

LATVIJAS UNIVERSITĀTE,
MEDICĪNAS FAKULTĀTE,
ĀRSTNIECĪBAS PROGRAMMA

BĒRNU UN PUSAUDŽU AR UZMANĪBAS DEFICĪTA UN
HIPERAKTIVITĀTES SINDROMU DZĪVES KVALITĀTES
SAISTĪBA AR KLĪNISKAJĀM IZPAUSMĒM

DIPLOMDARBS

Autors: Karīna Konstantinova

Darba vadītājs: Dr. Ņikita Bezborodovs

RĪGA 2017

Kopsavilkums

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS) ir psihisko traucējumu veids, kas izpaužas kā neuzmanība, impulsivitāte un hiperaktīva uzvedība, kas var būtiski ietekmēt pacienta dzīvi. Pašlaik, lai novērtētu pacienta ar UDHS veselības stāvokli, tiek izmantota UDHS-simptomu reitinga skala- IV, ko aizpilda vecāki un skolotāji. Tomēr ļoti maz ir zināms par pašu bērnu un pusaudžu attieksmi pret savu slimību, subjektīvo apmierinātību ar dzīvi, UDHS izpausmju ietekmi uz fizisko un emocionālo labklājību. Lai varētu spriest, vai, palielinoties simptomu izteiktībai, var sagaidīt pasliktināšanos funkcionēšanā dažādās dzīves jomās, ir jāizpēta, kā šie priekšstati mijiedarbojas.

Dzīves kvalitātes novērtējums, kas balstās uz pacienta subjektīvo viedokli, ļauj visai precīzi izvērtēt katra indivīda sociālo un akadēmisko funkcionēšanu, emocionālo un fizisko aspektu un slimības ietekmi uz tiem.

Metodes: Lai sasniegtu pētījuma mērķi, tika izmantota kvantitatīvā pētījuma metode ar pētniecības instrumentu – aptaujas anketu.

Trīsdesmit trīs sākumskolas un pamatskolas skolēni vecumā no septiņiem līdz 17 gadiem ar diagnozi UDHS aizpildīja ar veselību saistītas dzīves kvalitātes anketu (KINDL^R).

Pacientu vecāki vai aizbildņi UDHS simptomu izteiktības novērtēšanai aizpildīja UDHS reitinga skalu-IV. Datus par ģimenes demogrāfisko, sociālekonomisko stāvokli, UDHS attīstības riska faktoriem sniedza kāds no pacienta vecākiem vai aizbildņiem papildus datu anketā. Dzīves kvalitātes saistība ar klīnisko izpausmju izteiktību tika noteikta ar korelācijas koeficientu (r), izmantojot Pirsona (Pearson's) korelācijas testu.

Rezultāti: No visiem dzīves kvalitātes aspektiem visaugstāk pacienti novērtēja emocionālo labsajūtu (81,3%) un ģimenes vidi (78,8%). Viszemākie rezultāti bija novērojami skolas jeb ikdienas darbības domēnā (64,6%). Ir novērojama vāja, netieša, statistiski ticama korelācija starp dzīves kvalitātes ģimenes domēnu un simptomu izteiktību ($r=-0,390$, $p<0,025$).

Analizējot citu faktoru ietekmi uz dzīves kvalitātes domēniem, ir novērota statistiski ticama mātes alkohola lietošanas ($p=0,049$) un smēķēšanas ($p=0,053$) grūtniecības laikā saistība ar fiziskas labklājības domēnu. To pašu domēnu ietekmē arī vecāku izglītība ($p=0,028$) un ģimenes struktūra ($p=0,028$). Ir novērota jaundzimušā svara ietekme uz emocionālās labklājības domēnu ($p=0,047$). Ģimenes struktūra ietekmē ģimenes domēnu ($p=0,027$).

Secinājumi: Ir novērota bērnu un pusaudžu dzīves kvalitātes saistība ar mātes alkohola lietošanu un smēķēšanu grūtniecības laikā, vecāku izglītību, ģimenes struktūru un

jaundzimušā svaru. Pētījumā tika noskaidrots, ka, palielinoties klīnisko izpausmju izteiktībai, samazinās dzīves kvalitātes rādītāji ģimenes sfērā. Pārējiem dzīves kvalitātes aspektiem saistība ar klīnisko izpausmju izteiktību mūsu pētījumā netika novērota. Līdz ar to pēc simptomu izteiktības nevar spriest par indivīda funkcionēšanas un labklājības līmeni. Tas nozīmē, ka ar veselību saistītas dzīves kvalitātes rādītāji, kurus sniedza pats patients, ir neatņemams un svarīgs papildinājums simptomu novērtējumam.

Summary

The theme of the graduate thesis: „The Link between Health-related Quality of Life and Symptom Severity among Children and Adolescents with ADHD”.

Scientific advisor: Dr. Nikita Bezborodov

Author: Karina Konstantinova

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a type of psychiatric disorder which is characterized by problems with paying attention, impulsiveness and hyperactive behavior, and which may have serious impact on a patient's life. In order to assess the severity of condition of a patient with ADHD, ADHD rating scale is used. It is filled in by a patient's parents and teachers. Meanwhile very little is known about the attitude of children and adolescents toward their illness, as well as about their subjective contentment with life and the impact of ADHD symptom expression on their physical and emotional well-being. In order to estimate whether deterioration of functions in various aspects of life could be expected due to increased symptom expression it is necessary to examine how these impressions interact.

The assessment of quality of life based on the subjective opinion of a patient allows to perform a broad estimation of social and academic functioning, emotional and physical aspect of each individual, as well as the impact of the disease.

Methods: In order to achieve the aim of the present research quantitative method is being used; the chosen research instrument – survey.

Thirty-three 7-17 years old pupils of primary and lower-secondary schools who have been diagnosed with ADHD filled in the questionnaire on the health-related quality of life (KINDL^R).

The parents or guardians of patients filled in the ADHD Rating Scale-IV in order to assess the symptom load. Data on the demographic, socio-economic condition of the family and information on the risk factors for ADHD were given by one of the parents or guardians in additional data sheet. The link between health-related quality of life and the intensity of clinical implications has been determined by means of a correlation coefficient (r), using Pearson's correlation test.

Results: Among all the aspects of the health-related quality of life patients gave the highest rate to emotional well-being (81,3%) and family environment (78,8%). The lowest results were observed in the domain of school or everyday functioning (64,6%). A weak, negative, statistically significant correlation was observed between the family quality of life and symptom load ($r=-0,390$, $p<0,025$).

While analyzing the impact of other factors on the quality of life domains statistically significant affect has been observed between the use of alcohol ($p=0,049$) and smoking ($p=0,053$) by a mother during pregnancy and the domain of physical well-being. The same domain is affected by parents' education ($p=0,028$) and family structure ($p=0,028$). It has also been noted that the weight of a newborn child influences the emotional well-being domain ($p=0,047$). The type of family structure affects family domain ($p=0,027$).

Conclusions: During the research it was found out that the rates of family quality of life decrease when the intensity of clinical implications increases. No link was noted between other aspects of the health-related quality of life and the intensity of clinical implications. Therefore one cannot judge about the deterioration of an individual's functioning and well-being according to the symptom expression. It means that the health-related quality of life rates given by a patient himself are an integral and crucial addition to the assessment of symptoms. It has been observed that the quality of life of children is correlated with the use of alcohol and smoking by mother during pregnancy, parent's education and the weight of a newborn.

Satura rādītājs

Satura rādītājs.....	6
Ievads.....	7
Apzīmējumu saraksts	9
1.Literatūras apskats	10
1.1. Vēsturiskais apskats	10
1.1.1.Terapijas pētījumu vēsture.....	11
1.2. Epidemioloģija.....	12
1.3.1. Pārmantojamība	13
1.3.2. Apkārtējas vides faktori.	13
1.3.3. Neurobioloģija	14
1.3.4. Galvas smadzeņu struktūra	16
1.4. UDHS Klīniskās pazīmes	16
1.5. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma diagnostiskie kritēriji	17
1.6. Ar veselību saistīta dzīves kvalitāte.....	19
1.7. Dzīves kvalitātes izpēte pediatrijā.....	20
1.8. UDHS ietekme uz bērnu un pusaudžu dzīves kvalitāti	21
2.Materiāli un metodes	22
2.1. Pētāmās grupas raksturojums.....	22
2.2. Datu ieguves metodes	23
2.2.1. KINDL ^R ar veselību saistītās dzīves kvalitātes anketas	23
2.2.1.1. KINDL vērtēšanas un aptaujas protokolu tulkošana	24
2.2.1.2. KINDL protokolu apraksts	24
2.2.1.3. Pacientu aptaujas norise	25
2.2.1.4. Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes izvērtējums ballēs	25
2.2.2. UDHS izpausmju novērtēšanas (reitinga) skala-IV	26
2.2.3. Papildus datu anketa	26
2.2.4. Pilotpētījums.....	27
2.3. Datu statistiskā apstrāde	27
3.Pētījuma rezultāti.....	29
3.1. Populācijas analīze	29
3.1.1. Pētījamo pacientu grupu vispārējais raksturojums	29
3.1.3. Iespējamo UDHS attīstības riska faktoru analīze	33
3.2. Pacientu ģimeņu analīze pēc anketēšanas datiem.....	34
3.2.1. UDHS-RS IV (mājas versijas) respondenta raksturojums	34
3.2.2. Pacientu ģimenes demogrāfiskā stāvokļa raksturojums.....	35
3.2.3. Pacientu ģimenes sociālekonomiskā stāvokļa raksturojums	37
3.3. KINDL^R- ar veselību saistītās dzīves kvalitātes rādītāju analīze pēc dažādiem parametriem .	38
3.3.1. KINDL ^R dzīves kvalitātes domēnu vidējie rādītāji.....	38
3.3.2. Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes novērtējuma saistība ar demogrāfiskajiem, sociālekonomiskajiem, klīniskajiem rādītājiem.	39
4.Diskusija.....	41
4.1. Praktiskās rekomendācijas.....	44
5.Secinājumi.....	45
6.Pateicības.....	46
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI.....	47

Ievads

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (UDHS) ir komplicēts, heterogēns un daudzfaktoru psihomotoras attīstības traucējums, kam ir raksturīgi pastāvīgi simptomi – uzmanības nenoturība, hiperaktivitāte un impulsivitāte (American Psychiatric Association, 2013).

Tas ir viens no biežāk sastopamajiem traucējumiem bērnu un pusaudžu vecumā, un UDHS pacienti veido 50% no populācijas bērnu psihiatrijas klīnikās (Cantwell, 1996). Pēc pasaulē veiktajiem pētījumiem ir pierādīts, ka UDHS ir invalidizējoša slimība, kas negatīvi ietekmē vairākus dzīves aspektus visa mūža garumā (Barkley, 1991; 2002; Michelson et al., 2001; Ralston & Lorenzo, 2004). Neskatoties uz to, diagnostika galvenokārt ir fokusēta uz UDHS simptomu rādītājiem, ko sniedz pacienta vecāki vai skolotāji, nevis uz pasliktināšanos sociālajā un akadēmiskajā funkcionēšanā. Tomēr, tikpat svarīgi ir uzklaut arī bērna viedokli par savu pašsajūtu un slimības ietekmi uz to. Uzzināt bērna veselības pašvērtējumu, subjektīvo attieksmi pret slimības ietekmi uz ikdienas aktivitātēm ir iespējams ar dzīves kvalitātes izvērtēšanas anketu palīdzību.

Dzīves kvalitātes jēdziens ir plašs un ir saistīts ar indivīda psihosociālo, gan ar fizisko un materiālo aspektu (Vasiļevska, 2007). Dzīves kvalitāte ir bērnam svarīgu dažādu dzīves jomu uztvere un novērtējums, un tās izjūtas, kas saistītas ar viņa problēmām funkcionēšanā (Bruil et al., 1997).

Kaut gan dzīves kvalitāti nosaka daudzi faktori, piemēram, apstākļi ģimenē, attiecības ar vienaudžiem, sociālekonomiskie un kulturālie faktori, tomēr slimībai ir vislielākā ietekme uz cilvēka pašsajūtu (Тимофеева & Винярская, 2008). Līdz ar to ir izvirzīta darba hipotēze, ka palielinoties UDHS klīnisko izpausmju izteiktībai, samazinās dzīves kvalitāte bērniem un pusaudžiem.

Dzīves kvalitātes izpēte ir aktuāls un perspektīvs jautājums bērnu psihiatrijas nozarē. To pierāda aktīva dzīves kvalitātes rādītāju izmantošana pasaules populācijas pētījumos, lai noteiktu hronisko slimību ietekmi uz bērniem, novērtētu profilakses un ārstēšanas pasākumu efektivitāti. Tajā pašā laikā Latvijā, neskatoties uz pasaules pieredzi un praksi, dzīves kvalitātes noteikšana vēl arvien ir maz izpētīta. Pēc mūsu rīcībā esošās informācijas pašreiz Latvijā nav veikti pētījumi, kas aplūkotu bērna ar UDHS dzīves kvalitāti un definētu piemērotāko instrumentu tās noteikšanai.

Darba mērķis ir novērtēt ar veselību saistīto dzīves kvalitāti bērniem un pusaudžiem ar diagnozi UDHS un apsvērt klīnisko izpausmju ietekmi uz to.

Pētījuma izstrādes laikā tika izvirzīti uzdevumi:

1. Noteikt ar veselību saistīto dzīves kvalitāti bērniem un pusaudžiem ar UDHS.
2. Izvērtēt sociālo, ekonomisko, demogrāfisko, perinatālo faktoru potenciālo ietekmi uz bērna un pusaudža ar veselību saistīto dzīves kvalitāti.
3. Novērtēt UDHS izpausmes pētījuma dalībniekiem pēc DSM-IV kritērijiem.
4. Noteikt korelāciju starp dzīves kvalitātes aspektiem un UDHS simptomu izteiktību.

Apzīmējumu saraksts

UDHS- Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms
SSK-10- Starptautiskā slimību klasifikācija, desmitais izdevums
DSM- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PVO- Pasaules Veselības organizācija
SN – Standartnovirze
BKUS- Bērnu kliniskā Universitātes slimnīca
DAT1- dopamīna transportētājs
DRD4- dopamīna receptors D4
DR- dopamīna receptors
 r_{pirsona} - pirsona korelācijas koeficients
FL-fiziskā labklājība;
EL-emocionālā labklājība;
P-pašvērtējums;
Ģ-ģimene; D-draugi (sociālais kontakts);
S-skola (ikdienas darbība);
SL-slimība;
df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits);
sig- significant (statistiski nozīmīgs);
F – Fišera attiecība

1.Literatūras apskats

1.1. Vēsturiskais apskats

Pēdējos gados uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromam (UDHS) tiek pievērsta plaša klīniskā, zinātniskā un sabiedrības uzmanība. Margarēta Veisa un Gabriels Veiss norādīja, ka triju gadu laikā (1957.- 1960.) zinātniskajā literatūrā tika publicēti 31 raksts par UDHS, savukārt jau kopš 1996. gada ik gadus tika publicēti jau aptuveni 400 raksti, un to skaits turpina pieaugt. Šobrīd tas ir visintensīvāk pētītais sindroms bērnu psihiatrijā, un tomēr visstrīdīgākais un pretrunīgāk vērtējais (I.Kaplan, 2004).

Antīkajā literatūrā nav skaidri definēta UDHS apraksta, lai gan romiešu ārsts Galēns jau tajā laikā bija definējis personības tipus. Mūsdienu medicīnas vēsturē UDHS līdzīgs apraksts ir sastopams pirms 200 gadiem (Matthews et al., 2014).

Pirmo UDHS līdzīgu traucējuma piemēru 1798.gadā publicēja skotu izcelsmes ārsts Aleksandrs Kriktons (Alexander Crichton) (Lange et al., 2010). Savā grāmatā “Psihisko traucējumu dabas un izcelsmes izpēte”, kas iznāca 1798.gadā, viņš apraksta psihisko stāvokli, līdzīgu UDHS neuzmanīgajam apakštipam (Palmer & Finger, 2001).

1844. gadā Henrijs Hofmans (Heinrich Hoffmann), tobrīd ģimenes ārsts Frankfurtē (vēlāk psihiatrs), bija izveidojis ilustratīvus bērnu dzejoļus. Starp dzejoļu varoņiem bija puisēns, kurš nevienu mirkli nevarēja mierīgi nosēdēt uz krēsla un apgāza vakariņu galdu, ar ko ļoti nokaitināja savus vecākus. Autors deva puikam iesauku “Nemierīgais Filips” (v.val.Zappel-Philipp). Mūsdienās šī ir populāra hiperaktivitātes alegorija (Lange et al., 2010).



1.att. Ilustrācija no dzejoļu krājuma vācu val.“ Der Struwelpeter”(Hoffmann, 1845). Galvenais varoņis ir “Nemierīgais Filips”, kurš nevarēja mierīgi nosēdēt un apgāza vakariņu galdu.

Par UDHS izpētes zinātnisku sākumpunktu uzskata Džordža Frederika Stīla lekcijas, kas publicētas 1902.gadā žurnālā “Lancet” (Rafalovich, 2001). Džordžs F.Stīls ir pediatrijas nozares dibinātājs Anglijā. Viņš aprakstīja bērnus ar sliktu “morālo kontroli”, kas izpaužas agresīvā, izaicinošā, nedisciplinētā uzvedībā (Still, 1902).

Pēc 1917.-1918.gada encefalīta epidēmijas izdzīvojušiem bērniem bieži tika novēroti fiziskie un psihiskie traucējumi, līdzīgi tiem, kurus savos darbos aprakstīja Stīls. Visbiežāk novērotās īpatnības bija personības izmaiņas, emocionālā nestabilitāte, grūtības mācībās, miega traucējumi, depresija, slikta motorikas kontrole. Bērni kļuva viegli ievainojami, uzbudināmi, antisociāli, grūti uzraugāmi skolā(Ebaugh, 1923).

Vēlāk, 30-60 gados XX gs., par tādu uzvedības traucējumu tiešo cēloni uzskatīja smadzeņu struktūru mikrotraucējumus, kas radušies organiska smadzeņu bojājuma dēļ. Tika pielietots termins “minimāls smadzeņu bojājums”, pat ja objektīva klīniska pierādījuma bojājumam smadzenēs nebija (Lange et al., 2010).

Terminoloģija, kuru pielietoja traucējumu aprakstam, mainījās laika gaitā un iekļauj: DSM-I “minimālā smadzeņu disfunkcija”(American Psychiatric Association, 1952), DSM-II “hiperkinētiska reakcija bērniem”(American Psychiatric Association, 1968) , DSM-III “uzmanības deficīta traucējums ar un bez hiperaktivitātes”(American Psychiatric Association., 1980). 1987.gadā DSM-III-R traucējuma nosaukums tika nomainīts uz formulējumu “Uzmanības deficīta/hiperaktivitātes sindroms”(American Psychiatric Association, 1987), bet DSM-IV 1994.gadā tika iedalīts trīs sindroma apakštīpos: neuzmanīgs, hiperaktīvs-impulsīvs un jaukts (American Psychiatric Association, 1994). Minētās koncepcijas ir saglabājušās arī DSM-5, kas stājās spēkā 2013.gadā(APA, 2013; Matthews et al., 2014).

1.1.1. Terapijas pētījumu vēsture

Medicīnas vēsturē ir zināmi fakti, ka nepaklausīgus un pārāk kustīgus bērnus mēģināja nomierināt ar zālēm: IXX gadsimtā – ar opiju, XX gadsimta sākumā – ar barbiturātiem. To īpašo medikamentu sastāvā, kas efektīvi iedarbojās uz hiperaktivitāti, bija amfetamīni (1930. gados). 1936. gadā Smits, Kleins un Frenčs savos pētījumos sāka pielietot benzedrīnu, kas ir amfetamīna sulfāts (Shorter, 2005).

1937. gadā bērnu psihiatrs Čārlzs Bredlijs (1902–1979) pierādīja, ka benzedrīns (D un L amfetamīns) mazina nemieru, uzlabo koncentrēšanās spējas un motivāciju bērniem ar uzvedības traucējumiem, kas tajā brīdī uzturējās ārstniecības iestādēs (Bradley, 1937).

Č. Bredlijs savā slimnīcā veica 30 dienu ilgu izmēģinājumu, un pusei no bērniem, kas lietoja benzedrīnu, novēroja sekmju uzlabojumu skolā (Bradley, 1937). Tas bija pirmais stimulantu efektivitātes pierādījums bērniem ar uzvedības traucējumiem (I.Kaplan, 2004).

