

VILNIAUS UNIVERSITETAS

—— VYTAUTAS RAŠKAUSKAS ——

PRIVERSTINIO HOSPITALIZAVIMO  
PSICHIATRIJOJE PAPLITIMAS  
IR KLINIKINIAI YPATUMAI

---

Daktaro disertacija

---

Biomedicinos mokslai, medicina (07 B)

VILNIUS

2010

Disertacija rengta 2006–2010 metais  
Vilniaus universitete

Mokslinis vadovas  
prof. habil. dr. ALGIRDAS DEMBINSKAS  
(Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 07 B)

Konsultantas  
doc. dr. VITA DANILEVIČIŪTĖ  
(Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 07 B)

---

# Turinys

SUTRUMPINIMAI	6
1. ĮVADAS	7
1.1. Tiriamoji problema	7
1.2. Darbo tikslas	8
1.3. Darbo uždaviniai	8
1.4. Darbo mokslinis naujumas	8
1.5. Ginamieji teiginiai	9
2. LITERATŪROS APŽVALGA	10
2.1. Prievartos psichiatrijoje istoriniai aspektai	10
2.2. Prievartos problema šiuolaikinėje psichiatrijoje	12
2.3. Priverstinio hospitalizavimo teisinis reguliavimas pasulyje ir Lietuvoje	16
2.4. Priverstinio hospitalizavimo epidemiologija	21
2.5. Priverstinai hospitalizuotų pacientų diagnozės, psichopatologija, socialinės demografinės charakteristikos, agresija	23
2.6. Subjektyviai jaučiama prievarta	26
2.7. Su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu susiję veiksniai	30
2.8. Subjektyviai jaučiamos prievartos baigtys	32
2.9. Priverstinio hospitalizavimo objektyvios baigtys: hospitalizavimo trukmės ir rehospitalizavimo rodikliai	34
3. TYRIMO METODIKA	36
3.1. Tyrimo etapai, tiriamieji pacientai ir tyrimo instrumentai	36
3.2. Duomenų statistinio apdorojimo ir pateikimo metodai	41
4. TYRIMO REZULTATAI	43
4.1. Pirmasis tyrimo etapas	43
4.1.1. Formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimas	43
4.1.2. Neformalaus priverstinio hospitalizavimo (savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos) dažnis	44
4.1.3. Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos dažnis	45
4.1.4. Formaliai priverstinai ir savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas	45

4.2. Antrasis tyrimo etapas . . . . .	46
4.2.1. Socialinės demografinės charakteristikos . . . . .	46
4.2.2. Diagnozės . . . . .	49
4.2.3. Su atvykimu į stacionarą susiję veiksniai. . . . .	50
4.2.4. Naudojimosi ankstesnėmis stacionaro paslaugomis rodikliai . . . . .	52
4.2.5. Teismo nutartimi formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų procentinė dalis . . . . .	53
4.2.6. Medikamentinis gydymas per tris paras po hospitalizavimo. . . . .	53
4.2.7. Psichopatologija. . . . .	54
4.2.8. Bendras veiklos lygis . . . . .	57
4.2.9. Agresija . . . . .	58
4.2.10. Kaip pacientai vertina jiems taikomą gydymą? . . . . .	60
4.2.11. Gyvenimo kokybė . . . . .	61
4.2.12. Fizinio suvaržymo priemonių taikymas . . . . .	62
4.2.13. Prievartos vizualine analogine (PVAS) skale įvertintas subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas . . . . .	63
4.2.14. Subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumo ryšys su įvairiais veiksniais . . . . .	64
4.2.15. Subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumo prognozavimo veiksniai . . . . .	68
4.2.16. Paciento judėjimo laisvės apribojimas gydymosi stacionare laikotarpiu. . . . .	72
4.3. Trečiasis tyrimo etapas . . . . .	73
4.3.1. Diagnostinių kategorijų grupė, amžius, lytis ir hospitalizavimo siuntimo rūšis. . . . .	73
4.3.2. Hospitalizavimo trukmė, rehospitalizavimo rizika, rehospitalizavimų skaičius, laikas iki pirmojo rehospitalizavimo. . . . .	75
5. REZULTATŲ APTARIMAS . . . . .	80
5.1. Pirmojo tyrimo etapo rezultatai . . . . .	80
5.1.1. Formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimas . . . . .	80
5.1.2. Neformalaus priverstinio hospitalizavimo dažnis . . . . .	84
5.1.3. Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos dažnis. . . . .	85
5.1.4. Formaliai priverstinai hospitalizuotų ir savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas. . . . .	86

5.2.	Antrojo tyrimo etapo rezultatai . . . . .	88
5.2.1.	Socialinės demografinės charakteristikos . . . . .	88
5.2.2.	Priklausymas diagnostinių kategorijų grupei, hospitalizavimo siuntimo rūšis, ankstesni naudojimosi stacionaro paslaugomis rodikliai ir mėginimai žudyti . . . .	90
5.2.3.	Teismo nutartimi formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai . . . . .	91
5.2.4.	Medikamentinis gydymas per tris paras po hospitalizavimo. . . . .	91
5.2.5.	Psichopatologija ir bendras veiklos lygis . . . . .	92
5.2.6.	Agresija . . . . .	92
5.2.7.	Kaip pacientai vertina jiems taikomą gydymą? . . . . .	93
5.2.8.	Gyvenimo kokybė . . . . .	94
5.2.9.	Fizinio suvaržymo priemonių taikymas . . . . .	94
5.2.10.	Prievartos vizualine analogine (PVAS) skale įvertintas subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas . . . . .	95
5.2.11.	Su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu susiję veiksniai . . . . .	95
5.2.12.	Paciento judėjimo laisvės apribojimas gydymosi stacionare laikotarpiu. . . . .	100
5.3.	Trečiojo tyrimo etapo rezultatai . . . . .	101
5.3.1.	Hospitalizavimo ir rehospitalizavimų rodikliai . . . . .	101
6.	IŠVADOS . . . . .	103
7.	REKOMENDACIJOS . . . . .	104
	DISERTACIJOS TEMA PASKELBTOS PUBLIKACIJOS IR PRANEŠIMAI. . . . .	105
	LITERATŪROS SĄRAŠAS . . . . .	106
	PRIEDAI . . . . .	118
1	PRIEDAS. MacArtur subjektyviai jaučiamos prievartos skalė (MPCS) . . . .	118
2	PRIEDAS. Prievartos vizualinė analoginė skalė (PVAS) . . . . .	119
3	PRIEDAS. Kliento gydymo įvertinimo skalė (CAT) . . . . .	120
4	PRIEDAS. Trumpoji Mančesterio gyvenimo kokybės įvertinimo skalė (MANSA) . . . . .	121
5	PRIEDAS. Trumpoji psichiatrinio įvertinimo skalė (BPRS). . . . .	122
6	PRIEDAS. Modifikuota atviros agresijos skalė (MOAS) . . . . .	123

## Sutrumpinimai

ASPI	– asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPRS	– Trumpoji psichiatrinio įvertinimo skalė (angl. <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> )
CAT	– Kliento gydymo įvertinimo skalė (angl. <i>Clients' Scale for Assessment of Treatment</i> )
FPH pacientai	– formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai
GAF	– Bendro veiklos įvertinimo skalė (angl. <i>Global Assessment of Functioning Scale</i> )
GMP	– greitoji medicinos pagalba
II	– laisvės laipsniai
MANSA	– Trumpoji Mančesterio gyvenimo kokybės įvertinimo skalė (angl. <i>Manchester Short Assessment of Quality of Life</i> )
MPCS	– MacArthur subjektyviai jaučiamos prievartos skalė (angl. <i>MacArthur Perceived Coercion Scale</i> )
MOAS	– Modifikuota atviros agresijos skalė (angl. <i>Modified Overt Aggression Scale</i> )
NFPH pacientai	– neformaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai
PVAS	– Prievartos vizualinė analoginė skalė
SNH pacientai	– savo noru hospitalizuoti pacientai
SNHPN pacientai	– savo noru hospitalizuoti, prievartos nejaučiantys pacientai
TLK-10	– Tarptautinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija (dešimtoji redakcija)
VmPSC	– Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras

# 1. ĮVADAS

## 1.1. Tiriamoji problema

Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas psichiatrijoje neretai naudojamos daugumai kitų medicinos sričių nebūdingos prievartinės gydymo intervencijos: priverstinis hospitalizavimas, izoliavimas, fizinės suvaržymo priemonės ir priverstinis vaistų skyrimas. Šios priemonės įvairiu mastu riboja paciento laisvę. Šiuolaikinėje psichiatrijoje laikomasi principo, kad įvertinant prievartą psichiatrijoje svarbu nustatyti, ar visuomenės apsauga yra suderinta su individo teisėmis [1]. Prievartos priemonių taikymo psichiatrijoje reglamentavimas yra sudėtingas ir šiuo metu tebesitęsiantis procesas. Reglamentuojant prievartos priemonių taikymą tenka derinti potencialiai prieštaraujančius vienas kitam principus: paciento autonomiją, adekvataus gydymo būtinybę (ir teisę) net ir tuo atveju, kai paciento gebėjimas kompetentingai priimti sprendimą yra sumažėjęs, bei visuomenės rūpinimąsi savo saugumu [2]. Hospitalizuojant į psichiatrijos stacionarą patiriama prievarta gali sukelti įvairių neigiamų padarinių, todėl būtina ieškoti jos mažinimo ir prevencijos būdų. Šiuo metu daugumoje Europos valstybių siekiama sukurti arba patobulinti esamas prievartos priemonių, iš jų ir priverstinio hospitalizavimo, rekomendacijas, taip pat mėginama sudaryti ir tarptautines geriausios klinikinės praktikos rekomendacijas [3]. Įvairiose šalyse daug diskutuota apie prievartą psichiatrijoje ir galimus piktnaudžiavimus. Nors iš pradžių šios diskusijos principai buvo abstraktūs, ilgainiui buvo pereita prie mokslinių tyrimų rezultatais grindžiamų argumentų [4]. Vyraujanti prievartos forma psichiatrijoje yra priverstinis hospitalizavimas, todėl nenuostabu, kad šis prievartos aspektas sulaukia daugiausia aplinkinių dėmesio ir vertinimų [5].

Šiuolaikiniai prievartos psichiatrijoje tyrimai dažniausiai remiasi praėjusio amžiaus 10-ajame dešimtmetyje suformuluota formalios ir neformalios prievartos psichiatrijoje koncepcija [6]. Tyrimais svarbu įvertinti formalios, t. y. teisės aktais reglamentuotos ir jais remiantis taikomos, prievartos psichiatrijoje paplitimą, ją patiriančių pacientų klinikinės charakteristikas ir prievartos veiksnius, bet dar reikšmingiau nustatyti neformalios, t. y. paciento subjektyviai jaučiamos, prievartos paplitimą ir jos stiprumo veiksnius. Prievartą psichiatrijoje reikia įvertinti siekiant nustatyti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybę,

darant įtaką teisės aktų keitimui, identifikuojant prievartos veiksnius ir nustatant prievartos taikymo baigtis [7].

Psichiatrijoje taikomos prievartos baigčių įvertinimas suteikia svarbios informacijos apie prievartos reikšmę ir argumentų ieškoti prievartos prevencijos ir padarinių mažinimo metodų, skatina diegti šiuos metodus į klinikinę praktiką. Iš įvairių prievartos psichiatrijoje baigtims įvertinti naudojamų rodiklių tiksliausiai laikomi objektyvūs stacionariųjų paslaugų naudojimo rodikliai – hospitalizavimo trukmė ir vėlesnių rehospitalizavimų rodikliai.

## 1.2. Darbo tikslas

Nustatyti formalaus ir neformalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimą, priverstinai hospitalizuojamų pacientų klinikinį profilį, prievartos stiprumo veiksnius ir priverstinio hospitalizavimo objektyvias baigtis.

## 1.3. Darbo uždaviniai

1. Nustatyti formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimą Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro aptarnaujamoje teritorijoje.
2. Nustatyti formaliai priverstinai ir savo noru hospitalizuotų pacientų jaučiamos prievartos pasireiškimo dažnį.
3. Nustatyti ir palyginti formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų socialines demografines, klininkines bei gydymo charakteristikas.
4. Nustatyti ir palyginti formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų jaučiamos prievartos stiprumą ir jo veiksnius.
5. Nustatyti ir palyginti formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų hospitalizavimo ir rehospitalizavimo trejų metų laikotarpiu rodiklius.

## 1.4. Darbo mokslinis naujumas

Šiame darbe pirmą kartą Lietuvoje įvertintas psichiatrijos stacionaro aptarnaujamos teritorijos formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimas ir nustatytas



formaliai priverstinai ir savo noru į psichiatrijos stacionarą hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos dažnis.

Darbe atliktas savo noru hospitalizuotų, bet subjektyviai jaučiančių prievartą, t. y. neformaliai priverstinai hospitalizuotų, pacientų palyginimas su formaliai priverstinai hospitalizuotais pacientais ir analizuotas anksčiau netirtas agresijos ryšys su subjektyvaus prievartos jutimo stiprumu, taip pat nedaug iki šio tyrimo nagrinėtos galimos psichopatologinių ir kitų veiksnių sąsajos su prievarta.

Taip pat buvo įvertintos hospitalizavimo metu patirtos prievartos objektyvios baigtys. Pirmą kartą buvo įvertinti ir palyginti formaliai priverstinai hospitalizuotų, neformaliai priverstinai hospitalizuotų ir savo noru hospitalizuotų, bet subjektyviai nejaučiančių prievartos pacientų rehospitalizavimo trejų metų laikotarpiu rodikliai.

Šio darbo rezultatai rodo pagrindinių formalios ir neformalios prievartos formų paplitimą, papildoma turimas žinias apie subjektyvaus prievartos jutimo veiksnius, suteikia informacijos apie formalią ir neformalią prievartą patiriančių pacientų panašumus ir skirtumus bei šių pacientų rehospitalizavimo rodiklius.

## 1.5. Ginamieji teiginiai

1. Dalis savo noru į ūmios psichiatrijos skyrius guldomų pacientų patiria neformalią prievartą ir pagal socialinius demografinius, klinikinius požymius bei prievartos jutimo stiprumą yra panašūs į formaliai priverstinai hospitalizuojamus pacientus.
2. Hospitalizuojant jaučiamos prievartos stiprumas susijęs su socialiniais demografiniais veiksniais, psichopatologija, gyvenimo kokybe, paciento agresija, formaliu priverstiniu hospitalizavimu ir taikomu gydymu.
3. Formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų hospitalizavimo trukmės ir rehospitalizavimo rodikliai yra blogesni nei savo noru hospitalizuotų, prievartos nejaučiančių pacientų.

## 2. LITERATŪROS APŽVALGA

### 2.1. Prievartos psichiatrijoje istoriniai aspektai

Prancūzų psichiatras Philippe Pinelis (1745–1826) vienas pirmųjų atkreipė dėmesį į prievartos psichiatrijoje problemą. Jis kartu su savo padėjėju Jeanu-Baptise'u Pussinu (1746–1809?), 1793 m. Bisetro ir 1795 m. Salpetiero psichiatrijos ligoninėse išlaisvino pacientus iš grandinių ir vėliau šias idėjas aktyviai propagavo [8]. Tai buvo visiškai naujo požiūrio į psichikos ligonius pradžia. Vis dėlto ir pats Ph. Pinelis išimtiniais atvejais neatmetė galimybės naudoti tramdomuosius drabužius. Jis taip pat teigė, kad nors kai kuriais atvejais prievarta gali būti būtina ir pateisinama, žiaurus elgesys gydant gali sukelti psichologinės žalos [9]. Panašių pokyčių iniciatoriumi Italijoje buvo Vincenzo Chiarugi (1795–1820) [10].

Anglijoje XIX a. antrojoje pusėje Johnas Connolly (1794–1866) ir Robertas Gardineris Hillas (1811–1878), siekdami mažinti prievartos priemonių psichiatrijoje naudojimą, inicijavo judėjimą „Be suvaržymų“ (angl. *no-restraint*) [11]. Jų idėjas išplėtojo Williamas Tuke'as (1796–1858) – jis nuėmė grotas nuo ligoninės langų, panaikino užraktus, pagal susitarimą ligonius išleisdavo iš ligoninės, taip sukūrė škotiską atvirų durų sistemą [12]. Palaipsniui šie principai buvo diegiami ir kitose šalyse.

Pirmųjų psichikos ligonių priežiūros teisinio reglamentavimo bandymų Lietuvoje galima rasti Lietuvos Statuto trečiajame leidime, kur nurodyta, kad psichikos ligomis sergantys beturčiai turi būti uždaromi kalėjimuose, o pasitvirtintieji atiduodami giminių priežiūrai [12]. 1920 m. Lietuvos sveikatos departamento išleistame aplinkraštyje, kuriame reglamentuotas ligonių priėmimas į valstybinę psichiatrijos ligoninę, rašoma, kad „į psichiatrines ligonines priimami visų pirma ligoniai, kurie yra neramūs arba pavojingi aplinkiniams žmonėms“ [13]. Vadovėlyje „Įvadas į psichiatriją“ (1935 m.) J. Blažys teigia: „Istatymai nenurodo, kas turi kelti klausimą dėl ligonio patalpinimo į psichiatrijos ligoninę, bet pagal nusistovėjusią praktiką, dažniausiai tai daro ligonio giminės. Tais atvejais, kai ligonis ardo visuomenės ramybę arba grasina visuomenės saugumui, policija imasi priemonių ligonį padėti į ligoninę arba reikalauja, kad jis tinkamai būtų prižiūrimas namie. Priverstinis patalpinimas ir laikymas ligoninėje vykdo-

mas tiktai teismo nutarimu, kada ligonis padaro kurį nors didesnę kriminalinį nusikaltimą ir yra pripažintas pavojingas visuomenei“ [13].

Po Sovietų Sąjungos (SSRS) įvykdytos Lietuvos okupacijos ir aneksijos priverstinis hospitalizavimas į psichiatrijos stacionarą buvo reglamentuotas SSRS įstatymų ir jais remiantis sukurtų Lietuvos SSR įstatymų. Pavyzdžiui, 1969 m. SSRS ir sovietinių respublikų sveikatos priežiūros pagrindus reglamentuojančio įstatymo 36 straipsnyje nurodyta psichikos ligomis sergančių žmonių priverstinio hospitalizavimo galimybė [14]. 1971 m. priimto Lietuvos SSR sveikatos apsaugos įstatymo 53 straipsnyje teigiama, kad „jei psichinio ligonio veiksmai yra pavojingi aplinkiniams žmonėms ar pačiam ligoniui, sveikatos apsaugos organai ir įstaigos turi teisę neatidėliotinos psichiatrinės pagalbos teikimo tvarka pasiųsti ligonį į psichiatrinę (psychoneurologinę) įstaigą be jo sutikimo ir be jo sutuoktinio, giminaičio, globėjo ar rūpintojo sutikimo“ [15]. Šiame straipsnyje taip pat nurodyta, kad per vieną parą tokio hospitalizavimo pagrįstumą turi patikrinti gydytojų psichiatrų komisija. To paties įstatymo 55 straipsnyje numatyta sergančiųjų lėtiniu alkoholizmu, o 55<sup>1</sup> straipsnyje sergančiųjų narkomanija priverstinio gydymo galimybė. Detali priverstinio hospitalizavimo tvarka buvo nurodyta SSRS Sveikatos apsaugos ministerijos išleistose instrukcijose. Pavyzdžiui, 1961 m. išleistoje instrukcijoje nurodyta, kad esant akivaizdžiam psichikos liga sergančio paciento pavojingumui aplinkiniams arba sau, sveikatos priežiūros įstaiga gali hospitalizuoti ligonį be jo paties ar giminių sutikimo. Instrukcijoje išvardyti įvairūs psychopatologiniai sindromai, kuriems esant ligonis laikomas pavojingu, taip pat paaiškinta, kad minėtos būklės gali būti lydimos išoriškai tinkamo elgesio ir disimuliacijos [16].

Šiuolaikinio žmogaus teisių psichiatrijoje supratimo pradžia yra XX a. antroji pusė. 1948 m. Jungtinės Tautos priėmė Visuotinę žmogaus teisių deklaraciją. Joje apibrėžtais žmogaus teisių principais buvo remiamasi vėlesniuose įvairių tarptautinių institucijų dokumentuose, kuriuose vis daugiau dėmesio buvo skiriama ir psichikos sutrikimais sergančių žmonių teisėms. 1950 m. Europos Taryba priėmė Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvenciją (angl. *Convention for the protection of Human Rights and Fundamental Freedom*), kurioje ne tik akcentuotos žmogaus teisės, bet ir apibrėžtos išimtytys, kai žmogaus teisės gali būti ribojamos (kartu ir psichikos ligų atvejais, remiantis įstatymų numatytais procedūromis) [17]. 1983 m. Europos Tarybos Ministrų Komitetas

(angl. *Committee of Ministers of the Council of Europe*) patvirtino priverstinai stacionarizuotų psichikos ligomis sergančių pacientų teisinės apsaugos rekomendacijas (rekomendacija Nr. R (83) 2) [18]. Ši institucija 2000 m. paskelbė Baltąją knygą (angl. *White Paper*), kurioje apibrėžtos psichikos ligomis sergančių priverstinai stacionarizuotų asmenų teisės [19]. 1991 m. Jungtinės Tautos patvirtino Psichikos ligonių apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros gerinimo principus (angl. *Principles for the Protection of Persons With Mental Illness*), kur detalai apibrėžtos žmogaus teisės įvairiomis situacijomis ir pabrėžta būtinybė nediskriminuoti psichikos ligomis sergančių žmonių [20].

XX a. 8-ajame dešimtmetyje JAV, o vėliau ir Vakarų Europos valstybėse pradėta daugiau dėmesio skirti prievartos psichiatrijoje problemoms, buvo diskutuojama dėl priverstinio hospitalizavimo indikacijų, pradėti rinkti duomenys apie priverstinio hospitalizavimo ir kitų prievartos priemonių psichiatrijoje taikymo paplitimą. Pacientų advokatai ir žmogaus laisvių gynėjai reikalavo netaikyti priverstinio hospitalizavimo ar net siaurinti jo taikymo kriterijus, o psichikos sveikatos specialistai, pacientų artimųjų organizacijos siekė išlaikyti priverstinio hospitalizavimo galimybę net plečiant jos kriterijus [21]. Vakarų Europoje ir JAV priverstinis hospitalizavimas dėl gydymo būtinybės per pastaruosius tris dešimtmečius, pradėdamas kai kuriomis JAV valstijomis, o netrukus ir dalyje Vakarų Europos šalių buvo pakeistas hospitalizavimu, grindžiamu pavojingumo kriterijais [22]. Pastaruosius penkiolika metų daug dėmesio skirta subjektyviai jaučiamos prievartos psichiatrijoje analizei. Prievartos psichiatrijoje problematika išlieka gana aktuali ir šiomis dienomis. Vis plačiau į šią diskusiją įsitraukiant psichikos sveikatos priežiūros specialistams, psichiatrijos paslaugų vartotojams, teisės specialistams, visuomenei ir daugėjant mokslinių tyrimų rezultatų, siekiama optimizuoti šią labai jautrią ir reikšmingą sritį, kuriamos prievartos taikymo rekomendacijos. Šiuolaikinėje psichiatrijoje pabrėžiama, kad psichiatrinė pagalba turi būti teikiama laikantis mažiausių galimų suvaržymų principo [23].

## 2.2. Prievartos problema šiuolaikinėje psichiatrijoje

„Dabartinės lietuvių kalbos žodynas“ prievartą apibūdina kaip jėgos vartojimą, vertimą ką daryti [24]. Prievarta psichiatrijoje turi dvi dimensijas – objektyvią, kuriai priskiriamas paciento laisvės ribojimas, izoliavimo taikymas, fizinio su-

varžymo priemonių taikymas, priverstinis vaistų skyrimas, ir subjektyvia, kuri apibūdinama kaip subjektyvus paciento jautimas, kad jis patiria prievartą [25].

Teikiant paslaugas ūmioje psichiatrijoje dažnai tenka susidurti su naudos aplinkiniams ar pacientui ir paciento autonomijos ribojimo problema. Žinių apie prievartą psichiatrijoje buvimas ar nebuvimas taip pat gali turėti įtakos šios problemos sprendimo būdams. Autonomijos terminas apima ne tik pacientui suteiktą gydymo pasirinkimo galimybę, bet ir paciento apsisprendimą, paremtą visapusiška informacija apie visų gydymo galimybių naudą ir žalą, esant pakankamam tos informacijos supratimo laikotarpiui [10]. Prievarta kai kuriais atvejais yra neišvengiama ir tam tikromis aplinkybėmis gali būti naudojama kaip paskutinė priemonė, net jei toks įsikišimas pažeidžia žmogaus teises [26]. A. Wertheimer išskyrė du esminius prievartos klausimus: kas laikytina prievarta? ir kaip pateisinamas prievartos naudojimas [27]? Prievartos taikymas psichiatrijoje dažniausiai grindžiamas medicininio ir socialiniu paternalizmu.

Medicininis paternalizmas reiškia, kad tam tikromis aplinkybėmis sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys darbuotojai atlieka vienokius ar kitokius veiksmus neatsižvelgdami į paciento norus ir pageidavimus, bet siekdami pacientui naudos [28–30]. Socialiniu paternalizmu laikoma veikla, kai paciento norus ar pageidavimus ribojantys veiksmai atliekami siekiant naudos visuomenei [29]. Socialinio paternalizmo atveju visuomenė apsaugoma nuo galimos žalos, kurią galėtų padaryti psichikos liga sergantis ir negebantis kontroliuoti savo veiksmų pacientas.

Svarbiausia objektyvios prievartos rūšis, kuri riboja individo galimybę laisvai judėti ir sudaro sąlygas naudoti kitas prievartos priemones, yra priverstinis hospitalizavimas, kai pacientas prieš savo valią paguldomas į psichiatrijos stacionarą. Priverstinis hospitalizavimas yra vienas iš labiausiai paplitusių ir sunkiausių psichiatrijoje naudojamų paciento autonomijos ribojimo būdų [10]. Jį dažnai kritiškai vertina psichikos sveikatos paslaugų vartotojai, taip pat tokia svarbi politinė institucija kaip Europos Taryba [19, 31]. Priverstinis hospitalizavimas sukelia įvairių ir nevienareikšmių padarinių pacientams, jų artimiesiems, psichikos sveikatos priežiūros darbuotojams [32, 33]. Tačiau jis suteikia galimybę anksčiau pradėti adekvatų gydymą. Laiku pradėtas gydymas leidžia tikėtis greitesnės psichozinio epizodo remisijos ir geresnio premorbidinio funkcionavimo atsitaikymo, nei vėlyvoje dekomensacijos stadijoje pradėtas gydymas [34,

35]. Priverstinį hospitalizavimą bandoma pagrįsti teiginiu, kad tokių pacientų gebėjimas tinkamai apsispręsti dėl gydymo yra gerokai sumažėjęs [36], be to, yra duomenų, kad dalies priverstinai gydomų hospitalizuotų pacientų požiūris į hospitalizavimo reikalingumą pasikeičia [37]. Nustatyta, kad priverstinis hospitalizavimas dėl prievartos patyrimo metu sutrikusio pasitikėjimo psichikos sveikatos specialistais gali mažinti tikimybę, kad pacientas ateityje savanoriškai sieks psichiatrinės pagalbos [21], tačiau tuo pat metu priverstinis hospitalizavimas atveria galimybę taikyti reikalingą gydymą, taip pagerindamas gydymo rezultatus [38]. M. Swartz ir bendraautorių atliktame tyrime 36 proc. pacientų teigė, kad baimė būti gydomiems priverstinai skatina juos neieškoti psichiatrinės pagalbos [39]. Yra duomenų, kad priverstinis hospitalizavimas gali būti ir papildomas potrauminį stresą psichoziniams ligoniams provokuojantis veiksnys, nors traumiškesni vis dėlto yra patys psichoziniai simptomai [40].

Priverstinio hospitalizavimo baigčių vertinimas yra nevienareikšmis. Apžvelgę 18 studijų C. Katskau ir S. Priebe nustatė, kad po priverstinio hospitalizavimo daugumos pacientų būklė kliniškai reikšmingai pagerėjo, tačiau reikšminga pacientų dalis, retrospektyviai vertindama buvusį priverstinį hospitalizavimą, nepateisindavo jo tikslingumo arba nemanė, kad jis buvo naudingas [33]. Nors priverstinis hospitalizavimas vertinamas prieštaringai, gana reikšminga išlieka dar prieš du dešimtmečius pareikšta nuomonė, kad yra nehumaniška ir neetiška palikti likimo valiai žmones, kuriems liga sutrikdė gebėjimą kreiptis pagalbos, nors visada išlieka dilema, kad prievartos priemonės gali būti brutaliai, bet gali būti nehumaniška jų nenaudoti [41].

Kas lemia, kad konkretus pacientas yra priverstinai hospitalizuojamas, geriausiai parodo visapusiškas įvairių ne tik medicininių veiksnių įvertinimas. W. Klinkenberg ir R. Calsyn nuomone, priverstinio hospitalizavimo rizikai didžiausią įtaką turi keturios veiksnių grupės: individualus paciento „jautrumas“, t. y. polinkis būti priverstinai hospitalizuotam, kurį lemia psichopatologijos tipas, simptomų sunkumas bei socialiniai demografiniai veiksniai, socialinės pagalbos sistemos veiksmingumas, psichikos sveikatos priežiūros tarnybų struktūra ir paciento bendradarbiavimas gydymo metu [42].

Vakarų Europoje per pastaruosius tris dešimtmečius keičiantis psichiatrinės pagalbos tarnybų struktūrai, aktyviai dalyvaujant pacientų organizacijoms, įvyko daug reikšmingų priverstinį hospitalizavimą reglamentuojančių įstatymų ir

su tuo susijusios klinikinės praktikos pokyčių [43]. Žmogaus teisių judėjimai ilgainiui keitė visuomenės požiūrį į priverstinį hospitalizavimą: vis labiau akcentuojamas ne paternalistinis būtinybės gydyti savimi negalinčius pasirūpinti pacientus požiūris, bet žmogaus teisės, kai psichikos ligomis sergančių pacientų laisvės ribojimas buvo grindžiamas tik pavojingumo sau arba aplinkiniams kriterijumi. Tačiau per didelis pavojingumo kriterijaus akcentavimas turi ir neigiamą aspektą, nes skatina visuomenę psichikos ligomis sergančius žmones suvokti kaip pavojingus ir nekontroliuojamus [44, 45]. Vienas esminių pastaraisiais dešimtmečiais Vakarų Europoje ir JAV vykusių teisinės bazės ir klinikinės praktikos pokyčių tikslų buvo sumažinti priverstinių hospitalizavimų skaičių. Taip pat buvo siekiama mažinti stacionarų lovų skaičių, deinstitutionalizuoti lėtinėmis psichikos ligomis sergančius pacientus, kurti bendruomenines psichikos sveikatos priežiūros tarnybas ir gydymo metodus [46]. Tačiau ne visi šie pokyčiai leido sulaukti norimo rezultato. Pastarųjų metų tyrimai rodo, kad kai kuriose šalyse esama ir reinstitucionalizacijos tendencijų, t. y. padaugėjo teismo psichiatrijos stacionarų lovų skaičius, pagausėjo priverstinių hospitalizavimų, atsirado naujų stacionarinių tarnybų [47, 48]. Tai patvirtina nuomonę apie prievartos problematikos sudėtingumą, kompleksinių sprendimų būtinybę, tikslaus prievartos įvertinimo metodų trūkumą.

Vis dar stinga lyginamųjų duomenų apie priverstinio hospitalizavimo teisinę reguliavimą ir priverstinio hospitalizavimo taikymą įvairiose šalyse [49, 50]. Prievartos psichiatrijoje tyrimai ypač svarbūs norint standartizuoti šį procesą ir optimizuoti visas procedūras [32]. L. Johensen ir bendraautorai atliko į ūmios psichiatrijos skyrius hospitalizuojamų pacientų intervencinį tyrimą, kurio metu guldomiems į ligoninę pacientams raštu pateikdavo išsamią informaciją apie hospitalizavimo procedūrą ir pacientų teises. Įvertinus bendrą pacientų pasitenkinimą, buvo nustatytas tik nedidelis teigiamas pokytis, tačiau specifinis pasitenkinimas gauta informacija ir žinių apie hospitalizavimo teisinius aspektus pagausėjimas buvo reikšmingas ir stabilus [51]. Tai rodo, kad specifinės gydymo intervencijos gali turėti teigiamos įtakos, tik svarbu tiksliai identifikuoti esamas problemas ir mokslinių tyrimų būdu įvertinti naujų gydymo, slaugos ir reabilitacijos metodų efektyvumą.

Pastaraisiais dešimtmečiais išryškėjo nauja prievartos klasifikavimo tendencija, kai akcentuojama ne teisės aktais apibrėžta formali prievarta, apie kurios

buvimą galima spręsti remiantis teisiniais parametrais, o paciento subjektyviai jaučiama prievarta, apie kurios buvimą sprendžiama iš subjektyvių paciento potyrių [7, 21, 52–54].

Mokslinėje literatūroje pateikti studijų, tyrusių įvairius prievartos aspektus, rezultatai atspindi vien Europos, JAV, Kanados, Naujosios Zelandijos, Japonijos, Australijos, Izraelio, kai kurių Rytų Europos valstybių situaciją. Tyrimų duomenų apie kitas šalis iš esmės nėra. Tačiau net ir lyginti esamus duomenis gana sudėtinga, nes yra daug klinikinės praktikos ir teisinio reglamentavimo skirtumų. Tie skirtumai ypač išryškėja lyginant situaciją su JAV, kur skirtingose valstijose taikoma skirtinga prievartos priemonių psichiatrijoje reglamentavimo, naudojimo ir registravimo tvarka.

Visose šalyse, kur yra reglamentuota psichikos sveikatos priežiūra, tam tikromis aplinkybėmis gali būti naudojama prievarta [55]. Nors pastaruoju metu atlikta nemažai prievartos psichiatrijoje tyrimų, išlieka būtinybė įvertinti prievartos pasireiškimą skirtingomis kultūrinėmis ir teisinėmis sąlygomis [56].

### **2.3. Priverstinio hospitalizavimo teisinis reguliavimas pasaulyje ir Lietuvoje**

Priverstinis hospitalizavimas yra ne tik svarbus klinikinis sprendimas. Siekiant apsaugoti aplinkinius ar patį pacientą nuo psichikos sutrikimo sukkelto neigiamo elgesio padarinių, ribojama žmogaus laisvė, todėl priverstinio hospitalizavimo procese ypatingą reikšmę turi teisinis reguliavimas ir jo klinikiniai aspektai.

Priverstinį hospitalizavimą įvairiose šalyse reglamentuoja skirtingi psichikos sveikatos priežiūros bei kiti įstatymai, kuriais siekiama suderinti potencialiai priešingus aspektus – paciento teisę į laisvę, adekvataus gydymo būtinybę ir teisę, aplinkinių ir paties paciento saugumą, atsižvelgiant į atvejus, kai paciento galimybė įvertinti situaciją ir priimti teisingą sprendimą yra sumažėjusi [2]. Pasaulio psichiatrijos asociacija Madrido deklaracijoje pabrėžė, kad „psichiatrai turėtų skirti mažiausiai paciento laisvę ribojančias terapines priemones“ [57]. Svarbus ir visuomenės požiūris į priverstinį hospitalizavimą. Jis nėra vienareikšmis. Šveicarijoje atlikto tyrimo duomenimis, dauguma apklaustųjų pritarė psichikos ligonių priverstinio hospitalizavimo galimybei [58]. Švedijoje apklausti pacientų artimieji taip pat pritarė prievartos siekiant apsaugoti pacientą ar aplin-



kinius naudojimui psichiatrijoje [59]. Vienu ar kitų priverstinio hospitalizavimo kriterijų taikymas gali įtakoti ir skirtingas priverstinai hospitalizuotų pacientų charakteristikas. S. Seagal nustatė, kad jauno amžiaus vyrų priverstinis hospitalizavimas dažnesnis remiantis pavojingumo kriterijumi, o vyresnio amžiaus moterys dažniau hospitalizuojamos esant gydymo būtinybės kriterijui [60].

Toliau apžvelgiami įvairių, daugiausia Europos, šalių priverstinio hospitalizavimo teisinio reglamentavimo pagrindiniai principai. Duomenų apie kitas pasaulio šalis arba nėra, arba jų visa teisinė sistema reikšmingai skiriasi nuo daugumos Europos valstybių. Daugumoje Europos valstybių priverstinį hospitalizavimą reglamentuoja specialūs psichikos sveikatos priežiūros įstatymai, nes manoma, kad psichikos sutrikimai pasižymi kai kuriais specifiniais ypatumais, kurie nebūdingi somatinėms ligoms. Ispanijoje, Italijoje ir Graikijoje atskirų psichikos sveikatos priežiūros įstatymų nėra, nes manoma, kad tokie įstatymai skatintų sutrikusios psichikos žmonių stigmatizavimą [61]. Lietuvoje priverstinį hospitalizavimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas ir Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas [62, 63].

Įvairiose Europos šalyse skirtingi ir priverstinio hospitalizavimo kriterijai. Jų apibrėžimas būtinas siekiant išvengti piktnaudžiavimo. Iki XX a. 8-ojo dešimtmečio pagrindiniu priverstinio hospitalizavimo ir gydymo kriterijumi buvo gydymo poreikis, tačiau vėliau daugelio šalių įstatymuose atsirado pavojingumo sau ir (arba) aplinkiniams kriterijus [22]. Pavojingumo kriterijus sulaukia ir kritiško vertinimo. M. Large ir bendraautoriai, palyginę Europos, Šiaurės Amerikos ir Australijos įvairių šalių taikomus priverstinio hospitalizavimo kriterijus ir jų įtaką negydytos psichozės trukmei, nustatė, kad ten, kur privalomai taikomas pavojingumo kriterijus, negydytos psichozės trukmė yra reikšmingai ilgesnė, nei ten, kur taikomi platesni priverstinio hospitalizavimo kriterijai [64]. Pavojingumo kriterijaus akcentavimas taip pat gali skatinti visuomenės supratimą, kad psichikos ligomis sergantys žmonės yra pavojingi ir jų elgesys nekontroliuojamas, taigi, skatinti stigmatizavimą [45]. Daugelyje šalių priverstinio hospitalizavimo indikacijos buvo siauriamos daugiau dėmesio skiriant paciento teisėms ir galimybei veikti šį procesą. Šiuo metu Europos ir Šiaurės Amerikos valstybėse įprastai būtina priverstinio hospitalizavimo į psichiatrijos stacionarą sąlyga yra psichikos liga arba sutrikimas, tačiau tikslus šio termino apibrėžimas gali skirtis [55]. JAV, Kanadoje, Australijoje įprastai taikomas psichikos sutrikimo

ir pavojingumo kriterijus [65]. Daugumoje Europos valstybių nėra detalizuotos priverstinio hospitalizavimo diagnozės. Kai kurių Vokietijos žemių, Lenkijos ir Danijos įstatymuose vartojamas psichozės terminas. Detaliausiai priverstiniam hospitalizavimui privalomos būsenos išvardytos Bulgarijoje: psichozė, sunkus asmenybės sutrikimas, didelė nuolatinė negalia dėl psichikos sutrikimo, vidutinio sunkumo ir sunkus protinis atsilikimas, demencija. Čekijoje, viena iš galimų būklių, dėl kurių gali būti taikomas priverstinis hospitalizavimas, apibūdinta terminu „intoksikacija“ [66, 67]. Lietuvos teisės aktuose priverstinio hospitalizavimo diagnozių neišskirta, vartojamas „sunkios psichikos ligos“ terminas, tačiau ligos sunkumo nustatymo kriterijai nedetalizuoti [62, 63].

