

LATVIJAS UNIVERSITĀTE  
MEDICĪNAS FAKULTĀTE  
ĀRSTNIECĪBAS PROGRAMMA  
PSIHIATRIJAS NODAĻA

**DEPRESIJAS SIMPTOMU BIEŽUMS LATVIJAS SKOLU  
BĒRNIEM VIDUSSKOLAS VECUMA GRUPĀ**

DIPLOMDARBS

Autors: **Marta Paeglīte**

Studenta apliecības Nr.: 13070

Darba vadītājs: Bērnu psihiatrs Ija Cimdiņa

RĪGA 2019

# SATURS

SATURS .....	2
APZĪMĒJUMU SARAKSTS .....	3
KOPSAVILKUMS .....	4
SUMMARY .....	7
IEVADS.....	10
1. LITERATŪRAS APSKATS .....	12
1.1. Depresija .....	12
1.1.2. Bērnu un jauniešu depresijas - vēsture.....	12
1.1.3. Epidemioloģija .....	13
1.1.4. Etioloģija.....	14
1.1.5. Riska faktori .....	15
1.1.6. Simptomi .....	15
1.1.7. Depresija atkarībā no vecuma .....	16
1.2. Depresijas klasifikācija .....	17
1.3. Anketa “Manas domas un izjūtas pēdējās divas nedēļas” (Children's Depression Inventory (CDI)).....	17
2. MATERIĀLI UN METODES.....	19
3. REZULTĀTI .....	21
4. DISKUSIJA .....	30
SECINĀJUMI.....	33
PATEICĪBAS .....	34
IZMANTOTĀ LITERATŪRA.....	35
PIELIKUMI.....	38

## APZĪMĒJUMU SARAKSTS

**ACE** – angiotenzīna konvertējošais enzīms (*angl. angiotensin- converting enzyme*)

**BDNF** – smadzeņu neirotrofais faktors (*angl. brain derived neurotropic factor*)

**CDI** – anketa “Manas domas un izjūtas pēdējās divās nedēļas” (*angl. Children’s depression inventory*)

**PVO** – Pasaules Veselības organizācija

**SPKC** – Slimību profilakses un kontroles centrs

**SSK 10** – Pasaules Veselības organizācijas Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. redakcija

## KOPSAVILKUMS

Kā zināms, Eiropā saslimstība ar depresiju sastāda lielu daļu no psihiskajām saslimšanām. No SPKC informācijas (SPKC. [4.05.2019.]), no visiem bērniem un jauniešiem Latvijā ar depresiju un saistītajām saslimšanām slimo tikai 0,2%, bet visā pasaulē šie procenti svārstās apmēram no četriem līdz astoņiem procentiem (Sabaté, 2004). Šādi dati liecina par to, ka Latvijā varētu būt nepilnvērtīgi dati par bērnu un jauniešu saslimstību ar depresiju. Šai problēmai kā cēloni varētu minēt vairākus faktoros, piemēram, reģistrācijas un statistikas īpatnības valstī, zināšanas un izglītību par depresiju, nepietiekamu skolu iesaiste depresijas diagnostikā, bērnu psihiatrijas sistēmas nepilnības Latvijā, kā arī sabiedrības stigma, kas saistās ar daudzām psihiskām saslimšanām. Šādas analīzes trūkums kalpo par pamatojumu veiktā pētījuma mērķim un uzdevumiem.

**Darba mērķis:** noskaidrot depresijas simptomu biežumu Latvijas skolu bērniem vidusskolas vecuma pētāmajā grupā, izmantojot *Children's depression inventory* anketu.

### **Darba uzdevumi:**

1. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus dzimumu grupās, vecumu grupās.
2. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus Rīgas skolām un reģiona skolām.
3. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus pa piecām simptomātikas grupām.
4. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus pa simptomātikas riska grupām.

**Materiāli un metodes:** pētījums norisinājās no 2019. gada februāra līdz 2019. gada martam. Pētījumā piedalījās 337 Latvijas vidusskolu skolēni, 267 meitenes un 70 zēni vecuma grupā no 15 līdz 20 gadiem. Pētījuma dalībnieki saņēma interneta saiti ar anketu – *Children's depression inventory*. Datu analīze tika veikta ar *GraphPad Prism v6* statistikas programmatūru. Depresijas simptomu grupas starp vecumiem, dzimumiem un skolu grupām tika salīdzinātas ar *Two-way ANOVA* ar Bonferroni korekcijas analīzi. Procentuālās atšķirības grupās – vecums, dzimums, depresijas riska grupas – tika individuāli salīdzinātas, izmantojot t-testu. Par statistiski ticamu rezultātu tika uzskatīts  $p < 0,05$ . Literatūras analīzei izmantoti 33 avoti.

**Rezultāti:** novērtējot reģionu un Rīgas skolu grupas, tika iegūti sekojoši rezultāti. Anhedonijas grupā reģiona skolu respondentu vidējais CDI punktu vērtējums bija 5.97 (SD=2.88) un Rīgas skolu respondentu vidējais vērtējums bija 5.82 (SD=2.92). Grupā *neefektīva darbība* reģiona skolu respondentu vidējais vērtējums bija 3.42 (SD=1.86), bet Rīgas skolu respondentu vidējais vērtējums bija 3.54 (SD=1.74). Grupā *negatīvs pašvērtējums* reģiona skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 3.41 (SD=2.25), bet Rīgas skolu respondentu vidējais vērtējums bija 3.41 (SD=2.24). Grupā *slikts garastāvoklis* reģionu skolu

repondentu vidējā punktu vērtība bija 4.36 (SD=2.55), bet Rīgas skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 4.27 (SD=2.41). Grupā *interpersonālas problēmas* reģiona skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 1.94 (SD=1.76), bet Rīgas skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 1.96 (SD=1.47). Visos minētajos gadījumos rezultātu vidējās vērtībās pa pētāmajām grupām netika konstatētas statistiski būtiskas atšķirības ( $p>0.05$ ). Analizējot CDI punktu skaitu un procentuālo respondentu sadalījumu katrā dzimuma grupā un salīdzinot to pa dzimumiem, netika novērotas statistiski būtiskas atšķirības starp dzimumu grupām ( $p>0.05$ ). Izvērtējot CDI anketu punktu skaitu un attiecīgi procentuālo sadalījumu katrai vecuma grupai, netika iegūtas statistiski būtiskas atšķirības starp vecuma grupām ( $p>0.05$ ). Salīdzinot dzimumus anhedonijas, negatīva pašvērtējuma un slihta garastāvokļa CDI simptomu grupās, tika iegūti statistiski būtiski rezultāti ( $p<0.001$ ), attiecīgi šajās grupās meitenes uzrādīja augstākas CDI vērtības nekā zēni. Pārējās CDI simptomu grupās, neefektīva darbība un interpersonālas problēmas, netika konstatēta statistiski būtiska atšķirības, salīdzinot dzimumus ( $p>0.05$ ). Izvērtējot visas CDI depresijas simptomātiku pa dzimumu grupām, tika konstatēts, ka anhedonijas simptomātikas grupā, meiteņu vidējās vērtības bija 6.3 (SD= 2.81) un zēniem 4.6 (SD= 2.72). Grupā *neefektīva darbība* meiteņiem vidējā CDI punktu vērtība bija 3.6 (SD=1.81) un zēniem 2.93 (SD=1.55). Grupā *negatīvs pašvērtējums* meiteņu CDI punktu vidējā vērtība bija 3.67 (SD=2.81), bet zēniem 2.4 (SD=2.05). Grupā *slihts garastāvoklis* meiteņu vidējais punktu skaits bija 4.73 (SD=2.42), bet zēniem 2.79 (SD=2.17). Grupā *interpersonālas problēmas* meiteņu vidējais punktu skaits bija 2.14 (SD=1.67), bet zēniem 1.43 (SD=1.36). Salīdzinot CDI simptomātikas grupas un vecumus, netika novērotas statistiski būtiskas atšķirības starp vecuma grupām un CDI simptomātikas grupām ( $p>0.05$ ). Apkopojot datus par meiteņu un zēnu iegūtajiem CDI punktu skaitiem un sadalot tos trīs riska grupās: norma, riska grupa un depresija, netika novērotas statistiski būtiskas atšķirības starp riska grupām ( $p>0.05$ ).

#### **Secinājumi:**

1. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus dzimuma un vecuma grupās, netika konstatētas statistiski būtiskas atšķirības.
2. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus Rīgas skolām un reģiona skolām, netika konstatētas statistiski būtiskas atšķirības.
3. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus pa piecām simptomātikas grupām, tika konstatēts, ka nav statistiski būtisku atšķirību starp vecuma grupām, bet ir statistiski būtiskas atšķirības starp dzimuma grupām anhedonijas, negatīva pašvērtējuma un slihta garastāvokļa depresijas simptomātikas grupās.
4. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus pa simptomātikas riska grupām, netika

konstatētas statistiski būtiskas atšķirības.

**Atslēgvārdi:** depresija, *Children's depression inventory* (CDI), vidusskola.

## SUMMARY

### FREQUENCY OF DEPRESSION SYMPTOMS FOR SECONDARY SCHOOL KIDS IN LATVIA

*Marta Paeglīte, Ija Cimdiņa*

A major part of mental illnesses in Europe is depression. According to information from the Centre for Disease Prevention and Control of Latvia (SPKC. [4.05.2019.]), 0.2% of children and teenagers in Latvia are suffering from depression and related diseases, but globally around 4-8% of children and teenagers have depression or related diseases (Sabaté, 2004). This shows that data about children's and teenager's morbidity in Latvia could be incomplete. There could be several reasons for this problem, such as specifics of registering statistics, knowledge and education of depression, insufficient involvement from schools to diagnosing depression, flaws of children's psychiatry system in Latvia, as well as stigma that society associates with mental illness. The absence of such analysis is the main reason for this research.

**Aim of the study:** to find out frequency of symptoms of depression of Latvian secondary school children by using Children's depression inventory questionnaire (CDI).

**Tasks of the study:**

1. to evaluate the data of CDI questionnaire within the gender groups and age groups;
2. to evaluate the data of CDI questionnaire within Riga and regional secondary schools;
3. to evaluate the data of CDI questionnaire within five symptom groups;
4. to evaluate the data of CDI questionnaire within the symptom risk groups.

**Materials and methods:** the study took place from February till March 2019. There were 337 students from the secondary schools of Latvia participating in the research, among them 267 girls and 70 boys of the age group from 15 to 20 years old. The participants of the study received an internet link with a questionnaire - *Children's depression inventory*.

Data analysis was carried out using the statistics software: *GraphPad Prism v6*. Depression symptom groups among the age, gender and secondary school, groups were compared using *Two-way ANOVA* with Bonferroni correction analysis. Percentage differences within the groups – age, gender, depression risk groups were analysed individually using t-test. As statistically reliable was considered result  $p < 0,05$ . There were 33 sources of literature used in this research.

**Results:** the following results were obtained evaluating the regional and Riga secondary school groups. Within anhedonia group the average value of the CDI points for respondents

from regional secondary schools was 5.97 (SD=2.88) while for respondents from Riga secondary schools the average value was 5.82 (SD=2.92). Within *ineffectiveness* group the average value for respondents from regional secondary schools was 3.42 (SD=1.86), while for respondents from Riga secondary schools the average value was 3.54 (SD=1.74). Within *negative self-esteem* group the average value for respondents from regional secondary schools was 3.41 (SD=2.25), while for respondents from Riga secondary schools the average value was 3.41 (SD=2.24). Within *negative mood* group the average value for respondents from regional secondary schools was 4.36 (SD=2.55), while for respondents from Riga secondary schools the average value was 4.27 (SD=2.41). Within *interpersonal problems* group the average value for respondents from regional secondary schools was 1.94 (SD=1.76), while for respondents from Riga secondary schools the average value was 1.96 (SD=1.47). There were no statistically significant differences of average value established ( $p>0.05$ ) within the results of all the above mentioned groups used for research. When analysing the number of CDI points and percentage of the respondents within the each gender group and when comparing it against particular gender group there were no statistically significant differences observed between the gender groups ( $p>0.05$ ). When evaluating the number of points of CDI questionnaire and the respective percentage of each age group, no statistically significant differences among the age groups were established ( $p>0.05$ ). Comparing the results of gender groups against CDI symptom groups of *anhedonia*, *negative self-esteem* and *negative mood* there were statistically significant results obtained ( $p<0.001$ ). Respectively within all three symptom groups girls showed higher CDI value compared to boys. Within the other symptom groups (*ineffectiveness* and *interpersonal problems*) there were no statistically significant differences observed between girls and boys ( $p>0.05$ ). When analysing all CDI depression symptoms within the gender groups we can conclude that within *anhedonia* symptom group the average value for girls was 6.3 (SD= 2.81) and for boys 4.6 (SD= 2.72). In the group *ineffectiveness* the average value of CDI points for girls was 3.6 (SD=1.81) while for boys 2.93 (SD=1.55). In the group *negative self-esteem* the average value of CDI points for girls was 3.67 (SD=2.81), while for boys 2.4 (SD=2.05). In the group *negative mood* the average value of CDI points for girls was 4.73 (SD=2.42), while for boys 2.79 (SD=2.17). In the group *interpersonal problems* the average value of CDI points for girls was 2.14 (SD=1.67), while for boys 1.43 (SD=1.36). Comparing the results of CDI symptom groups of and age groups there were no statistically significant differences observed ( $p>0.05$ ). When summarising the data on the CDI points for girls and boys and when dividing that in three risk groups: norm, risk group and depression there were no statistically significant differences observed between the risk groups ( $p>0.05$ ).