Tomēr šis atklājums tika ignorēts gandrīz 30 gadi, kamēr Keits Konners un viņa kolēģi 1967. gadā neuzsāka dekatroamfetamīna izmantošanu (deksedrīns) dubultā placebo pētījumā ar bērniem, kam bija grūtības mācībās un uzvedības problēmām skolā (Conners, Eisenberg, & Barcai, 1967). No 1965. līdz 1995. gadam tika veikti vairāk nekā 350 klīniskie pētījumi ar vairāk nekā 3000 bērnu iesaisti, demonstrējot stimulantu efektivitāti, kā arī to ietekmes drošību (Weiss & Weiss, 2002).

1.2.Epidemioloģija

Kaut gan nav vienotas izpratnes par UDHS izplatību pasaulē, pēdējo starptautisko pētījumu rezultāti rāda, ka vidēji pasaulē UDHS piemīt no 5.29% līdz 7,1% bērnu un pusaudžu (Polanczyk et al., 2007; Willcutt, 2012), kā arī 1.2%- 7.3% pieaugušo (Fayyad et al., 2007).

Izplatības rādītāji ir ļoti atkarīgi no trim galvenajiem faktoriem: iedzīvotāju izlase, diagnostisko kritēriju pielietošana (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10), diagnostikas informācijas avots (pats pacients, vecāki, pedagogs, aizbildnis) (Banaschewski et al., 2015).

UDHS izpausmes tiek novērotas aptuveni 30-60% pacientu pieaugušo vecumposmā (Lara et al., 2009; Ebejer et al., 2012; Mannuzza, et al., 2003).

Zēniem UDHS tiek konstatēts biežāk nekā meitenēm (Willcutt, 2012; Biederman et al., 2002), tomēr tāda dzimumu attiecība nav nemainīga, un, palielinoties vecumam, pieaug arī saslimušo sieviešu skaits (Козлова, 2014). Bērni vecumā no septiņiem līdz desmit gadiem, kas nāk no ģimenēm ar zemu sociālekonomisko stāvokli un zemu izglītības līmeni, biežāk cieš no UDHS simptomiem (Wenlan et al., 2014). Zemie ģimenes ienākumi palielina UDHS varbūtību (Larsson et al., 2014).

Statistikas gadagrāmatā par 2015. gadu ir dati, ka Latvijā ir kopumā reģistrēti 964 pacienti ar Hiperkinētiskiem traucējumiem (F90), no tiem pirmo reizi uzskaitē ir 40 pacienti. Jāatzīmē, ka pēdējo gadu laikā šiem skaitļiem ir tendence samazināties. Visbiežāk diagnoze "Hiperkinētiskie traucējumi (F90)" tiek konstatēta zēniem vecumā no septiņiem līdz deviņiem gadiem (Baltāne u.c., 2016).

1.3. Etioloģija un patoģenēze

Neskatoties uz daudziem pētījumiem, hiperkinētisko traucējumu iemesli un attīstības mehānismi joprojām nav līdz galam noskaidroti. Patlaban tiek pieņemts, ka nepastāv viens konkrēts slimības cēlonis, jo UDHS attīstībā lielu lomu ieņem bioloģisko, ģenētisko un apkārtējās vides faktoru mijiedarbība (Козлова, 2014).

1.3.1. Pārmantojamība

Vairāku valstu pētījumos ar dvīņiem konstatēta 60-90% UDHS konkordance (Thapar et al., 1999), kas ir līdzīgas vērtībām, kuras tiek novērotas šizofrēnijas un autiskā spektra traucējumu gadījumā (Thapar & Cooper, 2015). Biežāka UDHS sastopamība konstatēta monozigotiskajiem dvīņiem salīdzinājumā ar heterozigotiskajiem. Pacientu brāļiem un māsām risks saslimt ir ievērojami augstāks nekā vispārējā bērnu populācijā. Vecākiem, kuriem bērnībā diagnosticēts UDHS, bērni biežāk slimo ar hiperkinētiskajiem traucējumiem. Ir publicēti dati par to, ka 49% bērnu ar UDHS ir pārmantotas ģenētiskas izmaiņas 11.hromosomā (Козлова, 2014).

1.3.2. Apkārtējās vides faktori.

Starp iespējamiem vides faktoriem, kuri var ietekmēt UDHS attīstību, nosacīti izceļ perinatālos faktorus, psihosociālos faktorus, uzturu, apkārtējās vides toksisko iedarbību (Thapar & Cooper, 2015).

- Perinatālie faktori: gestācijas faktori, tādi kā - infekciozo aģentu iedarbība uz augli, intrauterīna hipoksija, rēzus konflikts, mātes smēķēšana un alkohola lietošana grūtniecības laikā, dzemdību traumas, zems jaundzimušā svars, priekšlaicīga dzimšana (Thapar & Cooper, 2015; Wiggs et al., 2016; Козлова, 2014).
- Uzturs: barības vielu nepietiekamība, piem. cinka, magnija, un polinepiesātināto taukskābju; uztura pārbagātināšana (piem., ar cukuru un mākslīgajām pārtikas krāsvielām) (Thapar & Cooper, 2015). Epidemioloģiskie pētījumi norāda uz saikni starp uzturā lietotajām pārtikas piedevām, konservantiem un hiperaktivitātes līmeni (McCann et al., 2007).
- Psihosociālie faktori: zems sociālais slānis, barga audzināšana, konflikti ģimenē, daudz bērnu ģimene (Andrēziņa u.c., 2014; Thapar & Cooper, 2015).

Neskatoties uz to, ka iepriekš minētie faktori diezgan bieži ir identificēti bērniem ar UDHS, tomēr tos nevar uzskatīt par sindroma attīstības pamatu un pielietot diagnostiskajos pasākumos. Vairākums pētnieku norāda uz pierādījumu bāzes trūkumu (Willcutt et al., 2010)

1.3.3. Neurobioloģija

Liels skaits klīnisko, elektrofizioloģisko un radioloģisko pētījumu ir noteikuši dažādas patoloģiskas atradnes, kas potenciāli varētu būt par iemeslu UDHS simptomiem.

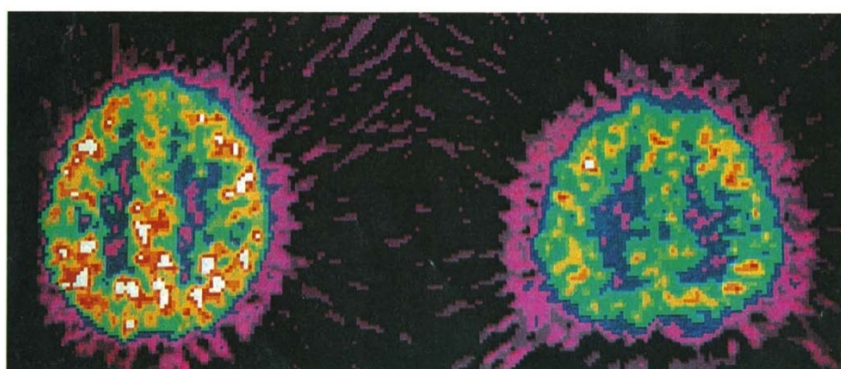
Atradne pozitronu emisijas tomogrāfijā (PET) norāda uz samazinātu glikozes metabolismu galvas smadzenēs (Zametkin et al., 1990).

Pētījumi ar dzīvniekiem liecina par dopamīnērgisko, serotonīnērgisko, noradrenergisko galvas smadzeņu sistēmu iesaisti patoloģiskajos procesos pie uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma (Brus et al,2004; Oades et al., 2005). Šo teoriju apstiprina arī pozitīvs terapijas efekts ar pielietotajiem dopamīna un norepinefrīna agonistiem (t.i. metilfenidāts, atomoksetīns) (T. Spencer et al., 2006).

Ir dati, ka UDHS pacientiem ir samazināts dopamīna aktivitātes līmenis smadzeņu prefrontālajās daļās, kas pavājina informācijas apstrādi un fiksāciju (Andrēziņa et al., 2014).

Dabiskā veidā dopamīna aktivitāte pieaug kā atbildes reakcija uz fizisko vai psihisko stimulu, tādēļ hiperaktīvie bērni spēj labāk koncentrēties pēc fiziskas slodzes (Lasmane, 2003).

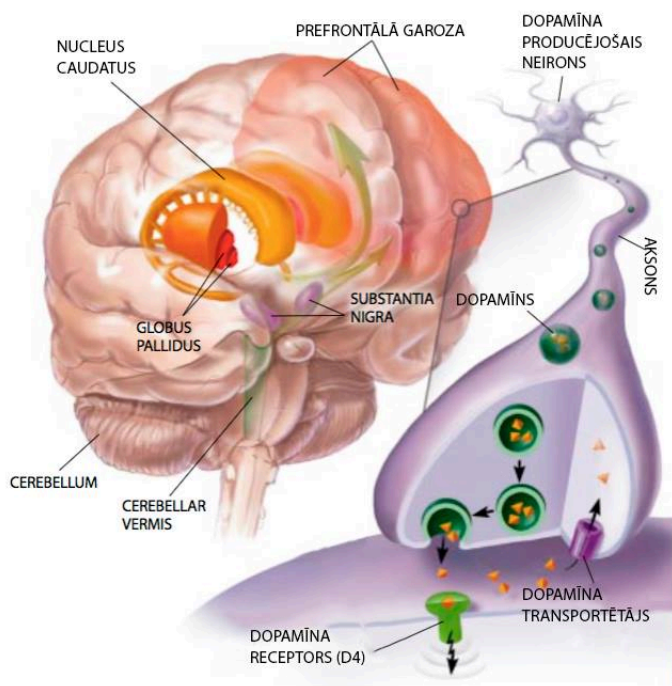
Pozitronu emisijas tomogrāfijas (PET) iegūtie rezultāti norāda uz samazinātu dopamīna aktivitāti *nucleus caudatus* un limbiskajā sistēmā (Andrēziņa et al., 2014).



2.att. Glikozes metabolisma atšķirība kontroles grupai (pa kreisi) un UDHS pacientu grupai (pa labi). Balts, sarkans, oranžs- rajoni ar augstu glikozes metabolismu; zils, violets-rajoni ar zemu glikozes metabolismu; zaļš- artefakts (Zametkin et al., 1990).

Kateholamīnu hipotēzi var pamatot arī gēnu polimorfismu, kuri atbild par kateholamīnu funkciju (Faraone et al., 2005). Patlaban par statistiski ticamu skaitās trīs gēnu iesaiste UDHS patoģenēzē, kuri ir saistīti ar dopamīna vielmaiņu: DAT1 gēns (dopamīna transportētājgēns, kurš atrodams piektās hromosomas īsajā plecā), DRD4 gēns (atrodas 11. hromosomas īsajā plecā un kodē D4 receptora proteīnu, kurš pārsvarā lokalizēts galvas smadzeņu pieres daivā) (Avale et al., 2003), DRD5 gēns (DR5 receptoru gēns, atrodas ceturtās hromosomas īsajā plecā) (Покровский и др., 2006). Pēc ģenētikas speciālistu viedokļa, DR4 ir “piedzīvojumu” gēns, kas nemitīgi liek meklēt jaunus iesaistītājus. Tas izskaidro, kāpēc pacientiem ar UDHS ir tik grūti ilgstoši koncentrēt uzmanību konkrētam uzdevumam (Lasmāne, 2003).

Daudzu pētījumu starpā izcelti arī citi dopamīna receptoru gēni (d1, d2, d3), un gēni, kuri ir iesaistīti serotonīna vielmaiņā (Slc6A4 serotonīna transportētājgēns, serotonīna receptoru gēni: AdrA1c, AdrA2A) u.c. Neskatoties uz pētījumu daudzumu UDHS patoģenēzes jomā, konkrēts gēns, kas ir atbildīgs par sindroma attīstību, nav atrasts (Таранушенко и др., 2013).



3.att. Smadzeņu struktūras, iesaistītas UDHS patoģenēzē, savstarpēji komunicē ar dopamīna palīdzību (norādītas ar zaļām bultiņām). Izmaiņas dopamīna receptorā (D4), vai dopamīna transportētājā (Barkley, 1998).

1.3.4. Galvas smadzeņu struktūra

Pētījumos ar magnētiskās rezonanses tomogrāfiju (MRT) atklātas izmaiņas smadzeņu izmērā un struktūrā bērniem ar UDHS. Pēc Seidmana u.c. novērojuma (2005), vairākas galvas smadzeņu daļas var būt iesaistītas sindroma attīstības procesā. Pastāv hipotēze, ka vislielākā ietekme sindroma attīstībā ir strukturālām un bioloģiskām izmaiņām prefrontālajā garozā, kura ir atbildīga par plānošanu un impulsu kontroli (T. J. Spencer, Biederman, & Mick, 2007).

Hiperaktīvajiem bērniem kopējo smadzeņu apjoms ir samazināts par 3-8% (Kieling et al., 2008), bet visnozīmīgāko tilpuma samazināšanu novēro prefrontālajā garozā, *corpus callosum*, *nucleus caudatus* un smadzenītēs (Seidman, 2005; Valera et al., 2007). Šāda smadzeņu apjoma atšķirība saglabājas arī pusaudžu vecumā, bet izlīdzinās sasniedzot pieaugušo vecumu (Andrēziņa u.c., 2014).

1.4. UDHS Klīniskās pazīmes

UDHS klīniskas izpausmes ir mainīgas un nespecifiskas. Neskatoties uz to, ka uzvedības īpatnības var parādīties bērnam līdz viena gada vecumam, diagnozi var uzstādīt, tikai sasniedzot piecu gadu vecumu. Tieši šajā vecumā lielākai daļai bērnu attīstās spēja kontrolēt savu uzvedību sabiedrībā, pakļaujot to vispār pieņemtajām normām. Bērniem ar UDHS ir nepietiekams noteiktu smadzeņu struktūru nobriedums, psihe regulatīvo mehānismu, it īpaši paškontroles trūkums. Tas viss būtiski ierobežo spēju uztvert informāciju, iegūt jaunas prasmes, neļauj adaptēties sabiedrībā (Мамченко, 2015).

Visbiežāk pirmās UDHS pazīmes izpaužas septiņu gadu vecumā, bet var parādīties arī zīdaiņiem. Zīdaiņi ar šiem traucējumiem ir ārkārtīgi jūtīgi pret ārējās vides faktoriem. Tā trokšņi, gaismas un temperatūras izmaiņas apkārtējā vidē viņos izraisa aizkaitināmu. Var būt arī otrādi – bērns ir mierīgs un daudz guļ, pat šķiet, ka lēni attīstās pirmajos dzīves mēnešos, bet vairumos gadījumu bērni ar UDHS ir nemierīgi un daudz raud (Sadock & Sadock, 2008).

Skolā bērniem mācību apguve norit neefektīvi, testā viņi spēj atbildēt tikai uz pirmajiem diviem jautājumiem, ir grūtības lasīšanā un pareizrakstībā. Slikta koncentrēšanas spējas ir zemo sekmju iemesls. Pēc skolotāju novērojumiem, bērni spēj saglabāt uzmanību tikai dažas minūtes (Козлова, 2014). Stundu laikā tie var būt ļoti nepacietīgi, nespējīgi sagaidīt savu kārtu atbildēt. Bērni ar UDHS saskaras ar vairākām emocionālām grūtībām, piemēram, viņiem rada problēmas veidot attiecības vienaudžu kolektīvā, kā arī izraisās bieži konflikti ar vecākiem, audzinātājiem vai skolotājiem. Tā rezultātā viņiem ir slikta pašsajūta un zems pašvērtējums (Sadock & Sadock, 2008).

Mājās bērnus ar UDHS ne uz mirkli nevar atstāt vienus pašus, jo tie visu laiku atrodas nemitīgā kustībā, “it kā viņiem klāt būtu piestiprināts dzinējs” (Козлова, 2014). Viņiem ir raksturīga viegla uzbudināmība, nemiers, koordinācijas traucējumi, neveiklība. Bieži tie ir emocionāli nestabili, tos viegli novest līdz smiekliem vai asarām; viņu garastāvoklis ir mainīgs un neparedzams (Sadock & Sadock, 2008).

Simptomi, raksturīgie UDHS, parasti ir iedalāmi 3 grupās: neuzmanība, hiperaktivitāte un impulsivitāte (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 2013).

Neuzmanība tiek raksturota kā indivīda uzmanības nenoturība uzdevumos, kas prasa iesaisti, kā tendence pāriet no vienas darbības uz otru, nepabeidzot nevienu no tām. Bērns ir izklaidīgs un aizmāršīgs, neprot plānot savu laiku (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 2013).

Hiperaktivitāte raksturojas ar pārmērīgu kustīgumu, tās izpausme bieži ir atkarīga no pacienta vecuma. Bērībā tā var izpausties lēkāšanā un skraidīšanā apkārt tam nepiemērotā laikā un vietā, nespēja ilgi nosēdēt vienā vietā. Ir raksturīga arī pārmērīga runāšana vai trokšņošana. Pusaudžiem un pieaugušajiem ir nemiera sajūta, neveiklība (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 2013).

Indivīdi ar tendenci uz impulsivitāti var būt pārgalvīgi un nepacietīgi, neprot apvaldīt savas vēlmes. Tiem ir grūti nostāvēt rindā, sarunā bieži pārtrauc citus cilvēkus, atbild uz jautājumu, nenoklausoties to līdz galam (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 2013). Impulsīviem bērniem ir paaugstināts traumatisma risks, jo viņi bieži veic bīstamas un neapdomātas darbības, par kuru sekām neaizdomājas.

1.5. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma diagnostiskie kritēriji

Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (DSM-5) un hiperkinētiskie traucējumi (ICD-10) ir definēti kā psihiskie traucējumi, kas parādās bērībā un kam ir raksturīgs attīstības līmenim neatbilstošs, neuzmanīgs, hiperaktīvas un/vai impulsīvas uzvedības modelis (Banaschewski et al., 2015).

Abas diagnozes, UDHS (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013)- Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD), kuru pielieto praksē psihiatri ASV un citās valstīs) un hiperkinētiskie traucējumi (ICD-10, World Health Organization, 1992), kuru plaši izmanto Eiropā, pamatojas uz līdzīga 18 simptomu kompleksa.

F90 Hiperkinētiskā sindroma (UDHS) diagnoze, pamatojoties uz SSK-10 kritērijiem, paredz, ka jāpastāv kombinācijai no visām trijām īpatnībām - neuzmanībai, hiperaktivitātei un impulsivitātei (World Health Organization, 1992; Andrēziņa u.c., 2014).

Neuzmanības kritēriji :

1. bērns nespēj uzmanīgi sekot uzdevumu detaļām vai arī pieļauj neuzmanības kļūdas mācību procesā vai rotaļās
2. nespēj ilgi fiksēt uzmanību mācoties vai rotaļājoties
3. rodas iespaids, ka bērns nedzird to, ko viņam saka
4. bērns nespēj sekot norādījumiem un pabeigt uzsākto darbu
5. bieži traucēta darba un rotaļu organizācija (norise)
6. bieži izvairās no mājas darbiem vai citām aktivitātēm, kas prasa garīgu piepūli
7. bieži zaudē priekšmetus, kas ir nepieciešami noteiktu darbību veikšanai: skolas piederumus, rakstāmlietas, grāmatas u.c.
8. ārējie kairinātāji viegli novērš uzmanību
9. ikdienas aktivitātēs ir aizmāršīgs

Hiperaktivitātes kritēriji.

1. bieži nemierīgi kustina rokas un kājas, nevar būt mierā
2. pamet savu vietu klasē vai citā situācijā, kad viņam būtu jāsež
3. bieži nevietā sāk skriet vai kaut kur rāpties, kad tas nav atļauts
4. bieži spēlējas pārmērīgi trokšņaini, kā arī ir grūtības spēlēties klusumā
5. ilgstoša, pārmērīga kustību aktivitāte, ko nevar ietekmēt sociālā situācija vai aizrādījumi

Impulsivitātes kritēriji.

1. bieži izkļūdz atbildes, pirms jautājums ir pabeigts
2. nespēj stāvēt rindā, lai sagaidītu savu vietu grupu rotaļās
3. bieži pārtrauc citus un iejaucas (piemēram: klātesošo rotaļās vai sarunās)
4. bieži nevietā runā pārāk daudz, nerēķinoties ar sociālo situāciju

Lai diagnosticētu hiperkinētisko sindromu (UDHS) pēc SSK-10 kritērijiem, ir nepieciešami vismaz seši no deviņiem neuzmanības simptomiem, vismaz trīs no piecām hiperaktivitātes pazīmēm un vismaz viens no četriem impulsivitātes kritērijiem. Simptomiem jābūt izteiktiem un tiem jāizpaužas dažādās situācijās un vidēs gan skolā, gan mājās, gan citā sociālā vidē, piemēram, slimnīcā. Ir jāatzīmē, ka simptomiem jāparādās pirms septiņu gadu vecuma, to izpausmes ilgums ir vismaz 6 mēneši un šo traucējumu cēlonis nav citi psihiski traucējumi vai slimība, piemēram, autisms vai afektīvie traucējumi (World Health Organization, 1992; Andrēziņa u.c., 2014).