Tam, kad pacientas būtų hospitalizuotas prievarta, be psichikos sutrikimo ar ligos kriterijaus, paciento būsena arba elgesys turi atitikti ir kitus kriterijus. Italijoje, Ispanijoje, Švedijoje, kai kuriais atvejais Lenkijoje priverstinis hospitalizavimas galimas remiantis vien tik būtinybe gydyti psichikos sutrikimą. Tačiau dažniausiai teisės aktuose kaip būtina priverstinio hospitalizavimo sąlyga, be psichikos sutrikimo ar ligos kriterijaus, yra pavojingumo kriterijus (Austrijoje, Belgijoje, Bulgarijoje, Čekijoje, Lenkijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Prancūzijoje, Slovakijoje, Vokietijoje), kuris detalizuojamas kaip pavojus sau ir (arba) aplinkiniams [66, 67]. JAV, Australijoje ir penkiose Kanados provincijose būtina priverstinio hospitalizavimo sąlyga yra paciento pavojingumas [64]. Airijoje, Anglijoje, Danijoje, Graikijoje, Portugalijoje, Suomijoje gali būti vartojamas psichikos sutrikimo gydymo poreikio arba pavojingumo sau ir (arba) aplinkiniams (esant psichikos ligai ar sutrikimui) kriterijai [67]. Lietuvoje remiamasi Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 straipsniu, kuriame teigiama, kad „asmuo, sergąs sunkia psichikos liga ir atsisakąs hospitalizavimo, gali būti hospitalizuojamas prievarta tik jeigu yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminę žalą: 1) savo sveikatai, gyvybei; 2) aplinkinių sveikatai, gyvybei“, ir Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu, kurio 2.26 straipsnyje teigiama, kad „jeigu asmuo serga sunkia psichikos liga ir yra reali grėsmė, kad jis savo veiksmais gali padaryti esminės žalos savo ar aplinkinių sveikatai ar gyvybei bei turtui, jis gali būti priverstinai hospitalizuotas...“ [62, 63], t. y. Lietuvos teisės aktuose taikomas pavojingumo kriterijus.

Europos šalyse priverstinio hospitalizavimo procesas dažniausiai susideda iš dviejų stadijų. Pirmojoje stadijoje, įvertinus paciento būseną ir turimą informa-

cija, jis hospitalizuojamas tam tikram pradiniam laikotarpiui. Sprendimą hospitalizuoti šiam laikotarpiui paprastai priima vienas arba du gydytojai psichiatrai, kai kuriose šalyse nuspręsti gali ir kitų specialybių gydytojai, kai kur priimant sprendimą dalyvauja ir socialinis darbuotojas, sveikatos priežiūros įstaigos administracija. Pradinio laikotarpio didžiausia trukmė yra iki 24 valandų Bulgarijoje, Čekijoje, Ispanijoje, Slovakijoje, Švedijoje, Vokietijoje, iki 48 valandų Italijoje, Lenkijoje, iki 72 valandų Anglijoje, dalyje Vokietijos [66, 67]. Lietuvoje pirmojoje priverstinio hospitalizavimo stadijoje sprendimą priima du gydytojai psichiatrai ir gydytojas administracijos atstovas. Jų sprendimu pacientas priverstinai gali būti hospitalizuotas iki 48 valandų trukmės laikotarpiui [62].

Jei priverstinis hospitalizavimas būtinas ilgesniam nei įstatymuose numatytas pradinis laikotarpis, dėl jo skyrimo Europos šalyse dažniausiai sprendžia teismai. Šio laikotarpio trukmė gali būti iki 1 savaitės Italijoje, iki 2 savaičių Lenkijoje, iki 6 savaičių Vokietijoje, iki 3 mėnesių Bulgarijoje, Čekijoje, Slovakijoje, Švedijoje, iki 6 mėnesių Anglijoje, Graikijoje, Ispanijoje. Vėliau gali būti svarstoma dėl laikotarpio pratęsimo [66, 67]. Lietuvoje psichiatrijos ligoninės administracija per 48 valandas nuo priverstinio hospitalizavimo pradžios privalo kreiptis į teismą. Teismas gali skirti priverstinį iki 1 mėnesio trukmės hospitalizavimą, vėliau kaskart jį gali pratęsti dar 6 mėnesiams [62, 63].

Svarbus priverstinio hospitalizavimo procese yra gydymo aspektas. Teisės aktuose apibrėžiama, ar be atskiro sprendimo galima prievarta gydyti hospitalizuotą pacientą. Šiuo klausimu yra skirtingų nuomonių. Europos komiteto prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (angl. *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*) standartuose teigiama, kad „priverstinis asmens paguldymas į psichiatrijos įstaigą neturėtų duoti teisės gydyti pacientą be jo sutikimo“ [68]. Jungtinių Tautų 2003 m. pranešime taip pat laikomasi nuostatos, kad priverstinis hospitalizavimas ir gydymas turėtų būti atskirti, o Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentuose teigiama, kad tai vertintina nevienareikšmiškai, nes šių dviejų procedūrų atskyrimas gali lemti gydymo neteikimą arba pavėlinti gydymą [69]. Priverstinio hospitalizavimo ir priverstinio gydymo atskyrimo klausimas yra plačiai diskutuojamas, atkreipiant dėmesį, kad priverstinis gydymas šalia priverstinio hospitalizavimo yra papildoma intervencija, bet kartu galima abejoti šių procedūrų atskyrimo klinikinio tikslingumu, kai įmanomos situacijos, ku-

riomis priverstinai hospitalizuotas, bet gydymo atsisakantis pacientas gali būti tik stebimas netaikant jokio gydymo.

Anglijoje, Austrijoje, Bulgarijoje, Danijoje, Liuksemburge, Nyderlanduose, Švedijoje, Vokietijoje priverstinio hospitalizavimo ir gydymo procedūros yra atskirtos, t. y. priverstinai hospitalizuotas pacientas be atskiro sprendimo negali būti gydomas prievarta. Tačiau Airijoje, Belgijoje, Graikijoje, Italijoje, Lenkijoje, Prancūzijoje, Portugalijoje, Slovakijoje, Suomijoje priverstinis hospitalizavimas reiškia, kad iš karto gali būti taikomas ir priverstinis gydymas [66, 67]. Lietuvoje priverstinio gydymo procedūra neatskirta nuo priverstinio hospitalizavimo, todėl prievarta hospitalizuotas pacientas iš karto gali būti gydomas priverstinai [62].

Europos teisės aktuose dažniausiai nedetalizuotos nei priverstiniam hospitalizavimui būtinos diagnozės, nei paciento pavojingumo išraiška. Daugiausia tai aiškinama tuo, kad ūmių būsenų metu, kai dažnai neturima pakankamai tikslios anamnezės informacijos ir reikia greitai priimti sprendimus, būtų sudėtinga nustatyti tikslią diagnozę. Tuo pat metu apibrėžtumo stoka gali sukelti ginčytinų situacijų praktiniame darbe. Tos pačios problemos galimos ir vertinant bei taikant pavojingumo kriterijų. Analizuojant priverstinį hospitalizavimą reglamentuojančius kriterijus, pavojaus sau arba aplinkiniams kriterijai laikomi daug labiau pagrįsti negu hospitalizavimo dėl psichikos sutrikimo kriterijus [55]. Šiuo atveju labiau atsižvelgiama į žmogaus teises, tačiau yra duomenų, rodančių, kad taikant vien pavojingumo kriterijų pailgėja negydytos psichozės laikotarpis, kuris blogina šizofrenijos prognozę [64]. Atkreiptinas dėmesys, kad Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatyme ir Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse nurodytos priverstinio hospitalizavimo indikacijos skiriasi (civiliniame kodekse yra papildoma indikacija – žala turtui), todėl klinikinėje praktikoje gali kilti neaiškumų pagrindžiant priverstinį hospitalizavimą.

Esama akivaizdžių skirtumų tarp Europos šalių pagal tai, kaip teisės aktai reglamentuoja pradinio ir tolesnio priverstinio hospitalizavimo laikotarpio trukmę. Trūkstant mokslškai pagrįstų įrodymų sunku išskirti kurios nors šalies pranašumą šiuo atžvilgiu. Lietuvoje taikomas 48 valandų pradinis laikotarpis ir 1 mėnesio trukmės vėlesnis laikotarpis nėra išskirtiniai Europos teisės aktų kontekste.

Lietuvoje šiuo metu taikomas 1995 m. birželio 6 d. priimtas ir nuo 1996 m. sausio 1 d. įsigaliojęs psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Nr. I-924). Priėmus įstatymą buvo padaryti 5 pakeitimai (Nr. VIII-1461, 1999 12 02, Nr. IX-429,

2001-07-05, Nr. IX-1444, 2003-04-03, Nr. X-298, 2005-06-30, Nr. X-309, 2005-07-05), iš kurių reikšmingiausiu laikytinas 2001 metų pakeitimas, pagal kurį pradinį sprendimą dėl priverstinio hospitalizavimo pratęsia teismas, o ne savivaldybės komisija. Apibendrinant galima teigti, kad Lietuvoje taikomas priverstinio hospitalizavimo teisinis reglamentavimas atitinka daugelyje Europos valstybių naudojamus principus.

## 2.4. Priverstinio hospitalizavimo epidemiologija

Priverstinių hospitalizavimų skaičius įvairiose Europos šalyse XX a. 8-ajame dešimtmetyje buvo nuo 1 proc. Ispanijoje iki 50 proc. kai kuriose Šveicarijos dalyse, tačiau pabrėžiama, kad vertinant duomenis dažnai susidurta su įvairiomis metodologinėmis problemomis, nes įvairiose šalyse dažnai skirtingai apibrėžiamas priverstinis hospitalizavimas, atliekant tyrimus gaunami duomenys ne visada yra reprezentatyvūs [70]. XX a. dešimtajame dešimtmetyje Europos Sąjungos valstybėse priverstinių hospitalizavimų į psichiatrijos stacionarus skaičius taip pat buvo labai įvairus ir siekė iki 30 proc. visų hospitalizavimų į psichiatrijos stacionarus [50]. Tikslėnis esamos situacijos rodiklis – priverstinių hospitalizavimų skaičius  $10^5$  gyventojų per metus, svyravo nuo 6 hospitalizavimų  $10^5$  gyventojų per metus Portugalijoje iki 218 hospitalizavimų  $10^5$  gyventojų per metus Suomijoje [50]. Priverstinių hospitalizavimų į psichiatrijos skyrius Europos valstybėse duomenys pateikiami 1 lentelėje [50, 71–73].

Kai kurių tyrimų duomenimis, net ir esant tiems patiems priverstinio hospitalizavimo kriterijams įvairiuose regionuose priverstinio hospitalizavimo skaičiai gerokai skiriasi [70, 74–76], tačiau bandymai paaiškinti šiuos skirtumus demografiniais arba nuo psichiatrijos tarnybų priklausomais veiksniais nebuvo sėkmingi [26]. Mažesni priverstinio hospitalizavimo dažniai buvo ten, kur geresnė psichikos sveikatos priežiūros kokybė, veikia universitetiniai stacionarai ar stacionarai somatinėse ligoninėse, mažiau psichiatrijos lovų, gerai išplėtotą ambulatorinę pagalbą [70, 77–79]. Tikslių duomenų apie priverstinių hospitalizavimų paplitimą Šiaurės Amerikoje nėra, nes skirtingose valstijose ir teritorijose dažnai taikomi nevienodi priverstinio hospitalizavimo kriterijai, skirtinga jų apskaita. Apie Kanadą pateikiami XX a. 8-ojo dešimtmečio duomenys, kur priverstinių hospitalizavimų skaičius siekė apie 25 proc. visų psichiatrinių hospitalizavimų, ir 10-ojo dešimtmečio Al-

1 lentelė. Priverstinių hospitalizavimų paplitimas

Valstybė	Publikacijos autoriai	Metai	Priverstiniai hospitalizavimai	
			Skaičius 10 <sup>5</sup> gyventojų per metus	Procentas visų psichiatrinių hospitalizavimų
Airija	J. Salize, H. Dressing	1999	74	10,9
Austrija	J. Salize, H. Dressing	1999	175	18
Belgija	J. Salize, H. Dressing	1998	47	5,8
Danija	J. Salize, H. Dressing	2000	34	4,6
Italija	A. Barbatto, B. D'Avanzo	1996– 1997	26	11
Jungtinė Karalystė	J. Salize, H. Dressing	1999	48	13,5
Kroatija	O. Kozumplik ir bendraautoriai	2002	–	3,5
Liuksemburgas	J. Salize, H. Dressing	2000	93	–
Norvegija	T. Hatling ir bendraautoriai	1996	147	47
Nyderlandai	J. Salize, H. Dressing	1999	44	13,2
Prancūzija	J. Salize, H. Dressing	1999	103	12,5
Portugalija	J. Salize, H. Dressing	2000	6	3,2
Suomija	J. Salize, H. Dressing	2000	218	21,6
Šveicarija	S. Priebe ir bendraautoriai	2006	120	–
Vokietija	J. Salize, H. Dressing	2000	175	17,7

bertos provincijos duomenys, rodantys, kad priverstiniai hospitalizavimai sudarė 23 proc. visų psichiatrinių hospitalizavimų [80]. Izraelyje 2000 m. tarp pirmą kartą į psichiatrijos stacionarą hospitalizuotų pacientų 38,1 proc. buvo hospitalizuoti priverstinai [81]. Mokslinėse publikacijose duomenų apie priverstinių hospitalizavimų skaičių Rytų ir Vidurio Europos šalyse iš esmės nėra, tačiau ir turimus Vakarų Europos valstybių duomenis gana sudėtinga palyginti, nes įvairiose šalyse priverstinį hospitalizavimą įstatymai apibrėžia nevienodai, skiriasi hospitalizavimo procedūros ir kokybės standartai, duomenų šaltiniai ir jų patikimumas, taip pat pateikiami skirtingų laikotarpių duomenys [50].

Lovų skaičius ir kiti struktūriniai sveikatos priežiūros sistemos veiksniai gali turėti įtakos priverstinių hospitalizavimų skaičiui, tačiau jų vertinimas išlieka prieštaringas. Per pastaruosius du dešimtmečius daugumoje Europos valstybių reikšmingai sumažėjo psichiatrijos lovų stacionaruose skaičius, tačiau priverstinio

hospitalizavimo dažnis vienos šalyse (Norvegija, Vokietija, Anglija) padidėjo, o kitose (Danija, Suomija, Švedija, Ispanija) sumažėjo [26, 47, 72, 74]. Vis dėlto manoma, kad mažėjant psichiatrijos lovų skaičiui dažniausiai mažėja ir priverstinių hospitalizavimų skaičius [82]. Tuo pat metu daugumoje Europos šalių, iš jų Vokietijoje, Anglijoje, Švedijoje, Ispanijoje, padaugėjo teismo psichiatrijos lovų skaičius [47]. Vokietijoje atlikto tyrimo duomenimis, per pastaruosius dešimtmečius kartu su bendru psichiatrinių hospitalizavimų padažnėjimu padidėjo ir priverstinių hospitalizavimų skaičius, sykiu sutrumpėjo buvimo stacionare laikas [41]. Priverstinio hospitalizavimo dažnį gali padidinti labiau išplėsti priverstinio hospitalizavimo kriterijai [83].

Priverstinio hospitalizavimo epidemiologiniai duomenys apie Europos šalis yra nepakankamai išsamūs, iš esmės nėra duomenų apie Rytų Europą, kartu ir Lietuvą.

Pateikti duomenys rodo, kad priverstinių hospitalizavimų dažnis Europoje reikšmingai skiriasi. Tikėtina, kad tam turi įtakos įvairialypis kompleksas skirtingų medicininių, teisinių, politinių, socialinių, metodologinių ir kitų veiksnių. Nepaisant priverstinio hospitalizavimo paplitimo įvertinimo svarbos, dažnai keliamas klausimas, ar formalus priverstinio hospitalizavimo paplitimas yra tinkamas hospitalizuojant patiriamos prievartos įvertinimo rodiklis. Vertinant bendrą prievartos psichiatrinių hospitalizavimų atvejais paplitimą, svarbus ir savo noru hospitalizuotų, bet subjektyviai jaučiančių, kad patiria prievartą, pacientų aspektas, nes naujais prievartos psichiatrijoje tyrimai rodo, kad subjektyvus prievartos jautimas yra svarbesnis už teisinę hospitalizavimo padėtį [54], tačiau duomenų apie šiuo aspektu įvertintą prievartą yra palyginti nedaug.

## **2.5. Priverstinai hospitalizuotų pacientų diagnozės, psichopatologija, socialinės demografinės charakteristikos, agresija**

Siekiant nustatyti prievartos veiksnius buvo tiriamos priverstinai hospitalizuotų pacientų socialinės demografinės ir klinikinės charakteristikos. Analizuojant klinikines priverstinai hospitalizuotų pacientų charakteristikas nustatyta, kad psichozė [75] ir šizofrenijos diagnozė [75, 84, 85] yra svarbūs priverstinį hospitalizavimą prognozuoti leidžiantys veiksniai. Dauguma autorių nustatė, kad

tarp priverstinai hospitalizuotų pacientų yra santykinai daugiau šizofrenija sergančių pacientų nei tarp savo noru hospitalizuotų pacientų [85, 86]. T. Hatling ir bendraautorių Norvegijoje atlikto tyrimo duomenims, iš visų priverstinai hospitalizuotų pacientų 30,2 proc. sirgo šizofrenija, 17,5 proc. pacientų buvo afektinės psichozės, 15,3 proc. – kitos psichozės, 8 proc. – organinės psichozės [72]. Izraelyje tarp pirmą kartą hospitalizuotų pacientų, kurių hospitalizavimas buvo priverstinis, šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) TLK-10 diagnostinių kategorijų grupės pacientų buvo 54,7 proc., nuotaikos (afekcinių) sutrikimų (F30–F39) TLK-10 diagnostinių kategorijų grupės pacientų – 11,7 proc. [81]. J. Salize ir bendraautorių apžvalgoje, atliktoje remiantis statistiniais duomenimis apie kai kurių Europos Sąjungos šalių priverstinai hospitalizuotų pacientų diagnostinį profilį, šizofrenijos (F20) TLK-10 diagnozė Danijoje sudarė 32,3 proc., šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) TLK-10 diagnostinių kategorijų grupė Suomijoje – 52,7 proc., šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) TLK-10 diagnostinių kategorijų grupė Prancūzijoje – 50 proc., šizofrenijos diagnozė Airijoje – 33,7 proc., šizofrenijos diagnozė Nyderlanduose – 29,5 proc., psichozės diagnozės Belgijoje – 34,95 proc. visų priverstinai hospitalizuotų pacientų diagnozių [67]. Atkreiptinas dėmesys, kad įvairių šalių pateiktuose duomenyse diagnostinės kategorijos grupuojamos skirtingai, o tai sunkina galimus palyginimus.

Buvo tiriama ir psichopatologinių veiksnių įtaka, tačiau įvairių tyrėjų gauti duomenys skiriasi. H. Poulsen atliktame tyrime priverstinai hospitalizuotų pacientų psichopatologija vertinant Trumpąja psichiatriinio įvertinimo (BPRS) skale buvo labiau akivaizdi negu savo noru hospitalizuotų pacientų, o Bendro veiklos įvertinimo (GAF) skalės įverčiai buvo mažesni [87]. O štai R. Kaltiala-Heino ir bendraautorių atliktame tyrime priverstinai ir savo noru hospitalizuotų pacientų BPRS įverčiai nesiskyrė [88].

Socialinės demografinės pacientų charakteristikos taip pat gali turėti įtakos priverstiniam hospitalizavimui. Duomenys apie amžiaus įtaką priverstiniam hospitalizavimui yra nevienareikšmiai. R. Nicholson nustatė, kad priverstinai dažniau hospitalizuojami vyresnio amžiaus pacientai [89], o kitų autorių duomenimis – jaunesnio amžiaus pacientai [85, 90]. Vertindami lyties įtaką priverstinio hospitalizavimo rizikai, dauguma autorių nurodo, kad didesnė priverstinio hospitalizavimo rizika susijusi su vyriškąja lytimi [84, 85, 89–93]. T. Hatling ir



bendraautorijų atliktame tyrime iš priverstinai hospitalizuotų pacientų vyrų ir moterų buvo atitinkamai 50,7 proc. ir 49,7 proc. [72]. Gyvenimas vienumoje [85, 89], neturėjimas gyvenimo partnerio [85, 89], priklausymas žemesnei socialinei klasei [70, 89], darbo neturėjimas [70], priklausymas tam tikrai etninei grupei [94–97], įžvalgos stoka [98] taip pat didina priverstinio hospitalizavimo riziką. Įvairių tyrimų duomenys apie išsilavinimo įtaką priverstiniam hospitalizavimui yra prieštaringi [85, 89]. Nustatyta, kad priverstinių hospitalizavimų skaičiui gali daryti įtaką ir tokie veiksniai, kaip mažiau varžančios alternatyvios gydymo formos nebuvimas [99].

Nors gana daug tyrėjų analizavo įvairių socialinių demografinių ir kliniki- nių veiksnių įtaką priverstiniam hospitalizavimui, vieno atsakymo, kurie iš šių veiksnių lemia priverstinį hospitalizavimą, nėra. Daugiausia duomenų yra apie šizofrenijos, šizotipinio ir kludiesinių sutrikimų (F20–F29) TLK-10 diagnosti- nių kategorijų grupės diagnozių vyravimą tarp priverstinai hospitalizuotųjų.

Vienas iš svarbių kliniki- nių elgesio pasireiškimų psichiatrijoje yra agresija. Agresija dažna į ūmios psichiatrijos skyrius hospitalizuojamiems pacientams. Psichikos sutrikimą lydincios agresijos sau arba aplinkiniams keliamas pavojus daugelyje Europos valstybių laikomas pagrindu taikyti priverstinį hospitalizavi- mą [43]. Agresijos nulemtas pavojus sau arba aplinkiniams dažnai nustatomas hospitalizuojant šizofrenija sergančius pacientus [100]. Agresija dažniau būdinga priverstinai hospitalizuotiems pacientams prieš hospitalizavimą [101] ir gydymo stacionare metu [102]. Buvo pastebėti sunkiais psichikos sutrikimais sergančių vyrų ir moterų agresyvaus elgesio skirtumai, taip pat skirtinga psychopatologijos ir psychosocialinių rizikos veiksnių įtaka tokiam elgesiui atsirasti [103]. Manoma, kad stacionare gydomų pacientų agresiją predisponuojantys veiksniai skiriasi nuo bendruomenėje agresiją predisponuojančių veiksnių. Stacionare hospitalizuotų pa- cientų agresija labiausiai susijusi su psychopatologiniais ir klinikiniais veiksniais, o lytis, amžius, diagnozė, piktnaudžiavimas alkoholiu yra mažiau susiję su agresija [104, 105]. Tačiau ne visų tyrimų duomenys patvirtina šiuos teiginius [105]. Į ūmios psichiatrijos skyrius hospitalizuotiems pacientams dažniausiai pasireiškia žodinė agresija, kiek rečiau – fizinė agresija aplinkiniams ir autoagresija [106]. Kadangi priverstinai hospitalizuotų pacientų agresija yra dažna, siekiant užtikrinti geriausias gydymo ir slaugos sąlygas, kartu apsaugoti pacientą ir aplinkinius nuo neigiamų agresijos padarinių, svarbu įvertinti įvairių formų ir įvairaus stiprumo agresiją, nustatyti jos sąsajas su klinikiniais veiksniais.

## 2.6. Subjektyviai jaučiama prievarta

Ankstyvieji prievartos psichiatrijoje tyrimai rėmėsi prielaida, kad pacientų patiriamą prievartą atspindi paciento hospitalizavimo į psichiatrijos ligoninę teisinė padėtis, kitaip tariant – prievartą patiria formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai. Priverstinai pagal įstatymą, t. y. formaliai priverstinai, hospitalizuotų pacientų procentinė dalis nuo visų hospitalizuotųjų į psichiatrijos stacionarus arba priverstinių hospitalizavimų skaičius  $10^5$  gyventojų per metus buvo laikomi pagrindiniais rodikliais, kuriais remiantis lygintos įvairių teritorijų ar valstybių sveikatos priežiūros tarnybos [107]. Tačiau tęsiant prievartos psichiatrijoje tyrimus atsirado duomenų, kad ir priverstinai, ir savo noru į psichiatrijos skyrius hospitalizuoti pacientai kai kuriais atvejais panašiai vertina hospitalizavimą. Dalis priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai nejaučia prievartos hospitalizavimo metu, o dalis savo noru hospitalizuotų pacientų jaučia prievartą, t. y. teisinė hospitalizavimo padėtis nevisiškai atitinka paciento subjektyvų hospitalizavimo supratimą [53, 108, 109]. Pažymėtina, kad šiuose tyrimuose įprastai remtasi aprašomojo pobūdžio pacientų subjektyviais pojūčiais, o tai neleisdavo tiksliai įvertinti subjektyvios prievartos laipsnio ir palyginti tiriamųjų grupių.

To laiko tyrimuose pacientų subjektyvus prievartos jutimas buvo vertinamas arba iš karto po hospitalizavimo, arba išsirašant iš stacionaro, arba buvo atliekamas tęstinis stebėjimas ir pacientas apklausiamas kelis kartus [107]. Daugumos tęstinių studijų duomenimis, per buvimo stacionare laiką daugumos pacientų požiūris į hospitalizavimą gerėja [7], tačiau R. Kaltiala-Heino ir bendraautorai nustatė, kad jaučiamos prievartos stiprumas per visą buvimo stacionare laikotarpį išliko nepakitęs [88]. W. Gardner ir bendraautorai, apklausę pacientus hospitalizuojant ir išsirašant, nustatė, kad prievartos jutimas abiem atvejais išliko nepakitęs [37].

Visų šių tyrimų rezultatai rodė, kad formali ir neformali prievarta ne visada sutampa, t. y. dalis savo noru hospitalizuotų pacientų jautė prievartą, o dalis priverstinai hospitalizuotų pacientų nejautė prievartos. Pirmieji subjektyviai jaučiamos prievartos tyrimai pasižymėjo tam tikrais trūkumais: juose būdavo skirtingai apibrėžiama subjektyviai jaučiama prievarta, įtraukiamos mažos tiriamųjų imtys, pacientai būdavo apklausiami skirtingais laikotarpiais po hospitalizavimo.

Daugėjant duomenų, kad objektyvi prievarta hospitalizavimo metu, t. y. formalus priverstinis hospitalizavimas, nevisiškai atitinka subjektyvią prievartą

ta, panašiai kaip nėra absoliutaus ryšio tarp objektyvių ir subjektyvių gyvenimo kokybės rodiklių, atsirado būtinybė tiksliau įvertinti subjektyvią prievartą [26, 110]. Vėlesniuose tyrimuose pradėta naudoti MacArthur grupės sukurta prievartos vertinimo metodika [111]. Kuriant metodiką nustatyta, kad pacientai ne visada pakankamai gerai supranta terminą „prievarta“ [53], todėl siekiant įvertinti patiriamą prievartą buvo akcentuota priešinga prievartai sąvoka – autonomija ir remiantis jos kriterijais, kaip galimybė daryti įtaką, kontroliuoti, pasirinkti, laisvai reikštis, bei požymiu, ar pradėti koki nors procesą sugalvojo pats asmuo, buvo sprendžiama apie prievartos buvimą, t. y. kai nėra autonomijos, laikoma, kad yra prievarta [112]. Remdamasi šiais autonomijos kriterijais MacArthur tyrėjų grupė sukūrė subjektyviai jaučiamos prievartos (MPCS) skalę (1 priedas). Šia skale įvertinami penki paciento autonomijos aspektai hospitalizavimo metu: galimybė daryti įtaką, kontroliuoti, pasirinkti, laisvai nuspręsti dėl hospitalizavimo proceso ir ar pacientas pats sugalvojo pradėti šį procesą. MPCS skale kiekvienas iš prievartos (t. y. autonomijos nebuvimo) kriterijų vertinamas 0 balų, jei prievartos nėra, ir 1 balu, jei prievarta yra. Bendras skalės balų skaičius svyruoja nuo 0 iki 5. Jei pacientas į daugiau kaip 2 iš 5 klausimų apie autonomiją atsako neigiamai, laikoma, kad jis subjektyviai jaučia prievartą [112]. Skalę naudoti paprasta, jos psichometrinės savybės buvo įvertintos atliekant daugelį tyrimų [21, 113, 114].

JAV atliktame tyrime įvertinus 66 priverstinai ir 96 savo noru hospitalizuotus pacientus per pirmąją parą po hospitalizavimo, buvo nustatyta, kad subjektyviai jaučiamos prievartos įverčiai buvo didesni priverstinai hospitalizuotų pacientų, o vertinant prievartos buvimą ar nebuvimą faktą, 35 proc. priverstinai hospitalizuotų pacientų nejautė prievartos, 10 proc. savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jautė prievartą [108]. Kito tų pačių tyrėjų atlikto 140 priverstinai hospitalizuotų ir 293 savo noru hospitalizuotų pacientų tyrimo duomenimis, priverstinai hospitalizuotų pacientų prievartos jutimo įverčiai yra didesni [115]. Naujojoje Zelandijoje priverstinai hospitalizuotų pacientų prievartos jutimas taip pat buvo stipresnis nei savo noru hospitalizuotų pacientų [116]. Šiaurės šalyse atlikus tyrimą irgi paaiškėjo, kad dalis savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučia prievartą hospitalizavimo metu, o dalis priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai prievartos nejaučia [26]. Norvegijoje atlikto tyrimo duomenimis, 32 proc. savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jautė

prievartą, o 41 proc. priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai prievartos nejautė [25]. C. Westrin ir T. Nilstun teigia, kad 65 proc. priverstinai hospitalizuotų pacientų ir 29 proc. savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučia prievartą [117].

Nors per pastarąjį dešimtmetį prievartos tyrimams dažniausiai buvo naudojama MacArthur subjektyviai jaučiamos prievartos (MPCS) skalė, tačiau pastaruoju metu vis plačiau naudojama ir Prievartos vizualinė analoginė (PVAS) skalė (2 priedas), kurios savybes (ypač galimybę gerai diferencijuoti stiprią prievartą) gerai įvertino Šiaurės šalyse vykdytų subjektyviai jaučiamos prievartos tyrimų atlikėjai [56]. Pagal šią skalę pacientas turi įvertinti hospitalizavimo metu jaučiamą prievartą nuo 1 balo, kai nėra prievartos, iki 10 balų, kai patiriama prievarta yra stipriausia. Šiaurės šalyse atliktais prievartos tyrimais nustatyta, kad PVAS skalė koreliuoja su ankstesniems tyrimams plačiai naudota MPCS skale ir yra suprantamesnė pacientams, tiksliau diferencijuoja stipriau pasireiškiančią prievartą [25, 26].

Nėra pakankamai tyrimų, išsamiai paaiškinančių, kodėl dalis formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai nejaučia prievartos. Atlikus JAV vykdyto formaliai priverstinai hospitalizuotų, prievartos nejaučiančių pacientų tyrimo kokybinę analizę paaiškėjo, kad šiems pacientams buvo aiški psichozės simptomatika, o kai kuriems formalus priverstinis hospitalizavimas suteikė galimybę būti nugabentims į stacionarą [108]. Norvegijoje atlikto tyrimo duomenimis, dalis pacientų, net ir sutikdami būti hospitalizuoti, formaliai hospitalizuojami priverstinai dėl ekonominių ir administracinių veiksnių nulemta savanoriško hospitalizavimo ribojimų, taip pat gydytojų abejonių, jog toks savo noru hospitalizuotas pacientas po kelių dienų pakeitęs nuomonę per anksti išvyks iš stacionaro [25, 56].

Daugumos tyrimų, kuriems naudota MacArthur subjektyviai jaučiamos prievartos skalė, rezultatai patvirtino ankstesnių prievartos tyrimų rezultatus, kad nedidelė dalis priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai nejaučia prievartos, o dalis savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučia prievartą hospitalizavimo metu, bei parodė, kad priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos įvertiniai yra didesni nei savo noru hospitalizuotų pacientų. Remiantis šiais duomenimis buvo suformuluota išvada, kad hospitalizavimo teisinė padėtis yra susijusi su subjektyviu prievartos jutimu, bet šis ryšys nėra absoliutus [111]. Objektivių ir subjektyvių parametrų neviseškas sutapimas

nėra išskirtinė vien prievartos reiškinių įvertinimo problema, panašių skirtumų pastebima vertinant objektyvius ir subjektyvius gyvenimo kokybės parametrus, kai gyvenimo sąlygų, pajamų ir kiti rodikliai ne visada tapatūs subjektyviam gerovės pojūčiui [110, 118].

T. Kallert ir bendraautoriai, remdamiesi 45 tyrimais, vertinusiais priverstinio hospitalizavimo rezultatus, suabejojo tikslingumu remiantis įstatymu skirstyti pacientus į priverstinai ir nepriverstinai hospitalizuotus [119]. C. Lidz ir bendraautoriai argumentavo, kad subjektyvus prievartos jutimas yra tiksliausias prievartos matas [120]. Yra duomenų, kad dalis ir į somatikos skyrius hospitalizuojamų pacientų subjektyviai jaučia patiriantys prievartą, tačiau daug mažesnę nei į psichiatrijos skyrius hospitalizuojami pacientai [121].

Žinios apie pacientų subjektyvius išgyvenimus ir jiems įtaką darančius veiksnius yra labai reikšmingos psichiatrijos klinikinės praktikos raidai [54]. Subjektyviai jaučiamos prievartos tyrimų rezultatai rodo, kad formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai yra reikšminga grupė siekiant identifikuoti prievartą jaučiančius pacientus, tačiau teisinė hospitalizavimo padėtis nėra pakankamai tikslus hospitalizavimo metu patiriamos prievartos rodiklis, todėl taip pat svarbu žinoti, kad dalis savo noru hospitalizuotų pacientų taip pat jaučia prievartą hospitalizavimo metu, kitaip tariant – yra neformaliai priverstinai hospitalizuoti, todėl atliekant prievartos tyrimus ar kuriant prievartos prevencijos ir neigiamų padarinių mažinimo metodikas įtraukti šią pacientų grupę yra neabejotinai reikšminga.

Subjektyvaus prievartos jutimo tyrimams dėl etinių, klinikinių ir teisių priežasčių negalima taikyti eksperimentinio tyrimo modelio, todėl naudotinas natūralistinis tyrimo būdas [122]. Nors subjektyviai jaučiamos prievartos tyrimų atlikta nemažai, tačiau išlieka jų pakartojimo skirtingomis kultūrinėmis ir teisinėmis sąlygomis būtinybė [25]. T. Kallert teigia, kad reikia tolesnių tyrimų, kad būtų galima įvertinti, ar hospitalizavimo teisinės padėties pakanka psichiatrinio hospitalizavimo baigtims diferencijuoti, nes šiuolaikinės prievartos koncepcijos labiau pabrėžia subjektyvų prievartos jutimą [32].

## 2.7. Su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu susiję veiksniai

Mokslinių tyrimų praktikoje įsitvirtinus subjektyviai jaučiamos prievartos tyrimo metodikoms, pradėti analizuoti subjektyviai jaučiamos prievartos atsiradimo ir jos stiprumo veiksniai bei prievartos keliami padariniai.

Duomenų apie subjektyviai prievartą jaučiančių pacientų socialinius demografinius ir klinikinius bruožus yra daug mažiau nei apie priverstinai pagal įstatymą hospitalizuotus pacientus, nes vertinant pirmąją pacientų grupę reikalingas tokių pacientų identifikavimas apklausiant dideles grupes hospitalizuojamų pacientų, o antrajai grupei įvertinti dažniausiai užtenka medicininės arba statistinės dokumentacijos. Trijų tyrimų duomenimis, nerasta jokio ryšio tarp socialinių demografinių ir klinikinių veiksnių bei subjektyvaus prievartos jutimo [21, 106, 108]. R. Nicholson ir bendraautoriai nustatė, kad pacientai, kurie anksčiau patyrė mažiau hospitalizavimų, bei moterys subjektyviai stipriau jaučia prievartą hospitalizavimo metu [114]. Kitų autorių duomenimis, subjektyviai stipriau prievartą jaučia moterys, taip pat nesusituokę aukštesnį išsilavinimą turintys pacientai [123]. M. Cascardi ir N. Poythress taip pat nustatė ryšį tarp aukštesnio išsilavinimo ir stipresnio prievartos jutimo [113]. H. Poulsen teigia, kad nėra ryšio tarp hospitalizavimo metu subjektyviai jaučiamos prievartos ir psichopatologijos sunkumo [87]. J. Bindman ir bendraautorių teigimu, jaučiamos prievartos stiprumui turi įtakos vyresnis amžius, priklausymas baltųjų rasei, formalus priverstinis hospitalizavimas, psichozės diagnozė [52]. Priešingai, K. Sorgaard tvirtina, kad amžius ir lytis neturi įtakos subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumui ir kad stipriau prievartą jaučia ne pirmą kartą hospitalizuoti pacientai [76]. K. Iversen ir bendraautorių pateiktos bendros priverstinai ir savo noru hospitalizuotų pacientų analizės duomenimis, prievartos stiprumas hospitalizavimo metu nesusijęs su lytimi, amžiumi, diagnoze, ankstesniais priverstiniais hospitalizavimais, Bendro veiklos įvertinimo (GAF) skalės įverčiais, Trumposios psichiatrinio įvertinimo skalės (BPRS) įverčiais, teisine hospitalizavimo padėtimi [25]. R. Kaltiala-Heino ir bendraautoriai nustatė, kad subjektyvus prievartos jutimas yra susijęs su teisine hospitalizavimo padėtimi, blogesne išvalga ir sunkesne psichikos būseną (vertinta naudojant BPRS) [88].

Tiriant pacientų nuomonę, kas iš aplinkinių labiausiai veikia subjektyvų prievartos jutimą hospitalizavimo metu, dažniausiai buvo minimi psichiatrai, psichi-

kos sveikatos slaugos darbuotojai, kiek rečiau pacientų artimieji [53, 120, 124]. Tyrimais analizuotas ir personalo supratimas apie pacientams taikomą prievartą. Psichikos sveikatos paslaugas teikiančio personalo ir pacientų prievartos supratimas ne visai sutampa. Skirtumą tarp dokumentacijoje užfiksuoto medicinos personalo supratimo apie paciento patiriamą prievartą ir subjektyvaus paciento prievartos jutimo H. Poulsen ir M. Engberg pavadino pilkaja zona [125]. Tyrimai rodo, kad subjektyviai jaučiamai prievartai atsirasti neretai turi įtakos psichikos sveikatos priežiūros specialistai, kurie, vengdami pildyti daug dokumentacijos ir dalyvauti teisiniame priverstinio hospitalizavimo procese, ne tik bando įkalbėti pacientus gultis į ligoninę, bet ir naudoja įvairius gąsdinimo ir grasinimo metodus [5]. Švedijoje atlikus tyrimą paaiškėjo, kad subjektyvų prievartos jutimą gali veikti ir konkretaus stacionaro ligonių gydymo ir slaugos tradicijos [54].

