SUBJECTIVE EVALUATION OF ADMISSION AND FIRST DAYS OF HOSPITALIZATION AT A PSYCHIATRIC WARD FROM THE PERSPECTIVE OF PATIENTS

Piotr Błądziński¹, Marta Hat², Artur Daren¹, Dawid Kruk³, Anna Depukat², Łukasz Cichocki²,⁴ Krzysztof Wojtasik-Bakalarz⁵, Małgorzata Bryła⁵, Kamila Wronkowicz⁵, Małgorzata Dudek⁵, Małgorzata Prus-Piotrowicz⁵, Magdalena Łukawska², Martyna Kędziora-Wysocka², Aleksandra Woszczenko², Andrzej Cechnicki¹

¹Department of Community Psychiatry, Chair of Psychiatry, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland
²Center for Education, Research and Development, The J. Babiński’s Specialist Hospital, Krakow, Poland
³Schizophrenia Research Laboratory, Association for the Development of Community Psychiatry and Care, Krakow, Poland
⁴Department of Psychiatry, Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University, Krakow, Poland
⁵Adult Psychiatry Clinic, The University Hospital in Krakow, Poland

Abstract

Purpose: An assessment of the subjective experience of admission and first days of hospitalization at a psychiatric hospital and an analysis of its associations with socio-demographic and clinical factors.

Methods: Analyses comprised data on 297 subjects. Diagnoses comprised the whole spectrum of F0-F9 according to ICD-10, the most numerous being F2 (39%), F1 (17%), F3 (16%) and F0 (11%). 30% of the subjects were hospitalised for the first time and 18% were admitted without consent. They were asked to evaluate the situation of being admitted and the first days of their hospitalization 4 to 10 days after the admission. The FEA-P questionnaire was used, with seven dimensions: attitude towards staff, explanation of treatment plan, housing conditions, critical remarks to staff, perception of other patients, perception of ward rules and ward atmosphere.
Results: The total averaged rating on a five-point scale was 3.8. The admission and first days of hospitalization were rated better by older people, by persons with parental roles, patients with a co-morbid somatic illness and those admitted voluntarily. Women from female units were more critical than men. The investigated predictors explained from 11% to 20% of different aspects of the experience of admission and first days of hospitalization.

Conclusions: The majority of respondents assessed positively all aspects of admission and their first days of hospitalization. One of the most important predictors of higher ratings of the admission and first days of hospitalization was the older age of the subjects. Moreover, more critical evaluation was related to the type of ward (co-educational or single-sex) the subjects were staying in, with women from female units showing the most critical appraisals. The results obtained point to the significance of both demographic variables as well as the surroundings as regards the reception of the situation of admission into hospital.

Key words: psychiatric hospitalization, subjective experience, prognostic factors.

Słowa kluczowe: psychiatryczne, subiektywne przeżywanie, czynniki prognozy.

INTRODUCTION

Experiences related to psychiatric hospitalisation, especially a patient’s first one, influence the attitude towards further psychiatric care. In the literature, admission to a psychiatric hospital is analysed with regard to several important aspects. Research has dealt with the subjective experience of being a patient of a closed psychiatric ward [1, 2] and the voluntary/involuntary character of admission [3], as well as factors related to satisfaction during psychiatric hospitalization [10]. The subject of investigation was the question of the sense of coercion [3-6], and especially the sense of coercion in persons voluntarily admitted to a psychiatric hospital [3-5, 7]. Studies show that patients who experience psychiatric hospitalisation as coercive to the greatest extent are elderly people [5], those admitted involuntarily, women and people generally less well-functioning [6]. Nicholson et al. [7] showed that about 50% of patients admitted with consent feel coercion at admission, while patients admitted without consent feel it to a greater extent and only 20-30% of this group want to stay in the hospital. Beattie

WPROWADZENIE

Doświadczenia związane z hospitalizacją psychiatryczną, szczególnie z tą pierwszą, rzutują na postawę pacjenta wobec dalszej opieki psychiatrycznej. W literaturze sytuacja przyjęcia do szpitala psychiatrycznego jest analizowana w kilku istotnych aspektach. Analizowano subiektywne doświadczenie bycia pacjentem zamkniętego oddziału psychiatrycznego [1, 2] i dobrowolność hospitalizacji [3, 10], a także czynniki związane z satysfakcją w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej [10]. Przedmiotem badań było zagadnienie poczucia przymusu [3-6], a szczególnie kwestia poczucia przymusu u osób dobrowolnie przyjętych na oddział [3-5, 7]. Z badań wynika, że pacjenci, którzy najbardziej odczuwają hospitalizację psychiatryczną jako sytuację przymusu, to osoby starsze [5], przyjęte wbrew woli, kobiety oraz ogólnie osoby gorzej funkcjonujące [6]. Nicholson i wsp. [7] wykazali, że ok. 50% pacjentów przyjętych za zgodą odczuwa przymus przy przyjęciu, a pacjenci przyjęci bez zgody odczuwają go w większym stopniu i tylko 20-30% z tej grupy chce pozostać w szpitalu. Z kolei Beattie i wsp. [8] stwierdzili,
et al. [8] found that admission to hospital is often traumatic and may cause PTSD.

Martin Driessen et al. [9] attempted to operationalise the opinions of patients at the time of admission by means of the FEA-P, i.e. Questionnaire of Subjective Experience on Admission to a Psychiatric Ward (Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik). The questionnaire consists of opinions and impressions most frequently communicated by patients. The Krakow study is a replication of the above study set against a different cultural background.

**METHODS**

**Purpose and sample**

This was an exploratory study. The research objectives were to describe the subjective evaluation of admission and first days of hospitalization at a psychiatric ward and to analyse the association between these ratings and demographic, social and clinical factors.

