



RĪGAS STRADIŅA
UNIVERSITĀTE

Jeļena Vrubļevska

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

Promocijas darbs
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – psihiatrija

Darba zinātniskais vadītājs:
Dr. med. profesors **Elmārs Rancāns**

Darba zinātniskais konsultants:
Mārcis Trapencieris

Rīga, 2018

ANOTĀCIJA

Ievads. Depresija ir viena no visbiežākajām psihiskajām saslimšanām Eiropas populācijā. PVO prognozē, ka 2020. gadā tā būs otrā biežākā slimība invaliditātē pavadīto gadu dēļ visā pasaulē. Neskatoties uz plašo depresijas izplatības pētījumu klāstu dažādās Eiropas valstīs, Latvijā nav datu par depresijas izplatību vispārējā populācijā, ar to saistītiem faktoriem, kā arī primārās aprūpes līmenī nav ieviesti validēti depresijas skrīninginstrumenti, kas ģimenes ārstiem atvieglotu depresijas diagnosticēšanu. Promocijas darbs veikts ar mērķi noskaidrot depresijas izplatību Latvijas vispārējā populācijā, ar to saistītos sociāli demogrāfiskos un veselību saistītos faktorus, kā arī noteikt depresijas izplatību pacientu kopā primārajā aprūpē Rīgā un Rīgas rajonā un validēt depresijas skrīninga instrumentu.

Materiāls un metodes. Pētījums veikts trīs secīgos posmos. Pirmajā pētījuma posmā tika noskaidrota depresijas izplatība pēdējo divu nedēļu laikā un ar to saistītie faktori tika noteikti Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā ar izlases apjomu 4493 iedzīvotāji. Sociāldemogrāfiskie dati, veselības stāvokļa pašvērtējums, depresija un alkohola lietošana tika noskaidrota strukturētas intervijas veidā. Depresija tika noteikta, izmantojot PHQ-9 skalu. Tika pielietots Hī kvadrāta tests un loģistiskās regresijas metode.

Faktoru samērošana tika atspoguļota divos modeļos: Modelī 1 faktori tika samēroti pēc dzimuma un vecuma, Modelī 2 tika veikta vienlaicīgi visu faktoru samērošana. Otrajā pētījuma posmā tika noskaidrota depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība un saistība ar veselības aprūpes dienestu apmeklēšanas biežumu, somatiskām saslimšanām, kavētām darba dienām veselības dēļ, kā arī veselības pašvērtējumu un smēķēšanas statusu. Pētījums veikts Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma, 2012 ietvaros. Kopējais izlases apjoms bija 3003 iedzīvotāji. Depresija un “mazā depresija” tika noteikta, izmantojot Īsas Internacionālas Neiropsihiatriskas Intervijas (*Mini International Neuropsychiatric Interview* jeb M.I.N.I.) depresijas moduli. Ar veselību saistītie faktori tika noskaidroti strukturētas intervijas veidā. Veselību ietekmējošo faktoru saistība ar depresiju un “mazo depresiju” tika noteikta, izmantojot multinomiālo loģistisko regresiju un izteikta izredžu attiecībās (OR). Trešajā posmā Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE (2014–2017) ietvaros 6 ģimenes ārstu praksēs Rīgā un Rīgas rajonā tika veikts pilotpētījums, kurā tika veikta depresijas skrīninginstrumenta *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) validācija ar kopējo izlases apjomu 272 pacienti, kā arī noskaidrota depresijas punkta prevalence un izplatība dzīves laikā. Validācijas standarts bija diagnostiskā intervija M.I.N.I. Tika noteikta PHQ-9 skalas jutība, specifiskums, iekšējā ticamība.

Rezultāti. Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība kopumā bija 6,7%. 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). Lielākas izredzes depresijai pēdējās 2 nedēļās bija sievietēm, pilsētās (taču ne galvaspilsētā) dzīvojošiem cilvēkiem, kam ir viduvējs vai slikts veselības pašvērtējums, veselības pasliktināšanās pēdējo 12 mēnešu laikā, alkohola atkarība.

Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos bija 7,9%, bet “mazās depresijas” izplatība – 7,7%. Pašu ziņotās somatiskās slimības bija biežāk sastopamas cilvēkiem ar depresiju un arī ar “mazo depresiju” nekā tiem, kam depresija netika noteikta. Veselības aprūpes dienestu apmeklējumi 6 vai vairāk reizes pēdējo 12 mēnešu laikā, trīs vai vairāku somatisko slimību esamība, viduvējs vai zemāk kā viduvējs veselības pašvērtējums un smēķēšana bija saistīti ir augstākām izredzēm depresijai. Trīs vai vairāk esošas somatisko slimības, invaliditātes pensijas saņemšana un slikts veselības pašvērtējums bija asociēts ar augstākām izredzēm “mazai depresijai”.

Depresijas punkta prevalence ģimenes ārstu prakšu pacientu kopā bija 13,6%, savukārt ar depresiju jebkad ir saskārušies 22,4% pacientu. PHQ-9 skalas kopējā punktu summa ≥ 10 uzrādīja jutību 0,86 un specifiskumu 0,89. Skalas iekšējā ticamība bija 0,83.

Secinājumi. Pētījuma ietvaros ir noskaidroti ar depresiju saistītie sociāldemogrāfiskie un ar veselību saistītie faktori. Tie var būt izmantojami depresijas skrīninga mērķpopulācijas definēšanai. PHQ-9 validācijas pētījums atklāja, ka šī skala ir izmantojama ģimenes ārstu ikdienas darbā, kas varētu uzlabot depresijas skrīningu un diagnostiku. PHQ-9 kopējā punktu summa ≥ 10 ir saistāma ar depresiju.

ANNOTATION

PREVALENCE OF DEPRESSION IN THE GENERAL POPULATION OF LATVIA AND PRIMARY CARE SAMPLE IN RIGA AND RIGA DISTRICT

Background. Depression is one among the most common mental disorders in European general population. The WHO prognoses that by 2020 depression will be a second leading disorder in terms of disability adjusted life years. Despite rich data on depression prevalence rates in European countries, no population-based studies of the prevalence of depression and associated factors have been conducted in Latvia. The aim of the doctoral thesis was to determine the prevalence of depression, associated sociodemographic and health-related factors, as well as to determine the prevalence of depression of the primary care patients in Riga and Riga district and to validate a depression screening tool in primary care sample.

Material and methods. The study was conducted in three consecutive sections. First, the point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population was estimated in a cross-sectional general population survey on substance use in Latvia in 2011 with a total sample of 4493 Latvian inhabitants. Sociodemographic, self-rated health status, alcohol use measures, and data about depression were evaluated from the structured face-to-face interviews. To assess depression, participants were interviewed using the *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) with a cut-off score of ≥ 10 . Logistic regression models were applied to the data. Model 1 was adjusted only by gender and age, Model 2 was adjusted by all simultaneous factors. Second, the 12-month prevalence of depression, “minor depression” and associated health related factors was determined in the study that was a part of the Health Behaviour among the Latvian Adult Population survey in 2012 with a total population of 3003. Data was collected by face-to-face interviews. In order to measure depression and minor depression, the participants were interviewed using the depressive episode module of the *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.). Multinomial logistic regression was used because the dependent variable (depression status) had more than two categories. Third, in 2014, a pilot study was conducted within the framework of the Latvian National Research Programme BIOMEDICINE (2014–2017) to assess the prevalence of depression in primary care sample at 6 primary care settings and to estimate the PHQ-9 cutoff score with the best sensitivity, specificity, Criterion validity was assessed against the M.I.N.I. The criterion validity of the PHQ-9 was analyzed in terms of sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values for different cutoff scores.

Results. The point prevalence of depression in the general population was 6.7%. Depression was more common in females (7.8%, 95%CI 6.2%–9.5%) than males (5.6%, 95%CI 4.2%–6.9%). The odds of having depression were higher in females, in urban dwellers (though not in the capital city, Riga), in persons with alcohol dependence, with poor subjective health status and having a dissatisfaction with life.

The 12-month prevalence of major depression was 7.9%, while for minor depression it was 7.7%. The prevalence of self-reported somatic illnesses was higher among people with depression and minor depression than in people with no depression. The odds of having 12-month depression were higher for those who had used healthcare services six or more times, those who had three or more somatic disorders during the past 12 months, those who perceived their health status as being below average, and those who were regular and occasional smokers. The odds of having minor depression was increased for those who had at least three somatic disorders, those who received disability pension, and those who perceived their health status to be below average.

In primary care setting 22.4% of patients had experienced a lifetime depression episode, and 13.6% of patients had current depression. A cutoff score of 10 was established for the PHQ-9 (sensitivity 0.86, specificity 0.89%), correctly classifying 86.4% of patients with current depression. The reliability analysis showed that the items of the PHQ-9 were highly consistent (Cronbach's alpha 0.83).

Conclusions. Certain socio-demographic and health-related factors associated with depression and minor depression have been identified. The findings outline certain individuals who might be at a higher risk of having depression. The factors associated with major or minor depression could be used as indicators for health providers to initiate screening for depression. The optimal cut-off score of the PHQ-9 that had the best psychometric characteristics for diagnosing depression was ≥ 10 . The study demonstrates that the PHQ-9 is a reliable and effective instrument to evaluate depression among patients visiting their general practitioner in Latvia.

SATURS

DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI	8
IEVADS	10
Darba mērķis.....	12
Darba uzdevumi	12
Darba hipotēzes.....	13
Zinātniskā novitāte.....	14
Darba praktiskā nozīme	14
Ētiskie apsvērumi.....	14
Promocijas darba apjoms un struktūra.....	15
1. LITERATŪRAS APSKATS	16
1.1. Depresijas izplatība.....	16
1.2. Depresijas etiopatogēnēze.....	17
1.2.1. Funkcionālas izmaiņas galvas smadzenēs	17
1.2.2. Ģenētiskās teorijas.....	18
1.2.3. Depresijas bioloģiskā teorija	19
1.2.4. Depresijas psiholoģiskās teorijas	20
1.3. Depresijas simptomi un diagnostiskie kritēriji	21
1.3.1. Depresijas klasifikācija pēc SSK-10	25
1.4. Depresijas asociācija ar citiem psihiskiem traucējumiem un somatiskām slimībām	28
1.5. “Mazās depresijas” jēdziens	29
1.6. Depresijas saistība ar sociāldemogrāfiskiem faktoriem	31
1.7. Depresijas mērinstrumenti	34
1.7.1. Depresijas skrīninga mērinstrumenti.....	34
1.7.2. Psihisko traucējumu, tai skaitā depresijas diagnostiskie instrumenti.....	37
1.8. Depresijas izplatība veselības aprūpes dienestos Latvijā un pašu ziņotās depresijas izplatība populācijā	40
2. PĒTĪJUMA MATERIĀLS UN METODES.....	44
2.1. Depresijas punkta prevalences noteikšana.....	44
2.1.1. Statistiskā analīze	47
2.2. Depresijas un “mazās depresijas” 12 mēnešu izplatība.....	47
2.2.1. Statistiskā analīze	50
2.3. Depresijas punkta prevalence un PHQ-9 validācija primārajā aprūpē pacientu kopā Rīgā un Rīgas rajonā	50

2.3.1. Statistiskās metodes.....	51
3. REZULTĀTI	52
3.1. Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība Latvijas vispārējā populācijā	52
3.2. Depresijas un “mazās depresijas” 12 mēnešu izplatība un veselības aprūpes dienestu izmantošana Latvijas vispārējā populācijā.....	60
3.3. Depresijas punkta prevalence un PHQ-9 validācija primārajā aprūpē Rīgā un Rīgas rajonā.....	69
4. DISKUSIJA	74
4.1. Depresijas pēdējo 2 nedēļu izplatība Latvijas vispārējā populācijā un ar to asociētie faktori	75
4.2. Depresijas un “mazās depresijas” pēdējo 12 mēnešu izplatība Latvijas vispārējā populācijā un ar to asociētie faktori	80
4.2.1. Depresijas un “mazās depresijas” asociācija ar somatiskām saslimšanām un veselības aprūpes dienestu apmeklējumiem	83
4.3. Pētījumu, kuros tika noteikta depresijas izplatība Latvijas vispārējā populācijā, priekšrocības un trūkumi.....	84
4.4. Depresijas izplatība pacientu kopā primārā aprūpē	85
4.5. Depresijas skrīninga instrumenta PHQ-9 validitāte primārās aprūpes pacientu kopā.....	87
4.5.1. Depresijas izplatības pacientu kopā primārā aprūpē un PHQ-9 validācijas pētījuma trūkumi	88
SECINĀJUMI	90
Praktiskās rekomendācijas un nozīme	90
LITERATŪRAS SARAKSTS	92
PUBLIKĀCIJAS UN ZIŅOJUMI PAR PĒTĪJUMA TĒMU	108
PATEICĪBAS	112
PIELIKUMI.....	113

DARBĀ IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

ASV	Amerikas Savienotās Valstis
AUC	<i>Area under the curve</i> jeb laukums zem “ROC” līknes
BAT	Bipolāri afektīvi traucējumi
BDI-I, BDI-II	<i>Beck Depression Inventory</i> jeb Beka depresijas skala (I un II)
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies – Depression scale</i> jeb Epidemioloģisko pētījumu depresijas skala
CNS	Centrālā nervu sistēma
DALY's	<i>Disability adjusted life years</i> jeb slimībā pavadītie dzīves gadi
DSM	Diagnostiskā un statistiskā psihisko traucējumu rokasgrāmata. Promocijas darbā tiek izmantota 4. un 5. redakcija. (angļu val., Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th/5th Edition)
ES	Eiropas Savienība
ĢĀ	Ģimenes ārsti
HADS	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i> jeb Hamiltona depresijas novērtēšanas skala
ID	<i>Inventory for Depression</i> jeb Depresijas aptauja
MADRS	<i>Montgomery Asberg Depression Rating Scale</i> jeb Montgomerija Asberga depresijas skala
MINI	<i>The Mini International Neuropsychiatric Interview</i> jeb Īsa internacionāla neiropsihiatriska 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
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
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.
WHO-5	<i>WHO-5 Well-Being Index</i> jeb PVO-5 labklājības skala
α	<i>Cronach's α</i> jeb skalas iekšējā ticamība
χ^2	Hī kvadrāta tests

IEVADS

Depresija ir būtiska sabiedrības veselības problēma, veidojot nozīmīgu slogu 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 lielākiem 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 depresija ir biežākā neatkarīgā psihiskā saslimšana šai populācijā un tās pēdējo 12 mēnešu izplatība 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 izplatība 2006. gadā, un kopš tā laika jauni pētījumi netika veikti.

Depresija sekmē būtiskus traucējumus ikdienas funkcionēšanā. Sociālās funkcionēšanas pazemināšanās ir saistīta ar depresijas smagumu, respektīvi, 18% cilvēku ar vieglas depresijas simptomiem un 52% ar klīniski nozīmīgu depresiju tiek novēroti būtiski funkcionēšanas traucējumi ikdienas dzīvē. Cilvēkiem, kuri cieš no depresijas, ir 23 reizes augstāks risks sociālās funkcionēšanas traucējumiem, salīdzinot ar vispārējo populāciju (Lépine and Briley, 2011). Zīmīgi, ka cilvēkiem ar depresiju, salīdzinot ar vispārējo populāciju, tiek arī novērots 2 reizes augstāks mirstības risks, iekļaujot gan tiešos (piemēram, izdarītās pašnāvības), gan arī netiešos (piemēram, somatiskas saslimšanas) cēloņus (Cuijpers and Smit, 2002). Depresijas gadījumā tiek novērots 1,8 reizes lielāks risks saslimšanai ar somatiskām slimībām. Piemēram,

hospitalizētiem pacientiem ar komorbīdu depresiju un kardiovaskulārām slimībām, tiek novērots nozīmīgi paaugstināts miokarda infarkta un nāves risks kardioloģisku iemeslu dēļ 10 gadu periodā pēc hospitalizācijas (Cuijpers and Smit, 2002; Cuijpers et al., 2014; Lépine and Briley, 2011). Ir ziņots, ka depresija fiziski veseliem 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 literatūra 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). Nozīmīgai 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 simptomu saglabāšanās (Lépine and Briley, 2011).

Zīmīgi, ka ir cilvēki, kuriem tiek novērota nevis klīniski izvēsta depresija, bet gan depresijas simptomi “subdepresijas” jeb “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). Turklāt metaanalīzē tiek ziņots, ka cilvēkiem ar “mazo depresiju” ir augstāks risks depresīviem traucējumiem (Cuijpers et al., 2007).

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

Primārās aprūpes ārsti ikdienā bieži sastopas ar depresīviem traucējumiem; depresijas punkta izplatība 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 (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. Gada laikā pacienti ar diagnosticētu depresiju apmeklējuši ĢĀ (ģimenes ārstu) vidēji mazāk nekā divas reizes, kas ir nepietiekoši šo traucējumu kvalitatīvas ārstēšanas un novērošanas sekmēšanai (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.

Šis ir aktuāls pētījums, jo līdz šim Latvijā nav pētīta depresijas izplatība vispārējā Latvijas populācijā, primārā aprūpē, kā arī nav ieviesti pieejami 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.

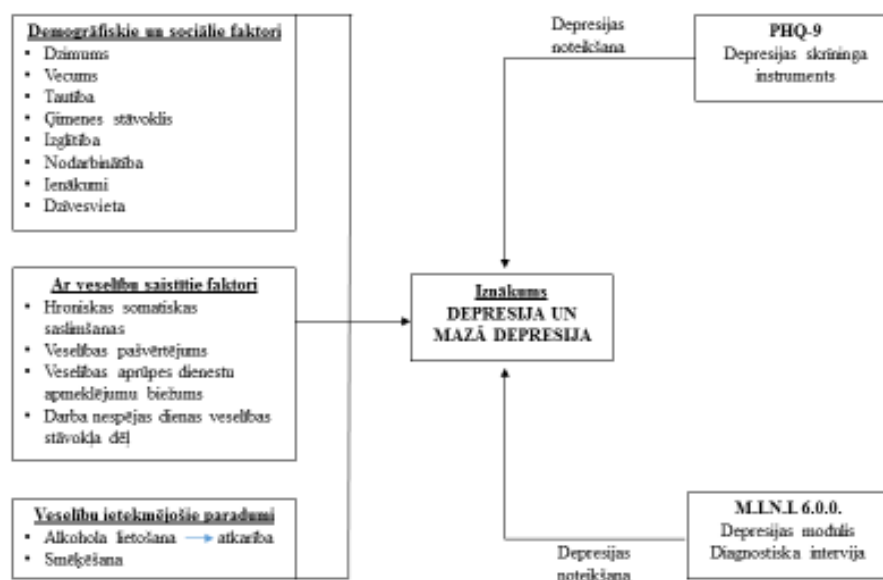
Darba uzdevumi

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.

- 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.
- Noskaidrot veselības aprūpes dienestu apmeklēšanas biežumu, pamata sociāli demogrāfiskos faktorus, somatisko saslimšanu, kavētu darba dienu veselības dēļ, veselības pašvērtējuma un smēķēšanas statusa saistību ar depresiju pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā.
- Noskaidrot depresijas punkta prevalenci pacientu kopā ģimenes ārstu praksēs Rīgā un Rīgas rajonā.
- Veikt depresijas skrīninga instrumenta PHQ-9 latviešu un krievu valodas versijas validāciju pacientu kopā primārā aprūpē pret M.I.N.I.

Darba hipotēzes

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



1. attēls. Promocijas darba pētniecības konceptuālais modelis

Zinātniskā novitāte

Pirmo reizi Latvijā tika apkopoti epidemioloģiskie dati par depresijas izplatību pēdējās divās nedēļās (punkta prevalenci), kā arī depresijas un “mazās depresijas” izplatību pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā. Tika analizēti ar depresiju saistītie sociāldemogrāfiskie 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 primārajā aprūpē, kas varētu atvieglot ģimenes ārstu darbu depresijas diagnostikā un līdz ar to – sekmēt depresijas atpazīstamības uzlabošanos primārās aprūpes līmenī.

Darba praktiskā nozīme

Populācijas pētījumos tika iegūti ar depresiju asociētie 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 131 lappušu apjomā 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.

1. LITERATŪRAS APSKATS

1.1. Depresijas izplatība

Visplašākais ziņojums par psihisko un dažu neiroloģisko traucējumu izplatību un to radīto slogu Eiropā tika publicēts 2011. gadā. Šī ziņojuma ietvaros tika apkopoti dati par 27 Eiropas Savienības (ES) valstīm, tai skaitā arī Latviju, kā arī par Šveici, Islandi un Norvēģiju. Šajā periodā Latvijā vēl netika veikti psihisko traucējumu izplatības pētījumi, un tika ņemts vērā Latvijas eksperta psihiatrijā viedoklis. Pētījumā tika noskaidrots, ka kopumā 38,2% Eiropas iedzīvotāju ik gadu cieš no kādiem psihiskiem traucējumiem, turklāt vairāk nekā puse šo cilvēku nesaņem ārstēšanu. Eiropas iedzīvotāju populācijā visizplatītākie psihiskie traucējumi ir trauksmes traucējumi (14%), bezmiegs (7%), depresija (6,9%), somatoformi traucējumi (6,3%), alkohola atkarība (>4%). Turklāt no visiem invaliditātes cēloņiem psihiskie traucējumi veido 26,6% lielu slogu. Visbiežāk ilgstošu darba nespēju un invaliditāti sekmē depresija, demence, alkohola kaitējoši pārmērīga lietošana vai atkarība (Wittchen et al., 2011).

Weissman ar kolēģiem publicēja pirmo depresijas izplatības šķērsriezuma pētījumu apkopojumu no 10 populācijas pētījumiem, kuros par depresijas mērinstrumentu tika izmantots *Diagnostic Interview Schedule* (Diagnostiskā intervija) (Weissman et al., 1996). Depresijas izplatība dzīves laikā veidoja no 1,5% (Taivāna) līdz 19% (Beiruta), un vidējie noteiktie depresijas izplatības rādītāji bija 9,2% (Rietumvācija) un 9,6% (Edmontona, Kanāda). Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos sniedzās no 0,8% (Taivāna) līdz 5,8% (Jaunzēlande); vidēji depresijas izplatība bija 3,0 (ASV) līdz 4,5% (Francija). Vēlākos gados pētījumu apkopojums tika atkārtots. Šajos pētījumos depresijas noteikšanai tika izmantots *Composite International Interview* (Salikta starptautiska intervija). Depresijas dzīves izplatība sniedzās no 1,0% (Čehija) līdz 16,9% (ASV) ar vidējiem rādītājiem 8,3% (Kanāda) līdz 9,0% (Čīle). Depresijas izplatības pēdējos 12 mēnešos rādītāji bija robežās no 0,3% (Čehija) līdz 10% (ASV), vidēji 4,5% (Meksika) līdz 5,2% (Rietumvācija) (Kessler et al., 1998).

Moussavi ar kolēģiem veica depresijas izplatības datu apkopojumu, kurā tika iekļautas 60 valstis (Moussavi et al., 2007). Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos bija 3,2% tiem cilvēkiem, kam nebija komorbīdu somatisku saslimšanu. Tiem cilvēkiem, kam bija kādas komorbīdas somatiskas slimības, depresijas izplatība sniedzās no 9,3% līdz 23%.

PVO Pasaules psihiskās veselības pētījumā (*WHO World Mental Health Survey Initiative*) tika izmantots vienots protokols, un pētījums aptvēra visu kontinentu valstis (Pattern, 2010). Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos bija no 2,2% (Japāna) līdz 10,4 % (Brazīlija),

vidēji 5%. Vidējie depresijas izplatības rādītāji bija līdzīgi tiem, kas noteikti iepriekš veiktajos pētījumos (5%). Desmit augstu ienākumu valstīs depresijas vidējā izplatība pēdējos 12 mēnešos bija 5,5% un astoņās vidēju un zemu ienākumu valstīs – 5,9%. Depresijas dzīves izplatība bija augstāka attīstītās valstīs un veidoja 14,6%, savukārt zemāk attīstītās valstīs – 11,1%. Vislielākā depresijas izplatība bija Francijā, Nīderlandē, Jaunzēlandē un ASV (Kessler et al., 2010).

Neskatoties uz plašo depresijas izplatības datu bāzi dažādās pasaules valstīs, tiek novērots depresijas izplatības datu trūkums Austrumeiropas valstīs, kā arī Baltijas valstīs, ieskaitot Latviju (Kessler et al., 2005b).

1.2. Depresijas etiopatogēnēze

1.2.1. Funkcionālas izmaiņas galvas smadzenēs

Vairākas prefrontālas un limbiskās galvas smadzeņu struktūras, kā arī to neirālās saistības piedalās garastāvokļa jeb afekta regulācijā. Tā, piemēram, ventromediālā prefrontālā garoza, laterālā prefrontālā garoza, dorsolaterālā prefrontālā garoza, mandeļveida kodols un hipokamps ir atbildīgi par mācīšanos, atmiņu, izpildfunkciju vadību, emocijām, kā arī šīs struktūras ir iesaistītas depresīvu traucējumu patoģenēzē (Berton and Nestler, 2006). Emociju regulācijas agrīnā posmā tiek pārsvarā iesaistīts laterālais prefrontālais galvas smadzeņu reģions. Šī galvas smadzeņu apvidus darbības regulācijas traucējumi sekmē apzināto emociju kontroles traucējumus (Rive et al., 2013). Galvas smadzeņu asins plūsmas mērījumos cilvēkiem ar depresiju tiek reģistrēta paaugstināta aktivitāte ventromediālā prefrontālā garozā (tā ir iesaistīta sāpju, agresijas, seksuālās funkcijas un ēšanas uzvedības regulācijā), kā arī laterālā prefrontālā garozā (piedalās situāciju izvērtēšanā un vāji adaptīvu afektīvo stāvokļu regulēšanā). Šajos mērījumos tiek reģistrēta vienlaicīga dorsolaterālās prefrontālās garozas pazemināta aktivitāte (tā nodrošina izpildfunkciju vadību, ilgstošas uzmanības noturēšanu un darba atmiņu). Mandeļveida ķermeņa aktivitāte ir saistīta ar disforijas (īgns garastāvoklis, viegla kairināmība un neapmierinātība) veidošanos. *Nucleus accumbens* un *striatum* reģiona aktivitātes izmaiņas sekmē anhedoniju jeb dzīvesprieka trūkumu cilvēkiem ar depresiju (Anand et al., 2005). Smadzeņu reģionu saistībā ir nozīme arī monoamīnu projekcijai no vidussmadzeņu un smadzeņu stumbra kodoliem: dopamīns no ventrālā tegmentālā apvidus, serotonīns no *dorsal raphe* periakvaduktālā reģiona, un noradrenalīns – no *locus ceruleus*. Šie monoamīni ir atbildīgi ne tikai par garastāvokli, modrību un izpratni, bet arī ieņem būtisku lomu dažādu emocionālo stimulu veidošanā. Arī citi neurotransmiteri un molekulārās sistēmas,

ieskaitot neuropeptīdus, augšanas faktorus, citokīnus, sigma-1 receptoru modulatorus, vazopresīna receptoru antagonistus un melatonīna receptoru aģentus, piedalās depresijas patoģenēzē (Rizvi and Kennedy, 2012).

1.2.2. Ģenētiskās teorijas

Pirmie pētījumi par depresijas ģenētisko asociāciju ir ziņoti vairāk kā pirms 70 gadiem. Pētot afektīvo traucējumu biežumu dvīņiem, ir noteikts, ja ir saslimis viens no monozigotiskiem dvīņiem, otram dvīnim iespēja saslimt ar garastāvokļa traucējumiem ir 51–69%, dizigotiskiem dvīņiem šāda iespēja ir 13–28% (Lohoff, 2010).

Pētījumos tiek ziņots, ka pirmās pakāpes radniekiem ir divas līdz četras reizes augstākas izredzes depresijai, salīdzinot ar kontroles grupu, kur ģimenēs depresija netika novērota. Tika noskaidroti vairāki predisponējošie faktori depresijas pārmantojamībai, piemēram, depresijas manifestācija līdz 30 gadu vecumam, kā arī atkārtotas depresijas epizodes. Ir arī noskaidrota alkohola atkarības, trauksmes un depresijas ģenētiskā saistība (Weissman et al., 1993).

Veiktie pētījumi 20. gs. noslēgumā ir saistīti ar atsevišķu gēnu saistību ar depresiju (Camp et al., 2005; McGuffin et al., 2005; Weissman et al., 1993). Tā, piemēram, 12., 13., 15., 18. hromosomās ir konstatēti lokusi, kas iespējams atbild par afektīvo jeb garastāvokļa traucējumu attīstību (Lohoff, 2010). Ir būtiski atzīmēt, ka vairums veiktajos pētījumos izlases apjoms ir visai neliels (100 un mazāk). Vienā no plašākajiem pētījumiem, kura izlases apjoms veidoja 297 ģimenes (685 radnieku pāri, 555 sibliņu pāri, 130 citi pāri ar atkārtotu depresiju), tika novērota saistība ar depresiju 15. hromosomā (15q25.3-26.2). Ģenētiskai saistībai netika novērotas dzimuma atšķirības. Citā pētījumā tika atrasta arī ģenētiskā saistība hromosomās 17p un 8p (Holmans et al., 2004). Citā ziņojumā, kurā tika pētīti 784 cilvēki ar depresiju, tika novērota ģenētiskā saistība 12. hromosomā (12q23) (Abkevich et al., 2003).

Pētījumā, kurā piedalījās 497 sibliņu pāri, kuriem bija atkārtotas depresijas epizodes, tika noskaidrota ģenētiskā saistība ar 1p36, 12q23.3-q24.11 un 13q31.1-q31.3 hromosomām (McGuffin et al., 2005).

Līdzīgi kā citu psihisku traucējumu gadījumā (piemēram, šizofrēnija, bipolāri afektīvi traucējumi), arī depresijas attīstība nav izskaidrojama ar izmaiņām kādā noteiktā gēnā vien. Taču cilvēkiem ar izmaiņām genomā veidojas predispozīcija dažādu mediatoru sistēmu darbības traucējumiem. Depresija, tāpat kā vairums citu psihisku saslimšanu, ir multifaktoriāla slimība, un tās manifestācija būtu skaidrojama kā daudzu gēnu ekspresija noteiktos nelabvēlīgos vides apstākļos. (Lohoff, 2010).

1.2.3. Depresijas bioloģiskā teorija

Depresijas etiopatogēneses modelis tiek skaidrots arī ar neurotransmiteru darbības traucējumiem, ko rada ilgstošs vai atkārtots stress. Turklāt, garastāvokļa traucējumu izpausmes ir intensīvas, ilgstošas un ar augstu risku atkārtoties nākotnē, un šo atkārtotu uzliesmojumu gadījumā ne vienmēr tiks novērots kāds psihogēns slimību provocējošais faktors.

