



NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA
Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

PĒTĪJUMS par PSIHISKO TRAUCĒJUMU un PAŠNĀVNIECISKAS UZVEDĪBAS izplatību Latvijā

PĒTĪJUMA ZIŅOJUMS

Darbs ir pārpublicējams daļēji vai pilnībā, norādot šādu atsauci:

Ķīvīte-Urtāne A., Rancāns E., Vinogradova V. V., Kursīte M., Libora I. (2023).

Pētījums par psihisko traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijā.

Pētījuma ziņojums. Rīga: LR Veselības ministrija

© Anda Ķīvīte-Urtāne, Elmārs Rancāns, Vineta Viktorija Vinogradova, Mirdza Kursīte,
Ingrīda Libora, 2023

© LR Veselības ministrija, 2023

ISBN 978-9934-9180-0-1

Saturs

Kopsavilkums	5
Summary.....	7
Ievads	9
1. Pētījuma materiāli un metodes	15
1.1. Pētījuma instrumentārijs un izmantotās datu ieguves metodes	15
1.2. Izlases metode	19
1.3. Sasniegtā izlase, nerespondence	22
1.4. Datu savākšanas procesa apraksts.....	25
1.5. Datu kvalitātes kontroles nodrošināšanas apraksts	26
1.6. Izmantotās datu analīzes metodes	26
2. Pētījuma rezultāti.....	27
2.1. Pētījuma populācijas sociāli demogrāfiskais raksturojums	27
2.1.1. Dzimums.....	27
2.1.2. Vecums.....	27
2.1.3. Tautība	27
2.1.4. Dzīvesvieta	28
2.1.5. Nodarbinātība	29
2.1.6. Izglītība.....	30
2.1.7. Ģimenes stāvoklis.....	30
2.1.8. Ienākumi	32
2.2. Vispārējais veselības stāvoklis un veselības aprūpe	33
2.2.1. Speciālistu apmeklējumi un medicīniskās palīdzības izmantošana.....	33
2.2.2. Slimības dēļ kavētās darba dienas pēdējā gada laikā.....	35
2.2.3. Veselības stāvokļa pašvērtējums.....	36
2.2.4. Pēdējā gada laikā ārstu diagnosticētās un ārstētās slimības	37
2.2.5. Medikamentu lietošana.....	38
2.3. Alkoholisko lietošanas paradumi un traucējumi.....	39
2.3.1. Lietoto alkoholisko dzērienu veidi un devas	41
2.3.2. Riskanta alkohola lietošana pēdējā gada laikā	47
2.3.3. Alkoholisko lietošanas traucējumi (pēc <i>M.I.N.I.</i> diagnostiskās intervijas)	48
2.4. Smēķēšanas paradumi	50
2.4.1. Dažādu tabaku un nikotīnu saturošo produktu lietošana	51

2.4.2. Ar tabaku un nikotīnu saturošo produktu lietošanu saistītā uzvedība un paradumi....	54
2.5. Apreibinošu vielu lietošanas traucējumi	57
2.6. Depresija	59
2.7. Pašnāvnieciska uzvedība, paškaitējuma nodarīšana un domas par pašnāvību	61
2.8. Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem.....	64
2.9. Mānija un hipomānija	65
2.10. Neirotiski traucējumi	66
2.10.1. Neirotisku traucējumu izplatība (pēc <i>M.I.N.I.</i> diagnostiskās intervijas rezultātiem)	66
2.10.2. Trauksmes simptomu izplatība (pēc pašnovērtējuma skalas “Ģeneralizētas trauksmes izraisīti traucējumi – 7” (<i>GAD-7</i>) rezultātiem)	68
2.11. Ēšanas traucējumi	69
2.12. Asociāla personība	70
2.13. Simptomu smaguma novērtējums un nespēja.....	71
2.13.1. Simptomu smaguma subjektīvais novērtējums	71
2.13.2. Simptomu ietekme uz funkcionēšanu dažādās dzīves jomās (pēc Šīhana nespējas skalas)	77
2.14. Veselības stāvokļa pašvērtējums, riskantas alkohola lietošanas biežums pēdējā gada laikā un nikotīna saturošo produktu lietošana konstatēto diagnožu grupās.....	83
2.14.1. Veselības stāvokļa pašvērtējuma saistība ar pētījuma laikā noteiktajiem psihiskajiem traucējumiem.....	83
2.14.2. Riskantās alkohola lietošanas pēdējā gada laikā saistība ar pētījuma laikā noteiktajiem psihiskiem traucējumiem.....	86
2.14.3. Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošana noteikto psihisko traucējumu grupās	88
Secinājumi	91
Priekšlikumi.....	93
Pielikums.....	94

Kopsavilkums

Psihiskā veselība ir būtiska kopējās sabiedrības veselības komponente. Latvijā līdz šajā ziņojumā aprakstītajam pētījumam bija pieejami atsevišķi datu avoti un pētījumi, kas sniedz informāciju par dažiem psihiskiem traucējumiem. Tomēr šajos pētījumos nebija aptverti visi psihiskie traucējumi, kā arī ne vienmēr izlase ir bijusi reprezentatīva Latvijas kopējai populācijai. Tādējādi laikā no 25.11.2019. līdz 16.03.2020. tika veikts nacionāli reprezentatīvs pētījums **“Pētījums par psihisku traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā”**, kura mērķis bija noskaidrot psihisko traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā. Pētījums, kurā piedalījās 2687 respondenti, tika īstenots Eiropas Sociālā fonda projektā “Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (identifikācijas Nr. 9.2.4.1/16/I/001).

Pētījuma rezultāti rāda, ka alkohola lietošanas izraisītie traucējumi (saskaņā ar psihisko traucējumu diagnostisko instrumentu – starptautisko neiropsihiatrisko interviju *M.I.N.I.* (angl. *Mini-International Neuropsychiatric Interview*)) ir konstatēti 13,1% respondentu, biežāk vīriešiem, gados jaunākām personām, Rīgā dzīvojošajiem, personām ar zemāku izglītības līmeni un cilvēkiem ar augstāku ienākumu līmeni. Apreibinošo vielu (nealkohola) lietošanas izraisīti traucējumi konstatēti 1,7% respondentu.

Pētījuma laikā dziļās depresijas epizode (termins *“dziļā depresijas epizode”* šeit un turpmāk ziņojumā tiek lietots kā sinonīms angļu valodas terminam *“major depressive episode”* saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostiskā instrumenta autortiesību turētāja oficiālo tulkojumu) konstatēta 1,8% respondentu. Dziļās depresijas epizodes mūža prevalence ir 7,1% respondentu, turklāt rādītāji ir augstāki sievietēm, gados vecākiem iedzīvotājiem, Rīgā dzīvojošajiem un personām ar augstāku ienākumu līmeni.

Trauksmes skrīninga aptaujas (*GAD-7*) dati liecina, ka ģeneralizēta trauksme ir 3,9% pētījuma dalībnieku. Ģeneralizētas trauksmes izraisīti traucējumi (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) pēdējos 6 mēnešos pirms intervijas ir konstatēti 0,2% Latvijas iedzīvotāju.

Saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu paniku jeb epizodisku paroksismālu trauksmi pēdējo 12 mēnešu laikā izjutuši 0,1% respondentu. Agorafobijas prevalence ir konstatēta 0,4% respondentu, savukārt sociālo fobiju pēdējā mēneša laikā ir izjutuši 0,2% pētījuma dalībnieku. Obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OKT) pēdējā mēneša laikā pirms intervijas ir konstatēti 0,6%, savukārt posttraumatiskā stresa sindroms – 0,1% respondentu.

Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pēdējā mēneša laikā (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) noteikta 10,6% respondentu,

visbiežāk – personām ar zemāku izglītības līmeni un zemu ienākumu līmeni, kā arī personām, kurām konstatēta riskanta alkohola lietošana. No minētajiem respondentiem 13,0% noteikts smags (jeb augsts) pašnāvības risks. Dzīves laikā pašnāvību ir mēģinājuši veikt 4,0% respondentu. No respondentiem ar pašnāvniecisku uzvedību 16,1% nenoliedza, ka ir iespējams pašnāvības mēģinājums tuvāko trīs mēnešu laikā.

Psihotiski traucējumi (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) intervijas laikā tika atklāti 2,6% respondentu. Psihotisku traucējumu mūža prevalence ir 5,9% respondentu. Pētījumā tika konstatēts, ka rādītāji samazinās, pieaugot vecumam, un Rīgas iedzīvotājiem ir populācijā augstākie rādītāji. Murgu idejas vai halucinācijas (psihotisku simptomātiku) pēdējā mēneša laikā atzīmējuši 1,7% pētījuma dalībnieku.

Patoloģiski pacilāta garastāvokļa stāvokļi – mānijas vai hipomānijas sindroms – pētījuma intervijas laikā netika konstatēti. Atsevišķi hipomānijas simptomi intervijas laikā tika konstatēti 0,7% respondentu. Simptomi galvenokārt tiek novēroti jaunāka vecuma (18–44 g. v.) iedzīvotājiem. Hipomānijas simptomi dzīves laikā noteikti 2,7% pētījuma dalībnieku. Pieaugot vecumam, simptomu prevalence samazinās. Augstāka traucējumu izplatība konstatēta personām ar zemāku izglītības līmeni. Mānijas epizode dzīves laikā noteikta 0,2% respondentu.

Pašreizēji (pēdējos trīs mēnešos) neirotiskās anoreksijas gadījumi pētījuma laikā netika atklāti. Neirotiskā bulīmija pēdējo trīs mēnešu laikā ir konstatēta 0,4% pētāmās populācijas. Kompulsīvās pārēšanās traucējumi atklāti 0,4% populācijas. Augstāka traucējumu izplatība konstatēta personām, kuras dzīvo Rīgā.

Personības traucējums – asociāla personība – noteikts 2,3% pētījuma populācijas, galvenokārt vīriešiem, gados jaunākiem cilvēkiem un personām ar zemāku izglītības līmeni.

Nozīmīgi lielāks to personu īpatsvars, kas savu veselību novērtē kā diezgan sliktu un sliktu, ir respondentu grupā ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (39,5%), ar ģeneralizētu trauksmi saistītiem noteiktiem traucējumiem (33,3%), kā arī ar pašnāvniecisku uzvedību (23,5%) vai dziļās depresijas epizodi intervijas vai dzīves laikā (23,9%) (salīdzinājumā ar personām, kurām minēto traucējumu nav).

Summary

Mental health is an essential component of overall public health. In Latvia, until the study described in this report, several data sources and studies providing information on some mental disorders were available. However, they did not cover all mental disorders, and the sample was not always representative to the general population of Latvia. Thus, between 25.11.2019 and 16.03.2020 a nationally representative “Research on the prevalence of mental disorders and suicidal behavior in the adult population of Latvia” was conducted, the purpose of which was to find out the prevalence of mental disorders and suicidal behavior in the adult population of Latvia. 2687 respondents participated in the study. The research was implemented in frame of the European Social Fund project “Complex health promotion and disease prevention measures” (identification No. 9.2.4.1/16/I/001).

The results of the study show that alcohol disorders (according to the Mini-International Neuropsychiatric Interview (hereinafter M.I.N.I.) diagnostic tool) have been found in 13.1% of respondents. Disorders are more often found in men, younger people, people living in Riga, people with a lower level of education and people with a higher income level. Drug use disorders were found in 1.7% of respondents.

At the time of the study, a major depressive episode was found in 1.8% of respondents. The lifetime prevalence of a major depressive episode is 7.1%. The indicators are higher among women, among the elderly population, among people living in Riga and among persons with a higher income level.

The Anxiety Screening (GAD-7) survey shows that generalized anxiety disorder is present in 3.9% of the study participants. Generalized anxiety disorders (according to the M.I.N.I. diagnostic tool) have been found in 0.2% of the population in the last 6 months before the interview.

According to M.I.N.I. diagnostic tool panic disorder or episodic paroxysmal anxiety was found in 0.1% of respondents during the last 12 months. The point prevalence of agoraphobia in the study population is 0.4%. Last month prevalence of social phobia is 0.2%. Obsessive-compulsive disorder (OCD) was diagnosed in 0.6% of the study population during the last month before the interview. Post-traumatic stress syndrome was found in 0.1% of respondents.

Suicidal thoughts, self-harm and suicidal behavior during the last month (according to the M.I.N.I. diagnostic tool) were identified in 10.6% of respondents. Higher prevalence was found in persons with a lower level of education and low income level, as well as persons who were found to have risky alcohol consumption. Of the mentioned respondents, 13.0% were determined to have a severe risk of suicide. 4.0% of respondents admitted to attempting suicide during their lifetime. Among respondents with suicidal behavior, 16.1% of respondents did not rule out a possible suicide attempt in the next 3 months.

Psychotic disorders (according to the M.I.N.I. diagnostic tool) were detected in 2.6% of respondents during the interview. The lifetime prevalence of psychotic disorders is 5.9%. Indicators decrease with increasing age. The indicators are higher in the population of Riga residents. Delusional ideas or hallucinations (psychotic symptoms) were noted by 1.7% of the study participants during the last month.

Pathological mood elevation in the form of mania or hypomania syndromes were not detected at the time point of the research. Individual symptoms of hypomania during the interview were found in 0.7% of respondents. The point prevalence of the symptoms is highest among the younger population (18–44 years). 2.7% of individuals have hypomanic symptoms during their lifetime. The prevalence of symptoms decreases with increasing age. A higher prevalence of disorders was found in persons with a lower level of education. A manic episode during their lifetime was determined in 0.2% of respondents.

No current (within past 3 months) cases of anorexia nervosa were detected during the study. Bulimia nervosa was found in 0.4% of the study population during the last 3 months. Compulsive overeating disorder was detected in 0.4% of the population. A higher prevalence of disorders was found in persons living in Riga.

Antisocial personality disorder was identified in 2.3% of the study population. Prevalence is higher among men, younger people, and people with lower levels of education.

A significantly higher proportion of respondents with a rather poor and poor self-rated health is in the group of respondents with clinically significant depressive symptoms (39.5%), with certain generalized anxiety disorders (33.3%), as well as among respondents with suicidal behavior (23.5%) or episodes of major depression at the time of the interview or within lifetime (23.9%) (compared to persons without the mentioned disorders).

Ievads

Psihiskā veselība ir būtiska kopējās sabiedrības veselības komponente. Mūsdienu sabiedrības veselības politikā kā viena no prioritātēm ir izvirzīta tieši iedzīvotāju psihiskās veselības aizsardzība un veicināšana. Šajā ziņojumā aplūkotā pētījuma tapšanas brīdī bija aktuāls Pasaules Veselības organizācijas (PVO) izstrādātais Psihiskās veselības rīcības plāns 2013.–2020. gadam, kurā kā viens no iedzīvotāju psihiskās veselības nodrošināšanas pamatprincipiem bija norādīta uz pierādījumiem balstīta prakses īstenošana. Tas nozīmē, ka psihisko traucējumu ārstēšanas, profilakses un psihiskās veselības veicināšanas stratēģijām un to īstenošanas pasākumiem ir jābūt balstītiem uz zinātniskiem pierādījumiem, kā arī ir jāņem vērā vietējās sabiedrības kultūras konteksts¹. Savukārt Eiropas Psihiskās veselības rīcības plānā 2013.–2020. gadam tika noteikti trīs virsmērķi²:

- 1) uzlabot populācijas psihisko labklājību un mazināt psihisko traucējumu izraisīto slogu, īpašu uzmanību pievēršot sabiedrības neaizsargātajām grupām, psihisko slimību riska faktoriem un riska uzvedībai;
- 2) cienīt cilvēku ar psihiskiem traucējumiem tiesības un piedāvāt vienlīdzīgas iespējas augstākā dzīves kvalitātes potenciāla sasniegšanai, mazinot šo personu stigmatizēšanu un diskrimināciju;
- 3) ieviest pieejamus, drošus un efektīvus pakalpojumus cilvēkiem ar psihiskās veselības traucējumiem un viņu ģimenēm, kas atbilst viņu psihiskām, fiziskām un sociālām vajadzībām un gaidām^{2,3}.

