



Vineta Viktorija Vinogradova

**Depresijas un ģeneralizētas trauksmes  
traucējumu simptomu izplatība  
un dzimuma specifiskie asociētie faktori  
Latvijas vispārējā pieaugušo iedzīvotāju  
populācijā**

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

Nozaru grupa – medicīnas un veselības zinātnes  
Nozare – klīniskā medicīna  
Apakšnozare – psihiatrija

Rīga, 2023



RĪGAS STRADIŅA  
UNIVERSITĀTE

Vineta Viktorija Vinogradova

ORCID 0000-0002-9943-708X

Depresijas un ģeneralizētas trauksmes  
traucējumu simptomu izplatība  
un dzimuma specifiskie asociētie faktori  
Latvijas vispārējā pieaugušo iedzīvotāju  
populācijā

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

Nozaru grupa – medicīnas un veselības zinātnes

Nozare – klīniskā medicīna

Apakšnozare – psihiatrija

Rīga, 2023

Promocijas darbs izstrādāts Rīgas Stradiņa universitātē, Latvijā

Promocijas darba vadītājs:

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

Zinātniskā konsultante:

*Dr. med.* asociētā profesore **Anda Ķīvīte-Urtāne**,  
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Oficiālie recenzenti:

*Dr. med.* docente **Ļubova Renemane**,  
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

*Dr. psych.* asociētā profesore **Ieva Bite**,  
Latvijas Universitāte

*Dr. med.* profesors **Arunas Germanavicius**,  
Viļņas Universitāte, Lietuva

Promocijas darbs tiks aizstāvēts Klīniskās medicīnas promocijas padomes atklātā sēdē 2023. gada 27. novembrī plkst. 15.00 Hipokrāta auditorijā, Dzirciema ielā 16, Rīgas Stradiņa universitātē un attālināti, tiešsaistes platformā *Zoom*

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

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA  
Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Promocijas darba pētījums tika īstenots Eiropas Sociālā fonda projekta “Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (identifikācijas Nr. 9.2.4.1/16/I/001) ietvaros

Promocijas darba izstrāde līdzfinansēta projekta Nr. 8.2.2.0/20/I/004 “Atbalsts doktorantu iesaistei zinātniski pētnieciskajā un studiju darbā” ietvaros

Promocijas padomes sekretāre:

*Dr. med.* asociētā profesore **Jeļena Vrubļevska**

## Satura rādītājs

Darbā izmantotie saīsinājumi.....	5
Ievads.....	7
Darba mērķis.....	11
Darba uzdevumi.....	11
Darba hipotēze.....	12
Zinātniskā novitāte.....	12
Ētiskie apsvērumi.....	13
1. Materiāli un metodes.....	14
1.1. Pētījuma instrumentārijs un izmantotās datu ieguves metodes.....	14
1.1.1. Aptaujas anketa ar slēgtiem jautājumiem par respondenta sociāldemogrāfiskajiem datiem, viņa veselību un veselības aprūpi, smēķēšanas paradumiem, veselības pašvērtējumu ....	14
1.1.2. “Pacientu veselības aptauja 9” (10 slēgtie jautājumi).....	16
1.1.3. “Ģeneralizētas trauksmes aptauja 7” (7 slēgtie jautājumi).....	17
1.1.4. <i>MINI</i> – īsa internacionālā neiropsihiatriskā intervija ( <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> ), 7.0.2 versija (230 slēgtie jautājumi) .....	19
1.2. Izlases metode.....	21
1.3. Sasniegtā izlase, nerespondence .....	23
1.4. Datu vākšanas procesa apraksts.....	23
1.5. Datu kvalitātes kontroles nodrošināšanas apraksts .....	24
1.6. Izmantotās datu analīzes metodes.....	24
2. Rezultāti.....	26
2.1. Pētījuma populācijas raksturojums .....	26
2.2. Depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu izredžu attiecību samērošana pēc pamata sociāldemogrāfiskajām pazīmēm .....	26
2.3. Klīniski nozīmīgo depresijas simptomu prevalence Latvijas vispārējā pieaugušo iedzīvotāju populācijā .....	27
2.4. Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem ( <i>PHQ-9</i> $\geq 10$ ) asociētie faktori sievietu populācijā .....	32
2.5. Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem ( <i>PHQ-9</i> $\geq 10$ ) asociētie faktori vīriešu populācijā .....	42
2.6. Ģeneralizētas trauksmes simptomu ( <i>GAD-7</i> $\geq 10$ ) prevalence vispārējā Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā.....	49
2.7. Ģeneralizētas trauksmes simptomu ( <i>GAD-7</i> $\geq 10$ ) asociētie faktori sievietu populācijā.....	53
2.8. Ģeneralizētas trauksmes simptomu ( <i>GAD-7</i> $\geq 10$ ) asociētie faktori vīriešu populācijā.....	61

3. Diskusija .....	69
3.1. Klīniski nozīmīgo depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu izplatība vispārējā populācijā .....	69
3.2. Klīniski nozīmīgo depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu izplatības atšķirības starp dzimumiem .....	71
3.3. Universālie abiem dzimumiem raksturīgie ģeneralizētas trauksmes un depresijas simptomu asociētie faktori .....	71
3.4. Abiem dzimumiem raksturīgais depresijas simptomu asociētais faktors.....	74
3.5. Abiem dzimumiem raksturīgais ģeneralizētas trauksmes simptomu asociētais faktors .....	75
3.6. Depresijas simptomu asociētie faktori sieviešu populācijā .....	77
3.7. Depresijas simptomu asociētie faktori vīriešu populācijā .....	80
3.8. Ģeneralizētas trauksmes simptomu asociētie faktori sieviešu populācijā .....	82
3.9. Ģeneralizētas trauksmes simptomu asociētie faktori vīriešu populācijā .....	84
3.10. Pētījuma priekšrocības un trūkumi .....	85
Secinājumi.....	87
Publikāciju, ziņojumu un patentu saraksts par promocijas darba tēmu .....	90
Literatūras saraksts .....	91
Pateicības.....	104

## Darbā izmantotie saīsinājumi

ASV	Amerikas Savienotās Valstis
BAT	Bipolāri afektīvi traucējumi
<i>BDNF</i>	<i>Brain-derived neurotrophic factor</i> (galvas smadzeņu izdalītais neirotrofiskais faktors)
CNS	Centrālā nervu sistēma
<i>CSDS</i>	<i>Chronic social defeat stress</i> (hronisks sociālās sakāves stress)
CSP	Centrālā statistikas pārvalde
<i>DALY</i>	<i>Disability adjusted life years</i> (ar nespēju samēroto dzīves gadu rādītājs)
DNS	Dezoksiribonukleīnskābe
<i>DSM</i>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (diagnostiskā un statistiskā psihisko traucējumu rokasgrāmata)
ES	Eiropas Savienība
fMR	Funkcionāla magnētiskā rezonanse
<i>GAD-7</i>	<i>Generalized Anxiety Disorder scale 7</i> (“Ģeneralizētas trauksmes aptauja 7”)
<i>GWAS</i>	<i>Genome-wide association study</i> (genoma-plašu asociāciju pētījumi)
IL	Interleikīns
INF	Interferons
<i>MDS</i>	<i>Male-Depressive Syndrome (MDS)</i> (vīriešu depresijas sindroms)
<i>MINI</i>	<i>The Mini International Neuropsychiatric Interview</i> (īsa internacionālā neiropsihiatriskā intervija)
NMPD	Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests
OR	<i>Odds ratio</i> (izredžu attiecības)
<i>PHQ-9</i>	<i>The Patient Health Questionnaire 9</i> (“Pacientu veselības aptauja 9”)
PET	Pozitronemisijas tomogrāfija

PVO	Pasaules Veselības organizācija
Reģistrs	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem
SD	<i>Standard deviation</i> (standartnovirze)
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
SSK-10	Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. redakcija
TI	Ticamības intervāls
TNF	<i>Tumor Necrosis Factor</i> (audzēja nekrozes faktors)
5-HT	5-hidroksitriptamīns jeb serotonīns

## Ievads

Psihiskā veselība ir neatņemama kopējās sabiedrības un katra indivīda veselības un labklājības sastāvdaļa. Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Konstitūcijas veselības definīcijā norādīts: “Veselība ir pilnīgas fiziskās, mentālās un sociālās labklājības stāvoklis, nevis tikai slimības vai nespējas neesamība.” Mentālā jeb psihiskā veselība ir pamatā tādām cilvēka vērtībām kā neatkarīga domāšana un rīcība, laime un draudzība.

Mūsdienu sabiedrības veselības politikā kā viena no prioritātēm ir izvirzīta tieši iedzīvotāju psihiskās veselības aizsardzība un veicināšana. PVO Psihiskās veselības rīcības plānā 2013.–2030. gadam (*Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*) kā viens no iedzīvotāju psihiskās veselības nodrošināšanas pamatprincipiem ir norādīta uz pierādījumiem balstīta prakses īstenošana. Tas nozīmē, ka psihiskās veselības ārstēšanas, profilakses un veicināšanas stratēģijām un to īstenošanas pasākumiem ir jābūt balstītiem uz zinātniskiem pierādījumiem, kā arī ir jāņem vērā vietējās sabiedrības kultūras konteksts (World Health Organization, 2021).

Psihiskie, neiroloģiskie un atkarību vielu lietošanas traucējumi rada lielu slogu iedzīvotāju veselībai. Globālā mērogā vidējais šo traucējumu radītais slogs veido 10,4 % no kopējā ar nespēju samēroto dzīves gadu rādītāja (*disability adjusted life years (DALY)*), 2,3 % no kopējiem potenciāli zaudētajiem mūža gadiem un 28,5 % no pavadītajiem gadiem ar nespēju. Analizējot atsevišķus traucējumus, vislielāko slogu veido depresija – 24,5 % no kopējā psihisko, neiroloģisko un atkarību izraisošo vielu lietošanas noteikto *DALY*. Kā nākamie traucējumi, kas proporcionāli veido augstāko *DALY* īpatsvaru, ir trauksmes traucējumi, migrēna un alkohola atkarība. Šie traucējumi ir attiecīgi 10,4 %, 8,7 % un 6,9 % no kopējā psihisko, neiroloģisko un atkarību izraisošo vielu lietošanas noteikto *DALY* sloga (Whiteford et al., 2015).



Pētījumā, kurā apkopoti 259 pētījumu dati par biežākajiem psihiskajiem traucējumiem, ziņots, ka gandrīz katrs piektais (17,6 %) respondents ir cietis no šiem traucējumiem pēdējā gada laikā, bet 29,2 % respondentu ir pieredzējuši šos traucējumus vismaz reizi savā dzīves laikā (Steel et al., 2014). Ziņojumā par psihisko un neiroloģisko traucējumu radīto slogu Eiropā norādīts, ka vairāk nekā trešā daļa Eiropas iedzīvotāju (38,2 %) viena gada laikā cieš no psihiskiem traucējumiem, turklāt lielākā daļa nesaņem ārstēšanu. Biežākie Eiropā konstatētie psihiskie traucējumi ir trauksmes stāvokļi (14 %), bezmiegs (7 %), unipolāra depresija (6,9 %), somatoformi traucējumi (6,3 %), alkohola un narkotisko vielu atkarība (> 4 %) (Wittchen et al., 2011).

Psihiskie traucējumi ne tikai nelabvēlīgi ietekmē cilvēku veselību, bet arī veido augstas ekonomiskās izmaksas. Pētījumu dati liecina, ka, piemēram, pacienti ar depresiju izmanto primārās veselības aprūpes pakalpojumus biežāk (Shvartzman et al., 2005). Savukārt 2012. gadā veiktā pētījumā ir aprēķināts, ka Eiropā psihisko traucējumu tiešās un netiešās izmaksas ir 789 miljardi eiro (Olesen et al., 2012). Ņemot vērā augstās psihisko traucējumu izmaksas, vadošie nozares pētnieki norāda uz nepieciešamību veikt padziļinātus pētījumus par šiem traucējumiem, papildus norādot, ka pētījumos iegūtie rezultāti attaisno ieguldītos līdzekļus un sniedz ieguldījumu sabiedrības labklājības veicināšanā (Olesen et al., 2012). Ņemot vērā minēto, varam secināt, ka starptautiska un nacionāla līmeņa politiskie dokumenti, kā arī starptautisko pētījumu dati pamato nepieciešamību pēc psihiskās veselības problēmu izpētes Latvijas sabiedrībā.

Informācija no Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra Reģistra liecina, ka kopējais uzskaitē esošo pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem skaits 2021. gadā bija 93 652 iedzīvotāji. Visvairāk Reģistrā ir pacientu ar diagnosticētiem organiskiem psihiskiem traucējumiem (1203,3 uz 100 tūkstošiem iedzīvotāju), šizofrēnijas spektra traucējumiem (1013,1 uz 100 tūkstošiem iedzīvotāju) un garīgu atpalcību (927,4 uz 100 tūkstošiem

iedzīvotāju). Datu interpretācijā būtiski ņemt vērā faktu, ka Reģistrā ir iekļauti tikai pacienti, turklāt tikai tie pacienti, kuriem traucējumus diagnosticēja un ārstēja pie psihiatra, bet ne pie citiem speciālistiem. Tas daļēji varētu izskaidrot atšķirību starp to, ka starptautisko populāciju pētījumos kā biežākie psihiskie traucējumi ir norādīti garastāvokļa traucējumi, trauksme, somatoformi traucējumi un psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (Wittchen et al., 2011), nevis traucējumi, kas visbiežāk prevalē Latvijas Reģistra datos. Piemēram, 2021. gadā Reģistrā esošo pacientu skats ar diagnosticētiem depresīviem traucējumiem (jebkāda veida, t. sk. organiskiem, depresīviem, traucējumiem) ir 15 000, taču saskaņā ar Latvijā iepriekš veiktajiem pētījumiem depresijas punkta prevalence Latvijas iedzīvotāju populācijā ir 6,7 % (Rancans et al., 2014), bet 12 mēnešu prevalence ir 7,9 % (Vrublevska et al., 2017a), kas nozīmē, ka reģistrētiem būtu jābūt vairāk nekā 115 000 depresijas gadījumu. Tas nozīmē, ka lielākā daļa depresijas un, domājams, arī neirotisko (trauksmes) traucējumu gadījumu paliek neatklāti un pacienti nesaņem atbilstošu ārstēšanu.

Depresīvo un trauksmes traucējumu nepilnvērtīga diagnostika ir aktuāla problēma ne tikai Latvijā, bet arī visā pasaulē. Pieejamie dati liecina, ka tikai neliela daļa pacientu ar trauksmes vai depresīviem traucējumiem saņem atbilstošu medicīnisko palīdzību, lai gan pastāv efektīvas ārstēšanas iespējas. Analizējot datus no nacionāli vai reģionāli reprezentatīvajiem depresijas izplatības noteikšanas pētījumiem 21 pasaules valstī, tika secināts, ka tikai 16,5 % no visiem cilvēkiem ar pēdējo 12 mēnešu laikā konstatēto unipolāro depresiju saņem minimāli adekvātu ārstēšanu (Thornicroft et al., 2017). Savukārt starp pacientiem ar diagnosticētiem trauksmes traucējumiem tikai 27,6 % pacientu saņem jebkādu ārstēšanu un vien 9,8 % saņem vadlīnijām atbilstošu psihiskās veselības aprūpi (Alonso et al., 2018).

Ja depresīvie vai trauksmes traucējumi netiek ārstēti, tie būtiski ietekmē sabiedrības veselības sistēmu un ir saistīti ar ekonomisko slogu, ko veido tiešās medicīniskās izmaksas, netiešās izmaksas darbavietā un ar pašnāvībām saistītās mirstības izmaksas (Greenberg et al., 2015). Pacienti ar somatiskām slimībām un neārstētu depresiju vai ģeneralizētu trauksmi biežāk izmanto sekundārās aprūpes iestādes, kas rada pārmērīgus un nepamatotus izdevumus (Kujanpää et al., 2016; Pálinkás et al., 2019). Turklāt cilvēkiem ar smagu depresiju ir priekšlaicīgas nāves risks (Plana-Ripoll et al., 2019). Neārstēta trauksme var būtiski ietekmēt dzīves kvalitāti, īpaši sociālās funkcionēšanas jomu (Olatunji, Cisler and Tolin, 2007), kā arī profesionālo un fizisko funkcionēšanu (McKnight et al., 2016). Ar neārstētu trauksmi saistītā nespēja un dzīves kvalitātes pazeminājums ir lielāki, nekā pacientiem ar hroniskām fiziskām saslimšanām, piemēram, sirds slimībām vai diabētu (Alonso and Lépine, 2007).

Varam secināt, ka savlaicīga depresijas un neirotikālo traucējumu atklāšana un ārstēšana ir svarīga, lai samazinātu invaliditāti, pagarinātu paredzamo dzīves ilgumu un uzlabotu dzīves kvalitāti iedzīvotāju līmenī. Savlaicīgas diagnostikas mērķiem varētu kalpot atbilstošas skrīninga programmas. Tomēr, lai efektīvi izmantotu pieejamos resursus, skrīninga stratēģijām jābūt specifiskām un mērķtiecīgām. Lai sekmētu agrīnu un laicīgu šo traucējumu atpazīšanu, ir jāzina to paredzamā izplatība vispārējā populācijā, kopējie universālie riska faktori, kā arī specifiskam reģionam, kultūras un sociālekonomiskai videi raksturīgie šo traucējumu asociētie faktori.

Šī promocijas darba pētījumā tika lemts fokusēties uz ģeneralizētas trauksmes (viens no biežākajiem neirotikāliem traucējumiem) un depresijas (biežākais garastāvokļa traucējums) izplatības un asociēto faktoru noteikšanu Latvijas populācijā, īpaši ņemot vērā faktu, ka abi traucējumi bieži attīstās un norit vienlaikus (Ruscio et al., 2017). Saskaņā ar iepriekšējiem Latvijas pētījumiem un epidemioloģisko pētījumu rezultātiem citās valstīs depresīvo

traucējumu izplatība sievietēm ir aptuveni divas reizes lielāka nekā vīriešiem (Rancans et al., 2014; Vrublevska et al., 2017; Whiteford et al., 2013). Arī biežākie trauksmes traucējumi, tādi kā ģeneralizēta trauksme (Wittchen et al., 1994), panikas traucējumi (Kessler et al., 1994), sociālā trauksme (Grant et al., 2005), ir vairāk izplatīti sievietes vidū, kas liek domāt, ka depresijas un neirotisko traucējumu riska faktori abiem dzimumiem var atšķirties un mērķtiecīgā un efektīvā skrīninga stratēģijām būtu jāņem vērā šīs atšķirības.

## **Darba mērķis**

Pētījuma mērķis ir noskaidrot klīniski nozīmīgu depresijas simptomu un ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu izplatību Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā un noteikt šo traucējumu dzimuma specifiskos sociāli demogrāfiskos, veselību ietekmējošos un ar veselību saistītos asociētos faktoros.

## **Darba uzdevumi**

1. Latvijas pieaugušo iedzīvotāju klīniski nozīmīgu depresijas simptomu izplatības noskaidrošana.
2. Latvijas pieaugušo iedzīvotāju klīniski nozīmīgu ģeneralizētas trauksmes simptomu izplatības noskaidrošana.
3. Latvijas pieaugušo iedzīvotāju klīniski nozīmīgu depresijas simptomu un ģeneralizētas trauksmes simptomu izplatības noteikšana sociāli demogrāfisko, ar veselību saistīto un veselību ietekmējošo raksturlielumu stratos.
4. Latvijas pieaugušo iedzīvotāju klīniski nozīmīgu depresijas simptomu un ģeneralizētas trauksmes simptomu dzimuma specifisko asociēto sociāli demogrāfisko, ar veselību saistīto un veselību ietekmējošo faktoru noteikšana.

## **Darba hipotēze**

H1: Latvijas pieaugušo iedzīvotāju klīniski nozīmīgu depresijas simptomu un ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu asociētie sociāli demogrāfiskie, ar veselību saistītie un veselību ietekmējošie faktori ir atšķirīgi sievietes un vīriešu populācijā.

## **Zinātniskā novitāte**

Pirmo reizi Latvijā tika noteikta ģeneralizētas trauksmes traucējumu punkta prevalence pieaugušo iedzīvotāju vispārējā populācijā, tajā skaitā sociāldemogrāfisko raksturlielumu stratos. Šis ir pirmais pētījums Latvijā, kurā ir noskaidroti reprezentatīvi un starptautiski salīdzināmi ģeneralizētas trauksmes traucējumu izplatības dati vispārējā populācijā.

Tika noteikta aktuāla klīniski nozīmīgu depresijas simptomu punkta prevalence, kura nebija noteikta Latvijas vispārējā pieaugušo iedzīvotāju populācijā vairāk nekā 10 gadus. Tika analizētas līdzības un atšķirības ar iepriekš veikto Latvijas epidemioloģisko pētījumu un citu valstu datiem.

Pirmo reizi Latvijā, ņemot vērā būtiskas depresijas un ģeneralizētas trauksmes traucējumu prevalences atšķirības starp dzimumiem, tika noteikti to dzimuma specifiskie sociāldemogrāfiskie, ar veselību saistītie un veselību ietekmējošie asociētie faktori.

Noteiktie dzimuma specifiskie asociētie faktori papildina pasaules zinātnē esošo zināšanu bāzi par depresijas un ģeneralizētas trauksmes traucējumu riska, komorbiditātes un norises atšķirībām saistībā ar dzimumu.

Definētie dzimuma universālie vienlaicīgi abiem traucējumiem raksturīgie asociētie faktori papildina pasaules zinātnes zināšanu bāzi un pierādījumus trauksmes un depresijas spektra traucējumu dalītās etioloģijas un neurofenotipu iedzimšanas konceptam.

## **Ētiskie apsvērumi**

Personas datu apstrādes pamatojums ir datu subjekta (respondenta) piekrišana. Iegūtie personu dati tika apstrādāti saskaņā ar Eiropas Parlamenta un Padomes Regulas (ES) 2016/679 (2016. gada 27. aprīlis) par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti prasībām un valsts normatīvajiem aktiem.

Pirms datu ievākšanas tika saņemta datu subjekta (respondenta) piekrišana datu apstrādei. SIA "TNS Latvia" informēja datu subjektu par konfidencialitāti, paredzēto datu izmantošanas mērķi, lūdzot piekrišanu datu apstrādei šim konkrētajam mērķim. Respondents tika informēts par to, kā tiks veikta personas datu apstrāde. Saņemot nepārprotamu datu subjekta piekrišanu, tā tika fiksēta audioieraksta veidā un reģistrēta elektroniskā formā. Papildus respondentam tika lūgts parakstīt drukātu piekrišanas veidlapu. Gadījumā, ja respondents piekrita intervijai, bet nevēlējās parakstīt piekrišanas veidlapu, intervija ar viņu tika veikta. Audioieraksts tika kodēts atbilstoši konkrētās intervijas numuram, tādējādi nepieciešamības gadījumā tas būs identificējams. Visi pētījuma materiāli, kas satur personas datus vai sensitīvu informāciju, tiek glabāti mapēs ar ierobežotu piekļuvi.

Atļauja veikt pētījumu ir saņemta no Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas (lēmums Nr. 6-2/8/811 no 26.09.2019.). Pētījuma realizēšanas laikā tika ievērotas ētikas normas saskaņā ar Latvijas Republikas normatīvajiem aktiem un Helsinku deklarāciju (Somija, 2013).

# 1. Materiāli un metodes

Pētījuma dizains ir kvantitatīvs šķērsgriezuma Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijas pētījums.

## 1.1. Pētījuma instrumentārijs un izmantotās datu ieguves metodes

Pētījuma instruments bija aptaujas anketa, kura tika aizpildīta tiešo datorizēto interviju veidā (angl. *Computer Assisted Personal Interviews – CAPI*) latviešu vai krievu valodā respondentu dzīvesvietās. Pētījuma lauka darbu veica 56 profesionāli SIA “TNS Latvia” intervētāji, tika speciāli apmācīti izmantot pētījuma instrumentus.

Pētījuma anketā tika iekļautas šādas četras sadaļas:

1. sadaļa: Aptaujas anketa ar slēgtiem jautājumiem par respondenta sociāldemogrāfiskajiem datiem, viņa veselību un veselības aprūpi, smēķēšanas paradumiem, veselības pašvērtējumu;

2. sadaļa: “Pacientu veselības aptauja 9”;

3. sadaļa: “Ģeneralizētas trauksmes aptauja 7”;

4. sadaļa: *MINI* – īsas internacionālās neiropsihiatriskās intervijas (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), 7.0.2 versija.