Patients evaluated the situation of admission to a psychiatric ward and the first three days of hospitalization from 4 to 10 days after the admission. The Joseph Babinski’s Specialist Hospital in Krakow is a large psychiatric hospital, with catchment area of 2 million inhabitants and 743 beds, 270 of which are in general psychiatric wards. The study was conducted in two female, two male and two mixed units. The data were collected by the permanent staff of the ward or by resident physicians. Of 600 people admitted to the Joseph Babinski’s Specialist Hospital in Krakow in the period from November 2016 to March 2017, 525 were invited to participate in the study. The exclusion criteria were age below 18 years and the diagnosis of dementia and disorders of consciousness. Between the 4th and 10th day, after being informed about the purpose and course of the study, the patient gave their informed consent to participate, provided socio-demographic and clinical data and then anonymously evaluated the first three days of their stay in the ward, completing the FEA-P questionnaire. Conditions of anonymity and privacy were created for the patients to express a subjective opinion.

**Tools**

The study used the FEA-P questionnaire (translated into Polish and then verified by back translation) consisting of 33 questions grouped in seven dimensions rated by patients (Table 2). The content of the items of this tool was diligently verified by its German authors, therefore it presents key aspects of the studied phenomenon [9]. The translation of the subscale names focused on the best possible wording and clinical meaning of the subscales in the setting of Polish psychiatric care. An analysis of associations between the total averaged FEA-P rating and the setting of Polish psychiatric care. An analysis of associations between the total averaged FEA-P rating and first days of hospitalization at a psychiatric ward and possible wording and clinical meaning of the subscales in the setting of Polish psychiatric care. An analysis of associations between the total averaged FEA-P rating and PTSD. Martin Driessen and wsp. [9] podjęli próbę operacjonali- zacji opinii pacjentów w momencie hospitalizacji poprzez FEA-P, tj. Kwestionariusz subiektywnego przeżywania sytuacji przyjęcia do szpitala psychiatrycznego (niem. Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik). Kwestionariusz składa się z najczęściej komunikowanych przez pacjentów opinii i wrażeń. Badanie kra- kowskie ma charakter replikacyjny w innych warunkach kulturowych.

**METODY**

**Cel i badana grupa**

Niniejsze badanie miało charakter eksploracyjny. Jako cele badawcze przyjęto opis subiektywnej oceny przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji na oddziścia psychiatrycznym oraz analizę związku tych ocen z czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi. Pacjenci oceniali sytuację przyjęcia na oddział i pierwsze trzy dni hospi- talizacji w okresie od 4. do 10. dnia po przyjęciu. Szpi- tal im. J. Babińskiego w Krakowie jest dużym szpitaliem psychiatrycznym obejmującym leczeniem dwumiliono- wą populację mieszkańców, mającym 743 łóżka, z czego 270 na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Badanie prowadzono na dwóch oddziałach żeńskich, dwóch męskich i dwóch koedukacyjnych. Dane były zbierane przez personel stały oddziału lub przez lekarzy rezydentów. Spo- śród 600 osób kolejno przyjmowanych do tego szpitala w okresie od listopada 2016 r. do marca 2017 r. do bada- nia zaproszono 525 osób. Kryteria wykluczenia stanowił wiek poniżej 18 lat oraz diagnoza zaburzeń ośrodkowych i zaburzeń świadomości. Pomiędzy 4. a 10. dniem pacjent, po poinformowaniu przez personel o celu i przebiegu ba- dania, podpiszył świadomo zgodę na udział w badaniu, podawał dane społeczno-demograficzne i kliniczne, a na- stępnie anonimowo ocenił pierwsze trzy dni pobytu na oddziale, uzupełniając kwestionariusz FEA-P. Stworzo- no warunki dla zachowania anonimowości i komfortu w celu wyrażenia subiektywnej opinii.

**Narzędzia**

W badaniu wykorzystano wyżej wymieniony kwestio- nariusz FEA-P (tłumaczenie na język polski zweryfikowa- no metodą tłumaczenia zворотnego, ang. back translation) złożony z 33 pytań grupujących się wokół siedmiu oce- nianych zagadnień (tabl. 2). Skład poszczególnych itemów tego narzędzia był rzetelnie weryfikowany przez jego nie- mieckich autorów, dzięki czemu prezentuje aspekty klu- czowe dla badanego zjawiska [9]. W tłumaczeniu nazw poszczególnych skal kierowano się ogólnym najlepszym brzmieniem i znaczeniem klinicznym skali w polskich wa-
socio-demographic and clinical factors was carried out, as well as an analysis of associations between individual dimensions of FEA-P and these factors.

The survey of socio-demographic and clinical factors included 26 items. Apart from routine questions, the level of a patient’s own motivation on a 7-point scale was also examined, as well as the circumstances of admission, the fact of consent or lack thereof to admission, agreeing on hospitalisation with an outpatient-care psychiatrist or the fact that the patient’s outpatient-care psychiatrist was employed in the ward in which the study was conducted. The consent of the Bioethical Committee of the Jagiellonian University Collegium Medicum was obtained.

**Statistical analyses**

In the first step, the associations of selected demographic, social and clinical variables with the ratings of the FEA-P questionnaire were analysed. For this purpose, non-parametric Mann-Whitney and Kruskal-Wallis U tests, as well as Spearman’s regression coefficient were used. Due to the size of the study group and based on the central limit theorem, it was also decided to present the results of analyses with parametric equivalents of the above methods (Welch’s t-test, Welch’s ANOVA, Pearson’s regression coefficient). In the next step, a multiple regression analysis was performed using the bootstrap method in order to increase its accuracy. The analysis included results from seven surveyed areas using the FEA-P questionnaire and the total averaged rating as dependent variables. Based on the presented analyses, the following predictors were distinguished: age in years, sum of neuroleptics converted to mg of chlorpromazine and sum of antidepressants converted to mg of sertraline. In addition, dichotomous variables were also taken into account, i.e.: whether the current hospitalization was the first psychiatric hospitalization, whether the examined person had somatic illness, whether he or she had children and whether the admission took place with his or her consent, as well as the variable of associating the gender of the examined person with the type of unit in which he or she was staying (gender-homogenous vs mixed), where dichotomization was also applied – assuming the group of women from female units as the base level, three dichotomous variables were created: women from mixed units, men from male units and men from mixed units.

