbinātība, ģimenes stāvoklis) saistību ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un hospitalizācijas ilgumu, atkārtoto hospitalizāciju skaitu un pacientu aprūpes apmierinātību.
6. Salīdzināt atkārtoto hospitalizāciju skaitu, medikamentu lietošanas turpināšanu, ambulatoro vizīšu skaitu pēc izrakstīšanas un to saistību ar pacientu stacionārās aprūpes apmierinātību skalās dažādās diagnožu grupās (t.i., šizofrēnijas spektra, afektīva un neirotika spektra traucējumi).
7. Sniegt promocijas darba secinājumos balstītas rekomendācijas intervencēm līdzestības veicināšanai.

Darba hipotēze

- Pacientu apmierinātība ar stacionāro aprūpi atšķiras šizofrēnijas spektra, afektīva un neirotika spektra pacientu grupās, un ir saistīta ar sociāli demogrāfiskiem rādītājiem, augstākiem līdzestības netiešiem rādītājiem un mazāku atkārtoto hospitalizāciju skaitu.

- Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja ir piemērota stacionāro pacientu ar dažādām diagnozēm apmierinātības noskaidrošanai.

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 to novērtētu no pacientu skatu punkta. Pacientu apmierinātības saistības noteikšana ar līdzestības netiešajiem rādītājiem ļaus veikt nepieciešamās psihiskās veselības aprūpes iniciatīvas, tādējādi paaugstinot līdzestību pacientu vidū ar psihiskām saslimšanām. Promocijas darba literatūras apskata daļā tika iekļauti arī senāki pētījumi, lai citētu pētījumus par apmierinātības koncepta definīciju, skaidrojumiem, pētījuma procesa attīstību, iespējamās pētījuma aspektus, kā arī nozīmīgākos ietekmējošos faktorus un to nozīmi apmierinātības un līdzestības saistīšanās, attīstoties psihiatrijas aprūpes nozarei. Veidojot literatūras aprakstu, tika nolemts literatūrā izpētīt arī senākus avotus, lai sniegtu pēc iespējas vispusīgāku apmierinātības jēdziena un līdzestības apskatu.

1. Materiāls un metodes

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, kā, piemēram, personāla mijiedarbība ar pacientu, iznākumu 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 ir iekļauti citos pacientu apmierinātības novērtēšanas instrumentos (Gigantesco, Morisini, & Bazzoni, 2003).

Adaptācijas procesā tika veikts šķērsgriezuma pētījums, kurā Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja tika izmantota anonīmi. Anketa tika tulkota no angļu valodas latviešu un krievu valodā, ar tulkošanu atpakaļ 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. Aptaujas tika piedāvātas visiem pacientiem, izņemot pacientus ar garīgu atpalcību un demences sindromu. 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 aprakstīti rezultātu daļā.

Pēc izmēģinājumpētījuma un aptaujas adaptācijas tika veikts šķērsgriezuma 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 atdodot anketu, viņi piekrīt piedalīties pētījumā. RSU Ētikas komitejas atļauja pētījumam tika iegūta 21.12.2017. Anketai tika izveidots pielikums par sociāli demogrāfiskajiem 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 piedāvāja nodaļā strādājošas medicīnas māsas 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, tā 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 aizpildītas anketas (nav atbildēti visi jautājumi, anketa sabojāta) tika izslēgtas no tālākās analīzes promocijas darba pētījumā. Sekoja statistiskā datu apstrāde. Datu apstrādei izmantotas programmas: IMB SPSS Statistics v.26, Excel 2019.

Datu apstrādē lietotās metodes:

1. Aprakstošā statistika: vidējā vērtība, standartnovirze, novērojumu skaits, relatīvais biežums (procentos %)
2. Nesapāroto izlašu nepārtraukto mainīgo salīdzināšanai
 - t- tests vai *Welch* tests (2 grupu vidējo salīdzināšanai)
3. Divu kategoriālu mainīgo salīdzināšanai
 - Hī-kvadrāta tests
4. Kvantitatīvu mainīgo saistībai ar skaidrojošiem mainīgajiem
 - Lineārā regresija
5. Kvantitatīvu mainīgo asociācijas mēram
 - Spīrmana koeficients

1.1. Primārie pētījuma dati

Primārie pētījuma dati tika iegūti no pacientu aizpildītām anketām. No sociāli demogrāfisko datu pielikuma, kuru izveidojām paši, tika iegūti dati par pacienta dzimumu, vecumu, iegūtās izglītības līmeni, nodarbinātību un ģimenes stāvokli. No Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas 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.

1.2. Sekundārie pētījuma dati

Katrai aizpildītai aptaujai tika pievienots protokols, ko aizpildīja pētnieks par datiem par līdzestības netiešajiem rādītājiem, kuri tika iegūti no turpmāko ambulatoro vizīšu skaita pēc izrakstīšanas, kā arī pēc medikamentu lietošanas 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” 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 aptaujas jautājumi, sadalīti 3 skalās:
 - Jautājumi, kas saistīti ar personāla sadarbību ar pacientu
 - Jautājumi, kuri saistīti ar aprūpes struktūru un pakalpojumiem
 - Jautājumi, kas saistīti ar ārstēšanas iznākumu.
3. Līdzestības netiešie rādītāji: ambulatoro vizīšu skaits 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas un izrakstīto medikamentu izņemšana aptiekā 12 mēnešus pēc izrakstīšanas.
4. Atkārtoto stacionēšanu skaits 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanas.

1.3. Datu statistisko analīzes metožu uzskaitījums un izvēles pamatojums

Pētījuma ietvaros tika veikta psihiatrisko nodaļu pacientu anketēšana. 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 un pacientu ārstēšanas apmierinātību tika pielietota korelāciju analīze (Spīrmana korelācijas koeficients).

Regresiju analīze tika pielietota sociāli demogrāfisko un pacientu ārstēšanas apmierinātības rādītāju ietekmes izvērtēšanai datiem par pacientu atkārtotu hospitalizāciju pēc izrakstīšanas, stacionēšanas ilgumu, ambulatoro apmeklējumu skaitu pēc izrakstīšanas, medikamentu lietošanu pēc izrakstīšanas.

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.