### 1.1.1. Aptaujas anketa ar slēgtiem jautājumiem par respondenta sociāldemogrāfiskajiem datiem, viņa veselību un veselības aprūpi, smēķēšanas paradumiem, veselības pašvērtējumu

Aptaujas anketā iekļautas šādas jautājumu apakšgrupas:

- “Vispārīgā informācija par respondentu” (R1–R13 jautājumi): vispārīgā informācija par respondenta sociāldemogrāfiskajiem datiem: dzimums, vecums, apdzīvotā vieta utt.;

- “Informācija par respondenta veselību un veselības aprūpi” (V1–V2 jautājumi): jautājumi par ģimenes ārstu, speciālistu apmeklējuma biežumu, NMPD izsaukumu un hospitalizāciju biežumu pēdējā gada laikā. Jautājums par veselības stāvokļa pašvērtējumu “Kā Jūs pats(-i) novērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?” ar atbilžu variantiem “labs”, “diezgan labs”, “vidējs”, “diezgan slikts”, “slikts”;
- “Informācija par smēķēšanas paradumiem” (S1 jautājums): vai Jūs savas dzīves laikā esat smēķējis(-usi) / lietojis(-usi) tabaku un nikotīnu saturošus produktus?

Šīs sadaļas jautājumi un atbilžu formulējumi tika veidoti pēc līdzības ar jautājumiem, kas jau iepriekš bija izmantoti Latvijas vispārējās populācijas SPKC veiktajos Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumos (Health Behaviour among Latvian Adult Population, 2022). Aptaujas anketas pirmajai sadaļai nebija pieejama tulkota un validēta versija, līdz ar to tika veikta tulkojuma sagatavošana krievu valodā (ieskaitot atpakaļtulkošanu). Tulkošanu uz krievu valodu un atpakaļtulkošanu uz latviešu valodu veica divi dažādi tulki. Atpakaļtulkotā anketa tika salīdzināta ar sākotnējo anketu latviešu valodā.

Pirms lauka darba uzsākšanas tika veikta anketu un atlases procedūras pilotēšana, aptaujājot 31 mērķgrupas dalībnieku, iekļaujot respondentus no dažādiem stratiem. Metodoloģijas pilotēšanas ietvaros intervijas veica 27 SIA “TNS Latvia” intervētāji. Interviju rezultātā tika papildināta intervētāju apmācība.

Papildus intervijām aptaujas anketa tika aprobēta divās fokusgrupās (latviešu un krievu valodā). Anketas latviešu valodā satura pilotēšana tika īstenota fokusgrupā ar pētījuma mērķgrupai atbilstošiem respondentiem, kuru sarunvaloda ģimenē ir latviešu valoda. Anketa krievu valodā tika pilotēta fokusgrupā, kurā tika iekļauti tie mērķgrupai atbilstošie respondenti, kuru sarunvaloda ģimenē ir krievu valoda. Anketas pilotēšanas fokusgrupās mērķis



bija anketas uztveres, saprotamības mērīšana, lai nepieciešamības gadījumā veiktu anketas jautājumu vai uzbūves korekcijas. Fokusgrupās iegūtā informācija tika izmantota arī intervētāju apmācībās.

Pēc anketas gala versijas latviešu un krievu valodā saskaņošanas tika veikta datu kodēšanas rokasgrāmatas izstrāde. Aptaujas anketa latviešu valodā un tās tulkojums krievu valodā tika programmēts, izmantojot *NIPO* platformu *Nfield*.

### **1.1.2. “Pacientu veselības aptauja 9” (10 slēgtie jautājumi)**

Šī aptauja ir depresijas pašnovērtējuma instruments, kas sastāv no deviņiem apgalvojumiem, kuri veidoti saskaņā ar Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 4. redakcijas (*DSM-IV*) deviņiem depresijas diagnostiskiem kritērijiem.

Respondentiem ir jāveic savas pašsajūtas novērtējums pēdējo divu nedēļu laikā un jāatzīmē “0”, ja pēdējo 2 nedēļu laikā ar apgalvojumā minēto problēmu nav saskāries nemaz, “1”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi dažas dienas, “2”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi kopumā vairāk par nedēļu, un “3”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi gandrīz katru dienu. Depresija tiek noteikta, ja *PHQ-9* kopējā punktu summa  $\geq 10$ . Pierādīts, ka šī punktu robežvērtība maksimāli palielina kombinēto jutīgumu (0,85) un specifiskumu (0,85) (Negeri et al., 2021), un arī iepriekšējā pētījumā, kas tika veikts Latvijas vispārējā populācijā, tika izmantota 10 punktu summas robežvērtība depresijas noteikšanai (Rancans et al., 2014). Tā kā *PHQ-9* neizslēdz organisku cēloņu vai psihoaktīvo vielu lietošanas izraisītu depresiju, mūsu pētījumā terminu “depresija” lietojam, lai apzīmētu klīniski nozīmīgus depresijas simptomus, bet ne kā sinonīmu rekurentiem depresīviem traucējumiem vai depresijas epizodei saskaņā ar spēkā esošo Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. izdevumu (SSK-10) vai “lielās” depresijas

traucējumiem (*major depressive disorder*) saskaņā ar *DSM-V*. Līdzīga terminoloģiskā pieeja tika izmantota arī citos nesēn veiktajos starptautiskos pētījumos (Costantini et al., 2021; Negeri et al., 2021; Wang et al., 2021). Viscaur promocijas darba tekstā koncepti “depresija” un “klīniski nozīmīgi depresijas simptomi” lietoti kā savstarpēji aizstājami sinonīmi.

Iepriekšējos pētījumos *PHQ-9* instruments ir uzrādījis labu jūtīgumu un specifiskumu, un tā diagnostiskās īpašības ir labākas nekā citām diagnostiskajām skalām, piemēram, “Geriatriskajai depresijas skalai 15” (*Geriatric depression scale 15 (GDS-15)*) (Zhang et al., 2020). Saskaņā ar nesēn veiktās metaanalīzes rezultātiem *PHQ-9* uzrāda lielāku jūtīgumu, nekā daļēji strukturētas intervijas (strukturēta klīniskā intervija, kas balstīta uz *DSM-III-R*) (Levis, Benedetti and Thombs, 2019). *PHQ-9* uzrāda labus psihometriskos rādītājus gan vispārējā (Martin et al., 2006; Yu et al., 2012), gan specifiskajās populācijās, piemēram, gados vecākiem primārās aprūpes pacientiem (Aslan et al., 2020) vai pacientiem ar vēzi (Hartung et al., 2017). *PHQ-9* ir izmantots arī iepriekšējos pētījumos, kas veikti gan vispārējā, gan primārās aprūpes populācijā Latvijā (Rancans et al., 2014, 2018). Ņemot vērā visu iepriekš minēto, varam secināt, ka *PHQ-9* ir uzticams instruments ar kategoriālās un dimensiju analīzes iespējām (Yuan et al., 2019). Instrumenta tulkotās versijas latviešu un krievu valodā ir validētas Latvijas iedzīvotāju populācijā (Vrublevska, Trapencieris and Rancans, 2018).

### **1.1.3. “Ģeneralizētas trauksmes aptauja 7” (7 slēgtie jautājumi)**

Šis trauksmes pašnovērtējuma instruments ir veidots no septiņiem apgalvojumiem, kuri ir balstīti uz Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 4. redakcijas (*DSM-IV*) ģeneralizētas trauksmes traucējumu pamata diagnostiskiem kritērijiem. Šī skala sākotnēji tika izstrādāta kā skrīninga instruments ģeneralizētas trauksmes traucējumu noteikšanai primārās aprūpes iestādēs. Respondents veic

pašnovērtējumu par pēdējām divām nedēļām, atbildot uz septiņiem apgalvojumiem. Respondents atzīmē “0”, ja pēdējo 2 nedēļu laikā ar apgalvojumā minēto problēmu nav saskāries nemaz, “1”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi dažas dienas, “2”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi kopumā vairāk nekā vienu nedēļu, un “3”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi gandrīz katru dienu. Ģeneralizēta trauksme tiek konstatēta, ja iegūto punktu skaits sasniedz vismaz 10. Šī punktu robežvērtība ir ar pierādīti maksimālo 89 % jūtīgumu un 82 % specifiskumu ģeneralizētas trauksmes traucējumu noteikšanai (Spitzer et al., 2006).

Skala ir pašnovērtējuma instruments ģeneralizētas trauksmes skrīningam ar pierādītu uzticamību (*reliability*) un labu faktoriālo, kritēriju un procedurālo validitāti (Spitzer et al., 2006). *GAD-7* labā iekšējā validitāte un labi psihometriskie rādītāji ir pierādīti pētījumos, kas veikti primārās aprūpes pacientu populācijā (Muñoz-Navarro et al., 2017), starp pacientiem ar heterogēniem psihiskiem traucējumiem (Beard and Björgvinsson, 2014) un ambulatoro pacientu populācijā (Rutter and Brown, 2017). Kas ir svarīgi aktuālā pētījuma kontekstā, ir pierādīts, ka *GAD-7* ir uzticams un derīgs ģeneralizētas trauksmes noteikšanas instruments arī vispārējā populācijā (Löwe et al., 2008).

Instrumenta tulkotās versijas latviešu un krievu valodā ir validētas Latvijas iedzīvotāju populācijā. Skala uzrādīja labus iekšējās saskaņotības rādītājus – Kronbaha alfa latviešu valodas versijai ir 0,87, krievu valodas versijai 0,85 (Vrublevska, Renemane et al., 2022).

Tā kā *GAD-7* neizslēdz organisku cēloņu vai vielu ļaunprātīgas lietošanas izraisītu trauksmi, kā arī novērtē ģeneralizētas trauksmes simptomus divu nedēļu laikā, mūsu pētījumā terminu “ģeneralizētas trauksmes simptomi” lietojam, lai apzīmētu klīniski nozīmīgus ģeneralizētas trauksmes simptomus, bet ne kā sinonīmu ģeneralizētas trauksmes traucējumu diagnozei pēc SSK-10 vai *DSM- V*, jo abos gadījumos pierādītās diagnozes laika kritērijs ir seši mēneši.

#### **1.1.4. MINI – īsa internacionālā neiropsihiatriskā intervija (Mini International Neuropsychiatric Interview), 7.0.2 versija (230 slēgtie jautājumi)**

*MINI* ir diagnostiska intervija, kura ir izmantojama psihisko traucējumu diagnostikai. Validācija un ticamības pētījumi ir veikti, salīdzinot *MINI* ar strukturēto klīnisko interviju (*SDIC-P: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patients*) (Sheehan et al., 1997) un salikto internacionālo diagnostisko interviju (*Composite International Diagnostic Interview* jeb *CIDI*– strukturēta PVO izstrādāta intervija) (Lecrubier et al., 1997). Šo pētījumu rezultāti liecina, ka *MINI* ir līdzīgas ticamības un validitātes īpašības, bet to var veikt daudz īsākā laikā (vidēji  $18,7 \pm 11,6$  minūtes, mediānais laiks – 15 minūtes) nekā iepriekšminētās aptaujas (Sheehan et al., 1998). *MINI* ir veidota no atsevišķiem moduļiem. Katrā ir daži skrīninga jautājumi, kas izslēdz patoloģiju, nav nepieciešams atbildēt uz visiem moduļa jautājumiem. Gadījumos, kad kādā no intervijas moduļiem respondentam tiek konstatēti traucējumi, intervijas laiks var būt ilgāks. Kopumā šāda moduļu tipa uzbūve ļauj identificēt traucējumus, patērējot maksimāli īsu laiku.

*MINI* ir veidota ASV un Eiropas psihiatru un klīnicistu kopējā sadarbībā. Psihiskie traucējumi ir definēti atbilstoši SSK-10 un *DSM-V* klasifikāciju diagnostiskajiem kritērijiem.

Izmantotajā *MINI* intervijā bija iekļauti 17 diagnostiskie moduļi:

- A. Depresijas epizode ar vai bez psihotiskiem simptomiem (šobrīd, pagātnē), atkārtota (rekurenta) depresija.
- B. Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība.
- C. Mānijas un hipomānijas epizodes.
- D. Panikas traucējumi.
- E. Agorafobija.

- F. Sociālā fobija.
- G. Obsesīvi kompulsīvi traucējumi.
- H. Posttraumatiska stresa sindroms.
- I. Alkohola atkarība / Pārmērīga, kaitējoša alkohola lietošana.
- J. Atkarība no psihoaktīvām vielām / Ļaunprātīga psihoaktīvu vielu lietošana.
- K. Psihotiski traucējumi un garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem.
- L. Neirotiskā anoreksija.
- M. Neirotiskā bulīmija.
- N. MB. Epizodiskas impulsīvas pārēšanās traucējumi.
- O. Ģeneralizēta trauksme.
- P. Traucējumu cēlonis ir / nav medikamenti, psihoaktīvas vielas vai organisks CNS bojājums.
- R. Antisociāli personības traucējumi.

*MINI* interviju var veikt speciāli apmācīti intervētāji, tiem nav jābūt psihiatrijas profesionāļiem. Pētījumā, kurā veikts psihisko traucējumu diagnostikas populācijā salīdzinājums starp specializēti apmācītiem intervētājiem bez medicīniskās izglītības un intervētājiem ar atbilstošu medicīnisko izglītību, būtiskas atšķirības netika novērotas. Pētījumā secināja, ka intervētāja priekšzināšanas neietekmēja psihisko traucējumu mērinstrumentu pareizu izmantošanu un psihisko traucējumu diagnosticēšanu (Amstadter et al., 2010). Turklāt *MINI* intervija jau iepriekš ir sekmīgi izmantota populāciju pētījumos Latvijā.

Pētījumā iesaistītajiem 56 intervētājiem tika organizētas speciālas apmācības, kurās intervētāji tika izglītoti par pētījuma mērķiem un nozīmi, psihisko traucējumu izplatību un izpausmi, kā arī tika specifiski apmācīti lietot *MINI* instrumentu. Kopumā vadošo Latvijas psihiatrijas speciālistu vadībā tika

organizēti 10 apmācību treniņi / lekcijas, no tiem vienu vadīja pats *MINI* autors profesors Deivids Šihans (*David Sheehan*) savas vizītes laikā Latvijā.

*MINI* autortiesību turētāji piedāvā jau lingvistiski validētas anketas. Lingvistisko validēšanu citās valodās, izņemot angļu, *MINI* autortiesību turētāji ir nodevuši *MAPI Research Trust* (27 Rue de la Villette, 69003 Lyon France) pārziņā. Tiesības *MINI* jaunākās versijas (7.0.2.) tulkoto un validēto versiju izmantošanai tika iegādātas no autortiesību turētāja *MAPI Research Trust*.

## 1.2. Izlases metode

Pētījuma mērķgrupa bija pilngadību sasniegušie iedzīvotāji (t. i., vecumā virs 18 gadiem (ieskaitot)) Latvijā (t. sk. teritoriāli atstumtie, trūcīgie iedzīvotāji, bezdarbnieki, personas ar invaliditāti (atsevišķa uzskaitē un datu analīze par šīm personām nav veikta, taču pētījuma metodoloģija veidota tā, lai šīs personas varētu tikt iekļautas un pārstāvētas pētījuma atlasē)).

Līdz ar to mērķa grupas apjomu saskaņā ar Latvijas Republikas Centrālās statistikas pārvaldes (CSP) datiem par 2019. gada sākumu (pētījuma plānošanas etaps) veidoja 1 561 155 iedzīvotāji vecumā virs 18 gadiem (ieskaitot). Tā kā ir pierādīts, ka psihisko traucējumu izplatība nozīmīgi atšķiras dzimumu grupās (Weinberger et al., 2018; Whiteford et al., 2015) un vecuma grupās (Alonso et al., 2004; Vrublevska et al., 2017), pētījuma mērķa populācijas izlase tika veidota **vecuma un dzimuma stratos**.

Izvēloties tradicionālu (95 %) ticamības līmeni un kļūdas robežu (4–5 %), kā arī pieņemot, ka pētāmās pazīmes sagaidāmā izplatība populācijā ir 50 % (tā kā tiek pētīta nevis vienas konkrētas, bet daudzu dažādu pazīmju izplatība, turklāt šāda tipa pētījums valstī tiek veikts pirmo reizi un provizorisks psihiskās veselības rādītāju prevalence šādā mērķgrupā nav zināma, sagaidāmā izplatība tiek tradicionāli izvēlēta šādā 50/50 līmenī), tika aprēķināts, ka šķērsriezuma pētījumam ar randomizētu stratificētu atlases metodi nepieciešamais optimālais

atlases lielums ir kopumā 3595 personas (1798 sievietes un 1797 vīrieši), savukārt minimālais nepieciešamais atlases lielums 2303 personas (1152 sievietes un 1152 vīrieši).

Izslases veidošanai tika izmantota **vairākpakāpju stratificētā nejaušās izslases metode** (ar maršruta metodes palīdzību):

**1. pakāpe:** apdzīvotās vietas tika izvēlētas pēc reģiona un urbanizācijas līmeņa, nodrošinot atbilstošās proporcijas izlasē. No visu Latvijas apdzīvoto vietu saraksta sistemātiskas varbūtības izslases ceļā tika noteikts nepieciešamo aptaujas punktu skaits, izmantojot iedzīvotāju skaitu apdzīvotajās vietās kā proporcionalitātes mēru.

**2. pakāpe:** katrā apdzīvotajā vietā tika noteikts nepieciešamo respondentu skaits, kuru sasniegs, ietverot izlasē pēc noteiktas metodoloģijas izvēlētajās māsjaimniecībās. Katrā apdzīvotajā vietā bija noteikts izslases punktu skaits. Tika pieņemts, ka izvēlētajā māsjaimniecībā tiks aptaujāts viens respondents.

**3. pakāpe:** tālāko maršrutu intervētājs veidoja pēc **maršruta metodes** nosacījumiem. Ikvienu maršruta sākumā tika norādīta starta adrese (iela, mājas un dzīvokļa numurs). Pilsētās adrese bija norādīta aptaujas uzdevumā. Pagastos starta adresi izvēlējās rajona koordinators – ar nosacījumu, ka konkrētā adrese nebija tikusi izvēlēta kā starta adrese nevienā pētījumā vismaz gadu. Koordinators sekoja līdzi, lai pagastos tiktu izvēlētas adreses galvenokārt ārpus pagasta centra. No starta adreses turpmāko dzīvokļu / māju izvēli noteica izvēles solis. Izvēles solis pētījumā bija “2”, t. i., intervija bija jāveic katrā otrajā dzīvoklī / mājā.

**4. pakāpe:** katrā pēc maršruta metodes atlasītajā māsjaimniecībā intervētājs izvēlējās vienu respondentu pēc noteiktas metodoloģijas. Tika izmantots “jaunākā vīrieša princips”.

### **1.3. Sasniegtā izlase, nerespondence**

Sasniedzamās izlases apjoms sākotnēji tika plānots ne mazāks kā 3500 derīgas intervijas ar mērķgrupas pārstāvjiem. Taču Covid-19 pandēmijas ietekmē lauka darbs tika apturēts brīdī, kad tika iegūtas 2687 (kvalitatīvi veiktas (derīgās) intervijas). Lai gan plānotais atlasas lielums netika sasniegts, lai izdarītu adekvātus secinājumus un attiecinātu tos uz mērķgrupu, minimālais kopējais sniedzamās atlasas lielums bija 2303 personas, kas tika sasniegtas. Lai rezultātus varētu adekvāti vispārināt un attiecināt uz pētījuma mērķgrupu, pētījumā atspoguļoto datu analīzē ir izmantoti svērtie (pēc dzimuma, vecuma, dzīvesvietas) rādītāji. Lai sasniegtu minēto atlasas lielumu, intervētāji apmeklēja kopumā 14 506 adreses.

Pēc pirmā tehniski pieejamu mājsaimniecību apmeklējuma derīgas intervijas tika iegūtas no 44,9 % respondentu, kas atbilda pētījuma mērķpopulācijai. Tas, ka pētījumam atsaucās 2687 personas, vērtējams kā adekvāts skaits šķērsgriezuma pētījumiem, kuros izmantota aprakstītā atlasas metodoloģija. Piemēram, 2020. gadā veiktajā Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā, kurā tika izmantota līdzīga respondentu rekrutēšanas metodoloģija, sasniegtais pētījumam atsaukušos personu īpatsvars bija 48,4 % (Slimību kontroles un profilakses centrs, 2020).

### **1.4. Datu vākšanas procesa apraksts**

Pētījuma lauka darbs tika veikts laika periodā no 25.11.2019. līdz 16.03.2020. Viena intervija ilga vidēji 30,5 minūtes. Pētījuma lauka darbu veica profesionāli SIA “TNS Latvia” intervētāji, kuri piedalījās apmācībās – tika speciāli apmācīti un instruēti darba izpildei konkrētā pētījuma ietvaros, specifiski apmācīti lietot *MINI* instrumentu. Pētījuma intervijas veica 56 apmācīti intervētāji.



Nonākot respondenta dzīvesvietā, intervētājs informēja pētījuma dalībnieku par pētījuma mērķi, iegūtās informācijas anonimitāti un tiesībām atteikties no dalības pētījumā. Pirms intervijas veikšanas intervētājs no pētījuma dalībnieka saņēma mutisku piekrišanu dalībai pētījumā.

Datu ievākšanai – *CAPI* interviju veikšanai – tika izmantoti planšetdatori, kas aprīkoti ar globālās pozicionēšanas sistēmas (GPS) funkciju. Tas vienlaikus ļāva fiksēt intervijas datumu un laiku.

## **1.5. Datu kvalitātes kontroles nodrošināšanas apraksts**

Lauka darba procesā tika nodrošināta datu ievākšanas kvalitāte, ievērojot Eiropas Viedokļu un mārketinga pētījumu biedrības (angl. *European Society for Opinion and Marketing Research – (ESOMAR)*) tirgus un sociālo pētījumu veikšanas kodeksu un standartus, kā arī SIA “TNS Latvia” globālos datu vākšanas standartus. Pētījuma lauka darba gaitā SIA “TNS Latvia” regulāri veica pētījuma aizpildīto anketu (datu) kvalitātes kontroli visā aptaujas lauka darba periodā, lai savlaicīgi novērstu intervētāju kļūdas. SIA “TNS Latvia” atkārtoti telefoniski sazinājās un intervēja vismaz 10 % respondentu, tā pārbaudot, vai viņu sociāli demogrāfiskais raksturojums un atbildes uz atsevišķiem jautājumiem par dažādām tēmām saskan ar anketās fiksētajām. Kopumā kontrole tika veikta 426 intervijām.

## **1.6. Izmantotās datu analīzes metodes**

Datu apstrāde tika veikta, lietojot programmu *International Business Machines Corporation's Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) Statistics version 23.0*. Šajā pētījumā tika izmantotas aprakstošās statistikas metodes – vidējās vai mediānās vērtības nepārtrauktu mainīgo gadījumā, procentuālie rādītāji kategorisku mainīgo gadījumā un hierarhiskās daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi atsevišķi sieviešu un vīriešu populācijā. Rezultāti

atspoguļoti, izmantojot izredžu attiecības (OR) ar 95 % ticamības intervāliem (TI). Rezultāti tika atzīti par statistiski ticamiem, ja nozīmīguma līmenis (p) nepārsniedza 0,05. Lai rezultāti tiktu adekvāti vispārināti un attiecināti uz pētījuma mērķgrupu, datu analīzē izmantoti svērtie (pēc dzimuma, vecuma, dzīvesvietas) rādītāji. Tādējādi, salīdzinot dažādos pētītos mainīgos, atsevišķu stratu summārie rādītāji var nesakrist.

## 2. Rezultāti

### 2.1. Pētījuma populācijas raksturojums

Galīgajā svērtajā izlasē tika iekļauti 2687 respondenti (46,1 % (n = 1238) vīriešu un 53,9 % (n = 1449) sieviešu). Pētījuma dalībnieku vidējais vecums ir 49,9 gadi (standartnovirze (SD) – 18,2). Vecākais dalībnieks bija 96 gadus vecs. Dalībnieku modālais vecums ir 64 gadi, mediānais – 49 gadi (starpkvartīļu amplitūda (IQR) 35–64).

Lai rezultāti tiktu adekvāti vispārināti un attiecināti uz pētījuma mērķgrupu, datu analīzē izmantoti svērtie (pēc dzimuma, vecuma, dzīvesvietas) rādītāji.

