



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Velga Sudraba

NARKOLOĢISKO PACIENTU
TERAPIJA UN
PSIHOSOCIĀLĀS
FUNKCIONĒŠANAS SPĒJU
IZMAIŅAS DINAMIKĀ

Promocijas darba kopsavilkums

Specialitāte – veselības aprūpe

Rīga, 2012.gads

Promocijas darbs izstrādāts: Rīgas Stradiņa universitātes Psihiatrijas un narkoloģijas katedrā

Darba zinātniskie vadītāji:

Dr. med., profesora p.i. Inga Millere, RSU, Māszinību fakultāte

Dr. med., profesors Elmārs Rancāns, RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra

Oficiālie recenzenti:

Dr. habil. med., profesors Jānis Vētra (RSU)

Dr. med., asoc.profesors Vladimirs Kuzņecovs (Latvijas Universitāte)

Dr.habil.paed., *Dr.habil.psych.*, profesors Aleksejs Vorobjovs (Daugavpils Universitāte)

Promocijas darba aizstāvēšana notiks 2013. gada 22. aprīlī plkst.15.00 Rīgas Stradiņa universitātes Teorētiskās medicīnas Promocijas padomes atklātā sēdē Rīgā, Dzirciema ielā 16, Hipokrāta auditorijā.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU mājas lapā:
www.rsu.lv

Promocijas padomes sekretāre:

Dr. habil. med., profesore Līga Aberberga -Augškalne

Promocijas darbs veikts ar Eiropas sociālā fonda projekta “Atbalsts doktorantiem studiju programmas apguvei un zinātniskā grāda ieguvei Rīgas Stradiņa universitātē” finansiālu atbalstu, vienošanās Nr.2011/0056/1DP/1.1.2.1.2/11/IPIA/VIAA/006.



DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

AA– Anonīmie Alkoholiķi (*Alcoholics Anonymous*)

AN– Anonīmie Narkomāni (*Narcotics Anonymous*)

AS– Anonīmie Spēlmaņi (*Gambler Anonymous*)

EI– Emocionālais intelekts

EMCDDA– Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (*European Monitoring Centre of Drug and Drug Addiction*)

IeM– Iekšlietu ministrija

i/v– intravenozi

M– vidējais aritmētiskais (*Mean*)

MK– Ministru kabinets

MP– Minesotas programma

NVD– Nacionālais veselības dienests

PAV– psihoaktīvas vielas

PVA– psihoaktīvo vielu atkarība

RPNC– Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs

s/c– subkutāni

SD– standartnovirze (*Standart Deviation*)

SI– Sociālais intelekts

SPKC– Slimību profilakses un kontroles centrs

Tehnoloģijas– medicīniskās tehnoloģijas narkoloģijā

SATURS

| | |
|---|----|
| DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI | 3 |
| SATURS..... | 4 |
| AKTUALITĀTE..... | 6 |
| Pētījuma zinātniskā novitāte | 8 |
| Darba mērķis..... | 8 |
| Darba uzdevumi..... | 8 |
| Darba hipotēzes..... | 9 |
| 1. PĒTĪJUMA MATERIĀLS UN METODEDES | 10 |
| 1.1. Pirmais pētījuma posms–pilotpētījums | 10 |
| 1.2. Otrais pētījuma posms–pamatpētījums | 10 |
| 2. REZULTĀTI..... | 14 |
| 2.1. Pētījumā iesaistīto ārstu aptauju izpētes rezultāti..... | 14 |
| 2.1.1. Ārstu sociāldemogrāfiskie dati | 14 |
| 2.1.2. Ārstu aptauju izpētes rezultāti pēc specialitātēm un darba reģioniem | 15 |
| 2.1.3. Ārstu viedoklis par trūkumiem narkoloģiskajā palīdzībā un nepieciešamiem uzlabojumiem | 17 |
| 2.2. Pētījumā iesaistīto pacientu aptauju izpētes rezultāti | 17 |
| 2.2.1. Pacientu sociāldemogrāfiskie dati | 17 |
| 2.2.2. Pacientu dati saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu | 18 |
| 2.2.3. Dati par pacientu saņemtām narkoloģiskās palīdzības metodēm... | 19 |
| 2.2.4. Pacientu emocionālā intelekta rādītāji..... | 19 |
| 2.2.5. Pacientu sociālā intelekta rādītāji | 27 |
| 3. DISKUSIJA | 30 |

| | |
|---|----|
| 3.1. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc ārstu aptauju datiem | 32 |
| 3.2. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc pacientu aptauju datiem..... | 35 |
| 3.3. Narkoloģisko pacientu emocionālais intelekts | 36 |
| 3.4. Narkoloģisko pacientu sociālais intelekts..... | 44 |
| 4. SECINĀJUMI | 47 |
| IZMANTOTIE AVOTI | 49 |
| PUBLIKĀCIJAS UN ZIŅOJUMI PAR PĒTĪJUMA TĒMU..... | 54 |
| PATEICĪBAS | 59 |

AKTUALITĀTE

Psihoaktīvo vielu (alkohols, narkotikas, medikamenti) atkarības (PVA) ir aktuāla problēma sabiedrībai kopumā visā pasaulē. Alkohols ir trešais svarīgākais riska faktors Eiropas Savienībā starp 24 veselības riskiem aiz tabakas un paaugstināta asinsspiediena, kas izraisa saslimstību vai nāvi (Anderson et al., 2012). Alkohola lietošana Latvijā un Baltijas valstīs ir plaši izplatīta (Ginter, Simko, 2010). Latvijā 2011.gadā alkoholu lietojošo iedzīvotāju vidū viens iedzīvotājs vecumā no 15 līdz 64 gadiem gadā izdzēra 6,82 litrus absolūtā alkohola (NVD, 2012).

Ne mazāk nopietna problēma Latvijā un Eiropā ir narkotiku izplatība. Pēc Eiropas narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (angl.– *European Monitoring Center of Drug and Drug Abuse, EMCDDA*) aprēķiniem Latvijā 210 tūkstoši iedzīvotāju ir lietojuši narkotikas, bet 2011.gada laikā tās lietojuši aptuveni 64 tūkstoši iedzīvotāju (EMCDDA, 2011).

Atkarības problēma skar arvien jaunākus cilvēkus, sievietes, arī bērnus. Iespējams, tas ir saistīts arī ar narkoloģisko pakalpojumu pieejamības pasliktināšanos, ar ekonomiskās krīzes radītu cilvēku psihoemocionālo reakciju saasināšanos, depresivitāti, īpaši atkarības pacientu vidū, un pastiprinātu alkohola un narkotisko vielu lietošanu, kā arī ar palīdzības sniegšanas problēmām – ārstniecības iestāžu darba kvalitāti, problēmām atkarības diagnostikā, medicīnas darbinieku grūtībām saskarsmē ar atkarību pacientiem. Kā liecina pētījumi, ārstiem ir grūtības kontaktēties ar atkarību pacientiem, kā arī izvēlēties piemērotas metodes atkarību ārstēšanai (Tang et al., 2005). Kā norāda Vācijas pētnieki, tikai 5% PVA pacientu saņem atbilstošu, uz slimības biopsihosociālo būtību vērstu ārstēšanu (Heinz et al., 2003). Līdzīga situācija konstatējama arī Latvijā, piemēram, bieži vien tiek piedāvātas tādas palīdzības metodes, kas sola remisiju vienas dienas laikā un 1–2–5 gadu garantiju, kas liecina, ka daļa ārstu noliedz slimības biopsihosociālo būtību. Ņemot vērā slimības biopsihosociālo etioloģiju un ietekmi uz visām dzīves sfērām, kā arī

pacientu personības īpatnības, slimnieku ārstēšanai un rehabilitācijai būtu nepieciešams ilgstošs laika posms un kombinēta ārstēšana. Vienlaikus uz slimību un ārstēšanu ir svarīgi palūkoties ne tikai no ārstu, bet arī no pacientu viedokļa, tāpēc nozīmīgi ir izanalizēt pacientu pieredzi attiecībā uz narkoloģiskās palīdzības saņemšanu. Latvijā līdz šim nav veikti pētījumi ārstu un pacientu viedokļu un pieredzes noskaidrošanai attiecībā uz narkoloģisko palīdzību, tomēr iepriekš rakstītais liecina par šādu pētījumu nepieciešamību. Līdz šim veikti pētījumi, galvenokārt, par atkarības izplatību, bet nav veikti pētījumi par terapijas iespējām, to aspektiem ārstu un pacientu skatījumā, kā arī nav izvērtēta narkoloģisko pacientu psihosociālā funkcionēšana un tās dinamika saistībā ar narkoloģiskās palīdzības metodēm. Pētījumu rezultāti neatspoguļo PVA pacientu ārstēšanas metodes, to efektivitāti, pacientu dzīves kvalitātes izmaiņas pēc ārstēšanās, tāpēc tie nevar kalpot par bāzi turpmākai PVA pacientu ārstēšanas sistēmas pilnveidošanai.

Zinātniskajā literatūrā aprakstītas ne tikai PAV atkarību pacientu fiziskās veselības problēmas, bet arī radītie psihosociālie traucējumi (Miller, Hester, 2003; Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006), kas apgrūtina pacientu ikdienas funkcionēšanu, saskarsmi ar apkārtējiem, sasniegumus dzīvē un darbā, izraisa grūtības adekvāti un kritiski uztvert savu saslimšanu un nepieciešamo ilgstošo ārstēšanos (Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006; Lesch et al., 2011). Negatīva psihosociālā funkcionēšana rada pārmaiņas tādās cilvēka kompetencēs, kā emocionālais (Kun, Demetrovics, 2010; Nehra et al., 2012) un sociālais intelekts (Ham, Garcia, 2010). Pētījumos ir atklāta cieša saistība ar PVA un emocionālā un sociālā intelekta pazemināšanos, līdz ar to atkarību pacientiem var būt pazeminātas spējas veidot konstruktīvas attiecības, pielāgoties mainīgām dzīves situācijām un saprast sevi. Kaut arī pasaulē par šiem psihosociālo spēju konstruktiem PAV atkarību pacientiem veikti plaši pētījumi, Latvijā tādi nav īstenoti, tāpēc būtu svarīgi noskaidrot PAV atkarību pacientu psihosociālās funkcionēšanas rādītājus. Pētījuma autorei nav izdevies atrast

pētījumus, kuros emocionālais un sociālais intelekts atkarību pacientiem būtu pētīti vienlaicīgi, tātad šis pētījums būtu unikāls.

Pētījuma zinātniskā novitāte

1. Pirmo reizi Latvijā veikts pētījums par ārstu pieredzi un viedokli attiecībā uz narkoloģisko palīdzību un par pacientu pieredzi izmantojamo narkoloģisko metožu ziņā.
2. Pirmo reizi Latvijā un pasaulē veikts pacientu psihosociālās funkcionēšanas rādītāju (emocionālā un sociālā intelekta) novērtējums PVA pacientiem, kā arī šo rādītāju izvērtējums dinamikā pēc detoksikācijas kursa saņemšanas un ārstēšanas MP.

Darba mērķis

Izvērtēt un sistematizēt ārstu viedokli un pieredzi par narkoloģiskās palīdzības metodēm, pacientu izvēles attiecībā uz narkoloģisko palīdzību, kā arī pacientu emocionālā un sociālā intelekta rādītāju izmaiņas dinamikā pēc detoksikācijas un Minesotas programmas saņemšanas.

Darba uzdevumi

1. Noskaidrot dažādos Latvijas reģionos strādājošu dažādu specialitāšu ārstu pieredzi un viedokli par narkoloģisko palīdzību, analizēt iegūtos datus.
2. Noskaidrot un analizēt narkoloģisko pacientu pieredzi attiecībā uz narkoloģiskās palīdzības metodēm, kā arī pašpalīdzības grupu un psihoterapijas apmeklēšanu.
3. Izmantojot Emocionālā intelekta un Sociālā intelekta aptauju, iegūt datus par psihosociālās funkcionēšanas spējām detoksikācija un MP pacientiem dinamikā.

Darba hipotēzes

1. Ārstu informētība par narkoloģiskām palīdzības metodēm, šo metožu ieteikšana pacientiem un praktizēšana atšķiras dažādu specialitāšu ārstiem, strādājošiem dažādos Latvijas reģionos.
2. Aptaujātie pacienti biežāk izvēlas suģestīvās metodes un detoksikāciju, salīdzinot ar psihoterapeitiskās palīdzības metodēm.
3. Narkoloģisko pacientu emocionālā un sociālā intelekta rādītāji ir zemāki, salīdzinot ar kontrolgrupu.
4. Pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības EI un SI rādītājos starp alkohola un narkotiku atkarīgiem un statistiski nozīmīgas izmaiņas dinamikā EI un SI rādītājos detoksikācijas kursa un MP pacientiem.

Promocijas darba struktūra

Promocijas darbs ir uzrakstīts latviešu valodā. Tam ir klasiska uzbūve, ietverot ievadu, literatūras apskatu, materiālu un metožu aprakstu, rezultātu daļu, diskusiju, secinājumus un literatūras avotu sarakstu – kopā 199 lappuses. Darba apjoms bez literatūras avotiem un pielikumiem ir 138 lappuses, pielikumi 24 lappuses. Promocijas darbā ievietotas 37 tabulas, 26 attēli, izmantoti 349 literatūras avoti.

1. PĒTĪJUMA MATERIĀLS UN METODES

1.1. Pirmais pētījuma posms –pilotpētījums

Pirmais posms tika veikts vairākos etapos laika periodā no 2009.gada 1.februāra līdz 2010.gada 1.martam, izveidojot Ārstu aptaujas anketu, Pacientu aptaujas anketu un aprobējot tās pilotpētījumos.

Pētījuma dalībnieki- tika aptaujāti 87 respondenti, no kuriem:(1)4 narkoloģiskās specialitātes ārsti eksperti, lai izveidotu ārstu un pacientu aptaujas anketas; (2) Ārstu aptaujas anketas aprobācijas pilotpētījumā piedalījās 43 respondenti ārsti; (3) Pacientu aptaujas anketas aprobācijas pilotpētījumā piedalījās 40 narkoloģiskā profila pacienti.

Izmantotais instrumentārijs:

- 1) **Ārstu aptaujas anketa** – satur 14 jautājumus (par sociāldemogrāfiskiem datiem, par narkoloģiskās palīdzības metodēm un pašpalīdzības grupām, 2 atvērtos jautājumus par trūkumiem un uzlabojumiem narkoloģiskajā palīdzībā).
- 2) **Pacientu aptaujas anketa** – satur 24 jautājumus (par sociāldemogrāfiskiem datiem, par PAV lietošanu, par saņemtām narkoloģiskās ārstēšanas metodēm, pašpalīdzības grupām un psihoterapiju).

1.2. Otrais pētījuma posms –pamatpētījums

Otrais posms tika veikts vairākos etapos laika periodā no 2010.gada 1.marta līdz 2012.gada 31.martam.

Pētījuma dalībnieki:

- 1) Elektroniski tika izsūtītas anketas Latvijas Ārstu Biedrības reģistrētām ārstu asociācijām (99), izņemot Latvijas Patologu asociāciju. Par derīgām atzītas **586** anketas, kas tika izmantotas pirmās hipotēzes.

**Respondentu sadalījums pētījuma grupās pēc izmantotiem
pētījuma instrumentiem**

| Ārsti (n=586) | Pacienti (n=620) | | Kontrolgrupa (n=110) |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|---|
| Ārstu aptaujas anketas (586) | Ambulatorie (n=215) | Stacionāra (n=405) | Emocionālā un Sociālā intelekta aptaujas (110) |
| | Pacientu aptaujas anketas (620) | | |
| | | Detoksikācijas grupa (n=201) | |
| | Emocionālā un Sociālā intelekta aptaujas (405) <i>3 mērījumi</i> | | |

2) Tika aptaujāti **620narkoloģiskā profila pacienti** gan ambulatorajās (215 respondenti), gan stacionāra nodaļās (detoksikācijas un Minesotas programmas nodaļās Rīgā – 405 respondenti), veidojot respondentu pacientu pamatgrupu (skat. 1.1. tab.). Lai noskaidrotu narkoloģiskā profila pacientu izvēles attiecībā uz narkoloģiskās palīdzības metodēm, visi 620 respondenti pildīja Pacientu aptaujas anketu. Lai novērtētu narkoloģiskā profila pacientu emocionālā un sociālā intelekta rādītājus, stacionāra pacientu (n=405) grupa papildus pildīja Emocionālā intelekta un Sociālā intelekta aptaujas. Šie respondenti tika dalīti apakšgrupās pēc atkarības (alkohola un narkotiku atkarīgajos) un pēc ārstēšanas metožu pielietojuma (detoksikācijas un MP). Ņemot vērā literatūras datus par dzimumatšķirībām EI un SI, aptauju dati tika aplūkoti katra dzimuma ietvaros.