2. Rezultāti

2.1. Izmēģinājumpētījuma rezultāti

Pētījuma laikā no VSIA "Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs" pētījuma iesaistītās nodaļas izrakstījušies 297 pacienti, kuriem visiem tika piedāvāta Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja aizpildīšanai. Savākto anketu skaits bija 231. Tas rāda, 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, Iversen, & Kjollesdal, 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 aizpildītām 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 ir formulēts 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 ir formulēts šādi: "Vai Jums šķiet, ka, uzturoties slimnīcā, tikāt nepareizi ārstēti (balstoties uz Jūsu personīgo viedokli)?" Vērts pieminēt 6. jautājumu, kur datu zudumi bija 4,9%. Šis jautājums lūdz pacienta viedokli, vai medicīnas personāls viņu pietiekoši sagatavoja laikam pēc slimnīcas. Jautājums Nr. 9 ar 15,7% datu zudumu bija par iespēju pacientam pašam

ietekmēt zāļu izvēli. Dati šajos divos instrumenta jautājumos promocijas darba pētījumā arī ir līdzīgi Norvēģijas kolēģu pētījumā konstatētam (Bjertnaes et al., 2015). Visvairāk respondentu (81,2%) atbildēja apstiprinoši uz jautājumu Nr. 12 ("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 atzīmē, ka viņiem bija pietiekoši daudz laika kontaktam ar medicīnas personālu (jautājums Nr. 2), ka medicīnas darbinieki izprata pacienta situāciju (3. anketas jautājums) un ka medicīnas personāls pietiekoši sagatavoja pacientus laikam pēc slimnīcas (6. jautājums). Augsti novērtēti no pacienta skatu punkta bija arī saņemtās ārstēšanas atbilstība pacienta situācijai, iespēja ietekmēt ārstēšanas režīmu, 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. Sekojoša 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 2.1. 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. Iznākumi kā trešais faktors sasniedza 0.87 Kronbaha alfa vērtību.

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

Instrumenta faktors	Kronbaha alfas koeficienti	Kronbaha alfas koeficienti oriģinālā pētījumā
Sadarbība ar pacientu	0,81	0,86
Struktūra un iestāde	0,83	0,79
Iznākumi	0,87	0,91

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

2.2. Promocijas darba rezultāti

Reģionālās psihoneiroloģiskajās 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. Vislielākais respondentu rādītājs bija vienā no subakūtām neurožu nodaļām (20. nodaļa), kur aptauju aizpildīja 82% (337 personas), 68% (225 personas) no 12. nodaļas (subakūta neurožu tipa nodaļa) un vismazākais rādītājs jeb 44% (261 persona) bija akūtajā nodaļā pirmo reizi stacionētiem pacientiem (17. nodaļa).

2.2.1. Respondentu un nerespondentu raksturojums

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”, “nekad nebija precējušies” nekā nerespondentiem. 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, respondentiem vidēji bija arī ilgāk pavadīts laiks psihiskās veselības aprūpes sistēmā. Respondenti biežāk bija saņēmuši palīdzību iepriekš, tātad viņi bija biežāk stacionēti iepriekš, kā arī viņiem anamnēzē bija biežākas ambulatorās vizītes pie psihiatra. Statistiski ticami respondenti no nerespondentiem atšķīrās pēc griešanās 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 griezās pēc palīdzības ambulatori. Nerespondentiem bija īsāks uzturēšanās laiks stacionārā, īsāks laiks pavadīts psihiskās veselības aprūpes sistēmā, kā arī biežāk bija organisko traucējumu vai neirotikā un ar stresu saistīto traucējumu spektra diagnozes, kā arī biežāk bija konstatēta paškaitējuma blakusdiagnoze.

2.2.2. 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, otram pacientam visos jautājumos bija ielikts maksimālais novērtējums 5, tajā skaitā arī pārbaudes – 16. jautājumā, kurš formulēts pretēji visiem pārējiem jautājumiem. Tālāk tika analizēts 821 pacients. 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 atzīmēja lielākoties ar 4 un 5 punktiem jautājumu par ārstēšanas atbilstību viņu situācijai. Nedaudz retāk augstākos novērtējumus guva jautājumi, kuri skāra iznākumu faktoru, proti, vai ārstēšana stacionārā lāva viņiem labāk izprast savu situāciju, tikt ar to galā, un zemāk novērtēja to, vai ārstēšana palīdzēja noticēt, ka dzīve uzlabosies. Zemāk respondenti novērtēja iespēju ietekmēt zāļu izvēli (9. jautājums), kurš ir biežākais jautājums pēc kontroles jautājuma ar zemu

novērtējumu. Arī mazāk apmierināti respondenti bija par iespēju ietekmēt ārstēšanas režīmu (8. jautājums). Viduvēji tika novērtēts piedāvātais ēdiens.

Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujā tika arī apskatīts kopējais punktu skaits (vidējais no jautājumiem, kuri ir atbildēti). Mediānas punktu skaits - 4,45. Visi pacienti tika iedalīti divās grupās - tie, kas augstāk vērtēja pacientu ārstēšanu, un tie, kas zemāk. Pacienti, kuriem vērtējums bija lielāks vai vienāds ar 4,45 punktiem, veido grupu ar augstākajiem vērtējumiem, un tie, kuru vērtējums bija zemāks par 4,45 punktiem, veido grupu ar zemākajiem vērtējumiem. Kopā tika iegūts, ka grupā ar augstākajiem vērtējumiem ir 418 pacients, bet zemāko vērtējumu grupā bija 403 pacienti. Augstāk un zemāk novērtējušo pacientu grupas ir salīdzinātas 2.2. un 2.3. tabulā.

2.2. 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)	

2.2 tabulas turpinājums

Mainīgais	Novērtēja zemāk	Novērtēja augstāk	p vērtība
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)	
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)	
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)	

2.2 tabulas turpinājums

Mainīgais	Novērtēja zemāk	Novērtēja augstāk	p vērtība
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 novērtēja augstāk, bija statistiski nozīmīgi vecāki. Augstākos vērtējumus biežāk sniedza 20. nodaļas (vienas no subakūtām nodaļām) pacienti. Ar zemāko punktu skaitu biežāk bija vīrieši. Nepabeigta pamata, pamata, nepabeigta vidējā, nepabeigta augstākā un cita izglītība bija biežāk zemākajiem vērtētājiem nekā augstākajiem vērtētājiem. Bezdarbnieki, studenti vai skolnieki, kā arī cita nodarbinātības kategorija biežāk bija zemākajiem vērtētājiem nekā augstākajiem. Augstākajiem vērtētājiem biežāk nekā zemākajiem vērtētājiem jautājums par ģimenes stāvokli bija bez atbildes, vai atbilde bija - precēti un dzīvo kopā vai atsevišķi, šķīrušies un atraitņi. Zemākie novērtētāji biežāk bija no Rīgas un Rīgas rajona, kā arī no Zemgales.

Turpmāk pētījumā tika apskatīti augstāka un zemāka apmierinātība saistībā ar slimību raksturojošiem faktoriem. Stacionāro un ambulatoro, kā arī tikai ambulatoro palīdzību iepriekš biežāk saņēma tie, kuri sniedza zemāku novērtējumu. Pacienti ar organiskiem psihiskiem traucējumiem (F06, F07) un afektīva spektra traucējumiem (F3 diagnozes) biežāk sniedza augstākos vērtējumus, savukārt F4 (ar stresu saistītie traucējumi) un F2 (šizofrēnijas spektra traucējumi) diagnožu grupu pacienti kopumā aprūpi novērtēja zemāk. Pacienti ar somatisko un neiroloģisko blakusdiagnozi (G2, G4, G6, G7) biežāk bija ar augstākajiem vērtējumiem. Augstāko un zemāko novērtējumu salīdzinājums saistībā ar turpmākas palīdzības meklēšanu un līdzestību netieši raksturojošiem faktoriem ir atspoguļots 2.3. tabulā.

