

doi:10.25143/prom-rsu_2018-09_pdk



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Jeļena Vrubļevska

**DEPRESIJAS IZPLATĪBA
LATVIJAS VISPĀRĒJĀ POPULĀCIJĀ
UN PRIMĀRAJĀ APRŪPĒ RĪGĀ UN
RĪGAS RAJONĀ**

Promocijas darba kopsavilkums
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – psihiatrija

Rīga, 2018

Jeļena Vrubļevska

DEPRESIJAS IZPLATĪBA
LATVIJAS VISPĀRĒJĀ POPULĀCIJĀ
UN PRIMĀRAJĀ APRŪPĒ
RĪGĀ UN RĪGAS RAJONĀ

Promocijas darba kopsavilkums
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – psihiatrija

Rīga, 2018

Promocijas darbs izstrādāts Rīgas Stradiņa universitātē.

Darba zinātniskais vadītājs:

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

Darba zinātniskais konsultants:

Mārcis Trapencieris,
Socioloģisko pētījumu institūts, Latvijas Universitāte

Oficiālie recenzenti:

Dr. med. asociētā profesore **Anita Villeruša**,
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Dr. psych. profesore **Sandra Beatrice Sebre**,
Latvijas Universitāte

MD, PhD, Professor of Psychiatry **Konstantinos N. Fountoulakis**
3rd Department of Psychiatry, Division of Neurosciences School of Medicine,
Aristotle University of Thessaloniki, Grieķija

Promocijas darba aizstāvēšana notiks 2018. gada 10. septembrī plkst. 15.00 Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas promocijas padomes atklātā sēdē Rīgā, Dzirciema ielā 16, Hipokrāta auditorijā.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU tīmekļa vietnē www.rsu.lv.



Promocijas darbs veikts ar Valsts pētījumu programmas “Biomedicīna sabiedrības veselībai (BIOMEDICINE)” projekta “Nozīmīgāko psihisko slimību un kognitīvās disfunkcijas radīto veselības problēmu izpēte un sloga mazināšana” apakšprojekta Nr. 5.8.1. daļēju finansiālu atbalstu

Promocijas padomes sekretārs:

Dr. med. profesors **Ģirts Briģis**

DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

AUC	<i>Area under the curve</i> jeb laukums zem “ROC” līknes
DSM	Diagnostiskā un statistiskā psihisko traucējumu rokasgrāmata. Promocijas darbā tiek izmantota 4. un 5. redakcija. (angļu val., Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th /5 th Edition)
ĢĀ	Ģimenes ārsti
MINI	<i>The Mini International Neuropsychiatric Interview</i> jeb Īsā internacionālā neiropsihiatriskā intervija
NVD	Nacionālais veselības dienests
OR	<i>Odds ratio</i> jeb izredžu attiecības
PHQ-9	<i>The Patient Health Questionnaire-9</i> jeb Pacientu veselības aptauja-9
PVO	Pasaules veselības organizācija
Reģistrs	Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem
SD	<i>Standard deviation</i> jeb standartnovirze
SSK-10	Pasaules veselības organizācijas Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. redakcija
TI	Ticamības intervāls
VEC	Veselības ekonomikas centrs
VNC	Veselības norēķinu centrs
VPP	Valsts pētījumu programmas “Biomedicīna sabiedrības veselībai (BIOMEDICINE)” projekta “Nozīmīgāko psihisko slimību un kognitīvās disfunkcijas radīto veselības problēmu izpēte un sloga samazināšana” apakšprojekta Nr. 5.8.1.
χ^2	Hī kvadrāta tests

SATURS

1. IEVADS	6
1.1. Problēmas aktualitāte	6
Darba mērķis	9
Darba uzdevumi	9
Darba hipotēzes	10
Zinātniskā novitāte	10
Darba praktiskā nozīme	11
Ētiskie apsvērumi	12
Promocijas darba apjoms un struktūra	12
2. MATERIĀLS UN METODES	13
2.1. Depresijas punkta prevalences noteikšana	13
2.1.1. Statistiskās analīze	16
2.2. Depresijas un “mazās depresijas” 12 mēnešu izplatība	16
2.2.1. Statistiskā analīze	19
2.3. Depresijas punkta prevalences un PHQ-9 validācija primārajā aprūpē pacientu kopā Rīgā un Rīgas rajonā	20
2.3.1. Statistiskās metodes	20
3. REZULTĀTI	22
3.1. Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība Latvijas vispārējā populācijā	22
3.2. Depresijas un “mazās depresijas” 12-mēnešu izplatība un veselības aprūpes dienestu izmantošana Latvijas vispārējā populācijā	28
3.3. Depresijas punkta prevalences un PHQ-9 validācija primārajā aprūpē Rīgā un Rīgas rajonā	37

4. DISKUSIJA.....	43
4.1. Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība Latvijas vispārējā populācijā un ar to asociētie faktori	44
4.2. Depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība Latvijas vispārējā populācijā un ar to asociētie faktori	48
4.2.1. Depresijas un “mazās depresijas” asociācija ar somatiskām saslimšanām un veselības aprūpes dienestu apmeklējumiem	50
4.3. Depresijas izplatības Latvijas vispārējā populācijā pētījumu priekšrocības un trūkumi.....	51
4.4. Depresijas izplatība pacientu kopā primārā aprūpē	52
4.5. Depresijas skrīninga instrumenta PHQ-9 validitāte primārās aprūpes pacientu kopā.....	53
SECINĀJUMI	55
Praktiskās rekomendācijas un nozīme	56
LITERATŪRAS SARAKSTS	58
PATEICĪBAS	70

1. IEVADS

1.1. Problēmas aktualitāte

Depresija ir būtiska sabiedrības veselības problēma, veidojot nozīmīgu slogu veselības aprūpes sistēmā visā pasaulē. Eiropas valstīs depresija ir trešā visbiežāk sastopamā psihiskā saslimšana aiz miega un trauksmes traucējumiem, skarot 30 miljonus Eiropas populācijas (Wittchen et al., 2011). Pasaules veselības organizācija (PVO) ir prognozējusi, ka 2020. gadā depresija kļūs par otro biežāko darba nespējas un invaliditātes iemeslu, ierindojoties aiz sirds-asinsvadu saslimšanām (Murray, 1996), taču jau mūsdienās pēc DALY's (*disability adjusted life years* jeb slimībā pavadītie dzīves gadi) depresija Eiropas valstīs ierindojas pirmajā vietā (Wittchen et al., 2011). Eiropā lielākais psihisko traucējumu izplatības populācijā apkopojuma pētījums parāda, ka ar klīniski nozīmīgu depresiju pēdējo 12 mēnešu laikā sastopas vidēji 6,9% Eiropas iedzīvotāju (Wittchen et al., 2011). Diemžēl šī pētījuma veikšanas laikā dati par depresijas izplatību Latvijā vēl nebija zināmi un par aptuveno izplatību tika sniegts eksperta viedoklis. Vienā no lielākajiem ASV (Amerikas Savienotās Valstis) psihisko traucējumu izplatības un epidemioloģiskiem pētījumiem ar populācijas izlasi 9282 pilngadīgie iedzīvotāji tika noteikts, ka ik gadu ar depresiju sastopas 9,5% ASV populācijas (Kessler et al., 2005b). Vienā no lielākajiem Eiropas psihisko traucējumu epidemioloģiskiem pētījumiem, kur pēc vienotas metodoloģijas tika intervēti Beļģijas, Francijas, Vācijas, Nīderlandes, Itālijas, Spānijas pilngadīgie iedzīvotāji ar izlases apjomu 21 425, tika noteikts, ka depresijas pēdējo 12 mēnešu izplatība vidēji veido 4,2% (Alonso et al., 2004).

Neskatoties uz visai plašo depresijas izplatības pētījumu datu bāzi, joprojām ir vērojams būtisks datu trūkums no Austrumeiropas un Baltijas valstīm, kurās ir atšķirīga veselības aprūpes sistēma un labklājības līmenis.

Piemēram, Lietuvā līdz šim nav veikti depresijas izplatības pētījumi, Igaunijā tika noskaidrota depresijas punkta prevalence 2006. gadā, un kopš tā laika jauni depresijas izplatības pētījumi vispārējā populācijā netika veikti.

Depresija sekmē būtiskus traucējumus ikdienas funkcionēšanā. Sociālās funkcionēšanas pazemināšanās ir saistīta ar depresijas smagumu, tas ir, 18% cilvēku ar vieglas depresijas simptomiem un 52% ar depresiju tiek novēroti būtiski funkcionēšanas traucējumi ikdienas dzīvē. Cilvēkiem, kuri cieš no depresijas, ir 23 reizes augstākas izredzes sociālās funkcionēšanas traucējumiem, salīdzinot ar vispārējo populāciju (Lépine and Briley, 2011). Zīmīgi, ka cilvēkiem ar depresiju, salīdzinot ar vispārējo populāciju, tiek novērots 2 reizes augstākas izredzes mirstībai, iekļaujot gan tiešos (piemēram, izdarītās pašnāvības), gan arī netiešos (piemēram, somatiskas saslimšanas) cēloņus (Cuijpers and Smit, 2002). Depresijas gadījumā tiek novērots 1,8 reizes lielākas izredzes saslimšanai ar somatiskām slimībām. Piemēram, hospitalizētiem pacientiem ar depresiju un kardiovaskulārām slimībām, tiek novērots nozīmīgi paaugstināts miokarda infarkta un nāves risks kardioloģisku iemeslu dēļ 10 gadu laikā pēc hospitalizācijas (Cuijpers and Smit, 2002; Cuijpers et al., 2014; Lépine and Briley, 2011). Ir ziņots, ka depresija somatiski veselīgiem cilvēkiem veicina koronārās sirds slimības attīstību, kā arī tiek uzskatīta par riska faktoru akūtiem galvas smadzeņu asinsrites traucējumiem (Nicholson et al., 2006).

Saslimšanā ar depresiju pasaules literatūrā tiek atzīmētas dzimumatšķirības – tā 1,6 līdz 3,1 reizes biežāk sastopama sievietēm nekā vīriešiem. Lielākās dzimumatšķirības ir novērojams ASV un Rietumeiropas valstīs. Depresijas izplatības pētījumos, kuros populācijas vecums veidoja 18 līdz 64 gadi, bija noskaidrots, ka ar depresiju saslimst vidēji 27 gadu vecumā (Alonso et al., 2004). Tie ir cilvēki darbaspējīgā vecumā, kuru dzīves kvalitāte, fiziskā veselība un darbaspējas tiek būtiski traucētas.

Bieži vien depresija mēdz būt hroniska saslimšana ar atkārtotām epizodēm. Atkārtota epizode 6 mēnešu laikā pēc izveseļošanās no iepriekšējās

depresijas epizodes ir sastopama 25 % pacientu, savukārt 58% pacientu atkārtota depresijas epizode varētu būt gaidāma 5 gadu laikā, un 85 % pacientu – turpmāko 15 gadu laikā pēc atveseļošanās no iepriekšējās depresijas (Kessler et al., 2003). Turklāt, cilvēkiem ar divām depresijas epizodēm dzīves laikā iespējamība trešajai epizodei veido 70%, savukārt tiem, kam dzīves laikā bijušas trīs epizodes – iespējamība epizodēm nākotnē sasniedz 90% (Kupfer, 1991). Lielai depresijas pacientu daļai tiek novērota depresijas hroniska gaita ar depresijas simptomu smaguma svārstīšanos. Divas trešdaļas depresijas pacientu atveseļojas pilnībā, savukārt vienai trešdaļai tiek novērota daļēja uzlabošanās vai arī kādu simptomu saglabāšanās 90% (Lépine and Briley, 2011).

Zīmīgi, ka ir cilvēki, kuriem tiek novērota nevis klīniski izvērstā depresija, bet gan depresijas simptomi “mazās depresijas” veidā. Lai gan šie cilvēki netiek identificēti kā depresijas pacienti, tomēr viņiem tiek novēroti funkcionēšanas traucējumi, pazemināta dzīves kvalitāte, kā arī paaugstināts pašnāvības risks (Hegerl et al., 2012; Tadić et al., 2010).

Gandrīz divas trešdaļas no visām izmaksām veido depresijas netiešās izmaksas (darbaspēju zudums un priekšlaicīga mirstība), kas atšķirībā no somatisko slimību lielajām tiešām izmaksām ir modificējamas (Gustavsson et al., 2011).

Primārās aprūpes ārsti ikdienā bieži sastopas ar depresīviem traucējumiem; depresijas punkta prevalence primārajā aprūpē pēc literatūras datiem veido 5 līdz 15% (Kessler et al., 2005a), un tikai pusei pacientu ar depresiju tā tiek diagnosticēta (Bodlund et al., 1999; Wittchen et al., 2002).

Statistiski dati no Valsts kompensēto medikamentu sistēmas liecina, ka 2012.gadā tikai 3 833 pacienti saņēma kompensētos medikamentus depresijas ārstēšanai. Primārajā aprūpē un pie psihiatriem ārstējās tikai 8 233 pacienti ar depresiju (NVD, 2013). Tai pat laikā primārajā aprūpē gada laikā tika konsultēti 54 975 pacienti ar stresu saistītiem, neirotiskiem un somatoformiem

traucējumiem (F4, SSK-10), no kuriem 82 % pacientu atradās tikai ģimenes ārstu pārraudzībā (NVD, 2013).

Depresijas izplatības noskaidrošana gan vispārējā populācijā, gan primārā aprūpē atainotu patieso situāciju un vērstu valsts struktūras pievērst uzmanību šo traucējumu aprūpes uzlabošanai, tādējādi sekmējot sabiedrības ieguvumu, mazinot tās radītos netiešos izdevumus.

Līdz šim Latvijā nav pētīta depresijas izplatība vispārējā Latvijas populācijā, primārā aprūpē, kā arī nav ieviesti validēti depresijas skrīninga mērinstrumenti, kas varētu atvieglot ģimenes ārstu un citu veselības aprūpes speciālistu darbu depresijas diagnostikā.

Darba mērķis

Noskaidrot depresijas izplatību Latvijas vispārējā populācijā, ar to saistītos sociāli demogrāfiskos faktorus un ar veselību saistītos faktorus, kā arī noteikt depresijas izplatību pacientu kopā primārā aprūpē Rīgā un Rīgas rajonā un validēt depresijas skrīninga instrumentu.

Darba uzdevumi

1. Noskaidrot depresijas punkta prevalenci Latvijas vispārējā populācijā, izmantojot depresijas skrīninga instrumentu *The Patient Health Questionnaire-9* (Pacientu veselības aptauja – 9 jeb PHQ-9) latviešu un krievu valodās.
2. Noskaidrot saistītos sociāli demogrāfiskos faktorus, veselības pašvērtējumu un alkohola lietošanu ar depresiju pēdējās 2 nedēļās.

3. Noskaidrot depresijas un “mazās depresijas” izplatību pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā, izmantojot diagnostiskas intervijas *The Mini International Neuropsychiatric Interview* (Īsā internacionālā neiropsihiatriskā intervija jeb M.I.N.I.) 6.0.0. versijas depresijas moduli latviešu un krievu valodās.
4. Noskaidrot veselības aprūpes dienestu apmeklēšanas biežumu, pamata sociāli demogrāfiskos faktoros, somatisko saslimšanu, kavētu darba dienu veselības dēļ, veselības pašvērtējuma un smēķēšanas statusa saistību ar depresiju pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā.
5. Noskaidrot depresijas punkta prevalenci pacientu kopā ģimenes ārstu praksēs Rīgā un Rīgas rajonā.
6. Veikt depresijas skrīninga instrumenta PHQ-9 latviešu un krievu valodas versijas validāciju pacientu kopā primārā aprūpē pret M.I.N.I.

Darba hipotēzes

1. Depresijas izplatība Latvijas vispārējā populācijā un primārā aprūpē ir līdzīga vai augstāka, salīdzinot ar vidējiem depresijas izplatības rādītājiem Eiropā.
2. Depresijai ir saistība ar noteiktiem sociāli demogrāfiskiem un veselību noteicošiem faktoriem.
3. PHQ-9 ir piemērojams skrīninga instruments primārā aprūpē ar kopējo punktu summu 10.

Zinātniskā novitāte

Pirmo reizi Latvijā tika apkopoti dati par depresijas izplatību pēdējās 2 nedēļās (punkta prevalenci), kā arī depresijas un “mazās depresijas” izplatību pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā. Tika analizēti ar depresiju

saistītie sociāldemogrāfīkie faktori, veselības pašvērtējums un alkohola lietošana, smēķēšana, veselības aprūpes dienestu apmeklēšanas biežums, somatiskās slimības. Tika analizētas līdzības un atšķirības ar citām valstīm. Šis ir pirmais pētījums Latvijā, kura ietvaros vispārējā populācijā ir noskaidroti reprezentatīvi un starptautiski salīdzināmi depresijas izplatības dati.

Promocijas darbā tika arī veikta starptautiski atzītas, depresijas skrīninga mērinstrumenta *The Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) validācija ģimenes ārstu prakšu pacientu kopā, kuras ietvaros tika noskaidroti šīs skalas raksturlielumi un noteikta klīniskās depresijas PHQ-9 kopējā punktu summa Latvijai. Šis ir pirmais validētais depresijas skrīninga instruments tieši primārā aprūpē, kas varētu atvieglot ģimenes ārstu darbu depresijas diagnostikā un līdz ar to – sekmēt depresijas atpazīstamības uzlabošanos primārās aprūpes līmenī.

Darba praktiskā nozīme

Tika iegūti ar depresiju saistītie faktori, kuri varētu kalpot kā indikatori skrīninga mērķpopulācijas identificēšanai primārās aprūpes līmenī. Ir adaptēts depresijas skrīninga instruments, kas varētu atvieglot ārsta darbu to pacientu atpazīšanā, kas cieš no depresijas. Adaptētais depresijas skrīninga instruments un pilotētā pētījuma metodoloģija tika izmantots par pamatu Valsts pētījumu programmas “Biomedicīna sabiedrības veselībai (BIOMEDICINE)” projekta “Nozīmīgāko psihisko slimību un kognitīvās disfunkcijas radīto veselības problēmu izpēte un sloga samazināšana” apakšprojekta Nr.5.8.1. realizācijai.