Veicot eksperimentālos pētījumus, tika noskaidrots, ka garastāvokļa traucējumu patogēnēzē ir iesaistītas galvas smadzeņu limbiskās un diencefaliskās struktūras un galvenokārt tie neironi, kas atbild par serotonīna un norepinefrīna sintēzi. Vēsturiski monoamīnu deficīta teorija ir balstīta, pamatojoties uz veiktajiem metabolītu pētījumiem cerebrospinālā šķidrumā. Šīs teorijas pamatā depresijas gadījumā ir pazemināta norepinefrīna koncentrācija sinaptiskajā spraugā. Vēlāku gadu pētījumos tika noskaidrota arī serotonīna deficīta loma depresijas patogēnēzē, un šī teorija jau bija par pamatu daudz plašākiem pētījumiem neurotransmisijas traucējumu centrālajā nervu sistēmā noskaidrošanai (Heninger et al., 1996). Vēlākos gados veiktos holīnērgiskās-noradrenergiskās sistēmas pētījumos ir noskaidrota arī acetilholīna loma (Picciotto et al., 2015). Pacientiem, kas veikuši pašnāvības mēģinājumu, tika konstatēts zemāks serotonīna līmenis likvorā, salīdzinot ar depresijas pacientiem, kam nebija pašnāvības mēģinājumu. Uzlabojoties depresijas klīniskai ainai, tika konstatēta arī serotonīna līmeņa paaugstināšanās likvorā. Depresijas patogēnēzē aizvien vairāk tiek meklēta serotonīna transportēšanas gēna saistība ar stresa ietekmi uz klīnisko simptomu smagumu un ilgumu, kā arī tā saistība ar smadzeņu atvasināto neirotrofo faktoru, kam ir smadzeņu šūnu aizsargājoša darbība (Courtet et al., 2001).

Tika noskaidroti arī dažādi bioloģiskie depresijas marķieri, bet neviens no tiem pašreiz nav apstiprināts kā pietiekami jutīgs un specifisks depresijai, lai tiktu pielietots klīniskajā praksē. Viens no plašāk pazīstamiem ir deksametazona supresijas tests. Šo testu varētu izmantot hipotalamo-hipofizārās-virsnieru dziedzeru darbības traucējumu noskaidrošanai cilvēkiem ar depresiju. Šī testa ietvaros pacientam ir jālieto perorāli 1 mg deksametazona (sintētiska) plkst. 23.00 pirmajā dienā, kam seko kortizola līmeņa noteikšana asinīs plkst. 8.00, 16.00 un 23.00 nākošajā dienā. Kortizola līmenis asinīs $5\mu\text{g/dl}$ vismaz vienā no mērījumiem otrajā dienā tiek uzskatīts par robežstāvokli. Ir noteikts, ka šī testa jutība veido 67% un specifiskums 96% depresijas noteikšanai pacientiem, kas ārstējas stacionārā. Iespējams, ka deksametazona supresijas testa rezultāti ir saistīti ar depresijas smaguma pakāpi (Hayes and Ettigi, 1983).

Pie citiem depresijas marķieriem būtu pieskaitāms tā saucamais TRH stimulācijas tests (tiroīdstimulējošā hormona reakcija uz tireotropo hormonu) (Amsterdam et al., 1996), kā arī fluramīna un d-fenfluramīna testi, kuri ataino centrālā serotonīna aktivitāti (tiek nozīmēts d-fenfluramīns 30 mg peroāli un tiek noteikts prolaktīna līmenis asinīs uzreiz pēc d-fenfluramīna ieņemšanas un pēc 60, 120, 180, 240 un 300 min pēc d-fenfluramīna ordinēšanas) (Rouillard et al., 1996), augšanas hormona koncentrācijas izmaiņas pēc $\alpha 2$ -adrenerģisko receptoru agonista klonidīna (tas nosaka noradrenerģiskās regulācijas traucējumus) (Gil-Ad et al., 1979). Pie neendokrīniem marķieriem būtu attiecināms elektroencefalogrāfijas pieraksts (Hinrikus et al., 2010), kā arī izmaiņas miega fāžu izmaiņas (Muzet, 2005).

1.2.4. Depresijas psiholoģiskās teorijas

Pēdējo 100 gadu laikā ir izveidotas vairākas depresiju izskaidrojošas psiholoģiskas teorijas (Fountoulakis, 2015):

1. Agresijas modelis. Šo modeli bija izstrādājuši Zigmunds Freids un Karls Abrahams. Saskaņā ar šo modeli, bērna psiholoģiskā attīstības orālajā fāzē (12. līdz 18. dzīves mēnesis) attiecību traucējumi ar māti var sekmēties ar klīnisku depresiju vēlākajos dzīves gados. Pieaugušo vecumā zaudējums, ko cilvēks piedzīvo, var sekmēt depresiju, kas ir pret sevi un zaudēto objektu vērstas agresijas rezultāts. Neapzināti pret sevi vērstā agresija ir sava veida zaudētā objekta sodīšana par nespēju apmierināt vajadzību būt mīlētam. Tādējādi šīs jūtas pavada arī vainas sajūta un pašapsūdzības domas, kas var sekmēt arī pašdestruktīvu uzvedību, piemēram, pašnāvību.
2. Objekta zaudējums. Šis termins nozīmē traumatisku “separāciju” jeb atdalīšanos no objektiem, pie kuriem bijusi pieķeršanās. Taču mazāk kā 10% indivīdu, kuri cieš smagu zaudējumu, piedzīvo depresiju. Tādējādi, šī modeļa pamatā būtu jāpiemin divi būtiski soļi; pirmkārt, smags zaudējums bērnībā, kas rada indivīda “ievainojamību” un, otrkārt, indivīda “ievainojamība” varētu sekmēties ar klīnisku depresiju jau pieaugušo vecumā.
3. Pašvērtējuma zaudēšana. Šīs teorijas pamatā *ego* nespēja realizēt augstus mērķus rezultējas ar pašvērtības sagrāvi. Šīs teorijas ietvaros tiek runāts arī par narcistisko ievainojamību, kurai tek novērota sociāli-kulturāla un eksistenciāla dimensija.
4. Kognitīvais modelis. Šīs teorijas pamatlicējs ir Ārons Beks, kurš ir raksturojis, ka depresijas pamatā ir vērojama negatīva domāšana. Balstoties uz šo pieņēmumu, ir izveidots t.s. “depresīvās triādes” koncepts. Cilvēks redz sevi, apkārtesošo pasauli un

nākotni negatīvā, depresīvā veidā (bezcerība, bezpalīdzība, negatīvs dzīves skatījums). Šīs negatīvās pamatpārliecības sekmē negatīvas automātiskās domas un uzvedības izmaiņas, kuras kļūst aizvien izteiktākas, kā arī pastāvīgas un skar itin visas indivīda dzīves sfēras. Cilvēkam ar depresiju ir raksturīga negatīvo notikumu “globalizācija”, “katastrofizācija”, tai pat laikā labie dzīves notikumi tiek noniecināti, padarīti par nevērtīgiem. Būtu jāmin, ka šis modelis ir balstīts uz depresīvu cilvēku retrospektīvu novērošanu, tādējādi “negatīvā triāde” varētu būt viena no depresijas izpausmēm, nevis tās cēlonis. Šīs teorijas pamatā ir izveidojusies kognitīvi biheiviorālā psihoterapija – viena no visplašāk izmantojamām psihoterapijas ārstēšanas metodēm pacientu populācijā, kura ir balstīta uz zinātniskiem pierādījumiem.

5. Iemācītās bezpalīdzības modelis. Šis modelis ir izveidots, balstoties uz eksperimentiem ar dzīvniekiem. Tā ietvaros tiek izvirzīts, ka depresīva uzvedība ir iemācīta, balstoties uz iepriekšēju pieredzi, kad indivīds nav bijis spējīgs mazināt vai izvairīties no traumatiskiem notikumiem. Ir jāatzīmē, ka iemācītās bezpalīdzības modelis ir vispārināts un varētu būt attiecināms arī uz citu psihisko traucējumu veidošanos, piemēram, posttraumatiskā stresa sindromu, sociālo trauksmi un citiem trauksmaini fobiskiem traucējumiem. Pagātnes notikumi ieņem būtisku lomu personības veidošanās procesā. Šādai personības struktūrai ir raksturīga pasivitāte un pašapsūdzības domas. Šāds domāšanas un uzvedības modelis rosina secināt, ka depresija un tai raksturīgā uzvedība varētu būt mazohistiskas un manipulatīvas personības uzvedības veids ar mērķi noturēt attiecības. Turklāt, veiktajos dzīvnieku pētījumos tiek uzsvērtā ģenētisko faktoru loma kā viens no bezpalīdzīgas uzvedības veida veidošanās mehānismiem.
6. Depresija un “pastiprinājums”. Šī teorija ir balstīta uz atzinības trūkuma teoriju un apvieno zemo pašvērtējumu, iemācīto bezpalīdzību un cilvēka sociālo vidi. Tomēr tā šķiet piemērotāka indivīda sociālās funkcijas interpretācijai nevis klīniskas depresija izskaidrošanai. Psihoterapeitiskā pieeja, kuras mērķis ir uzlabot pacienta sociālās prasmes ir veidota, balstoties uz šo teoriju.

1.3. Depresijas simptomi un diagnostiskie kritēriji

Depresijas pamatsimptomus raksturo pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla, samazinātas intereses un spējas izjust prieku, nogurdināmība un enerģijas trūkums, tomēr pacienti nereti izmanto dažādus citādus apzīmējumus sava veselības stāvokļa raksturošanai. Ir svarīgi atšķirt klīnisku depresiju no situācijai atbilstošas garastāvokļa

pazemināšanās; depresija nav tikai nespēja izjust prieku un pazemināts garastāvoklis kādā noteiktā situācijā, bet gan noturīgs un ilgstošs stāvoklis (ICD-10, 1993).

Depresija nav saistīta ar emocijām vien, tā ietekmē arī kognitīvās funkcijas. Depresijas gadījumā pacinietiem ir raksturīga negatīva attieksme pret savu pagātņi, tagadni un nākotni, pastāv bezcerības izjūta. Cilvēki ar depresiju bieži ir nepamatoti paškritiski, ar zemu pašnovērtējumu, vainas sajūtu un pašapsūdzības domām, kā arī domām par nāvi un pašnāvību – vissmagāko depresijas atrisinājumu (Leadholm et al., 2014). Depresijas gadījumā tiek novēroti arī fiziski jeb somatiski simptomi, piemēram, cirkadiāno ritmu izmaiņas, ēstgribas izmaiņas un libido pazemināšanās. Depresijas fiziskie jeb somatiskie simptomi ir sevišķi raksturīgi ģimenes ārstu prakšu pacientiem (Greco et al., 2004).

Ievērojams cilvēku ar depresiju īpatsvars, griežoties pēc palīdzības medicīnas dienestos, sūdzas par tā saucamajiem medicīniski neizskaidrojamiem somatiskiem simptomiem, kas apgrūtina depresijas diagnosticēšanu. Saskaņā ar PVO datiem, 69% depresijas pacientu primārajā aprūpē kā pamata sūdzība un palīdzības meklēšanas iemesls ir neizskaidrojami somatiskie simptomi (Simon et al., 1999). Šie neizskaidrojami simptomi nav saistīti ar kādām fiziskām saslimšanām. Zīmīgi, ka pacienti ar depresiju, kuras gadījumā ir sūdzības par medicīniski neizskaidrojamiem simptomiem, kā nozīmīgākos min sirdsklauves un pazeminātu enerģiju (Leff et al., 2017; Tylee et al., 1999). Svarīgi atzīmēt, ka pacientiem ar medicīniski neizskaidrojamiem simptomiem depresija tiek diagnosticēta ievērojami retāk, novēloti, salīdzinot ar tiem pacientiem, kam depresijas priekšplānā izvirzās sūdzības par psihoemocionālās veselības pasliktināšanos (Kirmayer et al., 1993; Tylee and Gandhi, 2005).

Saskaņā ar DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) izšķir šādus depresijas veidus: pārejoša garastāvokļa disregulācija (F34.8 pēc SSK-10), lielie depresīvie traucējumi (ieskaitot lielās depresijas epizodi; F32 un F33 pēc SSK-10), persistējošie pervazīvie garastāvokļa traucējumi (F34.1 pēc SSK-10), premenstruālais disforijas sindroms, psihoaktīvu vielu vai medikamentu izraisīti depresīvie traucējumi (F0 vai F1 pēc SSK-10) un citi precizēti un neprecizēti depresīvie traucējumi (F32.8 un F32.9 pēc SSK-10) (DSM-5, 2013).

Pēc SSK-10 klasifikatora (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) garastāvokļa traucējumi tiek iedalīti: mānijas epizode, depresīva epizode, bipolāri afektīvi traucējumi, rekurenti depresīvi traucējumi, distīmija, ciklotīmija un neprecizēti garastāvokļa traucējumi (ICD-10 *Diagnostic criteria for research*, 1993).

Depresijas kritēriji pēc SSK-10 (Vadlīnijas, 2009)

Traucējumu ilgums ar dažādu intensitāti lielāko dienas daļu tiek novērots vismaz 2 nedēļas. Ja traucējumi strauji progresē un simptomi ir ļoti smagi, depresijas diagnoze var tikt noteikta arī ātrāk.

1. Traucējumus neizsauc intoksikācija ar psihoaktīvām vielām vai CNS bojājums.
2. Depresijas pamatsimptomi:
 - Pazemināts garastāvoklis lielāko dienas daļu bez noteikta iemesla.
 - Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku.
 - Nogurdināmība, enerģijas trūkums.
3. Depresijas papildu simptomi:
 - Pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas sajūta.
 - Pazemināts pašvērtējums.
 - Pašnāvības domas vai uzvedība.
 - Neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties.
 - Psihomotorās aktivitātes traucējumi.
 - Jebkādi miega traucējumi.
 - Pazemināta ēstgriba.

Depresijas “somatisko” jeb bioloģisko sindromu raksturo:

- Pamošanās vismaz 2 stundas pirms laika.
- Pazeminātas intereses un spēja izjust prieku.
- Depresija ir smagāka no rīta.
- Objektīvas anamnēzes dati par būtisku psihomotoru kavēšanu vai ažitāciju.
- Būtiski pazemināta ēstgriba (svara zaudēšana vairāk par 5% mēneša laikā).
- Būtiska libido pavājināšanās.

Depresijas somatiskais sindroms raksturo t.s. endogēno depresiju.

Depresijai izšķir 3 smaguma pakāpes:

- Viegla depresijas epizode gadījumā jābūt 2 nedēļu periodā novērotiem 2 pamatsimptomiem un vismaz 3 papildu simptomiem. Šie simptomi pārsvarā ir viegli izteikti. Viegla depresijas epizodi var sekmīgi ārstēt tikai ambulatori.
- Vidēji smagai depresijai ir raksturīgi 2 nedēļu periodā divi pamatsimptomi un vismaz četri papildu simptomi, un vismaz viens no simptomiem ir smagi izteikts.

Pacientam ir traucēta sociālā funkcionēšana, grūtības darbā, kā arī ar grūtībām tiek galā ar ikdienas pienākumiem.

- Smagas depresijas gadījumā ir spilgti izteikti visi trīs pamatsimptomi, kā arī vismaz četri papildu simptomi. Depresijas klīnisko ainu smagāku dara izteikta trauksme vai apātija. Pacients nespēj strādāt, nespēj veikt vienkāršus ikdienas darbus.
- Smaga depresijas epizode ar psihotiskiem simptomiem. Klīnisko ainu papildina grēcīguma, izsīkuma, nabadzības murgu idejas, pašapsūdzības murgu idejas; ļauna, izmejoša satura dzirdes halucinācijas. Iespējams depresīvs stupors.

Ne tikai SSK-10, bet arī DSM-5 kategorizē 3 atšķirīgus līmeņus depresijas smaguma noteikšanai, respektīvi, vieglas, vidēji smagas un smagas. Lai gan SSK-10 klasifikatorā depresijas diagnozes noteikšanai ir par vienu papildus simptomu mazāk un viens no pamatsimptomiem ir nogurdināmība un enerģijas zudums (šis simptoms DSM-5 klasifikatorā ir atzīmēts kā depresijas papildus kritērijs), abi klasifikatori ir saderīgi. Latvijā klīniskajā darbā tiek izmantots SSK-10 klasifikators, savukārt pētniecībā tiek izmantoti abi klasifikatori. 1.1. tabulā ir attēloti depresijas galvenie simptomi pēc SSK-10 un DSM-5 klasifikatora.

1.1. tabula

Depresijas diagnostiskie kritēriji atbilstoši DSM-5 un SSK-10 klasifikatoram

DSM-5 kritēriji	SSK-10 kritēriji
Traucējumu ilgums tiek novērots <u>vismaz 2 nedēļas</u> katru vai gandrīz katru dienu, lielāko dienas daļu	
Depresijas pamatsimptomi	
Vismaz viens no pamatsimptomiem:	Vismaz divi no pamatsimptomiem:
Pasliktinās garastāvoklis	Pasliktinās garastāvoklis
Interesu un dzīvesprieka zudums	Samazinās interese un spēja izjust prieku
	Nogurdināmība un enerģijas trūkums
Depresijas papildu simptomi	
Ķermeņa masas zudums vai ēstgribas izmaiņas	Samazināta apetīte
Jebkādi miega traucējumi	Jebkādi miega traucējumi
Psihomotorā ažitācija vai kavēšana	Psihomotorās aktivitātes traucējumi – ažitācija vai kavēšana
Nogurdināmība, enerģijas trūkums	–
Nevērtības un nedekvāta vainas sajūta	Pašapsūdzības domas, neadekvāta vainas sajūta
Kognitīvo funkciju traucējumi – neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties, atmiņas traucējumi, domāšanas gausums	Kognitīvo funkciju traucējumi – neizlēmība, grūtības plānot vai koncentrēties, atmiņas traucējumi, domāšanas gausums

DSM-5 kritēriji	SSK-10 kritēriji
Domas par pašnāvību ar/bez pašnāvības nodomiem, pašnāvības mēģinājums	Domas par pašnāvību ar/bez pašnāvības plāna, pašnāvības uzvedība
Simptomi rada klīniski nozīmīgus traucējumus sociālajā, profesionālajā un citās jomās	
Viegla (5 simptomi un viegli funkcionēšanas traucējumi) Vidēja (5 un vairāk simptomi un vidēji smagi funkcionēšanas traucējumi) Smaga (Vairāk nekā 5 simptomi un smagi funkcionēšanas traucējumi) Ar psihotiskiem simptomiem	Viegla (2 pamatsimptomi un vismaz 3 papildu simptomi) Vidēja (2 pamatsimptomi un vismaz 4 papildu simptomi) Smaga (visi 3 pamatsimptomi un vismaz 4 papildu simptomi) Ar somatisko sindromu Ar psihotiskiem simptomiem
Depresīva epizode Rekurenti depresīvi traucējumi	Depresīva epizode Rekurenti depresīvi traucējumi

Depresijai izšķir vairākus sindromoloģiskus variantus (Vadlīnijas, 2009):

- Adinamiskā – raksturojas ar vājumu, kustību gausumu, dziņu izsīkumu.
- Disforiskā – kairināmība, īgnums, neapmierinātība, agresīva uzvedība, naidīgums arī pret palīdzības sniedzējiem.
- Ironiskā – anamnēzes datus par depresiju pacients stāsta ar smaidu, pašironiju, tomēr aktīvi meklē palīdzību.
- Anestētiskā – iztrūkst adekvāta emocionālā reakcija uz apkārtējām norisēm, zaudētas izjūtas pret ģimenes locekļiem, draugiem, darbu, arī pret sevi. Pacienti izjūt mokošu vienaldzību un trulumu.
- Melanholiskā – sūdzības par neizskaidrojamu un grūti panesamu sajūtu, kas atgādina sāpes, ko pavada smaguma sajūta sirds apvidū, salauztības sajūta un nespēks.
- Stuporozā – raksturojas ar masīvu motoru un ideatoru kavēšanu, līdz pat t.s. depresīvam stuporam.
- Melanholiskais jeb depresīvais raptuss – pēkšņs stāvoklis ar masīvu psihomotoru uzbudinājumu un izmisumu. Pacienti raud, kliec plēš matus, skraida pa istabu, nodara sev un apkārtējiem miesas bojājumus, neizjūtot sāpes (*anaesthesia psychica dolorosa*).

1.3.1. Depresijas klasifikācija pēc SSK-10

Depresija SSK-10 slimību klasifikatorā tiek ietverta vairākos diagnostiskos blokos, jo tai ir vairāki nozoloģiski varianti. Izšķir tā saucamo endogēno, organisko un neirotisko

depresiju. Depresija tiek ietverta dažādās SSK-10 diagnostiskās kategorijās atbilstoši depresijas definīcijai un tās nozoloģiskam variantam. Tās klasifikācija ir šāda:

1. F31 Bipolāri afektīvi traucējumi (BAT norisē ir iespējamās hipomānijas, mānijas, jaukti afektīvas epizodes un dažāda dziļuma depresijas epizodes)
 - 1.1. F31.3 patreizējā epizode viegla vai vidēji smaga depresija
 - 1.2. F31.4 patreizējā epizode smaga depresija bez psihotiskiem simptomiem
 - 1.3. F31.5 patreizējā epizode smaga depresija ar psihotiskiem simptomiem
 - 1.4. F31.8 maskētas depresijas epizode BAT ietvaros
2. F32 Depresijas epizode
 - 2.1. F32.0 Viegla depresijas epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 2.2. F32.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 2.3. F32.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem
 - 2.4. F32.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem
 - 2.5. F32.8 Cita depresijas epizode (maskēta depresija)
3. F33 Rekurenti depresīvi traucējumi
 - F33.0 Viegla epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 3.1. F33.1 Vidēji smaga epizode (ar/bez somatiskā sindroma)
 - 3.2. F33.2 Smaga epizode bez psihotiskiem simptomiem
 - 3.3. F33.3 Smaga epizode ar garastāvoklim atbilstošiem/neatbilstošiem psihotiskiem simptomiem
 - 3.4. F33.4 Remisija
 - 3.5. F33.8. Cita depresijas epizode (atkārtota maskētas depresijas epizode)
4. F06.32 Organiski afektīvi traucējumi, depresīvs tips
5. Adaptācijas traucējumi
 - 5.1. F43.20 Īslaicīga depresīva reakcija
 - 5.2. F43.21 Prolongēta depresīva reakcija
 - 5.3. F43.22 Jaukta trauksmaini depresīva reakcija (ICD-10, 1993, Vadlīnijas, 2009).

1. Depresijas epizode (F32, SSK-10)

Depresijas epizode kā diagnostiska kategorija jānosaka tiem cilvēkiem, kam depresija tiek noteikta pirmo reizi mūžā un, ja tiek novēroti depresijas diagnostiskie kritēriji. Depresijas epizode var sākties bez acīmredzama iemesla, tomēr tā var attīstīties pēc smagas un ilgas psihotraumējošas situācijas. Bieži vien depresijas epizode ir pirmā rekurento depresīvo traucējumu epizode vai turpmāk pacientam var attīstīties bipolāri afektīvi traucējumi.

2. Rekurenti depresīvi traucējumi (F33, SSK-10)

Tā ir visbiežāk sastopamā depresijas norises forma. Ir svarīgi, ka pacientam anamnēzē nav bijušas mānijas, hipomānijas (patoloģiski paaugstināts garastāvoklis) vai jaukta afektīva stāvokļa epizodes. Rekurenti depresīvi traucējumi var sākties jebkurā vecumā, bet biežāk tie sākas ap 30 gadiem. Vairāk kā pusei pacientu nākotnē tiks novērotas atkārtotas, recidivējošas depresijas epizodes. Ap 60% depresīvo traucējumu recidivē 15 gadu laikā, ap 30% gadījumu, neskatoties uz ārstēšanu, depresijas epizode beidzas ar reziduālu simptomātiku un 5–10% gadījumu depresija hronificējas. Viens no biežākajiem rekurentās depresijas variantiem ir maskēta depresija. Tās gadījumā pacients bieži konsultējas pie ģimenes ārsta vai citiem speciālistiem ar sūdzībām par fiziskiem simptomiem, kuriem netiek noteikts apstiprinājums nedz analizēs, nedz citos izmeklējumos. Šīs sūdzības bieži vien ir saistāmas ar somatoformiem traucējumiem (somatizācija, somatoformas sāpes). Par depresijas masku var būt arī alkohola vai citu psihoaktīvu vielu pārmērīga lietošana vai atkarība, ēšanas traucējumi, seksuāla disfunkcija. Pacienti depresijas simptomus neizjūt, priekšplānā izvirzot fiziskās sūdzības. Fizisko simptomu ārstēšana parasti nesniedz stāvokļa uzlabošanos. Pacienta sūdzības ir smagākas dienas pirmajā pusē.

3. Bipolāri afektīvi traucējumi (F31, SSK-10)

Tie raksturojas ar pacilātības, paātrinātas domāšanas un paaugstinātas kustību aktivitātes periodiem (mānijas vai hipomānijas), kas mijas ar depresijas periodiem. Depresijas klīniskā aina ir līdzīga unipolārai depresijai (F32, SSK-10), taču var būt vērojamas arī t.s. atipiskās depresijas īpatnības, piemēram, apātija, miegainība, paaugstināta ēstgriba. Depresijai bipolāri afektīvo traucējumu ietvaros ir raksturīgs agrāks sākums – visbiežāk ap 20 gadu vecumu.

4. Organiski afektīvi traucējumi, depresijas epizode (F06.32, SSK-10)

Depresiju sekmē somatisko traucējumu fons un procesi, kas radījuši organiskas izmaiņas CNS. Depresijas attīstību sekmē gan somatiskā stāvokļa pasliktināšanās, gan sociālās funkcionēšanas ierobežojumi slimības dēļ. Organiskai depresijai ir raksturīgi pieaugoši, subjektīvi smagi atmiņas un koncentrēšanās spējas traucējumi, ko pavada raudulīgums, trauksme, garastāvokļa labilitāte. Klīnisko ainu dara smagāku sāpju esamība un somatiskā stāvokļa pasliktināšanās. Organiskas depresijas gadījumā nereti novēro neiroloģisku simptomātiku, piemēram, jušanas traucējumus, refleksu asimetriju, parēzes, tremoru, gaitas traucējumus. Arī medikamenti var izsaukt depresijas simptomātiku, piemēram, beta blokatori, nesteroīdie pretiekaisuma līdzekļi, kortizols, orālie kontraceptīvie līdzekļi, antineoplastiskie līdzekļi, vairāki antibakteriālie līdzekļi, neiroleptiķi, sedatīvie un miega līdzekļi.

5. Reaktīvā depresija (F43.2, SSK-10).

Gan akūtas, gan ilgstošas psihotraumējošas situācijas rezultātā cilvēkam var attīstīties dažāda smaguma depresīvs stāvoklis. Mūsdienās ar reaktīvo depresiju apzīmē adaptācijas traucējumus. Adaptācijas traucējumi retos gadījumos var ielgt līdz pat 12 mēnešiem vai ilgāk. Jau 2 mēnešus pēc psihotraumējošas situācijas, ja saglabājas depresīvs stāvoklis, var tikt diagnosticēta depresijas epizode (F32) (Vadlīnijas, 2009).

1.4. Depresijas asociācija ar citiem psihiskiem traucējumiem un somatiskām slimībām

Divu un vairāku psihisku traucējumu līdzpastāvēšana (komorbiditāte) ir sastopama visai bieži. Populācijas pētījumos tiek ziņots, ka cilvēkiem ar depresiju ir augstāks komorbīdu psihisku saslimšanu risks, no kurām visbiežākās ir alkohola atkarība, panikas traucējumi un obsesīvi kompulsīvi traucējumi (Kessler et al., 2003). Arī veikto pētījumu rezultāti primārā aprūpē parāda augstu depresijas un citu psihisku traucējumu komorbiditāti. Aptuveni 40% ģimenes ārstu praksē pacientu ar depresīviem traucējumiem tiek novēroti kādi citi komorbīdi psihiski traucējumi, no tiem visbiežākie ir trauksme (21,1%) (panika [6,8%], agorafobija [5,8%], sociālā fobija [3,7%], obsesīvi-kompulsīvi traucējumi [4,7%], ģeneralizēta trauksme [5,3%] un posttraumātiskā stresa sindroms [4,2%]), alkohola atkarība (0,5%), psihotiski traucējumi (1,6%) (Thaipisuttikul et al., 2014). Jāpiebilst, ka šo komorbīdo stāvokļu īpatsvars ir augstāks cilvēkiem ar depresiju, nekā tiem, kas no depresijas necieš (Coyne et al., 1994). Komorbīdu psihisku traucējumu gadījumā biežāk tiek novērota depresijas hroniska gaita, ilgāks periods remisijas sasniegšanai un biežākas depresijas atkārtotas epizodes (Hirschfeld, 2001). Neskatoties uz to, ir atrodamā literatūra, kurā vairāku psihisku traucējumu vienlaicīga pastāvēšana tiek kritizēta un dēvēta par artefaktu, diagnožu kategorizēšanas un komplicētās diferencēšanas dēļ (Maj, 2005).

Depresija ir bieži sastopama cilvēkiem ar dažādām somatiskām saslimšanām. Ar šiem pacientiem savā ikdienas darbā sastopas ne tikai psihiatri, bet visu specialitāšu ārsti, it sevišķi ģimenes ārsti. Ir zināmi vairāki mehānismi, kas sekmē somatisku slimību attīstību depresijas dēļ: tiek traucēta veģetatīvās nervu sistēmas un hipotalamo-hipofizārās-virsnieru dziedzeru ass regulācija. Tas var rezultēties ar aterosklerozes attīstību un traucējumiem sirds vadīšanas sistēmā (Dhar and Barton, 2016; Pogossova et al., 2015), kā arī rodas imūnās sistēmas aktivizācijas traucējumi, kas raksturojas ar pazeminātu NK ("Natural Killer") šūnu un T limfocītu skaitu, kā rezultātā paaugstinās uzņēmība pret infekcijas slimībām (Leonard, 2010).

Depresija asociācijā ar fiziskām slimībām ir grūtāk atpazīstama un bieži vien netiek diagnosticēta, turklāt tās sastopamība pacientiem ar somatiskiem traucējumiem ir ievērojami augstāka (Goldberg, 2010). Ar depresiju 2 reizes biežāk slimo pacienti ar cukura diabētu, hipertensiju, koronāro sirds slimību un 3 reizes biežāk – pacienti ar hronisku nieru mazspēju, hronisku obstruktīvu plaušu slimību, cerebrovaskulārām saslimšanām (Egede, 2007).