**Conclusions:**

1. There were no statistically significant differences established when evaluating the data of CDI questionnaire within the gender groups and age groups;
2. There were no statistically significant differences established when evaluating the data of CDI questionnaire within Riga and regional secondary schools;
3. There were no statistically significant differences established among the age groups when evaluating the data of CDI questionnaire within five symptom groups, but there were statistically significant differences between gender groups for such symptom groups as: *anhedonia*, *negative self-esteem* and *negative mood* within the depression symptom groups.
4. There were no statistically significant differences established when evaluating the data of CDI questionnaire within the symptom risk groups.

**Key words:** depression, Children's depression inventory (CDI), secondary school.

## IEVADS

Par depresiju sabiedrībā pēdējo gadu laikā bieži tiek runāts. Šāda tendence ir laba, bet ir jāzina, kas ir depresija, jo bieži to izmanto, lai raksturotu sliktu garstāvokli vai pat nevēlēšanos kaut ko darīt. Jauniešu depresīvas izpausmes bieži noveļ uz vecuma īpatnībām, tāpēc depresijas sākotnējās simptomātikas izpausmes var palaist garām.

2011. gadā Eiropā tika veikts plašs pētījums par Eiropas Savienības valstu psihisko traucējumu izplatību. Tā kā Latvijā vēl šajā laika periodā netika veikta psihisko traucējumu statistiskā uzskaitē, tika ņemts vērā Latvijas psihiatrijas ekspertu viedoklis. Pētījumā tika noskaidrots, ka 38,2% Eiropas iedzīvotāju ik gadu cieš no kādiem psihiskiem traucējumiem, turklāt vairāk nekā puse šo cilvēku nesaņem ārstēšanu. Eiropas iedzīvotāju populācijā visizplatītākie psihiskie traucējumi ir trauksmes traucējumi (14%), bezmiegs (7%), depresija (6,9%), somatoformi traucējumi (6,3%) un alkohola atkarība (>4%). (Wittchen et al., 2011).

Latvijas dati par bērnu un jauniešu psihisko traucējumu biežumu ir apkopoti 2017. gada Slimību profilakses un kontroles centra mājaslapā (SPKC. [4.05.2019.]). Dati ir par laika posmu no 2009. - 2017. gadam. Skatoties tieši uz jaunākajiem datiem par 2017. gadu, ir konstatēts, ka, balstoties uz SSK10 klasifikatoru, pie diagnozēm F30-39, kas atbilst garstāvokļa (afektīvajiem) traucējumiem, F40-48, kas atbilst neirotiskiem, ar stresu saistītiem un somatoformiem traucējumiem un F92.0, kas atbilst depresīviem uzvedības traucējumiem, kopā jaunu gadījumu vecuma grupā nulle līdz 17 gadi bija 97, no tiem 45 zēniem un 52 meitenēm. Bet prevalentie gadījumi 2017. gadā vecuma grupā nulle līdz 17 gadi bija 760. Tas nozīmē, ka procentuāli no visiem bērniem un jauniešiem Latvijā ar šīm slimībām slimo tikai 0,2%, bet visā pasaulē šie procenti svārstās apmēram no četriem līdz astoņiem procentiem (Sabaté, 2004). Šādi dati liecina par to, ka Latvijā varētu būt nepilnvērtīgi dati par bērnu un jauniešu saslimstību ar depresiju. Šai problēmai ir vairāki faktori, piemēram, reģistrācijas un statistikas īpatnības valstī, zināšanas un izglītība par depresiju, nepietiekama skolu iesaiste depresijas diagnostikā, bērnu psihiatrijas sistēma Latvijā, kā arī sabiedrības stigma, kas saistās ar daudzām psihiskām saslimšanām. Tāpēc ir ļoti būtiski pievērsties šai tēmai, kas skar ļoti lielu sabiedrības daļu, kā arī mēģināt rast preventīvus risinājumus šādu slimību apturēšanai jau laicīgi.

**Darba mērķis:** Noskaidrot depresijas simptomu biežumu Latvijas skolu bērniem vidusskolas vecuma pētāmajā grupā, izmantojot *Children's depression inventory* anketu.

**Darba uzdevumi:**

1. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus dzimumu grupās, vecumu grupās;
2. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus Rīgas skolām un reģiona skolām;
3. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus pa piecām simptomātikas grupām;
4. Novērtēt iegūtos CDI anketas datus pa simptomātikas riska grupām.

# 1. LITERATŪRAS APSKATS

## 1.1. Depresija

Termins *depresija* var nozīmēt gan vienu simptomu, simptomu kopumu, gan slimību.

### **Depresija kā viens simptoms.**

Epidemioloģiski pētījumi parāda, ka bērni bieži ir bēdīgi un nelaimīgi. Vaitas salas pētījumā tika konstatēts, ka apmēram 10% no 10 gadu veciem bērniem ir bēdīgi, balstoties uz vecāku teikto, kā arī 40% no 14 gadu veciem bērniem ir bēdīgi, balstoties uz viņu pašu teikto. (Goodman et al., 2012). Protams, lai atšķirtu normālas bēdas no depresijas, ir jāizvērtē smaguma pakāpe, persistence un garastāvokļa kvalitāte.

### **Depresija kā simptomu kopums.**

Kā bērniem, tā arī pieaugušajiem depresijas simptoms bieži ir daļa no lielāka kopuma, tai skaitā var būt afektīvi, kognitīvi un uzvedības simptomi. Saistītie simptomi ir samazināta spēja izjust prieku, zems pašvērtējums, sevis vainošana, vainas apziņa, bezpalīdzība, bezcerība, suicidālas domas un darbības, enerģijas zudums, zemas koncentrēšanās spējas, nemiers, apetītes, svara, miega izmaiņas.

### **Depresija kā slimība.**

Depresijas simptomiem jābūt vismaz divas nedēļas un simptomiem jāizpaužas visu laiku vai vismaz lielāko dienas daļu. (Goodman et al., 2012).

Depresija izpaužas ar laika periodu, kas ir 2 nedēļas, kura laikā ir nomākts vai aizkaitināts garastāvoklis un/vai samazināta interese vai prieks par gandrīz jebkuru ikdienas aktivitāti, gandrīz visu laiku. Tā ir saistīta ar veģetatīviem un kognitīviem simptomiem, tai skaitā apetītes, miega, enerģijas un aktivitātes līmeņa izmaiņām; samazinātu koncentrēšanos spēju; samazinātu pašapziņu vai palielinātu vainas apziņu; var būt suicidālas domas un aktivitātes. (Geme et al., 2016).

### **1.1.2. Bērnu un jauniešu depresijas - vēsture**

Mazāk kā pirms trim dekādēm depresija tika uzskatīta tikai par pieaugušo slimību. Tika uzskatīts, ka bērni nav pietiekami attīstīti, lai izjustu depresijas simptomus un jauniešu emocionālā labilitāte tika uzskatīta vienīgi par normālu pubertātes sastāvdaļu. (Thapar et al., 2012).

Līdz pat pagājušā gadsimta 70. gadiem bērnu depresija netika uzskatīta par klīnisku izpausmi. (Cytryn, 2002). Šādi uzskati ir balstīti uz Freida pieņēmumu, ka bērniem super-ego un sevis apzināšana nav pilnībā attīstīti, lai bērnam attīstītos depresīva neuroze. (Rie, 1966).

Tomēr *R. Spitz* 1946. gadā aprakstīja anaklītiskās depresijas sindromu. Šāds sindroms bija novērojams 6 – 12 mēnešus veciem zīdaiņiem, un tas ir saistīts ar atrautību no mātes. Zīdaiņi bija apātiski, samazinātu svaru. (Spitz et al., 1946). Parasti anaklītiskā depresija rodas pēc trim atšķirtības mēnešiem, un par tās iemeslu uzskata afektīvi piesātinātu attiecību trūkumu. (Utināns, 2005). Lai gan šāda tipa reakcija un izpausmes ir ļoti līdzīgas depresijas simptomātikai pieaugušajiem, tomēr valda uzskats, ka šāda bērna un mātes separācija ir “normāla” zīdaiņa reakcija uz pārmaiņām. (Spitz et al., 1946).

Depresijas simptomi var izzust, taču pirmā gada laikā 35% bērnu būs rekurentas depresijas. Depresija var ietekmēt attiecības ar draugiem, ģimenes locekļiem, pasliktina akadēmisko un sociālo nobriedumu un attīstību, kā arī var novest līdz suicidālām domām vai pat suicīdam. (Costello, 1980).

Diagnosticēt bērnu depresiju var būt problemātiski, jo tā ne vienmēr izpaužas ar skaidri redzamu simptomātiku. *Lewisohn* ar kolēģiem atklāja, ka vismaz 43% bērnu, kam ir diagnosticēta depresija, ir arī vismaz viena uzvedības problēma, kas nav depresijas simptoms. (Lewinsohn et al., 1993). Agresīva uzvedība, hipohondrija, enurēze, psihosomatiskas izpausmes, somatiskas izpausmes, kā arī uzmanības deficīta hiperaktivitātes sindroms var maskēt depresiju.

Bērnu depresija bieži netiek diagnosticēta, jo psihiatriskas saslimšanas vēl joprojām tiek stigmatizētas, par šādām problēmām nelabprāt runā sabiedrībā. Tāpēc bērnu vecāki un pedagogi skolās palaiž garām pazīmes un simptomus, kad bērns būtu jāved pie speciālista. (Kendall et al., 1989).

Bērnu depresijas diagnosticēšana un problēmas pieaugošā popularitāte atspoguļo plašāku sociālkultūru procesu, nevis medicīnisku izrāvienu. (Timimi, 2004).

Ir jābūt uzmanīgiem, pirms bērnam uzstāda jebkādu psihiatriskas slimības diagnozi, jo šī diagnoze ir kā uzlīme, kas pielīp bērnam uz ilgāku laiku – gan viņa paša apziņā, gan arī no sabiedrības skatupunkta. Līdzcilvēki mēdz mainīt savu attieksmi pret šiem bērniem, tas var smagi iedragāt paša bērna personību un tās attīstību, tādējādi arī bērna uzvedību un izturēšanos. (Timini, 2004).

### **1.1.3. Epidemioloģija**

Pasaules dati par bērnu un jauniešu depresijas izplatību svārstās no apmēram četriem līdz astoņiem procentiem. (Sabaté, 2004).

Vaitas salas pētījumā tika noskaidrots, ka 0,2% no 10 gadus veciem bērniem un 2% no 14 gadus veciem bērniem cieš no depresijas. (Goodman et al., 2012). Pēc Zviedrijas statistikas datiem, depresīvos traucējumus novēro 2% pirmsskolas un jaunākā skolas vecuma bērniem,

bet pusaudžu populācijā šis rādītājs sasniedz 5%. (Tērauds u.c., 2015). 2018. gada pētījumā (Ghandour et al., 2018) tika konstatēts, ka ASV 3,2% bērnu vecumā no 3-17 gadu vecumam ir diagnosticēta depresija. Turklāt gandrīz 50% bērnu, kam ir depresija, ir arī vēl kāda psihiatriska saslimšana. (Goodman et al. 2012).

#### 1.1.4. Etioloģija

Depresijas etioloģijai ir vairākas teorijas.