Ētiskie apsvērumi

Pirms iekļaušanas pētījumā pacienti tika iepazīstināti ar informāciju par pētījumu un brīvprātīgi apstiprināja piekrišanu dalībai tajā. Tika saglabāta respondentu konfidencialitāte un anonimitāte. Visi pētījuma posmi tika veikti atbilstoši ētikas principiem, tika iegūta Ētikas komitejas atļauja.

Promocijas darba apjoms un struktūra

Promocijas darbs ir uzrakstīts latviešu valodā uz 131 lappusēm pēc klasiskas darba struktūras. Darbs ir strukturēts desmit nodaļās: Ievads; Literatūras apskats; Materiāli un metodes; Rezultāti; Diskusija; Secinājumi; Publikācijas; Pateicības; Literatūras saraksts; Pielikumi. Promocijas darbs satur 12 tabulas, 6 attēlus un 7 pielikumus. Literatūras sarakstā ir 251 autoru un autoru kolektīvu darbu.

2. MATERIĀLS UN METODEDES

Pētījums veikts laika posmā no 2011. līdz 2014. gadam, trīs secīgos posmos:

Pirmajā pētījuma posmā, 2011. gadā veiktā 15–64 gadus vecu Latvijas iedzīvotāju šķērsriezuma pētījumā “Latvijas iedzīvotāju aptauja par atkarību izraisošo vielu lietošana”, kura izlases apjoms bija 4493 iedzīvotāji, tika noskaidrota depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība jeb depresijas punkta prevalence un ar to asociētie sociāli demogrāfiskie faktori, kā arī veselības pašvērtējums un alkohola atkarība.

Otrajā pētījuma posmā, 2012. gadā “Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā”, kura izlases apjoms bija 3003 iedzīvotāji, tika noskaidrota depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība un tās asociācija ar veselības aprūpes dienestu apmeklēšanas biežumu, somatiskām slimībām, kavētām darba dienām veselības dēļ, veselības pašvērtējumu un smēķēšanas paradumiem.

Trešajā pētījuma posmā, 2014. gadā Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE ietvaros sešās ģimenes ārstu praksēs Rīgā un Rīgas rajonā tika veikts pilotprojekts, kura ietvaros veikta depresijas skrīnginstrumenta PHQ-9 validācija un depresijas izplatības noteikšana primārās aprūpes pacientu kopā.

2.1. Depresijas punkta prevalences noteikšana

Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatības un ar to saistīto sociāldemogrāfisko faktoru noskaidrošana bija daļa no Latvijas iedzīvotāju aptaujas par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā (Snikere et al., 2012). Pētījuma izlases veidošanai tika izmantota stratificēta nejaušās gadījuma izlases metode, kas nodrošina visu Latvijas reģionu un apdzīvotu vietu reprezentāciju izlasē.

Stratifikācijas mainīgie bija urbanizācijas līmenis, attīstības indekss un reģions. Kopumā tika izveidoti 56 strati. Pēc nejaušības principa tika atlasītas starta adreses katrā no stratiem. Adrešu atlasē tika izmantoti Adrešu reģistra dati. Intervijas tika veiktas, izmantojot nejaušā maršruta metodi. Respondenti tika atlasīti, izmantojot tuvākās dzimšanas dienas metodi. Aptauja notika tiešās intervijas veidā - aptaujas anketā tika ietverta sociāldemogrāfija, jautājumi par alkohola, tabakas, citu psihoaktīvo vielu lietošanu, tika iekļauts depresijas skrīninga mērinstruments PHQ-9, kā arī anketas daļa, kas ietver sensitīvākos jautājumus, tika nodota aizpildīšanai respondentiem. Lai būtu iespējams izvērtēt izlases reprezentativitāti, pētījumā tika iekļauta neliela aptauja ne-respondentiem, kurā bija iekļauti vairāki sociāldemogrāfiskie jautājumi, kā arī jautājumi par smēķēšanas un alkohola lietošanas paradumiem. Aptauja tika īstenota latviešu un krievu valodā.

Sociāldemogrāfiskie mainīgie, veselības stāvokļa pašnovērtējums un alkohola sistemātiska lietošana tika vērtēta strukturētas intervijas veidā.

Respondentu vecums tika klasificēts 4 kategorijās: 15–24, 25–34, 35–44, 45–54 gadi. Respondentu ģimenes stāvoklis tika noteikts trīs kategorijās: precējies/dzīvo kopā ar partneri, šķīries/precējies, bet dzīvo atsevišķi / atraitnis /-e, neprecējies /-usies.

Respondentu apdzīvotās vietas tips tika noteikts trīs kategorijās: Rīga, citas pilsētas, lauki.

Respondentu izglītība tika noskaidrota, kodējot trīs kategorijās: augstāka par vidējo, vidējā, zemāka par vidējo.

Respondentu nodarbinātības stāvoklis tika noteikts, pārkodējot sniegtās atbildes trīs kategorijās: nodarbināts/-a, bezdarbnieks/-ce, ekonomiski neaktīvs/-a.

Respondentu tautība tika noteikta, pārkodējot atbilžu variantus divās kategorijās: latvietis, cita.

Veselības stāvokļa pašvērtējums tika noteikts trīs kategorijās: slikts, viduvējs, labs. Veselības stāvokļa izmaiņas pēdējā gada laikā tika vērtētas trīs kategorijās: bez izmaiņām, uzlabošanās, pasliktināšanās.

Respondentu apmierinātība ar dzīvi tika promocijas darba ietvaros tika klasificēta trīs kategorijās: apmierināts, daļēji apmierināts, neapmierināts.

Ikmēneša ienākumi uz vienu ģimenes locekli mājāsaimniecībā pēdējā gada laikā tika definēti uz vienu cilvēku 4 kvartilēs: < 91 Latvijas Lats (Ls), 91–129 Ls, 130–209 Ls, un virs 209 Ls (attiecīgi, < 129 EUR, 129–184 EUR, 185–295 EUR, ≥ 296 EUR).

Depresijas noteikšanai, respondenti tika intervēti, izmantojot PHQ-9 skalu, kura ataino deviņus depresijas simptomus, balstoties uz Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatu, ceturto izdevumu (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* jeb DSM-IV). Ar šo skalu tiek izvērtēts pēdējo divu nedēļu periods, respektīvi, tiek noteikta esošā depresijas epizode (Kroenke et al., 2001). Skalas tulkošanu no angļu valodas uz latviešu un krievu valodām, kā arī tās atpakaļtulkošanu veica četri cilvēki (divi no tiem speciālisti klīniskajā psihiatrijā un divi – ar iepriekšēju pieredzi aptauju veidošanā un populācijas pētījumu organizēšanā un vadīšanā). PHQ-9 skalas tulkojumi tika diskutēti, un tika panākta vienošanās par visprecīzāko tulkojumu. Rekomendētā punktu summa ≥ 10 tika uzskatīta par klīnisku depresiju (Kroenke et al., 2010).

Trūkstošās vērtības PHQ-9 tika aizvietotas, izmantojot iztrūkstošo vērtību ievietošanu ar dzimumu, vecumu, ģimenes stāvokli, ienākumus uz vienu ģimenes locekli un urbanizāciju.

Alkohola atkarības noteikšanai tika izmantota Salikta starptautiskā diagnostiskā intervija (*Composite International Diagnostic Interview* jeb CIDI) alkohola atkarības sadaļa, kas izveidota saskaņā ar DSM-IVkritērijiem (Samet et al., 2007). Trīs no septiņiem kritērijiem bija nepieciešami alkohola atkarības noteikšanai. Pētījumā PHQ-9 un CIDI uzrādīja augstu iekšējo ticamību

(*Cronbach's alfa* jeb *Kronbaha alfa*). PHQ-9 tā bija 0,86 latviešu valodas versijai un 0,87 krievu valodai. CIDI tā bija 0,90 latviešu valodai un 0,87 krievu valodai.

2.1.1. Statistiskās analīze

Tika pielietotas aprakstošās statistikas metodes, Hī kvadrāta tests (χ^2 tests) un loģistiskās regresijas. Modelis1 bija samērots pēc dzimuma un vecuma, savukārt Modelī 2 tika veikta vienlaicīgi visu faktoru samērošana. Rezultāti tiek ziņoti, izmantojot izredžu attiecības (OR) ar 95% ticamības intervāliem (TI). Datu analīze tika veikta Stata 12 (Stata corp). Standarta kļūdas tika aprēķinātas, izmantojot Teilora sēriju linearizāciju.

2.2. Depresijas un “mazās depresijas” 12 mēnešu izplatība

Latvijas vispārējās populācijas pētījuma “Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2012” ietvaros ar kopējās izlases apjomu 3004 Latvijas iedzīvotāji, tika noskaidrota depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums ir atvasināts no FINBALT veselības monitoringa, kas bija sadarbības sistēma starp Somiju un Baltijas valstīm, veselību ietekmējošo paradumu un ar to saistīto faktoru izplatības noteikšanai (Leadholm et al., 2014; Pudule, 2013). Vairums no mērījumiem tika iepriekš izmantoti FINBALT pētījumā (Puska et al., 2003).

Pētījuma izlase tika veidota pēc daudzpakāpju nejaušās stratificētās izlases metodes. Ģenerālā kopa – 1 549 011 Latvijas iedzīvotāji vecumā no 15 līdz 64 gadiem, izlases lielums 3004 iedzīvotāji. Stratifikācijas pazīmes veidoja apdzīvotības bija dzimums, vecums, tautība, ģeogrāfiskais apdzīvotības blīvums. Aptaujas izlase aprēķināta un stratificēta pēc LR Centrālās statistikas

pārvaldes publicētās informācijas par Latvijas iedzīvotāju skaitu Latvijas pilsētās un pagastos 2010.gadā. Izlases aprēķināšanā un ģeogrāfiskajā izklidē tiek izmantota nejaušā maršruta metode (Pudule, 2013). Ņemot vērā iedzīvotāju skaitu vietās, no Latvijas apdzīvoto vietu saraksta tika izvēlēti 390 aptaujas punkti, kuras tika atlasītas pēc nejaušības principa no Adrešu reģistra un bija proporcionālas populācijas skaitam katrā stratā. Tika izmantota nejaušā ceļojuma metode. Izlasē iekļuvušos aptaujas punktus intervētājam tika dota starta adrese. Katra nākamā intervijas adrese tika iegūta iepriekšējās adreses numuram pieskaitot skaitli 3., savukārt lauku apvidos intervējamie tika meklēti katrā tuvākajā viensētā. Katrā mājsaimniecībā tika intervēts tikai viens respondents pēc tuvākās dzimšanas dienas principa (Gaziano, 2005; Kish, 1949; Pudule, 2013). Dati tika iegūti tiešās intervijas veidā latviešu vai krievu valodā pēc respondenta izvēles. Lauka darbus no 2012. gada aprīļa līdz jūnijam veica 68 apmācīti intervētāji, kuru darbu pārraudzīja pieci reģionālie koordinatori un divi pārraugi Rīgā. Iegūtie dati tika svērti pēc dzimuma, vecuma grupām, apdzīvotās vietas tipa, dzīvesvietas reģiona un tautības.

Depresijas izplatības pēdējos 12 mēnešos noteikšanai tika izmantota Īsā internacionālā neiropsihiatriskā intervijas (*The Mini International Neuropsychiatric Interview* jeb M.I.N.I.) 6.0.0 versija latviešu un krievu valodā. Tās izmantošanai tika iegūta autortiesību turētāja atļauja (skat. pielikumu). M.I.N.I. ir strukturēta klīniska diagnostiska intervija, kura tika validēta pret pasaulē plaši izmantojamām strukturētām intervijām, tādām kā SCID-P (Strukturēta klīniska intervija – Pacientu versija), CIDI (Saliktā starptautiskā diagnostiskā intervija), kā arī, balstoties uz ekspertu viedokli tās pielietošanā (Sheehan et al., 1998). M.I.N.I. uzrāda labus psihometriskos rādītājus (Pinninti et al., 2003). M.I.N.I. Skalas autori šo instrumentu bija tulkojuši latviski un krieviski un adaptējuši Latvijai.

Rezultāti tika iedalīti trīs kategorijās: nav depresijas, “mazā depresija” (viegla depresija) un depresija (saskaņā ar DSV-IV). Depresija tika noteikta, ja 5

vai vairākas atbildes M.I.N.I. tika atzīmētas ar “Jā” un jautājums par grūtībām veikt ikdienas funkcijas simptomu dēļ. “Mazā depresija” tika noteikta, ja M.I.N.I. intervijā 2 atbildes ir atzīmētas ar “Jā” (Saskaņā ar DSM-IV klasifikatoru).

Respondentu vecums aptaujas ietvaros tika noskaidrots, izveidojot četras atbilžu variantu kategorijas: 15–24, 25–34, 35–54, 55–64.

Veselības aprūpes struktūru apmeklēšana un biežums pēdējos 12 mēnešos tika noteikti, balstoties uz pašu respondentu ziņoto dienestu apmeklēšanu. Mainīgie tika pārkodēti divās kategorijās: medicīniskie dienesti nav apmeklēti un jebkādi medicīniskie dienesti (primārā aprūpe un specializētā aprūpe (neskaitot stomatologu)). Apmeklējumu biežums pēdējo 12 mēnešu laikā tika kodēts piecās kategorijās: neapmeklēja, 1–2 reizes, 3–5 reizes, 6–9 reizes, 10 vai vairāk reizes.

Pašu ziņotās somatiskās saslimšanas, veicot aptauju, tika noskaidrotas, uzdotot jautājumu: “Vai ārsts pēdējā gada (12 mēnešu) laikā Jums ir diagnosticējis kādu no šīm slimībām? Atbilžu varianti promocijas darba ietvaros tika kodēti šādās kategorijās: asinsvadu slimības, cukura diabēts, artrīts, mugurkaula slimības, respiratorās slimības, gastroenteroloģiskās slimības, urīnizvades orgānu slimības, onkoloģiskās slimības. Promocijas darbā tika noteikts arī somatisko slimību skaits pēdējos 12 mēnešos, un tika kodēts četrās kategorijās: neviena, viena, divas, trīs un vairāk.

Respondentu ziņots veselības pašvērtējums promocijas darba ietvaros tika noteikts šādās kategorijās: virs viduvēja, viduvējs, zemāk kā viduvējs.

Kavēto dienu skaits darbā pēdējos 12 mēnešos pētījumā promocijas darbā tika kodētas trīs kategorijās: neviena, 1–10 dienas, 11+ dienas.

Vai respondents saņem invaliditātes pensiju, tika noskaidrots, veidojot divas kategorijas: jā un nē.

Smēķēšanas statuss tika noteikts, sadalot atbildes 4 kategorijās: nesmēķētājs, atmetis/bijušais smēķētājs, gadījuma smēķētājs, pastāvīgais smēķētājs.

2.2.1. Statistiskā analīze

Dati tika analizēti, izmantojot Stata (version 13). Standarta kļūdu aprēķināšanai tika izmantotas Teilora sēriju linearizācijas. Rao-Skota χ^2 tests tika izmantots, lai noteiktu dažādu mainīgo sadalījumu respondentu kategorijās “nav depresija”, “mazā depresija”, “depresija” (Rao, 1984). Studenta t-tests tika izmantots parametrisko mainīgo noteikšanai. Izteiksmes tika aprēķinātas izredžu attiecībās (OR). Multinomiālā loģistiskā regresija tika izmantota, jo atkarīgais mainīgais (depresijas statuss) tika veidots vairāk kā divās kategorijās, respektīvi, “nav depresija”, “mazā depresija”, “depresija”. Šī metode tika arī izmantota, lai noskaidrotu, vai veselības aprūpes dienestu izmantošana bija līdzīga respondentiem ar “mazo depresiju”, depresiju un tiem, kam nav depresijas. Tika izveidoti divi modeļi. Modelī 3 tika noskaidrotas depresijas statusa un katra neatkarīgā mainīgā saistība, kontrolējot pēc dzimuma un vecuma. Regresijas analīzē Modelī 4 tika aprēķinātas depresijas statusa un katra neatkarīgā mainīgā saistība, kontrolējot pēc visiem faktoriem vienlaicīgi un izsakot OR.

2.3. Depresijas punkta prevalence un PHQ-9 validācija primārajā aprūpē pacientu kopā Rīgā un Rīgas rajonā

Valsts pētījumu programmas “Biomedicīna sabiedrības veselībai (BIOMEDICINE)” projekta “Nozīmīgāko psihisko slimību un kognitīvās disfunkcijas radīto veselības problēmu izpēte un sloga samazināšana” apakšprojekta Nr. 5.8.1. ietvaros 2014. gadā tika veikts PHQ-9 depresijas skrīninginstrumenta sākotnējās validācijas pilotpētījums, kā arī tika noskaidroti sākotnējie dati par depresijas pēdējo 2 nedēļu un dzīves izplatību ģimenes ārstu praksē pacientiem.

Kopumā tika atlasītas sešas ģimenes ārstu prakses Rīgā un Rīgas rajonā pēc ģimenes ārstu piekrišanas principa. Katrā atlasītajā praksē vienas nedēļas periodā visi pacienti vecuma grupā 18 gadi un vairāk, kas apmeklēja savu ģimenes ārstu jebkāda medicīniska iemesla dēļ, tika uzaicināti piedalīties pētījumā. Pacientiem bija jāsaprot un jāprot runāt latviešu vai krievu valodā, bija jābūt hemodinamiski un somatiski stabiliem, citi pacientu atlases ierobežojumi netika veikti.

Visiem pētījuma dalībniekiem tika lūgts aizpildīt PHQ-9 instrumentu latviešu vai krievu valodā. Pēc anketas aizpildīšanas tika iegūti pamata sociāldemogrāfiskie dati (dzimums, vecums, izglītība, tautība). Divu nedēļu laikā pēc skrīninga anketas aizpildīšanas telefoniski tika veikta diagnostiska intervija ar M.I.N.I. 6.0.0 versiju.