### 2.2. Depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu izredžu attiecību samērošana pēc pamata sociāldemogrāfiskajām pazīmēm

Datu analīzes pirmajā posmā, lai pamatotu nepieciešamību analizēt depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu asociētos faktorus atsevišķi dzimuma grupās, tika veikta binārās loģistiskās regresijas analīze. Samērojot pēc visām analīzē iekļautajām sociāldemogrāfiskajām pazīmēm (n = 10) vienlaikus, dzimums paliek statistiski nozīmīgi asociēts faktors un klīniski nozīmīgo depresijas simptomu izredzes ir lielākas sievietēm (vs. vīriešiem, aOR1 1,54 (95 % TI 1,04–2,30), p = 0,03). Attiecīgi otrajā binārās loģistiskās regresijas analīzē visās pamata sociāldemogrāfiskajās grupās bija noteiktas ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu izredzes. Līdzīgi, samērojot pēc visām analīzē iekļautajām sociāldemogrāfiskajām pazīmēm vienlaikus, dzimums paliek statistiski nozīmīgs ģeneralizētas trauksmes simptomu asociēts faktors: ģeneralizētas trauksmes simptomu izredzes ir lielākas sievietēm (vs. vīriešiem, aOR1 1,72 (95 % TI 1,03–2,86), p = 0,04). Līdz ar to turpmākā pētījuma datu

analīze un klīniski nozīmīgo depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu asociēto faktoru noteikšana tika veikta atsevišķi dzimuma grupās.

### 2.3. Klīniski nozīmīgo depresijas simptomu prevalence Latvijas vispārējā pieaugušo iedzīvotāju populācijā

Saskaņā ar *PHQ-9* aptaujas rezultātiem klīniski nozīmīgi depresijas simptomi konstatēti 6,4 % (95 % TI 5,8–7,6) pētījuma dalībnieku. Depresijas simptomu izplatība statistiski ticami ir lielāka sieviešu vidū: klīniski nozīmīgi depresijas simptomi noteikti 7,7 % (95 % TI 6,4–9,0) sieviešu un 4,8 % (95 % TI 4,2–6,7) vīriešu,  $p = 0,003$ .

Depresijas izplatība palielinās līdz ar vecumu: 5,3 % (95 % TI 4,2–6,9) 18–44 gadus vecu respondentu grupā, 6,8 % (95 % TI 5,2–8,5) 45–64 gadus vecu respondentu grupā un 7,9 % (95 % TI 6,3–10,0) 65 gadus vecu un vecāku respondentu grupā, bet atšķirība nav statistiski nozīmīga ( $p = 0,09$ ).

Detalizētāka klīniski nozīmīgo depresijas simptomu izplatība visās šajā pētījumā analizētajās neatkarīgo pazīmju grupās ir atspoguļota 2.1. tabulā.

2.1. tabula

#### Klīniski nozīmīgo depresijas simptomu punkta prevalence neatkarīgo pazīmju grupās

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā pētījuma populācijā	
	n	%	n	%	n	%
<b>Vecums</b>						
18–44 g. v.	32	5,9	28	4,7	60	5,3
45–64 g. v.	42	8,7	19	4,4	62	6,8
65 g. v. un vecāki	38	9,0	13	6,1	50	7,9
<b>Tautība</b>						
Latviešu	55	6,5	38	5,2	93	5,9
Krievu	39	8,3	19	4,7	58	6,6
Cita	18	13,2	3	3,1	21	9,0

2.1. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā pētījuma populācijā	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīva persona (bērna kopšanas atvaļinājumā, neapmaksāta persona ģimenes uzņēmumā)	18	9,7	3	4,3	21	8,3
Bezdarbnieks/-e	10	10,2	9	8,0	19	9,0
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona	7	15,2	5	8,3	12	11,3
Nestrādājošs pensionārs/-e	40	8,8	13	5,4	54	7,8
Strādājoša persona	36	5,4	29	3,8	65	4,6
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitis/-e	36	10,5	5	10,0	41	10,4
Precējies/-usies, bet dzīvo šķirti vai šķīries/-usies	19	7,7	11	7,6	30	7,7
Neprecējies	15	6,8	20	6,4	35	6,6
Precējies / ir partnerattiecībās	41	6,4	24	3,3	65	4,7
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata	10	26,3	1	5,9	11	20,0
Pamata	9	6,6	16	9,4	25	8,2
Vidējā / vidējā profesionālā	65	8,1	30	4,0	95	6,1
Augstākā	27	5,7	13	4,3	40	5,1
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR	23	8,9	16	7,8	40	8,6
251–400 EUR	38	7,5	20	6,4	58	7,0
401–600 EUR	24	9,0	3	1,3	28	5,6
601 EUR un vairāk	16	6,5	9	3,1	24	4,5
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR	28	10,3	16	7,2	44	8,9
251–400 EUR	43	8,9	15	6,7	58	8,2
401–600 EUR	16	5,9	7	3,8	23	5,1
601 EUR un vairāk	22	6,3	19	3,7	41	4,8
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga	45	9,5	23	5,3	67	7,4
Pilsēta	34	6,3	13	3,1	47	5,0
Lauki	33	7,5	24	6,1	57	6,8

## 2.1. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā pētījuma populācijā	
	n	%	n	%	n	%
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
Nav nepilngadīgo bērnu	79	8,5	50	5,7	129	7,1
1 nepilngadīgais bērns	22	8,6	7	3,8	29	6,6
2 nepilngadīgie bērni	6	3,2	4	3,1	10	3,2
3 un vairāk nepilngadīgo bērnu	4	5,3	0	0,0	4	3,2
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri	39	11,3	34	5,8	73	7,9
Atmetis/-usi	10	5,7	9	3,6	19	4,5
Nekad nav smēķējis/-usi	63	6,8	16	3,9	79	5,9
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts vai diezgan slikts	44	26,7	24	22,4	68	24,9
Vidējs	48	8,3	28	6,3	76	7,4
Labs un diezgan labs	20	2,8	8	1,2	28	2,0
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes	49	13,1	12	6,0	61	10,6
3–4 reizes	24	7,3	9	3,8	34	6,0
1–2 reizes	30	5,5	22	4,6	51	5,0
Nav apmeklējis	8	3,9	17	5,2	25	4,7
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes	33	13,9	15	11,1	48	12,8
3–4 reizes	25	10,4	3	2,4	28	7,7
1–2 reizes	24	4,5	18	5,0	42	4,7
Nav apmeklējis	30	6,8	24	3,9	53	5,0
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizi	8	21,6	3	13,6	11	18,6
1–2 reizes	30	11,6	15	8,2	44	10,0
Nevienu	74	6,4	43	4,2	117	5,3
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizi	7	20,0	1	7,1	8	16,3
1–2 reizes	27	16,2	12	10,4	39	13,8
Nevienu	77	6,2	47	4,2	125	5,3
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc MINI rezultātiem</b>						
Ir	45	28,8	35	26,9	79	27,7
Nav	67	5,2	25	2,3	92	3,8

## 2.1. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā pētījuma populācijā	
	n	%	n	%	n	%
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc MINI</b>						
Ir	6	10,0	25	8,5	31	8,8
Nav	106	7,6	35	3,7	141	6,0
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc MINI</b>						
Ir	11	45,8	3	14,3	14	31,1
Nav	101	7,7	57	4,7	157	5,9
<b>Vismaz viens pēc MINI noteikts neirotiskais traucējums</b>						
Ir	6	26,1	5	33,3	12	31,6
Nav	105	7,4	55	4,5	160	6,0
<b>Vismaz viens pēc MINI noteikts ēšanas traucējums</b>						
Ir	5	38,5	1	12,5	6	28,6
Nav	106	7,4	59	4,8	166	6,2
<b>Psihotiskie traucējumi un garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc MINI</b>						
Ir	13	14,9	6	7,8	19	11,6
Nav	99	7,3	54	4,7	153	6,1
<b>Patoloģiski pacilātā garstāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc MINI</b>						
Ir	8	22,2	9	17,6	17	19,5
Nav	104	7,4	51	4,3	155	6,0
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc MINI</b>						
Ir	2	33,3	8	14,3	10	16,1
Nav	109	7,6	52	4,4	162	6,2
<b>Ģeneralizētas trauksmes traucējumi pēc GAD-7 skalas</b>						
Ir	44	61,1	24	72,7	68	64,8
Nav	68	4,9	36	3,0	103	4,0

Šī pētījuma datu analīzē un hierarhiskās daudzfaktoru analīzes rezultātu uztveres ērtībām pēc MINI intervijas noteiktie psihiskie traucējumi tika atspoguļoti šādi:

- *“Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc MINI rezultātiem”*: pēc MINI intervijas “B” jautājumu moduļa “Domas par pašnāvību, paškaitējuma

nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība” konstatēti traucējumi pēdējā mēnesī pirms intervijas;

- “*Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc MINI*”: pēc *MINI* intervijas “I” jautājumu moduļa “Alkohola lietošanas traucējumi” konstatēti traucējumi pēdējo 12 mēnešu laikā pirms intervijas;
- “*Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc MINI*”: pēc “J” jautājumu moduļa “Psihoaktīvo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi” konstatēti traucējumi pēdējo 12 mēnešu laikā pirms intervijas;
- “*Vismaz viens pēc MINI noteikts neirotiskais traucējums*”: šajā grupā tika iekļauti respondenti, kam **vismaz vienā** no *MINI* diagnostiskās intervijas moduļiem tika konstatēti traucējumi: “D: Panikas traucējumi” (intervijas laikā vai pēdējo 12 mēnešu laikā), “E: Agorafobija” (intervijas laikā), “F: Sociālā fobija” (pēdējā mēnesī pirms intervijas), “G: Obsesīvi kompulsīvi traucējumi” (pēdējā mēnesī pirms intervijas), “H: Posttraumatiska stresa sindroms” (pēdējā mēnesī pirms intervijas), “N: Ģeneralizēta trauksme” (pēdējos sešos mēnešos pirms intervijas);
- “*Dzīlas depresijas epizode pašlaik vai iepriekš dzīves laikā pēc MINI*”: pēc *MINI* intervijas “A” jautājumu moduļa konstatēta depresijas epizode intervijas laikā vai iepriekš dzīves laikā;
- “*Vismaz viens pēc MINI noteikts ēšanas traucējums*”: šajā grupā tika iekļauti respondenti, kam **vismaz vienā** no *MINI* diagnostiskās intervijas moduļiem tika konstatēti traucējumi: “L: Anorexia nervosa” (pēdējos trijos mēnešos pirms intervijas), “M: Bulimia nervosa” (pēdējos trijos mēnešos pirms intervijas), “MB: Epizodiskas



impulsīvas pārēšanās traucējumi” (pēdējos trijos mēnešos pirms intervijas);

- **“Psihotiskie traucējumi un garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc MINI”**: pēc “K” jautājumu moduļa noteikti “jebkādi psihotiski traucējumi” intervijas laikā vai iepriekš dzīves laikā, neprecizējot, vai tie bija garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem vai izolēti psihotiskie traucējumi;
- **“Patoloģiski pacilātā garstāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc MINI”**: šajā grupā tika iekļauti respondenti, kam pēc “C” jautājumu moduļa “Mānijas un hipomānijas epizodes” bija konstatēta: mānijas epizode intervijas laikā vai dzīves laikā un / vai hipomānijas epizode pašlaik vai pagātnē, un / vai hipomānijas simptomi pašlaik vai pagātnē;
- **“Antisociāli personības traucējumi pēc MINI”**: intervijas “P” jautājumu modulī “Antisociāli personības traucējumi” konstatēti traucējumi.

#### **2.4. Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9* $\geq$ 10) asociētie faktori sievietņu populācijā**

Lai detalizētāk novērtētu sociāldemogrāfisko un ar veselību saistīto faktoru iespējamās asociācijas ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9*  $\geq$  10), tika veikta hierarhiska daudzfaktoru analīze, kas ietvēra trīs loģistiskās regresijas modeļus.

Pirmajā modelī tika analizēti proksimālie faktori jeb faktori, kuriem ir teorētiski patofizioloģiski ciešāka saikne ar depresiju. Jaunākajos ģenētiskajos pētījumos, kas pēta dalītās iedzimtības (*shared heretability*) konceptu, konstatēts, ka unipolāra depresija pozitīvi (lai gan ne vienmēr statistiski nozīmīgi) korelē ar visiem testētajiem psihiskajiem traucējumiem (neirotikā

anoreksija, uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms, šizofrēnija, autiskā spektra traucējumi, bipolāri afektīvi traucējumi (BAT), obsesīvi kompulsīvi traucējumi, trauksmes traucējumi utt.). Īpaši cieša ģenētiskā korelācija tika atklāta depresijai ar trauksmes traucējumiem (Anttila et al., 2018). Citā pētījumā ir pierādīta cieša ģenētiskā saikne starp depresiju un tādiem traucējumiem kā trauksmes traucējumi, aptaukošanās un smēķēšana. Katra no šīm pazīmēm ģimenēs rada paaugstinātu risku citām pazīmēm, kas atbilst pozitīvai ģenētiskai korelācijai starp šiem fenotipiem (Wang, Snieder and Hartman, 2022). Ņemot vērā šo riska gēnu pārklāšanos (*genetic overlap*), visi pētījumā atklātie psihiskie traucējumi (pēc *MINI* vai *GAD-7* skalas) tika iekļauti proksimālo faktoru grupā. Proksimālo faktoru grupā tika iekļauts arī respondentu veselības stāvokļa pašvērtējums, ņemot vērā, ka iepriekšējos Latvijas un pasaules pētījumos ir pierādīta cieša depresijas un veselības pašvērtējuma saikne (Vrublevska et al., 2017a; Rantanen et al., 2019).

Otrajā modelī tika iekļauti vidējā līmeņa faktori: pamata sociāldemogrāfiskie faktori, kas, pēc starptautiskās literatūras datiem, ir biežāk minēti kā nozīmīgi depresijas riska faktori. Vidējā līmeņa faktoru grupā tika iekļauts vecums, tautība, nodarbinātība, ģimenes stāvoklis, izglītības līmenis, personīgo ienākumu līmenis un ienākumu summa uz vienu ģimenes locekli.

Trešajā modelī tika veikta samērošana ar distālajiem faktoriem: apdzīvotās vietas tips, nepilngadīgo bērnu esamība, smēķēšanas pieredze un dažādu veselības pakalpojumu izmantošanas biežums (ģimenes ārsta un speciālistu apmeklējumi gada laikā, NMPD izsaukumi un hospitalizācija pēdējā gada laikā). Katrā nākamajā modelī tika atstātas tikai tās neatkarīgās pazīmes, kurām konstatēta statistiski ticama asociācija ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem, kas izteikta izredžu attiecībā.

Vienfaktora analīzes rezultāti sievietes populācijā atspoguļoti 2.2. tabulā. Pēc samērošanas pēc visiem proksimālajiem faktoriem hierarhiskās analīzes **pirmajā modeli** sievietes populācijā statistiski ticamas asociācijas ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem saglabāja pēc *MINI* noteikta suicidalitāte, apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc *MINI*, ēšanas traucējumi pēc *MINI*, ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomi pēc *GAD-7* skalas, kā arī slikts un vidējs veselības stāvokļa pašvērtējums (sk. 2.2. tabulu).

2.2. tabula

**Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9*  $\geq 10$ ) asociētie faktori sievietes populācijā vienfaktora analīzē un hierarhiskās analīzes pirmajā modeli<sup>a,b</sup>**

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR1 <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	7,36	4,81–11,27	<0,001	3,92	2,27–6,76	<0,001
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	1,33	0,56–3,19	0,52	0,62	0,19–2,05	0,43
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	10,50	4,58–24,07	< 0,001	5,83	1,94–17,53	0,002
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts neirotiskais traucējums</b>						
Jā vs. nē	4,85	1,92–12,25	0,001	0,59	0,14–2,52	0,48
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	8,10	2,61–25,13	< 0,001	7,90	1,55–40,30	0,01
<b>Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	2,20	1,17–4,12	0,01	1,54	0,69–3,47	0,29
<b>Patoloģiski pacilitātā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	3,62	1,61–8,15	0,002	0,92	0,25–3,37	0,90
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	5,98	1,10–32,36	0,04	8,08	0,99–66,02	0,05
<b>Ģeneralizētas trauksmes traucējumi pēc <i>GAD-7</i> skalas</b>						
Ja vs. nē	30,28	17,75–51,68	< 0,001	20,76	10,81–39,88	< 0,001

## 2.2. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR1 <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs un diezgan labs	12,21	6,96–21,43	< 0,001	9,20	4,73–17,90	< 0,001
Vidējs vs. labs un diezgan labs	3,06	1,80–5,22	< 0,001	3,25	1,79–5,91	< 0,001
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	1,57	0,96–2,57	0,07	–	–	–
≥ 65 vs. 18–44	1,55	0,96–2,51	0,07	–	–	–
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	1,29	0,84–1,98	0,25	–	–	–
Cita vs. latviešu	2,21	1,26–3,89	0,006	–	–	–
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	1,84	1,02–3,33	0,04	–	–	–
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	1,92	0,91–4,04	0,08	–	–	–
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	3,28	1,39–7,71	0,006	–	–	–
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	1,70	1,07–2,70	0,03	–	–	–
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraītnis vs. precējies / ir partnerattiecības	1,70	1,07–2,72	0,03	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	1,20	0,68–2,11	0,53	–	–	–
Neprecējies vs. precējies/ir partnerattiecībās	1,08	0,59–1,97	0,81	–	–	–
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	2,10	1,14–3,86	0,02	–	–	–
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	1,47	0,92–2,34	0,10	–	–	–

## 2.2. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR1 <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,46	0,75–2,85	0,26	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,19	0,65–2,19	0,57	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,48	0,77–2,87	0,24	–	–	–
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,64	0,91–2,93	0,10	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,42	0,84–2,41	0,19	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,90	0,46–1,76	0,77	–	–	–
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	1,29	0,81–2,06	0,28	–	–	–
Pilsēta vs. lauki	0,83	0,50–1,36	0,46	–	–	–
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	<b>0,45</b>	<b>0,23–0,86</b>	<b>0,02</b>	–	–	–
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	1,01	0,62–1,66	0,96	–	–	–
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	<b>1,73</b>	<b>1,14–2,64</b>	<b>0,01</b>	–	–	–
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	0,83	0,42–1,65	0,59	–	–	–
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	3,48	1,64–7,38	0,001	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,85	0,83–4,12	0,13	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,33	0,61–2,90	0,48	–	–	–

## 2.2. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR1 <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	<b>2,26</b>	<b>1,34-3,81</b>	<b>0,002</b>	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,62	0,93–2,83	0,09	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	0,66	0,38–1,15	0,14	–	–	–
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	<b>3,98</b>	<b>1,75–9,06</b>	<b>0,001</b>	–	–	–
1–2 reizes vs. nevienu	<b>1,90</b>	<b>1,21–2,98</b>	<b>0,005</b>	–	–	–
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	<b>4,07</b>	<b>1,75–9,47</b>	<b>0,001</b>	–	–	–
1–2 reizes vs. nevienu	<b>2,91</b>	<b>1,81–4,66</b>	<b>&lt; 0,001</b>	–	–	–

OR<sup>a</sup> – nesamērota izredžu attiecība; aOR1<sup>b</sup> – samērota izredžu attiecība pirmajā modelī, samērots ar proksimālajiem faktoriem.

Hierarhiskās analīzes beigu (trešajā) modelī pēc samērošanas ar proksimālajiem, vidējā līmeņa un distālajiem faktoriem (sk. 2.3. tabulu) klīniski nozīmīgi depresijas simptomi sievietes populācijā bija saistīti ar sešiem proksimālajiem faktoriem: domas par pašnāvību; paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc *MINI* rezultātiem (vs. nav šo traucējumu, aOR 3,86 (95 % TI 2,15–6,95),  $p < 0,001$ ); apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc *MINI* (vs. nav šo traucējumu, aOR 6,19 (95 % TI 1,88–20,38),  $p = 0,003$ ); vismaz viens pēc *MINI* noteikts ēšanas traucējums (vs. nav ēšanas traucējumu, aOR 11,24 (95 % TI 1,98–63,76),  $p = 0,006$ ); ģeneralizētas trauksmes traucējumi pēc *GAD-7* skalas (vs. nav ģeneralizētas trauksmes, aOR 24,25 (95 % TI 11,91–49,39),  $p < 0,001$ ). Arī slikts un diezgan slikts veselības stāvokļa pašvērtējums (vs. labs un diezgan labs, aOR 7,38

(95 % TI 3,31–16,47),  $p < 0,001$ ) un vidējs veselības stāvokļa pašvērtējums (vs. labs un diezgan labs, aOR 3,10 (95 % TI 1,57–6,11),  $p < 0,001$ ) saglabāja statistiski nozīmīgo saistību ar lielāku depresijas izredžu attiecību sievietēm.

No vidējā līmeņa faktoriem hierarhiskās analīzes trešajā modelī nozīmīgu saistību ar lielākajām klīniski nozīmīgas depresijas izredzēm saglabāja cita (etnisko minoritāšu) tautība (vs. latviešu, aOR 3,06 (95 % TI 1,49–6,28),  $p = 0,002$ ) un sievietes ekonomiski neaktīvs statuss (vs. strādājoša sieviete, aOR 4,01 (95 % TI 1,50–10,71),  $p = 0,006$ ).

No distālajiem faktoriem statistiski ticami ar lielāko klīniski nozīmīgas depresīvas simptomātikas izredžu attiecību ir saistīta hospitalizācija pēdējā gada laikā ar biežumu 1–2 reizes (vs. nevienu, aOR 2,10 (95 % TI 1,06–4,17),  $p = 0,03$ ). Kā arī analīzes beigu modelī sievietēm ar diviem un vairākiem nepilngadīgiem bērniem bija statistiski ticami zemākas izredzes ciest no depresijas (vs. nav nepilngadīgo bērnu, aOR 0,35 (95 % TI 0,12–0,98),  $p = 0,04$ ).

2.3. tabula

Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9*  $\geq 10$ ) asociētie faktori sieviešu populācijā hierarhiskās analīzes otrajā un trešajā modelī <sup>c,d</sup>

Neatkarīgās pazīmes	aOR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	3,48	1,87–6,48	< 0,001	3,86	2,15–6,95	< 0,001
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	6,12	1,91–19,63	0,002	6,19	1,88–20,38	0,003
<b>Vismaiz viens pēc <i>MINI</i> noteikts neirotiskais traucējums</b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	9,73	1,79–52,91	0,008	11,24	1,98–63,76	0,006
<b>Psihotiski traucējumi un garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–

## 2.3. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Patoloģiski pacilatā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Ģeneralizētas trauksmes traucējumi pēc <i>GAD-7</i> skalas</b>						
Ja vs. nē	26,25	12,92–53,33	< 0,001	24,25	11,91–49,39	< 0,001
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs	8,39	3,66–19,24	< 0,001	7,38	3,31–16,47	< 0,001
Vidējs vs. labs	2,82	1,41–5,65	0,003	3,10	1,57–6,11	0,001
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	1,06	0,31–3,61	0,92	–	–	–
≥ 65 vs. 18–44	1,32	0,62–2,84	0,47	–	–	–
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	1,40	0,80–2,46	0,24	1,25	0,69–2,27	0,45
Cita vs. latviešu	2,39	1,09–5,23	0,03	3,06	1,49–6,28	0,002
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	3,55	1,32–9,53	0,01	4,01	1,50–10,71	0,006
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	1,89	0,61–5,87	0,27	1,60	0,53–4,83	0,41
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	1,30	0,34–4,89	0,70	1,17	0,31–4,37	0,81
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	1,60	0,54–4,75	0,40	1,32	0,59–2,97	0,50



2.3. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis vs. precējies/ ir partnerattiecības	1,48	0,66–3,32	0,34	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	1,09	0,49–2,43	0,83	–	–	–
Neprecējies vs. precējies / ir partnerattiecības	1,38	0,62–3,09	0,43	–	–	–
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	1,24	0,48–3,18	0,66	–	–	–
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	1,61	0,83–3,13	0,16	–	–	–
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,80	0,28–2,30	0,68	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,59	0,22–1,61	0,30	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,72	0,69–4,28	0,25	–	–	–
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,46	0,15–1,44	0,18	0,46	0,18–1,18	0,10
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,56	0,20–1,52	0,25	0,58	0,25–1,31	0,19
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,37	0,14–0,99	0,05	0,66	0,29–1,53	0,34
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	–	–	–	1,47	0,75–2,87	0,26
Pilsēta vs. lauki	–	–	–	0,89	0,46–1,72	0,73
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	0,35	0,12–0,98	<b>0,04</b>
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	0,80	0,38–1,70	0,56

## 2.3. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	1,74	0,95–3,20	0,07
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	0,52	0,20–1,35	0,18
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	2,69	0,94–7,69	0,06
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	1,77	0,61–5,18	0,29
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	2,44	0,88–6,76	0,08
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,90	0,41–1,95	0,79
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,83	0,38–1,81	0,64
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,60	0,29–1,21	0,15
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	–	–	–	2,21	0,68–7,12	0,19
1–2 reizes vs. nevienu	–	–	–	0,76	0,38–1,51	0,43
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	–	–	–	0,87	0,24–3,15	0,83
1–2 reizes vs. nevienu	–	–	–	2,10	1,06–4,17	<b>0,03</b>

aOR2<sup>c</sup> – samērota izredžu attiecība otrajā modelī, samērots ar proksimālajiem un vidējā līmeņa faktoriem; aOR3<sup>d</sup> – samērota izredžu attiecība trešajā modelī, samērots ar proksimālajiem, vidējā līmeņa un distālajiem faktoriem.