Viena, kas balstās uz **ģenētisko faktoru**. Pētījumos ar dvīņiem ir novērots, ka iespēja saslimt vienam monozigotiskajam dvīnim ir 51-69%, ja otram dvīnim ir depresija, bet dizigotiskiem šāda iespēja ir 13-28%. Vēl ģenētiskā teorija ir balstīta uz genoma pētījumiem, kur ir konstatēti arī gēni, kas varētu būt saistīti ar depresiju un afektīviem traucējumiem. Šādi gēni ir, piemēram, BDNF (*angl. brain derived neurotropic factor*), ACE (*angl. angiotensin-converting enzyme*) un polimorfisms P450 gēnā. Kā arī gēni, kas nosaka selektīvu serotonīna atpakaļsaistīšanās inhibitoro un noradrenalīna atpakaļsaistes inhibitoro efektu. Arī citas genoma izmaiņas ir saistītas ar samazinātu smadzeņu plasticitāti un mediātoru sistēmu disfunkcijām. Bet tieši ar rekurentas depresijas etioloģiju ir saistīts gēns 3p25-26.

Otrā teorija – **bioloģiskā teorija** – balstās uz pazeminātu monoamīnu līmeni sinapsēs. Šie monoamīni ir serotonīns un noradrenalīns (Tērauds u.c., 2015). Serotonīna loma depresijas attīstībā sāka pētīt kopš 1967. gada, kad A. Kopens (*A. Coppen*) konstatēja, ka ir saistība ar garstāvokļa uzlabošanos, ja ir samazināta serotonīna atpakaļuzņemšana sinapsē saistībā ar medikamentiem (Albert et al., 2012). Tāpat arī pētījumos, kur noteikts serotonīna līmenis likvorā, ir konstatēts, ka tā izmaiņas ir saistītas ar depresijas simptomātikas izmaiņām. Vēl var minēt arī tādu vielu kā dažādu citokīnu, kortikotropā atbrīvotājhormona, tireotropā hormona, P substances un citu vielu lomu depresijas patoģenēzē. (Tērauds u.c., 2015).

Teorija, kas balstās uz **hormonu traucējumiem**, apgalvo, ka depresijas pacientiem ir pārmērīgi aktivēta hipotalāma – hipofīzes – virsnieru garozas sistēma. Tātad seruma kortizols un adrenoko-kortikotropā hormona līmenis ir paaugstināts. (Lam RW., 2013). Tiek novērotas arī vairogdziedzera hormonu izmaiņas. (Tērauds u.c., 2015). Dzimuhormoniem, kā estrogēnam un progesteronam, arī ir liela loma, tāpēc arī sievietes depresijas īpatsvars pēc pubertātes iestāšanās ir augstāks un pēc klimaksa iestāšanās atkal izlīdzinās līdzīgi ar vīriešu dzimumu. (Tērauds u.c., 2015).

Sezonālās jeb **ziemas depresijas** patoģenēzes pamatā ir melatonīna teorija. (Lewy et al., 2006). Tā kā melatonīna produkcija pastiprinās diennakts tumšajā laikā, arī ziemā melatonīna daudzums ir paaugstināts. Melatonīns ietekmē talamo-hipofizāro sistēmu un dažādu endokrīno struktūru darbību, novedot pie serotonīna, dopamīna sistēmu darbības

traucējumiem. (Tērauds u.c., 2015).

Vēl viena no teorijām ir saistīta ar **objekta zaudēšanu**. Par objektu uzskatāms gan materiāls, gan psiholoģisks – idealizēts zaudējums, kļūstot par predispozīciju depresijas attīstībai. Šīs psihodinamiskās teorijas pamatā ir Z. Freida uzskati. (Tērauds u.c., 2015). Freida seksuālo dziņu teorijā “Es” tiek identificēts ar zaudētu mīlestības objektu, turpretim agresija un dusmas ar sodu izpildošā un iznīcinošā *Superego* palīdzību tiek vērstas pret sevi. (Brummers u.c., 2011).

Savukārt pēc A. Beka un A. Elisa darbiem iespējams formulēt kognitīvo teoriju, kuras pamatā ir negatīvas un iracionālas domāšanas sekas.

### 1.1.5. Riska faktori

Depresijas biežums pieaug jauniešiem pēc pubertātes un turpinās līdz trešās dekādes vidum. Skatoties dzimuma sadalījumu, pirmspubertātes dzimuma attiecība ir vienāda, taču pēc pubertātes pieaug sieviešu dzimuma pārsvars depresijas slimnieku vidū. No ģimenes anamnēzes – bērnam, kuriem kādam no pirmās pakāpes radniekiem ir depresija vai bipolāri traucējumi, ir 10 reizes lielāks risks attīstīties depresijai. Tāpat ir paaugstināts risks attīstīties depresijai arī tiem bērniem, kuri ir zaudējuši vecākus. Arī pats ģimenes stāvoklis ir kā riska faktors, respektīvi – jebkādas nelabvēlīgas, disharmoniskas ģimenes savstarpējās attiecības var paaugstināt depresijas risku bērnam. (Lask et al., 2003).

Ja manāma iepriekšēja depresija anamnēzē, bieži ir novērojama slimības atkārtotāšanās. Taču iznākums ir veiksmīgāks, ja pirms tam bijusi vismaz 6 mēnešu antidepresantu terapija. (Lask et al., 2003).

Grūtības mācīties ir kā predispozīcija nomāktam garstāvoklim, kas ilgstošākā laika periodā var attīstīties depresijā. Atkarību izraisošu vielu lietošana var būt depresijas sekas. Hroniska trauksme var novest pie depresijas attīstības. Vardarbība un seksuāla izmantošana – augstāks attīstības risks trauksmei, depresijai, suicīdam. (Lask et al., 2003).

Ģimenes anamnēze ar depresiju un nepatīkami dzīves notikumi ir visspēcīgākie riska faktori depresijas attīstībai. (Maughan et al., 2013).

### 1.1.6. Simptomi

Bērniem depresijas simptomātika ir fenomenoloģiski līdzīga pieaugušo depresijas izpausmēm, bet ir simptomi, kas vairāk izpaužas tieši bērniem. Salīdzinot pusaudžu un pieaugušo simptomatiku, pusaudžiem biežāk būs izteikta aizkaitinātība un viņi būs jūtīgāki pret norādījumiem, ko var uztvert pārāk personīgi, aizskaroši, bet pieaugušajiem izteiktāka

būs anhedonija un bezcerības, vainas apziņa. Pusaudžu depresijas gadījumā afekts būs reaktīvs, turpretī pieaugušajiem – torpīds. Jauniešiem biežāk manāmas hipersomnijas izpausmes, apetīte būs palielināta, kas bieži rezultējas ar svara pieaugumu. Kā arī jauniešiem tiek novērota biežāka komorbitāte ar trauksmi, posttraumatiskā stresa sindromu, uzvedības traucējumiem un neirālās attīstības traucējumiem. (Lask et al., 2003). Simptomu izpausmes ir atkarīgas no pacienta vecuma: aizkaitinātības un somatiskā simptomātika var būt biežāka bērniem, bet enerģijas un aktivitātes līmeņa samazināšanās, apetītes samazināšanās un miega problēmas biežāk ir pieaugušajiem. (Geme et al., 2016).

Depresīvā reakcija bērniem vai jauniešiem var būt īslaicīga vai ilgstoša, stipruma ziņā tā ir ļoti mainīga. (Brummers u.c., 2011).

Bērnu depresijas simptomu kopumu veido nevēlēšanās vai pretošanās iet uz skolu, trauksmainība, vēdera un galvas sāpes. (Goodman et al. 2012).

Bērniem depresīvs noskaņojums nav klasisks, tas vairāk izpaužas ar emocionālu labilitāti, vieglu aizkaitinātību, nervozitāti. Ir vērojams interešu un aktivitātes zudums, bērna vispārējais stāvoklis atgādina apātiju. Bērnam var būt miega traucējumi, kas var izpausties gan ar bezmiegu, gan ar hipersomniju. Bērns kļūst noslēgts, nedrošs, jūtas mazvērtīgs. Ir ievērojami pavājināta koncentrēšanās spēja, atmiņas un domāšanas gausums, kas rezultējas sekmju kritumā skolā.

### **1.1.7. Depresija atkarībā no vecuma**

Bērni, kuri ir zem piecu gadu vecuma un tiek atdalīti no savas piesaistes personas, bieži iet cauri bezcerības un izmisuma fāzei, tomēr nav skaidrs vai šāda fāze ir pielīdzināma depresijai. No apmēram 8 gadu vecuma bērni var pieredzēt ļoti līdzīgas depresijas epizodes kā pieaugušie. (Goodman et al. 2012).

Bērna vecums ietekmē depresijas izpausmes formas. Tādi faktori kā psihiskā un motorā attīstība, valoda, sociālā vide un pasaules uztvere ir noteicošie simptomu izpausmēm. Ļoti svarīgi ir atcerēties to, ka depresijas iemeslu nevajag meklēt vienā faktorā vai attīstības periodā, tas visbiežāk rodas faktoru kopumā. Bērnu un jauniešu strukturālie faktori arī ir noteicošie, tāpat arī vide, kur bērns atrodas. ( Brummers u.c., 2011).

Prepubertātes periodā depresijai dzimuma attiecībā ir viens pret viens vai pat ar nelielu pārsvaru uz vīriešu dzimumu, savukārt pēcpubertātes periodā depresijas saslimšana biežāk vērojama sievietes dzimumam. (Goodman et al. 2012). Sievietes reproduktīvajā vecumā no depresijas cieš biežāk nekā vīrieši. Pētījumā, kur tika izmantotas *Tanner* stadijas, tika konstatēts, ka meitenēm, sasniedzot *Tanner* 3. stadiju, pieaug depresijas incidence. Taču, skatoties ne tikai uz morfoloģiskajām izmaiņām meiteņu ķermenī, bet arī hormonālajām

izmaiņām, tika konstatēts, ka ir ļoti stipra saistība ar androgēno un estrogēno hormonu līmeņu izmaiņām. (Angold et al. 1999).

#### **Pazīmes, kas varētu liecināt par depresiju:**

1. Pirmskolas vecuma bērni izskatās bēdīgi, nožēlojami un ilgstoši raud. Kā izsaucējfaktors var būt bērna pamešana, sociālās vides problēmas, traucējumi, trauma. Bērniem ir saraustīts miegs, izmainīta apetīte un psihomotorā mobilitāte. Bērniem arī ir grūti izteikt savas emocijas un izjūtas.

2. No apmēram 6 gadu vecuma bērni sāk atdiferencēt un vārdiski izteikt savas bēdas. No 7 – 8 gadu vecumam bērns sāk spēt apzināties sevi kā individu, kā arī apzināties negatīvas pārlicības par sevi. Vēlāk, bērnam pieaugot, šīs spējas var ietvert negatīvus uzskatus un vispārinājumus par jebkuru dzīves aspektu. (Lask et al., 2003).

## **1.2. Depresijas klasifikācija**

Balstoties uz SSK-10 klasifikatoru, pusaudžu depresija Latvijā tiek klasificēta kā:

- F32–33 Depresijas epizode vai rekurenti depresīvi traucējumi.
- F43.20 Īslaicīga depresīva reakcija. (<1 mēn)
- F43.21 Ieilgusi depresīva reakcija. (< 2 gadi)
- F43.22 Jaukta depresijas un trauksmes reakcija.
- F43.24 Adaptācijas traucējumi ar trauksmi, spriedzi, agresivitāti un pusaudzīm

neraksturīgām disociālas uzvedības izpausmēm.

- F92.0 Depresīvi uzvedības traucējumi, kas sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (Slimību profilakses un kontroles centrs. [4.05.2019.]).

## **1.3. Anketa “Manas domas un izjūtas pēdējās divas nedēļas” (Children's Depression Inventory (CDI))**

### **CDI anketa**

*Children's Depression Inventory* jeb CDI ir anketa, ar ko var novērtēt bērnu psiholoģisko stāvokli atkarībā no ar depresiju vai distīmiju saistītu simptomu smaguma. Anketa sastāv no 27 pašnovērtējuma jautājumiem, kas sadalīti 5 lielākās faktoru grupās. Anketas aizpildītājs novērtē sevi, balstoties uz savām domām un sajūtām pēdējo divu nedēļu laikā. (Kovacs, 1992).

## **CDI vēsture**

CDI izstrādāja amerikāņu klīniskā psiholoģe *Maria Kovac*, un tā pirmo reizi tika publicēta 1979. gadā. Kā pamats anketas izveidei tika izmantota 1967. gadā izveidotā *Beck Depression Inventory*, kas satur līdzīgas idejas, taču ir domāta pieaugušo depresijas izvērtēšanai.

Anketa oriģināli tika izveidota angļiski runājošajiem bērniem Amerikā, kas ir sasnieguši vismaz 8 gadu vecumu, taču mūsdienās tā pārtulkota vēl citās valodās un tiek pielietota visā pasaulē. Anketa galvenokārt ir domāta bērniem un jauniešiem vecumā no 7 līdz 17 gadu vecumam, jo, lai patstāvīgi aizpildītu anketu, nepieciešamas lasīšanas un teksta izpratnes prasmes.