2.3.1. Statistiskās metodes

PHQ-9 validitāte tika noteikta, veicot faktoru rotēšanu, izmantojot Varimax metodi. Skalās iekšējā ticamība tika aprēķināta Kronbaha alfa izteiksmē. Skalās kritēriju pareizība jeb ticamība bija noteikta, nosakot jutību un

specifiskumu, kā arī iespējamības attiecību pozitīviem un negatīviem rezultātiem dažādām punktu summām. Validācijas standarts bija diagnostiskā intervija M.I.N.I., kura tika pielietota latviešu vai krievu valodā. Datu analīze tika veikta programmā Stata 14. versija (Stata Corp).

3. REZULTĀTI

3.1. Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība Latvijas vispārējā populācijā

Veiktajā Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā, respondentu atsaucība, vadoties pēc Amerikas asociācijas Sabiedrības viedokļa pētniecībai (*American Association for Public Opinion Research*), bija 61% (*American Association for Public Opinion Research*, 2017). Respondentu un nerespondentu vidū netika konstatētas kādas sociāldemogrāfisko faktoru statistiski ticamas atšķirības. Kopējo izlasi veidoja 4493 respondenti (2173 sievietes un 2320 vīrieši). Vielu lietošanas sadaļā tika novērots respondentu pārkāpums vecuma grupā 20–24 gadi, kas varētu sekmēt vecumu grupu nevienlīdzīgu salīdzinājumu, līdz ar to šādas nevienlīdzības tika koriģētas sverot datus.

Kopējā izlasē vairāk bija sieviešu (51,6%, 95%TI 49,8–53,4) nekā vīriešu (48,4%, 95%TI 46,6–50,2). Vecuma grupā 15–24 gadi bija 22,0% (95%TI 20,7–23,3) no visiem respondentiem, vecuma kategorijā 25–34 gadi bija 20,6% (95%TI 19,1–22,3), vecumā 35–44 gadi 19,7% (95%TI 18,2–21,2), 45–54 gadi grupā bija 21,4% (95%TI 19,9–22,9) un kategorijā 55–64 gadi – 16,4% (95%TI 15,2–17,6) respondentu. Latviešu tautības respondenti bija pārkāpumā (67,3%, 95%TI 65,7–68,9), salīdzinot ar citu tautību respondentiem (32,7, 95%TI 31,1–34,3). Vislielākais respondentu īpatsvars bija ar vidējo izglītību (59,7%, 95%TI 57,9–61,4%), savukārt vismazākais – ar izglītību zemāku par vidējo (18,8%, 95%TI 17,5–20,1). Augstāka par vidējo izglītība bija novērota 21,6% pētījuma dalībnieku (95% TI 20,1–23,2). Visvairāk cilvēku, kas piedalījās aptaujā, bija nodarbināto statusā (61,7%, 95%TI 60,0–63,4), savukārt vismazāk bija bezdarbnieku (12,3%, 95% TI 11,1–13,6). Ekonomiski neaktīvo

respondentu īpatsvars bija 26,0% (95%TI 24,7–27,5). Respondentu vidū bija vairāk to cilvēku, kuri ir precējušies vai dzīvo kopā ar partneri (56,8%, 95%TI 54,9–58,5). 22,7% (95%TI 21,4–24,2) no pētījuma dalībniekiem bija neprecējušies un 20,6% (95%TI 19,1–22,0) bija šķīrušies vai dzīvoja atsevišķi, vai bija atraiņņa statusā. Galvaspilsētā dzīvoja 29,0% (95%TI 27,9–30,2) respondentu, citās Latvijas pilsētās dzīvoja 26,4% (95%TI 25,5–27,4) un laukos – 44,5% (95%TI 43,3–45,8) respondentu. Vairums respondentu jeb 68,3% (95%TI 66,7–69,9) savu esošo veselības stāvokli vērtēja kā labu, 26,8% (95%TI 25,3–28,4) savu veselību vērtēja viduvēji, un 4,9% (95%TI 4,1–5,6) – kā sliktu esam. No visiem dalībniekiem, kuri piedalījās pētījumā, 8,0% (95% TI 7,2–9,0) atzīmēja, ka pēdējā gada laikā veselības stāvoklis nav mainījies, 75,9% (95%TI 74,4–77,3) uzskatīja, ka veselības stāvoklis pēdējā gada laikā ir uzlabojies un 16,1% (95%TI 14,9–17,4) uzskatīja, ka veselība ir pasliktinājusies.

Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība kopā bija 6,7% (95%TI 5,6–7,9). Tā bija biežāk sastopama sievietēm nekā vīriešiem, respektīvi, 7,8% (95%TI 6,5–9,2) un 5,6% (95%TI 4,4–6,8). Depresija bija biežāk sastopama vecākajā vecuma grupā jeb 55–64 gadi (9,9%, 95% TI 7,5–12,2), savukārt vismazākā pēdējo 2 nedēļu depresijas izplatība bija novērota jaunākajā vecuma grupā jeb 15–24 gadi (3,8%, 95%TI 2,6–5,1). Visbiežāk pēdējo 2 nedēļu depresija bija sastopama cilvēkiem, kuri ir šķīrušies, dzīvo atsevišķi un ir atraiņņi jeb 10,6% (95%TI 8,4–12,8). Tiem respondentiem, kuri bija neprecējušies, depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās veidoja 5,5% (95%TI 3,9–7,1). Tiem cilvēkiem, kuri ir precējušies vai dzīvo ar partneri, depresijas izplatība bija 5,8% (95%TI 4,7–7,0). Vislielākais pēdējo 2 nedēļu depresijas izplatības īpatsvars bija respondentiem, kuri dzīvoja Latvijas pilsētās, izņemot Rīgu un veidoja 10,8% (95%TI 8,9–12,7). Depresija bija sastopama 6,6% (95%TI 4,9–8,4) pētījuma respondentu, kuri dzīvoja galvaspilsētā, bet laukos – 4,4% (95%TI 3,3–5,5) cilvēku. Tiem respondentiem, kas nebija latviešu tautības, depresijas izplatība

bija 11,4% (95%TI 9,4–13,3), bet latviešu tautības pētījuma dalībniekiem – 4,5% (95%TI 3,7–5,4). Tiem respondentiem, kuru izglītība bija zemāka par vidējo, pēdējo 2 nedēļu depresijas izplatība veidoja 9,3% (95% TI 6,7–11,9), savukārt cilvēkiem, kuru izglītība bija augstāka par vidējo – 6,9% (95%TI 6,9–8,7). Bezdarbnieku vidū bija visaugstākā depresijas izplatība un veidoja 11,0% (95%TI 7,2–14,8), savukārt tiem respondentiem, kuri ir nodarbināti, depresija pēdējās 2 nedēļās bija 5,5% (95%TI 4,6–6,4). Tiem respondentiem, kuru ienākumi bija <129 EUR (1. kvartile) uz vienu cilvēku, bija visaugstākie depresijas izplatības rādītāji – 8,7% (95%TI 6,9–10,6), savukārt pētījuma dalībniekiem, kuru ienākumi uz vienu cilvēku bija > 296 EUR (4. kvartile), depresija bija sastopama 5,4% (95%TI 3,9–6,9) gadījumu. Respondentiem, kuru veselības pašvērtējums bija slikts, depresijas sastopamība pēdējās 2 nedēļās bija 31,0% (95%TI 24,1–37,9). Savukārt, respondentiem, kuri savu veselību vērtēja kā labu, depresija bija sastopama 3,4% gadījumu (95%TI 2,7–4,1). Tiem cilvēkiem, kuri atzīmēja, ka pēdējā gada laikā veselība ir pasliktinājusies, depresija veidoja 18,4% (95%TI 15,2–21,5), bet tiem, kuriem veselības stāvoklis nebija mainījies – 4,4% (95%TI 3,5–5,3). Respondentiem, kam bija noteikta alkohola atkarība, depresijas izplatība bija 17,6% (95%TI 13,9–21,3), bet tiem, kuriem nebija alkohola atkarības – 5,2% (95% TI 4,4–6,0).

Izredžu attiecības depresijai (OR) tika rēķinātas izmantojot loģistiskās regresijas metodi, un tika noteikta trīs veidos: ja faktori netika samēroti, ja faktori tika samēroti pēc dzimuma un vecuma un ja visi faktori tika samēroti vienlaicīgi.

Depresijas sakarības ar faktoriem ir attēlotas divos modeļos – Modelis 1 uzrāda faktoru samērošanu pēc dzimuma un vecuma, savukārt Modelī 2 – visi faktori tik samēroti vienlaicīgi. Jāatzīmē, ka depresijas izredzes, veicot samērošanu pēc vecuma un dzimuma ir līdzīgas ar aprēķinātām depresijas izredzēm, nesamērojot faktoros. Modelī 1 izredzes depresijai bija lielākas sievietēm (OR 1,4, 95%TI 1,1–1,9, $p = 0,018$), respondentiem virs 55 gadu

vecuma (OR 2,7, 95%TI 1,8–4,2, $p < 0,001$), cilvēkiem, kuri ir šķīrušies vai dzīvo atsevišķi vai ir atraiņi (OR 1,6, 95%TI 1,1–2,4, $p = 0,007$), kam izglītība ir zemāka par vidējo (OR 2,0, 95%TI 1,2–3,3, $p = 0,006$), kā arī cilvēkiem, kuri apdzīvo pilsētas (OR 2,6, 95%TI 1,9–3,6, $p < 0,0001$). Izredzes depresijai bija lielākas arī tiem, kas nebija latviešu tautības respondenti (OR 2,6, 95%TI 1,9–3,4, $p < 0,0001$), bezdarbniekiem (OR 2,1, 95%TI 1,4–3,3, $p = 0,001$). Krietiņi augstākas izredžu attiecības depresijai, salīdzinot ar nesamērotiem datiem, bija konstatētas alkohola atkarīgo respondentu vidū (OR 6,0, 95%TI 4,4–8,7, $p < 0,0001$). Modelis 1 atklāj, ka izredzes depresijai bija 26,8 (95%TI 17,9–40,2, $p < 0,0001$) reizes augstākas tiem, kuri ir neapmierināti ar dzīvi, salīdzinot ar grupu, kuras respondenti bija apmierināti ar dzīvi. Savas veselības statusa pašvērtējumam, gan šobrīd, gan arī pēdējā gada laikā arī bija saistība depresiju – tās izredzes bija 15,8 (95%TI 10,1–24,8, $p < 0,0001$) reizes augstākas sliktā veselības pašvērtējuma un 4,7 (95%TI 3,4–6,5, $p < 0,0001$) reizes augstākas, ja pēdējā gada laikā veselības stāvoklis ir pasliktinājies.

Modelī 2, kurā tika samēroti visi faktori, tika konstatētas līdzīgas tendences. Izredzes depresijai sievietēm bija 2,3 (95%TI 1,6–3,5, $p < 0,0001$) reizes augstākas nekā vīriešiem, un šī izredžu attiecība depresijai ir augstāka, nekā Modelī 1 un neveicot faktoru samērošanu. Vecumam, ģimenes stāvoklim, izglītības līmenim, ienākumiem uz vienu cilvēku un nodarbinātībai netika noteikta statistiski ticama saistība ar depresiju pēdējās 2 nedēļās. Respondentiem, kas dzīvoja Latvijas pilsētās, bet ne galvaspilsētā, izredzes depresijai bija līdzīgas ar rezultātiem, neveicot faktoru samērošanu un Modeli 1, un bija 2,7 (95%TI 1,9–3,9, $p < 0,001$) augstākas nekā respondentiem, kuri dzīvoja laukos. Sliktas veselības pašvērtējums bija saistīts ar 4,7 (95%TI 2,6–4,5, $p < 0,0001$) reizēm augstākām izredzēm depresijai, salīdzinot ar respondentiem, kam veselības pašvērtējums bija labs. Modelī 2 izredzes depresijai, ja respondentam ir sliktas veselības pašvērtējums, bija zemākas nekā Modelī 1 un neveicot faktoru samērošanu. Izredzes depresijai bija 2,6 (95%TI 1,8–3,9, $p < 0,0001$) reizes

augstākas, ja veselības stāvoklis pēdējo 12 mēnešu laikā ir pasliktinājies, un šī izredžu attiecība depresijai arī ir zemāka, nekā Modelī 1. Respondentiem, kam nebija latviešu tautība, izredzes depresijai bija 2,8 reizes augstākas nekā latviešu tautības respondentiem, un šie rezultāti ir līdzīgi kā nesamēroto faktoru analīzē un Modelī 1. Lai gan respondentiem, kas pauda neapmierinātību ar dzīvi. Izredzes depresijai, kuras tika noteiktas ar loģistiskās regresijas analīzi veicot faktoru samērošanu ir apskatāmas 3.1. tabulā.

3.1. tabula

Ar depresiju pēdējās 2 nedēļās asociētie sociāldemogrāfiskie faktori, veselības pašvērtējums, alkohola atkarība, apmierinātība ar dzīvi. Loģistiskās regresijas modeļi

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95%TI)	p	OR(95% TI)	p
Dzimums				
Vīrietis	1,0		1,0	
Sieviete	1,4 (1,1–1,9)	0,018	2,3 (1,6–3,5)	<0,0001
Vecums				
15–24	1,0		1,0	
25–34	1,7 (1,1–2,7)	0,028	1,6 (0,9–2,8)	0,093
35–44	2,0 (1,2–3,4)	0,006	1,2 (0,6–2,4)	0,569
45–54	1,9 (1,2–3,0)	0,003	0,8 (0,4–1,5)	0,416
55–64	2,7 (1,8–4,2)	<0,001	0,8 (0,4–1,6)	0,534
Ģimenes stāvoklis				
Precējies/ -usies/dzīvo kopā	1,0		1,0	
Šķīries/ -usies/dzīvo atsevišķi/	1,6 (1,1– 2,4)	0,007	1,1 (0,7–1,6)	0,761
Atraitnis/-e Neprecējies/-usies	1,4 (0,9–2,3)	0,124	1,2 (0,7–2,0)	0,448

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95%TI)	p	OR(95% TI)	p
Apdzīvotība				
Lauki	1,0		1,0	
Galvaspilsēta	1,6 (1,1–2,3)	0,025	1,4 (0,9–2,2)	0,090
Citas pilsētas	2,6 (1,9–3,6)	<0,0001	2,7 (1,9–3,9)	<0,0001
Veselības pašvērtējums				
Labs	1,0		1,0	
Viduvējs	3,8 (2,6–5,5)	<0,0001	1,8 (1,2–2,7)	0,007
Slikts	15,8(10,1–24.8)	<0,0001	4,7 (2,6–4,5)	<0,0001
Izmaiņas veselībā				
Bez izmaiņām	1,0		1,0	
Uzlabošanās	1,3 (0,8–1,2)	0,309	1,2 (0,7–2,2)	0,482
Pasliktināšanās	4,7 (3,4–6,5)	<0,0001	2,6 (1,8–3,9)	<0,0001
Tautība				
Latvietis/-e	1,0		1,0	
Cita tautība	2,6 (1,9–3,4)	<0,0001	2,8 (2,0–3,8)	<0,0001
Izglītība				
Augstāka par vidējo	1,0		1,0	
Vidējā	0,9 (0,6–1,2)	0,474	0,8 (0,5–1,2)	0,270
Zemāka par vidējo	2,0 (1,2–3,3)	0,006	1,0 (0,6–1,8)	0,913
Alkohola atkarība				
Nav	1,0		1,0	
Ir	6,0 (4,2–8,7)	<0,0001	3,4 (2,2–5,2)	<0,0001
Apmierinātība ar dzīvi				
Apmierināts/-a	1,0		1,0	
Vidēji apmierināts/-a	4,4 (3,2–6,1)	<0,0001	3,3 (2,3–4,8)	<0,0001
Nav apmierināts/-a	26,8 (17,9–40,2)	<0,0001	18,0 (11,3-28,7)	<0,0001

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95%TI)	p	OR(95% TI)	p
<i>Ienākumi uz vienu cilvēku</i>				
1. kvartile	1,7 (1,2–2,6)	0,007	0,9 (0,6–1,5)	0,788
2. kvartile	1,5 (1,0–2,3)	0,076	1,4 (0,9–2,2)	0,178
3. kvartile	1,0 (0,6–1,5)	0,889	0,8 (0,5–1,3)	0,353
4. kvartile	1,0		1,0	
<i>Nodarbinātība</i>				
Nodarbināts/a	1,0		1,0	
Bezdarbnieks/-e	2,1 (1,4–3,3)	0,001	0,7 (0,4–1,2)	0,225
Ekonomiski neaktīvs/-a	1,8 (1,2–2,5)	0,001	1,1 (0,8–1,7)	0,551

*Modelis 1 samērots pēc vecuma un dzimuma

**Modelis 2 samērots pēc visem faktoriem

3.2. Depresijas un “mazās depresijas” 12-mēnešu izplatība un veselības aprūpes dienestu izmantošana Latvijas vispārējā populācijā

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā kopējā pētījuma izlase bija 3003 Latvijas iedzīvotāji (1447 vīrieši un 1556 sievietes); viena respondenta aptaujas anketa tika atzīta par nederīgu un netika iekļauta kopējā analizē.