Depresija bieži vien tiek novērota arī sāpju gadījumā. Piemēram, Dworkin ar kolēģiem pētījumā, kurā tika iekļauti vairāk kā 1000 pacientu ar dažādas lokalizācijas sāpēm, ziņo, ka sāpju lokalizācija vienā vietā nav saistīta ar paaugstinātu depresijas risku, sāpju lokalizācija 2 vietās ir saistāma ar 2 reizes lielāku depresijas risku, savukārt ar sāpēm 3 un vairāk lokalizācijas vietās depresijas risks ir pieckāršs (Dworkin et al., 1990). Kādā no pētījumiem ASV secināts, ka depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos pacientiem ar somatiskām saslimšanām ir 3 reizes augstāka, salīdzinot ar kontroles grupu. Starptautiskajā pētījumā, kura piedalījās 245 000 pacientu no 60 valstīm, 12 mēnešu depresijas izplatība pacientiem ar 2 vai vairākām somatiskām slimībām veidoja 23% (Moussavi et al., 2007). Vairāk nekā 10 prospektīvajos kohorta pētījumos ir ziņots, ka depresija fiziski veseliem pacientiem veicina koronārās sirds slimības attīstību, kā arī vairākos prospektīvajos pētījumos tika konstatēts, ka depresija varētu būt patstāvīgs riska faktors galvas smadzeņu asinsrites traucējumiem, ko apstiprina arī vēlākajos gados veiktās esošo pētījumu meta-analīzes (Barlinn et al., 2014; Larson et al., 2001; Nicholson et al., 2006). Aptuveni 15–20% pacientu ar kardiovaskulārām saslimšanām tiek novērota klīniski nozīmīga depresija, turklāt 40–65% tiek novēroti depresijas simptomi (Lichtman et al., 2014; Pogosova et al., 2015; Rudisch and Nemeroff, 2003; Thombs et al., 2006).

Kādā no metaanalīzēm, kuras ietvaros tika pētīti faktori, kas mazina pacientu terapeitisko līdzestību, bija secināts, ka pacientiem ar depresiju terapeitiskās līdzestības trūkums ir 3 reizes biežāks, līdz ar to depresīvo traucējumu ārstēšana varētu veicināt pacientu līdzestības uzlabošanos hronisku somatisku slimību terapijā (DiMatteo et al., 2000).

1.5. “Mazās depresijas” jēdziens

Cilvēki mēdz piedzīvot būtiski pazemināta garastāvokļa epizodes, taču esošie simptomi neatbilst klīniskas, izvērstas depresijas epizodes diagnozei. Pasaules literatūrā šobrīd nav vienotas t.s. “mazās depresijas” definīcijas, kā arī tiek lietoti dažādi termini tās apzīmēšanā. Literatūrā bieži vien “mazā depresija” tiek noteikta, ja indivīdam ir 2 līdz 4 simptomi pēc DSM-IV un DSM-5 klasifikatoriem. SSK-10 klasifikatorā tiek atsevišķi izdalīta distīmija

(F34.1, SSK-10). Distīmija raksturojas ar vismaz 2 gadus subdepresīvu stāvokli, kas nesasniedz vieglas depresijas epizodes smagumu. DSM-5 klasifikatorā citu precizētu depresīvu traucējumu kategorijā tiek atsevišķi izdalīta depresijas epizode ar nepietiekošiem simptomiem (*Depressive episode with insufficient symptoms*, DSM-5). Tā tiek diagnosticēta, ja ir viens no depresijas pamatsimptomiem un vismaz viens no papildu simptomiem, kā arī šie simptomi rada ikdienas funkcionēšanas grūtības (DSM-5, 2013).

Nacionālā komorbiditātes pētījumā (*National Comorbidity Survey*), kurš tika veikts ASV, tika noskaidrots, ka dzīves laikā ar “mazo depresiju” sastopas 10% ASV iedzīvotāju vecuma grupā 15–54 gadi (Kessler et al., 1997). Pēc Psihiskās veselības nacionālā institūta datubāzes (*National Institute of Mental Health*), 13% cilvēku vecuma grupā virs 65 gadiem sastopas ar mazo depresiju pēdējā mēneša laikā (Judd and Akiskal, 2002). Literatūras pārskatos un metaanalīzēs tika noskaidrotas, ka mazās depresijas izplatība dažādos sociālos un veselības aprūpes dienestos sniedzas no 2,2% līdz 23,4% un no 4,5% līdz 17% primārās aprūpes dienestos (Banazak, 2000; Judd and Akiskal, 2002; Kessler et al., 1997; Pincus et al., 1999; Rapaport et al., 2002). Taču būtu jāatzīmē, ka veiktajos pētījumos tika izmantoti ļoti atšķirīgi “mazās depresijas” noteikšanas instrumentāriji un simptomu skaits.

Nacionālajā komorbiditātes pētījumā pacientu grupa ar “mazo depresiju” (2–4 depresijas simptomi; $n = 810$) bija salīdzināta ar depresijas pacientu grupu (5–6 depresijas simptomi; $n = 606$). Pētījuma ietvaros tika noskaidrots, cik lielā mērā depresijas simptomi ietekmēja dienas aktivitātes, kā arī, vai pacienti meklēja palīdzību pie speciālistiem saistībā ar depresijas simptomiem, vai lietoja medikamentus depresijas simptomu ārstēšanai. Tika novērota tendence – jo vairāk depresijas simptomu, jo lielāks respondentu īpatsvars uz jautājumiem atbildēja apstiprinoši. Kopumā uz jautājumiem apstiprinoši atbildēja 42% pacientu ar “mazo depresiju”, 49,7% respondentu ar depresijas epizodi (5–6 simptomi) un 68,2% depresijas respondentu (7–9 simptomi) (Kessler et al., 1997).

Izmantojot līdzīgu pieeju, Nīderlandē veiktajā pētījumā indivīdi vecuma kategorijā 18–65 gadi tika sadalīti grupās atbilstoši depresijas simptomu skaitam. Tika izveidotas 5 respondentu grupas: respondentu grupa bez depresijas ($n = 2838$), viens no depresijas pamatsimptomiem ($n = 198$), respondentu grupa ar “mazo depresiju” (2–4 depresijas simptomi; $n = 429$), respondentu ar depresiju kategorija (5–6 simptomi, $n = 98$), un smagas depresijas respondentu grupa (6–7 depresijas simptomi, $n = 83$) (Cuijpers et al., 2004). Izveidotās grupās tika salīdzināti 8 ikdienas funkcionēšanas mērījumi, izmantojot SF-36 (*Short Form-36*) skalu (Ware and Sherbourne, 1992).

Tika novērota funkcionēšanas traucējumu izteiktības pakāpes palielināšanās, sākot ar respondentu bez depresijas kategoriju līdz smagas depresijas kategorijai (Cuijpers et al., 2004).

Vācijā veiktajā pētījumā, kurā piedalījās primārās aprūpes 619 pilngadīgi pacienti, arī tika novērota līdzīga tendence – ikdienas funkcionēšanās pasliktināšanās, kas bija proporcionāla depresijas simptomu skaita pieaugumam. Šajā pētījumā depresijas simptomu noteikšanai tika izmantota PHQ-9 skala (Kroenke et al., 2001). Arī darba nespējas dienu skaitam bija saistība ar depresijas simptomiem – vismazāk darba nespējas dienas tika novērotas respondentu grupā bez depresijas, savukārt visvairāk – respondentu grupā ar depresiju (Backenstrass et al., 2006).

Kādā citā pētījumā, kas tika veikts ASV, tika secināts, ka traucēta ikdienas funkcionēšana “mazās depresijas” gadījumā ir līdzīga pacientiem ar depresiju, turklāt cilvēki ar “mazo depresiju” medicīnas aprūpes dienestus izmanto pat biežāk nekā cilvēki ar klīnisku depresiju (González-Tejera et al., 2005).

Pacientiem “mazā depresija” laika gaitā bieži vien kļūst smagāka, parādās jauni depresijas simptomi, kā rezultātā tā izvēršas klīniski nozīmīgas depresijas epizodē. Kādā no pārskata rakstiem par “mazo depresiju” tiek ziņots, ka vismaz divos pētījumos ir noteikts, ka “mazā depresija” laika gaitā pārtop par depresiju (F32, F33; SSK-10) (Beekman et al., 2002). Kādā no prospektīviem pētījumiem ir noskaidrots, ka 12,7% respondentu ar “mazo depresiju” gada laikā attīstījusies depresija (Broadhead et al., 1990). Citā 6 gadus ilgā novērošanas perioda pētījumā ir noskaidrots, ka 27% cilvēku “mazā depresija” ir pārtapusi izvērstā depresijā (Beekman et al., 2002). Turklāt gados vecākiem cilvēkiem ar mazo depresiju ir īsāka dzīvildze, salīdzinot ar cilvēkiem, kas no garastāvokļa traucējumiem necieš (Hermens et al., 2004).

Vienā no pētījumiem tika aprēķināts, ka cilvēkiem ar mazo depresiju ir 6,6 reizes augstākas izredžu attiecības izvērstai depresijai. Veicot visu faktoru vienlaicīgu samērošanu, izredžu attiecības depresijai joprojām bija augstas jeb 5,4 (Fogel et al., 2006).

1.6. Depresijas saistība ar sociāldemogrāfiskiem faktoriem

Sociāli ekonomiskiem faktoriem ir būtiska loma saslimstībā ar depresiju, kā arī no tiem ir atkarīga depresijas norise un prognoze ilgtermiņā (WHO, 2014.). Piemēram, zemiem ienākumiem pat attīstītās valstīs ir saistība ar lielāku psihisko saslimšanu izplatību, kā arī zems ienākumu līmenis ir riska faktors depresijai (Campion et al., 2013). Zīmīgi, ka sociāli ekonomiskā nevienlīdzība, kas saglabājas vairākās paaudzēs, laika gaitā tikai nostiprina saslimstību ar depresiju un tās pārmantojamību (Campion et al., 2013).

Smagi dzīves apstākļi bērnībā ieņem būtisku lomu psihisko traucējumu tai skaitā depresijas manifestācijā pieaugušo vecumā. Vecāku nespēja apmierināt bērna emocionālās vajadzības un radīt bērnam drošu vidi, pamestības sajūta, konflikti ģimenē rada nelabvēlīgu ietekmi turpmākai indivīda sociālai funkcionēšanai, izglītības iegūšanai, spējai piedalīties darba tirgū, kā arī dažādu psihisku traucējumu, it sevišķi, depresijas izcelsmē (Donkin et al., 2014). Bērni, kuri aug ģimenēs ar zemu sociāli ekonomisko stāvokli mazāk piedzīvo tos apstākļus, kas sekmē veselīgu attīstību.

Lai arī pirmo dzīves gadu pieredze ir ļoti nozīmīga indivīda funkcionēšanā turpmākajos gados, pusaudža gados ir nepieciešamas atbilstošas atbalsta formas. Izglītība sekmē emocionālo elastību, un tā ietekmē virkni vēlāku dzīves rezultātu, tādus kā nodarbinātību, ienākumu līmenis un kopienas līdzdalība un funkcionēšanas traucējumi šajās sfērās paaugstina risku psihiskiem traucējumiem, arī depresijai (WHO, 2014.).

Indijā, ASV, Lielbritānijā un Eiropā veiktajos pētījumos ir noskaidrots, ka sieviešu dzimumam, lielākam vecumam, zēmam izglītības un ienākumu līmenim ir saistība ar depresiju (De Oliveira et al., 2017; Lee et al., 2014; Niedhammer et al., 2016; Pabayo et al., 2016; Shidhaye et al., 2016).

Rietumeiropas valstu un ASV pētījumos ir noskaidrots, ka sievietes cieš no depresijas 2 reizes biežāk nekā vīrieši (Baxter et al., 2014; Whiteford et al., 2013). Paaugstinātais depresijas risks sievietēm varētu būt skaidrojams ar bioloģiskām atšķirībām, taču nevar būt izskaidrojams ar sievietes izglītību, kultūru, tautību, uzturu, nodarbinātību un citiem sociālajiem faktoriem. Līdz šim arī nav noskaidrots, vai ir vērojamas dzimuma atšķirības mazāk attīstītās valstīs, kur sievietēm, salīdzinot ar Rietumeiropas valstu sievietēm, ir zemāks sociālais stāvoklis (Rai et al., 2013). Depresija ir 2 reizes biežāk sastopama tieši jaunām sievietēm nekā vīriešiem (14–25 gadi), bet šī attiecība gadu laikā mazinās (Patten et al., 2006). Depresijas incidence sievietēm ir lielāka nekā vīriešiem sākot ar pubertātes periodu (Patten et al., 2006). Vecumā virs 65 gadiem saslimstība ar depresiju mazinās abiem dzimumiem un depresijas izplatībai abiem dzimumiem ir tendence izlīdzināties (Bebbington et al., 2003).

Veiktajos pētījumos par depresijas un ģimenes stāvokļa saistību it noskaidrots, ka laulībā esošiem cilvēkiem psihiskie traucējumi tiek novēroti retāk nekā cilvēkiem, kuri nav laulāto attiecībās. Piemēram, cilvēkiem, kuru laulība ir pārtraukta, tiek novērots sliktāks vispārējās veselības stāvoklis, salīdzinot ar cilvēkiem laulāto attiecībās (Kiecolt-Glaser and Newton, 2001; Robles and Kiecolt-Glaser, 2003). Šādu asociāciju ar depresiju varētu skaidrot divējādi: pirmkārt, cilvēki, kas cieš no depresijas, retāk veido attiecības un, otrkārt, laulības saišu pārtraukšana var sekmēt depresiju (Wade and Pevalin, 2004). Vairākos longitudinālos

pētījumos ir noskaidrots, ka laulības šķiršana vai dzīvošana atsevišķi ir būtisks riska faktors depresijas attīstībai (Richards et al., 1997; Rotermann, 2007). Lietderīgi atzīmēt, ka pētījumos ir atrasta depresijas asociācija ar tai sekojošu laulības šķiršanu. Kādā Kanādas populācijas pētījumā bija noskaidrots, vai depresija ietekmē laulības stāvokli un vai laulības stāvokļa izmaiņas ietekmē depresijas incidenci. Šajā pētījumā tika noteikts, ka depresija neietekmēja cilvēkus ar depresiju, kuri no neprecētā stāvokli mainīja uz civillaulību vai laulību vai no civillaulības pārgāja laulībā. Savukārt depresija sekmēja civillaulības vai laulības stāvokļa maiņu uz dzīvošanu atsevišķi vai laulības šķiršanu (Bulloch et al., 2009).

Depresijai tiek novērota arī cieša saistība ar nodarbinātības statusa zaudēšanu. Piemēram, ienākumu nestabilitāte un sezonas darbs nelabvēlīgi ietekmē psihisko veselību (Hammarström et al., 2011; Virtanen et al., 2011). Nodarbinātības stāvoklis ir viens no vadošajiem sociāli ekonomiskiem faktoriem, kam tiek novērota tieša saistība ar veselības stāvokļa iznākumu ilgtermiņā (Prus, 2011). Pagaidu nodarbinātībai ir nelabvēlīga ietekme uz psihisko veselību ne tikai nestabilitātes, bet arī darba zemās kvalifikācijas dēļ (Virtanen et al., 2005). Turklāt pagaidu darbs bieži vien ir ierindojams nevēlamo un zemu apmaksāto darbu kategorijā. Bezdarbam ir saistība ar depresiju, trauksmi un sliktāku veselības iznākumu kopumā (McKee-Ryan et al., 2005). Longitudinālos pētījumos ir noskaidrots, ka pāreja no nodarbinātības stāvokļa uz bezdarbnieka statusu ir saistīta ar būtisku psiholoģisku stresu, savukārt atgriešanās darba tirgū veicina psihiskās veselības stāvokļa uzlabošanos (Thomas et al., 2005). Ir veikti pētījumi, kuros ir noskaidrots, ka ilgstošs bezdarbs ir depresijas riska faktors (Hämäläinen et al., 2005). Lai gan pētījumos ir arī noteikts, ka ne tikai ilgstošs, bet arī īslaicīgs bezdarbs ir saistīts ar klīniski nozīmīgas depresijas attīstību (Brown et al., 2003).

Ilgstošs bezdarbs sekmē būtisku finansiālu slogu. Ir svarīgi atzīmēt, ka zems ekonomiskais stāvoklis ir būtisks faktors, kas veicina psihiskās veselības pasliktināšanos un depresīvu traucējumu rašanos (Thomas et al., 2007). Ir noskaidrots, ka tiem cilvēkiem, kam pēc darba zaudēšanas bijušas arī finansiālas grūtības, depresija attīstījusies biežāk nekā tiem cilvēkiem, kas zaudējot darbu ar finansiālām grūtībām nav saskārušies (Artazcoz et al., 2004). Bezdarbnieku atbalsta sistēmas dažādās valstīs būtiski atšķiras attiecībā gan uz atlīdzības lielumu, gan pabalstu ilgumu, gan arī bezdarbnieku statusā esošu personu atbalsta sistēmu kopumā. Tādējādi bezdarba aizsardzības sistēmas varētu būt viens no psihisko veselību ietekmējošiem faktoriem (McKee-Ryan et al., 2005).

Atšķirībā no nodarbinātības statusa un ienākumiem, izglītība ir stabila vērtība kopš agrīnā pieaugušo vecuma, un drīzāk tā sekmē labu psihisko veselību, nevis izriet no tās. Izglītība varētu būt cilvēka personības sastāvdaļa, un tā ietekmē citus sociāli ekonomiskos

faktorus. Turklāt izglītība ir cilvēkkapitāla avots, kas sekmē panākumu gūšanu un palīdz īstenot pamatmērķus, tai skaitā arī sekmējot emocionālo labsajūtu. Literatūrā šobrīd ir atrodamī pretrunīgi dati attiecībā par izglītības līmeni kā depresijas riska faktoru. Turklāt vairumam pētījumu ir šķērsriezuma dizains, kas ir ierobežojošs faktors depresijas svārstību pētniecībai laika gaitā. Kādā pētījumā tika noskaidrots, ka depresijas smaguma atšķirības augstākas un zemākas izglītības grupā pieaug laika gaitā. Atšķirībā no metaanalīzes (Lorant et al., 2003), sistemātiskā literatūras pārskatā tika atrasta atšķirīga izglītības līmeņa saistība ar depresiju un trauksmi (Fryers et al., 2003). Pētījumā, kur mērķis bija noskaidrot, vai augstāka izglītība ir pasargājošais faktors pret depresiju, vai izglītībai ir saistība ar depresijas dinamiku laika gaitā, vai izglītības līmeņa un depresijas saistību ietekmē citi faktori. Tika noteikts, ka zemas izglītības līmenis ir ticami saistīts ar klīniski nozīmīgu depresiju, kā arī augstākai izglītībai bija pasargājoša loma pret depresiju laika gaitā (Bjelland et al., 2008). Metaanalīzē, kurā tika iekļauti 37 pētījumu publikācijas galvenokārt no Rietumeiropas valstīm tika noskaidrots, ka izredžu attiecības depresijai pazeminājās ik par 3% par katru papildu izglītības gadu. Pasaules psihiskās veselības pētījumā (*World Mental Health Survey Initiative*) tika noteikts, ka augstu ienākumu valstīs augstāks izglītības līmenis pazemina risku depresijai, lai gan pētījumā Japānā šāda saistība netika novērota (Bromet et al., 2011). Citā pētījumā, kurš tika veikts 10 valstīs (Kanāda, ASV, Brazīlija, Čīle, Meksika, Čehija, Vācija, Nīderlande, Turcija, Japāna), netika atrasta depresijas saistība ar izglītību (Andrade et al., 2003). Vēlākajos gados veiktajā pētījumā Nīderlandē, šī atradne tika apstiprināta (de Graaf et al., 2012).

1.7. Depresijas mērinstrumenti

1.7.1. Depresijas skrīninga mērinstrumenti

Mūsdienās ir pieejami daudzi klīniskā darbā izmantojami depresijas mērinstrumenti un vairums no tiem ir veidoti atbilstoši gan DSM, gan SSK-10 klasifikatoru depresijas diagnostiskiem kritērijiem.

Hamiltona depresijas novērtēšanas skala (*Hamilton Depression Rating Scale* jeb HADS) (Hamilton, 1960). Šī ir viena no visplašāk lietotām depresijas novērtēšanas skalām, lai gan tā pārsvarā tiek izmantota medikamentozās ārstēšanas pētījumos terapijas efektivitātes izvērtēšanai (Engelhardt et al., 2006). HADS veido 17 jautājumi un katram no tiem ir vērtējums no 0 līdz 4. Skalā ir ietverti arī somatisko simptomu novērtējuma jautājumi, kā arī jautājumi par trauksmi un veģetatīvās nervu sistēmas darbības traucējumiem. Skalas kopējā punktu summa var variēt no 0 līdz 54; vidēji smaga līdz smaga depresija tiek noteikta, ja kopējā punktu

summa ir > 17 . Piecdesmit gadu laikā kopš skalas izveidošanas, no tās tika atvasinātas 11 citas depresijas novērtēšanas skalas. Lai gan šī skala plaši aptver depresijas simptomus, tai tiek novēroti trūkumi, novērtējot pacientus ar somatisko slimību komorbiditāti un gados vecākus pacientus. Aptauju ar šo skalu un izvērtēšanu var veikt apmācīts intervētājs. Turklāt, neskatoties uz to, ka šī skala bieži vien tiek dēvēta par “zelta standartu”, tās izmantošanu ierobežo visai sarežģītais iegūto punktu summas izvērtējums, kā arī tās validitātes parametru vājums, piemēram, 8 no 12 pētījumiem skalas iekšējās ticamības rādītājs jeb *Cronbach's alfa* bija mazāks par 0,76 (Bagby et al., 2004).

Beka depresijas skala (*Beck Depression Inventory* jeb BDI-I). Pašnovērtēšanas depresijas skala, veidota no 21 apgalvojuma, mēra depresijai raksturīgos domāšanas traucējumus pēc satura, kā arī kognitīvās izmaiņas (Beck et al., 1961). Jāatzīmē, ka skalas parametriskie lielumi pacientiem ar somatiskām slimībām un gados veciem cilvēkiem nav plaši pētīti. BDI-II (*Beck Depression Inventory – II* jeb BDI-II), kura tika publicēta 1996. gadā, ir uzlabota BDI-I skalas versija, atbilstoši DSM-IV klasifikatora kritērijiem (Beck et al., 1996). BDI-II skalā netiek iekļauti jautājumi, piemēram, par ķermeņa shēmas uztveres traucējumiem vai hipohondriju (pacients pārspīlē esošās slimības vai parādās pārliecības par jaunām saslimšanām). BDI-I bija validēta ambulatoro pacientu populācijā ar depresīviem un citiem psihiskiem traucējumiem, kā arī studentu populācijā. BDI-II bija validēta studentu, ambulatoro pieaugušo pacientu un pusaudžu populācijā (Beck et al., 1996).

Cunga depresijas skala (*Zung Depression Rating Scale*). Tā ir pašnovērtējuma skala, kura ir veidota no 20 apgalvojumiem. Šī skala, salīdzinot ar BDI-II nav tik plaši izmantota pētniecībā, tomēr tā ir izmantota farmakoloģiskos pētījumos. Skala tika izveidota 1965. gadā, un tajā tiek atspoguļots visai sens depresijas koncepts, kas dominēja 60. gados (Zung, 1965), kā arī šī skala nav pietiekami jūtīga gados vecāku cilvēku populācijā, pacientiem ar somatiskām slimībām un visai vāji atklāj atipiskas (piemēram, maskētas depresijas) epizodes. Būtiski pieminēt, ka šī skala nav atjaunota kopš tās izveidošanas laika, līdz ar to tās piemērojamība depresijas noteikšanai mūsdienās atbilstoši DSM-5 vai SSK-10 ir apšaubāma.

Montomerija Asberga depresijas skala (*Montgomery Asberg Depression Rating Scale* jeb MADRS) (Montgomery and Asberg, 1979). Šis depresijas mērinstruments uzrāda augstu jutību attiecībā uz depresijas simptomu dinamiku, lietojot medikamentus. Šo skalu izmanto intervētājs. Tajā ir iekļauti 10 jautājumi, un gandrīz nemaz nav iekļauti jautājumi par somatiskiem depresijas simptomiem. Visai būtisks šīs skalas trūkums ir tās orientācija uz simptomiem, kurus ietekmē medikamentozā ārstēšana, nevis depresijas diagnostiku kopumā. Kā vēl viens skalas būtisks trūkums ir tās piemērotība tieši gados jauniem un somatiski veselīgiem

pacientiem, neiekļaujot citas pacientu populācijas. Līdz ar to šīs skalas izmantošana gados vecāku cilvēku un cilvēku ar somatiskām slimībām depresijas simptomu noteikšanai un izvērtēšanai var sekmēt kļūdainas interpretācijas.

Geriatriskā depresijas skala (*Geriatric Depression Scale*). Šī skala ir izveidota depresijas noteikšanai gerontoloģijas pacientu populācijā (Yesavage et al., 1982). Šī ir pašnovērtējuma skala, lai gan dažkārt skalas aizpildīšanai ir nepieciešama intervētāja palīdzība. Šai skalai ir 30 un 15 apgalvojumu veidi, un tās ietvaros uzsvars tiek likts pārsvarā uz psiholoģiskiem simptomiem, izvairoties no jautājumiem par depresijas somatiskiem simptomiem.

Epidemioloģisko pētījumu depresijas skala (*Center for Epidemiological Studies – Depression Scale* jeb CES-D) (Radloff, 1977). Tā ir depresijas skrīninga skala un tā mēra simptomus atbilstoši DSM-IV klasifikatoram. Ir atjaunotā skalas versija pielāgota jaunajam klasifikatoram – DSM-V. Skala ir veidota no 20 apgalvojumiem par pašsajūtu pēdējās vienas nedēļas laikā ar iespējamām 4 atbilžu variantiem. Jāatzīmē, ka CES-D ir viens no visbiežāk izmantotajiem depresijas skrīninga instrumentiem pētniecībā.

Depresijas un trauksmes simptomu aptauja (*Inventory of Depression and Anxiety Symptoms* jeb IDAS) ir veidota no 99 jautājumiem, un tā mēra ne tikai depresijas simptomus, bet arī trauksmes simptomus. IDAS aptaujā tiek ietvertas 10 specifisku simptomu skalas: pašnāvības domas un uzvedība, enerģijas zudums, miega traucējumi, ēstgribas izmaiņas, pazemināts garastāvoklis, labklājība, panika, sociālā trauksme, uzmācīgas domas. Tā sastāv arī no 2 plašākām skalām: Depresijas apakšskalas (daži jautājumi pārklājas ar iepriekšējiem) un disforijas apakšskalas (Watson et al., 2007). Skalas parametriskie rādītāji tika novērtēti 3 populācijās – studentu, pacientu un vispārējā populācijā.

PVO labklājības skala-5 (*WHO Well-Being Index* jeb WHO-5). Tā ir viena no visbiežāk izmantotām skalām subjektīvas psiholoģiskas pašsajūtas novērtēšanai un ir tulkota vairāk kā 30 valodās. Tās sākotnējās versijas tika atvasinātas no Cunga depresijas skalas. Pirmo reizi šī skala tika prezentēta PVO ietvaros veiktajā primārās aprūpes pacientu labklājības noteikšanas pētījumā. Šī skala visai plaši tiek izmantota farmaceitiskos pētījumos, kuros tiek novērtēta medikamentu efektivitāte. Šī skala ir izmantota arī pacientu populācijā ar hroniskām somatiskām slimībām (Topp et al., 2015).

Pacientu veselības aptauja-9 (*Patient Health Questionnaire-9* jeb PHQ-9). Sākotnēji PHQ-9 autortiesības ir piederējušas Pfizer, taču šobrīd šīs skalas izmantošanai, pavairošanai, tulkošanai, izplatīšanai nav nepieciešama atļauja. Šis depresijas pašnovērtējuma instruments ir veidots no 9 apgalvojumiem, kuri ir balstīti uz DSM-IV depresijas diagnostiskiem kritērijiem.

Respondentam ir jānovērtē sava pašsajūta pēdējo 2 nedēļu laikā, atzīmējot 0 (respondents pēdējo 2 nedēļu laikā ar problēmu nav saskāries nemaz), 1 (respondentu problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi dažas dienas), 2 (respondentu problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi kopumā vairāk par nedēļu) vai 3 (respondentu problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi gandrīz katru dienu). PHQ-9 bija validēts primārā aprūpē pret HADS depresijas ārstēšanas uzsākšanas brīdī un ārstēšanas noslēgumā. Abas depresijas skalas parādīja augstu skalas iekšējo ticamību (PHQ-9 alfa = 0,83 un 0,92; HADS alfa = 0,84 un 0,89) (Cameron et al., 2008). PHQ-9 skala mēra depresijas smagumu, kā arī var tik pielietota depresijas ārstēšanas efektivitātes izvērtēšanai, turklāt šis depresijas mērinstruments var tikt izmantots depresijas noteikšanai riska grupās, piemēram, pacientiem ar kardioloģiskām slimībām, kā arī slimniekiem pēc insulta (de Man-van Ginkel et al., 2012; Haddad et al., 2013). Pētījumos tika noteikts, ka šai skalai ir laba jutība un specifiskums (Gilbody et al., 2007; Spitzer, 1999). Tā, piemēram, metaanalīzē, kuras ievāros tika analizēti 14 PHQ-9 validācijas pētījumi (kopumā 5026 respondenti), skalas jutība veidoja 0,80 un specifiskums 0,92 (Gilbody et al., 2007). Citos pētījumos ir arī tā ir pārāka, salīdzinot to ar citām skalām depresijas (piemēram, HADS un WHO-5 jeb PVO labklājības indekss) (Löwe et al., 2004a; Löwe et al., 2004b). PHQ-9 tika pielietota, veicot pētījumos gan vispārējās, gan specializētās veselības aprūpes iestādēs, kā arī vispārējās populācijas epidemioloģiskos pētījumos (Gilbody et al., 2007; Kocalevent et al., 2013; Kroenke et al., 2010). Tika noskaidrots, ka PHQ-9 uzrāda labus parametrus gan klīniskos, gan arī epidemioloģiskos pētījumos (Martin et al., 2006; Rief et al., 2004). Depresija tiek noteikta, ja PHQ-9 kopējā punktu summa ≥ 10 , kā tas tiek rekomendēts (Kroenke et al., 2001). Punktu summa 10–27 ataino vidējas līdz smagas depresijas smaguma pakāpi. Metaanalīzēs punktu summa ≥ 10 tika noteikta kā optimālā ar jutību 80–90% (Kroenke et al., 2010). Lietderīgi atzīmēt, ka primārās aprūpes pacientu populācijā pirms PHQ-9 ieviešanas visbiežāk tiek izmantotas BDI, CES-D, ID, SDS depresijas skalas. Šajās skalās ir līdzīgs apgalvojumu skaits un atbilžu noformējums (Williams Jr et al., 2002).