## **Anketas struktūra**

Anketas aizpildīšanai nepieciešamas apmēram 15 minūtes.

Anketas 27 jautājumi ir sagrupēti 5 faktoru grupās: negatīvs garastāvoklis, savstarpējo attiecību problēmas, neefektivitāte, anhedonija, zema pašapziņa. CDI ir objektīvs un empīrisks tests. Par katru atbildēto jautājumu indivīds saņem punktus no 0-2. Punktu skaits, no 0 līdz 19 liecina par normālu psihoemocionālo stāvokli, iegūti 20 līdz 35 punkti liecina par riska grupu, kur ir kādas psihoemocionālās problēmas, bet punktu skaits, kas pārsniedz 35, liecina par nopietnām depresijas izpausmēm.

## **Ierobežojumi un kļūdas.**

CDI jautājumu galveno domu katrā vecuma grupā var saprast dažādi. CDI rezultāti mēdz būt vairāk viltus negatīvi, jo pastāv cilvēciskais faktors – indivīds, vēloties atbildēt *pareizi*, var atbildēt uz jautājumu ar pozitīvāku atbilžu variantu nekā ir patiesais psihoemocionālais stāvoklis. Vēl anketas rezultāti ir atkarīgi no indivīda lasīšanas, teksta un tā satura izpratnes un spriestspējas.

## 2. MATERIĀLI UN METODES

Pētījums norisinājās no 2019. gada februāra līdz 2019. gada martam. Pētījumā piedalījās Latvijas vidusskolu bērni. Pētījuma dalībnieki saņēma interneta saiti ar anketu, kur bija jānorāda dzimums, vecums, mācību iestāde, kur mācās, kā arī jāatzīmē atbildes uz daudzizvēļu anketu – *Children's Depression Inventory* (1. pielikums). Anketa sastāv no 27 jautājumiem, kur pie katra jautājuma var izvēlēties vienu no trim atbilžu variantiem, atbildot par to, kā jauniešis ir juties pēdējo 2 nedēļu laikā.

Pētījumā piedalījās 337 jaunieši, 267 meitenes un 70 zēni, vecuma grupā no 15 līdz 20 gadiem. Katrs no pētījuma dalībniekiem aizpildīja CDI. Atbildes tika apkopotas un no datu analīzes tika izslēgti 19 respondenti, 15, 19 un 20 gadus veci, nelielā analizējamu respondentu skaita un neatbilstoši aizpildītu anketu rezultātu dēļ. Beigās analizējamo respondentu grupa sastāvēja no 318 jauniešiem, 250 meitenēm un 68 zēniem. Datu analīze tika veikta ar *GraphPad Prism v6* statistikas programmatūru. Depresijas simptomu grupas starp vecumiem, dzimumiem un skolu grupām tika salīdzinātas ar *Two-way ANOVA* ar Bonferroni korekcijas analīzi. Procentuālās atšķirības grupās – vecums, dzimums, depresijas riska grupas – tika individuāli salīdzinātas, izmantojot t-testu. Par statistiski ticamu rezultātu tika uzskatīts  $p < 0,05$ .

Dati tika salīdzināti pa dzimuma, vecuma, simptomu, simptomātikas riska un skolu grupām.

Skolu grupas tika sadalītas pa Latvijas reģioniem: Rīgas skolas, kur tika apkopoti respondentu rezultāti no Rīgas Kultūru vidusskolas, Rīgas Zolitūdes ģimnāzijas, Rīgas Valsts 2. ģimnāzijas, Rīgas Teikas vidusskolas, Rīgas 64. vidusskolas, Rīgas Tehniskās koledžas, un reģionu skolas, kurās bija respondenti no Rēzeknes Valsts 1. ģimnāzijas un Jelgavas Valsts ģimnāzijas.

Pa simptomātikas riska grupām tika sagrupēti dati attiecīgi CDI iegūtajam punktu skaitam. CDI punktu skaits no 0 līdz 19 atbilst riska grupai **norma**, kas nozīmē, ka šajā grupā, balstoties uz CDI, jauniešiem pēdējo divu nedēļu laikā nav manāma depresijas simptomātika. CDI punktu skaits no 20-35 atbilst grupai **riska grupa**, kas nozīmē, ka šiem jauniešiem pēdējo divu nedēļu laikā ir paaugstinātas iespējas uz depresijas izpausmēm. CDI punktu skaits, kas pārsniedz 35 punktus, atbilst grupai **depresija**, kas nozīmē, ka šiem jauniešiem pēdējo divu nedēļu laikā ir manāmas nopietnas depresijas simptomātikas pazīmes.

Pa simptomu grupām CDI jautājumi tika sadalīti 5 faktoru grupās:

- anhedonija;
- neefektīva darbība;

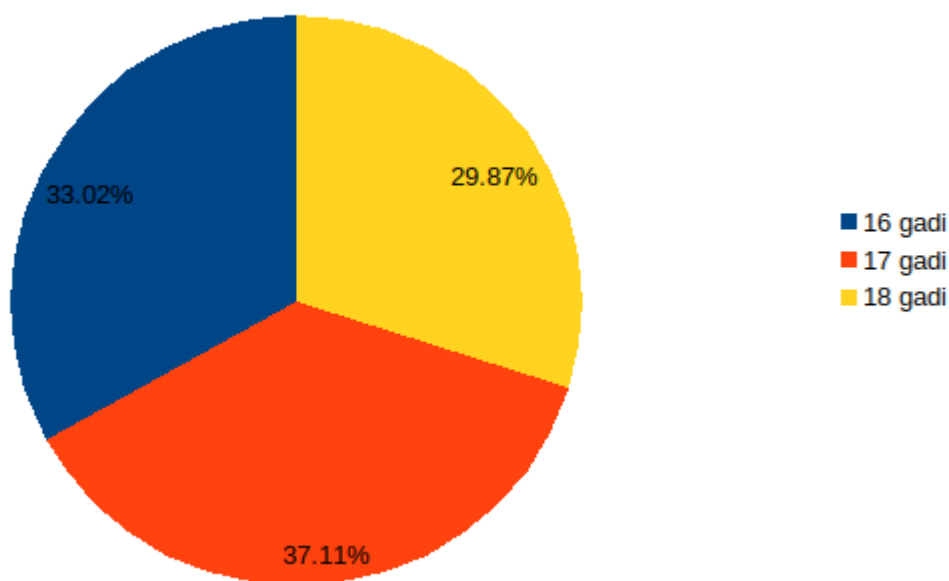
- negatīvs pašnovērtējums;
- slikts garstāvoklis;
- interpersonālas problēmas.

Anhedonijas grupā ir 8 jautājumi, grupā *neefektīva darbība* ir 4 jautājumi, grupā *negatīvs pašnovērtējums* ir 5 jautājumi, grupā *slikts garstāvoklis* ir 6 jautājumi, grupā *interpersonālas problēmas* ir 4 jautājumi. (2. pielikums).

### 3. REZULTĀTI

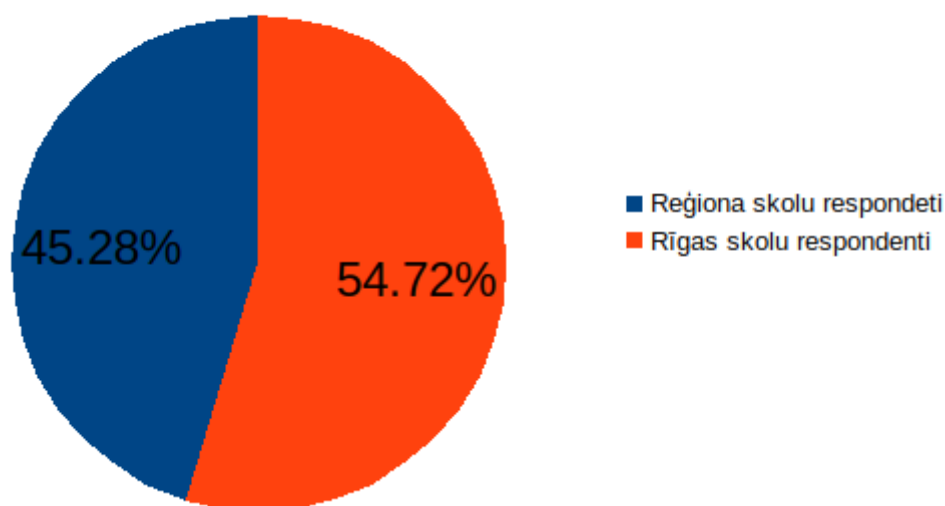
No visiem 318 respondentiem 250 bija meitenes, kas sastāda 78,62% . Zēnu skaits bija 68, kas sastāda 21,38% no visiem respondentiem.

No visiem 318 respondentiem 105 (33,02%) jaunieši bija vecuma grupā 16 gadi, 118 (37,11%) bija vecuma grupā 17 gadi un 95 (29,87%) bija vecuma grupā 18 gadi (skat. 1. attēlu).



1. attēls. Respondentu procentuālais sadalījums pa vecuma grupām.

Salīdzinot iegūtos datus pa skolām, tika iegūts, ka 45,28% no visiem 318 respondentiem sastādīja reģiona skolu respondentu CDI anketu atbildes, kas ir 144, bet 54,72% jeb 174 respondentus sastāda Rīgas skolu jauniešu atbildes (skat. 2. attēlu).



2. attēls. Respondentu procentuālais sadalījums pa Rīgas un reģiona skolām.

Salīdzinot reģionālo skolu un Rīgas skolu vidējos vērtējumus, pa CDI anketas depresijas simptomu grupām tie ir līdzīgi (skat 1. tabulu). Anhedonijas grupā reģiona skolu respondentu vidējais CDI punktu vērtējums bija 5.97 (SD=2.88) un Rīgas skolu respondentu vidējais vērtējums bija 5.82 (SD=2.92). Grupā *neefektīva darbība* reģiona skolu respondentu vidējais vērtējums bija 3.42 (SD=1.86), bet Rīgas skolu respondentu vidējais vērtējums bija 3.54 (SD=1.74). Grupā *negatīvs pašvērtējums* reģiona skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 3.41 (SD=2.25), bet Rīgas skolu respondentu vidējais vērtējums bija 3.41 (SD=2.24). Grupā *slikti garstāvoklis* reģionu skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 4.36 (SD=2.55), bet Rīgas skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 4.27 (SD=2.41). Grupā *interpersonālas problēmas* reģiona skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 1.94 (SD=1.76), bet Rīgas skolu respondentu vidējā punktu vērtība bija 1.96 (SD=1.47).