**RESULTS**

525 people were invited to participate in the study, of which 428 gave their consent and 97 did not. Of the people who did consent, 297 patients had complete data (Table 1A). The demographic and clinical data for this final study group are presented in Table 1B. 62.6% of people were on a course of study or on an internship, and 30.3% of people who did consent, 297 patients had complete data (Table 1A). The demographic and clinical data for this final study group are presented in Table 1B. 62.6% of people were on a course of study or on an internship, and 30.3% of people were on a course of study or on an internship, and 30.3% ranched opieki psychiatrycznej. Przeprowadzono analizę związków ogólnego wyniku FEA-P z czynnikami społeczno-demograficznymi i klinicznymi oraz analizę związku poszczególnych wymiarów FEA-P z tymi czynnikami.

Ankietę czynników społeczno-demograficznych i klinicznych zawierała 26 punktów. Poza rutynowymi pytaniami badano poziom motywacji własnej pacjenta na 7-stopniowej skali, okoliczności przyjęcia, fakt wyrażenia zgody lub jej braku na przyjęcie, uzgodnienie przyjęcia z lekarzem ambulatoryjnym czy fakt zatrudnienia na oddziale prowadzącym badanie lekarza ambulatoryjnego pacjenta. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM.

**WYNIKI**

Do badania zaproszono 525 osób, z czego 428 osób wyraziło zgodę na badanie, a 97 jej nie wyraziło. Sporoś osób, które wyraziły zgodę, pełne dane uzyskano dla 297 pacjentów (tab. 1A). Dane demograficzne i kliniczne dla tej ostatecznej grupy badanej przedstawiono w tabeli 1B. W trakcie studiów lub na stażu było 62,6%, a hospitaled...
Table 1. Socio-demographic characteristics, duration of hospitalization and pharmacotherapy for the study group (N = 297)

| Demographic and clinical data/Dane demograficzne i kliniczne | N = 297 | % |
|-------------------------------------------------------------|--------|---|
| **Education level/Edukacja – stopień**                      |        |   |
| Primary (mandatory)/Podstawowy (obowiązkowa)                | 21     | 7.1 |
| Lower secondary (mandatory)/Gimnazjalny (nowa obowiązkowa)  | 15     | 5.1 |
| Vocational/Zawodowy                                         | 84     | 28.3|
| Secondary/Sredni                                            | 102    | 34.3|
| Post-secondary vocational/Pomaturalny                       | 17     | 5.7 |
| Higher/Wyższy                                               | 58     | 19.5|
| **Marital status/Stan cywilni**                             |        |   |
| Married/W związku małżeńskim                                 | 78     | 26.3|
| Informal partnership/W związku nieformalnym                  | 10     | 3.4 |
| Separated/W separacji                                       | 3      | 1.0 |
| Divorced/Po rozwodzie                                      | 36     | 12.1|
| Widowed/Wdowieństwo                                        | 8      | 2.7 |
| Single/Brak związku                                         | 162    | 54.5|
| **Child/children/Dziecko/dzieci**                          |        |   |
| Has a child/children/Posiadanie dziecka/dzieci              | 125    | 43.1|
| **Employment/Zatrudnienie**                                 |        |   |
| Full-time/Zatrudnienie na etat                               | 111    | 37.4|
| Student/internship/Studia/staż                              | 13     | 4.4 |
| On benefits/Na rencie                                       | 94     | 31.6|
| Retired/Na emeryturze                                       | 8      | 2.7 |
| Unemployed/Brak zatrudnienia                                | 71     | 23.9|
| **Arrival at hospital/Przybycie do szpitala**               |        |   |
| Alone/Samodzielnie                                          | 87     | 29.3|
| With family/Z rodzina                                       | 95     | 32.0|
| In ambulance/W ambulansie                                   | 78     | 26.3|
| In ambulance with the police/W ambulansie i z policją       | 37     | 12.5|
| First hospitalization ever/Hospitalizowany pierwszy raz    | 90     | 30.3|
| First hospitalization in this ward/Pierwsza hospitalizacja na danym oddziale | 186 | 62.6 |
| Hospitalization planned with the psychiatrist in charge/Hospitalizacja planowana z psychiatrą | 218 (4 no data/4 – brak danych) | 74.4 |
| **Addiction/Uzależnienie**                                  |        |   |
| Somatic illness/Choroba somatyczna                          | 103    | 34.7|
| **Gender/Płeć**                                             |        |   |
| Women/Kobieta                                               | 136    | 45.8|
| Men/Mężczyzna                                               | 161    | 54.2|
| **Acceptance in the ward/Przyjęcie na oddziale**            |        |   |
| With consent/Za zgodą                                       | 239    | 80.5|
| Consent given later/Zgoda wyrażona później                  | 28     | 9.4 |
| Consent withdrawn later/Zgoda wycofana później              | 4      | 1.3 |
| No consent given/Brak zgody                                 | 26     | 8.8 |
Table 1. Cont.
Tabela 1. Cd.

Demographic and clinical data/Dane demograficzne i kliniczne

| Diagnostic group ICD-10/Grupa diagnostyczna wg ICD-10 | N = 297 | %  |
|--------------------------------------------------------|---------|-----|
| F0                                                     | 32      | 10.8|
| F1                                                     | 51      | 17.2|
| F2                                                     | 117     | 39.4|
| F3                                                     | 48      | 16.2|
| F4                                                     | 20      | 6.7 |
| F5                                                     | 1       | 0.3 |
| F6                                                     | 22      | 7.4 |
| F7                                                     | 4       | 1.3 |
| F8                                                     | 0       | 0.0 |
| F9                                                     | 2       | 0.7 |

Table 2. Ratings of subjective experience of admission to a psychiatric ward on FEA-P self-report scale in the group (n = 297) (P1 – first subscale, etc.)