1.7.2. Psihisko traucējumu, tai skaitā depresijas diagnostiskie instrumenti

Salikta internacionāla diagnostiska intervija (*Composite International Diagnostic Interview* jeb CIDI). Tā ir standartizēta strukturēta intervija psihisko traucējumu diagnosticēšanai pēc DSM-IV, ko veic apmācīti intervētāji. Šo instrumentu izveidoja PVO psihisko traucējumu izplatības noskaidrošanai dažādās valstīs (Kessler et al., 2004). Daudzos pētījumos tika noteikta CIDI validitāte pret klīniskā intervētāja noteikto diagnozi (Kessler and

Ustün, 2004). CIDI ir plaši izmantota gan vispārējās populācijas pētījumos, gan arī veselības aprūpes dienestos. Neskatoties uz plašo pielietojuma pieredzi, tai ir vairāki metodoloģiski ierobežojumi, tai skaitā vairāku jautājumu un instrukciju formulējumu sarežģītība, kas ir ierobežojošs faktors tās pielietošanai dažādās kultūrās (Kessler and Ustün, 2004). Šo iemeslu dēļ tika veiktas vairākas CIDI redakcionālas izmaiņas, padarot to atbilstošu gan DSM-IV, gan SSK-10 klasifikatoram (Kessler and Ustün, 2004). Lietderīgi atzīmēt, ka CIDI ir pilnībā strukturēta intervija. Kopumā CIDI veido 41 sadaļa; pirmā sadaļa ir veltīta instruktāžai un psihisko traucējumu izplatības jebkurā dzīves punktā noteikšanai. CIDI ir iekļautas 22 diagnostiskas sekcijas: garastāvokļa traucējumi (2 sadaļas), trauksmes (7 sadaļas), psihoaktīvu vielu atkarība/pārmērīga lietošana (2 sadaļas), psihiskie un uzvedības traucējumi bērniem un pusaudžiem (4 sadaļas) un citi psihiski traucējumi (7 sadaļas). Četrās papildu sadaļās tiek vērtētas cilvēka ikdienas funkcijas un somatisku slimību komorbiditāte. Sociāli demogrāfiskie faktori tiek noteikti 4 sadaļās, pēdējās 2 sadaļas ir veltītas CIDI metodoloģijai. Intervija ar CIDI aizņem vidēji 2 stundas, lai gan intervija laiks var mainīties atkarībā no tā, vai kādā no diagnostiskām sadaļām ir pozitīvas atbildes (Kessler and Ustün, 2004).

Strukturēta klīniska intervija (*Structured Clinical Interview* jeb SCID). Tā ir daļēji strukturēta intervija un veidota, vadoties pēc DSM (arī DSM-IV) diagnostiskiem kritērijiem. Šī intervija ir piemērota un izmantota ne tikai psihisko traucējumu epidemioloģiskajos pētījumos, bet arī klīniskā darbā. Tā ir veidota no divām atsevišķām sadaļām – SCID-I (DSM-IV psihiskie un uzvedības traucējumi, izņemot personības traucējumus un intelektuālo aizturi), SCID-II (personības traucējumi). Intervijas laiks ar SCID-I ir 1 līdz 2 stundas, bet ar SCID-II – līdz 1 stundai. Šo instrumentu var pielietot klīnicisti, kā arī psihiskās veselības profesionāļi (piemēram, psihologi). Lai gan šo interviju var veikt apmācīti zinātniskie asistenti, un intervēšanai nav nepieciešams ārsta vai zinātniskais grāds. Diagnostiskā instrumenta validitāte parasti tiek noteikta, salīdzinot diagnozes, kuras noteiktas, izmantojot konkrēto mērinstrumentu pret kādu “zelta standartu”. Šobrīd literatūrā valda neskaidrība attiecībā uz to, kas varētu būt šis “zelta standarts”. Klīnisko diagnožu izmantošana “zelta standarta” lomā ir problemātiska, jo strukturētas intervijas ir izveidotas, lai novērstu nestrukturētu klīnisko interviju trūkumus. Neskatoties uz šiem ierobežojumiem, visai nozīmīgā pētījumu daudzumā SCID intervija tika izmantota kā zelta standarts (Shear et al., 2000). SCID nav tulkota latviešu valodā.

Īsa internacionāla neiropsihiatriska intervija 6.0.0. (*Mini International Neuropsychiatric Interview* jeb M.I.N.I.). Šī ir diagnostiska intervija, ko veidojuši ASV un Eiropas psihiatri un citi klīnicisti. Intervijas ietvaros tiek diagnosticēti psihiski traucējumi atbilstoši SSK-10 un DSM-IV diagnostiskiem kritērijiem. Atšķirībā no citām strukturētām

diagnostiskām intervijām, kuras var aizņemt 3 stundas, intervija ar M.I.N.I. aizņem aptuveni 15 min. (ja pacientam tiek konstatēti traucējumi kādā no moduļiem, šī intervija ir ilgāka). Interviju ar M.I.N.I. veic apmācīts intervētājs ar klīniskām zināšanām psihiatrijā. M.I.N.I. 6.0.0 versija ir veidota no 17 psihisku traucējumu diagnostiskiem moduļiem. Katrā diagnostiskā modulī uz ietvertajiem jautājumiem ir jāatbild ar “Jā” vai “Nē”. Ar šīs intervijas palīdzību ir iespējams diagnosticēt:

1. Depresijas epizodi ar vai bez psihotiskiem simptomiem (šobrīd, pagātnē), atkārtotu (rekurentu) depresiju.
2. Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanu un pašnāvniecisku uzvedību.
3. Mānijas un hipomānijas epizodes.
4. Panikas traucējumus.
5. Agorafobiju.
6. Sociālo fobiju.
7. Obsesīvi kompulsīvus traucējumus.
8. Posttraumatiska stresa sindromu.
9. Alkohola atkarību / pārmērīgu, kaitējošu alkohola lietošanu.
10. Atkarību no psihoaktīvām vielām / ļaunprātīgu psihoaktīvu vielu lietošanu.
11. Psihotiskus traucējumus un garastāvokļa traucējumus ar psihotiekiem simptomiem.
12. Neirotisko anoreksiju.
13. Neirotisko bulīmiju.
14. Ģeneralizētu trauksmi.
15. Traucējumu cēlonis ir/nav medikamenti, psihoaktīvas vielas vai organisks CNS bojājums.
16. Antisociālus personības traucējumus.
17. Bipolārus afektīvus traucējumus.

M.I.N.I. noslēgumā tiek piedāvāts garastāvokļa traucējumu diagnostiskais algoritms, kurā padziļināti tiek analizētas A (depresijas epizode), C (hipomānijas epizode) un K (psihotiski traucējumi) sadaļas. Šīs sadaļas ietvaros ir iespējams diagnosticēt rekurentus depresīvus (F33, SSK-10) traucējumus un bipolārus afektīvus traucējumus (F31, SSK-10). M.I.N.I. ir noteikta laba asociācija ar SCID un CIDI. Kappa vērtības vairumam diagnožu ar SCID bija 0,70 vai vairāk. Tādas diagnozes kā mānija, agorafobija, obsesīvi kompulsīvi traucējumi, alkohola atkarība un psihoaktīvu vielu atkarībai kapa vērtības bija no 0,60 līdz 0,70. Sociālai fobijai un psihotiskiem traucējumiem pašreiz kapa vērtības bija 0,50 un 0,60. Kapa vērtības pret CIDI bija 0,70 vai gandrīz visām diagnostiskām grupām. Mānijas epizode, panikas traucējumi,

psihotiskās epizodes kappa vērtības bija no 0,60 līdz 0,70; agorafobijai, sociālai fobijai un bulīmijai tās bija no 0,50 līdz 0,60.

Bieži vien klīniskajā darbā netiek izmantotas diagnostiskās intervijas to laika ietilpības dēļ. Vidēji pirmā psihiatriskā novērtēšana klīnicistam aizņem 1 stundu. Vienā no pētījumiem kādā no sociālajām institūcijām pirmā intervija aizņēma 45 minūtes. Diagnostiska intervija ar M.I.N.I. un rezultātu interpretācija aizņem vidēji 16,4 min., līdz ar to tiek rekomendēts to pielietot gan ikdienas klīniskā praksē. M.I.N.I. validācijas pētījumos vidējais intervijas laiks bija 18 min.

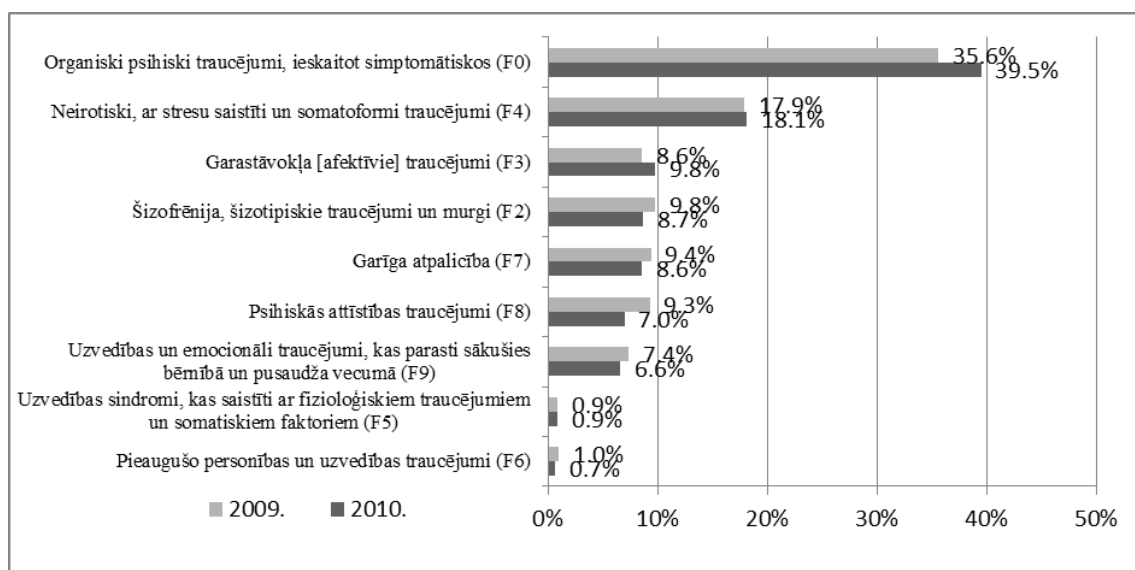
Pacientu viedoklis par diagnostiskas intervijas jautājumu sapratni ir būtisks. Pētījumā, kurā tika iekļauti 111 ambulatori pacienti, puda pozitīvu viedokli par M.I.N.I. Vairums pacientu uzskatīja, ka M.I.N.I. aptver visus simptomus un tajā pašā laikā tā nav pārāk gara. Pacienti bija arī apmierināti ar intervijas veidu un formu un atzīmēja, ka intervētāja uzdotie specifiskie jautājumi palīdzēja labāk atcerēties dažus savus simptomus (Pinninti et al., 2003). M.I.N.I. ir tulkota vismaz 24 valodās, ko ir veicis Mapi zinātniskais institūts (*Mapi Research Institute*), kas ir viens no lielākajiem zinātniskajiem centriem, un īsteno arī dažādu diagnostisku skalu valodniecisku validāciju (Mapi, 2018). Mapi zinātniskais institūts ir izstrādājis M.I.N.I. valodniecisko adaptāciju latviešu un krievu valodā un ir atbildīgs par šīs intervijas tulkojuma atbilstību.

1.8. Depresijas izplatība veselības aprūpes dienestos Latvijā un pašu ziņotās depresijas izplatība populācijā

Laika posmā no 2008. līdz 2010. gadam ir atrodami VEC (Veselības ekonomikas centra), VNC (Veselības norēķinu centra) Vadības informācijas sistēmas dati par pacientiem ar garastāvokļa traucējumiem, kā arī ir veikta ģimenes ārstu aptauja un apkopoti dati no 2010. gadā veiktā Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma, kurā piedalījās Latvijas iedzīvotāji 15–64 gadu vecuma grupā.

VEC dati liecina, ka laika posmā no 2008. līdz 2010. gadam ir pieaudzis pirmo reizi Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu skaits ar garastāvokļa (afektīviem) traucējumiem (SSK-10; F3) (no 20,1 pacienta uz 100 000 iedzīvotājiem 2009. gadā līdz 27,2 pacientiem 2010. gadā) un neirotiskiem, ar stresu saistītiem somatoformiem traucējumiem (SSK-10; F4) (no 41,8 pacientiem uz 100 000 iedzīvotājiem 2009. gadā līdz 50,2 pacientiem 2010. gadā). Otrais lielākais pirmreizējo pacientu īpatsvars 2009. un 2010. gadā novērojams neirotisko, ar stresu saistīto somatoformo traucējumu diagnožu grupā, kas 2010. gadā veidoja 18,1% no visiem Reģistrā uzņemtiem pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, bet no sestās uz trešo

vieta bija pakāpušies garastāvokļa (afektīvie) traucējumi, kas 2010. gadā sastādīja 9,8% no visiem Reģistrā uzņemtajiem pacientiem jeb par 1,2% vairāk, salīdzinot ar 2009. gadu (skat. 1.1. att.).



1.1. att. Pirmo reizi Reģistrā uzskaitē uzņemto pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem procentuālais sadalījums diagnožu grupās Latvijā 2009. un 2010. gadā

Avots: Garīgā veselība Latvijā 2010. gadā. Tematiskais ziņojums.

Veselības ekonomikas centrs, 2011

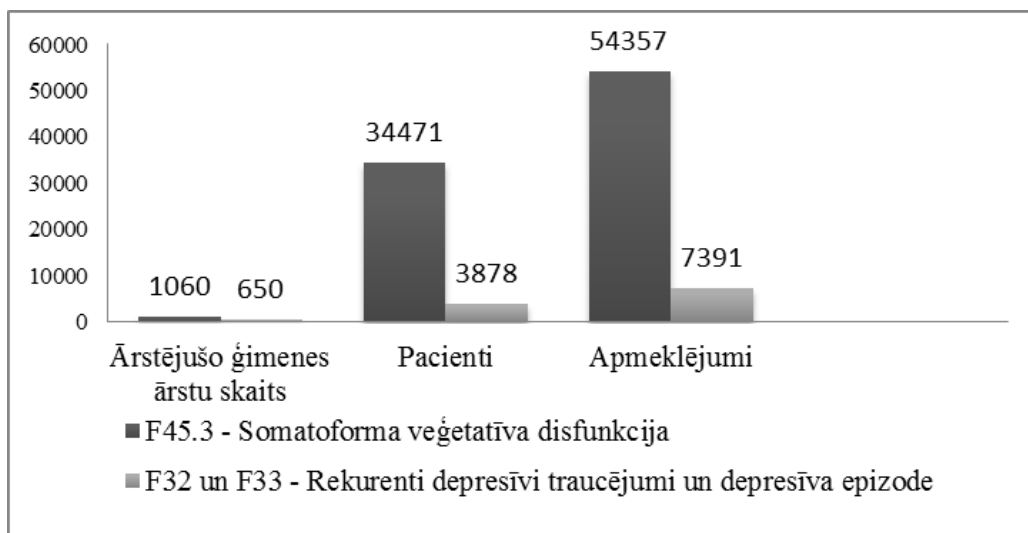
Lai gan Reģistrā uzņemto pacientu ar garastāvokļa traucējumiem īpatsvars gada laikā ir pieaudzis, ir vērojams, ka, salīdzinot ar neirotisko traucējumu īpatsvaru, tas ir krietni zemāks.

Pēc VEC datiem 2010. gadā 53,3% unikālo pacientu ar garastāvokļa traucējumiem (F3; SSK-10) un 5,7% unikālo pacientu ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem (F4; SSK-10), ir saņēmuši palīdzību pie ambulatorā psihiatra (Pulmanis et al., 2011).

Laika posmā no 2007. gada aprīļa līdz 2008. gada jūnijam tika veikts pētījums, kura mērķis bija noskaidrot, kāds ir pacientu ar psihiskiem traucējumiem īpatsvars ĢĀ praksē, to diagnostikas grūtības un ārstēšanās metodes. Kopumā tika aptaujāti 172 ĢĀ. Aptaujātie ĢĀ atzinuši, ka ar primāro psihisko traucējumu diagnozi mēneša laikā pirmreizēji un atkārtoti tiek aprūpēti vidēji 36,7 pacienti. Aptaujātie ĢĀ visbiežāk aprūpējuši pacientus ar dažādiem trauksmes veidiem, vidēji 10,3 pacientus mēnesī, bet ar depresiju – 7,7 pacientus mēnesī. 37% aptaujāto ĢĀ atzīmēja, ka nosūta depresijas pacientus pie psihiatra un psihoterapeita, 29% ārstu atzina, ka paši nozīmētu terapiju. Pēc ārstu domām biežākie faktori, kas apgrūtināja depresiju un neurožu diagnostiku, bija nepietiekams laiks sarunai ar pacientu, pacientu nevēlēšanās runāt par saviem traucējumiem, kā arī uzskats, ka ar šo traucējumu ārstēšanu ir jānodarbojas

psihiatram. Pētījumā tika arī secināts, ka primārās aprūpes līmenī benzodiazepīnu nozīmēšana kā pirmās izvēles medikamenti, ārstējot depresiju, ir nepieļaujami augsta (Tērauds, 2008).

Latvijā tika veikts pētījums par neirožu un depresijas pacientu aprūpi ģimenes ārstu praksēs, kura mērķis bija noskaidrot un izpētīt pacientu apmeklējumu struktūru ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem pie ģimenes ārstiem 2009. gadā. Dati iegūti no VNC Vadības informācijas sistēmas, atlasot datus par unikālajiem pacientiem un šo pacientu veikto apmeklējumu skaitu pie ģimenes (vispārējās prakses) ārstiem ar F00–F99 (psihiski un uzvedības traucējumi) diagnozēm. Diagnožu grupā F00–F99 (psihiski un uzvedības traucējumi) vislielākais apmeklējumu īpatsvars pie ģimenes ārstiem 2009. gadā reģistrēts ar F40–F48 (neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi, SSK-10) grupas pamatdiagnozēm (85001 apmeklējumi jeb 71% no visiem apmeklējumiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem) un F30–F39 (garastāvokļa [afektīvie] traucējumi, SSK-10) grupas pamatdiagnozēm (9018 apmeklējumi jeb 7,5% no visiem apmeklējumiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem). F40–F48 grupā izplatītākā pamatdiagnoze bija F45.3 – somatoforma veģetatīva disfunkcija (SSK-10) (54357 apmeklējumi jeb 78% no visiem apmeklējumiem ar neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem), un šos apmeklējumus pieņēmuši 1060 ģimenes ārsti. Viens unikālais pacients ar pamatdiagnozi somatoforma veģetatīva disfunkcija ģimenes ārstu apmeklējis vidēji 1,5 reizes gadā. F30–F39 grupā izplatītākās pamatdiagnozes bija F32 (depresīva epizode, SSK-10) un F33 (rekurenti depresīvi traucējumi, SSK-10) pamatdiagnozes, kas kopā veidoja 7391 apmeklējumu jeb 82% no visiem apmeklējumiem ar garastāvokļa (afektīvajiem) traucējumiem, un šos apmeklējumus pieņēmuši 650 ģimenes ārsti. Viens unikālais pacients ar pamatdiagnozi depresīva epizode vai rekurenti depresīvi traucējumi, pašreiz viegla epizode ģimenes ārstu apmeklējis vidēji 1,9 reizes gadā (skat. 1.2. att.).



1.2. att. **Pacientu ar diagnozēm F45.3 un F32/F33 un apmeklējumu skaita un ārstējošo ārstu sadalījums (absolūtos skaitļos) ģimenes ārstu praksēs Latvijā 2009. gadā**
Avots: Veselības norēķinu centrs, 2010

Analizētie dati liecina, ka gandrīz katrs otrais (45,4%) apmeklējums pie ģimenes ārsta ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem bijis saistīts ar somatoformo, veģetatīvo disfunkciju (F45, SSK-10), bet katrs piecpadsmitais (6,2%) ar kādu no izplatītākajiem depresīvajiem traucējumiem (F3, SSK-10). Veiktajā pētījumā bija secināts, ka, iespējams, ģimenes ārsti ir nepietiekami precīzi noteikuši diagnozi vai nepareizi izvēlējušies ārstēšanas taktiku, kā arī, iespējams, atšķiras ārstēto pacientu skaits un metodes dažādās ģimenes ārstu praksēs (Taube et al., 2011).

Latvijā 2010. gadā veiktajā populācijas pētījumā par iedzīvotāju veselību ietekmējošiem paradumiem 15–64 gadu vecuma grupā, ir ziņots, ka sūdzības par depresiju pēdējā mēneša laikā bijušas 7,6% aptaujāto iedzīvotāju un ir raksturīgākas sievietēm, kur šādas sūdzības atzīmējušas 8,9% aptaujāto sieviešu un 6,3% vīriešu, savukārt pēdējā gada laikā depresiju izjutuši 27,4% respondentu. Vecuma grupas, kurās ir lielāks respondentu īpatsvars ar sūdzībām, ir sievietes 45–54 gadu vecumā un vīrieši 35–44 gadu vecumā. Līdzīgās vecuma grupās novērojami arī augstākie pašnāvību rādītāji, un zināms, ka pašnāvības visbiežāk saistītas ar depresiju. Respondentu atbildes uz jautājumu par ārstētu vai diagnosticētu depresiju pēdējo 12 mēnešu laikā ļauj spriest par to iedzīvotāju īpatsvaru, kuriem ir ne tikai sūdzības par depresiju, bet kuriem depresija pēdējā gada laikā arī diagnosticēta un, iespējams, arī ārstēta. Respondentu atbildes liecina, ka depresija pēdējo 12 mēnešu laikā diagnosticēta un ārstēta 2,4% iedzīvotāju – 2,9% sieviešu un 2,0% vīriešu. (Pulmanis et al., 2011). Pamatojoties uz šo pētījumu, tika noskaidrots, ka respondentiem, kam pēdējā gada laikā bijusi depresija (tai skaitā pašu ziņota), tika novērota 3,2 reizes lielāka iespējamība vairāk kā 31 dienu ilgai darba nespējai, salīdzinot ar respondentiem, kas nebija saskārušies ar depresiju pēdējā gada laikā (Kļaviņa, 2011).

2. PĒTĪJUMA MATERIĀLS UN METODES

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

Pirmajā pētījuma posmā 2011. gadā 15–64 gadus vecu 4493 Latvijas iedzīvotāju šķērsriezuma pētījumā “Latvijas iedzīvotāju aptauja par atkarību izraisošo vielu lietošanu” tika noskaidrota depresijas pēdējo divu 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, kurā validēts depresijas skrīnginstrumenta PHQ-9 un noteikta depresijas izplatība pacientu kopā primārajā aprūpē.

2.1. Depresijas punkta prevalences noteikšana

Depresijas pēdējo divu 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 atlasei 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 sociāldemogrāfiskie dati, 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 izpildīšanai respondentiem. Lai būtu iespējams izvērtēt izlases reprezentativitāti, pētījumā tika iekļauta neliela aptauja nerespondentiem, 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 četrās kategorijās: 15–24, 25–34, 35–44, 45–54 gadi.

Respondentu ģimenes stāvoklis tika noteikt septiņās kategorijās: *precējies (un dzīvo kopā ar dzīvesbiedru), atraitnis vai atraitne, precējies, bet dzīvo šķirti, šķīries, neprecējies, bet dzīvo kopā ar partneri (civillaulība), neprecējies (nekad nav bijis precējies), cits variants*. Izveidotās septiņas atbilžu kategorijas tika pārkodētas trīs kategorijās: *precējies/dzīvo kopā ar partneri, šķīries/precējies, bet dzīvo atsevišķi/atraitnis/-e, neprecējies/-usies*.

Respondentu apdzīvotās vietas tips tika noteikts četrās kategorijās: *Rīga, lielās pilsētas (Daugavpils, Liepāja, Jelgava, Ventspils, Jūrmala, Rēzekne, Valmiera, Jēkabpils), citas pilsētas un neliels ciemats, ciems, lauki*. Atbildes tika pārkodētas trīs kategorijās: *Rīga, citas pilsētas, lauki*.

Respondentu izglītība tika noskaidrota, klasificējot sniegtās atbildes septiņās kategorijās: *nepabeigta pamatzglītība, pamatzglītība, nepabeigtā vidējā izglītība (tai skaitā arodizglītība bez vidējās), vispārējā vidējā, profesionālā izglītība ar vidējo, nepabeigta augstākā (vismaz divi gadi), augstākā (bakalaura, maģistra vai doktora grāds)*. Promocijas darba ietvaros atbildes tika pārkodētas trīs kategorijās: *augstāka par vidējo, vidējā, zemāka par vidējo*.

Respondentu nodarbinātības stāvoklis tika noteikts, uzdodot jautājumu: “*Kāda ir Jūsu nodarbošanās? Vai Jūs pašlaik... (Atzīmējiet vienu atbildi atbilstoši galvenajam iztikas avotam)*”). Aptaujā atbildes tika klasificētas 12 kategorijās: *strādājat algotu darbu (pilna vai nepilna slodze), esat uzņēmējs vai pašnodarbinātais, strādājat un mācāties klātienē, palīdzat citiem ģimenē (fīrmā, uzņēmumā), esat bezdarbnieks (saņemat bezdarbnieka pabalstu), esat ilgstošais bezdarbnieks (bezdarbnieka pabalstu nesaņemat), nestrādājat, nemācāties un darbu nemeklējat, esat students vai skolēns, esat pensijā, esat māsasaimniece/māsasaimnieks (veicat mājasdarbus), pastāvīgi darba nespējīgs/invalids (saņemat invaliditātes pabalstu), cita nodarbināto grupa (kas tieši?)*. Atbildes tika pārkodētas trīs kategorijās: *nodarbināts/-a, bezdarbnieks/-ce, ekonomiski neaktīvs/-a*.

Respondentu tautība tika noteikta, klasificējot atbildes trīs kategorijās: *latvietis, krievs, cita*. Promocijas darbā respondentu tautība tika pārkodēta divās kategorijās: *latvietis, cita*.

Veselības stāvokļa pašvērtējums tiks mērīts, uzdodot jautājumu: “*Kā Jūs kopumā vērtējat savu veselības stāvokli pēdējo 12 mēnešu laikā? Vai tas bijis...*” Atbildes tika klasificētas piecās kategorijās: *ļoti slikts, slikts, viduvējs, drīzāk labs, ļoti labs*. Atbilžu varianti

tika pārkodēti trijās kategorijās: *slikts, viduvējs, labs*. *Veselības stāvokļa izmaiņas pēdējā gada laikā tika vērtētas, uzdodot jautājumu: "Kā Jūs vērtējat savu veselību, salīdzinot ar pagājušo gadu?"* Atbildes par izmaiņām veselībā tika pārkodētas trīs kategorijās: *bez izmaiņām, uzlabošanās, pasliktināšanās*. Cik lielā mērā respondenti ir apmierināti ar savu ar dzīvi, tika mērīts, uzdodot jautājumu: *"Izvērtējot visus Jūsu dzīves aspektus, cik lielā mērā Jūs esat apmierināts/-a ar dzīvi?"* Apmierinātība ar dzīvi tika klasificēta piecās kategorijās: *ļoti apmierināts, apmierināts, drīzāk apmierināts nekā neapmierināts, neapmierināts, ļoti neapmierināts*. Atbildes tika pārkodētas trīs kategorijās: *apmierināts, daļēji apmierināts, neapmierināts*.

Ikmēneša ienākumi uz vienu ģimenes locekli mājsaimniecībā pēdējā gada laikā tika definēti uz vienu cilvēku četrās 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 valodu, 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. Šī skala tika izmantota pilotprojektā, kur vienā ģimenes ārstu praksē tika veikts depresijas skrīnings 54 pacientiem (37 sievietes un 17 vīrieši, vidējais vecums 43 gadi). 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-IV kritērijiem (Samet et al., 2007). Alkohola atkarības noteikšanai bija nepieciešami trīs no septiņiem kritērijiem. Pētījumā PHQ-9 un CIDI uzrādīja augstu iekšējo ticamību (*Cronbach's alfa* jeb Kronbaha alfa). PHQ-9 tā bija 0,86 latviešu un 0,87 krievu valodas versijai. CIDI tā bija 0,90 latviešu un 0,87 krievu valodas versijai.

2.1.1. Statistiskās analīze

Tika lietotas aprakstošās statistikas metodes, Hi kvadrāta tests (χ^2 tests) un loģistiskās regresijas. Modelis 1 bija samērots pēc dzimuma un vecuma, savukārt Modelī 2 tika veikta vienlaicīgi visu faktoru samērošana. Rezultāti ziņoti, izmantojot izredžu attiecības (OR) ar 95% ticamības intervāliem (TI). Datu analīze 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. Latvijā šīs sadarbības ietvaros tika veikti pētījumi 1998., 2000., 2002., 2004., 2006., 2008. gados, līdz pat 2010. gadam, kad tika uzsākts Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums. Latvijas pētījuma darba grupā ir speciālisti no Slimību profilakses un kontroles centra un Rīgas Stradiņa universitātes (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 izklaidē 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 trīs, savukārt lauku apvidos intervējamie tika meklēti katrā tuvākajā viensētā. Katrā mājsaimniecībā tika intervēts tikai viens respondents pēc tuvākās dzimšanas dienas principa, izmantojot Kiša

matrices metodi (Gaziano, 2005; Kish, 1949; Pudule, 2013). Dati tika iegūti tiešās intervijas veidā latviešu vai krievu valodās 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. Respondentu atsaucība tika aprēķināta, balstoties uz “American Association of Public Opinion Research” standartiem un veidoja 64,7% (American Association of Public Opinion Research, 2017).

Depresijas izplatības pēdējos 12 mēnešos noteikšanai tika izmantota Īsa internacionāla neiropsihiatriska intervija (*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, kā arī diagnostiskās intervijas nelielais laiks, salīdzinot ar citām strukturētām intervijām, un arī pacientu pieņemamība, veicina šī diagnostiskā instrumenta izmantošanu zinātnē (Pinninti et al., 2003). M.I.N.I. Autori šo instrumentu bija tulkojuši latviski un krieviski un adaptējuši Latvijai.