No Minesotas programmas nodaļas pacientiem atkārtoti 2 aptauju (SI, EI) datu iegūšana tika veikta 3 mērījumos: (a) uzsākot MP kursu (1.mērījums), (b) pabeidzot MP kursu (2.mērījums), (c) 6 mēnešus pēc ārstēšanās MP nodaļā (3.mērījums). Pirmajā mērījumā piedalījās 204 respondenti, 2.– 157, 3.– 109 pacienti. No detoksikācijas nodaļas pacientiem datu iegūšana tika veikta 2 mērījumos: (a) pabeidzot detoksikācijas kursu, (b) 6 mēnešus pēc ārstēšanās

detoksikācijas nodaļā. Pirmā mērījumā piedalījās 201 pacients, pēc 6 mēnešiem – 94 pacienti (46,8%).

3) Kontrolgrupa (n=110) sastāvēja no augstskolu respondentiem.

Izmantotais instrumentārijs:

1) Tromso Sociālā intelekta aptauja (*Tromsø Social Intelligence Scale, TSIS*) (Silvera et al., 2001). Latvijā to adaptēja I. Kuzņecova un I. Šlosberga (Kuzņecova, Šlosberga, 2006). Viens faktors (sociālās prasmes) novērtē sociālo darbību, pārējie divi – sociālo uztveri. Sociālā intelekta (SI) aptauja sastāv no 21 apgalvojuma – tie sadalīti pa 7 apgalvojumi katrā skalā, veidojot 3 skalas: (1) Sociālās informācijas apstrādes skala; (2) Sociālo prasmju skala; (3) Sociālās apzināšanās skala.

Atbildes tiek vērtētas Likerta skalā no 1 līdz 7, kur 1 – „pilnībā neatbilst man”; 7 –, pilnībā atbilst man”. Iegūtie punkti tika sasummēti, pirms tam veicot pārkodēšanu jautājumos ar negatīvu nozīmi. Tādējādi, jo vairāk punktu respondents iegūst, jo augstāki ir SI rādītāji.

2) Bar-ona Emocionālā intelekta aptauja (*Bar-on Emotional Quotient Inventory - EQ-i, 1997*), ko Latvijā adaptēja A.Gaitniece-Putāne (2008). Bar-Ona izstrādātajā modelī (Bar-On, 1997) izdala piecus EI faktoros, kas nosaka sekmīgu indivīda funkcionēšanu (skat. 1.1. tabulu): 1) *Intrapersonālās prasmes*, kas sevī ietver pašapzināšanos, pašpārlicību, pašcieņu, pašaktualizāciju un neatkarīgumu, 2) *Interpersonālās prasmes*, kas sevī ietver empātiju, starppersonu attiecības un sociālo atbildību, 3) *Adaptēšanās*, kas sevī ietver problēmu risināšanu, realitātes pārbaudi un elastīgumu, 4) *Stresa vadīšana*, kas sevī ietver stresa toleranci un impulsu kontroli un 5) *Vispārējais noskaņojums*, kas sevī ietver laimi un optimismu. Aptauja sastāv no 133 apgalvojumiem, un tie tiek vērtēti Likerta skalas 5 punktu gradācijā no „nekad vai ļoti reti attiecas uz mani” līdz „ļoti bieži vai vienmēr attiecas uz mani”. Iegūtie punkti tiek sasummēti, pirms tam

veicot pārkodēšanu jautājumos ar negatīvu nozīmi. Tādējādi, jo vairāk punktu respondents iegūst, jo augstāki ir emocionālā intelekta rādītāji.

1.3. Statistiskā datu analīze

Grupu raksturošanai izmantotas aprakstošās statistikas metodes, aprēķināts vidējais aritmētiskais un standartnovirze.

H² kvadrāta (χ^2) tests, t-tests un Manna–Vitnija tests tika izmantots grupu salīdzināšanai. Tika izmantota jaukta tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem ANOVA (*Analysis Of Variance*) un vienkārša tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem, ņemot vērā Bonferoni (*Bonfferoni*) testu.

Dati apstrādāti, izmantojot SPSS programmas 16.0 versiju.

2. REZULTĀTI

Kopumā 2 posmos ir aptaujāti 1403 respondenti (ārsti, narkoloģiskie pacienti, kontrolgrupas respondenti); apstrādāti un analizēti 3043 aptauju anketu dati.

2.1. Pētījumā iesaistīto ārstu aptauju izpētes rezultāti

2.1.1. Ārstu sociāldemogrāfiskie dati

Tika aptaujāti 586 dažādu specialitāšu dažādos Latvijas reģionos strādājoši ārsti, vecumā no 24 līdz 74 gadiem, vidējais vecums – 46,8 (SD±10,8), 78% (457) no respondentiem bija sievietes. Lielāko respondentu skaitu veido interno specialitāšu ārsti (217; 37,0%), ģimenes ārsti – 149 (25,4%), psihiatri – 94 (16,0%), ķirurgi, traumatologi –38 (6,5%), psihoterapeiti – 29 (4,9%), pediatri – 27 (4,6%), narkologi – 25 (4,3%), stomatologi – 7 (1,2%). Vairāk nekā puse respondentu strādā Rīgā (299; 51,0%), Pierīgas reģionā –18 (3,1%), Kurzemē – 67 (11,4%), Latgalē –60 (10,2%), Vidzemē –63 (10,8%), Zemgalē –79 (13,5%).

Rīgā visvairāk aptaujāto respondentu (44,5%) strādā internajās specialitātēs. Pierīgas reģionā visvairāk aptaujāto (38,9%) ir interno specialitāšu ārsti un ģimenes ārsti (33,3%). Arī Kurzemes reģionā visvairāk (32,8%) anketas aizpildīja interno specialitāšu ārsti un ģimenes ārsti (29,9%). Latgalē –46,7%, Vidzemē –50,8% un Zemgalē–39,2% aptaujāto respondentu strādā kā ģimenes ārsti.

2.1.2. Ārstu aptauju izpētes rezultāti pa specialitātēm un darba reģioniem

Jautāti, par kurām narkoloģiskās palīdzības metodēm ir informēti, respondenti atzīmē, ka labāk ir informēti par detoksikācijas metodi (96,8%), suģestijas metodi bez depo medikamenta ievadīšanas (86,3%) un Minesotas programmu (83,6%). Vismazāk respondenti ir informēti par narkomānu kopienām (62,6%). Savukārt 1,0% respondentu atzīmēja, ka nav informēts ne par vienu no nosauktajām metodēm. Neskatoties uz respondentu informētību par MP kā ārstēšanas metodi un narkomānu rehabilitācijas kopienām, 21,7% no respondentiem nezina nevienu no Latvijā pieejamām 3 programmām un 44,9% no respondentiem nezina nevienu no rehabilitācijas kopienām. No specialitātēm vismazāk informēti par attiecīgajām programmām ir ķirurgi/traumatologi.

Kopumā par narkoloģisko palīdzību no specialitātēm vislabāk ir informēti narkologi, bet no reģioniem – Vidzemes un Zemgales respondenti. Tomēr par atsevišķām metodēm labāk ir informēti citu specialitāšu ārsti – psihiatri par suģestiju bez medikamenta ievadīšanas un ar depo preparāta iešūšanu zemādā; psihoterapeiti – par Minesotas programmu. Mazāk informēti par narkoloģiskās palīdzības metodēm no specialitātēm ir stomatologi un ķirurgi/traumatologi, bet no reģioniem – Kurzemes respondenti.

Atbildot uz jautājumu, kuras no narkoloģiskās palīdzības metodēm respondenti iesaka pacientiem, visvairāk tika atzīmēta Minesotas programma (60,4%) un detoksikācija (60,2%), ceturtdaļa (25,8%) respondentu iesaka suģestiju bez medikamentu ievadīšanas un kopienas narkomāniem. Suģestiju ar depo preparāta ievadīšanu zemādā iesaka 22,9% respondentu, venozi – 18,4%, aizvietojošo terapiju narkomāniem – 21,2%. Bet 21,5% respondentu atzīmēja, ka neiesaka nevienu no nosauktajām metodēm.

Detoksikāciju biežāk iesaka narkologi (88,0%), psihiatri (80,9%) un ģimenes ārsti (75,2), pēc reģioniem – Vidzemes respondenti, bet retāk – Rīgas.

MP biežāk iesaka narkologi (92,0%), psihiatri (81,9%) un psihoterapeiti (79,3%). Tanī pat laikā vairāk nekā puse narkologu iesaka suģestīvās metodes. Savukārt, suģestiju ar un bez medikamenta ievadīšanas biežāk iesaka Latgales respondenti (25,0–41,7%), bet retāk – Kurzemes (7,5%–25,4%). Vismazāk respondentu, kas neiesaka pacientiem nevienu narkoloģiskās palīdzības metodi, ir Vidzemē (7,9%), bet visvairāk – Rīgā (29,8%).

Respondenti ne tikai iesaka metodes, bet arī paši tās praktizē savā ikdienas profesionālajā darbā. Visvairāk respondenti (30,7%) praktizē detoksikāciju, pārējās metodes praktizē neliela respondentu daļa (1–4%). 65,4% respondentu atzīmēja, ka nepraktizē nevienu no narkoloģiskās palīdzības metodēm. Skatoties pēc specialitātēm, visvairāk narkoloģiskās palīdzības metodes praktizē narkologi (detoksikāciju, suģestiju ar medikamenta ievadīšanu i/v un aizvietojošo terapiju narkomāniem).

Pēc reģioniem visvairāk praktizē Vidzemes (46,0%) un Latgales (45,0%) respondenti, vismazāk – Rīgas (20,7%). Suģestīvās metodes visvairāk praktizē Pierīgas respondenti (5,6%).

Jautāti par pašpalīdzības grupām, respondenti atzīmēja, ka vairāk ir informēti par AA grupām – 39,1% un zina, ka tās atrodas viņu darba reģionā. Par AN un AS grupām informēti attiecīgi 12,5% un 7,3% respondentu. Nezin, vai viņu darba reģionā darbojas pašpalīdzības grupa 52,4% respondentu, bet domā, ka tādas grupas viņu darba reģionā nedarbojas – 8,9%. Salīdzinot pa specialitātēm, narkologi par pašpalīdzības grupām ir informēti vislabāk (70,0%), mazāk informēti ir pediatri (4,0%). Neskatoties uz to, ka daļa respondentu nav informēti par pašpalīdzības grupām, tomēr 66,0% respondentu pacientiem iesaka tās apmeklēt. Visvairāk respondenti iesaka apmeklēt pašpalīdzības grupas Kurzemes reģionā (77,6%), bet vismazāk – Latgales reģionā (58,3%).

2.1.3. Ārstu viedoklis par trūkumiem narkoloģiskajā palīdzībā un nepieciešamiem uzlabojumiem

Tika veikta Ārstu aptaujas anketu atvērto jautājumu respondentu atbilžu grupēšana pēc atslēgas vārdiem un iegūto datu analīze, izmantojot aprakstošo statistiku. 28,2% respondentu norādīja, ka nezina par trūkumiem narkoloģiskajā aprūpē. Pārējie 71,8% respondentu izteica savu viedokli par, viņuprāt, svarīgākajiem trūkumiem, pie tam respondenti varēja minēt vairākus trūkumus vienlaicīgi. Kā biežāk (26,8%) minētais trūkums ir informētības nepietiekamība gan ārstiem, gan pacientiem; kā arī valsts nerūpēšanās par saviem iedzīvotājiem (22,5%); pacientu vājā līdzestība un nevēlēšanās ārstēties (18,1%); pacientu finansiālās grūtības (13,8%) un sadarbības trūkums starp institūcijām (6,7%). Jautāti par ieteikumiem narkoloģiskās palīdzības uzlabošanā, 34,9% respondentu atbildēja, ka nezina, ko var ieteikt un kā var uzlabot narkoloģisko palīdzību. Pārējie 65,1% uz šo jautājumu atbildēja, norādot konkrētus ieteikumus. Biežāk ārsti uzrādīja informētības uzlabošanas nepieciešamību (24,8%), narkoloģisko pakalpojumu pieejamības uzlabošanu (17,3%), pakalpojumu cenu samazināšanu (10,9%); profilakses darbu, sadarbību starp institūcijām un psihoterapijas pieejamību (6,2–6,9%). Ar plašākiem datiem un respondentu atbildēm var iepazīties promocijas darbā.

2.2. Pētījumā iesaistīto pacientu aptauju izpētes rezultāti

2.2.1. Pacientu sociāldemogrāfiskie dati

Respondentu vecuma amplitūda no 18 līdz 69 gadiem, vidējais vecums – 39,7 (SD±11,2). 67,1% bija vīrieši. Ar alkohola atkarību ir 463 (74,7% no visiem PAV atkarīgiem) respondenti [vīrieši – 301 (65,0%), sievietes – 162

(35,0%]); ar narkotiku atkarību ir 157 (25,3%) respondenti [vīrieši–115 (73,2%), sievietes – 42 (26,8%)]. Pamata izglītība ir 121 (19,5%), vidējā– 404 (65,2%), augstākā–95 (15,3%) respondentu. Attiecībās (reģistrētās un neregistrētās) dzīvo 344 (55,4%). Nodarbināti 255 (41,1%) respondentu. Detalizētāku informāciju var apskatīt promocijas darbā.

Tā kā tika salīdzināti respondentu aptaujas anketu (EI, SI) rezultāti pēc ārstēšanās dažādās nodaļās, tad respondenti tika sadalīti divās apakšgrupās:

- 1) Detoksikācijas nodaļas pacienti (n=201) vecumā no 18 līdz 66 gadiem, vidējais vecums 41,7±11,0; 141 vīrietis (70,1%); 169 (84,1%) alkohola atkarīgie.
- 2) Minesotas programmas nodaļas pacienti (n=204) vecumā no 18 līdz 65 gadiem, vidējais vecums 36,9±11,1; 125 vīrieši (61,3%); 162 alkohola atkarīgie (79,4%). Abas grupas tika pielīdzinātas pēc vecuma.

2.2.2. Pacientu dati saistībā ar psihoaktīvo vielu lietošanu

Sevi par atkarīgu neatzīst 8,2% (51) pacientu (n=620), neskatoties uz to, ka 32 (62,7%) no viņiem atzīmēja, ka iepriekš ir saņēmuši narkoloģisko palīdzību. Skatoties pēc ārstēšanās veida, sevi par atkarīgu neatzīst 28 (54,9%) detoksikācijas pacienti, 3 (5,9%) MP pacienti un 20 ambulatorie pacienti.

Atzīmējot svarīgajās dzīves jomās radušās sekas PAV lietošanas dēļ, visvairāk pacienti ir atzīmējuši sekas attiecību jomā (74,4%), veselības jomā (67,3%) un finansiālās sekas (64,2%). Procentuāli visvairāk sekas ir uzrādījuši narkotiku atkarīgie vīrieši, bet vismazāk – alkohola atkarīgās sievietes. 6,8% alkohola atkarīgo sieviešu, 5,0% alkohola un 1,7% narkotiku atkarīgo vīriešu norāda, ka PAV lietošana nav radījusi viņiem sekas svarīgajās dzīves jomās.

2.2.3. Dati par pacientu saņemtām narkoloģiskās palīdzības metodēm

Respondenti (n=620) norāda, ka visvairāk saņemtais palīdzības veids ir bijusi detoksikācija (70,2%). Suģestiju bez medikamenta ievadīšanas saņēmuši 27,9%; MP– 19,7%; suģestiju ar i/v medikamenta ievadīšanu – 17,6%; suģestiju ar s/c medikamenta ievadīšanu– 12,3%; aizvietojošo terapiju – 6,1%; kopienas– 2,4% pacientu.

Jautāti par to, cik reizes attiecīgo metodi ir saņēmuši, 20,7% respondentu atzīmēja, ka saņēmuši detoksikāciju 5 un vairāk reizes. 7,5% respondentu norādīja, ka ir 5 un vairāk reizes saņēmuši suģestiju bez medikamenta ievadīšanas. 20–35% respondentu ir saņēmuši divas reizes kādu no narkoloģiskās palīdzības metodēm.

Gandrīz ceturtdaļa (24,8%) respondentu ir apmeklējuši pašpalīdzības grupas, gandrīz katrs piektais (18,4%) ir apmeklējis individuālo psihoterapiju un tikai 6,5% apmeklējuši grupu psihoterapiju. Vairāk nekā puse respondentu apmeklēja pašpalīdzības grupas līdz 1 gadam (58,4%), bet individuālo un grupu psihoterapiju līdz 6 mēnešiem (attiecīgi 67,5% un 47,5%). Līdz 3 gadiem pašpalīdzības grupas apmeklē 19,5% respondentu, individuālo un grupu psihoterapiju– attiecīgi 9,6% un 12,5% respondentu.