Tabela 2. Wyniki subiektywnego przeżywania przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w skali samooceny FEA-P w całej grupie (n = 297) (P1 – podskala pierwsza itd.)

| FEA-P scores (scale 1-5)/Wyniki FEA-P (skala 1–5) | N = 297 |
|--------------------------------------------------|---------|
| FEA-P1 positive attitude toward nurses/FEA-P1 pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego | Mean/Średnia | Median/Medianą | SD/Odczynienie standardowe | Min. | Max. |
| FEA-P2 explanation of therapy plan/FEA-P2 wyjaśnienie planu terapii | 3.8 | 3.8 | 1.1 | 1.0 | 5.0 |
| FEA-P3 housing conditions/FEA-P3 warunki lokalowe | 3.8 | 4.0 | 1.0 | 1.0 | 5.0 |
| FEA-P4 critical comments about medical personnel/FEA-P4 krytyczne komentarze wobec personelu medycznego | 3.8 | 3.8 | 0.8 | 1.0 | 5.0 |
| FEA-P5 negative perception of co-patients/FEA-P5 negatywne postrzeganie współpacjentów | 3.6 | 3.7 | 1.0 | 1.0 | 5.0 |
| FEA-P6 perception of ward rules/FEA-P6 postrzeganie reguł na oddziale | 3.8 | 4.0 | 0.9 | 1.0 | 5.0 |
| FEA-P7 atmosphere in the ward/FEA-P7 atmosfera na oddziale | 3.4 | 3.3 | 1.2 | 1.0 | 5.0 |
| FEA-P total – average of 7 subscales/FEA-P całkowity – średnia z 7 podskali | 3.8 | 3.8 | 0.7 | 1.2 | 5.0 |
were being hospitalized for the first time. The group admitted without consent accounted for 18.2% of the sample (Table 1B). In the studied group \((n = 297)\), the mean of the subjective evaluations of hospital admission and first days in the hospital equalled 3.8 on a 1-5 scale (Table 2).

For a general evaluation of results, a three-level breakdown of the subjective experience of admission and first days of hospitalization was produced (Table 3). 66% of the respondents rated the situation as good. Only 4.4% of the respondents gave a poor rating. There were no significant differences in the groups of patients taking and not taking neuroleptics, except for the "trend" \((p = 0.086)\) in the assessment of the atmosphere, which was better in the former group (Table 4).

A significant association of subjective experience of admission and first days of hospitalization at a psychiatric ward with socio-demographic and clinical variables is presented in Tables 5A and 5B.

Apparently, age correlates with the FEA-P ratings – a better rating is associated with higher age on almost every subscale. On the other hand, the group of patients having children indicated on almost every scale and on average higher ratings than those without children. Again, the only exception was the evaluation of the perception of co-patients.

The most significant factors for well-being at admission, as measured with FEA-P, are: older age, experiencing a co-morbid illness and fulfilling parental roles.

The associations between gender, type of unit (mixed/gender-homogenous) and the subjective evaluation of admission to hospital were analysed separately (Table 6). Women from female units were the most critical, but women from mixed units were the least critical (FEA-P4, FEA-P7) or at the same level as men.

| FEA-P subscales and frequencies of low, medium and high ratings/ Podskale FEA-P i częstości ocen niskich średnich i wysokich | 1-2.5 | > 2.5-3.5 | > 3.5-5 |
|---------------------------------------------------------------|-------|-----------|---------|
| FEA-P1 positive attitude toward nurses/                       | 20    | 61        | 216     |
| FEA-P1 pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego      | 6.7%  | 20.6%     | 72.7%   |
| FEA-P2 explanation of therapy plan/                          | 45    | 73        | 179     |
| FEA-P2 wyjaśnienie planu terapii                             | 15.2% | 24.5%     | 60.3%   |
| FEA-P3 housing conditions/                                    | 36    | 79        | 182     |
| FEA-P3 warunki lokalowe                                       | 12.1% | 26.6%     | 61.3%   |
| FEA-P4 critical comments about medical personnel/             | 20    | 81        | 196     |
| FEA-P4 krytyczne komentarze wobec personelu medycznego        | 6.7%  | 27.3%     | 66.0%   |
| FEA-P5 negative perception of co-patients/                    | 39    | 98        | 160     |
| FEA-P5 negatywna postrzeganie współpacjentów                  | 13.1% | 33%       | 53.9%   |
| FEA-P6 perception of ward rules/                              | 25    | 78        | 194     |
| FEA-P6 postrzeganie reguł na oddziale                          | 8.4%  | 26.3      | 65.3%   |
| FEA-P7 atmosphere in the ward/                                | 72    | 79        | 146     |
| FEA-P7 atmosfera na oddziale                                  | 24.2% | 26.6%     | 49.2%   |
| FEA-P total – average of 7 subscales/                         | 13    | 88        | 196     |
| FEA-P całkowity – średnia z 7 podskal                         | 4.4%  | 29.6%     | 66.0%   |

(zowanych po raz pierwszy 30,3% osób. Grupa przyjęta bez zgody stanowiła łącznie 18,2% (tab. 1B). W zbadanej grupie \((n = 297)\) średnia subiektywnych ocen przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym wyniosła 3,8 na skali 1–5 (tab. 2).

Dla ogólnej oceny uzyskanych wyników przyjęto trzy stopniowy podział oceny sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji (tab. 3). Sytuację tę oceniło pozytywnie 66% osób. Ocenę negatywną wystawiano jedynie 4,4% badanych. Nie było istotnych różnic w grupach osób zazwyczajujących i niezażywających neuroleptyków, poza „trendem” \((p = 0.086)\) w ocenie atmosfery, która była lepsza w pierwszej z grup (tab. 4).