Rezultāti tika iedalīti trijās kategorijās: nav depresijas, “mazā depresija” (viegla depresija) un depresija (saskaņā ar DSV-IV). Depresija tika noteikta, ja piecas vai vairākas atbildes M.I.N.I. tika atzīmētas ar “Jā” un jautājums par grūtībām veikt ikdienas funkcijas simptomu dēļ (“Vai šie simptomi izraisa nopietnas problēmas mājās, darbā, sabiedrībā, skolā vai kādā citā nozīmīgā veidā?”) ir atbildēts ar “Jā”. “Mazā depresija” tika noteikta, ja M.I.N.I. intervijā divas atbildes ir atzīmētas ar “Jā” (Saskaņā ar DSM-IV klasifikatoru).

Respondentu vecums aptaujas ietvaros tika noskaidrots, uzdodot jautājumu: “*Cik Jums ir gadu?*” Promocijas darba ietvaros atbildes tika kodētas četrās kategorijās: 15–24, 25–34, 35–54, 55–64 gadi.

Veselības aprūpes struktūru apmeklēšana un biežums tika noteikti, balstoties uz pašu respondentu ziņoto dienestu apmeklēšanu. Tika uzdots jautājums: “*Pēdējo 12 mēnešu laikā cik reizes Jūs ... (apmeklējāt ģimenes ārstu), (...kādu speciālistu, neskaitot stomatologu), (...bijāt hospitalizēts, ieskaitot dienas stacionāra apmeklējumus), (...saucāt neatliekamo medicīnisko palīdzību).*” 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, uzdodot jautājumu: “*Vai ārsts pēdējā gada (12 mēnešu) laikā Jums ir diagnosticējis kādu no šīm slimībām?*” Atbilžu varianti tika kodēti šādās kategorijās: *hipertensija, cukura diabēts, miokarda infarkts, stenokardija (vai sāpes krūtīs pie fiziskas slodzes), sirds mazspēja, reimatoīdais artrīts, mugurkaula slimības (t.sk. osteohondroze), plaušu emfizēma vai hronisks bronhīts, nieru vai urīnceļu slimības, gastrīts, kuņģa vai divpadsmitpirkstu zarnas hroniskas slimības vai čūlas, bronhiālā astma, hiperholisterinēmija, ļaundabīgie audzēji, depresija, somatoforma veģetatīva disfunkcija (veģetatīvā distonija), cita hroniska slimība.* Promocijas darba ietvaros atbilžu varianti tika pārkodēti: *asinsvadu slimības, cukura diabēts, artrīts, mugurkaula slimības, respiratorās slimības, gastroenteroloģiskās slimības, urīnizvades orgānu slimības, onkoloģiskās slimības.* Promocijas darbā tika noteikts arī somatisko slimību daudzums pēdējos 12 mēnešos, un tika kodēts četrās kategorijās: *neviens, viens, divi, trīs un vairāk.* Respondentu pašu ziņotā depresija un somatoforma veģetatīva disfunkcija analīzē netika iekļauta.

Respondentu ziņots veselības pašvērtējums pētījumā tika noskaidrots, uzdodot jautājumu: “*Kā Jūs pats (pati) novērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?*” Atbildes tika kodētas piecās kategorijās: *labs, diezgan labs, vidējs, diezgan slikts, slikts.* Promocijas darba ietvaros kategorijas tika pārkodētas: *viens, vidējs, vidējs, zemāk kā vidējs.*

Kavēto dienu skaits darbā pēdējos 12 mēnešos pētījumā tika noskaidrots, uzdodot jautājumu: “*Cik kalendāro dienu pēdējā gada (12 mēnešu) laikā Jūs nebijāt savā darbā vai nepildījāt savus parastos pienākumus slimības dēļ?*” Respondentam bija jānorāda dienu skaits. Promocijas darbā kavētas dienas slimības dēļ tika kodētas trijās kategorijās: *neviens, 1–10 dienas, 11+ dienas.*

Vai respondents saņem invaliditātes pensiju, 2012. gada aptaujā tika noskaidrots, uzdodot jautājumu: “*Vai Jūs saņemat invaliditātes pensiju?*”. Atbildes tika kategorizētas divās grupās: *jā un nē.* Šīs kategorijas tika izmantotas arī promocijas darbā.

Smēķēšanas statuss tika noskaidrots, uzdodot respondentam jautājumu: “*Vai pašlaik Jūs smēķējat cigaretes, cigārus, pīpi, ūdenspīpi?*” Atbildes tika kategorizētas trijos variantos: *jā, ik dienas, jā, pa laikam, nē.* Kad respondents pēdējo reizi smēķējis, pētījumā tika noskaidrots, jautājot: “*Kad Jūs pēdējo reizi smēķējāt?*”. Pētījuma aptaujas anketā atbildes tika iedalītas septiņās kategorijās: *vakar vai šodien, pirms divām dienām līdz vienam mēnesim, pirms viena mēneša līdz pusgadam, pirms pusgada līdz gadam, pirms gada līdz pieciem gadiem, pirms pieciem līdz desmit gadiem, vairāk kā pirms desmit gadiem.* Promocijas darbā

smēķēšanas statuss tika kodēts četrās 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. Multinomiālās loģistiskās regresijas tika izvēlētas, lai aprēķinātu neatkarīgo mainīgo ietekmi (vecuma grupu, veselības aprūpes dienestu apmeklējumu biežumu, somatisko slimību daudzumu, kavēto darba dienu skaitu, veselības pašvērtējuma, invaliditātes pensijas esamības pēdējos 12 mēnešos un smēķēšanas statusa) ietekmi uz atkarīgiem mainīgiem (depresiju, “mazo depresiju”). 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 divu nedēļu un dzīves izplatību ģimenes ārstu praksē pacientiem. Izmantotā PHQ-9 skala bija tulkota abās valodās un iepriekš izmantota Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu (Snikere et al., 2012).

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. Pacienti bija jāsaprot un jāprot runāt latviešu vai krievu valodā, bija jābūt hemodinamiski un somatiski stabiliem, citi pacientu atlases ierobežojumi netika veikti. Kā apliecinājumu savai piekrišanai, pacientam tika lūgts parakstīt piekrišanas formu. Visas procedūras pētījuma laikā tika izpildītas atbilstoši augstākajiem ētikas standartiem, iepriekš saņemot Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas rakstisku atļauju.

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. Intervijas laikā izmantoti visi M.I.N.I. 6.0.0 versijas diagnostiskie moduļi.

2.3.1. Statistiskās metodes

PHQ-9 validitāte tika noteikta veicot faktoru rotēšanu, izmantojot Varimax metodi. Skalas iekšējā ticamība tika aprēķināta Kronbaha alfa izteiksmē. Skalas kritēriju pareizība jeb ticamība bija noteikta, nosakot jutību un specifiskumu, kā arī iespējamību attiecība 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 pārkums 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). 15–24 gadu vecuma grupā bija 22,0% (95%TI 20,7–23,3) no visiem respondentiem, 25–34 gadu vecuma kategorijā – 20,6% (95%TI 19,1–22,3), 35–44 gadu vecumā – 19,7% (95%TI 18,2–21,2), 45–54 gadu vecuma grupā bija 21,4% (95%TI 19,9–22,9) un 55–64 gadu vecuma kategorijā – 16,4% (95%TI 15,2–17,6) respondentu. Latviešu tautības respondenti bija pārkumā (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 izglītība par vidējo 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 atraitņa 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. Respondentu kopas sociodemogrāfiskais raksturojums ir attēlots 3.1. tabulā.

3.1. tabula

Latvijas iedzīvotāju aptaujas par atkarību izraisošo vielu lietošanu kopējās izlases sociodemogrāfiskie faktori, veselības stāvokļa un tās izmaiņu pēdējo 12 mēnešos pašvērtējums (n = 4493), svērtie dati

	%	95% TI
<i>Dzimums</i>		
Vīriešu	48,4	46,6–50,2
Sieviešu	51,6	49,8–53,4
<i>Vecums</i>		
15–24	22,0	20,7–23,3
25–34	20,6	19,1–22,3
35–44	19,7	18,2–21,2
45–54	21,4	19,9–22,9
55–64	16,4	15,2–17,6
<i>Ģimenes stāvoklis</i>		
Precējies/-usies/dzīvo kopā	56,8	54,9–58,5
Šķīries/-usies/dzīvo atsevišķi/ Atraitnis/-e	20,6	19,1–22,0
Neprecējies/-usies	22,7	21,4–24,2
<i>Apdzīvotība</i>		
Galvaspilsēta	29,0	27,9–30,2
Cita pilsēta	26,4	25,5–27,4
Lauki	44,5	43,3–45,8
<i>Tautība</i>		
Latvietis/-e	67,3	65,7–68,9
Cita tautība	32,7	31,1–34,3
<i>Izglītība</i>		
Zemāka par vidējo	18,8	17,5–20,1
Vidējā	59,7	57,9–61,4
Augstāka par vidējo	21,6	20,1–23,2
<i>Nodarbinātība</i>		
Nodarbināts/-a	61,7	60,0–63,4
Bezdarbnieks/-e	12,3	11,1–13,6
Ekonomiski neaktīvs/-a	26,0	24,7–27,5
<i>Veselības stāvoklis</i>		
Labs	68,3	66,7–69,9
Vidējs	26,8	25,3–28,4
Slikts	4,0	4,1–5,6
<i>Izmaiņas veselības stāvoklī</i>		
Bez izmaiņām	8,0	7,2–9,0
Uzlabojums	75,9	74,4–77,3
Pasliktināšanās	16,1	14,9–17,4

Depresijas pēdējo divu 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 divu nedēļu depresijas izplatība bija novērota jaunākajā

vecuma grupā jeb 15–24 gadi (3,8%, 95%TI 2,6–5,1). Visbiežāk pēdējo divu nedēļu depresija bija sastopama cilvēkiem, kuri ir šķīrušies, dzīvo atsevišķi un ir atraitņi jeb 10,6% (95%TI 8,4–12,8). Tiem respondentiem, kuri bija neprecējušies, depresijas izplatība pēdējās divās 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 divu 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 divu 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 divās 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 divās 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). 3.2 tabulā ir attēlota pēdējo divu nedēļu depresijas saistība ar sociāldemogrāfiskiem faktoriem, veselības pašvērtējumu, apmierinātību ar dzīvi.

Pēdējo divu nedēļu depresijas izplatības saistība ar sociāldemogrāfiskiem faktoriem, veselības pašvērtējumu, veselības izmaiņām pēdējā gada laikā un alkohola atkarību

Faktors	Depresija	
	%	95%TI
<i>Dzimums</i>		
Vīrietis	5,6	4,4–6,77
Sieviete	7,8	6,5–9,2
<i>Vecums</i>		
15–24	3,8	2,6–5,1
25–34	6,2	4,4–8,0
35–44	7,5	4,9–10,0
45–54	7,1	5,3–9,0
55–64	9,9	7,5–12,2
<i>Ģimenes stāvoklis</i>		
Precējies/-usies/dzīvo kopā	5,8	4,7–7,0
Šķīries/-usies/dzīvo atsevišķi/Atraitnis/-e	10,6	8,4–12,8
Neprecējies/-usies	5,5	3,9–7,1
<i>Apdzīvotība</i>		
Lauki	4,4	3,3–5,5
Galvaspilsēta	6,6	4,9–8,4
Citas pilsētas	10,8	8,9–12,7
<i>Veselības pašvērtējums</i>		
Labs	3,4	2,7–4,1
Viduvējs	10,9	8,6–13,1
Slikts	31,0	24,1–37,9
<i>Izmaiņas veselībā</i>		
Bez izmaiņām	4,4	3,5–5,3
Uzlabošanās	5,6	3,0–8,1
Pasliktināšanās	18,4	15,2–21,5
<i>Tautība</i>		
Latvietis/-e	4,5	3,7–5,4
Cita tautība	11,4	9,4–13,3
<i>Izglītība</i>		
Augstāka par vidējo	6,9	6,9–8,7
Vidējā	5,9	4,9–6,9
Zemāka par vidējo	9,3	6,7–11,9
<i>Alkohola atkarība</i>		
Nav	5,2	4,4–6,0
Ir	17,6	13,9–21,3
<i>Apmierinātība ar dzīvi</i>		
Apmierināts/-a	2,7	2,1–3,2
Vidēji apmierināts/-a	10,8	8,6–13,0
Nav apmierināts/-a	41,5	33,7–49,4
<i>Ienākumi uz vienu cilvēku</i>		
1. kvartile	8,7	6,9–10,6
2. kvartile	7,7	5,6–9,9
3. kvartile	5,5	4,1–7,0
4. kvartile	5,4	3,9–6,9
<i>Nodarbinātība</i>		
Nodarbināts/a	5,5	4,6–6,4
Bezdarbnieks/-e	11,0	7,2–14,8
Ekonomiski neaktīvs/-a	7,8	6,1–9,5

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. Neveicot faktoru samērošanu, izredzes depresijai bija 1,4 (95%TI 1,1–1,9, $p = 0,001$) reizes augstākas sievietēm nekā vīriešiem, 2,8 (95%TI 1,8–4,3, $p < 0,0001$) reizes augstākas cilvēkiem 55–64 gadu vecuma grupā, salīdzinot ar jaunāko respondentu grupu (15–24 gadi). Divas (95%TI 1,2–3,4, $p = 0,005$) reizes augstākas izredžu attiecības depresijai bija novērotas 35–44 gadus veciem respondentiem, salīdzinot ar jaunāko respondentu grupu. 1,9 (95%TI 1,4–2,6, $p < 0,0001$) reizes augstākas izredzes depresijai bija tiem, kuri ir šķīrušies, dzīvo atsevišķi vai ir atraitņi. Lai gan respondentu kategorijai, kuri nav precējušies, izredzes depresijai bija zemākas (OR = 0,9), salīdzinot ar tiem, kuri bija precējušies vai dzīvoja kopā, taču šie dati nav statistiski ticami ($p = 0,745$). Respondentiem, kuri dzīvoja galvaspilsētā, izredzes depresijai bija 1,5 reizes augstākas (95%TI 1,0–2,2, $p = 0,028$), nekā tiem, kas dzīvo laukos, un 2,6 (95%TI 1,9–3,6, $p < 0,0001$) reizes augstākas respondentu grupā, kuri dzīvo citās Latvijas pilsētās. Citu tautību cilvēkiem izredzes depresijai pēc nesamērotā loģistiskās regresijas modeļa bija 2,7 (95%TI 2,0–3,6, $p < 0,0001$) reizes augstākas nekā latviešu tautības respondentiem. Cilvēkiem ar izglītību zemāku par vidējo, izredzes depresijai bija 1,4 reizes augstākas, nekā cilvēkiem ar izglītību augstāku par vidējo, taču netika novērota statistiska ticamība izglītības līmeņa saistībai ar pēdējo divu nedēļu depresiju. Zemāko ienākumu uz vienu cilvēku grupā (<129 EUR) tika noteiktas 1,7 (95%TI 1,1–2,5, $p = 0,009$) reizes augstākas izredzes depresijai, salīdzinot ar lielāko ienākumu uz vienu cilvēku respondentu grupu (>296 EUR). Pārējās ikmēneša ienākumu uz vienu cilvēku grupās nebija novērota statistiska ticamība. Gan bezdarbniekiem, gan arī ekonomiski neaktīviem respondentiem tika novērotas augstākas izredzes depresijai, salīdzinot ar nodarbināto cilvēku grupu, attiecīgi, 2,1 reizes (95%TI 1,4–3,3, $p = 0,001$) un 1,4 reizes (95%TI 1,1–1,9, $p = 0,014$). Tiem cilvēkiem, kuri savu veselību novērtēja kā esam sliktu, izredzes depresijai bija 12,7 (95%TI 8,7–18,6, $p < 0,0001$) reizes augstākas, nekā tiem, kuri savu veselību atzina par labu. Tiem respondentiem, kuriem veselība pēdējo 12 mēnešu laikā bija pasliktinājusies, izredzes depresijai bija 4,9 (95%TI 3,6–6,6, $p < 0,0001$) reizes augstākas nekā tiem, kuriem pēdējā gada laikā izmaiņu veselībā nav bijis. Respondentiem ar alkohola atkarību izredzes depresijai 3,9 (95%TI 2,9–5,3) reizes augstākas, salīdzinot ar respondentiem bez alkohola atkarības. 3.3 tabulā ir atainotas depresijas izredzes, neveicot faktoru samērošanu.

Pēdējo divu nedēļu depresijas saistība ar sociāldemogrāfiskiem faktoriem, veselības pašvērtējumu, veselības izmaiņām pēdējā gada laikā un alkohola atkarību.
Loģistiskās regresijas rezultāti, neveicot faktoru samērošanu

	OR	95%TI	p
Dzimums			
Vīrietis	1,0		
Sieviete	1,4	1,1–1,9	0,001
Vecums			
15–24	1,0		
25–34	1,7	1,1–2,7	0,027
35–44	2,0	1,2–3,4	0,005
45–54	1,9	1,3–3,0	0,003
55–64	2,8	1,8–4,3	<0,0001
Ģimenes stāvoklis			
Precējies/-usies/dzīvo kopā	1		
Šķīries/-usies/dzīvo atsevišķi/Atraitnis/-e	1,9	1,4–2,6	<0,0001
Neprecējies/-usies	0,9	0,7–1,4	0,745
Apdzīvotība			
Lauki	1		
Galvaspilsēta	1,5	1,0–2,2	0,028
Citas pilsētas	2,6	1,9–3,6	<0,0001
Veselības pašvērtējums			
Labs	1,0		
Viduvējs	3,4	2,4–4,7	<0,0001
Slikts	12,7	8,7–18,6	<0,0001
Izmaiņas veselībā			
Bez izmaiņām	1,0		
Uzlabošanās	1,3	0,8–2,2	<0,0001
Pasliktināšanās	4,9	3,6–6,6	<0,0001
Tautība			
Latvietis/-e	1,0		
Cita tautība	2,7	2,0–3,6	<0,0001
Izglītība			
Augstāka par vidējo	1,0		
Vidējā	0,8	0,6–1,2	0,324
Zemāka par vidējo	1,4	0,9–2,1	0,133
Alkohola atkarība			
Nav	1,0		
Ir	3,9	2,9–5,3	<0,0001
Apmierinātība ar dzīvi			
Apmierināts/-a	1,0		
Vidēji apmierināts/-a	4,4	3,2–6,1	<0,0001
Nav apmierināts/-a	26,0	17,5–38,5	<0,0001
Ienākumi uz vienu cilvēku			
1. kvartile	1,7	1,1–2,5	0,009
2. kvartile	1,5	1,0–2,3	0,007
3. kvartile	1,0	0,7–1,6	0,882
4. kvartile	1,0		
Nodarbinātība			
Nodarbināts/a	1,0		
Bezdarbnieks/-e	2,1	1,4–3,3	0,001
Ekonomiski neaktīvs/-a	1,4	1,1–1,9	0,014

Depresijas sakarības ar faktoriem ir attēlotas divos modeļos – Modelis 1 uzrāda faktoru samērošana 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 faktorus. Modelī 1 izredzes depresijai bija lielākas sievietēm (OR 1,4, 95%TI 1,1–1,9, $p = 0,018$), respondentiem virs 55 gadiem (OR 2,7, 95%TI 1,8–4,2, $p < 0,001$), cilvēkiem, kuri ir šķīrušies vai dzīvo atsevišķi vai ir atraitņi (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, $p = 0,001$). Krietni 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 ar depresiju – tās izredzes bija 15,8 (95%TI 10,1–24,8, $p < 0,0001$) reizes augstākas, ja bija slikts veselības pašvērtējums 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 divās 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, $p < 0,001$) reizes augstākas nekā respondentiem, kuri dzīvoja laukos. Slikts 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 slikts 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 3.4. tabulā.

3.4. tabula

Ar depresiju pēdējās divās 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/-sies/dzīvo atsevišķi/ atraitnis/-e	1,6 (1,1– 2,4)	0,007	1,1 (0,7–1,6)	0,761
Neprecējies/-usies	1,4 (0,9–2,3)	0,124	1,2 (0,7–2,0)	0,448
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 – faktoru samērošana tika veikta pēc vecuma un dzimuma

**Modelis 2 – visu faktoru samērošana

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 analīzē.

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 īpatsvars 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 ziņotās 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. Izlases raksturojums, kurā iekļauti veselības aprūpes izmantošana un biežums pēdējo 12 mēnešu laikā, kā arī repondentu ziņotās somatiskas slimības un veselības stāvokļa pašvērtējums, ir attēlots 3.5. tabulā.

3.5. tabula

Kopējās izlases veselības aprūpes dienestu izmantošana un veselības stāvoklis, svērtie dati (n=3003)

	Kopā		Vīrieši		Sievietes		
	n	%	n	%	n	%	p
<i>Veselības aprūpes dienestu apmeklējumi</i>							
Primārā aprūpe	2101	70,0	877	60,5	1224	78,9	<0,0001
Specializētā aprūpe	1531	51,0	600	41,4	931	60,0	<0,0001
<i>Veselības dienestu apmeklējumu biežums pēdējo 12 mēnešu laikā</i>							
Nav apmeklēti	757	25,2	502	34,3	255	16,7	<0,0001
1–2 reizes	795	26,3	393	27,1	402	25,5	
3–5 reizes	699	23,4	280	19,3	419	27,2	
6–9 reizes	384	12,7	152	10,6	232	14,9	
10 vai vairāk reizes	368	12,4	129	8,7	239	15,7	
<i>Somatisko slimību daudzums pēdējo 12 mēnešu laikā</i>							
Neviena	2020	67,3	1076	73,6	944	61,3	
Viena	616	20,4	258	17,7	358	23,1	
Divas	232	7,7	82	5,7	150	9,5	
Trīs un vairāk	135	4,6	41	3,0	94	6,1	
<i>Hroniskas slimības diagnoze pēdējos 12 mēnešos</i>							
Asinsvadu slimības	429	14,4	142	10,1	287	18,4	<0,0001
Cukura diabēts	87	2,9	27	1,9	60	3,9	0,0007
Artrīts	49	1,7	13	0,9	36	2,5	0,0009
Mugurkaula slimības	407	13,4	157	10,9	250	15,6	0,0001

	Kopā		Vīrieši		Sievietes		p
	n	%	n	%	n	%	
Respiratorās slimības	111	3,8	42	2,8	69	4,6	0,0088
Gastroenteroloģiskās slimības	200	6,7	92	6,5	108	6,9	0,6301
Urīnizvades orgānu slimības	97	3,3	31	2,2	66	4,3	0,0014
Onkoloģiskās slimības	15	0,5	3	0,2	12	0,8	0,0307
Veselības pašvērtējums							
Labs	1604	53,8	841	57,8	763	50,0	
Viduvējs	1069	35,4	472	32,6	597	38,1	<0,0001
Slikts	322	10,8	140	9,6	182	11,9	

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) sieviešu. 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 3.6. tabulā.

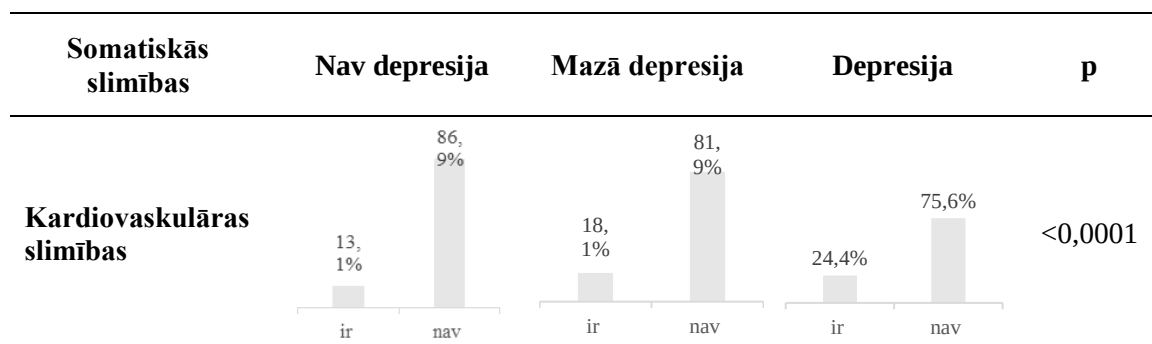
3.6. tabula

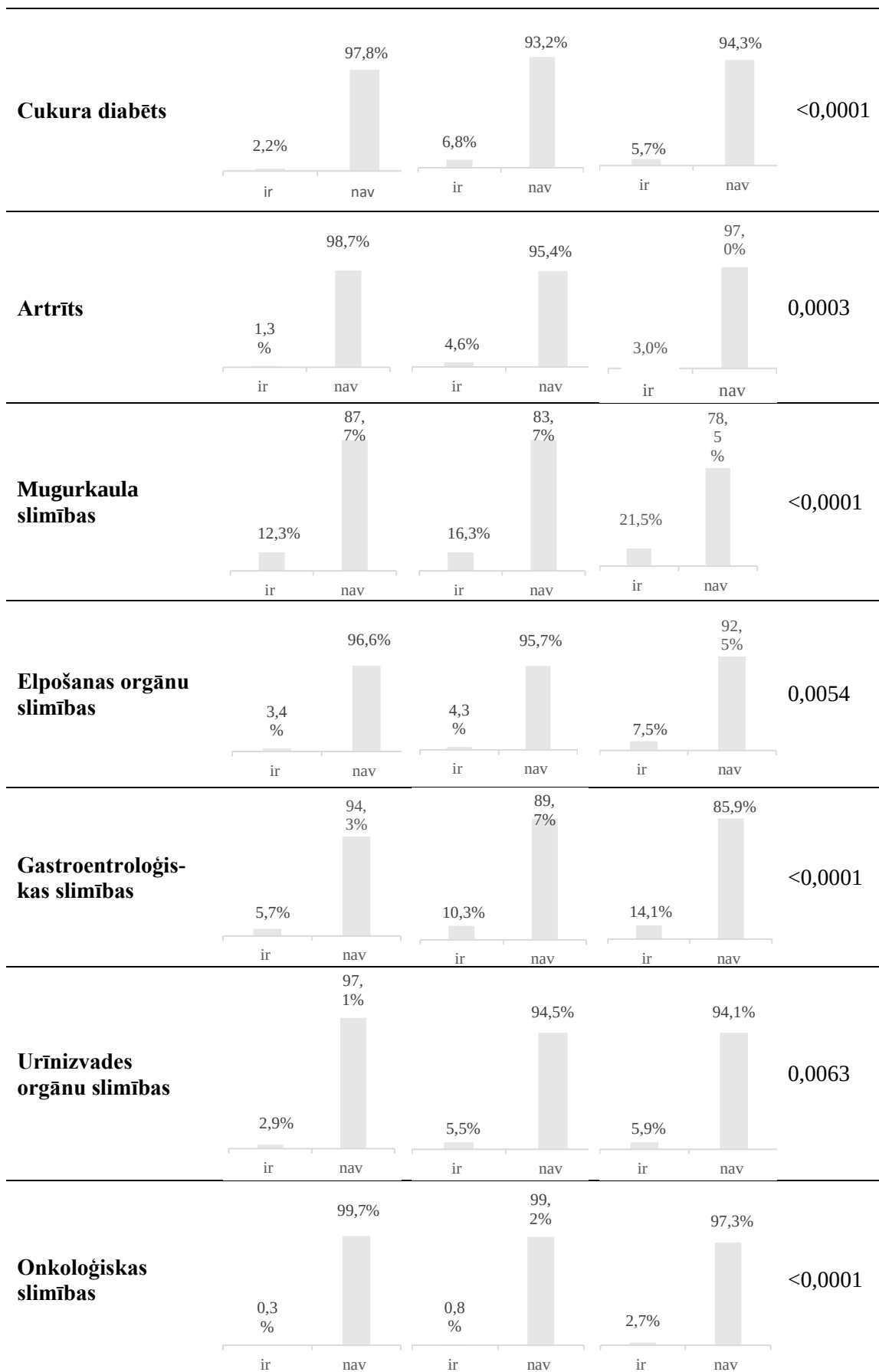
Depresijas un mazās depresijas pēdējo 12 mēnešu izplatība un saistība ar dzimumu un vecumu (n=3003)

	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	
<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	

	Nav depresija %	95% TI	Mazā depresija %	95% TI	Depresija %	95% TI	p
<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 gastroenteroloģiskām slimībām (10,3%). Pašu ziņota somatisko slimību izplatība respondentiem ar depresiju, “mazo depresiju” un bez depresijas ir attēlota 3.1. attēlā.





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

Multinomiālās loģistiskās regresijas rezultāti, kuri ir apkopoti 3.7 tabulā, ir izteikti izredžu attiecībās depresijai un arī “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 45–54 gadu vecuma grupā (OR 2,3, 95%TI 1,5 – 3,6, $p \leq 0,001$), respondentiem, kuri izmantojuši veselības aprūpes dienestus pēdējo 12 mēnešu laikā sešas 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, $p \leq 0,001$). Izredžu attiecība depresijai bija augstāka 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. Modelis 3 analīzē 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 sešas 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 faktorus 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 trīs un vairāk 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 reizes (95%TI 1,4–2,9, $p \leq 0,001$) augstākas tiem, kas savu veselību vērtēja viduvēji un 3 reizes (95%TI 1,7–5,3, $p \leq 0,001$) 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.

Apkopojot samērotos faktorus pēc dzimuma un vecuma, kas ir atainoti Modelī 3, augstākas izredzes depresijai tiek novērotas sievietēm, cilvēkiem vecuma grupā 35–54 gadi, respondentiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā ir apmeklējuši veselības aprūpes dienestus, kas ziņo par vismaz vienas somatiskas saslimšanas klātbūtni, kas pēdējos 12 mēnešos kavējuši darbu 11 dienas un vairāk, kas saņem invaliditātes pensiju un vērtē savu veselību viduvēju un zemāk kā viduvēji, kā arī gadījuma rakstura vai pastāvīgie smēķētāji. Zīmīgi, ka, veicot visu faktoru samērošanu (Modelis 4), saglabājas līdzīgas tendences augstākām izredzēm depresijai, tomēr vairs netiek novērota depresijas saistība ar vecumu, kavēto dienu skaitu darbā veselības stāvokļa dēļ, invaliditātes pensijas esamību. Modelī 4 izredzes depresijai ir augstākas tikai tiem respondentiem, kas ziņojuši par trīs un vairāk somatiskām saslimšanām, kas pēdējos 12 mēnešos veselības aprūpes dienestus apmeklējuši vismaz 3 reizes, un, salīdzinot ar Modeli 3, OR depresijai Modelī 4 ir nedaudz zemākas. Visai līdzīgas izredzes depresijai,

vērojot Modeli 3 un Modeli 4, tiek atrastas respondentiem, kas ir gadījuma rakstura vai pastāvīgie smēķētāji.