1.6. Ar veselību saistīta dzīves kvalitāte

Dzīves kvalitātes universāla definīcija nepastāv, jo jēdziens „dzīves kvalitāte” nevar būt statisks un nemainīgs. Nav iespējams iedomāties, ka pagājušā gadsimta vidū dzīvojošās paaudzes dzīves kvalitātes kritēriji atbilstu šī gadsimta sākuma iedzīvotāju prasībām. Tāpēc, mūsdiā, ir nepieciešams sniegt dzīves kvalitātes definīciju, kas uzsver šī jēdziena dinamismu: „ Tā ir noteikta sociālā realitāte, kas eksistē konkrētā vēsturiskā laika periodā un konkrētā sabiedriski ekonomiskajā formācijā un kas izpaužas sociālo klašu, slāņu, grupu un indivīdu ikdienas dzīvē” (Баранов и др., 2005).

Tāpat arī pediatrijā nav dzīves kvalitātes vienota formulējuma. Pēc dažu zinātnieku domām, dzīves kvalitāte ir bērnam svarīgu dažādu dzīves jomu uztvere un novērtējums, un tās izjūtas, kas saistītas ar viņa problēmām funkcionēšanā (Bruil et al., 1997).

Tomēr medicīniskie priekšstati par dzīves kvalitāti galvenokārt ir saistīti ar cilvēka veselības stāvokli. Svarīgākās kategorijas, kuras ir dzīves kvalitātes medicīnisko aspektu izpētes pamatā, balstās uz veselības definīciju, kuru 1948.gadā noformulēja WHO: „Veselība ir pilnīga fiziskā, psihiskā un sociālā labklājība, nevis vienkārši slimību un fizisko trūkumu neesamība” (WHO, 1948). Tā rezultātā radās termins „ar veselību saistīta dzīves kvalitāte” (a. val. „health-related quality of life”), kas ļauj izcelt šī jēdziena medicīniskos aspektus starp pārējiem cilvēka dzīves daudzpusīgajiem faktoriem (Баранов и др., 2005).

PVO ir izstrādājusi 20.gadsimta pēdējās desmitgades cilvēku dzīves kvalitātes vērtēšanas kritērijus, kas saistīti ar veselību. Tie ir šādi:

- fiziskie - spēks, enerģija, nogurums, sāpes, diskomforts, miegs, atpūta;
- psiholoģiskie – pozitīvas emocijas, domāšana, mācīšanās, iegaumēšana, uzmanības noturība, pašvērtējums, vizuālais tēls, negatīvie pārdzīvojumi;
- patstāvības līmenis – ikdienas aktivitātes, darba spējas, atkarība no preparātiem un ārstēšanās;
- sabiedriskā dzīve – īpaši aktuāla pusaudžiem – savstarpējās attiecības, personas sabiedrības novērtējums, seksuālā aktivitāte (bērniem netiek vērtēta);
- apkārtējā vide – labklājība, drošība, sadzīve, materiālā labklājība, medicīniskās un sociālās nodrošināšanas kvalitāte un pieejamība, izglītības un kvalifikācijas pilnveidošanas iespējas, informācijas pieejamība, brīvais laiks, ekoloģija;
- garīgā dzīve – reliģija, personīgā pārliecība;

Pamatojoties uz šiem kritērijiem, uz dzīves kvalitāti jāraugās kā uz daudzšķautņainu, sarežģītu struktūru, kurā indivīds uztver savas fiziskās un psiholoģiskās izjūtas, savu neatkarības līmeni, savas attiecības ar citiem cilvēkiem, savu pārliecību, kā arī savu attieksmi pret apkārtējās vides nozīmīgiem aspektiem (Лукьянова, 2002).

1.7. Dzīves kvalitātes izpēte pediatrijā

Dzīves kvalitātes izpēte klīniskajā medicīnā ir unikāla pieeja, kas izmainīja tradicionālo skatījumu uz slimību un slimnieka veselības stāvokli.

Izmeklējumu standarti, kas balstās uz laboratorijas un instrumentāriju rādītājiem, ataino tikai slimības bioloģisko komponentu, bet nesniedz pilnīgu priekšstatu par pacienta stāvokli, par viņa attieksmi pret savu slimību, par viņa dezadaptācijas pakāpi. Pacienta subjektīvais savas dzīves kvalitātes vērtējums var būtiski papildināt klīnisko ainu, nodrošināt individuālo pieeju pacientam, kā arī ārstēšanas novērtēšanu dinamikā (Тимофеева & Винярская, 2008).

Interese par bērnu dzīves kvalitātes izpēti pasaulē radās pagājušā gadsimta 80.gados, kad šis rādītājs pieaugušajiem jau tika vērtēts daudzos klīniskajos pētījumos. Bērnu dzīves kvalitātes pētījumu skaits ir nesalīdzināmi mazāks, bet mūsu valstī tie ir tikai daži (Косенкова & Макарова, 2007).

Bērnu dzīves kvalitātes izpēte pamatojas uz tiem pašiem principiem kā pieaugušajiem, tomēr tai ir savas īpatnības. Vērtējot dzīves kvalitāti pediatrijā, jāņem vērā šādus svarīgus faktorus: ja pieaugušajiem fiziskās un sociālās aktivitātes rādītāji ir viņu profesionālā darbība un uzvedība sabiedrībā, tad pirmsskolas vecuma bērniem aktivitāte izpaužas rotaļās un saskarsmē ar citiem bērniem, bet skolēniem – adaptēšanās skolā, attiecības ar vienaudžiem, sekmes mācībās. Sociālajai videi bērnu dzīvē ir daudz lielāka nozīme nekā pieaugušajiem (Косенкова & Макарова, 2007).

Bērnu dzīves kvalitāti ietekmē ģimene, klasesbiedri, skolotāji, pie kam šo faktoru svarīgums mainās atkarībā no bērna vecuma. Tā, piemēram, jo mazāks bērns, jo lielāka ir viņa atkarība no vecākiem, īpaši mātes. Dzīves kvalitātes izvērtējumam pusaudžiem arī ir savas īpatnības. Šajā kritiskajā dzīves periodā uz organisma fizioloģisko pārmaiņu fona parādās jaunas izjūtas, tādas kā nogurums, sāpes, sirdsklauves. Tas arī var ietekmēt pusaudža dzīves kvalitāti (Косенкова & Макарова, 2007).

Bērnu dzīves kvalitātes noteikšanai, tāpat kā pieaugušajiem, tiek izmantotas aptaujas. Tajās aptaujājāmie sniedz informāciju par savu fizisko, emocionālo un psiholoģisko ikdienas funkcionalitāti, par komunikāciju ar draugiem, par mājas ikdienas darbu veikšanu. Aptaujas jautājumiem jābūt konkrētiem un saprotamiem dažāda vecuma bērniem (Лукьянова, 2002).

1.8.UDHS ietekme uz bērnu un pusaudžu dzīves kvalitāti

Interese par UDHS ietekmi uz bērnu dzīves kvalitāti saistīta ne tikai ar to, ka tas ir viens no visbiežāk sastopamajiem bērnu traucējumiem, bet tam ir arī svarīga sociālā nozīme.

Uzmanības deficīta/hiperaktivitātes sindromu raksturo agrīns sākums, nenoturīga uzmanība, hiperaktivitāte un impulsivitāte, uzvedības problēmas (Danckaerts et al., 2009). Tās pazīmes var būtiski ietekmēt cilvēka ikdienas aktivitātes, sociālo un emocionālo labklājību, tādā veidā pasliktinot dzīves kvalitāti (Harpin, 2005; Klassen et al., 2004; Strine et al., 2006; Weitkamp et al., 2013). It īpaši UDHS ir saistība ar nesekmību skolā, problēmām saskarsmē ar ģimeni un vienaudžiem (Danckaerts et al., 2009).

Ir pierādīts, ka dzīves kvalitāte pacientiem ar UDHS ir ievērojami zemāka par sabiedrības vidējiem rādītājiem (Riley, Coghill, et al., 2006). Pētījumi liecina, ka pacientiem ar UDHS dzīves kvalitāte ir zemāka salīdzinājumā ar cilvēkiem, kas sirgst ar daudzām citām hroniskām slimībām, piemēram cukura diabētu (Coghill & Hodgkins, 2016), bronhiālo astmu (Escobar et al., 2005), kā arī ar citiem psihiskajiem traucējumiem (Danckaerts et al., 2009).

Dzīves kvalitātes novērtēšanas svarīgumu bērniem ar UDHS ir uzsvērusi Amerikas Pediātru akadēmija, kura iesaka ārstiem novērot bērnu dzīves kvalitātes līmeni, papildus sekojot līdzi simptomiem un uzvedībai. Tas ir būtisks solis UDHS ietekmes samazināšanai nākotnē.(Riley et al., 2006).

Sociometriskās izpētes vērtējumi no vienaudžiem liecina, ka hiperaktīvie bērni rada citiem problēmas, bieži traucē un nav pieklājīgi, kas var samazināt hiperaktīvā bērna pašcieņu (Rube & Reddy, 2005).

UDHS pamatsimptomi var negatīvi ietekmēt spēju mācīties. Hiperaktīviem bērniem ir sliktākas organizatoriskās prasmes, t.i. prasmes plānot, vadīt procesus, samazināta koncentrēšanās un informācijas iegaumēšanas spēja, traucēta sīkā motorika, līdz ar to slikts rokraksts. Jo vairāk bērniem neveicas skolā, jo mazāk viņi ir motivēti mācīties, tāpēc ka viņu pūles ir «neauglīgas». Visu šo faktoru mijiedarbība noved pie stundu kavēšanās, nesekmības skolā (Rube & Reddy, 2005).

Lielā mērā bērna pašvērtējumu ietekmē sociālā vide. Piedzimstot bērnam nav nekāda priekšstata par to, kas viņš ir. Tikai sazinoties ar tuviniekiem, viņš iepazīst pasauli. Apkārtējie veido viņam “spoguļi”, kurā viņš skatās uz sevi it kā no malas. Priekšstatu par sevi bērns iegūst, pamatojoties uz citu attieksmi un vārdiem par viņu. Pakāpeniski viņš sāk redzēt sevi tādu, kādu viņu redz citi cilvēki, attiekties pret sevi tā, kā attiecas citi cilvēki (Митина, 2014).

Kad bērni saņem uzslavu un atzinību no vecākiem, skolotājiem un draugiem, viņu pašvērtējums ievērojami uzlabojas. Tomēr bērnus ar UDHS pastāvīgi kritizē, tiem aizrāda. Viņi nejūtas mīlēti, viņiem grūti būt veiksmīgiem un grūti veidot pozitīvu attieksmi pret sevi (Rube & Reddy, 2005).

Bērni ar UDHS negatīvi ietekmē arī savu vecāku dzīves kvalitāti un emocionālo labsajūtu un rada papildu slogu visai ģimenei (Coghill et al., 2008; pour & Kasaei, 2013).

Grūtības, ar kurām var saskarties ģimenes ar hiperaktīviem bērniem, ietver saspringtas attiecības ģimenē, vecāku stresu un pat depresiju, palielinās vecāku šķiršanās risks, pasliktinās ekonomiskais stāvoklis (Coghill et al., 2008).

Bērnībā konstatētais uzmanības deficīta sindroms pusaudžu un pieaugušo vecumposmā var radīt risku atkarībai no psihoaktīvām vielām (Biederman et al., 1998), kā arī veicināt šo personu kriminālo aktivitāti (Satterfield & Schell, 1997).

2. Materiāli un metodes

Tika veikts prospektīvs pētījums 9 mēnešu garumā, laika periodā no 2016. gada jūlija līdz 2017. gada aprīlim. Pētījuma pirmajā posmā tika veikta zinātniskās literatūras analīze par uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroma etioloģiju, klīniskajām izpausmēm, diagnostikas un korekcijas iespējām, kā arī UDHS ietekmi uz bērnu un pusaudžu dzīves kvalitāti. Tika izvirzīti darba mērķi un uzdevumi, izstrādātas pētījuma metodes.

Bāze darba izstrādei bija Bērnu klīniskā universitātes slimnīca «Gaiļezers», Bērnu psihiatrijas klīnika (17. nodaļa) un Rīgas Valda Avotiņa pamatskola-attīstības centrs.

Darba izstrādes ietvaros tika ievērotas pacientu tiesības un datu aizsardzības likums, pētījums apstiprināts Latvijas Universitātes Eksperimentālās un klīniskās medicīnas Zinātniskās izpētes ētikas komisijā.

2.1. Pētāmās grupas raksturojums

Pacienti pētījuma veikšanai tika meklēti BKUS Bērnu psihiatrijas klīnikas stacionārā (17. nodaļā) un Rīgas Valda Avotiņa pamatskolā-attīstības centrā. Pētījumā veiktā pacientu atlase notika sertificēta bērnu psihiatra Ņikitas Bezborodova un sertificētas psihiatres Ilzes Pelne-Bērziņas vadībā sadarbībā ar skolas pedagogiem.

Bērniem un pusaudžiem, kas atbilda iekļaušanas kritērijiem, tika piedāvāta iespēja piedalīties pētījumā. Pirms sākt anketēšanu, pacients un viņa vecāks/aizbildnis tika informēti par pētījuma mērķiem un norisi, kā arī par to, ka aptauja ir anonīma un viņu sniegtā

informācija tiks atspoguļota apkopotā veidā. Katra respondenta likumīgais pārstāvis apliecināja ar savu parakstu, ka piekrīt anketēšanai (1. pielikums).

Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes anketas tika izsniegtas pacientiem, kas atbilda sekojošiem iekļaušanas kritērijiem:

- abu dzimumu pacienti vecumā no septiņiem līdz septiņpadsmit gadiem;
- pacienti, kas stacionēti BKUS Bērnu psihiatrijas klīnikā (17. nodaļā) vai mācās Rīgas Valda Avotiņa pamatskolā-attīstības centrā no pirmās līdz devītajai klasei;
- pacienti, kam uzstādīta Hiperkinētiskā sindroma (UDHS) diagnoze saskaņā ar SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem, ar vai bez komorbīdiem stāvokļiem;
- pacienti, kam nav izmainīts neiroloģiskais stāvoklis;
- pacienta vecāka/aizbildņa rakstisks apstiprinājums piekrišanai piedalīties pētījuma procesā.

Pacientu izslēgšanas kritēriji:

- pacients vai tā piederīgais nevēlas piedalīties pētījumā.
- Sekojoši komorbīdie stāvokļi: vidēji smaga un smaga garīga atpalcība, autisms, psihoze, organiski psihiski traucējumi.

2.2. Datu ieguves metodes

2.2.1. KINDL^R ar veselību saistītās dzīves kvalitātes anketas

Lai iegūtu datus par bērnu un pusaudžu ar veselību saistīto dzīves kvalitāti, tika izvēlēta kvantitatīva pētniecības metode. Aptaujas protokolu izvēlveica pētījuma darba autore pēc analizētās zinātniskās literatūras datiem par dzīves kvalitātes izvērtējuma metodēm un instrumentiem pediatrijā.

Par dzīves kvalitātes vērtēšanas un aptaujas līdzekli tika izmantotas KINDL^R veidlapas (pieejamas: <http://www.kindl.org/>).

KINDL^R ir īss, Eiropā validēts anketēšanas līdzeklis, kurš piemērots izmantošanai dažādās valstīs un kultūrās. KINDL^R aptaujas sākotnēji vācu valodā izstrādāja Prof. Monika Bullinger (1994) ar mērķi veicināt labāku izpratni par bērnu un pusaudžu dzīves kvalitāti. Vēlāk, 1998. gadā, anketas tika pilnveidotas un piemērotas gan veseliem, gan hroniski slimiem bērniem un pusaudžiem (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998). KINDL^R ir pieejams 28 valodās, t.sk. vācu, angļu un krievu valodā, bet vēl nav pielāgotas versijas latviešu valodā.

2.2.1.1. KINDL vērtēšanas un aptaujas protokolu tulkošana

Protokolu tulkošanā tika iesaistīti vairāki speciālisti, kuri labi zina angļu un latviešu valodas. Pētījuma darbam izvēlēto aptaujas protokolu tulkošanai tika pielietota turp un atpakaļ tulkošanas metode, t.i. viens speciālists tulkoja no angļu valodas latviešu valodā, un vēl viens neatkarīgs speciālists veica atpakaļ tulkojumu. Tekstam abos tulkojuma variantos jāsakrīt. Nesakrītības gadījumos apsvēra to iespējamās iemeslus, veica teksta rediģēšanu un izvēlējās vispiemērotāko tulkojuma variantu.

Pētījuma laikā dzīves kvalitātes vērtēšanas protokoli tika adaptēti un izveidoti tā, lai Latvijas vispārīgglītojošās sākumskolas un pamatskolas skolēniem ar UDHS izpausmēm nerastos grūtības to aizpildīšanā.

2.2.1.2. KINDL protokolu apraksts

Pētījuma laikā dzīves kvalitātes vērtēšanas protokoli tika adaptēti un izveidoti tā, lai Latvijas vispārīgglītojošās sākumskolas un pamatskolas skolēniem ar UDHS izpausmēm nerastos grūtības to aizpildīšanā.

Anketa sastāv no 24 jautājumiem, apvienotiem sešās sadaļās. Katra sadaļa atbilst vienai dzīves kvalitātes sfērai:

- fiziskā labklājība: pēta fiziskās aktivitātes un enerģijas līmeni, fizisko pašsajūtu;
- emocionālā labklājība: pēta emocijas (skumjas, prieku, vientulības sajūtu, bailes);
- pašvērtējums: pēta attieksmi pret sevi, domas par sevi, par savām idejām;
- draugi (sociālais kontakts): pēta respondenta attiecības ar draugiem, vietu sabiedrībā;
- ģimene: pēta attiecības ar vecākiem un vidi ģimenē;
- skola (ikdienas darbība): pēta bērna/pusaudža pašsajūtu skolā, priekšstatu par savām mācīšanās spējām, panākumiem mācībās.
- Papildsadaļa “Slimība” sastāv no sešiem jautājumiem un pēta UDHS ietekmi uz respondenta ikdienas darbībām

Visas anketu veidlapas ir pieejamas latviešu un krievu valodā.

Divas dažādas KINDL^R anketas versijas tika lietotas atbilstoši vecumam: KID-Kindl bērniem no 7-12gadiem (skat. Pielikumu Nr.2 un Nr.3); Kiddo-Kindl pusaudžiem vecumā no 13-17 gadiem (skat. pielikumu Nr.4 un Nr.5). Abu vecumu versijās bija vienādas sadaļas, jautājumi un vērtēšanas formāts. Vienīga atšķirība bija jautājumu formulējumā, atbilstoša vecuma grupai (piemēram, bērnu versijā 17.jautājums ir: “Pagājušajā nedēļā mēs ar draugiem spēlējamies”, bet pusaudžu versijā : “Pagājušajā nedēļā mēs ar draugiem daudz ko kopā paveicām”).

2.2.1.3. Pacientu aptaujas norise

Uz anketas jautājumiem atbildēja paši bērni un pusaudži (mutiski vai rakstiski) pētnieka klātbūtnē. Pirms anketas aizpildīšanas ar vienu jautājuma piemēru respondentiem tika detalizēti paskaidrots, kā pareizi jāaizpilda aptaujas veidlapas. Vidējais anketas aizpildīšanas laiks ir 15 minūtes. Uz anketas veidlapas pacientiem bija jānorāda savs dzimums, vecums, klase, kuru viņi apmeklē, un brāļu/ māsu skaits. Atbildot tālāk uz aptaujas jautājumiem, pacientiem bija jāizvēlas viena no anketā piedāvātajām atbildēm un jāatzīmē ar zīmuli vai pildspalvu.

Mazākiem bērniem anketas lasīšanas un tās aizpildīšanas procesā bija nepieciešama intervētāja palīdzība. Mazākiem pētījuma dalībniekiem, kā arī tiem, kuriem bija grūti noturēt uzmanību, pildot aptauju, KINDL anketas jautājumi tika uzdoti mutiski, un pētnieks pats atzīmēja sniegtos atbilžu variantus. Vecākie bērni bija daudz neatkarīgāki aptaujas procesā. Visiem pētījuma dalībniekiem, atbildējot uz anketas jautājumiem, bija jāizvēlas viens no pieciem atbilžu variantiem: nekad, reti, dažreiz, bieži un vienmēr.