Laikā, kad norisinājās šajā ziņojumā aplūkotā pētījuma lauka darbs, aktuālajā Latvijas Nacionālajā attīstības plānā 2014.–2020. gadam bija norādīts, ka “vesels un darbaspējīgs cilvēks ir ilgtspējīgas Latvijas attīstības pamatā”⁴, savukārt Latvijas sabiedrības veselības plānošanas dokumentā “Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam” tika iekļauts virsmērķis – “palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību”. Pētījumu veikšana par neinfekciju, tai skaitā psihiskajām,

¹ World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.

² LR Veselības ministrija. (2019). *ATKLĀTĀ KONKURSA “Pētījums par psihisku traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā” ESF projekta “Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (identifikācijas Nr. 9.2.4.1/16/1/001) ietvaros” nolikuma (id. Nr. VM 2018/32/ESF) 2. pielikums – Tehniskā specifikācija*.

³ World Health Organization. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. Copenhagen: World Health Organization.

⁴ LR Saeima. (20.12.2012.). Par Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.–2020. gadam. *Latvijas Vēstnesis*, 6, 09.01.2013.

slimībām bija noteikts kā viens no pamatnostādņu uzdevumiem neinfekciju slimību jomā⁵.

Tāpat starptautiska un nacionāla līmeņa politiskie dokumenti pamatoja nepieciešamību pēc psihiskās veselības problēmu izpēti Latvijas sabiedrībā. Lai gan līdz šī pētījuma un ziņojuma tapšanai bija pieejami atsevišķi pētījumi un datu avoti, kuros ir ietverti jautājumi arī par iedzīvotāju psihisko veselību raksturojošiem lielumiem, tomēr šo pētījumu mērķa grupas aptvere un anketās izmantotie instrumenti dažkārt bijuši vispārīgi, nav ietvēruši starptautiski atzītus un validētus instrumentus, kas neļauj padziļināti pētīt psihiskās veselības problēmas un to ietekmējošos faktoros².

Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem (turpmāk – Reģistrs) ir iekļauti dati par pacientiem, kuriem diagnosticētu psihisko un uzvedības traucējumu dēļ vismaz tuvāko trīs mēnešu laikā būs nepieciešams regulāri apmeklēt ārstu un saņemt ārstēšanu. 2016. gadā Reģistra uzskaitē uzņemti 5810 pacienti, un šajā gadā kopējais Reģistrā iekļauto personu skaits ir 88 139, kas ir 4,5% no kopējās Latvijas iedzīvotāju populācijas. 2021. gadā Reģistra uzskaitē uzņemti 4794 pacienti, savukārt kopējais šajā gadā Reģistrā iekļauto personu skaits ir 149 677. Lielākā daļa Reģistra uzskaitē uzņemto pacientu ir ar organiskiem psihiskiem traucējumiem, ieskaitot simptomātiskos traucējumus (25,4%), šizofrēniju, kā arī pacienti ar šizotipiskiem traucējumiem un murgiem (22,1%) un garīgu atpalcību (17,4%)⁶. Lai gan Reģistra informācijai ir būtiska nozīme, lai gūtu informāciju par Latvijas iedzīvotāju psihiskiem traucējumiem, tomēr jāņem vērā, ka pēc Reģistra datiem nevar iegūt informāciju par psihisko traucējumu izplatību vispārējā populācijā, jo Reģistrs iekļauj tikai pacientus, turklāt tikai tos, kuriem traucējumus diagnosticēja un ārstēja pie psihiatra, bet ne pie citiem speciālistiem. Tāpat jāņem vērā fakts, ka ne visi cilvēki ar psihiskiem traucējumiem nonāk veselības aprūpes redzeslokā².

Lai izpētītu Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošos paradumus, katru otro gadu Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma laikā tiek veikta aptauja. 2010. gada aptaujā tika iekļauti arī jautājumi par pašnāvniecisku uzvedību. Pēc respondentu atbildēm varēja iegūt informāciju par pašnāvnieciskas uzvedības izplatību – atbildes liecināja, ka 18,5% iedzīvotāju pēdējā gadā ir pieredzējuši kādu no pašnāvnieciskas uzvedības izpausmēm. No visiem respondentiem 0,3% ziņoja par pašnāvības mēģinājumu, 2,8% – par pašnāvības plāniem. Pētījumā noskaidrots arī, ka pašnāvnieciskas uzvedības izplatības rādītāji ir atšķirīgi dzimuma un vecuma grupās⁷. Latvijas

⁵ Ministru kabinets. (14.10.2014.). Ministru kabineta rīkojums Nr. 589 “Par Sabiedrības veselības pamatnostādņēm 2014.–2020. gadam”. *Latvijas Vēstnesis*, 206, 17.10.2014.

⁶ Šica, K., Pulmanis, T., Taube, M. (2017). *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā. Tematiskais ziņojums*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.

⁷ Rancāns, E., Pulmanis, T., Sprīņģe, L., Velika, B., Pudule, I., & Grīnberga, D. (2015). Prevalence and sociodemographic characteristics of self-reported suicidal behaviours in Latvia in 2010: A population-based study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(3), 195–201.

iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2012. gada aptaujas anketā, izmantojot Starptautiskās neiropsihiatriskās intervijas (angl. *The Mini International Neuropsychiatric Interview – M.I.N.I.*) depresijas moduli, tika novērtēta depresijas izplatība vispārējā populācijā pēdējo 12 mēnešu laikā. Publicētie rezultāti liecina, ka pēdējā gada prevalences rādītāji Latvijas iedzīvotājiem ir 7,9% (depresija) un 7,7% (“mazā depresija”, angl. “*minor depression*”). Ir novērojamas, ka arī depresijas izplatības rādītāji ir atšķirīgi dzimumu un vecuma grupās. Proti, sievietēm salīdzinājumā ar vīriešiem depresijas rādītāji ir augstāki, un depresijas prevalence vērojama iedzīvotājiem 45–54 gadu vecumā (11,4%), bet “mazās depresijas” izplatības rādītāji visaugstākie ir iedzīvotājiem 35–44 gadu vecumā (11,4%)⁸.