2.3. 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 stacionārs turpmāk 12 mēnešu laikā? n (%)			
nē	279 (69,2)	283 (67,7)	0,638
jā	124 (30,8)	135 (32,3)	
Turpmāko stacionēšanas reizu 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 stacionāra ārstēšana turpmāk gada laikā neizrādījās statistiski ticami atšķirīga abās grupās.

2.2.3. Sociāli demogrāfisko rādītāju saistības noteikšana ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un apmierinātības aptaujas skalām

Sociāli demogrāfisko rādītāju saistībai ar līdzestības rādītājiem tika modelēti lineārās regresijas modeļi, katram līdzestības rādītājam tika veidots regresijas modelis ar visiem sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem (vecums, dzimums, izglītība, nodarbinātība un ģimenes stāvoklis). Tikai daži mainīgie vai atsevišķas to kategorijas uzrādīja statistiski nozīmīgu saistību ar līdzestības rādītājiem. Sociāli demogrāfisko rādītāju saistības atspoguļotas 2.4. tabulā.

2.4. tabula

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

2.4. tabulas turpinājums

Mainīgais	Sadarbība ar pacientu*		Struktūra un iestādes**		Iznākumi***	
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

* R² = 0,123, F(19, 803)=5,334, p<0,001** R² = 0,144, F(19, 803)=6,417, p<0,001*** R² = 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 arī vecumam ar abām minētajām skalām, tas ir, pieaugot vecumam, pieaug apmierinātība ar attiecīgajām skalām. Pamata un vidējās profesionālās izglītības grupas ir statistiski nozīmīgas saistībā ar skalu “sadarbība ar pacientu”. Pacienti ar pamata

un vidējo profesionālo izglītības līmeni skalā sniedza augstāku novērtējumu, salīdzinot ar pacientiem ar nepabeigtu pamata izglītību. Nodarbinātība uzrādīja statistisku nozīmīgumu saistībā ar vienu no Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas trim skalām. Bezdarbnieki zemāk novērtēja iznākumus nekā algota darba veicēji. Ģimenē dzīvojoši, civillaulībā esošie cilvēki zemāk novērtēja skalu “sadarbība ar pacientu” nekā “precēts/dzīvo kopā”, kas bija statistiski nozīmīgi.

Tika pārbaudītas sociāli demogrāfisko rādītāju saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem, proti, turpmāko ambulatoro vizīšu biežumu, zāļu izņemšanu aptiekā, kā arī tika izpētīta saistība ar turpmāko stacionēšanu biežumu gada laikā. Vecums uzrādīja statistiski nozīmīgu saistību ar izņemto zāļu biežumu. Pieaugot 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 stacionējās viena gada laikā par 0,150 reizēm biežāk nekā vīrieši, sievietes arī biežāk griezās ambulatori viena gada laikā (vidēji 1,242 reizes biežāk). Sievietes par 0,3 reizēm biežāk izņēma zāles nekā vīrieši. Pacienti izglītības trīs 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. Nodarbinātība arī uzrādīja dažas statistiski nozīmīgas saistības ar līdzestības rādītājiem. Invaliditāte bija statistiski nozīmīga 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, tāpat stacionēšanās ilgums viņiem bija lielāks. Personas ar invaliditāti 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 “precētie, kas dzīvo kopā”.

2.2.4. 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 2.5., 2.6., 2.7. tabulā.

2.5. 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 – Neirotiska spektra traucējumi

2.6. 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 – Neirotiska spektra traucējumi

2.7. tabula

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

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

2.7. tabulas turpinājums

Aptaujas skalas		Cik reizes izņēma zāles 12 mēnešu laikā pēc izrakstīšanās			
		F06, F07	F2	F3	F4
Iznākumi	rs	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 – Neirotiska spektra traucējumi

Tika iegūts, ka neviena korelācija nav statistiski nozīmīga trim skalām 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 skalu saistītā korelācija. Tātad F3 diagnozes pacientiem statistiski ticami lielāka apmierinātība bija sadarbības ar pacientu skalā un iznākumu skalā, kas bija saistīta 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” diagnozēm

F2 un F3 veido statistiski nozīmīgas pozitīvas korelācijas (saistības) ar zāļu izņemšanas biežumu.

Atšķirības turpmākajās stacionēšanās un ambulatoro apmeklējumu reizēs, kā arī zāļu izņemšanā tika noteiktas dažādām diagnožu grupām. Visi trīs mainīgie statistiski nozīmīgi atšķiras starp diagnožu grupām. Turpmākās stacionēšanās reizes atšķiras starp pacientiem ar šizofrēnijas (F2) un neirotiska spektra (F4) traucējumiem, kā arī afektīva (F3) un neirotiska spektra (F4) diagnožu grupām (p vērtības attiecīgi $<0,001$ un $0,006$). Pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem (F2) bija vidēji par 0,345 reizēm vairāk stacionēti nekā pacienti ar neirotiska spektra traucējumiem (F4), savukārt pacienti ar afektīva spektra traucējumiem (F3) bija par 0,255 reizēm vairāk stacionēti nekā pacienti ar neirotiska spektra traucējumiem.

Turpmāko ambulatoro apmeklējumu skaits statistiski nozīmīgi atšķirās organisko psihisko traucējumu grupā (F06, F07) un šizofrēnijas spektra traucējumu grupā, starp šizofrēnijas spektra un afektīva spektra traucējumiem, starp šizofrēnijas un neirotiska spektra traucējumiem, kā arī starp afektīvo un neirotisko traucējumu grupām. Pacientiem ar organiskiem afektīviem traucējumiem (F06, F07) bija vidēji 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 neirotiska spektra traucējumu grupas pacientiem ($p<0,001$). Savukārt pacientiem ar afektīviem traucējumiem bija par divām reizēm vairāk veikto ambulatoro vizīšu nekā neirotisko traucējumu pacientiem ($p<0,001$).

Zāļu izņemšana atšķirās organisko psihisko traucējumu grupas un neirotiskā spektra traucējumu grupas pacientiem, 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.

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

Lai analizētu Pacientu ar psihiskām saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptaujas apmierinātību trīs skalās un noteiktu to korelācijas ar turpmāko stacionēšanās un ambulatoro apmeklējumu skaitu, kā arī zāļu izņemšanas biežumu, saistības tika apskatītas ar Spīrmana korelācijas koeficientu. Rezultāti apkopoti 2.8. tabulā.

2.8. tabula

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

Apraujas skales		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 persona izņēma zāles, ar visām trim skalām uzrādīja statistiski nozīmīgas korelācijas. Ambulatorajiem apmeklējumiem visas saistības ir negatīvas, tas ir, pieaugot skalu punktiem (pieaugot apmierinātībai), mazāk tiek 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.