Be formalaus prievartos naudojimo, subjektyviam prievartos jutimui gali daryti įtaką ir kiti įvairūs veiksniai, kurie buvo nustatyti vykdant subjektyvaus prievartos jutimo kokybinę analizę. Buvo išskirti hospitalizavimo metu taikomi „teigiamas poveikis“ ir „neigiamas poveikis“. „Teigiamam poveikiui“ buvo priskirti įkalbinėjimas ir skatinimas (ko nors pažadėjimas), nes šiais metodais siekiant paciento sutikimo būti hospitalizuotam mėginama paaiškinti hospitalizavimo priežastis ir būsimą hospitalizavimo naudą. „Neigiamam poveikiui“ buvo priskirti grasinimai ir bandymas naudoti fizinę jėgą. Nustatyta, kad „neigiamas poveikis“ stiprina subjektyvų prievartos jutimą, o „teigiamas poveikis“ jo neveikia [21, 53, 108]. Vienas iš subjektyviam prievartos jutimui įtaką darančių veiksnių taip pat yra paciento pojūtis, kad jis nėra išklaustytas priimant sprendimą dėl hospitalizavimo [107], kad nesijaučia sergąs, kad buvo naudojama jėga arba grasinimai, nesuteikiama informacijos, jaučiamas nepagarbus elgesys [107]. Subjektyviai jaučiamą prievartą gali stiprinti ir paciento supratimas, kad su juo elgiamasi nesąžiningai, kai hospitalizuojant pažeidžiamos numatytos teisinės procedūros [21]. Nustatyta, kad kalbant su pacientu apie hospitalizavimo būtinumą, diskutuojant apie teisnius ir prievartos aspektus galima sumažinti subjektyvų prievartos jutimą [122]. Paciento neišklausymas hospitalizavimo metu ir „neigiamas poveikis“ turėjo reikšmingą įtaką subjektyviam prievartos jutimui. Tuo remiantis teigiama, jog hospitalizuojant labai svarbus tarpasmeninis kontaktas su pacientu, grasinimų ir jėgos naudojimo mažinimas ir paciento supratimo, kad hospitalizavimo proceso metu jis yra išklausomas, stiprėjimas gali sumažinti subjektyvų prievartos jutimą [25].

Norint išsamiau atskleisti prievartos problemą svarbu įvertinti prievartą ne tik kiekybiškai, bet ir kokybiškai. C. Katsakou ir S. Priebe, apibendrinę kokybinių prievartos tyrimų rezultatus, išskyrė neigiamus ir teigiamus prievartos aspektus [126]. Pirmas neigiamas aspektas buvo autonomiškumo suvaržymai ir negalėjimas dalyvauti priimančiais sprendimus. Šiuo atveju pacientai teigė jaučiantys netekę savo teisių, neturį jokio pasirinkimo, neinformuojami apie gydymą, ignoruojama jų nuomonė, jie uždaromi ir taikomos nesuprantamos, bet griežtos taisyklės. Antras neigiamas aspektas – bloga gydymo ir slaugos kokybė. Kokybinių tyrimų duomenimis, pacientams taikomas gydymas yra netinkamas, personalas jų neįsklause ir nepalaiko, taip pat trūksta privačios erdvės. Trečias neigiamas aspektas – emocinis prievartos poveikis, pasireiškiantis savęs nuvertinimu, beviltiškumu, atstumtumo pojūčiu, ir kai kuriais atvejais šie jausmai išlieka ilgą laiką net išsirašius iš stacionaro. Autoriai išskyrė ir teigiamų aspektų. Dalis tokių pacientų teigė, kad jie yra gerbiami, dalyvauja planuojant gydymą, yra informuojami apie savo teises, jais yra rūpinamasi, jie apsaugomi nuo galimų pavojų.

Švedijoje atlikus tyrimą paaiškėjo, kad net ir esant vienodam teisiniam reguliavimui skirtinguose stacionaruose taikant skirtingą gydymo ir priežiūros tvarką subjektyvus prievartos jutimas gali reikšmingai skirtis [54]. Tai rodo, kad ši problema gali būti sprendžiama keičiant pacientų priežiūros sistemą stacionare.

Kadangi subjektyviam prievartos jutimui reikšmingiausias ne pats formalus priverstinio hospitalizavimo faktas, bet paciento atžvilgiu taikomi veiksmai ir vien formali priverstinio hospitalizavimo procedūra neturi didesnės įtakos blogam bendradarbiavimui ar neigiamam požiūriui į gydymą, todėl, norint pasiekti geresnių gydymo rezultatų, labiausiai turėtų būti vengiama grasinimų ir naudoti fizinę jėgą, daugiau dėmesio reikėtų skirti pagarbiam ir sąžiningam elgesiui su pacientu leidžiant jam dalyvauti sprendimo priėmimo procese [5].

## 2.8. Subjektyviai jaučiamos prievartos baigtys

Yra daug įvairių svarstymų apie subjektyviai jaučiamos prievartos baigtis. Prievarta gali sukelti paciento ir psichikos sveikatos specialisto tarpusavio nepasitikėjimą, skatinti psichiatrinės problemos neigimą, pyktį ar depresines reakcijas, bloginti vėlesnį bendradarbiavimą, sutrikdyti gydymo tęstinumą, skatinti kitus pacientus vengti psichiatrinės pagalbos. Tačiau yra ir kitokių duomenų, rodan-



čių, kad reikšminga pacientų dalis buvusį priverstinį hospitalizavimą retrospektyviai vertina teigiamai [33]. S. Hoge ir bendraautoriai nustatė, kad nors daug pacientų vėliau pakeitė buvusį neigiamą požiūrį į hospitalizavimo būtinybę, jie nejautė dėkingumo už tokį gydymo būdą [115]. Subjektyviai prievartą jaučiantys pacientai buvo mažiau patenkinti gydymu ir slauga, santykiais su personalu [127]. Suomijoje atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad pacientai, hospitalizavimo metu jautę prievartą, blogiau vertino gydymą ir jo rezultatus [88]. Vertinant subjektyviai suvokiamos prievartos įtaką pacientų bendradarbiavimui ir ambulatorinio medikamentų vartojimo reguliarumui dešimties savaitių po išsirašymo iš stacionaro laikotarpiu, nebuvo nustatyta nei teigiamo, nei neigiamo ryšio [128]. JAV tyrėjų duomenimis, prievarta, subjektyviai jaučiama hospitalizuojant į psichiatrijos stacionarą, gali neigiamai veikti pacientų požiūrį į vėlesnį gydymą ir bloginti bendradarbiavimą [107, 114].

Nors priverstinai hospitalizuojant ir gydant žmones turbūt neįmanoma išvengti jų autonomijos pažeidimų, tačiau labai svarbus psichikos sveikatos priežiūros darbuotojų vaidmuo, nes tuomet, kai pacientai jaučia nuoširdų rūpinimąsi jais, yra išklaunami, jiems suteikiama išsami informacija, aptariamos galimos alternatyvos ir jie gali bent iš dalies prisidėti skiriant gydymą, neigiami padariniai esti mažesni [126]. Pacientai sugeba suprasti ir atskirti prievartą nuo racionalaus hospitalizavimo būtinybės paaiškinimo, todėl gydytojai turi išsamiu apibūdinti hospitalizavimo priežastį net ir tuo atveju, kai atrodo, kad pacientas negeba jos suprasti ar nenori apie tai kalbėti [122]. Nors psichikos sutrikimų turintys pacientai labai jautriai reaguoja į savo autonomijos ir privatumo pažeidimus, tačiau jeigu jie jaučia, kad gali dalyvauti sprendimo dėl jų gydymo procese ir kad psichikos sveikatos profesionalams rūpi jų gerovė, tuomet lengviau pateisina ir priima priverstinį gydymą [75, 126, 129]. Todėl hospitalizuojant svarbu paaiškinti galimas alternatyvas ir kokios hospitalizavimo procedūros bus vykdomos. Kadangi pacientų jaučiama prievarta daugiausia priklauso nuo psichikos sveikatos priežiūros specialistų veiksmų sprendžiant dėl įvairaus lygio prievartos naudojimo, kad pacientas būtų įtrauktas į gydymą, reikia rasti pusiausvyrą tarp artimiausio laikotarpio klinikinės naudos ir galimų vėlesnių paciento ryšio su psichikos sveikatos priežiūros tarnybomis problemų [130].

## 2.9. Priverstinio hospitalizavimo objektyvios baigtys: hospitalizavimo trukmės ir rehospitalizavimo rodikliai

Išsiaiškinti ir įvertinti priverstinio gydymo baigtis būtina, kad nustatytume geresnius ar blogesnius prognozinis veiksnis ir paveiktume klinikinę praktiką [33]. Psichiatrinio gydymo rezultatus galima vertinti remiantis tokiais subjektyviais vertinimo kriterijais kaip paciento pasitenkinimas gydymu, hospitalizavimo pateisinimas, tačiau ypač reikšmingi objektyvūs gydymo rezultatų vertinimo kriterijai, kurie daug labiau apibrėžti ir rezultatų neveikia ilgalaikio stebėjimo pakartotinėms apklausoms būdingas nemažos dalies duomenų trūkumas dėl prarasto ryšio su pacientu, prisiminimų apie seniai buvusius įvykius netikslumai [131]. T. Kallert ir bendraautorai, apžvelgę priverstinio hospitalizavimo baigčių 41 studiją, pabrėžė, kad nuo psichiatrinės pagalbos tarnybų struktūros ir funkcionavimo priklausomų objektyvių baigčių rodiklių vertinimas yra metodologiškai kokybiškesnis negu klinikinių ar subjektyvių veiksmų [119]. Objektyviems gydymo baigčių vertinimams priskiriami tokie rodikliai kaip gydymosi stacionare trukmė, rehospitalizavimai (pakartotiniai hospitalizavimai), jų trukmė, laikas iki rehospitalizavimo, kontaktų su ambulatorinėmis tarnybomis reguliarumas, medikamentų vartojimo reguliarumas, ligos paūmėjimų skaičius, savijudybės, agresijos pasireiškimai. J. Craw ir M. Compton taip pat tvirtina, kad tyrimų, kuriuose priverstinio hospitalizavimo baigčių vertinimas buvo atliktas remiantis sveikatos priežiūros tarnybų paslaugų naudojimosi rodikliais, kokybė buvo geresnė, nei vertinusių klinikinius ar subjektyvius gydymo baigčių kriterijus [132]. Reikšmingas ir gydymo baigčių vertinimo laikotarpis. T. Steinert ir P. Schmid, palyginę priverstinai ir savo noru hospitalizuotų šizofrenija ir kliesdiniu sutrikimu sergančių pacientų trumpalaikius gydymo rezultatus, skirtumų tarp šių grupių nenustatė [133]. Vertinant ir priverstinį hospitalizavimą, t. y. objektyvią prievartą, ir subjektyviai jaučiamą prievartą, buvo nustatyta, kad nė viena iš prievartos rūšių neturi įtakos nei subjektyvioms, nei objektyvioms (buvo vertintas bendras veiklos lygis) gydymo stacionare baigtims [134]. Išanalizavę dvylika tyrimų T. Kallert ir bendraautorai išsiaiškino, kad priverstinai hospitalizuotų pacientų gydymosi stacionare trukmė buvo bent tokia pati arba ilgesnė nei savo noru hospitalizuotų pacientų [119]. Įvertinus 1541 paciento gydymosi Suomijos psichiatrijos stacionare trukmę nustatyta, kad priverstinai hospitalizuoti pacientai buvo gydomi stacionare daug ilgiau [135].

Manoma, kad priverstinis arba savanoriškas rehospitalizavimas į psichiatrijos

stacionarą gali rodyti gydymo nesėkmę arba ambulatorinių paslaugų neefektyvumą [136]. Tačiau kiti autoriai abejoja, ar rehospitalizavimas yra visiškai patikimas stacionarinio gydymo kokybės vertinimo rodiklis [137]. Rehospitalizavimo į psichiatrijos stacionarą rizikos veiksniams priskiriama psichozės diagnozė [138], šizofrenijos diagnozė [139], sutuoktinio neturėjimas, vyriškoji lytis [138], didelis buvusių hospitalizavimų skaičius [140]. Tiriant šizofrenija ir šizoafektyviu sutrikimu sergančius pacientus buvo nustatyti šie svarbiausi rehospitalizavimo rizikos trijų mėnesių po išsirašymo iš stacionaro laikotarpiu veiksniai: anksčiau buvę daugiau nei trys hospitalizavimai ir piktnaudžiavimas psichoaktyviosiomis medžiagomis [141]. Trylika metų po hospitalizavimo stebint šizofrenija sergančius pacientus išaiškėjo, kad priverstiniai hospitalizavimai buvo dažnesni tų pacientų, kurių ankstesnis hospitalizavimas buvo priverstinis [142]. Vertinant priverstinio hospitalizavimo įtaką vėlesniems rehospitalizavimams nustatyta, kad pirmasis priverstinis hospitalizavimas į psichiatrijos stacionarą didina tikimybę, kad antrasis hospitalizavimas taip pat bus priverstinis, bei vėlesnių priverstinių hospitalizavimų skaičių [143]. Vertinant 5 metų laikotarpiu buvusius rehospitalizavimus nustatyta, kad pradinis tiriamojo laikotarpio hospitalizavimas kaip priverstinis buvo susijęs su dažnesniu rehospitalizavimu [144]. Tačiau tyrimo, atlikto remiantis Suomijos nacionalinio registro duomenimis, rezultatai rodo, kad savo noru hospitalizuoti pacientai dažniau buvo rehospitalizuojami negu priverstinai hospitalizuoti galbūt dėl pasirinkimo laisvės, sykiu ir galimybės rinktis trumpesnę buvimo stacionare laiką [136]. Izraelyje atlikto tyrimo duomenimis, priverstinis hospitalizavimas, palyginti su savanorišku hospitalizavimu, taip pat yra susijęs su mažesne vėlesnių rehospitalizavimų rizika [145]. O štai kito tyrimo rezultatai rodo, kad pacientai, kurių pirmasis hospitalizavimas buvo priverstinis, pasižymi didesne rehospitalizavimų ir ilgesnės jų trukmės rizika, tačiau šizofrenijos ir tam tikrų demografinių veiksnių derinys leido geriau prognozuoti rehospitalizavimus nei pirmojo hospitalizavimo teisinė padėtis [146]. Įvairių autorių tyrimų rezultatai rodo, kad vertinant po tiriamojo hospitalizavimo epizodo buvusius vėlesnius hospitalizavimus priverstinio rehospitalizavimo tikimybė didesnė tų pacientų, kurių tiriamasis hospitalizavimas buvo priverstinis [119]. Nustatyta, kad vertinant šizofrenija sergančių pacientų būseną, praėjus 2,5 ir 3,5 metų po hospitalizavimo, buvę prievarta hospitalizuoti pacientai ir vėliau būdavo dažniau hospitalizuojami prievarta, pasižymėdavo blogesne išvalga (supratimu, kad serga, ir gydymosi poreikiu), nors psichopatologiniai simptomai po gydymo gerokai susilpnėdavo abiejų grupių pacientams [147].

### 3. TYRIMO METODIKA

Tyrimui naudoti epidemiologinis aprašomasis, lyginamasis ir perspektyvusis lyginamasis tyrimo modeliai. Buvo tiriami į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro ūmios psichiatrijos skyrius (I vyrų ir I moterų) hospitalizuoti pacientai. Tyrimas pradėtas 2003 m. sausio 1 d., baigtas 2009 m. balandžio 19 d. Tyrimui buvo gautas Lietuvos bioetikos komiteto leidimas Nr. 45 (2003 m.).

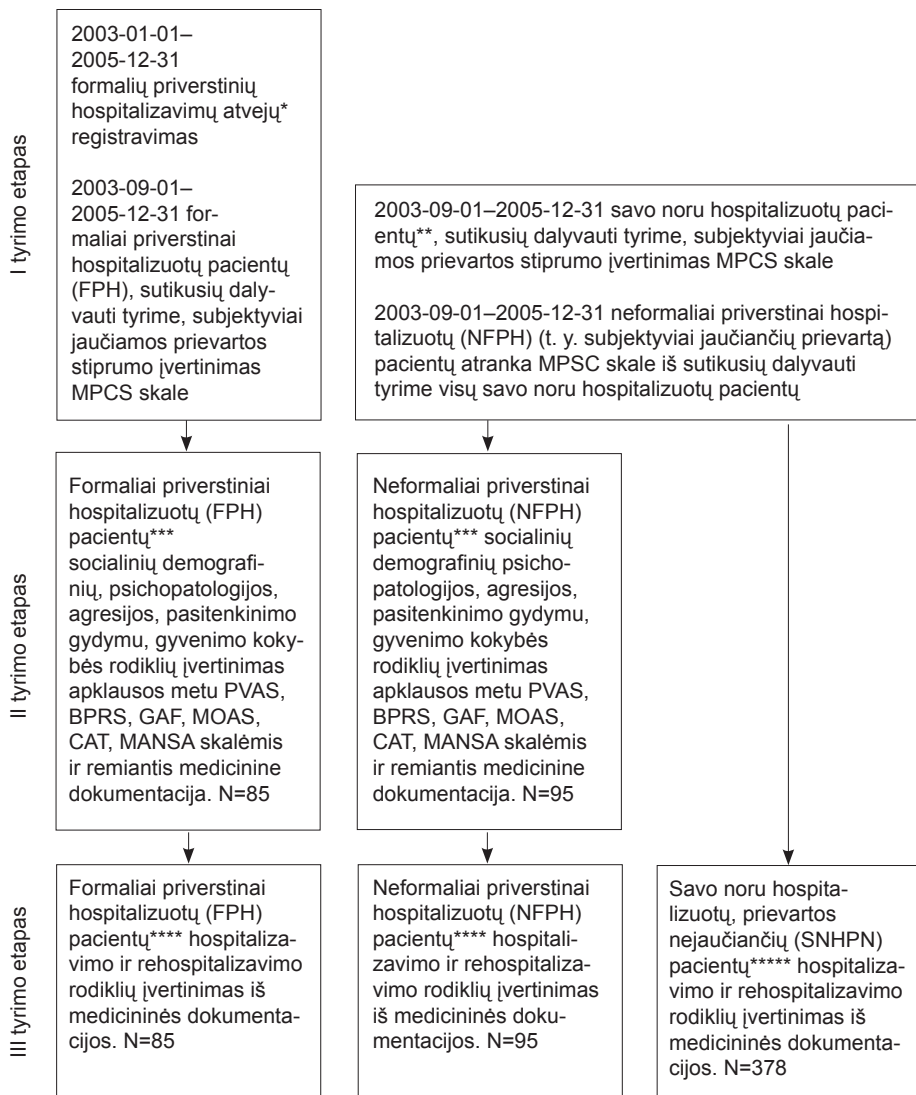
#### 3.1. Tyrimo etapai, tiriamieji pacientai ir tyrimo instrumentai

Tyrimą sudaro trys etapai (1 pav.).

Buvo vertinami pacientai, atitinkantys šiuos bendruosius tyrimo kriterijus: pacientas gyvena Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro (VmPSC) aptarnaujamoje teritorijoje (Antakalnio, Justiniškių, Senamiesčio, Šnipiškių, Verkių, Viršuliškių, Žirmūnų, Žvėryno seniūnijos), amžius  $\geq 18$  m. –  $\leq 64$  m., neserga demencija, neperkeltas iš kito skyriaus, paguldytas į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro ūmios psichiatrijos skyrių (I vyrų arba I moterų).

**Pirmajame** etape buvo vertinamas formalių priverstinių hospitalizavimų paplitimas, taip pat formaliai priverstinai hospitalizuotų ir savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos pasireiškimo dažnis ir jos stiprumas. Pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos įvertinimas buvo atliktas remiantis MacArthur subjektyviai jaučiamos prievartos (MPSC) skale [112]. Šiame tyrime naudotas modifikuotas skalės variantas (1 priedas), kur teiginiai buvo perfrazuoti į klausimus, nes, kaip rodo Šiaurės šalių patirtis, toks skalės variantas geriau suprantamas pacientams [26]. Prieš pradėdant tyrimą MPSC skalė buvo išversta iš anglų kalbos ir jos formos validumas patvirtintas ekspertiniu metodu, o konstrukcinis validumas – bandomojo tyrimo metu apklausiant po 10 formaliai priverstinai ir savo noru hospitalizuotų pacientų. Įvertinus Manno–Whitney'o testu buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp šių grupių MPSC skalės įverčių ( $p=0,0001$ ).

Formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimo įvertinimas atliktas 2003-01-01–2005-12-31 VmPSC priėmimo kambaryje specialiaame žurnale registruojant visus pacientus, kurie buvo atvykę į priėmimo skyrių, jų būseną



\* vertinti hospitalizavimo atvejai (iš jų ir tiriamuoju laikotarpiu buvę to paties paciento rehospitalizavimai)

\*\* vertinti hospitalizavimo atvejai (iš jų ir tiriamuoju laikotarpiu buvę to paties paciento rehospitalizavimai); jei pacientas jau buvo įtrauktas į II tyrimo etapo FPH arba NFPH grupę, vėlesnių rehospitalizavimų atvejais pakartotinis jo vertinimas I tyrimo etape nebuvo atliekamas

\*\*\* pacientai, įtraukti į II tyrimo etapą, rehospitalizavimo tiriamuoju laikotarpiu atveju į tyrimą pakartotinai nebuvo įtraukiami

\*\*\*\* III tyrimo etape vertinta FPH ir NFPH grupių pacientų II tyrimo etape buvusio tiriamojo hospitalizavimo trukmė ir trejų metų laikotarpio, skaičiuojant nuo išsirašymo iš stacionaro dienos, rehospitalizavimai

\*\*\*\*\* SNHPN grupė sudaryta iš savo noru hospitalizuotų pacientų I tyrimo etape, MPSC skale įvertintų kaip prievartos neįaučiantys

1 pav. Tyrimo schema

įvertinus priėmimo kambaryje budinčiam gydytojui psichiatru, atsisakė būti hospitalizuojami, nepasirašė hospitalizavimo sutikimo ir buvo hospitalizuoti prieš valią. Šiame tyrimo etape buvo vertinamas hospitalizavimo atvejų skaičius, ir jei per vertinimo laikotarpį pasitaikydavo keli to paties paciento priverstinio hospitalizavimo atvejai, visi jie būdavo įskaičiuojami.

Visi laikotarpiu nuo 2003-09-01 iki 2005-12-31 formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai buvo kviečiami dalyvauti antrajame tyrimo etape. Sutikę jame dalyvauti, prieš atliekant antrojo tyrimo etape numatytą įvertinimą, būdavo įvertinami MPCRS skale, kurios rezultatai buvo naudojami formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumui palyginti su savo noru hospitalizuotų pacientų jaučiamos prievartos stiprumu.

Savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos dažnis ir jos stiprumas buvo įvertintas išnagrinėjus laikotarpį nuo 2003-09-01 iki 2005-12-31 buvusius savanoriško hospitalizavimo atvejus. Šiuo laikotarpiu buvo 1341 atitikęs bendrusius tyrimo kriterijus savanoriško hospitalizavimo atvejais, tačiau kadangi rehospitalizavimų atvejais nebuvo pakartotinai apklausiami į tyrimo antrojo etapo FPH arba NFPH grupę jau įtraukti pacientai, pirmojo tyrimo etapo apklausai buvo tinkami 895 savanoriško hospitalizavimo atvejai. MPCRS skale buvo įvertinti 734 iš 895 savanoriškai hospitalizuotų pacientų. 161 hospitalizavimo atvejais neįvertintas dėl klinikinės situacijos, neleidžiančios apklausti paciento, greito išrašymo ar atsisakymo dalyvauti tyrime. MPCRS skalės rezultatai buvo panaudoti savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumui palyginti su priverstinai hospitalizuotų pacientų jaučiamos prievartos stiprumu.

Formaliai priverstinai hospitalizuotų ir savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos pasireiškimo dažnis buvo įvertintas remiantis MPCRS skalės rezultatais. Šiame tyrime, kaip ir ankstesniuose tyrimuose [54, 108, 128], kai MPCRS skalė buvo naudota kokybiniam prievartos įvertinimui, MPCRS skalės įverčiai nuo 0 iki 2 balų imtinai buvo vertinami kaip subjektyviai jaučiamos prievartos nebuvimas, o nuo 3 iki 5 balų – kaip subjektyviai jaučiamos prievartos buvimas, t. y. pacientas, atsakęs į 3 ar daugiau iš 5 MPCRS skalės klausimų neigiamai, buvo vertinamas kaip hospitalizavimo metu subjektyviai jaučiantis prievartą. Remiantis šiais rezultatais buvo apskaičiuota formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų, subjektyviai jaučiančių prievartą, procentinė dalis iš visų formaliai pri-

verstinai hospitalizuotų pacientų ir savo noru hospitalizuotų pacientų, subjektyviai jaučiančių prievartą, procentinė dalis iš visų savo noru hospitalizuotų pacientų.

Pirmajame tyrimo etape savo noru hospitalizuotų pacientų vertinimą MPSC skale šio darbo autorius atliko kartu su kitais tyrėjais, dalyvaudamas mokslinio tyrimo projekte „Prievartos, taikomos psichiatrijoje, įvertinimas Europoje ir geriausios klinikinės praktikos modelio sukūrimas (EUNOMIA)“.

**Antrajame** tyrimo etape buvo sudarytos dvi tiriamųjų grupės: formaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH) pacientų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų (NFPH) pacientų. Į tyrimą buvo įtraukiami 2003-09-01–2005-12-31 hospitalizuoti pacientai.

Pirmoji tiriamųjų grupė (FPH) buvo sudaryta kviečiant dalyvauti tyrime visus priverstinai pagal Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 27 ir Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 2.26 straipsnius hospitalizuotus pacientus (iš jų ir tuos, kurie nepasirašė sutikimo gultis į stacionarą hospitalizavimo metu, bet tai padarė per artimiausias 48 valandas ir psichiatrijos ligoninės administracija nesikreipė į teismą dėl jų priverstinio hospitalizavimo). Antrojo etapo tiriamuoju laikotarpiu (2003-09-01–2005-12-31) į VmPSC ūmios psichiatrijos (I vyrų ir I moterų) skyrius buvo 152 priverstiniai hospitalizavimai, šiais atvejais buvo hospitalizuota 120 pacientų, nes dalis pacientų tyrimo metu buvo hospitalizuota priverstinai daugiau nei vieną kartą. Iš 120 priverstinai hospitalizuotų pacientų į tyrimą įtraukti 85 (tai sudaro 70,8 proc.) formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai. Kiti 35 pacientai atsisakė dalyvauti tyrime arba buvo neapklausti dėl to, kad buvo greitai išrašyti arba turėjo sunkią psichopatologiją. Pacientai, įtraukti į antrąjį tyrimo etapą, rehospitalizavimo tiriamuoju laikotarpiu atveju į tyrimą pakartotinai nebuvo įtraukti.

Antroji tiriamųjų grupė – neformaliai priverstinai hospitalizuotųjų (NFPH) – buvo sudaryta kviečiant dalyvauti visus pirmajame tyrimo etape savo noru hospitalizuotus, bet MPSC skale atrankos metu įvertintus 3 balais ar daugiau, t. y. subjektyviai jaučiančius prievartą, pacientus. Šiame tyrime savo noru hospitalizuoti, bet subjektyviai jaučiantys prievartą pacientai apibrėžti kaip neformaliai priverstinai hospitalizuoti. Iš 124 MPSC skale įvertintų 3 balais ar daugiau pacientų į tyrimą įtraukti 95 (tai sudaro 76,6 proc.) pacientai. Kiti 29 pacientai atsisakė dalyvauti tyrime arba buvo neapklausti dėl to, kad buvo greitai išrašyti arba turėjo sunkią psichopatologiją.

Iš medicininės dokumentacijos ir apklausiant pacientus buvo surinkti šie antrojo etapo tiriamųjų grupių pacientų socialiniai demografiniai, asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo, gydymo ir slaugos stacionare duomenys: amžius, lytis, TLK-10 diagnozė, siuntimo tiriamajam hospitalizavimui būdas (greitoji medicinos pagalba (GMP), ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) siuntimas, be siuntimo), pajamų šaltinis, užimtumas, duomenys apie santuoką, mėginimas žudyti prieš pat hospitalizavimą, iki tiriamojo hospitalizavimo buvusių hospitalizavimų skaičius, laikas nuo pirmojo hospitalizavimo, laikas nuo paskutinio išsirašymo iš stacionaro, tiriamojo hospitalizavimo trukmė, medikamentų (klasikinių antipsichozinių, atipinių antipsichozinių, antidepresantų, nuotaikos stabilizatorių, trankviliantų, injekcinių) per pirmąsias 3 paras po hospitalizavimo skyrimas, fizinių suvaržymo priemonių per pirmą parą po hospitalizavimo taikymas, tiriamojo hospitalizavimo I režimo trukmės procentinė dalis iš visos hospitalizavimo trukmės, tiriamojo hospitalizavimo II režimo trukmės procentinė dalis iš visos hospitalizavimo trukmės, tiriamojo hospitalizavimo I ir II režimų sumos trukmės procentinė dalis iš visos hospitalizavimo trukmės.

Šiame tyrimo etape buvo atliktas papildomas kiekybinis subjektyviai jaučiamos prievartos vertinimas. Formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų tikslesniam prievartos stiprumo palyginimui (t. y. kiekybiniam įvertinimui), kad būtų galima geriau diferencijuoti stipriai jaučiamą prievartą, naudota Prievartos vizualinė analoginė skalė (PVAS) (2 priedas) [56]. PVAS skale (kaip priklausomu kintamuoju) remtasi ir analizuojant su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu susijusius veiksnius.

Per pirmąsias 7 paras po hospitalizavimo atlikus apklausą, antrojo etapo FPH ir NFPH tiriamųjų grupės įvertintos pagal toliau išvardytas skales. Kaip pacientas vertina gydymą, buvo nustatoma Kliento gydymo įvertinimo skale (CAT) (3 priedas) [148]. Bendroji psychopatologija įvertinta naudojant Trumposios psichiatriinio įvertinimo (BPRS) skalės 24 punktų versiją (5 priedas) [149], bendras funkcionavimas – pagal Bendro veiklos įvertinimo (GAF) skalę [150], gyvenimo kokybė – pagal Trumpąją Mančesterio gyvenimo kokybės įvertinimo (MANSA) skalę (4 priedas) [151], pacientų agresija – pagal Modifikuotą atviros agresijos (MOAS) skalę (6 priedas) [152]. Atliekant tyrimą buvo vertinamas didžiausias žodinės agresijos, agresijos turtui, autoagresijos, agresijos aplinkiniams pasireiškimas hospitalizuojant ir per pirmąsias 7 paras po hospitalizavimo. MPCs,



BPRS, CAT, MANSA skalių vidinei darnai įvertinti taikytas Cronbacho alfa koeficientas. MPCCS, BPRS, GAF, CAT, MOAS, PVAS skalių ir kai kurių socialinių demografinių rodiklių vertinimai atlikti kaip dalis mokslinio tyrimo projekto „Prieartos, taikomos psichiatrijoje, įvertinimas Europoje ir geriausios klinikinės praktikos modelio sukūrimas (EUNOMIA)“. Dirbdamas šiame moksliniame projekte darbo autorius dalyvavo BPRS ir GAF skalių taikymo tęstiniuose mokymuose.

**Trečiasis** tyrimo etapas. Vieni iš dažniausiai pasirenkamų priverstinio hospitalizavimo baigčių įvertinimo kriterijų yra objektyviems kriterijams priskiriami ilgalaikiai rehospitalizavimo rodikliai [2], kurie buvo pasirinkti šiam tyrimui. Iš medicininės dokumentacijos buvo įvertinta tiriamojo hospitalizavimo trukmė ir šie rehospitalizavimų per trejus metus po tiriamojo hospitalizavimo rodikliai: ar buvo nors vienas rehospitalizavimas, rehospitalizavimų skaičius, laikas iki pirmojo rehospitalizavimo. Trečiajame tyrimo etape buvo lyginamos trys tiriamųjų grupės. Šalia antrojo tyrimo etapo apklausos metu įvertintų formaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH) ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų (NFPH) grupių, iš pirmojo tyrimo etapo atrankos metu į  $\leq 2$  MPCCS skalės klausimus neigiamai atsakiusių pacientų, kurie buvo vertinti kaip savo noru hospitalizuoti, bet subjektyviai prievartos nejautę (SNHPN), buvo suformuota trečioji tiriamųjų grupė. Buvo palyginta šių trijų grupių pacientų amžius, lytis, diagnostinė kategorija, siuntimo hospitalizuoti rūšis, laikas iki pirmojo rehospitalizavimo per trejus metus nuo išrašymo, rehospitalizavimų skaičius per trejus metus nuo išrašymo.

### 3.2. Duomenų statistinio apdorojimo ir pateikimo metodai

Duomenys apdoroti naudojant „SPSS 15.0 for Windows“, „JMP 7“, „StatGraphic Plus 5.1“, „Minitab 15“ statistinius paketus [153–156]. Tolydžių požymių atitiktis normaliam pasiskirstymo dėsniai tikrinta Kolmogorovo–Smirnovu testu. Lyginant proporcijas pagal dažnių lenteles taikytas neparimetrinis chi kvadrato ( $\chi^2$ ) kriterijus arba dvipusis tikslusis Fisherio testas proporcijoms nustatyti, o grafinis vaizdas pateiktas naudojant mozaikos grafiką [153]. Mozaikos grafiką sudaro vienas prie kito priglundę stulpeliai, kurių kiekvienas atitinka tiriamąją grupę. Stulpelio plotis yra proporcingas grupės tiriamųjų skaičiui. Stulpeliai yra

padalyti į segmentus, proporcingus atitinkamo segmento požymių turinčiai tiriamųjų daliai. Dešinėje esantis siauras stulpelis parodo y ašies proporcijas nestratifikuojant x ašies į segmentus.

Esant normaliam duomenų pasiskirstymui, tolydiesiems grupių kintamiesiems palyginti naudota dispersinė analizė (ANOVA). Nesant normalaus duomenų pasiskirstymo arba esant kategoriniams kintamiesiems, taikyti neparametriniai Kruskalo–Walliso (su Bonferonni'o kriterijumi poriniams palyginimams) ir Manno–Whitney'o testai, o rezultatai pateikti naudojant medianas ir jų pasikliautinius intervalus [157]. Tolydžių ir kategorinių kintamųjų grafiniam vaizdavimui naudotos stulpelinės sklaidos su įkirtimais (angl. *notched boxplot*) diagramos. Stulpelinės sklaidos diagramą sudaro stačiakampis, užimantis erdvę nuo pirmojo iki trečiojo kvartilio, t. y. nuo 25 iki 75 procentilių, linija stačiakampio viduje atitinka medianą, taip pat diagramoje pavaizduojama mažiausia ir didžiausia reikšmės, išskirčių reikšmės pažymimos specialiais simboliais [158]. Diagramoje pažymėti įkirtimai vaizduoja medianos pasikliautinį intervalą, o pliusais pažymėti vidurkiai.

Išgyvenamumo funkcijai (laikui iki rehospitalizavimo) įvertinti naudotas Kaplano–Meierio metodas, skirtumai tarp grupių įvertinti Breslow (generalizuotu Wilcoxonu) testu [159]. Ryšių tarp požymių stiprumui nustatyti nesant normalaus duomenų pasiskirstymo arba esant kategoriniams kintamiesiems naudotas neparametrinis Spearmano koreliacijos koeficientas. Ryšių tarp požymių stiprumui nustatyti, kai kategoriniai duomenys turi daug sutapimų (vienodų rangų), naudota neparametrinė gama koreliacija. Priklausomą požymių lemiančioms veiksniams įvertinti pasitelkta daugybinė regresija, „laiptinis“ metodas.

Skirtumo tarp požymių statistiniam reikšmingumui nustatyti remtasi tikslia p reikšme. Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu esant 95 proc. tikimybei tada, kai  $p \leq 0,05$ , o esant 99 proc. tikimybei, kai  $p \leq 0,01$ .

## 4. TYRIMO REZULTATAI

### 4.1. Pirmasis tyrimo etapas

#### 4.1.1. Formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimas

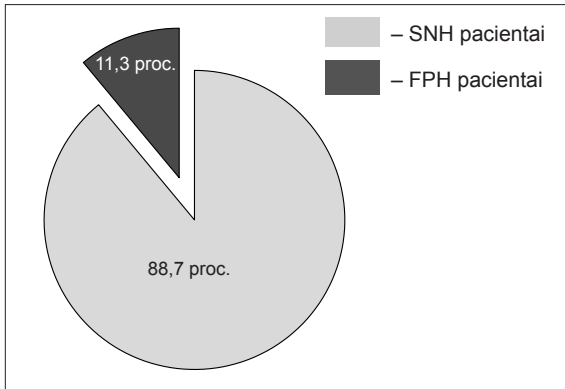
Priverstinio hospitalizavimo paplitimui įvertinti buvo naudojami tyrimo tikslais sukurtame atskirame registracijos žurnale Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro priėmimo kambaryje budinčio personalo registruoti duomenys apie visus šio centro aptarnaujamoje teritorijoje gyvenančius pacientus, kurie 2003, 2004, ir 2005 metais buvo priverstinai hospitalizuoti į ūmios psichiatrijos (I vyrų ir I moterų) skyrius. Šiame tyrimo etape buvo vertinamas atvejų skaičius, ir jei per vertinimo laikotarpį pasitaikydavo keli to paties paciento priverstinio hospitalizavimo atvejai, visi jie būdavo įskaičiuojami. Tiriamajai teritorijai priklauso Vilniaus miesto Antakalnio, Justiniškių, Senamiesčio, Šnipiškių, Verkių, Viršuliškių, Žirmūnų, Žvėryno seniūnijos. Jose pagal gyventojų ir būstų 2001 metų visuotinio surašymo duomenis gyveno 217 702 gyventojai [160]. Įvertinus gautus duomenis buvo apskaičiuotas priverstinių hospitalizavimų skaičius  $10^5$  gyventojų per metus. Duomenys pateikiami 2 lentelėje. Šis rodiklis laikomas tikslesniu, mažiau veikiamu šalutinių veiksnių ir tinkamesniu palyginti su kitais tyrimais nei procentinės visų hospitalizavimų dalies rodiklis [135].

2 lentelė. Priverstinių hospitalizavimų skaičius ir priverstinių hospitalizavimų skaičius  $10^5$  gyventojų VmPSC aptarnaujamoje teritorijoje

Priverstiniai hospitalizavimai	Metai		
	2003	2004	2005
Skaičius	86	83	50
Rodiklis $10^5$ gyventojų	39,5	38,1	23,0

Nustatyta, kad tiriamuoju laikotarpiu priverstinių hospitalizavimų rodiklis  $10^5$  gyventojų buvo nuo 23,0 iki 39,5.

Taip pat buvo apskaičiuota priverstinių hospitalizavimų procentinė dalis iš visų hospitalizavimų į ūmios psichiatrijos skyrius pacientų įtraukimo į tyrimo antrąjį etapą laikotarpiu nuo 2003-09-01 iki 2005-12-31. Tuomet iš viso buvo 1341 bendrusius tyrimo kriterijus atitinkantis pacientų hospitalizavimo atvejais,

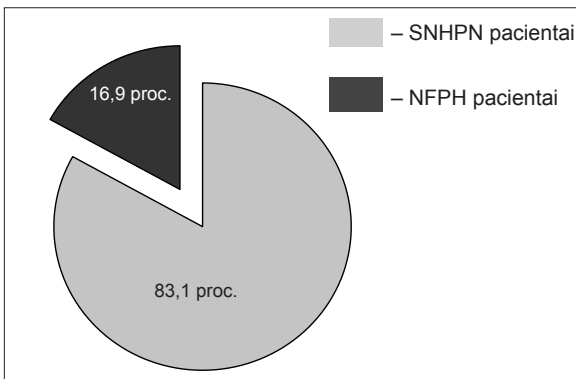


2 pav. **Priverstinių hospitalizavimų procentinė dalis iš visų hospitalizavimų** (SNH – savo noru hospitalizuoti, FPH – formaliai priverstinai hospitalizuoti)

iš jų 1189 savanoriško hospitalizavimo (88,7 proc.) ir 152 priverstinio hospitalizavimo (11,3 proc.) (2 pav.).