Pētījumā par atkarību izraisošo vielu lietošanu iedzīvotāju vidū 2011. gadā⁹ iekļāva jautājumus arī par depresiju. Kā depresijas mērinstruments tika izmantota depresijas skrīninga pašnovērtējuma skala: “Pacientu veselības aptauja – 9” (angl. *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*). Pēc šajā pētījumā iegūtajiem datiem tika aprēķināts, ka depresijas simptomu punkta prevalence 15 līdz 64 gadus veciem Latvijas iedzīvotājiem ir 6,7%. Pētījumā tika novērots, ka arī depresijas izplatība atšķiras respondentiem pēc viņu dzīvesvietas, etniskās piederības, ģimenes stāvokļa un izglītības līmeņa¹⁰. 2015. gadā Latvijā Valsts pētījumu programmas BIOMEDICINE 2014–2017 ietvaros tika veikts šķērsriezuma pētījums ar mērķi novērtēt depresijas un trauksmes prevalences rādītājus primārās veselības aprūpes pacientu populācijā. Kā psihisko traucējumu mērinstrumenti pētījumā tika izmantotas skrīninga pašnovērtējuma skalas – jau iepriekš pieminētā *PHQ-9* skala un skala “Ģeneralizētas trauksmes izraisīti traucējumi – 7” (angl. *General anxiety disorder-7 (GAD-7)*), kā arī visi *M.I.N.I.* intervijas moduļi. Primārās veselības aprūpes pacientu populācijā depresijas prevalences rādītāji bija 14,7% (pēc *PHQ-9*) un 10,3% (pēc *M.I.N.I.*), savukārt trauksmes prevalence – 10,1% (pēc *GAD-7*) un 16,1% (pēc *M.I.N.I.*)¹¹.

Saskaņā ar starptautisko pētījumu datiem katru gadu 38,2% Eiropas Savienības iedzīvotāju cieš no vismaz viena psihiskā traucējuma¹². Visizplatītākā psihisko traucējumu grupa visā pasaulē ir

⁸ Vrublevska, J., Trapencieris, M., Snikere, S., Grinberga, D., Velika, B., Pudule, I., & Rancans, E. (2017). The 12-month prevalence of depression and health care utilization in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*, 210, 204–210.

⁹ Sniķere, S., Trapencieris, M., Koroleva, I., Mieriņa, I., Priekule, S., Aleksandrovs, A., Jankovskis, M. (2012). *Atkarību izraisošo vielu lietošana iedzīvotāju vidū*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.

¹⁰ Rancans, E., Vrublevska, J., Snikere, S., Koroleva, I., & Trapencieris, M. (2014). The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *Journal of Affective Disorders*, 156, 102–110.

¹¹ Ivanovs, R., Kivite, A., Ziedonis, D., Mintale, I., Vrublevska, J., & Rancans, E. (2018). Association of depression and anxiety with cardiovascular co-morbidity in a primary care population in Latvia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18, 328.

¹² Wittchen, H. U. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol*, 21(9), 655–679.

neirotikie traucējumi jeb trauksme – 301 miljons konstatēto gadījumu 2019. gadā¹³, un saskaņā ar Eiropas pētījumu datiem šie traucējumi veido 14% no visiem diagnosticētajiem psihiskiem traucējumiem Eiropā gada laikā¹². Garastāvokļa traucējumi ir otrā visizplatītākā psihisko traucējumu grupa, un tieši lielās depresijas traucējumi (angl. *major depressive disorder*) ir visizplatītākie garastāvokļa traucējumi¹⁴. Tiek lēsts, ka pasaules iedzīvotāju, kas sirgs ar depresiju, īpatsvars ir 3,8%¹⁵. Citi pēc izplatības biežākie psihiskie traucējumi: intelektuālās attīstības traucējumi (1,5% prevalence globāli), uzmanības deficīta un hiperaktivitātes sindroms (1,1%), uzvedības traucējumi (0,5%), bipolāri traucējumi (0,5%), autismas spektra traucējumi (0,4%), šizofrēnijas spektra traucējumi (0,3%) un ēšanas traucējumi (0,2%, t. sk. *bulimia nervosa* 0,13% un *anorexia nervosa* 0,05%). Psihoaktīvo vielu lietošanas izraisīti traucējumi pasaulē ir 2,2% iedzīvotāju: biežāk alkohola lietošanas traucējumi (1,5%) nekā narkotiku lietošanas traucējumi (0,8%)¹⁶.

Pieejamie dati liecina: kaut gan psihiski traucējumi pasaules iedzīvotājiem ir bieži sastopami un ir pieejama efektīva terapija¹⁷, tikai neliela daļa pacientu ar psihiskiem traucējumiem saņem atbilstošu medicīnisko palīdzību: piemēram, 27,6% cilvēku ar diagnosticētu trauksmi saņem kaut kādu ārstēšanu, un tikai 9,8% saņem adekvātu, vadlīnijām atbilstošu psihiskās veselības aprūpi¹⁸. Depresija bieži vien netiek diagnosticēta un pietiekami ārstēta^{19, 20}. Pētījumu dati liecina, ka neārstēta trauksme var būtiski ietekmēt cilvēka dzīves kvalitāti, īpaši sociālo funkcionēšanu, profesionālo un fizisko jomu^{21, 22}. Ar garīgās dzīves kvalitātes pazemināšanos saistītais pacientu nespējas līmenis ir

¹³ Yang, X. et al. (2021). Global, regional and national burden of anxiety disorders from 1990 to 2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 30, e36.

¹⁴ Steel, Z. et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493.

¹⁵ University of Washington. Institute of Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>

¹⁶ Castaldelli-Maia, J. M., & Bhugra, D. (2022). Analysis of global prevalence of mental and substance use disorders within countries: focus on sociodemographic characteristics and income levels. *International Review of Psychiatry*, 34(1), 6–15. doi:10.1080/09540261.2022.2040450

¹⁷ Katzman, M. A. et al. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14, Suppl 1, S1.

¹⁸ Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S. et al. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*, 35(3), 195–208.

¹⁹ Pálinkás, A. et al. (2019). Associations between untreated depression and secondary health care utilization in patients with hypertension and/or diabetes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(2), 255–276.

²⁰ Argyropoulos, K., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2012). Depression in older people: prevalence and underdiagnosis in members of day care centers in patras. *European Psychiatry*, 27, 1.

²¹ Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 27(5), 572–581. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.015.

²² McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clin Psychol Rev*, 45, 115–130.

augstāks nekā pacientiem ar hroniskām fiziskām slimībām, piemēram, sirds slimībām vai diabētu²³. Ja pacientam trauksme un depresija netiek savlaicīgi ārstēta, vēlāk tiek izmantoti lielāki veselības aprūpes resursi^{19, 24}. Turklāt, ja netiek ārstēta depresija, valstij rodas ekonomiskais slogs, ko veido tiešas medicīniskās, netiešās darbavietas un ar pašnāvību saistītās izmaksas²⁵. Savlaicīga psihisko traucējumu atklāšana un ārstēšana ir svarīga, lai paaugstinātu iedzīvotāju dzīves kvalitāti, mazinātu viņu sociālo disfunkciju un profesionālo nespēju, kā arī samazinātu ar šo nespēju saistītās tiešās un netiešās izmaksas. Šī mērķa īstenošanā var noderēt skrīninga programmas, taču, lai efektīvi izmantotu resursus, ir precīzi jānosaka iedzīvotāju riska grupas, lai skrīninga algoritms būtu konkrēts un mērķtiecīgs.

Latvijā ir pieejami atsevišķi datu avoti un pētījumi, kas sniedz informāciju par dažiem psihiskajiem traucējumiem. Tomēr tajos nav aptverti visi psihiskie traucējumi, kā arī ne vienmēr izlase ir reprezentatīva Latvijas kopējai populācijai (piemēram, gadījumos, kad informācija ir iegūta tikai par pacientiem). Līdz ar to bija aktuāli veikt reprezentatīvu Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijas pētījumu, kurā būtu pieejama niansēta un izsmeljoša informācija par psihiskajiem traucējumiem, kā arī pētījumā iegūtā informācija būtu salīdzināma ar iepriekš iegūto informāciju, kas varētu palīdzēt apzināt psihiskās veselības situāciju un izvērtēt psihiskās veselības rīcībpolitikas aktivitātes².