2.2.1.4. Ar veselību saistītas dzīves kvalitātes izvērtējums ballēs

Lai interpretētu un pareizi novērtētu respondentu atbildi uz KINDL jautājumu pēc piecu punktu skalas (ar maksimālo punktu skaitu, t.i., pieci punkti, un minimālo punktu skaitu, t.i., viens punkts), ir nepieciešams ņemt vērā jautājuma saturu. Tādējādi ir jautājumi, par kuriem tiek piešķirti punkti augošā secībā no viens līdz pieci (1=nekad, 2=reti, 3=dažreiz, 4=bieži, 5=vienmēr) un dilstošā secībā no pieci līdz viens (5=nekad, 4=reti, 3=dažreiz, 2=bieži, 1=vienmēr) (sk.4.att.). Kopējie katras sadaļas gala vērtējumi bija izveidoti no vērtējumiem par katru jautājumu. Katras sadaļas kopējais punktu skaits bija pārveidots %, kur augstākie vērtējumi norāda uz labāku dzīves kvalitāti, bet zemākie attiecīgi uz sliktāku dzīveskvalitāti.

Jautājumi ar punktiem augošā secībā		Jautājumi ar punktiem dilstošā secībā	
Jautājumi: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 27		Jautājumi: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 28, 29	
Atbilde	Vērtība	Atbilde	Vērtība
Nekad	1	Nekad	5
Reti	2	Reti	4
Dažreiz	3	Dažreiz	3
Bieži	4	Bieži	2
Vienmēr	5	Vienmēr	1

4.att. Jautājumu sadalījums pēc novērtējuma

2.2.2. UDHS izpausmju novērtēšanas (reitinga) skala-IV

Lai novērtētu UDHS simptomu smagumu pēdējās nedēļas laikā, pacienta vecākam/aizbildnim bija jāaizpilda UDHS simptomu novērtēšanas (reitinga) skala-IV: vecāku versija (skat. pielikumu Nr.6 un Nr.7). UDHS-RS ir 18 jautājumu skala, kuras struktūra atbilst DSM-IV UDHS diagnostikas kritērijiem. Katrs jautājums tika novērtēts četru punktu Likerta skalā no nulles jeb “nekad” līdz trīs jeb “ļoti bieži”.

UDHS-RS sniedz kopējo skaitli un divu apakšskalu skaitli (neuzmanība un hiperaktivitāte-impulsivitāte). Kopējais rezultāts tiek aprēķināts, summējot punktus par visiem 18 jautājumiem. Neuzmanības apakšskala ir punktu summa par deviņiem nepāra jautājumiem. Hiperaktivitātes-impulsivitātes apakšskala ir punktu summa par deviņiem pāra jautājumiem. Augstāki ciparu rādītāji liecina par spēcīgāku simptomu izpausmi. Anketas bija pieejamas gan latviešu, gan krievu valodā. Respondentiem bija dota iespēja pašiem izvēlēties skalas aizpildīšanas vietu. Lielākā daļa no novērtēšanas skalām tika atdota vecākiem, lai tie aizpildītu tās mājās. Mazākā daļa no skalām tika aizpildītas skolā un slimnīcā.

2.2.3. Papildus datu anketa

Pacientu dzīves apstākļu un iespējamo dzīves kvalitāti ietekmējošo faktoru izvērtēšanai ir izstrādāta anketa, kura satur jautājumus par ģimenes demogrāfiskajiem faktoriem, sociālekonomisko stāvokli ģimenē, grūtniecības gaitu un dzemdībām. Anketu aizpildīja viens no vecākiem vai aizbildņiem. Respondentam bija jānorāda pacienta iniciāļi, savs dzimums, vecums, un radniecīga saikne ar pacientu (māte, tēvs, vecvecāks, aizbildnis). Izlasot anketas jautājumu, bija jāatzīmē viens piemērotākais atbildes variants. Gadījumā, ja neviens no variantiem anketā neder, respondentiem bija piedāvāta iespēja pašiem ierakstīt savu atbildi tukšajā ailē. Pētījuma dalībnieki tika informēti par tiesībām neatbildēt uz

jautājumiem, kuri var radīt emocionālo diskomfortu vai var aizskart jūtas (sīkāk skat. pielikumā Nr.8 un Nr.9).

2.2.4. Pilotpētījums

Lai noskaidrot ar veselību saistītas dzīves kvalitātes aptaujas latviešu valodas versijas piemērotību Latvijas sākumskolas un pamatskolas skolēniem, tika veikts pilotpētījums. Pilotpētījumā piedalījās 3 pacienti vecumā no septiņiem līdz 17 gadiem ar diagnozi UDHS. Pilotpētījuma dalībnieki iekļauti kopējā dalībnieku skaitā.

Pilotpētījums notika no 2017.gada janvāra līdz 2017.gada februārim BKUS “Gaiļezers”, bērnu psihiatrijas klīnikā (17.nod.).

Eksperimentālā pētījuma galvenie mērķi bija novērtēt dzīves kvalitātes anketas precizitāti, skaidrību, saprotamību pacientiem dažādās vecuma grupās, noskaidrot iespējamās kļūdas, kas tika pieļautas anketas izstrādes un tulkojuma procesos. Pēc aptaujas aizpildīšanas, tika uzziņāts respondentu viedoklis par anketām, un pilotpētījuma dalībnieki atzina anketas saprotamību un vienkāršību. Rezultāti liecināja, ka KINDL aptaujas var būt izmantotas dzīves kvalitātes noteikšanā turpmākajā pētījumā.

Pilotpētījuma laikā tika izmēģinātas arī UDHS izpausmju novērtēšanas (reitinga) skala-IV un papildus datu anketa, kuras aizpildīja pacientu vecāki. Rezultātā iegūtas praktiski piemērotas un precīzas anketas informācijas ieguvei.

2.3. Datu statistiskā apstrāde

Pētniecības laikā visi iegūtie dati tika apkopoti elektroniskā datubāzē Microsoft Office Excel 2016 programmatūrā. Datu aprakstoša un statistiska apstrāde tika veikta ar 22. versijas SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programmu.

Katra dzīves kvalitātes sfēra tika aprakstīta ar vidējo aritmētisko lielumu procentos un standarta novirzi (SN). Lai noteiktu datu normālo sadalījumu, veica Kolmogorova – Smirnova testu.

Dispersiju homogenitāte tika pārbaudīta ar Levena testu. Salīdzinājumi starp divu izlašu vidējiem aritmētiskiem rādītājiem tika veikti ar Stjūdenta t- testu un *Mann-Whitney* testu.

Veicot korelāciju analīzi starp simptomu izpausmju izteiktību un ar veselību saistītas dzīves kvalitāti tika izmantota tāda parametriskās statistikas, korelāciju analīzes metode kā Pirsona tests. Par statistiski nozīmīgu uzskatīju Pirsona korelācijas koeficientu (r -Pirsona) $\geq 0,29$ vai r -Pirsona $\leq -0,29$, pie $p < 0,05$. Ja korelācijas absolūtā vērtība ir līdz 0,2, tad sakarība ir ļoti vāja, ja tā ir 0,2—0,5, tad sakarība ir vāja, no 0,5 līdz 0,7 sakarība ir vidēji

cieša, līdz 0,9 sākarība ir cieša, virs 0,9 ļoti cieša.

Simptomu ietekmi uz dzīves kvalitātes domēniem pārbaudīja ar vienfaktora dispersiju analīzi- ANOVA (ang. Analysis of variance). Demogrāfisko un sociālekonomisko faktoru saistību ar dzīves kvalitātes rādītājiem noteica izmantojot daudzfaktoru dispersiju analīzi (MANOVA).

3.Pētījuma rezultāti

3.1. Populācijas analīze

3.1.1. Pētījamo pacientu grupu vispārējais raksturojums

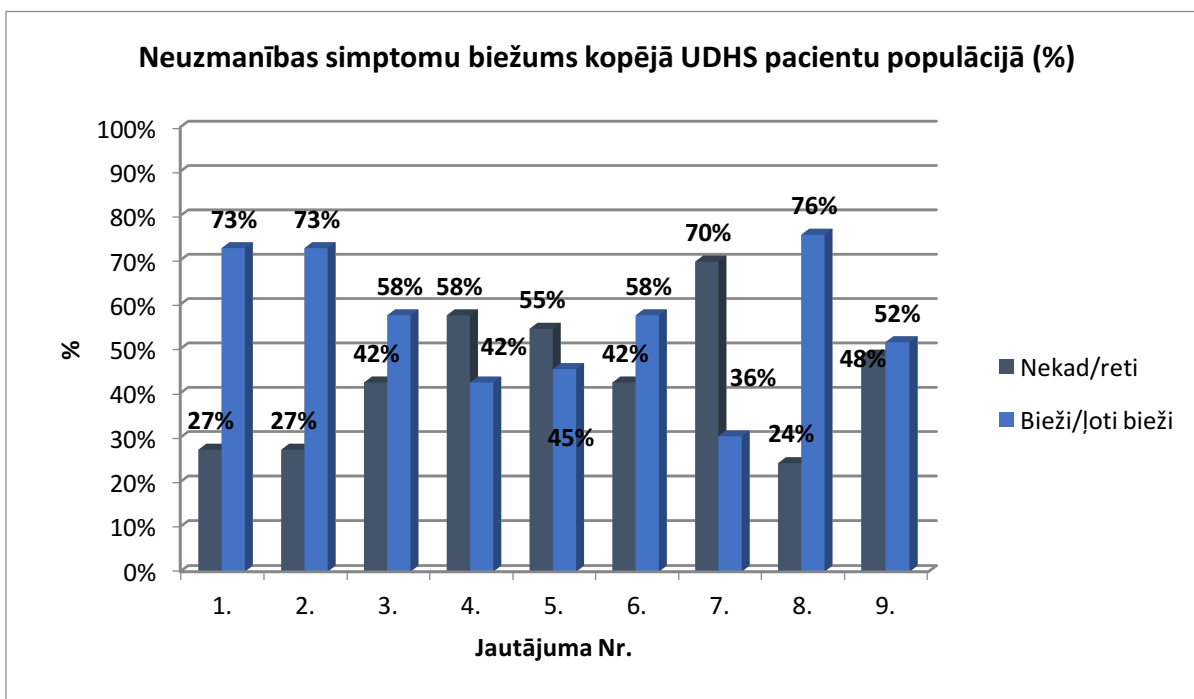
Veiktajā prospektīvajā pētījumā piedalījās 33 bērni un pusaudži ar diagnozi - Hiperkinētiskie traucējumi (UDHS), kas atbilst Starptautiskās slimību klasifikācijas diagnostiskajiem kritērijiem (SSK-10).Kopumā tika analizētas 99 anketas, 33 no tām aizpildīja paši bērni un pusaudži, un 66 anketas- viņu vecāki vai aizbildņi.

Tabulā Nr.3.1 ir redzams, ka 90,9% (n=30) no pacientiem bija zēni, un 9,1% (n=3) meitenes. Sadalot pacientus vecuma grupās, pētījuma dalībnieki sastāvēja no 21 bērniem (7-12 gadi) un 12 pusaudžiem (13-17 gadi). Prevalējoša pacientu daļa tika anketēta skolā (90,9%, n=30). Pētāmajā populācijā dominējošā pacientu daļa bija bērni vecumgrupā 11-12 gadi (27,3%, n=9). Lielākais pacientu skaits mācījās 4 klasē (21,2%, n=7) un mazākais no 8 klases (3,0%, n=1). Pacientu grupas raksturojums sīkāk norādīts 3.1 tabulā.

3.1. tabula. Pacientu dati: dzimums, vecums, klase, anketēšanas vieta.

Rādītājs	Visi pacienti , N=33
Dzimums, n (%)	
Sieviete	3 (9,1%)
Vīrietis	30 (90,9%)
Vecums, n (%)	
7 -8 gadi	5 (15,2%)
9-10 gadi	7 (21,2%)
11-12 gadi	9 (27,3%)
13-14 gadi	8 (24,2%)
15 -17 gadi	4 (12,1%)
Klase, n (%)	
1. klase	5 (15,2%)
2. klase	3 (9,1%)
3. klase	4 (12,1%)
4. klase	7 (21,2%)
5. klase	5 (15,2%)
6. klase	3 (9,1%)
7. klase	3 (9,1%)
8. klase	1 (3,0%)
9. klase	2 (6,1%)
Anketēšanas vieta, n (%)	
Slimnīcā	3 (9,1%)
Skolā	30 (90,9%)

3.1.2. Uzmanības deficīta/hiperaktivitātes sindroma (UDHS) klīnisko izpausmju vērtējums pētījamā pacientu grupā pēc UDHS novērtēšanas skalas IV, mājas versijas kritērijiem.



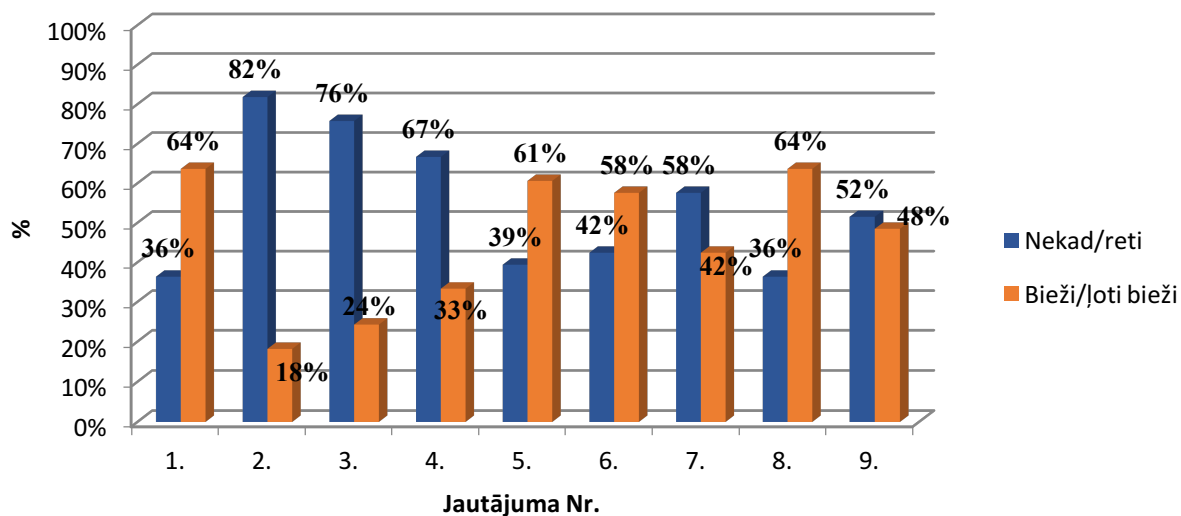
5.att. Neuzmanības simptomu biežums (%)

3.2.tabula. Atšifrējumi attēlam Nr.1. Neuzmanības simptomi pēc UDHS novērtēšanas skalas IV, mājas versija, kritēriji nr.1,3,5,7,9,11,13,15,17)

1.	Nespēj sakopot uzmanību detaļām, pieļauj paviršas kļūdas skolas darbos.	6.	Izvairās no skolas darbiem, kuri prasa ilgstošu garīgu piepūli (mācības vai mājas darbi).
2.	Ir grūtības noturēt uzmanību, veicot uzdevumus vai rotaļājoties.	7.	Bieži nozaudē mantas, kuras ir nepieciešamas uzdevumu vai pasākumu veikšanai (skolas piederumi, darba rīki).
3.	Šķiet, ka viņš neklausās kad ar viņu runā.	8.	Ir viegli novērst uzmanību ar ārējiem stimuliem.
4.	Nespēj sekot instrukcijām un nespēj pabeigt darbu.	9.	Bieži aizmāršīgs ikdienas darbos.
5.	Grūti organizēt savu darbu un aktivitātes.		

Attēlā Nr.5 uz X ass ir norādīti UDHS novērtēšanas skalas IV deviņu neuzmanības jautājumu kārtas numuri ar sekojošiem atšifrējumiem tabulā Nr.3.2., uz Y ass-Neuzmanības simptomu biežums(%), kur atbilžu varianti ir sadalīti divas grupās- nekad/reti un bieži/ļoti bieži.

Hiperaktivitātes/impulsivitātes simptomu biežums kopējā UDHS pacientu populācijā (%)



6.att.Hiperaktivitātes/impulsivitātes simptomu biežums (%)

Attēlā Nr.6 uz X ass ir norādīti UDHS novērtēšanas skalas IV deviņu hiperaktivitātes un impulsivitātes jautājumu kārtas numuri ar sekojošiem atšifrējumiem 3.3. tabulā, uz Y ass-atspoguļoti hiperaktivitātes/impulsivitātes simptomu biežums (%), kur atbilžu varianti ir sadalīti divas grupās- nekad/reti un bieži/ļoti bieži.

3.3.tabula. Hiperaktivitātes/ impulsivitātes simptomu biežums pētījamā grupā (UDHS novērtēšanas skala IV, mājas versija, kritēriji nr.2,4,6,8,10,12,14,16,18).

1.	Veic nemierīgas kustības ar rokām vai kājām, grozās sēdvietā.	6.	Pārmērīgi daudz, nepārtraukti un steidzīgi runā.
2.	Atstāj savu vietu klasē vai citā situācijā, kur nepieciešama pastāvīga sēdešana (pusdienu galds).	7.	Bieži atbild, nesagaidot jautājuma beigas.
3.	Bieži skraida apkārt vai rāpjas nepiemērotās vietās.	8.	Grūtības gaidīt rindā vai gaidīt savu kārtu rotaļās vai arī citās situācijās grupā.
4.	Grūtības rotaļāties vai klusām iesaistīties brīvā laika pasākumos.	9.	Pārtrauc sarunu nevietā, nepārtraukti un steidzīgi runā.
5.	Bieži darbojas kā „uzvilks motors” un nevar mierīgi uzvesties.		

3.1.3. Iespējamo UDHS attīstības riska faktoru analīze

Tabulā Nr.3.4. ir sniegta informācija par iespējamiem faktoriem, kuri var veicināt UDHS attīstību un ietekmēt dzīves kvalitāti.

3.4. tabula. UDHS riska faktori

Dzemdības		N, %
	Agrīni priekšlaicīgas dzemdības	0 (0,0%)
	Vēlīni priekšlaicīgas dzemdības	1 (3,0%)
	Laicīgas dzemdības	15 (45,5%)
	Pārnēsāta grūtniecība	4 (12,1%)
	Nav informācijas	13 (39,4%)
Jaundzimušā svars		
	Normāls	23 (69,7%)
	Mazs	2 (6,1%)
	Ļoti mazs	0 (0,0%)
	Sevišķi mazs	0 (0,0%)
	Palielināts	2 (6,1%)
	Nav informācijas	6 (18,2%)
Smēķēšana grūtniecības laikā		
	Jā	5 (15,2%)
	Nē	22 (66,7%)
	Nav informācijas	6 (18,2%)
Alkohola lietošana grūtniecības laikā		
	Jā	3 (9,1%)
	Nē	23 (69,7%)
	Nav informācijas	7 (21,2%)
UDHS vecākiem		
	Jā	3 (9,1%)
	Nē	20 (60,6%)
	Nav informācijas	10 (30,3%)

Pēc aprakstītajiem datiem tabulā Nr.3.4. ir redzams, ka lielāka pacientu daļa piedzima ar normālu svaru (69,7%, n=23). Nedaudz mazāk par pusi aptaujāto atzīmēja, ka bērns piedzima laicīgi, bet aptuveni trešā daļa neatbildēja uz šo jautājumu. Respondentu vairākums atbildēja, ka pacienta māte grūtniecības laikā nesmēķēja (66,7%, n=22) un nelietoja alkoholu (69,7%, n=23).

3.2. Pacientu ģimeņu analīze pēc anketēšanas datiem

3.2.1.UDHS-RS IV (mājas versijas) respondenta raksturojums

Pētījuma ietvaros kopā ar bērniem tika aptaujāti arī 33 viņu likumiskie pārstāvji.

3.5. tabulā ir redzams, ka vidējais reitinga skalas aizpildītāja vecums bija 33,58 gadi ($\pm 16,59$), jaunākajam respondentam bija 26 gadi, bet vecākajam – 60 gadi. Visbiežāk uz skalas jautājumiem atbildēja sievietes (87,9%, n=29), un 72,7% (n=24) gadījumos tās bija bērna mātes. UDHS reitinga skalu aizpildīja tikai 1 tēvs (3,0%) un 1 vecvecāks (3,0%), 4 aizbildņi (12,1%), un 3 anketās (9,1%) nebija par to informācijas.

3.5. tabula. Anketas respondenta raksturojums

Anketas aizpildītāja dzimums, n (%)	
Sieviete	29 (87,9%)
Vīrietis	2 (6,1%)
Nav informācijas	2 (6,1%)
Aizpildītāja vidējais vecums, gadi (SN)	33,58 $\pm 16,59$
Anketu aizpildīja, n (%)	
Māte	24 (72,7%)
Tēvs	1 (3,0%)
Aizbildnis	4 (12,1%)
Vecvecāks	1 (3,0%)
Nav informācijas	3 (9,1%)

Saīsinājumi: SN – standarta novirze.