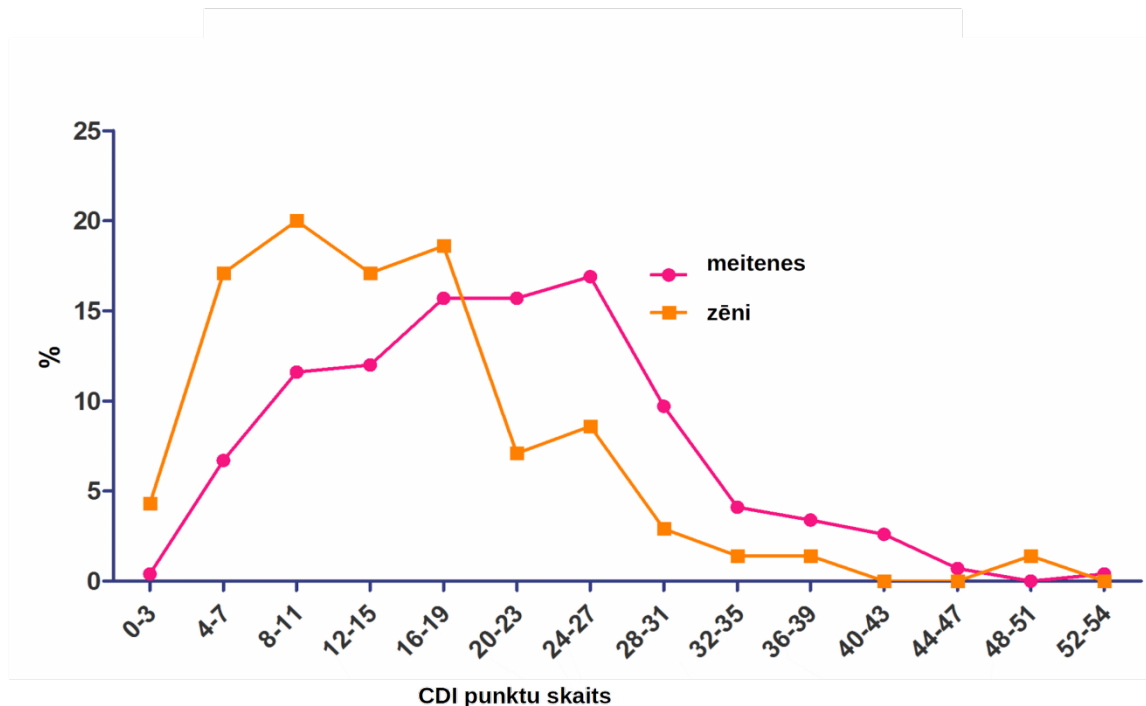
1. tabula

Depresijas simptomātiku grupu vidējās vērtības un sadalījums pa skolu grupām

	Reģiona skolu repondenti			Rīgas skolu repondenti		
	vidējā vērtība	SD	N	vidējā vērtība	SD	N
Anhedonija	5.97	2.88	144	5.82	2.92	174
Neefektīva darbība	3.42	1.86	144	3.54	1.74	174
Negatīvs pašvērtējums	3.41	2.25	144	3.41	2.24	174
Slikti garstāvoklis	4.36	2.55	144	4.27	2.41	174
Interpersonālas problēmas	1.94	1.76	144	1.96	1.47	174

Analizējot CDI punktu skaitu un procentuālo respondentu sadalījumu katrā dzimuma grupā, salīdzinot to pa dzimumiem, netika novērotas statistiski būtiskas atšķirības starp dzimuma grupām ( $p > 0.05$ ) (skat. 3. attēlu). Sieviešu dzimuma grupā vislielākais respondentu skaits sakrīt ar CDI punktu grupu 24-27, kur ir 45 meitenes, kas atbilst 16,9% no visu meiteņu skaita, kas ieguva šādu rezultātu. Bet vīriešu dzimuma grupā vislielākais respondentu skaits

bija 8-11 CDI punktu grupā, kur ir 14 zēni, kas atbilst 20% no visiem zēniem, kuri ieguva šādu rezultātu (skat. 2. tabulu).



### 3. attēls. CDI punktu skaits un procentuālais sadalījums katrā dzimuma grupā.

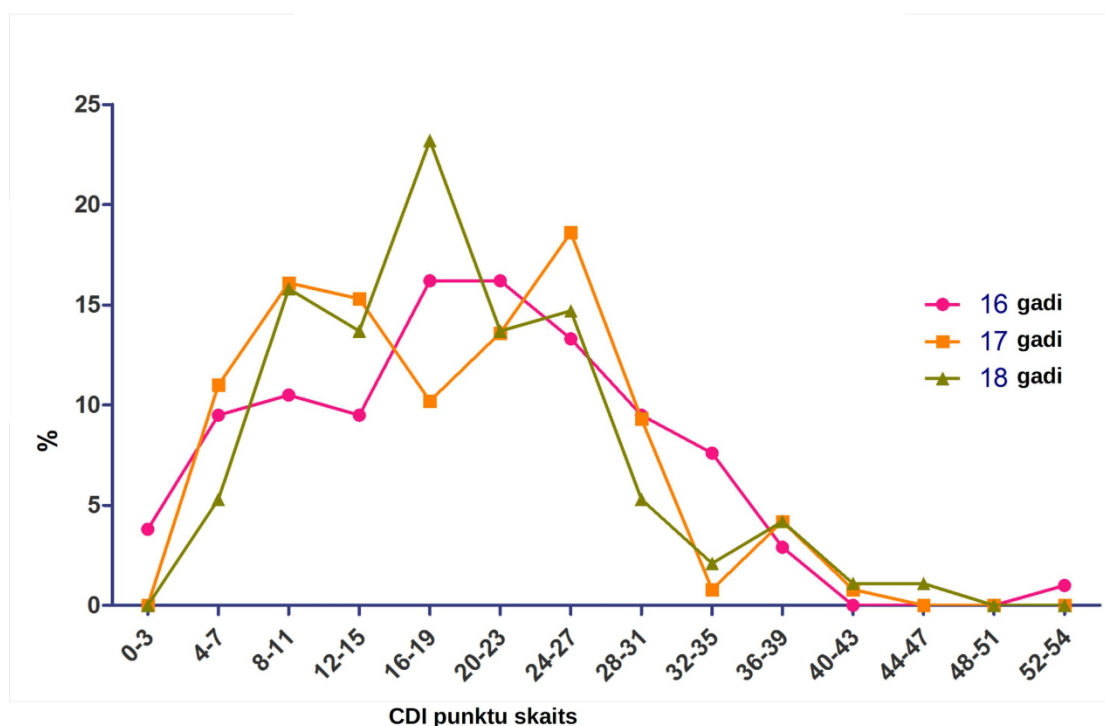
2. tabula

#### CDI punktu skaits un procentuālais sadalījums katrā dzimuma grupā

CDI punktu skaits	meitenes	zēni
	%	%
0-3	0.4	4.3
4-7	6.7	17.1
8-11	11.6	20
12-15	12	17.1
16-19	15.7	18.6
20-23	15.7	7.1
24-27	16.9	8.6
28-31	9.7	2.9
32-35	4.1	1.4
36-39	3.4	1.4
40-43	2.6	0
44-47	0.7	0
48-51	0	1.4
52-54	0.4	0

Izvērtējot CDI anketu punktu skaitu un attiecīgi procentuālo sadalījumu katrai vecuma grupai, netika iegūtas statistiski būtiskas atšķirības starp vecuma grupām ( $p > 0.05$ ) (skat. 5.

attēlu). 16 gadu vecuma grupā lielākais respondentu skaits bija divās CDI punktu kategorijās 16-19 un 20-23 punkti, kur abās punktu kategorijās bija pa 17 respondentiem. Tādējādi katrā no grupām sastāda 16,2% no visiem 16 gadus vecajiem jauniešiem. Vecuma grupā 17 gadi vislielākais respondentu skaits bija CDI punktu kategorijā 24-27 punkti, kur bija 22 respondenti, kas sastāda 18,6% no visiem 17 gadus vecajiem respondentiem. Vecuma grupā 18 gadi vislielākais respondentu skaits bija CDI punktu kategorijā 16-19 punkti, kur bija 22 respondenti, kas sastāda 23,2% no visiem 18 gadus vecajiem respondentiem (skat. 3. tabulu).

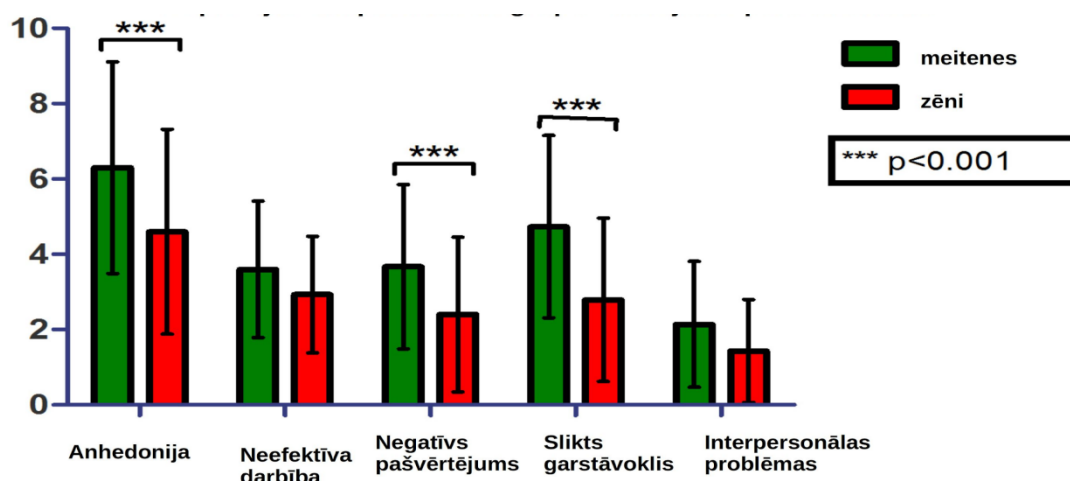


5. attēls. CDI punktu skaits un procentuālais sadalījums katrā vecuma grupā

## CDI punktu skaits un procentuālais sadalījums katrā vecuma grupā

CDI punktu skaits	16 gadi	17 gadi	18 gadi
	%	%	%
0-3	3.8	0	0
4-7	9.5	11	5.3
8-11	10.5	16.1	15.8
12-15	9.5	15.3	13.7
16-19	16.2	10.2	23.2
20-23	16.2	13.6	13.7
24-27	13.3	18.6	14.7
28-31	9.5	9.3	5.3
32-35	7.6	0.8	2.1
36-39	2.9	4.2	4.2
40-43	0	0.8	1.1
44-47	0	0	1.1
48-51	0	0	0
52-54	1	0	0

Rezultātu analīzē tika salīdzinātas depresijas simptomu grupas attiecīgi CDI sadalījumam ar dzimuma grupām. Salīdzinot dzimumus anhedonijas negatīva pašvērtējuma un slikta garstāvokļa CDI simptomu grupās, tika iegūti statistiski būtiski rezultāti ( $p < 0.001$ ), attiecīgi šajās grupās meitenes uzrādīja augstākas CDI vērtības nekā zēni (skat. 6. attēlu). Pārējās CDI simptomu grupās, attiecīgi: *neefektīva darbība* un *interpersonālas problēmas*, netika konstatēta statistiski būtiska atšķirība, salīdzinot dzimumus ( $p > 0.05$ ).



6. attēls. Depresijas simptomātikas grupu rezultātu sadalījums pa dzimumiem.

Izvērtējot visu CDI depresijas simptomātiku pa dzimumu grupām, tika konstatēts, ka anhedonijas simptomātikas grupā meiteņu vidējās vērtības bija 6.3 (SD= 2.81) un zēniem 4.6 (SD= 2.72). Grupā *neefektīva darbība* meitenēm vidējā CDI punktu vērtība bija 3.6

(SD=1.81) un zēniem 2.93 (SD=1.55). Grupā *negatīvs pašvērtējums* meiteņu CDI punktu vidējā vērtība bija 3.67 (SD=2.81), bet zēniem 2.4 (SD=2.05). Grupā *slikts garstāvoklis* meiteņu vidējais punktu skaits bija 4.73 (SD=2.42), bet zēniem 2.79 (SD=2.17). Grupā *interpersonālas problēmas* meiteņu vidējais punktu skaits bija 2.14 (SD=1.67), bet zēniem 1.43 (SD=1.36) (skat. 4. tabulu).

4. tabula

#### Depresijas simptomātikas grupu rezultātu sadalījums pa dzimumiem

	meitenes			zēni		
	vidējā vērtība	SD	skaits	vidējā vērtība	SD	skaits
Anhedonija	6.3	2.81	250	4.6	2.72	68
Neefektīva darbība	3.6	1.81	250	2.93	1.55	68
Negatīvs pašvērtējums	3.67	2.18	250	2.4	2.05	68
Slikts garstāvoklis	4.73	2.42	250	2.79	2.17	68
Interpersonālas problēmas	2.14	1.67	250	1.43	1.36	68

Izvērtējot depresijas simptomātikas grupu vidējās procentuālās vērtības meitenēm visaugstākie procenti (45%) ir *neefektīva darbība* grupā, tāpat arī zēniem zemākā vērtība (37%) grupā *neefektīvas darbības*. Zemākās depresijas simptomātikas vidējās procentuālās vērtības (26,8%) meitenēm bija grupā *interpersonālas problēmas*, tāpat arī zēniem zemākās vidējās procentuālās vērtības (17,9%) bija grupā ar *interpersonālām problēmām*. 5. tabulā ir dotas iegūto rezultātu procentuālās svērtās (procentos no maksimāli iespējamās vērtības) vērtības katrai simptomātikas grupai.