Tādējādi laikā no 25.11.2019. līdz 16.03.2020. ESF projekta “Kompleksi veselības veicināšanas un slimību profilakses pasākumi” (identifikācijas Nr. 9.2.4.1/16/I/001) ietvaros tika veikts nacionāli reprezentatīvs pētījums “Pētījums par psihisku traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā”, kura **mērķis** bija noskaidrot psihisko traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā. Mērķa sasniegšanai tika izvirzīti šādi uzdevumi:

- 1) noskaidrot Latvijas pieaugušo iedzīvotāju psihisko traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatību kopumā un sociāli demogrāfisko raksturlielumu pēc noteiktām pazīmēm specifiskās, iekšēji viendabīgās mērķpopulācijas grupās – stratās (pēc dzimuma, vecuma);
- 2) noskaidrot Latvijas pieaugušo iedzīvotāju psihisko traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības saistību ar viņu veselību, veselības aprūpes izmantošanas un veselības paradumu raksturojošiem parametriem;

²³ Alonso, J., & Lépine, J. P. (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*, 68(2), 3–9.

²⁴ Kujanpää, T., Jokelainen, J., Auvinen, J., & Timonen, M. (2016). Generalised anxiety disorder symptoms and utilisation of health care services. A cross-sectional study from the “Northern Finland 1966 Birth Cohort”. *Scand J Prim Health Care*, 34(2), 151–158.

²⁵ Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T., & Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(2), 155–162.

3) izvērtēt psihisko traucējumu un pašnāvnieciskās uzvedības izraisītās neveselības un nespējas slogu Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijā, izmantojot Šīhana nespējas skalu (angl. *Sheehan Disability scale*).

Pētījuma rezultāti atspoguļoti šajā ziņojumā.

1. Pētījuma materiāli un metodes

1.1. Pētījuma instrumentārijs un izmantotās datu ieguves metodes

Šajā ziņojumā aprakstītā pētījuma dizains ir kvantitatīvs šķērsgriezuma Latvijas pieaugušo iedzīvotāju populācijas pētījums.

Pētījuma instruments bija aptaujas anketa, kura tika aizpildīta tiešās intervijas veidā (precīzāk, ar tiešo datorizēto interviju (angl. *Computer Assisted Personal Interviews – CAPI*) metodi) latviešu vai krievu valodā. Anketā tika iekļautas šādas **piecas sadaļas**:

- 1) vispārīgā informācija par respondentu, viņa veselību un veselības aprūpi, alkohola lietošanas un smēķēšanas paradumiem (29 slēgtie jautājumi);
- 2) “Pacientu veselības aptauja – 9” (*PHQ-9*) (10 slēgtie jautājumi);

Šī aptauja ir depresijas pašnovērtējuma instruments, kas sastāv no deviņiem apgalvojumiem, kas veidoti saskaņā ar Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) 5. redakciju (*DSM-5*) depresijas diagnostisko kritēriju klasifikāciju. Respondentiem ir jāveic savas pašsajūtas novērtējums pēdējo divu nedēļu laikā un jāatzīmē “0”, ja pēdējo 2 nedēļu laikā ar problēmu nav saskāries nemaz, “1”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi dažas dienas, “2”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi kopumā vairāk par nedēļu, un “3”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi gandrīz katru dienu. Depresija tiek noteikta, ja *PHQ-9* kopējā punktu summa ≥ 10 . *PHQ-9* skala ļauj izmērīt arī depresijas smagumu²⁶.

- 3) “Ģeneralizētas trauksmes izraisīti traucējumi – 7” (*GAD-7*) (7 slēgtie jautājumi);

Šī anketas daļa ir skrīninga instruments *GAD-7*, kurā respondents veic pašnovērtējumu par pēdējām divām nedēļām, atbildot uz septiņiem apgalvojumiem, kas veidoti saskaņā ar *DSM-5* trauksmes diagnostisko kritēriju klasifikāciju. Respondents atzīmē “0”, ja pēdējo 2 nedēļu laikā ar problēmu nav saskāries nemaz, “1”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi dažas dienas, “2”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi kopumā vairāk nekā vienu nedēļu, un “3”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi gandrīz katru dienu²⁷. Zinātniskie pētījumi liecina, ka *GAD-7* instruments var tikt izmantots trauksmes izraisītu traucējumu diagnostikai. Trauksme tiek konstatēta, ja iegūto punktu skaits sasniedz vismaz 10²⁸.

²⁶ Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 32(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>

²⁷ Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: the *GAD-7*. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092–1097.

²⁸ Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2015). Screening for anxiety disorders with the *GAD-7* and *GAD-2* : a systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005>

4) Šīhana nespējas skala (3 slēgtie jautājumi);

Šī skala ir skrīninga instruments, kurā respondentam jāveic pašnovērtējums par slimības izraisītās neveselības un nespējas ietekmi uz ikdienas funkcionēšanu trīs savstarpēji saistītās dzīves jomās: darbā (vai skolā), brīvajā laikā/sociālās aktivitātēs un mājās/ģimenes ikdienas pienākumos. Šajā instrumentā respondentam slimības simptomu atstātās nelabvēlīgās sekas katrā no dzīves jomām ir jāizvērtē, Likerta skalā atzīmējot vērtējumu no 0 līdz 10, kur "0" nozīmē, ka slimība ikdienas funkcionēšanu noteiktajā dzīves jomā neietekmē nemaz, "1–3" – ietekmē viegli, "4–6" – ietekmē vidēji, "7–9" – izteikti ietekmē, bet "10" – slimība ārkārtīgi ietekmē ikdienas funkcionēšanu. Gadījumi, kad atbilžu vērtība pārsniedz 5, tiek saistīti ar paaugstinātu psihiskās neveselības risku²⁹. Šīhana nespējas skala ir bieži izmantots instruments pētījumos, kuros analizēti respondenti ar dažādiem psihiskiem traucējumiem, un tā uzrāda intervējamā nespēju psihisko traucējumu dēļ.

5) Starptautiska neiropsihiatriska intervija (*M.I.N.I.*, 7.0.2 versija) (230 slēgtie jautājumi).

Minētais instruments ir diagnostiska intervija, kura ir izmantojama psihisko traucējumu diagnostikai. Psihiskie traucējumi ir definēti atbilstoši Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10. redakcijai (SSK-10) un *DSM-5* psihisko slimību klasifikācijas diagnostiskajiem kritērijiem. *M.I.N.I.* intervijā ir iekļauti 17 diagnostiskie moduļi:

- A. Depresijas epizode ar vai bez psihotiskiem simptomiem (šobrīd, pagātnē), atkārtota (rekurenta) depresija
- B. Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība
- C. Mānijas un hipomānijas epizodes
- D. Panika
- E. Agorafobija
- F. Sociālā fobija
- G. Obsesīvi kompulsīvi traucējumi
- H. Posttraumatiskā stresa sindroms
- I. Alkohola atkarība/pārmērīga, kaitējoša alkohola lietošana
- J. Atkarība no psihoaktīvām vielām/launprātīga psihoaktīvu vielu lietošana
- K. Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem
- L. Neirotiskā anoreksija
- M. Neirotiskā bulīmija
- MB. Epizodiska impulsīva pārēšanās

²⁹ Leon, A. C., & Olfson, M., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan disability scale. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(2), 93–105. <https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD>

N. Ģeneralizēta trauksme

O. Traucējumu cēlonis ir/nav medikamenti, psihoaktīvas vielas vai organisks centrālās nervu sistēmas bojājums

P. Asociāla personība

Ir zinātniski pierādīts, ka *M.I.N.I.* interviju var veikt speciāli apmācīti intervētāji, un tiem nav jābūt psihiatrijas jomas profesionāļiem³⁰.