Istotny związek oceny przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym ze zmiennymi społeczno-demograficznymi i klinicznymi przedstawiono w tabelach 5A i 5B.

Najwyraźniej z wynikami skali FEA-P koreluje wiek – lepsza ocena wiąże się z wyższym wiekiem niemal na każdym z podskal. Z kolei grupa osób, które mają dzieci, niemal na każdej skali wskazywała średnio wyższe oceny niż bezdzietni. Ponownie jedynym wyjątkiem była ocena dotycząca postrzegania współpacjentów.

Największe znaczenie dla dobrego samopoczucia przy przyjęciu, mierzonego skalą FEA-P, mają: późniejszy wiek, doświadczanie chorób współistniejących i pełnienie funkcji rodzicielskich.

Odrębnej analizie poddano związek pomiędzy płcią i typem oddziału (koedukacyjny/niedoedukacyjny) a oceną przyjęcia do szpitala (tab. 6). Kobiety z oddziałów żeńskich są krytycznie najbardziej, ale z oddziałów koedukacyjnych są krytycznie najmniej (FEA-P4, FEA-P7) albo na takim poziomie jak mężczyźni.
Another dimension analysed was consent/lack of consent to admission to hospital and subjective experience of this situation (Table 7).

Oceniano związek między zgodą lub brakiem zgody na przyjęcie do szpitala a subiektywnym przeżywaniem tej sytuacji (tab. 7).
Admission and the first days of hospitalization were assessed better by patients admitted with consent, especially in the dimensions of an explained therapy plan, critical comments about medical personnel and overall evaluation.

The association between demographic and clinical factors and hospital admissions was analysed using the multiple regression method (Table 8). Apart from the “negative perception of co-patients” subscale (FEA-P5), all other regression models turned out to be highly significant (p < 0.001), and the predictors explain from 11% to 20% of the results’ variability. A higher age of respondents, with the exception of the “critical comments to medical personnel” subscale (FEA-P4), correlated with a better rating on all other subscales and with the total averaged rating. Age was positively associated with variables related to having children and co-morbidity of somatic illness, which may explain their irrelevance in the models described.

| Scale/Skała | Average differences in FEA-P ratings as measured by Mann-Whitney’s and Kruskal-Wallis’s U-tests (and Welch’s t-test and ANOVA) between: | Female vs. male vs. mixed units/Żeńskimi, męskimi i mieszanymi oddziałami (n = 96; n = 82; n = 119) |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| FEA-P1      | 4.2 vs. 4.0 p = 0.009 (p = 0.020)                                                                                                   | 3.9 vs. 4.2 vs. 4.3 p = 0.003 post-hoc: female vs. mixed/żeńskie vs mieszane: p = 0.008          |
|             | 4.3 vs. 4.0 p = 0.002 (p = 0.001)                                                                                                   | post-hoc: female vs. mixed/żeńskie vs mieszane: p = 0.008                                      |
| FEA-P2      | 4.0 vs. 3.6 p = 0.003 (p = 0.002)                                                                                                   | 3.6 vs. 4.1 p < 0.001 (p < 0.001)                                                            |
| FEA-P3      | p = 0.041 (ns)                                                                                                                        | 3.7 vs. 4.0 p = 0.010 (p = 0.009)                                                            |
| FEA-P4      | p = 0.022 (ns)                                                                                                                        | 3.7 vs. 4.0 p < 0.001 (p = 0.006)                                                            |
| FEA-P5      |                                                                                                                                     | 3.7 vs. 4.0 p = 0.002 (p = 0.005)                                                            |
| FEA-P6      |                                                                                                                                     | 3.2 vs. 3.6 p = 0.014 (p = 0.009)                                                            |
| FEA-P7      |                                                                                                                                     | 3.9 vs. 3.7 p = 0.033 (p = 0.021)                                                            |
| FEA-P total/FEA-P całkowity | 3.6 vs. 3.9 p < 0.001 (p < 0.001)                                                                                                   | 3.6 vs. 3.9 p < 0.001 (p < 0.001)                                                            |

Lepiej sytuację przyjęcia i pierwsze dni hospitalizacji oceniali pacjenci przyjęci za zgodą, szczególnie w wiarach wyjaśnionego planu terapii, uwag krytycznych do personelu i całkowitej oceny.

Dokonano analizy związku czynników demograficznych i klinicznych z oceną przyjęcia do szpitala z użyciem metody regresji wielorakiej (tab. 8). Poza podskalą „negatywne postrzeganie współpациentów” (FEA-P5) wszystkie pozostałe modele regresji okazały się wysoce istotne (p < 0.001), a predyktory wyjaśniają w analizowanych wynikach od 11% do 20% zmienności wyników. Wyższy wiek badanych, poza podskalą „krytyczne komentarze wobec personelu medycznego” (FEA-P4), korelował z lepszą oceną na wszystkich pozostałych podskalach i z uśrednionym wynikiem całkowitym. Wiek był pozytywnie związany ze zmieniennymi dotyczącymi posiadania dzieci i współwystępowania chorób somatycznych, co może tłumaczyć ich nieistotność w opisywanych modelach.
Gender in association with the type of unit (gender-homogenous vs mixed) in which the subjects were examined proved to be important in the case of the tal averaged FEA-P rating and the “positive attitude to wards nursing staff” subscale (FEA-P1). Men from male units and men from male and mixed units gave significantly higher ratings than women from female wards, which was the reference category for this dichotomised variable.