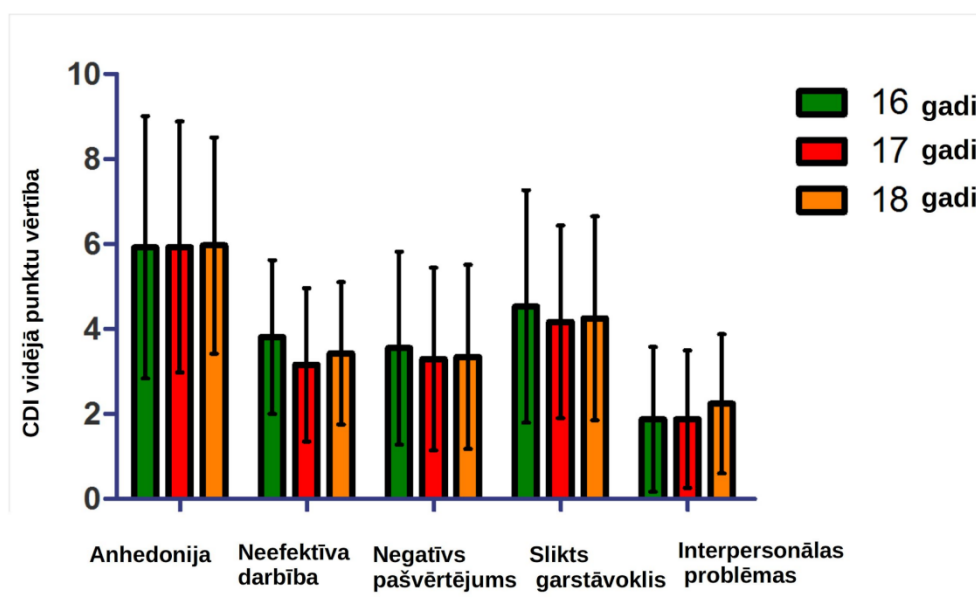
5. tabula

#### Depresijas simptomātikas grupu vidējās procentuālās vērtības no maksimālā CDI punktu skaita katrai grupai, abām dzimumu grupām

	Meitenes	Zēni
	Vidējā vērtība, %	Vidējā vērtība, %
Anhedonija	39,4	28,8
Neefektīva darbība	45	37
Negatīvs pašvērtējums	36,7	27,9
Slikts garstāvoklis	39,4	23,3
Interpersonālas problēmas	26,8	17,9

Salīdzinot CDI simptomātikas grupas un vecumus, netika novērotas statistiski būtiskas atšķirības starp vecuma grupām un CDI simptomātikas grupām (skat. 7. attēlu). Vecuma

grupā 16 gadi *anhedonijas* CDI vidējā vērtība bija 5.92 (SD=3.09), *neefektīva darbība* vidējā punktu vērtība 3.81 (SD=1.81), *negatīvs pašvērtējums* 3.55 (SD=2.27), *slikts garstāvoklis* 4.53 (SD=2.74), *interpersonālas problēmas* 1.88 (SD=1.70). Vecuma grupā 17 gadi CDI simptomātikas grupā *anhedonija* vidējā punktu vērtība bija 5.93 (SD=2.95), grupā *neefektīva darbība* 3.16 (SD=1.81), *negatīvs pašvērtējums* 3.30 (SD=2.15), grupā *slikts garstāvoklis* 4.17 (SD=2.27), grupā *interpersonālas problēmas* 1.88 (SD=1.62). Vecuma grupā 18 gadi CDI simptomātikas grupā *anhedonija* vidējā punktu vērtība bija 5.97 (SD=2.55), grupā *neefektīva darbība* 3.43 (SD=1.67), grupā *negatīvs pašvērtējums* 3.35 (SD=2.17), grupā *slikts garstāvoklis* 4.25 (SD=2.40), grupā *interpersonālas problēmas* 2.24 (SD=1.64) (skat. 6. tabulu).



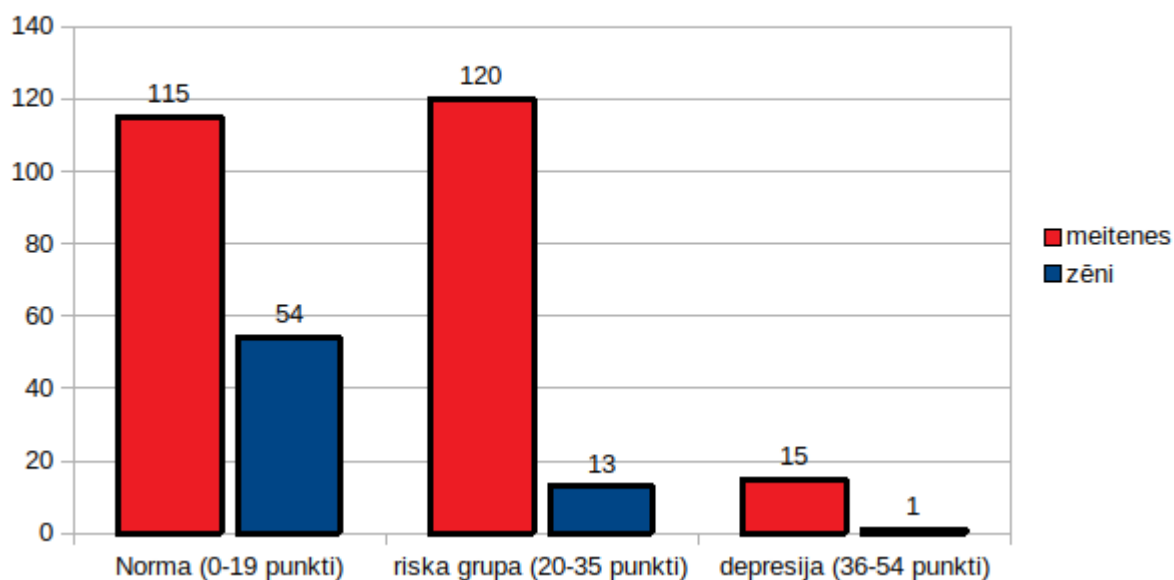
7. attēls. CDI vidējais punktu skaits pa depresijas simptomātikas grupām katrā vecuma grupā.

6. tabula

CDI vidējais punktu skaits pa depresijas simptomātikas grupām katrā vecuma grupā

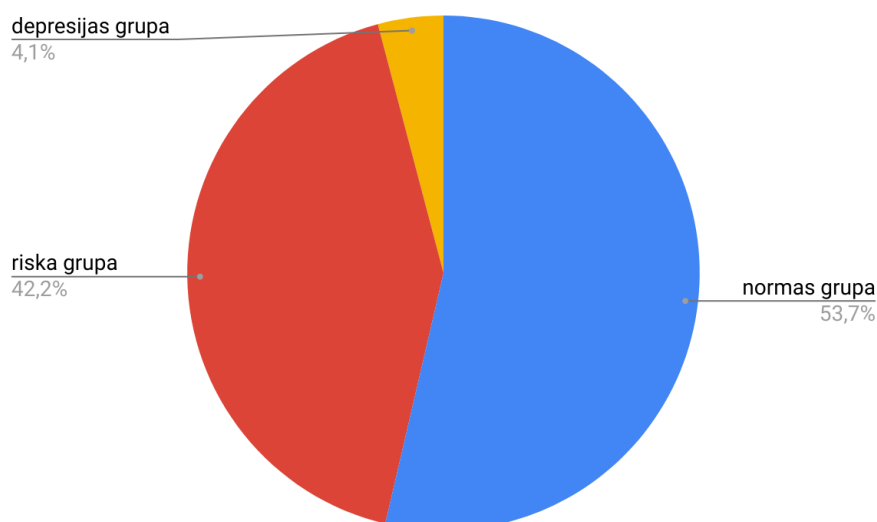
	16 gadi			17 gadi			18 gadi		
	vidējā vērtība	SD	N	vidējā vērtība	SD	N	vidējā vērtība	SD	N
Anhedonija	5.92	3.09	105	5.93	2.95	118	5.97	2.55	95
Neefektīva darbība	3.81	1.81	105	3.16	1.81	118	3.43	1.67	95
Negatīvs pašvērtējums	3.55	2.27	105	3.30	2.15	118	3.35	2.17	95
Slikts garstāvoklis	4.53	2.74	105	4.17	2.27	118	4.25	2.40	95
Interpersonālas problēmas	1.88	1.70	105	1.88	1.62	118	2.24	1.64	95

Apkopojot datus par meiteņu un zēnu iegūtajiem CDI punktu skaitiem un sadalot tos trīs grupās: norma, riska grupa un depresija, tika iegūti rezultāti, kur meitenes normas grupā bija 115 un zēni 54. Riska grupā meitenes bija 120 un zēni 13, bet depresijas grupā meitenes bija 15 un zēni – viens. Salīdzinot rezultātus iekšēji grupās pa dzimumiem, netika novērotas statistiski būtiskas atšķirības starp riska grupām ( $p > 0.05$ ) (skat. 8. attēlu).



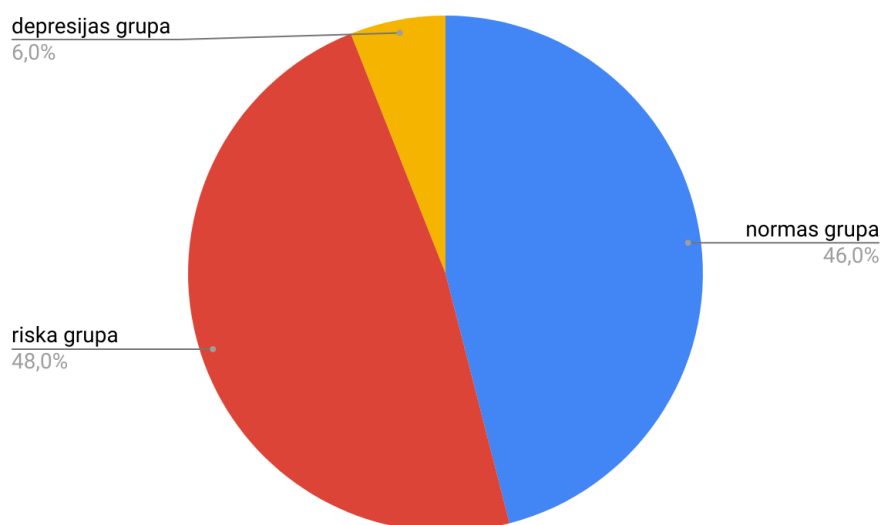
8. attēls. Meiteņu un zēnu sadalījums pa grupām, balstoties uz CDI punktu skaitu.

9. attēlā atainots procentuālais respondentu sadalījums pa riska grupām. Normas grupā ir 53,7%, riska grupā 42,2% un depresijas grupā 4,1%.



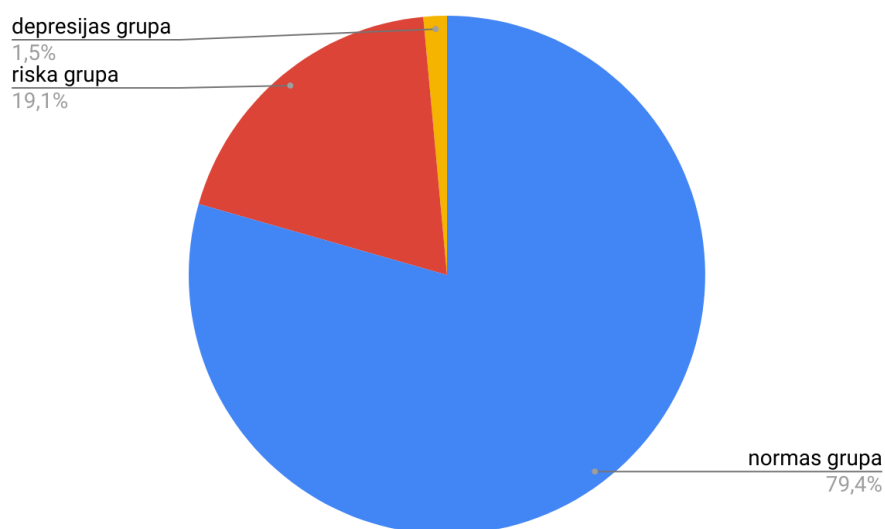
9. attēls. Kopējais respondentu skaita sadalījums pa riska grupām.

10. attēlā attēlots meiteņu procentuālais sadalījums pa riska grupām, kur normas grupā ir 46% meiteņu, riska grupā 48% un depresijas grupā 6%.



**10. attēls. Meiteņu procentuālais sadalījums pa riska grupām.**

11. attēlā attēlots zēnu procentuālais sadalījums pa riska grupām, kur normas grupā ir 79,4% zēnu, riska grupā 19,1% un depresijas grupā 1,5%.