Pirms lauka darba uzsākšanas tika veikta **anketu un atlas procedūras pilotēšana**, aptaujājot 31 mērķgrupas dalībnieku, iekļaujot respondentus no dažādām stratām. Pilotpētījuma ietvaros tika aptaujāti 12 vīrieši un 19 sievietes. Vecuma grupā 18–44 gadi tika aptaujāti 12 respondenti, 45–64 gadi – 9, savukārt vecuma grupā 65 un vairāk gadi – 8 respondenti. Respondentu vidū 16 bija augstākā izglītība, 6 – vidējā vispārējā, 9 – arodizglītība vai profesionālā vidējā izglītība. Rīgā tika aptaujāti 6 iedzīvotāji, 9 – citā lielā pilsētā (Daugavpilī, Liepājā, Jelgavā, Ventspilī, Jūrmalā, Rēzeknē, Jēkabpilī, Valmierā), 9 – citā pilsētā, 7 – lauku teritorijā (norādīts pagasts, ciems, viensēta).

Intervijas veica 27 SIA “TNS Latvia” intervētāji. Vidējais intervijas garums – 37,2 minūtes.

Tika izmantotas 226 adreses. No tām 31 adresē intervija tika pabeigta, 9 tika saņemts respondenta atteikums, 32 adresēs tika reģistrēts ģimenes vai intervētāja atteikums, 3 gadījumos mērķa respondents nebija sasniedzams, 141 gadījumā nebija kontakta (t. i., adrese nebija derīga/durvīm bija kods/neviens nebija mājās).

Interviju rezultātā tika papildināta intervētāju apmācība, piemēram, lai intervētāji varētu izskaidrot jēdzienu “fiziski (somatiski) simptomi”, intervijā uzsverot, ka dažādi jautājumi tiek uzdoti par atšķirīgiem laika periodiem.

Papildus intervijām aptaujas anketa tika aprobēta divās **fokusgrupās** (latviešu un krievu valodā). Anketas latviešu valodā satura pilotēšana tika īstenota fokusgrupā ar pētījuma mērķgrupai atbilstošiem respondentiem, kuru sarunvaloda ģimenē ir latviešu valoda. Anketa krievu valodā tika pilotēta fokusgrupā, kurā tika iekļauti tie mērķgrupai atbilstošie respondenti, kuru sarunvaloda ģimenē ir krievu valoda. Anketas pilotēšanas fokusgrupās mērķis bija anketas uztveres, saprotamības mērīšana, lai nepieciešamības gadījumā veiktu anketas jautājumu vai uzbūves korekcijas.

Fokusgrupas norisinājās *Kantar Latvija* birojā, Kronvalda bulvārī 3/2, Rīgā 2019. gada 16. un 17. jūlijā.

Fokusgrupā latviešu valodā piedalījās 10 respondenti, savukārt fokusgrupā krievu valodā – 8 respondenti. Fokusgrupās tika iekļauti abu dzimumu, dažādu vecumu, izglītības

³⁰ Harm Research Institute. *MINI*. <http://harmresearch.org/index.php/mini-international-neuropsychiatric-interview-mini/>

līmeņu respondenti no visas Latvijas. Fokusgrupā latviešu valodā piedalījās 6 personas ar augstāko izglītību, 2 – ar vispārējo vidējo izglītību un 2 – ar arodizglītību vai profesionālo vidējo izglītību. Fokusgrupā krievu valodā piedalījās 2 personas ar augstāko izglītību, 3 – ar vispārējo vidējo izglītību, 2 – ar arodizglītību vai profesionālo vidējo izglītību un viena – ar pamatzglītību. Fokusgrupu dalībnieku sadalījums vecuma un dzimuma grupās atspoguļots 1.1.1. un 1.1.2. tabulā.

1.1.1. tabula. Fokusgrupas latviešu valodā dalībnieku sadalījums vecuma un dzimuma grupās

Vecums	Vīrietis	Sieviete
18–29	1	1
30–44	2	1
45–54	1	0
55–64	2	1
65+	0	1

1.1.2. tabula. Fokusgrupas krievu valodā dalībnieku sadalījums vecuma un dzimuma grupās

Vecums	Vīrietis	Sieviete
18–29	1	1
30–44	0	0
45–54	2	2
55–64	2	0
65+	0	0

Dalībnieku vidū pētījums kopumā tiek vērtēts kā nozīmīgs un nepieciešams. Iedzīvotāji vēlētos saņemt plašāku informāciju par to, kur būs iespējams iepazīties ar pētījuma rezultātiem. Vienlaikus, plašāk atklājoties pētījuma tematikai un saturam – psihisku traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības izplatība Latvijas pieaugušo iedzīvotāju vidū –, tas tiek uztverts un vērtēts kā ļoti smags.

Anketas ievads fokusgrupu dalībniekiem šķita loģisks un saprotams, tika uzsvērts, ka intervētājiem nepieciešams pieminēt, ka trešajām pusēm respondentu personu dati nebūs pieejami – tas aptaujājamajiem radītu papildu drošības sajūtu. Ne visiem bija skaidrs, ko nozīmē jēdziens “sensitīvie dati”, intervētājiem bija nepieciešams šo terminu skaidrot.

M.I.N.I. aptaujas bloks vairāku grupu dalībniekiem izraisīja emocionālu reakciju, tādēļ, lai panāktu lielāku iedzīvotāju atsaucību dalībai pētījumā, tika rekomendēts pirms intervijas uzsākšanas ievadā sacīt: “Šobrīd mēs veicam pētījumu par Latvijas iedzīvotāju veselību, tai skaitā psihisko veselību”, neakcentējot psihisku traucējumu un pašnāvnieciskas uzvedības tematu.

M.I.N.I. B sadaļas “Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska

uzvedība” pilotēšanas gaitā grupu dalībnieki izturējās nopietni, ar pietāti norādot, ka šis ir emocionāli ļoti smags temats, kā arī diemžēl varētu būt Latvijas sabiedrībai aktuāls temats.

Diskusiju beigās grupu dalībnieki atzinīgi vērtēja tematu un jautājumus, taču izteica bažas par aptaujas garumu (ilgst aptuveni vienu stundu).

Lai visiem mērķgrupas respondentiem būtu skaidri un nepārprotami saprotami anketā iekļautie medicīnas termini un jēdzieni, katram no tiem ir nepieciešama definīcija, ko intervētājs nolasītu respondentiem priekšā.

1.2. Izlases metode

Pētījuma mērķgrupa bija pilngadību sasniegušie iedzīvotāji (t. i., vecumā virs 18 gadiem (ieskaitot)) Latvijā (t. sk. teritoriāli atstumtie, trūcīgie iedzīvotāji, bezdarbnieki, personas ar invaliditāti (atsevišķa uzskaitē un datu analīzē par šīm personām nav veikta, taču pētījuma metodoloģija veidota tā, lai šīs personas varētu tikt iekļautas un pārstāvētas pētījuma atlasē)). Līdz ar to mērķgrupas apjomu saskaņā ar LR Centrālās statistikas pārvaldes datiem par 2018. gada sākumu veido 1 575 617 iedzīvotāji, kas ir vecāki par 18 gadiem (ieskaitot) (sk. 1.2.1. tabulu).