Kopumā 70% respondentu pēdējā 12 mēnešu laikā ir izmantojuši primāro veselības aprūpi un nedaudz vairāk kā puse jeb 51% ir izmantojuši arī specializēto aprūpi. Ir vērojamas statistiski ticamas atšķirības veselības aprūpes izmantošanā abiem dzimumiem. Sievietes veselības aprūpes dienestus apmeklēja biežāk nekā vīrieši. Pēdējo 12 mēnešu laikā 78,9% sieviešu un 60,5 % vīriešu apmeklēja primāro aprūpi un 60% sieviešu un 41,4% vīriešu – specializēto aprūpi. Arī veselības aprūpes dienestu apmeklējumu biežumā ir vērojamas statistiski ticamas atšķirības dzimumu grupās. Vislielākais sieviešu īpatsvars, kas

veidoja 27,2%, jebkādas veselības aprūpes dienestus ir ameklējušas 3–5 reizes pēdējo 12 mēnešu laikā, savukārt veselības aprūpi šādā biežumā ir apmeklējuši 19,3% vīriešu. Vislielākais vīriešu īptasvars jeb 27,1% jebkādu medicīnas aprūpi pēdējā gada laikā ir apmeklējuši 1–2 reizes. Arī somatisko slimību skaitā ir vērojamas statistiski ticamas atšķirības. Kopumā 20,5% respondentu ir ziņojuši par vienu somatisku slimību, 7,7% respondentu par divām un 4,6% – par trīs un vairāk diagnosticētām saslimšanām. 73,6% vīriešu un 61,3% sieviešu ir ziņojuši, ka viņiem neesot diagnosticētas somatiskas slimības. 17,7% vīriešu un 23,1% sieviešu ir ziņojuši par vienas somatiskas slimības esamību. Divas somatiskas saslimšanas ir atzīmējuši 5,7% vīriešu un 9,5% sieviešu, bet trīs un vairākas somatiskas pašu ziņotas diagnosticētās somatiskās slimības bija 3% vīriešu un 6,1% sieviešu. Visbiežākās respondentu ziņotās slimības bija asinsvadu slimības (14,4% respondentu), mugurkaula slimības (13,4%) un gastroenteroloģiskās slimības (6,7%). Ziņoto slimību biežumā ir vērojamas statistiski ticamas atšķirības starp abiem dzimumiem, izņemot gastroenteroloģiskās saslimšanas. Sievietes biežāk ziņoja par kādu diagnosticētu somatisku slimību, nekā vīrieši. Asinsvadu slimību esamību atzīmēja 18,4% sieviešu un 10,1% vīriešu ($p < 0,0001$), mugurkaula slimības atzīmēja 15,6% sieviešu un 10,9% vīriešu ($p < 0,0001$), 3,9% sieviešu un 1,9% vīriešu ($p = 0,0007$) atzīmēja cukura diabētu, 4,6% sieviešu un 2,8% vīriešu ($p = 0,009$) ziņoja par diagnosticētām respiratorām saslimšanām 4,3% sieviešu un 2,2% vīriešu ($p = 0,0014$) atzīmēja kādas urīnizvades orgānu slimības 0,8% sieviešu un 0,2% vīriešu ($p < 0,0001$) esot diagnosticēta kāda no onkoloģiskām saslimšanām. 53,8% abu dzimumu respondenti novērtēja savu veselību kā labu esam, 35,4% atzina, ka veselība ir viduvēja un 10,8% respondentu ziņoja, ka viņu veselība ir slikta. Savas veselības pašvērtējumā tika novērotas statistiski ticamas atšķirības abiem dzimumiem. Savu veselību kā sliktu atzina 11,9% sieviešu un 9,6% vīriešu; par viduvēju to atzīmēja 38,1% sieviešu un 32,6% vīriešu. Labi savu veselību novērtēja 50% sieviešu un 57,9% vīriešu.

Promocijas daba ietvaros tika analizēta depresijas un “mazās” depresijas pēdējo 12 mēnešu izplatība abiem dzimumiem dažādās vecuma grupās. Depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība bija attiecīgi 7,9% (95%TI 7,0–8,9) un 7,7% (95%TI 6,8–8,7). Depresija un “mazā depresija” netika noteikta 86,5% (95%TI 84,5–88,2) vīriešu un 82,6% (95%TI 80,7–84,3) sievietēm. Abiem dzimumiem depresija bija biežāk novērota vecuma grupā 45-54 gadi (11,4%, 95%TI 9,1–14,1), savukārt “mazā depresija” bija visbiežāk sastopama vecuma grupā 35-44 gadi (8,8%, 95% TI 6,7–11,4) ($p=0,0096$). Abu dzimumu grupā depresija visretāk tika novērota respondentiem vecumā 15–24 gadi (5,2%, 95%TI 3,7–7,4), bet “mazā depresija” – vecuma grupā 55–64 gadi (6,8%, 95%TI 5,1–9,0). Analizējot dzimumus atsevišķi, tika novērots, ka vīriešiem lielākā depresijas izplatība bija vecumā 45–54 gadi (9,8%, 95%TI 6,8–13,9) un augstākā “mazās depresijas” izplatība – vecuma grupā 35–44 gadi (10,0%, 95%TI 6,8–14,6). Sievietēm kā depresija, tā arī “mazā depresija” visbiežāk tika satopama vecumā 45-54 gadi (attiecīgi 12,7%, 95%TI 9,7–16,8 un 10,4%, 95%TI 7,6 – 14,0%). Depresijas un “mazās depresijas” izplatība pēdējos 12 mēnešos abiem dzimumiem un dažādās vecum grupās ir attēlota 3.2. tabulā.

3.2. tabula

Depresijas un mazās depresijas pēdējo 12 mēnešu izplatība un saistība ar dzimumu un vecumu (n=3003)

	Nav depresija % (95%TI)	Mazā depresija% (95% TI)	Depresija % (95% TI)	p
<i>Kopā</i>	84,4 (83,1–85,7)	7,7 (6,8–8,7)	7,9 (7,0–8,9)	
<i>Dzimums</i>				
Vīrieši	86,5 (84,5–88,2)	6,9 (5,7–8,4)	6,6 (5,4–8,1)	0,0114
Sievietes	82,5 (80,7–84,3)	8,4 (7,1–9,8)	9,1 (7,8–10,5)	

	Nav depresija % (95%TI)	Mazā depresija% (95% TI)	Depresija % (95% TI)	p
<i>Vecums</i>				
15–24	87,5 (84,6–89,9)	7,3 (5,5–9,6)	5,2 (3,7–7,4)	0,0096
25–34	85,3 (82,3–87,9)	7,5 (5,7–10,0)	7,2 (5,3–9,6)	
35–44	83,1 (79,8–86,0)	8,8 (6,7–11,4)	8,1 (6,1–10,7)	
45–54	80,6 (77,4–83,5)	8,0 (6,1–10,3)	11,4 (9,1–14,1)	
55–64	86,1 (83,2–88,6)	6,8 (5,1–9,0)	7,1 (5,4–9,4)	
<i>Vīrieši</i>				
15–24	90,1 (86,1–92,9)	5,2 (3,3–8,2)	4,7 (2,8–8,0)	0,0652
25–34	86,2 (81,8–90,0)	7,2 (4,8–10,8)	6,6 (4,3–10,1)	
35–44	83,0 (77,5–87,4)	10,0 (6,8–14,6)	7,0 (4,2–11,3)	
45–54	84,9 (80,2–88,7)	5,3 (3,2–8,6)	9,8 (6,8–13,9)	
55–64	88,7 (84,2–92,0)	7,0 (4,5–10,8)	4,3 (2,5–7,7)	
<i>Sievietes</i>				
15–24	84,9 (80,4–88,6)	9,4 (6,5–13,3)	5,7 (3,6–9,0)	0,047
25–34	84,4 (79,9–88,1)	7,9 (5,3–11,5)	7,7 (5,1–11,4)	
35–44	83,3 (79,1–86,7)	7,5 (5,2–10,7)	9,2 (6,7–12,7)	
45–54	76,9 (72,1–81,0)	10,4 (7,6–14,0)	12,7 (9,7–16,8)	
55–64	84,2 (80,1–87,6)	6,6 (4,5–9,7)	9,2 (6,6–12,5)	

Pētījuma ietvaros tika analizēta arī somatisko slimību izplatība respondentiem, kam nav depresija, ir “mazā depresija” un depresija. Visbiežāk ziņotās somatiskas saslimšanas respondentiem bez depresijas bija kardiovaskulāras slimības (13,1%), mugurkaula slimības (12,3%), gastroenteroloģiskās saslimšanas (5,7%). Visbiežāk sastopamās somatiskās

saslimšanas respondentiem ar depresiju bija kardiovaskulāras slimības (24,4%), mugurkaula slimības (21,5%) un gastroenteroloģiskas slimības (14,1%). Zīmīgi, ka respondentu grupā, kam tika noteikta “mazā depresija”, tika novērotas līdzīgas tendences. Arī šīs grupas respondenti visbiežāk ziņoja par kardiovaskulārām slimībām (18,1%), mugurkaula saslimšanām (16,3%) un gastroeteroloģiskām slimībām (10,3%). Pašu ziņota somatisko slimību izplatība respondentiem ar depresiju, “mazo depresiju” un bez depresijas ir attēlota 3.3. tabulā.

3.3. tabula

Somatisko slimību izplatība respondentiem ar depresiju, “mazo depresiju” un bez depresijas (n=3003)

Mainīgie	Nav depresija %	Mazā depresija %	Depresija %	p
Sirds un asinsvadu slimības	13,1	18,1	24,4	<0,0001
Cukura diabēts	2,2	6,8	5,7	<0,0001
Artīrīts	1,3	4,6	3,0	0,0003
Muguras sāpes	12,3	16,3	21,5	<0,0001
Elpošanas orgānu slimības	3,4	4,3	7,5	0,0054
Kuņģa-zarnu trakta slimības	5,7	10,3	14,1	<0,0001
Urīnizvades orgānu slimības	2,9	5,5	5,9	0,0063
Onkoloģiskas slimības	0,3	0,8	2,7	<0,0001

Multinomiālās loģistiskās regresijas rezultāti ir izteikti izredžu attiecībās depresijai vai “mazai depresijai”. Tika izveidoti 2 modeļi – Modelis 3 un Modelis 4 (depresija vs nav depresija, “mazā depresija” vs nav depresija, mazā depresija vs depresija). Modelī 3 faktoru samērošana tika veikta pēc dzimuma un vecuma un Modelī 4 tika samēroti visi faktori. Modelī 3 depresijas izredzes bija lielākas sievietēm vecuma grupā 45–54 gadi (OR 2,3, 95%TI 1,5–3,6, $p \leq 0,001$), respondentiem, kuri izmantojuši veselības aprūpes dienestus pēdējo 12 mēnešu laikā 6 vai vairāk reizes (OR 4,1, 95%TI 2,6–6,4, $p \leq 0,001$), kam bija trīs vai vairākas somatiskas slimības (OR 6,5, 95%TI 3,9–10,7, $p \leq 0,001$). OR depresijai bija augstākas arī respondentiem, kas pēdējo 12 mēnešu laikā vairāk kā 11 dienas

bija kavējuši darbu slimības dēļ (OR 2,6, 95%TI 1,9–3,6, $p \leq 0,001$), kas saņēma invaliditātes pensiju (OR 2,8, 95%TI 1,8–4,3, $p \leq 0,001$), kas savu veselības stāvokli vērtēja viduvēji (OR 3,1, 95%TI 2,2–4,5, $p \leq 0,001$) vai zemāk kā viduvēji (OR 13,1, 95%TI 8,6–20,0, $p \leq 0,001$), kā arī tiem, kas bija gadījuma rakstura smēķētāji (OR 2,7, 95%TI 1,5–4,8, $p \leq 0,001$) vai pastāvīgie smēķētāji (OR 2,1, 95%TI 1,5–2,9, $p \leq 0,001$).

Modelis 3 atklāja līdzīgas izredžu attiecību tendences “mazai depresijai” (salīdzinot ar respondentiem bez depresijas). Tomēr tika novērotas arī atšķirības. Model 3 analizē netika noteiktas augstākas izredžu attiecības “mazai depresijai” dažādās vecuma grupās, kā arī kopumā izredzes “mazai depresijai”, salīdzinot ar izredzēm depresijai, bija zemākas. Izredzes “mazai depresijai” bija 1,7 (95%TI 1,1–2,5, $p \leq 0,01$) reizes augstākas respondentiem, kas pēdējos 12 mēnešos veselības aprūpes dienestus apmeklējuši 1–2 reizes un 1,6 (95%TI 1,1–2,4, $p \leq 0,01$) reizes augstākas respondentiem, kas veselības aprūpes dienestus pēdējos 12 mēnešos apmeklējuši 6 vai vairāk reizes. Izredžu attiecības “mazai depresijai” bija 3,5 (95%TI 2,0–6,2, $p \leq 0,001$) reizes augstākas respondentiem, kas ziņojuši par trīs un vairāk somatiskām slimībām, nekā cilvēkiem, kas somatisko slimību esamību neatzīmēja. Respondentiem tika novērotas 1,5 (95%TI 1,1–2,1, $p < 0,05$) reizes augstākas izredzes “mazai depresijai”, ja pēdējo 12 mēnešu laikā darbs tika kavēts 1–10 dienas darba nespējas dēļ. Tika novērotas ļoti līdzīgas izredzes “mazai depresijai” un depresijai, ja respondenti saņēma invaliditātes pensiju (OR 2,5, 95%TI 1,6–4,0). Respondentiem, kas savu veselību vērtēja zemāk kā viduvēji, “mazās depresijas” izredzes bija augstākas, nekā respondentiem bez “mazās depresijas” statusa (OR 4,0, 95%TI 2,5–6,4, $p \leq 0,001$), bet tās nebija tik augstas kā izredžu attiecības depresijai. Modelī 3 netika novērotas statistiski ticamas smēķēšanas statusa un “mazās depresijas” saistības.

Modelis 3 kategorijā “mazā depresija” vs depresija tika noteikts, ka “mazās depresijas” izredzes ir augstākas (OR 1,8, 95%TI 1,0–3,0, $p < 0,05$) cilvēkiem, kas pēdējo 12 mēnešu laikā ir kavējuši darbu slimības dēļ 1–10 dienas.

Samērojot visus faktoros vienlaicīgi (Modelis 4), izredzes depresijai bija 1,7 (95%TI 1,2–2,4, $p \leq 0,01$) reizes augstākas sievietēm nekā vīriešiem. Modelī 4 tika novērota lielāka izredžu attiecība depresijai arī tiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā izmantoja veselības aprūpes dienestu pakalpojumus sešas un vairāk reizes (OR 2,0, 95%TI 1,2–3,4, $p \leq 0,01$), kam bija vairāk kā trīs somatiskas saslimšanas (OR 2,1, 95%TI 1,2–3,8, $p \leq 1,2–3,8$), kuri vērtēja savu veselību kā viduvēju (OR 2,5, 95%TI 1,7–3,7, $p \leq 0,001$) vai zemāk par viduvēju (OR 8,3, 95%TI 5,1–13,7, $p \leq 0,001$) un kuri bija gadījuma rakstura (OR 3,0, 95%TI 1,6–5,5, $p \leq 0,001$) vai pastāvīgie smēķētāji (OR 2,2, 95%TI 1,5–3,1, $p \leq 0,001$). Respondentu vecumam, kavēto darba dienu skaitam slimības dēļ pēdējos 12 mēnešos, invaliditātes pensijas esamībai Modelī 4 netika novērota saistība ar depresiju.

Analizējot Modeli 4, izredzes “mazai depresijai” bija 2,3 (95%TI 1,3–4,3, $p \leq 0,01$) reizes augstākas tiem respondentiem, kas atzīmēja trīs vai vairāku somatisku slimību klātbūtni pēdējos 12 mēnešos, 1,9 (95%TI 1,1–3,2, $p < 0,05$) reizes augstākas, ja respondents saņēma invaliditātes pensiju, 2 (95%TI 1,4–2,9, $p \leq 0,001$) reizes augstākas tiem, kas savu veselību vērtēja viduvēji un 3 (95%TI 1,7–5,3, $p \leq 0,001$) reizes augstākas respondentiem, kas savu veselību vērtēja zemāk kā viduvēji. Biežāka veselības aprūpes dienestu apmeklēšana un prombūtnes dienu skaits darbā veselības dēļ nebija saistīts ar paaugstinātām izredzēm “mazai depresijai”.

Ja kavēto dienu skaits darbā veselības dēļ pēdējo 12 mēnešu laikā bija 1–10 dienas, izredzes “mazai depresijai” bija 2 (95%TI 1,2–3,5, $p \leq 0,01$) reizes augstākas nekā depresijai. Izredžu attiecības 12 mēnešu depresijai, “mazai depresijai”, samērojot faktoros pēc dzimuma un vecuma un veicot visu faktoru vienlaicīgu samērošanu, ir attēlotas 3.4. tabulā.