Płeć w powiązaniu z typem oddziału (jednopłciowy vs koedukacyjny), na jakim przebywały osoby badane, okazała się istotna w przypadku wyniku całkowitego FEA-P i podskali „pozytywny stosunek do personelu pielęgniańskiego” (FEA-P1). Mężczyźni z oddziałów męskich oraz mężczyźni z oddziałów mieszanych dawali istotnie wyższe oceny niż kobiety z oddziału kobiecego, który był kategorią odniesienia dla tej zdychotomizowanej zmiennjej.
Patients taking higher doses of antipsychotics gave lower ratings in the following subscales: “positive attitude towards nursing staff” (FEA-P1), “explanation of therapy plan” (FEA-P2), and “perception of rules in the ward” (FEA-P6). On the other hand, higher doses of antidepressants were associated with a lower rating on the “atmosphere in the ward” subscale (FEA-P7) and with a lower total averaged rating.

**DISCUSSION**

The study included 428 patients who consented to participate. Out of this number, full data were obtained from 297 (69%) patients. For comparison, in the Iversen et al. study [1], who investigated with a tool similar to FEA-P, although with two measurement points, 243 persons met the study criteria, of which 54% provided complete analysis.

Osoby zażywające większe dawki leków przeciwpsychotycznych dają niższe oceny w podskalach „pozytywny stosunek do personelu pielęgniarskiego” (FEA-P1), „wyjaśnienie planu terapii” (FEA-P2) i „postrzeganie przepisów na oddziale” (FEA-P6). Z kolei większe dawki leków przeciwdepresyjnych wiazały się z niższą oceną na podskalach „atmosfera na oddziale” (FEA-P7) i dla wyniku całkowitego.

**DYSKUSJA**

Badaniem objęto grupę 428 pacjentów, którzy wyrazili zgodę na uczestnictwo. Z tej liczby pełne dane uzyskano od 297 (69%) pacjentów. Dla porównania w badaniu Iversena i wsp. [1], którzy badali podobnym narzędziem do FEA-P, chociaż dwupunktowo, 243 osoby spełniły kryteria badania, z których 54% dostarczyło pełne informacje. Podobnie w badaniu Bird i wsp. [10], którzy sprawdzali satysfakcję...
plete information. Similarly, in a study by Bird et al. [10], who evaluated satisfaction with psychiatric hospitalization (a two-stage study), 53% of the patients consented to participate. Data collected by Iversen, Bird's and our team show that psychiatric patients relatively often refuse to express their opinions (due to reluctance, fears, delusions?), and a large proportion of them are not able to fill in the form correctly or fully (severe symptoms, cognitive dysfunctions, resistance or lack of cooperation?). The fact that there is a large group of psychiatric patients falling out of analyses requires further research. Problems with completeness of the surveys may indicate a need of assistance or use of pollsters in studies of such population where various difficulties inherent in the studied situation could contribute to the missing data.

Patients generally rated the situation of admission and first days of hospitalization quite well (mean of 3.8 on a scale from 1 to 5) and slightly lower than patients in the German study by Driessen et al. [9]. The attitude towards the nursing staff (4.1) was rated the highest and the atmosphere in the ward was rated the lowest (3.4). Of some relevance to patients' better experience of admission to hospital was lower intake of neuroleptics (patients with less severe symptoms?), lower level of education or the experience of previous hospitalizations.

Similarly, in the Ratner et al. [11] study, women were found to be significantly more dissatisfied than men with regard to care and the overall evaluation. In our study, we obtained similar results, as women from female units gave more critical ratings than men in relation to nursing staff and the overall evaluation. Interestingly, women in mixed (female and male) units gave higher ratings, similar to those of men. It was also shown that men give higher ratings of nursing staff than women. Thus, co-education may be a factor mitigating the initial annoyance experienced in connection with hospitalization.

The main result of our study shows that older people were more satisfied with the conditions of hospitalization, which was correlated with having children and diagnosed somatic illness – contrary to the Gebhardt et al. study [12]. In their study, the patient's satisfaction depended on severity of symptoms and general functioning at discharge, problems during pharmacological treatment and diagnosis. This last result also was not confirmed in our study. In the study by Bird et al. [10], similarly to ours, a relationship of higher satisfaction with age was found. Other correlates included employment, having cohabitants at home, having friends, milder course of illness and first hospitalization, which were different from our study. In our study, only the equivalent dose of neuroleptics and/or antidepressants applied was significant in some dimensions, which may indicate the significance of weaker side effects and/or lower severity of symptoms. In turn, in the Kohler

z hospitalizacji psychiatrycznej (badanie dwuetapowe), 53% pacjentów wyraziło zgodę na udział w badaniu. Dane zespołów Iversena, Bird’a i naszego pokazują, że pacjenci psychiatryczni stosunkowo często odmawiają wyrażania opinii (z powodu niechęci, obaw, z przyczyn urojeniowych?), a duża część nie jest w stanie poprawnie lub w pełni wypełnić formularza (nasilone objawy, dysfunkcje poznańcze, opór czy brak współpracy?). Fakt istnienia dużej grupy pacjentów psychiatrycznych wypadających z analiz wymaga dalszych badań. Problemy z kompletnością ankiet mogą wskazywać na potrzebę towarzyszenia lub wykorzystania ankieterów w badaniach na takiej populacji, gdzie różne trudności związane z badaną sytuacją mogły przyczynić się do pojawienia się braków danych.

Pacjenci ogólne dość dobrze oceniali sytuację przyjęcia i pierwsze dni hospitalizacji (średnia 3.8 na skali od 1 do 5), ale nieco niższe niż pacjenci w badaniu niemieckim Driessen i wsp. [9]. Najwyższej oceniany był stosunek do personelu pielęgniarskiego (4.1), a najniższej atmosfera panująca na oddziale (3.4). Pewne znaczenie w lepszej ocenie przyjęcia miało fakt stosowania u pacjenta niższych dawek neuroleptyków (pacjenci o mniej nasilonych objawach?), niższy stopień wykształcenia czy doświadczenie wczesniejszych hospitalizacji.