3. Diskusija

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

Pētījumos, kuros tiek izmantoti apmierinātības instrumenti, atsaucības rādītāji var variēt, un 60-90% gadījumu respondenti aptaujā nepiedalās (Bø et al., 2016b). Promocijas darba pētījumā atsaucības rādītāji bija augstāki, tas ir 62%. Augstāku atsaucību var izskaidrot ar sociāli demogrāfisko rādītāju pielikumu, kas varēja ietekmēt pacientu pārlicību 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 aptaujās 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 aprakstīti dažādi rādītāji, kas raksturo to, cik daudz pacientu neiesaistās un nesniedz atbildes, tie variē no 5% līdz pat 20%. Neraugoties uz zemo atsaucību, pētījumu rezultāti tiek interpretēti (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, nozīme varētu būt arī personāla attieksmei ārstēšanas sākumā, anketas struktūrai un noformējumam. Anketas izdalīšana pirms izrakstīšanas paaugstina atsaucības rādītājus, ļaujot iegūt precīzāku informāciju (L Boyer et al., 2009). Ja vērtē pašas anketas struktūru, tad atbilstošs anketas garums, piedāvātā informācija tās sākumā, jautājumu formulējums varēja sekmēt to, ka promocijas darba pētījumā 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, mūsu gadījumā šādi pacienti tika izslēgti no pētījuma pēc izslēgšanas kritērijiem (Gayet-Ageron et al., 2011). Būtiski arī uzsvērt, ka nerespondenti mazāk griezās ambulatori pēc izrakstīšanās, taču respondentu grupā augstāka apmierinātība bija saistīta ar mazāku griešanos pēc palīdzības ambulatori. Tas ļauj secināt, ka biežāki ambulatorie apmeklējumi pēc izrakstīšanas nav saistīti ar atteikšanos piedalīties aptaujā un pacientu neapmierinātību.

3.1. Respondentu un nerespondentu grupas

Literatūrā pastāv atšķirības pētījumos attiecībā uz respondentu un nerespondentu atšķirībām pēc vecuma. Mūsu 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 citos sociāli demogrāfiskajos rādītājos netika atrastas

atšķirības (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 viņiem biežāk bija ar stresu saistīti traucējumi, tajā skaitā adaptācijas traucējumi. Tad parasti pacienti no stacionāra tiek izrakstīti dažu dienu laikā, pat nākamajā dienā. Gados jaunākām personām varētu nebūt pieņemama doma, ka viņi ir “pacienti”, atrodas ārstēšanā, tādēļ viņi arī varēja atteikties no anketas aizpildīšanas. 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 jaunāku 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 atsaučības rādītājus, tos pazeminot, tieši tad, ja izmanto novērtējuma instrumentus (Pietila et al., 1995), (Cox, Rutter, Yule, & Quinton, 1977). Pacientu nodarbinātības trūkums literatūrā tiek saistīts ar viņu zemākiem atsaučības rādītājiem adaptīvās uzvedības traucējumu dēļ (Sheikh & Mattingly, 1981), (Jacomb, Jorm, Korten, Christensen, & Henderson, 2002), kas izrādījās pretēji promocijas darba pētījuma atradnei, kur pacienti ar bezdarbnieka statusu bija vairāk pārstāvēti respondentu grupā. Augstāki iesaistīšanās rādītāji promocijas darba 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 atsaučības 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 bijuši precējušies, varēja būt mazāk apmierināti ar dzīvi kopumā, kas varēja netieši 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 mēs spējam izvairīties no šī faktora ietekmes uz iesaistīšanos un novērtējuma punktiem, piedāvājot anonīmo anketu bez personāla tiešas iesaistīšanas intervijā.

Analizējot diagnozi un iesaistīšanos anketēšanā, konstatējām, ka nerespondenti biežāk bija ar organisko afektīvu un organisko personības

traucējumu diagnozi, kā arī ar neirotikā spektra un ar stresu saistīto traucējumu diagnozi, kas ir pretēji literatūrā aprakstītiem datiem, jo šizofrēnija un tās spektra traucējumi biežāk ir sastopami 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 būtu nekorekti, taču var vērtēt šo faktoru ietekmi konkrēto pētījumu ietvaros. Promocijas darba pētījumā 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 nodarbinātības līmenis un izglītības līmenis izrādījās saistīti ar augstākiem pacientu atteikšanās rādītājiem (Jacomb et al., 2002). Iespējamās atšķirības starp respondentiem un nerespondentiem saistībā ar viņu diagnosticējam literatūrā skaidrotas ar pacientu ar šizofrēnijas spektra traucējumiem aizdomīgumu un psihotiskiem traucējumiem, kas var traucēt viņu iesaistīšanos anketēšanā stacionārā, īpaši pēc stacionēšanas pret gribu. Kā arī kā svarīgs faktors pētījumos ir norādīts terapeitiskais kontakts starp ārstu un pacientu (Kirsh & Tate, 2006), (S. Priebe & McCabe, 2006), kas sākumā varētu nebūt izveidojies pacientiem, kas iestājas pirmo reizi nodaļā ar akūtu psihozi. Šajā promocijas darba pētījumā respondentu vidū biežāk bija pacienti ar kādu somatisku blakusdiagnozi, 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 attiecīgi mazināja viņu iesaistīšanos (Pietila et al., 1995).

Pēc vairāku pētījumu datiem, respondenti biežāk bija griezušies pēc palīdzības iepriekš, kas tika konstatēts arī promocijas darba pētījumā, kur pacienti iepriekš bija apmeklējuši ārstu ambulatori. Taču saistībā ar iepriekšējo stacionēšanu skaita atšķirībām respondentu un nerespondentu grupās dati promocijas darba pētījumā ir pretēji 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, pastāvot stresam, tādējādi atšķirībā no afektīva un šizofrēnijas spektra traucējumu grupas pacientiem viņi mazāk varēja griezties pēc palīdzības pie psihiatra, bet biežāk pie psihoterapeita, psihologa. Šāda informāciju šajā pētījumā netika iekļauta. Arī turpmākas retākas vizītes varētu būt daļēji skaidrojamas ar to, ka pacienti ar neirotika spektra traucējumiem griezās pēc psihoterapeitiskās palīdzības, kā arī pētījumā nevaram izslēgt to, ka pēc tam pacienti turpināja apmeklēt savu psihiatru reģionos ambulatorā kabinetā. Šāda informācija pētījumā netika 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 pat divām diennaktīm, varēja neuzskatīt par svarīgu aizpildīt novērtējuma anketu, vai arī tika izrakstīti spontāni pēc viņu vēlēšanās, pacienti 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 zemāks novērtējums. Literatūrā pastāv pretrunīgi dati,

jo ir autori, kuri saista nerespondentus ar zemāku punktu skaitu novērtējumā (Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983), un ir autori, kuri izpētījuši, ka pacienti, kuri augstāk novērtē ārstēšanu, mazāk nodod anketas (J. E. Ware & Davis, 1983). Jaunākajos pētījumos atzīmēts, ka iesaistīšanās dažādība pacientu grupās nav saistīta ar obligātu atlases kļūdu 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.