## 2.5. Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9* ≥ 10) asociētie faktori vīriešu populācijā

Vienfaktora analīzes rezultāti vīriešu populācijā atspoguļoti 2.4. tabulā. Pēc samērošanas pēc visiem proksimālajiem faktoriem hierarhiskās analīzes pirmajā modelī vīriešu populācijā statistiski ticamas asociācijas ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem saglabāja pēc *MINI* noteikta suicidalitāte, antisociālās (asociālās) personības traucējumi, ģeneralizētas trauksmes traucējumi pēc *GAD-7* skalas, kā arī slikts un vidējs veselības stāvokļa pašvērtējums (sk. 2.4. tabulu).

2.4. tabula

Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9* ≥ 10) asociētie faktori vīriešu populācijā vienfaktora analīzē un hierarhiskās analīzes pirmajā modelī<sup>a,b</sup>

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	15,54	8,94–27,02	< 0,001	4,59	2,18–9,63	< 0,001
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	2,38	1,40–4,06	0,001	1,43	0,70–2,91	0,32
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	4,01	1,22–13,16	0,02	1,22	0,19–7,71	0,84
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts neirotiskais traucējums</b>						
Jā vs. nē	11,81	3,95–35,31	<0,001	1,39	0,25–7,87	0,71
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	2,38	0,24–23,19	0,45	0,95	0,03–27,97	0,98
<b>Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	1,72	0,72–4,14	0,22	0,84	0,21–3,33	0,80
<b>Patoloģiski pacilatā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	4,49	2,05–9,85	< 0,001	3,22	0,97–10,68	0,05
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	3,57	1,60–7,94	0,002	5,62	2,02–15,64	0,001

## 2.4. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Generalizētas trauksmes traucējumi pēc GAD-7 skalas</b>						
Ja vs. nē	88,51	38,52–203,38	<0,001	30,26	10,02–91,42	<0,001
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs	25,23	10,89–58,45	<0,001	21,02	7,65–57,75	<0,001
Vidējs vs. labs	5,95	2,67–13,28	<0,001	6,36	2,52–16,00	<0,001
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	0,93	0,51–1,68	0,81	–	–	–
≥ 65 vs. 18–44	1,25	0,63–2,48	0,52	–	–	–
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	0,93	0,53–1,63	0,80	–	–	–
Cita vs. latviešu	0,56	0,17–1,91	0,36	–	–	–
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	1,34	0,43–4,20	0,61	–	–	–
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	2,33	1,09–4,99	0,03	–	–	–
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	2,23	0,82–6,09	0,12	–	–	–
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	1,51	0,78–2,94	0,22	–	–	–
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis vs. precējies / ir partnerattiecības	3,28	1,19–9,01	0,02	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	2,56	1,24–5,32	0,01	–	–	–
Neprecējies vs. precējies / ir partnerattiecības	2,02	1,09–3,72	0,02	–	–	–

## 2.4. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	2,17	1,02–4,58	<b>0,04</b>	–	–	–
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	0,93	0,48–1,81	0,84	–	–	–
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	2,82	1,21–6,59	<b>0,02</b>	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	2,27	1,003–5,13	0,05	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,49	1,14–1,74	0,27	–	–	–
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	2,06	1,04–4,07	<b>0,04</b>	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,89	0,94–3,79	0,07	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,01	0,42–2,47	0,98	–	–	–
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	0,85	0,47–1,54	0,60	–	–	–
Pilsēta vs. lauki	0,49	0,25–0,98	<b>0,04</b>	–	–	–
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	0,35	0,12–1,03	0,06	–	–	–
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	0,64	0,28–1,45	0,28	–	–	–
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	1,50	0,82–2,74	0,19	–	–	–
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	0,94	0,42–2,14	0,89	–	–	–
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	1,17	0,55–2,52	0,68	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	0,76	0,33–1,72	0,51	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	0,89	0,46–1,71	0,72	–	–	–

## 2.4. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	3,05	1,55–6,01	<b>0,001</b>	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	0,70	0,22–2,18	0,54	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,29	0,69–2,41	0,43	–	–	–
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	3,32	0,89–12,41	0,07	–	–	–
1–2 reizes vs. nevienu	2,03	1,10–3,76	<b>0,02</b>	–	–	–
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	0,85	0,05–14,23	0,91	–	–	–
1–2 reizes vs. nevienu	2,61	1,34–5,07	<b>0,005</b>	–	–	–

OR<sup>a</sup> – nesamērota izredžu attiecība; aOR1<sup>b</sup> – samērota izredžu attiecība pirmajā modelī, samērots ar proksimālajiem faktoriem.

Hierarhiskās analīzes beigu modelī (sk. 2.5. tabulu) klīniski nozīmīgi depresijas simptomi vīriešu populācijā bija statistiski ticami saistīti ar pieciem proksimālajiem faktoriem: domas par pašnāvību; paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc *MINI* rezultātiem (vs. nav šo traucējumu, aOR 5,56 (95 % TI 2,51–12,34),  $p < 0,001$ ); asociālās personības traucējumi pēc *MINI* (vs. nav šo traucējumu, aOR 7,89 (95 % TI 2,63–23,62),  $p < 0,001$ ); ģeneralizētas trauksmes traucējumi pēc *GAD-7* skalas (vs. nav ģeneralizētas trauksmes, aOR 52,29 (95 % TI 15,84–172,66),  $p < 0,001$ ). Arī slikts / diezgan slikts veselības stāvokļa pašvērtējums (vs. labs un diezgan labs, aOR 29,76 (95 % TI 9,74–90,91),  $p < 0,001$ ) un vidējs veselības stāvokļa pašvērtējums (vs. labs un diezgan labs, aOR 7,53 (95 % TI 2,76–20,56),  $p < 0,001$ ) saglabāja statistiski nozīmīgo saistību ar lielāku depresijas izredžu attiecību vīriešiem.

No vidējā līmeņa faktoriem hierarhiskās analīzes trešajā modelī statistiski nozīmīgu saistību ar augstākajām klīniski nozīmīgas depresijas izredzēm nesaglabāja neviens no faktoriem.

No distālajiem faktoriem statistiski ticami ar mazāku klīniski nozīmīgas depresīvas simptomātikas izredžu attiecību ir saistīta vīriešu dzīvošana Latvijas pilsētās (vs. lauku reģionos, aOR 0,25 (95 % TI 0,09–0,67), p = 0,006).

2.5. tabula

Ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9*  $\geq 10$ ) asociētie faktori vīriešu populācijā hierarhiskās analīzes otrajā un trešajā modelī <sup>c,d</sup>

Neatkarīgās pazīmes	OR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	7,59	3,70–15,57	< 0,001	5,56	2,51–12,34	< 0,001
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Vismaiz viens pēc <i>MINI</i> noteikts neirotiskais traucējums</b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Psihotiski traucējumi un garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Patoloģiski pacilātā garstāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	7,28	3,02–17,52	< 0,001	7,89	2,63–23,62	< 0,001
<b>Ģeneralizētas trauksmes traucējumi pēc <i>GAD-7</i> skalas</b>						
Ja vs. nē	Nevar izrēķināt			52,29	15,84–172,66	< 0,001
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs	19,54	6,96–54,86	< 0,001	29,76	9,74–90,91	< 0,001
Vidējs vs. labs	1,81	0,75–4,36	0,19	7,53	2,76–20,56	< 0,001
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	0,83	0,31–2,19	0,70	–	–	–
$\geq 65$ vs. 18–44	0,65	0,10–4,34	0,65	–	–	–

2.5. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	0,67	0,33–1,33	0,25	–	–	–
Cita vs. latviešu	0,34	0,10–1,20	0,09	–	–	–
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	1,41	0,27–7,38	0,69	–	–	–
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	0,98	0,25–3,75	0,97	–	–	–
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	0,39	0,09–1,65	0,20	–	–	–
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	1,65	0,31–8,75	0,56	–	–	–
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis vs. precējies / ir partnerattiecības	2,23	0,76–6,54	0,14	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	1,05	0,40–2,74	0,93	–	–	–
Neprecējies vs. precējies / ir partnerattiecības	1,18	0,48–2,86	0,72	–	–	–
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	1,81	0,71–4,60	0,21	–	–	–
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	0,79	0,36–1,76	0,57	–	–	–
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,32	0,33–5,27	0,70	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,11	0,34–3,66	0,86	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,05	0,32–3,39	0,94	–	–	–



2.5. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,88	0,21–3,72	0,86	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,94	0,26–3,45	0,93	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,04	0,31–3,44	0,95	–	–	–
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	–	–	–	0,92	0,41–2,09	0,85
Pilsēta vs. lauki	–	–	–	0,25	0,09–0,67	<b>0,006</b>
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	0,20	0,03–1,14	0,07
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	0,97	0,33–2,87	0,96
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	0,58	0,24–1,40	0,23
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	0,66	0,23–1,87	0,43
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,83	0,23–2,93	0,77
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,53	0,14–1,92	0,33
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	1,54	0,58–4,08	0,38
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	1,64	0,53–5,05	0,39
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,30	0,04–1,63	0,15
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	1,19	0,50–2,85	0,70

## 2.5. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR2 <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR3 <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizes vs. nevienu	–	–	–	2,56	0,34–19,00	0,36
1–2 reizes vs. nevienu	–	–	–	0,84	0,30–2,40	0,75
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizes vs. nevienu	–	–	–	0,41	0,02–10,01	0,58
1–2 reizes vs. nevienu	–	–	–	1,71	0,55–5,32	0,35

aOR2<sup>c</sup> – samērota izredžu attiecība otrajā modelī, samērots ar proksimālajiem un vidējā līmeņa faktoriem; aOR3<sup>d</sup> – samērota izredžu attiecība trešajā modelī, samērots ar proksimālajiem, vidējā līmeņa un distālajiem faktoriem.

## 2.6 Ģeneralizētas trauksmes simptomu (*GAD-7* ≥ 10) prevalence vispārējā Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā

Ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu izplatība saskaņā ar *GAD-7* (≥ 10 punkti) Latvijas iedzīvotāju populācijā bija 3,9 % (95 % TI 3,2–4,6). Ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu punkta prevalence ir statistiski nozīmīgi augstāka sievietēm (4,9 % (95 % TI 3,8–5,9)) nekā vīriešiem (2,7 % (95 % TI 2,0–3,8)),  $p = 0,004$ . Starp vecuma grupām statistiski ticama atšķirība netika rasta ( $p = 0,6$ ). Detalizētāka ģeneralizētas trauksmes simptomu izplatība visās šajā pētījumā analizētajās neatkarīgo pazīmju grupās ir atspoguļota 2.6. tabulā.

2.6. tabula

### Ģeneralizētas trauksmes simptomu punkta prevalence dzimuma un neatkarīgo pazīmju grupās

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā abiem dzimumiem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Vecums</b>						
18–44 g. v.	30	5,5	18	3,0	48	4,2
45–64 g. v.	24	5,0	12	2,8	36	3,9
65 g. v. un vecāki	17	4,0	3	1,4	21	3,3

2.6. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā abiem dzimumiem	
	n	%	n	n	%	n
<b>Tautība</b>						
Latviešu	39	4,6	20	2,7	9	3,7
Krievu	26	5,5	11	2,7	37	4,2
Cita	6	4,4	3	3,1	59	3,9
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīva persona (bērna kopšanas atvaļinājumā, neapmaksāta persona ģimenes uzņēmumā)	9	4,9	2	2,9	11	4,3
Bezdarbnieks/-e	8	8,2	5	4,5	14	6,7
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona	4	8,5	4	6,8	8	7,6
Nestrādājošs pensionārs/-e	17	3,8	2	0,8	19	2,7
Strādājoša persona	34	5,1	19	2,5	53	3,7
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis/-e	17	5,0	1	2,0	18	4,6
Precējies/-usies, bet dzīvo šķirti / šķīries / šķīrusies	14	5,7	7	4,9	21	5,4
Neprecējies	11	4,9	11	3,5	22	4,1
Precējies / ir partnerattiecības	30	4,7	14	1,9	44	3,2
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata	7	18,4	0	0,0	7	12,7
Pamata	8	5,8	7	4,1	14	4,6
Vidējā / vidējā profesionālā	36	4,5	16	2,1	52	3,4
Augstākā	21	4,4	11	3,6	32	4,1
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR	14	5,4	10	4,8	24	5,2
251–400 EUR	23	4,5	12	3,8	35	4,3
401–600 EUR	17	6,3	0	0,0	17	3,4
601 EUR un vairāk	10	4,0	5	1,7	15	2,8
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR	17	6,3	10	4,5	27	5,5
251–400 EUR	27	5,6	5	2,2	32	4,5
401–600 EUR	10	3,7	3	1,6	14	3,1
601 EUR un vairāk	16	4,6	13	2,5	29	3,4

## 2.6. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā abiem dzimumiem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga	25	5,3	12	2,8	37	4,1
Pilsēta	25	4,7	8	1,9	33	3,5
Lauki	21	4,8	14	3,5	35	4,2
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
Nav nepilngadīgo bērnu	39	4,2	24	2,7	63	3,5
1 nepilngadīgais bērns	24	9,4	5	2,7	29	6,6
2 nepilngadīgie bērni	6	3,2	4	3,1	10	3,2
3 un vairāk nepilngadīgo bērnu	3	3,9	0	0,0	3	2,4
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri	30	8,7	24	4,1	54	5,8
Atmetis/-usi	9	5,1	4	1,6	13	3,1
Nekad nav smēķējis/-usi	33	3,6	6	1,5	39	2,9
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts vai diezgan slikts	23	13,9	12	11,2	35	12,9
Vidējs	29	5,0	15	3,4	44	4,3
Labs un diezgan labs	19	2,7	6	0,9	26	1,9
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes	28	7,5	2	1,0	30	5,2
3–4 reizes	21	6,4	10	4,2	31	5,5
1–2 reizes	17	3,1	8	1,7	25	2,5
Nav apmeklējis	6	2,9	13	4,0	19	3,6
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes	21	8,8	9	6,7	30	8,0
3–4 reizes	23	9,6	2	1,6	25	6,8
1–2 reizes	15	2,8	8	2,2	23	2,6
Nav apmeklējis	12	2,7	14	2,3	26	2,5
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizi	3	8,1	0	0,0	3	5,2
1–2 reizes	25	9,7	11	6,1	37	8,4
Nevienu	43	3,7	22	2,1	65	3,0
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizi	6	17,1	0	0,0	6	12,2
1–2 reizes	16	9,6	4	3,5	20	7,1
Nevienu	50	4,0	29	2,6	79	3,4

2.6. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	Sieviešu vidū		Vīriešu vidū		Kopā abiem dzimumiem	
	n	%	n	%	n	%
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc MINI rezultātiem</b>						
Ir	30	19,4	26	20,0	56	19,6
Nav	41	3,2	8	0,7	49	2,0
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc MINI</b>						
Ir	5	8,3	17	5,8	22	6,2
Nav	67	4,8	17	1,8	83	3,6
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc MINI</b>						
Ir	6	25,0	3	14,3	9	20,0
Nav	66	4,6	31	2,5	96	3,6
<b>Dziļas depresijas epizode pašlaik vai iepriekš dzīves laikā pēc MINI</b>						
Ir	23	18,1	12	18,5	35	18,2
Nav	48	3,6	22	1,9	70	2,8
<b>Vismaz viens pēc MINI noteikts ēšanas traucējums</b>						
Ir	2	15,4	1	12,5	3	14,3
Nav	69	4,8	33	2,7	102	3,8
<b>Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc MINI</b>						
Ir	12	13,8	3	3,9	15	9,1
Nav	60	4,4	31	2,7	90	3,6
<b>Patoloģiski pacilātā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc MINI</b>						
Ir	11	31,4	4	7,8	16	18,4
Nav	60	4,2	29	2,4	89	3,4
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc MINI</b>						
Ir	1	16,7	0	0,0	1	1,6
Nav	71	4,9	34	2,9	104	4,0
<b>Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc PHQ-9</b>						
Ir	44	39,3	24	40,0	68	39,8
Nav	28	2,1	9	0,8	37	1,5

## 2.7 Ģeneralizētas trauksmes simptomu (*GAD-7* $\geq 10$ ) asociētie faktori sieviešu populācijā

Lai detalizētāk novērtētu sociāldemogrāfisko un ar veselību saistīto faktoru iespējamās asociācijas ar ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomiem (*GAD-7*  $\geq 10$ ), tika veikta hierarhiska daudzfaktoru analīze, kas ietvēra trīs loģistiskās regresijas modeļus.

Pirmajā modelī tika analizēti proksimālie faktori jeb faktori, kuriem ir teorētiski patofizioloģiski ciešāka saikne ar ģeneralizētu trauksmi. Ņemot vērā jau iepriekš minēto dalītās iedzimtības konceptu (*shared heritability*) trauksmes traucējumiem ar citiem psihiskiem traucējumiem (Anttila et al., 2018; Wang, Snieder and Hartman, 2022) un riska gēnu pārklāšanos, visi pētījumā atklātie psihiskie traucējumi (pēc *MINI* intervijas vai *PHQ-9* skalas) tika iekļauti proksimālo faktoru grupā. Proksimālo faktoru grupā tika iekļauts arī respondentu veselības stāvokļa pašvērtējums, ņemot vērā gan trauksmes traucējumu, gan depresijas pierādīto saistību ar veselības stāvokļa pašvērtējumu (Kjeldsberg et al., 2022).

Otrajā modelī tika iekļauti vidējā līmeņa faktori: pamata sociāldemogrāfiskie faktori, kas, pēc starptautiskās literatūras datiem, ir biežāk pieminēti kā nozīmīgi ģeneralizētas trauksmes riska faktori. Vidējā līmeņa faktoru grupā tika iekļauts vecums, tautība, nodarbinātība, ģimenes stāvoklis, izglītības līmenis, personīgo ienākumu līmenis un ienākumu summa uz vienu ģimenes locekli. Ņemot vērā, ka starp vīriešiem ar konstatētu ģeneralizētu trauksmi nebija tādu respondentu, kas atbildētu, ka viņu ģimenēs ienākumi uz vienu ģimenes locekli mēnesī būtu “401–600 EUR” apmērā, turpmākajā analīzē ienākumu grupas uz vienu ģimenes locekli tika definētas atšķirīgi, salīdzinot ar regresijas analīzi par depresijas simptomiem. Šī neatkarīgā mainīgā grupas tika definētas šādi: “Līdz 250 EUR mēnesī”, “251–400 EUR mēnesī” un “401 EUR un vairāk mēnesī”.

Trešajā modelī tika veikta samērošana ar distālajiem faktoriem: apdzīvotās vietas tips, nepilngadīgo bērnu esamība, smēķēšanas pieredze un dažādu veselības pakalpojumu izmantošanas biežums (ģimenes ārsta un speciālistu apmeklējumi gada laikā, NMPD izsaukumi un hospitalizācija pēdējā gada laikā). Līdzīgi, starp vīriešiem ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem nebija tādu respondentu, kam būtu trīs un vairāk hospitalizācijas reižu gada laikā, un šis mainīgais gan sieviešu, gan vīriešu regresijas analīzē arī tika grupēts atšķirīgi no veida, kuru izmantoja depresijas simptomu regresijas analīzei: “nevienu reizi gada laikā” [nav hospitalizēts], “1 reizi gada laikā”, “2 un vairāk reizi gada laikā”. Savukārt, analizējot NMPD izsaukuma biežumu gada laikā, tika konstatēts, ka vīriešu vidū arī nebija trīs un vairāk izsaukumu, bet šis neatkarīgais mainīgais tika grupēts atšķirīgi (“nevienu reizi nav izsaukts NMPD” vs. “1 un vairāk reizi”) tikai vīriešu regresijas analīzē, jo sievietēm statistiski nozīmīgs bija tieši trīs un vairāk reizu NMPD izsaukuma biežums (vs. neviens) saistībā ar ģeneralizētu trauksmi, bet ne 1–2 reizu biežs NMPD izsaukums. Katrā nākamajā modelī tika atstātas tikai tās neatkarīgās pazīmes, kurām konstatēta statistiski ticama asociācija ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem, kas izteikta izredžu attiecībā.

Vienfaktora analīzes rezultāti atspoguļoti 2.7. tabulā. Pēc samērošanas pēc visām neatkarīgajām pazīmēm, kas tika iekļautas proksimālo traucējumu grupā, suicidālas domas un uzvedība pēc *MINI*, patoloģiski pacilātā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc *MINI* un klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc *PHQ-9* skalas saglabāja statistiski ticamas asociācijas ar lielākajām ģeneralizētas trauksmes izredžu attiecībām sieviešu populācijā (sk. 2.7. tabulu).

**Ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem (*GAD-7* ≥ 10) asociētie faktori  
sieviešu populācijā vienfaktora analizē un hierarhiskās analīzes  
pirmajā modelī<sup>a,b</sup>**

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	7,32	4,42–12,12	< 0,001	2,06	1,08–3,93	0,03
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	1,73	0,66–4,55	0,26	0,88	0,26–2,98	0,83
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	6,69	2,56–17,52	< 0,001	2,13	0,65–7,00	0,21
<b>Dziļas depresijas epizode pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	5,87	3,45–10,02	< 0,001	1,61	0,80–3,20	0,18
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	4,05	0,93–17,58	0,06	1,07	1,18–6,47	0,94
<b>Psihotiski traucējumi un garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	3,45	1,77–6,71	< 0,001	2,24	0,96–5,20	0,06
<b>Patoloģiski pacilatā garstāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	10,56	5,00–22,32	< 0,001	7,24	2,59–20,27	< 0,001
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	3,09	0,31–30,92	0,34	0,71	0,05–9,40	0,80
<b>Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc <i>PHQ-9</i> skalas</b>						
Ja vs. nē	30,28	17,75–51,68	< 0,001	17,66	9,22–33,84	< 0,001
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs	5,79	3,09–10,87	< 0,001	1,66	0,75–3,67	0,21
Vidējs vs. labs	1,85	1,03–3,32	0,04	1,11	0,56–2,21	0,76
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	0,89	0,51–1,54	0,68	–	–	–
≥ 65 vs. 18–44	0,72	0,39–1,32	0,29	–	–	–
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	1,20	0,72–1,99	0,48	–	–	–
Cita vs. latviešu	0,91	0,37–2,21	0,84	–	–	–



2.7. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	0,97	0,46–2,06	0,94	–	–	–
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	1,71	0,77–3,80	0,19	–	–	–
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	1,72	0,58–5,14	0,33	–	–	–
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	0,72	0,40–1,31	0,29	–	–	–
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis vs. precējies / ir partnerattiecības	1,09	0,60–2,01	0,77	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	1,19	0,62–2,30	0,60	–	–	–
Neprecējies vs. precējies / ir partnerattiecības	1,02	0,50–2,08	0,96	–	–	–
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	1,91	0,96–3,82	0,07	–	–	–
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	0,99	0,57–1,72	0,98	–	–	–
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 401 EUR un vairāk	1,06	0,55–2,05	0,87	–	–	–
251–400 EUR vs. 401 EUR un vairāk	0,87	0,49–1,54	0,63	–	–	–
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,44	0,72–2,91	0,30	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,23	0,65–2,33	0,52	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,82	0,37–1,83	0,63	–	–	–

2.7. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	1,11	0,61–2,00	0,74	–	–	–
Pilsēta vs. lauki	0,98	0,54–1,76	0,94	–	–	–
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	0,73	0,34–1,57	0,42	–	–	–
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	2,34	1,38–3,96	<b>0,002</b>	–	–	–
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	2,62	1,57–4,37	<b>&lt; 0,001</b>	–	–	–
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	1,45	0,68–3,12	0,34	–	–	–
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	2,70	1,09–6,68	<b>0,03</b>	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	2,32	0,92–5,88	0,08	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,06	0,41–2,74	0,91	–	–	–
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	3,40	1,65–6,97	<b>0,001</b>	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	3,68	1,81–7,48	<b>&lt; 0,001</b>	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,01	0,47–2,18	0,97	–	–	–
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
2 un vairāk reizi vs. nevienu	3,49	1,78–6,84	<b>&lt; 0,001</b>	–	–	–
1 reizi vs. nevienu	2,30	1,27–4,16	<b>0,006</b>	–	–	–
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizi vs. nevienu	4,85	1,92–12,30	<b>0,001</b>	–	–	–
1–2 reizes vs. nevienu	2,47	1,36–4,47	<b>0,003</b>	–	–	–

OR<sup>a</sup> – nesamērota izredžu attiecība; aOR1<sup>b</sup> – samērota izredžu attiecība pirmajā modelī, samērots ar proksimālajiem faktoriem.