Izredzes depresijai, “mazai depresijai” pēc dzimuma, vecuma un veselības vērtējuma un medicīnas dienestu apmeklējumu paradumu mainīgiem. Multinomiālās loģistiskās regresijas modeļi

Faktors	Modelis 3			OR <i>depresija vs nav depresija (95% TI*)</i>	Modelis 4	
	OR <i>depresija vs nav depresija (95% TI*)</i>	OR <i>mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)</i>	OR <i>mazā depresija vs depresija (95% TI*)</i>		OR <i>mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)</i>	OR <i>mazā depresija vs depresija (95% TI*)</i>
Dzimums						
Vīrieši	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sievietes	1,4^(a) (1,1–1,9)	1,3 (1,0–1,7)	0,9 (0,6–1,3)	1,7^(b) (1,2–2,4)	1,4 ^(d) (1,0–1,9)	0,8 (0,5–1,3)
Vecums						
15–24	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
25–34	1,4 (0,9–2,3)	1,1 (0,7–1,6)	0,8 (0,4–1,4)	1,1 (0,7–1,9)	0,9 (0,6–1,4)	0,8 (0,4–1,5)
35–44	1,6^(a) (1,0–2,6)	1,3 (0,8–1,9)	0,8 (0,4–1,4)	1,0 (0,6–1,8)	0,9 (0,6–1,4)	0,9 (0,5–1,7)
45–54	2,3^(c) (1,5–3,6)	1,2 (0,8–1,8)	0,5^(a) (0,3–0,9)	1,0 (0,6–1,7)	0,7 ^(d) (0,4–1,1)	0,7 (0,3–1,3)
55–64	1,3 (0,8–2,2)	0,9 (0,6–1,4)	0,7 (0,4–1,3)	0,4^(b) (0,2–0,7)	0,4^(b) (0,3–0,7)	1,1 (0,5–2,2)
Veselības aprūpes dienestu apmeklēšana pēdējos 12 mēnešos						
Neapmeklēja	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1–2 reizes	1,7^(a) (1,0–2,7)	1,7^(b) (1,1–2,5)	1,0 (0,5–1,8)	1,6 (1,0–2,5)	1,3 (0,9–2,0)	0,9 (0,5–1,6)
3–5 reizes	2,3^(b) (1,4–3,6)	1,4 (0,9–2,2)	0,6 (0,3–1,2)	1,7^(a) (1,1–2,9)	1,0 (0,6–1,6)	0,6 ^(d) (0,3–1,1)
6 vai vairāk reizes	4,1^(c) (2,6–6,4)	1,6^(b) (1,1–2,4)	0,4^(b) (0,2–0,7)	2,0^(b) (1,2–3,4)	0,8 (0,5–1,4)	0,4^(a) (0,2–0,8)
Somatisko slimību skaits pēdējos 12 mēnešos						
Neviens	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Viena	2,3^(c) (1,6–3,2)	1,8^(c) (1,3–2,5)	0,8 (0,5–1,3)	1,2 (0,8–1,8)	1,4 ^(d) (1,0–2,1)	1,2 (0,7–1,9)
Divas	2,5^(c) (1,5–4,0)	1,5 (0,9–2,2)	0,6 (0,3–1,2)	1,0 (0,6–1,7)	1,1 (0,6–2,0)	1,1 (0,5–2,4)
Trīs vai vairāk	6,5^(c) (3,9–10,7)	3,5^(c) (2,0–6,2)	0,6 (0,3–1,1)	2,1^(b) (1,2–3,8)	2,3^(b) (1,3–4,3)	1,1 (0,5–2,4)

Faktors	Modelis 3			Modelis 4		
	OR depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs depresija (95% TI*)	OR depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs depresija (95% TI*)
<i>Kavēto dienu skaits darbā veselības dēļ</i>						
Neviena	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
1–10 dienas	0,9 (0,6–1,3)	1,5^(a) (1,1–2,1)	1,8^(a) (1,0–3,0)	0,7 (0,4–1,1)	1,4 ^(d) (1,0–2,1)	2,0^(b) (1,2–3,5)
11+ dienas	2,6^(c) (1,9–3,6)	1,4 (0,9–2,1)	0,5^(b) (0,3–0,9)	1,3 (0,9–1,8)	1,1 (0,7–1,7)	0,9 (0,5–1,5)
<i>Invaliditātes pensijas esamība</i>						
Nē	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Jā	2,8^(c) (1,8–4,3)	2,5^(c) (1,6–4,0)	0,9 (0,5–1,6)	1,0 (0,6–1,7)	1,9^(a) (1,1–3,2)	1,8 ^(d) (0,9–3,5)
<i>Veselības pašvērtējums</i>						
Virs vidējā	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Viduvēji	3,1^(c) (2,2–4,5)	2,2^(c) (1,6–3,1)	0,7 (0,5–1,1)	2,5^(c) (1,7–3,7)	2,0^(c) (1,4–2,9)	0,8 (0,5–1,3)
Zemāk nekā viduvēji	13,1^(c) (8,6–20,0)	4,0^(c) (2,5–6,4)	0,3^(c) (0,2–0,5)	8,3^(c) (5,1–13,7)	3,0^(c) (1,7–5,3)	0,4^(b) (0,2–0,7)
<i>Smēķēšanas statuss</i>						
Nesmēķē- tājs	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Atmetis/- usi	1,1 (1,6–3,2)	1,3 (0,8–1,9)	1,1 (0,6–2,0)	1,3 (0,8–2,0)	1,3 (0,9–2,0)	1,0 (0,6–1,9)
Gadījuma rakstura smēķēšana	2,7^(c) (1,5–4,8)	1,5 (0,8–2,9)	0,6 (0,3–1,3)	3,0^(c) (1,6–5,5)	1,6 (0,8–3,1)	0,5 (0,2–1,3)
Pastāvīga smēķēšana	2,1^(c) (1,5–2,9)	1,3 ^(d) (1,0–1,9)	0,7 ^(d) (0,4–1,0)	2,2^(c) (1,5–3,1)	1,3 (0,9–1,9)	0,6^(b) (0,4–1,0)

Modelis 3 multinomiālās loģistikās regresijas rezultāti ir aprēķināti OR izteiksmē ar 95% konfidences intervāliem (TI), kontrolēti pēc dzimuma un vecuma.

Modelis 4 multinomiālās loģistikās regresijas rezultāti ir aprēķināti OR izteiksmē ar 95% konfidences intervāliem (TI), kontrolēti pēc visiem faktoriem.

a $p < 0,05$

b $p \leq 0,01$

c $p \leq 0,001$

d $p < 0,1$

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma ietvaros tika noskaidrots, ka jebkādu veselības aprūpes dienestu apmeklējumu biežums pēdējo 12 mēnešu laikā bija augstāks respondentu grupā ar depresiju, kas veidoja 87,7% (95% TI 82,8–91,3) un respondentiem ar “mazo depresiju” 81,2% (95% TI 75,6–85,7), salīdzinot ar tiem, kam depresijas statuss netika noteikts – 73,1% (95% TI 71,4–74,8). Primāro aprūpi pēdējo 12 mēnešu laikā izmantoja 80,7% respondentu ar depresiju, 74% respondentu ar “mazo depresiju” un 68,7% respondentu, kam netika noteikts nedz depresijas, nedz “mazās depresijas” statuss. Specializēto aprūpi pēdējos 12 mēnešos izmantoja 70,5% respondentu ar depresiju, 55,1% respondentu ar “mazo depresiju” un 48,8% respondentu, kuriem nebija depresijas vai “mazās depresijas”.

3.3. Depresijas punkta prevalence un PHQ-9 validācija primārajā aprūpē Rīgā un Rīgas rajonā

Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE ietvaros primārā aprūpē kopumā 367 pacienti tika aicināti aizpildīt depresijas skrīninga instrumentu PHQ-9 latviešu vai krievu valodās; no tiem 43 pacienti atteicās piedalīties pētījumā (20 vīrieši un 23 sievietes). Tiem, kuriem atteicās piedalīties, netika novērotas sociodemogrāfisko rādītāju statistiski ticamas atšķirības no tiem, kuri piekrita anketu aizpildīt. Viens pacients nevarēja piedalīties pētījumā, jo bija kurlmēms.

Kopumā 324 pacientiem tika veikts skrīnings ar PHQ-9, no kuriem 52 pacientiem tika veikts tikai skrīnings ar PHQ-9 un 272 pacientiem tika veikts gan skrīnings ar PHQ-9, gan telefoniska diagnostiska intervija ar M.I.N.I. Galvenie sociāldemogrāfiskie rādītāji pacientiem, kuriem veikts PHQ-9 skrīnings un diagnostiska intervija ar M.I.N.I. ir atainoti 3.5. tabulā.

Primārās aprūpes pacientu izlases sociāldemogrāfiskais raksturojums

	Kopā		Tikai skrīnings ar PHQ-9		Skrīnings ar PHQ-9 un diagnostika ar M.I.N.I.		p
	n	%	n	%	n	%	
Kopā	324		52		272		
<i>Dzimums</i>							
Vīrieši	109	33,6	16	30,8	93	34,2	0,61
Sievietes	215	66,4	36	69,2	179	65,8	
Vidējais vecums	50,0 (SD 18,2)		52,1 (SD 19,4)		49,6 (SD 18,0)		
<i>Vecuma grupas</i>							
18–39	106	32,7	16	30,8	90	33,1	0,89
40–64	141	43,5	21	40,4	120	44,1	
65+	75	23,1	13	25,0	62	22,8	
n/a	2	0,6	2	3,8	0	0,0	
<i>Tautība</i>							
Latvietis/-e	197	60,8	20	44,2	174	64,0	<0,0001
Cita tautība	114	35,2	23	38,5	94	34,6	
n/a	13	4,0	9	17,3	4	1,5	
<i>Izglītība</i>							
Zem vidējās	48	14,8	6	11,5	42	15,4	0,5
Vidējā	176	54,3	32	61,5	144	52,9	
Virs vidējās	100	30,9	14	26,9	86	31,6	
<i>PHQ-9 punkti</i>							
0–4	140	43,2	30	57,7	110	40,4	0,07
5–9	118	36,4	13	25,0	105	38,6	
10–15	41	12,7	8	15,4	33	12,1	
15–19	17	5,2	1	1,9	16	5,9	
20+	8	2,5	0	0,0	8	2,9	

Kopumā pētījumā piedalījās 66,4% (n = 215) sieviešu un 33,6% (n = 109) vīriešu, vidējais vecums bija 50 gadi. Kopējā izlasē 60,8% bija latviešu tautības pacientu un 35,2% citu tautību pacienti, 4% respondentu savu tautību nenorādīja. Nedaudz vairāk nekā pusei respondentu (54,3%) bija vidējā izglītība, vienai

trešdaļai izglītība bija virs vidējās (30,9%), un 14,8% respondentu izglītība bija zem vidējās. Sociāldemogrāfiskos datu analīzē, izmantojot χ^2 testu, salīdzinot respondentu grupas, kuriem tika veikts tikai depresijas skrīnings ar PHQ-9 un respondentu grupu, kas piekrita gan depresijas skrīningam ar PHQ-9, gan diagnostikai intervijai ar M.I.N.I., statistiski nozīmīgas atšķirības netika novērotas, izņemot tautību. Respondentu vidū, kas piekrita tikai skrīningam ar PHQ-9, bija 44,2% latviešu tautības un 38,5% citas tautības pacientu (17,3% pacientu (n = 9) savu tautību nenorādīja), savukārt respondentu grupā, kas piekrita skrīningam ar PHQ-9 un diagnostiskai intervijai ar M.I.N.I., bija 64% latviešu un 34,6% citas tautības cilvēku (1,5% pacientu (n = 4) savu tautību nenorādīja). Ja respondenti, kuri neuzrādīja savu tautību, tika iekļauti analīzē, salīdzinot grupu, kurā tika veikts tikai skrīnings ar PHQ-9 ar grupu, kurā tika veikts gan skrīnings ar PHQ-9, gan diagnostiska intervija ar M.I.N.I., tika novērota statistiski ticama atšķirība ($p < 0,0001$). Taču, ja respondenti, kuri savu tautību nenorādīja, netika iekļauti kopējā analīzē, statistiski ticama atšķirība vairs netika novērota ($p = 0,169$).

Lielāka pacientu proporcija, kuri netika intervēti ar diagnostisko instrumentu M.I.N.I. (nepiekrita intervijai), salīdzinot ar pacientu grupu, kam veikts gan skrīnings ar PHQ-9, gan diagnostiska intervija ar M.I.N.I., PHQ-9 skrīningā ieguva mazāk kā 5 punktus (57,7% un 40,4%, attiecīgi, nav veikta un ir veikta diagnostiska intervija ar M.I.N.I.).

Diagnostiska intervija ar M.I.N.I. atklāja, ka 22,4% (95% TI 17,9%–28,4%) respondentu (n = 61) ir piedzīvojuši kaut vienu depresijas epizodi (F32 vai F33; SSK-10) dzīves laikā un 13,6% (95% TI 10,3%–18,3%) respondentu (n = 37) tika noteikta depresija pēdējās divās nedēļās.

PHQ-9 skrīninginstrumenta iekšējās ticamības analīze parādīja, ka PHQ-9 visi apgalvojumi uzrādīja labu iekšējo ticamību (Cronbach's alfa 0,83). Tika analizētas visu deviņu PHQ-9 apgalvojumu saistības. Koeficientu diapazons bija no 0,53 līdz 0,77. Apgalvojumu saistības bija augstas vairumam

PHQ-9 apgalvojumu, un bija robežās 0,62–0,77. PHQ-9 piektajam (Pazemināta ēstgriba un pārēšanās) un devītajam (Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā ievainot sevi) apgalvojumam uzrādīja viszemāko skalas punktu savstarpējo saistību un bija 0,58 un 0,62. PHQ-9 visu apgalvojumu savstarpējās saistības ir attēlotas 3.6. tabulā.

3.6. tabula

PHQ-9 apgalvojumu vērtības un apgalvojumu saistība

PHQ-9	Vidēji	SD	Skalas apgalvojumu u saistība	α, ja apgalvojums ir izdzēsts
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0,79	0,87	0,73	0,80
2. Slikts/nomākts garastāvoklis	0,87	0,87	0,77	0,79
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	1,28	1,04	0,63	0,82
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	1,15	0,89	0,65	0,81
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0,65	0,83	0,58	0,82
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievilis/-usi savas vai ģimenes cerības	0,58	0,83	0,66	0,81
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0,47	0,77	0,66	0,81
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rosīgs/rosīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0,40	0,75	0,62	0,81
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0,19	0,53	0,53	0,82

PHQ-9 instrumnta jutības un specifiskuma noteikšanai tika izmantota klīniska diagnostiska intervija depresijas epizodes noteikšanai (atbilstoši DSM-IV un SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem) ar M.I.N.I. PHQ-9 jutība, specifiskums un iespējamības attiecība ir apkopotas 3.7. tabulā.

Jutība, specifiskums, iespējamības attiecība dažādām kopējo punktu summām

PHQ-9 punkti	Jutība %	Specifiskums %	Klasificēti %	IA+*	IA-**
≥ 8	97,30	74,89	77,94	3,8754	0,0361
≥ 9	91,89	83,83	84,93	5,6828	0,0967
≥ 10	86,49	89,36	88,97	8,1297	0,1512
≥ 11	67,57	92,77	89,34	9,3402	0,3496
≥ 12	64,86	95,74	91,54	15,2432	0,367

*IA+ – iespējamību attiecība pozitīviem rezultātiem

**IA- – iespējamību attiecība negatīviem rezultātiem

Ja PHQ-9 kopējā punktu summa ir 10 un vairāk, tās jutība bija 0,86 un specifiskums 0,89. Iespējamības attiecība pozitīviem rezultātiem bija 8,13 (IA+).

Kopumā 86,5% (95% TI 71,1–94,3) respondentu, kuriem tika noteikta depresijas diagnoze ar M.I.N.I., PHQ-9 punktu summa bija ≥ 10 . Skrīningā ar PHQ-9 0–4 punktus bija ieguvuši 110 pētījuma dalībnieki jeb 40,4% no visiem respondentiem, kam tika veikts skrīnings ar PHQ-9 un diagnostiska intervija ar M.I.N.I., un nevienam no pētījuma dalībniekiem ar šādu kopējo PHQ-9 punktu skaitu netika diagnosticēta depresija pēc M.I.N.I. PHQ-9 kopējās punktu summas 5–9 gadījumā, kura bija noteikta 105 pētījuma dalībniekiem jeb 38,6% no visiem, kam veikts skrīnings un diagnostiska intervija, depresija pēc M.I.N.I. tika noteikta 13,5% ($n = 5$) gadījumu; PHQ-9 punktu summa 10–14 bija noteikta 33 dalībniekiem, un depresija pēc M.I.N.I. tika diagnosticēta 13 respondentiem jeb 35,1%; PHQ-9 punktu summa 15–19 bija noteikta 16 respondentiem, un 12 no tiem (32,4%) no tiem tika noteikta depresijas diagnoze pēc M.I.N.I. PHQ-9 punktu summa ≥ 20 bija 8 pētījuma dalībniekiem, pēc M.I.N.I. depresija tika diagnosticēta 7 respondentiem (18,9%).

ROC (*receiver operating characteristic*) analīze apstiprina PHQ-9 validitāti, kā arī šī mērījuma piemērotību veiksmīgai pacientu ar un bez depresijas diferenciācijai (AUC = 0,94; *area under the curve*).

Analizējot atsevišķi PHQ-9 latviešu un krievu valodas versijas, netika novērotas būtiskas atšķirības.

4. DISKUSIJA

Depresija ieņem būtisku vietu psihisko traucējumu izplatībā visā Eiropā; viens no 20 pieaugušajiem piedzīvojis depresijas epizodi vismaz dažas nedēļas jebkurā gadā. Pēdējo piecu gadu laikā depresijas pēdējo 12 mēnešu izplatība Eiropas valstīs nav būtiski mainījusies, tomēr joprojām trūkst datu par depresijas izplatību no Austrumeiropas un arī Baltijas valstīm, kurās ir vērojami zemāki ienākumi uz vienu cilvēku, lielākas sociālās problēmas, kā arī nepilnīga veselības aprūpes sistēma (Paykel et al., 2005).

Latvijā 2010. gadā vairāk kā puse unikālo pacientu ar depresiju ir saņēmuši palīdzību pie psihiatra, bet vairāk par trešdaļu ir vērsušies pie ģimenes ārsta un pavisam neliela daļa ir saņēmuši palīdzību pie citiem speciālistiem. Viens no skaidrojumiem, kāpēc depresiju pārsvarā diagnosticēja psihiatri, varētu būt saistīts ar to, ka primārās aprūpes līmenī depresija netiek pietiekami atpazīta un diagnosticēta. Jāatzīmē, ka ir vērojamas būtiskas atšķirības palīdzības saņemšanā pacientiem ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (F4, SSK-10), kur vairāk kā 60% pacientu palīdzību saņēmuši pie ģimenes ārstiem, vairāk kā 30% pie citu specialitāšu ārstiem un 5% – pie psihiatriem (Pulmanis et al., 2011). Šāds procentuālais sadalījums varētu nozīmēt to, ka, iespējams, neirotiski traucējumi “nepsihiatriskos dienestos” netiek pareizi atdiferencēti no depresijas. Vienā no ziņojumiem, kurā tika atainoti analizētie dati no VNC (Veselība norēķinu centra) Vadības informācijas sistēmas datu masīviem par 2009. gada unikālajiem pacientiem pie ģimenes ārstiem, ir jāsecina, ka depresijas diagnozes ir konstatētas tikai 0,17% Latvijas iedzīvotāju. Salīdzinājumam Psihiatrijas reģistrā 2010. gadā esošie pacienti ar depresiju veidoja 0,39% no kopējās populācijas. Gan literatūrā atrodami dati par respondentu pašu ziņoto depresiju Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2010. gadā, gan arī Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību

izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā un Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā, kuros tika noskaidrota depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās un pēdējos 12 mēnešos, parādīja, ka pašu respondentu ziņotie gadījumi, gan arī populācijas pētījumos noskaidrotā depresijas izplatība, ir 10 reizes biežāka par valsts aprūpē noteiktiem gadījumiem. Tik ievērojama atšķirība varētu liecināt par to, ka liela daļa depresijas gadījumu Latvijā tiek ārstēti vai nu privātajās struktūrās, vai arī netiek pietiekami labi atpazīti vai nu stigmatizācijas dēļ vai arī tiek kļūdaini uzskatīti par citiem psihiskiem traucējumiem, piemēram, par somatoformiem traucējumiem.