3.2. 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 arī pašu psihiatrijas diagnožu grupu vidū pastāv atšķirības apmierinātībā. 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, El-Mallakh, Kay Rayens, & Clark, 2003),

(Krupchanka et al., 2017), (Haahr, Simonsen, Røssberg, et al., 2012), mēs konstatējām, ka kopumā lielākā daļa pacientu ir uzrādījuši apmierinātību ar ārstēšanu un saņemto palīdzību. Augstāka apmierinātība daļēji varētu tikt skaidrota ar to, ka PIPEQ-OS anketa tika piedāvāta aizpildīšanai dienu pirms izrakstīšanas, nevis aizpildīšanai mājās (Kinnersley, Stott, Peters, Harvey, & Hackett, 1996), jo anketas aizpildīšana stacionārā pirms izrakstīšanas paaugstina atsaučības rādītājus un pacientu iespaids vēl ir spēcīgs (L Boyer et al., 2009). *Quintana* ar līdzautoriem konstatēja, ka novērtējumu anketas aizpildīšana otro un trešo reizi ir saistīta ar zemākiem apmierinātības punktiem, kas arī būtu jāņem vērā, piedāvājot apmierinātības noteikšanas anketu (Quintana et al., 2006).

Vairāk apmierināti izrādījās pacienti 20. nodaļā, kura ir viena no atvērta tipa subakūtām nodaļām. 12. nodaļā vērtējumi bija zemāki, kaut tā arī 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 laikā. Tāpat arī pēc pētījuma dizaina nevar izslēgt iespējamību, ka personāla mazāka iesaistīšanās varēja būt saistīta ar papildu darbu līdzās pamata pienākumiem. Šo apstākli min arī literatūrā kā vienu no faktoriem, kas varētu mazināt pacientu un personāla iesaistīšanos (Rendell, Merritt, & Geddes, 2007). Literatūrā aprakstīts arī, ka pastāv ārstēšanas heterogenitāte, kura varētu ietekmēt rezultātus, jo jāveido populācijai specifisks instruments (L Boyer et al., 2009), (Macdonald, Sibbald, & Hoare, 1988), (Eytan, Bovet, Gex-Fabry, Alberque, & Ferrero, 2004), taču citi pētījumi neapstiprina specifiska instrumenta pārākumu pār universālu instrumentu (Peytremann-Bridevaux et al., 2006). Vēl viens skaidrojums tam, 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), (Katsakou et al., 2010), (Middelboe et al., 2001) vai viņi bija stacionēti pret paša gribu akūtā stāvoklī (Vermeulen, Schirmbeck, van Tricht, de Haan, & Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators, 2018). Akūtajā nodaļā biežāk bija stacionēti pacienti ar šizofrēnijas spektra traucējumiem, kuri visbiežāk bija ar diagnozi “akūti polimorfi psihotiski traucējumi”. Šīs diagnozes 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 pastāvēt psihotraumējošai situācijai, bieži ar agresiju vai autoagresiju, kas prasa stacionēšanu pret viņu gribu, līdz noskaidrojas situācija un uzlabojas psihoemocionālais stāvoklis. Vēl piebilstams, ka subakūtās nodaļās ir vairāk pieejamas psihologa un psihoterapeita konsultācijas, kas arī literatūrā ir saistīts ar augstāku pacientu apmierinātību ar saņemto ārstēšanu (Stamboglis & Jacobs, 2020). Ne mazāk svarīgi ir pieminēt nodaļas vidi un sadarbību starp pacientu un personālu, ko pētījumā par tiesu ekspertīzes nodaļas novērtēšanu pacienti atzina par nozīmīgāko faktoru ārstēšanas kvalitātes vērtējumā (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 validizācijas pētījumā (Bjertnaes et al., 2015) arī tika konstatēta līdzīga atradne, kas uzsver nepieciešamību vairāk analizēt šo jautājumu. Promocijas darba pētījuma rezultāti ir izskaidrojami vai nu ar to, ka radinieki netiek iesaistīti, jo šādas iespējas nav, piemēram, radnieku nav vai nav iespējams viņus sasniegt reģionos, pacienti paši aizliedz dalīties ar informāciju ar radiniekiem, lai nesarežģītu attiecības, vai arī paši radinieki nevēlas iesaistīties stigmatizācijas vai attiecību problēmu dēļ. Pēc literatūras datiem, jau agrāk zemāka apmierinātība bija pacientu vidū tieši ar radnieku iesaistīšanu ārstēšanas procesā, kā arī ar saņemto informāciju par ārstēšanu (Lovell, 1995), (Ruggeri et al., 2003), (Howard et al., 2003), (Haahr, Simonsen, Rosberg, et al., 2012). Pacienta gaidas literatūrā minētos pētījumos saista ar iznākumiem (Noble, Douglas, & Newman, 2001), kuriem savukārt ir atrasta korelācija ar apmierinātību (Holloway & Carson, 1999), tādēļ svarīgi ir pacientus informēt par to, kas notiks stacionārās ārstēšanas laikā. Ģimenes atbalsts tiek uzskatīts kā viens 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, Zendjidjian, Mendyk, Timinsky, & Ritsner, 2018). Šī ir svarīga atradne, jo informācijas pieejamība veido daļu no ārsta un pacienta attiecībām, kam ir būtiska nozīme apmierinātībā un 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 pacienti un viņu radinieki augsti vērtē informācijas nepieciešamību, personāla attieksme pret to

ir piesardzīga, jo tiek saistīta ar negatīvu efektu uz pacientu psihoemocionālo stāvokli (Pollock, Grime, Baker, & Mantala, 2004). Literatūras 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 medikamenta lietošanu (World Health Organization, 2003). Vairāki pētījumi uzsvēr nepieciešamību sniegt pietiekami izsmeļošu 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, De Leon, Peñate, & Betancort, 2017). *Lāngle et al.* pētījumā konstatēja, ka pacienti kopumā ir mazāk apmierināti ar medikamentozo terapiju (*Lāngle et al.*, 2003), tādējādi ir svarīgi pētīt pacientu viedokli, jo viņu uzskati par slimības iznākumiem 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 attiecībā uz 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 (J. Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978).

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

Vecums vairākos pētījumos uzrādījis tiešu saistību ar apmierinātību ar aprūpi, tātad, pieaugot vecumam, pieaug arī novērtējuma anketas skalas punkti

(Awara & Fasey, 2008), (Barker et al., 1996b), (Rosenheck et al., 1997), (Stamboglis & Jacobs, 2020). Gados jaunāki pacienti zemāk vērtēja saņemtās ārstēšanas pieredzi, kas ir līdzīgi konstatētajam pētījumos 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 personāla attieksme vecuma un komorbitātes dēļ (Xie et al., 2019). Vecums kā faktors, kurš saistīts ar augstāku apmierinātību ar ārstēšanu, ir plaši pētīts, un literatūrā ir pētījumi, kuros vecuma saistība ar apmierinātību netika atrasta (Ratner et al., 2018), (Woodward, Berry, & Bucci, 2017). Promocijas darba pētījumā vecuma rādītājs nebija sadalīts, taču, pētot tālāk 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 tālāk, pieaugot vecumam, tā atkal samazinās (Jaipaul & Rosenthal, 2003). Tomēr citi faktori varētu ietekmēt novērtējuma punktu krišanos vecumā virs 80 gadiem, piemēram, citas komorbitātes, vispārējais fiziskās veselības stāvoklis.