Hierarhiskās analīzes beigu modelī (sk. 2.8. tabulu) ģeneralizētas trauksmes simptomi sieviešu populācijā bija saistīti ar trim proksimālajiem faktoriem: domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc *MINI* rezultātiem (vs. nav šo traucējumu, aOR 3,10 (95 % TI 1,57–

6,14),  $p = 0,001$ ); patoloģiski pacilātā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc *MINI* (vs. nav šo traucējumu, aOR 9,39 (95 % TI 2,96–29,76),  $p < 0,001$ ); klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc *PHQ-9* skalas (vs. nav depresijas, aOR 24,43 (95 % TI 12,46–47,88),  $p < 0,001$ ).

No vidējā līmeņa faktoriem hierarhiskās analīzes otrajā modelī pēc samērošanas pēc proksimālajiem un vidējā līmeņa faktoriem nestrādājošā pensionāra statuss bija statistiski ticami saistīts ar zemākajām ģeneralizētas trauksmes izredzēm (vs. strādājoša persona, aOR 0,18 (95 % TI 0,04–0,88),  $p = 0,03$ ), taču analīzes trešajā modelī šis faktors nesaglabāja statistiski nozīmīgu protektīvā faktora lomu.

No distālajiem faktoriem hierarhiskās analīzes trešajā modelī statistiski ticamu saistību ar augstākajām ģeneralizētas trauksmes izredzēm sieviešu populācijā saglabāja šādi faktori: viena nepilngadīga bērna esamība (vs. nav nepilngadīgo bērnu, aOR 3,63 (95 % TI 1,65–8,00),  $p = 0,001$ ), speciālistu apmeklējums 3–4 reizes pēdējā gada laikā (vs. nav apmeklējumu, aOR 4,39 (95 % TI 1,65–11,66),  $p = 0,003$ ) un  $\geq 5$  reizes gadā (vs. nav apmeklējumu gada laikā, aOR 3,24 (95 % TI 1,14–9,23),  $p = 0,03$ ), kā arī NMPD izsaukumi trīs un vairāk reizi pēdējā gada laikā (vs. nevienu reizi, aOR 4,21 (95 % TI 1,14–15,45),  $p = 0,03$ ).

2.8. tabula

**Ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem (*GAD-7*  $\geq 10$ ) asociētie faktori sievietēm populācijā hierarhiskās analīzes otrajā un trešajā modelī<sup>c,d</sup>**

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	2,60	1,25–5,40	<b>0,01</b>	3,10	1,57–6,14	<b>0,001</b>
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–

2.8. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Dzīlas depresijas epizode pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Psihotiski traucējumi un garstāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Patoloģiski pacīlātā garstāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	10,61	3,35–33,64	< 0,001	9,39	2,96–29,76	< 0,001
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc <i>PHQ-9</i> skalas</b>						
Ja vs. nē	38,95	19,25–78,79	< 0,001	24,43	12,46–47,88	< 0,001
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs	–	–	–	–	–	–
Vidējs vs. labs	–	–	–	–	–	–
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	0,43	0,18–1,03	0,06	–	–	–
≥ 65 vs. 18–44	0,92	0,18–4,69	0,92	–	–	–
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	0,92	0,46–1,81	0,80	–	–	–
Cita vs. latviešu	0,45	0,13–1,58	0,21	–	–	–
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	0,46	0,15–1,41	0,17	0,51	0,19–1,36	0,18
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	0,44	0,10–1,91	0,27	1,10	0,37–3,26	0,86
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	0,64	0,14–3,00	0,57	0,89	0,21–3,71	0,87
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	0,18	0,04–0,88	<b>0,03</b>	0,60	0,24–1,47	0,26

2.8. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis vs. precējies / ir partnerattiecības	1,62	0,56–4,71	0,37	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	1,96	0,74–5,16	0,17	–	–	–
Neprecējies vs. precējies / ir partnerattiecības	0,55	0,20–1,49	0,24	–	–	–
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	1,06	0,38–2,98	0,91	–	–	–
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	0,57	0,27–1,20	0,14	–	–	–
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 401 EUR un vairāk	0,86	0,31–2,36	0,76	–	–	–
251–400 EUR vs. 401 EUR un vairāk	0,74	0,27–2,03	0,56	–	–	–
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,81	0,48–6,83	0,38	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	2,78	0,89–8,67	0,08	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,58	0,56–4,43	0,39	–	–	–
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	–	–	–	0,65	0,30–1,39	0,27
Pilsēta vs. lauki	–	–	–	0,84	0,39–1,83	0,66
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	1,57	0,58–4,25	0,38
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	3,63	1,65–8,00	<b>0,001</b>
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	1,93	0,96–3,85	0,06
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	1,20	0,45–3,21	0,72

2.8. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,95	0,26–3,49	0,94
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	1,75	0,51–6,08	0,38
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	1,11	0,32–3,84	0,86
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	3,24	1,14–9,23	<b>0,03</b>
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	4,39	1,65–11,66	<b>0,003</b>
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	1,41	0,54–3,68	0,48
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	–	–	–	1,65	0,62–4,42	0,32
1–2 reizes vs. nevienu	–	–	–	2,13	0,97–4,65	0,06
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
3 un vairāk reizu vs. nevienu	–	–	–	4,21	1,14–15,45	<b>0,03</b>
1–2 reizes vs. nevienu	–	–	–	1,62	0,74–3,58	0,23

aOR<sup>c</sup> – samērota izredžu attiecība otrajā modelī, samērots ar proksimālajiem un vidējā līmeņa faktoriem; aOR<sup>d</sup> – samērota izredžu attiecība trešajā modelī, samērots ar proksimālajiem, vidējā līmeņa un distālajiem faktoriem.

## 2.8 Ģeneralizētas trauksmes simptomu (*GAD-7* ≥ 10) asociētie faktori vīriešu populācijā

Vienfaktora analīzes rezultāti **vīriešu populācijā** ir atspoguļoti 2.9. tabulā. Hierarhiskās analīzes pirmajā modelī pēc samērošanas pēc visiem proksimālajiem faktoriem statistiski ticami augstākas ģeneralizētas trauksmes simptomu izredžu attiecības bija vīriešiem ar domām par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanu un pašnāvniecisku uzvedību pēc *MINI* intervijas rezultātiem, kā arī vīriešiem ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem pēc *PHQ-9* pašvērtējuma skalas (sk. 2.9. tabulu). Ņemot vērā, ka pētījumā nebija tādu vīriešu, kam vienlaikus atklāta ģeneralizēta trauksme un antisociāli

personības traucējumi, ģeneralizētas trauksmes izredžu attiecības regresijas analīzē nav iespējams izrēķināt.

2.9. tabula

**Ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem (*GAD-7*  $\geq 10$ ) asociētie faktori vīriešu populācijā vienfaktora analīzē un hierarhiskās analīzes pirmajā modelī <sup>a,b</sup>**

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	34,20	15,04–77,77	< 0,001	12,88	4,63–35,83	< 0,001
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	3,40	1,71–6,79	0,001	1,98	0,69–5,69	0,20
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	6,37	1,77–22,97	0,005	4,49	0,73–27,49	0,10
<b>Dzīlas depresijas epizode pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	11,63	5,42–24,94	< 0,001	1,90	0,55–6,57	0,31
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	4,42	0,45–43,49	0,20	3,15	0,03–365,09	0,63
<b>Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	1,45	0,43–4,94	0,55	0,56	0,07–4,21	0,57
<b>Patoloģiski pacilatā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	3,65	1,27–10,49	0,01	0,70	0,14–3,55	0,67
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	Nevar izrēķināt					
<b>Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc <i>PHQ-9</i> skalas</b>						
Ja vs. nē	88,51	38,52–203,38	< 0,001	38,75	12,84–116,97	< 0,001
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs	14,02	5,18–37,94	< 0,001	1,71	0,41–7,10	0,46
Vidējs vs. labs	3,98	1,55–10,22	0,004	1,79	0,52–6,14	0,35
<b>Vidēja līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	0,93	0,44–1,94	0,84	–	–	–
$\geq 65$ vs. 18–44	0,50	0,15–1,64	0,26	–	–	–

2.9. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	1,02	0,48–2,15	0,96	–	–	–
Cita vs. latviešu	1,17	0,34–4,03	0,80	–	–	–
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	1,34	0,34–5,33	0,67	–	–	–
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	1,96	0,74–5,17	0,18	–	–	–
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	3,12	1,07–9,05	<b>0,04</b>	–	–	–
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	0,31	0,07–1,38	0,12	–	–	–
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis vs. precējies / ir partnerattiecības	0,72	0,06–7,97	0,79	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	2,67	1,07–6,66	<b>0,03</b>	–	–	–
Neprecējies vs. precējies / ir partnerattiecības	1,89	0,86–4,19	0,11	–	–	–
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	1,00	0,37–2,66	0,99	–	–	–
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	0,59	0,27–1,29	0,19	–	–	–
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 401 EUR un vairāk	4,84	1,67–14,03	<b>0,004</b>	–	–	–
251–400 EUR vs. 401 EUR un vairāk	3,71	1,32–10,43	<b>0,01</b>	–	–	–
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	1,78	0,77–4,14	0,18	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,95	0,35–2,63	0,93	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,74	0,22–2,45	0,62	–	–	–



2.9. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	OR <sup>a</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>b</sup>	95 % TI	p
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	0,76	0,34–1,68	0,49	–	–	–
Pilsēta vs. lauki	0,55	0,23–1,32	0,18	–	–	–
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	0,94	0,34–2,64	0,91	–	–	–
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	1,11	0,43–2,86	0,82	–	–	–
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	2,80	1,14–6,90	<b>0,02</b>	–	–	–
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	1,02	0,28–3,74	0,97	–	–	–
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	0,30	0,07–1,20	0,09	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,10	0,47–2,55	0,83	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	0,44	0,18–1,06	0,07	–	–	–
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	2,98	1,25–7,08	<b>0,01</b>	–	–	–
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	0,85	0,22–3,32	0,81	–	–	–
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	1,00	0,42–2,39	0,99	–	–	–
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
2 un vairāk reizi vs. nevienu	1,91	0,48–7,65	0,36	–	–	–
1 reizi vs. nevienu	3,09	1,40–6,81	<b>0,005</b>	–	–	–
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
Ir vs. nav	1,22	0,43–3,47	0,71	–	–	–

OR<sup>a</sup> – nesamērota izredžu attiecība; aOR1<sup>b</sup> – samērota izredžu attiecība pirmajā modelī, samērots ar proksimālajiem faktoriem.

Hierarhiskās analīzes beigu modelī (sk. 2.10. tabulu) ģeneralizētas trauksmes simptomi vīriešu populācijā bija nozīmīgi saistīti ar diviem proksimālajiem faktoriem: domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc *MINI* rezultātiem (vs. nav šo traucējumu,

aOR 14,73 (95 % TI 4,56–47,61),  $p < 0,001$ ) un klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc *PHQ-9* skalas (vs. nav klīniski nozīmīgas depresijas, aOR 130,28 (95 % TI 30,60–554,68),  $p < 0,001$ ).

No vidējā līmeņa faktoriem hierarhiskās analīzes beigu (trešajā modelī) sākumskolas / nepabeigta pamata vai pamata izglītība bija ticami saistīta ar zemākām ģeneralizētas trauksmes simptomu izredzēm (vs. augstākā izglītība, aOR 0,12 (95 % TI 0,02–0,79),  $p = 0,03$ ).

No distālajiem faktoriem hierarhiskās analīzes trešajā modelī statistiski ticamu saistību ar augstākām ģeneralizētas trauksmes izredzēm vīriešu populācijā saglabāja šādi faktori: tabakas un nikotīnu saturošo produktu smēķēšana epizodiski vai regulāri (vs. nekad nav smēķējis, aOR 6,77 (95 % TI 1,50–30,49),  $p = 0,01$ ) un ģimenes ārsta apmeklējums 3–4 reizes pēdējā gada laikā (vs. nav apmeklējumu gada laikā, aOR 6,49 (95 % TI 1,08–38,91),  $p = 0,04$ ).

2.10. tabula

**Ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem (*GAD-7*  $\geq 0$ ) asociētie faktori vīriešu populācijā hierarhiskās analīzes otrajā un trešajā modelī<sup>c,d</sup>**

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēc <i>MINI</i> rezultātiem</b>						
Jā vs. nē	22,33	4,96–100,47	< 0,001	14,73	4,56–47,61	< 0,001
<b>Alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Apreibinošo vielu (ne-alkohola) lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Dzīlas depresijas epizode pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Vismaz viens pēc <i>MINI</i> noteikts ēšanas traucējums</b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–

## 2.10. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Proksimālie faktori</b>						
<b>Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Patoloģiski pacilātā garastāvokļa sindromi vai simptomi intervijas laikā vai dzīves laikā pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Antisociāli personības traucējumi pēc <i>MINI</i></b>						
Jā vs. nē	–	–	–	–	–	–
<b>Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi pēc <i>PHQ-9</i> skalas</b>						
Ja vs. nē	103,80	24,04–448,24	< 0,001	130,28	30,60–554,68	< 0,001
<b>Veselības stāvokļa pašvērtējums</b>						
Slikts un diezgan slikts vs. labs	–	–	–	–	–	–
Vidējs vs. labs	–	–	–	–	–	–
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Vecums</b>						
45–64 vs. 18–44	1,07	0,19–5,99	0,94	–	–	–
≥ 65 vs. 18–44	3,83	0,07–212,48	0,51	–	–	–
<b>Tautība</b>						
Krievu vs. latviešu	1,66	0,38–7,26	0,50	–	–	–
Cita vs. latviešu	3,83	0,52–28,45	0,19	–	–	–
<b>Nodarbinātība</b>						
Ekonomiski neaktīvs vs. strādājoša persona	7,06	0,41–120,88	0,18	–	–	–
Bezdarbnieks vs. strādājoša persona	0,74	0,08–6,47	0,79	–	–	–
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona vs. strādājoša persona	3,88	0,40–37,56	0,24	–	–	–
Nestrādājošs pensionārs vs. strādājoša persona	0,08	0,001–5,80	0,24	–	–	–

2.10. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Vidējā līmeņa faktori</b>						
<b>Ģimenes stāvoklis</b>						
Atraitnis vs. precējies / ir partnerattiecības	0,27	0,01–12,48	0,50	–	–	–
Precējies, bet dzīvo šķirti / šķīries vs. precējies / ir partnerattiecības	0,94	0,11–7,74	0,96	–	–	–
Neprecējies vs. precējies / ir partnerattiecības	1,26	0,20–7,95	0,81	–	–	–
<b>Augstākā iegūtā izglītība</b>						
Sākumskola / nepabeigta pamata / pamata vs. augstākā	1,0	0,01–0,88	<b>0,04</b>	0,12	0,02–0,79	<b>0,03</b>
Vidējā / vidējā profesionālā vs. augstākā	0,42	0,10–1,82	0,24	0,42	0,10–1,81	0,24
<b>Ienākumi mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu ģimenes locekli</b>						
Līdz 250 EUR vs. 401 EUR un vairāk	6,73	0,64–70,68	0,11	–	–	–
251–400 EUR vs. 401 EUR un vairāk	3,92	0,65–23,74	0,14	–	–	–
<b>Respondentu personīgie ienākumi pēc nodokļu nomaksas</b>						
Līdz 250 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,22	0,01–3,33	0,27	–	–	–
251–400 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,73	0,07–7,69	0,79	–	–	–
401–600 EUR vs. 601 EUR un vairāk	0,84	0,06–12,09	0,90	–	–	–
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Apdzīvotas vietas tips</b>						
Rīga vs. lauki	–	–	–	0,43	0,12–1,53	0,19
Pilsēta vs. lauki	–	–	–	0,73	0,19–2,88	0,66
<b>Bērni vecumā līdz 18 gadiem</b>						
2 un vairāk vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	4,34	0,79–23,74	0,09
1 bērns vs. nav nepilngadīgo bērnu	–	–	–	2,83	0,65–12,67	0,16
<b>Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas pieredze dzīves laikā</b>						
Smēķē šad tad vai regulāri vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	6,77	1,50–30,49	<b>0,01</b>
Atmetis vs. nekad nav smēķējis	–	–	–	3,19	0,56–18,12	0,19

2.10. tabulas turpinājums

Neatkarīgās pazīmes	aOR <sup>c</sup>	95 % TI	p	aOR <sup>d</sup>	95 % TI	p
<b>Distālie faktori</b>						
<b>Ģimenes ārsta apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,15	0,01–1,45	0,10
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	6,49	1,08–38,91	<b>0,04</b>
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,88	0,20–3,78	0,86
<b>Ārstu speciālistu apmeklējumi pēdējā gada laikā</b>						
≥ 5 reizes vs. nav apmeklējis	–	–	–	2,80	0,56–14,02	0,21
3–4 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,32	0,03–3,57	0,35
1–2 reizes gadā vs. nav apmeklējis	–	–	–	0,44	0,11–1,80	0,26
<b>Hospitalizācija pēdējā gada laikā</b>						
2 un vairāk reizi vs. nevienu	–	–	–	0,96	0,09–10,32	0,97
1 reizi vs. nevienu	–	–	–	4,05	0,95–17,30	0,06
<b>NMPD izsaukumi pēdējā gada laikā</b>						
Ir vs. nav bijuši	–	–	–	0,38	0,06–2,57	0,32

aOR<sup>2c</sup> – samērota izredžu attiecība otrajā modelī, samērots ar proksimālajiem un vidējā līmeņa faktoriem; aOR<sup>3d</sup> – samērota izredžu attiecība trešajā modelī, samērots ar proksimālajiem, vidējā līmeņa un distālajiem faktoriem.

### 3. Diskusija

#### 3.1. Klīniski nozīmīgo depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu izplatība vispārējā populācijā

Šī promocijas darba pētījums sniedz jaunāko informāciju par depresijas punkta prevalenci Latvijā, kas nebija noteikta vairāk nekā 10 gadus, un papildina to ar padziļinātu un detalizētu ar šo traucējumu saistīto sociāldemogrāfisko faktoru analīzi. Viens no galvenajiem labas pētniecības principiem ir atkārtojamība, kas nozīmē, ka pētījuma rezultātus var apstiprināt, atkārtojot pētījumu ar tādu pašu vai līdzīgu metodoloģiju (Reproducibility and Replicability in Science, 2019). Līdz ar to aktuālā pētījuma, kas tika veikts populācijas reprezentatīvajā iedzīvotāju izlasē, rezultātus var salīdzināt ar iepriekšējiem epidemioloģiskajiem pētījumiem, kas realizēti ar līdzīgu metodoloģiju.

Konstatētā depresijas punkta prevalence (6,4 %) atbilst citu Eiropas valstu ziņotajam kopējam depresīvo traucējumu punkta prevalences rādītājam (6,38 %) (Arias de la Torre et al., 2021) un Latvijā iepriekš veiktā epidemioloģiskā pētījuma rezultātiem, kur konstatētā depresijas punkta prevalence bija 6,7 % (Rancāns et al., 2014). Depresijas kopējais agregētais punkta prevalences rādītājs no metaanalīzē apkopotajiem 68 pētījumiem (19 no tiem veikti Eiropā) ir 12,9 % (Lim et al., 2018) – augstāks, salīdzinot ar mūsu rezultātiem, tomēr, kā secināts iepriekš minētajā metaanalīzē, starp ziņotajiem rezultātiem ir liela heterogenitāte: statistiski nozīmīgas atšķirības prevalences rādītājos bija atrastas atkarībā no izmantotajiem instrumentiem, pētījuma valsts tautas attīstības indeksa un publicēšanas gada.

Nav datu par trauksmes izplatību Latvijas iedzīvotāju vidū, jo līdz šim nav veikts trauksmes simptomu vai ģeneralizētas trauksmes traucējumu skrīnings vispārējā iedzīvotāju populācijā. Aktuālais pētījums sniedz informāciju par klīniski nozīmīgas trauksmes un ģeneralizētas trauksmes traucējumu

simptomu punkta prevalenci Latvijā, kā arī padziļinātu analīzi par saistītajiem dzimuma specifiskiem sociāldemogrāfiskajiem un ar veselību saistītiem faktoriem. Vienīgie Latvijas dati par ģeneralizētas trauksmes traucējumu izplatību primārās aprūpes iestāžu pacientiem tika publicēti 2018. gadā (Ivanovs et al., 2018). Konstatētā ģeneralizētas trauksmes traucējumu punkta prevalence primārās veselības aprūpes iestāžu pacientu populācijā, pēc *GAD-7* skrīninga rezultātiem, bija 10,1 %, taču, ņemot vērā pierādīto augstāku ģeneralizētas trauksmes izplatību primārās aprūpes pacientiem (Roy-Byrne and Wagner, 2004), šo rezultātu nevar ekstrapolēt uz Latvijas vispārējo iedzīvotāju populāciju. Citā Latvijas pētījumā, kas publicēts 2022. gadā, interneta aptaujā tika novērtēta trauksme vispārējā populācijā ārkārtas stāvokļa Covid-19 laikā. Saskaņā ar iegūtajiem rezultātiem 15,2 % dalībnieku tika konstatēta nozīmīga trauksme, bet, tā kā trauksme tika novērtēta ārkārtas pandēmijas stāvokļa laikā, arī šo rezultātu nevar ekstrapolēt uz vispārējo populāciju parastajos apstākļos (Vrublevska, Perepjolkina et al., 2022). Turklāt tika izmantota atšķirīga metodoloģiskā pieeja (tiešsaistes aptauja) un diagnostiskais instruments (*State-Trait Anxiety Inventory*), un abu pētījumu iegūtos datus nevar precīzi salīdzināt.

Promocijas darbā konstatētā ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu punkta prevalence (3,9 %) atbilst publicētajiem datiem par zemsliedzīgo ģeneralizētas trauksmes traucējumu vidējo izplatību vispārējā populācijā (4,4 %) saskaņā ar sistemātisku epidemioloģisko pētījumu pārskatu Eiropā un Ziemeļamerikā (Haller et al., 2014). Mūsu rezultāts ir nedaudz zemāks, salīdzinot ar Ķīnas *Yu et al.* autoru kolektīva šķēsgriezuma pētījumu, veiktu pēc līdzīgas metodoloģijas, kur konstatētā ģeneralizētas trauksmes traucējumu punkta prevalence vispārējā iedzīvotāju populācijā ir 5,3 % (Yu, S. Singh et al., 2018).

### **3.2. Klīniski nozīmīgo depresijas un ģeneralizētas trauksmes simptomu izplatības atšķirības starp dzimumiem**

Saskaņā ar pētījumā iegūtajiem datiem depresija bija ievērojami biežāk sastopama sievietēm nekā vīriešiem. Turklāt, samērojot pēc visām 10 analizētajām sociāli demogrāfiskajām pazīmēm, sievietes dzimums joprojām bija būtiski saistīts ar lielākām depresijas simptomu izredzēm attiecībā. Līdzīgi secinājumi tika izdarīti neseno publicētā populācijas pētījumā, kurā tika analizēti respondentu no 27 Eiropas valstīm dati (Arias de la Torre et al., 2021). Pētījuma autori konstatēja līdzīgu tendenci: depresijas prevalence bija lielāka sievietēm (7,74 %) nekā vīriešiem (4,89 %), un visās iekļautajās valstīs, izņemot Somiju un Horvātiju, bija līdzīgas dzimumu atšķirības. Iepriekšējā pētījumā, kas tika veikts Latvijā, depresijas izredžu attiecība sievietēm bija divreiz augstāka nekā vīriešiem (Rancāns et al., 2014).