1.2.1. tabula. Pastāvīgo iedzīvotāju skaits 2018. gada sākumā Latvijā (datu avots: Centrālā statistikas pārvalde)

Vecuma grupa (gadi)	Sieviešu skaits (n)	Vīriešu skaits (n)	Iedzīvotāju skaits kopā (N)
18–44	320 845	330 980	651 825
45–64	288 733	246 203	534 936
65+	260 988	127 868	388 856
Kopā:	870 566	705 051	1 575 617

Saistībā ar to, ka ir pierādīts – psihisko traucējumu izplatība nozīmīgi atšķiras dzimuma³¹ un vecuma^{8,32} grupās, pētījuma mērķa populācijas izlase tika veidota **vecuma un dzimuma stratās**. Izvēloties tradicionālu (95%) ticamības līmeni un kļūdas robežu (4–5%), kā arī pieņemot, ka pētāmās pazīmes sagaidāmā izplatība populācijā ir 50% (tā kā tiek pētīta nevis vienas konkrētas, bet daudzu un dažādu pazīmju izplatība, turklāt šāda tipa pētījums valstī tiek veikts pirmo reizi un provizorisks psihiskās veselības rādītāju prevalences šādā mērķgrupā nav zināma, sagaidāmā izplatība tiek tradicionāli izvēlēta šādā 50/50 līmenī), tika aprēķināts, ka šķēsgriezuma pētījumam

³¹ Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>

³² Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S. et al. (2004). *Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. 109, 8–20.

ar randomizētu stratificētu atlases metodi nepieciešamais optimālais atlases lielums ir kopumā 3595 personas (1798 sievietes un 1797 vīrieši; sk. 1.2.2. tabulu).

1.2.2. tabula. Minimālais un optimālais atlases lielums katrā stratā

Vecuma grupa (gadi)	Sieviešu skaits (n)		Vīriešu skaits (n)		Kopā (N)	
	Minimālais atlases lielums	Optimālais atlases lielums	Minimālais atlases lielums	Optimālais atlases lielums	Minimālais atlases lielums	Optimālais atlases lielums
18–44	384	600	384	600	768	1200
45–64	384	599	384	599	768	1198
65+	384	599	383	598	767	1197
Kopā:	1152	1798	1151	1797	2303	3595

Izsoles veidošanai tika izmantota **vairākpakāpju stratificētā nejaušās izsoles metode** (ar maršruta metodes palīdzību):

- **1. pakāpe:** apdzīvotās vietas tika izvēlētas pēc reģiona un urbanizācijas līmeņa, nodrošinot atbilstošās proporcijas izlasē. No visu Latvijas apdzīvoto vietu saraksta sistemātiskas varbūtības izsoles ceļā tika noteikts aptaujai nepieciešamo aptaujas punktu skaits, izmantojot iedzīvotāju skaitu apdzīvotajās vietās kā proporcionalitātes mēru.
- **2. pakāpe:** katrā apdzīvotajā vietā tika noteikts nepieciešamo respondentu skaits, kurus sasniegs, ietverot izlasē pēc noteiktas metodoloģijas izvēlētajās māsjaimecībās. Katrā apdzīvotajā vietā bija noteikts izsoles punktu skaits. Tika pieņemts, ka izvēlētajā māsjaimecībā tiks aptaujāts viens respondents.
- **3. pakāpe:** tālāko maršrutu intervētājs veidoja pēc maršruta metodes nosacījumiem. Ikviena maršruta sākumā tika norādīta starta adrese (iela, mājas un dzīvokļa numurs). Pilsētās adrese bija norādīta aptaujas uzdevumā. Pagastos starta adresi izvēlētajā rajona koordinators – ar nosacījumu, ka konkrētā adrese nebija tikusi izvēlēta kā starta adrese nevienā pētījumā vismaz gadu. Koordinators sekoja līdzi, lai pagastos tiktu izvēlētas adreses galvenokārt ārpus pagasta centra.

No starta adreses turpmāko dzīvokļu/māju izvēli noteica izsoles solis. Izsoles solis pētījumā bija “2”, t. i., intervija bija jāveic katrā otrajā dzīvoklī/mājā.

Maršruta metodes pielietošanas principi

1. Maršruta noteikumi daudzdzīvokļu māju rajonos:

- 1) ja starta adrese bija mājā ar pāra numuru, tad turpmāk bija jāiet katrā otrajā dzīvoklī, t. i., vienu dzīvokli izlaižot, numuru secībai pieaugot (piemēram: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12...**);

- 2) ja starta adrese bija mājā ar nepāra numuru, tad turpmāk bija jāiet katrā otrajā dzīvoklī, t. i., vienu dzīvokli izlaižot, numuru secībai samazinoties (piemēram: 35 34 33 32 31 30 ...);
- 3) gadījumā, ja ar konkrētās mājas dzīvokļiem nepietika, lai iegūtu nepieciešamo interviju skaitu, bija jādodas uz nākamo māju:
 - ja starta adreses mājas numurs bija pāra skaitlis, tad respondenti tika izvēlēti tikai mājās ar pāra numuriem, turklāt intervētājs pārvietojās uz tām mājām, kuru numuri secīgi pieauga (piemēram: 2 4 6.....);
 - ja starta adreses mājas numurs bija nepāra skaitlis, tad respondenti tika izvēlēti tikai mājās ar nepāra numuriem, turklāt intervētājs pārvietojās uz tām mājām, kuru numuri secīgi samazinājās (piemēram: 17 15 13.....);
 - nākamajā mājā bija jāturpina stingri ievērot soļa nepārtrauktību, ņemot vērā situāciju iepriekšējā mājā;
 - ja blakus daudzdzīvokļu mājai atradās individuālās mājas, tās bija jāskaita kā dzīvokļi un jāierēķina “soli”.

2. Maršruta noteikumi individuālo māju rajonos: jāsāk ar starta adresē norādīto māju un turpmāk jāiet katrā otrajā mājā vienā ielas pusē, ievērojot noteikumus par numuru pieaugšanu pāra pusē un samazināšanos nepāra pusē (piemēram: 19 17 15 13 11 vai 2 4 6 8 10).

3. Maršruta noteikumi lauku apvidū, viensētu rajonos (attālums starp mājām vismaz 300–500 m un vairāk): bija jāsāk ar rajona koordinators izvēlētu starta adresi (viensētu) un maršruts jāveic, ejot uz nākamo tuvāko viensētu. “Solis” – katra nākamā viensēta.

4. Maršruta turpinājums, ja iela beidzas:

- kad intervētājs bija nonācis līdz ielas galam, maršruts jāturpina pa šķērsielas pāra vai nepāra pusi atkarībā no starta adreses mājas numura – ja tas bija pāra skaitlis, tad maršruts jāturpina ciparu augošā secībā; ja tas bija nepāra skaitlis, tad maršruts jāturpina ciparu dilstošā secībā. Jāturpina ievērot maršruta “soli”;
- ja iela, pa kuru tika veikts maršruts, beidzās vietā, kur nav šķērsielas (piemēram, priekšā ir stadions, pilsētas robeža, mežs), tad bija jādodas uz vienu no tuvāk esošajām šķērsielām vai paralēlām ielām (pēc izvēles) un jāturpina maršruts pa pāra vai nepāra pusi, turpinot ievērot maršruta “soli”.

• **4. pakāpe:** Katrā pēc maršruta metodes atlasītajā māsaimniecībā intervētājs izvēlējās vienu respondentu. Nonākot māsaimniecībā, kurā iedzīvotāji atsaucās komunikācijai, respondenta izvēle notika pēc šādiem principiem:

- ja tobrīd mājās bija viens cilvēks, kurš atbilst pētījuma mērķgrupai – vispār dzīvo viens vai tobrīd bija mājās vienīgais, kurš atbilst mērķgrupai –, viņš kļuva par potenciālu respondentu un tika aicināts piedalīties aptaujā. Ja šis cilvēks atteica, tad adrešu lapā tas tika reģistrēts kā respondenta atteikums;
- ja mājās tobrīd nebija neviena, kurš atbilst mērķgrupai, bet vispār šajā mājsaimniecībā tādi ir, tad tika noskaidrots, kad kaut viens no viņiem būs mājās, un tika veikts atkārtots apmeklējums ne agrāk kā pēc divām stundām vai arī laikā, par kuru tika panākta vienošanās;
- ja mājās tobrīd bija divi vai vairāk cilvēku, kuri atbild mērķgrupai, tad respondenta izvēlei tika izmantots t. s. jaunākā vīrieša princips (sk. skaidrojumu turpinājumā). Tas nozīmē, ka šādā gadījumā respondentu nedrīkstēja izvēlēties pēc intervētāja vai mājsaimniecībā dzīvojošo cilvēku personīgajiem ieskatiem, bet pēc noteiktas sistēmas;
- ja tika noskaidrots, ka konkrētajā mājsaimniecībā vispār nedzīvo cilvēki, kuri atbilst konkrētā pētījuma mērķgrupai, tad neviens netika aicināts uz interviju;
- ja mājās neviena nebija, tad tika veikts atkārtots apmeklējums līdz divām (2) reizēm (ieskaitot).