Sievietes promocijas darba pētījumā uzrādīja augstāku novērtējumu saņemtai ārstēšanai, kas ir pretrunā ar vairākiem 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, Key, Burns, Bristow, & Sedgwick, 1999). Tomēr, atsaucoties uz *Woodward et al.* veikto sistemātisko pārskatu, dati par atšķirībām apmierinātībā abos dzimumos arī ir pretrunīgi. 9 no 15 iekļautiem pētījumiem neuzrādīja statistiski ticamu saistību starp dzimumu un apmierinātību (Woodward et al., 2017), arī citi pētījumi apstiprina atšķirību trūkumu (Gebhardt, Wolak, & Huber, 2013), (Hasler et al., 2004). Svarīgi ir arī analizēt sīkāk atšķirības dzimuma rādītāja noteiktajos aprūpes aspektos, jo

attiecībā uz dzimuma ietekmi uz apmierinātību *Hulka et al.* secināja, 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 literatūras pētījumos varētu skaidrot ar sociāli kulturālām atšķirībām dažādās valstīs, kā arī ar to, kādas vajadzības ir noteiktam dzimumam, nepieciešamību pēc informācijas un dzimumu specifiskām gaidām, piemēram, vīrieši tiek audzināti veidā, kas paredz mazāku griešanos pēc palīdzības un paļaušanos uz sevi (Elliott et al., 2012).

Promocijas darba pētījumā, raugoties pēc izglītības rādītāja, tika atrasts, ka pacienti ar augstāko, vidējo profesionālo vai vidējo izglītību bija augstāk novērtējuši ārstēšanu, kas ir pretēji vairākiem citiem pētījumu rezultātiem, kuros konstatēts, ka izglītības līmenim un ārstēšanas ilgumam nav ietekmes uz apmierinātības rādītājiem (Woodward et al., 2017), (Ratner et al., 2018). Citos pētījumos atklāts, ka augstāka izglītība var būt saistīta ar augstākām prasībām un tādējādi arī 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 vai skaidrot ne tikai ar to, ka vidējās 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.

Pētījumos par apmierinātību bieži kā kritērijs tiek iekļauts ģimenes stāvoklis. *Woodward et al.* veiktajā sistemātiskajā pārskatā tas izrādījās mazāk nozīmīgs saistībā ar ārstēšanas apmierinātību (Woodward et al., 2017), taču divos citos pētījumos parādījās pozitīva saistība un aprūpi augstāk novērtēja tie, kuri bija šķīrušies, nekā tie, kuri bija precējušies. Tas ir pretrunā ar citu pētījumu, kurā zinātnieki konstatēja, ka precētie bija vairāk apmierināti ar ārstēšanu (Hoff

et al., 1999). Augstāka apmierinātība tieši tūrības un komforta rādītājā 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, Unger, Hoffmann, Steinacher, & Fydrich, 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 zaudēja partneri vai bija šķīrušies. 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 bija saistīti ar zemākiem novērtējuma punktiem (Ruggeri et al., 2003). Pēc konstatētā promocijas darbā, 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). Respondentu vidū biežāk bija pārstāvēti arī 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, balstoties uz promocijas darba pētījuma datiem. To, ka mazāk apmierināti ar aprūpi izrādījās skolēni/studenti, var skaidrot ar viņu pieredzes trūkumu, traumatisko notikumu, pavisam jaunu vidi, viņu gaidām attiecībā uz ārstēšanu.

Literatūrā tiek uzsvērts, 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 izrādīja arī mazāku apmierinātību par komunikāciju ar personālu (Jiang et al., 2019). Minētais parāda, ka, vērtējot rezultātos, jāņem vērā dažādi ārstēšanas aspekti. Citos pētījumos tika konstatēta atšķirība novērtējumā pacientiem ar šizofrēniju bez stacionēšanas pret gribu anamnēzē tieši personāla profesionālo iemaņu novērtējumā, ko viņi novērtēja augstāk (Henderson et al., 1999). Smagāks psihopatoloģisks stāvoklis literatūrā tiek saistīts ar zemākiem apmierinātības rādītājiem (Ruggeri et al., 2003), ko daļēji varētu izskaidrot ar personas kopējo neapmierinātību ar dzīvi. *Atkinson et al.* pētījumā aprakstījis, ka pacienti ar afektīva spektra traucējumiem uzrādīja zemākus rezultātus dzīves kvalitātes novērtējumā, salīdzinot ar pacientiem ar šizofrēnijas spektra traucējumiem (Atkinson, Ph, Zibin, Sc, & Chuang, 1997). Šādi pētījumu dati liek domāt, ka tas var pilnībā neatspoguļot 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). *Bø et al.* savā pētījumā parādīja, ka simptomu redukcija tieši neietekmē apmierinātības rādītājus, bet vairāk tos ietekmē tieši kritika par 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 tādi, kuros secināts, 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 novērtējuši aprūpi, savukārt šizofrēnijas un afektīva traucējumu spektra pacientu novērtējums nebija saistīts ar zemāku apmierinātību (Holcomb, Parker, Leong, Thiele, & Higdon, 1998). 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 aprūpi novērtēja 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, Lund, Lauritsen, & Bech, 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 uzdevums, jo *Hasler*

et al. konstatēja, ka tieši somatoformi traucējumi no neirotizisko traucējumu spektra pazemina vērtējumu ārstēšanai, bet adaptācijas traucējumi no tā paša neirotizisko 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, ko *Barker et al.* konstatēja pētījumā pacientiem no dažādām diagnožu grupām, kur, piemēram, pacienti ar ne afektīvām psihozēm uzrādīja zemāku kritiku pret saslimšanu, kas bija statistiski nozīmīgi saistīts ar zemāku apmierinātību (Barker et al., 1996a). SSK-10 klasifikācijā abas minētās apakšgrupas ir neirotizisko un ar stresu saistīto traucējumu grupā (World Health Organisation, 1993), tādējādi konkrētus secinājumus par atsevišķām diagnozēm nav iespējams veikt bez detalizētāka pētījuma. Taču šī atradne pētījumā ļauj daļēji atspēkot iespējamo atlases kļūdu ar atšķirībām diagnozēs respondentu un nerespondentu grupā, kur nerespondenti vairāk bija pacienti ar organiska un neirotiziska 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. Tas potenciāli norāda uz vēl vienu tēmu turpmākiem dziļākiem pētījumiem šajā jautājumā. Analizējot blakusdiagnozes faktoru, izrādījās, ka statistiski ticami augstāk ārstēšanu novērtēja pacienti ar somatisko blakusdiagnozi, kas ir pretrunā literatūrā aprakstītam, kur pacienti, kuri vērtēja savu veselības stāvokli no “sliktas” līdz “labai”, zemāk novērtēja ārstēšanu, salīdzinot ar tiem, kuri savu veselības stāvokli definēja kā “ļoti labu” (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009).