3.2.2. Pacientu ģimenes demogrāfiskā stāvokļa raksturojums

Ģimenes demogrāfiskais stāvoklis pēc vecāku/ aizbildņu aptaujas datiem ir norādīts 3.6. tabulā.

3.6. tabula. Ģimenes demogrāfiskais raksturojums

Ģimenes struktūra		N, %
	Abi bioloģiskie bērna vecāki	7 (21,2%)
	Māte + partneris/ tēvs + partneris	9 (27,3%)
	Tikai māte/ tēvs	9 (27,3%)
	Audzģimene	2 (6,1%)
	Bērns dzīvo ar vecvecākiem	3 (9,1%)
	Bērns dzīvo ar brāli/māsu	1 (3,0%)
	Nav informācijas	2 (6,1%)
Bērnu skaits ģimenē		
	Viens	10 (30,3%)
	Divi	10 (30,3%)
	Trīs	4 (12,1%)
	Četri	2 (6,1%)
	Pieci	3 (9,1%)
	Nav informācijas	4 (12,1%)
Ģimenes stāvoklis		
	Neprecējies/-usies	4 (12,1%)
	Precējies/-usies	7 (21,2%)
	Izšķīries/-usies	7 (21,2%)
	Otrā laulība	3 (9,1%)
	Civillaulība	7 (21,2%)
	Trešā laulība	0 (0,0%)
	Atraitnis/-e	3 (9,1%)
	Nav informācijas	2 (6,1%)

Analizējot pētījuma dalībnieku demogrāfisko stāvokli tabulā Nr.3.6., var secināt, ka pētāmajā populācijā visbiežāk ir viens (30,3%, n=10) vai divi (30,3%, n=10) bērni ģimenē.

Lielākā pacientu daļa dzīvo tikai ar māti vai tēvu (27,3%, n=9) vai ar māti/ tēvu un viņu partneri (27,3%, n=9). Ar abiem bioloģiskajiem vecākiem dzīvo 21,7% (n=7) pētāmo bērnu un pusaudžu. Uz anketas jautājumu par ģimenes stāvokli, vienāds respondentu skaits atbildēja, ka pašreiz atrodas civillaulībā (21,2%, n=7), ir precējies/-usies (21,2%, n=7), ir izšķīries/-usies (21,2%, n=7).

3.2.3. Pacientu ģimenes sociālekonomiskā stāvokļa raksturojums

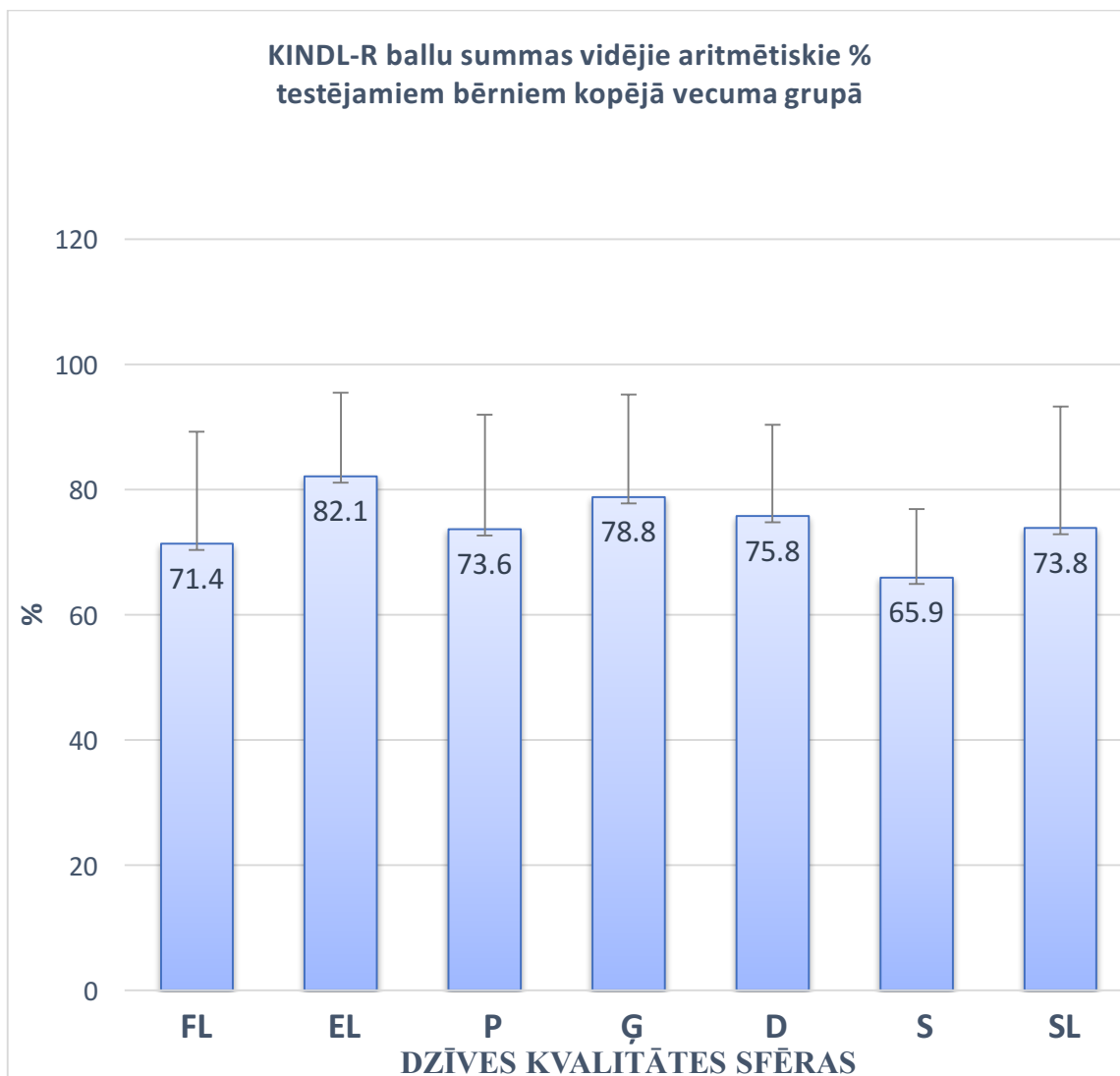
Pēc aptaujas rezultātiem, visiem vecākiem un aizbildņiem bija vismaz vidējā izglītība. Lielākā respondentu daļa novērtēja ģimenes materiālo stāvokli kā “vidēju” (57,6%, n=19) un atzīmēja, ka ģimenē strādā abi vecāki (60,6%, n=20) (skat.3.7.tabulu).

3.7.tabula. Pacientu ģimeņu sociālekonomiskais raksturojums

Materiālais stāvoklis	N, %
Ļoti labs	2 (6,1%)
Labs	7 (21,2%)
Vidējs	19 (57,6%)
Slikts	2 (6,1%)
Ļoti slikts	1 (3,0%)
Nav informācijas	3 (9,1%)
Vecāku/aizbildņu izglītības līmenis	
Sākumskolas	0 (0,0%)
Vidējā	10 (30,3%)
Vidējā profesionālā	11 (33,3%)
Augstākā	9 (27,3%)
Nav informācijas	3 (9,1%)
Vecāku/aizbildņu nodarbinātība	
Ģimenē abi vecāki strādā	20 (60,6%)
Ģimenē abi vecāki ir bezdarbnieki	0 (0,0%)
Viens no vecākiem strādā	8 (24,2%)
Nav informācijas	5 (15,2%)

3.3. KINDL^R- ar veselību saistītas dzīves kvalitātes rādītāju analīze pēc dažādiem parametriem

3.3.1. KINDL^R dzīves kvalitātes domēnu vidējie rādītāji



Saīsinājumi: FL-fiziskā labklājība; EL-emocionālā labklājība; P-pašvērtējums; Ģ-ģimene; D-draugi (sociālais kontakts); S-skola (ikdienas darbība); SL-slimība

7.att. KINDL^R dzīves kvalitātes domēnu rādītāji UDHS kopējā pacientu grupā. Skaitļi ir izteikti vidējos aritmētiskajos (%) ± SN

Attēlā Nr.7 uz X ass ir attēloti dzīves kvalitātes septiņi domēni, uz Y ass ir atspoguļoti KINDL^R anketu vidējie aritmētiskie vērtējumi % katrā no septiņiem dzīves kvalitātes domēniem. Augstākais rezultāts norāda uz labāko dzīves kvalitāti.

Pēc augstāk aprakstītiem datiem ir redzams, ka pētījuma dalībnieki (n=33) visaugstāk novērtēja emocionālas labsajūtas sfēru (82.1%), kam sekoja ģimenes (78.8%) un draugu

(75.8%) dzīves kvalitātes domēni. Viszemākie rezultāti tika iegūti ikdienas darbības jeb skolas sfērā (65.9%).

3.8. tabula. Ar veselību saistītas dzīves kvalitātes vidējie aritmētiskie rādītāji UDHS pacientiem sadalījumā pēc vecuma grupām

Dzīves kvalitātes rādītājs	N=21 7-12 gadi		N=12 13-17 gadi		Grupu atšķirības p vērtība
	Vidējais	Standart - novirze	Vidējais	Standart -novirze	
Fiziskā labsajūta	72,1	14	75,4	14,4	0,2
Emocionālā labsajūta	84,3	11,9	78,3	15,3	0,242
Pašnovērtējums	76,7	19,5	68,3	15,4	0,163
Ģimene	78,8	16,7	78,8	16,5	0,866
Draugi	77,4	14,6	72,9	14,7	0,886
Skola	69,3	8	60,0	13,1	0,497
Slimība	72,5	21,2	76,1	16,1	0,171

Statistiski ticamas atšķirības starp divu vecuma grupu rādītājiem nekonstatējām (3.8.tab).

3.3.2. Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes novērtējuma saistība ar demogrāfiskajiem, sociālekonomiskajiem, klīniskajiem rādītājiem.

Pētījuma gaitā nav iegūti statistiski ticami dati par simptomu ietekmi uz skolēnu dzīves kvalitātes domēniem (sīkāk sk. pielikumu Nr.13). Tomēr ir novērota statistiski ticama mātes alkohola lietošanas ($p=0,049$) un smēķēšanas ($p=0,053$) grūtniecības laikā ietekme uz fiziskas labklājības domēnu. To pašu domēnu ietekmē arī vecāku izglītība ($p=0,028$) un ģimenes struktūra ($p=0,028$) (sk.14.pielikumu). Ir novērota jaundzimušā svara ietekme uz emocionālās labklājības domēnu ($p=0,047$) (sk.15.pielikumu). Ģimenes struktūra ietekmē ģimenes domēnu ($p=0,27$) (sk. 18.pielikumu). Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes pārējiem domēniem nav novērota (sīkāk sk. pielikumus Nr. 14-21).

3.9. tabula. Ar veselību saistītās dzīves kvalitātes rādītāju korelācija ar simptomu izpausmju izteiktību kopējā UDHS pacientu populācijā

Dzīves Kvalitātes Rādītājs	Pirsona korelācijas koeficients, r	p vērtība
Fiziskā labsajūta	-0,319	0,071
Emocionālā labsajūta	-0,171	0,341
Pašnovērtējums	-0,071	0,696
Ģimene	-0,390	0,025*
Draugi	0,320	0,069
Skola	-0,110	0,541
Slimība	0,141	0,435

$p \leq 0,05$.

Korelācijas analīze veikta ar Pirsona testu. Iegūtie rezultāti ir uzskatāmi attēloti 3.9. tabulā. Vērtējot klīnisko izpausmju ietekmi uz dzīves kvalitāti kopējā UDHS pacientu populācijā, konstatēju statistiski ticamu, vāju, netiešu korelāciju starp dzīves kvalitātes ģimenes domēnu un klīnisko izpausmju izteiktību ($r_p = -0,390$, $p=0,025$). Attiecībā uz citiem dzīves kvalitātes rādītājiem pārliecinošu un statistiski ticamu klīnisko izpausmju ietekmi uz dzīves kvalitāti nekonstatēju.

4. Diskusija

Darbs demonstrē īpašu skatījumu uz simptomiem un citiem faktoriem, un to iespējamo ietekmi uz bērnu un pusaudžu dzīves kvalitāti.

Pētāmo pacientu sadalījums starp dzimuma grupām nav vienlīdzīgs, zēnu ir desmit reizes vairāk kā meiteņu (skat 3.1.tab.). Līdz ar to tiek apstiprināts fakts, ka zēniem sindroms novērojams biežāk (Wenlan et al., 2014). Dažādos ziņojumos dati variē, ka zēniem UDHS ir divas līdz deviņas reizes biežāk nekā meitenēm (Andrēziņa et al., 2014). Par iemeslu šādām dzimuma atšķirībām varētu būt zēnu ekspresīvā uzvedība, kura piesaista skolotāju un vecāku uzmanību, piemēram kārtības neievērošana, regulāri kautiņi un strīdi ar apkārtējiem. Savukārt, meiteņu uzvedība ir mierīgāka. Meitenes vairāk cieš no grūtībām noturēt uzmanību, nekā no hiperaktīvas uzvedības (Harpin, 2005). Turklāt, sabiedrības prasības attiecīgi pret zēniem un meitenēm var būt dažādas (Wenlan et al., 2014). Daudzus gadus meitenes ar UDHS palikušas nepamanītas uz hiperaktīvo un impulsīvo zēnu fona, bet šobrīd meitenes arvien vairāk piesaista zinātnisko interesi, jo diagnostikas un ārstēšanas pieeja meitenēm var strikti atšķirties no jau eksistējošām pieejām vadlīnijās (Staller & Faraone, 2006).

Kā norāda Ķīnā veikts pētījums, pirmreizējo UDHS klīnisko izpausmju vecums ir aptuveni astoņi, deviņi gadi (Wenlan et al., 2014). Šajā vecumā bērns sāk apmeklēt skolu, kura prasa koncentrēšanās spējas un ilgstošu uzmanības noturību stundās.

Šī pētījuma dati atspoguļo, ka augstākais UDHS izplatības līmenis novērojams 11-12 gadu vecuma grupā (n=9, 27,3%), kas atbilst pasaules tendencēm (Willcutt, 2012) (sk.tab.3.1.). Vismazākais pētījuma dalībnieku skaits novērojams vecuma grupā 15-17 gadi (n=4; 12,1%) (sk.tab.3.1.). Daži zinātnieki uzskata, ka pieaugot vecumam, simptomi pakāpeniski samazinās. Tas varētu liecināt par to, ka UDHS etiopatogēnēzē ir iesaistītas fizioloģiskas, neuroanatomiskas, neirobioķīmiskas izmaiņas (Szatmari, Offord, & Boyle, 1989).

Pēc vecāku sniegtajām atbildēm visbiežākais UDHS simptoms pēc DSM-IV kritērijiem pētījuma populācijā ir “ viegli novēršama uzmanību ar ārējiem stimuliem”, savukārt visretākais “Atstāj savu vietu klasē vai citā situācijā, kur nepieciešama pastāvīga sēdēšana “ (sk.5 un 6.att.). Rezultātus par simptomu izteiktību var ietekmēt vecāku nespēja kritiski izvērtēt sava bērna uzvedību, nepietiekams izglītības līmenis, vai bērna psihisko traucējumu noliegums. Tādēļ, lai iegūt akurātus simptomu novērtējuma datus, nepieciešams izvērtēt gan vecāku, gan skolotāju sniegtās atbildes.

Pētījuma norises laikā ar KINDL^R anketas palīdzību ātri un precīzi tika iegūti ar bērnu un pusaudžu veselību saistītais dzīves kvalitātes vērtējums. Apkopojot anketu datus, tika

secināts, ka viszemākie rezultāti iegūti ikdienas darbības jeb skolas sfērā (65.9%) (sk.7.att.). Matza et al. apstiprina faktu, ka hiperaktīvajiem bērniem ir grūtības funkcionēt skolas vidē (Matza et al., 2004). Tas var būt skaidrojams ar to, ka UDHS klīniskās izpausmes var negatīvi ietekmēt spēju mācīties. Hiperaktīviem bērniem ir sliktākas organizatoriskās prasmes, t.i. prasmes plānot, vadīt procesus; samazināta koncentrēšanās un informācijas iegaumēšanas spēja; traucēta sīkā motorika, kas nosaka sliktu rokrakstu. Jo vairāk bērniem neveicas skolā, jo mazāk viņi ir motivēti mācīties, jo viņu pūles ir «neauglīgas». Visu šo faktoru mijiedarbība noved pie stundu kavēšanās un nesekmības skolā (Rube & Reddy, 2005).

Vērtējot klīnisko izpausmju ietekmi uz dzīves kvalitāti kopējā UDHS pacientu populācijā, konstatēta statistiska ticama, vāja, netieša korelācija starp dzīves kvalitātes ģimenes domēnu un klīnisko izpausmju izteiktību ($r_p = -0,390$, $p=0,025$) (sk. 3.9.tab.). Tas nozīmē, ka palielinoties simptomu izteiktībai, pasliktinās rādītāji dzīves kvalitātes ģimenes domēnā. Strīdi ģimenē un ģimenes locekļu savstarpēja nesaprašanās var būt mijiedarbības rezultāts ar impulsīvo un nepaklausīgo bērnu. Iespējamie iemesli, kāpēc netika novērota simptomu korelācija ar citiem dzīves kvalitātes domēniem, pirmkārt, varētu būt dēļ pārāk mazas izlases kopas. Otrkārt, bērni, kuriem grūti ilgstoši noturēt uzmanību, var ātri nogurt un sniegt paviršas, neapdomātas atbildes. Lai novērst kļūdu risku, iegūtu precīzus rezultātus, turpmākajos pētījumos rekomendējams izmantot gan bērna sniegtos vērtējumus par savu dzīves kvalitāti, gan bērnu vecāku vērtējumus. Aptaujā vēlams izmantot divus atšķirīgus aptaujas instrumentus (Лукьянова, 2002).

Ir pierādīts, ka dzīves kvalitāte pacientiem ar UDHS ir ievērojami zemāka par sabiedrības vidējiem rādītājiem (Riley et al., 2006; Danckaerts et al., 2009). Tā kā Latvijā pētījums bērnu dzīves kvalitātes novērtēšanai izmantojot KINDL^R aptaujas veidlapas norisinās pirmo reizi, nav pieejami dzīves kvalitātes rādītāji bērnu populācijā bez hroniskām slimībām. Līdz ar to, izpētīt UDHS potenciālo ietekmi uz skolēnu dzīves kvalitāti nav iespējams.

Pētījuma gaitā tika noteikti arī citi faktori, kuri var ietekmēt ar veselību saistīto dzīves kvalitāti bērniem ar UDHS. Tika izvērtēta skolēnu dzīves kvalitātes saistība ar ģimeņu materiālo stāvokli, vecāku/aizbildņu izglītības līmeni un nodarbinātību. Ir zināms, ka vecāku nodarbinātība un izglītības līmenis nosaka ģimenes dzīvesveidu, kā arī bērnu audzināšanas stilu (Pouretmad, 2009). Pēc aptaujas rezultātiem, dotajā pētījumā visiem vecākiem un aizbildņiem bija vismaz vidējā izglītība, un lielākoties ģimenē strādā abi vecāki (60,6%, $n=20$) (sk.3.7.tab.). Materiālais stāvoklis lielākajai skolēnu ģimeņu daļai ir vidējs ($n=17$; 57,6%) un labs ($n=7$; 21,2%) (sk.3.7.tab.), kas ir pretstatā ar citiem pētījumiem, kuros UDHS bērni lielākoties nāk no ģimenēm ar zemiem ikmēneša ienākumiem (Wenlan et al., 2014).

Zinātnieki, kas pēta bērna psihi attīstību, domā, ka UDHS ir bērna uzvedības un ģimenes vides mijiedarbības rezultāts. Strīdi ģimenē, barga audzināšana var provocēt simptomu paasinājumu un slimības progresēšanu (Concannon & Tang, 2005). Tādēļ svarīgi noteikt arī tādus faktoros kā ģimenes struktūra (abi vecāki, viens vecāks, aizbildnis, audžuģimene, vecāks ar partneri), bērnu skaits ģimenē, ģimenes stāvoklis (vecāki precējušies, civillaulībā, izšķīrusies, atraitnis). Pētāmajā populācijā ģimenē visbiežāk ir viens (30,3%, n=10) vai divi (30,3%, n=10) bērni (sk.3.6.tab.). Lielākā pacientu daļa dzīvo tikai ar vienu vecāku (27,3%, n=9) vai ar māti/ tēvu un viņu partneri (27,3%, n=9) (sk.3.6.tab.). Tika novērota statistiski ticama ģimenes struktūras ietekme uz bērnu dzīves kvalitātes fiziskās labklājības aspektu ($p=0,028$) un ģimenes vides aspektu ($p=0,027$) (sk.14. un 17.pielik.) Lai noteikt, kādā veidā šie faktori ietekmē dzīves kvalitāti, būtu jāveic pētījums ar lielāku pacientu izlasi. Riley et al. savā pētījuma pierādīja, ka dzīvošana tikai ar vienu no vecākiem veicina ar veselību saistītu dzīves kvalitātes pasliktināšanos, īpaši ietekmējot emocionālo un fizisko labklājību (Riley, Spiel, et al., 2006).