2.2.4. Pacientu emocionālā intelekta rādītāji

Ar pilniem rezultātu datiem var iepazīties promocijas darbā. Narkoloģisko pacientu un kontrolgrupas aprakstošās statistikas rādītāju salīdzinājums EI aptaujai attēloti 2.1. tabulā. Redzams, ka gandrīz visās EI skalās zemāki vidējie rādītāji ir pacientu grupas respondentiem, izņemot Starppersonu attiecību skalā (grupas tika salīdzinātas ar Manna-Vitnija U-kritēriju).

Narkoloģisko pacientu un kontrolgrupas Emocionālā intelekta aprakstošās statistikas rādītāji (skalū summu vidējā vērtība, standartnovirze)

| Skalas / faktori | Vīrieši | | | | Sievietes | | | |
|---------------------------------------|------------------------|-------|---------------------|-------|------------------------|-------|---------------------|-------|
| | Pētījuma grupa (n=247) | | Kontrolgrupa (n=60) | | Pētījuma grupa (n=127) | | Kontrolgrupa (n=50) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Savu emociju apzināšanās | 25,14 | 4,75 | 25,83 | 5,53 | 23,80 | 5,23 | 28,60 | 3,84 |
| Pašpārlicība | 22,12 | 4,25 | 23,48 | 4,28 | 21,43 | 4,80 | 23,96 | 5,07 |
| Pašcieņa | 27,79 | 5,62 | 32,95 | 6,09 | 26,73 | 6,32 | 32,20 | 5,42 |
| Pašaktualizācija | 30,16 | 5,36 | 34,58 | 6,04 | 29,45 | 5,59 | 34,76 | 4,73 |
| Neatkarība | 19,94 | 4,13 | 22,72 | 4,90 | 19,16 | 4,56 | 21,24 | 3,85 |
| Empātija | 29,21 | 4,91 | 29,50 | 3,98 | 30,34 | 4,79 | 30,88 | 3,38 |
| Starppersonu attiecības | 37,92 | 6,11 | 37,87 | 6,05 | 37,26 | 6,65 | 41,04 | 5,05 |
| Sociālā atbildība | 36,04 | 5,74 | 37,17 | 5,08 | 38,06 | 6,03 | 39,72 | 5,20 |
| Problēmu risināšana | 27,64 | 4,66 | 29,14 | 4,10 | 26,33 | 5,03 | 28,86 | 3,84 |
| Reālistiskums | 31,68 | 5,20 | 36,22 | 5,87 | 30,79 | 6,14 | 36,44 | 5,86 |
| Elastība | 22,94 | 4,80 | 25,50 | 4,00 | 22,13 | 4,65 | 25,38 | 5,16 |
| Stresa tolerance | 26,17 | 5,13 | 31,15 | 7,06 | 24,45 | 5,40 | 30,00 | 5,04 |
| Impulsu kontrole | 27,42 | 7,02 | 31,15 | 7,90 | 25,87 | 6,92 | 30,22 | 5,67 |
| Laires izjūta | 29,68 | 4,99 | 34,07 | 5,07 | 28,70 | 5,48 | 33,70 | 5,86 |
| Optimisms | 28,70 | 4,60 | 31,13 | 4,84 | 27,48 | 5,54 | 30,72 | 4,58 |
| Intrapersonālais faktors | 125,15 | 17,55 | 139,57 | 22,12 | 120,56 | 20,71 | 140,76 | 18,99 |
| Interpersonālais faktors | 103,17 | 13,69 | 104,53 | 12,51 | 105,65 | 14,53 | 111,64 | 11,57 |
| Adaptācijas faktors | 82,27 | 10,71 | 90,93 | 12,11 | 79,24 | 12,27 | 90,68 | 11,75 |
| Stresa vadīšanas faktors | 53,59 | 9,67 | 62,30 | 13,20 | 50,32 | 10,27 | 60,22 | 9,76 |
| Vispārējā garastāvokļa faktors | 58,37 | 8,28 | 65,20 | 9,21 | 56,18 | 9,50 | 64,42 | 9,79 |
| Kopīgais EI | 423,55 | 46,81 | 462,95 | 58,54 | 411,96 | 54,64 | 467,72 | 54,22 |

Statistiski nozīmīgi zemāki ($p \leq 0,05$) rādītāji vīriešu pacientu grupā, salīdzinot ar vīriešu kontrolgrupu, ir 9 skalās: Pašcieņas, Pašaktualizācijas,

Neatkarības, Reālistiskuma, Elastības skalā, Stresa tolerances, Impulsu kontroles, Laimes izjūtas un Optimisma skalā un 4 no 5 faktoriem, izņemot Interpersonālo faktoru, kā arī kopīgajā EI. Sievietēm pacientu grupā statistiski nozīmīgi ($p \leq 0,05$) zemāki rādītāji, salīdzinot ar kontrolgrupu, ir 13 skalās no 15 un visos 5 faktoros un kopīgajā EI.

Lai noteiktu pētījuma grupas alkohola un narkotiku atkarīgo pacientu EI (skat. 2.2.tabulu), grupas tika salīdzinātas ar Manna-Vitnija U-kritēriju.

2.2. tabula

EI veidojošo skalu un faktoru aprakstošās statistikas rādītāji pētījuma grupai, sadalītai pēc dzimumiem un atkarību veidiem

| Skalas/ faktori | Vīrieši (n=247) | | | | Sievietes (n=127) | | | |
|---------------------------------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
| | Alkohola atkarīgie (n=206) | | Narkotiku atkarīgie (n=41) | | Alkohola atkarīgās (n=101) | | Narkotiku atkarīgās (n=26) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Savu emociju apzināšanās | 25,25 | 4,75 | 24,61 | 4,75 | 23,99 | 4,87 | 23,04 | 6,49 |
| Pašpārliecība | 22,20 | 4,10 | 21,68 | 4,97 | 21,33 | 4,34 | 21,81 | 6,35 |
| Pašcieta | 27,54 | 5,42 | 29,00 | 6,49 | 26,29 | 6,14 | 28,46 | 6,85 |
| Pašaktualizācija | 30,58 | 5,52 | 28,07 | 3,91 | 29,81 | 5,57 | 28,04 | 5,57 |
| Neatkarība | 20,14 | 3,77 | 18,98 | 5,56 | 18,91 | 4,49 | 20,12 | 4,79 |
| Empātija | 29,61 | 4,76 | 27,17 | 5,17 | 30,76 | 4,50 | 28,69 | 5,56 |
| Starppersonu attiecības | 38,07 | 6,02 | 37,17 | 6,59 | 37,34 | 6,43 | 36,96 | 7,59 |
| Sociālā atbildība | 36,93 | 5,37 | 31,61 | 5,50 | 38,68 | 6,02 | 35,62 | 5,51 |
| Problēmu risināšana | 28,07 | 4,59 | 25,51 | 4,43 | 26,88 | 5,00 | 24,19 | 4,63 |
| Reālistiskums | 32,08 | 5,14 | 29,68 | 5,12 | 31,06 | 6,29 | 29,73 | 5,52 |
| Elastība | 23,05 | 4,72 | 22,41 | 5,22 | 21,89 | 4,62 | 23,04 | 4,72 |
| Stresa tolerance | 26,23 | 5,17 | 25,85 | 5,00 | 24,57 | 5,38 | 23,96 | 5,57 |
| Impulsu kontrole | 27,88 | 6,98 | 25,12 | 6,85 | 26,26 | 7,13 | 24,38 | 5,93 |
| Laimes izjūta | 29,69 | 5,02 | 29,59 | 4,88 | 28,78 | 5,16 | 28,38 | 6,70 |
| Optimisms | 28,93 | 4,46 | 27,54 | 5,13 | 27,84 | 5,23 | 26,08 | 6,54 |
| Intrapersonālais faktors | 125,71 | 17,01 | 122,34 | 20,01 | 120,33 | 20,11 | 121,46 | 23,28 |
| Interpersonālais faktors | 104,61 | 13,34 | 95,95 | 13,29 | 106,78 | 14,66 | 101,27 | 13,39 |

2.2. tabulas nobeigums

| Skalas/ faktori | Vīrieši (n=247) | | | | Sievietes (n=127) | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
| | Alkohola atkarīgie (n=206) | | Narkotiku atkarīgie (n=41) | | Alkohola atkarīgās (n=101) | | Narkotiku atkarīgās (n=26) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Adaptācijas faktors | 83,20 | 10,45 | 77,61 | 10,90 | 79,83 | 12,52 | 76,96 | 11,18 |
| Stresa vadīšanas faktors | 54,11 | 9,60 | 50,98 | 9,71 | 50,83 | 10,78 | 48,35 | 7,85 |
| Vispārējā garastāvokļa faktors | 58,62 | 8,18 | 57,12 | 8,79 | 56,62 | 8,58 | 54,46 | 12,52 |
| Kopīgais EI | 426,25 | 45,87 | 404,00 | 47,67 | 414,40 | 54,37 | 402,50 | 55,73 |

2.2. tabulā redzams, ka statistiski nozīmīgi ($p \leq 0,05$) augstāki vidējie rādītāji alkohola atkarīgiem vīriešiem, salīdzinot ar narkotiku atkarīgajiem, ir 6 skalās: Pašaktualizācijas, Empātijas, Sociālā atbildīguma, Problēmu risināšanas, Reālistiskuma, Impulsu kontroles skalās, 3 faktoros: Interpersonālajā, Adaptācijas, Stresa vadīšanas faktorā un kopīgajā EI. Alkohola atkarīgām sievietēm, salīdzinot ar narkotiku atkarīgām, statistiski nozīmīgi ($p \leq 0,05$) skalu vidējie rādītāji ir augstāki 3 skalās: Empātijas, Sociālās atbildības un Problēmu risināšanas skalā.

Lai salīdzinātu detoksikācijas un MP pacientu vīriešu EI rādītājus pirmajā un trešajā mērījumā, tika veikti aprakstošās statistikas aprēķini (skat. 2.3. tabulu) un jaukta tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem. Statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) *izmaiņas laikā* notikušas 6 skalās (Neatkarības, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances, Impulsu kontroles) un Interpersonālajā faktorā, pie tam šinīs skalās un faktorā detoksikācijas pacientu vidējie rādītāji 3. mērījumā ir augstāki nekā MP pacientu vidējie rādītāji. Statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) atšķirības *starp grupām* parādās visās skalās un faktoros, izņemot Pašcieņas skalu.

**Aprakstošās statistikas EI rādītāji divos mērījumos MP un detoksikācijas
pacientu vīriešu grupai**

| Skalas/ faktori | 1.mērījums | | | | 3.mērījums | | | |
|----------------------------------|---------------|-------|--------------------------|-------|---------------|-------|--------------------------|-------|
| | MP | | Detoksikācijas nodaļa | | MP | | Detoksikācijas nodaļa | |
| | (n=73) | | (n=60) | | (n=73) | | (n=60) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Savu emociju apzināšanās | 23,60 | 5,21 | 26,70 | 4,53 | 24,97 | 2,74 | 26,62 | 4,00 |
| Pašpārliecība | 20,84 | 4,97 | 23,03 | 3,35 | 20,70 | 2,20 | 21,88 | 2,69 |
| Pašcieņa | 26,58 | 6,22 | 28,35 | 4,31 | 28,32 | 3,48 | 28,70 | 3,05 |
| Pašaktualizācija | 29,70 | 5,63 | 30,93 | 5,80 | 28,52 | 2,89 | 30,13 | 4,22 |
| Neatkarība | 20,38 | 4,56 | 19,42 | 3,55 | 19,51 | 3,79 | 23,20 | 3,99 |
| Empātija | 27,90 | 5,30 | 30,00 | 5,03 | 28,60 | 3,50 | 29,27 | 4,33 |
| Starppersonu attiecības | 36,53 | 6,74 | 38,92 | 5,55 | 34,34 | 2,99 | 36,45 | 2,57 |
| Sociālā atbildība | 34,81 | 6,35 | 36,98 | 6,02 | 34,82 | 3,50 | 35,53 | 4,14 |
| Problēmu risināšana | 26,82 | 5,22 | 28,98 | 4,45 | 28,85 | 3,55 | 29,02 | 3,32 |
| Reālistiskums | 30,71 | 5,27 | 32,48 | 5,30 | 29,56 | 3,55 | 31,40 | 4,26 |
| Elastība | 22,59 | 5,56 | 23,17 | 3,78 | 23,62 | 3,38 | 25,42 | 4,09 |
| Stresa tolerance | 25,08 | 5,72 | 26,98 | 4,69 | 29,63 | 2,94 | 31,02 | 3,04 |
| Impulsu kontrole | 27,30 | 7,04 | 28,07 | 7,16 | 25,47 | 6,91 | 25,85 | 6,21 |
| Laires izjūta | 28,70 | 5,09 | 30,60 | 4,91 | 27,97 | 2,09 | 30,93 | 2,96 |
| Optimisms | 28,00 | 4,56 | 29,15 | 4,91 | 28,60 | 3,41 | 29,48 | 3,46 |
| Intrapersonālais faktors | 121,10 | 20,38 | 128,43 | 14,79 | 122,01 | 8,85 | 130,53 | 11,92 |
| Interpersonālais faktors | 99,25 | 14,72 | 105,90 | 14,51 | 97,77 | 8,42 | 101,25 | 9,04 |
| Adaptācijas faktors | 80,12 | 12,82 | 84,63 | 9,43 | 82,03 | 7,32 | 85,83 | 9,07 |
| Stresa vadīšana | 52,38 | 10,86 | 55,05 | 9,62 | 55,10 | 8,24 | 56,87 | 7,04 |
| Vispārējais garastāvoklis | 56,70 | 8,57 | 59,75 | 8,42 | 56,58 | 4,26 | 60,42 | 5,19 |
| Kopīgais EI | 409,55 | 54,10 | 433,77 | 42,71 | 413,48 | 24,06 | 434,90 | 32,55 |

Piezīme.F=(2,129).

Statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) izmaiņas laikā un atšķirības starp grupām ir notikušas Neatkarības, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas,

Elastības, Stresa tolerances skalās un Interpersonālajā faktorā, pie tam Neatkarības skalā un Problēmu risināšanas skalā vēl arī notikusi statistiski nozīmīga ($p \leq 0,05$) *laika faktora un grupas mijiedarbība*. Statistiski nozīmīgu atšķirību ($p > 0,05$) nav Pašcieņas skalā.

Lai salīdzinātu detoksikācijas un MP pacientu sievietes EI rādītājus pirmajā un trešajā mērījumā, tika veikti aprakstošās statistikas aprēķini (skat. 2.4. tabulu) un jaukta tipa dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem. Iegūtie rezultāti parāda, ka statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) *izmaiņas laikā* ir notikušas 5 skalās (Pašpārliecības, Pašaktualizācijas, Starppersonu attiecību, Reālistiskuma, Stresa tolerances skalā) un Interpersonālajā faktorā.