Modelī 3, kurā faktori samēroti pēc dzimuma un vecuma, tika novērotas augstākas izredzes “mazai depresijai” respondentiem, kas pēdējos 12 mēnešos veselības aprūpes dienestus apmeklējuši 1–2 reizes un 6 un vairāk reizes, taču Modelis 4, kurā tika veikta visu faktoru samērošana, netika atrasta veselības aprūpes dienestu apmeklējumu biežums un “mazās depresijas” saistība. Modelis 4 ataino arī augstākas izredzes “mazai depresijai” respondentiem, kas ziņojuši par vismaz trīs somatisko slimību esamību. Atšķirībā no Modelis 3, Modelī 4 netiek atrasta kavēto darba dienu skaita pēdējos 12 mēnešos saistība ar “mazo depresiju”, taču tiem respondentiem, kas kavējuši darbu 1–10 dienas, tika novērotas 2,0 reizes augstākas izredzes “mazai depresijai” nekā depresijai. Nedz Modelī 3, nedz Modelī 4 netiek novērotas augstākas izredzes “mazai depresijai” respondentu vidū, kas ir gadījuma rakstura vai pastāvīgie smēķētāji.

Izredžu attiecības 12 mēnešu depresijai, “mazai depresijai”, samērojot faktorus pēc dzimuma un vecuma un veicot visu faktoru vienlaicīgu samērošanu, ir attēlotas 3.7. tabulā.

3.7. tabula

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

Faktors	OR	Modelis 3		OR	Modelis 4	
	depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs depresija (95% TI*)	depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs depresija (95% TI*)
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)

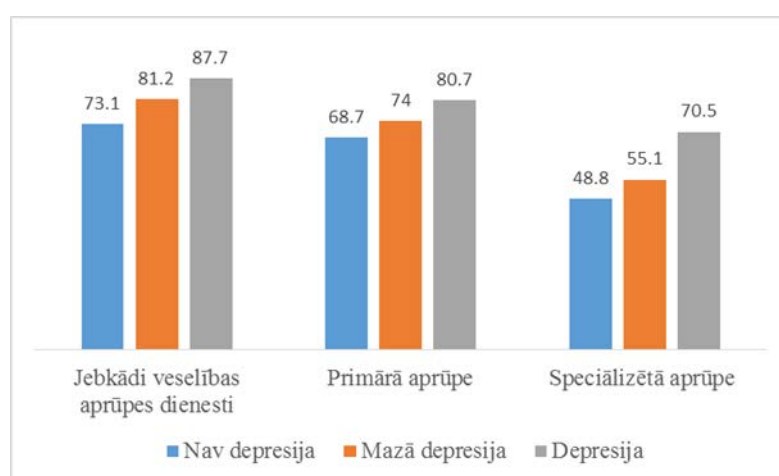
Faktors	Modelis 3			Modelis 4		
	OR depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs depresija (95% TI*)	OR depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs nav depresija (95% TI*)	OR mazā depresija vs depresija (95% TI*)
6 vai vairāk reizes	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)
<i>Somatisko slimību skaits pēdējos 12 mēnešos</i>						
Neviena	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)
<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>						
Virš vidēja	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 kā 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>						
Nesmēķētājs	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 loģistiskās regresijas rezultāti ir aprēķināti OR ar 95% konfidences intervāliem (TI), kontrolēti pēc dzimuma un vecuma

Modelis 4 multinomiālās loģistiskās regresijas rezultāti ir aprēķināti kā OR ar 95% konfidences intervāliem (TI), kontrolēti pēc visiem faktoriem (*dzimums, vecums, veselības aprūpes dienestu apmeklējumu biežums, ziņoto somatisko slimību skaits pēdējos 12 mēnešos, kavēto dienu darbā veselības dēļ skaits pēdējos 12 mēnešos, invaliditātes pensijas saņemšana, veselības stāvokļa pašvērtējums, smēķēšanas statuss*)

- a p < 0,05
b p ≤ 0,01
c p ≤ 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” (skat. 3.2. att).



3.2.att. Veselības aprūpes dienestu izmantošana pēdējos 12 mēnešos cilvēkiem ar depresiju, “mazo depresiju” un bez 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 valodā; no tiem 43 pacienti atteicās piedalīties pētījumā (20 vīrieši un 23 sievietes). Tiem, kuri 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 3.8. 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		
Dzimums							
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)		
Vecuma grupas							
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	
Tautība							
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	
Izglītība							
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	
PHQ-9 punkti							
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 3.9. tabulā.

3.9. tabula

PHQ-9 apgalvojumu vērtības un apgalvojumu saistība

PHQ-9	Vidēji	SD	Skalas apgalvojumu 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 neveiksmnieks/-ce vai arī esat pievīlis/-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

PHQ-9	Vidēji	SD	Skalas apgalvojumu saistība	α , ja apgalvojums ir izdzēsts
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 instrumēnta 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 3.10. tabulā.

3.10. tabula

PHQ-9 jutība, specifiskums, iespējamības attiecība dažādām kopējo punktu summām

PHQ-9 balles	Jutība (%)	Specifiskums (%)	Klasificēti (%)	IA+*	IA-**
≥ 6	97,30	58,30	63,60	2,3331	0,0464
≥ 7	97,30	67,23	71,32	2,9695	0,0402
≥ 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
≥ 13	62,16	96,60	91,91	18,2602	0,3917
≥ 14	56,76	97,87	92,28	26,6756	0,4418

*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.

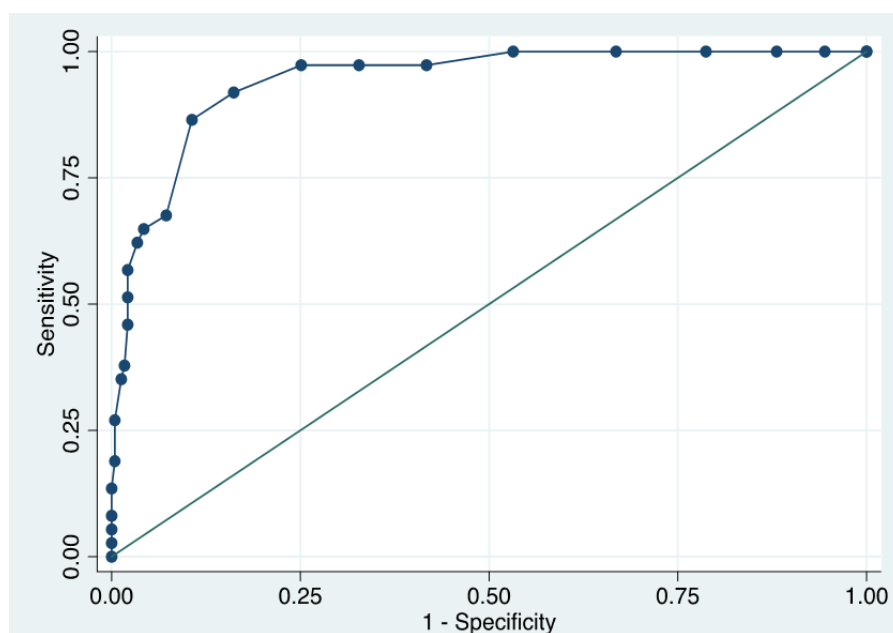
tika diagnosticēta 13 respondentiem jeb 35,1%; PHQ-9 punktu summa 15–19 bija noteikta 16 respondentiem, un 12 no tiem (32,4%) no tiem tika noteikta depresijas diagnoze pēc M.I.N.I. PHQ-9 punktu summa ≥ 20 bija 8 pētījuma dalībniekiem, pēc M.I.N.I. depresija tika diagnosticēta 7 respondentiem (18,9%). Depresijas diagnozes, veicot M.I.N.I. interviju, saistība ar skrīninginstrumenta PHQ-9 kopējo punktu summu ir attēlota 3.11. tabulā.

3.11. tabula

Ar M.I.N.I. diagnosticēta depresija, un tās saistība ar PHQ-9 kopējo punktu summu

Depresijas statuss	0–4 % (n)	5–9 % (n)	10–14 % (n)	15–19 % (n)	20+ % (n)	Kopā % (n)
Nav depresija	46,8 (110)	42,6 (100)	8,5 (20)	1,7 (4)	0,4 (1)	100 (235)
Depresija	0 (0)	13,5 (5)	35,2 (13)	32,4 (12)	18,9 (7)	100 (37)

ROC (receiver operating characteristic) līknes analīze apstiprina PHQ-9 validitāti, kā arī šī mērinstrumenta piemērotību veiksmīgai pacientu ar un bez depresijas diferenciācijai (AUC = 0,94; *area under the curve* jeb laukums zem “ROC” līknes) (skat. 1.3. att.).



3.3. att. ROC līkne PHQ-9 pret M.I.N.I. depresijas diagnozei

Analizējot atsevišķi PHQ-9 latviešu un krievu valodas versijas, netika novērotas būtiskas atšķirības. Tabulas ar atsevišķi analizētām PHQ-9 latviešu un krievu valodas versijām ir iekļautas pielikumu sadaļā (skat. 3. un 4. pielikumu).

4. DISKUSIJA

Depresija ieņem būtisku vietu psihisko traucējumu izplatībā visā Eiropā. Ar to jebkad savas dzīves laikā ir saskāries viens no 40 pieaugušajiem. Pēdējo piecu gadu laikā depresijas pēdējo 12 mēnešu izplatība Eiropas valstīs nav būtiski mainījusies, tomēr joprojām trūkst datu par depresijas izplatību Austrumeiropas un arī Baltijas valstīs, 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 psihietriem (Pulmanis et al., 2011). Šāds procentuālais sadalījums varētu nozīmēt to, ka, iespējams, neirotiski traucējumi “nepsihiatriskos dienestos” netiek pareizi atdiferencēti no depresijas.

Pēc PVO rekomendācijām depresijas diagnosticēšanai un ārstēšanai primārā loma ir ĢĀ, piemēram, Lielbritānijā lielākā daļa vispārējās prakses ārstu paši sniedz palīdzību depresijas pacientiem, pie speciālista vai citiem psihiskās veselības aprūpes speciālistiem nosūtot tikai 15 līdz 20% pacientu ar depresiju (Thompson et al., 2000). Latvijā lielākais unikālo pacientu skaits ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (F00-F99, SSK-10) pie ģimenes ārstiem 2009. gadā bija saistīts ar somatoformas veģetatīvas disfunkcijas diagnozi (F45, SSK-10), tādējādi gandrīz 9 reizes pārsniedzot pacientu ar skaitu, kam ir diagnosticēta depresija.

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 atrodamie 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.

Statistiskās 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 ieviešanai ar mērķi mazināt depresijas slogu. 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.

2005. gadā pētījumā, kurā tika iekļautas 16 Eiropas valstis un apkopoti un analizēti esošie epidemioloģiskie pētījumi par dažādu psihisko traucējumu izplatību vispārējā populācijā, tika noskaidrots, ka ar depresiju ik gadu sastopas 6,9% Eiropas iedzīvotāju (Wittchen and Jacobi, 2005). Jaunākajā pētījumā, kurš veikts 2010. gadā un kurā tika iekļautas jau 30 Eiropas valstis un analizēti 25 epidemioloģiskie pētījumi, depresijas izplatības pēdējos 12 mēnešos rādītāji bija tādi paši jeb 6,9%. Jāatzīmē, ka Latvijā tajā laikā vēl nebija ticamu datu par depresijas izplatības patieso stāvokli. Līdz ar to 2011. gadā Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu veiktais šķērsgriezuma pētījums un Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. gadā bija pirmie pētījumi, kuru ietvaros tika iegūti dati gan par depresijas izplatību pēdējās 2 nedēļās, gan par depresijas un “mazās depresijas” izplatību pēdējos 12 mēnešos. Šie dati ir reprezentatīvi Latvijas populācijai.

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 divās 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, tās izplatība pēdējās 2 nedēļās bija 5,6% (Kocalevent et al., 2013). Depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās Latvijā bija arī augstāka, salīdzinot 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).

Depresijas izplatība pēdējās 2 nedēļās Latvijas pilsētās bija 6,6% Rīgā un 10,8% citās pilsētās. Depresijas izplatība pilsētās Latvijā bija ievērojami zemāka, salīdzinot ar depresijas sastopamību pilsētās Polijā, Krievijā un Čehijā, kur depresija tika noteikta 44% iedzīvotāju (Bobak et al., 2006). Tik liela depresijas punkta prevalences atšķirība ir izskaidrojama ar dažādu metodoloģiju depresijas mērīšanā. Savā pētījumā Bobak et al. (2006) depresijas noteikšanai bija izmantojis mērinstrumentu *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D jeb Epidemioloģisko depresijas pētījumu skala). CES-D skalai, tāpat kā jebkuram citam depresijas mērinstrumentam, ir savi trūkumi – tai ir visai zems specifiskums un ar to tiek noteikti depresijas simptomi, kā arī distresa līmenis (Beekman et al., 1995). Neskatoties uz to, ka depresijas skalas mēra depresijas simptomus atbilstoši diagnostiskiem kritērijiem, tomēr skalās var būt atšķirīgs uzsvars uz dažādiem simptomiem, kā arī jautājumu interpretācija respondentu vidū var būt atšķirīga. Vairākos pētījumos tika salīdzinātas PHQ-9 un CES-D skalas, un tika noteikta abu šo instrumentu līdzība depresijas atpazīšanā, taču gan skalu raksturojošo parametru dēļ, gan arī paša instrumenta struktūras dēļ, priekšroka tiek dota PHQ-9 (Khamseh et al., 2011; Milette et al., 2010). Bobak et al. (2006) pētījumā depresija bija pašu respondentu ziņota, savukārt Latvijā veiktajā pētījumā tika veikta strukturēta diagnostiska intervija.

Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011.gadā, analizējot Modeli 1, kurā dati tika samēroti pēc vecuma un dzimuma, izredzes depresijai pēdējās 2 nedēļās bija lielākas sievietēm nekā vīriešiem, lai gan dzimumatšķirības nebija tik izteiktas un nerasniedza 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. Piemēram, sievietes, kuras veic mājsaimniecības darbus un neveic algotu darbu, varētu justies mazāk

novērtētas, lai gan pēdējo 20 gadu laikā aizvien vairāk sieviešu veic arī algotu darbu un kļūst arvien neatkarīgākas (The World Bank, 2017). Algotais darbs un neapmaksātais mājāsaimniecības darbs sekmējas ar papildus atbildību tām sievietēm, kuras apvieno mājāsaimniecību, bērnu audzināšanu un algota darba veikšanu. Bijušās Padomju Savienības valstīs sievietes pilda gan mājāsaimnieču lomu, gan arī piedalās darba tirgū, līdz ar to varētu būt mazāk pasargātas depresijai (Pascall and Manning, 2000; Van de Velde et al., 2010). Pēc Latvijas Centrālās statistikas pārvaldes datiem, vīriešu un sieviešu nodarbinātība 2011. gadā bija līdzīga visās vecuma grupās, kas varētu nozīmēt, ka sievietes Latvijā apvieno mājāsaimniecību ar bērnu audzināšanu. Turklāt, Latvijā 2011. gadā sieviešu vidējā alga veidoja 82% no vīriešu vidējās algas, veicot ekvivalentu darbu (Central Statistical Bureau of Latvia, 2017). Algotā un neapmaksātā mājāsaimniecības darba apvienošana varētu reducēt nodarbinātības pasargājošo lomu depresijai.

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 Akabaliyev, 2003). Ir būtiski atzīmēt, ka, pieaugot vecumam, pieaug arī hronisko somatisko slimību slogs, kas varētu būt predisponējošais faktors depresijas attīstībai (Boutayeb and Boutayeb, 2005). Latvijas iedzīvotāju aptaujas par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā rezultāti ir pretrunā tiem zinātniskiem darbiem, kuros ir ziņots, ka depresijai ir vairāk pakļauti gados jaunāki cilvēki un ka vecums kalpo kā pasargājošais faktors depresijai (Kessler et al., 2005a). Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 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 aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 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 Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā netiek atrasta pasaules literatūrā plaši pieminētā zemu ienākumu saistība ar augstākām izredzēm depresijai. Jāatzīmē, ka šis Latvijas iedzīvotāju aptauja par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā tika veikta pasaules ekonomiskās krīzes laikā, kad tika novērotas izteiktas ienākumu līmeņa atšķirības populācijā un augsts nabadzības risks, zems kopējais ienākumu līmenis un ienākumu atšķirības vairumam populācijas (Employment and Social Developments in Europe, 2011; The World Bank, 2017). Ienākumu līmeņa atšķirības rezultēšanās ar psiholoģisko diskomfortu tika noteikta vienā no pētījumiem Latvijā, kurš tika veikts vēl pirms ekonomiskās krīzes. Šajā pētījumā tika noteikts, ka psiholoģiskais distress un augstāks risks veselības traucējumiem bija bieži sastopams ne tikai personām ar ilgstošu bezdarbu, bet arī cilvēkiem, kuri darbu zaudējuši nesen. Tika novērots, ka augsta riska veselības problēmas ir tiem cilvēkiem, kuri dzīvo zem nabadzības sliekšņa (Rungule et al., 2007). Šajā pētījumā tika arī noteikts, ka psiholoģiskais distress ir saistīts nevis ar ienākumiem uz vienu cilvēku, bet gan ar ienākumiem uz vienu ģimenes locekli un ar vidējo ienākumu līmeni valstī. Turklāt, viens no iespējamiem iemesliem, kāpēc netika atrasta ienākumu līmeņa un depresijas saistība, minams arī fakts, ka cilvēki aptaujās neatklāj savu patieso ienākumu līmeni.

Iepriekš veiktos pētījumos tiek ziņots, ka augstākai izglītībai ir pasargājoša loma depresijas attīstībai, turklāt bijušās Padomju Savienības valstīs augstākas kvalifikācijas darbam ir saistība ar labāku izglītību (Dohrenwend and Dohrenwend, 1974). Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā tikai Modelī 1 zemāka izglītība sekmēja augstākas izredzes depresijai pēdējās 2 nedēļās.

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. Respondentu ziņotā veselības pasliktināšanās pēdējā gada laikā bija saistīta ar 2,6 reizes lielākām OR depresijai, saglabājot statistisko nozīmi arī pēc visu faktoru samērošanas. Vadoties pēc šiem rezultātiem, veselības stāvokļa pašvērtējums varētu kalpot kā indikators depresijas skrīninga uzsākšanai veselības aprūpes dienestos.

Iedzīvotāju aptaujas par atkarību radošo vielu lietošanu 2011.gadā pētījums atklāj, ka OR depresijai bija ļoti augstas (OR 18,0) pat pēc visu faktoru samērošanas, ja respondents atbildējis, ka nav apmierināts ar dzīvi. 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). Turklāt tā 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 ir nopietns un vērā ņemams ar depresiju asociētais faktors.

Iedzīvotāju aptaujas par atkarību radošo vielu lietošanu 2011. gadā pētījums atklāj, ka izredzes depresijai augstākas arī tiem respondentiem, kam bija cita tautība. Latvijā 2011. gadā pēc Centrālās statistikas pārvaldes datiem, 60,5% Latvijas iedzīvotāju bija latvieši, vairums nelatviešu bija krievu valodā runājošās tautības cilvēki (krievi, baltkrievi, ukraiņi) (Central Statistical Bureau of Latvia, 2017).

Iedzīvotāju aptaujas par atkarību radošo vielu lietošanu 2011.gadā ietvaros tika noskaidrots, ka OR depresijai respondentiem, kuri dzīvo Rīgā, bija 1,4 reizes augstākas nekā tiem, kas apdzīvoja 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). Ir noskaidrots, ka depresijas augstāka izplatība ir novērota pilsētās nekā laukos. Literatūrā šis fakts tiek skaidrots ar straujāku dzīves ritmu pilsētās, kas var sekmēt ar paaugstinātu stresu, kā arī nabadzību, mazāku sabiedrības atbalstu, kas mēdz radīt sociālu izolēšanos (Baik et al., 2013; Dohrenwend and Dohrenwend, 1974; Harpham, 1994;

Holsopple, 1940). Arī ienākumu līmenis uz mājsaimniecību lauku reģionos ir zemāks nekā lielajās pilsētās, lai gan lielpilsētās izmaksas ir augstākas, salīdzinot ar mazpilsētām un lauku reģioniem. Turklāt, pretstatā lauku apvidiem, lielpilsētu iedzīvotājiem ir mazāk raksturīga piederības sajūta un mazāks sociālais atbalsts (Romans et al., 2011). Kādā veidā nodarbinātības statuss ietekmē depresijas izplatību laukos un pilsētās, ir visai sarežģīts un neskaidrs jautājums. Iespējams, ka nodarbinātības veids, psihoemocionālais stāvoklis, ko rada darba vide, mijiedarbībā ar ģimenes stāvokli, migrāciju un arī citiem sociāliem faktoriem, kas varētu sekmēt depresijas izplatības pilsētu lauku atšķirības.

Iedzīvotāju aptaujā par atkarību radošo vielu lietošanu 2011.gadā 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). Pētījumos ir noteikts, ka depresijai ir sakarība ar alkohola atkarību, turklāt dzīves laikā vismaz vienai trešdaļai cilvēku ar depresiju rodas alkohola lietošanas problēmas (Bullock et al., 2012; Sullivan et al., 2005). 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. Depresija bieži vien netiek atpazīta alkohola atkarīgiem pacientiem (Boden and Fergusson, 2011).

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

Lai būtu iespējams salīdzināt depresijas izplatības Latvijā 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, kura ietvaros 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. Šī pētījuma ietvaros tika noteikta ne tikai depresija, bet arī “mazā depresija”, kuras ietvaros tiek konstatēti depresijas simptomi, taču to skaits nav pietiekams, lai diagnosticētu depresiju saskaņā ar SSK-10 vai DSM-IV.

Depresijas izplatība pēdējos 12 mēnešos Latvijas vispārējā populācijā veidoja 7,9%, un šie rādītāji ir nedaudz 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).

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā tika arī 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.

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā netika noteiktas 2 reizes augstākas izredzes depresijai vai “mazai depresijai” kādam no dzimumiem, kas atšķiras no ziņojumiem citās valstīs veiktajiem pētījumiem, kuros ir noskaidrots, ka depresija ir sastopama divas reizes biežāk sievietēm nekā vīriešiem. Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. gadā, 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 diagnostiska mērinstrumenta depresijas sadaļa. Turklāt, kādā no pētījumiem, kurā tika iekļautas 23 Eiropas valstis ar cilvēku populāciju vecumā 18 līdz 75 gadi, tika noteikts, ka depresijas sakarība ar dzimumu dažādās valstīs ir atšķirīga un ne vienmēr veido iepriekš noteikto sieviešu vīriešu attiecību 2:1. Mazāka depresijas attiecība abiem dzimumiem ir vērojama Īrijā, Slovākijā un Ziemeļvalstīs (Van de Velde et al., 2010). Arī kādā citā pētījumā, kurā tika noskaidrota depresijas izplatība vispārējā populācijā Dānijā, netika atrastas klasiskā dzimumu attiecība 2:1 (Ellervik et al., 2014). Jau 1967. gadā tika ziņots par vienlīdzīgu depresijas smagumu un simptomātiku gan sieviešu, gan vīriešu dzimumam (Hamilton, 1967). Ir jāatzīmē, ka viens no Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012. gadā trūkumiem bija fakts, ka depresijas un arī “mazās depresijas” pēdējos 12 mēnešos statusā varētu būt arī tā saucamā bipolārā depresija (depresijas epizode bipolāro afektīvo traucējumu ietvaros; SSK-10, F31), jo pētījuma laikā netika veikta unipolārās depresijas diferenciācija no bipolārās depresijas. Kā

zināms, depresijas bipolāro afektīvo traucējumu gadījumā vīriešu un sieviešu attiecības atšķirības vērotas netiek (Fountoulakis, 2015). Tā kā šis bija pirmais veiktais depresijas 12 mēnešu izplatības pētījums Latvijā, nav iespējams veikt nekādus salīdzinājumus ar kādiem citiem nacionāla līmeņa pētījumiem.

“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). Cilvēkiem ar hroniskām somatiskām saslimšanām “mazās depresijas” izplatība ir vēl augstāka. Cilvēkiem ar “mazo depresiju” ir augstāks risks šo simptomu attīstībai, līdz tiek sasniegti depresijai atbilstoši simptomi (Fogel et al., 2006). “Mazās depresijas” tāpat kā 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), un ir raksturīgs slikts savas veselības pašvērtējums (Lyness et al., 2006). Latvijā “mazā depresija” bija gandrīz divas reizes biežāk sastopama nekā citās valstīs. Viens no iespējamajiem skaidrojumiem ir veselības aprūpes sistēmas nepietiekams finansējums, kas savukārt varētu sekmēt nepietiekami labu veselības aprūpes kvalitāti un neapmierinātas medicīnisko pakalpojumu vajadzības. Kopējie izdevumi veselības aprūpē pēc pirktspējas paritātes (PPP) veidoja tikai 1188 ASV dolāru uz vienu cilvēku, kas atbilst 6% no iekšzemes kopprodukta (IKP) (WHO Regional Office for Europe, 2016). Latvija ir viena no Eiropas Savienības valstīm, kurā veselības aprūpē tiek ieguldīti vismazākie līdzekļi (Eurostat Statistical Database, 2016).

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā tika novērotas arī depresijas izplatības atšķirības dažādās vecuma grupās abiem dzimumiem, taču netika novērotas kādas noteiktas ar vecumu saistītas tendences. Novērojums par depresijas izplatības mazināšanos gados vecākiem respondentiem ir saskaņā ar attīstīto valstu pētījumiem (Kessler et al., 2010; Strine et al., 2008).

Iepriekš veiktie pētījumi Eiropā ir atainojuši depresijas saistību 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, salīdzinot ar tiem respondentiem, kam pēdējo 12 mēnešu laikā darba nespējas dienu skaits ir bijis mazāks vai nav bijis nemaz. Īslaicīga darba nespēja bija saistīta ar 1,5 reizes lielākām izredzēm “mazai depresijai”.

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā tika noskaidrota arī smēķēšanas statusa sakarība ar depresiju pēdējos 12 mēnešos. Populācijas pētījumos tabakas atkarība 40% līdz 60% biežāk sastopama cilvēkiem ar depresiju, salīdzinot

ar tiem, kam depresijas nav (Anda et al., 1990). Tabakas smēķēšana arī 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). Pētījumā par smēķēšanas izplatību un sekām Latvijā 2012. gadā tika noskaidrots, ka 34% Latvijas populācijas jeb 52% vīriešu un 18% sieviešu bija pastāvīgie smēķētāji, 4,5% iedzīvotāju bija gadījuma smēķētāji (Martinsone, 2013). Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā, 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

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012. gadā ietvaros analizējot Modeli 3, tika noskaidrots, ka vismaz vienas somatiskas slimības klātbūtne ir saistīta ar 2,3 reizes lielākām izredzēm depresijai pēdējos 12 mēnešos un 1,8 reizes lielākām izredzēm “mazai depresijai”. Trīs vai vairāku somatisku saslimšanu klātbūtne izredzes depresijai palielina 6,5 reizes un 3,5 reizes “mazai depresijai”. Modelis 4 atklāja, ka tieši trīs un vairāku somatisku stāvokļu klātbūtne sekmē augstākas izredzes gan depresijai, gan “mazai depresijai”, attiecīgi – 2,0 un 2,3 reizes. Par depresijas un somatisko slimību saistību ir ziņojuši vairāki autori (Evans et al., 2005; Patten et al., 2005; Verhaak et al., 2014). Depresijai ir atrasta sakarība ar tādām saslimšanām kā sirds-asinsvadu slimības (Abas et al., 2002), sirds mazspēja (Turvey et al., 2002), cukura diabēts (Fisher et al., 2012; Moussavi et al., 2007), nieru slimības (Lopes et al., 2002), hroniska obstruktīva plaušu slimība (Moussavi et al., 2007) un smadzeņu asinsrites traucējumi (Hackett et al., 2005). Turklāt, tiek ziņots, ka nediagnosticēta un neārstēta depresija būtiski pasliktina somatisko stāvokli un apgrūtina somatisko slimību ārstēšanu (Moussavi et al., 2007).

Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums 2012. gadā arī ataino depresijas sakarību ar somatiskām slimībām. Šajā 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 2012. gadā tika realizēts vispārējā populācijā. Ir jāpiemin, ka viens no šī pētījuma ierobežojošiem faktoriem ir pašu respondentu ziņotās somatiskās slimības, un tās nav verificētas dokumentāli. Arī respondentu psihiskās veselības stāvoklis varētu ietekmēt atbildes, ziņojot par somatiskām saslimšanām.

Pacientiem, kas cieš no jebkādiem psihiskiem traucējumiem, tiek novērotas biežākas vizītes dažādos veselības aprūpes dienestos. Zīmīgi, ka cilvēkiem ar depresiju vizītes pie dažādiem veselības aprūpes speciālistiem ar somatiskām sūdzībām tiek novērotas 2 reizes biežāk, salīdzinot ar cilvēkiem, kam nav depresija (Demers, 1995). Pētījumos ir noteikts, ka visbiežāk veselības aprūpes dienestus ar sūdzībām par somatisko veselības stāvokli apmeklē cilvēki ar smagām un ilgstošām depresijas epizodēm (Hämäläinen et al., 2004). Pēc autoru domām biežās vizītes pie ģimenes ārstiem vai citiem veselības aprūpes speciālistiem pacientiem ar depresiju varētu norādīt uz nepietiekami efektīvu veselības aprūpes dienestu darbu (Kessler et al., 2002).

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). Ir jāpiemin, ka Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012. gadā ietvaros netika noskaidroti iemesli, kādēļ respondents apmeklējis veselības aprūpes speciālistus.

4.3. Pētījumu, kuros tika noteikta depresijas izplatība Latvijas vispārējā populācijā 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 intervētājam neskaidru atbilžu gadījumos bija iespēja noskaidrot respondenta domas. Iegūtie dati ir attiecināmi uz Latvijas iedzīvotāju populāciju.

Ir jāatzīmē, ka veiktajā Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā un Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā 2012. gadā ir arī trūkumi.

Tā Latvijas iedzīvotāju aptaujā par atkarību izraisošo vielu lietošanu 2011. gadā tika novērots visai augsts nerespondentu īpatsvars, tomēr tas ir līdzīgs vai nedaudz augstāks salīdzinot ar citiem pētījumiem (Fryers et al., 2003; Kessler et al., 2007, EMCDDA, 2013). Lietderīgi atzīmēt, ka vairāki autori ir ziņojuši par ne-respondentu atšķirībām no respondentiem (Caetano et al., 2003; Korkeila et al., 2001). Turklāt šajā pētījumā nebija iespējams noteikt depresijas nozloglikso variantu, tas ir, nebija iespējams noteikt, vai tā ir endogēna, bipolāra vai organiska depresija. Tā kā šis bija šķērsgriezuma pētījums, nebija iespējams noteikt depresijas etioloģijas faktorus.