Pasaules literatūrā bieži piemin UDHS saistību ar perinatālajiem faktoriem un iedzimtību (Wiggs et al., 2016). Dotajā pētījumā tika izvērtēta mātes smēķēšanu un alkohola lietošana grūtniecības laikā, jaundzimušā svars, kā arī grūtniecības nedēļa, kurā notika dzemdības (sk.3.4. tab.). Apkopojot vecāku sniegto informāciju anketās, varam secināt, ka lielāka pacientu daļa dzimuši ar normālu svaru (69,7%, n=23), tomēr aptuveni trešā daļa no respondentiem neatbildēja uz šo jautājumu. Respondentu vairākums atbildēja, ka pacienta māte grūtniecības laikā nesmēķēja (66,7%, n=22) un nelietoja alkoholu (69,7%, n=23) (sk.3.4.tab.)

Analizējot perinatālo faktoru ietekmi uz dzīves kvalitātes domēniem, ir novērota statistiski ticama saistība starp mātes alkohola lietošanu ($p =0, 049$), smēķēšanu ($p=0, 053$) grūtniecības laikā un dzīves kvalitātes fizisko labklājības domēnu (sk.14.pielik.). Riley et al. apgalvo, ka mātes smēķēšana grūtniecības laikā ir saistīta ar izteiktākiem simptomiem bērniem ar UDHS. Šis fakts rada jautājumu - vai smēķēšana ietekmē augļa intrauterīno attīstību, kā rezultātā rodas hiperaktīvas uzvedības modelis, vai arī šim kaitīgajam ieradumam ir ģenētiskais pamats (Riley, Spiel, et al., 2006). No perinatālajiem faktoriem arī jaundzimušā svaram ir novērota ietekme uz emocionālās labklājības domēnu ($p=0,047$) (sk.15.pielik.). Pēc pasaules literatūras datiem, zems jaundzimušā svars var būt saistīts ar UDHS attīstību (Anita Thapar & Cooper, 2015). Pasaules pētījumos par dzīves kvalitāti UDHS pacientiem, uzsver nenoliedzamo komorbiditātes ietekmi uz visu dzīves kvalitātes domēnu rādītājiem (Greydanus et al., 2009; Steinhausen et al., 2006). Tāpēc, turpmākajos pētījumos par UDHS bērnu dzīves kvalitāti, būtu nepieciešams iekļaut esošas blakusslimības, kā arī ņemt vērā,

iespējamo, pielietoto terapiju gan komorbiditāšu ārstēšanai, gan UDHS korekcijai.

Šobrīd, Latvijā, bērniem un pusaudžiem ar UDHS medicīnas aprūpes praksē netiek vērtēta ar veselību saistīta dzīves kvalitāte, nav izstrādāti teritorijai un kultūrai pielāgoti aptaujas līdzekļi, nav arī novērtēti dzīves kvalitātes vidējie rādītāji dažādās populācijas grupās. Tālākie pētījumi bērnu un pusaudžu dzīves kvalitātes jomā risinās šīs problēmas un veicinās tādu pētījumu attīstību Latvijā.

4.1. Praktiskās rekomendācijas

- Lai būtu iespēja noteikt kādas slimības ietekmi uz bērnu un pusaudžu dzīves kvalitāti, ir nepieciešams noteikt dzīves kvalitātes vidējos rādītājus bērnu populācijā bez hroniskām slimībām. Rādītāju izpēte, kas varētu kalpot par bērnu un pusaudžu “optimālās dzīves kvalitātes” rādītājiem, ļautu salīdzināt dzīves kvalitāti dažādos Latvijas reģionos.
- Apkopojot atbildes uz KINDL^R anketas jautājumiem, iespējams ātri un precīzi novērtēt indivīda dzīves kvalitāti. KINDL^R protokoli ir noderīgi ikdienas ārstu praksē, lai pilnvērtīgi novērtēt UDHS pacienta veselības stāvokli. Tādējādi ir rekomendēta KINDL^R anketu validācija Latvijā.
- Pašlaik pastāv iespēja atvieglot dzīves kvalitātes izpēti, izmantojot elektroniskas KINDL^R anketu versijas CAT Screen, kas ir pieejamas KINDL^R oficiālajā mājas lapā (<https://www.kindl.org/>). Elektronisko anketas versiju izmantošana ļauj ietaupīt laiku un līdzekļus, kā arī piesaistīt bērnu interesi ar spilgtu dizainu.
- UDHS klīnisko izpausmju novērtēšanai ieteicams uzklaut gan vecāku, gan skolotāju viedokli par bērna klīnisko simptomu izpausmēm, lai spriestu par bērna uzvedību dažādās vidēs.

5. Secinājumi

Izvērtējot šī darba rezultātus, var izdarīt šādus secinājumus:

1. Apkopojot atbildēs sniegtos datus uz KINDL^R anketas jautājumiem, jāsecina, ka bērni un pusaudži no visiem dzīves kvalitātes aspektiem visaugstāk novērtē emocionālo labsajūtu un ģimenes vidi. Viszemāko vērtējumu saņēma skolas jeb ikdienas darbības domēnā.
2. Ir novērota bērnu un pusaudžu dzīves kvalitātes saistība ar mātes alkohola lietošanu un smēķēšanu grūtniecības laikā, vecāku izglītību, ģimenes struktūru un jaundzimušā svaru.
3. Pētījumā tika noskaidrots, ka, palielinoties klīnisko izpausmju izteiktībai, samazinās rādītāji dzīves kvalitātei ģimenes sfērā. Pārējiem dzīves kvalitātes aspektiem saistība ar klīnisko izpausmju izteiktību mūsu pētījumā netika novērota. Līdz ar to, pēc simptomu izteiktības nevar spriest par indivīda funkcionēšanas un labklājības līmeni.
4. Lai ārsts izveidotu pilnu un objektīvu pacienta veselības stāvokļa raksturojumu, nepietiek tikai ar UDHS reitinga skalas-IV izmantošanu, kuras uzdevums ir novērtēt UDHS simptomus dinamikā. Ar veselību saistītas dzīves kvalitātes rādītāji, kurus sniedza pats pacients, ir neatņemams un svarīgs papildinājums pacienta veselības stāvokļa novērtējumam.

6.Pateicības

Vēlos izteikt pateicību par ieguldījumu diplomdarba tapšanā:

- Diplomdarba vadītājam bērnu psihiatram Ņikitam Bezborodovam par vērtīgajiem padomiem un palīdzību darba organizēšanā
- Valda Avotiņa pamatskolas-attīstības centra direktorei Irīdai Jansonei par doto iespēju izstrādāt pētījumu šajā skolā, ieinteresētību un atbalstu darba tapšanā.
- Valda Avotiņa pamatskolas skolotājiem par iesaistīšanos darba procesā, draudzīgu attieksmi un pieņemšanu kolektīvā.
- Psihiatrei Ilzei Pelnei - Bērziņai un skolas medmāsai Anitai Isajevai par atsaucību un izpalīdzību.
- Valda Avotiņa pamatskolas IT speciālistei Ditai Augulei par vērtīgajiem padomiem datu apstrādē.
- Visiem bērniem un pusaudžiem, kuri piedalījās pētījumā, kā arī viņu vecākiem par ieguldīto laiku un doto iespēju izstrādāt šo pētījumu.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. Andrēziņa R, Tērauds E, Ķevere L, Bezborodovs Ņ. Uzmanības Deficīta un Hiperaktivitātes Sindroma (UDHS) Diagnostikas un Korekcijas Vadlīnijas Bērniem un Pusaudžiem.; 2014. 1- 31.lpp
2. Baltāne Z., Zīle L., Anete G. Latvijas Veselības aprūpes statistikas gadagrāmata, 2015. 17.izdevums. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs. 132-136.lpp.
3. Lasmane R. Uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms. Psiholoģijas pasaule. <https://udhs.wordpress.com/2006/09/18/uzmanibas-deficits-un-hiperaktivitates-sindroms/#more-8>. 2003. (aplūkots 10.02.17.)
4. Vasiļevska K. Bērnu dzīves kvalitāte Latvijā 21.gadsimta sākumā. Dzīves Kvalitāte Latvijā. Zinātne; 2007:97-109, 432.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edit. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st Ed.). Washington, DC: American psychiatric association; 1952
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Ed.). Arlington: American Psychiatric Association.; 1980.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(3th Ed., Text Rev.). American Psychiatric Association; 1987.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Vol 1. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. Avale ME, Falzone TL, Gelman DM, Low MJ, Grandy DK, Rubinstein M. The dopamine D4 receptor is essential for hyperactivity and impaired behavioral inhibition in a mouse model of attention deficit//hyperactivity disorder. Mol. Psychiatry. 2003;9(7):718-726.

12. Banaschewski T, Zuddas A, Asherson P, et al. ADHD and Hyperkinetic Disorder. Second Edition. Oxford: Oxford University Press; 2015.
13. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria—III. Mother–Child Interactions, Family Conflicts and Maternal Psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*.
14. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(2):279-289.
15. Barkley RA, Morris RJ, Kratochwill TR, DuPaul GJ. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Sci Am*. 1998;(September):132-166.
16. Biederman J, Mick E, Faraone S V, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*. 2002;159(1):36-42.
17. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone S V, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry*. 1998;44(4):269-273.
18. Bradley C. The Behavior of Children Receiving Benzedrine. *Am J Psychiatry*. 1937;94:577-585.
19. Bruil J, Maes S, Coq J, Boeke J. The development of the How Are You? (HAY), A Quality of Life questionnaire for children with a chronic illness. *MAPI Qual Life Newsl*. 1997;3:9.
20. Brus R, Nowak P, Szkilnik R, Mikolajun U, Kostrzewa RM. Serotonergics attenuate hyperlocomotor activity in rats. Potential new therapeutic strategy for hyperactivity. *Neurotox Res*. 2004;6(4):317-325
21. Bullinger M, von Mackensen S, Kirchberger I. KINDL-ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 1994;2(1):64-77.
22. Cantwell D. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(8):978-987.
23. Coghill D, Hodgkins P. Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:261-271

24. Coghill D, Soutullo C, d'Aubuisson C. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2(1):31
25. Concanon P.E, Tang Y.P. Management of attention deficit hyperactivity disorder: A parental perspective. *J Paediatr Child Health*. 2005;41(12):625-630.
26. Conners C, Eisenberg L, Barcai A. Effect of dextroamphetamine on children: Studies on subjects with learning disabilities and school behavior problems. *Arch Gen Psychiatry*. 1967;17(4):478-485.
27. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;19(2):83-105.
28. Ebaugh FG. Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *Am J Dis Child*. 1923;25(2):89-97.
29. Ebejer JL, Medland SE, van der Werf J, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Australian Adults: Prevalence, Persistence, Conduct Problems and Disadvantage. *PLoS One*. 2012;7(10).
30. Escobar R, Soutullo CA, Hervas A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. Worse Quality of Life for Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic and Healthy Children. *Pediatrics*. 2005;116(3):364-369.
31. Faraone S V, Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1313-1323.
32. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190(5):402.
33. Greydanus DE, Nazeer A, Patel DR. Psychopharmacology of ADHD in pediatrics: Current advances and issues. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5(1):171-181.
34. Harpin V.A. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005;90 Suppl 1:2-7.
35. Hoffmann H. *Der Struwwelpeter oder lustiger geschichten und drolliger bilder für kinder von 3-6 jahren*. Frankfurt: Literarische Anstalt; 1845.

36. Kaplan H. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth. (Benjamin Sadock VAS, ed.). Philadelphia, United States: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
37. Kieling C., Goncalves R., Tannock R., Castellanos FX. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008;17(2):285-307.
38. Klassen A.F, Miller A, Fine S. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*. 2004;114(5):541-547.
39. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(4):241-255.
40. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, et al. Childhood predictors of adult ADHD: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. *Biol Psychiatry*. 2009;65(1):46-54.
41. Larsson H, Sariaslan A, Långström N, D'Onofrio B, Lichtenstein P. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(5):428-435.
42. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL. Persistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder into adulthood: what have we learned from the prospective follow-up studies? *J Atten Disord*. 2003;7:93-100.
43. Matthews M, Nigg JT, Fair DA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014;16:235-266 (236-238)
44. Matza L, Rentz A, Secnik K. The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2004;25(3):166-174.
45. McCann D, Barrett A, Cooper A. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2007;370(9598):1560-1567.
46. Michelson D, Faries DE, Wernicke J, et al. Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Response Study. *Pediatrics*. 2001;108(5):1-9.

47. Oades RD, Sadile AG, Sagvolden T. The control of responsiveness in ADHD by catecholamines: evidence for dopaminergic, noradrenergic and interactive roles. *Dev Sci.* 2005;8(2):122-131.
48. Palmer ED, Finger S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and “Mental Restlessness” (1798). *Child Psychol Psychiatry Rev.* 2001;6(2):66-73.
49. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942-948.
50. Pour EM, Kasaei F. Family Functioning in Children with Attention-deficit/hyperactivity Disorder. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2013;84:1864-1865.
51. Pouretamad H.R, Khooshabi K, Roshanbin M, Jadidi M. The effectiveness of group positive parenting program on parental stress of mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Iran Med.* 2009;12(1):60-68.
52. Rafalovich A. the Conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Idiocy, Imbecility, Encephalitis and the Child Deviant, 1877-1929. *Deviant Behav.* 2001;22(2):93-115
53. Ralston SJ, Lorenzo MJM. ADORE - Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational Research in Europe. *Eur Child &Adolesc Psychiatry.* 2004;1:136-142.
54. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. News from the KINDL-questionnaire: A new version for adolescents. *Quality of Life Research.* 1998:653.
55. Riley AW, Coghill D, Forrest CB, Lorenzo MJ, Ralston SJ, Spiel G. Validity of the health-related quality of life assessment in the ADORE study: Parent Report Form of the CHIP-Child Edition. *Eur Child & Adolesc Psychiatry.* 2006; 15(1):163-171.
56. Riley AW, Spiel G, Coghill D. Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15
57. Rube D., D.P. R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: *Clinical Child Psychiatry, Second Edition*; 2005:153-183, 573.
58. Sadock B.J, Sadock V.A. Kaplan and Sadock’s Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 3rd Edition. third. Lippincott Williams & Wilkins; 2008; 617-18

59. Satterfield J, Schell A. A Prospective Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(12):1726-1735.
60. Seidman LJ, Valera EM, Makris N. Structural Brain Imaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;57(11):1263-1272.
61. Shorter E. *A Historical Dictionary of Psychiatry.* Oxford University Press; 2005.
62. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder across the Life Cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;35(4):409-432.
63. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder : Diagnosis , Lifespan , Comorbidities , and Neurobiology. 2007;32(6):631-642.
64. Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs.* 2006;(20):107-123.
65. Steinhausen HC, Baldursson G. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(SUPPL. 1):25-29.
66. Strine TW, Lesesne CA, Okoro CA, et al. Emotional and Behavioral Difficulties and Impairments in Everyday Functioning Among Children With a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(2).
67. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario Child Health Study: Prevalence of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatry.* 1989;30(2):219-223.
68. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2015;6736(15).
69. Thapar A, Holmes J, Poulton K, Harrington R. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *Br J Psychiatry.* 1999;174(2):105-111.
70. Valera EM, Faraone S V, Murray KE, Seidman LJ. Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry.* 2007;61(12):1361-1369.
71. Weiss M, Weiss G. 52 ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER from *Child and Adolescent Psychiatry : A Comprehensive Textbook.* Psychiatry Interpers Biol Process. 2002:605.

72. Weitkamp K, Daniels JK, Romer G, Wiegand-Grefe S. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:129.
73. Wenlan J, Yasong D, Xiangyang Z, Coghill D. Prevalence and contributing factors to attention deficit hyperactivity disorder: A study of five- to fifteen-year-old children in Zhabei District, Shanghai. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2014;6(4):397
74. Wiggs K, Elmore A, Nigg J, Nikolas M. Pre- and Perinatal Risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Does Neuropsychological Weakness Explain the Link? *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44(8):1473-1485.
75. Willcutt E, Ph D, Pennington B. Understanding the complex etiologies of developmental disorders: Behavioral and molecular genetic approaches. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31(7):533-544.
76. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-499.
77. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
78. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, et al. Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Onset. *N Engl J Med*. 1990;323(20):1361-1366.
79. Баранов А, Альбицкий В, Винярская И. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии. 2005;2:7-12.
80. Косенкова О.И, Макарова В.И. Проблема качества жизни в современной медицине. *Экология человека*. 2007:29-34.
81. Лукьянова ЕМ. Оценка качества жизни в педиатрии. 2002;(4):34-42.
82. Маменко МЕ. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: современные взгляды на этиологию, патогенез, подходы к коррекции. *Здоровье ребенка*. 2015;65(5):7-13.
83. Таранушенко Т, Кустова Т, Салмина А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2013;9(2):1-7.
84. Козлова И.А. Гиперкинетические расстройства. В: Дмитриева Т.Б, Краснов В.Н, Незнанов Н.Г, Семке В.Я., *Психиатрия: Национальное Руководство*. (CD). Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2014:1000.

85. Маменко М.Е. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: современные взгляды на этиологию, патогенез, подходы к коррекции. Здоровье ребенка. 2015;65(5):7-13.
86. Митина Н. Как формируется самооценка? <https://shkolazhizni.ru/psychology/articles/65909/>. 2014. (aplūkots 05.05.17.)
87. Покровский В.И, Бочков Н.П, Баранов А.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия. Piejams <http://www.drlev.ru/about.php?r=6&t=doklad8>. Publicēts 2006 (aplūkots 15.04.17.).
88. Тимофеева А.Г, Винярская И.В. Исследование качества жизни у детей с хроническими заболеваниями. Вопросы современной педиатрии. 2008;6:28-29.

PIELIKUMS

1.pielikums

Cienītā kundze! Godātais kungs!

Mēs uzaicinām Jūs piedalīties pētījumā “*Bērnu ar uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu (UDHS) dzīves kvalitātes saistība ar simptomu smagumu*”, ko veic Latvijas Universitātes Medicīnas Fakultātes 6. kursa studente Karīna Konstantinova. Vēlamies Jūs iepazīstināt ar pētījuma mērķi, norisi un saturu. Pirms šī dokumenta parakstīšanas rūpīgi izlasiet visu informāciju! Pirms dokumenta parakstīšanas Jums ir tiesības uzdot jautājumus par pētījumu un saņemt uz tiem atbildes.

Pētījuma mērķis:

Novērtēt ar veselības saistīto dzīves kvalitāti bērniem ar diagnozi uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindromu (UDHS) un apsvert simptomu smaguma ietekmi uz to.

Rezultāti var būt izmantoti VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” UDHS vadlīniju izveidošanā vai pilnveidošanā.

Pētījuma norise:

Uz KINDL anketas jautājumiem atbild bērni (mutiski vai rakstiski), vecāku (viena vai abu), un intervētāja klātbūtnē. Vecāki aizpilda 2 anketas patstāvīgi.

Ieguvumi:

Dzīves kvalitātes zemi radītāji norādīs uz nepieciešamību iekļaut dzīves kvalitātes novērtēšanu aprūpes un diagnostikas programmā. Tas ļaus plašāk novērtēt bērna veselības stāvokli, profilakses un ārstēšanas efektivitāti.

Iespējamie riski:

Daži jautājumi var radīt diskomforta sajūtu, emocionālo saspringumu. Jums ir tiesības neatbildēt uz tādiem jautājumiem.

Konfidencialitāte:

Anketa ir anonīma. Pacienta sniegtā informācija tiks izmantota pētījuma veidošanai, un netiks nekur publicēta vai nodota trešajai personai.

Brīvprātīga piedalīšanās:

Piedalīšanās šajā pētījumā ir brīvprātīga. Jums ir tiesības atteikties piedalīties pētījumā vai pārtraukt dalību pētījumā jebkurā laikā. Jūsu atteikšanās piedalīties pētījumā vai dalības pārtraukšana neradīs nekādu nevēlamu ietekmi uz Jums sniegtās veselības aprūpes kvalitāti.

Ja jums ir jebkādi jautājumi par šo pētījumu, lūdzu, sazinieties ar dr. Ņikitu Bezborodovu (VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” stacionārs “Gaiļezers”.) Tālr.: 28343256 ;

E-pasts: nikita.bezborodov@gmail.com

Šis dokuments ir sastādīts divos eksemplāros, no kuriem viens atrodas pie pētījuma veicēja, bet otrs – pie pētāmās personas.