#### 4.1.2. Neformalaus priverstinio hospitalizavimo (savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos) dažnis

Naudojant MPCSS skalę buvo atlikta hospitalizavimo metu subjektyviai jaučiančių prievartą (t. y. neformaliai priverstinai hospitalizuotų) pacientų atranka. Remiantis bendru SNH ir FPH tiriamųjų įvertinimu MPCSS skalės Cronbacho alfa koeficientas buvo 0,914. MPCSS skale įvertinti 734 iš 895 savanoriško hospitalizavimo atvejai. Iš 734 atrankos metu MPCSS skale apklaustų savo noru hospitalizuotų pacientų 124 pacientai (16,9 proc.) buvo įvertinti 3 balais ar daugiau ir laikomi neformaliai priverstinai hospitalizuotais (NFPH) tiriamaisiais, o 610 (83,1 proc.) buvo įvertinti mažiau nei 3 balais ir laikomi savo noru hospitalizuotais, prievartos nejaučiančiais (SNHPN) tiriamaisiais (3 pav.).



3 pav. **Neformalaus priverstinio hospitalizavimo (savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos) procentinė dalis** (SNHPN – savo noru hospitalizuoti, prievartos nejaučiantys, NFPH – neformaliai priverstinai hospitalizuoti)

#### 4.1.3. Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos dažnis

FPH hospitalizuotų pacientų grupėje 2 iš 85 tiriamųjų, t. y. 2,3 proc., neigiamai atsakė į mažiau nei tris MPCPS klausimus, todėl vertintini kaip subjektyviai nejaučiantys prievartos. Kiti 83 pacientai į tris ar daugiau MPSC klausimų atsakė neigiamai ir buvo vertinami kaip subjektyviai jaučiantys prievartą. Šie rezultatai rodo, kad dauguma priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jautė prievartą.

#### 4.1.4. Formaliai priverstinai ir savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas

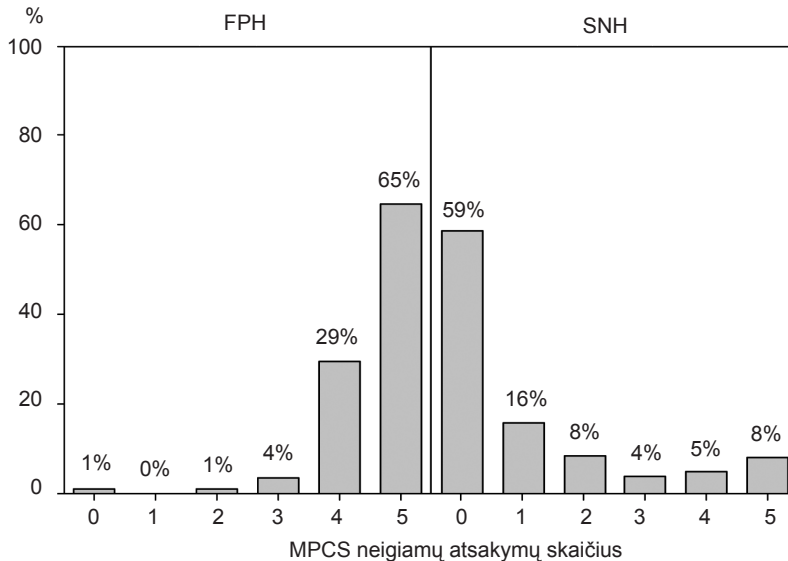
MPCS skale buvo įvertintas formaliai priverstinai hospitalizuotų ir sutikusių dalyvauti tyrime 85 pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas. Naudojant šiuos duomenis, taip pat atrankos metu gautus savo noru hospitalizuotų pacientų įvertinimo MPCPS skale duomenis, buvo palygintas formaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH) ir savo noru hospitalizuotų (SNH) pacientų jaučiamos prievartos stiprumas. Tiriamiesiems palyginti naudotas Manno–Whitney'o testas. Duomenys pateikiami 3 lentelėje ir 4 paveiksle.

3 lentelė. Formaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH) ir savo noru hospitalizuotų (SNH) pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas

	FPH pacientai (n=85)				SNH pacientai (n=734)				U	p
	Me (Vid)	MePI	M	D	Me (Vid)	MePI	M	D		
MPCS įvertis	5 (4,5)	5,0–5,0	0	5	0 (1,1)	0,0–1,0	0	5	4603,0	0,0001

Me – mediana, Vid – vidurkis, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, M – mažiausias įvertis, D – didžiausias įvertis, U – Manno–Whitney'o U

Gauti duomenys rodo, kad formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai subjektyviai stipriau jaučia prievartą nei hospitalizuotieji savo noru.



4 pav. FPH ir SNH pacientų MPCS skalės įverčiai

## 4.2. Antrasis tyrimo etapas

Antrajame tyrimo etape dalyvavo įtraukimo kriterijus atitinkantys bei sutikę dalyvauti tyrime 85 formaliai priverstinai hospitalizuoti (FPH) ir 95 neformaliai priverstinai hospitalizuoti (NFPH) tiriamieji.

### 4.2.1. Socialinės demografinės charakteristikos

FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal amžių, lytį, diagnostinę kategoriją ir siuntimo tiriamajam hospitalizavimui rūšį.

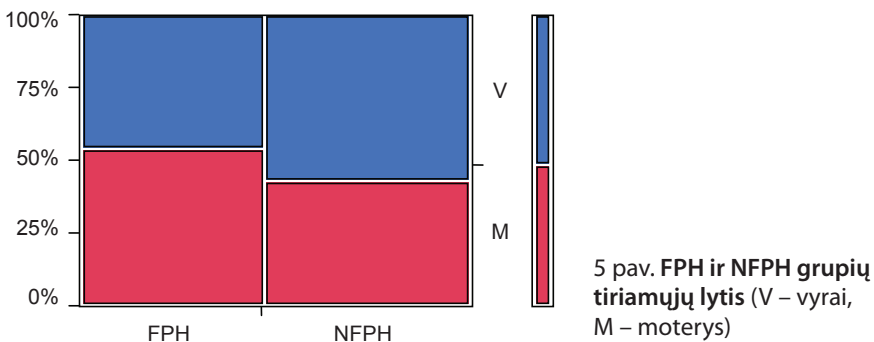
FPH pacientų grupėje jauniausiam buvo 20 metų, o vyriausiam 64 metai. Jų amžiaus vidurkis 40,9 metų. NFPH pacientų grupėje jauniausiam buvo 18, o vyriausiam 63 metai, jų amžiaus vidurkis 39,7 metų. Atlikus FPH ir NFPH grupių dispersinę analizę (ANOVA) nenustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių pagal amžių. Analizės duomenys pateikiami 4 lentelėje.

Palyginus tiriamųjų grupes pagal lytį nustatyta, kad FPH grupėje buvo 46 (54,1 proc.) moterys, 39 (45,9 proc.) vyrai, o NFPH grupėje – 41 (43,2 proc.) moteris ir 54 (56,8 proc.) vyrai. Tarp šių grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ( $\chi^2=2,158$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,142$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (5 pav.).

4 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų amžiaus palyginimas

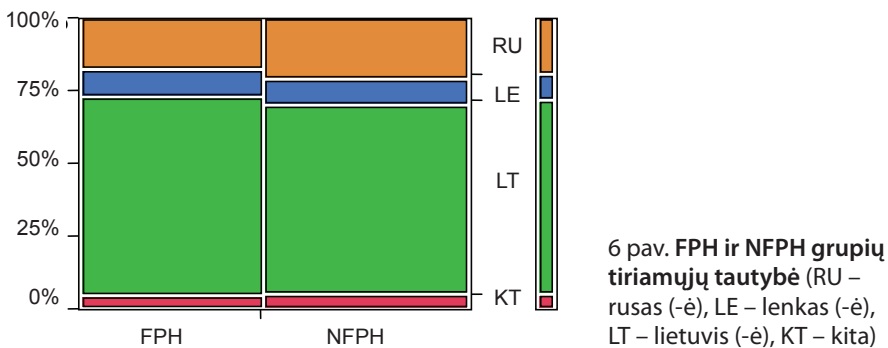
	Tiriamųjų grupė	n	M	D	V	PI (95 %)	SN	SP
1.	FPH	85	20	64	40,9	37,9–43,0	11,678	1,267
2.	NFPH	95	18	63	39,7	37,2–42,1	12,114	1,243
	Iš viso	180	18	64	40,1	38,3–41,8	11,815	0,500

n – skaičius, M – mažiausias amžius, D – didžiausias amžius, V – amžiaus vidurkis, PI – pasikliautinis intervalas, SN – standartinis nuokrypis, SP – standartinė paklaida  $F(1,178)=0,207$ ,  $p=0,65$



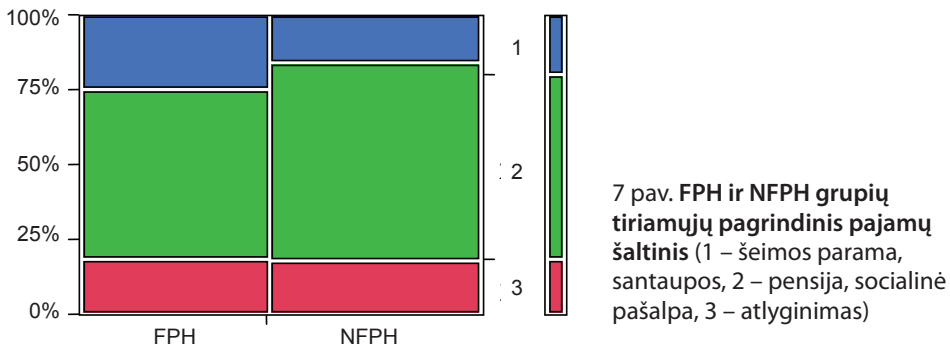
5 pav. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų lytis (V – vyrai, M – moterys)

FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal tiriamųjų tautybę. FPH grupėje buvo 58 (68,2 proc.) lietuviai, 8 (9,4 proc.) lenkai, 15 (17,6 proc.) rusų, 4 (4,7 proc.) kitų tautybių atstovai, o NFPH grupėje – 62 (65,3 proc.) lietuviai, 8 (8,4 proc.) lenkai, 20 (21,1 proc.) rusų, 5 (5,3 proc.) kitų tautybių atstovai. Pagal priklausymą tautybei statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $\chi^2=0,404$ ,  $ll=3$ ,  $n=180$ ,  $p=0,939$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (6 pav.).

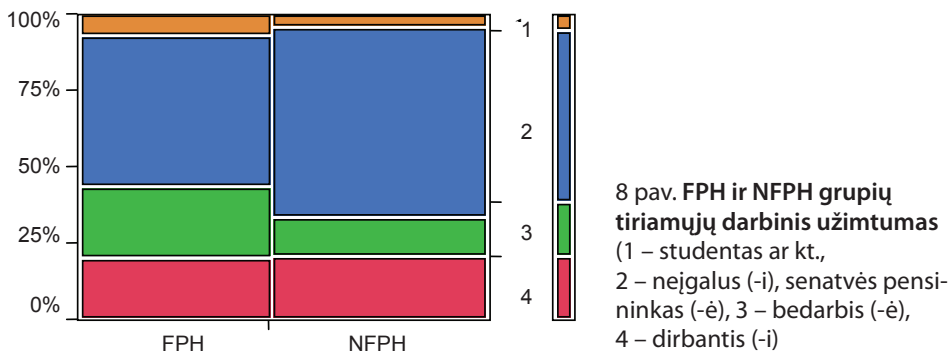


6 pav. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų tautybė (RU – rusas (-ė), LE – lenkas (-ė), LT – lietuvis (-ė), KT – kita)

FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal pagrindinį gaunamų pajamų šaltinį. FPH grupėje 16 (18,8 proc.) tiriamųjų pagrindiniu pajamų šaltiniu nurodė atlyginimą, 48 (56,5 proc.) – neįgalumo, senatvės pensijas arba socialinę pašalpą, 21 (24,76 proc.) – šeimos paramą, santaupas, kitus pajamų šaltinius. NFPH grupės 17 (17,9 proc.) tiriamųjų pagrindiniu pajamų šaltiniu nurodė atlyginimą, 63 (66,3 proc.) – neįgalumo, senatvės pensijas arba socialinę pašalpą, 15 (15,8 proc.) – šeimos paramą, santaupas, kitus pajamų šaltinius. Pagal pagrindinį pajamų šaltinį statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $\chi^2=2,51$ ,  $ll=2$ ,  $n=180$ ,  $p=0,285$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (7 pav.).

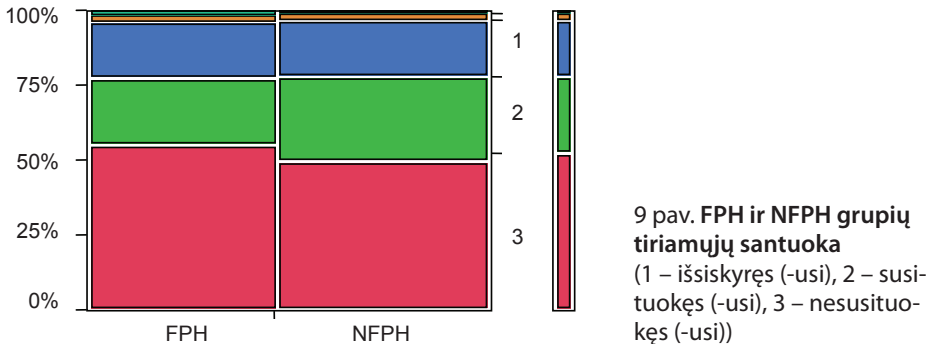


FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal darbinį užimtumą. FPH grupės 17 (20,0 proc.) tiriamųjų turėjo darbą, 20 (23,5 proc.) buvo bedarbiai, 42 (49,4 proc.) buvo neįgalūs arba pensininkai, 6 (7,1 proc.) studentai ar užsiimantys kita veikla. NFPH grupės 20 (21,1 proc.) tiriamųjų turėjo darbą, 12 (12,6 proc.) buvo bedarbiai, 59 (62,1 proc.) buvo neįgalūs arba pensininkai, 4 (4,2 proc.) studentai ar užsiimantys kita veikla. Pagal darbinį užimtumą statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $\chi^2=4,964$ ,  $ll=3$ ,  $n=180$ ,  $p=0,174$ ). Duomenys pateikti mozaikos grafiku (8 pav.).





Abi grupės buvo palygintos pagal tai, ar tiriamieji yra susituokę. FPH grupės 47 (56,0 proc.) tiriamieji buvo nesusituokę, 19 (22,6 proc.) susituokę, 16 (19,0 proc.) išsiskyrę, 2 (2,4 proc.) našliai. NFPH grupės 47 (50,0 proc.) tiriamieji buvo nesusituokę, 27 (28,7 proc.) susituokę, 18 (19,1 proc.) išsiskyrę, 2 (2,1 proc.) našliai. Pagal tai, ar tiriamieji susituokę, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $\chi^2=0,95$ ,  $ll=3$ ,  $n=178$ ,  $p=0,813$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (9 pav.).



#### 4.2.2. Diagnozės

Tiriamųjų grupių pacientų pagrindinės diagnozės pateikiamos 5 ir 6 lentelėse.

5 lentelė. FPH grupės tiriamųjų pagrindinė diagnozė

TLK-10 diagnozė	n
Organinis kliesinis sutrikimas (F06.2)	1
Organinis nuotaikos sutrikimas (F06.3)	2
Organinis asmenybės sutrikimas (F07.0)	1
Paranoidinė šizofrenija (F20.0)	40
Paprastoji šizofrenija (F20.6)	1
Šizotipinis sutrikimas (F21)	1
Kliesinis sutrikimas (F22.0)	1
Ūminis polimorfis psichozinis sutrikimas be šizofrenijos simptomų (F23.0)	1
Ūminis polimorfis psichozinis sutrikimas su šizofrenijos simptomais (F23.1)	4
Šizoafektinis sutrikimas, manijos tipas (F25.0)	9
Šizoafektinis sutrikimas, depresijos tipas (F25.1)	6
Šizoafektinis sutrikimas, mišrus tipas (F25.2)	15
Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F32.2)	1
Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F33.2)	1
Adaptacijos sutrikimas (F43.2)	1
Iš viso	85

n – tiriamųjų skaičius

6 lentelė. NFPH grupės tiriamųjų pagrindinė diagnozė

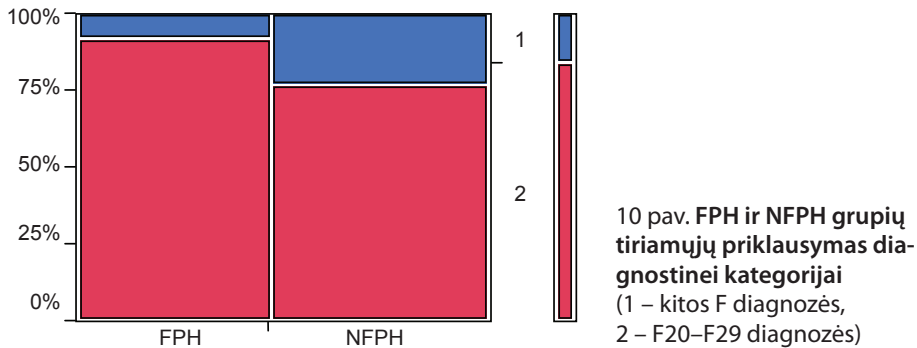
TLK-10 diagnozė	n
Organinis kludiesinis sutrikimas (F06.2)	2
Organinis nuotaikos sutrikimas (F06.3)	7
Paranoidinė šizofrenija (F20.0)	48
Ūminis polimorfnis psichozinis sutrikimas su šizofrenijos simptomais (F23.1)	1
Nepatikslintas ūminis ir praeinantis psichozinis sutrikimas (F23.9)	1
Šizoafektinis sutrikimas, manijos tipas (F25.0)	4
Šizoafektinis sutrikimas, depresijos tipas (F25.1)	10
Šizoafektinis sutrikimas, mišrus tipas (F25.2)	9
Bipolinis afektinis sutrikimas, manija su psichozės simptomais (F31.2)	1
Bipolinis afektinis sutrikimas, sunki depresija su psichozės simptomais (F31.5)	1
Bipolinis afektinis sutrikimas, mišrus epizodas (F31.6)	1
Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F32.2)	3
Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F33.2)	5
Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais (F33.3)	2
Iš viso	95

n – tiriamųjų skaičius

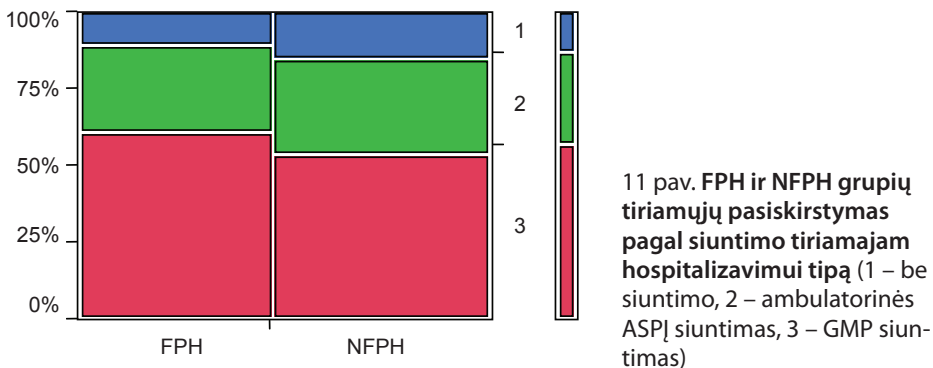
FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal priklausymą TLK-10 šizofrenijos, šizotipinio ir kludiesinių sutrikimų (F20–F29) diagnostinių kategorijų grupei arba kitoms TLK-10 F diagnostinėms kategorijoms. FPH grupėje F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės diagnozės buvo 78 (91,8 proc.) tiriamiesiems, kitos F diagnostinių kategorijų diagnozės – 7 (8,2 proc.), NFPH grupėje F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės diagnozės buvo 73 (76,8 proc.) pacientams, kitos F diagnostinių kategorijų diagnozės – 22 (23,2 proc.). Buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp tiriamųjų grupių ( $\chi^2=7,391$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,007$ ). Šie rezultatai rodo, kad FPH grupės pacientams dažniau nei NFPH grupės pacientams buvo F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės diagnozės. Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (10 pav.).

#### 4.2.3. Su atvykimu į stacionarą susiję veiksniai

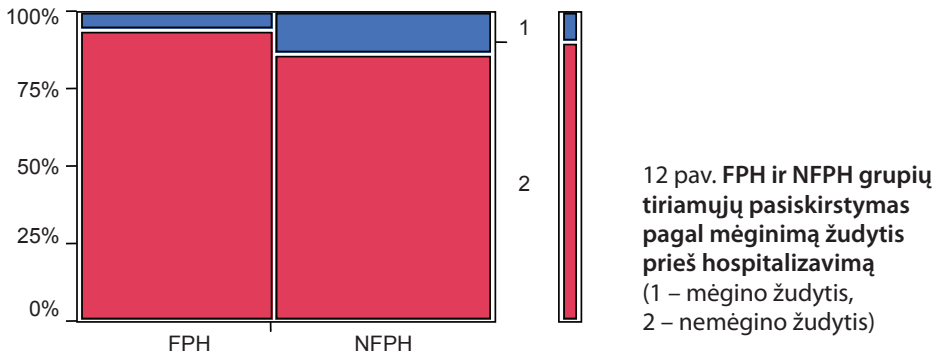
FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal siuntimo tiriamajam hospitalizavimui būdą (greitosios medicinos pagalbos (GMP) siuntimas, ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) siuntimas, be siuntimo).



FPH grupėje: GMP siuntimas – 52 (61,2 proc.), ambulatorinės ASPĮ siuntimas – 24 (28,2 proc.), be siuntimo – 9 (10,6 proc.) atvejais; NFPH grupėje: GMP siuntimas – 52 (54,7 proc.), ambulatorinės ASPĮ siuntimas – 29 (30,5 proc.), be siuntimo – 14 (14,7 proc.) atvejų. Statistiškai reikšmingo skirtumo pagal siuntimą tiriamajam hospitalizavimui tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $\chi^2=1,114$ ,  $ll=2$ ,  $n=180$ ,  $p=0,573$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (11 pav.).



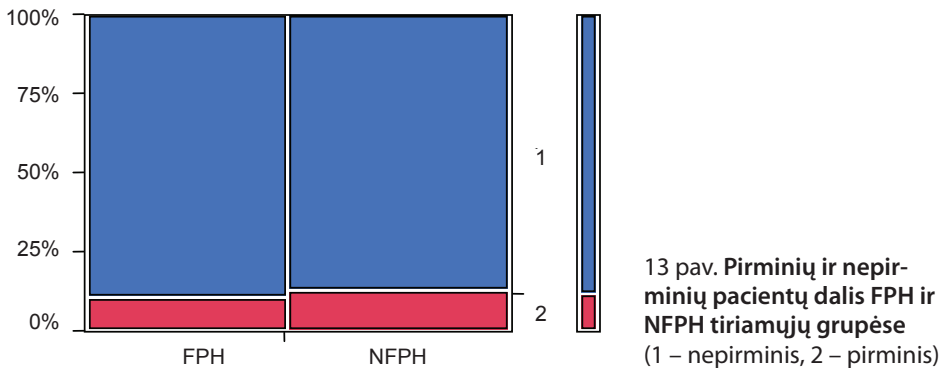
FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal tai, ar pacientas mėgino žudyti prieš tiriamąjį hospitalizavimą. FPH grupėje 5 (5,9 proc.) tiriamieji mėgino žudyti, 80 (94,1 proc.) nemėgino žudyti; NFPH grupėje 13 (13,7 proc.) tiriamųjų mėgino žudyti, 82 (86,3 proc.) nemėgino žudyti. Pagal mėginimą žudyti prieš tiriamąjį hospitalizavimą statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $\chi^2=3,034$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,082$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (12 pav.).



#### 4.2.4. Naudojimosi ankstesnėmis stacionaro paslaugomis rodikliai

Tyrimo metu taip pat įvertinti naudojimosi ankstesnėmis stacionaro paslaugomis rodikliai.

FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal tai, ar pacientas pirmą kartą hospitalizuotas į psichiatrijos stacionarą. FPH grupės 9 (10,8 proc.) tiriamieji buvo hospitalizuoti pirmą kartą (t. y. pirminiai), 74 (80,2 proc.) – ne pirmą kartą, NFPH grupės – atitinkamai 12 (13,2 proc.) ir 79 (86,8 proc.). Pagal tai, ar pacientas hospitalizuotas pirmą kartą, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $\chi^2=0,225$ ,  $l=1$ ,  $n=174$ ,  $p=0,651$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (13 pav.).



Pagal buvusių iki tiriamojo hospitalizavimų skaičių, laiką nuo pirmojo iš anamnezės žinomo hospitalizavimo iki tiriamojo hospitalizavimo (metais), laiką nuo paskutinio išrašymo iš stacionaro iki tiriamojo hospitalizavimo (paromis) statistiškai reikšmingų skirtumų tarp tiriamųjų grupių nerasta. Duomenys pateikiami 7 lentelėje.

7 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų naudojimosi stacionaro paslaugomis rodikliai

	FPH grupė				NFPH grupė				U	P
	Me	MePI (95 %)	M	D	Me	MePI (95 %)	M	D		
Iki tiriamojo hospitalizavimo buvusių hospitalizavimų skaičius	5	3,0–7,0	0	52	5	4,0–7,0	0	61	3720,5	0,866
Laikas nuo pirmojo iš anamnezės žinomo hospitalizavimo (metais)	9	7,0–12,0	0	47	8	5,8–11,0	0	48	3370,0	0,320
Laikas nuo pastutinio išrašymo iš stacionaro (paromis)	259	188,1–325,6	0	7631	199	133,0–278,1	2	4820	1725,5	0,989

Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, M – mažiausias įvertis, D – didžiausias įvertis, U – Manno–Whitney'o U

#### 4.2.5. Teismo nutartimi formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų procentinė dalis

Teismo nutartimi buvo hospitalizuota 17 (20 proc.) iš 85 formaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų.

#### 4.2.6. Medikamentinis gydymas per tris paras po hospitalizavimo

Buvo palygintas FPH ir NFPH grupių medikamentinis gydymas per pirmąsias tris paras po hospitalizavimo. Lyginant, ar buvo skirta klasikinių antipsichozinių medikamentų, atipinių antipsichozinių medikamentų, nuotaikos stabilizatorių, trankviliantų, į raumenis švirkščiamų medikamentų, intraveninių medikamentų, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nerasta. Duomenys pateikiami 8 lentelėje.

8 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamiesiems per pirmąsias tris paras po hospitalizavimo skirti medikamentai

Per pirmąsias tris paras po hospitalizavimo skirti medikamentai	FPH grupė		NFPH grupė	
	n	ld	n	ld
Klasikiniai antipsichoziniai medikamentai <sup>1</sup>	63	80,8	66	76,7
Atipiniai antipsichoziniai medikamentai <sup>2</sup>	30	34,9	28	35,9
Nuotaikos stabilizatoriai <sup>3</sup>	15	19,2	15	17,4
Trankviliantai <sup>4</sup>	61	78,2	63	73,3
Į raumenis švirkščiami medikamentai <sup>5</sup>	63	80,8	71	82,6
Intraveniniai medikamentai <sup>6</sup>	16	20,5	14	16,1

n – tiriamųjų skaičius, ld – procentinė tiriamųjų lyginamoji dalis

<sup>1</sup>  $\chi^2=0,395$ , ll=1, n=164, p=0,530 tarp FPH ir NFPH grupių

<sup>2</sup>  $\chi^2=0,18$ , ll=1, n=164, p=0,892 tarp FPH ir NFPH grupių

<sup>3</sup>  $\chi^2=0,088$ , ll=1, n=164, p=0,767 tarp FPH ir NFPH grupių

<sup>4</sup>  $\chi^2=0,543$ , ll=1, n=164, p=0,461 tarp FPH ir NFPH grupių

<sup>5</sup>  $\chi^2=0,088$ , ll=1, n=164, p=0,767 tarp FPH ir NFPH grupių

<sup>6</sup>  $\chi^2=0,540$ , ll=1, n=164, p=0,462 tarp FPH ir NFPH grupių

#### 4.2.7. Psichopatologija

Buvo palyginta FPH ir NFPH grupių psichopatologija, įvertinta BPRS. Bendrai įvertintas abiejų tiriamųjų grupių BPRS Cronbacho alfa koeficientas buvo 0,716. BPRS duomenys pateikiami 9 lentelėje ir 14–18 pav. stulpelinės sklaidos diagramomis su įkirtimais.

9 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų BPRS įverčiai

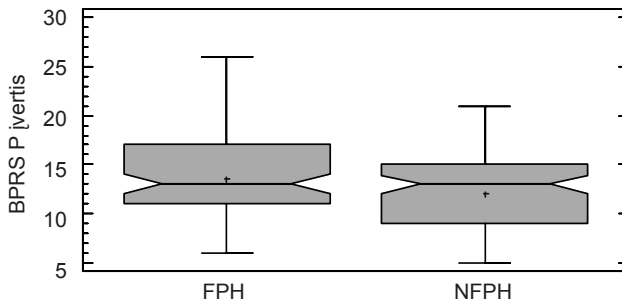
BPRS punktas arba subskalė	FPH grupė (n=85)		NFPH grupė (n=95)		U	p
	Me	MePI (95 %)	Me	MePI (95 %)		
1. Susirūpinimas sveikata	2	1,0–2,0	2	2,0–2,0	3874,0	0,625
2. Nerimas	3	3,0–3,0	3	3,0–4,0	4011,5	0,940
3. Depresija	2	2,0–3,0	2	2,0–3,0	3788,0	0,461
4. Polinkis žudyti	1	1,0–1,0	1	1,0–1,0	3722,5	0,281
5. Kaltės jausmas	1	1,0–1,0	1	1,0–1,0	3806,0	0,439
6. Priešiškumas	2	2,0–3,0	2	1,0–2,0	3204,5	0,013
7. Pakili nuotaika	1	1,0–2,0	1	1,0–1,0	3480,0	0,068
8. Didybė	1	1,0–1,0	1	1,0–1,0	3529,0	0,067
9. Įtarumas	3	2,0–3,0	2	2,0–3,0	3290,0	0,028

9 lentelės tęsinys

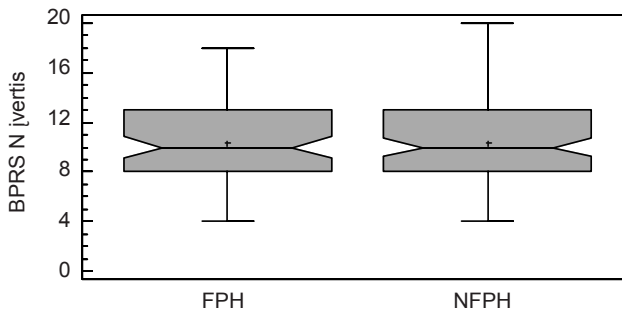
BPRS punktas arba subskalė	FPH grupė (n=85)		NFPH grupė (n=95)		U	p
	Me	MePI (95 %)	Me	MePI (95 %)		
10. Haliucinacijos	1	1,0–1,0	1	1,0–1,0	3966,0	0,810
11. Neįprastas mąstymo turinys	4	4,0–5,0	4	4,0–4,0	3222,0	0,016
12. Keistas elgesys	3	2,0–4,0	3	2,0–3,0	3582,5	0,182
13. Nesirūpinimas savimi	3	2,0–3,0	2	2,0–2,0	3357,0	0,044
14. Dezorientacija	1	1,0–1,0	1	1,0–1,0	3542,0	0,072
15. Mąstymo dezorganizacija	3	3,0–4,0	3	3,0–4,0	3639,0	0,241
16. Blankus afektas	3	3,0–3,0	3	3,0–4,0	3814,5	0,511
17. Emocinis atsiribojimas	3	2,0–3,0	3	3,0–3,0	3720,0	0,349
18. Motorinis užslopinimas	1	1,0–2,0	2	1,0–2,0	3710,0	0,305
19. Įtampa	3	3,0–3,0	3	3,0–3,0	3783,0	0,450
20. Nebendradarbiavimas	2	2,0–2,0	2	1,0–2,0	3730,0	0,351
21. Sujaudinimas	2	2,0–2,0	2	1,0–2,0	3475,0	0,088
22. Išsiblaškyimas	2	2,0–2,0	2	2,0–2,0	3928,0	0,739
23. Motorinis hiperaktyvumas	1	1,0–1,0	1	1,0–1,0	3722,0	0,279
24. Manieringumas ir pozos	2	1,0–2,0	1	1,0–2,0	3916,0	0,706
Pozityviųjų simptomų subskalė (9,10,11,12,14 punktai)	13	12,0–14,0	13	11,0–13,0	3325,5	0,041
Negatyviųjų simptomų subskalė (13,16,17,18 punktai)	10	9,0–11,0	10	9,0–11,0	4021,5	0,963
Depresijos/nerimo simptomų subskalė (2,3,4,5 punktai)	8	7,0–10,0	8	7,0–9,5	3773,0	0,447
Manijos/sujaudinimo simptomų subskalė (6,7,8,21,22,23 punktai)	11	10,0–13,0	9	8,0–10,5	3062,5	0,005
BPRS bendras įvertis	58	54,0–61,0	55	52,0–58,5	3460,0	0,098

Subskalės sudarytos pagal J. Ventura [149]

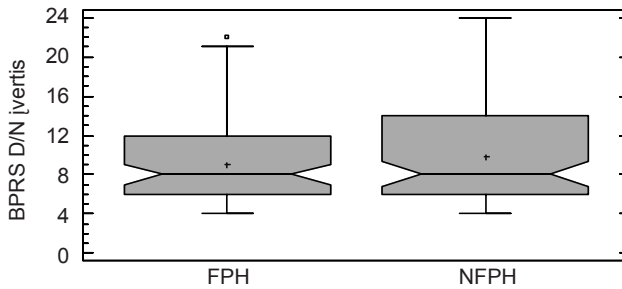
Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, U – Manno–Whitney'o U



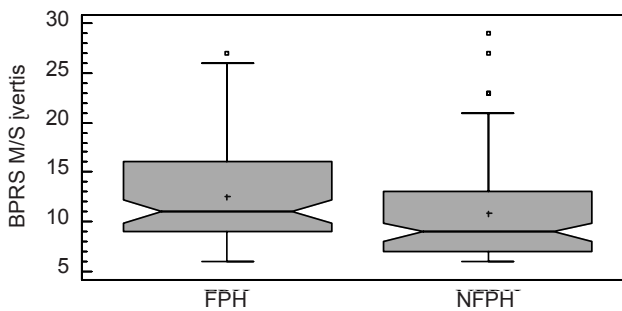
14 pav. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų BRPS Pozityviųjų simptomų subskalės (BPRS P) įverčiai



15 pav. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų BRPS Negatyviųjų simptomų subskalės (BPRS N) įverčiai

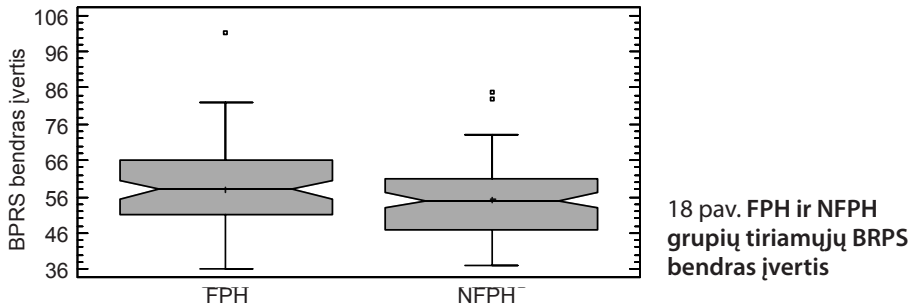


16 pav. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų BRPS Depresijos/nerimo simptomų subskalės (BPRS D/N) įverčiai



17 pav. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų BRPS Manijos/sujaudinimo subskalės (BPRS M/N) įverčiai





Nustatyta, kad FPH grupėje buvo statistiškai reikšmingai didesni BPRS 6, 9, 11, 13 punktų ir Manijos/sujaudinimo simptomų subskalių įverčiai. Nors Mann–Whitney’o testas rodo esant statistiškai reikšmingą BPRS Pozityviųjų simptomų subskalės įverčių skirtumą tarp grupių, tačiau vienodos tiriamųjų grupių medianos, susiklojantys ir menkai besiskiriantys jų pasikliautiniai intervalai leidžia abejoti šio skirtumo buvimu.

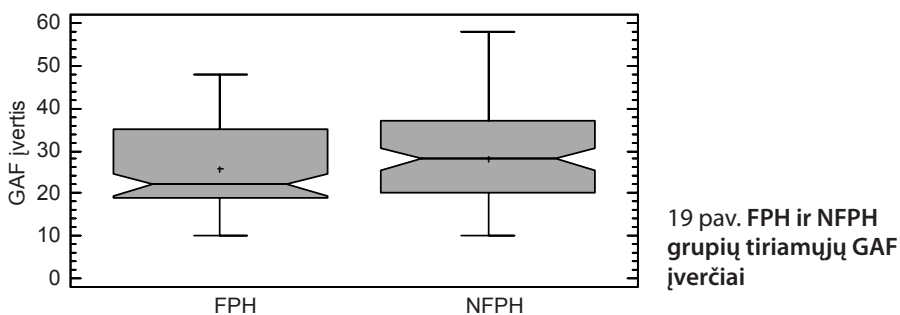
#### 4.2.8. Bendras veiklos lygis

Bendras veiklos lygis buvo įvertintas naudojant Bendro veiklos įvertinimo (GAF) skalę. Nors FPH grupės įverčiai buvo šiek tiek mažesni nei NFPH, bet statistiškai reikšmingo skirtumo nepasiekė. Duomenys pateikiami 10 lentelėje ir 19 pav.

10 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų GAF skalės įverčiai

	FPH grupė (n=85)				NFPH grupė (n=95)				U	p
	Me	MePI (95 %)	M	D	Me	MePI (95 %)	M	D		
GAF įverčiai	22	20,0–29,1	10	48	28	24,0–30,5	10	58	3452,5	0,093

Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, M – mažiausias įvertis, D – didžiausias įvertis, U – Mann–Whitney’o U



#### 4.2.9. Agresija

FPH ir NFPH grupės buvo palygintos pagal agresijos pasireiškimą. Kadangi atliktus variacinę analizę gautų MOAS skalės duomenų pasiskirstymas buvo netolygus, bendrai agresijai įvertinti pacientai buvo suskirstyti į dvi kategorijas – agresyvius, kurių MOAS skalės bendras svertinis balas buvo  $\geq 3$  balai, o neagresyvių pacientų kategorijai priskirti pacientai, kurių MOAS bendras svertinis balas buvo  $< 3$  balai. Moksliniuose tyrimuose mažiausias MOAS skalės svertinis balas, kuriuo įvertinti pacientai laikomi agresyviais, svyruoja nuo 1 iki 4 balų [106, 133], tačiau taikant 3 arba 4 balų ribą atmetami pačios lengviausios agresijos atvejai, kurių įvertinimas tyrimo metu gali būti nepakankamai tikslus. Siekiant nustatyti, ar FPH ir NFPH grupių agresijos pasireiškimų dažnis skiriasi, chi kvadrato ( $\chi^2$ ) testu grupės buvo palygintos pagal agresijos buvimą arba nebuvimą. Nustatyta, kad FPH grupėje agresija (MOAS  $\geq 3$  balai) pasireiškė 37 (43,5 proc.) pacientams, NFPH grupėje – 26 (27,4 proc.) pacientams ( $\chi^2=5,150$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,023$ ), t. y. formaliai priverstinai hospitalizuotiems pacientams agresija buvo būdingesnė negu neformaliai priverstinai hospitalizuotiems. Taip pat buvo palygintas agresijos pasireiškimas pagal atskiras agresijos kategorijas. Šiuo atveju kiekvienos agresijos kategorijos elgesys buvo laikomas agresyviu, jei tos kategorijos įvertis  $\geq 1$  balas. Duomenys pateikiami 11 lentelėje.