Pētījumā konstatēts, ka arī ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomi ievērojami biežāk sastopami sievietēm: šāda tendence ir novērota arī citos epidemioloģiskos pētījumos vispārējā populācijā (McLean et al., 2011). Bet, piemēram, primārās aprūpes iestāžu pacientu vidū Apvienotajā Karalistē trauksmes izplatība sievietēm bija gandrīz divreiz lielāka nekā vīriešiem (Martín-Merino et al., 2009).

### **3.3. Universālie abiem dzimumiem raksturīgie ģeneralizētas trauksmes un depresijas simptomu asociētie faktori**

Aktuālajā pētījumā vienīgais faktors, kas bija statistiski ticami asociēts gan ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem, gan ģeneralizētas trauksmes simptomiem sievietēm un vīriešiem populācijā, bija pēc *MINI* intervijas noteikta suicidalitāte – pašnāvnieciska uzvedība, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvības domas. Pašnāvības un pašnāvnieciska uzvedība ir būtiska un aktuāla problēma visā pasaulē: katru gadu aptuveni 700 000 cilvēku mirst no pašnāvības. Tas ir



ceturtais galvenais 15–29 gadus vecu cilvēku nāves cēlonis visā pasaulē. Pēc PVO datiem, 2019. gadā 703 000 cilvēku ir izdarījuši pašnāvību. Globālais vecuma standartizētais pašnāvību rādītājs 2019. gadā pasaulē bija 9,0 uz 100 000 iedzīvotāju. Šis rādītājs svārstījās no mazāk nekā diviem pašnāvību izraisītiem nāves gadījumiem uz 100 000 līdz vairāk nekā 80 uz 100 000 iedzīvotāju atkarībā no valsts. Mūsu valstī vecuma standartizētais pašnāvību skaits ir 16,1 uz 100 000 cilvēku, kas ir augstāks rādītājs, nekā pasaulē un Eiropā (10,5 uz 100 000) (World Health Organization, 2021).

Pasaules literatūrā ir dati, ka lielākā daļa personu, kas vēlāk izdarīja pašnāvību, 12 mēnešu laikā pirms nāves ir apmeklējušas ārstu vai psihiskās veselības aprūpes speciālistu (Luoma, Martin and Pearson, 2002). Tas izceļ nepieciešamību pēc veselības aprūpes speciālistu apmācībām un algoritmu izstrādes, kas sekmētu veselības aprūpes sistēmas darbinieku spēju identificēt riska grupas cilvēkus. Depresija, tāpat kā vielu lietošanas traucējumi un psihotiski traucējumi, ir labi izpētīts un zināms pašnāvību riska faktors (Bertolote et al., 2004; Darvishi et al., 2015; Ferrari et al., 2013), taču trauksmes traucējumi un ģeneralizēta trauksme pasaules literatūrā salīdzinoši retāk tiek minēti kā pašnāvību riska indikatori. Pēc pieejamiem datiem, pašnāvības, kas asociētas ar trauksmes traucējumiem, bija 6 % ambulatoro pacientu populācijā (Bertolote et al., 2004). Savukārt, pēc iepriekšējā 2015. gadā veiktā Latvijas primārās aprūpes pacientu pētījuma, jebkura trauksmes traucējuma esamība statistiski ticami paaugstināja suicidalitātes izredzes primārās aprūpes iestāžu pacientu populācijā (Renemane, Kivite-Urtane and Rancans, 2021).

Gan sievietēm, gan vīriešu populācijā klīniski nozīmīgie depresijas simptomi, pēc *PHQ-9* rezultātiem, paaugstināja ģeneralizētas trauksmes izredzes, un pretēji: ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu esamība paaugstināja klīniski nozīmīgās depresijas izredžu attiecības. Tas atbilst pasaules literatūras datiem par šo traucējumu ciešo etiopatogēnētisko saikni un biežu

komorbiditāti (Saha et al., 2021). Pacientiem ar smagas depresijas epizodi līdzās pastāvošie trauksmes simptomi (jeb “trauksmaini depresīvi stāvokļi”) pastiprina depresijas izpausmes smagumu, pasliktina funkcionālos traucējumus, dzīves kvalitāti un palielina ekonomisko slogu (Culpepper, 2016). Ņemot vērā šķērsgriezuma pētījuma dizainu, mēs nevaram pārlicinoši secināt par kauzalitāti un precizēt, vai suicidalitāte sekmē depresijas un ģeneralizētas trauksmes attīstību vai pretēji. No praktiskā veselības aprūpes speciālista darba skatpunkta būtu jāņem vērā, ka Latvijas vispārējā iedzīvotāju populācijā ir pierādīts: pašnāvnieciska uzvedība, klīniski nozīmīga depresija un ģeneralizētas trauksmes simptomi ir trīs psihiskie traucējumi, kas statistiski ticami asociējas savā starpā abu dzimumu gadījumā, bet īpaši vīriešu populācijā konstatētā pašnāvnieciskā uzvedība vai domas bija saistītas ar augstākām depresijas izredžu attiecībām, nekā sievietēm (aOR 5,56 vs. 3,86), un nozīmīgi augstākām ģeneralizētas trauksmes simptomu izredžu attiecībām (aOR 14,73 vs. 3,10).

Īpaši jāizceļ, ka vīriešiem ar ģeneralizētas trauksmes traucējumiem 72,2 % respondentu vienlaikus bijusi arī depresija (aOR 130,28), bet sievietēm šī saistība bija nedaudz mazāka: 61,1 % sieviešu ar ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomiem vienlaikus konstatēti arī depresijas simptomi (klīniski nozīmīgas depresijas aOR 24,43). Nesenā pētījumu metaanalīze pierādīja, ka sievietēm ir lielāks pašnāvības (ne-fatālo) mēģinājumu risks (OR 1,96), bet vīriešiem – pašnāvības nāves risks (HR 2,50) (Miranda-Mendizabal et al., 2019). Mūsu pētījumā iegūtie dati jāinterpretē uzmanīgi, ņemot vērā ļoti plašu ticamības intervālu depresijas izredžu attiecībām vīriešu populācijā saistībā ar ģeneralizētu trauksmi, bet nākamajos pētījumos ir vērts pārbaudīt hipotēzi, ka tieši ģeneralizētas trauksmes simptomi ir vairāk saistīti ar suicidālu uzvedību vīriešiem un sasprindzinājuma, nervozitātes, bažīguma un trauksmes simptomi varētu kalpot kā labāks indikators savlaicīgai vīriešu suicidalitātes riska atpazīšanai. Līdz ar to speciālistiem jābūt atbilstoši trenētiem, īpašu uzmanību

pievēršot trauksmes, nervozitātes, sasprindzinājuma simptomiem vīriešiem, kas var būt priekšplānā, noslēpjot depresijas simptomus, un var būt priekšvēstnesis suicidalitātei.

### **3.4. Abiem dzimumiem raksturīgais depresijas simptomu asociētais faktors**

Arī divos iepriekšējos Latvijas epidemioloģiskajos pētījumos (Rancāns et al., 2014; Vrublevska et al., 2017) tika konstatēts, ka slikts veselības stāvoklis ir prediktīvs depresijas faktors. Mūsu pētījumā slikts subjektīvs veselības stāvokļa pašvērtējums bija saistīts ar pašreizējiem klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem abiem dzimumiem, bet vīriešiem tas bija saistīts ar 29,76 reizes lielākām depresijas izredzēm salīdzinājumā ar subjektīvi veselīgiem vīriešiem. Interpretējot šos rezultātus, jāņem vērā, ka aplēsto izredžu ticamības intervāls bija diezgan plašs. Tā kā vīriešu respondentu skaits grupā ar labu pašnovērtēto veselību ir neliels ( $n = 8$ ), tika veikti vairāki alternatīvi loģistiskās regresijas aprēķini, apvienojot grupās respondentus ar labu / vidēju veselības pašvērtējumu salīdzinājumam ar respondentiem, kam bija slikts pašvērtējums, un respondentus ar vidēju un sliktu pašvērtējumu salīdzinājumam ar respondentiem, kam veselības stāvokļa vērtējums bija labs, taču visos alternatīvajos aprēķinos aplēsto izredžu ticamības intervāls palika plašs, kas liecina, ka nevar izdarīt kategoriskus secinājumus par pašnovērtētās veselības nozīmi vīriešiem un ka ir nepieciešama papildu informācija.

Tajā pašā laikā sievietēm šī saistība bija mazāka un slikts subjektīvi vērtētais veselības stāvoklis palielināja depresijas izredzes tikai 7,38 reizes ar parasto ticamības intervālu. Pētījuma šķērsriezuma dizaina dēļ nevar izdarīt secinājumus par cēloņsakarību vai skaidri secināt, kurš savstarpējo asociāciju modelis starp depresiju un sliktu veselības vērtējumu ir dominējošs. Saskaņā ar pieejamiem pētījumiem personām ar fiziskām slimībām un sliktu veselības

pašvērtējumu ir lielāks depresijas risks (Rantanen et al., 2019), taču depresija *per se* var pasliktināt arī subjektīvo veselības vērtējumu zema pašvērtējuma un nomākta garastāvokļa dēļ, kas ir galvenie smagās depresijas simptomi. Turklāt objektīvi esoši somatiski traucējumi palielina depresijas risku, kas savukārt palielina šo somatisko traucējumu hroniskās norises iespējamību un pasliktina to norisi (Moussavi et al., 2007).

### **3.5. Abiem dzimumiem raksturīgais ģeneralizētas trauksmes simptomu asociētais faktors**

Gan vīriešu, gan sieviešu populācijā ģeneralizētas trauksmes simptomi bija saistīti ar biežāku veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu. Vīriešu populācijā augstākas ģeneralizētas trauksmes izredzes bija cilvēku grupā ar **ģimenes ārsta apmeklējumu** 3–4 reizes pēdējā gada laikā, savukārt saviešu vidū lielākas ģeneralizētas trauksmes izredžu attiecības atrastas cilvēku grupā ar trim un vairāk NMPD izsaukuma reizēm pēdējā gada laikā, kā arī speciālistu biežāku apmeklējumu. Sieviešu grupā ar speciālistu apmeklējumiem 3–4 reizes pēdējā gada laikā depresijas samērotas izredžu attiecības bija 4,39, savukārt sieviešu grupā ar pieciem un vairāk speciālistu apmeklējumiem – 3,24.

Vācijā *Berger et al.* konstatēja, ka pacienti ar ģeneralizētu trauksmi gada laikā bija ievērojami biežāk vērsušies pie ģimenes ārsta un speciālistiem, nekā atbilstošā kontroles grupa. Cilvēki ar ģeneralizētas trauksmes traucējumiem biežāk bija konsultējušies ar ģimenes ārstu saistībā ar miega traucējumiem, gremošanas sistēmas traucējumiem un vielu lietošanas traucējumiem, nevis trauksmes simptomiem (Berger et al., 2009). Arī citos pētījumos apstiprinās, ka personas ar ģeneralizētas trauksmes traucējumiem biežāk vērsas primārajā aprūpē ar sūdzībām par somatiskām slimībām un simptomiem, sāpēm un miega traucējumiem, nekā ar sūdzībām par trauksmi (Wittchen et al., 2002).

Yu et al. Ķīnā veica šķērsgriezuma pētījumu, kurā pētīja ģeneralizētas trauksmes saistību (*GAD-7* rezultāts  $\geq 10$ ) ar pašiņoto veselības aprūpes izmantošanu pēdējo sešu mēnešu laikā. Respondenti ar ģeneralizētas trauksmes traucējumiem (5,3 % no izlases) ziņoja par ievērojami zemāku ar veselību saistīto dzīves kvalitāti un lielāku veselības aprūpes izmantošanu, nekā kontrolgrupas respondenti: lielāks bija kopējais veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju apmeklējumu skaits, neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukumu un hospitalizāciju skaits (Yu, S. S. Singh et al., 2018).

Lai gan Wittchen et al. jau 2002. gadā konstatēja saistību starp depresiju un ģeneralizētu trauksmi ar augstiem primārās aprūpes izmantošanas rādītājiem, jāizceļ, ka šajā pētījumā arī tika konstatēts, ka laboratorisko izmeklējumu pieprasījumi, recepšu atjaunošanas un kontroles / pārbaudes apmeklējumi bija retāki primārās aprūpes pacientiem ar ģeneralizētu trauksmi salīdzinājumā ar citiem primārās aprūpes pacientiem. Šo atradi ir riskanti interpretēt viennozīmīgi, bet tas varētu liecināt: lai gan personas ar ģeneralizētu trauksmi biežāk ierodas uz pirmajām vizītēm pie ārstiem, tām ir mazāka tendence iesaistīties papildu testēšanā, medikamentu lietošanā vai kontroles apmeklējumos. Tas varētu liecināt arī par to, ka ģeneralizēta trauksme var būt saistīta ar augstu, bet ne obligāti regulāru veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas biežumu (Wittchen et al., 2002). Spekulatīvi, bet tas izskaidrotu to, kāpēc, pēc mūsu pētījuma rezultātiem, vīriešiem ģimenes ārsta apmeklējumu biežums tieši 3–4 reizes gadā ir asociēts ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem, bet biežums  $\geq 5$  reizes gadā nav. Nākamajos Latvijas pētījumos ar mērķi iegūt precīzākus datus pacientu aptaujās var iekļaut rādītājus un jautājumus, kas ļautu izsekot, cik regulāri un konsekventi pacienti ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem apmeklē ģimenes ārstus un speciālistus.

Mūsu pētījumā sievietēm ģeneralizētas trauksmes simptomi bija asociēti tieši ar *ārstu speciālistu apmeklējumiem*, kas varētu liecināt, ka sievietēm Latvijā ģeneralizēta trauksme manifestējas vairāk ar somatiskiem simptomiem, kuru izskaidrojumu sievietes meklē pie speciālistiem. Šo pieņēmumu var netieši apstiprināt fakts, ka sievietes vairāk pakļautas somatizācijas reakcijām un somatisko simptomu traucējumi (*somatic symptom disorder*) viņām konstatēti 10 reizes biežāk (Kurlansik and Maffei, 2016).

### **3.6. Depresijas simptomu asociētie faktori sieviešu populācijā**

Hierarhiskās analīzes beigu modelī *ekonomiski neaktīvs stāvoklis* saglabāja savu statistiski ticamo asociāciju ar lielāku depresijas simptomu izredžu attiecību tieši sieviešu populācijā. Dati no ārzemju pētījumiem liecina, ka depresijas risks ir divreiz lielāks ekonomiski neaktīvo jauniešu vidū (Sellström, Bremberg and O'Campo, 2011), taču aktuālajā pētījumā īpaši iezīmējās fakts, ka ekonomiskā neaktivitāte (dekrēta atvaļinājums, neapmaksāts darbs ģimenes uzņēmumā) bija saistāma ar depresijas simptomiem tieši sievietēm. Iespējams, ka ekonomiski neaktīvās sievietes ir īpaši neaizsargātas pret hronisku distresu un negatīviem dzīves notikumiem finansiālās atkarības, ierobežotu lēmumu pieņemšanas iespēju, nedrošības par mājokļa īpašuma tiesībām un mazāka sociālā atbalsta dēļ. Aktuālajā pētījumā konstatēts, ka depresija sievietēm nav saistīta ar ekonomiskām problēmām kopumā (piemēram, personīgo ienākumu līmeni vai ienākumu līmeni ģimenē), bet konkrēti ar ekonomisko neaktivitāti (nespēju aktīvi pelnīt naudu). Iepriekš Latvijā nav veikti pētījumi par finansiālās atkarības līmeni vai patriarhālās attiecību formas elementiem ģimenēs, taču teorētiskais pieņēmums var būt šāds: finansiālā atkarība ekonomiskās neaktivitātes periodos ir būtisks psihiskās veselības problēmu attīstības izraisītājfaktors. Piemēram, nesēnā pētījumā Covid-19 pandēmijas laikā Amerikas Savienotajās Valstīs tika konstatēts, ka to sieviešu

īpatsvars, kuras grūtniecības un dzemdību atvaļinājuma laikā piedzīvoja vismaz vienu no ekonomiskās vardarbības veidiem, bija diezgan liels (aptuveni 65 %) (Johnson, 2021).

***Apreibinošo (ne-alkohola) vielu lietošanas traucējumi:*** iepriekš pētījumos ir aprakstīts, ka lielāks risks sākt lietot nelegālās narkotikas novērošanas periodā ir personām, kurām līdz sākotnējam novērtējumam ir bijusi smaga depresija (Swendsen et al., 2010). No epidemioloģiskajiem pētījumiem un attīstības psihopatoloģijas pētījumiem ir skaidrs, ka vielu lietošanas traucējumi kopumā ir daudz biežāk sastopami vīriešiem, nekā sievietēm (McHugh et al., 2018). PVO pasaules garīgās veselības aptaujās, kopumā apvienojot un koriģējot pēc neatkarīgiem mainīgiem, sievietēm bija no 3 līdz 5 reizēm mazāka iespēja lietot alkoholu, kokaīnu, marihuānu un tabaku. Tomēr pētījumā vienlaikus konstatēja, ka atšķirības starp dzimumiem alkohola, marihuānas un kokaīna lietošanā pēdējā laikā aizvien samazinās (Degenhardt et al., 2008). Tas, ka dzimumu atšķirības dažādās valstīs ir atšķirīgas un ar laiku samazinās, varētu liecināt, ka dzimumu atšķirības ietekmē sociālie un kultūras faktori.

Nesenajā Amerikas Savienoto Valstu nacionāli reprezentatīvajā populācijas pētījumā pierādīts, ka sievietēm ar unipolāro depresiju un / vai trauksmes traucējumiem biežāk nekā sievietēm bez depresijas vai trauksmes traucējumiem ir izplatīti apreibinošo vielu lietošanas traucējumi (Zhou et al., 2019). Mūsu pētījumā specifiski Latvijas vispārējā iedzīvotāju populācijā tika atklāta statistiski nozīmīga apreibinošo vielu lietošanas traucējumu asociācija ar depresiju tieši sievietēm. Tā kā pasaules pētījumi liecina, ka cilvēkiem ar depresiju un komorbīdi esošiem vielu lietošanas traucējumiem ir mazākas iespējas saņemt nepieciešamo ārstēšanu (Han, Olfson and Mojtabai, 2017), Latvijas apstākļos īpaša uzmanība jāpievērš sievietēm ar apreibinošo vielu

lietošanas traucējumiem, lai atpazītu un laikus ārstētu iespējamus pavadošos depresijas traucējumus.

*Vismaz viens pēc MINI intervijas noteiktais ēšanas traucējums* (neirotiskā anoreksija, bulīmija vai kompulsīvi pārēšanās traucējumi) palielināja depresijas izredzes sievietēm. Aktuālā pētījuma rezultāti saskan ar pasaules literatūras datiem par depresijas un ēšanas traucējumu saistību. Pētījumā, kurā piedalījās 15 līdz 25 gadus vecas sievietes, tika konstatēts, ka personām, kurām dzīves laikā ir bijuši unipolāri depresīvi traucējumi vai trauksmes traucējumi, ir četras reizes lielāka varbūtība, ka viņām dzīves laikā būs ēšanas traucējumi (Garcia et al., 2020). Ņemot vērā faktu, ka komorbīdie depresijas un trauksmes simptomi ēšanas traucējumu gadījumā liecina par lielāku simptomu smagumu, sliktāku prognozi un iznākumu, īpaši jaunām sievietēm (Brand-Gothelf et al., 2014), ir svarīgi izglītot veselības aprūpes profesionāļus par šo traucējumu saistību īpaši sieviešu populācijā un sekmēt abu spektru traucējumu laikus atpazīšanu.

Nākamais konstatētais depresijas izredzes paaugstinošais faktors sieviešu vidū bija *“cita” (minoritāšu) tautība*: mūsu pētījuma rezultāti saskan ar nesenā Eiropas sociālā apsekojuma (*European Social Survey (ESS-3)*) pētījuma datiem, kur tika analizēta informācija par 36 970 respondentiem no 21 gada vecuma no 23 Eiropas valstīm, 13,3 % bija imigranti un 6,2 % – etniskās minoritātes. Tika konstatēts, ka imigrantiem un etniskajām minoritātēm ir vairāk depresijas simptomu nekā lielākajai daļai analizēto valstu vietējo iedzīvotāju (Missinne and Bracke, 2012). Iespējamie riska faktori, kas izskaidro šo asociāciju, ir sociālekonomiskā stāvokļa atšķirības, lielāka sociālā izolācija vai etniskā diskriminācija. Piemēram, Lielbritānijas pētījumā pierādīta etniskās diskriminācijas kaitīgā ietekme uz psihisko veselību (Karlsen et al., 2005). No praktiskā skatpunkta, šie rezultāti izceļ nepieciešamību politikas veidotājiem pievērst uzmanību, lai depresijas profilakses intervences un informācija būtu



sasniedzama etniskajām minoritātēm. Kā arī nepieciešama iespējamo sociālās izolācijas vai etniskās diskriminācijas aspektu papildu izpēte mazākumtautību populācijā.

Pēc mūsu pētījuma rezultātiem, *vismaz divu nepilngadīgo bērnu esamība* sievietei samazināja depresijas izredzes. Pieejamie dati par paritātes ietekmi uz psihisko veselību nav vienprātīgi. Ir pētījumi, kas izceļ bērnu esamības pozitīvo ietekmi tieši uz tēvu, nevis mātes, psiholoģisko labsajūtu (Nelson-Coffey et al., 2019); ir pētījumi, kuros konstatēts, ka lielāks grūtniecību skaits ir saistīts ar tieši lielāku depresijas simptomu izplatību vēlāk dzīves laikā (Li et al., 2019). Savukārt Austrumeiropas, bet ne Rietumeiropas valstīs bezbērība un viens bērns salīdzinājumā ar diviem bērniem bija saistīti ar izteiktākiem depresijas simptomiem (Grundy, van den Broek and Keenan, 2019), kas saskan arī ar mūsu pētījuma rezultātiem: tieši divi un vairāk bērnu, nevis viens nepilngadīgs bērns, sievietēm mazina depresijas izredzes. Ķīnas pētījumā, kur tika analizēti 500 000 iedzīvotāju, tika atklāts, ka bērnu skaits bija saistīts ar samazinātu depresijas izplatību sievietēm, bet ne vīriešiem. Sievietēm katrs nākamais bērns bija par 9 % mazākas izredzes saslimt ar depresiju (Wang et al., 2020). Taču, interpretējot šo rezultātu, būtu jāņem vērā arī secinājumi no psiholoģiskajiem pētījumiem: bērnu esamība un pieredze kļūst par vecāku, tās kvalitāte un ietekme uz cilvēka psihoemocionālo veselību ir ļoti atkarīga arī no sociālekonomiskiem un kultūras faktoriem (Nelson, Kushlev and Lyubomirsky, 2014; Umberson, Pudrovska and Reczek, 2010), kas varētu daļēji izskaidrot pretrunīgus rezultātus pētījumos dažādās valstīs un kultūras reģionos.

### **3.7. Depresijas simptomu asociētie faktori vīriešu populācijā**

Tikai vīriešu populācijā antisociālās (asociālās) personības traucējumi statistiski ticami bija saistīti ar augstāku depresijas simptomu izredžu attiecību. No vienas puses, ir labi zināms un pierādīts fakts, ka personības traucējumi un

depresija var attīstīties komorbīdi (Corruble, Ginestet and Guelfi, 1996). Turklāt personības traucējumu klātbūtne divkāāršo sliktāka iznākuma izredzes un pacientu rezistenci pret ārstēšanu (McGlashan et al., 2000; Newton-Howes et al., 2013).