2.4.tabula

Aprakstošās statistikas EI rādītāji divos mērījumos MP un detoksikācijas pacientu sieviešu grupai

| Skalas/ faktori | 1.mērījums | | | | 3.mērījums | | | |
|--------------------------|--------------|------|-----------------------|------|--------------|------|-----------------------|------|
| | MP | | Detoksikācijas nodaļa | | MP | | Detoksikācijas nodaļa | |
| | (n=36) | | (n=34) | | (n=36) | | (n=34) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Savu emociju apzināšanās | 23,67 | 5,25 | 26,56 | 3,56 | 25,50 | 2,62 | 25,56 | 2,85 |
| Pašpārliecība | 21,83 | 4,44 | 23,94 | 4,97 | 21,53 | 2,30 | 21,24 | 3,48 |
| Pašcieņa | 25,69 | 6,83 | 28,41 | 7,08 | 28,72 | 2,73 | 27,97 | 3,60 |
| Pašaktualizācija | 30,42 | 5,86 | 30,85 | 4,68 | 29,17 | 2,43 | 28,26 | 3,23 |
| Neatkarība | 20,00 | 4,70 | 20,88 | 4,93 | 19,14 | 3,59 | 18,85 | 4,69 |
| Empātija | 29,53 | 5,10 | 31,12 | 5,14 | 30,75 | 2,32 | 29,38 | 3,66 |
| Starppersonu attiecības | 36,72 | 6,06 | 40,15 | 6,93 | 36,78 | 2,65 | 35,24 | 3,91 |
| Sociālā atbildība | 37,28 | 7,20 | 37,97 | 6,23 | 36,36 | 2,99 | 36,00 | 3,17 |
| Problēmu risināšana | 26,17 | 5,47 | 26,71 | 5,61 | 28,50 | 3,51 | 27,15 | 3,18 |
| Reālistiskums | 30,56 | 6,20 | 33,06 | 5,47 | 28,67 | 3,79 | 29,32 | 4,76 |

2.4. tabulas nobeigums

| Skalas/ faktori | 1.mērījums | | | | 3.mērījums | | | |
|--------------------------------------|---------------|-------|---------------------------|-------|---------------|-------|---------------------------|-------|
| | MP | | Detoksikācija s nodaļa | | MP | | Detoksikācija s nodaļa | |
| | (n=36) | | (n=34) | | (n=36) | | (n=34) | |
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD |
| Elastība | 22,94 | 4,52 | 23,26 | 4,40 | 24,31 | 4,09 | 23,44 | 2,83 |
| Stresa tolerance | 24,86 | 5,46 | 25,94 | 5,27 | 30,36 | 3,05 | 29,12 | 3,11 |
| Impulsu kontrole | 26,75 | 6,18 | 25,41 | 7,38 | 23,72 | 6,92 | 24,12 | 7,09 |
| Laires izjūta | 28,75 | 4,51 | 29,91 | 6,35 | 28,72 | 2,10 | 29,74 | 2,11 |
| Optimisms | 26,86 | 5,71 | 29,06 | 5,80 | 30,64 | 3,77 | 27,68 | 5,02 |
| Intrapersonālais faktors | 121,61 | 21,45 | 130,65 | 19,45 | 124,06 | 9,33 | 121,88 | 10,96 |
| Interpersonālais faktors | 103,53 | 14,48 | 109,24 | 15,82 | 103,89 | 6,47 | 100,62 | 8,68 |
| Adaptācijas faktors | 79,67 | 12,17 | 83,03 | 11,80 | 81,47 | 6,81 | 79,91 | 7,24 |
| Stresa vadīšana | 51,61 | 9,63 | 51,35 | 10,34 | 54,08 | 8,74 | 53,24 | 7,47 |
| Vispārējais garastāvoklis | 55,61 | 8,64 | 58,97 | 11,03 | 59,36 | 3,78 | 57,41 | 4,99 |
| Kopīgais EI | 412,03 | 55,52 | 433,24 | 51,95 | 422,86 | 22,19 | 413,06 | 26,81 |

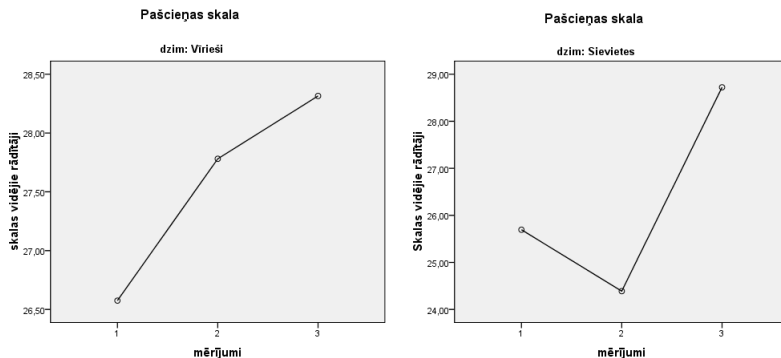
Piezīme: F (2,66)

Pie tam 4 skalās izmaiņas abu nodaļu pacientēm ir notikušas līdzīgi: Pašpārlicības, Pašaktualizācijas, Reālistiskuma skalās vidējie rādītāji samazinājušies, Stresa tolerances skalā – pieauguši, bet visās skalās vidējie rādītāji 3.mērījumā ir augstāki MP pacientēm, izņemot Reālistiskuma skalu. Statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) atšķirības *starp grupām* parādās Savu emociju apzināšanās un Reālistiskuma skalās. Statistiski nozīmīga ($p \leq 0,05$) *laika faktora un grupas mijiedarbība* ir notikusi 4 skalās (Savu emociju apzināšanās, Empātijas, Starppersonu attiecību, Optimisma skalā), 2 faktoros (Interpersonālajā, Vispārējā garastāvokļa faktorā) un kopīgajā EI: MP pacientu vidējie rādītāji 3.mērījumā pieauguši, bet detoksikācijas pacientu vidējie rādītāji samazinājušies, kā rezultātā MP pacientu vidējie rādītāji ir augstāki šinīs skalās un faktoros, izņemot Savu emociju apzināšanās skalu, kur vidējie rādītāji ir līdzīgi.

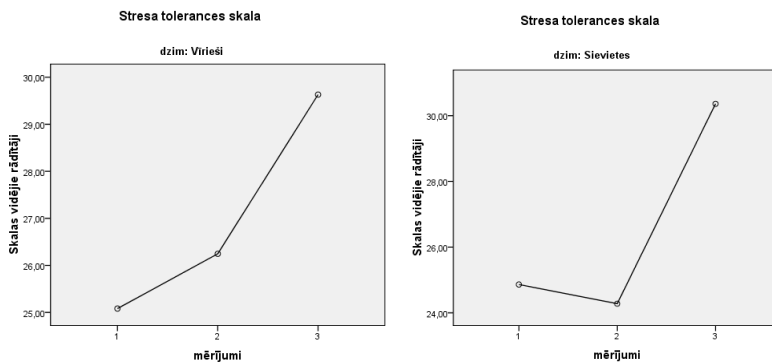
Statistiski nozīmīgu izmaiņu ($p > 0,05$) sieviešu grupā nav Pašcieņas, Neatkarības, Sociālās atbildības, Problēmu risināšanas, Elastības, Impulsu kontroles, Laimes izjūtas skalās un Intrapersonālajā, Adaptācijas, Stresa vadīšanas faktoros.

Lai noteiktu izmaiņas MP grupai starp trim mērījumiem, tika veikti aprakstošās statistikas aprēķini un vienkāršā dispersiju analīze atkārtotiem mērījumiem, ņemot vērā Bonferoni testu. Dati tika aprēķināti tikai tiem respondentiem, kuri piedalījās visos 3 mērījumos ($n=109$).

Starp trim mērījumiem ir notikušas būtiskas izmaiņas ($p \leq 0,05$) 5 no 15 skalām (Pašcieņas, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas, Elastības, Stresa tolerances) vīriešu grupai. Statistiski nozīmīgas izmaiņas ($p \leq 0,05$) vīriešu grupā, pieaugot šo skalu vidējiem rādītājiem, notikušas starp 1. un 2. mērījumu Pašcieņas (skat. 2.1. att.) un Elastības skalā, starp 2. un 3. mērījumu – Stresa tolerances skalā (skat. 2.2. att.) un starp 1. un 3. mērījumu – Problēmu risināšanas skalā. Vīriešu grupā statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) izmaiņas, samazinoties šīs skalas vidējiem rādītājiem, notikušas Starppersonu attiecību skalā starp 1. un 3. mērījumu. Reālistiskuma skalā statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) atšķirības ir starp 2. un 3. mērījumu, bet nav notikušas izmaiņas laikā. Sieviešu grupā starp trim mērījumiem statistiski nozīmīgas izmaiņas ($p \leq 0,05$) ir notikušas 4 no 15 skalām: Savu emociju apzināšanās, Pašcieņas (skat. 2.1. att.), Stresa tolerances (skat. 2.2. att.), Optimisma skalā un 1 faktorā (Vispārējā garastāvokļa), pie tam visas izmaiņas ir notikušas starp 2. un 3. mērījumu, pieaugot to vidējiem rādītājiem.



2.1. att. Pašcieņas skalas vidējo rādītāju izmaiņas 3 mērījumos MP pacientiem vīriešiem (pa kreisi) un sievietēm (pa labi)



2.2.att.Stresa tolerances skalas vidējo rādītāju izmaiņas 3 mērījumos MP pacientiem vīriešiem (pa kreisi) un sievietēm (pa labi)

2.2.5. Pacientu sociālā intelekta rādītāji

Statistiski nozīmīgi ($p \leq 0,05$) zemāki rādītāji ir pacientiem (vīriešiem un sievietēm) Sociālās apzināšanās skalā un kopīgajā SI, salīdzinot ar kontrolgrupas respondentiem.

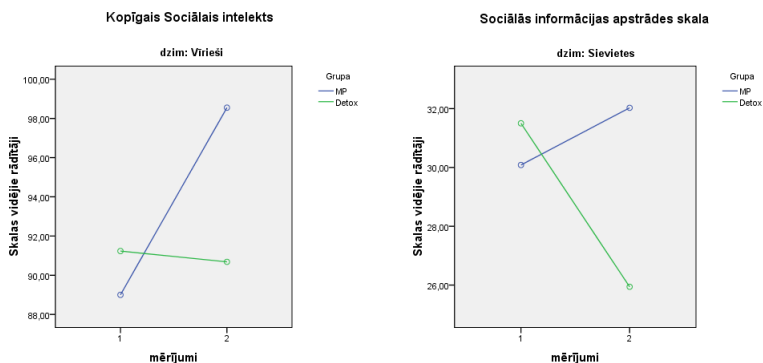
Alkohola un narkotiku atkarīgo vīriešu un sieviešu SI salīdzinājums, izmantojot aprakstošo un secinošo statistiku, uzrāda, ka statistiski nozīmīgi

augstāki ($p \leq 0,05$) rādītāji ir Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI ir narkotiku atkarīgiem vīriešiem, salīdzinot ar alkohola atkarīgiem. Sievietēm nepastāv statistiski nozīmīgas ($p > 0,05$) atšķirības, salīdzinot pēc atkarību veida.

Tika analizēti aprakstošās statistikas un jaukta dizaina dispersiju analīzes rādītāji detoksikācijas un MP vīriešiem un sievietēm, lai noteiktu izmaiņas 6 mēnešu laikā starp 1. un 3. mērījumu. Salīdzinot aprakstošās statistikas datus 1. un 3. mērījumā, redzams, ka MP respondentiem vīriešiem ir pieauguši vidējie rādītāji 3. mērījumā visās SI skalās un kopīgajā SI. Savukārt, detoksikācijas pacientiem atkārtotā mērījumā vidējie rādītāji palielinājušies Sociālo prasmju un Sociālās apzināšanās skalās, bet samazinājušies Sociālās informācijas apstrādes skalā un kopīgajā SI.

Pēc secinošās statistikas datiem redzams, ka statistiski nozīmīgas *izmaiņas laikā* ($p \leq 0,05$) starp 1. mērījumu un atkārtotu mērījumu pēc 6 mēnešiem parādās Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI, pie tam Sociālo prasmju skalā vidējie rādītāji pieaug abu nodaļu pacientiem, bet kopīgajā SI–MP pacientiem, bet abi vidējie rādītāji ir augstāki MP pacientiem. *Laika faktora un grupas mijiedarbība* parādīja, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības ($p \leq 0,05$) MP un detoksikācijas grupai Sociālās informācijas apstrādes skalā un kopīgajā SI (skat. 2.3.att.). Tas nozīmē, ka grupās notikušas izmaiņas, pie tam atšķirīgā veidā: MP pacientu SI vidējie rādītāji ir palielinājušies un ir augstāki nekā detoksikācijas pacientiem.

Pēc aprakstošās statistikas redzams, ka pieaug MP sieviešu vidējie rādītāji 3. mērījumā visās skalās un kopīgajā SI, bet detoksikāciju saņēmušām sievietēm pieaug vidējie rādītāji Sociālās apzināšanās skalā, pārējās–samazinās, kā rezultātā Sociālās informācijas apstrādes skalā un kopīgajā SI MP pacientēm ir augstāki vidējie rādītāji.



2.3. att. Laika un grupas mijiedarbība kopīgajā SI pētījuma vīriešu grupai (pa kreisi) un Sociālās informācijas skalā sieviešu grupai (pa labi)

Secinot statistikas rezultāti rāda, ka *izmaiņas laikā* statistiski nozīmīgas ($p \leq 0,05$) ir Sociālās apzināšanās skalā: MP pacientēm pieauguši vidējie rādītāji, bet detoksikācijas nodaļas pacientēm – samazinājušies, tomēr augstāki vidējie rādītāji 3.mērījumā ir detoksikācijas nodaļas pacientēm. Statistiski nozīmīga ($p \leq 0,05$) *laika faktora un grupas mijiedarbība* ir redzama Sociālās informācijas apstrādes skalā (skat. 2.3. att.): MP pacientēm vidējie rādītāji ir pieauguši, bet detoksikācijas pacientēm – samazinājušies, un augstāki vidējie rādītāji 3.mērījumā ir MP pacientēm. Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI nav vērojamas statistiski nozīmīgas izmaiņas ($p > 0,05$) starp 1. un 3.mērījumu.

Salīdzinot SI rādītājus MP pacientēm visos trīs mērījumos, aprakstotās un secinotās statistikas dati (Bonferoni tests) uzrāda, ka statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā parādās kopīgajā SI vīriešiem, pie tam izmaiņas notikušas starp 1. un 3. mērījumu. Pārējie rezultāti neuzrāda statistiski nozīmīgas izmaiņas un atšķirības.

3. DISKUSIJA

Uzsākot pētījuma diskusijas daļu, ir jānorāda pētījuma ierobežojumi. Gan ārstu, gan pacientu aptaujas anketas nav psihometriski (ticamība, validitāte) pārbaudītas, taču tas nebija šī pētījuma mērķis. Anketas vērtējamas kā problēmu iezīmēšanas instruments, lai apzinātu narkoloģisko situāciju ārstu un pacientu skatījumā. Ņemot vērā to, ka respondentu sniegtās atbildes ir pretrunīgas, var domāt, ka atbildes vairāk mēra cilvēku priekšstatus, nevis realitāti.

Ārstu grupā ir aptaujāti 8,4% no Latvijā praktizējošiem ārstiem. Aptaujātie respondenti ārsti skaitliski atbilst izlases statistiskās ticamības rādītājiem, tomēr kā pētījuma ierobežojumu jāatzīmē pieejamās izlases izmantošana. Iespējams, ka respondentu nelielā atsaucība saistīta ar ārstu intereses vai pieredzes trūkumu attiecīgajā jautājumā. Bez tam kā ierobežojums arī jāmin respondentu elektroniska aptaujāšana, kas varēja radīt grūtības saņemt un atbildēt tiem respondentiem, kuriem elektroniskie resursi kādu iemeslu dēļ nav pieejami.

Tomēr neskatoties uz šo ierobežojumu, ārstu sociāldemogrāfiskie dati un sadalījums pa reģioniem (izņemot Pierīgas reģionu) ir tuvs sadalījumam populācijā (SPKC, 2011). Runājot par ārstu sadalījumu pa specialitātēm, jāatzīmē, ka vairāk ir pārstāvētas psihoterapeitu (80%), psihiatru (37%) un narkologu (42%) specialitātes (SPKC, 2012b), pie kuriem ārstiem PVA pacienti biežāk vēršas psihisku traucējumu vai akūtu somatisku traucējumu dēļ. Mazāk ir aptaujāti interno specialitāšu ārsti (5%) un stomatologi (0,5%), kas arī minams, kā pētījuma ierobežojums. Zinātniskajā literatūrā atrodamajos pētījumos par ārstu attieksmi pret narkoloģiskiem pacientiem, ārstu informētību par atkarības problēmu, redzams, ka aptaujāti tiek vienas specialitātes ārsti (ģimenes ārsti, neatliekamās palīdzības ārsti utt.) (Tang et al., 2005; Rapley et al., 2006). Šajā pētījumā bija svarīgi iezīmēt problēmas nozīmīgumu, tāpēc tika aptaujāti dažādu specialitāšu ārsti.