11 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų pacientų agresija

Agresijos kategorijos	Tiriamųjų grupės					
	FPH ir NFPH kartu		FPH		NFPH	
	n <sup>1</sup>	ld <sup>1</sup>	n <sup>2</sup>	ld <sup>2</sup>	n <sup>3</sup>	ld <sup>3</sup>
Žodinė agresija <sup>4</sup>	107	59,4	60	70,6	47	49,5
Agresija turtui	17	9,4	9	10,6	8	8,4
Autoagresija	17	9,4	10	11,8	7	7,4
Fizinė agresija <sup>5</sup>	34	18,9	22	25,9	12	12,6

n – tiriamųjų skaičius, ld – procentinė tiriamųjų lyginamoji dalis

<sup>1</sup> – 180 tiriamųjų, <sup>2</sup> – 85 tiriamieji, <sup>3</sup> – 95 tiriamieji

<sup>4</sup>  $\chi^2=8,296$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,004$  tarp FPH ir NFPH grupių

<sup>5</sup>  $\chi^2=5,141$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,023$  tarp FPH ir NFPH grupių

Nustatyta, kad abiejose pacientų grupėse dažniausiai pasireiškė žodinė agresija, o lyginant dviejų grupių tiriamųjų agresijos pasireiškimų skirtumus paaiškė-

jo, kad FPH grupės tiriamųjų žodinės agresijos ir fizinės agresijos pasireiškimas buvo statistiškai reikšmingai dažnesnis negu NFPH grupės.

Kadangi ankstesnių tyrimų duomenys rodo, kad agresijos pobūdžiui ir stiprumui gali daryti įtaką lytis [100, 103], atskirai buvo įvertinta vyrų ir moterų agresija. FPH grupėje bendra agresija (MOAS skalės bendras svertinis balas buvo  $\geq 3$  balai) pasireiškė 19 vyrų ir 18 moterų, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų nebuvo. NFPH grupėje bendra agresija pasireiškė 11 moterų ir 15 vyrų, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp jų taip pat nerasta. Buvo palygintas atskirų agresijos kategorijų dažnis pagal lytį. Žodinė agresija pasireiškė 38 moterims (82,6 proc. visų grupės moterų) ir 22 vyrams (56,4 proc. visų grupės vyrų) FPH grupėje ( $\chi^2=6,978$ ,  $ll=1$ ,  $n=85$ ,  $p=0,008$ ) bei 27 moterims (65,9 proc. visų grupės moterų) ir 20 vyrų (37,0 proc. visų grupės vyrų) NFPH grupėje ( $\chi^2=7,742$ ,  $ll=1$ ,  $n=95$ ,  $p=0,005$ ). Pagal kitas agresijos kategorijas statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyčių nenustatyta.

Taip pat buvo įvertintas bendros agresijos ryšys su įvairiais psichopatologiniais veiksniais. FPH grupėje nustatyta statistiškai reikšminga bendros agresijos stiprumo teigiama koreliacija su BPRS Pozityviųjų simptomų subskalės įverčiais (Spearmano  $\rho=0,357$ ,  $n=85$ ,  $p=0,001$ ). Tai rodo, jog stiprėjant pozityviesiems simptomams didėja ir agresijos išraiška. Atlikus agresijos sunkumo koreliaciją su BPRS Manijos/sujaudinimo simptomų subskalės įverčiais (Spearmano  $\rho=0,322$ ,  $n=85$ ,  $p=0,003$ ), taip pat paaiškėjo, kad šiuos požymius sieja statistiškai reikšmingas vidutinio stiprumo ryšys ir tai rodo, jog sunkėjant manijos/sujaudinimo simptomams didėja ir agresijos išraiška. Atlikus agresijos sunkumo ir GAF skalės įverčių koreliacinę analizę gautas atvirkščias vidutinio stiprumo ryšys (Spearmano  $\rho=-0,321$ ,  $n=85$ ,  $p=0,003$ ). Tai rodo, jog didėjant GAF skalės įverčiams mažėja agresijos lygis. Tačiau ryšio tarp agresijos sunkumo ir BPRS depresijos/nerimo simptomų, BPRS negatyviųjų simptomų ir pacientų amžiaus nebuvo.

NFPH grupėje nustatyta tik statistiškai reikšminga neigiama bendros agresijos koreliacija su GAF skale (Spearmano  $\rho=-0,296$ ,  $n=95$ ,  $p=0,004$ ). Tai rodo, jog NFPH grupei būdingas šiek tiek silpnesnis, nors ir statistiškai reikšmingas atvirkščias ryšys tarp GAF skalės įverčių ir agresijos sunkumo.

#### 4.2.10. Kaip pacientai vertina jiems taikomą gydymą?

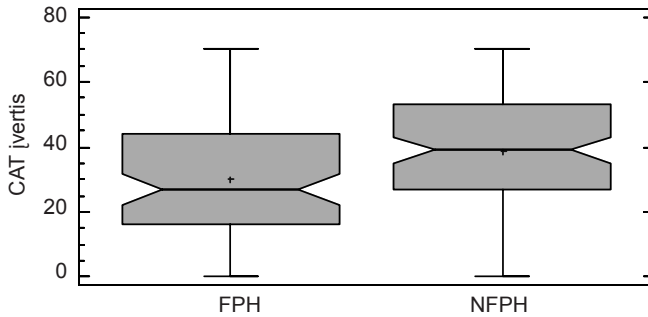
Kaip pacientai vertina jiems taikomą gydymą ir slaugą, buvo išsiaiškinta Kliento gydymo įvertinimo (CAT) skale. Bendrai įvertintas abiejų tiriamųjų grupių CAT skalės Cronbacho alfa koeficientas buvo 0,907. CAT skalės duomenys pateikiami 12 lentelėje ir 20 pav.

12 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų CAT skalės įverčiai

CAT skalės punktas	FPH grupė (n=85)		NFPH grupė (n=95)		U	p
	Me	MePI (95 %)	Me	MePI (95 %)		
1. Ar manote, kad čia esate tinkamai gydomas (-a)?	3	2,0–5,0	5,5	5,0–8,0	2562,5	0,005
2. Ar jūsų gydytojas/slaugytoja supranta jus ir dalyvauja gydant?	5	3,0–7,0	8	8,0–9,0	2731,0	0,002
3. Ar santykiai su kitu personalu jums malonūs, ar nemalonūs?	5	5,0–8,0	7	6,0–7,4	3565,0	0,254
4. Ar manote, kad esate gydomas (-a) tinkamais vaistais?	4	2,0–5,0	6	5,0–8,0	2443,5	0,002
5. Ar manote, kad čia taikomi kiti gydymo/slaugos būdai jums yra tinkami?	6	4,3–8,3	6	5,0–8,0	1263,5	0,942
6. Ar jaučiatės čia gerbiamas (-a), ar atsižvelgiama į jūsų nuomonę?	5	4,0–5,0	7	5,0–7,0	2577,5	0,001
7. Ar skiriamas gydymas jums yra naudingas?	3	1,0–4,0	7	5,8–7,2	2305,5	0,0001
CAT suma	27	21,9–32,0	39	36,0–45,0	2868,0	0,001

Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, U – Manno–Whitney'o U

CAT skalės 1, 2, 4, 6, 7 punktų bei CAT bendras įvertis buvo statistiškai reikšmingai didesnis NFPH grupės pacientų ir tai rodo, kad šios grupės pacientai geriau vertina daugumą gydymo ir slaugos aspektų.



20 pav. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų CAT įverčiai

#### 4.2.11. Gyvenimo kokybė

Naudojant Trumpąją Mančesterio gyvenimo kokybės įvertinimo (MANSA) skalę buvo iširta FPH ir NFPH grupių gyvenimo kokybė. Bendrai įvertintas abiejų tiriamųjų grupių MANSA skalės Cronbacho alfa koeficientas buvo 0,717. MANSA skalės kategorinių punktų duomenys ir bendras suminis įvertis pateikiami 13 lentelėje, grafinis vaizdas – 21 paveiksle.

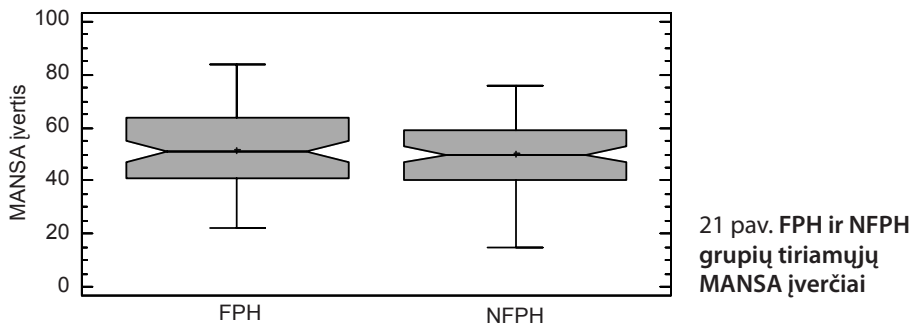
13 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų MANSA įverčiai

MANSA punktas	FPH grupė (n=85)		NFPH grupė (n=95)		U	P
	Me	MePI (95 %)	Me	MePI (95 %)		
1. Ar šiuo metu jūs patenkintas (-a) savo gyvenimu?	3	3,0–4,0	4	3,0–4,0	3770,5	0,509
2. a) Ar jūs patenkintas (-a) savo darbu (arba mokymusi/studijomis, kuris yra pagrindinis jūsų užsiėmimas)? Jei bedarbis(-ė), pensininkas (-ė)	4	3,0–5,0	3	3,0–4,0	3744,5	0,471
2. b) Ar jūs patenkintas savo pensininko (-ės), bedarbio (-ės) padėtimi?						
3. Ar jūs patenkintas savo finansine padėtimi?	3	2,0–4,0	3	2,0–4,0	3968,0	0,937
6. Ar jūs patenkintas (-a) tuo, kiek turite draugų (-ių) ir santykius su jais (jomis)?	5	4,0–6,0	4	3,0–6,0	3796,0	0,558
7. Ar jūs patenkintas (-a) savo laisvalaikio veikla?	5	4,0–6,0	5	4,0–5,0	3638,0	0,295
8. Ar jūs patenkintas (-a) savo gyvenamąja vieta?	6	5,0–6,0	5	5,0–6,0	3600,5	0,243

13 lentelės tęsinys

MANSA punktas	FPH grupė (n=85)		NFPH grupė (n=95)		U	p
	Me	MePI (95 %)	Me	MePI (95 %)		
11. Ar jūs jaučiatės saugus (-i)?	4	3,0–5,0	4	4,0–5,5	3614,5	0,217
12. a) ar jūs patenkintas (-a) kartu su jumis gyvenančiais žmonėmis? jei gyvenate vienas (-a)	5	4,0–6,0	5	4,0–6,0	3731,5	0,519
12. b) ar jūs patenkintas (-a) gyvenimu vienumoje?	4	3,0–5,0	4	3,0–4,0	3167,0	0,384
14. Ar jūs patenkintas (-a) santykiais su savo šeima?	4	3,0–5,0	5	4,0–5,0	3483,5	0,465
15. Ar jūs patenkintas (-a) savo fizine sveikata?	6	5,0–6,0	5	4,0–6,0	3630,5	0,233
16. Ar jūs patenkintas (-a) savo psichikos sveikata?	6	4,0–6,0	4	4,0–5,0	3397,0	0,061
MANSA suma	51	46,0–56,0	50	47,0–53,5	3817,5	0,528

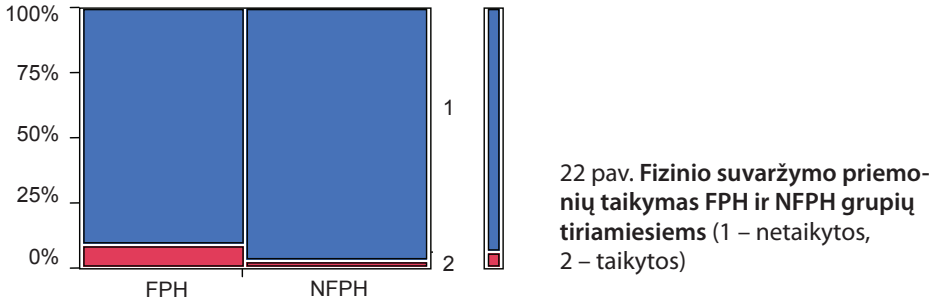
Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, U – Manno–Whitney'o U



Atlikus analizę statistiškai reikšmingų MANSA skalės įverčių skirtumų tarp tiriamųjų grupių nenustatyta.

#### 4.2.12. Fizinio suvaržymo priemonių taikymas

Palyginus fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) taikymą per pirmą parą po hospitalizavimo nustatyta, kad šios priemonės FPH grupėje taikytos 8 (9,4 proc.) tiriamiesiems, netaikytos – 77 (90,6 proc.), NFPH grupėje – atitin-



kamai 3 (3,2 proc.) ir 92 (96,8 proc.). Naudojant tikslųjį dvipusį Fisherio testą statistiškai reikšmingo skirtumo pagal fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) taikymą tarp tiriamųjų grupių nebuvo ( $n=180$ ,  $p=0,118$ ). Duomenys pateikiami mozaikos grafiku (22 pav.).

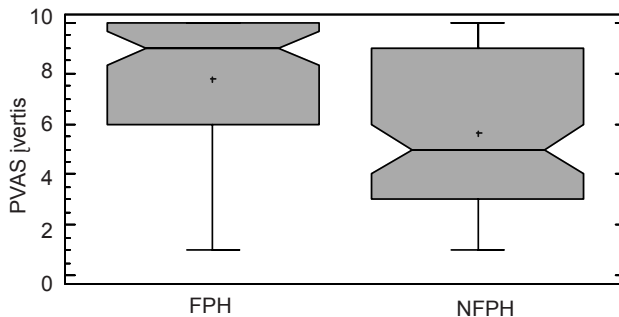
#### 4.2.13. Prievartos vizualine analogine (PVAS) skale įvertintas subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas

FPH ir NFPH grupių tiriamųjų jaučiama prievarta buvo įvertina Prievartos vizualine analogine (PVAS) skale. Duomenys pateikiami 14 lentelėje ir 23 pav.

14 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamųjų PVAS įverčiai

	FPH grupė (n=83)				NFPH grupė (n=93)				U	p
	Me	MePI (95 %)	M	D	Me	MePI (95 %)	M	D		
PVAS įverčiai	9	8,0–10,0	1	10	5	5,0–6,0	1	10	2467,0	0,0001

Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, M – mažiausias įvertis, D – didžiausias įvertis, U – Mann–Whitney'o U



Gauti duomenys rodo, kad pagal PVAS įverčius FPH grupės tiriamieji statistiškai reikšmingai stipriau subjektyviai jautė prievartą nei NFPH grupės tiriamieji.

#### 4.2.14. Subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumo ryšys su įvairiais veiksniais

Siekiant nustatyti, kokie veiksniai susiję su į ūmios psichiatrijos skyrius hospitalizuojamų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu, buvo atlikta koreliacinė analizė. Dėl netolydaus duomenų pasiskirstymo VAS skalės duomenys suskirstyti į tris grupes: 1–3 balai perkoduoti į 1 (silpnos prievartos), 4–7 balai perkoduoti į 2 (vidutinio stiprumo prievartos), 8–10 balai perkoduoti į 3 (stiprios prievartos). Tikrinta, kaip PVAS skale nustatytas jaučiamos prievartos stiprumas koreliuoja su socialiniais demografiniais ir klinikiniais veiksniais, psichopatologija (BPRS bendru įverčiu, BPRS Pozityviųjų simptomų subskale, BPRS Negatyviųjų simptomų subskale, BPRS Manijos/sujaudinimo subskale, BPRS Depresijos/nerimo subskale), agresija (MOAS žodinės agresijos įverčiais, MOAS agresijos turtui įverčiais, MOAS autoagresijos įverčiais, MOAS fizinės agresijos įverčiais), bendru veiklos įvertinimu (GAF skalės įverčiais), kliento įvertintu gydymu (CAT įverčiais), gyvenimo kokybe (MANSA įverčiais), diagnostinių kategorijų grupe. Kadangi PVAS skalė buvo perkoduota į tris rangus ir rezultatuose buvo daug pasikartojančių įverčių (sutapimų), koreliacinė analizė atlikta naudojant neparameetrinį gama koreliacijos metodą [161, 162]. Analizuojant prievartos koreliacijas su įvairiais agresijos aspektais, buvo naudojamos MOAS žodinės agresijos, MOAS agresijos turtui, MOAS autoagresijos, MOAS fizinės agresijos įverčių spektru nuo 0 iki 4 balų. Taip pat buvo pasitelkti du kintamieji:  $MOAS_{40}$  ir  $MOAS_{28}$ . Kintamasis  $MOAS_{40}$  gautas susumavus šiuos komponentus: MOAS žodinės agresijos balus padauginus iš koeficiento 1, MOAS agresijos turtui balus padauginus iš koeficiento 2, MOAS autoagresijos balus padauginus iš koeficiento 3, MOAS fizinės agresijos balus padauginus iš koeficiento 4. Tokiu atveju gaunamas bendros agresijos svertinis balas, kurio galima didžiausia vertė yra 40. Kintamasis  $MOAS_{28}$  gautas susumavus šiuos komponentus: MOAS žodinės agresijos balus padauginus iš koeficiento 1, MOAS agresijos turtui balus padauginus iš koeficiento 2, MOAS fizinės agresijos balus padauginus iš koeficiento 4. Tuomet gaunamas bendros agresijos svertinis balas, kurio galima didžiausia vertė yra 28. Šiame kintamajame nėra autoagresijos, nes manoma, kad ji pasižymi specifinėmis savybėmis ir vertinant



bendrą agresiją kai kuriais atvejais, siekiant didesnio tikslumo, jos į bendrą MOAS svertinio balo sumą geriau netraukti [100].

Atskirai buvo įvertintos FPH ir NFPH grupės bei apskritai visi prievartą patiriantys pacientai (FPH ir NFPH grupės kartu). Duomenys pateikiami 15–17 lentelėse.

15 lentelė. FPH grupės tiriamųjų subjektyviai jaučiamos prievartos koreliacijos su įvairiais veiksniais

Rodikliai	n	Gama koreliacija su PVAS	p
Lytis (moteriškoji)	83	0,551	0,004
Amžius	83	0,108	0,420
Dirbantis (-i)	83	-0,222	0,409
Susituokęs (-usi)	83	-0,156	0,547
Tautybė – lietuvis (-ė)	83	-0,186	0,419
Priverstinai hospitalizuotas teismo nutartimi	83	-0,364	0,185
GAF	83	-0,113	0,347
MOAS žodinė agresija	83	0,492	0,0001
MOAS agresija turtui	83	0,227	0,517
MOAS autoagresija	83	-0,03	0,924
MOAS fizinė agresija	83	0,294	0,186
MOAS <sub>28</sub> įvertis	83	0,367	0,01
MOAS <sub>40</sub> įvertis	83	0,312	0,032
BPRS Manijos/sujaudinimo subskalė	83	0,109	0,455
BPRS Negatyviųjų simptomų subskalė	83	0,024	0,858
BPRS Pozityviųjų simptomų subskalė	83	-0,029	0,822
BPRS Depresijos/nerimo subskalė	83	-0,173	0,144
BPRS bendras įvertis	83	0,045	0,737
MANSA bendras įvertis	83	-0,015	0,911
CAT bendras įvertis	83	-0,295	0,013
Buvusių hospitalizavimų skaičius	81	-0,238	0,054
Metai nuo pirmojo hospitalizavimo	81	0,002	0,988
Laikas nuo paskutinio hospitalizavimo	72	0,158	0,240
Ne pirmasis hospitalizavimas	81	-0,650	0,044
GMP atvežtas hospitalizuoti	82	0,195	0,370
Mėginimas žudyti prieš hospitalizavimą	83	1,0	0,021
Per pirmas tris paras po hospitalizavimo skirti injekciniai medikamentai	76	-0,308	0,256
Per pirmas tris paras po hospitalizavimo skirti intraveniniai medikamentai	76	-0,007	0,981
Priklausymas šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdesinių sutrikimų grupei (F20–F29)	83	-0,167	0,639
Fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) per pirmą parą po hospitalizavimo taikymas	83	1,0	0,0001

n – tiriamųjų skaičius

16 lentelė. NFPH grupės tiriamųjų subjektyviai jaučiamos prievartos koreliacijos su įvairiais veiksniais

Rodikliai	n	Gama koreliacija su PVAS	P
Lytis (moteriška)	93	0,129	0,432
Amžius	93	0,119	0,247
Dirbantis (-i)	93	0,193	0,344
Susituokęs (-usi)	93	-0,158	0,373
Tautybė – lietuvis (-ė)	93	0,097	0,583
GAF	93	-0,105	0,331
MOAS žodinė agresija	93	0,663	0,0001
MOAS agresija turtui	93	0,552	0,073
MOAS autoagresija	93	-0,458	0,160
MOAS fizinė agresija	93	0,281	0,267
MOAS <sub>28</sub> įvertis	93	0,519	0,0001
MOAS <sub>40</sub> įvertis	93	0,346	0,005
BPRS Manijos/sujaudinimo subskalė	93	0,204	0,067
BPRS Negatyviųjų simptomų subskalė	93	0,101	0,381
BPRS Pozityviųjų simptomų subskalė	93	0,155	0,145
BPRS Depresijos/nerimo subskalė	93	-0,303	0,002
BPRS bendras įvertis	93	0,001	0,992
MANSA bendras įvertis	93	0,001	0,991
CAT bendras įvertis	93	-0,405	0,0001
Buvusių hospitalizavimų skaičius	91	0,095	0,342
Metai nuo pirmojo hospitalizavimo	89	0,154	0,127
Laikas nuo paskutiniojo hospitalizavimo	76	0,096	0,349
Ne pirmasis hospitalizavimas	91	-0,031	0,875
GMP atvežtas hospitalizuoti	92	-0,156	0,354
Mėginimas žudyti prieš hospitalizavimą	93	-0,384	0,122
Per pirmas tris paras po hospitalizavimo skirti injekciniai medikamentai	86	-0,068	0,765
Per pirmas tris paras po hospitalizavimo skirti intraveniniai medikamentai	87	0,07	0,721
Priklausymas šizofrenijos, šizotipinio ir kliesedinių sutrikimų grupei (F20–F29)	93	0,574	0,002
Fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) per pirmą parą po hospitalizavimo taikymas	93	0,692	0,264

n – tiriamųjų skaičius

17 lentelė. Visų priverstinai hospitalizuotų (FPH ir NFPH grupių) tiriamųjų subjektyviai jaučiamos prievartos koreliacijos su įvairiais veiksniais

Rodikliai	n	Gama koreliacija su PVAS	p
Lytis (moteriška)	176	0,311	0,011
Amžius	176	0,105	0,164
Dirbantis (-i)	176	0,054	0,734
Susituokęs (-usi)	176	-0,072	0,612
Tautybė – lietuvis (-ė)	176	0,014	0,918
Formali hospitalizavimo teisinė padėtis	176	0,572	0,0001
Priverstinai hospitalizuotas teismo nutartimi	83	-0,364	0,185
GAF	176	-0,137	0,81
MOAS žodinė agresija	176	0,627	0,0001
MOAS agresija turtui	176	0,421	0,054
MOAS autoagresija	176	-0,101	0,643
MOAS fizinė agresija	176	0,385	0,11
MOAS <sub>28</sub> įvertis	176	0,501	0,0001
MOAS <sub>40</sub> įvertis	176	0,385	0,0001
BPRS Manijos/sujaudinimo subskalė	176	0,237	0,004
BPRS Negatyviųjų simptomų subskalė	176	0,07	0,4
BPRS Pozityviųjų simptomų subskalė	176	0,130	0,102
BPRS Depresijos/nerimo subskalė	176	-0,248	0,001
BPRS bendras įvertis	176	0,065	0,402
MANSA bendras įvertis	176	0,017	0,815
CAT bendras įvertis	176	-0,421	0,0001
Buvusių hospitalizavimų skaičius	172	-0,02	0,794
Metai nuo pirmojo hospitalizavimo	170	0,117	0,125
Laikas nuo paskutiniojo hospitalizavimo	148	0,146	0,061
Ne pirmasis hospitalizavimas	172	-0,124	0,481
GMP atvežtas hospitalizuoti	174	-0,067	0,603
Mėginimas žudyti prieš hospitalizavimą	176	-0,215	0,338
Per pirmas tris paras po hospitalizavimo skirti injekciniai medikamentai	162	-0,148	0,375
Per pirmas tris paras po hospitalizavimo skirti intraveniniai medikamentai	163	0,031	0,846
Priklausymas šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdinių sutrikimų grupei (F20–F29)	176	0,486	0,004
Fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) per pirmą parą po hospitalizavimo taikymas	176	0,849	0,002

n – tiriamųjų skaičius

#### 4.2.15. Subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumo prognozavimo veiksniai

Nustačius reikšmingas koreliacijas, prievartos stiprumo veiksnių analizei buvo pasitelktas daugybines regresijos metodas. Naudotas „laiptinis“ metodas. Tikrinant galimus prognozavimo veiksnius įtraukti reikšmingai su PVAS koreliavę veiksniai. Kaip ir taikant gama koreliaciją, atliktas VAS skalės duomenų grupavimas į tris grupes: 1–3 balai perkoduoti į 1 (silpnos prievartos), 4–7 balai perkoduoti į 2 (vidutinio stiprumo prievartos), 8–10 balų perkoduoti į 3 (stiprios prievartos). Įvertintos FPH ir NFPH grupės bei apskritai visi prievartą patiriantys tiriamieji (FPH ir NFPH grupės kartu). Iš pradžių buvo įvertintas daugiakolinearumas, t. y. nepriklausomų kintamųjų tarpusavio koreliacijos ir galutinei analizei palikti tarpusavyje reikšmingai nekoreliavę kintamieji. Pritaikius „laiptinę“ daugybines regresiją gautuose prognozavimo modeliuose buvo nustatyti statistiškai reikšmingi faktoriai.

**FPH grupės analizė.** Pritaikius „laiptinę“ daugybines regresiją gautuose prognozavimo modeliuose buvo palikti statistiškai reikšmingi faktoriai, kurie parodyti 18, 19 lentelėse. Pirmame modelyje faktorius „žodinė agresija“ paaiškina 10 proc. priklausomo kintamojo (t. y. prievartos stiprumo) variacijos. Antrame modelyje pridėjus faktorių „moteriškoji lytis“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 15 proc. Trečiame modelyje pridėjus trečią faktorių „CAT įvertis“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 20 proc. Ketvirtame modelyje pridėjus ketvirtą faktorių „mėginimas žudyti“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 23 proc.

18 lentelė. FPH grupės tiriamųjų prievartos stiprumo modelio kokybės parametrai

Modelis	R	R <sup>2</sup>	StR <sup>2</sup>
1	0,326(a)	0,106	0,095
2	0,413(b)	0,171	0,150
3	0,483(c)	0,233	0,203
4	0,521(d)	0,271	0,233

a – žodinė agresija, b – žodinė agresija; moteriškoji lytis; c – žodinė agresija; moteriškoji lytis, CAT įvertis, d – žodinė agresija; moteriškoji lytis, CAT įvertis, mėginimas žudyti, R – daugybines koreliacijos koeficientas, R<sup>2</sup> – determinacijos koeficientas, StR<sup>2</sup> – standartizuotas determinacijos koeficientas

19 lentelė. FPH grupės tiriamųjų regresijos galutinio modelio koeficientai ir jų statistinės reikšmės

	Modelis	B	$\beta$	t	p	B PI (95 %)	
						apatinis	viršutinis
1	(Konstanta)	2,297		20,573	0,0001	2,074	2,519
	Žodinė agresija	0,189	0,326	3,062	0,003	0,066	0,312
2	(Konstanta)	2,852		11,412	0,0001	2,355	3,350
	Žodinė agresija	0,162	0,278	2,655	0,01	0,04	0,283
	Lytis (moteriškoji)	0,356	0,259	2,467	0,016	0,643	0,069
3	(Konstanta)	3,140		11,719	0,0001	2,606	3,673
	Žodinė agresija	0,156	0,270	2,654	0,01	0,039	0,274
	Lytis (moteriškoji)	0,363	0,264	2,602	0,011	0,641	0,085
	CAT įvertis	-0,009	-0,249	-2,497	0,015	-0,16	-0,002
4.	(Konstanta)	2,473		5,821	0,001	1,627	3,319
	Žodinė agresija	0,177	0,306	3,018	0,003	0,06	0,294
	Lytis (moteriškoji)	0,346	0,252	2,521	0,014	0,619	0,073
	CAT įvertis	-0,008	-0,239	-2,434	0,017	0,015	-0,002
	Mėginimas žudyti	0,567	0,199	1,998	0,049	0,002	1,132

B – nestandartizuoti koeficientai,  $\beta$  – standartizuoti koeficientai, t – Studento kriterijus, PI – pasikliautinis intervalas

**NFPH grupės analizė.** Pritaikius „laiptinę“ daugybinę regresiją gautuose prognozavimo modeliuose buvo palikti statistiškai reikšmingi faktoriai, kurie parodyti 20, 21 lentelėse. Pirmame modelyje faktorius „žodinė agresija“ paaiškina 24 proc. priklausomo kintamojo (t. y. prievartos stiprumo) variacijos. Antrame modelyje pridėjus faktorių „priklausymas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 31 proc. Trečiame modelyje pridėjus trečią faktorių „CAT įvertis“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 37 proc.

20 lentelė. NFPH grupės tiriamųjų prievartos stiprumo modelio kokybės parametrai

Modelis	R	R <sup>2</sup>	StR <sup>2</sup>
1	0,500(a)	0,250	0,242
2	0,571(b)	0,327	0,312
3	0,628(c)	0,394	0,374

a – žodinė agresija, b – žodinė agresija; priklausymas F20–F29 diagnostinei grupei; c – žodinė agresija; priklausymas F20–F29 diagnostinei grupei; CAT įvertis, R – daugybinės koreliacijos koeficientas, R<sup>2</sup> – determinacijos koeficientas, StR<sup>2</sup> – standartizuotas determinacijos koeficientas

21 lentelė. NFPH grupės tiriamųjų regresijos galutinio modelio koeficientai ir jų statistinės reikšmės

Modelis	B	$\beta$	t	p	B PI (95 %)	
					apatinis	viršutinis
1 (Konstanta)	1,677		17,928	0,0001	1,491	1,863
Žodinė agresija	0,417	0,500	5,514	0,0001	0,267	0,568
2 (Konstanta)	2,338		10,363	0,0001	1,890	2,787
Žodinė agresija	0,399	0,478	5,513	0,0001	0,255	0,543
Priklausymas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei	0,523	0,277	3,191	0,002	0,849	0,198
3 (Konstanta)	2,930		10,254	0,0001	2,362	3,498
Žodinė agresija	0,308	0,369	4,106	0,0001	0,159	0,456
Priklausymas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei	0,516	0,273	3,296	0,001	0,827	0,205
CAT įvertis	-0,014	-0,282	-3,149	0,002	-0,022	-0,005

B – nestandartizuoti koeficientai,  $\beta$  – standartizuoti koeficientai, t – Studento kriterijus, PI – pasikliautinis intervalas

**Formaliai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH ir NFPH) pacientų bendra analizė.** Pritaikius „laiptinę“ daugybinę regresiją gautuose prognozavimo modeliuose buvo palikti statistiškai reikšmingi faktoriai, kurie parodyti 22, 23 lentelėse. Pirmame modelyje faktorius „žodinė agresija“ paaiškina 22 proc. priklausomo kintamojo (t. y. prievartos stiprumo) variacijos. Antrame modelyje pridėjus faktorių „CAT įvertis“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 30 proc. Trečiame modelyje pridėjus trečią faktorių „formalus priverstinis hospitalizavimas“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 33 proc. Ketvirtame modelyje pridėjus ketvirtą faktorių „priklausymas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei“, priklausomo kintamojo variacijos paaiškinimas išaugo iki 35 proc.

22 lentelė. Formaliai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH ir NFPH grupių kartu) pacientų prievartos stiprumo modelio kokybės parametrai

Modelis	R	R <sup>2</sup>	StR <sup>2</sup>
1	0,468(a)	0,219	0,215
2	0,556(b)	0,310	0,302
3	0,584(c)	0,341	0,330
4	0,602(d)	0,363	0,348

a – žodinė agresija; b – žodinė agresija; CAT įvertis; c – žodinė agresija; CAT įvertis; formalus priverstinis hospitalizavimas; d – žodinė agresija; CAT įvertis; formalus priverstinis hospitalizavimas; priklausymas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei, R – daugybinės koreliacijos koeficientas, R<sup>2</sup> – determinacijos koeficientas, StR<sup>2</sup> – standartizuotas determinacijos koeficientas

23 lentelė. Formaliai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH ir NFPH grupių kartu) pacientų regresijos galutinio modelio koeficientai ir jų statistinės reikšmės

Modelis	B	$\beta$	t	p	B PI (95 %)	
					apatinis	viršutinis
1 (Konstanta)	1,908		25,733	0,0001	1,762	2,055
Žodinė agresija	0,338	0,468	6,994	0,0001	0,242	0,433
2 (Konstanta)	2,429		18,686	0,0001	2,172	2,685
Žodinė agresija	0,281	0,389	5,961	0,0001	0,188	0,374
CAT įvertis	-0,013	-0,310	-4,751	0,0001	-0,019	-0,008
3 (Konstanta)	1,961		9,509	0,0001	1,554	2,368
Žodinė agresija	0,250	0,347	5,278	0,0001	0,156	0,343
CAT įvertis	-0,012	-0,274	-4,193	0,0001	-0,017	-0,006
Formalus priverstinis hospitalizavimas	0,303	0,189	2,884	0,004	0,096	0,511
4 (Konstanta)	2,436		8,556	0,0001	1,874	2,998
Žodinė agresija	0,234	0,325	4,964	0,0001	0,141	0,327
CAT įvertis	-0,012	-0,284	-4,406	0,0001	-0,018	-0,007
Formalus priverstinis hospitalizavimas	0,259	0,162	2,459	0,015	0,051	0,467
Priklausymas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei	0,324	0,150	2,385	0,018	0,592	0,056

B – nestandartizuoti koeficientai,  $\beta$  – standartizuoti koeficientai, t – Studento kriterijus, PI – pasikliautinis intervalas

#### 4.2.16. Paciento judėjimo laisvės apribojimas gydymosi stacionare laikotarpiu

Toliau buvo palyginti dviem tiriamųjų grupėms per visą tiriamojo hospitalizavimo laikotarpį taikyti laisvo išėjimo iš skyriaus apribojimai. Buvo palyginta laiko, praleidžiamo turint paskirtą pirmą (kai pacientas visiškai negali išeiti iš skyriaus), antrą (kai pacientas gali išeiti iš skyriaus lydimas kito asmens) ir iš viso pirmą ir antrą režimus stacionarinio gydymo laikotarpiu, procentinė dalis. Palyginus FPH ir NFPH grupes nustatyta, kad FPH grupės tiriamųjų buvimo stacionare metu praleistas laikas turint paskirtą pirmą režimą yra ilgesnis nei NFPH tiriamųjų grupės. Vertinant antro režimo bei pirmo ir antro režimų bendrą trukmę statistiškai reikšmingų skirtumų tarp tiriamųjų grupių nenustatyta. Duomenys pateikiami 24 lentelėje.

24 lentelė. FPH ir NFPH grupių tiriamiesiems per visą tiriamojo hospitalizavimo laikotarpį taikyti laisvo išėjimo iš skyriaus apribojimai

	FPH grupė (n=83)				NFPH grupė (n=93)				U	p
	Me	MePI (95 %)	M	D	Me	MePI (95 %)	M	D		
Tiriamojo hospitalizavimo pirmo režimo trukmės procentinė dalis	31,6	21,2–41,7	0	100	16	11,7–24,1	0	100	2971,5	0,008
Tiriamojo hospitalizavimo antro režimo trukmės procentinė dalis	33	23,4–44,1	0	100	39,6	33,2–51,0	0	100	3459,5	0,235
Tiriamojo hospitalizavimo pirmo ir antro režimų trukmės sumos procentinė dalis	88	76,9–100,0	14,3	100	90	75,5–98,0	0	100	3628,5	0,481

Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, M – mažiausias įvertis, D – didžiausias įvertis, U – Manno–Whitney'o U



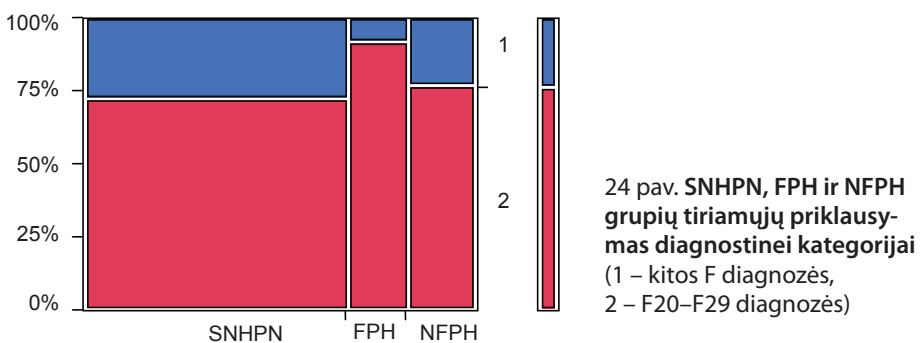
### 4.3. Trečiasis tyrimo etapas

Trečiajame tyrimo etape buvo vertinama formaliai priverstinai hospitalizuotų (FPH), neformaliai priverstinai hospitalizuotų (NFPH) ir savo noru hospitalizuotų, prievartos neįaučiančių (SNHPN) grupių tiriamojo hospitalizavimo trukmė, rehospitalizavimo rizika (t. y. ar pacientas buvo nors kartą rehospitalizuotas), rehospitalizavimų skaičius ir laikas iki rehospitalizavimo per trejus metus nuo išrašymo po tiriamojo hospitalizavimo. Tiriamojo hospitalizavimo trukmės ir rehospitalizavimų duomenys buvo gauti iš medicininės dokumentacijos.

#### 4.3.1. Diagnostinių kategorijų grupė, amžius, lytis ir hospitalizavimo siuntimo rūšis

FPH, NFPH ir SNHPN tiriamųjų grupės buvo palygintos pagal priklausymą diagnostinių kategorijų grupei, amžių, lytį ir tiriamojo hospitalizavimo siuntimo rūšį.

Palyginus trijų tiriamųjų grupių pacientų diagnozes pagal priklausymą F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei arba kitoms TLK-10 F diagnostinėms kategorijoms buvo nustatyta, kad tarp visų trijų grupių yra statistiškai reikšmingas skirtumas (24 pav.).



SNHPN grupėje F20–F29 diagnostinių kategorijų diagnozės buvo 274 (72,5 proc.) tiriamiesiems, kitų F diagnostinių kategorijų diagnozės – 104 (27,5 proc.), FPH grupėje – atitinkamai 78 (91,8 proc.) ir 7 (8,2 proc.), NFPH grupėje – atitinkamai 73 (76,8 proc.) ir 22 (23,2 proc.) ( $\chi^2=14,235$ ,  $ll=2$ ,

$n=558$ ,  $p=0,01$ ). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp FPH ir SNHPN grupių ( $\chi^2=14,15$ ,  $ll=1$ ,  $n=463$ ,  $p=0,0001$ ) bei FPH ir NFPH grupių ( $\chi^2=7,391$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,007$ ), o tarp SNHPN ir NFPH grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ( $\chi^2=0,737$ ,  $ll=1$ ,  $n=473$ ,  $p=0,391$ ). Šie rezultatai rodo, kad FPH grupės pacientams dažniau nei kitų dviejų grupių buvo F20–F29 diagnostinių kategorijų diagnozės.

Atlikus FPH, NFPH ir SNHPN grupių dispersinę analizę (ANOVA) statistiškai reikšmingų skirtumų pagal amžių nerasta. Analizės duomenys pateikiami 25 lentelėje.