Podobnie w badaniu Ratnera i wsp. [11] kobiety okażały się istotnie bardziej niezadowolone od mężczyzn odnośnie do opieki i w ocenie ogólnej. W naszym badaniu uzyskaliśmy podobne wyniki, gdyż kobiety z oddziałów kobiecych wskazywały oceny bardziej krytyczne niż mężczyźni w odniesieniu do personelu pielęgniarskiego oraz w ocenie ogólnej. Co ciekawe, kobiety na oddziałach mieszanych (damsko-męskich) dawały oceny wyższe, zbliżone do ocen mężczyzn. Wykazano też, że mężczyźni lepiej oceniają personel pielęgniarski niż kobiety. Koedukacja może być zatem czynnikiem łączącym początkowe przykrości przeżywane w związku z hospitalizacją.

Główny wynik naszego badania pokazuje, że osoby starsze były bardziej zadowolone z warunków hospitalizacji, co było skorelowane z posiadaniami dzieci i ze zdiagnozowaną chorobą somatyczną – w przeciwieństwie do badania Gebhardta i wsp. [12], w którym satysfakcja pacjentów zależała od nasilenia objawów i funkcjonowania ogólnego przy wypisie, problemów w trakcie leczenia farmakologicznego i diagnozy. Tego ostatniego wyniku nasze badanie również nie potwierdziło. W badaniu Bird i wsp. [10], podobnie jak w naszym, wykazano związek wyższego poziomu satysfakcji z leczenia z wiekiem. Innymi korelatami wyższej satysfakcji z leczenia były praca, mieszkanie z innymi osobami, posiadanie przyjaciół, łagodniejszy przebieg choroby i pierwsza hospitalizacja, czego nie potwierdzono w naszym badaniu. W naszym badaniu jedynie ewidentniej zastosowana dawki neuroleptyków i/lub leków przeciwdpressyjnych był istotny w niektórych wymiarach, co może wskazywać na istotność słabszych objawów nie-
study [13], the overall satisfaction with treatment in a psychiatric ward was high. There was no difference between patients with different diagnoses. However, it was observed that severity of symptoms and co-morbidity in depressive disorders, and the amount of medication taken in patients with depressive disorders and schizophrenia were associated with lower satisfaction with treatment, which is partly confirmed – in the respect of medication doses – by our study. On the other hand, in our study there was no correlation between the experience of hospital admission and first days of hospitalization, and the diagnosis, duration of hospitalization or the person conducting the interview (permanent staff vs resident).

Using a multiple bootstrapped regression method, among various aspects of the admission and first days of hospitalization, the age of respondents turned out to be a predictor, which, apart from FEA-P4, was significantly correlated with a better rating on these scales. This variable probably explains the same variability in the evaluation of admission aspects as the variables related to having children and having somatic illnesses do; therefore, these two variables were not relevant in any of the regression models. It can be noted that gender in relation to the type of unit in which the subjects were examined proved to be important in the case of the overall satisfaction rating and the rating of nursing personnel (FEA-P total and FEA-P1), where men from male units and men from male and mixed units gave significantly higher ratings than women from female units. This association shows the importance of the surroundings as regards the experience of the admission and first days of hospitalization and requires further study. The importance of antipsychotics and antidepressants should also be mentioned. The higher the dose, the lower the score in several of the subscales.

Patients admitted without consent were surprisingly positive about hospital admission and first days of hospitalization. 18.2% experienced a critical and confrontational situation at the time of admission to hospital, while only 4.4% rated the satisfaction with the stay very low. Perhaps different FEA-P subscales are of different relevance to the evaluation of the first days of stay, e.g. the atmosphere or explanation of treatment plan is something different from housing conditions – the average rating may be misleading.

The utilitarian aim of the study is to give a message to the patient at the beginning of treatment that he or she may shape the conditions of treatment, which in turn may significantly reduce the sense of coercion. Interventions that may reduce the level of coercion felt by patients may increase their satisfaction with treatment [2].

CONCLUSIONS

The majority of respondents assessed positively all aspects of admission and their first days of hospitaliza-

pożądanych i/lub mniejszego nasilenia objawów. Z kolei w badaniu Kohlera [13] ogólna satysfakcja z leczenia na oddziale psychiatrycznym była duża. Nie obserwowano różnicy między pacjentami z różnymi rozpoznaniami. Zauważyliśmy natomiast, że nasilenie objawów i współchorobowość w zaburzeniach depresyjnych oraz ilość przyjmowanych leków u chorych z zaburzeniami depresyjnymi oraz schizofrenią były związane z niższą satysfakcją z leczenia, co nasze badanie, odnośnie do dawek leków, częściowo potwierdza. W naszym badaniu natomiast nie wykazano związku pomiędzy przeżywaniem sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji a diagnozą, czasem hospitalizacji czy osobą prowadzącą wywiad (personel stały vs. rezydent).

Przy zastosowaniu metody regresji wielorakiej z wykorzystaniem metody bootstrap wśród ocenianych aspektów sytuacji przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji wiek badanych okazał się predyktorem, który, poza FEA-P4, korelował istotnie z lepszą oceną na tych skalach. Ta zmieniła tłumaczyć prawdopodobnie tę samą zmienność w ocenie aspektów przyjęcia co zmienne dotyczące posiadania dzieci i chorób somatycznych, co spowodowało, że te dwie zmienne nie okazały się istotne w żadnym z modeli regresji. Można zauważyć, że płęć w powiązaniu z typem oddziału, na jakim przebywały osoby badane, okazała się istotna w przypadku ogólnej oceny satysfakcji i stosunku do personelu pielęgniarskiego (FEA-P całkowity i FEA-P1), gdzie mężczyźni z oddziałów męskich oraz mężczyźni z oddziałów męskich i mieszańczych dawali istotnie wyższe oceny niż kobiety z oddziału kobiecego. Zależność ta wskazuje na znaczenie otoczenia w doświadczeniu przyjęcia i pierwszych dni hospitalizacji i wymaga dalszych badań. Należy też wspomnieć o znaczeniu leków przeciwpsychotycznych i przeciwdepresyjnych – im wyższa dawka, tym niższa ocena w kilku podskalach.