Slimību raksturojošos faktoros statistiski nozīmīgi augstāks novērtējums bija to pacientu vidū, kuri iepriekš bija ārstējušies tieši stacionārā. Tas izrādījās pretēji literatūras datiem, kur iepriekšējās stacionēšanas tiek saistītas ar zemākiem apmierinātības rādītājiem (Ruggeri et al., 2003). Mūsu atradni var skaidrot ar to, ka stacionāro ārstēšanu iepriekš pavadīja noteikts informācijas

daudzums par ārstēšanu, tās organizāciju, tādēļ pacienti varēja novērtēt ārstēšanu augstāk, jo bija pieredze. Pašreizējās stacionēšanas ilgums neizrādījās statistiski nozīmīgs pacientu grupās ar zemākiem un augstākiem novērtējumiem, kas ir līdzīgi *Gebhart et al.* pētījumā konstatētam (Gebhardt et al., 2013). Pētījumā Vācijā par māsu 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 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).

3.3. 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), (J. E. Ware & Davis, 1983). Medikamentu lietošanas pārtraukšana paliek aktuāla problēma psihiatrijas nozarē un pētījumos tiek saistīta ar dažādiem faktoriem, kā, piemēram, terapeitiskām attiecībām, izpratni par saslimšanu (Dassa et al., 2010), (Laurent 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), tādējādi, uzlabojot ārstēšanas kvalitāti, ir iespējams sniegt ieguldījumu līdzestības uzlabošanā, kas ir viens no grūtākajiem uzdevumiem psihiatrijas pacientu ārstēšanā.

Interesanta atradne promocijas darba pētījumā ir konstatēta saistībā 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, biežāk pēc tam gada laikā griezās ambulatori pie psihiatra. Konstatēto var skaidrot ar pacienta psihiskās veselības stāvokļa atšķirībām, kas literatūrā saistīts ar negatīvāku vērtējumu ārstēšanai, taču, sūdzībām nepārejot, pacienti varēja biežāk meklēt palīdzību. Raugoties pēc pacientu diagnozēm, pacienti ar šizofrēniju, kuri negatīvi novērtēja ārstēšanu, arī biežāk bija to pacientu vidū, kuri biežāk turpmāk vērsās ambulatori. Jāpiebilst, ka pacientiem ar šizofrēnijas diagnozi tiek kompensēta medikamentozā terapija un ir nepieciešamas regulāras vizītes pie ārsta, kas ticami varēja 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.

3.4. Sociāli demogrāfisko faktoru saistība ar apmierinātības aptaujas skalām

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 (J. 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 (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 konstatēta svarīgākā nozīme pētījumos par apmierinātību (Al-Abri & Al-Balushi, 2014), kas kopumā varētu būt skaidrojums ar pacientu uzmanību pret šo rādītāju (Tokunaga, Imanaka, & Nobutomo, 2000). Tas jau iepriekš promocijas darbā tika skaidrots 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 iznākumu pēc ārstēšanas, kas

literatūrā tiek īpaši uzsvērts kā nozīmīgs apstāklis, vērtējot apmierinātību (Carmel, 1985). Civillaulībā esošie zemāk novērtēja sadarbības skalu kopumā. Literatūrā tam nav minēti pamatojumi, jo civillaulība Eiropas un pasaules pētījumos netiek definēta atsevišķā kategorijā un ietilps vai nu laulībā, vai attiecībās. Jāpiemin, ka literatūrā nav vienota viedokļa par sociāli demogrāfisko faktoru nozīmi apmierinātības paredzēšanā, kā arī ir pētījumi, kuri šādu saistību neatrod (Tokunaga et al., 2000). Tas liek uzmanīgāk interpretēt pētījuma atradni par šo faktoru nozīmi pacientu novērtējumā, tādējādi arī daļēji paskaidrojot, ka atšķirības respondentu un nerespondentu grupās var nenorādīt uz obligātu atlasē 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.

3.5. Sociāli demogrāfisko faktoru un slimību raksturojošo faktoru saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem un apmierinātību aptaujas skalās

Tas, ka gados vecāki pacienti biežāk statistiski ticami iegādājās medikamentus pēc ārstēšanās, var būt saistīts ar pieredzi veselības aprūpē, kā arī somatiskām komorbitātēm, kuru dēļ šāda uzvedība ir pierasta. Sievietes pētījumos uzrāda biežāku griešanos pēc palīdzības ambulatori un stacionārā, kas var tikt skaidrots ar dažādiem iemesliem, tajā skaitā sabiedrībā pastāvošiem uzskatiem par palīdzības meklēšanu. Promocijas darba pētījumā sievietes arī augstāk novērtēja ārstēšanu, bet statistiski atšķirības nebija, tādēļ mēs nevaram veikt secinājumus par dzimuma saistību ar augstāku novērtējumu un ar ietekmi uz līdzestības netiešajiem 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 diagnozēm, kuras izraisa invaliditāti, var būt valsts kompensēti,

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. Savukārt neirotiski un ar stresu saistītie traucējumi, piemēram, adaptācijas traucējumi, var būt kā situācijas reakcija, kura vēlāk nechronificējas, tādēļ šo pacientu ārstēšana prasa retākas ambulatorās vizītes, biežāk ir izmantojama psihoterapija, ja tāda ir pieejama. Tātad paša ārstēšanas procesa struktūra atkarībā no konkrēta traucējuma varēja 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 pašvērtējuma rādītājiem sadarbības un iznākumu skalā, var skaidrot 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. Tāpat augstāka apmierinātība ar sadarbību un iznākumiem var būt tādēļ, ka mazinājās sūdzības un pacienti griezās retāk ambulatori, izrakstot zāles pie ģimenes ārsta,

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 aprakstīta saistība ar apmierinātību (Young, Meterko, & Desai, 2000), kurai esot augstākai var ietekmēt līdzestību pēc līdzestības netiešiem rādītājiem, piemēram, zāļu izņemšanas biežuma aptiekā. Arī tas, ka apmierinātībai sadarbības ar pacientu un struktūras un iestādes skalās ir noteikta saistība ar līdzestības netiešajiem rādītājiem, ļauj secināt, ka medicīnas personālam ir jāattīsta terapeitiska attiecību veidošanas prasme un jāuzlabo personāla sadarbība ar pacientiem. Pēc pētījuma datiem tāpat nozīme ir nodaļas iekārtojuma, ārstēšanas procesam un videi. Tomēr apmierinātība ar ārstēšanu var izraisīt dažādas sekas pacientu uzvedībā, jo mazāk apmierināti var griezties vairāk pie ārsta ar mērķi piepildīt savas gaidas no kontakta ar to, vai arī, atrodoties nepārtrauktā ārstēšanās procesā, varētu izveidoties situācija, ka pacienti meklē palīdzību bez izteiktas akūtas nepieciešamības (J. E. Ware & Davis, 1983). Piemēram, pacienti subakūtās nodaļās ir tendēti uz hospitālisma veidošanos 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, kas var būt skaidrots ar to, ka pacienti ar hroniskiem traucējumiem jau ir adaptējušies slimībai un nepieciešamībai regulāri lietot medikamentus. Savukārt pacienti ar neirotiskiem un ar stresu saistītiem traucējumiem mazāk griežas pēc palīdzības ambulatori, ko var

skaidrot daļēji ar hipohondrisku un somatoformo traucējumu pazeminātiem līdzestības rādītājiem (Keeley, Smith, & Miller, 2000). 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).