25 lentelė. SNFPN, FPH ir NFPH grupių tiriamųjų amžiaus palyginimas

Tiriamųjų grupė	n	M	D	V	PI (95 %)	SN	SP
SNHPN	378	18	64	40,8	39,6–42,0	11,791	0,606
FPH	85	20	64	40,9	37,9–43,0	11,678	1,267
NFPH	95	18	63	39,7	37,2–42,1	12,114	1,243
Iš viso	558	18	64	40,6	39,6–41,5	11,815	0,500

$n$  – skaičius,  $M$  – mažiausias amžius,  $D$  – didžiausias amžius,  $V$  – amžiaus vidurkis,  $PI$  – pasikliautinis intervalas,  $SN$  – standartinis nuokrypis,  $SP$  – standartinė paklaida  
 $F(2,555)=0,342$ ,  $p=0,710$

Palyginus tris tiriamąsias grupes pagal lytį statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta. SNHPN grupėje buvo 188 (49,7 proc.) moterys, 190 (50,3 proc.) vyrų, FPH grupėje – 46 (54,1 proc.) moterys, 39 (45,9 proc.) vyrai, NFPH grupėje – 41 (43,2 proc.) moteris, 54 (56,8 proc.) vyrai ( $\chi^2=2,252$ ,  $ll=2$ ,  $n=558$ ,  $p=0,324$ ).

Pagal tiriamojo hospitalizavimo siuntimo būdą (greitosios medicinos pagalbos (GMP) siuntimas, ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) siuntimas, be siuntimo) skirtumų tarp trijų tiriamųjų grupių nebuvo. SNHPN grupėje: GMP siuntimas – 183 (48,4 proc.), ambulatorinės ASPI siuntimas – 141 (37,3 proc.), be siuntimo 54 (14,3 proc.) atvejai; FPH grupėje: GMP siuntimas – 52 (61,2 proc.), ambulatorinės ASPI siuntimas – 24 (28,2 proc.), be siuntimo – 9 (10,6 proc.) atvejai; NFPH grupėje: GMP siuntimas – 52 (54,7 proc.), ambulatorinės ASPI siuntimas – 29 (30,5 proc.), be siuntimo – 14 (14,7 proc.) atvejų ( $\chi^2=5,434$ ,  $ll=4$ ,  $n=558$ ,  $p=0,246$ ).

#### 4.3.2. Hospitalizavimo trukmė, rehospitalizavimo rizika, rehospitalizavimų skaičius, laikas iki pirmojo rehospitalizavimo

Atsižvelgiant į tai, kad pagal ankstesnių ir šio tyrimo rezultatus priverstinai hospitalizuotiems pacientams dažniausios yra F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės diagnozės, šalia visos tiriamųjų imties, vertinant hospitalizavimo ir rehospitalizavimo rodiklius, papildomai atskirai buvo įvertinti vien tik F20–F29 diagnostinių kategorijų grupei priklausantys pacientai.

Kadangi atlikus variacinę analizę duomenų apie tiriamojo hospitalizavimo trukmę pasiskirstymas buvo netolydus, trijų grupių palyginimui taikytas neparametrinis Kruskalo–Walliso testas. Pagal tiriamojo hospitalizavimo trukmę tiriamosios grupės skyrėsi statistiškai reikšmingai (26 lentelė).

26 lentelė. SNHPN, FPH ir NFPH grupių pacientų tiriamojo hospitalizavimo trukmė (paromis)

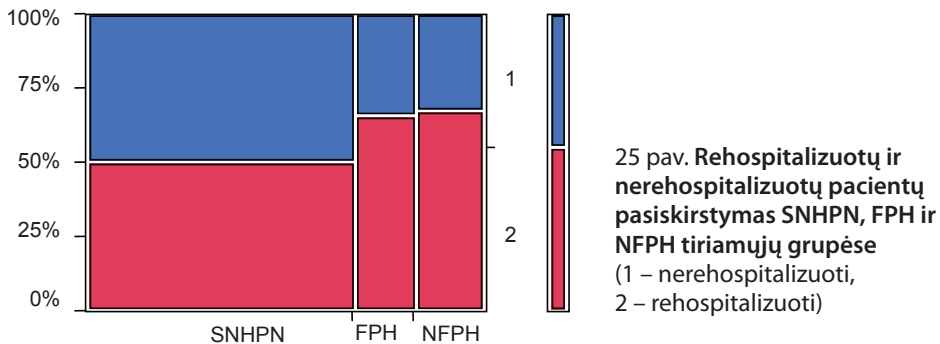
Tiriamųjų grupė	n	Me	MePI(95 %)	M	D
SNHPN	378	31	29,0–34,0	0	1231
FPH	85	44	37,0–49,0	3	233
NFPH	95	39	33,5–47,5	3	323

$\chi^2=18,356$ ,  $ll=2$ ,  $n=558$ ,  $p=0,001$ , Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, M – mažiausias įvertis, D – didžiausias įvertis

Paskui buvo atlikti trijų grupių tarpusavio palyginimai naudojant Manno–Whitney'o testą. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp SNHPN ir FPH grupių (Manno–Whitney'o  $U=11965,5$ ,  $p=0,001$ ) bei SNHPN ir NFPH grupių (Manno–Whitney'o  $U=14562,5$ ,  $p=0,004$ ), o tarp FPH ir NFPH grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo (Manno–Whitney'o  $U=3736,0$ ,  $p=0,387$ ). Taip pat buvo atliktas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės pacientų palyginimas taikant neparametrinį Kruskalo–Walliso testą ir nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp trijų tiriamųjų grupių ( $\chi^2=7,771$ ,  $ll=2$ ,  $n=425$ ,  $p=0,021$ ). Vėliau trys grupės tarpusavyje palygintos naudojant Manno–Whitney'o testą. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp SNHPN ir FPH grupių (Manno–Whitney'o  $U=8656,0$ ,  $p=0,01$ ). Tarp SNHPN ir NFPH grupių skirtumas buvo, bet statistinio reikšmingumo nepasiekė (Manno–Whitney'o  $U=8766,5$ ,  $p=0,105$ ). Tarp FPH ir NFPH grupių statistiškai reikš-

mingo skirtumo nebuvo (Manno–Whitney'o  $U=2651,5$ ,  $p=0,466$ ). Šie rezultatai rodo, kad SNHPN grupės pacientų hospitalizavimas trumpesnis nei FPH ir NFPH grupių pacientų (išskyrus atvejį, kai F20–F29 diagnostinių kategorijų SNHPN ir NFPH tiriamųjų grupių skirtumas nepasiekė statistinio reikšmingumo), o skirtumų tarp FPH ir NFPH grupių nėra.

Palyginus trijų tiriamųjų grupių rehospitalizavimo riziką nustatyta, kad tarp jų yra statistiškai reikšmingas skirtumas. SNHPN grupės pacientai buvo rehospitalizuoti 189 (50,0 proc.), nebuvo rehospitalizuoti 189 (50,0 proc.), FPH grupės – atitinkamai 56 (65,9 proc.) ir 29 (34,1 proc.), NFPH grupės – atitinkamai 64 (67,4 proc.) ir 31 (32,6 proc.) ( $\chi^2=13,747$ ,  $ll=2$ ,  $n=558$ ,  $p=0,001$ ) (25 pav.).



Buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp FPH ir SNHPN grupių ( $\chi^2=7,026$ ,  $ll=1$ ,  $n=463$ ,  $p=0,008$ ) bei SNHPN ir NFPH grupių ( $\chi^2=9,206$ ,  $ll=1$ ,  $n=473$ ,  $p=0,002$ ), o tarp FPH ir NFPH grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ( $\chi^2=0,045$ ,  $ll=1$ ,  $n=180$ ,  $p=0,833$ ). Taip pat buvo atliktas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės pacientų rehospitalizavimo rizikos rodiklio palyginimas. SNHPN grupės pacientai buvo rehospitalizuoti 154 (56,2 proc.), nebuvo rehospitalizuoti 120 (43,8 proc.), FPH grupės – atitinkamai 54 (69,2 proc.) ir 24 (30,8 proc.), NFPH grupės – atitinkamai 53 (72,6 proc.) ir 20 (27,4 proc.) ( $\chi^2=9,006$ ,  $ll=2$ ,  $n=425$ ,  $p=0,011$ ). Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp FPH ir SNHPN grupių ( $\chi^2=4,262$ ,  $ll=1$ ,  $n=352$ ,  $p=0,039$ ) bei SNHPN ir NFPH grupių ( $\chi^2=6,44$ ,  $ll=1$ ,  $n=347$ ,  $p=0,011$ ), o tarp FPH ir NFPH grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ( $\chi^2=0,208$ ,  $ll=1$ ,  $n=151$ ,  $p=0,649$ ). Šie rezultatai rodo, kad SNHPN grupės pacientų buvo rehospitalizuota mažiau nei

FPH ir NFPH grupių. Tarp pastarųjų dviejų grupių rehospitalizavimų skirtumų nebuvo.

Trijų tiriamųjų grupių pacientų rehospitalizavimų skaičiui palyginti taikytas neparametrinis Kruskalo–Walliso testas. Šiuo atveju buvo analizuojami tik tie pacientai, kurie per trejų metų laikotarpį buvo nors kartą rehospitalizuoti. Visos trys tiriamosios grupės tarpusavyje statistiškai reikšmingai skyrėsi. Duomenys pateikiami 27 lentelėje.

27 lentelė. SNHPN, FPH ir NFPH grupių tiriamųjų rehospitalizavimų skaičius

Tiriamųjų grupė	n	Me	MePI (95 %)	M	D
SNHPN	189	1	1,0–2,0	1	10
FPH	55	3	2,0–3,0	1	7
NFPH	64	2	1,7–3,0	1	8

$\chi^2=13,925$ ,  $ll=2$ ,  $N=308$ ,  $p=0,001$ , Me – mediana, MePI – medianos pasikliautinis intervalas, M – mažiausias įvertis, D – didžiausias įvertis

Paskui buvo atlikti trijų grupių tarpusavio palyginimai naudojant Manno–Whitney'o testą. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp SNHPN ir FPH grupių (Manno–Whitney'o  $U=3791,0$ ,  $p=0,001$ ) bei tarp SNHPN ir NFPH grupių (Manno–Whitney'o  $U=4799,0$ ,  $p=0,008$ ), o tarp FPH ir NFPH grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo (Manno–Whitney'o  $U=1675,0$ ,  $p=0,641$ ). Taip pat atliktas F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės pacientų palyginimas taikant neparametrinį Kruskalo–Walliso testą ir nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp trijų tiriamųjų grupių ( $\chi^2=15,644$ ,  $ll=2$ ,  $n=259$ ,  $p=0,0001$ ). Vėliau buvo atlikti trijų grupių tarpusavio palyginimai naudojant Manno–Whitney'o testą. Nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp SNHPN ir FPH hospitalizuotų grupių (Manno–Whitney'o  $U=2804,5$ ,  $p=0,001$ ) bei SNHPN ir NFPH grupių (Manno–Whitney'o  $U=3077,0$ ,  $p=0,004$ ), o tarp FPH ir NFPH grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta (Manno–Whitney'o  $U=1332,0$ ,  $p=0,762$ ). Šie rezultatai rodo, kad SNHPN grupės pacientai rehospitalizuojami rečiau nei FPH ir NFPH grupių pacientai, o rehospitalizavimų skaičiaus skirtumų tarp FPH ir NFPH grupių nėra.

Naudojant Kaplano–Meierio testą trys tiriamųjų grupės palygintos pagal laiko iki pirmojo rehospitalizavimo trukmę (paromis). Rezultatai pateikiami

28 lentelėje ir 26 paveiksle. Statistiškai reikšmingiems skirtumams tarp grupių nustatyti taikytas Breslow (generalizuotas Wilcoxon) metodas, nes jo pasirinkimas tikslingiausias esant didžiausiam įvykių skaičiui tiriamojo laikotarpio pradžioje [159] (29 lentelė).

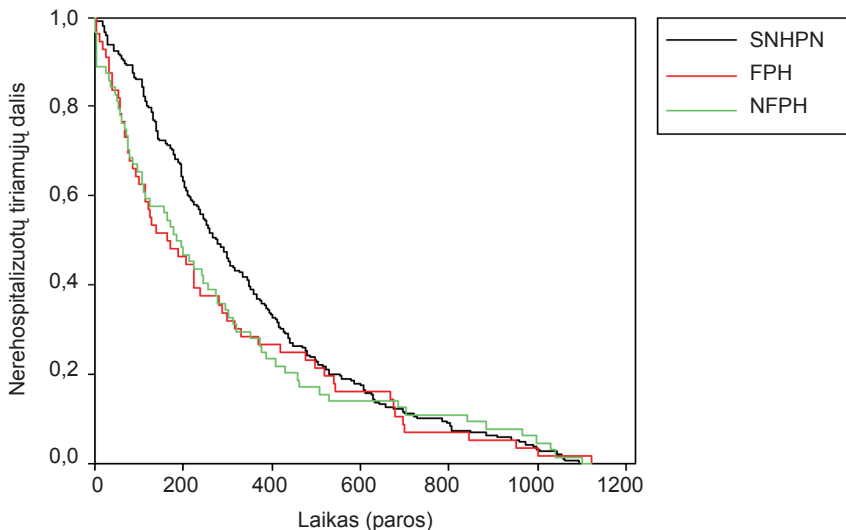
28 lentelė. SNHPN, FPH ir NFPH grupių tiriamųjų palyginimas pagal laiką (paromis) iki pirmojo rehospitalizavimo

Tiriamųjų grupė	Me	SP	PI (95 %)
SNHPN	276	21,306	234,240–317,760
FPH	163	52,383	60,329–265,671
NFPH	184	33,500	118,340–249,660
Visos grupės	243	18,128	207,470–278,530

Me – mediana, SP – standartinė paklaida, PI – pasikliautinis intervalas

29 lentelė. SNHPN, FPH ir NFPH grupių tiriamųjų laiko (paromis) skirtumo iki pirmojo rehospitalizavimo statistinio reikšmingumo įvertinimas naudojant Breslow (generalizuotą Wilcoxon) testą

Tiriamųjų grupė	SNHPN		FPH		NFPH	
	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
SNHPN			7,127	0,008	7,367	0,007
FPH	7,127	0,008			0,000	0,985
NFPH	7,367	0,007	0,000	0,985		



26 pav. SNHPN, FPH ir NFPH grupių tiriamųjų laiko iki pirmojo rehospitalizavimo palyginimas

Kaplano–Meierio testas buvo pakartotas atrinkus tik F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės pacientus ir trys grupės palygintos pagal laiko iki pirmojo rehospitalizavimo trukmę. Rezultatai pateikiami 30 ir 31 lentelėse.

30 lentelė. SNHPN, FPH ir NFPH grupių tiriamųjų (tik F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės) palyginimas pagal laiką (paromis) iki pirmojo rehospitalizavimo

Tiriamųjų grupė	Me	SP	PI (95 proc.)
SNHPN (tik F20–F29)	267	23,359	221,216–312,784
FPH (tik F20–F29)	163	51,439	62,179–263,821
NFPH (tik F20–F29)	176	45,233	87,344–264,656
Visos grupės (tik F20–F29)	237	19,039	199,683–274,317

Me – mediana, SP – standartinė paklaida, PI – pasikliautinis intervalas

31 lentelė. SNHPN, FPH ir NFPH grupių tiriamųjų (tik F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės) laiko (paromis) skirtumo iki pirmojo rehospitalizavimo statistinio reikšmingumo įvertinimas naudojant Breslow (generalizuotą Wilcoxon) testą

Tiriamųjų grupė	SNHPN (tik F20–F29)		FPH (tik F20–F29)		NFPH (tik F20–F29)	
	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
SNHPN (tik F20–F29)			7,750	0,005	11,479	0,001
FPH (tik F20–F29)	7,750	0,005			0,156	0,693
NFPF (tik F20–F29)	11,479	0,001	0,156	0,693		

Gauti duomenys rodo, kad SNHPN grupės pacientai, palyginti su FPH ir NFPH grupių pacientais, ilgiau išbūna nerehospitalizuoti, tačiau skirtumo tarp FPH ir NFPH grupių pacientų nėra.

## 5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame darbe taikant epidemiologinį aprašomąjį tyrimo modelį buvo įvertintas formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimas, naudojant lyginamąjį metodą išanalizuoti formaliai priverstiniai ir formaliai savo noru hospitalizuotų pacientų klinikiniai ypatumai ir taikant perspektyvųjį lyginamąjį tyrimo modelį įvertinti hospitalizavimo ir rehospitalizavimo rodikliai.

Tiriant prievartą psichiatrijoje kyla nemažai metodologinių problemų. Siekiant įvertinti formalios prievartos įtaką subjektyviam prievartos jutimui, renkantis prievartos psichiatrijoje tyrimo modelį negalima taikyti randomizuotų tyrimų principo, nes dėl etinių ir teisių priežasčių neįmanoma pasirinktinai taikyti priverstinio hospitalizavimo arba esant realiam pavojui sau arba aplinkiniams tyrimo tikslais priverstinio hospitalizavimo netaikyti [163]. Taip pat būtų neetiška ir eksperimentiškai naudoti įvairius subjektyvios prievartos veiksmus.

Šiame tyrime buvo vertinamas hospitalizavimo procesas ir nuo objektyvių stacionarinės psichiatrinės pagalbos tarnybų struktūros ir funkcionavimo priklausomos baigtys. Būsenos įvertinimas hospitalizuojant leido įtraukti į tyrimą didžiausią pacientų skaičių, nes, kaip rodo kitų tyrimų rezultatai, atliekant pakartotinius vertinimus tiriamųjų skaičius esti reikšmingai sumažėjęs ir kyla kitų metodologinių problemų (pvz., klaidingai teigiamų arba klaidingai neigiamų atsiminimų apie buvusius įvykius), mažinančių rezultatų patikimumą.

### 5.1. Pirmojo tyrimo etapo rezultatai

#### 5.1.1. Formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimas

Nors šiame tyrime buvo nustatytas priverstinių hospitalizavimų paplitimas, bet neįvertinti jiems įtaką darantys veiksniai, tačiau šie duomenys yra reikšmingi, nes pirmą kartą Lietuvoje parodo priverstinių hospitalizavimų paplitimą psichiatrijos stacionaro aptarnaujamoje teritorijoje ir suteikia informacijos, leidžiančios planuoti detalesnius prievartos psichiatrijoje tyrimus. Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžė, kad epidemiologiniai psichikos sveikatos duomenys gali būti svarbūs ir ginant psichikos sutrikimais sergančių žmonių interesus [164]. C. Hennkens



ir J. Buring teigimu, aprašomieji epidemiologiniai duomenys suteikia sveikatos paslaugų teikėjams daug vertingos informacijos, leidžiančios efektyviai paskirstyti turimus išteklius, planuoti veiksmingas prevencijos ir mokomąsias programas, taip pat naudingų pirminių duomenų tolesniems tyrimams atlikti [165].

Tyrimo duomenimis, nustatyti šie priverstinių hospitalizavimų Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro aptarnaujamos teritorijoje  $10^5$  gyventojų per metus rodikliai: 39,5 – 2003 m., 38,1 – 2004 m., 23,0 – 2005 m. Atkreiptinas dėmesys, kad šie rodikliai gauti tik specialiai tyrimo tikslais pradėjus pildyti registravimo žurnalą, nes medicininėje dokumentacijoje ne visada būdavo fiksuojami tie priverstinio hospitalizavimo atvejai, kai pacientas pasirašydavo hospitalizavimo sutikimą per 48 valandas nuo hospitalizavimo pradžios ir psichiatrijos stacionaro administracija nesikreipdavo į teismą dėl priverstinio hospitalizavimo. Tikėtina, kad gauti priverstinių hospitalizavimų paplitimo duomenys yra tikslūs, nes atliekant tyrimą buvo nuolatos bendradarbiaujama su priėmimo kambario personalu ir kontroliuojamas priverstinio hospitalizavimo atvejų registravimo procesas.

Nors šalyse, kur priverstiniai hospitalizavimai registruojami nacionaliniuose registruose, priverstinių hospitalizavimų duomenis galima matyti registrų statistinėse ataskaitose, kaip rodo Norvegijoje atliktas tyrimas, registrų duomenys gali būti nevysiškai tikslūs ir pateikti kiek mažesnius rodiklius [166]. Prievartos priemonių (iš jų ir priverstinio hospitalizavimo) registravimo problema išlieka daugelyje Europos šalių, pavyzdžiui, Vokietijoje nėra oficialios institucijos, atsakingos už prievartos priemonių registravimą [41], o Švedijoje informacija apie priverstinius hospitalizavimus fiksuojama nacionaliniame registre [75, 129], Nyderlanduose analogiškas registras egzistuoja nuo 2000 m. [167]. Priverstinių hospitalizavimų registravimas yra svarbi priemonė, leidžianti nustatyti prievartos didėjimą ar mažėjimą tam tikru laikotarpiu, ir atsižvelgiant į situaciją bei pokyčius ieškoti tinkamų problemos sprendimo būdų [87]. Mokslininkai mano, kad kuriant elektroninę medicininę dokumentaciją tikslinga integruoti prievartos priemonių psichiatrijoje registravimą [168].

Šio tyrimo metu neatlikta priverstinio hospitalizavimo indikacijų analizė, nes medicininėje dokumentacijoje ne visais atvejais jos buvo aiškiai suformuluotos, nors dažniausiai priverstinis hospitalizavimas motyvuotas pavojumi sau ir aplinkiniams. Lyginant su kitų Europos šalių duomenimis [50, 71–73], galima matyti priverstinių hospitalizavimų paplitimo panašumą su santykinai mažu privers-

tinių hospitalizavimų dažnio šalimis, pavyzdžiui, Danija, Italija, Nyderlandais. Tačiau tiesiogiai lyginti rodiklius yra problemiška [70], nes skirtingose šalyse ne visada vienodai apibrėžiamas priverstinis hospitalizavimas, kai kur galima trumpalaikio priverstinio hospitalizavimo procedūra, kuri skelbiant duomenis ne visada priskiriama priverstinam hospitalizavimui. Priverstinių hospitalizavimų procentinė dalis iš visų hospitalizavimų į ūmios psichiatrijos skyrius šiame tyrime sudarė 11,3 proc. Šis rodiklis yra panašus į Airijos, Italijos, Prancūzijos, Nyderlandų, tačiau didesnis nei Portugalijos, Danijos, Belgijos ir mažesnis nei Norvegijos, Suomijos.

Remiantis šio tyrimo rezultatais negalima daryti apibendrinimų apie padėtį visoje Lietuvoje: nors visoje šalyje teisinis reguliavimas ir yra vienodas, psichikos sveikatos pagalbos struktūra panaši, vis dėlto galimi stacionarinės ir ambulatorinės pagalbos teikimo skirtumai, skirtingos klinikinės praktikos tradicijos. Nors nemažai tyrėjų pabrėžia, kad teisinio reguliavimo skirtumai įvairiose šalyse yra esminis priverstinių hospitalizavimų dažnio veiksnys [55, 70], tačiau pastebėta ir didelių skirtumų tarp tos pačios šalies įvairių regionų [70, 74, 75, 77, 78, 169]. Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad visa VmPSC ūmios psichiatrijos stacionaro aptarnaujama teritorija yra mieste, o urbanizacija gali daryti įtaką psichiatriniam hospitalizavimui [170]. VmPSC stacionaro aptarnuojamoje teritorijoje, ne taip kaip daugumoje kitų Lietuvos teritorijų, yra išplėtotą dienos stacionaro paslaugų, atviro tipo stacionarinių skyrių veikla, ligoninėje veikia Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinika. Tikėtina, kad jei dalis pacientų, kurie neturi galimybės gydytis dienos stacionare ar atviro tipo stacionariniuose skyriuose, būtų hospitalizuojami į uždaro tipo ūmios psichiatrijos skyrius, jie subjektyviai jaustų prievartą ar net būtų formaliai priverstinai hospitalizuoti. Šie veiksniai taip pat gali turėti įtakos priverstinių hospitalizavimų skaičiui.

Priverstinių hospitalizavimų paplitimas turi būti vertinamas visa apimančiame įvairių veiksnių kontekste. Mažas priverstinių hospitalizavimų skaičius kai kuriais atvejais gali būti ne didelės tolerancijos ar geros psichikos sutrikimais sergančių asmenų integracijos, bet abejingo požiūrio į pacientus ir jų ligas rodiklis [41]. Interpretuoti ir lyginti įvairių šalių priverstinių hospitalizavimų paplitimo duomenis reikia gana atsargiai, nes dėl skirtingai teisės aktuose numatytų prievartos taikymo galimybių, medicininių ir socialinių tarnybų organizacinių, darbo kokybės ypatumų, skirtumų interpretuojant ir praktiškai taikant priverstinio

hospitalizavimų procedūrą šie duomenys nebūtinai gali rodyti šalies psichiatrijoje taikomos prievartos lygį [26].

Siekiant spręsti prievartos psichiatrijoje problemas, būtina turėti galimybę identifikuoti prievartą patiriančius pacientus. Kaip rodo šio tyrimo rezultatai, dalį prievartą patiriančių pacientų galima identifikuoti remiantis teisine hospitalizavimo padėtimi, nes nustatyta, kad priverstinai hospitalizuoti pacientai įprastai jaučia stiprią prievartą hospitalizavimo metu. Prievartos priemonių naudojimo psichiatrijoje paplitimą būtų galima nustatyti įdiegus struktūruotas prievartos registravimo priemones visuose psichiatrijos stacionaruose, kur šalia įprastai stacionarinėje asmens sveikatos priežiūroje registruojamų pagrindinių socialinių demografinių duomenų ir diagnozės būtų registruojamas specifinis psichiatrijai aspektas – priverstinio hospitalizavimo ir kitų prievartos priemonių naudojimas. Svarbu, kad priverstinis hospitalizavimas būtų registruojamas iš karto, kai jis taikomas, o ne pacientą išrašant iš stacionaro, nes tik tuomet pavyktų užfiksuoti tuos atvejus, kai pacientas hospitalizuojamas priverstinai, bet vėliau pakeičia savo sprendimą ir pasirašo sutikimą būti hospitalizuojamas. Registruojant priverstinio hospitalizavimo atvejus turėtų būti aiškiai nurodyta, kuria indikacija remiamasi taikant priverstinį hospitalizavimą. Tokia tvarka atitiktų naujausiais tyrimais pagrįstus raginimus įdiegti priverstinių hospitalizavimų detalaus registravimo standartus [171]. Tai leistų įvertinti priverstinio hospitalizavimo ir kitų prievartos priemonių naudojimo paplitimą, lyginti skirtingų stacionarų prievartos taikymo rodiklius ir jais remiantis ieškoti geriausių esamų problemų sprendimo būdų. Taip pat būtų galima rinkti ilgesnius laikotarpius apimančią informaciją, stebėti prievartos priemonių taikymo kitimo tendencijas. Prievartos priemonių registravimas taip pat sumažintų piktnaudžiavimo bei nevienareikšmiškai pacientų, jų artimųjų ir psichikos sveikatos priežiūros darbuotojų suvokiamų situacijų galimybę.

Nors formalus priverstinis hospitalizavimas ir ne visai atspindi prievartos paplitimą, tačiau, kaip rodo šio tyrimo rezultatai, formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų rodiklis apima beveik pusę prievartos atvejų, todėl papildomų klinikinio darbo sąnaudų nereikalaujantis, vien tik dokumentacijos ir statistikos pildymą minimaliai praplečiantis priverstinio hospitalizavimo rodiklio įdiegimas būtų reikšmingas postūmis ateityje vertinant prievartos psichiatrijoje paplitimą. Tikėtina, kad reikalavimo tiksliai registruoti priverstinius hospitalizavimus bei

kitas prievartos priemonės galima sulaukti iš pacientų organizacijų, tačiau šis rodiklis būtų visokeriopai naudingas ir psichikos sveikatos paslaugų vartotojams, ir paslaugų teikėjams, ir visuomenei.

Vertinant bendrą prievartos paplitimą hospitalizuojant į psichiatrijos stacionarą, reikia atsižvelgti ir į subjektyviai jaučiamą prievartą. Prievartos paplitimui tiksliai nustatyti reikia įvertinti ir savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamą prievartą, nes tikėtina, kad dalis pacientų patiria didesnę ar mažesnę artimųjų ar psichikos sveikatos priežiūros darbuotojų spaudimą ir tai gali lemti formaliai savanorišką hospitalizavimą esant subjektyviam prievartos jutimui [7].

### 5.1.2. Neformalaus priverstinio hospitalizavimo dažnis

Formalaus priverstinio hospitalizavimo paplitimas nustatomas registruojant pacientus, kurie nesutiko būti hospitalizuoti ir nepasirašė hospitalizavimo sutikimo, todėl, jei vykdoma tokia registracija, galima labai tiksliai įvertinti formalios prievartos paplitimą. Subjektyviai jaučiama hospitalizavimo metu prievarta įvertinama naudojant specialias tyrimo skales (šiam tyrimui – MPCCS skalę), t. y. norint įvertinti subjektyvią prievartą, pacientą reikia apklausti. Dėl šios aplinkybės subjektyviai patiriamos prievartos paplitimo įvertinimas tampa ne toks tikslus, nes ne visus pacientus pavyksta apklausti dėl sunkios psichikos būsenos, greito išrašymo iš stacionaro, atsisakymo būti apklausiamam. Šio tyrimo metu iš 895 atitikusių įtraukimo kriterijus savo noru hospitalizuotų pacientų buvo apklausti 734 pacientai (82 proc.). Kad rezultatas būtų kuo tikslesnis, tenka vertinti tik subjektyviai prievartą jaučiančių pacientų procentinę dalį iš visų apklaustųjų, nes negalima nustatyti tikslaus rodiklio 10<sup>5</sup> gyventojų. Šiame tyrimui nustatyta, kad 16,9 proc. savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jautė prievartą hospitalizavimo metu. Tokie pacientai buvo įvardyti kaip neformaliai priverstinai hospitalizuoti. Šiaurės šalyse MPCCS skale atlikus vertinimus darant prielaidą, kad subjektyviai prievartą jaučia pacientas, atsakęs neigiamai į tris ar daugiau iš penkių MPCCS skalės klausimų, buvo gauti tokie rezultatai: Danijoje 35 proc., Islandijoje 27 proc., Norvegijoje 31 proc., Švedijoje 27 proc. savo noru į ūmios psichiatrijos skyrius hospitalizuotų pacientų subjektyviai jautė prievartą [54]. JAV atlikto tyrimo duomenimis, 10 proc. savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jautė prievartą [108]. Kitų autorių paskelbti duomenys rodo,

kad 30–50 proc. savo noru hospitalizuotų pacientų jaučia prievartą hospitalizavimo ar vėlesnio gydymo metu [56]. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad subjektyviai prievartą jaučia mažesnė pacientų dalis nei daugumoje kitų šalių. Taip gali būti dėl įvairių priežasčių. Viena iš galimų prielaidų ta, kad daliai pacientų vietoj gydymo ūmios psichiatrijos stacionare taikomos VmPSC aptarnaujamoje teritorijoje išplėtotos tokios alternatyvios gydymo formos kaip gydymas dienos stacionare ar atviro tipo psichiatrijos skyriuose ir dėl to mažiau jų hospitalizuojama į ūmios psichiatrijos stacionarą. Tikėtina, kad šiuos skirtumus gali lemti ir klinikinio darbo ypatumai, kultūrinės tradicijos, skirtingas pacientų savo autonomijos vertinimo ir prievartos supratimo lygmuo. Būtų tikslinga ištirti neformalaus priverstinio hospitalizavimo dažnį kituose Lietuvos psichiatrijos stacionaruose.

Identifikuojant prievartą patiriančius pacientus būtų klaidinga apsiriboti vien formaliai priverstinai hospitalizuotais pacientais, nes, kaip parodė šis tyrimas, patvirtinantis daugumos ankstesnių hospitalizuojant į psichiatrijos stacionarą patiriamos prievartos tyrimų rezultatus, reikšminga savo noru hospitalizuotų pacientų dalis patiria prievartą hospitalizavimo metu. Gebėjimas diferencijuoti subjektyvų prievartos pojūtį nuo formalaus priverstinio hospitalizavimo yra svarbus žingsnis, galintis padėti gydytojams ir pacientams spręsti prievartos problemas [122]. Remiantis mokslinių tyrimų rezultatais vis dažniau teigiama, kad daugiausia pastangų reikėtų skirti subjektyviai jaučiamos prievartos mažinimui, o ne legalios prievartos ribojimui [52]. Svarbu žinoti, kad subjektyviai prievartą jaučiančius pacientus galima identifikuoti naudojant labai paprastai klinikinėje praktikoje pritaikomus atrankos klausimynus.

### **5.1.3. Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos dažnis**

Priverstinai hospitalizuotų pacientų grupės 83 tiriamųjų (98 proc.) MPCs skalės neigiamų atsakymų skaičius buvo trys ar daugiau. Tai rodo, kad dauguma šios grupės pacientų subjektyviai jautė patiriantys prievartą. Kai kurių kitų tyrėjų publikacijose tokių pacientų procentinė dalis būdavo mažesnė – K. Iverssen ir bendraautorė atliktame tyrime Norvegijoje 59 proc., L. Kjellin ir bendraautorė atliktame tyrime Švedijoje 74 proc., tačiau pasitaikė ir keli panašūs atve-

jai – L. Kjellin ir bendraautorių atliktame tyrime Danijoje 100 proc., Islandijoje 100 proc. [54, 56]. Tyrimo metu gauti duomenys rodo, kad esant formaliai prievartai beveik visi pacientai tuo pat metu ir subjektyviai jautė prievartą ir kad subjektyvus prievartos jautimas yra būdingesnis formaliai priverstinai nei savo noru hospitalizuotiems pacientams.

Vertinat šiame tyrime nustatytą bendrą prievartos hospitalizuojant į ūmios psichiatrijos skyrius paplitimą, galima teigti, kad maždaug vienas iš keturių pacientų patiria prievartą. Atsižvelgiant į visus neigiamus etinius, psichologinius, subjektyvių ir objektyvių gydymo baigčių dėl patirtos prievartos aspektus, tai yra gana reikšminga ūmios psichiatrijos stacionaro paslaugomis besinaudojančių pacientų dalis, todėl neabejotinai svarbu identifikuoti šiuos pacientus, sukurti ir įdiegti į klinikinę praktiką prievartos prevencijos bei padarinių mažinimo strategijas.

#### **5.1.4. Formaliai priverstinai hospitalizuotų ir savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas**

Buvo palygintas formaliai priverstinai hospitalizuotų ir visų atrankos metu apklaustų savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas, nustatytas MPCPS skale. Priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos medianos įvertis – 5 balai (4,5 – vidurkis) buvo didesnis nei savo noru hospitalizuotų pacientų medianos įvertis – 0 balų (1,1 – vidurkis). Kitų tyrėjų gauti duomenys pateikiami 32 lentelėje [25, 52, 54, 56, 87, 108, 116, 121, 123, 172].

Palyginti su kitų tyrimų duomenimis, mūsų gauti priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos MPCPS skalės įverčiai yra aukšti. Šis rezultatas leidžia daryti prielaidą, kad formali priverstinio hospitalizavimo procedūra taikoma prieš tai ne tik išnaudojus įvairias paciento poveikio galimybes, bet ir pasitelkiant „negatyvaus poveikio“ metodus, kad pacientas būtų priverstas pasirašyti sutikimą hospitalizuoti. Taip pat gali būti ir kitų subjektyvią prievartą galinčių stiprinti veiksnių, pavyzdžiui, nustatytų teisių procedūrų nesilaikymas ar paciento neinformavimas apie tai, kas vyksta hospitalizavimo proceso metu. Šioms prielaidoms patvirtinti arba paneigti reikia tolesnių tyrimų. Neformalios prievartos egzistavimui turi įtakos tai, kad dalis psichikos sveikatos priežiūros

32 lentelė. Įvairių tyrėjų nustatyti MPCS įverčiai (vidurkiai)

Publikacijos autoriai, metai, šalis	Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų MPCS skalės įvertis	Savo noru hospitalizuotų pacientų MPCS skalės įvertis
V. Hiday ir bendraautoriai, 1997 (JAV)	2,9	–
S. Hoge ir bendraautoriai, 1997 (JAV)	3,2	0,64
B. McKenna ir bendraautoriai, 1999 (Naujoji Zelandija)	3,4	1,9
H. Poulsen, 1999 (Danija)	3,5	1,7
K. Iversen ir bendraautoriai, 2001 (Norvegija)	2,89	1,73
J. Taborda ir bendraautoriai, 2004 (Brazilija)	3,54	1,64
J. Bindman ir bendraautoriai, 2005 (Didžioji Britanija)	3,4	1,9
L. Kjellin ir bendraautoriai, 2006 (Danijos)	4,2	2,2
L. Kjellin ir bendraautoriai, 2006 (Islandija)	4,5	1,7
L. Kjellin ir bendraautoriai, 2006 (Norvegija)	3,0	1,8
L. Kjellin ir bendraautoriai, 2006 (Švedija)	4,1	1,5
K. Sorgaard, 2007 (Norvegija)	2,6	1,4

specialistų vengia taikyti formalias prievartos procedūras dėl etinių priežasčių, nenorėdami pabloginti terapinio ryšio su pacientu, arba dėl praktinių priežasčių, siekdami išvengti formalių procedūrų [5]. Nors savo noru hospitalizuoti pacientai patiria silpnesnę prievartą nei formaliai priverstinai hospitalizuotieji, labai svarbu žinoti, kad klinikinėje praktikoje pasitaiko savo noru hospitalizuotų, bet prievartą patiriančių pacientų. Taip pat būtų svarbu šią pacientų grupę identifikuoti klinikinėje praktikoje, nes daugelio tyrimų rezultatai rodo tendenciją, kad hospitalizavimo metu patirta prievarta gali turėti neigiamų trumpalaikių ir ilgalaikių padarinių, todėl prievartą patiriantiems pacientams tikslinga sukurti ir taikyti specifines intervencijas neigiamiems padariniams mažinti ir jiems išvengti. Tobulinant klinikinę praktiką psichiatrijoje svarbu turėti žinių apie paciento subjektyvų prievartos jutimą ir jam įtaką darančius veiksniai [54].

MPCS nustatytas savo noru hospitalizuotų pacientų subjektyviai jaučiamos prievartos lygis – mediana 0 balų (vidurkis 1,1) – galbūt yra kiek žemesnis už

kitų šalių, kur vidurkiai gauti nuo 0,6 iki 2,8 balų [52, 54, 87, 108, 116, 123], tačiau šio rodiklio lyginimą sunkina skirtingos savanoriško hospitalizavimo indikacijos įvairiose šalyse ir kiti su psichiatrinės pagalbos teikimo struktūra susiję veiksniai.

Mūsų atliktame tyrime, kaip ir daugumoje ankstesniųjų, nors ir buvo nustatyta, kad priverstinai hospitalizuotų pacientų subjektyvus prievartos jautimas yra stipresnis nei savo noru hospitalizuotųjų, kas rodo, kad priverstinis hospitalizavimas daro įtaką subjektyviam prievartos jautimui, tačiau galima teigti, kad šis ryšys nėra absoliutus, nes ir dalis savo noru hospitalizuotų pacientų jaučia prievartą. Skirtingai nuo kai kurių ankstesnių tyrimų, kur reikšminga priverstinai hospitalizuotų pacientų dalis subjektyviai nejausdavo prievartos [25], mūsų tyrimo duomenimis, absoliuti dauguma priverstinai hospitalizuotų pacientų jautė stiprią prievartą, o jaučiančiųjų silpną prievartą beveik nebuvo. Nors formalios ir neformalios prievartos paplitimo rodikliai yra santykinai maži, tačiau prievartą patirančių pacientų analizė rodo, kad jų prievartos jautimas yra labai stiprus, tokią prievartą jaučia absoliuti dauguma formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų, todėl reikia kuo greičiau įdiegti į klinikinę praktiką prievartos prevencijos priemones.