No otras puses, pasaules literatūrā daži autori izvirza hipotēzi, ka vīriešiem (biežāk nekā sievietēm) depresijas gadījumā vispirms parādās netipiski simptomi, kurus ir grūtāk noteikt ar pašlaik izmantotajiem depresijas diagnostikas instrumentiem. Pierādīts, ka dzimumu dimorfisms depresijas izplatībā izzūd pēc tam, kad tiek koriģēti depresijas diagnostikas kritēriji, iekļaujot simptomus, kas ir vairāk raksturīgi vīriešiem (Martin, Neighbors and Griffith, 2013). Ir parādījies tā sauktais vīriešu depresijas sindroma (*Male-Depressive Syndrome (MDS)*) jēdziens, kas paplašina tipiskos depresijas simptomus ar papildu simptomiem, piemēram, dusmas, agresija, izklaidība, izvairīšanās, emociju apspiešana, kairināmība, aizkaitināmība, vielu ļaunprātīga lietošana un riska meklēšanas uzvedība (Herreen, Rice and Zajac, 2022; Rice et al., 2013). Klīniskajā izpausmē eksternalizējošie simptomi var maskēt tipiskos depresīvos simptomus. Piemēram, 2021. gadā publicētajā pētījumā tika konstatēts, ka pacientiem ar augstiem *MDS* rādītājiem bija izteiktāka emocionāli nestabilās personības, impulsivitātes un antisociālas personības akcentuācija, nekā pacientiem ar zemiem *MDS* rādītājiem (Sedlinská et al., 2021).

Ņemot vērā mūsu pētījuma rezultātus un pierādījumus par sliktāku aprūpes kvalitāti pacientiem ar līdzās pastāvošiem personības traucējumiem, kuri tika uzņemti psihiatriskajā slimnīcā trauksmes vai depresijas traucējumu ārstēšanai, ir jāuzsver nepieciešamība akcentēt veselības aprūpes speciālistu uzmanību uz vīriešiem ar asociālās personības pazīmēm vai simptomiem (Williams et al., 2020).

***Dzīvošana Latvijas pilsētās ārpus Rīgas:*** Eiropas epidemioloģiskajos pētījumos ir pierādīts, ka cilvēku grupas ar augstāku par vidējo depresīvo traucējumu prevalenci dzīvo blīvi apdzīvotos rajonos (Arias de la Torre et al., 2021). Jau 20. gadsimta beigās metaanalīzēs tika pierādīts, ka urbanizācija ir saistīta ar augstāku psihisko traucējumu izplatību (Reddy and Chandrashekar, 1998), taču mūsu pētījumā dzīvošana Latvijas pilsētās vīriešiem bija saistīta ar zemākajām depresijas izredzēm, salīdzinot ar dzīvošanu tieši lauku reģionos: vīriešu vidū cilvēku īpatsvars ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem lauku reģionos bija 3,5 %, bet Latvijas pilsētās 1,9 %. Ir pētījumi, kas liecina, ka depresija un trauksmes traucējumi drīzāk ir saistīti ar dzīvesvietas sociālekonomiskajiem faktoriem vai zemāku sociālo mijiedarbību (Generaal et al., 2019). To var attiecināt arī uz Latvijas lauku reģioniem, ņemot vērā iedzīvotāju skaita sarukumu lauku reģionos (ESPON, 2017), zemāku par Latvijas vidējo strādājošo mēneša darba samaksu lauku reģionos (Oficiālās statistikas portāls, 2023) un, iespējams, virtuālās realitātes un interneta laikmetā arī retāku reālo un kvalitatīvo sociālo mijiedarbību un mazāku atbalstu. Sociālās mijiedarbības kvalitāte un apjoms pilsētas un lauku reģionos, kā arī to saistība ar psihiskiem simptomiem varētu būt izpētes jautājums nākamajos Latvijas pētījumos.

### **3.8. Ģeneralizētas trauksmes simptomu asociētie faktori sievietņu populācijā**

Pētījumu par bipolāri afektīvu traucējumu (BAT) un trauksmes traucējumu komorbiditāti metaanalīzē konstatēts, ka BAT un ģeneralizētas trauksmes traucējumu komorbiditāte dzīves laikā ir 14,4 % (95 % TI 10,8–18,3) (Nabavi, Mitchell and Nutt, 2015). Saistībā ar dzimuma atšķirībām epidemioloģisko pētījumu rezultāti līdz šim bija samērā nekoncekventi, jo dažos tika ziņots par lielāku trauksmes traucējumu izplatību tieši sievietēm ar BAT

(Chen and Dilsaver, 1995; Goldstein, Herrmann and Shulman, 2006), bet citos konstatēti līdzvērtīgi rādītāji abu dzimumu cilvēkiem ar BAT (Hawke et al., 2013).

Latvijas populācijā tieši sievietēm *pacilātā garastāvokļa simptomi vai sindromi intervijas laikā vai iepriekš dzīves laikā* bija statistiski ticami asociēti ar ģeneralizētas trauksmes simptomiem. No praktiskā aspekta būtu jāņem vērā fakts, ka, salīdzinot personas ar nekomplcētiem bipolāriem traucējumiem, BAT norise ar pavadošiem trauksmes traucējumiem ir saistīta ar biežākiem pašnāvības mēģinājumiem un domām par pašnāvību (Frank et al., 2002; Lee and Dunner, 2008; Preti et al., 2016), līdz ar to veselības aprūpes profesionāļiem ir būtiski atcerēties par šo traucējumu komorbīdās attīstības risku, īpaši sieviešu populācijā. Savlaicīga un korekta šo divu spektru traucējumu asociācija ir īpaši aktuāla, arī ņemot vērā faktu, ka antidepresanti, kas ir trauksmes ilgtermiņa farmakoloģiskās ārstēšanas pamats, var nelabvēlīgi ietekmēt BAT gaitu.

*Viena nepilngadīga bērna esamība* sieviešu populācijā mūsu pētījumā bija saistīta ar augstāku ģeneralizētas trauksmes simptomu izredžu attiecību. Kā jau tika pieminēts diskusijas sadaļā par depresijas simptomu asociētiem faktoriem, pētījumi par vecāku audzināšanas ietekmi uz garīgo veselību liecina par pretrunīgiem rezultātiem. Fokusējoties tieši uz stresa un trauksmes simptomu subjektīvo izjūtu, konstatēts, ka vecāki ziņojuši par augstāku stresa līmeni nekā cilvēki, kuriem nav bērnu, turklāt mātes ziņoja par augstāku stresa un depresijas simptomu līmeni, nekā tēvi (Nomaguchi, Milkie and Bianchi, 2005; Wills and Petrakis, 2019). Bērnu aprūpes organizēšana vecākiem ir būtisks stresa faktors, kas negatīvi ietekmē garīgo veselību, īpaši strādājošām mātēm (Craig and Mullan, 2010; Nomaguchi et al., 2005). Citos pētījumos konstatēts, ka bērnu esamība ir saistīta ar labākiem garīgās veselības rādītājiem, piemēram, Austrālijas mātēm vecumā no 30 līdz 34 gadiem (Holton, Fisher and Rowe, 2010). Mūsu pētījuma rezultāti liecina, ka tieši viena nepilngadīga bērna esamība

paaugstina ģeneralizētas trauksmes izredzes, kas varētu būt saistīts ar jaunu un vēl nepazīstamu bērna audzināšanas pieredzi vai, iespējams, atbilstoša sociālā atbalsta trūkums. Pētījumos ir pierādīts, ka mātes, kurām ir pieejams atbalsta tīkls (piemēram, partneris, ģimenes locekļi vai citas mātes), ziņoja par samazinātu trauksmes un stresa līmeni (Racine et al., 2019). Turpmāko pētījumu mērķis varētu būt izziņāt, vai nepilngadīgo bērnu mātes ar pavadošiem ģeneralizētas trauksmes simptomiem Latvijā varētu ciest no nepietiekama sociālā atbalsta.

### **3.9. Ģeneralizētas trauksmes simptomu asociētie faktori vīriešu populācijā**

*Smēķēšana:* mūsu pētījumā tieši vīriešiem smēķēšana asociējās ar lielākām ģeneralizētas trauksmes simptomu izredzēm. Pierādījumi liecina, ka cilvēki ar paaugstinātu trauksmi biežāk smēķē (Swendsen et al., 2010). Ir ierosināti vairāki faktori, kas to izskaidro, tostarp cigarešu lietošana, lai mazinātu trauksmi (t. i., pašārstēšanās), un paaugstināta trauksmes slimnieku uzņēmība uzsākt smēķēšanu, reaģējot uz vienaudžu spiedienu (Patton et al., 1998; Tjora et al., 2011). Bet jāņem vērā arī iespējamā pretējā cēloņsakarība: cigarešu dūmi un nikotīns ietekmē vairākus bioloģiskos mehānismus, kas saistīti ar trauksmes traucējumu attīstību, tostarp dažādas neiromediatoru sistēmas, neuroģenēzi, mitohondriju funkciju, iekaisuma reakcijas un imūnsistēmu, sekmē oksidatīvo stresu. Zinātnieki pieļauj, ka šie mehānismi var būt pamatā tam, kā cigarešu dūmu iedarbība var pastiprināt trauksmes simptomus un trauksmes traucējumu izpausmes (Moyle et al., 2013).

*Zemāka izglītība* kā ģeneralizētas trauksmes protektīvs faktors vīriešu populācijā. Šī atrade bija samērā negaidīta, jo visbiežāk pasaules literatūrā figurē fakts, ka zems izglītības līmenis ir saistīts gan ar trauksmes traucējumiem, gan depresiju un tieši augstākam izglītības līmenim ir aizsargājoša ietekme, šim efektam saglabājoties dzīves laikā (Bjelland et al., 2008). Taču Latvijas vīriešiem zemāks izglītības līmenis bija statistiski ticami saistīts ar zemākām ģeneralizētas

trauksmes simptomu izredžu attiecībām. Teorētiskie skaidrojumi varētu iekļaut vairāk prognozējamu darba vidi, strukturētu darba laiku un mazāku tiešu mijiedarbību ar cilvēkiem Latvijas apstākļos cilvēkiem ar zemāku izglītību, nekā cilvēkiem ar augstāku izglītību ((Battams et al., 2014; Wieclaw et al., 2008). Praktiski plānojot turpmākos pētījumus Latvijas populācijā, būtu nepieciešams atkārtoti pārbaudīt atrastās asociācijas noturību un, iespējams, veikt kvalitatīvu datu ievākšanu (intervijas ar respondentiem) ar mērķi izzināt šīs asociācijas cēloņus.

### **3.10. Pētījuma priekšrocības un trūkumi**

Pētījuma galvenā priekšrocība ir tā lielā, nacionāli reprezentatīvā izlase, kas ļauj iegūtos datus ekstrapolēt uz visu Latvijas iedzīvotāju kopumu. Vēl viena priekšrocība ir validētu un starptautiski atzītu instrumentu izmantošana depresijas simptomu, ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu un komorbīdo psihisko traucējumu noteikšanai. Intervijas ar respondentiem veica speciāli apmācīti intervētāji, kuri bija pieejami klātienē, lai precizētu jautājumus no anketas pašnovērtējuma daļas. Pētījuma lauka darbs tika veikts tieši pirms Covid- 19 pandēmijas, kas nozīmē, ka ievāktie dati var kalpot kā lielisks atskaites punkts turpmākiem pētījumiem, kuros salīdzina depresijas un ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu izplatību pirms un pēc pandēmijas. Lauka darbi tika apstādināti 16.03.2020., līdz ar pirmo ārkārtas situācijas stāvokļa izsludināšanu valstī, savukārt dati par pirmo Covid-19 saslimušo Latvijā parādījās 02.03.2020. Pamata rezultāti no anketām, kas tika ievāktas no 2020. gada janvāra līdz 2020. gada martam, tika salīdzināti ar kopējiem rezultātiem un būtiskas atšķirības netika konstatētas, līdz ar to nav pamata uzskatīt, ka Covid-19 pandēmija būtiski ietekmēja pētījuma rezultātus.

Interpretējot un vērtējot šī pētījuma rezultātus, jāņem vērā vairāki metodoloģiski ierobežojumi. Tā kā šis pētījums pēc dizaina ir šķērsriezuma kvantitatīvs pētījums, analizējot rezultātus, var secināt tikai par asociācijām, nevis par cēloņsakarībām. *PHQ-9* izmantošana pašreizējo depresijas simptomu novērtēšanai neļauj nošķirt unipolāro un bipolāro depresiju (depresiju BAT ietvaros) vai izslēgt depresiju, ko izraisījusi psihoaktīvo vielu lietošana un citi medicīniskie traucējumi. Līdzīgi arī *GAD-7* izmantošana neļauj izslēgt trauksmi, ko izraisījusi vielu ļaunprātīga lietošana vai organiski / somatiski cēloņi. Tā kā abas skalas ir pašnovērtējuma instrumenti, rezultātus var ietekmēt respondenta tā brīža situatīvais emocionālais stāvoklis un subjektīva simptomu interpretācija. Kaut, pēc pamata sociāldemogrāfiskajiem datiem, respondenti, kas atteicās piedalīties pētījumā, būtiski neatšķiras no pētījuma izlases, tomēr brīvprātīga rekrutēšana var izraisīt tā saukto neatbildētības novirzi (*nonresponse bias*), kad cilvēkiem, kas atteica dalību pētījumā, var būt atšķirīgas īpašības (mūsu gadījumā psihisko simptomu / traucējumu izplatība utt.), nekā aptaujas respondentiem (Cheung et al., 2017).

## Secinājumi

1. Pētījuma hipotēze tika apstiprināta un tā rezultātā noteikti gan universālie abiem dzimumiem raksturīgie, gan katra dzimuma unikālie depresijas un ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu asociētie sociāli demogrāfiskie, ar veselību saistītie un veselību ietekmējošie faktori.
2. Klīniski nozīmīgu depresijas simptomu punkta prevalence Latvijas vispārējā pieaugušo iedzīvotāju populācijā ir 6,4 %, un tā ir lielāka sieviešu vidū, nekā starp vīriešiem: 7,7 % un 4,8 %, kas saskan ar Latvijā 2011. gadā veiktā pētījuma rezultātiem un pasaules datiem.
3. Ģeneralizētas trauksmes traucējumu simptomu punkta prevalence Latvijas iedzīvotāju populācijā ir 3,9 %, un tā ir statistiski nozīmīgi augstāka sieviešu vidū (4,9 %), nekā vīriešu vidū (2,7 %), kas atbilst starptautisko pētījumu rezultātiem.
4. Latvijas vispārējā iedzīvotāju populācijā ir pierādīts, ka pašnāvnieciska uzvedība, klīniski nozīmīga depresija un ģeneralizētas trauksmes simptomi ir trīs psihiskie traucējumi, kas statistiski ticami asociējas savā starpā abu dzimumu gadījumā, bet vīriešu populācijā pašnāvnieciska uzvedība vai domas bija saistītas ar augstākām depresijas izredžu attiecībām, nekā sievietēm, un īpaši augstākām ģeneralizētas trauksmes simptomu izredžu attiecībām. Absolūtam vairākumam vīriešu ar ģeneralizētu trauksmi vienlaikus konstatēta arī klīniski nozīmīga depresija un / vai pašnāvnieciska uzvedība. Līdz ar to speciālistiem, praktiski strādājot ar Latvijas vīriešiem, īpaša uzmanība būtu jāpievērš tieši trauksmes, nervozitātes, sasprindzinājuma simptomiem, kas var kalpot kā iespējamās komorbīdās depresijas un suicidalitātes indikatori un palīdzēt laikus atpazīt šos traucējumus un mazināt vīriešiem raksturīgās fatālās suicidalitātes risku.



5. Pētījuma dati apstiprina nozīmīgas asociācijas ar depresiju Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra “Depresijas atpazīšanas, vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes klīniskajā algoritmā” jau aprakstītajām depresijas skrīninga mērķpopulācijas grupām: cilvēki ar pašnāvības mēģinājumiem vai paškaitējumu anamnēzē, trauksmes traucējumiem, sliktu fizisko veselību un veselības pašvērtējumu, kā arī pārmērīgu narkotiku lietošanu.
6. Latvijas Slimību profilakses un kontroles centra “Depresijas atpazīšanas, vadīšanas, ārstēšanas un aprūpes klīnisko algoritmu” var papildināt ar papildu depresijas skrīninga mērķpopulācijām: sievietes ar ēšanas traucējumiem, mazākumtautību pārstāvji (īpaši sievietes), ekonomiski neaktīvas sievietes (dzemdību atvaļinājumā vai neapmaksāta persona ģimenes uzņēmumā), sievietes ar NMPD izsaukumiem pēdējā gada laikā, kā arī vīrieši ar asociālas personības pazīmēm – dusmas, kairināmība, nevērība pret sociālajām normām.
7. Pašreizējā algoritmā būtu jāizceļ, ka Latvijas apstākļos īpaša uzmanība jāpievērš tieši sievietēm ar apreibinošo vielu lietošanas traucējumiem ar mērķi atpazīt un laikus ārstēt iespējamus pavadošos depresijas traucējumus, ņemot vērā augstākas depresijas izredzes tieši psihoaktīvo vielu atkarīgo sieviešu vidū.
8. No praktiskā skatpunkta, pētījuma rezultāti izceļ nepieciešamību politikas veidotājiem pievērst uzmanību, lai depresijas profilakses intervences un informācija būtu pieejama etniskajām minoritātēm. Kā arī nepieciešama iespējamo depresijas traucējumu veicinošo (piemēram, sociālās izolācijas vai etniskās diskriminācijas) papildu aspektu izpēti mazākumtautību sieviešu populācijā.
9. Divu un vairāk nepilngadīgo bērnu esamība ir protektīvs depresijas faktors sievietēm, kas būtu jāizceļ ģimenes plānošanas informatīvajos materiālos.

10. Abiem dzimumiem raksturīgie ģeneralizētas trauksmes asociētie faktori bija veselības aprūpes pakalpojumu biežāka izmantošana: sievietēm ārstu speciālistu apmeklējuma biežums, sākot no trim reizēm gadā, un NMPD izsaukums trīs un vairāk reizi pēdējā gada laikā. Savukārt vīriešiem – ģimenes ārstu apmeklējums 3–4 reizes pēdējā gada laikā. Šī atrade vienlaikus gan izceļ skrīninga mērķpopulācijas grupas, gan norāda uz iespējamo veselības aprūpes sistēmas noslogojuma samazinājumu, šos traucējumus laikus atpazīstot un ārstējot. Sievietēm unikālie ģeneralizētas trauksmes traucējumu asociētie faktori ir patoloģiski pacilātā garastāvokļa sindromi vai simptomi un viena nepilngadīga bērna esamība, savukārt vīriešiem – tabakas un nikotīnu saturošo produktu smēķēšana. Šie noteiktie ģeneralizētas trauksmes traucējumu asociētie faktori var kalpot kā indikatori skrīninga mērķpopulācijas identificēšanai līdzīga, šobrīd vēl neizstrādāta trauksmes traucējumu atpazīšanas un ārstēšanas algoritma veidošanā nākotnē.

## Publikāciju, ziņojumu un patentu saraksts par promocijas darba tēmu

### Publikācijas starptautiskos recenzējamos izdevumos (indeksētas SCOPUS):

1. Vinogradova, V. V., Kivite-Urtane, A., Vrublevska, J., Rancans, E. 2022, Aug 26. Anxiety Screening among the General Population of Latvia and Associated Factors. *Medicina* (Kaunas). 58(9):1163. doi: 10.3390/medicina58091163. PMID: 36143841; PMCID: PMC9505088. (*Medicina* **IF: 2.98**).
2. Vinogradova, V. V., Kivite-Urtane, A., Vrublevska, J., Rancans, E. 2023, Mar 28. Point prevalence and sex-specific associated factors of depression in Latvian general population. *Front Psychiatry*. 14:1065404. doi: 10.3389/fpsy.2023.1065404. PMID: 37056405; PMCID: PMC10086173. (*Frontiers in Psychiatry* **IF: 5.43**).

### Publicēts pirms doktorantūras studiju uzsākšanas:

3. Vinogradova, Vineta Viktorija, Vrublevska, Jeļena and Rancāns, Elmārs. 2019. Latvian Family Physicians' Experience and Attitude in Diagnosing and Managing Depression. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences*. Vol. 73, no. 2, 164–170. <https://doi.org/10.2478/prolas-2019-0026>.

### Starptautisko konferenču tēzes, indeksētas Web of Science datubāzē:

1. Vinogradova, V. V., Kivite-Urtane, A., Vrublevska, J., Rancans, E. 2022, Sep 1. Prevalence of alcohol use disorder among the Latvian general population and associations with the PHQ-9 screening results and sociodemographic factors. *Eur Psychiatry*. 65(Suppl 1):S240. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.619. PMCID: PMC9563368.
2. Vinogradova, V. V., Kivite-Urtane, A., Vrublevska, J., Rancans, E. Dec 2021. Prevalence of anxiety disorders included in The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) among the general population of Latvia in 2019–2020. *European Neuropsychopharmacology*. (Suppl 1): volume 53; article number: P.0031; S23–S24. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2021.10.038.
3. Vinogradova, V. V., Kivite-Urtane, A., Vrublevska, J., Rancans, E. 2021, Dec 31. Prevalence of anxiety symptoms among the general population of Latvia in 2019–2020. *Nordic Journal of Psychiatry*. Supplement 1, volume 75; S29–S29; DOI: 10.1080/08039488.2021.2019945.
4. Vinogradova, V. V., Kivite-Urtane, A., Vrublevska, J., Rancans, E. 2021, Aug 13. Prevalence of suicidal behaviours and its correlates in latvian general population: 2019–2020. *Eur Psychiatry*. 64(Suppl 1):S591–2. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.1578. PMCID: PMC9480168.

5. Vinogradova, V. V., Kivite-Urtane, A., Vrublevska, J., Rancans, E. 2021, Aug 13. The results of PHQ-9 screening of latvian general population in 2019–2020. *Eur Psychiatry*. 64(Suppl 1):S323. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.867. PMID: PMC947169.

## **Uzstāšanās starptautiskajās zinātniskajās konferencēs ar mutisku referātu vai stenda referātu:**

1. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *The results of PHQ-9 screening among the general population of Latvia in 2019–2020*, 29th European Congress of Psychiatry, 10/04/21 –13/04/21, tiešsaistē. Stenda referāts.
2. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *Prevalence of suicidal behaviours and its correlates in Latvian general population: 2019–2020*, 29th European Congress of Psychiatry, 10/04/21 –13/04/21, tiešsaistē. Stenda referāts.
3. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *The results of screening of anxiety symptoms among the general population of Latvia in 2019–2020*, 33rd Nordic Congress of Psychiatry, 17/06/21 – 18/06/21, tiešsaistē. Stenda referāts.
4. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *The results of screening of anxiety symptoms in Latvian general population in 2019–2020*, RSU Research week 2021: Knowledge for Use in Practice, 24/03/21 → 26/03/21, Rīga, Latvija. Mutiskā prezentācija.
5. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *Prevalence of anxiety disorders included in The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) among the general population of Latvia in 2019–2020*, 34th Congress of the European College of Neuropsychopharmacology (ECNP), 2/10/21 – 5/10/21, Lisabona, Portugāle. Stenda referāts.
6. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *Prevalence of alcohol use disorder among the Latvian general population and associations with the PHQ-9 screening results and sociodemographic factors*, 30th European Congress of Psychiatry, 4/06/22 – 7/06/22, Budapest, Hungary (tiešsaistē). Stenda referāts.
7. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *Prevalence and associated factors of obsessive-compulsive disorder among the general population of Latvia*, 31st European Congress of Psychiatry: Social Cohesion, a Common Goal for Psychiatry, 25/03/23 – 28/03/23, Parīze, Francija. Stenda referāts.

8. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *Prevalence and associated socio-demographic factors of suicidal behaviour in the general population of Latvia*, RSU International Research Conference 2023: Knowledge for Use in Practice, 29/03/23 – 31/03/23, Rīga, Latvija. Stenda referāts.
9. Vineta V. Vinogradova, Anda Kivite-Urtane, Jelena Vrublevska, Elmars Rancans. *Sex-specific differences in the associated factors of depressive symptoms: a population-based study*, RSU International Research Conference 2023: Knowledge for Use in Practice, 29/03/23 → 31/03/23, Rīga, Latvija. Mutiskā prezentācija.