Pacientu izlase skaitliski atbilst izlases statistiskās ticamības rādītājiem, kā arī ir tuvu sadalījumam populācijā gan attiecībā uz dzimumu, gan atkarību, gan ārstēto pacientu vidējo vecumu, tomēr kā pētījuma ierobežojumu jāatzīmē pieejamās izlases izmantošana. Pacientu atlase tika veikta, aicinot piedalīties pētījumā visus pēc kārtas pacientus, kas atbilda iekļaušanas kritērijiem. Tomēr liels pētījumu pārtraukšo pacientu skaits ir saistīts gan ar pacientu līdzestības, sadarbības trūkumu, gan ar EI un SI aptauju pildīšanas ierobežojumu latviešu valodā, aptauju aizpildīšanai nepieciešamo ilgo laiku, kā arī ar grūtībām veikt atkārtotus mērījumus pēc 6 mēnešiem. Tas sasaucas ar zinātniskajā literatūrā aprakstītām grūtībām citu pētījumu gadījumos, ar 40-50% pētījumus pārtraukšo PAV pacientu skaitu pētījuma gaitā (De Wildt et al., 2002; Murgraff et al., 2007), tāpēc atkarību pacienti papildus tiek motivēti ar naudas balvām, palielinot tās katram atkārtotajam mērījumam (El-Bassel et al., 2005). Daudzos pētījumos, īpaši, tanīs, kuros izmanto klīniskās grupas, respondentu skaits ir neliels vai tie netiek randomizēti, bet tiek izmantota pieejamā izlase (Moyer, Finney, 2002). Autori, veicot sistemātisku pārskatu, izsecinājuši, ka gan randomizēti, gan nerandomizēti pētījumi varētu papildināt viens otru, ja runa ir par PAV pacientu ārstēšanas efektivitātes vai uzlabojumu novērtēšanu. Svarīgi tomēr norādīt, ka to pacientu sociāldemogrāfiskie dati, kuri izstājās no pētījuma statistiski nozīmīgi neatšķiras no to respondentu datiem, kas turpināja piedalīties pētījumā. Pētījumā izmantotas psihometriski pārbaudītas EI un SI aptaujas, tomēr tās ir pašnovērtējuma aptaujas un, ņemot vērā narkoloģisko pacientu personības struktūru, grūtības realitātes novērtēšanā, līdzestības trūkumu, iespējams tas arī varēja ietekmēt pētījuma rezultātus.

3.1. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc ārstu aptauju datiem

Pētījumā ir konstatēts, ka atšķiras dažādu specialitāšu un dažādos reģionos strādājošu ārstu informētība par narkoloģiskās palīdzības metodēm, to ieteikšanu pacientiem un praktizēšanu profesionālajā ikdienas darbā.

No aptaujātiem respondentiem pilnībā informēti ir tikai dažu specialitāšu respondenti un tikai par atsevišķām metodēm (psihiatri un narkologi par detoksikāciju, psihoterapeiti – par MP). Tāpēc, jautāti par trūkumiem narkoloģiskajā palīdzībā, ārsti pamatoti norāda uz informācijas trūkumu gan speciālistiem, gan pacientiem. Daļa stomatologu, ķirurgi/traumatologi, arī ģimenes ārsti un interno specialitāšu ārsti atzīmēja, ka nezin nevienu narkoloģiskās palīdzības metodi. Pārdomas rada narkologu atbildes, kas atklāj, ka daļa speciālistu nav informēti, piemēram, par aizvietojošo terapiju, kopienām narkomāniem, MP, suģestīvajām metodēm. Tas liecina, ka šiem speciālistiem ir grūtības piedāvāt PAV pacientiem pilnvērtīgu palīdzību, kā arī – par nepieciešamību informēt par narkoloģiskā palīdzības metodēm un iespējām ne tikai citu specialitāšu ārstus, bet arī narkologus.

Darba reģionu ziņā vislabāk par narkoloģiskās palīdzības metodēm informēti ir Vidzemes (par suģestijas metodēm) un Zemgales respondenti (par MP, aizvietojošo terapiju). Pēdējais, iespējams, saistīts ar to, ka viena no MP nodaļām atrodas Jelgavas slimnīcā. Vājāk informēti ir Kurzemes respondenti.

Saistībā ar narkoloģiskās palīdzības metožu ieteikšanu, divas trešdaļas respondentu norāda, ka biežāk iesaka PVA pacientiem MP un detoksikāciju. Salīdzinot datus ar pacientu izvēlētām metodēm, redzams, ka trīs ceturtdaļas pacientu, savukārt, ir saņēmuši detoksikāciju, bet MP – tikai mazāk kā piektdaļa. Tas vedina domāt, ka (1) vai nu speciālisti nepietiekami izskaidro šādas ārstēšanās nepieciešamību, (2) vai arī pacientu aizsargmehānismi (noliegums) traucē izpildīt ārstu ieteikumus. Šie fakti sasaucas ar aptaujāto

ārstu norādēm par pacientu zemo motivāciju un līdzestību. Tas atbilst zinātniskajā literatūrā aprakstītajam, ka tikai daļa PVA pacientu saņem atbilstošu ārstēšanu (Booth et al., 2001; Heinz et al., 2003), tāpēc nepieciešams izstrādāt ārstu un pacientu izglītošanas pasākumus.

Reģionu ziņā redzams, ka Latgales, Vidzemes un Pierīgas respondenti iesaka pacientiem ar suģestiju saistītās metodes, tajā pat laikā Latgales un arī Zemgales aptaujātie ārsti maz iesaka MP, neskatoties uz to, ka Zemgales reģionā ir viena no valsts apmaksātām MP. Šajos abos reģionos ir vislielākais reģistrēto alkohola atkarīgo un alkohola psihožu gadījumu skaits (SPKC, 2012b). Iespējams, ka pastāv saistība starp ārstu attieksmi pret PAV atkarīgiem un informētību par noteiktām ārstēšanas metodēm, tāpēc būtu nepieciešams to pārbaudīt turpmākajos pētījumos.

Aptaujātie ārsti arī praktizē narkoloģiskās palīdzības metodes profesionālajā darbā. Narkologi visbiežāk praktizē detoksikāciju un vairāk kā puse praktizē suģestiju ar medikamenta ievadīšanu i/v. Ņemot vērā to, ka šī metode nav balstīta uz pētījumos gūtiem pierādījumiem, iespējams, ka tas sasaucas ar zinātniskajā literatūrā aprakstīto speciālistu nostāju, ka (1) pacienti paši vainīgi savā saslimšanā un ka viņi ir jāsoda (Tang et al., 2005) vai arī (2) liecina par speciālistu ticību „maģiskajām” metodēm (Raikhel, 2010), (3) vai grūtībām uztvert pacientus kā disfunkcionālu personību (Miller, Hester, 2003). Papildu izpētes vērts ir fakts, ka neviens aptaujātais ķirurgs/ traumatologs nav atzīmējis, ka profesionālajā ikdienā nodarbojas ar suģestīvo metodi, ievadot medikamentu s/c, kaut arī pēc Tehnoloģijām paredzēts, ka šo procedūru veic narkologs kopā ar ķirurgu (NVD, Tehnoloģijas). Iespējams, ka tas saistīts ar nelielo aptaujāto ķirurgu skaitu. Pārdomas rada atbildes, ka trešdaļa ģimenes ārstu ikdienā nodarbojas ar detoksikāciju, kaut gan tas nav ģimenes ārstu tiešais pienākums, un nav zināms, vai šie pacienti tiek motivēti tālākai ārstēšanai. Tāpat pārdomas izraisa fakts, ka praktiski visu specialitāšu respondenti ārsti, izņemot stomatologus, ir norādījuši, ka praktizē MP. Tā tomēr ir stacionārā

īstenojama programma, kuras pamatā ir grupu terapija. Iespējams, ka, sniedzot apstiprinošas atbildes, vairums speciālistu gribējuši norādīt uz savām zināšanām par MP darba principiem. Vēlama papildus izpēte, konkretizējot ārstu sniegtās atbildes. Skatoties pēc reģioniem, redzams, ka suģestiju ar medikamenta ievadīšanu s/c nepraktizē aptaujātie respondenti Kurzemē, Latgalē, Vidzemē. Iespējams, (1) tas ir saistīts ar ķirurģiskām procedūrām, kas prasa papildus aprīkojumu, sadarbību ar ķirurgu utt. (NVD, Tehnoloģijas) vai (2) ar ārstu pieredzi, ka efekts neatšķiras no placebo efekta (Blanc, Daepfen, 2005) vai arī (3) ar metodes radītām blaknēm un pēcoperācijas komplikācijām (Blanc, Daepfen, 2005). Aizvietojošā terapija tiek praktizēta gandrīz visos reģionos, izņemot Vidzemi. Tas saskan ar NVD informāciju par metadona kabinetu atrašanās vietām Latvijā (NVD, 2011).

Atkarīgo atvaseļošanās procesā nozīmīga loma ir arī pašpalīdzības grupām (AA, AN, AS). Neskatoties uz to, ka vairāk kā puse respondentu nezina, vai darba reģionā ir pašpalīdzības grupas un daļa domā, ka tādu nav, tomēr divas trešdaļas respondentu pacientiem iesaka apmeklēt pašpalīdzības grupas. Iespējams, tas ir saistīts ar respondentu informētību par pašpalīdzības grupu efektivitāti (Kelly et al., 2010).

Jautājumos par narkoloģiskās palīdzības sistēmas trūkumiem un nepieciešamiem uzlabojumiem trešdaļai respondentu nav viedokļa, bet ceturrtā daļa aptaujāto ārstu min informācijas nepietiekamību, valsts nerūpēšanos par saviem iedzīvotājiem – gan par pacientiem, gan par ārstiem. Pētījuma rezultāti norāda uz ārstu tendenci būt neapmierinātiem, norūpējušamiem par patreizējo situāciju veselības aprūpē, tostarp arī valstī. Pārdzīvotā ekonomiskā krīze ir atstājusi pietiekoši postošas sekas un izpaudusies kā narkoloģiskās palīdzības apjoma samazināšanās, slēdzot slimnīcas, rehabilitācijas centrus, samazinot gultu vietas narkoloģiskajās nodaļās, atlaižot darbiniekus (NVD, 2010a; SPKC, 2012d). Ne mazāk nozīmīgas grūtības narkoloģiskajā palīdzībā izraisa pacientu motivācijas trūkums un finansiālās grūtības, kas atspoguļots arī citos pētījumos

(Tucker et al., 2004; Vaillant, 2005). Tāpēc kā galvenos nepieciešamos pasākumus narkoloģiskās palīdzības uzlabošanā respondenti min informētības uzlabošanas pasākumus, narkoloģisko pakalpojumu pieejamības nodrošināšanu un pakalpojumu cenu samazināšanu. Papildus hipotēze apstiprinās daļēji.

3.2. Skatījums uz atkarību un ārstēšanas metodēm pēc pacientu aptauju datiem

Šī pētījuma ietvaros aptaujātie pacienti uzrāda, ka lielākā daļa iepriekš ir saņēmusi narkoloģisku palīdzību. Kā biežāk izmantotā metode tiek minēta detoksikācija. Tas saistīts ar PAV atkarību izraisītu akūtu intoksikāciju, abstinences sindromu (Prat et al., 2009), kuru mazināšanai nepieciešama narkoloģiskā palīdzība. Pie tam daļa pacientu detoksikāciju ir saņēmuši vairākkārt. Tomēr, ņemot vērā, ka tā ir tikai akūtā stāvokļa mazinošā terapija, bet neārstē pamatslimību, un atkarība ir hroniska un progresējoša, tad pacienti bieži meklē citas narkoloģiskās palīdzības metodes. Otra biežāk izmantotā metode ir suģestija bez medikamenta ievadīšanas. Iespējams tāpēc, ka to praktizē ne tikai medicīnas darbinieki, bet arī dziednieki, ekstrasensi utml. Nedaudz retāk atzīmēta ir suģestija ar medikamenta ievadīšanu i/v. Abām metodēm galvenais ir suģestijas moments. Šīs abas nav pētījumos balstītas metodes, tomēr aptaujātie respondenti tās izmantojuši pietiekami bieži un vairākkārt. Tas arī norāda uz PVA pacientu neinformētību par savu slimību, tās noliegumu, maģisko domāšanu, ticību brīnumam (Vaillant, 2005; Kernberg, Caligor, 2005). Kā rakstīts zinātniskajā literatūrā, PVA pacientiem ir raksturīgi kļūdaini uzskati par atkarības dabu un zināšanu trūkums par PAV lietošanas pārtraukšanas iespējām (Vaillant, 2005). Tas liek domāt, ka nepieciešams izglītēt pacientus, sniedzot zināšanas par slimības būtību, sekām un uz pierādījumiem balstītu ārstēšanās metožu saņemšanu. Mazāk nekā piektdaļa ir saņēmusi MP. Tas sasaucas ar zinātnieku norādēm par to, ka tikai neliela daļa

pacientu saņem nepieciešamo ārstēšanos (Booth et al., 2001). Tomēr tas ir lielāks skaits, nekā norāda vācu pētnieki (Heinz et al., 2003), kur tikai 5% pacientu saņem uz slimības būtību vērstu palīdzību.

3.3. Narkoloģisko pacientu emocionālais intelekts

Pētījumā tika konstatēts, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp pētījuma grupas un kontrolgrupas EI rādītājiem visos piecos faktoros (Intrapersonālais, Interpersonālais, Adaptācijas, Stresa vadīšanas un Optimisma) – kontrolgrupas dalībniekiem šo faktoru rādītāji ir augstāki. Tas sasaucas ar zinātniskajā literatūrā atrodamiem datiem par PAV atkarīgu personu zemāku emocionālo intelektu, salīdzinot ar kontrolgrupu (Brown et al., 2009). Tātad var secināt, ka PVA personām kopumā piemīt zemāka kapacitāte savu un citu cilvēku jūtu izpratnē, savu emociju vadīšanā un kontrolēšanā, spējā veidot adekvātas un veiksmīgas attiecības ar citiem, kā arī spējā pielāgoties sociālās vides prasībām. Spējas ir iespējams apgūt un pilnveidot, uzkrājot dzīves pieredzi. Var pieņemt, ka PAV atkarīgiem socializācijas process nav noritējis pietiekoši pilnvērtīgi (Miller, Hester, 2003; Nolen-Hoeksema, Hilt, 2006), tādēļ arī emocionālā intelekta komponenti ir vājāk attīstīti nekā kontrolgrupas personām.

Vienīgi Interpersonālajā faktorā pacientu vīriešu grupā nav statistiski nozīmīgu atšķirību, salīdzinot ar kontrolgrupu. Rezultāti atspoguļo to, cik pretrunīgi PVA personas sevi vērtē. Viņi uzrāda zemākus nekā kontrolgrupai rezultātus lielākajā daļā skalu un faktoru, bet Interpersonālajā faktorā, kas aptver attiecības ar citiem nozīmīgiem cilvēkiem, viņi nesaskata savus trūkumus. Arī, skatoties atsevišķas šo faktoru veidojošās skalas (Empātijas, Starppersonu attiecību (tikai vīriešiem), Sociālās atbildības), var novērot līdzīgus vidējos rādītājus pētījuma grupā un kontrolgrupā. Tātad atkarīgām

personām būtu jāspēj apzināties citu cilvēku jūtas, intereses, vajadzības un jāspēj labi saprasties un sadarboties ar citiem cilvēkiem. Tas ir pretrunā ar pacientu aptaujas datiem, kur pacienti, kā visvairāk negatīvo seku skarto, uzrādīja tieši attiecību jomu, un tas ir pretrunā arī ar literatūras datiem (Stein et al., 2008; Lesch et al., 2011), kuros ir norādīts, ka atkarīgas personas uzvedība bieži ir saistīta ar egocentrisku, uz savu vajadzību apmierināšanu tendētu pozīciju, kas izpaužas emocionālā un fiziskā izolācijā un tendencē izmantot citus cilvēkus savu ar lietošanu saistīto vajadzību apmierināšanai.

Alkohola atkarīgiem vīriešiem un sievietēm ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie aritmētiskie rādītāji vairākās EI skalās un faktoros, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem vīriešiem un sievietēm. Kā rāda pētījuma rezultāti alkohola atkarīgiem (gan vīriešiem, gan sievietēm) ir augstāki rādītāji Intrapersonālā faktora Pašaktualizācijas skalā. Tas nozīmē, ka alkohola atkarīgajiem piemīt augstāka kapacitāte veidot jēgpilnu dzīvi, noteikt personiskos mērķus un sasniegt tos, spēja tiekties uz savu talantu un prasmju attīstību, salīdzinot ar narkotiku atkarīgajiem. Tas sasauca ar zinātniskās literatūras norādēm par to, ka narkotiku atkarīgā cilvēka Ego spēks ir hroniski un dziļi traucēts, kas rada resursu trūkumu izvirzīt un realizēt noturīgus dzīves mērķus (Miller, Hester, 2003). Narkotiku atkarīga cilvēka prioritāte ir primitīvu, vienkāršotu vajadzību apmierināšana, ko pastiprina arī zems izglītības un vispārējo sociālo prasmju trūkums (Lee, Pang, 2008). Tas atspoguļojas arī dotā pētījuma sociāldemogrāfiskos datos, kur redzams, ka lielākā daļa narkotiku atkarīgo ir ar pamata izglītību, tātad profesijas apgūšana, konkurētspējas uzlabošana darba tirgū, turpmākās dzīves nodrošināšana nav bijusi šo respondentu mērķis. Strādājot ar narkotiku atkarīgiem, būtu svarīgi mācīt rast deviantām darbībām alternatīvus uzvedības veidus, attīstīt spēju izvirzīt mērķus un sekot tiem, kas varētu mazināt recidīva risku. Šāds darbs Latvijā netiek veikts (IeM, 2011), tāpēc recidīvu risks varētu nemazināties, bet narkotiku atkarības izplatība varētu pieaugt.