Iš ankstesnių tyrimų žinoma, kad hospitalizavimo metu medicininėje dokumentacijoje užregistruojama mažiau prievartos, nei jos patiria pacientai [7], todėl būtų tikslinga į klinikinę praktiką įdiegti tikslų ir nesudėtingą prievartos įvertinimo metodą. Iš paciento perspektyvos subjektyviai jaučiama prievarta yra reikšmingiausias jos aspektas, todėl teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas šios prievartos rūšies mažinimas turėtų būti prioritetas [82].

## 5.2. Antrojo tyrimo etapo rezultatai

### 5.2.1. Socialinės demografinės charakteristikos

Į antrojo etapo tyrimą įtrauktų tiriamųjų grupių pacientų amžiaus vidurkiai statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų amžiaus vidurkis buvo 40,5 metų, neformaliai priverstinai hospitalizuotų – 39,7 metų. Šie duomenys nesiskiria nuo daugumos kitose publikacijose pateiktų amžiaus vidurkių: pavyzdžiui, priverstinai hospitalizuotų pacientų Suomijoje –



40,4 metų, Danijoje – 42 metai, Norvegijoje – 38 metai, Švedijoje – 38 metai, subjektyviai jaučiančių prievartą Didžiojoje Britanijoje – 42,4 metų [25, 52, 54, 87, 135]. Tačiau, kai kurių tyrimų duomenimis, amžiaus vidurkis nustatytas mažesnis, pavyzdžiui, priverstinai hospitalizuotųjų Prancūzijoje – 28,7 metų, Brazilijoje – 30,3 metų [84, 121].

Iš priverstinai hospitalizuotų mūsų tiriamųjų pacientų 54,1 proc. buvo moterų ir 45,9 proc. vyrų. Šie duomenys skiriasi nuo daugumos ankstesnių tyrimų, kur tarp priverstinai hospitalizuotų pacientų vyrų buvo daugiau nei moterų, ir artimesni H. Polusen duomenims, kur moterų buvo daugiau nei vyrų [81, 85, 92, 173]. Nors neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje moterų buvo mažiau nei vyrų, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų nebuvo.

Lyginant tiriamąsias grupes pagal tautybę, abiejose grupėse daugumą sudarė lietuvių tautybės pacientai, bet statistiškai reikšmingo skirtumo tarp grupių nebuvo.

Daugumos formaliai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų pagrindinis pajamų šaltinis buvo pensija arba socialinė pašalpa (nustatytas sumažėjęs darbingumo lygis arba išėjė į pensiją), o dirbo atitinkamai 20 proc. formaliai priverstinai hospitalizuotų ir 21 proc. neformaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų. T. Hatling ir bendraautorius Norvegijoje atlikto tyrimo duomenimis, tarp priverstinai hospitalizuotų pacientų 7,5 proc. buvo dirbantys [72]. Dauguma nedirbančių tarp priverstinai hospitalizuotųjų buvo ir kituose tyrimuose [75, 85].

Maždaug pusė abiejų tiriamųjų grupių pacientų buvo nesusituokę. Norvegijoje atlikus tyrimą nustatyta, kad tarp priverstinai hospitalizuotų pacientų 56,1 proc. buvo vieniši [72]. Izraelyje vienišų buvo 50,9 proc. [81]. Panašūs yra ir kitų autorių teikiami duomenys [85, 139].

Įvertinus socialinių demografinių veiksnių visumą galima teigti, kad šio tyrimo duomenys (išskyrus nedidelį moteriškosios lyties dominavimą tarp formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų) nesiskyrė nuo daugumos ankstesnių tyrimų. Taip pat nebuvo skirtumo tarp tiriamųjų grupių ir tai rodo, kad pagal šiuos požymius formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotųjų grupės yra vienodos.

### 5.2.2. Priklausymas diagnostinių kategorijų grupei, hospitalizavimo siuntimo rūšis, ankstesni naudojimosi stacionaro paslaugomis rodikliai ir mėginimai žudyti

Vertinant pagal priklausymą diagnostinei kategorijai, abiejose tiriamųjų grupėse F20–F29 diagnostinių kategorijų diagnozės buvo vyraujančios, tačiau formaliai priverstinai hospitalizuotiems pacientams pasitaikydavo dažniau nei neformaliai priverstinai hospitalizuotiems. F20–F29 diagnostinių kategorijų grupės diagnozės vyravo ir daugelyje kitų autorių atliktų priverstinių hospitalizavimų tyrimų, tačiau mūsų tyrime šios grupės diagnozių procentinė dalis buvo didesnė [67].

Daugiau kaip pusė abiejų tiriamųjų grupių pacientų į stacionarą buvo atvežti greitosios medicinos pagalbos (GMP) tarnybos, bet statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo. Nors šis hospitalizavimo aspektas gali turėti įtakos atsirasti formaliai ir neformaliai prievartai hospitalizavimo metu, tačiau dėl skirtingų įvairiose šalyse psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių tarnybų struktūrų palyginti šiuos duomenis su kitų šalių duomenimis negalima.

Prieš tiriamąjį hospitalizavimą mėgino žudyti 5,9 proc. formaliai priverstinai hospitalizuotų ir 13,7 proc. neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų, tačiau šis skirtumas statistinio reikšmingumo nepasiekė. Panašūs duomenys gauti Izraelyje, kur tarp pirmą kartą hospitalizuotų pacientų, kurių hospitalizavimas buvo priverstinis, dviejų mėnesių prieš hospitalizavimą laikotarpiu žudyti mėgino 12,2 proc. pacientų [81].

Lyginant formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupes nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų pagal tai, ar tiriamasis hospitalizavimas pacientui yra pirmas, pagal iki tiriamąjo hospitalizavimo buvusių hospitalizavimų skaičių, laiką, praėjusį nuo pirmojo psichiatrinio hospitalizavimo, laiką nuo paskutinio išrašymo iš psichiatrijos stacionaro. Šie duomenys rodo, kad pagal ankstesnius stacionarinio gydymo rodiklius formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupės nesiskiria.

### 5.2.3. Teismo nutartimi formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai

Teismo sprendimu buvo hospitalizuota 20 proc. formaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų, t. y. 17 iš 85 pacientų. Ši rodiklį palyginti su kitomis šalimis yra labai sudėtinga dėl skirtingų pradinį hospitalizavimo laikotarpį reglamentuojančių įstatymų. Tačiau šie duomenys leidžia iškelti daug su prievarta susijusių klausimų: 1) kas lemia, kad 80 proc. priverstinai hospitalizuotų pacientų per 48 valandas nuo hospitalizavimo pradžios pakeičia savo nuomonę ir pasirašo sutikimą hospitalizuoti? 2) ar toks laiko tarpas pakankamas sėkmingoms gydymo ir slaugos intervencijoms, dėl kurių pasikeičia paciento sprendimas ar nuomonė? 3) ar per tą laikotarpį pacientas patiria poveikį iš psichikos sveikatos priežiūros darbuotojų? 4) jei taip, tai kokį ir kodėl? 5) ar teisinga būtų prielaida, kad pacientas labiau pasitiki skyriaus, o ne budinčiais priėmimo kambaryje gydytojais ir jiems pavyksta užmegzti geresnę ryšį su pacientu ir taip gauti sutikimą hospitalizuoti? Atsakymai į šiuos klausimus būtų reikšmingi siekiant optimizuoti šios kategorijos pacientų gydymo klinikinę praktiką.

### 5.2.4. Medikamentinis gydymas per tris paras po hospitalizavimo

Priverstinis hospitalizavimas yra vienas iš priverstinio medikamentų skyrimo veiksmų [174]. Vertinant medikamentų skyrimą per pirmąsias tris paras po hospitalizavimo nustatyta, kad daugiau nei 80 proc. abiejų grupių tiriamųjų buvo skirta į raumenis švirškčiamų medikamentų. 20,5 proc. formaliai priverstinai hospitalizuotų ir 16,1 proc. neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų buvo skiriami intraveniniai medikamentai. Kadangi nėra tikslaus priverstinio medikamentų skyrimo apibrėžimo ir registravimo, šio tyrimo metu nebuvo atlikta priverstinio medikamentų skyrimo analizė, tačiau tikėtina, kad dalis injekcinių ir intraveninių medikamentų buvo skiriami prieš paciento valią. Pagal priklausymą farmakologinei grupei daugiau nei trims ketvirtadaliams pacientų buvo skiriama klasikinių antipsichozinių medikamentų. Pagal medikamentų grupių ar jų formų skyrimą tiriamosios grupės tarpusavyje nesiskyrė.

### 5.2.5. Psichopatologija ir bendras veiklos lygis

Lyginant formaliai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų BPRS įverčius, BPRS punktų „priešiskumas“, „įtarumas“, „neįprastas mąstymo turinys“, „nesirūpinimas savimi“ ir manijos/sujaudinimo simptomų subskalių įverčiai buvo didesni formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje, o likusių BPRS punktų ir subskalių bei bendras BPRS įvertis statistiškai reikšmingai nesiskyrė. Tai rodo, kad formaliai priverstinai hospitalizuotiems pacientams buvo sunkesnė manijos/sujaudinimo simptomatika, tačiau šie skirtumai nebuvo tokie ryškūs, kad skirtųsi bendras BPRS įvertis. Bendro veiklos įvertinimo (GAF) skalės įvertis (mediana) buvo 22 balai formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje ir 28 balai neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje, bet skirtumas statistinio reikšmingumo nesiekė. Norvegijoje atlikto tyrimo duomenimis, priverstinai hospitalizuotų pacientų GAF įvertis buvo 38,9 balo [25], Danijoje šių pacientų GAF įvertis buvo 33 balai [87]. Šie duomenys rodo, kad mūsų tirti pacientai pagal GAF vertinimą buvo šiek tiek sunkesnės būsenos, nes tai rodo mažesnis GAF balų skaičius. Lyginant BPRS įverčius su kitų tyrėjų rezultatais neretai kyla sunkumų, nes taikomos skirtingos BPRS versijos, tačiau tais atvejais, kai priverstinai hospitalizuotų pacientų įverčiai buvo lyginami su savo noru hospitalizuotų pacientų įverčiais, priverstinai hospitalizuotų pacientų įverčiai būdavo didesni [25, 87]. Apibendrinant galima teigti, kad abiejų tirtų grupių psichopatologija buvo sunki, ir nors formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje nustatyta kiek didesnė kai kurių simptomų išraiškos tendencija, tačiau vis dėlto dauguma simptomų išliko panašaus stiprumo ir pagal psichopatologiją formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupės buvo panašios.

### 5.2.6. Agresija

Mūsų nustatyti agresijos pasireiškimo dažniai panašūs į kitų autorių gautus duomenis apie ūmios psichiatrijos skyriuose hospitalizuotų pacientų agresiją, kur ji buvo nustatyta 35–46 proc. pacientų [106, 175], tačiau tiesioginį rezultatų palyginimą sunkina įvairiuose tyrimuose taikomos skirtingos agresijos įvertinimo metodikos, nevienodi tiriamieji laikotarpiai ir tiriamųjų grupės. Didesnį agresijos dažnį

priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje nustatė ir kiti tyrėjai, tačiau jie lygino priverstinai ir savo noru hospitalizuotus pacientus [102, 176, 177].

Nustatyta, kad abiejose tirtų pacientų grupėse dažniausiai pasireiškė žodinė agresija, o lyginant dviejų tiriamųjų grupių agresijos pasireiškimo skirtumus paaiškėjo, kad formaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų žodinės agresijos ir fizinės agresijos pasireiškimas statistiškai reikšmingai dažnesnis negu neformaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų. Literatūros šaltiniuose pateikiama informacija, kad žodinė agresija vyravo ir kitų autorių atliktame tyrime [106], o lyginant savo noru ir priverstinai hospitalizuotus pacientus, žodinė ir fizinė agresija buvo dažnesnė prievarta hospitalizuotų pacientų [102].

Tyrimo metu nustatyta dažnesnė žodinė moterų agresija patvirtina kai kurių ankstesnių tyrimų rezultatus, kad moterims dažniau negu vyrams pasireiškia žodinė agresija [103], bet nepatvirtina kitų tyrėjų nustatyto dažnesnio bendros agresijos pasireiškimo vyrams, palyginti su moterimis [100].

Formaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupės rezultatai atitinka kitų tyrėjų duomenis, kad pozityvieji simptomai susiję su agresijos pasireiškimu [104, 178].

Šie duomenys rodo, kad agresija pasireiškia abiejų tiriamųjų grupių pacientams, tačiau formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje ji yra dažnesnė, o vyraujanti agresijos forma yra žodinė.

Tyrimo rezultatai rodo, kad ypatingas dėmesys turi būti skiriamas įvairiems agresijos aspektams. Dažnas agresijos pasireiškimas priverstinio hospitalizavimo metu, taip pat stiprus prievartos ryšys su agresija rodo, kad klinikinėje praktikoje būtina tiksliai įvertinti agresiją. Dalis agresijos stacionare pasireiškia tuo metu, kai su pacientais yra tik slaugos personalas, todėl būtų tikslinga pamokyti slaugytojus nesudėtingų, bet struktūruotų agresijos įvertinimo ir dokumentavimo metodų.

### 5.2.7. Kaip pacientai vertina jiems taikomą gydymą?

Formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai, palyginti su neformaliai priverstinai hospitalizuotais pacientais, blogiau vertino jiems taikomo gydymo tinkamumą, gydytojų ir slaugytojų dalyvavimą gydyme ir jų gebėjimą suprasti pacientą, skiriamų vaistų tinkamumą, jaučiamą pagarbą, gydymo naudą. Bendras CAT skalės įvertis formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų taip pat buvo mažesnis.

### 5.2.8. Gyvenimo kokybė

Lyginant formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupių įvairius aspektus ir vertinant gydymo baigtis, gyvenimo kokybės vertinimas buvo atliktas tikslingai siekiant nustatyti galimus jos skirtumus, nes yra duomenų, kad gyvenimo kokybė nepriklausomai nuo psichopatologinių ir socialinių demografinių veiksnių gali turėti įtakos gydymo baigtims [179]. Šio tyrimo duomenimis, pagal gyvenimo kokybės rodiklius formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai nesiskyrė nuo neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų.

### 5.2.9. Fizinio suvaržymo priemonių taikymas

Lyginant fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) naudojimą per pirmą parą po hospitalizavimo, nustatyta, kad ši prievartos priemonė buvo taikoma 8 (9,4 proc.) formaliai priverstinai hospitalizuotiems pacientams ir 3 (3,2 proc.) neformaliai priverstinai hospitalizuotiems pacientams, bet statistiškai reikšmingo skirtumo tarp tiriamųjų grupių nebuvo. Be šių pacientų, kuriems fizinio suvaržymo priemonės taikytos pirmą parą po hospitalizavimo, per likusį buvimo stacionare laikotarpį tokios priemonės buvo taikytos dar dviem neformaliai priverstinai hospitalizuotiems ir vienam formaliai priverstinai hospitalizuotam tiriamajam. Kiti autoriai dažniausiai pateikė fizinio suvaržymo priemonių naudojimo dažnio per visą buvimo stacionare laikotarpį rodiklį nuo visų (t. y. savo noru ir priverstinai) į psichiatrijos skyrius hospitalizuotų pacientų, todėl tiesiogiai lyginti su mūsų gautais duomenimis negalima. A. Busch ir M. Shore, apžvelgę įvairius tyrimus, nurodė, kad fizinio suvaržymo priemonės per buvimo stacionare laiką buvo taikomos nuo 2 proc. iki 6 proc. į psichiatrijos skyrius hospitalizuotų pacientų [180]. M. Hendryx ir bendraautorių atliktame tyrime tokių pacientų buvo 8 proc. [181], o R. Kaltiala-Heino ir bendraautorių duomenimis – 3,8 proc. [182].

Nors mes tyrėme fizinio suvaržymo priemonių naudojimą tik prievartą patiriantiems pacientams, jų dažnis labiau nesiskiria nuo literatūroje paskelbtų duomenų.

### 5.2.10. Prievartos vizualine analogine (PVAS) skale įvertintas subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas

Nors prievartos tyrimams dažniausiai naudojama MacArtur subjektyviai jaučiamos prievartos (MPCS) skalė, tačiau pastaruoju metu vis plačiau taikoma ir Prievartos vizualinė analoginė (PVAS) skalė, kurios savybės (ypač galimybė diferencijuoti stiprią prievartą) gerai įvertintos Šiaurės šalyse atliekant subjektyviai jaučiamos prievartos tyrimą [56].

Vertinant PVAS skale formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupės įverčio mediana buvo 9 balai, o neformaliai – 5 balai ir tarpusavyje statistiškai reikšmingai skyrėsi. Tai rodo, kad formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai jautė stipresnę prievartą. Danijoje atlikto tyrimo duomenimis, priverstinai hospitalizuotų pacientų PVAS buvo 7,5 balo [87]. Šiaurės šalyse atlikus tyrimus nustatyta, kad priverstinai hospitalizuotų pacientų grupės įverčiai buvo 4,8 balo Norvegijoje, 6,7 balo Suomijoje, 7,2 balo Švedijoje, 7,4 balo Danijoje, 9,5 balo Islandijoje [54]. Kitas Norvegijoje atliktas tyrimas konstatavo, kad priverstinai hospitalizuotų pacientų PVAS buvo 4,03 balo [25]. Remiantis PVAS skalės rezultatų palyginimais su kitomis šalimis, galima teigti, kad mūsų tirti priverstinai hospitalizuoti pacientai subjektyviai jaučia labai stiprią prievartą. Nors neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų PVAS skalės įverčiai buvo mažesni už formaliai hospitalizuotų pacientų, jų lygis siekė kai kuriose šalyse nustatytus priverstinai hospitalizuotų pacientų PVAS įverčius.

### 5.2.11. Su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu susiję veiksniai

Nustatyti su prievartos stiprumu susijusius veiksnius yra svarbu klinikinėje praktikoje, norint identifikuoti stiprią prievartą patiriančius pacientus, kurti prievartos prevencijos ir mažinimo metodikas. Mokslinio tyrimo metu siektina apimti kuo daugiau įvairių tyrimo objektui įtaką darančių veiksnių, tačiau atliekant šį tyrimą buvo apklausiami ūmios būklės pacientai, neseniai hospitalizuoti į uždarus psichiatrijos skyrius, todėl ilgai trunkančios išsamios apklausos galimybės buvo ribotos. Aiškinantis prievartos stiprumo veiksnius, duomenys gauti iš medicininės dokumentacijos, tačiau daugiau dėmesio buvo telkiama į ankstesniu-

se tyrimuose mažiau nagrinėtus psichopatologijos, agresijos, paciento požiūrio į gydymą aspektus. Mūsų atlikta analizė parodė, jog priverstinis hospitalizavimas yra svarbus subjektyvų prievartos jutimą stiprinantis veiksnys, tačiau šis ryšys nėra absoliutus. Ankstesnių prievartos tyrimų autoriai taip pat pabrėžė, kad šalia formalaus priverstinio hospitalizavimo svarbu nustatyti ir kitus prievartą lemiančius veiksnius [107].

Vertinant įvairių veiksnių ryšį su subjektyviu prievartos jutimu pirmiausia buvo atlikta koreliacinė analizė. Mokslinėje literatūroje galima rasti įvairių koreliacijos koeficiento stiprumo interpretavimo variantų. J. Cohen teigė, kad tiksluosiuose moksluose taikomas griežtesnis šio koeficiento vertinimas, o bihevioristiniuose moksluose – švelnesni kriterijai ir koreliacijos koeficientas 0,3–0,5 gali rodyti vidutinio stiprumo ryšį, o daugiau kaip 0,5 – stiprų ryšį [183]. Tokiu koreliacijos stiprumo skirstymu remtasi šiame darbe.

Vertinant, su kuo koreliuoja subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumas, formaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupėje nustatytas stiprus teigiamas ryšys su žodine agresija, mėginimu žudyti prieš hospitalizavimą, moteriškąja lytimi, fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) per pirmą parą po hospitalizavimo taikymu, vidutinio stiprumo – su bendra agresija be autoagresijos (MOAS<sub>28</sub>), bendra agresija (MOAS<sub>40</sub>), o stiprus neigiamas ryšys – su ne pirmuoju hospitalizavimu, vidutinio stiprumo neigiamas ryšys – su tuo, kaip teigiamai pacientas vertina gydymą.

Neformaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupėje nustatytas stiprus teigiamas ryšys su žodine agresija, bendra agresija be autoagresijos (MOAS<sub>28</sub>), priklausymu šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdinių sutrikimų (F20–F29) grupei, vidutinio stiprumo teigiamas ryšys – su bendra agresija (MOAS<sub>40</sub>), vidutinio stiprumo neigiamas ryšys – su tuo, kaip teigiamai pacientas vertina gydymą, su depresijos ir nerimo simptomais.

Analizuojant visus prievartą jaučiančius pacientus, t. y. formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotus tiriamuosius kartu, buvo nustatytas stiprus teigiamas subjektyviai jaučiamos prievartos ryšys su formaliu priverstiniu hospitalizavimu, žodine agresija, bendra agresija be autoagresijos (MOAS<sub>28</sub>), fizinio suvaržymo priemonių (fiksavimo) per pirmą parą po hospitalizavimo taikymu, vidutinio stiprumo teigiamas ryšys – su moteriškąja lytimi, bendra agresija su autoagresija (MOAS<sub>40</sub>), fizine agresija, priklausymu šizofrenijos, šizotipinio



ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) grupei, vidutinio stiprumo neigiamas ryšys – su pasitenkinimu gydymu, silpnas neigiamas ryšys – su depresijos ir nerimo simptomais.

Daugybines regresijos metodu įvertinus priverstinai hospitalizuotų pacientų grupę nustatyta, kad formaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupėje prievartos stiprumą geriausiai prognozavo žodinė agresija, tačiau ji paaiškino tik 10 proc. prievartos stiprumo, o papildomi veiksniai, kaip paciento gydymo vertinimas, mėginimas žudyti prieš hospitalizavimą ir moteriškoji lytis, padidino prievartos prognozavimo lygmenį iki 23 proc.

Neformaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupėje prievartos stiprumą geriausiai prognozavo žodinė agresija, tačiau šiuo atveju ji paaiškino 24 proc. prievartos stiprumo, o papildomi veiksniai, kaip priklausymas šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) diagnostinių kategorijų grupei, neigiamas paciento gydymo vertinimas, padidino prievartos prognozavimo lygmenį iki 37 proc.

Vertinant visus prievartą patiriančius pacientus (formaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupes kartu) prievartos stiprumą taip pat geriausiai prognozavo žodinė agresija ir ji paaiškino 22 proc. prievartos stiprumo, o papildomi veiksniai, kaip paciento gydymo vertinimas, formalus priverstinis hospitalizavimas, priklausymas šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) diagnostinių kategorijų grupei, padidino prievartos prognozavimo lygmenį iki 35 proc.

Daugybines regresijos analizės būdu sukurtuose modeliuose, kaip ir atlikus gama koreliacinę analizę, iš tirtų klinikinių ir socialinių demografinių veiksnių labiausiai su jaučiamos prievartos stiprumu buvo susijusi žodinė agresija. Mokslinėje literatūroje duomenų apie agresijos ryšį su subjektyviu prievartos jutimu yra nedaug. B. McKenna ir bendraautorių duomenimis, priverstinai hospitalizuojami pacientai, kuriems buvo ryški pykčio emocija, jautė stipresnę prievartą [116]. Nors šiame tyrime nustatytas stiprus agresijos (ypač žodinės) ryšys su jaučiamos prievartos stiprumu, vienareikšmiškai paaiškinti šį ryšį yra sudėtinga. Galima manyti, kad paciento agresija sukelia atitinkamą psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių darbuotojų reakciją ir jie naudoja daugiau prievartos pojūtį stiprinančių veiksnių. Tikėtinos situacijos, kai žodžiais agresyviam pacientui taikomi „negatyvaus poveikio“ būdai, nebandoma jam iš-

aiškinti visų su hospitalizavimo procedūra susijusių aspektų. Taip pat galimas ir atvirkščias priežastinis ryšys, kai paciento agresija pasireiškia kaip reakcija į jam taikomą prievartą. Gauti duomenys rodo, kad agresija (ypač žodinė) yra svarbus su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu susijęs veiksnys, tačiau vien jis nepaaiškina visų stipraus prievartos jutimo atvejų, o papildoma žinias apie ankstesniais tyrimais nustatytus prievartai įtaką darančius veiksnius. Nors išaiškėjo agresijos ryšys su psichopatologinių simptomų išraiška, subjektyvaus prievartos jutimo stiprumo psichopatologija iš esmės neveikė, todėl galima teigti, kad agresija prievartos stiprumą veikia nepriklausomai nuo psichopatologijos. Nustatytas agresijos ryšys su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu rodo, kad išoriškai matoma agresija gali padėti identifikuoti pacientus, kurie jaučia stiprią prievartą, ir atitinkamai taikyti specialias slaugos ir gydymo intervencijas.

Šio tyrimo metu nustatytas akivaizdus ryšys tarp hospitalizavimo metu subjektyviai jaučiamos prievartos ir to, kaip pacientas vertina jam taikomą gydymą. Šis rezultatas rodo, kad hospitalizavimo metu prievartą patiriantis pacientas blogiau vertina gydymą, t. y. jaučia nepasitenkinimą gaunama paslauga. Šie rezultatai panašūs į B. Svensson ir L. Hansson tyrimų rezultatus, kur sumažėjęs pasitenkinimas visais gydymo aspektais buvo susijęs su subjektyviu prievartos jutimu hospitalizuojant [127]. K. Iversen ir bendraautorai Norvegijoje kitokia metodologija atliktame tyrime ryšio tarp subjektyviai jaučiamos prievartos ir paciento pasitenkinimo gydymu nenustatė, tačiau tuo atveju, kai buvo vertinama stacionare patirtų prievartos priemonių visuma (subjektyvi prievarta, priverstinis hospitalizavimas, priverstinis vaistų skyrimas, fizinių suvaržymo priemonių taikymas), prievarta mažino pasitenkinimą gydymu [56]. Naujausi tyrimai, atlikti naudojant CAT skalę, rodo, kad mažas pasitenkinimas gydymu yra labiau susijęs su subjektyviai jaučiama prievarta negu su medicininėje dokumentacijoje užregistruotu formaliu prievartos priemonių naudojimu [184]. Pasitenkinimo gydymu mažėjimas yra vienas iš neigiamų prievartos aspektų, todėl tikėtina, kad prievartos mažinimo metodikos galėtų ne tik silpninti subjektyvų prievartos pojūtį, bet ir didinti pasitenkinimą gydymu hospitalizavimo metu ir ankstyvuojau laikotarpiu po hospitalizavimo.

Šiame tyrime nebuvo nustatyta tvirto jaučiamos prievartos stiprumo ryšio su psichopatologiniais veiksniais nei vertinant atskirus BPRS punktus, nei bendrą BPRS įvertį, pozityvius ar negatyvius BPRS subskalės simptomus,

GAF įvertį. Panašius psichopatologinių veiksnių įtakos prievartai duomenis gavo Norvegijoje atlikto tyrimo autoriai. K. Iversen pateiktos bendros priverstinai ir savo noru hospitalizuotų pacientų analizės duomenimis, hospitalizavimo metu jaučiamos prievartos stiprumas nesusijęs su lytimi, amžiumi, diagnoze, ankstesniais priverstiniais hospitalizavimais, GAF, BPRS įverčiais, tačiau, skirtingai nuo minėto tyrimo, mūsų tyrime hospitalizavimo teisinė padėtis, t. y. priverstinio hospitalizavimo faktas, buvo reikšmingas subjektyviai jaučiamos prievartos prognozavimo veiksnius [25]. Kiti tyrėjai taip pat nenustatė ryšio tarp hospitalizavimo metu subjektyviai jaučiamos prievartos ir BPRS ar jos subskalėmis įvertintos psichopatologijos stiprumo [87, 185]. Tai, kad psichopatologija nėra labai susijusi su subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumu, leidžia teigti, kad negalima tikėtis reikšmingai sumažinti prievartos jutimo psichofarmakologinėmis priemonėmis, o daugiau dėmesio skirtina jos prevencijai ir specifinių prievartą mažinančių nefarmakologinių metodų paieškai. Psichopatologijos įvertinimo duomenys taip pat rodo, kad stipriausiai prievartą jaučiantys pacientai nebūtinai yra sunkiausi pagal psichopatologijos, kartu ir pozityviosios (t. y. kliesesių, hallucinacijų), įvertinimą.

Mūsų tyrime šalia žodinės agresijos formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų jaučiamos prievartos stiprumui turėjo įtakos moteriškoji lytis, mėginimas žudyti, o neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų – šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) diagnostinių kategorijų grupės diagnozė.

Vertinat hospitalizavimo būdą paaiškėjo, kad paciento atvežimas į stacionarą psichiatrinės greitosios medicinos pagalbos brigados, palyginti su kitais atvykimo būdais, neturėjo įtakos jaučiamos prievartos stiprumui. Šie duomenys leidžia teigti, kad paciento pristatymas į stacionarą naudojantis GMP tarnybos paslaugomis yra priimtinesnis, nei kai kuriose šalyse pasitelkiama policijos pagalba, kuri stiprina subjektyvų prievartos jutimą [52].

Šiame tyrime buvo susitelkta prie klinikinių ir socialinių demografinių veiksnių įtakos prievartos stiprumo įvertinimui. Iš kitų tyrimų žinoma, kad subjektyviam prievartos jutimui daro įtaką tokie veiksniai kaip „neigiamas poveikis“, neįtraukimas į sprendimo dėl hospitalizavimo procesą. Šie veiksniai ankstesnių tyrimų regresijos modeliuose paaiškino beveik 50 proc. prievartos stiprumo variacijos [113, 116], ir nors subjektyviam prievartos suvokimo stiprumo paaiš-

kinimui tai suteikė labai reikšmingos informacijos, paaiškinančios subjektyvaus prievartos jutimo atsiradimą ir leidžiančios ja remtis kuriant prevencijos ir reabilitacijos modelius, prievartą patiriančių pacientų identifikavimas klinikinėje praktikoje remiantis šiais veiksniais, skirtingai negu agresija, yra daug sudėtingesnis ir mažiau pritaikomas praktiškai. Tyrėjai, kurie regresijos modeliuose naudojo tokius prognozavimo veiksnius kaip amžius, rasė, psichozės diagnozė, formalus priverstinis hospitalizavimas, paciento gydymosi įžvalga, nustatė, kad šie prognozavimo veiksniai paaiškino nuo 12 proc. iki 45 proc. subjektyvios prievartos stiprumo variacijos [52].

Išnagrinėjęs visus tirtus subjektyviai jaučiamos prievartos stiprumui įtaką darančius veiksnius, šis tyrimas patvirtino anksčiau kelių tyrėjų paskelbtus duomenis, kad psichopatologiniai simptomai reikšmingai neveikia subjektyvaus prievartos jutimo, ir suteikė naujos informacijos apie agresijos (ypač žodinės) ryšį su subjektyviai jaučiama prievarta. Nors šiame tyrime sukurtuose regresijos modeliuose agresija buvo šiek tiek silpnesnis prievartos prognozavimo veiksnys negu kitų tyrimų nustatytas „negatyvus poveikis“, tikėtina, kad agresijos vertinimas gali reikšmingai papildyti prievartos stiprumo prognozavimo modelius.

#### **5.2.12. Paciento judėjimo laisvės apribojimas gydymosi stacionare laikotarpiu**

Palyginus tiriamųjų grupes nustatyta, kad formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai ilgiau nei savo noru hospitalizuoti pacientai gydomi stacionare turėdami nustatytas labiausiai ribojančias gydymo ir slaugos sąlygas, t. y. pirmą režimą. Mažiau ribojančio antro režimo trukmės procentinė dalis nuo viso hospitalizavimo trukmės nesiskyrė. Šis duomenys rodo, kad prievartą hospitalizavimo metu patyrę pacientai ir gydymo stacionare laikotarpiu patiria įvairių laisvės apribojimų, bet matoma tendencija, kad formaliai priverstinai hospitalizuotiems pacientams apribojimų taikoma daugiau.

### 5.3. Trečiojo tyrimo etapo rezultatai

#### 5.3.1. Hospitalizavimo ir rehospitalizavimų rodikliai

Vykdam tyrimą buvo siekiama įvertinti priverstinai hospitalizuotų pacientų hospitalizavimo ir vėlesnių rehospitalizavimų rodiklius. Nors šie rodikliai ir neapima visų gydymo baigčių parametrų, tuo pat metu jie yra labai tikslūs, nes objektyviai fiksuojami medicininėje dokumentacijoje ir, ne taip kaip po ilgesnio laiko vykdomų pakartotinių apklausų atvejais, jų galutiniam rezultatui neturi įtakos pacientų pasitraukimas iš tyrimo ar kiti subjektyvūs veiksniai.

Šiame tyrime dviejų tiriamųjų grupių rezultatai papildomai palyginti su savo noru hospitalizuotų, prievartos nejaučiančių pacientų duomenimis. Pagal amžių, lytį ir siuntimo tiriamajam hospitalizavimui būdą šios trys grupės tarpusavyje nesiskyrė. Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėje daugiau nei savo noru hospitalizuotų, prievartos nejaučiančių ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupėse buvo šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdėsinių sutrikimų (F20–F29) diagnostinių kategorijų grupės diagnozių, nors ši diagnostinių kategorijų grupė buvo vyraujanti visose trijose tiriamųjų grupėse.

Formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų buvimo stacionare trukmė (atitinkamai 44 ir 39 paros) buvo ilgesnė nei savo noru hospitalizuotų, prievartos nejaučiančių pacientų buvimo stacionare trukmė (31 para). Suomijoje atlikto tyrimo duomenimis, priverstinai hospitalizuotų pacientų hospitalizavimo trukmė taip pat buvo ilgesnė nei savo noru hospitalizuotų (atitinkamai 49,4 ir 22,1 paros) [135]. Australijoje atlikus tyrimą buvo nustatyta 17,5 paros priverstinai hospitalizuotų ir 10,7 paros savo noru hospitalizuotų pacientų buvimo stacionare trukmė [186]. Šio tyrimo metu gauti duomenys patvirtina ir daugumos ankstesnių tyrimų nustatytą tendenciją, kad priverstinai hospitalizuotų pacientų buvimo stacionare trukmė yra ilgesnė nei savo noru hospitalizuotų [119]. Duomenų apie subjektyviai jaučiamos prievartos įtaką hospitalizavimo trukmei nėra daug, tačiau manoma, kad yra tam tikras teigiamas ryšys [76]. Šio tyrimo metu formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų buvimo stacionare trukmė nesiskyrė, ir tai rodo, kad šiuo požiūriu neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupė nesiskiria nuo formaliai priverstinai hospitalizuotų, tačiau abi šios grupės skiriasi nuo savo noru hospitalizuotų, prievartos nejaučiančių pacientų grupės.

Formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai būdavo dažniau rehospitalizuojami nei savo noru hospitalizuoti, prievartos neįaučiantys pacientai. Gauti duomenys, kad priverstinai hospitalizuoti pacientai pasižymi didesne rehospitalizavimo rizika, patvirtina dalies ankstesnių tyrimų rezultatus [142–144], tačiau priešingi kitų tyrimų rezultatams, kur prievarta hospitalizuotų pacientų rehospitalizavimo rizika buvo mažesnė [136, 145]. Tikėtina, kad nevienodus įvairių tyrimų skirtingose šalyse rezultatus gali lemti teisiniai, kultūriniai, klinikinės praktikos ir stacionarinės bei ambulatorinės pagalbos skirtumai, taip pat metodologiniai tyrimų ypatumai. Formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų grupės pagal rehospitalizavimo riziką buvo vienodos, bet jų rodikliai buvo blogesni nei savo noru hospitalizuotų, prievartos neįaučiančių pacientų.

Tyrimo metu neišryškėjo formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupių rehospitalizavimo rodiklių (rehospitalizavimo buvimo, rehospitalizavimų skaičiaus, laiko iki pirmojo rehospitalizavimo) skirtumų, ir tai leidžia teigti, jog šiuo požiūriu formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų tiriamųjų grupės yra vienodos. Tokie patys rezultatai gauti ir analizuojant atrinktus tik šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20–F29) diagnostinių kategorijų grupei priklausančius pacientus. Šie duomenys patvirtina pastaruoju metu išsivirujančią nuomonę, kad subjektyviai prievartą suvokiantys pacientai taip pat būtų priskiriami prievartą hospitalizavimo metu patiriantiems pacientams [54]. Atsižvelgiant į šiuos rezultatus, klinikinėje praktikoje prievarta hospitalizuotiems pacientams taikant gydymo, slaugos, reabilitacijos priemones, nereikėtų apsiriboti vien formaliai prievartą patiriančiais pacientais, t. y. hospitalizuotais prievarta pagal įstatymą, bet tikslinga įtraukti ir subjektyviai prievartą hospitalizavimo metu jaučiančius pacientus. Kadangi formalią ir neformalią prievartą patiriančių pacientų hospitalizavimo ir rehospitalizavimo rodikliai yra blogesni už prievartos nepatiriančių pacientų, tikslinga atlikti tolesnius tyrimus ieškant specifinių prievartos prevencijos ir padarinių mažinimo būdų.

Nors šio tyrimo rezultatai praplečia ankstesnes prievartos psichiatrijoje vertinimo ir prevencijos rekomendacijas, tačiau dar yra daug neišskaičių šios psichiatrijos srities aspektų. Todėl išlieka aktuali Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacija atlikti daugiau biologinių ir psichosocialinių psichikos sveikatos srities mokslinių tyrimų siekiant sukurti naujų efektyvesnių intervencijos metodų [163].

## 6. IŠVADOS

1. Formaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų rodiklis  $10^5$  gyventojų per metus Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro aptarnaujamoje teritorijoje yra panašus į santykinai nedidelio priverstinių hospitalizavimų skaičiaus Europos Sąjungos valstybių, pavyzdžiui, Italijos, Danijos, Nyderlandų, rodiklius.
2. Formaliai priverstinai hospitalizuojama 11 proc. ūmios psichiatrijos skyriuose gydomų pacientų, tačiau atsižvelgiant į tai, kad 17 proc. savo noru hospitalizuotų pacientų patiria prievartą, bendras hospitalizavimo metu patiriančių prievartą pacientų skaičius padidėja daugiau nei du kartus ir sudaro daugiau kaip ketvirtadalį visų hospitalizavimų.
3. Beveik visi formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai jaučia prievartą hospitalizavimo metu.
4. Dauguma formaliai priverstinai hospitalizuotų ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų socialinių demografinių, psichopatologijos, gyvenimo kokybės bei gydymo charakteristikų yra panašios.
5. Formaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai jaučia stipresnę prievartą, pasižymi dažnesne agresija, mažiau patenkinti gydymu nei neformaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai.
6. Hospitalizavimo metu jaučiamos prievartos stiprumas labiausiai susijęs su žodine agresija, nepasitenkinimu gydymu, formaliu priverstiniu hospitalizavimu ir šizofrenijos, šizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (TLK-10 F20–F29) diagnostinių kategorijų grupės diagnozėmis.
7. Formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuotų pacientų hospitalizavimo ir rehospitalizavimo per trejus metus po išrašymo rodikliai nesiskiria.
8. Formaliai priverstinai ir neformaliai priverstinai hospitalizuoti pacientai, palyginti su savo noru hospitalizuotais pacientais, yra ilgiau gydomi tiriamojo hospitalizavimo metu, daugiau jų rehospitalizuojama, jie trumpiau išbūna nerehospitalizuoti ir daugiau kartų rehospitalizuojami per trejus metus nuo tiriamojo hospitalizavimo.