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. Šī pētījuma veikšanas laikā nebija iespējams iegūt informāciju par iepriekšējām depresijas epizodēm, turklāt diagnostiskā intervijā M.I.N.I. tika izmantots depresijas noteikšanas modulis un citi psihiski traucējumi netika noteikti. Ir jāņem vērā arī fakts, ka nerespondentu un respondentu raksturojums varētu būt atšķirīgs, un ir izvērtējams kā viens no pētījuma trūkumiem. 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.

Abu populācijas pētījumu rezultāti iezīmē noteiktas populācijas grupas, kam ir augstākas izredzes depresijai. Šīs iezīmes varētu tikt izmantotas medicīnas aprūpes dienestos, lai identificētu to cilvēku grupu, kam būtu lietderīgi veikt depresijas skrīningu. Ņemot vērā faktu, ka depresija sevišķi bieži ir sastopama ģimenes ārstu pacientu populācijā, depresijas skrīningu būtu lietderīgi veikt tieši primārās aprūpes līmenī.

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 praksē 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 praksē pacientu (Bunevicius et al., 2014). Jāpiebilst, ka

šajā pētījumā tika arī noteikts, ka psihiskie traucējumi primārā aprūpē ir ne tikai izplatīti, bet arī netiek atpazīti. Jāatzīmē, ka promocijas darba ietvaros tika veikts pilotpētījums, kuram sekoja 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. daudz plašāks pētījums, kura mērķis bija noteikt psihisko traucējumu izplatību pacientiem reprezentatīvā ģimenes ārstu praksē kopā Latvijā. Pētījumā, kas tika veikts 24 ģimenes ārstu praksēs, aptverot visus Latvijas novadus, kopumā 1485 pacienti bija aizpildījuši gan PHQ-9, gan arī tika intervēti ar M.I.N.I. (Rancans et al., 2016).

Esošas depresijas izplatība primārās aprūpes līmenī sniedzas no 5 līdz 10% (Katon and Schulberg, 1992). Viens no lielākajiem pētījumiem bija PVO sadarbības projekts, kurā tika iekļautas 15 valstis un kopumā vairāk kā 26 000 primārās aprūpes pacientu. Depresijas punkta prevalence veidoja 10,4% (Ustun, 1994). Dzīves laikā ar depresiju saskaras 17% cilvēku (Blazer et al., 1994). Citā pētījumā, kurā tika iekļautas sešas Eiropas valstis ir ziņots, ka depresija atbilstoši DSM-IV diagnostiskiem kritērijiem skar 13,9% sieviešu un 8,5% vīriešu, kas apmeklē ģimenes ārstu. Turklāt vīriešiem vecuma grupā 30–50 gadi un sievietēm vecuma grupā 18–30 gadi tika novērota visaugstākā depresijas izplatība (King et al., 2008).

Ir noskaidrots, ka sevišķi bieži cilvēki ar depresiju vēršas primārās aprūpes dienestos un ka primārās aprūpes līmenī depresija ir sevišķi bieži sastopama (Rucci et al., 2003). Latvijas nacionālā veselības dienesta dati rāda, ka 2013. gadā pie ģimenes ārstiem ir ārstējušies 4423 unikālie pacienti ar kādu no garastāvokļa 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. Arī citās valstīs depresija primārās aprūpes līmenī bieži vien netiek diagnosticēta (Burns et al., 2000). Lai arī šobrīd Latvijā ir iespējams saņemt kompensētos medikamentus F3 diagnozēm 50% zāļu iegādes kompensācijas sistēmas (ZIKS) ietvaros, pēc NVD pārskata datiem par 2013. gadu kopumā no 54 975 pacientiem ar F3 un F4 diagnozēm, ZIKS mērķtiecīgu F3 diagnozei kompensētu medikamentozu terapiju saņēma tikai 3833 pacienti, savukārt uzrādītais ārstēto pacientu skaits ar depresiju ģimenes ārstiem un psihiatriem 2013.gadā bija 8233 (NVD, 2013). Šie dati norāda uz divām būtiskām tendencēm. Pirmkārt, vairākums no tiem, kas meklē medicīnisku palīdzību nonāk ģimenes ārstu aprūpē, otrkārt, vairākums pacientu ar depresīviem traucējumiem nesaņem adekvātu ārstēšanu.

Ir noskaidrots, ka depresijas ārstēšanas efektivitāte primārās medicīnas aprūpes iestādēs ir atkarīga no trim galvenajiem posmiem: pastāvošās aprūpes sistēmas, ģimenes ārsta kompetences un pacienta sadarbības – šie trīs faktori galvenokārt ietekmē arī ārsta iespējās atpazīt un vadīt depresijas ārstēšanu (Baik et al., 2013). Tika ziņots, ka Lielbritānijā depresīvi traucējumi netiek atpazīti apmēram 50% pacientiem ģimenes ārstu praksēs (Dowrick and Buchan, 1995). Citā pētījumā konstatēts, ka vispārējās prakses ārsti diagnostiskā jutība depresijas diagnosticēšanai ir 47,3%, savukārt specifiskums depresijas atpazīšanai vispārējā praksē ir 81.3% (Chen et al., 2010). Tas liecina, ka, uzlabojot depresijas atpazīšanu ģimenes ārstu praksēs, tiktu veiksmīgāk atrisināts jautājums par tālāku ārstēšanu.

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

Depresijas skrīninga instrumentu ieviešana ģimenes ārstu praksēs varētu palīdzēt atvieglot un uzlabot depresijas diagnosticēšanu. Līdz nesenam laikam Latvijā nebija pieejami validēti depresijas skrīninga instrumenti, kas būtu pielietojami ģimenes ārstu praksēs. Rietumeiropas valstīs ir veikts daudz pētījumu, kuros tiek secināts, ka PHQ-9 ir piemērots depresijas skrīninga instruments primārā aprūpē, tai pat laikā trūkst publicētu pētījumu par šī mērinstrumenta validitāti gan Austrumeiropas valstīs, gan arī Baltijas valstīs. Līdz ar to Latvijā šis bija pirmais veiktais pētījums, kura ietvaros tika noteikti depresijas skrīninga instrumenta PHQ-9 parametri primārā aprūpē.

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 skala primāri tika izveidota izmantošanai primārā aprūpē, kā arī depresijas simptomu smaguma noteikšanai (Spitzer, 1999). Izmantojot PHQ-9, ģimenes ārsti varētu ne tikai noteikt depresijas esamību un tās smaguma pakāpi, bet arī monitorēt simptomu dinamiku pēc ārstēšanas uzsākšanas (Löwe et al., 2004a). PHQ-9 aizpildīšana aizņem dažas minūtes, līdz ar to PHQ-9 varētu būt ērts instruments ģimenes ārsta ikdienas darbā, ņemot vērā faktu, ka ģimenes ārsti viena pacienta konsultācijai velta 15 min vai mazāk (pilnas slodzes ģimenes ārstam ir reģistrēti vairāk kā 1800 pacienti) – jo vairāk reģistrēto pacientu, jo īsāks šis konsultācijas laiks var būt.

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 metaanalīzēm (Wittkamp et al., 2009). Šī punktu summa uzrādīja arī labu jutības un specifiskuma kombināciju. 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%TI 63–82) līdz 96% (95%TI 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, nospiešības 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).

Veiktajā pilotpētījumā primārās aprūpes pacientu kopā Latvijā PHQ-9 nebija salīdzināta ar kādiem citiem depresijas mērinstrumentiem, līdz ar to nav zināms, vai šis mērinstruments ir pārāks vai vājāks par citiem. Pētījumos, kur tika iekļauti ģimenes ārstu pacienti, bija noskaidrots, ka PHQ-9 kā depresijas diagnostiskais instruments ir līdzvērtīgs ar citām plaši izmantojamām skalām, piemēram, ar HADS-D (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Hansson et al., 2009; Löwe et al., 2004b). Lai gan pētījumos ir noteiktas šo mērinstrumentu depresijas smaguma pakāpes noteikšanas atšķirības (Cameron et al., 2011; Hansson et al., 2009; Reddy et al., 2010). Vairākos pētījumos ir ziņots, ka PHQ-9 ir labākas īpašības depresijas noteikšanā, nevis tās smaguma pakāpes diferencēšanā (Gilbody et al., 2007; Kroenke et al., 2010; Löwe et al., 2004a; Löwe et al., 2004b; Wittkamp et al., 2007).

4.5.1. Depresijas izplatības pacientu kopā primārā aprūpē un PHQ-9 validācijas pētījuma trūkumi

Valsts pētījumu programmas “Biomedicīna sabiedrības veselībai (BIOMEDICINE)” 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 uzlabošanos 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 slikts 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 praksē 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. Abas, M., Hotopf, M., Prince, M., 2002. Depression and mortality in a high-risk population. 11-Year follow-up of the Medical Research Council Elderly Hypertension Trial. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 181, 123–128.
2. Abkevich, V., Camp, N.J., Hensel, C.H., Neff, C.D., Russell, D.L., Hughes, D.C., Plenk, A.M., Lowry, M.R., Richards, R.L., Carter, C., Frech, G.C., Stone, S., Rowe, K., Chau, C.A., Cortado, K., Hunt, A., Luce, K., O'Neil, G., Poarch, J., Potter, J., Poulsen, G.H., Saxton, H., Bernat-Sestak, M., Thompson, V., Gutin, A., Skolnick, M.H., Shattuck, D., Cannon-Albright, L., 2003. Predisposition locus for major depression at chromosome 12q22-12q23.2. *American Journal Of Human Genetics*. 73, 1271–1281.
3. 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.
4. American Association for Public Opinion Research. <https://www.aapor.org/Education-Resources/For-Researchers/Poll-Survey-FAQ/Response-Rates-An-Overview.aspx>. Accessed 2017.
5. Amsterdam, J.D., Fava, M., Maislin, G., Rosenbaum, J., Hornig-Rohan, M., 1996. TRH stimulation test as a predictor of acute and long-term antidepressant response in major depression. *Journal Of Affective Disorders*. 38, 165–172.
6. Anand, A., Li, Y., Wang, Y., Wu, J., Gao, S., Bukhari, L., Mathews, V.P., Kalnin, A., Lowe, M.J., 2005. Activity and connectivity of brain mood regulating circuit in depression: a functional magnetic resonance study. *Biological Psychiatry*. 57, 1079–1088.
7. Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A., Remington, P.L., 1990. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA*. 264, 1541–1545.
8. Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R.C., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T.B., Wittchen, H.-U., 2003. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*. 12, 3–21.
9. 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.
10. Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I., 2004. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal Of Public Health*. 94, 82–88.
11. Backenstrass, M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C., Kronmüller, K.-T., 2006. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Comprehensive Psychiatry*. 47, 35–41.
12. Bagby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R., Marshall, M.B., 2004. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *The American Journal Of Psychiatry*. 161, 2163–2177.
13. Baik, S.-Y., Crabtree, B., Gonzales, J., 2013. Primary Care Clinicians' Recognition and Management of Depression: A Model of Depression Care in Real-World Primary Care Practice. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*. 28, 1430–1439.
14. Banazak, D.A., 2000. Minor depression in primary care. *The Journal Of The American Osteopathic Association*. 100, 783–787.

15. Barlinn, K., Kepplinger, J., Puetz, V., Illigens, B.M., Bodechtel, U., Siepmann, T., 2014. Exploring the risk-factor association between depression and incident stroke: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*. 11, 1–14.
16. Baxter, A.J., Scott, K.M., Ferrari, A.J., Norman, R.E., Vos, T., Whiteford, H.A., 2014. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression And Anxiety*. 31, 506–516.
17. Bebbington, P., Dunn, G., Jenkins, R., Lewis, G., Brugha, T., Farrell, M., Meltzer, H., 2003. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*. 15, 74–83.
18. Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W., 1996. Comparison of Beck Depression Inventories - IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 67, 588–597.
19. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 4, 561–571.
20. Beekman, A.T., Deeg, D.J., van Tilburg, T., Smit, J.H., Hooijer, C., van Tilburg, W., 1995. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal Of Affective Disorders*. 36, 65–75.
21. Beekman, A.T.F., Geerlings, S.W., Deeg, D.J.H., Smit, J.H., Schoevers, R.S., de Beurs, E., Braam, A.W., Penninx, B.W.J.H., van Tilburg, W., 2002. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Archives Of General Psychiatry*. 59, 605–611.
22. Berton, O., Nestler, E.J., 2006. New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines. *Nature Reviews. Neuroscience*. 7, 137–151.
23. Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A.A., Tell, G.S., Tambs, K., 2008. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine (1982)*. 66, 1334–1345.
24. Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M.S., 1994. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *The American Journal Of Psychiatry*. 151, 979–986.
25. Bobak, M., Pikhart, H., Pajak, A., Kubinova, R., Malyutina, S., Sebakova, H., Topor-Madry, R., Nikitin, Y., Marmot, M., 2006. Depressive symptoms in urban population samples in Russia, Poland and the Czech Republic. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 188, 359–365.
26. Boden, J.M., Fergusson, D.M., 2011. Alcohol and depression. *Addiction*. 106, 906–914.
27. 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.
28. Boutayeb, A., Boutayeb, S., 2005. The burden of non communicable diseases in developing countries. *International Journal for Equity in Health*. 4, 2–8.
29. Broadhead, W.E., Blazer, D.G., George, L.K., Tse, C.K., 1990. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 264, 2524–2528.
30. Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A.N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.-P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M.E.M., Browne, M.O., Posada-Villa, J., Viana, M.C., Williams, D.R., Kessler, R.C., 2011. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 9, 90.

31. Brown, D.W., Balluz, L.S., Ford, E.S., Giles, W.H., Strine, T.W., Moriarty, D.G., Croft, J.B., Mokdad, A.H., 2003. Associations between short- and long-term unemployment and frequent mental distress among a national sample of men and women. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*. 45, 1159–1166.
32. Bulloch, A., Lavorato, D., Williams, J., Patten, S., 2012. Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence. *Depression And Anxiety*. 29, 1058–1064.
33. Bulloch, A.G., Williams, J.V., Lavorato, D.H., Patten, S.B., 2009. The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depression And Anxiety*. 26, 1172–1177.
34. 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.
35. Burns, B.J., Ryan Wagner, H., Gaynes, B.N., Wells, K.B., Schulberg, H.C., 2000. General medical and specialty mental health service use for major depression. *International Journal Of Psychiatry In Medicine*. 30, 127–143.
36. Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., McGrath, C., 2003. Characteristics of non-respondents in a US national longitudinal survey on drinking and intimate partner violence. *Addiction (Abingdon, England)*. 98, 791–797.
37. Cameron, I.M., Cardy, A., Crawford, J.R., du Toit, S.W., Hay, S., Lawton, K., Mitchell, K., Sharma, S., Shivaprasad, S., Winning, S., Reid, I.C., 2011. Measuring depression severity in general practice: discriminatory performance of the PHQ-9, HADS-D, and BDI-II. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*. 61, e419–e426.
38. Cameron, I.M., Crawford, J.R., Lawton, K., Reid, I.C., 2008. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*. 58, 32–36.
39. Camp, N.J., Lowry, M.R., Richards, R.L., Plenk, A.M., Carter, C., Hensel, C.H., Abkevich, V., Skolnick, M.H., Shattuck, D., Rowe, K.G., Hughes, D.C., Cannon-Albright, L.A., 2005. Genome-wide linkage analyses of extended Utah pedigrees identifies loci that influence recurrent, early-onset major depression and anxiety disorders. *American Journal Of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication Of The International Society Of Psychiatric Genetics*. 135B, 85–93.
40. Campion, J., Bhugra, D., Bailey, S., Marmot, M., 2013. Inequality and mental disorders: opportunities for action. *Lancet (London, England)*. 382, 183–184.
41. Central Statistical Bureau of Latvia.
http://www.csb.gov.lv/sites/default/files/skoleniem/iedzivotaji/etniskais_sastavs.pdf.
Accessed Nowember 2017.
42. Chen, S.-Y., Hansen, R.A., Gaynes, B.N., Farley, J.F., Morrissey, J.P., Maciejewski, M.L., 2010. Guideline-concordant antidepressant use among patients with major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*. 32, 360–367.
43. Courtet, P., Baud, P., Abbar, M., Boulenger, J.P., Castelnaud, D., Mouthon, D., Malafosse, A., Buresi, C., 2001. Association between violent suicidal behavior and the low activity allele of the serotonin transporter gene. *Molecular Psychiatry*. 6, 338.
44. Coyne, J.C., Fechner-Bates, S., Schwenk, T.L., 1994. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*. 16, 267–276.
45. Cuijpers, P., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., 2004. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal Of Affective Disorders*. 79, 71–79.

46. Cuijpers, P., Smit, F., 2002. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal Of Affective Disorders*. 72, 227–236.
47. Cuijpers, P., Smit, F., van Straten, A., 2007. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 115, 434–441.
48. Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., Penninx, B.W., 2014. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *The American Journal Of Psychiatry*. 171, 453–462.
49. De Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., van Dorsselaer, S., 2012. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 47, 203–213.
50. de Man-van Ginkel, J.M., Gooskens, F., Schepers, V.P.M., Schuurmans, M.J., Lindeman, E., Hafsteinsdóttir, T.B., 2012. Screening for poststroke depression using the patient health questionnaire. *Nursing Research*. 61, 333–341.
51. De Oliveira, G., Cianelli, R., Gattamorta, K., Kowalski, N., Peragallo, N., 2017. Social Determinants of Depression Among Hispanic Women. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*. 23, 28–36.
52. Demers, M., 1995. Frequent users of ambulatory health care in Quebec: the case of doctor-shoppers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*. 153, 37–42.
53. Dhar, A.K., Barton, D.A., 2016. Depression and the Link with Cardiovascular Disease. *Frontiers In Psychiatry*. 7, 3–33.
54. DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W., 2000. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives Of Internal Medicine*. 160, 2101–2107.
55. Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., 1974. Psychiatric disorders in urban settings. 2nd edition In: *Caplan, G. (Ed.), American Handbook of Psychiatry, Volume II. Basic Books, New York*.
56. Donkin, A., Roberts, J., Tedstone, A., Marmot, M., 2014. Family socio-economic status and young children's outcomes. *Journal of Children's Services*. 9, 83–95.
57. Dowrick, C., Buchan, I., 1995. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 311, 1274–1276.
58. DSM-5, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. *DSM-5 American Psychiatric Association*.
59. Dworkin, S.F., Von Korff, M., LeResche, L., 1990. Multiple pains and psychiatric disturbance. An epidemiologic investigation. *Archives Of General Psychiatry*. 47, 239–244.
60. Egede, L.E., 2007. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*. 29, 409–416.
61. Ellervik, C., Kvetny, J., Christensen, K.S., Vestergaard, M., Bech, P., 2014. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 68, 507–512.
62. Employment and Social Developments in Europe 2011. European Union, 2012. http://ec.europa.eu/employment_social/esde/2011.
63. Engelhardt, N., Feiger, A.D., Cogger, K.O., Sikich, D., DeBrot, D.J., Lipsitz, J.D., Kobak, K.A., Evans, K.R., Potter, W.Z., 2006. Rating the raters: assessing the quality of Hamilton rating scale for depression clinical interviews in two industry-sponsored clinical drug trials. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*. 26, 71–74.
64. ESOMAR International Code on Market and Social Research, 2015. <https://www.esomar.org/>.

65. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Data: statistical bulletin 2013. Available online. <http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:stats13/gpstab121>
66. Eurostat statistical database, 2016. <http://ec.europa.eu/eurostat/portal/page/portal/eurostat/home>.
67. Evans, D.L., Charney, D.S., Lewis, L., Golden, R.N., Gorman, J.M., Krishnan, K.R.R., Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Carney, R.M., Coyne, J.C., Delong, M.R., Frasure-Smith, N., Glassman, A.H., Gold, P.W., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R.L., Kanner, A.M., Katon, W.J., Kaufmann, P.G., Keefe, F.J., Ketter, T., Laughren, T.P., Leserman, J., Lyketsos, C.G., McDonald, W.M., McEwen, B.S., Miller, A.H., Musselman, D., O'Connor, C., Petitto, J.M., Pollock, B.G., Robinson, R.G., Roose, S.P., Rowland, J., Sheline, Y., Sheps, D.S., Simon, G., Spiegel, D., Stunkard, A., Sunderland, T., Tibbits, P., Jr., Valvo, W.J., 2005. *Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biological Psychiatry*. 58, 175–189.
68. 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.
69. Fisher, E.B., Chan, J.C.N., Nan, H., Sartorius, N., Oldenburg, B., 2012. Co-occurrence of diabetes and depression: conceptual considerations for an emerging global health challenge. *Journal Of Affective Disorders*. 142 Suppl, S56–S66.
70. Fogel, J., Eaton, W.W., Ford, D.E., 2006. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113, 36–43.
71. Fountoulakis, K., N., 2015. *Bipolar Disorder: An Evidence-Based Guide to Manic Depression Springer-Verlag, Berlin Heidelberg*.
72. 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.
73. Gaziano, C., 2005. COMPARATIVE ANALYSIS OF WITHIN-HOUSEHOLD RESPONDENT SELECTION TECHNIQUES. *Public Opinion Quarterly*. 69, 124–157.
74. Gelaye, B., Williams, M.A., Lemma, S., Deyessa, N., Bahretibeb, Y., Shibire, 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.
75. Gil-Ad, I., Topper, E., Laron, Z., 1979. Oral clonidine as a growth hormone stimulation test. *Lancet (London, England)*. 2, 278–279.
76. 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.
77. 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.
78. González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J., Bauermeister, J., 2005. Examining minor and major depression in adolescents. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*. 46, 888–899.
79. Greco, T., Eckert, G., Kroenke, K., 2004. The outcome of physical symptoms with treatment of depression. *Journal Of General Internal Medicine*. 19, 813–818.
80. 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., Jenum, 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.

81. Hackett, M.L., Yapa, C., Parag, V., Anderson, C.S., 2005. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke; A Journal Of Cerebral Circulation*. 36, 1330–1340.
82. Haddad, M., Walters, P., Phillips, R., Tsakok, J., Williams, P., Mann, A., Tylee, A., 2013. Detecting Depression in Patients with Coronary Heart Disease: a Diagnostic Evaluation of the PHQ-9 and HADS-D in Primary Care, Findings From the UPBEAT-UK Study. *PLoS ONE*. 8, 1–1.
83. 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.
84. Hämäläinen, J., Poikolainen, K., Isometsä, E., Kaprio, J., Heikkinen, M., Lindeman, S., Aro, H., 2005. Major depressive episode related to long unemployment and frequent alcohol intoxication. *Nordic Journal Of Psychiatry*. 59, 486–491.
85. Hamilton, M., 1960. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 23, 56–62.
86. Hamilton, M., 1967. Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal Of Social And Clinical Psychology*. 6, 278–296.
87. Hammarström, A., Virtanen, P., Janlert, U., 2011. Are the health consequences of temporary employment worse among low educated than among high educated? *European Journal Of Public Health*. 21, 756–761.
88. Hansson, M., Chotai, J., Nordström, A., Bodlund, O., 2009. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*. 59, e283–e288.
89. Harpham, T., 1994. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Social Science & Medicine (1982)*. 39, 233–245.
90. Hayes, P.E., Ettigi, P., 1983. Dexamethasone suppression test in diagnosis of depressive illness. *Clinical Pharmacology*. 2, 538–545.
91. 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.
92. 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.
93. Heninger, G.R., Delgado, P.L., Charney, D.S., 1996. The revised monoamine theory of depression: a modulatory role for monoamines, based on new findings from monoamine depletion experiments in humans. *Pharmacopsychiatry*. 29, 2–11.
94. 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.
95. Hinrikus, H., Suhhova, A., Bachmann, M., Aadamsoo, K., Vöhma, U., Pehlak, H., Lass, J., 2010. Spectral features of EEG in depression. *Biomedizinische Technik. Biomedical Engineering*. 55, 155–161.
96. Hirschfeld, R.M.A., 2001. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion To The Journal Of Clinical Psychiatry*. 3, 244–254.
97. Holmans, P., Zubenko, G.S., Crowe, R.R., DePaulo, J.R., Jr., Scheftner, W.A., Weissman, M.M., Zubenko, W.N., Boutelle, S., Murphy-Eberenz, K., MacKinnon, D., McInnis, M.G., Marta, D.H., Adams, P., Knowles, J.A., Gladis, M., Thomas, J., Chellis, J., Miller, E., Levinson, D.F., 2004.

- Genomewide significant linkage to recurrent, early-onset major depressive disorder on chromosome 15q. *American Journal Of Human Genetics*. 74, 1154–1167.
98. Holmsopple, J.Q., 1940. MENTAL DISORDERS IN URBAN AREAS. *Character & Personality*. 8, 344–346.
 99. 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.
 100. ICD-10, 1993. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization. Geneva.
 101. Joffres, M., Jaramillo, A., Dickinson, J., Lewin, G., Pottie, K., Shaw, E., Connor Gorber, S., Tonelli, M., 2013. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*. 185, 775–782.
 102. 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.
 103. 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.
 104. Judd, L.L., Akiskal, H.S., 2002. The clinical and public health relevance of current research on subthreshold depressive symptoms to elderly patients. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry: Official Journal Of The American Association For Geriatric Psychiatry*. 10, 233–238.
 105. 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.
 106. Katon, W., Schulberg, H., 1992. Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*. 14, 237–247.
 107. Kessler, D., Bennewith, O., Lewis, G., Sharp, D., 2002. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 325, 1016–1017.
 108. 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.
 109. 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.
 110. 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.
 111. 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.
 112. 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.

113. Kessler, R.C., Wittchen, H.-U., Abelson, J.M., McGonagle, K., Schwarz, N., Kendler, K.S., Knauper, B., Zhao, S., 1998. Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 7, 33–55.
114. Kessler, R.C., Zhao, S., Blazer, D.G., Swartz, M., 1997. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal Of Affective Disorders*. 45, 19–30.
115. Khamseh, M.E., Baradaran, H.R., Javanbakht, A., Mirghorbani, M., Yadollahi, Z., Malek, M., 2011. Comparison of the CES-D and PHQ-9 depression scales in people with type 2 diabetes in Tehran, Iran. *BMC Psychiatry*. 11, 61–61.
116. Kiecolt-Glaser, J.K., Newton, T.L., 2001. Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*. 127, 472–503.
117. King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellón-Saameño, J.A., Moreno, B., Svab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaroos, H.-I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M.I., Xavier, M., de Almeida, M.C., Correa, B., Torres-Gonzalez, F., 2008. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 192, 362–367.
118. Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., Dworkind, M., Yaffe, M.J., 1993. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *The American Journal Of Psychiatry*. 150, 734–741.
119. Kish, L., 1949. A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *Journal of the American Statistical Association*. 44, 380–387.
120. 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.
121. Kļaviņa, S., 2011. Psihoemocionālo, diagnosticēto un subjektīvo veselības traucējumu saistības ar darba kavējumiem un nespēju veikt savus ikdienas pienākumus, RSU Sabiedrības veselības fakultāte. Maģistra darbs. Npublicēti dati.
122. 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.
123. 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.
124. 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.
125. Kolchakova, P.Y., Akabaliev, V.H., 2003. A study of the effect of age on depressivity in Bulgarian urban population. *Folia Medica*. 45, 11–15.
126. Korkeila, K., Suominen, S., Ahvenainen, J., Ojanlatva, A., Rautava, P., Helenius, H., Koskenvuo, M., 2001. Non-response and related factors in a nation-wide health survey. *European Journal Of Epidemiology*. 17, 991–999.
127. 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.
128. 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.
129. Kupfer, D.J., 1991. Long-term treatment of depression. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 52 Suppl, 28–34.

130. Larson, S.L., Owens, P.L., Ford, D., Eaton, W., 2001. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Stroke*. 32, 1979–1983.
131. Lawrence, D., Kisely, S., 2010. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal Of Psychopharmacology (Oxford, England)*. 24, 61–68.
132. 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.
133. Lee, B.X., Marotta, P.L., Blay-Tofey, M., Wang, W., de Bourmont, S., 2014. Economic correlates of violent death rates in forty countries, 1962–2008: A cross-typological analysis. *Aggression And Violent Behavior*. 19, 729–737.
134. Leff, M.S., Vrublevska, J., Lüse, A., Rancāns, E., 2017. Latvian family physicians' experience diagnosing depression in somatically presenting depression patients: A qualitative study. *The European Journal Of General Practice*. 23, 91–97.
135. Leonard, B.E., 2010. The concept of depression as a dysfunction of the immune system. 6, 205–212.
136. Lépine, J.-P., Briley, M., 2011. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*. 7, 3–7.
137. Lichtman, J.H., Froelicher, E.S., Blumenthal, J.A., Carney, R.M., Doering, L.V., Frasure-Smith, N., Freedland, K.E., Jaffe, A.S., Leifheit-Limson, E.C., Sheps, D.S., Vaccarino, V., Wulsin, L., 2014. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 129, 1350–1369.
138. Lohoff, F.W., 2010. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current Psychiatry Reports*. 12, 539–546.
139. Lopes, A.A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C., Piera, L., Held, P., Gillespie, B., Port, F.K., 2002. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International*. 62, 199–207.
140. Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Ansseau, M., 2003. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal Of Epidemiology*. 157, 98–112.
141. Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., Gräfe, K., 2004a. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal Of Affective Disorders*. 81, 61–66.
142. Löwe, B., Spitzer, R.L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, C., Witte, S., Herzog, W., 2004b. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal Of Affective Disorders*. 78, 131–140.
143. Lyness, J.M., Moonseong, H., Datto, C.J., Have, T.R.T., Katz, I.R., Drayer, R., Reynolds Iii, C.F., Alexopoulos, G.S., Bruce, M.L., 2006. Outcomes of Minor and Subsyndromal Depression among Elderly Patients in Primary Care Settings. *Annals of Internal Medicine*. 144, 496–W484.
144. Maj, M., 2005. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems? *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 186, 182–184.
145. 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.
146. Mapi, 2018. <https://mapigroup.com/services/language-services/> Accessed November 2017.
147. Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., Braehler, E., 2006. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*. 28, 71–77.