Alkohola atkarīgiem ir statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji Interpersonālajā faktorā un to veidojošās Empātijas, Sociālās atbildības skalā. Tas liek domāt, ka alkohola atkarīgiem ir labāka spēja rīkoties saskaņā ar savu sirdsapziņu, ievērot sociālās normas un pierādīt sevi kā sadarboties spējīgu kādas sociālās grupas dalībnieku. Zinātniskajā literatūrā ir daudz norāžu par narkotiku atkarīgo zemo sociālo atbildīgumu (Huang et al., 2011; Kelley et al., 2010; Bennett et al., 2008). Tas norāda, ka alkohola atkarīgie, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem, ir labāk spējīgi sadarboties, sniegt atbalstu un izjust piederību kādai noteiktai sociālai grupai. Tomēr atkarības slimība rada atbildīguma līmeņa pazemināšanos ne tikai narkotiku, bet arī alkohola atkarīgiem (Bromley, Nelson, 2002). Augstie rādītāji alkohola atkarīgajiem Sociālās atbildības skalā, kas statistiski nozīmīgi neatšķiras no kontrolgrupas datiem, ir diskutabli un liek domāt par pacientu grūtībām pietiekoši kritiski izvērtēt savu atbildības līmeni gan ģimenē, gan sabiedrībā kopumā.

Kaut arī literatūras apskatā (Kun, Demetrovics, 2010) norādīts, ka alkohola atkarīgie cilvēki mēdz pārvērtēt emociju intensitāti (īpaši negatīvo), tomēr dotajā pētījumā viņi uzrāda augstākas empātijas spējas nekā narkotiku atkarīgie. Tas rosina domāt, ka alkohola atkarīgiem ir labāka spēja apzināties un saprast, kā jūtas citi. Tas atbilst literatūras datiem, kur konstatēts, ka alkoholisms nav saistīts ar vispārējās empātijas deficītu, bet drīzāk ar atšķirībām emocionālajā un kognitīvajā empātijas paternā (Maurage et al., 2011). Autori (Bar-On, 2000; Blair, 2005) norāda, ka empātijas trūkums var stimulēt psihopātijas attīstību, un tādi personības traucējumi vairāk ir raksturīgi narkotiku atkarīgiem.

Alkohola atkarīgiem ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji Adaptācijas faktorā un tā Problēmu risināšanas skalā. Tas ļauj secināt, ka alkohola atkarīgiem ir labāk attīstīta spēja identificēt un definēt radušās problēmsituācijas, plānot atbilstošu rīcību to risināšanai, efektīvākai lēmumu pieņemšanai. Minētās atšķirības var tikt pamatotas ar to, ka cilvēki ar alkohola

atkarību kopumā ir spējīgi uzrādīt labāku spēju sociāli adaptēties sabiedrībā, veidot noturīgākas attiecības, iegūt tuvinieku atbalstu un demonstrēt augstāku sociālo veiksmīgumu darba un izglītības sfērās. Arī aptaujāto respondentu sociāldemogrāfiskie dati to apliecina –alkohola atkarīgie uzrādīja augstāku izglītības, nodarbinātības, reģistrēto attiecību līmeni, salīdzinot ar narkotiku atkarīgiem. Ņemot vērā to, ka alkohola atkarības aizsākumi notiek vēlīnā pusaudžu vai agrīnā jauniešu vecumposmā, kad cilvēks jau apguvis pamata prasmes un iemaņas, lai ievērotu sabiedrības prasības, tad var domāt par to, ka cilvēki ar alkohola atkarību labāk var izmantot šīs prasmes savā dzīvē, risinot dažādas situācijas. Savukārt, narkotizācijas aizsākumi biežāk saistāmi ar agrīno pusaudžu vai pusaudžu vecumu, atkarības dinamika un attīstība ir strauja, tādēļ narkotiku atkarīgie bieži neapgūst pamata prasmes un iemaņas, kas nepieciešamas, lai risinātu problēmsituācijas atbilstoši sabiedrībā pieņemtām normām (Hambley et al., 2010).

Pētījuma rezultāti arī liecina, ka alkohola atkarīgiem ir statistiski nozīmīgi augstāki vidējie rādītāji Stresa vadīšanas faktorā un tā Impulsu kontroles skalā. Kaut arī pētījumi (Nolen-Hoeksema, 2004; Lesch et al., 2011) rāda, ka pašsavaldīšanās grūtības ir raksturīgas ne tikai narkomāniem, bet arī alkohola atkarīgiem, tomēr, vērtējot no abu atkarību viedokļa, alkohola atkarīgiem šīs spējas ir labāk attīstītas. Tas norāda, ka alkohola atkarīgiem ir labāka spēja kontrolēt emocijas, pretojoties tūlītējai vēlmei tās izlādēt darbībā, arī labāka spēja pieņemt savus agresīvos impulsus, spēja kontrolēt naidīgumu. Personības defekts narkotiku atkarīgiem ir dziļāks un smagāks, salīdzinot ar alkohola atkarīgajiem, kas sasaucas ar psihodinamiskās teorijas atziņām (Kernberg, Caligor, 2005; Khantzian et al., 2005).

Analizējot izmaiņas EI rādītājos narkoloģiskiem pacientiem 6 mēnešus pēc ārstēšanās detoksikācijas nodaļā un MP nodaļā, konstatēts, ka MP respondentiem, salīdzinot ar detoksikācijas respondentiem, EI izmaiņas laikā vīriešu grupā notikušas līdzīgi, pieaugot rādītājiem vairākās skalās (Problēmu

risināšanas, Elastības, Stresa tolerances) un samazinoties rādītājiem Starppersonu attiecību skalā, bet atšķirīgas izmaiņas ir notikušas Neatkarības skalā. Pie tam Problēmu risināšanas un Neatkarības skalā ir notikušas izmaiņas laikā, laika faktora un grupas mijiedarbība un atšķirības starp grupām, kas liecina par ārstēšanas ietekmi uz grupām. Izmaiņas Neatkarības skalā no psihodinamiskās teorijas viedokļa skaidrojamas ar savas grandiozitātes mazināšanos MP terapijas rezultātā, ar atkarīgās pozīcijas apgūšanu un atzīšanu, tātad arī nolieguma mazināšanos, kas ir ļoti svarīgs terapijas efekts (Anderson et al., 1999). Terapeitiskais process Minesotas programmā virzīts uz piesaistes veidošanu, kas arī var mazināt pacientu neatkarības izjūtu. Problēmu risināšanas skalas rādītāju pieaugums MP pacientiem var skaidrot ar pacientu pieaugošu spēju formulēt problēmu, rast risinājumu problēmas novēršanai, meklēt efektīvākus risinājumus. Cilvēki sāk saprast, ka, neskatoties uz to, ka ir grūtības, viņi var būt ar tām kontaktā, nevairīties no grūtībām, bet tās risināt. Tas ir svarīgs moments atkarīgu personu atvēršanai.

Interesants ir fakts, ka Starppersonu attiecību skalas rādītāji laika gaitā mazinās. To varētu skaidrot ar iespējamo sākotnēji neobjektīvo skatījumu uz attiecību izvērtējumu. Iespējams, ka liela nozīme ir arī pacientu atturībai no PAV lietošanas, kas, savukārt, ietekmē cilvēku uzvedību un attieksmi pret citiem cilvēkiem, uzlabojot spēju saprast, ka starppersonu attiecības nav sakārtotas. Tomēr sākotnēji atšķiras pacientu nokļūšana katrā no nodaļām. Lielā mērā pacienta nokļūšana detoksikācijas nodaļā ir smagu psihisku, somatisku un neiroloģisku traucējumu diktēts lēmums, kur paša pacienta motivācija ārstēties ir niecīga un eksistē tikai, kā vēlme atbrīvoties no abstinences sindroma sagādātām ciešanām. Savukārt, lēmums ārstēties MP ir paša pacienta pieņemts un balstīts uz starppersonu attiecību traucējumiem, uz tuvāko cilvēku norādi par nepieciešamību ārstēties (Tucker et al., 2004). Dinamikā, ko nodrošina MP, pacienti sāk saprast savas attiecību problēmas, PAV atkarības ietekmi uz tām. Šie fakti sasaucas ar citu pētnieku atradnēm

(Miller, Rose, 2009). Tāpēc svarīgi būtu turpināt pētījumu un noskaidrot, kas rada līdzīgu efektu abām grupām.

Savukārt, Stresa tolerances skalā vidējie rādītāji pieaug vīriešiem abās grupās (MP un detoksikācijai), tie izteiktāk pieaug MP pacientiem, tomēr lielāki ir detoksikācijas pacientiem. Ja MP pacientu stresa tolerances pieaugumu, līdz ar to labāku spēju panest spriedzes pilnas situācijas, panest intensīvas emocijas bez panikas, aktīvi pārvarēt stresu varētu izskaidrot ar MP darbībām, kuras vērstas uz sevis sapratnes veicināšanu, pacientu izglītošanu par konstruktīvākiem veidiem, kā tikt galā ar spriedzi, tad attiecībā uz detoksikācijas pacientiem šī fakta izskaidrošana ir diskutabla. Iespējams, (1) tas ir saistīts ar detoksikācijas pacientu labākām spējām rast risinājumus stresa situācijās, bet iespējams, (2) ar izteiktāku egocentrismu, problēmu risināšanas atbildību noveļot uz tuvinieku pleciem vai arī (3) ar detoksikācijas pacientu grūtībām izvērtēt realitāti, dzīvošanu fantāziju pasaulē un vēlamā uztveršanu par reālo. Tas ir interesants fakts, un tas prasa papildus izpēti.

Starppersonu attiecību skalā un Interpersonālajā faktorā notiek statistiski nozīmīgas izmaiņas laikā un laika faktora un grupas mijiedarbība, kas liecina, ka izmaiņas ir saistītas ar ārstēšanās procesu. Detoksikācijas sievietēm izteikti samazinās vidējie rādītāji, bet MP pacientēm tie nedaudz pieaug. Šādas izmaiņas sievietes grupā varētu skaidrot ar faktu, ka MP sievietēm pieaug spēja veidot vai uzturēt siltākas attiecības nekā bija iepriekš. Lielākā daļa sieviešu, kas ārstējas MP nodaļā, ir sociālā dienesta nosūtītas, jo viņām ir atņemtas bērnu aprūpes tiesības, un bērni atrodas krīzes centros. Respektīvi, sievietēm ir traucēta spēja nodibināt un saglabāt savstarpēji apmierinošas attiecības, sniedzot un saņemot siltumu un pieķeršanos, viņām ir izteiktas grūtības novērtēt savas uzvedības ietekmi uz attiecībām. Tas sasaucas ar zinātniskās literatūras datiem (Lesch et al., 2011; Walter et al., 2003; Walitzer, Dearing, 2006) par sieviešu agrīnu traumatizāciju savstarpējo

attiecību jomā primārajā ģimenē, par destruktīvu attiecību izvēli turpmākajā dzīvē, par grūtībām veidot un uzturēt siltas un ciešas attiecības ar tuvākajiem.

MP pacientēm sievietēm pieaug Interpersonālā faktora rādītāji, kamēr detoksikācijas pacientēm tie mazinās. Tas liek domāt, ka MP pacientēm pieaug spēja apzināties citu cilvēku jūtas, vajadzības, pieaug spēja konstruktīvāk sadarboties ar cilvēkiem.

MP pacientiem vīriešiem 3 mērījumos notikušas izmaiņas dinamikā Pašcieņas, Starppersonu attiecību, Problēmu risināšanas, Elastības un Stresa tolerances skalās; sievietēm – Savu emociju apzināšanās, Pašcieņas, Stresa tolerances, Optimisma skalās un Vispārējā garastāvokļa faktorā. Svarīgs moments, kas atklājās pētījuma gaitā, ir tas, ka MP abu dzimumu respondentiem būtiski pieaug Pašcieņas un Stresa tolerances skalu rādītāji. Tas liek domāt, ka pacientiem pēc ārstēšanās uzlabojas spēja uztvert, saprast un pieņemt sevi, novērtēt savus plusus un mīnus, spēja izturēt spriedzes pilnas situācijas, neizvairoties no tām, bet radot risinājumus. Citos pētījumos ir aprakstītas pacientu domāšanas un uzvedības izmaiņas un jaunu iemaņu apgūšana MP rezultātā (Dawson et al., 2005; Dawson et al., 2007), cik svarīga ir pacientu izglītošana un apmācīšana (Pedrero-Perez et al., 2011). Savukārt, spējas uzlabošanās tikt galā ar savām nepatīkamām emocijām, spējas kontrolēt savu uzvedību, tai skaitā neizlādēt impulsus tūlītējā darbībā, iemācīties sajūst tieksmi pēc PAV, apzināties to un tikt ar to galā, tas viss var uzlabot pacientu pašpārliecinātību.

MP respondenti uzrāda arī nozīmīgu rādītāju paaugstināšanos Savu emociju apzināšanās skalā. Īpaši tas ir svarīgi sieviešu grupai, kurai ir raksturīga savu emociju (īpaši dusmu, neapmierinātības, baiļu) apspiešana un pakļaušanās. Uzlabojumu var skaidrot ar intensīvu darbu MP, lai pacienti spētu saprast, apzināties un verbalizēt savas jūtas un emocijas. Tas saskan ar koncepta autora aprakstīto, ka pēc speciāliem treniņiem pieaug empātija un emociju apzināšanās (Bar-On, 2006). Ņemot vērā pētījumos (Berking et al.,

2011) norādīto, ka svarīgs PAV pacientu ārstēšanas uzdevums ir uzlabot vispārējās emocionālās regulēšanas prasmes, īpaši, spēju paciest negatīvās emocijas, var secināt, ka promocijas darba ietvaros veiktā pētījuma rezultāti liecina, ka šis uzdevums tiek īstenots. Autori (Brown et al., 2009) savā pētījumā ir konstatējuši, ka uzlabojumu sniedz vispārēji attiecību veidošanas un emocionālās pielāgošanās attīstības vingrinājumi. Pētījumā aptaujātie MP respondenti mēneša ārstēšanās kursa laikā šādu pieeju ir saņēmuši. Tas rosina domāt par nepieciešamību paplašināt pacientu izglītošanas un psihosociālo treniņu iespējas, kā arī nepieciešamību veikt atkārtotus mērījumus garākā laika posmā, lai varētu novērtēt izmaiņu noturīgumu.

Sieviešu grupā pieaugošos vidējos rādītājus Optimisma skalā un Vispārējā garastāvokļa faktorā var skaidrot ar pieaugošu cerību un spēju saskatīt dzīvē labo. Atkarīgām sievietēm ir pazemināta apmierinātība ar dzīvi un pašām ar sevi (Walter et al., 2003; Nolen-Hoeksema, 2004; Lesch et al., 2011). Šo depresīvo iezīmju veidošanās varētu būt notikusi gan iekšēju, gan ārēju faktoru ietekmē. Iekšējie faktori būtu meklējami gan traucētajā starppersonisko attiecību veidošanas jomā, gan arī pazeminātajā pašcieņas un pašaktualizācijas spēju jomā. Traucētās starppersoniskās attiecības var veicināt vientulības izjūtas veidošanos, emocionālā atbalsta izjūtas trūkumu. Savukārt, pazeminātās pašcieņas un šaurās pašaktualizācijas spējas rada iekšēja tukšuma un bezjēdzīguma izjūtu, bez adekvātām pašapliecināšanās iespējām, kas rada neapmierinātību ar sevi un dzīvi kopumā. Nespēja apzināties un izprast savas jūtas samazina iespēju adekvāti plānot savu rīcību sociālās situācijas kontekstā. Tas saskan ar citiem pētījumiem (Walter et al., 2003; Hernandez-Avila et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 2004).

3.4. Narkoloģisko pacientu sociālais intelekts

Analizējot SI atšķirības narkoloģiskiem pacientiem un kontrolgrupai, ir konstatēts, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības, pie tam pacientu grupai (vīriešiem un sievietēm) ir zemāki rādītāji kopīgajā SI un Sociālās apzināšanās skalā, salīdzinot ar kontrolgrupu. Tas nozīmē, ka PAV atkarību pacientiem ir traucēta spēja saprast, uztvert savu un citu personu iekšējo stāvokli, motīvus un uzvedību, un vadīt to, pamatojoties uz šo informāciju. Tas saskan ar citu pētījumu atradnēm (Ham, Garcia, 2010), ka PAV atkarību pacientiem ir zemāki SI rādītāji nekā kontrolgrupai. Sociālo apzināšanos raksturo spēja atpazīt grupu kultūras un vērtību aspektus un to, kā šie aspekti ietekmē cilvēka rīcību un uzvedību, izprast citu cilvēku vajadzības pirms tās tiek definētas (Silvera et al., 2001; Gini, 2006). SI aptaujas rezultāti rāda, ka šī faktora rādītāji PAV atkarīgiem ir pazemināti, kas atbilst citiem pētījumiem. Tomēr diskutabls ir fakts, ka EI Empātijas skalā atkarību pacientiem rādītāji ir līdzīgi kontrolgrupas rādītājiem, bet Sociālā intelekta aptaujas Sociālās apzināšanās skalas rādītāji ir pazemināti, lai gan šis faktors ietver arī empātijas spējas. Tas liek secināt par PVA pacientu pretrunīgu sevis vērtējumu, par grūtībām novērtēt sevi kopumā, par sašaurinātu un neobjektīvu skatījumu uz savu attieksmi pret citiem.