## 7. REKOMENDACIJOS

1. Sukurti, integruoti į medicininės statistinės dokumentacijos sistemą ir teikiant stacionarines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas visuotinai taikyti priverstinių hospitalizavimų į psichiatrijos stacionarą registravimo sistemą. Ši sistema apimtų: visų priverstinio hospitalizavimo atvejų registravimą hospitalizavimo metu, priverstinio hospitalizavimo indikacijų registravimą, priverstinio hospitalizavimo trukmės registravimą, teismo nutartimi vykdomų priverstinių hospitalizavimų registravimą.
2. Ūmios psichiatrijos stacionaruose vertinant teikiamų paslaugų kokybę atlikti visų hospitalizuotų pacientų subjektyviai patiriamos prievartos vertinimą.
3. Agresyviems pacientams dėl rizikos patirti stiprią prievartą taikyti subjektyviai jaučiamos prievartos įvertinimą ir prievartos prevencijos bei padarinių mažinimo priemones.
4. Atsižvelgiant į prievartą patiriančių pacientų blogesnes nei prievartos nepatiriančių pacientų objektyvias stacionarinio gydymo baigtis, įdiegti į klinikinę praktiką prievartos prevencijos priemones, o prievartą patyrusiems pacientams sukurti ir taikyti prievartos padarinių mažinimo metodus.
5. Atlikti mokslinius prievartos psichiatrijoje tyrimus kituose Lietuvos stacionaruose, siekiant įvertinti formalaus ir neformalaus priverstinio hospitalizavimo bei kitų prievartos priemonių paplitimą.



# DISERTACIJOS TEMA PASKELBTOS PUBLIKACIJOS IR PRANEŠIMAI

1. V. Raškauskas, A. Dembinskas, A. Navickas, V. Danilevičiūtė. Prievarta hospitalizuotų pacientų agresijos charakteristika. *Medicinos teorija ir praktika* 2009; 15(2): 140–144.
2. V. Raškauskas, A. Dembinskas, A. Navickas, V. Danilevičiūtė. Priverstinai į ūmios psichiatrijos skyrius hospitalizuotų pacientų rehospitalizavimo dažnis. *Visuomenės sveikata* 2009; 4: 122–129.
3. V. Raškauskas, A. Dembinskas, A. Navickas, V. Danilevičiūtė. Priverstinio hospitalizavimo į psichiatrijos stacionarą Lietuvoje teisinio reguliavimo ir paplitimo aspektai Europos valstybių kontekste. *Sveikatos mokslai* 2010; 2: 3000–3005.

## *Disertacijos tema konferencijose skaityti pranešimai:*

1. V. Raškauskas, A. Dembinskas, A. Navickas, A. Zakarian. Prievartos psichiatrijoje tyrimo metodologija: Žodinis pranešimas. Tarptautinė konferencija „Stresas – psichikos norma ir patologija“. 2005 m. spalio 6–8 d., Palanga.
2. V. Raškauskas. Priverstinio hospitalizavimo ir gydymo Europos Sąjungoje patirtis: Žodinis pranešimas. Vilniaus universiteto Psichiatrijos klinikos, Lietuvos psichiatrių asociacijos, Vilniaus krašto filialo, Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrių draugijos, Lietuvos suicidologijos asociacijos konferencija „Psichinės sveikatos priežiūros naujienos“. 2010 m. kovo 26 d., Vilnius.

## LITERATŪROS SĄRAŠAS

- [1] Vuckovich PK. The ethics of involuntary procedures. *Perspect Psychiatr Care* 2000; 36(4): 111–2.
- [2] Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(5): 576–84.
- [3] Kallert TW, Jurjanz L, Schnall K, Glockner M, Gerdjikov I, Raboch J, et al. [Practice recommendation for administering mechanical restraint during acute psychiatric hospitalization]. *Psychiatr Prax* 2007; 34 Suppl 2: S233–S240.
- [4] Lidz CW. Coercion in psychiatric care: what have we learned from research? *J Am Acad Psychiatry Law* 1998; 26(4): 631–7.
- [5] Hiday, Virginia Aldige; Swartz, Marvin S; Swanson, Jeffrey W; Borum, Randy; Wagner H. Ryan: Coercion in mental health care. In: Backlar, P Cutler, DL (Eds). *Ethics in community mental health care: Commonplace concerns* (p. 117–136). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002. ISBN: 0306467046.
- [6] Kjellin L. *Coercion in psychiatric care. Formal and informal – justification and ethical conflicts*. Uppsala University, 1996. 53 p.
- [7] Kjellin L, Westrin CG. Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. Registered and reported. *Int J Law Psychiatry* 1998; 21(1): 31–42.
- [8] Tan SY, Yeow ME. Philippe Pinel (1745–1826): liberator of the insane. *Singapore Med J* 2004; 45(9): 410–2.
- [9] Weiner DB. Philippe Pinel’s “Memoir on Madness” of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *Am J Psychiatry* 1992; 149(6): 725–32.
- [10] Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Virginia A. Sadock and Benjamin J. Sadock, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. 4294 p. ISBN 0781734347.
- [11] Jones K. Robert Gardiner Hill and the non-restraint movement. *Can J Psychiatry* 1984; 29(2): 121–4.
- [12] *Psichiatrija*. Moksl. red. A. Dembinskas. Vilnius: Vaistų žinios, 2003. 736 p. ISBN 9955511214.
- [13] Blažys J. Įvadas į psichiatriją. Kaunas, 1935. 272 p.
- [14] Verchovnyj Soviet Sojuza Sovjetskich Socialističeskich Respublik. Zakon SSSR ot 19.12.1969 ob utverzhdenii zakonodatelstva Sojuza SSR i sojuznych respublik o zdorovočhramenii (vmeste s osnovami zakonodatelstva) [žiūrėta 2010 m. vasario 1 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.lawmix.ru/docs\\_cccp.php?id=988](http://www.lawmix.ru/docs_cccp.php?id=988)>.
- [15] Lietuvos Tarybų Socialistinės Respublikos sveikatos apsaugos įstatymas. Vilnius, 1971. 55 p.
- [16] Ministerstvo zdorovočhronenija SSSR. Instrukcija po neotložnoi gospitalizacii psichičheski bolnyh, predstavljajushchich obshchestvennuju opasnost 04-14/32. In: Podrabinek A, editor. *Karatelnaja medicina*. New York: Chronika, 1979, p. 180–1.
- [17] Council of Europe. *The European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*. Rome, 1950.

- [18] Committee of Ministers of the Council of Europe. Recommendation No. R (83) 2. 1983 [žiūrėta 2010 m. vasario 1 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_en.asp)>.
- [19] Working Party on Psychiatry and Human Rights (2000). "White paper" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment [žiūrėta 2010 m. kovo 4 d.]. Prieiga per internetą: <[http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08\\_Psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/DIR-JUR\(2000\)2WhitePaper.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIR-JUR(2000)2WhitePaper.pdf)>.
- [20] United Nations. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. New York, 1991.
- [21] Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, et al. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(12): 1034–9.
- [22] Appelbaum PS. Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997; 25(2): 135–47.
- [23] Thornicroft G, Tansella M. The ethical base of mental health service research. Recent developments in mental health service research in the UK. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 399: 42–6.
- [24] Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. Lietuvių kalbos institutas [žiūrėta 2010 m. kovo 1 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.lki.lt/dlkz/>>.
- [25] Ivar IK, Hoyer G, Sexton H, Gronli OK. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nord J Psychiatry* 2002; 56(6): 433–9.
- [26] Hoyer G, Kjellin L, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Nilstun T, Sigurjonsdottir M, et al. Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *Int J Law Psychiatry* 2002; 25(2): 93–108.
- [27] Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral Sciences & the Law* 1993; 11(3): 239–58.
- [28] Hanson R. Making sense of medical paternalism. *Med Hypotheses* 2008; 70(5): 910–3.
- [29] Kjellin L, Nilstun T. Medical and social paternalism. Regulation of and attitudes towards compulsory psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(6): 415–9.
- [30] Chodoff P. Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. *Am J Psychiatry* 1984; 141(3): 384–9.
- [31] Health and Consumer Protection Directorate General of European Commission (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union [žiūrėta 2010 m. kovo 6 d.]. Prieiga per internetą: <[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)>.
- [32] Kallert TW. Coercion in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(5): 485–9.
- [33] Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114(4): 232–41.
- [34] Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode

- patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Sep; 62(9): 975–83.
- [35] Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162(10): 1785–804.
- [36] Monahan J, Swartz M, Bonnie RJ. Mandated treatment in the community for people with mental disorders. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22(5): 28–38.
- [37] Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, Monahan J, Eisenberg MM, Bennett NS, et al. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* 1999; 156(9): 1385–91.
- [38] Grudzinskas AJ, Jr. Commentary: the search for a formula to relate competence, coercion, and mandated treatment. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002; 30(2): 218–20.
- [39] Swartz MS, Swanson JW, Hannon MJ. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behav Sci Law* 2003; 21(4): 459–72.
- [40] Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijala A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(6): 343–52.
- [41] Haebler D, Beuscher HFE, Kunz D, Priebe S, Heinz A. Compulsory psychiatric admissions in two districts of Berlin – How open are the psychiatric services? *Dtsch Arztebl* 2007; [104(18)]: A 1262–1236.
- [42] Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of receipt of aftercare and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47(5): 487–96.
- [43] Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe – a review. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(1): 3–8.
- [44] Angermeyer MC, Matschinger H. Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders. Their effect on the social distance towards the mentally ill. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245(3): 159–64.
- [45] Phelan JC, Link BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 Dec; 33 Suppl 1: S7–12.
- [46] Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249(3): 136–43.
- [47] Priebe S, Badescanyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005 15; 330(7483): 123–6.
- [48] Priebe S, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, Martinez-Leal R, et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatr Serv* 2008; 59(5): 570–3.
- [49] Mulder CL. Variations in involuntary commitment in the European Union. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 91–2.
- [50] Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 163–8.

- [51] Johnsen L, Oysaed H, Bornes K, Moe TJ, Haavik J. A systematic intervention to improve patient information routines and satisfaction in a psychiatric emergency unit. *Nord J Psychiatry* 2007; 61(3): 213–8.
- [52] Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up-a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(2): 160–6.
- [53] Hoge SK, Lidz C, Mulvey E, Roth L, Bennett N, Siminoff L, et al. Patient, family, and staff perceptions of coercion in mental hospital admission: an exploratory study. *Behav Sci Law* 1993; 11(3): 281–93.
- [54] Kjellin L, Hoyer G, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Sigurjonsdottir M. Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(3): 241–7.
- [55] Hoyer G. On the justification for civil commitment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 399: 65–71.
- [56] Iversen KI, Hoyer G, Sexton HC. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30(6): 504–11.
- [57] Helmchen H, Okasha A. From the Hawaii Declaration to the Declaration of Madrid. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 399: 20–3.
- [58] Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(5): 385–9.
- [59] Wallsten T, Ostman M, Sjöberg RL, Kjellin L. Patients' and next-of-kins' attitudes towards compulsory psychiatric care. *Nord J Psychiatry* 2008; 62(6): 444–9.
- [60] Segal SP. Civil commitment standards and patient mix in England/Wales, Italy, and the United States. *Am J Psychiatry* 1989; 146(2): 187–93.
- [61] Salize HJ, Rossler W, Becker T. Mental health care in Germany: current state and trends. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(2): 92–103.
- [62] Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios 1995, Nr. 53–1290.
- [63] Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. Valstybės žinios 2000; Nr. 74-2262.
- [64] Large MM, Nielssen O, Ryan CJ, Hayes R. Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(3): 251–6.
- [65] Campbell TD. Mental health law: institutionalised discrimination. *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 28(4): 554–9.
- [66] Kallert TW, Rymaszewska J, Torres-Gonzales F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: implications for clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health* 2007; 6(2): 197–207.
- [67] Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients – Legislation and practice in EU-member states: Final report. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health; 2002, p. 163.
- [68] Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (CPT). CPT standartai. 2003 [žiūrėta 2010 m. kovo 6 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.cpt.coe.int/lang/ltu/ltu-standards.pdf>>.

- [69] Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Mental health policy and practice across Europe. Open University Press, 2007. 452 p. ISBN 0335214673.
- [70] Riecher-Rossler A, Rossler W. Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87(4): 231–6.
- [71] Barbato A, D’Avanzo B. Involuntary placement in Italy. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 542–3.
- [72] Hatling T, Krogen T, Ullenberg P. Compulsory admissions to psychiatric hospitals in Norway – international comparisons and regional variations. *Journal of Mental Health* 2002; 11(6): 623–34.
- [73] Kozumplik O, Jukic V, Goreta M. Involuntary hospitalizations of patients with mental disorders in Vrapce Psychiatric Hospital: five years of implementation of the first Croatian law on protection of persons with mental disorders. *Croat Med J* 2003; 44(5): 601–5.
- [74] Kjellin L. Compulsory psychiatric care in Sweden 1979–1993. Prevalence of committed patients, discharge rates and area variation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(2): 90–6.
- [75] Hansson L, Muus S, Saarento O, Vinding HR, Gostas G, Sandlund M, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(2): 99–104.
- [76] Sorgaard KW. Patients’ perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nord J Psychiatry* 2004; 58(4): 299–304.
- [77] Engberg M. Involuntary commitment in Greenland, the Faroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(4): 353–6.
- [78] Kokkonen P. Coercion and legal protection in psychiatric care in Finland. *Med Law* 1993; 12(1–2): 113–24.
- [79] Malcolm L. Bed availability as a significant influence on rates of committal to New Zealand’s psychiatric hospitals. *N Z Med J* 1989; 102(860): 8–9.
- [80] Crisanti AS, Love EJ. Characteristics of psychiatric inpatients detained under civil commitment legislation: a Canadian study. *Int J Law Psychiatry* 2001; 24(4–5): 399–410.
- [81] Bauer A, Rosca P, Grinshpoon A, Khawaled R, Mester R, Yoffe R, et al. Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991–2000. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30(1): 60–70.
- [82] Textbook of community psychiatry. Edited by Graham Thornicroft & George Szmulker. Oxford: Oxford University Press, 2001. 585 p. ISBN 0192629972.
- [83] Pierce GL, Durham ML, Fisher WH. The impact of broadened civil commitment standards on admissions to state mental hospitals. *Am J Psychiatry* 1985; 142(1): 104–7.
- [84] Coughnard A, Kalmi E, Desage A, Misdrahi D, Abalan F, Brun-Rousseau H, et al. Factors influencing compulsory admission in first-admitted subjects with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(10): 804–9.
- [85] Riecher A, Rossler W, Loffler W, Fatkenheuer B. Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med* 1991; 21(1): 197–208.

- [86] Isohanni M, Nieminen P. Relationship between involuntary admission and the therapeutic process in a closed ward functioning as a therapeutic community. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81(3): 240–4.
- [87] Poulsen HD. Perceived coercion among committed, detained, and voluntary patients. *Int J Law Psychiatry* 1999; 22(2): 167–75.
- [88] Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas RK. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20(3): 311–22.
- [89] Nicholson RA. Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychol Bull* 1986; 100(2): 241–50.
- [90] Malla A, Norman RM, Helmes E. Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *CMAJ* 1987 1; 136(11): 1166–71.
- [91] Kastrup M. Sex differences in the utilization of mental health services: a nationwide register study. *Int J Soc Psychiatry* 1987; 33(3): 171–84.
- [92] Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Gender differences among civilly committed schizophrenia subjects. *Schizophr Bull* 1996; 22(4): 653–8.
- [93] Houston KG, Mariotto M. Outcomes for psychiatric patients following first admission: relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychol Rep* 2001; 88(3 Pt 2): 1012–4.
- [94] Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1995; 167(6): 770–6.
- [95] Davies S, Thornicroft G, Leese M, Higgingbotham A, Phelan M. Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London. *BMJ* 1996; 312(7030): 533–7.
- [96] Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Leff J. Negative pathways to psychiatric care and ethnicity: the bridge between social science and psychiatry. *Soc Sci Med* 2004; 58(4): 739–52.
- [97] Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Bagalkote H, Morgan K, Fearon P, et al. Pathways to care and ethnicity. 1: Sample characteristics and compulsory admission. Report from the AESOP study. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 281–9.
- [98] Kelly BD, Clarke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M, et al. Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2004; 19(2): 67–71.
- [99] Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(5): 360–5.
- [100] Steinert T, Wiebe C, Gebhardt RP. Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50(1): 85–90.
- [101] Colasanti A, Natoli A, Moliterno D, Rossattini M, De G, I, Mauri MC. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *Eur Psychiatry* 2008; 23(6): 441–8.

- [102] Serper MR, Goldberg BR, Herman KG, Richarme D, Chou J, Dill CA, et al. Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Compr Psychiatry* 2005; 46(2): 121–7.
- [103] Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004; 161(3): 459–65.
- [104] Steinert T, Wolffe M, Gebhardt RP. Measurement of violence during in-patient treatment and association with psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(2): 107–12.
- [105] Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002; (412): 133–41.
- [106] Ballerini A, Boccalon RM, Boncompagni G, Casacchia M, Margari F, Minervini L, et al. Clinical features and therapeutic management of patients admitted to Italian acute hospital psychiatric units: the PERSEO (psychiatric emergency study and epidemiology) survey. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6: 29.
- [107] Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* 1995; 18(3): 249–63.
- [108] Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E, et al. Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20(2): 167–81.
- [109] Spence ND, Goldney RD, Costain WF. Attitudes towards psychiatric hospitalisation: a comparison of involuntary and voluntary patients. *Aust Clin Rev* 1988; 8(30): 108–16.
- [110] Ruggeri M, Bisoffi G, Fontecedro L, Warner R. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach: The South Verona Outcome Project 4. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 268–75.
- [111] MacArthur Foundation research network on mental health and the law. The MacArthur Coercion Study. Executive Summary. 2004 [žiūrėta 2010 m. sausio 5 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.macarthur.virginia.edu/coercion.html>>.
- [112] Gardner W, Hoge SK, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, et al. Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law* 1993; 11(3): 307–21.
- [113] Cascardi M, Poythress NG. Correlates of perceived coercion during psychiatric hospital admission. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20(4): 445–58.
- [114] Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry* 1996; 19(2): 201–17.
- [115] Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Monahan J, Bennett N, Gardner W, et al. Family, clinician, and patient perceptions of coercion in mental hospital admission. A comparative study. *Int J Law Psychiatry* 1998; 21(2): 131–46.
- [116] McKenna BG, Simpson AI, Laidlaw TM. Patient perception of coercion on admission to acute psychiatric services. The New Zealand experience. *Int J Law Psychiatry* 1999; 22(2): 143–53.



- [117] Westrin CG, Nilstun T. Psychiatric ethics and health services research. Concepts and research strategies. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 399: 47–50.
- [118] Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ* 1998; 316(7130): 542–5.
- [119] Kallert TW, Glockner M, Schutzwahl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258(4): 195–209.
- [120] Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, et al. The validity of mental patients' accounts of coercion-related behaviors in the hospital admission process. *Law Hum Behav* 1997; 21(4): 361–76.
- [121] Taborda JG, Baptista JP, Gomes DA, Nogueira L, Chaves ML. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *Int J Law Psychiatry* 2004; 27(2): 179–92.
- [122] Bonsack C, Borgeat F. Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28(4): 342–7.
- [123] Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20(2): 227–41.
- [124] Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M, et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry* 1998; 155(9): 1254–60.
- [125] Poulsen HD, Engberg M. Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103(1): 60–5.
- [126] Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2007; 16(2): 172–8.
- [127] Svensson B, Hansson L. Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. The influence of personality traits, diagnosis and perceived coercion. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(5): 379–84.
- [128] Rain SD, Williams VF, Robbins PC, Monahan J, Steadman HJ, Vesselinov R. Perceived coercion at hospital admission and adherence to mental health treatment after discharge. *Psychiatr Serv* 2003; 54(1): 103–5.
- [129] Kjellin L, Ostman O, Ostman M. Compulsory psychiatric care in Sweden: development 1979–2002 and area variation. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(1): 51–9.
- [130] Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, et al. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101(1): 73–9.
- [131] Loftus E. Our changeable memories: legal and practical implications. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4(3): 231–4.
- [132] Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(12): 981–8.
- [133] Steinert T, Schmid P. Effect of voluntariness of participation in treatment on short-term outcome of inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004; 55(7): 786–91.

- [134] Wallsten T, Kjellin L, Lindstrom L. Short-term outcome of inpatient psychiatric care – impact of coercion and treatment characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(12): 975–80.
- [135] Tuohimaki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuori T, Lehtinen V, Joukamaa M. Deprivation of liberty in Finnish psychiatric inpatients. *Int J Law Psychiatry* 2004; 27(2): 193–205.
- [136] Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(11): 528–34.
- [137] Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission a valid indicator of the quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 2007; 34(2): 137–50.
- [138] Hodgson RE, Lewis M, Boardman AP. Prediction of readmission to acute psychiatric units. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(6): 304–9.
- [139] Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *Am J Psychiatry* 1996; 153(3): 392–6.
- [140] Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003; 54(9): 1271–6.
- [141] Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(12): 721–9.
- [142] Munk-Jorgensen P, Mortensen PB, Machon RA. Hospitalization patterns in schizophrenia. A 13-year follow-up. *Schizophr Res* 1991; 4(1): 1–9.
- [143] Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatr Serv* 1999; 50(8): 1049–52.
- [144] Feigon S, Hays JR. Prediction of readmission of psychiatric inpatients. *Psychol Rep* 2003; 93(3 Pt 1): 816–8.
- [145] Valevski A, Olfson M, Weizman A, Shiloh R. Risk of readmission in compulsorily and voluntarily admitted patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(11): 916–22.
- [146] Rosca P, Bauer A, Grinshpoon A, Khawaled R, Mester R, Ponizovsky AM. Rehospitalizations among psychiatric patients whose first admission was involuntary: a 10-year follow-up. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006; 43(1): 57–64.
- [147] McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry* 1989; 30(1): 13–7.
- [148] Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jakel A. [Subjective evaluation criteria in psychiatric care-methods of assessment for research and general practice]. *Psychiatr Prax* 1995; 22(4): 140–4.
- [149] Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Gutkind D, Gilbert EA. Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatry Res* 2000; 97(2–3): 129–35.

- [150] Moos RH, Nichol AC, Moos BS. Global Assessment of Functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health services. *Psychiatr Serv* 2002; 53(6): 730–7.
- [151] Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45(1): 7–12.
- [152] Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176(9): 539–46.
- [153] JMP® 8 Introductory Guide. Cary, NC: SAS Institute Inc., 2008.
- [154] George A. Morgan, Nancy L. Leech, Gene W. Gloeckner, Karen C. Barrett. *SPSS for Introductory Statistics: Use and Interpretation*. 2 ed. Lawrence Erlbaum Associates; 2004. 224 p. ISBN 0805847898.
- [155] Statgraphics Plus V. 5.0, Reference Manual. Manugistics Inc.; 2000.
- [156] Ryan BF, Joiner BL, Cryer JD. *Minitab handbook – updated for release 14*. Thomson Learning; 2005. 528 p. ISBN 0534496008.
- [157] Bowers D. *Medical statistics from scratch: an introduction for health professionals*. 2nd ed. 2008. 300 p. ISBN 0470513012
- [158] Pukėnas K. Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa: mokomoji knyga. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija, 2005. 289 p. ISBN 9955622180.
- [159] Kleinbaum David G and Klein Mitchel. *Survival Analysis: A Self-Learning Text (Statistics for Biology and Health)*. 2 ed. New York: Springer-Verlag, Inc., 2005. 590 p. ISBN 0387239189.
- [160] Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vilniaus miesto savivaldybės seniūnijų teritorijos ir gyventojai [žiūrėta 2010 m. sausio 5 d.]. Prieiga per internetą: <<http://www.stat.gov.lt/vilniussampling/vsavsensk/surasy-mas%20seniunijomis.pdf>>.
- [161] Hill Th, Lewicki P. *Statistics: Methods and Applications*. 1st ed. StatSoft, 2006. 800 p. ISBN 1884233597.
- [162] Sheskin DJ. *Handbook of parametric and nonparametric statistical procedures*. 3rd ed. Boca Raton, Chapman & Hall/CRC, 2004. 1231 p. ISBN 1584884401.
- [163] Dawson J, King M, Papageorgiou A, Davidson O. Legal pitfalls of psychiatric research. *Br J Psychiatry* 2001; 178(1): 67–70.
- [164] WHO. *World health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope* [žiūrėta 2010 m. sausio 5 d.]. Prieiga per internetą:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)> 2001>.
- [165] Hennkens CH, Buring JE. *Epidemiology in medicine*. Boston, 1987. 383 p. ISBN 0316356360.
- [166] Ivar IK, Hoyer G, Sexton HC. Rates for civil commitment to psychiatric hospitals in Norway. Are registry data accurate? *Nord J Psychiatry* 2009; 1–7.
- [167] Mulder CL, Uitenbroek D, Broer J, van Lendemeijer B, et al. Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000–2004. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(4): 331–6.
- [168] Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, et al. Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and

- correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(2): 140–5.
- [169] Bindman J, Tighe J, Thornicroft G, Leese M. Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7): 341–5.
- [170] Peen J, Dekker J. Urbanisation as a risk indicator for psychiatric admission. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(9): 535–8.
- [171] Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(10): 797–803.
- [172] Sorgaard KW. Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scand J Caring Sci* 2007; 21(2): 214–9.
- [173] Poulsen HD. Diagnoses among committed and detained psychiatric patients in Denmark. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20(4): 459–68.
- [174] Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *J Adv Nurs* 2008; 64(6): 538–48.
- [175] Nijman H, Merckelbach H, Evers C, Palmstierna T, Campo J. Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105(5): 390–5.
- [176] Ketelsen R, Zechert C, Driessen M, Schulz M. Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14(1): 92–9.
- [177] Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001; 52(1): 75–80.
- [178] Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(3): 247–55.
- [179] Russo J, Roy-Byrne P, Jaffe C, Ries R, Dagadakis C, Avery D. Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatr Serv* 1997; 48(11): 1427–34.
- [180] Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 8(5): 261–70.
- [181] Hendryx M, Trusevich Y, Coyle F, Short R, Roll J. The Distribution and Frequency of Seclusion and/or Restraint among Psychiatric Inpatients. *J Behav Health Serv Res* 2009 Sep 12.
- [182] Kaltiala-Heino R, Tuohimaki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26(2): 139–49.
- [183] Cohen J. *Statistical power analysis for behavioral sciences*. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates, 1988. 567 p. ISBN 0805802835.
- [184] Katsakou C, Bowers L, Amos T, Morriss R, Rose D, Wykes T, et al. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv* 2010; 61(3): 286–92.

- 
- [185] Fu JC, Chow PP, Lam LC. The experience of admission to psychiatric hospital among Chinese adult patients in Hong Kong. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 86.
- [186] Hugo M. Comparative efficiency ratings between public and private acute inpatient facilities. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34(4): 651–7.

## PRIEDAI

### 1 priedas. MacArtur subjektyviai jaučiamos prievartos skalė (MPCS)

1. Ar jaučiatės taip, lyg laisva valia būtumėte atvykęs į ligoninę?  
 1 taip    2 ne    77 nepaklausta    88 nežinau    99 neatsakė
  
2. Ar pats pasirinkote sprendimą vykti į ligoninę?  
 1 taip    2 ne    77 nepaklausta    88 nežinau    99 neatsakė
  
2. Ar pats sugalvojote vykti į ligoninę?  
 1 taip    2 ne    77 nepaklausta    88 nežinau    99 neatsakė
  
3. Ar iš esmės galėjote kontroliuoti savo atvykimą į ligoninę?  
 1 taip    2 ne    77 nepaklausta    88 nežinau    99 neatsakė
  
5. Ar jūs daugiau nei kas nors kitas galėjote daryti įtaką savo atvykimui į ligoninę?  
 1 taip    2 ne    77 nepaklausta    88 nežinau    99 neatsakė

## 2 priedas. Prievartos vizualinė analoginė skalė (PVAS)

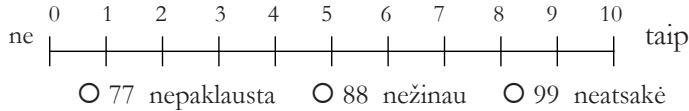
Kai asmuo patenka į psichiatrijos ligoninę arba skyrių, kiekvienu atveju gali būti svarbūs įvairūs dalykai. Kai kuriais atvejais hospitalizuojant žmogų naudojama daug spaudimo ir netgi fizinės jėgos, o kitais atvejais pacientas atvyksta į skyrių visiškai savo valia.

Apmąstydamas dabartinį savo patekimą į šią ligoninę, pagalvokite, ar prieš jus buvo naudojama kokia nors prievarta, grasinimai, spaudimas, įtikinėjimas, raginimas. Tuomet žemiau pateikiamose „kopėčiose“ pabandykite pažymėti ženklų X pakopą, kuri geriausiai atspindi prievartos, kurią patyrėte hospitalizavimo metu, dydį. Pavyzdžiui, jeigu atsigulėte visiškai savanoriškai, pažymėkite ženklų X pirmą pakopą, bet jeigu patyrėte didžiausią prievartą, pažymėkite ženklų X dešimtą pakopą.

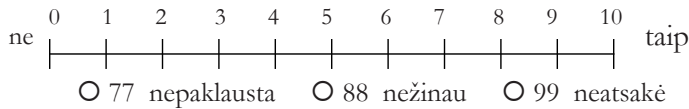
10	DAUGIAUSIAI NAUDOTA PRIEVARTOS	
9		
8		
7		
6		
5		
4		
3		<input type="radio"/> 77 nepaklausta
2		<input type="radio"/> 88 nežinau
1	MAŽIAUSIAI NAUDOTA PRIEVARTOS	<input type="radio"/> 99 neatsakė

### 3 priedas. Kliento gydymo įvertinimo skalė (CAT)

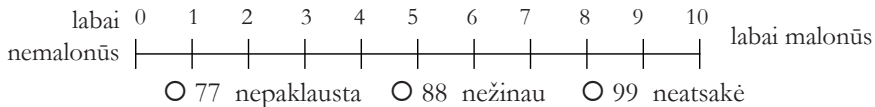
1. Ar manote, kad čia esate tinkamai gydomas?



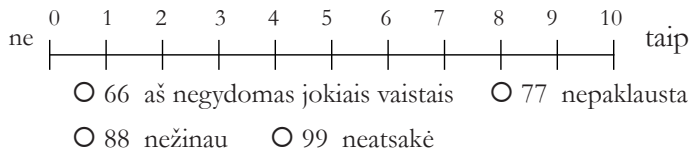
2. Ar jūsų gydytojas/slaugytoja supranta jus ir dalyvauja gydant?



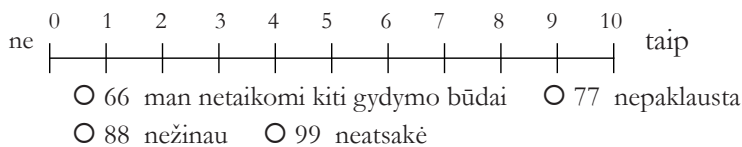
3. Ar santykiai su kitu personalu jums malonūs ar nemalonūs?



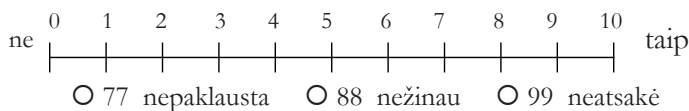
4. Ar manote, kad esate gydomas tinkamais vaistais?



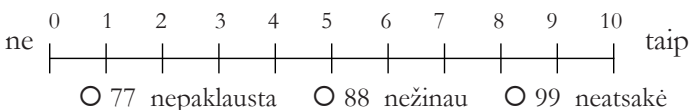
5. Ar manote, kad čia taikomi kiti gydymo/slaugos būdai jums yra tinkami?



6. Ar jaučiatės čia gerbiamas (-a), ar atsižvelgiama į jūsų nuomonę?



7. Ar čia skiriamas gydymas jums yra naudingas?





#### 4 priedas. Trumpoji Mančesterio gyvenimo kokybės įvertinimo skalė (MANSA)

1. Ar šiuo metu jūs patenkintas (-a) savo gyvenimu? \* \_\_\_\_\_
2. a) Ar esate patenkintas (-a) savo darbu (arba mokymusi/studijomis, kurie yra pagrindinis jūsų užsiėmimas)? \* \_\_\_\_\_  
 Jei bedarbis(-ė), pensininkas (-ė)  
 b) Ar esate patenkintas savo pensininko (-ės), bedarbio (-ės) padėtimi? \* \_\_\_\_\_
3. Ar jūs patenkintas savo finansine padėtimi? \* \_\_\_\_\_
4. Ar turite artimų draugų?  1 taip  2 ne \_\_\_\_\_
5. Ar per praėjusią savaitę buvote susitikęs su draugu (-e)? (buvote nuvykęs pas draugą (-ę), draugas (-ė) buvo atvykęs (-usi) pas jus arba susitikote su draugu (-e) ne namuose arba darbe)  
 1 taip  2 ne \_\_\_\_\_
6. Ar patenkintas (-a) tuo, kiek turite draugų (-ių) ir santykiais su jais (jomis)? \* \_\_\_\_\_
7. Ar esate patenkintas (-a) savo laisvalaikio veikla? \* \_\_\_\_\_
8. Ar esate patenkintas (-a) savo gyvenamąja vieta? \* \_\_\_\_\_
9. Ar per praėjusius metus buvote apkaltintas (-a) nusikaltimo padarymu?  1 taip  2 ne \_\_\_\_\_
10. Ar per praėjusius metus patyrėte fizinę prievartą?  
 1 taip  2 ne \_\_\_\_\_
11. Ar jaučiatės saugus? \* \_\_\_\_\_
12. a) ar jūs patenkintas (-a) kartu su jumis gyvenančiais žmonėmis? \* \_\_\_\_\_  
 jei gyvenate vienas (-a)  
 b) ar esate patenkintas (-a) gyvenimu vienuoje? \* \_\_\_\_\_
13. Ar patenkintas (-a) lytiniu gyvenimu? \* \_\_\_\_\_
14. Ar patenkintas (-a) santykiais su savo šeima? \* \_\_\_\_\_
15. Ar patenkintas (-a) savo fizine sveikata? \* \_\_\_\_\_
16. Ar patenkintas (-a) savo psichikos sveikata? \* \_\_\_\_\_

\* Pasitenkinimo skalė:

1	2	3	4	5	6	7
Blogiau negai būti	Nepatenkintas	Nelabai patenkintas	Tarpinė būseną	Šiek tiek patenkintas	Patenkintas	Geriau negali būti

## 5 priedas. Trumpoji psichiatrinio įvertinimo skalė (BPRS)

	Never- tinta	Nėra	Labai lengvas	Len- gvas	Vidu- tinis	Vidu- tinio sun- kumo	Sun- kus	Labai sun- kus
1. Susirūpinimas sveikata	N	1	2	3	4	5	6	7
2. Nerimas	N	1	2	3	4	5	6	7
3. Depresija	N	1	2	3	4	5	6	7
4. Polinkis žudyti	N	1	2	3	4	5	6	7
5. Kaltės jausmas	N	1	2	3	4	5	6	7
6. Priešiškumas	N	1	2	3	4	5	6	7
7. Pakili nuotaika	N	1	2	3	4	5	6	7
8. Didybė	N	1	2	3	4	5	6	7
9. Įtarumas	N	1	2	3	4	5	6	7
10. Haliucinacijos	N	1	2	3	4	5	6	7
11. Neįprastas mąstymo turinys	N	1	2	3	4	5	6	7
12. Keistas elgesys	N	1	2	3	4	5	6	7
13. Nesirūpinimas savimi	N	1	2	3	4	5	6	7
14. Dezorientacija	N	1	2	3	4	5	6	7
15–24 klausimus vertinkite remdamiesi paciento elgesiu arba kalba per pokalbį								
15. Mąstymo dezorganizacija	N	1	2	3	4	5	6	7
16. Blankus afektas	N	1	2	3	4	5	6	7
17. Emocinis atsiribojimas	N	1	2	3	4	5	6	7
18. Motorinis užslopinimas	N	1	2	3	4	5	6	7
19. Įtampa	N	1	2	3	4	5	6	7
20. Nebendra- darbiavimas	N	1	2	3	4	5	6	7
21. Susijaudinimas	N	1	2	3	4	5	6	7
22. Išsiblaškyimas	N	1	2	3	4	5	6	7
23. Motorinis hiperaktyvumas	N	1	2	3	4	5	6	7
24. Manieringumas ir pozos	N	1	2	3	4	5	6	7

## 6 priedas. Modifikuota atviros agresijos skalė (MOAS)

Įvertinkite kiekvieną iš keturių agresijos kategorijų (žodinę agresiją, agresiją turtui, auto-agresiją, fizinę agresiją) ir nurodykite kiekvienos agresijos kategorijos stipriausią pasireiškimą per savaitę nuo paciento hospitalizavimo.

1. Žodinė agresija. Žodinis priešiškusimas, t. y. teiginiai arba užgauliojimai, siekiant sukelti psichologinę žalą aplinkiniams, juos nuvertinant/pažeminant ir grasinant fiziškai užpulti.
  - 0 žodinės agresijos nėra
  - 1 pikta šaukia, keikiasi arba asmeniškai užgaulioja
  - 2 labai pikta keikiasi, stipriai įžeidinėja, pasitaiko pykčio protrūkių
  - 3 impulsyviai gąsdina prievarta aplinkiniams arba sau
  - 4 nuolatos arba apgalvotai grasina aplinkiniams arba sau smurtu (pvz., reikalauja pinigų arba lytinių santykių)
  - 99 nežinoma
2. Agresija turtui. Beprasmiškas ir neapgalvotas palatos įrangos arba kitiems priklausantiems daiktams naikinimas.
  - 0 neagresyvus turtui
  - 1 tranko duris, plėšo drabužius, šlapinasi ant grindų
  - 2 mėto ant žemės daiktus, spardo baldus, teploja sienas
  - 3 laužo daiktus, daužo langus
  - 4 dega ugnį, pavojingai mėto daiktus
  - 99 nežinoma
3. Autoagresija. Fizinis savęs sužeidimas, t. y. savęs žalojimas arba mėginimas žudyti.
  - 0 nėra sau agresyvus
  - 1 tampo arba drasko odą, pešioja plaukus, tranko save (nesusižeisdamas)
  - 2 tranko galvą, smūgiuoja kumščiu daiktus, tranko kūną į žemę
  - 3 silpnai sau kerta, pasidaro mėlynių, nudegimų arba sumušimų
  - 4 stipriai susižaloja arba mėgina žudyti
  - 99 nežinoma
4. Fizinė agresija. Prievartos veiksmas siekiant sukelti kitam skausmą, kūno sužalojimą arba mirtį.
  - 0 fiziškai neagresyvus
  - 1 grėsmingai gestikuliuoja, palinksta link žmonių, griebia už drabužių
  - 2 suduoda, spiria, stumia, dreskia, traukia kitiems už plaukų (nesužeisdamas)
  - 3 puola aplinkinius, silpnai sužalodamas (nubrozdinimai, sausgyslių patempimai, sumušimai)
  - 4 puola aplinkinius, sukeldamas sunkių sužalojimų (kaulų lūžiai, išmušti dantys, gilios kirstinės žaizdos, sąmonės netekimas ir t. t.)
  - 99 nežinoma

VYTAUTAS RAŠKAUSKAS  
PRIVERSTINIO HOSPITALIZAVIMO  
PSICHIATRIJOJE PAPLITIMAS  
IR KLINIKINIAI YPATUMAI

---

Daktaro disertacija

---

Biomedicinos mokslai, medicina (07 B)

Kalbos redaktorė *Jolanta Storpirstienė*

Išleido Vilniaus universiteto leidykla  
Universiteto g. 1, LT-01122 Vilnius  
Spausdino UAB „Biznio mašinų kompanija“  
J. Jasinskio g. 16A, Vilnius LT-01112