**11. attēls. Zēnu procentuālais sadalījums pa riska grupām.**

## 4. DISKUSIJA

Darbā tika noskaidrots, ka, salīdzinot CDI punktu skaitu un procentuālo punktu sadalījumu pa vecumu grupām, netika novērotas statistiski būtiskas atšķirības. Viens no faktoriem, kas varētu iespaidot iegūto rezultātu sadalījumu, ir ļoti mazo vecuma grupu gadu atšķirība, kur lielākā gadu starpība starp divām grupām bija divi gadi. Salīdzinot iegūtos datus ar līdzīgiem pētījumiem Igaunijā (Samm et al., 2008), var redzēt, ka neliela vecuma starpība nedod būtiskas atšķirības CDI punktu skaitā. Šajā pētījumā 2008. gadā Igaunijā, izmantojot CDI, salīdzināja septiņu līdz 13 gadus vecus bērnus. CDI vidējā vērtība starp vecumu grupām un iegūtajiem punktiem statistiski būtiski neatšķirās. Tajā pašā laikā ir publicēti literatūras dati, kuros apgalvo, ka pubertātes periodā depresijas biežums vairāk ir novērojams meitenēm (Goodman et al. 2012). Šie dati raksturo pētāmās sabiedrības grupas Rietumeiropā. Ņemot vērā pētījumu (Schmidt, 2007), kur norādīts, ka būtisks faktors depresijas attīstībā ir arī sociālā vide, nebūtu korekti salīdzināt pētījumu rezultātus gan Igaunijā, gan šajā pētījumā ar rietumvalstīs iegūtajiem rezultātiem. Jāņem vērā, ka Eiropā saslimstība ar depresiju sastāda lielu daļu no psihiskajām saslimšanām. Depresijas izplatība Eiropā pēdējo gadu laikā nav būtiski mainījusies (Paykel et al., 2005). Tāpat autore norāda, ka trūkst statistisku datu tieši no Austrumeiropas un Baltijas valstīm, tieši valstīm, kur ir zemāki ienākumi un nepilnvērtīgi sakārtota veselības aprūpe. Kā piemēru var minēt informāciju par Latviju, kur pēc datiem par jauniešu suicīdu, kas ir kā viena no sliktākajām komplikācijām depresijai, var spriest, ka Latvijas vieta pasaulē ir augsta. Jauniešu suicīds Latvijā ir 16 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem. Šie skaitļi nedaudz pa gadiem mainās, bet Latvija ir to piecu valstu vidū, kur suicīds ir visaugstākais (World Health organization. [4.05.2019.]). Seši procenti jauniešu Latvijā uzskata, ka viņi nav nodrošināti ar pienācīgu un pieejamu veselības aprūpi. Kā arī – viens no faktoriem, kāpēc jaunieši nevēršas pie ārsta, ir slikti finansiālie apstākļi (Baltic News Network. [4.05.2019.]).

Pētījumā iegūtos CDI punktu rezultātus salīdzinot dzimuma grupās, netika konstatētas statistiski ticamas atšķirības starp dzimumu grupām un CDI punktu skaitu, kā arī, salīdzinot pa riska grupām, kur bija gan depresijas riska grupa, gan depresijas grupa, salīdzinot ar normas grupu, dzimumu grupās netika konstatēta statistiski būtiska atšķirība. No visa kopējā respondentu skaita normas grupā bija 53,7%, bet pārējie bija jau riska un depresijas grupā. No kopējā meiteņu skaita, kas bija 250, procentuāli lielākā daļa no respondentēm (54%) ieguva punktu skaitu, kas atbilst depresijas riska grupai vai depresijas grupai. Kaut gan šāda respondentu kopa ir maza, salīdzinājumā ar populāciju, jebkurš indivīds ir svarīgs. Līdzīgas atziņas ir iegūtas Itālijas pētījumā, kur tika izmantota CDI bērniem vecumā no astoņiem līdz

17 gadiem. Pētījumā tika konstatēts, ka no visiem respondentiem lielāks skaits bija CDI punktu skaitā, kas ir lielāks par normas grupu (Poli et al., 2003). Skatoties uz zēnu grupu, var redzēt, ka zēnu normas grupā ir daudz vairāk, kas ir 79,4%, bet riska un depresijas grupā kopā ir 20,6%. To varētu skaidrot ar zēnu spēju sliktāk atpazīt savas emocijas salīdzinājumā ar meitenēm.

Svarīgi atzīmēt, ka CDI simptomātikas 5 faktoru grupās tika novērotas statistiski būtiskas atšķirības dzimumu grupās. Meitenēm izteiktāk nekā zēniem izpaudās anhedonija, negatīvs pašvērtējums un slikts garastāvoklis. Līdzīgi arī Igaunijas pētījumā ar jaunākiem bērniem, izmantojot CDI, tika konstatēts, ka meitenēm ir izteiktāka anhedonija un negatīvs pašvērtējums, bet zēniem biežāk bija vērojama neefektivitāte. Šie rezultāti norāda, ka svarīgi ir vērtēt CDI simptomātikas grupas, kurās var parādīties atšķirība starp dzimumu grupām. Salīdzinot šos rezultātus ar Somijas pētījuma rezultātiem, ir norādīts, ka tieši zēniem biežāk bija anhedonija (Samm et al., 2008). Tas lieku reizi liek pievērst uzmanību pētāmo grupu sociālajiem faktoriem.

Iegūtie dati par CDI simptomātikas grupu vidējo vērtējumu procentuālo punktu skaitu no maksimuma (svērtās procentuālās vērtības) parāda, ka meitenēm un zēniem visaugstākie procentuālie vidējie punktu skaiti bija grupā, kas raksturo neefektīvu darbību, bet zemākie – grupā, kas raksturo interpersonālas problēmas. Līdzīgi dati ir arī Igaunijas pētījumā (Samm et al., 2008), kur augstākais vidējais punktu procentuālais vērtējums bija grupā *neefektivitāte*, bet atšķiras zemākais iegūtais vidējais procentuālais punktu skaits no maksimuma, kas Igaunijas pētniekiem bija pie anhedonijas grupas.

Pētījumā tika salīdzināti Rīgas un reģiona skolu iegūtie CDI punkti un tie salīdzināti pa simptomātikas grupām. Šādas rezultātu salīdzināšanas mērķis bija noskaidrot, vai Rīgas skolēniem ir augstāki CDI rādītāji, jo, kā minēts iepriekš darbā, balstoties uz literatūru par riska faktoriem, kas ietekmē depresijas biežumu, ir jāmin sociālās un apkārtējās vides faktori (Schmidt, 2007). Pētījumā netika iegūti statistiski atšķirīgi dati par Rīgas un reģiona skolu CDI punktu atšķirību. Šādi rezultāti varētu būt izskaidrojami ar to, ka pētījumā tika iekļautas tikai divas reģiona skolas, un šīs skolas, salīdzinot ar Rīgas skolām, ļoti neatšķiras skolēnu skaita ziņā, kas varētu būt kā riska faktors, jo lielāka skola nozīmē arī lielāku sociālo vidi. Iespējami lielāks psihoemocionālais slogs varētu būt no skolas vides, kur jaunieši atrodas. Salīdzinot iegūtos rezultātus ar literatūrā norādītajiem, varētu domāt, ka rezultātu atšķirības var rasties tieši no tā, kādā sociālajā vidē pētījumi tika veikti, ko var redzēt, salīdzinot somu autoru (Samm et al., 2008) un itāļu (Poli et al., 2003) pētījumu rezultātus, un uz ko arī norāda Šmits (Schmidt, 2007).

Vērtējot iegūtos rezultātus, var novērot, ka lielai daļai jauniešu ir psihoemocionālas problēmas ikdienā. CDI punktu būtiskas atšķirības netika novērtotas gan vecuma, gan dzimuma grupās, bet gan depresijas simptomātikas grupās pa dzimumiem. Tātad šādu faktoru paplašināta analīze ļautu padziļinātāk novērtēt katra šī faktora ietekmi uz depresijas attīstību. Lielākā problēma ir tā, ka par šādām problēmām sabiedrībā izvairās runāt. Tas varētu būt saistīts ar nesakārtoto valsts statistiskās uzskaiti un prevenciju. Līdzīgas problēmas rezultātu interpretācijā var novērot arī citos pētījumos. Piemēram var minēt Japānu, kur ir zemi mentālo slimību rādītāji valstī, bet ļoti augsti suicīda skaitļi, tātad kaut kas nav sakārtots datu reģistrēšanā. Tāpat arī, balstoties uz datiem, Nigērijā ir ļoti maza mentālo slimību izplatība, bet tas ir tikai tāpēc, ka par mentālajām slimībām tur netiek runāts (Schmidt, 2007).

Veiktais pētījums arī apliecina, ka vairāk būtu jāpievērš uzmanība jauniešu psihoemocionālajam stāvoklim. Par to liecina rezultāti, kuros tika iegūts, ka jauniešu riska un depresijas grupā ir skaitliski vairāk par tiem, kas bija normas grupā.

Pilnvērtīgu rezultātu interpretāciju traucēja nelielais zēnu skaits grupā, kas samazināja iespēju izvērtēt un salīdzināt abas dzimumu grupas.

Darbā iegūtie rezultāti norāda, ka nepieciešams salīdzināt vairākas vecuma grupas ar lielāku respondentu skaitu grupā. Pētījums iegūtu dziļāku jautājuma izpratni, ja veiktu atkārtotu rezultātu iegūvi un analīzi pēc noteikta laika. Būtiski būtu iekļaut arī rezultātu analīzi saistībā ar vides sociālajiem faktoriem.

## SECINĀJUMI

1. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus dzimuma un vecuma grupās, netika konstatētas statistiski būtiskas atšķirības.
2. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus Rīgas skolām un reģiona skolām, netika konstatētas statistiski būtiskas atšķirības.
3. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus pa piecām simptomātikas grupām, tika konstatēts, ka nav statistiski būtiskas atšķirības starp vecuma grupām, bet ir statistiski būtiskas atšķirības starp dzimuma grupām anhedonijas, negatīva pašvērtējuma un slikta garastāvokļa depresijas simptomātikas grupās.
4. Novērtējot iegūtos CDI anketas datus pa simptomātikas riska grupām, netika konstatētas statistiski būtiskas atšķirības.

## **PATEICĪBAS**

Liels paldies darba vadītājam dr. Ijai Cimdiņai par doto iespēju izstrādāt šo diplomdarbu.  
Sirsnīgs paldies mg.biol. Ilzei Blāķei par nesavtīgi veltīto laiku diplomdarba statistikas izstrādē.

Paldies dr.biol., profesoram Alvim Paeglītim par dotajiem padomiem diplomdarba izstrādes laikā.

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Brummers M., Enckells H. (2011). Bērnu un jauniešu psihoterapija. Jumava, 280 lpp
2. Slimību profilakses un kontroles centrs. SSK-10 klasifikācija - Kodu tabulsaraksts un skaidrojumi. Pieejams: [https://www.spkc.gov.lv/ssk10/index8981.html?p=%23118#g\\_118](https://www.spkc.gov.lv/ssk10/index8981.html?p=%23118#g_118) [4.05.2019.]
3. Slimību profilakses un kontroles centrs. Statistikas dati.16.04.2019. Pieejams:<https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1> [4.05.2019.]
4. Tērauds E., Rancāns E., Andrēziņa R., Kupča B., Ancāne G., Ķiece I., Bezborodovs N. (2015). Depresijas diagnostikas un ārstēšanas vadlīnijas 3. izdevums. Latvijas Psihiatru asociācija. 52 lpp
5. Utināns A. (2005). Cilvēka psihe. Tās darbība, funkcionēšanas traucējumi un ārstēšanas iespējas. SIA Nacionālais apgāds, 568 lpp
6. Albert, P. R., Benkelfat, C., & Descaries, L. (2012). The neurobiology of depression—revisiting the serotonin hypothesis. I. Cellular and molecular mechanisms.
7. Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological medicine*, 29(5), 1043-1053.
8. Baltic News Network. Suicide rates among Baltic youngsters are the highest in Europe. 22.02.2019. Pieejams: <https://bnn-news.com/suicide-rates-among-baltic-youngsters-are-the-highest-in-europe-197468> [4.05.2019.]
9. Costello, C. G. (1980). Childhood depression: Three basic but questionable assumptions in the Lefkowitz and Burton critique.
10. Ctryn (2002). Depression Characterized in Children with EBD T3, ThinkQuest.
11. *Geme, J. W. S., Schor, N. F., & Behrman, R. E. (2016). Nelson textbook of pediatrics (Vol. 2). Elsevier Health Sciences.*
12. Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of pediatrics*.
13. *Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. European child & adolescent psychiatry, 18(8), 485-492.*
14. *Goodman, R., & Scott, S. (2012). Child and adolescent psychiatry. John Wiley & Sons.*