148. Martinsons, U., Pelne, A., 2013. SMĒKĒŠANAS IZPLATĪBA UN SEKAS LATVIJĀ 2012. GADĀ. Tematiskais ziņojums. (Prevalence of smoking and related consequences in Latvia in 2012. *Thematic report*). *Slimību profilakses un kontroles centrs*. Rīga.
149. McGuffin, P., Knight, J., Breen, G., Brewster, S., Boyd, P.R., Craddock, N., Gill, M., Korszun, A., Maier, W., Middleton, L., Mors, O., Owen, M.J., Perry, J., Preisig, M., Reich, T., Rice, J., Rietschel, M., Jones, L., Sham, P., Farmer, A.E., 2005. Whole genome linkage scan of recurrent depressive disorder from the depression network study. *Human Molecular Genetics*. 14, 3337–3345.
150. McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A.J., 2005. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *The Journal Of Applied Psychology*. 90, 53–76.
151. 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.
152. Milette, K., Hudson, M., Baron, M., Thombs, B.D., 2010. Comparison of the PHQ-9 and CES-D depression scales in systemic sclerosis: internal consistency reliability, convergent validity and clinical correlates. *Rheumatology (Oxford, England)*. 49, 789–796.
153. Montgomery, S.A., Asberg, M., 1979. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 134, 382–389.
154. 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.
155. Murray, C.J.L., Lopez, A.D., 1996. *The Global Burden of Disease*, Boston: Harvard University Press.
156. Muzet, A., 2005. Alteration of sleep microstructure in psychiatric disorders. *Dialogues In Clinical Neuroscience*. 7, 315–321.
157. 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.
158. Niedhammer, I., Lesuffleur, T., Coutrot, T., Chastang, J.-F., 2016. Contribution of working conditions to occupational inequalities in depressive symptoms: results from the national French SUMER survey. *International Archives Of Occupational And Environmental Health*. 89, 1025–1037.
159. 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*.
160. 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.
161. Pabayo, R., Dunn, E.C., Gilman, S.E., Kawachi, I., Molnar, B.E., 2016. Income inequality within urban settings and depressive symptoms among adolescents. *Journal Of Epidemiology And Community Health*. 70, 997–1003.
162. 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.
163. 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.
164. Patten, S.B., Beck, C.A., Kassam, A., Williams, J.V.A., Barbui, C., Metz, L.M., 2005. Long-Term Medical Conditions and Major Depression: Strength of Association for Specific Conditions in the General Population. *Canadian Journal of Psychiatry*. 50, 195–202.

165. Patten, S.B., Wang, J.L., Williams, J.V.A., Currie, S., Beck, C.A., Maxwell, C.J., El-Guebaly, N., 2006. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*. 51, 84–90.
166. Patten, S.B., 2010. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 55, 113–114.
167. 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.
168. Picciotto, M.R., Lewis, A.S., van Schalkwyk, G.I., Mineur, Y.S., 2015. Mood and anxiety regulation by nicotinic acetylcholine receptors: A potential pathway to modulate aggression and related behavioral states. *Neuropharmacology*. 96, 235–243.
169. 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.
170. Pincus, H.A., Davis, W.W., McQueen, L.E., 1999. 'Subthreshold' mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 174, 288–296.
171. 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.
172. Pogosova, N., Saner, H., Pedersen, S.S., Cupples, M.E., McGee, H., Höfer, S., Doyle, F., Schmid, J.-P., von Känel, R., 2015. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *European Journal Of Preventive Cardiology*. 22, 1290–1306.
173. Prus, S.G., 2011. Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Social Science & Medicine (1982)*. 73, 50–59.
174. 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)*.
175. Pulmanis, T., Pelne, A., Taube, M., 2012. *Psihiskā veselība Latvijā 2011. gadā. Tematiskais ziņojums*.
176. Pulmanis, T., Pelne, A., Taube, M., 2014a. *Mental Health in Latvia in 2013: A Thematic Report*.
177. 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*.
178. Pulmanis, T., Taube, M., Pelne, A., 2011. *Garīgā veselība Latvijā 2010. gadā. Tematiskais ziņojums*, 12–50.
179. 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.
180. Radloff, L., 1977. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*. 1, 385–401.
181. Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J., Araya, R., 2013. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. 202, 195–203.
182. 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.

183. 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*.
184. Rapaport, M.H., Judd, L.L., Schettler, P.J., Yonkers, K.A., Thase, M.E., Kupfer, D.J., Frank, E., Plewes, J.M., Tollefson, G.D., Rush, A.J., 2002. A descriptive analysis of minor depression. *The American Journal Of Psychiatry*. 159, 637–643.
185. Reddy, P., Philpot, B., Ford, D., Dunbar, J.A., 2010. Identification of depression in diabetes: the efficacy of PHQ-9 and HADS-D. *The British Journal Of General Practice: The Journal Of The Royal College Of General Practitioners*. 60, e239–e245.
186. 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.
187. 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*.
188. Richards, M., Hardy, R., Wadsworth, M., 1997. The effects of divorce and separation on mental health in a national UK birth cohort. *Psychological Medicine*. 27, 1121–1128.
189. Rief, W., Nanke, A., Klaiberg, A., Braehler, E., 2004. Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *Journal Of Affective Disorders*. 82, 271–276.
190. 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.
191. 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.
192. 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.
193. Rive, M.M., van Rooijen, G., Veltman, D.J., Phillips, M.L., Schene, A.H., Ruhé, H.G., 2013. Neural correlates of dysfunctional emotion regulation in major depressive disorder. A systematic review of neuroimaging studies. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*. 37, 2529–2553.
194. Rizvi, S.J., Kennedy, S.H., 2012. Emerging drugs for major depressive disorder: an update. *Expert Opinion On Emerging Drugs*. 17, 285–294.
195. Robles, T.F., Kiecolt-Glaser, J.K., 2003. The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior*. 79, 409–416.
196. Romans, S., Cohen, M., Forte, T., 2011. Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 46, 567–575.
197. Rotermann, M., 2007. Marital breakdown and subsequent depression. *Health Reports*. 18, 33–44.
198. Rouillard, C., Bovetto, S., Gervais, J., Richard, D., 1996. Fenfluramine-induced activation of the immediate-early gene c-fos in the striatum: possible interaction between serotonin and dopamine. *Brain Research. Molecular Brain Research*. 37, 105–115.
199. Rucci, P., Gherardi, S., Tansella, M., Piccinelli, M., Berardi, D., Bisoffi, G., Corsino, M.A., Pini, S., 2003. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*. 76, 171.
200. Rudisch, B., Nemeroff, C.B., 2003. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry*. 54, 227–240.

201. Rungule, I., Koroļeva, I., Trapenciēre, I., Pranka, M., 2007. Reasons and term of unemployment and social exclusion, EU Structural Funds project, National Programme 'Labor Market Researches', researches of Ministry of Welfare (Bezdarba un sociālās atstumtības iemesli un ilgums, ES Struktūrfondu nacionālās programmas 'Darba tirgus pētījumi' projekts 'Labklājības Ministrijas pētījumi'). Nr.VBD1/ESF/NVA/04/NP/3.1.5.1/0001/0003. R.: ESF, LU FSI, BICEPS.
202. Samet, S., Waxman, R., Hatzenbuehler, M., Hasin, D.S., 2007. Assessing addiction: concepts and instruments. *Addiction Science & Clinical Practice*. 4, 19–31.
203. 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.
204. 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.
205. Shidhaye, R., Gangale, S., Patel, V., 2016. Prevalence and treatment coverage for depression: a population-based survey in Vidarbha, India. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 51, 993–1003.
206. Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., Ormel, J., 1999. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal Of Medicine*. 341, 1329–1335.
207. Snikere, S., Trapenciēris, 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.).
208. Spitzer, R.L., Kroemke, K., Williams, J.B., 1999. Validation and utility of self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient health Questionnaire. *JAMA*. 282, 1737–1744.
209. 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.
210. 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.
211. Sullivan, L.E., Fiellin, D.A., O'Connor, P.G., 2005. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *The American Journal Of Medicine*. 118, 330–341.
212. 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.
213. 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.
214. Taube, M., Rancāns, E., Pulmanis, T., Vrubļevska, J., 2011. Neirožu un depresijas pacientu aprūpe ģimenes ārstu praksēs. *RSU Zinātniskā konference*. Tēzes 69.
215. Tērauds, E., 2008. Psihiatrisko traucējumu izplatība, diagnostika un ārstēšanas problēmas ģimenes ārsta praksē Latvijā 2007./2008. gadā. 2008. gada RSU zinātnisko rakstu krājums, 55–59.
216. Thaipisuttikul, P., Ittasakul, P., Waleeprakhon, P., Wisajun, P., Jullagate, S., 2014. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*. 10, 2097–2103.

217. The World Bank. <http://datatopics.worldbank.org/gender/country/latvia>. Accessed 2017.
218. Thomas, C., Benzeval, M., Stansfeld, S., 2007. Psychological distress after employment transitions: the role of subjective financial position as a mediator. *Journal Of Epidemiology And Community Health*. 61, 48–52.
219. Thomas, C., Benzeval, M., Stansfeld, S.A., 2005. Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal Of Epidemiology And Community Health*. 59, 243–249.
220. Thombs, B.D., Bass, E.B., Ford, D.E., Stewart, K.J., Tsilidis, K.K., Patel, U., Fauerbach, J.A., Bush, D.E., Ziegelstein, R.C., 2006. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal Of General Internal Medicine*. 21, 30–38.
221. Thompson, C., Kinmonth, A.L., Stevens, L., Peveler, R.C., Stevens, A., Ostler, K.J., Pickering, R.M., Baker, N.G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D., Campbell, M.J., 2000. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. 355, 185–191.
222. 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.
223. Topp, C.W., Østergaard, S.D., Søndergaard, S., Bech, P., 2015. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 84, 167–176.
224. Turvey, C.L., Schultz, K., Arndt, S., Wallace, R.B., Herzog, R., 2002. Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms in a Community Sample of People Suffering from Heart Failure. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50, 2003–2008.
225. Tylee, A., Gandhi, P., 2005. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary Care Companion To The Journal Of Clinical Psychiatry*. 7, 167–176.
226. Tylee, A., Gastpar, M., Lépine, J.P., Mendlewicz, J., 1999. DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. *International Clinical Psychopharmacology*. 14, 139–151.
227. 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.
228. Vadlīnijas, 2009. Depresijas norise un ārstēšanas iespējas. Vadlīnijas. RSU Psihiatrijas un narkoloģijas katedra.
229. 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.
230. Verhaak, P.F.M., Dekker, J.H., de Waal, M.W.M., van Marwijk, H.W.J., Comijs, H.C., 2014. Depression, disability and somatic diseases among elderly. *Journal Of Affective Disorders*. 167, 187–191.
231. Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., Vahtera, J., 2005. Temporary employment and health: a review. *International Journal Of Epidemiology*. 34, 610–622.
232. Virtanen, P., Janlert, U., Hammarström, A., 2011. Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occupational And Environmental Medicine*. 68, 570–574.

233. Wade, T.J., Pevalin, D.J., 2004. Marital transitions and mental health. *Journal Of Health And Social Behavior*. 45, 155–170.
234. Wang, J.L., 2004. Rural-urban differences in the prevalence of major depression and associated impairment. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 39, 19–25.
235. Ware, J.E., Jr., Sherbourne, C.D., 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 30, 473–483.
236. Watson, D., O'Hara, M.W., Simms, L.J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E.A., Gamez, W., Stuart, S., 2007. Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*. 19, 253–268.
237. Weich, S., Lewis, G., 1998. Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *BMJ: British Medical Journal*. 316, 115.
238. Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lépine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H., Yeh, E.K., 1996. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 276, 293–299.
239. 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.
240. Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Adams, P.B., Lish, J.D., Horwath, E., Charney, D., Woods, S.W., Leeman, E., Frosch, E., 1993. The relationship between panic disorder and major depression. A new family study. *Archives Of General Psychiatry*. 50, 767–780.
241. Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L., Vos, T., 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*. 382, 1575–1586.
242. WHO, 2014. World Health Organization. Social determinants of mental health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1. Accessed 31 Jan 2018.
243. WHO Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). <http://data.euro.who.int/hfad/>. Accessed 10 Oct 2017.
244. Williams Jr, J.W., Pignone, M., Ramirez, G., Perez Stellato, C., 2002. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *General Hospital Psychiatry*. 24, 225–237.
245. Wittchen, H.-U., Jacobi, F., 2005. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology: The Journal Of The European College Of Neuropsychopharmacology*. 15, 357–376.
246. 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.
247. 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.
248. 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.

249. Wittkamp, K.A., Naeije, L., Schene, A.H., Huyser, J., van Weert, H.C., 2007. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 29, 388–395.
250. Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, V.O., 1982. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*. 17, 37–49.
251. Zung, W.W., 1965. A Self-Rating Depression Scale. *Archives of general psychiatry*. 12, 63–70.

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. – I. 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., Trapencieris, M., Snikere, S., Ivanovs, R., Berzina-Novikova, N., Zikusa, A., Rancans, E. 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. Vrubļevska, 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. Vrubļevska, 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. Vrubļevska, 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., Snikere, 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., Snikere, 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., Snikere, 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., Snikere, S., Ivanovs, R., Berzina-Novikova, N., Zikusa, A., Rancans, E. 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

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

Vislielāko cieņu un sirsnīgāko pateicību es vēlos teikt mana darba vadītājam *Dr. med.* profesoram Elmāram Rancānam par ieguldīto enerģiju, darbu, padomiem, atbalstu, pacietību un sapratni darba izstrādes gaitā.

Sirsnīgs paldies Mārcim Trapencierim par nesavtīgo palīdzību datu apstrādē, kas veicināja strukturēta skatījuma izveidošanos 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 Slimību 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 uzlabošanos.

Sirsnīgs paldies maniem darba kolēģiem – asociētai profesorei Birutai Kupčai, profesoram Mārim Taubem, lektoram Dr. Elmāram Tēraudam, asistentam Dr. Ņikitam 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!

PIELIKUMI

PHQ-9 latviešu valodas versija

Cik bieži pēdējo 2 nedēļu laikā Jūs ir apgrūtinājušas kādas no šādām problēmām? <i>(Apvelciet atbilstošo atbildi katrā rindiņā)</i>	Nemaz	Dažas dienas	Vairāk par nedēļu	Gandrīz katru dienu
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0	1	2	3
2. Slikts/nomākts garastāvoklis, nospiestība vai bezcerības sajūta	0	1	2	3
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	0	1	2	3
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	0	1	2	3
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0	1	2	3
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievīlis/-usi savas vai ģimenes cerības	0	1	2	3
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0	1	2	3
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	1	2	3
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0	1	2	3
Vērtējumu skaits				
Summa				

PHQ-9 krievu valodas versija

Как часто за <u>последние 2 недели</u> Вас беспокоили следующие проблемы? (Обведите соответствующий ответ)	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1. У Вас отсутствовали интерес и удовольствие что либо делать	0	1	2	3
2. Плохое настроение, подавленность или чувство безнадежности	0	1	2	3
3. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Чувство усталости или обессиленности	0	1	2	3
5. Пониженный или повышенный аппетит	0	1	2	3
6. Недовольство собой, считали себя неудачником (-цей), были в себе разочарованы, мысли о том, что подвели свою семью	0	1	2	3
7. Трудно концентрироваться на чем-либо, например, на чтении газет или просмотре телепередач	0	1	2	3
8. Ваши движения и речь были замедлены, что было заметно для окружающих, или Вы были взволнованы и суетливы, а движения — намного активнее, чем обычно	0	1	2	3
9. Мысли о самоубийстве или о нанесении себе какого-нибудь другого вреда	0	1	2	3
Число оценок				
Сумма				

PHQ-9 apgalvojumu vērtības un apgalvojumu korelācija latviešu valodas versijai

PHQ-9	Vidējā vērtība	SD	Skalas apgalvojumu korelācija	α , ja apgalvojums ir izdzēsts
1. Interesu un dzīvesprieka trūkums	0,82	0,88	0,71	0,80
2. Slikts/nomākts garastāvoklis	0,95	0,86	0,75	0,80
3. Grūtības iemigt, caurs/trausls miegs vai pārāk ilga gulēšana	1,36	1,07	0,64	0,82
4. Nogurums vai enerģijas trūkums	1,16	0,87	0,63	0,81
5. Pazemināta ēstgriba vai pārēšanās	0,63	0,82	0,59	0,82
6. Neapmierinātība ar sevi – sajūta, ka esat neveiksminieks/-ce vai arī esat pievīlis/-usi savas vai ģimenes cerības	0,58	0,83	0,65	0,81
7. Grūtības koncentrēties, piemēram, lasīt avīzi vai skatīties TV	0,47	0,79	0,71	0,80
8. Kustības un runa bija tik lēna, ka citi cilvēki to varēja pamanīt. Vai pretēji – bijāt tik satraukts/satraukta un rošīgs/rošīga, ka kustību aktivitāte kļuva lielāka nekā parasti	0,43	0,75	0,62	0,81
9. Domas, ka labāk būtu nomirt vai kaut kā nodarīt sev pāri	0,20	0,54	0,58	0,82

PHQ-9 apgalvojumu vērtības un apgalvojumu korelācija krievu valodas versijai

PHQ-9	Vidējā vērtība	SD	Skalas apgalvojumu korelācija	α , ja apgalvojums ir izdzēsts
1. У Вас отсутствовали интерес и удовольствие что либо делать	0,80	0,87	0,75	0,79
2. Плохое настроение, подавленность или чувство безнадежности	0,80	0,89	0,82	0,78
3. Вам было трудно заснуть, у Вас был прерывистый сон, или Вы слишком много спали	1,21	1,03	0,63	0,82
4. Чувство усталости или обессиленности	1,15	0,95	0,69	0,80
5. Пониженный или повышенный аппетит	0,73	0,88	0,57	0,82
6. Недовольство собой, считали себя неудачником (-цей), были в себе разочарованы, мысли о том, что подвели свою семью	0,60	0,87	0,68	0,80
7. Трудно концентрироваться на чем-либо, например, на чтении газет или просмотре телепередач	0,49	0,77	0,59	0,81
8. Ваши движения и речь были замедлены, что было заметно для окружающих, или Вы были взволнованы и суетливы, а движения — намного активнее, чем обычно	0,40	0,78	0,60	0,81
9. Мысли о самоубийстве или о нанесении себе какого-нибудь другого вреда	0,18	0,52	0,46	0,82

**Jutība, specifiskums, iespējamības attiecība dažādām kopējo punktu summām
PHQ-9 latviešu valodas versijai**

PHQ-9 punkti	Jutība %	Specifiskums %	Klasificēti %	IA+	IA-
≥ 6	95,83	57,33	62,64	2,25	0,07
≥ 7	95,83	67,33	71,26	2,93	0,06
≥ 8	95,83	74,67	77,59	3,78	0,06
≥ 9	95,83	83,33	85,06	5,75	0,05
≥ 10	87,50	90,67	90,23	9,38	0,14
≥ 11	58,33	94,00	89,08	9,72	0,44
≥ 12	54,17	95,33	89,66	11,61	0,48
≥ 13	54,17	96,00	90,23	13,54	0,48
≥ 14	54,17	96,00	90,23	13,54	0,48

**Jutība, specifiskums, iespējamības attiecība dažādām kopējo punktu summām PHQ-9
krievu valodas versijai**

PHQ-9 punkti	Jutība %	Specifiskums %	Klasificēti %	IA+	IA-
≥ 6	100,00	59,26	64,89	2,45	0,00
≥ 7	100,00	66,67	71,28	3,00	0,00
≥ 8	100,00	74,07	77,66	3,86	0,00
≥ 9	84,62	83,95	84,04	5,27	0,18
≥ 10	84,62	86,42	86,17	6,23	0,18
≥ 11	84,62	90,12	89,36	8,57	0,17
≥ 12	84,62	96,30	94,68	22,85	0,16
≥ 13	76,92	97,53	94,68	31,15	0,24
≥ 14	69,22	98,77	94,68	56,08	0,31

IA+ – iespējamību attiecība pozitīviem rezultātiem

IA- – iespējamību attiecība pozitīviem rezultātiem

Veidlapa Nr. E-9 (2)

RSU ĒTIKAS KOMITEJAS LĒMUMS

Rīga, Dzirciema iela 16, LV-1007

Tel. 67409089

Komitejas sastāvs	Kvalifikācija	Nodarbošanās
1. Profesors Olafs Brūvers	Dr.theo.	teologs
2. Professore Vija Sīle	Dr.phil.	filozofs
3. Asoc.prof. Santa Purvīša	Dr.med.	farmakologs
4. Asoc.prof. Voldemārs Arnis	Dr.biol.	rehabilitologs
5. Professore Reģīna Kleina	Dr.med.	patalogs
6. Profesors Guntars Pupelis	Dr.med.	ķirurgs
7. Asoc.prof. Viesturs Līguts	Dr.med.	toksikologs
Pieteikuma iesniedzējs: Dr. Jeļena Vrubļevska, Darba vadītājs: Prof. Elmārs Rancāns Psihiatrijas un narkoloģijas katedra		

Pētījuma nosaukums: „Psihisko traucējumu epidemioloģija un diagnostika, depresijas un trauksmes traucējumu ārstēšanas uzlabošana primārā aprūpē Rīgā un Rīgas rajonā”.

Iesniegšanas datums: 24.09.2014.

Pētījuma protokols:

Aprakstošs pētījums - teorētiskā pētījuma metode (zinātniskās literatūras analīze).

Izskatot augstāk minētā pētījuma pieteikuma materiālus (protokolu) ir redzams, ka pētījuma mērķis tiek sasniegts veicot:

- 1) Pacientu datu ievākšana, izmantojot strukturētu interviju.
- 2) Depresijas skrīnings, izmantojot pašaptaujas anketu.
- 3) Pacientu intervija, izmantojot standartizētu strukturētu diagnostisku interviju.
- 4) Smēķēšanas smaguma noteikšana ar pico+Smokerlyzer ierīci(nosaka CO saturu izelpā un pēc tā aprēķina karboksihemoglobīna daudzumu asinīs).
- 5) Statistiskā analīze.

Personu (pacientu, dalībnieku) datu aizsardzība, brīvprātīga informēta piekrišana piedalīties pētījumā un konfidencialitāte tiek nodrošināta. Līdz ar to pieteikums atbilst pētījuma ētikas prasībām.

Izskaidrošanas formulārs: ir

Piekrišana piedalīties pētījumā: ir

Komitejas lēmums: piekrist pētījumam

Komitejas priekšsēdētājs Olafs Brūvers

Tituls: Dr. miss., prof.

Paraksts

Ētikas komitejas sēdes datums: 25.09.2014.



COPYRIGHT LICENSE: M.I.N.I.
Department of Psychiatry, Riga Stradins University, Riga, Latvia

COPYRIGHT LICENSE: M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview 6.0

Dr. David V. Sheehan, on behalf of Sheehan DV & Lecrubier Y as "copyright holder" of the "M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview 6.0" hereinafter referred to as the "M.I.N.I." hereby grant permission to Department of Psychiatry, Riga Stradins University, Riga, Latvia, a university conducting epidemiological and clinical research, to use the M.I.N.I. under the following terms and conditions:

Dr. David V. Sheehan, hereby grants permission to Department of Psychiatry, Riga Stradins University as Sponsor of the Clinical research project defined in Appendix 1 hereinafter, and to Department of Psychiatry, Riga Stradins University's Affiliated Companies and Subcontractors, ONLY for the purpose of implementation of such research studies defined hereinafter:

- the right to reproduce in paper format and in pdf format, but not in electronic or computer format the M.I.N.I. and its existing and future translations and to use it within its domestic and international clinical trials upon individual request for each trial;
- the right to use the translations of the MINI 6 in the languages deemed necessary by copyright holder of the M.I.N.I. 6 for each trial as requested provided that translation is acceptable to the copyright holder; MAPI Research Institute is the exclusive coordinating center to ensure the production of consistent and conceptually equivalent translations of the M.I.N.I. 6.0 and to provide linguistic validation and certification of these translations and should be contacted directly for this purpose. MAPI may charge its own usual fees for this work.

MAPI Research Institute
27 Rue de la Villette
69003 Lyon France
imear@mapi.fr
tel: +33 (0)4 72 13 66 67
fax: +33 (0)4 72 13 66 68/ :+33 (0)4 72 13 69 50

- the unrestricted right to use all data and results generated from the use of the M.I.N.I. in domestic and international clinical trials.
- the right to use the MINI 6 in rater training.

Such granting of rights to Department of Psychiatry, Riga Stradins University, its Affiliated Companies and Subcontractors to use the M.I.N.I. 6 and its final translations, as hereinabove provided for, shall be free of charge.

COPYRIGHT LICENSE: M.I.N.I
Department of Psychiatry, Riga Stradins University, Riga, Latvia

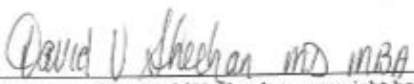
In consideration of this free of charge granting of rights, Department of Psychiatry, Riga Stradins University, its Affiliated Companies and Subcontractors undertake to comply with the following conditions:

- Department of Psychiatry, Riga Stradins University, its Affiliated Companies and Subcontractors undertake to include on any reproduction of the M.I.N.I, used within Clinical Trials defined hereinafter, a mention redacted the following:
© Copyright 1994 – 2010 Sheehan DV & Lecrubier Y
Reproduced with permission of copyright holder only.
- Department of Psychiatry, Riga Stradins University, its Affiliated Companies and Subcontractors undertake to transmit to **Dr. David V. Sheehan** a copy of ANY and ALL final translations of the M.I.N.I 6, in Microsoft Word and/or PDF format.
- In any publication resulting from the use of the M.I.N.I, Department of Psychiatry, Riga Stradins University, its Affiliated Companies and Subcontractors SHALL NOT reproduce any part of the M.I.N.I or its translations, without the prior written consent of **Dr. David V. Sheehan**, copyright holder.

It is hereby agreed that no other right or license on M.I.N.I 6 shall be granted to Department of Psychiatry, Riga Stradins University, its Affiliated Companies and Subcontractors as a result of this letter and that the rights attached to the M.I.N.I 6 and its translations shall remain the exclusive property of **Dr. David V. Sheehan**, copyright holder.

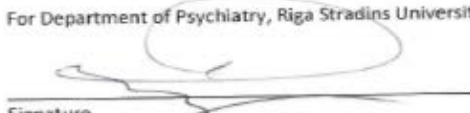
Please indicate your approval of the terms of this letter by returning to Department of Psychiatry, Riga Stradins University the two original copies of this letter enclosed herewith, after they have been duly initiated and signed by you.

Agreed and accepted:


Signature of Dr. David V. Sheehan, copyright holder

26th January, 2012
Date

For Department of Psychiatry, Riga Stradins University


Signature

26.JAN.2012
Date

Print Name and Title : Assoc.prof. Elmars Rancans
Chair of the Department

COPYRIGHT LICENSE: M.I.N.I
RIGA STRADINS UNIVERSITY

COPYRIGHT LICENSE: M.I.N.I International Neuropsychiatric Interview 6.0 (10/10/10 version)

Dr. David V. Sheehan, on behalf of Sheehan DV & Lecrubier Y as "copyright holder" of the "M.I.N.I International Neuropsychiatric Interview 6.0 (10/10/10 version)" hereinafter referred to as the "M.I.N.I" hereby grant permission to RIGA STRADINS UNIVERSITY, a medical school conducting epidemiological study in the primary care, to use the M.I.N.I under the following terms and conditions:

Dr. David V. Sheehan, hereby grants permission to RIGA STRADINS UNIVERSITY as Sponsor of the Study defined in Appendix 1 hereinafter, and to RIGA STRADINS UNIVERSITY's Affiliated Companies and Subcontractors, ONLY for the purpose of implementation of such research studies defined hereinafter:

- the right to reproduce in paper format and in pdf format, but not in electronic or computer format the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) and its existing and future translations and to use it within its domestic and international clinical trials upon individual request for each trial;
- the right to use the translations of the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) in the languages deemed necessary by copyright holder of the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) for each trial as requested provided that translation is acceptable to the copyright holder; MAPI Research Institute is the exclusive coordinating centre to ensure the production of consistent and conceptually equivalent translations of the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) and to provide linguistic validation and certification of these translations and should be contacted directly for this purpose. MAPI may charge its own usual fees for this work.

MAPI Research Institute
27 Rue de la Villette
69003 Lyon France
jmear@map.i.fr
tel: +33 (0)4 72 13 66 67
fax: +33 (0)4 72 13 66 68/ +33 (0)4 72 13 69 50

- the unrestricted right to use all data and results generated from the use of the M.I.N.I in domestic and international clinical trials.
- the right to use the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) in rater training.

Such granting of rights to RIGA STRADINS UNIVERSITY, its Affiliated Companies and Subcontractors to use the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) and its final translations, as hereinabove provided for, shall be free of charge.

COPYRIGHT LICENSE: M.I.N.I
RIGA STRADINS UNIVERSITY

In consideration of this free of charge granting of rights, RIGA STRADINS UNIVERSITY, its Affiliated Companies and Subcontractors undertake to comply with the following conditions:

- RIGA STRADINS UNIVERSITY, its Affiliated Companies and Subcontractors undertake to include on any reproduction of the M.I.N.I, used within Clinical Trials defined hereinafter, a mention redacted as follows:
© Copyright 1994 – 2010 Sheehan DV & Lecrubier Y. All rights reserved.
May be reproduced only with the permission of the copyright holder.
- RIGA STRADINS UNIVERSITY, its Affiliated Companies and Subcontractors undertake to transmit to Dr. David V. Sheehan a copy of ANY and ALL final translations of the M.I.N.I 6 (10/10/10 version), in Microsoft Word and/or PDF format.
- In any publication resulting from the use of the M.I.N.I, RIGA STRADINS UNIVERSITY, its Affiliated Companies and Subcontractors SHALL NOT reproduce any part of the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) or its translations, without the prior written consent of Dr. David V. Sheehan, copyright holder.

It is hereby agreed that no other right or license on M.I.N.I 6 (10/10/10 version) shall be granted to RIGA STRADINS UNIVERSITY, its Affiliated Companies and Subcontractors as a result of this letter and that the rights attached to the M.I.N.I 6 (10/10/10 version) and its translations shall remain the exclusive property of Dr. David V. Sheehan, copyright holder.

Please indicate your approval of the terms of this letter by returning to RIGA STRADINS UNIVERSITY the two original copies of this letter enclosed herewith, after they have been duly initiated and signed by you.

Agreed and accepted:


Signature of Dr. David V. Sheehan, copyright holder

22nd April, 2014
Date

For RIGA STRADINS UNIVERSITY


Signature

22-APR-2014
Date

Print Name and Title: Prof. Elmars Rancans
Chair of the Department of Psychiatry and Addiction Disorders
Phone: +371 67080131
Fax: +371 67080134
E-mail: elmars.rancans@rsu.lv