Pētījumā konstatēts, ka pastāv SI rādītāju atšķirības alkohola un narkotiku atkarīgiem pacientiem, pie tam Sociālo prasmju skalā un kopīgajā SI statistiski nozīmīgi augstāki rādītāji ir narkotiku atkarīgajiem, salīdzinot ar alkohola atkarīgajiem. Tas liecina, ka narkotiku atkarīgajiem būtu jābūt cilvēkiem ar augstu atbildības līmeni, spēju sevi kontrolēt, sadarbības prasmēm un spēju iekļauties grupā (Silvera et al., 2001; Gini, 2006). Salīdzinot pacientu grupu ar kontrolgrupu, neparādās atšķirības Sociālo prasmju skalā. Tātad narkotiku atkarīgie sevi vērtē kā atbildīgus, sadarboties spējīgus, neatlaidīgus cilvēkus. Tas ir pretrunā ar pētījumu rezultātiem par šo jomu attīstību PAV atkarīgajiem, īpaši – narkotiku atkarīgajiem, kuriem ir raksturīgas pretlikumīgas darbības, vardarbība, nespēja risināt ikdienas grūtības (Stein et

al., 2008; Kelley et al., 2010; Bennett et al., 2008). Tomēr iegūto augsto rezultātu narkotiku atkarīgajiem būtu iespējams izskaidrot ar to, ka, lai gan viņiem ir grūtības ievērot sabiedrības normas un pielietot tās ikdienas dzīvē, tomēr viņi var izjust spēcīgu piederību savai sociālai grupai. Narkotiku atkarīgo subkulturai raksturīgas noteiktas iekšējās grupas normas, likumi, tradīcijas. Narkotiku atkarīgajiem raksturīgā negatīvā identitāte ietver spēcīgu pieķeršanos un piederības izjūtu tām sociālās uzvedības normām, kas sabiedrībā netiek atzītas par sociāli vēlamām.

Augsts sociālais intelekts ir saistīts ar interesi par sociālajiem jautājumiem, nepieciešamību sadarboties ar citiem un attīstītām organizatora prasmēm. Šādi cilvēki spēj atrast atbilstošu komunikācijas veidu ar dažādiem sarunu biedriem dažādās situācijās, viņiem ir liels lomu repertuārs un lomu plastiskums (Silvera et al., 2001; Gini, 2006). To var attiecināt arī uz narkotiku atkarīgajiem, tomēr ļoti šaurā nozīmē, novērtējot viņu manipulācijas spējas, lai iegūtu narkotiskās vielas, lai veiktu pretlikumīgas darbības, lai gadiem pārlicinātu tuviniekus, ka situācija neatkārtosies un nokārtosies. Tomēr kopumā rezultāti atklāj PAV atkarīgo grūtības izvērtēt sevi, tāpēc turpmāk paralēli pašnovērtējuma aptaujām nepieciešams iekļaut arī objektīvākas izpētes metodes, piemēram, konkrētu smadzeņu rajonu objektīvus izmeklējumus. Iegūtie rezultāti virza domāt par nepieciešamību darbā ar atkarīgiem gan stacionārā, gan ambulatori vērst pastiprinātu uzmanību uz kritiska sevis vērtējuma attīstīšanu, uz savu reakciju salīdzināšanu ar sabiedrībā pastāvošām normām, uz situācijas izvērtēšanu un sabiedrībai derīgu sociālo prasmju attīstīšanu.

Analizējot Sociālā intelekta rādītāju izmaiņas 6 mēnešus pēc ārstēšanās detoksikācijas un MP nodaļās, pētījuma rezultāti uzrāda, ka laikā starp 1.mērījumu un 3.mērījumu detoksikācijas respondentiem SI rādītāji pieaug nenozīmīgi vai pat mazinās, tai pat laikā MP pacientiem rādītāji pieaug visās skalās un kopīgajā SI. Pie tam vīriešiem kopīgajā SI parādās statistiski

nozīmīga laika un grupas faktoru mijiedarbība, kā arī izmaiņas laikā. Iegūtie rezultāti ļauj secināt, ka Minesotas programmas ietekmē notiek SI rādītāju paaugstināšanās. Tas saskan ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem (Dawson et al., 2005; Dawson et al., 2007), kas norāda, ka psihoterapeitiskas intervences ir vērstas uz domāšanas un uzvedības izmaiņām, kā arī jaunu iemaņu apgūšanu.

Analizējot rezultātus par SI izmaiņām MP pacientiem pirms, pēc ārstēšanās un 6 mēnešus vēlāk, konstatēts, ka, neskatoties uz SI vidējo rādītāju pieaugumu vīriešu un sieviešu grupas respondentiem visās skalās, tomēr statistiski nozīmīgas izmaiņas parādās tikai vīriešu grupai kopīgā SI rādītājā. Tas nozīmē, ka vīriešu spējām saprast sevi un citus cilvēkus, prognozēt viņu uzvedību, ir tendence uzlaboties. Iespējams, tas ir balstīts uz izziņas procesiem, emocionālo un sociālo pieredzi, ko pacienti iegūst MP, jo citu pētījumu dati to apstiprina. Tomēr rezultāti prasa papildus izpēti, lai noskaidrotu, kāpēc parādās dzimumatšķirības rezultātu izmaiņās.

Abos konstruktos (gan EI, gan SI) izteiktāki rādītāju pieaugumi ir vīriešu grupas pacientiem. Tas norāda, ka vīriešu emocionālais un sociālais intelekts mainās izteiktāk nekā narkoloģisko pacientu sieviešu grupai. Tas sasaucas ar citu pētnieku atradnēm par alkohola un narkotiku radītām smagākām psihiatriskām komplikācijām sievietēm (Hernandez-Avila et al., 2004), par PVA sieviešu tendenci uzrādīt eksternālas problēmas, nepietiekami vērstot uzmanību internālajām (Plant et al., 2009; Vaeth et al., 2009), par alkohola atkarīgo sieviešu biežāk diagnosticēto depresivitāti (Walter et al., 2003) un par ātrāku smadzeņu atrofiju PAV atkarīgām sievietēm (Hommer et al., 2001; Mann et al., 2005). Arī fakts, ka PVA sievietes biežāk izvēlas atkarīgus, agresīvus partnerus (Walitzer, Dearing, 2006), tātad emocionālā un sociālā plāksnē ar smagākiem personības funkcionēšanas traucējumiem, var norādīt uz pašu PVA sieviešu smagākiem personības traucējumiem.

4. SECINĀJUMI

1. Ārstu informētība par narkoloģiskām palīdzības metodēm, šo metožu ieteikšana pacientiem un praktizēšana atšķiras dažādu specialitāšu ārstiem, strādājošiem dažādos darba reģionos. Kopumā ārsti labāk ir informēti par detoksikācijas metodi, MP un suģestiju bez medikamenta ievadīšanas neatkarīgi no reģiona vai specialitātes, pie tam ārsti pacientiem biežāk iesaka šīs metodes. Dažādu specialitāšu un dažādu reģionu ārsti savā ikdienas darbā praktizē detoksikācijas metodi. Kā galveno trūkumu ārsti uzrāda nepietiekamu informētību par narkoloģisko palīdzību gan ārstiem, gan pacientiem.
2. Pacienti biežāk atzīmē, ka ir izmantojuši detoksikāciju un ar suģestiju saistītās narkoloģiskās palīdzības metodes. Divām trešdaļām no aptaujātajiem narkoloģiskajiem pacientiem ir bijusi nepieciešamība veikt detoksikāciju. Tālāku ārstēšanu, vērstu uz slimības biopsihosociālo būtību, izmanto neliela pacientu daļa.
3. Pastāv statistiski nozīmīgas EI un SI rādītāju atšķirības:
 - ✓ narkoloģisko pacientu EI un SI vidējie rādītāji ir zemāki nekā kontrolgrupai;
 - ✓ EI rādītāji alkohola atkarīgajiem ir augstāki nekā narkotiku atkarīgajiem, bet narkotiku atkarīgajiem ir augstāki SI rādītāji, salīdzinot ar alkohola atkarīgiem pacientiem;
 - ✓ pastāv statistiski nozīmīgas EI un SI izmaiņas dinamikā MP un detoksikācijas pacientiem;
 - ✓ statistiski nozīmīgas izmaiņas dinamikā notikušas MP vīriešu grupai 5 no 15 EI skalām un MP sieviešu grupai 4 no 15 EI skalām un 1 faktorā, kā arī kopīgajā SIVīriešiem.

Praktiskās rekomendācijas

1. Promocijas pētījuma ietvaros iegūtās atziņas dod ierosmi pārskatīt esošās narkoloģiskās palīdzības metodes un pilnveidot narkoloģiskās palīdzības vadlīnijas, balstoties uz pētījumos gūtiem pierādījumiem par efektīvām ārstēšanas metodēm.
2. Nepieciešams papildus izglītot ārstus par atkarības slimību, tās pazīmēm, iespējamām sekām, tādā veidā pievēršot speciālistu uzmanību nepieciešamībai stimulēt pacientus ārstēties, nepaļaujoties uz pasīvām, maģiskām metodēm. Speciālistiem, strādājot ar PAV atkarīgiem cilvēkiem, ir svarīgi iegūt zināšanas par saistību starp personības psihiskiem traucējumiem un somatiskām izpausmēm, lai agrīni identificētu riska faktorus un izvēlētos ārstēšanas metodes atbilstoši katra pacienta specifiskām vajadzībām.
3. Svarīgi izglītēt PVA pacientus par savu atkarību, tās izraisītiem traucējumiem, mazinot pacientu noliegumu, maģisko domāšanu, bet arvien vairāk iesaistot ilgstošā atveseļošanas procesā, lai uzlabotu psihosociālo funkcionēšanu un veiksmīgu adaptēšanos sabiedrībā bez PAV lietošanas.
4. Svarīgi paplašināt MP palīdzības iespējas, piešķirot atbilstošu finansējumu, kas varētu nodrošināt PVA pacientu psihosociālās funkcionēšanas uzlabojumus.
5. Svarīgi vērst lielu sabiedrības uzmanību ilgstošas atveseļošanās nepieciešamībai, mazinot sabiedrības noliegumu attiecībā uz PAV atkarībām.

IZMANTOTIE AVOTI

1. Anderson DJ, McGovern JP, DuPont RL. The origins of the Minnesota model of addiction treatment—a first person account. *J Addict Dis.* 1999; 18(1):107–114.
2. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO; 2012.
3. Bar-On R. *Emotional Quotient Inventory. Technical manual.* Toronto: Multi-Health Systems. 1997.
4. Bar-On R. Emotional and Social Intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In Bar-On R, Parker JDA (eds). *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace.* San-Francisco: Jossey-Bass; 2000.
5. Bar-On R. The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. *Psicothema.* 2006; 18: 13–25.
6. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggress Violent Beh.* 2008; 13: 107–118.
7. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghans K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *J Consult Clin Psych.* 2011; 79(3): 307–318.
8. Blair RJ. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious Cogn.* 2005; 14(4): 698–718.
9. Booth BM, Fortney SM, Fortney JC, Curran GM, Kirchner J E. Short term course of drinking in an untreated sample of at risk drinkers. *J Stud Alcohol.* 2001; 62(5): 580–588.
10. Bromley RDF, Nelson AL. Alcohol –related crime and disorder across urban space and time: evidence from a British city. *Geoforum.* 2002; 33: 239–254.
11. Brown E, Chiu E, Neill L, Tobin J, Reid J. Is low emotional intelligence a primary causal factor in drug and alcohol addiction? In Hicks R (ed). *Personality and Individual Differences: Current Directions.* Queensland: Australian Academic Press; 2009. // http://www.jreid.com.au/pubs/jr_alcohol.pdf (sk. 26.09.2012.)
12. Dawson DA, Goldstein RB, Grant BF. Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31(12): 2036–2045.
13. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction.* 2005; 100(3): 281–292.

14. De Wildt WAJM, Schippers GM, Van den Brink W, Potgieter AS, Deckers F, Bets D. Does psychosocial treatment enhance the efficacy of acamprosate in patients with alcohol problems? *Alcohol Alcoholism*. 2002; 37(4): 375–382.
15. El-Bassel N, Gillbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *Am J Pub Health*. 2005; 95(3): 465–470.
16. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2011.gada ziņojums*. Lisbon : EMCDDA; 2011. // <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index114434LV.html> (sk.6.05.2011.)
17. Gaitniece-Putāne A. Agresijas, emocionālā intelekta un stoicism saistība 20–25 un 30–35 gadus veciem vīriešiem un sievietēm. Promocijas darbs sociālā psiholoģijā. Rīga: LU; 2008.
18. Gini G. Brief report: Adaptation of the Italian Version of the Tromsø Social Intelligence Scale to the adolescent population. *J Adolescence*. 2006; 29(2): 307–312.
19. Ginter E, Simko V. Health of Europeans twenty years after the fall of Berlin wall. *Bratisl Med J*. 2010; 11(7): 398–403.
20. Ham LS, Garcia TA. Assessment of Social Skills in Substance Use Disorders. In Nangle DV, Hansen DJ, Erdley CA, Norton PJ (eds). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Social Skills*. New York: Springer Science+Business Media; 2010.
21. Hambley J, Arbour S, Sivagnanasundaram L. Comparing outcomes for alcohol and drug abuse clients: A 6-month follow-up of clients who completed a residential treatment programme. *J Subst Abuse*. 2010; 15(3): 184–200.
22. Heinz A, Wilwer M, Mann K. Therapy and supportive care of alcoholics: guidelines for practitioners. *Best Pract Res Cl GA*. 2003; 17(4): 695–708.
23. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depen*. 2004; 74(3): 265–272.
24. Hommer DW, Momenan R, Kaiser E, Rawlings RR. Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:198–204.
25. Huang DY, Evans E, Hara M, Weiss RE, Hser YI. Employment trajectories: Exploring gender differences and impacts of drug use. *J Vocat Behav*. 2011;79: 277–289.
26. Tekšlietu Ministrija (IeM). *Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017.gadam*. // <http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file57284.doc> (sk.10.07.2012.)

27. Kelley ML, Klostermann K, Doane AN, Mignone T, Lam WKK, Fals-Stewart W, Padilla MA. The case for examining and treating the combined effects of parental drug use and interparental violence on children in their homes. *Aggress Violent Beh.* 2010;15: 76–82.
28. Kelly JF, RL Stout, M Magill, JS Tonigan, ME Pagano. Mechanisms of behavior change in alcoholics anonymous: does Alcoholics Anonymous lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms? *Addiction.* 2010; 104 (4): 626–636.
29. Kernberg O, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In Clarcin J, Lenzenweger M (eds). *The major theories of personality disorder*, 2nd ed. New York: Guilford; 2005.
30. Khantzian EJ, Dodes L, Brehm NM. Psychodynamics. In Lowinson JH, Ruiz P, Willman RB, Langrod JG (eds). *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
31. Kun B, Demetrovics Z. Emotional Intelligence and Addictions: a systematic review. *Subst Use Misuse.* 2010; 45: 1131–1160.
32. Kuzņecova I., Šlosberga I. *Tromso sociālā intelekta aptaujas adaptācija Latvijā*. Nepublicēts maģistra darbs. Rīga; 2006.
33. Lee SS, Pang PTT. Integrated assessment of addiction epidemiology in Hong Kong. In Thomas YF, Richardson D, Cheung I (eds). *Geography and Drug Addiction*. Springer; 2008.
34. Lesch OM, Walter H, Wetschka Ch, Hesselbrock M, Hesselbrock V. Alcohol and Tobacco. *Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction*. SpringerWienNewYor; 2011.
35. Mann K, Ackermann K, Croissant B, Mundle G, Nakovics H, Diehl A. Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable? *Alcohol Clin Exp Res.* 2005; 29: 896–901.
36. Maurice P, Grynberg D, Noel X, Joassin F, Phillipot P, Hanak C, Verbanck P, Luminet O, de Timmary Ph, Campanella S. Dissociation between affective and cognitive empathy in alcoholism: a specific deficit for the emotional dimension. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011; 35(9): 1662–1668.
37. Miller WR, Hester RK. Treating alcohol problems: Toward an informed eclecticism. In Hester R, Miller W (eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, 3rd ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
38. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol.* 2009; 64: 527–537.
39. Moyer A, Finney JW. Randomized versus nonrandomized studies of alcohol treatment: participants, methodological features and posttreatment functioning. *J Stud Alcohol.* 2002; 63(5): 542–550.