Statistikās gadagrāmatas sniedz ieskatu tikai par tiem cilvēkiem, kuri griežas valsts apmaksātās veselības struktūrās palīdzības saņemšanai, līdz ar to depresijas izplatības patiesās ainas noskaidrošanai ir nepieciešami pētījumi populācijas līmenī. Tas dotu iespēju noskaidrot ne tikai problēmas apmērus, bet arī būtu pamats turpmāku pasākumu ar mērķi mazināt depresijas slogu ieviešanai. Latvijā laika posmā no 2011. gada līdz 2013. gadam tika veikti 2 populācijas pētījumi, kuru ietvaros tika noskaidrota depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās jeb punkta prevalence un depresijas un “mazās depresijas” izplatība pēdējos 12 mēnešos.

4.1. Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība Latvijas vispārējā populācijā un ar to asociētie faktori

Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā pētījuma ietvaros tika noskaidrots, ka depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās Latvijas vispārējā populācijā veidoja 6,7%. Līdzīgi veiktajā pētījumā Vācijā, kur depresijas noskaidrošanai arī tika izmantota PHQ-9 skala un depresija tika noteikta, ja punktu summa bija 10 un vairāk, depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās bija 5,6% (Kocalevent et al., 2013). Depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās Latvijā bija arī augstāka, salīdzinot arī ar Igaunijā veikto

populācijas pētījumu, kur depresijas punkta prevalences noskaidrošanai bija izmantots diagnostiskas intervijas M.I.N.I. depresijas modulis un noteiktā pēdējo 2 nedēļu depresijas izplatība bija 5,6% (Kleinberg et al., 2010). Abi depresijas mērinstrumenti nosaka depresiju pēc DSM-IV un SSK-10 diagnostiskiem kritērijiem. Taču, iespējams, PHQ-9 labāk atklāj vieglas un vidēji smagas depresijas gadījumus, nekā citi depresijas mērinstrumenti (Fischer et al., 2011).

Latvijas iedzīvotāju aptaujā 2011.gadā, analizējot Modeli 1, kurā dati tika samēroti pēc vecuma un dzimuma, izredzes depresijai pēdējās 2 nedēļās bija lielākas sievietēm, lai gan dzimumatšķirības nebija tik izteiktas un nesasniedza raksturīgo sieviešu un vīriešu attiecību 2:1 (Weissman et al., 1984). Ir būtiski atzīmēt, ka pētījuma veikšanas laikā nebija iespējams noteikt depresijas veidu, piemēram, vai tā ir depresija bipolāro traucējumu ietvaros vai organiska depresija, kur dzimumatšķirības netiek novērotas (Fountoulakis, 2015). Citi autori skaidro, ka dzimumatšķirības ir izteiktākas vieglas depresijas gadījumā – jo smagāka depresija, jo mazāka ir sieviešu dzimuma kā depresijas riska faktora nozīme (Olsen et al., 2004). Analizējot Modeli 2, kurā tika samēroti visi faktori, izredzes depresijai pēdējās 2 nedēļās bija divreiz augstākas sievietēm nekā vīriešiem, kas atbilst literatūras datiem un citiem pētījumiem (Angst et al., 2002; Weissman et al., 1984). Depresijas izplatības dzimumatšķirības fenomens literatūrā tiek skaidrots ar sociālo lomu atšķirībām abiem dzimumiem (Pascall and Manning, 2000; Van de Velde et al., 2010).

Pasaules literatūrā nav vienprātības attiecībā par depresiju un vecumu, kurā tās izplatība ir visaugstākā. Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā, Modelī 1, kurā tika veikta samērošana pēc dzimuma un vecuma, OR depresijai pēdējās 2 nedēļās bija 2,7 reizes augstākas vecuma grupā virs 54 gadiem, salīdzinot ar jaunāko vecuma grupu. Modelī 2, kurā samērošana tika veikta pēc visiem faktoriem, vecumu atšķirība zaudēja statistisko ticamību. Modeļa 1 rezultāti par lielāku depresijas risku gados vecākiem respondentiem ir saskaņā ar pētījumiem, kuros ziņots, ka depresijas

izplatība pieaug lielākās vecuma grupās (Kleinberg et al., 2010; Kolchakova and Akabaliev, 2003).

Latvijas iedzīvotāju aptaujas pētījumā 2011. gadā, veicot Modeļa 2 analīzi, tādi sociāldemogrāfiskie faktori kā ģimenes stāvoklis, urbanizācija, nodarbinātības statuss, ienākumi uz vienu cilvēku, kā arī izglītības līmenis zaudēja savu statistisko ticamību, kad tika veikta visu faktoru samērošana. Modelī 1 tika atrasta saistība ar depresiju tiem respondentiem, kuri bija šķīrušies, dzīvoja atsevišķi vai bija atraisīti, tai pat laikā tiem, kuri nebija precējušies, statistiski nozīmīgas OR depresijai netika novērotas. Šie rezultāti ir saskaņā ar tiem pētījumiem, kuros tiek ziņots par paaugstinātu depresijas risku cilvēkiem, kuri zaudējuši laulības saites (Kamiya et al., 2013; Kessler et al., 2005a), savukārt tiem, kas nav precējušies, OR depresijai nav paaugstinātas. Šajā pētījumā ģimenes stāvoklis nebija statistiski nozīmīgs ar depresiju saistītais faktors.

Bezdarbs, zems ienākumu un izglītības līmenis, kā arī zems sociālais statuss sekmē veselības stāvokļa pasliktināšanos, tai skaitā arī depresiju (Lorant et al., 2003; Weich and Lewis, 1998). Turklāt, psihiski traucējumi ir riska faktors bezdarbam, kas savukārt sekmē zemu ienākumu līmeni. Lietuvā veiktais pētījums ataino augsto depresijas izplatību bezdarbnieku vidū, kā arī tās izplatības paaugstināšanos ilgtermiņa bezdarbnieku populācijā (Stankunas et al., 2006). Latvijā 2011. gadā bezdarba īpatsvars veidoja 15,4% (Central Statistical Bureau of Latvia, 2017). Latvijas iedzīvotāju aptaujas pētījumā 2011. gadā bezdarbs bija saistīts ar augstākām OR depresijai pēdējās 2 nedēļās tikai Modelī 1, bet kad tika veikta visu faktoru samērošana, bezdarba statuss zaudēja statistisko ticamību. Arī ienākumu līmenim uz vienu cilvēku mēnesī nebija pārliecinoša saistība ar paaugstinātām OR depresijai pēdējās 2 nedēļās. Līdz ar to šajā pētījumā netiek atrasta pasaules literatūrā plaši pieminētā zemu ienākumu saistība ar augstākām izredzēm depresijai.

Tiek ziņots, ka depresijas izplatība ir ievērojami augstāka cilvēkiem ar somatiskām slimībām (Goldberg, 2010; Moussavi et al., 2007; Patten, 2001). Turklāt hroniska, atkārtota depresija ir saistīta ar ilgstošu darba nespēju un invaliditāti, kas ir smags emocionāls pārdzīvojums cilvēkam, kas iepriekš ir bijis vesels. Tas varētu būt viens no skaidrojumiem, kāpēc slikts savas veselības pašvērtējums ir saistīts ar 4,5 reizes lielākām OR depresijai pēdējās 2 nedēļās. Neapmierinātība ar dzīvi cieši saistīta ar zemu veselības pašvērtējumu, zemu sociālo stāvokli, interpersonālām problēmām un arī ar depresiju (Rissanen et al., 2013a; Rissanen et al., 2011; Rissanen et al., 2013b). Neapmierinātība ar dzīvi ir viens no faktoriem agrākai mirstībai, pašnāvības uzvedībai un arī somatiskām un psihiskām saslimšanām (Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Koivumaa-Honkanen et al., 2004). Šajā pētījumā tika apstiprināts, ka neapmierinātības ar dzīvi arī ir vērā ņemams ar depresiju asociētais faktors (OR 18,0).

2011. gadā veiktā pētījuma ietvaros tika noskaidrots, ka OR depresijai respondentiem, kuri dzīvo Rīgā bija 1,4 reizes augstākas nekā tiem, kas apdzīvo lauku reģionus. Tiem cilvēkiem, kuri apdzīvoja citas pilsētas izredzes depresijai bija 2,7 reizes augstākas, salīdzinot ar lauku apvidu iedzīvotājiem. Šādas atšķirības bija ziņotas arī citos pētījumos (McKenzie et al., 2013; Wang, 2004). Lielāka depresijas izplatība un augstākas izredzes tai Latvijas pilsētās, izņemot galvaspilsētu, varētu būt skaidrojamas ar lielāku bezdarbu un mazākām algām, salīdzinot ar Rīgu (Central Statistical Bureau of Latvia, 2015).

2011.gada pētījumā tika noskaidrots, ka izredzes depresijai bija 3 reizes augstākas tiem respondentiem, kam tika noteikta alkohola atkarība pēc CIDI, un šie rezultāti saglabā statistisko ticamību, kad tiek veikta samērošana pēc visiem faktoriem. 2010. gadā Latvijā bija vieni no Eiropā augstākajiem rādītājiem patērētā reģistrētā un neregistrētā alkohola lietošanā uz vienu iedzīvotāju (Rehm et al., 2012), turklāt Latvijā alkohola lietošanas paradumi ir vieni no kaitīgākajiem, salīdzinot ar pārējām pasaules valstīm (Rehm et al., 2003). Alkohola pārmērīga lietošana vai atkarība var sekmēt depresijas veidošanos, un

arī otrādi – kad depresijas gadījumā tiek uzsākta alkohola lietošana pašārstēšanās nolūkos ar mērķi uzlabot miegu, justies brīvāk un mazināt citus depresijas simptomus.

4.2. Depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība Latvijas vispārējā populācijā un ar to asociētie faktori

Lai būtu iespējams salīdzināt depresijas izplatības Latvijas datus ar citām valstīm, ir būtiski, lai pētījumu metodoloģija būtu līdzīga, turklāt vairumā pētījumu tiek noteikta depresijas pēdējo 12 mēnešu izplatība. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. gadā bija pirmais Latvijā veiktais pētījums, kurā tika noskaidrota depresijas un “mazās depresijas” izplatība pēdējos 12 mēnešos, kā arī tika noteikta depresijas un “mazās depresijas” sakarība ar veselības aprūpes dienestu apmeklēšanas biežumu, saistība ar somatiskām saslimšanām, ar kavētām darba dienām veselības dēļ, ka arī ar veselības pašvērtējumu un smēķēšanas statusu.

Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā veidoja 7,9%, un šie rādītāji ir augstāki, salīdzinot ar Eiropas vidējiem depresijas izplatības rādītājiem jeb 6,9% (Wittchen et al., 2011). Salīdzinot ar nesen veikto depresijas izplatības pētījumu 21 pasaules valstī, Latvijā depresijas izplatība ir viena no augstākajām pasaulē (Thornicroft et al., 2016). Tika noteikts, ka izredzes gan depresijai, gan arī “mazai depresijai” bija ievērojami augstākas tiem respondentiem, kas ziņojuši vismaz par trīs hroniskām somatiskām slimībām, kā arī tiem, kas biežāk apmeklēja dažādus veselības aprūpes dienestus.

Pētījumā, kura ietvaros tika noskaidrota depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība, rezultāti attiecībā uz dzimumu sakarību ar depresiju atšķiras no 2011.gadā veiktās Iedzīvotāju aptaujas par vielu lietošanu pētījumā noteiktām dzimuma un depresijas sakarībām. Izmantojot loģistiskās regresijas un samērojot visus faktorus vienlaicīgi, tika noteikts, ka 2011. gadā veiktajā

pētījumā sievietēm izredzes depresijai ir divas reizes augstākas nekā vīriešiem, savukārt 2012. gadā veiktā pētījumā šādas sakarības vairs netiek novērotas. Šādas atšķirības veiktajos pētījumos varētu būt skaidrojamas ar faktu, ka 2011. gadā veiktajā pētījumā depresijas noteikšanai tika izmantots skrīninga instruments PHQ-9, taču 2012. gadā veiktajā pētījumā tika izmantots diagnostisks mērinstruments.

“Mazās depresijas” izplatība pēdējos 12 mēnešos bija 7,7%. Literatūrā tiek ziņots, ka “mazās depresijas” izplatība dažādās valstīs ir no 2,6% līdz 4,5% (Hermens et al., 2004). “Mazās depresijas” gadījumā ir novērojami indivīda funkcionēšanas traucējumi, kas izpaužas ar grūtībām veidot attiecības, ir ievērojami grūtāk veikt savus ikdienas pienākumus un pildīt savas sociālās lomas, kā arī tiek novērots augstāks risks komorbiditātēm ar somatiskām saslimšanām (Pickett et al., 2014).

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā tika novērotas arī depresijas izplatības atšķirības dažādās vecuma grupās. Novērojums par depresijas izplatības mazināšanos gados vecākiem respondentiem ir saskaņā ar atfistīto valstu pētījumiem (Kessler et al., 2010; Strine et al., 2008).

Iepriekš veiktie pētījumi Eiropā ir atainojuši, ka depresija ir saistīta ar pazeminātu darba produktivitāti un darba nespēju (Hendriks et al., 2015; Suzuki et al., 2015). Modelis 3 parādīja, ka darba nespēja pēdējos 12 mēnešos 11 dienas un vairāk bija saistīta ar 2,6 reizes lielākām izredzēm depresijai pēdējos 12 mēnešos. Turklāt īslaicīga darba nespēja bija saistīta ar 1,5 reizes lielākām izredzēm “mazai depresijai”.

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā tika noskaidrota arī smēķēšanas statusa sakarība ar depresiju pēdējos 12 mēnešos. Tabakas smēķēšana paaugstina depresijas risku (John et al., 2004), kā arī depresija sekmē tabakas smēķēšanas uzsākšanu, turklāt depresijas esamība apgrūtina smēķēšanas atmešanu, un biežāk tieši cilvēkiem ar depresiju tiek

novērotas vairākas neseismīgas smēķēšanas atmešanas epizodes (Hughes, 2007). Analizējot Modeli 4, OR depresijai pēdējos 12 mēnešos bija 2 reizes augstākas pastāvīgajiem smēķētājiem un 3 reizes augstākas gadījuma rakstura smēķētājiem, salīdzinot ar nesmēķētājiem. Veiktajā pētījumā netika atrastas “mazās depresijas” saistības ar smēķēšanas statusu.

4.2.1. Depresijas un “mazās depresijas” asociācija ar somatiskām saslimšanām un veselības aprūpes dienestu apmeklējumiem

Analizējot Modeli 4, tika noteikts, ka tieši triju un vairāku somatisku stāvokļu klātbūtne sekmē augstākas izredzes gan depresijai, gan “mazai depresijai”, attiecīgi – 2,0 un 2,3 reizes. Literatūras avotos bieži tiek ziņots par depresijas un somatisko slimību saistību, turklāt nediagnosticēta un neārstēta depresija būtiski pasliktina somatisko stāvokli un apgrūtina somatisko slimību ārstēšanu (Moussavi et al., 2007). Pētījumā tika noteikts, ka Latvijā somatiskās slimības ir ievērojami biežāk sastopamas cilvēkiem ar depresiju, kā arī cilvēkiem ar “mazo depresiju” nekā tiem, kam nav depresija. Lai gan pasaulē ir veikts ievērojams pētījumu skaits, kuros tiek meklēta depresijas un somatisko traucējumu saistība, taču būtisks šo pētījumu ierobežojums, ir tas, ka tie nav attiecināmi uz vispārējo populāciju, jo vairums no tiem tiek veikti veselības aprūpes dienestu populācijā. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums tika realizēts vispārējā populācijā, lai gan somatiskās slimības bija respondentu ziņotas.

Pacientiem, kas cieš no jebkādiem psihiskiem traucējumiem, tiek novērotas biežākas vizītes dažādos veselības aprūpes dienestos, turklāt visbiežāk veselības aprūpes dienestus ar sūdzībām par somatisko veselības stāvokli apmeklē cilvēki ar smagām un ilgstošām depresijas epizodēm (Hämäläinen et al., 2004). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu 2012. gada pētījumā

tika noskaidrots, ka sešas vai vairākas vizītes pēdējo 12 mēnešu laikā pie jebkāda veselības aprūpes speciālista (izņemot zobārstu) bija saistītas ar 2,0 reizes augstākām OR depresijai. Zīmīgi, ka biežais medicīnas dienestu apmeklējums nebija saistīts ar augstākām OR “mazai depresijai”, taču tika atrasta sakarība ar invaliditātes pensijas saņemšanu. Šie rezultāti ir pretrunā pētījumiem, kuros tiek ziņots, ka cilvēki ar “mazo depresiju”, tāpat kā depresijas gadījumā, ievērojami biežāk apmeklē veselības aprūpes speciālistus (Johnson et al., 1992).

4.3. Depresijas izplatības Latvijas vispārējā populācijā pētījumu priekšrocības un trūkumi

Latvijas iedzīvotāju aptaujas par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā un Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012. gadā priekšrocība ir visai lielā respondentu izlase. Abos pētījumos tika izmantota tiešās intervijas metode, kad respondentam neskaidros jautājumus bija iespējams precizēt, kā arī iegūtie dati ir attiecināmi uz Latvijas iedzīvotāju populāciju.

Ir jāatzīmē, ka abos pētījumos tiek novēroti arī trūkumi. Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā tika novērots visai augsts nerespontu īpatsvars, tomēr tas ir līdzīgs vai nedaudz augstāks salīdzinot ar citiem pētījumiem (Fryers et al., 2003; Kessler et al., 2007, EMCDDA, 2013). Šajā pētījumā nebija arī iespējams noteikt depresijas nozložisko variantu, kā arī nebija iespējams noteikt depresijas etioloģiskos faktoros.