## Literatūras saraksts

1. Alonso, J. et al. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. 2004. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* (420):8–20. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00326. PMID: 15128383.
2. Alonso, J. et al. 2018. Treatment Gap for Anxiety Disorders Is Global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 Countries. *Depression and Anxiety* 35(3):195–208. doi: 10.1002/da.22711.
3. Alonso, J. and Lépine, J. P. 2007. Overview of Key Data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Journal of Clinical Psychiatry* 68(SUPPL. 2):3–9.
4. Arias-de la Torre, J. et al. 2021. Prevalence and Variability of Current Depressive Disorder in 27 European Countries: A Population-Based Study. *The Lancet Public Health* 6(10):e729–38. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00047-5.
5. Aslan, J. et al. 2020. Psychometric Properties of the Patient Health Questionnaire-9 in Elderly Chilean Primary Care Users. *Frontiers in Psychiatry* 11(November):1–8. doi: 10.3389/fpsyt.2020.555011.
6. Battams, S. et al. 2014. Workplace Risk Factors for Anxiety and Depression in Male-Dominated Industries: A Systematic Review. *Health Psychology and Behavioral Medicine* 2(1):983–1008. doi: 10.1080/21642850.2014.954579.
7. Beard, C. and Björgvinsson, T. 2014. Beyond Generalized Anxiety Disorder: Psychometric Properties of the GAD-7 in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Journal of Anxiety Disorders* 28(6):547–52. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.002.
8. Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. and Wasserman, D. 2004. Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis* 25(4):147–55. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.147.
9. Bjelland, I. et al. 2008. Does a Higher Educational Level Protect against Anxiety and Depression? The HUNT Study. *Social Science & Medicine* (1982) 66(6):1334–45. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.12.019.
10. Brand-Gothelf, A., Leor, S., Apter, A. and Fennig, S. 2014. The Impact of Comorbid Depressive and Anxiety Disorders on Severity of Anorexia Nervosa in Adolescent Girls. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 202(10):759–62. doi: 10.1097/NMD.0000000000000194.
11. Chen, Y. W. and Dilsaver, S. C. 1995. Comorbidity for Obsessive-Compulsive Disorder in Bipolar and Unipolar Disorders. *Psychiatry Research* 59(1–2):57–64. doi: 10.1016/0165-1781(95)02752-1.

12. Cheung, K. L., Ten Klooster, P. M., Smit, C., de Vries, H. and Pieterse, M. E. 2017. The Impact of Non-Response Bias Due to Sampling in Public Health Studies: A Comparison of Voluntary versus Mandatory Recruitment in a Dutch National Survey on Adolescent Health. *BMC Public Health* 17(1):1–10. doi: 10.1186/s12889-017-4189-8.
13. Corruble, E., Ginestet, D. and Guelfi, J. D. 1996. Comorbidity of Personality Disorders and Unipolar Major Depression: A Review. *Journal of Affective Disorders* 37(2–3):157–70. doi: 10.1016/0165-0327(95)00091-7.
14. Costantini, L. et al. 2021. Screening for Depression in Primary Care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders* 279:473–83. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.131.
15. Craig, L. and Mullan, K. 2010. Parenthood, Gender and Work-Family Time in the United States, Australia, Italy, France, and Denmark. *Journal of Marriage and Family* 72(5):1344–61. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00769.x>.
16. Culpepper, L. 2016. Impact of Anxious Symptoms and Comorbid Anxiety Disorders on Functional Impairment in Depressed Patients. *The Journal of Clinical Psychiatry* 77(5):e604. doi: 10.4088/JCP.14076tx1c.
17. Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T. and Poorolajal, J. 2015. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One* 10(5):e0126870. doi: 10.1371/journal.pone.0126870.
18. Degenhardt, L. et al. 2008. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine* 5(7):e141. doi: 10.1371/journal.pmed.0050141.
19. ESPON. Policy Brief. Shrinking rural regions in Europe. Iegüts no: <https://www.espon.eu/sites/default/files/attachments/ESPON%20Policy%20Brief%20on%20Shrinking%20Rural%20Regions.pdf> [sk.14.08.23.].
20. Ferrari, A. J. et al. 2013. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine* 10(11):e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547.
21. Frank, E. et al. 2002. Clinical Significance of Lifetime Panic Spectrum Symptoms in the Treatment of Patients with Bipolar I Disorder. *Archives of General Psychiatry* 59(10):905–11. doi: 10.1001/archpsyc.59.10.905.
22. Garcia, S. C. et al. 2020. Increased Rates of Eating Disorders and Their Symptoms in Women with Major Depressive Disorder and Anxiety Disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 53(11):1844–54. doi: 10.1002/eat.23366.
23. Generaal, E., Timmermans, E. J., Dekkers, J. E. C., Smit, J. H. and Penninx, B. W. J. H. 2019. Not Urbanization Level but Socioeconomic, Physical and Social Neighbourhood Characteristics Are Associated with Presence and Severity of Depressive and Anxiety Disorders. *Psychological Medicine* 49(1):149–61. doi: 10.1017/s0033291718000612.

24. Goldstein, B. I., Herrmann, N. and Shulman, K. I. 2006. Comorbidity in Bipolar Disorder among the Elderly: Results from an Epidemiological Community Sample. *The American Journal of Psychiatry* 163(2):319–21. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.319.
25. Grant, B. F. et al. 2005. The Epidemiology of Social Anxiety Disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry* 66(11):1351–61. doi: 10.4088/jcp.v66n1102.
26. Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T. and Kessler, R. C. 2015. The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry* 76(2):155–62. doi: 10.4088/JCP.14m09298.
27. Grundy, E., van den Broek, T. and Keenan, K. 2019. Number of Children, Partnership Status, and Later-Life Depression in Eastern and Western Europe. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 74(2):353–63. doi: 10.1093/geronb/gbx050.
28. Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., Gass, F. and Dobos, G. J. 2014. The Prevalence and Burden of Subthreshold Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review. *BMC Psychiatry* 14(1). doi: 10.1186/1471-244X-14-128.
29. Han, B., Olfson, M. and Mojtabai, R. 2017. Depression Care among Depressed Adults with and without Comorbid Substance Use Disorders in the United States. *Depression and Anxiety* 34(3):291–300. doi: 10.1002/da.22592.
30. Hartung, T. J. et al. 2017. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-Item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as Screening Instruments for Depression in Patients with Cancer. *Cancer* 123(21):4236–43. doi: 10.1002/cncr.30846
31. Hawke, L. D., Provencher, M. D., Parikh, S. V. and Zagorski, B. 2013. Comorbid Anxiety Disorders in Canadians with Bipolar Disorder: Clinical Characteristics and Service Use. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 58(7):393–401. doi: 10.1177/070674371305800704.
32. Health Behaviour among Latvian Adult Population. Slimību profilakses un kontroles centrs. 2022. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/18708/download?attachment>. [sk. 15.04.23.].
33. Herreen, D., Rice, S. and Zajac, I. 2022. Brief Assessment of Male Depression in Clinical Care: Validation of the Male Depression Risk Scale Short Form in a Cross-Sectional Study of Australian Men. *BMJ Open* 12(3):e053650. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053650.
34. Holton, S., Fisher, J. and Rowe, H. 2010. Motherhood: Is It Good for Women's Mental Health? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 28(3):223–39. doi: 10.1080/02646830903487359.



35. Ivanovs, R. et al. 2018. Association of Depression and Anxiety with Cardiovascular Co-Morbidity in a Primary Care Population in Latvia: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health* 18. doi: doi: 10.1186/s12889-018-5238-7.
36. Johnson, L. 2021. Exploring Factors Associated with Pregnant Women's Experiences of Material Hardship during COVID-19: A Cross-Sectional Qualtrics Survey in the United States. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21(1):755. doi: 10.1186/s12884-021-04234-1.
37. Karlsen, S., Nazroo, J. Y., McKenzie, K., Bhui, K. and Weich, S. 2005. Racism, Psychosis and Common Mental Disorder among Ethnic Minority Groups in England. *Psychological Medicine* 35(12):1795–1803. doi: 10.1017/S0033291705005830.
38. Kessler, R. C. et al. 1994. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51(1):8–19. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002.
39. Kjeldsberg, M., Tschudi-Madsen, H., Bruusgaard, D. and Natvig, B. 2022. Factors Related to Self-Rated Health: A Survey among Patients and Their General Practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 40(2):320–28. doi: 10.1080/02813432.2021.2022341.
40. Kujanpää, T., Jokelainen, J., Auvinen, J. and Timonen, M. 2016. Generalised Anxiety Disorder Symptoms and Utilisation of Health Care Services. A Cross-Sectional Study from the “Northern Finland 1966 Birth Cohort”. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 34(2):151–58. doi: 10.3109/02813432.2016.1160631.
41. Kurlansik, S. L. and Maffei, M. S. 2016. Somatic Symptom Disorder. *American Family Physician* 93(1):49–54.
42. Lecrubier, Y. et al. 1997. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 12(5):224–31. doi: 10.1016/S0924-9338(97)83296-8.
43. Lee, J. H. and Dunner, D. L. 2008. The Effect of Anxiety Disorder Comorbidity on Treatment Resistant Bipolar Disorders. *Depression and Anxiety* 25(2):91–97. doi: 10.1002/da.20279.
44. Levis, B., Benedetti, A. and Thombs, B. D. 2019. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for Screening to Detect Major Depression: Individual Participant Data Meta-Analysis. *The BMJ* 365. doi: 10.1136/bmj.11476.
45. Li, F. et al. 2019. Reproductive History and Risk of Depressive Symptoms in Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study in Eastern China. *Journal of Affective Disorders* 246:174–81. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.031.

46. Lim, G. Y. et al. 2018. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014 /692/699/476/1414 /692/499 Article. *Scientific Reports* 8(1):1–10. doi: 10.1038/s41598-018-21243-x.
47. Löwe, B. et al. 2008. Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care* 46(3):266–74. doi: 10.1097/MLR.0b013e318160d093.
48. Luoma, J. B., Martin, C. E. and Pearson, J. L. 2002. Contact with Mental Health and Primary Care Providers before Suicide: A Review of the Evidence. *The American Journal of Psychiatry* 159(6):909–16. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909.
49. Martín-Merino, E., Ruigómez, A., Wallander, M. A., Johansson, S. and García-Rodríguez, L. A. 2009. Prevalence, Incidence, Morbidity and Treatment Patterns in a Cohort of Patients Diagnosed with Anxiety in UK Primary Care. *Family Practice* 27(1):9–16. doi: 10.1093/fampra/cmp071.
50. Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A. and Braehler, E. 2006. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the General Population. *General Hospital Psychiatry* 28(1):71–77. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2005.07.003.
51. Martin, L. A., Neighbors, H. W. and Griffith, D. M. 2013. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry* 70(10):1100–1106. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1985.
52. McGlashan, T. H. et al. 2000. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II Diagnostic Co-Occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(4):256–64. doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>.
53. McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. and Greenfield, S. H. 2018. Sex and Gender Differences in Substance Use Disorders. *Clinical Psychology Review* 66:12–23. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.012.
54. McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V. and Calton, J. M. 2016. Anxiety Symptoms and Functional Impairment: A Systematic Review of the Correlation between the Two Measures. *Clinical Psychology Review* 45:115–30. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.005.
55. McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. and Hofmann, S. G. 2011. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *Journal of Psychiatric Research* 45(8):1027–35. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.006.
56. Miranda-Mendizabal, A. et al. 2019. Gender Differences in Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *International Journal of Public Health* 64(2):265–83. doi: 10.1007/s00038-018-1196-1.

57. Missinne, S. and Bracke, P. 2012. Depressive Symptoms among Immigrants and Ethnic Minorities: A Population Based Study in 23 European Countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(1):97–109. doi: 10.1007/s00127-010-0321-0.
58. Moussavi, S. et al. 2007. Depression, Chronic Diseases, and Decrements in Health: Results from the World Health Surveys. *Lancet* 370(9590):851–58. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9.
59. Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A. and Berk, M. 2013. How Cigarette Smoking May Increase the Risk of Anxiety Symptoms and Anxiety Disorders: A Critical Review of Biological Pathways. *Brain and Behavior* 3(3):302–26. doi: 10.1002/brb3.137.
60. Muñoz-Navarro, R. et al. 2017. Screening for Generalized Anxiety Disorder in Spanish Primary Care Centers with the GAD-7. *Psychiatry Research* 256:312–17. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.023.
61. Nabavi, B., Mitchell, A. J. and Nutt, D. 2015. A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of 52 Interview-Based Studies of Psychiatric Population. *EBioMedicine* 2(10):1405–19. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.09.006.
62. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2019. Reproducibility and Replicability in Science. Washington, DC: The National Academies Press.
63. Negeri, Z. F. et al. 2021. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for Screening to Detect Major Depression: Updated Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 375:n2183. doi: 10.1136/bmj.n2183.
64. Nelson-Coffey, S. K., Killingsworth, M., Layous, M., Cole, S. W. and Lyubomirsky, S. 2019. Parenthood Is Associated With Greater Well-Being for Fathers Than Mothers. *Personality & Social Psychology Bulletin* 45(9):1378–90. doi: 10.1177/0146167219829174.
65. Nelson, S. K., Kushlev, K. and Lyubomirsky, S. 2014. The Pains and Pleasures of Parenting: When, Why, and How Is Parenthood Associated with More or Less Well-Being? *Psychological Bulletin* 140(3):846–95. doi: 10.1037/a0035444.
66. Newton-Howes, G. et al. 2013. Influence of Personality on the Outcome of Treatment in Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders* 28(4):577–93. doi: 10.1521/pedi\_2013\_27\_070.
67. Nomaguchi, K. M., Milkie, M. A. and Bianchi, S. M. 2005. Time Strains and Psychological Well-Being: Do Dual-Earner Mothers and Fathers Differ? *Journal of Family Issues* 26(6):756–92. doi: 10.1177/0192513X05277524.
68. Oficiālās statistikas portāls. Latvijas oficiālā statistika. 01.03.23. Strādājošo mēneša vidējā darba samaksa reģionos (eiro) 2021–2022. Iegūts no: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/darbs/alga/tabulas/dsv041-stradajoso-menesa-videja-darba-samaksa-regionos-eiro> [sk. 15.08.23.].

69. Olatunji, B. O., Cisler, J. M. and Tolin, D. F. 2007. *Quality of Life in the Anxiety Disorders : A Meta-Analytic Review*. 27:572–81. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015.
70. Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U. and Jönsson, B. 2012. The Economic Cost of Brain Disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 19(1):155–62. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x.
71. Pálincás, A. et al. 2019. Associations between Untreated Depression and Secondary Health Care Utilization in Patients with Hypertension and/or Diabetes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 54(2):255–76. doi: 10.1007/s00127-018-1545-7.
72. Patton, G. C. et al. 1998. Depression, Anxiety, and Smoking Initiation: A Prospective Study over 3 Years. *American Journal of Public Health* 88(10):1518–22. doi: 10.2105/ajph.88.10.1518.
73. Plana-Ripoll, O. et al. 2019. A Comprehensive Analysis of Mortality-Related Health Metrics Associated with Mental Disorders: A Nationwide, Register-Based Cohort Study. *The Lancet* 394(10211):1827–35. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32316-5.
74. Preti, A., Vrublevska, J., Veroniki, A. A., Huedo-Medina, T. B. and Fountoulakis, K. N. 2016. Prevalence, Impact and Treatment of Generalised Anxiety Disorder in Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Mental Health* 19(3):73–81. doi: 10.1136/eb-2016-102412.
75. Racine, N., Plamondon, A., Hentges, R., Tough, S. and Madigan, S. 2019. Dynamic and Bidirectional Associations between Maternal Stress, Anxiety, and Social Support: The Critical Role of Partner and Family Support. *Journal of Affective Disorders* 252:19–24. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.083.
76. Rancans, E., Vrublevska, J., Snikere, S., Koroleva, J. and Trapencieris, M. 2014. The Point Prevalence of Depression and Associated Sociodemographic Correlates in the General Population of Latvia. *Journal of Affective Disorders* 156:104–10. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.022.
77. Rancans, E., Trapencieris, M., Ivanovs, R. and Vrublevska, J. 2018. Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 to Screen for Depression in Nationwide Primary Care Population in Latvia. *Annals of General Psychiatry* 1–8. doi: 10.1186/s12991-018-0203-5.
78. Rantanen, A. T., Korkeila, J. J. A., Kautiainen, H. and Korhonen, P. E. 2019. Poor or Fair Self-Rated Health Is Associated with Depressive Symptoms and Impaired Perceived Physical Health: A Cross-Sectional Study in a Primary Care Population at Risk for Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease. *European Journal of General Practice* 25(3):143–48. doi: 10.1080/13814788.2019.1635114.
79. Reddy, V. M. and Chandrashekar, C. R. 1998. Prevalence of Mental and Behavioural Disorders in India : A Meta-Analysis. *Indian Journal of Psychiatry* 40(2):149–57.

80. Renemane, L., Kivite-Urtane, A. and Rancans, E. 2021. Suicidality and Its Relation with Physical and Mental Conditions: Results from a Cross-Sectional Study of the Nationwide Primary Care Population Sample in Latvia. *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 57(9). doi: 10.3390/medicina57090970.
81. Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M. and Möller-Leimkühler, A. M. 2013. Development and Preliminary Validation of the Male Depression Risk Scale: Furthering the Assessment of Depression in Men. *Journal of Affective Disorders* 151(3):950–58. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.013.
82. Roy-Byrne, P. P. and Wagner, A. 2004. Primary Care Perspectives on Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 65(SUPPL. 13):20–26. PMID: 15384933.
83. Ruscio, A. M. et al. 2017. Cross-Sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA Psychiatry* 74(5):465–75. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.
84. Rutter, L. A. and Brown, T. A. 2017. Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) in Outpatients with Anxiety and Mood Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 39(1):140–46. doi: 10.1007/s10862-016-9571-9.
85. Saha, S. et al. 2021. Co-Morbidity between Mood and Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety* 38(3):286–306. doi: 10.1002/da.23113.
86. Sedlinská, T. et al. 2021. Male Depression Syndrome Is Characterized by Pronounced Cluster B Personality Traits. *Journal of Affective Disorders* 292:725–32. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.114.
87. Sellström, E., Bremberg, S. and O'Campo, P. 2011. Yearly Incidence of Mental Disorders in Economically Inactive Young Adults. *European Journal of Public Health* 21(6):812–14. doi: 10.1093/eurpub/ckq190.
88. Sheehan, D. V. et al. 1997. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) According to the SCID-P and Its Reliability. *European Psychiatry* 12(5):232–41. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X).
89. Sheehan, D. V. et al. 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry* 59 Suppl 2:22–57.
90. Shvartzman, P. et al. 2005. Health Services Utilization by Depressive Patients Identified by the MINI Questionnaire in a Primary Care Setting. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 23(1):18–25. doi: 10.1080/02813430510018383.
91. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. and Löwe, B. 2006. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 166(10):1092–97. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.

92. Swendsen, J. et al. 2010. Mental Disorders as Risk Factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-Year Follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction (Abingdon, England)* 105(6):1117–28. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x.
93. Thornicroft, G. et al. 2017. Undertreatment of People with Major Depressive Disorder in 21 Countries. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 210(2):119–24. doi: 10.1192/bjp.bp.116.188078.
94. Tjora, T., Hetland, J., Aarø, L. E. and Øverland, S. 2011. Distal and Proximal Family Predictors of Adolescents' Smoking Initiation and Development: A Longitudinal Latent Curve Model Analysis. *BMC Public Health* 11:911. doi: 10.1186/1471-2458-11-911.
95. Umberson, D., Pudrovska, T. and Reczek, C. 2010. Parenthood, Childlessness, and Well-Being: A Life Course Perspective. *Journal of Marriage and the Family* 72(3):612–29. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00721.x.
96. Vrublevska, J. et al. 2017. The 12-Month Prevalence of Depression and Health Care Utilization in the General Population of Latvia. *Journal of Affective Disorders* 210(August 2016):204–10. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.031.
97. Vrublevska, J. et al. 2022. Determinants of Anxiety in the General Latvian Population During the COVID-19 State of Emergency. *Frontiers in Public Health* 10:854812. doi: 10.3389/fpubh.2022.854812.
98. Vrublevska, J., Renemane, L., Kivite-Urtane, A. and Rancans, E. 2022. Validation of the Generalized Anxiety Disorder Scales (GAD-7 and GAD-2) in Primary Care Settings in Latvia. *Frontiers in Psychiatry* 13:972628. doi: 10.3389/fpsyt.2022.972628.
99. Vrublevska, J., Trapencieris, M. and Rancans, E. 2018. Adaptation and Validation of the Patient Health Questionnaire-9 to Evaluate Major Depression in a Primary Care Sample in Latvia. *Nordic Journal of Psychiatry* 72(2):112–18. doi: 10.1080/08039488.2017.1397191.
100. Wang, H., Chen, M., Xin, T. and Tang, K. 2020. Number of Children and the Prevalence of Later-Life Major Depression and Insomnia in Women and Men: Findings from a Cross-Sectional Study of 0.5 Million Chinese Adults. *BMC Psychiatry* 20(1):267. doi: 10.1186/s12888-020-02681-2.
101. Wang, L., Kroenke, K., Stump, T. E. and Monahan, P. O. 2021. Screening for Perinatal Depression with the Patient Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-9): A Systematic Review and Meta-Analysis. *General Hospital Psychiatry* 68:74–82. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.12.007.
102. Weinberger, A. H. et al. 2018. Trends in Depression Prevalence in the USA from 2005 to 2015: Widening Disparities in Vulnerable Groups. *Psychological Medicine* 48(8):1308–15. doi: 10.1017/S0033291717002781.

103. Whiteford, H. A. et al. 2013. Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)* 382(9904):1575–86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.
104. Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L. and Feigin, V. 2015. *The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010*. 1–14. doi: 10.1371/journal.pone.0116820
105. Wieclaw, J. et al. 2008. Psychosocial Working Conditions and the Risk of Depression and Anxiety Disorders in the Danish Workforce. *BMC Public Health* 8(1):280. doi: 10.1186/1471-2458-8-280.
106. Williams, R. et al. 2020. Impact of Co-Morbid Personality Disorder on Quality of Inpatient Mental Health Services for People with Anxiety and Depression. *Personality and Mental Health* 14(4):336–49. doi: <https://doi.org/10.1002/pmh.1484>.
107. Wills, L. and Petrakis, M. 2019. The Self in Motherhood: A Systematised Review of Relational Self-Construal and Wellbeing in Mothers. *Advances in Mental Health* 17(1):72–84. doi: 10.1080/18387357.2018.1476066.
108. Wittchen, H. U. et al. 2011. The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21(9):655–79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
109. Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C. and Eaton, W. W. 1994. DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51(5):355–64. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950050015002.
110. Wittchen, H. U. et al. 2002. Generalized Anxiety and Depression in Primary Care: Prevalence, Recognition, and Management. *The Journal of Clinical Psychiatry* 63 Suppl 8:24–34.
111. World Health Organisation. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. 21.09.2021. Iegūts no: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029> [sk. 17.07.23].
112. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013 Nov 27;310(20):2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053. PMID: 24141714.
113. Yu, W. et al. 2018. Generalized Anxiety Disorder in Urban China: Prevalence, Awareness, and Disease Burden. *Journal of Affective Disorders* 234:89–96. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.012.
114. Yu, X., Tam, W. W., Wong, P. T., Lam, T. H. and Stewart, S. M. 2012. The Patient Health Questionnaire-9 for Measuring Depressive Symptoms among the General Population in Hong Kong. *Comprehensive Psychiatry* 53(1):95–102. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.11.002.

115. Zhang, H. et al. 2020. Comparison of the Geriatric Depression Scale-15 and the Patient Health Questionnaire-9 for Screening Depression in Older Adults. *Geriatrics and Gerontology International* 20(2):138–43. doi: 10.1111/ggi.13840.
116. Zhou, J., Ko, J. Y., Haight, S. C. and Tong, V. T. 2019. Treatment of Substance Use Disorders Among Women of Reproductive Age by Depression and Anxiety Disorder Status, 2008–2014. *Journal of Women's Health* (2002) 28(8):1068–76. doi: 10.1089/jwh.2018.7597.



## Pateicības

Vislielāko pateicību vēlos izteikt mana promocijas darba vadītājam profesoram Elmāram Rancānam par jau pirmajos rezidentūras gados sniegto iespēju uzsākt ceļu pētniecības jomā un turpmāko neatlaidīgo iedrošināšanu virzīties tālāk zinātniskajā darbībā. Ar viņa praktiskajiem padomiem un neizsīkstošu emocionālu atbalstu tika pārvarētas būtiskākās grūtības darba izstrādes procesā.

No sirds pateicos asociētajai profesorei Andai Ķīvītei-Urtānei par spēju motivēt, sniegt padomus īstajā brīdī, sapratni un emocionālo atbalstu, kā arī dalīšanos ar zināšanām statistikas un epidemioloģijas jautājumos.

Paldies maniem RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedras kolēģiem, īpaši asociētajai profesorei Jeļenai Vrubļevskai, par palīdzību, vērtīgiem padomiem un emocionālo atbalstu darba izstrādes laikā un publikāciju gatavošanas procesā.

Sīrsnīgs paldies manai ģimenei par spēju motivēt, izturēt un atbalstīt mani visu šo gadu garumā.