Pētnieks:

Vārds, uzvārds

Datums

Paraksts

Es ar savu parakstu apliecinu, ka esmu iepazītinies/usies ar šī dokumenta saturu. Es saprotu, ka mana dalība šajā pētījumā ir brīvprātīga, un atteikšanās piedalīties neizraisīs nekādas nelabvēlīgas sekas. Man ir tiesības pārtraukt dalību pētījumā jebkurā laikā.

Vārds, uzvārds

Datums

Paraksts

2.pielikums
kindl anketa
7-13

Fragebogen für Jugendliche

Kiddo-KINDL R



Sveiks!

Mēs gribētu uzzināt, kā Tev klājas, kā Tu tagad jūties? Lai mēs labāk to saprastu, uzdosim Tev dažus jautājumus un ļoti lūdzam Tevi uz tiem atbildēt!

↳ ūdzu izlasi katru jautājumu,

⇒ Atceries, kā tas bija pagājušajā nedēļā,

⇒ Atzīmē ar “x” katrā rindā to variantu, kurš Tev visvairāk atbilst.

Nav pareizu vai nepareizu atbilžu - mums ir svarīgs Tavs viedoklis!

<u>Piemērs:</u> ➡	nekad	reti	dažreiz	bieži	vien mēr
Pagājušajā nedēļā man patika klausīties mūziku	D	D	D	<input checked="" type="checkbox"/>	D

Pastāsti mums, lūdzu, par sevi. Atzīmē ar "x" vai uzraksti!

Esmu	Dmeitene	Dzēns?
Man	_____gadi	
Vai Tev ir un cik Tev ir brāļu un māsu? D0 D1 D2 D3 D4 D5 Dvairāk par 5		
Skola, kurā Tu mācies? _____		

1. Tagad parunāsim par Tavu ķermeni...

Pagājušajā nedēļā...	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
... es jutos slims/slima	D	D	D	D	D
2. ... mans sāpēja vēders un galva	D	D	D	D	D
3. ... es jutos bezspēcīgs/-a un noguris/-usī	D	D	D	D	D
4. ... es jutos spēka pilns/-a	D	D	D	D	D

2. ... pēc tam – par to, kā Tu jūties...

Pagājušajā nedēļā...	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... es daudz smējos un patīkami pavadīju laiku	D	D	D	D	D
2. ... man bija garlaicīgi	D	D	D	D	D
3. ... es jutos vientuļi	D	D	D	D	D
4. ... man bija bail	D	D	D	D	D

3. ... un par to, ko Tu pats/pati par sevi domā.

<i>Pagājušajā nedēļā...</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... es lepojos ar sevi	D	D	D	D	D
2. ... es patiku pats/-i sev	D	D	D	D	D
3. ... es attiecos pret sevi labi	D	D	D	D	D
4. ... man bija daudz labu ideju	D	D	D	D	D

4. Parunāsim par Tavu ģimeni...

<i>Pagājušajā nedēļā...</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... mēs ar vecākiem labi sapratāmies	D	D	D	D	D
2. ... es jutos labi mājās	D	D	D	D	D
3. ... mums bija strīdi mājās	D	D	D	D	D
4. ... es jutu, ka vecāki mani ierobežo	D	D	D	D	D

5.

.un tagad – par Taviem draugiem.

<i>Pagājušajā nedēļā...</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... mēs ar draugiem spēlējāmies	D	D	D	D	D
2. ... citi bērni labi pret mani attiecās	D	D	D	D	D
3. ... mēs ar draugiem labi sapratāmies	D	D	D	D	D
4. ... man likās, ka es neesmu tāds/-a kā visi	D	D	D	D	D

6.

Tagad es gribētu Tev pajautāt par skolu.

<i>Pagājušajā nedēļā, kad biju skolā ...</i>	nekad	reti	dažreizi	bieži	vienmēr
1. ... es labi tiku galā ar uzdevumiem skolā	D	D	D	D	D
2. ...man patika nodarbības skolā	D	D	D	D	D
3. ... es uztraucos par savu nākotni	D	D	D	D	D
4. ... es baidījos saņemt sliktu atzīmi	D	D	D	D	D

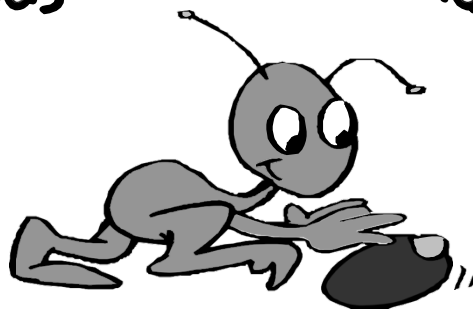
Lūdzu atbildi uz nākošajiem 6
jautājumiem.

<i>Pagājušajā nedēļā...</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... es baidījos, ka mana slimība var pasliktināties	D	D	D	D	D
2. ... es biju sarūgtināts/-a slimības dēļ	D	D	D	D	D
3. ... es labi tiku galā ar slimību	D	D	D	D	D
4. ... slimības dēļ vecāki pret mani attiecās kā pret mazu bērnu	D	D	D	D	D
5. ... es negribu, lai kāds pamana, ka esmu slims/-a	D	D	D	D	D
6. ... man nācās izlaist mācības sagatavošanas grupā/bērnudārzā slimības dēļ	D	D	D	D	D

Lūk, tas arī ir viss!

Liels paldies par palīdzību!

Fragebogen für Kinder



Привет,

Мы бы хотели узнать, как сейчас идут твои дела, и как ты себя чувствуешь. Для этого мы придумали несколько вопросов и просим тебя на них ответить.

- c> Пожалуйста, прочитай каждый вопрос,
- c> подумай, как это было на прошлой неделе,
- c> отметь крестиком в каждой строке ответ, который подходит к тебе больше всего.

Нет правильных или неправильных ответов - нам важно твое мнение.

<u>Пример::/</u>	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
<i>На прошлой неделе мне нравилось слушать музыку</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Анкета заполнена:

день/месяц/год

Пожалуйста, расскажи нам что-нибудь о себе. Отметь крестиком или напиши!

Я Девочка Мальчик?

Мне? _____ лет

Сколько у тебя братьев и сестер? 0 1 2 3 4 5 Больше 5

Т В какую школу ты ходишь?

1. Теперь поговорим о твоём теле, ...

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я чувствовал/чувствовала себя больным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... у меня болела голова / болел живот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я чувствовал/чувствовала усталость и слабость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... у меня было много сил, и я был/была выносливым/выносливой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... а затем - о том, как ты себя чувствуешь...

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я много смеялся/смеялась и приятно проводил/проводила время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... мне было скучно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я чувствовал/чувствовала себя одиноко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... мне было страшно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... и о том, что ты сам о себе думаешь.

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я гордился/гордилась собой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... я себе нравился/нравилась	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я относился/относилась к себе хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... у меня было много интересных идей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. В следующих вопросах речь пойдет о твоей семье...

<i>На прошлой неделе ...</i>	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
1. ... мои родители и я хорошо понимали друг друга	D	D	D	D	D
2. ... дома я чувствовал/чувствовала себя хорошо	D	D	D	D	D
3. ... у нас дома был скандал	D	D	D	D	D
4. ... родители кое-что запрещали мне	D	D	D	D	D

5. ... а потом - о друзьях.

<i>На прошлой неделе ...</i>	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
1. ... я играл/играла с друзьями	D	D	D	D	D
2. ... другие дети относились ко мне хорошо	D	D	D	D	D
3. ... я и мои друзья хорошо понимаем друг друга	D	D	D	D	D
4. ... мне казалось, что я не такой/не такая, как все	D	D	D	D	D

6. Теперь я хотел бы расспросить тебя о школе.

<i>На прошлой неделе, когда я был/была в школе, ...</i>	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
1. ... я хорошо справлялся/справлялась со школьными заданиями	D	D	D	D	D
2. ... мне нравились занятия	D	D	D	D	D
3. ... я беспокоился/беспокоилась о своем будущем	D	D	D	D	D
4. ... я боялся/боялась получить плохие оценки	D	D	D	D	D

7. Ты сейчас в больнице или, может быть, ты долгоболел/болела?

Да

Нет

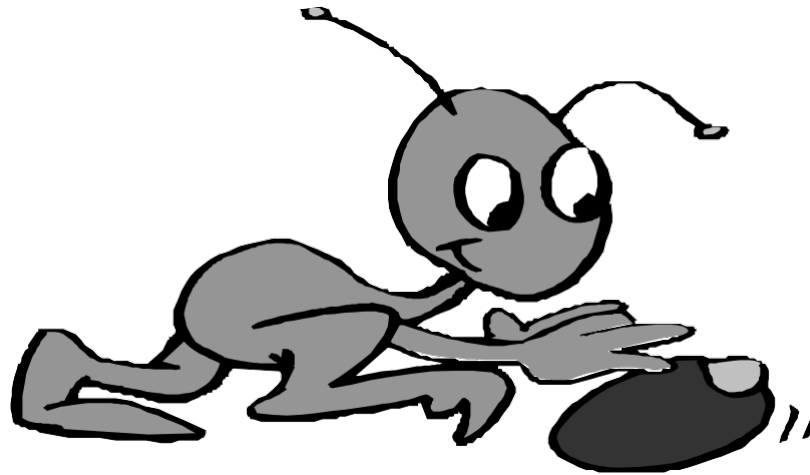
Ответь, пожалуйста, на следующие 6 вопросов

Ну, вот и все

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я боялся/боялась, что моя болезнь может ухудшиться	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... я был расстроен/была расстроена из-за болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я хорошо справлялся/справлялась с болезнью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... из-за болезни родители обращались со мной, как с маленьким ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... я бы не хотел/не хотела, чтобы кто-то замечал, что я болен/больна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... я кое-что пропустил/пропустила в подготовительном классе / детском саду из-за болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen für Jugendliche

Kiddo-KINDL R



Sveiks!

Mēs gribētu uzzināt, kā Tev klājās, kā Tu tagad jūties? Lai mēs labāk to saprastu, uzdosim Tev dažus jautājumus un ļoti lūdzam Tevi uz tiem atbildēt!

- ⇒ Lūdzu izlasi katru jautājumu,
- ⇒ Atceries, kā tas bija pagājušajā nedēļā,
- ⇒ Atzīmē ar "x" katrā rindā to variantu, kurš Tev visvairāk atbilst.

Nav pareizu vai nepareizu atbilžu-mums ir svarīgs Tavs viedoklis.

<u>Piemērs:</u> ➡	nekad	reti	dažre iz	bieži	vienmēr
Pagājušajā nedēļā man patika klausīties mūziku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anketa aizpildīta:

diena/mēnesis/gads

Pastāsti mums, lūdzu, par sevi. Atzī mē ar "x" vai uzraksti!

Esmu meitene zēns?
 Man _____ gadi
 Vai Tev ir un cik ir brāļu un māsu? 0 1 2 3 4 5 vairāk par 5
 Skola, kurā Tu mācies? _____

1. Tagad parunāsim par Tavu ķermeni...

<i>paāriiūšnedāl</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
... es jutos slims/slima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... es jutu sāpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... es jutos bezspēcīgs/-a un ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es jutos spēka pilns/-a un biju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... pēc tam - par to, kā Tu jūties...

<i>Pagājušajā nedēļā...</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... es daudz smējos un patīkami pavadīju laiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... man bija garlaicīgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. es jutos vientuļi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... es jutos nepārliecināts/-a sevī un nobijies/-usies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... un par to, ko Tu pats/pati par sevi domā.

<i>Pagājušajā nedēļā...</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... es lepojos ar sevi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... es biju apmierināts/-a ar sevi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... es attiecos pret sevi labi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... man bija daudz labu ideju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Parunāsim par Tavu ģimeni...

<i>Pagājušajā nedēļā</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... mēs ar vecākiem labi sapratāmies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...es jutos labi mājās	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mums bija strīdi mājās	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... es jutos, ka vecāki mani ierobežo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ... un tagad - par Taviem draugiem.

<i>Pagājušajā nedēļā</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
1. ... mēs kopā ar draugiem daudz ko paveicām	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... es patiku citiem cilvēkiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mēs ar draugiem labi sapratāmies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... man likās, ka es neesmu tāds/-a kā visi pārējie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.

Tagad es gribētu Tev pajautāt par skolu.

<i>Pagājušajā nedēļā, kad biju skolā ...</i>	nekad	reti	dažreiz	beļž	vienmēr
1 es labi tiku galā ar uzdevumiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 man patika mācīties skolā	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 es uztraucos par savu nākotni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 es baidījos saņemt sliktu atzīmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

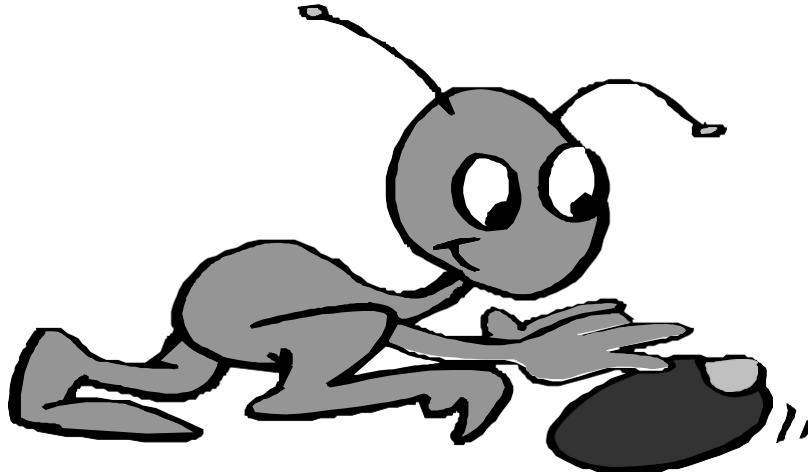
Lūdzu atbildi uz nākošajiem 6 jautājumiem

<i>Pagājušajā nedēļā...</i>	nekad	reti	dažreiz	bieži	vienmēr
...es baidījos, ka mana slimība var kļūt stiprāka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es biju sarūgtināts/-a slimības dēļ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es labi tiku galā ar slimību	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... slimības dēļ vecāki pret mani attiecās kā pret mazu bērnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... es negribu, lai kāds ņamana, ka esmu slim/-a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... man nācās izlaist mācības skolā slimības dēļ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.pielikums

KINDL anketa 13-17

Kiddo-KINDL[®]



Привет,

Мы бы хотели узнать, как сейчас идут твои дела, и как ты себя чувствуешь. Для этого мы придумали несколько вопросов и просим тебя на них ответить.

- c> Пожалуйста, прочитай каждый вопрос,
- c> подумай, как это было на прошлой неделе,
- c> отметь крестиком в каждой строке ответ, который подходит к тебе больше всего.

Нет правильных или неправильных ответов - нам важно твое мнение.

Пример::/	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
<i>На прошлой неделе мне нравилось слушать музыку</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Анкета заполнена:

день/месяц/год

Пожалуйста, расскажи нам что-нибудь о себе. Отметь крестиком или напиши!

Я девочка мальчик?

Мне? _____ лет

Сколько у тебя братьев и сестер? 0 1 2 3 4 5 Больше 5

Ты в какую школу ты ходишь?

1. Теперь поговорим о твоём теле, ...

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я чувствовал/чувствовала себя больным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... у меня были боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я чувствовал/чувствовала усталость и упадок сил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... у меня было много сил, и я был/была выносливым/выносливой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ... а затем - о том, как ты себя чувствуешь...

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я много смеялся/смеялась и приятно проводил/проводила время	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... мне было скучно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я чувствовал/чувствовала себя одиноко	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... я чувствовал/чувствовала боязнь или неуверенность	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... и о том, что ты сам о себе думаешь.

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я гордился/гордилась собой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... я чувствовал/чувствовала себя хорошо на своём месте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я относился/относилась к себе хорошо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... у меня было много интересных идей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. В следующих вопросах речь пойдет о твоей семье...

<i>На прошлой неделе ...</i>	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
1. ... мои родители и я хорошо понимали друг друга	D	D	D	D	D
2. ... дома я чувствовал/чувствовала себя хорошо	D	D	D	D	D
3. ... у нас дома был скандал	D	D	D	D	D
4. ... я чувствовал/чувствовала, что родители меня ограничивают	D	D	D	D	D

5. ... а потом - о друзьях.

<i>На прошлой неделе ...</i>	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
1. ... я занимался/занималась чем-то вместе с друзьями	D	D	D	D	D
2. ... я нравился/нравилась другим людям	D	D	D	D	D
3. ... я и мои друзья хорошо понимаем друг друга	D	D	D	D	D
4. ... мне казалось, что я не такой/не такая, как все	D	D	D	D	D

6. Теперь я хотел бы расспросить тебя о школе.

<i>На прошлой неделе, когда я был/была в школе, ...</i>	<i>ни разу</i>	<i>редко</i>	<i>иногда</i>	<i>часто</i>	<i>всегда</i>
1. ... я хорошо справлялся/справлялась со школьными заданиями	D	D	D	D	D
2. ... мне было интересно заниматься в школе	D	D	D	D	D
3. ... я беспокоился/беспокоилась о своем будущем	D	D	D	D	D
4. ... я боялся/боялась получить плохие оценки	D	D	D	D	D

7. Ты сейчас в больнице или, может быть, ты долгоболел/болела?

Да

Нет

Ответь, пожалуйста, на следующие 6 вопросов

Ну, вот и все

На прошлой неделе ...	ни разу	редко	иногда	часто	всегда
1. ... я боялся/боялась, что моя болезнь может ухудшится	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... я был расстроен/была расстроена из-за болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... я хорошо справлялся/справлялась с болезнью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... из-за болезни родители обращались со мной, как с маленьким ребенком	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... я бы не хотел/не хотела, чтобы кто-то замечал, что я болен/больна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... я кое-что пропустил/пропустила в подготовительном классе / детском саду из-за болезни	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.pielikums

Nr	Parametrs	Nekad	Reti	Bieži	Ļoti bieži
1	Nespēj sakopot uzmanību detaļām, vai pieļauj skolas darbos paviršas kļūdas	0	1	2	3
2	Veic nemierīgas kustības ar rokām vai kājām, grozās sēdvietā.	0	1	2	3
3	Ir grūtības noturēt uzmanību, veicot uzdevumus vai rotaļājoties.	0	1	2	3
4	Atstāj savu vietu klasē vai citā situācijā, kur nepieciešama pastāvīga sēdēšana (pusdienu galds).	0	1	2	3
5	Šķiet , ka viņš neklausās kad ar viņu runā	0	1	2	3
6	Bieži skraida apkārt vai rāpjas nepiemērotās vietās.	0	1	2	3
7	Nespēj sekot instrukcijām un nespēj pabeigt darbu	0	1	2	3
8	Grūtības rotaļāties vai klusām iesaistīties brīvā laika pasākumos.	0	1	2	3
9	Grūti organizēt savu darbu un aktivitātes	0	1	2	3
10	Bieži darbojas kā „ uzvilkts motors” un nevar mierīgi uzvesties.	0	1	2	3
11	Izvairās no skolas darbiem, kas prasa ilgstošu garīgu piepūli (mācības vai mājas darbi).	0	1	2	3
12	Pārmērīgi daudz, nepārtraukti un steidzīgi runā.	0	1	2	3
13	Bieži zaudē lietas, kas nepieciešamas uzdevumu vai pasākumu veikšanai (skolas piederumi, darba rīki).	0	1	2	3
14	Bieži atbild, nesagaidot jautājuma beigas.	0	1	2	3
15	Ir viegli novērst uzmanību ar ārējiem stimuliem.	0	1	2	3
16	Grūtības gaidīt rindā vai gaidīt savu kārtu rotaļās vai arī citās situācijās grupā.	0	1	2	3
17	Bieži aizmāršīgs ikdienas darbības veidos.	0	1	2	3
18	Pārtrauc sarunu nevietā, nepārtraukti un steidzīgi runā.	0	1	2	3

7.pielikums

7* По ADHD Rating Scale-IV for parents.