15. Kendall, P. C., Cantwell, D. P., & Kazdin, A. E. (1989). *Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. Cognitive Therapy and Research, 13*(2), 109-146.
16. Kovacs, M. (1992). *CDI. Multi-Health Systems, Inc., North Tonawanda, NY.*
17. Lam RW. (2013). *Depression. Oxford University Press, 2 nd ed. Oxford*
18. Lask, B., Taylor, S., & Nunn, K. P. (2003). *Practical child psychiatry. BMJ Publishing Group.*
19. Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). *Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III—R disorders in high school students. Journal of abnormal psychology, 102*(1), 133.
20. Lewy, A. J., Lefler, B. J., Emens, J. S., & Bauer, V. K. (2006). *The circadian basis of winter depression. Proceedings of the National Academy of Sciences, 103*(19), 7414-7419.
21. Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). *Depression in childhood and adolescence. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 22*(1), 35.
22. Paykel, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). *Size and burden of depressive disorders in Europe. European neuropsychopharmacology, 15*(4), 411-423.
23. Pickles, A., Aglan, A., Collishaw, S., Messer, J., Rutter, M., & Maughan, B. (2010). *Predictors of suicidality across the life span: the Isle of Wight study. Psychological Medicine, 40*(9), 1453-1466.
24. Poli, P., Sbrana, B., Marcheschi, M., & Masi, G. (2003). *Self-reported depressive symptoms in a school sample of Italian children and adolescents. Child psychiatry and human development, 33*(3), 209-226.
25. Rie, H. E. (1966). *Depression in childhood: A survey of some pertinent contributions. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 5*(4), 653-685.
26. Sabaté, E. (2004). *Depression in young people and the elderly. Priority medicines for Europe and the world “A public health approach to innovation”. WHO, 6.*
27. Samm, A., Värnik, A., Tooding, L. M., Sisask, M., Kolves, K., & Von Knorring, A. L. (2008). *Children’s depression inventory in Estonia. European child & adolescent psychiatry, 17*(3), 162-170.
28. Schmidt, C. W. (2007). *Environmental connections: a deeper look into mental illness.*

29. Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood, II. The psychoanalytic study of the child, 2(1), 313-342.
30. Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
31. Timimi, S. (2004). Rethinking childhood depression. *Bmj*, 329(7479), 1394-1396.
32. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
33. World Health Organization. WHO Mortality Database. 2017. Pieejams: [https://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/](https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/) [4.05.2019.]

## **PIELIKUMI**

## 1. pielikums

## CDI anketa

	Punktu skaits
1. Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es dažreiz esmu bēdīgs (a)	0
Es bieži esmu bēdīgs (a)	1
Es vienmēr esmu bēdīgs (a)	2
2.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man nekad nekas neizdodas labi	2
Neesmu drošs(a), vai man kas izdosies labi	1
Man viss izdosies labi	0
3.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es gandrīz visu daru pareizi	0
Es daudz ko daru nepareizi	1
Es visu daru nepareizi	2
4.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Mani daudz kas iepriecina	0
Šis tas mani iepriecina	1
Mani nekas neiepriecina	2
5.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es vienmēr esmu slikts(a)	2
Es bieži esmu slikts (a)	1
Es dažreiz esmu slikts (a)	0
6.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Reizēm es domāju, ka ar mani var notikt kaut kas slikts	0
Es baidos, ka ar mani varētu notikt kaut kas slikts	1

Esmu pārliccināts (a), ka ar mani notiks kaut kas briesmīgs	2
7.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es ienīstu pats (i) sevi	2
Es pats (i) sev nepatīku	1
Es pats (i) sev patīku	0
8.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Viss sliktais notiek manas vainas dēļ	2
Daudz kas slikts notiek manas vainas dēļ	1
Parasti sliktais notiek manas vainas dēļ	0
9.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nedomāju par pašnāvību	0
Es domāju par pašnāvību, bet es to nedarītu	1
Es gribu izdarīt pašnāvību	2
10.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man gribas raudāt katru dienu	2
Man bieži gribas raudāt	1
Man reti gribas raudāt	0
11.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man vienmēr kaut kas kaitina	2
Bieži vien man kaut kas kaitina	1
Dažreiz kaut kas var mani nokaitināt	0
12.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man patīk atrasties cilvēkos	2
Man ne sevišķi patīk atrasties cilvēkos	1
Man nemaz nepatīk atrasties cilvēkos	0
13.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nevaru izlemt, ko darīt	2
Man ir grūti izlemt, ko darīt	1

Man parasti ir viegli izlemēt, ko darīt	0
14.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es izskatos labi	0
Šis tas manā izskatā mani neapmierina	1
Es izskatos neglīts (a)	2
15.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man vienmēr sevi jāpiespiež izpildīt skolas uzdevumus	2
Man bieži vien sevi jāpiespiež izpildīt skolas uzdevumus	1
Man nav grūti paveikt skolas uzdevumus	0
16.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es katru nakti slikti guļu	2
Es bieži naktī slikti guļu	1
Es parasti guļu ciešā miegā	0
17.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es dažreiz esmu noguris (usi)	0
Es bieži esmu noguris (usi)	1
Es vienmēr esmu noguris (usi)	2
18.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man gandrīz nekad negribas ēst	2
Man bieži negribas ēst	1
Man ir laba ēstgriba	0
19.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es neuztraucos, ja man kas iesāpas	0
Es bieži uztraucos, ja man kas iesāpas	1
Es vienmēr uztraucos, ja man kas iesāpas	2
20.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nejūtos vientuļš (a)	0
Es bieži jūtos vientuļš (a)	1

Es vienmēr jūtos vientuļš (a)	2
21.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Skolā mani nekas neiepriecina	2
Skolā mani dažreiz kaut kas iepriecina	1
Skolā es bieži esmu priecīgs (a)	0
22.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man ir daudz draugu	0
Man ir daži draugi, bet es gribētu, lai to būtu vairāk	1
Man nav neviena drauga	2
23.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man skolā veicas labi	0
Man skolā neveicas tik labi, kā agrāk	1
Man ir grūtības mācību priekšmetos, kuros agrāk grūtību nebija	2
24.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nekad nevarēšu būt tik labs kā citi	2
Ja es gribu, es varu būt tikpat labs kā citi	1
Es esmu tikpat labs kā citi	0
25.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Patiesībā neviens mani nemīl	2
Es neesmu pārlicināts (a), ka kāds mani mīl	1
Es esmu pārlicināts (a), ka kāds mani mīl	0
26.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es parasti izpildu to, ko man liek darīt	0
Es bieži nedaru to, ko man liek darīt	1
Es nedaru neko, ko man liek darīt	2
27.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es labi satieku ar cilvēkiem	0
Es bieži strīdos ar cilvēkiem	1



2. pielikums  
 CDI simptomātikas grupas  
 CDI jautājumi grupā - slikts garastāvoklis

	Punktu skaits
1. Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es dažreiz esmu bēdīgs (a)	0
Es bieži esmu bēdīgs (a)	1
Es vienmēr esmu bēdīgs (a)	2

6.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Reizēm es domāju, ka ar mani var notikt kaut kas slikts	0
Es baidos, ka ar mani varētu notikt kaut kas slikts	1
Esmu pārliecināts (a), ka ar mani notiks kaut kas briesmīgs	2

8.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Viss sliktais notiek manas vainas dēļ	2
Daudz kas slikts notiek manas vainas dēļ	1
Parasti sliktais notiek manas vainas dēļ	0

10.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man gribas raudāt katru dienu	2
Man bieži gribas raudāt	1
Man reti gribas raudāt	0

11.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man vienmēr kaut kas kaitina	2
Bieži vien man kaut kas kaitina	1
Dažreiz kaut kas var mani nokaitināt	0

13.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nevaru izlemēt, ko darīt	2
Man ir grūti izlemēt, ko darīt	1
Man parasti ir viegli izlemēt, ko darīt	0

#### CDI jautājumi grupā - interpersonālas problēmas

5.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es vienmēr esmu slikts(a)	2
Es bieži esmu slikts (a)	1
Es dažreiz esmu slikts (a)	0

12.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man patīk atrasties cilvēkos	2
Man ne sevišķi patīk atrasties cilvēkos	1
Man nemaz nepatīk atrasties cilvēkos	0

26.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es parasti izpildu to, ko man liek darīt	0
Es bieži nedaru to, ko man liek darīt	1
Es nedaru neko, ko man liek darīt	2

27.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es labi satieku ar cilvēkiem	0
Es bieži strīdos ar cilvēkiem	1
Es vienmēr strīdos ar citiem	2

#### CDI jautājumi grupā - neefektīva darbība

3.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
------------------------------	--

Es gandrīz visu daru pareizi	0
Es daudz ko daru nepareizi	1
Es visu daru nepareizi	2

15.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man vienmēr sevi jāpiespiež izpildīt skolas uzdevumus	2
Man bieži vien sevi jāpiespiež izpildīt skolas uzdevumus	1
Man nav grūti paveikt skolas uzdevumus	0

23.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man skolā veicas labi	0
Man skolā neveicas tik labi, kā agrāk	1
Man ir grūtības mācību priekšmetos, kuros agrāk grūtību nebija	2

24.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nekad nevarēšu būt tik labs kā citi	2
Ja es gribu, es varu būt tikpat labs kā citi	1
Es esmu tikpat labs kā citi	0

#### CDI jautājumi grupā - anhedonija

4.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Mani daudz kas iepriecina	0
Šis tas mani iepriecina	1
Mani nekas neiepriecina	2

16.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es katru nakti slikti guļu	2

Es bieži naktī slikti guļu	1
Es parasti guļu ciešā miegā	0

17.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es dažreiz esmu noguris (usi)	0
Es bieži esmu noguris (usi)	1
Es vienmēr esmu noguris (usi)	2
18.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man gandrīz nekad negribas ēst	2
Man bieži negribas ēst	1
Man ir laba ēstgriba	0
19.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es neuztraucos, ja man kas iesāpas	0
Es bieži uztraucos, ja man kas iesāpas	1
Es vienmēr uztraucos, ja man kas iesāpas	2

20.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nejūtos vientuļš (a)	0
Es bieži jūtos vientuļš (a)	1
Es vienmēr jūtos vientuļš (a)	2

21.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Skolā mani nekas neiepriecina	2
Skolā mani dažreiz kaut kas iepriecina	1
Skolā es bieži esmu priecīgs (a)	0
22.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man ir daudz draugu	0
Man ir daži draugi, bet es gribētu, lai to būtu vairāk	1

Man nav neviena drauga	2
------------------------	---

CDI jautājumi grupā - negatīvs pašnovērtējums

2.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Man nekad nekas neizdodas labi	2
Neesmu drošs(a), vai man kas izdosies labi	1
Man viss izdosies labi	0

7.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es ienīstu pats (i) sevi	2
Es pats (i) sev nepatīku	1
Es pats (i) sev patīku	0

9.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es nedomāju par pašnāvību	0
Es domāju par pašnāvību, bet es to nedarītu	1
Es gribu izdarīt pašnāvību	2

14.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Es izskatos labi	0
Šis tas manā izskatā mani neapmierina	1
Es izskatos neglīts (a)	2

25.Pēdējo divu nedēļu laikā..	
Patiesībā neviens mani nemīl	2
Es neesmu pārliecināts (a), ka kāds mani mīl	1
Es esmu pārliecināts (a), ka kāds mani mīl	0

## ZIŅOJUMI

1. The 25th International Student Scientific Conference in Gdansk, Gdańska, Polija 12.-13.04.2019. Oral session.

***“ Frequency of depression symptoms for Latvian high school kids using Children’s Depression Inventory ”***

Publ. Book of abstracts of The 25th International Student Scientific Conference in Gdansk  
Original research paper session: Psychiatry, Health Psychology & Clinical Psychology, page  
7.

## DOKUMENTĀRĀ LAPA

Diplomdarbs „*Depresijas simptomu biežums Latvijas skolu bērniem vidusskolas vecuma grupā*” izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: **Marta Paeglīte** \_\_\_\_\_

(*vārds, uzvārds*)      (*paraksts*)      (*datums*)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: lekt., dr. **Ija Cimdiņa** \_\_\_\_\_

(*amats, vārds, uzvārds, grāds*)      (*paraksts*)      (*datums*)

Recenzents: lekt., dr. **Elmārs Tērauds** \_\_\_\_\_

(*amats, vārds, uzvārds, grāds*)      (*paraksts*)      (*datums*)

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē \_\_\_\_\_

(*datums*)

Vecākā lietvede Juta Bārtule \_\_\_\_\_

(*paraksts*)

Diplomdarbs aizstāvēts II līmeņa profesionālās augstākās izglītības studiju programmas „Ārstniecība” Valsts pārbaudījumu komisijas sēdē \_\_\_\_\_2019., prot. Nr.

\_\_\_\_\_.

Komisijas sekretāre: \_\_\_\_\_.

(*amats, vārds, uzvārds, grāds*)      (*paraksts*)