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā tika noteikta depresijas un “mazās depresijas” izplatība pēdējos 12 mēnešos, un iegūtie dati ir salīdzināmi ar citu valstu pētījumiem. Pētījuma veikšanas laikā nebija iespējams iegūt informāciju par iepriekšējām depresijas epizodēm, turklāt diagnostiskā intervijā tika izmantots tikai M.I.N.I. depresijas noteikšanas

modulis. Tā kā somatiskās saslimšanas, kā arī veselības aprūpes dienestu apmeklēšana bija respondentu pašu ziņota, ir jāņem vērā iespējamās respondentu neprecizitātes atmiņā atsauktajos faktos, kas varētu ietekmēt rezultātus. Ir jāņem vērā arī fakts, ka nerespondentu un respondentu raksturojums varētu būt atšķirīgs, un ir izvērtējams kā viens no pētījuma trūkumiem.

4.4. Depresijas izplatība pacientu kopā primārā aprūpē

Valsts pētījumu programmas “Biomedicīna sabiedrības veselībai (BIOMEDICINE) ietvaros 2014. gadā, tika noskaidrots, ka depresijas punkta prevalence ģimenes ārstu prakšu pacientu kopā ir līdzīga ar depresijas izplatību primārā aprūpē Lietuvā. Lietuvas kolēģi bija veikuši diagnostisku interviju ar M.I.N.I. 998 primārās aprūpes pacientiem četrās Lietuvas pilsētās. Pētījumā Lietuvā tika noskaidrots, ka esoša depresija ir otrā biežākā psihiskā saslimšana un skar 15% ģimenes ārstu prakšu pacientu (Bunevicius et al., 2014). Viens no plāskājiem pētījumiem depresijas izplatību primārā aprūpē bija PVO sadarbības projekts, kurā tika iekļautas 15 valstis un kopumā vairāk kā 26 000 pacientu. Depresijas punkta prevalence veidoja 10,4% (Ustun, 1994).

Latvijas nacionālā veselības dienesta dati rāda, ka 2013. gadā pie ģimenes ārstiem ir ārstējušies 4423 unikālie pacienti ar kādu no garstāvokļa traucējumu diagnozi (F3, SSK-10), tai pat laikā vairāk nekā 50 000 unikālo pacientu tika noteikti neirotiskie, ar stresu saistītie un somatoformie traucējumi (F4, SSK-10), visbiežāk somatoformā veģetatīvā disfunkcija (F4, SSK-10) (Pulmanis, 2014b). Esošais fakts vedina domāt, ka Latvijā primārās aprūpes līmenī depresija netiek pietiekami labi atpazīta un diagnosticēta.

Jāatzīmē, ka promocijas darba ietvaros tika veikts pilotpētījums, kuram sekoja VPP, kura mērķis bija noteikt psihisko traucējumu izplatību pacientiem reprezentatīvā ģimenes ārstu prakšu kopā Latvijā (Rancans et al. 2016).

4.5. Depresijas skrīninga instrumenta PHQ-9 validitāte primārās aprūpes pacientu kopā

Līdz nesenam laikam Latvijā nebija pieejami validēti depresijas skrīninga instrumenti, kas būtu pielietojami ģimenes ārstu praksēs. PHQ-9 instruments tika izmantots depresijas punkta prevalences noteikšanai Latvijas vispārēja populācijā, tika aprēķināta tā iekšējā ticamība, taču, lai šo instrumentu varētu izmantot primārā aprūpē, bija jānosaka tā parametri primārās aprūpes pacientu populācijā.

PHQ-9 validācijas pilotpētījumā tika noskaidrots, ka optimālā skalas kopējā punktu summa depresijas noteikšanai ir ≥ 10 . Pie šādas punktu summas noteiktie mērinstrumenta parametri ir salīdzināmi un ir līdzīgi ar citiem PHQ-9 validācijas veiktajiem pētījumiem, tai skaitā ar meta-analīzēm (Wittkamp et al., 2009). Šī punktu summa uzrādīja arī labu jutību un specifiskumu. Pētījumā veiktie validācijas raksturlielumi ir līdzīgi ar citiem plašiem pētījumiem (Gilbody et al., 2007), kuros tika noteikta kopēja jutība 80,0% un specifiskums 92,0%. Nesen veiktajā meta-analīzē tika noteikts, ka punktu summai no 8 līdz 11 ir labas diagnostiskās īpašības (Manea et al., 2012). Autori, veicot apvienoto 11 PHQ-9 validācijas pētījumu analīzi, ziņoja par skalas specifiskumu no 73% (95% CI: 63%–82%) līdz 96% (95% CI 94%–97%) kopējai punktu summai 7 un 15 robežās. Latvijā veiktajā pilotpētījumā PHQ-9 jutība un specifiskums atbilst Manea et al. (2012) ziņojumam. Tika noskaidrots, ka PHQ-9 apgalvojumam “interesu un dzīvesprieka trūkums” un apgalvojumam “slikts, nomākts garastāvoklis, nospiestības vai bezcerības sajūta”, bija noteikta visaugstākā PHQ-9 apgalvojumu saistība, savukārt devītajam apgalvojumam “domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā ievainot sevi” tā bija viszemākā. Tas varētu būt skaidrojams ar kultūrai raksturīgiem faktoriem, piemēram, stigmatizāciju jeb aizspriedumiem, kas varētu ietekmēt respondenta atklātību, aizpildot skrīninga testu (Gelaye et al., 2013). Līdzīga atradne ir ziņota arī citos pētījumos. Skalas

iekšējā ticamība bija laba un ir līdzīga ar citos pētījumos noteikto iekšējo ticamību (Kroenke et al., 2001).

VPP 2014. gadā veiktais pilotpētījuma trūkums ir nelielais primārās aprūpes pacientu skaits, kā arī iegūtie rezultāti nav attiecināmi uz primārās aprūpes pacientiem Latvijā. Turpmāki plašāki pētījumi būtu nepieciešami, lai būtu iespējams noteikt PHQ-9 jutības un specifiskuma izmaiņas. Būtu lietderīgi veikt pētījumus, kuros ir iekļauti visi Latvijas novadi. Šajā pētījumā tika iekļautas gan pilsētas, gan arī reģioni, ka arī PHQ-9 validitāte tika noteikta, balsoties uz diagnostisko interviju ar M.I.N.I., kur depresija tiek noteikta gan atbilstoši SSK-10, gan DSM-IV kritērijiem, līdz ar to varētu sekmēt depresijas diagnostikas uzlabošanu Latvijas primārās aprūpes līmenī.

SECINĀJUMI

1. Depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās Latvijas vispārējā populācijā veido 6,7%.
2. Augstākas izredzes depresijai pēdējās 2 nedēļās bija sievietēm (OR = 2,3), cilvēkiem, kas dzīvo pilsētās, izņemot Rīgu (OR = 2,7), kam ir sliktas veselības pašvērtējums (OR = 4,7), kam ir veselības pasliktināšanās pēdējos 12 mēnešos (OR = 2,6), kas ir neapmierināti ar savu dzīvi (OR=18,0) un kam ir alkohola atkarība (OR=3,4).
3. Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā (7,9%) ir augstāka nekā citās Eiropas valstīs vidēji (6,9%).
4. Vislielākā depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos tika novērota vecuma grupā 45–54 gadi.
5. Augstākas izredzes depresijai pēdējos 12 mēnešos bija cilvēkiem, kas pēdējo 12 mēnešu laikā veselības aprūpes dienestus apmeklējuši 6 vai vairākas reizes (OR = 2,0), kam bija trīs un vairāku somatisku saslimšanu klātbūtne (OR = 2,1), kas bija pastāvīgie (OR = 2,2) un gadījuma rakstura (OR = 3,0) smēķētāji un kas savu veselības stāvokli vērtēja viduvēji (OR = 2,5) un zemāk kā viduvēji (OR = 8,3).
6. Cilvēkiem ar depresiju un “mazo depresiju” pašu ziņotās somatiskās saslimšanas bija biežāk sastopamas nekā cilvēkiem, kuriem nav depresija.
7. Trīs vai vairākas somatiskas saslimšanas (OR = 2,3), invaliditātes pensijas saņemšana (OR = 1,9) un viduvējs (OR = 2,0) un zemāk kā viduvējs (OR = 3,0) veselības pašvērtējums bija asociēti ar “mazo depresiju” pēdējos 12 mēnešos.
8. Primārās aprūpes līmenī pēdējo 2 nedēļu depresija bija sastopama 13,6% pacientu, kas ir nedaudz vairāk par literatūrā minētajiem datiem, savukārt ar

depresiju jebkurā dzīves posmā ir saskārušies 22,4% ģimenes ārstu prakšu pacientu.

9. PHQ-9 depresijas mērinstruments primārā aprūpē gan latviešu, gan krievu valodai uzrādīja vislabākos diagnostiskos parametrus (jutība 0,86 un specifiskums 0,89), ja kopējā skalas punktu summa ir 10 un vairāk.

Praktiskās rekomendācijas un nozīme

Promocijas darba ietvaros iegūtās atziņas dod ierosmi, kādā veidā iespējams veicināt depresijas diagnostikas uzlabošanu primārās aprūpes līmenī Latvijā.

Nemot vērā PVO rekomendācijas, būtu jāparedz vieglas/vidēji smagas depresijas diagnostika un ārstēšana ģimenes ārsta kompetencē, un ieviest tam veicinošos mehānismus.

Pirmo reizi Latvijas vēsturē tika iegūti ticami dati par depresijas izplatību pēdējās 2 nedēļās un 12 mēnešos Latvijas populācijā, kā arī primārās aprūpes pacientu kopā. Latvijas vispārējā populācijā tika noteikti ar depresiju saistītie sociāldemogrāfiskie faktori, kā arī tika veikta depresijas skrīninginstrumenta PHQ-9 latviešu valodas un krievu valodas Latvijai validācija.

Pilotpētījumā ģimenes ārstu praksēs tika noskaidrots, ka PHQ-9 skala depresijas noteikšanai ir izmantojama ģimenes ārsta ikdienas darbā pacientiem. Šī skala turpmāk tika izmantota daudz plašākā pētījumā, kas tika veikts Valsts pētījumu programmas “Biomedicīna sabiedrības veselībai (BIOMEDICINE 2014–2017)” projekta “Nozīmīgāko psihisko slimību un kognitīvās disfunkcijas radīto veselības problēmu izpēte un sloga samazināšana” (VPP) ietvaros, par psihisko traucējumu tai skaitā depresijas sastopamību pacientiem primārā aprūpē Latvijā. Aptverot visus Latvijas novadus, PHQ-9 skala tika izmantota jau 24

ģimenes ārstu praksēs un ar to tika veikts depresijas skrīnings 1604 pacientiem, kuri apmeklēja savu ģimenes ārstu medicīnisku iemeslu dēļ. Līdz ar to tika īstenota nepieciešamība noteikt PHQ-9 diagnostiskos parametrus plašākā, reprezentatīvā ģimenes ārstu prakšu pacientu kopā visos Latvijas novados ar mērķi jau precīzāk definēt PHQ-9 kopējo punktu summu kā depresijas diagnostisko parametru.

Abu veikto populācijas pētījumu par depresijas izplatību un ar to saistītiem faktoriem ietvaros tika noteikta cilvēku populācija, kurai ir lielākas izredzes depresijai un kam būtu nepieciešams veikt depresijas skrīningu. VPP ietvaros tika izstrādāts depresijas diagnostikas un ārstēšanas algoritms ģimenes ārstiem, kurā tika definēta depresijas skrīninga mērķpopulācija (bieži ārsta apmeklējumi, vairāku hronisku slimību esamība, kuras grūti padodas ārstēšanai, zems savas dzīves un veselības pašvērtējums, gadījuma rakstura un pastāvīga smēķēšana, alkohola atkarība), kā arī iekļauta PHQ-9 skala, izskaidrota tās interpretācija un nepieciešamā ģimenes ārsta taktika, tai skaitā arī ārstēšana. Pēc depresijas diagnostikas un ārstēšanas algoritma ģimenes ārstiem izveidošanas, tika uzsākts specifisks apmācību kurss ģimenes ārstiem, un 2016.gada oktobra-decembra mēnešos Latvijas teritorijā tika realizēti 10 “Depresijas skolas” apmācības semināri, kuru ietvaros ģimenes 210 ārsti tika izglītoti par depresijas izplatību Latvijā, skrīninga mērķpopulāciju, tika iepazīstināti ar PHQ-9 skalu, tās izmantošanu un interpretēšanu, kā arī apmācīti depresijas ārstēšanā. Arī turpmāk būtu nepieciešams veikt izglītojošus pasākumus par depresijas diagnostiku un ārstēšanu ģimenes ārstiem.

LITERATŪRAS SARAKSTS

1. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., 2004. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. 109, 47–54.
2. American Association for Public Opinion Research. <https://www.aapor.org/Education-Resources/For-Researchers/Poll-Survey-FAQ/Response-Rates-An-Overview.aspx>. Accessed 2017.
3. Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.P., Mendlewicz, J., Tylee, A., 2002. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*. 252, 201–209.
4. Bodlund, O., Andersson, S.O., Mallon, L., 1999. Effects of consulting psychiatrist in primary care. 1-year follow-up of diagnosing and treating anxiety and depression. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*. 17, 153–157.
5. Bunevicius, R., Liaugaudaite, V., Peceliuniene, J., Raskauskiene, N., Bunevicius, A., Mickuviene, N., 2014. Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*. 32, 24–29.
6. Central Statistical Bureau of Latvia. http://www.csb.gov.lv/sites/default/files/skoloniem/iedzivotaji/etniskais_sastavs.pdf. Accessed Nowenber 2017.
7. Cuijpers, P., Smit, F., 2002. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal Of Affective Disorders*. 72, 227–236.
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Data: statistical bulletin 2013. Available online. <http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/gpstab121>
9. Fischer, H.F., Tritt, K., Klapp, B.F., Fliege, H., 2011. How to compare scores from different depression scales: equating the Patient Health Questionnaire (PHQ) and the ICD-10-Symptom Rating (ISR) using Item Response Theory. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*. 20, 203–214.
10. Fountoulakis, K., N., 2015. *Bipolar Disorder: An Evidence-Based Guide to Manic Depression Springer-Verlag, Berlin Heidelberg*.
11. Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., 2003. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 38, 229–237.

12. Gaziano, C., 2005. COMPARATIVE ANALYSIS OF WITHIN-HOUSEHOLD RESPONDENT SELECTION TECHNIQUES. *Public Opinion Quarterly*. 69, 124–157.
13. Gelaye, B., Williams, M.A., Lemma, S., Deyessa, N., Bahretibeb, Y., Shibre, T., Wondimagegn, D., Lemenhe, A., Fann, J.R., Vander Stoep, A., Andrew Zhou, X.-H., 2013. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 for depression screening and diagnosis in East Africa. *Psychiatry Research*. 210, 653–661.
14. Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., Hewitt, C., 2007. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal Of General Internal Medicine*. 22, 1596–1602.
15. Goldberg, D., 2010. The detection and treatment of depression in the physically ill. *World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*. 9, 16–20.
16. Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D.H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H.-C., Stovner, L.J., Vallat, J.-M., den Bergh, P.V., van Os, J., Vos, P., Xu, W., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., Olesen, J., 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 21, 718–779.
17. Hämäläinen, J., Isometsä, E., Laukkala, T., Kaprio, J., Poikolainen, K., Heikkinen, M., Lindeman, S., Aro, H., 2004. Use of health services for major depressive episode in Finland. *Journal Of Affective Disorders*. 79, 105–112.
18. Hegerl, U., Schönknecht, P., Mergl, R., 2012. Are antidepressants useful in the treatment of minor depression: a critical update of the current literature. *Current Opinion In Psychiatry*. 25, 1–6.
19. Hendriks, S.M., Spijker, J., Licht, C.M.M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N.M., Penninx, B.W.J.H., Beekman, A.T.F., 2015. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *Journal Of Affective Disorders*. 178, 121–130.
20. Hermens, M.L.M., van Hout, H.P.J., Terluin, B., van der Windt, D.A.W.M., Beekman, A.T.F., van Dyck, R., de Haan, M., 2004. The prognosis of minor depression in the general population: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 26, 453–462.
21. Hughes, J.R., 2007. Depression during tobacco abstinence. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal Of The Society For Research On Nicotine And Tobacco*. 9, 443–446.
22. John, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., 2004. Depressive disorders are related to nicotine dependence in the population but do not necessarily hamper smoking cessation. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 65, 169–176.

23. Johnson, J., Weissman, M.M., Klerman, G.L., 1992. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*. 267, 1478–1483.
24. Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J.C., Timonen, V., 2013. Depressive symptoms among older adults: the impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging & Mental Health*. 17, 349–357.
25. Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M.E., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Adley Tsang, C.H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.-E., Berglund, P., Gruber, M.J., Petukhova, M., Chatterji, S., Ustün, T.B., 2007. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*. 6, 168–176.
26. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., Wang, P.S., 2003. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 289, 3095–3105.
27. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E., 2005a. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*. 62, 593–602.
28. Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N., Andrade, L.H., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Haro, J.M., Karam, A.N., Kostyuchenko, S., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Browne, M.O., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Stein, D.J., 2010. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression And Anxiety*. 27, 351–364.
29. Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., Walters, E.E., 2005b. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*. 62, 617–627.
30. Kish, L., 1949. A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *Journal of the American Statistical Association* 44, 380–387.
31. Kleinberg, A., Aluoja, A., Vasar, V., 2010. Point prevalence of major depression in Estonia. Results from the 2006 Estonian Health Survey. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*. 25, 485–490.
32. Kocalevent, R.-D., Hinz, A., Brähler, E., 2013. Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*. 35, 551–555.

33. Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Antikainen, R., Hintikka, J., Laukkanen, E., Honkalampi, K., Viinamäki, H., 2001. Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 103, 38–44.
34. Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., Koskenvuo, M., 2004. Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 39, 994–999.
35. Kolchakova, P.Y., Akabaliyev, V.H., 2003. A study of the effect of age on depressivity in Bulgarian urban population. *Folia Medica*. 45, 11–15.
36. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., 2001. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal Of General Internal Medicine*. 16, 606–613.
37. Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Löwe, B., 2010. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 32, 345–359.
38. Kupfer, D.J., 1991. Long-term treatment of depression. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 52 Suppl, 28–34.
39. Leadholm, A.K.K., Rothschild, A.J., Nielsen, J., Bech, P., Østergaard, S.D., 2014. Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression. *Journal of Affective Disorders*. 156, 119–125.
40. Lépine, J.-P., Briley, M., 2011. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*. 7, 3–7.
41. Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Ansseau, M., 2003. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal Of Epidemiology*. 157, 98–112.
42. Manea, L., Gilbody, S., McMillan, D., 2012. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*. 184, E191–E196.
43. McKenzie, K., Murray, A., Booth, T., 2013. Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? An epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*. 150, 1019–1024.
44. Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., Ustun, B., 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet (London, England)*. 370, 851–858.
45. Murray, C.J.L., Lopez, A.D., 1996. *The Global Burden of Disease*, Boston: Harvard University Press.
46. Nicholson, A., Kuper, H., Hemingway, H., 2006. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*. 27, 2763–2774.

47. NVD, 2013. Nacionālā veselības dienesta pārskats par finanšu līdzekļu izlietojumu ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijai. *Pārskata periods 2013. gada janvāris–decembris*.
48. Olsen, L.R., Mortensen, E.L., Bech, P., 2004. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109, 96–103.
49. Pascall, G., Manning, N., 2000. Gender and social policy: comparing welfare states in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. *Journal of European Social Policy*. 10, 240.
50. Patten, S.B., 2001. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*. 63, 35–41.
51. Paykel, E.S., Brugha, T., Fryers, T., 2005. Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology: The Journal Of The European College Of Neuropsychopharmacology*. 15, 411–423.
52. Pickett, Y.R., Ghosh, S., Rohs, A., Kennedy, G.J., Bruce, M.L., Lyness, J.M., 2014. Healthcare use among older primary care patients with minor depression. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry: Official Journal Of The American Association For Geriatric Psychiatry*. 22, 207–210.
53. Pinninti, N.R., Madison, H., Musser, E., Rissmiller, D., 2003. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry: The Journal Of The Association Of European Psychiatrists*. 18, 361–364.
54. Pudule, I., Grīnberga, D., Velika, B., Gavare, I., Villeruša, A., 2013. *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2012. (Health Behaviour among Latvian Adult Population, 2012)*.
55. Pulmanis, T., Pelne, A., Taube, M., 2014b. Psihiskā veselība Latvijā 2013. gadā. *Tematiskais ziņojums. (Mental Health in Latvia. A Thematic Report)*. Slimību profilakses un kontroles centrs, Rīga.
56. Pulmanis, T., Taube, M., Pelne, A., 2011. Garīgā veselība Latvijā 2010. gadā. *Tematiskais ziņojums*. 12–50.
57. Puska, P., Helasoja, V., Prättälä, R., Kasmel, A., Klumbiene, J., 2003. Health behaviour in Estonia, Finland and Lithuania 1994–1998. Standardized comparison. *European Journal Of Public Health*. 13, 11–17.
58. Rancans, E., Vrublevska, J., Kivite, A., Ivanovs, R., Logins, R., Berze, L., 2016. Prevalence of depression in primary care settings in Latvia – the results of the National Research Program BIOMEDICINE. *European neuropsychopharmacology*. 26, S478–S479.
59. Rao, J.N.K., Scott, A.J., 1984. On chi-squared tests for multi-way tables with cell proportions estimated from survey data. *Annals of Statistics*.

60. Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Jernigan, D., Frick, U., 2003. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*. 9, 147–156.
61. Rehm, J., Shield, K.D., Rehm, M.X., Gmel, G., Frick, U., 2012. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential from effective interventions for alcohol dependence. *Centre for Addiction and Mental Health*.
62. Rissanen, T., Lehto, S.M., Hintikka, J., Honkalampi, K., Saharinen, T., Viinamäki, H., Koivumaa-Honkanen, H., 2013a. Biological and other health related correlates of long-term life dissatisfaction burden. *BMC Psychiatry*. 13, 202–202.
63. Rissanen, T., Viinamäki, H., Honkalampi, K., Lehto, S.M., Hintikka, J., Saharinen, T., Koivumaa-Honkanen, H., 2011. Long term life dissatisfaction and subsequent major depressive disorder and poor mental health. *BMC Psychiatry*. 11, 140–140.
64. Rissanen, T., Viinamäki, H., Lehto, S.M., Hintikka, J., Honkalampi, K., Saharinen, T., Koivumaa-Honkanen, H., 2013b. The role of mental health, personality disorders and childhood adversities in relation to life satisfaction in a sample of general population. *Nordic Journal Of Psychiatry*. 67, 109–115.
65. Samet, S., Waxman, R., Hatzenbuehler, M., Hasin, D.S., 2007. Assessing addiction: concepts and instruments. *Addiction Science & Clinical Practice*. 4, 19–31.
66. Shear, M.K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H.A., Hanekamp, M., 2000. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *The American Journal Of Psychiatry*. 157, 581–587.
67. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C., 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. 20, 22–33.
68. Snikere, S., Trapencieris, M., Koroleva, I., Mierina, I., Priekule, S., Aleksandrovs, A., Jankovskis, M., 2012. Atkarību izraisīto vielu lietošana iedzīvotāju vidū 2011. Analītisks pārskats. (Substance use among the population in 2011. Analytic report.).
69. Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., Kapustinskiene, V., 2006. Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health*. 6, 174–174.
70. Strine, T.W., Mokdad, A.H., Balluz, L.S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J.T., Kroenke, K., 2008. Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 59, 1383–1390.
71. Suzuki, T., Miyaki, K., Song, Y., Tsutsumi, A., Kawakami, N., Shimazu, A., Takahashi, M., Inoue, A., Kurioka, S., 2015. Relationship between sickness presenteeism (WHO-HPQ) with depression and sickness absence due to mental

- disease in a cohort of Japanese workers. *Journal Of Affective Disorders*. 180, 14–20.
72. Tadić, A., Helmreich, I., Mergl, R., Hautzinger, M., Kohnen, R., Henkel, V., Hegerl, U., 2010. Early improvement is a predictor of treatment outcome in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *Journal Of Affective Disorders*. 120, 86–93.
 73. Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J.M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., Hinkov, H., Karam, E., Kawakami, N., Lee, S., Navarro-Mateu, F., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres de Galvis, Y., Kessler, R.C., 2016. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 4, 634–642.
 74. Ustun, T.B., 1994. WHO Collaborative Study: an epidemiological survey of psychological problems in general health care in 15 centers worldwide. *Int Rev Psychiatry*. 6, 357–363.
 75. Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K., 2010. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*. 71, 305–313.
 76. Wang, J.L., 2004. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 39, 19–25.
 77. Weich, S., Lewis, G., 1998. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *BMJ: British Medical Journal*. 316, 115.
 78. Weissman, M.M., Leaf, P.J., Holzer Iii, C.E., Myers, J.K., Tischler, G.L., 1984. The epidemiology of depression: An update on sex differences in rates. *Journal of Affective Disorders*. 7, 179–188.
 79. Wittchen, H.-U., Kessler, R.C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., Hoyer, J., 2002. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 63 Suppl. 8, 24–34.
 80. Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.C., 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology: The Journal Of The European College Of Neuropsychopharmacology*. 21, 655–679.
 81. Wittkampf, K., van Ravesteijn, H., Baas, K., van de Hoogen, H., Schene, A., Bindels, P., Lucassen, P., van de Lisdonk, E., van Weert, H., 2009. The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *General Hospital Psychiatry* 31, 451–459.

PUBLIKĀCIJAS UN ZIŅOJUMI PAR PĒTĪJUMA TĒMU

Publikācijas starptautiskos recenzējamos izdevumos

1. Rancans, E., Vrublevska, J., Snikere, S., Koroleva, I., Trapencieris, M., 2014. Point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*. 156, 104–110. (SNIP 1,362)
2. Vrublevska, J., Trapencieris, M., Snikere, S., Grinberga, D., Velika, B., Pudule, I., Rancans, E., 2017. The 12-month prevalence of depression and healthcare utilization in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*. 210, 204–210. (SNIP 1,362)
3. Vrublevska, J., Trapencieris, M., 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, 112–118. (SNIP 0,682)

Publikācijas RSU Zinātnisko rakstu krājumā

1. Vrublevska, J., Rancāns, E., 2013. Depresijas izplatība Latvijas populācijā un medicīniskos dienestos, vienmomenta pētījuma rezultāti primārā aprūpē. *Zinātniskie raksti: 2012. gada medicīnas nozares pētnieciskā darba publikācijas: Internā medicīna. Ķirurģija. Medicīnas bāzes zinātnes. Stomatoloģija. Farmācija / Rīgas Stradiņa universitāte. – 1. sēj. – Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte. 32–38.*
2. Vrublevska, J., Trapencieris, M., Snikere, S., Rancans, E., 2013. Comparison of Point Prevalences of Depression in General Population of Latvia in 2011 and 2012. *Collection of Scientific Papers: Research articles in medicine & pharmacy, 2013: Internal Medicine. Surgery.* 43–48.

Starptautisko konferenču tēzes indeksētas Google Scholar (Harzing's Publish or Perish)

1. Vrublevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Snikere S., 2012. Point prevalence of major depressive episode and associated sociodemographic characteristics in the general population of Latvia. *European Neuropsychopharmacology*. 22, 232.
2. Vrublevska, J., Rancans, E., Trapencieris, M., Snikeres, S., 2013. 12-month and point prevalence of depression and related characteristics in Latvian population assessed by the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) in 2012. *European Neuropsychopharmacology*. 23, S335.
3. Vrublevska, J., Rancans, E., Snikere, S., 2014. Trapencieris M. Utilization of health care among people with depression in Latvia. *European Psychiatry*. 29, 1.
4. Vrublevska, J., Rancans, E., Snikere, S., Trapencieris, M., 2015. The Association Between Smoking Status and Depression in the General Population of Latvia. *European Psychiatry*. 30, 740.
5. Vrublevska, J., M. Trapencieris, S. Snikere, R. Ivanovs, N. Berzina-Novikova, A. Zikusa, E. Rancans, 2015. PHQ9 validation in treatment seeking population in primary care settings in Latvia – the results of the pilot study of the National Research Project BIOMEDICINE. *European Neuropsychopharmacology* 25. S365.

Citu konferenču tēzes

1. Vrublevska, J., Rancāns, E. Prevalence of depression in Latvian medical services and in the general population of Latvia, 2012. *3rd Young Psychiatrists Network Meeting, Minsk, Belarus. Programme and abstract booklet*. 76.

2. Vrubļevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Sniķere, S., Taube, M., 2012. Depresīvo traucējumu izplatība vispārējā populācijā un dažādos medicīnas dienestos. *2012. Gada zinātniskā konference. Tēzes.* 109.
3. Vrubļevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Sniķere, S., 2013. Depresijas sociāldemogrāfiskais raksturojums Latvijas vispārējā populācijā. *RSU 2013. gada zinātniskā konference. Tēzes.* 124.
4. Vrublevska, J., Rancans, E., 2013. Comparison of point prevalence of depression in Latvia assessed by PHQ-9 and M.I.N.I. *3rd International Congress on Psychopharmacology and Treatment Guidance (ICNP 2013). Abstract book.* 119.
5. Vrubļevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Sniķere, S., 2013. Latvijas vispārējās populācijas divu dažādu depresijas prevalences mērījumu rezultātu salīdzinājums. *RSU 2013. gada zinātniskā konference. Tēzes.* 125.
6. Vrubļevska, J., Trapencieris, M., Sniķere, S., Rancāns, E., 2014. Dažādu sociāldemogrāfisko faktoru saistība ar depresiju Latvijas vispārējā populācijā. *RSU 2014. gada Zinātniskā konference. Tēzes.* 110.

Stenda referāti un prezentācijas

1. Vrubļevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Sniķere, S., Taube, M., 2012. Depresīvo traucējumu izplatība vispārējā populācijā un dažādos medicīnas dienestos. *RSU 11. Zinātniskā konference. Mutiska prezentācija.*
2. Vrubļevska, J., Rancāns, E., 2012. Prevalence of depression in Latvia – literature review and the results of population based study. *The Leadership Course, Minsk, Belarus. Mutiska prezentācija.*
3. Vrubļevska, J., Rancāns, E., 2012. Prevalence of depression in Latvian medical services and in the general population of Latvia. *3rd Young Psychiatrists Network Meeting, Minsk, Belarus. Stenda referāts.*

4. Vrublevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Sniķere, S., 2012. Point prevalence of major depressive episode and associated sociodemographic characteristics in the general population of Latvia. 25th ECNP Congress, Vienna, Austria. Stenda referāts.
5. Vrubļevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Sniķere, S., 2013. Depresijas sociāldemogrāfiskais raksturojums Latvijas vispārējā populācijā. RSU 12. zinātniskā konference. Mutiska prezentācija.
6. Vrubļevska, J., Rancāns, E., Trapencieris, M., Sniķere, S., 2013. Latvijas vispārējās populācijas divu dažādu depresijas prevalences mērījumu rezultātu salīdzinājums RSU 12. zinātniskā konference. Mutiska prezentācija.
7. Vrubļevska, J., Rancāns E., 2013. The prevalence of depression in Latvian population. Related sociodemographic characteristics. 16th conference of Bridging Eastern and Western Psychiatry. Mutiska prezentācija.
8. Vrublevska, J., Rancans, E., 2013. Comparison of point prevalences of depression in Latvia assessed by PHQ-9 and MINI. 3rd International Congress on Psychopharmacology and Treatment Guidance (ICNP 2013). E-posteris.
9. Vrubļevska, J., Rancāns, E., 2013. Depresijas izplatība Latvijas iedzīvotāju vidū. Latvijas Ārstu kongress. Mutiska prezentācija.
10. Vrublevska, J., Rancans, E., Trapencieris, M., Snikere, S., 2013. 12-month and point prevalence of depression and related characteristics in Latvian population assessed by the Mini International Neuropsychiatric Interview 26th ECNP Congress, Spain. Stenda referāts.
11. Vrublevska, J., Rancans, E., Snikere, S., Trapencieris, M., 2014. Utilization of health care among people with depression in Latvia. 22nd European Congress of Psychiatry, Minhene, Vācija. Mutiska prezentācija.

12. Vrubļevska, J., Trapencieris, M., Sņikere, S., Rancāns, R., 2014. Dažādu sociāldemogrāfisko faktoru saistība ar depresiju Latvijas vispārējā populācijā. RSU 2014. gada Zinātniskā konference. Mutiska prezentācija.
13. Vrublevska, J., Rancans, E., Sņikere, S., Trapencieris, M., 2015. The association between smoking status and depression in the general population of Latvia. European Congress of Psychiatry. Stenda referāts.
14. Vrublevska, J., Trapencieris, M., Sņikere, S., Ivanovs, I, Rancans, E., 2015. Prevalence of depression in treatment seeking population in primary care settings in Latvia – the results of the pilot study of The National Research Programme BIOMEDICINE. 31st Nordic Congress of Psychiatry. Copenhagen, Denmark. Stenda referāts.
15. Vrublevska, J, Rancans, E., 2015. Prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population and primary care in Latvia. 31st Nordic Congress of Psychiatry, Copenhagen, Denmark. Mutiska prezentācija.
16. Vrublevska, J., Trapencieris, M., Sņikere, S., Ivanovs, R, Berzina-Novikova, N., Zikusa, A., Rancans, E., 2015. PHQ-9 validation in treatment seeking population in primary care settings in Latvia – the results of the pilot study of the National Research Project BIOMEDICINE. 28th ECNP Congress, Nīderlande. Stenda referāts.
17. Vrubļevska, J., 2016. Depresijas epidemioloģija Latvijas veselības aprūpes dienestos un populācijā. Latvijas psihiatru asociācijas sēde, Rīga, Latvija. Mutiska prezentācija.

PATEICĪBAS

Vislielāko cieņu un pateicību es vēlos izteikt mana darba vadītājam Dr. med. profesoram Elmāram Rancānam par ieguldīto darbu, padomiem, atbalstu, pacietību un sapratni mana darba izstrādē.

Sirsnīgs paldies Mārcim Trapencierim par nesavtīgo palīdzību un ieguldīto laiku datu apstrādes procesā, kas palīdzēja izveidot strukturētu skatījumu uz iegūtajiem datiem.

Paldies ģimenes ārstiem par iespēju veikt pētījumu ģimenes ārsta prakses ietvaros.

Liels paldies SIA “Socioloģisko pētījumu institūta” pētniekiem Sigitai Sniķerei, Mārcim Trapencierim, Ilzei Koroļevai par iespēju izmantot un analizēt datus.

Liels paldies Slimības profilakses un kontroles centra sabiedrības veselības analītiķēm Daigai Grīnbergai, Birutai Velikai, Ivetai Pudulei par iespēju datu izmantošanā un analizē.

Vēlos izteikt dziļāko pateicību promocijas darba recenzentei asociētai profesorei Anitai Villerušai par ieguldīto darbu mana promocijas darba rediģēšanā, konsultēšanā un padomiem, kas sekmēja tā kvalitātes būtisku uzlabošanu.

Sirsnīgs paldies maniem darba kolēģiem – asociētai profesorei Birutai Kupčai, profesoram Mārim Taubem, lektoram Dr. Elmāram Tēraudam, asistentam Dr. Nikitam Bezborodovam par draudzīgo atbalstu.

Pateicos Rīgas Stradiņa universitātei par iespēju studēt doktorantūras studiju programmā.

Liels paldies maniem vecākiem un dēlam par ticību, iedrošinājumu, sapratni, atbalstu un pacietību, kas ļāva man nezaudēt apņēmību un ticību sev.

Bez jums veiktais darbs nebūtu iespējams. Paldies!