3.6. Ierobežojumi

Pētījums tika veikts tikai vienā Latvijas slimnīcā. Tomēr 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 novērtēšanas instrumenti vairāk lietojami plašai populācijai, tādējādi iekļaujot daudz dažādas diagnozes (L Boyer et al., 2009). Dati par apmierinātību un pacientu raksturojums, kuri nepiedalījās, norāda uz to, ka 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 var būt saistīta ar šādiem iemesliem: pacienti tika izrakstīti ļoti ātri, t.i., vienu vai divas dienas pēc stacionēšanas, pacientiem nav pierasts aizpildīt novērtējuma anketas, pacientiem trūkst kritikas par saslimšanas esamību, tādēļ viņi sevi nepieskaita pacientu grupai. Tāpat mēs apzināmies, ka nebija iespējams pilnīgi novērst personāla iesaistīšanās faktoru, kas varēja ietekmēt to, cik ātri aptauja pacientiem tika piedāvāta aizpildīšanai. Taču tas varētu atainot procesa realizēšanas grūtības, kuras turpmāko pētījumu norisē varētu izskaust (Allan et al., 2009).

Pacienti apmierinātības aptaujās uzrāda tendenci atbildēt pārāk pozitīvi, lai iepriecinātu ārstus vai izvairīties no nepatīkšanām, taču promocijas darba pētījumā mēs centāmies mazināt šādus traucējumus, jo Pacientu ar psihiskām

saslimšanām stacionārās aprūpes apmierinātības aptauja tika piedāvāta aizpildīšanai vienatnē, kā arī pacienti anketas atstāja paši speciālā slēgtā kastē, ko pārbaudīja pētnieks reizi mēnesī. Promocijas darba pētījuma dizains ir šķērsgriezuma, 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” par to, kur var šo aptauju validēt Latvijas populācijā, jo literatūrā nav vienota viedokļa par aptauju apmierinātības pētīšanai pacientiem 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 ārstēšanas apmierinātību, 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 līdzestību 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, līdzestības 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 zemāku apmierinātību ir iespējams plānot atbilstošas intervences šajās grupās. Kā arī, nosakot to, ka apmierinātība vāji, bet tomēr pozitīvi korēlēja ar zāļu izņemšanu un negatīvi korelēja 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 darba pētījumā tika

identificēta pacientu grupa, kuras ārstēšanas novērtējumu un ar to saistīto faktoru ietekmi uz apmierinātību jāpēta tālāk. 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 veidošanā būtu jāiegulda 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 izrakstīšanas 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 ārstēšanas laikā, pietiekams laiks būtu jāveltī sarunai ar pacientu pirms izrakstīšanas. Tāpat būtu jāpilnveido sabiedrībā balstītas aprūpes pieejamība pacientiem valstiskā līmenī, kas būtu saskaņā ar Veselības ministrijas deinstitucionalizācijas politiku. 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 jomā, kā arī medicīnas personāla skaita paaugstināšanu un izdegšanas novēršanas nepieciešamību, lai personāls un ārsti varētu sniegt savu ieguldījumu pacientu labsajūtā.

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, balstītas uz afektīviem, uzvedības un psihoizglītošanas elementiem, pēc literatūras datiem uzlabo medikamentu lietošanas efektivitāti (Dolder, Lacro, Leckband, & Jeste, 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 novērtēšanā, 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 novēršanas 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, tādējādi 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 tikt izmantota apmierinātības noteikšanai psihiskās veselības aprūpes pacientiem citās Latvijas psihoneiroloģiskajās slimnīcās stacionārās nodaļās.

Publikācijas

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

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", Rīgā, Latvijā.

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 kongresā Vācijā, Berlīne.

**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 Konference “Knowledge for use in Practice” Latvijā, Rīgā.
2. Bērziņa-Novikova, N., Taube, M., 2019. Psihotiska pacienta viedoklim ir nozīme. Latvijas Ārstu biedrības konference. Latvijas, Rīga.

Literatūras saraksts

1. 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>
2. 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>
3. Atkinson, M., Ph, D., Zibin, S., Sc, M., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental ..., (January), 99–105.
4. 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>
5. Barbato, A., Bajoni, A., Rapisarda, F., D'Anza, V., De Luca, L. F. abrizi., 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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>
9. 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>
10. Billcliff, N., McCabe, E., & Brown, W. (2001). Informed consent to medication in long-term psychiatric. *Psychiatric Bulletin*, 132–134.
11. 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>
12. 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>

13. 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>
14. 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>
15. 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>
16. 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>.
17. 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>
18. 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>
19. 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>
20. 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>
21. 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>

22. 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>
23. 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)
24. 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>
25. 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>
26. 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>
27. 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>
28. 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>
29. 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>
30. 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).
31. 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>
32. 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>

33. 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>
34. 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>
35. 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>
36. 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
37. 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>
38. 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>
39. 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>
40. 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>
41. 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>
42. 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>

43. 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>
44. 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>
45. 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>
46. 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>
47. 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>
48. 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>
49. Greenwood, N., Key, A., Burns, T., Bristow, M., & Sedgwick, P. (1999). Satisfaction with in-patient 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>
50. 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>
51. 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>
52. 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>
53. 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>

54. 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.
55. 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
56. 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>
57. 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>
58. 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>
59. 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>
60. 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)
61. 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>
62. 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>
63. 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>
64. 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>
65. 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>

66. 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>
67. 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>
68. Katsakou, C., Bowerts, L., Amos, Ti., Morris, R., Rose, Di., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatric Services*, 61(3).
69. 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>
70. 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>
71. 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>
72. 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>
73. 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>
74. 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>
75. 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>
76. 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>
77. 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>
78. 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>
 79. 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.
 80. 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)
 81. 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>
 82. 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>
 83. 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>
 84. McCabe, R., Saidi, M., & Priebe, S. (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia, 1, 21–28. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s21>
 85. Middelboe, T., Schjødt, T., Byrting, 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>
 86. 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>
 87. 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)
 88. 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)
 89. 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)

90. 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.
91. 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
92. 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>
93. 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.
94. 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>
95. 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>
96. 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>
97. 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>
98. 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/Pnacrf703.pdf
99. Ratner, Y., Zendjidjian, 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>

100. 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.
101. 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>
102. 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>
103. 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>
104. 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.
105. 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>
106. 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.
107. Semple, D., & Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry* (Third Edit). Oxford University Press.
108. 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>
109. 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>
110. Slimību profilakses un kontroles centrs. (2017). *Tematiskais ziņojums par Latvijas iedzīvotāju psihisko veselību par 2017.gadu.*
111. 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>
112. 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>

113. 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>
114. 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>
115. 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>
116. 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>
117. 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>
118. 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>
119. 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>
120. 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>
121. 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*.
122. 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)
123. 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>

124. 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>
125. 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>
126. World Health Organisation. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
127. World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization* (Vol. 30). <https://doi.org/10.1177/1049909112449068>
128. World Health Organization. (2015). WHO, 1–44. https://doi.org/ISBN_978-92-4-150602-1
129. 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>
130. 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
131. 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>
132. 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>
133. 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>
134. 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 un slimnīcas “Ģintermuiža” vadītājam Ingai Bauskai un 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.