40. Murgraff V, Abraham Ch, McDermott M. Reducing friday alcohol consumption among moderate, women drinkers: evaluation of a brief evidence-based intervention. *Alcohol Alcoholism*.2007; 42(1): 37–41.
41. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2010. Veselības aprūpes resursi*. Rīga; 2010a. // <http://vec.gov.lv/uploads/files/4ece4108631c1.pdf> (sk. 3.06.2012.)
42. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība un sekas Latvijā 2010.gadā*. Tematisks ziņojums. 19. izdevums. Rīga; 2011. // <http://www.vmnvd.gov.lv/uploads/files/4efb4ee84b928.pdf>(sk. 7.07.2012.)
43. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū, 2011. Analītisks pārskats*. Rīga; 2012. // <http://vec.gov.lv/uploads/files/4f7165d1500fb.pdf> (sk. 27.06.2012.)
44. Nacionālais veselības dienests (NVD). *Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze*. // <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/datu-bazes/arstnieciba-izmantojamo-medicinisko-tehnologiju-datu-baze>(sk. 2.04.2012.)
45. Nehra DK, Sharma V, Mushtaq H, Sharma NR, Sharma M, Nehra Sh. Emotional intelligence and self-esteem in cannabis abusers. *J Ind Acad Appl Psychol*. 2012;38 (2): 385–393.
46. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24: 981–1010.
47. Nolen-Hoeksema S, Hilt L. Possible Contributors to the Gender Differences in Alcohol Use and Problems. *J Gen Psychol*. 2006; 133(4): 357–374.
48. Pedrero-Perez EJ, Rojo-Mota G, Ruiz-Sanchez de Leon JM, Llanero-Luque M, Puerta-García C. Cognitive remediation in addictions treatment. *Rev Neurol*. 2011; 52(3):163–172.
49. Plant MA, Plant ML, Miller P, Gmel G, Kuntsche S. The Social Consequences of Binge Drinking: A Comparison of Young Adults in Six European Countries. *J Addict Dis*. 2009; 28(4): 294–308.
50. Prat G, Adan A, Sanchez-Turet M. Alcohol hangover: a critical review of explanatory factors. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2009; 24: 259–267.
51. Raikhel E. Post-soviet placebos: epistemology and authority in Russian treatments for alcoholism. *Cult Med Psychiatry*. 2010; 34(1):132–168.
52. Rapley T, May C, Kaner EF. Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Soc SciMed*. 2006; 63(9): 2418–2428.
53. Silvera DH, Martinussen M, Dahl T. The Tromsø Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. *Scand J Psychol*. 2001; 42: 313–319.

54. Slimību profilakses un kontroles centra (SPKC). *Veselības aprūpes statistika. Psihiskie un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ. Statistikas dati par 2011.gadu.* Rīga; 2012b. // <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> (sk.8.08.2012.)
55. Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC). *Veselības aprūpes cilvēkresursi. Statistikas dati par ārstniecības personu skaitu.* Rīga; 2012d. // <http://www.spkc.gov.lv/veselibas-aprupes-statistika/> (sk.12.08.2012.)
56. Stein JA, Dixon EL, Nyamathi AM. Effects of Psychosocial and Situational Variables on Substance Abuse Among Homeless Adults. *Psychol Addict Behav.* 2008; 22 (3): 410–416.
57. Tang Y, Wiste A, Mao P, Hou Y. Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctor toward drug abuse. *J Subst Abuse Treat.* 2005; 29(3): 215–220.
58. Tucker JA, Vuchinich RE, Rippens PD. A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *J Subst Abuse Treat.* 2004; 26: 237–242.
59. Vaillant G. Secrets and lies: comments on Dawson et al. (2005). *Addiction.* 2005; 100(3): 294–298.
60. Walitzer KS, Dearing RL. Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(2): 128–148.
61. Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K, Hertling I, Dvorak A, Lesch OM. Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment. *Arch Women Ment Health.* 2003; 6(4):253–258.

PUBLIKĀCIJAS UN ZIŅOJUMI PAR PĒTĪJUMA TĒMU

Publikācijas starptautiskos recenzējamos izdevumos

1. Sudraba V, Rancans E, Millere I. The Emotional Intelligence Features of Substance Use Disorders Patients: Pilot research Results. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*. 2012; 4(5): 485-501.
2. Sudraba V, Millere I, Rancans E. Substance use disorder patients' attitude towards treatment with psychotherapy and self-help groups. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*. 2012; 4(7): 1382-1391.
3. Sudraba V, Millere I, Rancans E. The Effectiveness of Self-Help Groups and Psychotherapy: Substance Use Disorders Patients Self-Assessment. *Medicina (Kaunas)*. 2012; 48(10): 544–551.
- 4.

Publikācijas RSU Zinātnisko rakstu krājumā

1. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskās palīdzības veidu un to efektivitātes vērtējums pacientu skatījumā. *RSU Zinātniskie raksti*. 2010.gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas. Rīga: RSU. 1.sējums: 43.-53.lpp.
2. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskā situācija Latvijā ārstu skatījumā. *RSU Zinātniskie raksti*. 2011.gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas. Rīga: RSU. 1.sējums: 175.–182.lpp.
3. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskā palīdzība valstī dažādu Latvijas reģionu ārstu vērtējumā. Raksts iesniegts *RSU 2012. gada Zinātnisko rakstu krājumam*.

Publikācijas starptautisko konferenču *Proceeding* krājumā

1. Sudraba V, Rancans E, Dave V. Awareness of doctors of health care and possible therapy methods for dependant patients in Latvia. *SHS Web of Conferences 2. Proceedings*. 3rd International interdisciplinary Scientific Conference *Society. Health. Welfare*. 1st Congress of Rehabilitation Doctors of Latvia. Rehabilitation Days, November 11–12 2010. Riga Stradiņš University, EDP Sciences. 2012; 00034, pp. 1–5. DOI: 10.1051/shsconf/20120200034.
2. Sudraba V, Martinsone K. Social intelligence indicators for addiction disorder patients. 7th Annual International Scientific Conference „*New Dimensions in the development of Society*” Proceedings. Dedicated to the anniversary of the Faculty of Social Sciences, October 6–7, 2011, Jelgava, Latvia. 2012; pp.201–214.

Tēžu publikācijas starptautiskos izdevumos un stenda referāti starptautiskās konferencēs

1. Sudraba V, Millere I, Rancans E. Social and emotional intelligence of alcohol and drug addicts patients. // *Alcoholism: Clinical& Experimental Research*. 2012; 36(s2): 102A, P 042. 16thWorld Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA). Sapporo, Japan, 9–12thSeptember 2012.
2. Sudraba V, Martinsons K, Millere I, Rancans E. Social intelligence for substance use disorders patients. *Psychology & Health*. 2012, 27(1): 334–335. 26th Conference of the European Health Psychology Society *Resilience and Health*. Prague, Czech Republic, 21st–25th August 2012.
3. Sudraba V, Rancans E, Dave V. View of doctors and patients about dependence treatment help in Latvia. // *Alcohol and Alcoholism*. Journal of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism. Abstracts ESBRA 2011. Oxford University Press. Vol. 46(1): i56. 13th Congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA). Vienna, Austria, 4–7th September 2011.
4. Sudraba V, Dave V. Attendance and effectiveness of self-help groups and psychotherapy in substance use disorders patients' assessment. // *Alcohol and Alcoholism*. Journal of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism. Abstracts ESBRA 2011. Oxford University Press. Vol. 46(1): i54–i55. 13th Congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA). Vienna, Austria, 4–7th September 2011.
5. Sudraba V, Millere I, Rancans E. Health care and therapy possibilities for addiction patient in Latvia. // P-01-012, p.43. WFSBP Congress 2011, 10th World Congress of Biological Psychiatry, Prague, Czech Republic, 29th May – 2nd June 2011.
6. Sudraba V, Rancans E, Dave V. Self evaluating of treatment ways and their effectivity for addicted patients. // *Alcoholism: Clinical& Experimental Research*. Current Topics and Innovations in Alcohol Research. 2010; 34(8): 165A, P304. ISBRAWorld Congress. Paris, France, September 13–16th September 2010.
7. Sudraba V, Rancans E, Millere I. Opinions about management of substance use disorders from the perspective of doctors in Latvia. // International Congress of the Royal College of Psychiatrists „*Psychiatry: medicine and the future*”. Liverpool, United Kingdom, 10–13th July 2012.
8. Sudraba V, RancansE, Dave V. Varieties of addiction treatment and its promoted improvements: Self-evaluation of patients with substance use disorders. // Annual Symposium 2012. York, United Kingdom, 8–9thNovember 2012.

Mutiski ziņojumi starptautiskās konferencēs

1. Sudraba V, Martinsone K. Changes of indicators of Social Intelligence for substance use disorder patients after treatment. // Society for the Study of Addiction. Annual Symposium 2012. York, United Kingdom, 8–9th November 2012.
2. Sudraba V, Martinsone K. Changes of indicators of Social Intelligence for substance use disorder patients: before Minnesota Program, after program treatment, and six months later. // 4th International Interdisciplinary Scientific Conference *Society. Health. Welfare*. Riga, 22–23th November 2012.
3. Sudraba V. The viewpoint of substance use disorder patients on the effectiveness of self-help groups and psychotherapy. // The 2nd International Postgraduate Conference „*Psychology and behavioural sciences: bringing theory into practice*”. Ciazan, Poland, 17–19th May, 2012.
4. Sudraba V, Rancans E, Millere I. The Emotional intelligence features of substance use disorders patients: pilot research results. 5th International Online Medical Conference (IOMC 2012), 3rd–4th March 2012.
5. Sudraba V, Millere I, Rancāns E, Dāve V. Latvijas ārstu viedoklis par narkoloģisko aprūpi un palīdzību ekonomiskās krīzes periodā. 46. – 47.lpp. // International Interdisciplinary Scientific Conference „*Crisis and its management capabilities*”. Riga, 4–5th March 2011.
6. Sudraba V, Dave V. Narcological help from the viewpoint of Latvian doctors and patients. // 1st International Health Science Conference. Kaunas, Lithuania, 26–28th May 2011.
7. Sudraba V, Martinsone K. Social intelligence indicators for addiction disorder patients. // 7th Annual International Scientific Conference „*New Dimensions in the development of Society*”. Jelgava, Latvia, 6–7th October 2011.
8. Sudraba V. The Emotional intelligence features of narcological profile patients: Pilot research project results. // 14th conference of “*Bridging Eastern and Western Psychiatry*”. Jurmala, Latvia, 10–13th June 2011.
9. Sudraba V, Rancans E, Dave V, Pelne-Berzina I. Awareness of doctors of health care and possible therapy methods for dependant patients in Latvia. // 3rd International Interdisciplinary Scientific Conference „*Society, Health, Welfare*”. Riga, 11–12th November 2010.
10. Sudraba V, Pelne-Berzina I. Models of narcological help and their effectivity: self-evaluation of patients. // Thesis and oral presentation in 13th conference of “*Bridging Eastern and Western Psychiatry*”. Kyiv, Ukraine, 10–13th June 2010.

Mutiski ziņojumi konferencēs Latvijā

1. Sudraba V, Millere I, Rancāns E. Dažādu Latvijas reģionu ārstu skatījums uz narkoloģisko situāciju valstī. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29. – 30. marts.
2. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģiskās ārstēšanas metodes dažādu specialitāšu ārstu skatījumā. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29. – 30. marts.
3. Sudraba V, Mārtinsons K. Sociālā intelekta rādītāji narkoloģiskiem pacientiem. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29. – 30. marts.
4. Gravins V, Sudraba V. Psihotiski traucējumi alkohola atkarības pacientiem, hospitalizētiem Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centra Narkoloģiskās palīdzības dienestā 2010. gadā. // 2012.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2012.gada 29. – 30. marts.
5. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Latvijas ārstu viedoklis par narkoloģisko palīdzību, tās trūkumiem un nepieciešamiem uzlabojumiem. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14. –15. aprīlis.
6. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Pašpalīdzības grupu un psihoterapijas apmeklētība un efektivitāte narkoloģisko pacientu pašvērtējumā. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14. –15. aprīlis.
7. Sudraba V, Rancāns E, Millere I., Pūce S. Narkoloģiskā palīdzība Latvijas ārstu un pacientu skatījumā. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14. –15. aprīlis.
8. Pūce S, Rancāns E, Sudraba V. Psiholoģiskās izglītošanas nozīme garīgi slimo pacientu ārstēšanā. // 2011.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2011.gada 14. –15. aprīlis.
9. Sudraba V, Rancāns E, Pūce S. Ārstu informētība par narkoloģisko palīdzību Latvijā: pilotpētījuma rezultāti. // 2010.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2010.gada 18.–19. marts.
10. Sudraba V, Rancāns E, Millere I. Narkoloģijas pacientu izmantoto palīdzības veidu un to efektivitātes pašnovērtējums: pilotpētījuma rezultāti. // 2010.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2010.gada 18.–19. marts.
11. Pūce S, Rancāns E, Sudraba V, Kozlovskā M. Psiholoģiskās izglītošanas pieredze garīgi slimo pacientu ārstēšanā. // 2010.gada RSU zinātniskā konference. Rīga, 2010.gada 18.–19. marts.

Stenda referāti konferencēs Latvijā

1. Sudraba V, Rancāns E, Pūce S. Minesotas programmas loma ķīmiski atkarīgo atvērēšanā. // 6. Latvijas ārstu kongress. Rīga, 2009.gada 19. – 21.jūnijs.

Publikācijascitosizdevumos

1. Судраба ВВ, РанцанЭА, МиллереИК. Посещаемость и эффективность психотерапии и групп самопомощи– взгляд наркологических пациентов.178–180 стр.Под ред. С.А. Осиповой, В.И. Курпатова. *Современные методы психотерапии: материалы ежегод. научно-практического симпозиума*. СПб. мед. акад. последипл. образ. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 2011. –220 стр.

PATEICĪBAS

Vēlos izteikt pateicību visiem cilvēkiem, kuri ar savu atbalstu, iedrošinājumu un vērtīgajiem padomiem veicināja manu profesionālo un personīgo izaugsmi šī promocijas darba izstrādes laikā.

Vislielāko cieņu un pateicību vēlos paust darba vadītājiem – asociētai profesorei Ingai Millerei un profesoram Elmāram Rancānam. Paldies par iedziļināšanos tēmas izstrādes procesā, pastāvīgo atbalstu, iedrošinājumu un ticību gan pētnieciskajai idejai, gan maniem spēkiem to realizēt.

Pateicība Fizikas katedras Iektoram Oskaram Rasnačam par konsultācijām datu apstrādes procesā, kas būtiski palīdzēja attīstīt strukturētu pētniecisko skatījumu uz ievāktajiem datiem.

Liels paldies asociētai profesorei Kristīnei Mārtinsonei par nenovērtējamu palīdzību metodoloģijas jautājumos, kā arī par saņemto atbalstu un iedrošinājumu.

Pateicība profesoram Jānim Vētram par darba recenzēšanu, vērtīgiem norādījumiem un ieteikumiem.

Paldies LU profesorei Malgožatai Raščevskai par iespēju izmantot Bar-Ona Emocionālā intelekta aptauju savā pētījumā.

Sirsnīgs paldies manām darba kolēģēm – dakterei Venitai Dāvei, psiholoģei Aijai Lukstraupi, psihologa asistentei Žannai Grundānei – par milzīgo, draudzīgo atbalstu un pacietību.

Liels paldies LU Psiholoģijas doktorantūras Klīniskās psiholoģijas apakšnozares doktorantei Jeļenai Koļesņikovai par atbalstu un padomiem, diskutējot par pētījuma projekta būtību, statistikas metodēm.

Pateicība Liepājas reģionālās slimnīcas narkoloģei Jeļenai Sorokinai un internistam Romānam Galuzo par nesavtīgo palīdzību datu vākšanas procesā.

Miļš paldies manam vīram Andrim par uzņēmīgu, pacietīgu un kvalitatīvu palīdzību datu ievadīšanas procesā, kā arī par sapratni, ticību maniem spēkiem, kas ļāva nezaudēt drosmi un apņēmību pētījuma izstrādes laikā.

Bez jums visiem paveiktais nebūtu iespējams. Paldies!