Pacjenci przyjęci bez zgody zaskakującą dobrze oceniali przyjęcie do szpitala i pierwsze dni hospitalizacji. Krytyczną i konfrontacyjną sytuację w chwili przyjęcia do szpitala przeżywało 18,2%, a tylko 4,4% oceniło satysfakcję z pobytu bardzo nisko. Być może różne podskale FEA-P mają różne znaczenie dla oceny pierwszych dni pobytu, np. czym innym jest atmosfera lub wyjaśnianie leczenia, a czym innym warunki mieszkaniowe – ocena średnia może być myląca.

Utylitarnym celem badania jest komunikat wysyłany do pacjenta na początku leczenia, że może kształtować warunki leczenia, co może z kolei istotnie zmniejszać poczucie przymusu. Interwencje, które mogą obniżyć poziom odczuwanego przymusu, mogą zwiększyć satysfakcję z leczenia [2].

WNIOSKI

Większość badanych ocenia pozytywnie wszystkie badane aspekty dotyczące przyjęcia i pierwszych dni
tion. One of the most important predictors of higher ratings of the admission and first days of hospitalization was the older age of the subjects. Moreover, more critical evaluation was related to the type of ward (mixed or gender-homogenous) the subjects were staying in, with women from female units giving most critical appraisals. The obtained results point to the significance of both demographic variables as well as the surroundings as regards the reception of the situation of admission and first days of hospitalization.

**IMPLICATIONS AND LIMITATIONS OF THE STUDY**

This study adds to our knowledge about the relationships of demographic and clinical factors with subjective evaluations of various aspects of admission and first days at a mental hospital. A significant limitation of the study is the relatively high loss of potential participants due to lack of consent or missing data in relation to the study design, although it is comparable to other similar studies. It should be noted that, despite anonymity, the conduct of the study by the hospital’s personnel might have influenced either a consent to participate or the questionnaire results due to concerns about potential consequences. Another issue is the fact that patients were evaluated within a single institution. In future studies, more attention could be given to the specificity of various diagnostic groups, as well as other important variables that could be included, e.g. severity of symptoms.

**IMPLIKACJE I OGRANICZENIA BADANIA**

Badanie to poszerza naszą wiedzę na temat związków czynników demograficzno-klinicznych z subiektywnymi ocenami różnych aspektów doświadczenia przyjęcia i pierwszych dni w szpitalu psychiatrycznym. Istotnym ograniczeniem badania jest stosunkowo duży ubytek potencjalnych badanych w wyniku braku zgody i braków danych w stosunku do planu badawczego, choć porównywalny z podobnymi badaniami. Należy zwrócić uwagę na to, że, mimo anonimowości, przeprowadzenie badania przez personel szpitala mogło wpłynąć na brak zgody na udział w badaniu lub wyniki kwestionariuszy z obawy przed potencjalnymi konsekwencjami. Kolejną sprawą jest fakt, że pacjenci byli badani tylko w obrębie jednej instytucji. W przyszłych badaniach tego typu można by-loby zwrócić większą uwagę na specyfikę różnych grup diagnostycznych, jak również uwzględnić kolejne istotne zmienne, np. ocenę nasilenia objawów.

**Conflict of interest/Konflikt interesu**

Absent./Nie występuje.

**Financial support/Finansowanie**

Absent./Nie występuje.

**References/Piśmiennictwo**

1. Iversen KI, Høyer G, Sexton HC. Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. Int J Law Psychiatry 2007; 30: 504-511.
2. Katsakou C, Bowers L, Amos T, Morriss R, Rose D, Wykes T, et al. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. Psychiatr Serv 2010; 61: 286-292.
3. O’Donoghue B, Roche E, Shannon S, Lyne J, Madigan K, Feeney L. Perceived coercion in voluntary hospital admission. Psychiatr Res 2014; 215: 120-126.
4. Katsakou C, Marougka S, Garabette J, Rost F, Yeeles K, Prieto S. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. Psychiatr Res 2011; 187: 275-282.
5. Bindman J, Reid Y, Szumukler G, Tiller I, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up – a cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005; 40: 160-166.
6. Fiorillo A, Giacco D, De Rosa C, Kallert T, Katsakou C, Oncheg V, et al. Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. Acta Psychiatr Scand 2012; 125: 460-467.
7. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. Int J Law Psychiatry 1996; 19: 201-217.
8. Beattie N, Shannon C, Kavanagh M, Mulholland C. Predictors of PTSD symptoms in response to psychosis and psychiatric admission. J Nerv Ment Dis 2009; 197: 56-60.
9. Driessen M, Wertz J, Steinert T, Borbé R, Vieten B, Diefenbacher A, et al. Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Der Nervenarzt 2013; 84: 45-54.
10. Bird VJ, Miglietta E, Giacco D, Bauer M, Greenberg L, Lorant V, et al. Factors associated with satisfaction of inpatient psychiatric care: a cross country comparison. Psychol Med 2020; 50: 284-292.
11. Ratner Y, Zendjidjian XY, Mendyk N, Timinsky I, Ritsner MS. Patients’ satisfaction with hospital health care: Identifying indicators for people with severe mental disorder. Psychiatr Res 2018; 270b: 503-509.
12. Gebhardt S, Wolak AM, Huber MT. Patient satisfaction and clinical parameters in psychiatric inpatients – the prevailing role of symptom severity and pharmacologic disturbances. Compr Psychiatry 2013; 54: 53-60.
13. Köhler S, Unger T, Hoffmann S, Steinacher B, Fydrich T. Patient satisfaction with inpatient psychiatric treatment and its relation to treatment outcome in unipolar depression and schizophrenia. Int J Psychiatry Clin Pract 2015; 19: 119-123.