Особенности поведения	Редко либо никогда	Время от времен и	Достаточн о часто	Часто
1. Не может сосредоточить внимание на деталях, допускает ошибки по невнимательности	0	1	2	3
2. Не может сидеть спокойно, перебирает руками или ногами	0	1	2	3
3. Не может поддерживать внимание в течение достаточно длительного времени, даже когда играет или чем-то увлечен	0	1	2	3
4. Не может высидеть требуемое количество времени, например в течение занятия или обеда	0	1	2	3
5. Складывается впечатление, что не слушает, когда к нему обращаются	0	1	2	3
6. Вопреки запретам слишком много бегает и залезает туда, куда нельзя	0	1	2	3
7. Не может довести до конца выполнение заданий, даже если понимает необходимость этого	0	1	2	3
8. С трудом может играть самостоятельно или занять себя спокойным делом	0	1	2	3
9. Не может самостоятельно организовать свои занятия	0	1	2	3
10. Складывается впечатление, что он все время пребывает в движении, как заведенный	0	1	2	3

11. Старается избегать занятий, связанных с умственной нагрузкой, таких как выполнение классных и домашних заданий	0	1	2	3
12. Избыточно общителен, много говорит	0	1	2	3
13. Теряет часто используемые предметы, например, игрушки, книги, карандаши и другие школьные принадлежности	0	1	2	3
14. Не отвечает, а выкрикивает ответы еще до того, как вопрос закончен	0	1	2	3
15. Часто отвлекается от начатого занятия	0	1	2	3
16. С трудом дожидается своей очереди	0	1	2	3
17. Забывает выполнять регулярные требования	0	1	2	3
18. Перебивает других во время разговора, игры либо вмешивается	0	1	2	3
Общий балл в каждой колонке				
Суммарный общий балл:				

Anketa vecākiem.

Lūdzam Jūs piedalīties pētījumā, kurā tiek aplūkota bērna ar Hiperaktivitātes sindromu un uzmanības deficītu dzīves kvalitāte.

Pirms atbildiet, iepazīstieties ar jautājuma saturu, tad atzīmējiet variantu, kurš Jums ir visvairāk piemērots. Ja Jums neder neviens no variantiem anketā, tad ierakstiet savu variantu tukšajā ailē.

Anketa ir anonīma, un to parakstīt nav nepieciešams. Saņemtā informācija tiks izmantota pētījumiem vispārējā formā.

Pateicamies par piedalīšanos šajā pētījumā.

Bērna iniciāli:

Bērnam Jūs esat:

1.Jūsu dzimums: Vīr./ Siev.

2.Jūsu vecums: ____

3. Cik ir bērnu Jūsu ģimenē? ____

4. Kurā grūtniecības nedēļā notika dzemdības? ____

5. Kāds bija jaundzimušā svars? ____

6. Māte smēķēja grūtniecības laikā: jā/ nē

7. Māte lietoja alkoholu grūtniecības laikā: jā/nē

8. Jūsu ģimenes stāvoklis:

- Neprecējies/-usies
- Precējies/-usies
- Izšķīries/-usies
- Otrā laulība
- Civillaulība
- Trešā laulība
- Atraitnis/-e

9. Bērns dzīvo ģimenē ar abiem vecākiem : jā/ nē

10. Ģimenes struktūra:

- abi bioloģiskie bērna vecāki
- māte + partneris/ tēvs + partneris
- tikai māte/ tēvs
- cits _____

11. Kā Jūs novērtētu savu materiālo stāvokli:

- ļoti labs
- labs
- vidējs
- slikts
- ļoti slikts
- man ir grūti atbildēt

12. Kurš no variantiem visprecīzāk apraksta finansiālo situāciju Jūsu ģimenē?

- nav pietiekami daudz naudas, pat, lai nopirktu pārtiku

- naudas pietiek tikai, lai nopirktu pārtiku
- pietiekami daudz naudas, lai iegādātos nepieciešamo pārtiku un apģērbu, bet lielus pirkumus ir nepieciešams atlikt
- vairākuma ilglietojamo preču iegāde (ledusskapji, TV) nerada problēmas, bet iegādāties dzīvokli nevaram atļauties
- naudas pietiek absolūti visam

12. Jūsu izglītība:

- sākumskolas
- vidējā
- vidējā profesionālā
- augstākā

13. Atzīmēt vispiemērotāko variantu:

- ģimenē abi vecāki strādā
- ģimenē abi vecāki ir bezdarbnieki
- viens no vecākiem strādā

14. Vienam no vecākiem diagnosticēts Hiperaktivitātes sindroms un uzmanības deficīts : jā/nē

9.Pielikums.Vecāku anketa krievu valodā.

Анкета для родителей.

Просим Вас принять участие в исследовании качества жизни детей с диагнозом Синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Прежде чем ответить, внимательно ознакомьтесь с содержанием вопроса. Затем обведите кружком (обозначьте другим цветом) тот вариант ответа, который совпадает с Вашим мнением. Если Вам не подходит ни один из имеющихся вариантов, впишите свой ответ в пустой строке.

Анкета является анонимной, подписывать ее не надо. Полученная информация будет использована только в обобщенном виде для научных целей.

Заранее благодарим за участие в исследовании.

Вашего ребёнка инициалы:

1. Ваш пол: М/ Ж

2. Ваш возраст: ____

3. Сколько детей в Вашей семье? ____

4. На какой неделе беременности произошли роды? ____

5. Каков был вес новорожденного? ____

6. Курение матери во время беременности: да/ нет

7. Употребление алкоголя во время беременности: да/нет

8. Ваше семейное положение:

- Холост
- Замужем (женат)
- В разводе
- 2й брак
- Гражданский брак
- 3 й брак
- Вдова/ вдовец

9. Ребёнок живёт в семье с двумя родителями : да/ нет

10. Структура семьи:

- оба биологические родители ребёнка
- мама+ партнёр/ папа+ партнёр
- только мама/ папа
- другое _____

11. Охарактеризуйте своё материальное положение:

- очень хорошее
- хорошее
- среднее
- плохое

- очень плохое
- затрудняюсь ответить

12. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует материальное положение Вашей семьи?

- 1) денег не хватает даже на приобретение продуктов питания
- 2) денег хватает только на приобретение продуктов питания
- 3) денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, более крупные покупки приходится откладывать
- 4) покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает трудностей, однако купить квартиру мы не можем
- 5) денег достаточно, чтобы вообще ни в чем себе не отказывать

12. Какое у вас образование:

- начальное
- среднее общее
- среднее профессиональное
- высшее

13. Отметить наиболее подходящий Вам вариант:

- в семье оба родителя работают
- в семье оба родителя безработные
- один родитель работает

14. У одного из родителей установлен диагноз Синдром Гиперактивности и Дефицита Внимания :
да/нет

10.pielikums

Vidējais procentuālais atbilžu sadalījums uz KINDL^R dzīves kvalitātes anketas jautājumiem kopējā UDHS pacientu populācijā(n=33, 7-17.g.)
Fiziskas labklājības sadaļa.

Pagājušajā nedēļā	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Vienmēr
... es jutos slims/slima	29,8%	30,4%	28,6%	8,9%	2,4%
... es jutu sāpes	39,3%	31,5%	24,4%	4,8%	0,0%
... es jutos bezspēcīgs/-a un noguris/-usi	20,2%	24,4%	32,7%	22,6%	0,0%
... es jutos spēka pilns/-a un izturīgs/a	10,7%	11,3%	22,6%	26,2%	29,2%

Vidējais procentuālais atbilžu sadalījums uz KINDL^R dzīves kvalitātes anketas jautājumiem kopējā UDHS pacientu populācijā(n=33, 7-17.g.)
Emocionālās labklājības sadaļa.

Pagājušajā nedēļā	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Vienmēr
... es daudz smējos un patīkami pavadīju laiku	0,0%	12,5%	9,5%	35,1%	42,9%
... man bija garlaicīgi	27,4%	29,2%	17,3%	21,4%	4,8%
... es jutos vientuļi	62,5%	18,5%	10,7%	8,3%	0,0%
... Es jutos nepārliecināts/a un bailīgs/a	56,0%	29,8%	4,8%	7,1%	2,4%

Vidējais procentuālais atbilžu sadalījums uz KINDL^R dzīves kvalitātes anketas jautājumiem kopējā UDHS pacientu populācijā(n=33, 7-17.g.)
Pašvērtējuma sadaļa.

Pagājušajā nedēļā	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Vienmēr
... es lepojos ar sevi	2,4%	26,2%	21,4%	11,3%	38,7%
... es jutos labi savā vietā	6,5%	15,5%	11,3%	28,0%	38,7%
... es attiecos pret sevi labi	8,9%	8,9%	32,1%	13,7%	36,3%
... man bija daudz labu ideju	8,9%	13,7%	19,6%	28,0%	29,8%

11.pielikums

Vidējais procentuālais atbilžu sadalījums uz KINDL^R dzīves kvalitātes anketas jautājumiem kopējā UDHS pacientu populācijā(n=33, 7-17.g.).
Ģimenes sadaļa.

Pagājušajā nedēļā	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Vienmēr
... mēs ar vecākiem labi sapratāmies	0,0%	10,7%	17,9%	35,1%	36,3%
... es jutos labi mājās	4,2%	4,2%	2,4%	20,2%	69,0%
... mums bija strīdi mājās	31,0%	33,3%	17,3%	11,3%	7,1%
... es jutu, ka vecāki mani ierobežo	31,0%	28,6%	20,2%	13,1%	7,1%

Vidējais procentuālais atbilžu sadalījums uz KINDL^R dzīves kvalitātes anketas jautājumiem kopējā UDHS pacientu populācijā(n=33, 7-17.g.).
Draugu sadaļa.

Pagājušajā nedēļā	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Vienmēr
... mēs ar draugiem daudz ko kopā paveicām	10,7%	8,9%	19,6%	20,2%	40,5%
...es patiku citiem cilvēkiem	10,7%	7,1%	24,4%	32,7%	25,0%
... mēs ar draugiem labi sapratāmies	6,5%	0,0%	10,7%	30,4%	52,4%
... man likās, ka es neesmu tāds/-a kā visi	32,7%	22,0%	22,6%	13,7%	8,9%

Vidējais procentuālais atbilžu sadalījums uz KINDL^R dzīves kvalitātes anketas jautājumiem kopējā UDHS pacientu populācijā(n=33, 7-17.g.)
Skolas sadaļa.

Pagājušajā nedēļā	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Vienmēr
... es labi tiku galā ar uzdevumiem skolā	0,0%	22,6%	41,1%	20,2%	16,1%
...skolā man patika mācīties	14,9%	8,3%	24,4%	16,1%	36,3%
... es uztraucos par savu nākotni	6,5%	13,7%	30,4%	29,2%	20,2%
... es baidījos saņemt sliktu atzīmi	20,2%	19,6%	2,4%	25,0%	32,7%

12.pielikums

Vidējais procentuālais atbilžu sadalījums uz KINDL^R dzīves kvalitātes anketas jautājumiem kopējā UDHS pacientu populācijā(n=33, 7-17.g.)
Slimības papildsadaļa.

Pagājušajā nedēļā	Nekad	Reti	Dažreiz	Bieži	Vienmēr
...es baidījos, ka mana slimība var pieņemties spēkā	31,5%	22,0%	21,4%	17,9%	7,1%
...es biju sarūgtināts/-a slimības dēļ	39,9%	13,1%	33,3%	4,8%	8,9%
... es labi tiku galā ar slimību	8,9%	35,7%	11,3%	22,0%	22,0%
... slimības dēļ vecāki pret mani attiecās kā pret mazu bērnu	68,5%	11,9%	2,4%	10,7%	6,5%
... es negribu, lai kāds pamana, ka esmu slim/-a	30,4%	23,8%	17,9%	11,3%	16,7%
... es kaut ko palaidu garām skolā slimības dēļ	4,2%	0,0%	12,5%	29,2%	54,2%

13.pielikums

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FL_summa	Between Groups	214,833	25	8,593	1,648	,255
	Within Groups	36,500	7	5,214		
	Total	251,333	32			
EL_summa	Between Groups	177,894	25	7,116	1,034	,524
	Within Groups	48,167	7	6,881		
	Total	226,061	32			
P_summa	Between Groups	297,045	25	11,882	,623	,820
	Within Groups	133,500	7	19,071		
	Total	430,545	32			
G_summa	Between Groups	275,394	25	11,016	1,123	,471
	Within Groups	68,667	7	9,810		
	Total	344,061	32			
D_summa	Between Groups	216,076	25	8,643	1,077	,498
	Within Groups	56,167	7	8,024		
	Total	272,242	32			
S_summa	Between Groups	139,409	25	5,576	2,891	,075
	Within Groups	13,500	7	1,929		
	Total	152,909	32			
SL_summa	Between Groups	406,076	25	16,243	1,493	,305
	Within Groups	76,167	7	10,881		
	Total	482,242	32			

UDHS simptomu ietekme uz dzīves kvalitātes domēniem.

Saīsinājumi: FL-fiziskā labklājība; EL-emocionālā labklājība; P-pašvērtējums; Ģ-ģimene; D-draugi (sociālais kontakts); S-skola (ikdienas darbība); SL-slimība; df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant (statistiski nozīmīgs); F – Fišera attiecība

Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes fiziskas labklājības domēnu

Source	df	Mean Square	F	Sig.
alkohols	2	8,222	9,740	,049*
svars	1	,787	,933	,405
smēķēšana	1	8,095	9,589	,053*
mat.stāvoklis	2	5,461	6,469	,082
izglītība	2	12,507	14,816	,028*
nodarbinātība	2	2,711	3,212	,180
ģim.stāvoklis	4	3,569	4,228	,133
bērni_ģimenē	4	3,476	4,118	,137
ģim.struktūra	3	12,007	14,224	,028*
Error	3	,844		
Total	33			
Corrected Total	32			

Apzīmējumi: svars- bērna svars piedzimstot; smēķēšana- mates smēķēšana grūtniecības laikā; Alkohols- mates alkohola lietošana grūtniecības laikā; mat. Stāvoklis- materiālais stāvoklis; izglītība- vecāku izglītība; nodarbinātība- vecāku nodarbinātība ; ģim.stāvoklis- ģimenes stāvoklis; bērni ģimenē- bērnu skaits ģimenē; ģim.struktūra- ģimenes struktūra (abi bioloģiskie vecāki, viens vecāks, audžuģimene, māte/tēvs+ partneris), df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant (statistiski nozīmīgs); F – Fišera attiecība

**Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes
emocionālās labklājības domēnu**

Source	df	Mean Square	F	Sig.
alkohols	2	,922	,287	,769
svars	1	34,237	10,674	,047*
smēķēšana	1	1,411	,440	,555
mat.stāvoklis	2	4,950	1,543	,346
izglītība	2	17,064	5,320	,103
nodarbinātība	2	,515	,160	,859
ģim.stāvoklis	4	10,048	3,133	,188
bērni_ģimenē	4	17,004	5,301	,101
ģim.struktūra	3	25,945	8,089	,060
Error	3	3,207		
Total	33			
Corrected Total	32			

Apzīmējumi: svars- bērna svars piedzimstot; smēķēšana- mates smēķēšana grūtniecības laikā; alkohols- mates alkohola lietošana grūtniecības laikā; mat. stāvoklis- materiālais stāvoklis; izglītība- vecāku izglītība; nodarbinātība- vecāku nodarbinātība; ģim.stāvoklis- ģimenes stāvoklis; bērni ģimenē- bērnu skaits ģimenē; ģim.struktūra- ģimenes struktūra (abi bioloģiskie vecāki, viens vecāks, audžuģimene, māte/tēvs+ partneris), df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant (statistiski nozīmīgs); F – Fišera attiecība

**Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes
pašvērtējuma domēnu**

Source	df	Mean Square	F	Sig.
alkohols	2	18,541	1,046	,452
svars	1	50,056	2,824	,191
smēķēšana	1	,227	,013	,917
mat.stāvoklis	2	1,441	,081	,924
izglītība	2	33,787	1,906	,292
nodarbinātība	2	14,039	,792	,529
ģim.stāvoklis	4	40,011	2,257	,265
bērni ģimenē	4	21,176	1,195	,460
ģim.struktūra	3	52,989	2,989	,196
Error	3	17,725		
Total	33			
Corrected Total	32			

Apzīmējumi: svars- bērna svars piedzimstot; smēķēšana- mates smēķēšana grūtniecības laikā; alkohols- mates alkohola lietošana grūtniecības laikā; mat. stāvoklis- materiālais stāvoklis; izglītība- vecāku izglītība; nodarbinātība- vecāku nodarbinātība ; ģim.stāvoklis- ģimenes stāvoklis; bērni ģimenē- bērnu skaits ģimenē; ģim.struktūra- ģimenes struktūra (abi bioloģiskie vecāki, viens vecāks, audžuģimene, māte/tēvs+ partneris), df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant (statistiski nozīmīgs);
F – Fišera attiecība.

**Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes
ģimenes domēnu**

Source	df	Mean Square	F	Sig.
alkohols	2	21,288	6,766	,077
svars	1	35,945	11,425	,043
smēķēšana	1	1,072	,341	,600
mat.stāvoklis	2	2,397	,762	,540
izglītība	2	22,860	7,266	,071
nodarbinātība	2	,873	,278	,775
ģim.stāvoklis	4	17,545	5,576	,095
bērni_ģimenē	4	23,576	7,493	,065
ģim.struktūra	3	46,396	14,746	,027*

Apzīmējumi: svars- bērna svars piedzimstot; smēķēšana- mates smēķēšana grūtniecības laikā; alkohols- mates alkohola lietošana grūtniecības laikā; mat. stāvoklis- materiālais stāvoklis; izglītība- vecāku izglītība; nodarbinātība- vecāku nodarbinātība ; ģim.stāvoklis- ģimenes stāvoklis; bērni ģimenē- bērnu skaits ģimenē; ģim.struktūra- ģimenes struktūra (abi bioloģiskie vecāki, viens vecāks, audžuģimene, māte/tēvs+ partneris), df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant (statistiski nozīmīgs);

F – Fišera attiecība.

Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes draugu domēnu

Source	df	Mean Square	F	Sig.
alkohols	2	4,124	,766	,539
svars	1	14,246	2,645	,202
smēķēšana	1	,286	,053	,833
mat.stāvoklis	2	18,755	3,482	,165
izglītība	2	14,864	2,760	,209
nodarbinātība	2	,720	,134	,880
ģim.stāvoklis	4	2,704	,502	,742
bērni_ģimenē	4	12,178	2,261	,264
ģim.struktūra	3	16,149	2,998	,196

Apzīmējumi: svars- bērna svars piedzimstot; smēķēšana- mates smēķēšana grūtniecības laikā; alkohols- mates alkohola lietošana grūtniecības laikā; mat. stāvoklis- materiālais stāvoklis; izglītība- vecāku izglītība; nodarbinātība- vecāku nodarbinātība ; ģim.stāvoklis- ģimenes stāvoklis; bērni ģimenē- bērnu skaits ģimenē; ģim.struktūra- ģimenes struktūra (abi bioloģiskie vecāki, viens vecāks, audžuģimene, māte/tēvs+ partneris), df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant (statistiski nozīmīgs);

F – Fišera attiecība.

**Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes
skolas domēnu**

Source	df	Mean Square	F	Sig.
alkohols	2	,496	,118	,892
svars	1	7,627	1,816	,271
smēķēšana	1	,031	,007	,937
mat.stāvoklis	2	,592	,141	,874
izglītība	2	6,563	1,563	,343
nodarbinātība	2	4,795	1,142	,428
ģim.stāvoklis	4	7,844	1,868	,318
bērni_ģimenē	4	5,598	1,333	,423
ģim.struktūra	3	14,215	3,384	,172

Apzīmējumi: svars- bērna svars piedzimstot; smēķēšana- mates smēķēšana grūtniecības laikā; alkohols- mates alkohola lietošana grūtniecības laikā; mat. stāvoklis- materiālais stāvoklis; izglītība- vecāku izglītība; nodarbinātība- vecāku nodarbinātība ; ģim.stāvoklis- ģimenes stāvoklis; bērni ģimenē- bērnu skaits ģimenē; ģim.struktūra- ģimenes struktūra (abi bioloģiskie vecāki, viens vecāks, audžuģimene, māte/tēvs+ partneris), df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant (statistiski nozīmīgs);

F – Fišera attiecība.

**Sociālekonomisko, demogrāfisko faktoru ietekme uz skolēnu dzīves kvalitātes
slimības domēnu**

Source	df	Mean Square	F	Sig.
alkohols	2	8,147	,790	,530
svars	1	1,096	,106	,766
smēķēšana	1	,180	,017	,903
mat.stāvoklis	2	6,926	,671	,574
izglītība	2	14,741	1,429	,367
nodarbinātība	2	19,420	1,882	,295
ģim.stāvoklis	4	8,298	,804	,595
bērni_ģimenē	4	55,928	5,421	,098
ģim.struktūra	3	30,090	2,917	,201

Apzīmējumi: svars- bērna svars piedzimstot; smēķēšana- mates smēķēšana grūtniecības laikā; Alkohols- mates alkohola lietošana grūtniecības laikā; mat. Stāvoklis- materiālais stāvoklis; izglītība- vecāku izglītība; nodarbinātība- vecāku nodarbinātība ; ģim.stāvoklis- ģimenes stāvoklis; bērni ģimenē- bērnu skaits ģimenē; ģim.struktūra- ģimenes struktūra (abi bioloģiskie vecāki, viens vecāks, audžuģimene, māte/tēvs+ partneris), df- degree of freedoms (brīvības pakāpju skaits); sig- significant; F – Fišera attiecība