Izlases veidošanā tika ievērots t. s. **jaunākā vīrieša princips**, proti:

- tika intervēts jaunākais vīrietis no konkrētā pētījuma mērķgrupai atbilstošajiem cilvēkiem, kas dzīvo šajā ģimenē un tobrīd ir mājās;
- ja mērķgrupai atbilstošo cilvēku vidū nebija vīriešu, tad tika intervēta jaunākā sieviete, kas atbilst mērķgrupas nosacījumiem un tobrīd bija mājās;
- ja izvēlētais cilvēks atteicās atbildēt, tad intervēt citu cilvēku šajā mājsaimniecībā – dzīvoklī/mājā – nedrīkstēja. Adrešu lapā šādā gadījumā kā apmeklējuma rezultāts tika atzīmēts respondenta atteikums.

1.3. Sasniegtā izlase, nerespondence

Sasniedzamās izlases apjoms sākotnēji tika plānots ne mazāks kā 3500 derīgas intervijas ar mērķgrupas pārstāvjiem. Taču Covid-19 pandēmijas ietekmē lauka darbs tika apturēts brīdī, kad tika iegūtas **2687** (kvalitatīvi veiktas (derīgās) intervijas). Lai gan plānotais atlases lielums netika sasniegts, 3595 ir optimālais atlases lielums (sk. 1.2.2. tabulu). Lai izdarītu adekvātus secinājumus un attiecinātu tos uz mērķgrupu, minimālais kopējais sniedzamās atlases lielums ir 2303 personas, kas tika sasniegts. Lai rezultātus varētu adekvāti vispārināt un attiecināt uz pētījuma mērķgrupu, šajā ziņojumā atspoguļoto datu analīzē ir izmantoti svērtie (pēc dzimuma, vecuma, dzīvesvietas) rādītāji.

Aptaujas lauka darba ietvaros intervētāji papildus fiksēja informāciju par katru kontaktēšanās ar mājsaimniecības pārstāvjiem mēģinājumu un tā rezultātu. Šim nolūkam tika izstrādāta mājsaimniecības (adrese) apmeklējuma anketa, neatbildējušo mājsaimniecību pārstāvju anketa un no dalības pētījumā atteikušās personas anketa, kas tika aizpildītas datu vākšanas procesā.

Lai sasniegtu minēto atlasē lielumu, intervētāji apmeklēja kopumā 14 506 adreses.

Pēc pirmā tehniski pieejamu mājsaimniecību apmeklējuma derīgas intervijas tika iegūtas no 44,9% respondentu, kas atbilda pētījuma mērķpopulācijai. (Detalizētu nerespondences atspoguļojumu sk. 1.3.1. tabulā.) Tas, ka pētījumam atsaucās 2687 personas, vērtējams kā adekvāts skaits šķērsgriezuma pētījumiem, kuros izmantota aprakstītā atlasē metodoloģija. Piemēram, 2020. gadā veiktajā Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījumā, kurā tika izmantota līdzīga respondentu rekrutēšanas metodoloģija, sasniegtais pētījumam atsaukušos personu īpatsvars ir 48,4%³³.

1.3.1. tabula. Kontaktu skaits un nerespondences iemesli

		1.		2.		3.	
		apmeklējums		apmeklējums		apmeklējums	
		n	%	n	%	n	%
Apmeklējuma rezultāts	Kopā	14506	100,0	1812	100,0	412	100,0
	1 = Nederīga adrese	562	3,9	6	0,3	0	0,0
	2 = Durvīm ir kodi	467	3,2	31	1,7	5	1,2
	3 = Neviena nav mājās	7407	51,1	1273	70,3	304	73,8
	4 = Dzīvoklī/mājā nedzīvo pētījumam nepieciešamā vecuma/dzimuma cilvēki	302	2,1	3	0,2	0	0,0
	5 = Nav sastopams respondents	203	1,4	30	1,7	2	0,5
	6 = Intervija	2398	16,5	246	13,6	43	10,4
	7 = Nepabeigta/pārtraukta intervija	30	0,2	3	0,2	0	0,0
	8 = Ģimenes atteikums	1168	8,1	84	4,6	18	4,4
	9 = Respondenta atteikums	1814	12,5	116	6,4	36	8,7
	10 = Intervētāja atteikums	40	0,3	1	0,1	0	0,0
11 = Noruna intervijai	115	0,8	19	1,0	4	1,0	

³³ Grīnberga, D., Velika, B., Pudule, I., Gavare, I., Villeruša, A. (2021). *Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2020*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs. <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/16574/download?attachment>

1.3.1. tabulas turpinājums

		1.		2.		3.	
		apmeklējums		apmeklējums		apmeklējums	
		n	%	n	%	n	%
Adrešu lapā Jūs atzīmējāt, ka adrese ir nederīga, lūdzu, pamatojiet iemeslu	Kopā	562	100,0	6	100,0	0	0,0
	Māja/adrese ir pamesta vai nojaukta	45	8,0				
	Māja vēl nav uzcelta vai nav gatava apdzīvošanai	10	1,8				
	Adrese nav apdzīvota (tukša, otrās mājas, sezonas mājas...)	263	46,8	6	100,0		
	Adrese nav dzīvojamā ēka: tā domāta tikai biznesam	95	16,9				
	Adrese nav dzīvojamā ēka: tā ir iestāde	25	4,4				
	Adrese nav atrodama	61	10,9				
	Cits	63	11,2				
Intervētāja atteikums	Kopā	40	100,0	1	100,0	0	0,0
	Agresīvs respondents	2	5,0				
	Respondents ir alkohola/narkotisko vielu reibumā	15	37,5	1	100,0		
	Neadekvāta/dīvaina respondenta uzvedība	0	0,0				
	Suņi	10	25,0				
	Valodas barjera	1	2,5				
	Cits	14	35,0				
Respondenta atteikums	Kopā	1814	100,0	116	100,0	36	100,0
	Ir nepiemērots laiks (aizņemts ar citām lietām, slimi bērni, ciemiņi...)	704	38,8	36	31,0	13	36,1
	Man ir bijusi slikta pieredze pirms šīs aptaujas	5	0,3				
	Man nepatīk šis temats	111	6,1	5	4,3	1	2,8
	Mans partneris/ģimene/mājsaimniecības locekļi nepiekrīt	17	0,9	1	0,9		
	Es neielaižu savā mājā svešiniekus, es baidos laist viņus iekšā	91	5,0	5	4,3		
	Neesmu ieinteresēts	782	43,1	53	45,7	15	41,7
	Nezinu pietiekami daudz par šo tematu, man tas ir pārāk sarežģīti	71	3,9	2	1,7		
	Tā ir laika izšķiešana	98	5,4	19	16,4		
	Tā ir naudas izšķiešana	11	0,6	2	1,7		
	Aptauja iejaucas manā privātumā/es nesniedzu personisku informāciju	55	3,0	10	8,6		
	Es nekad nepiedalos aptaujās	183	10,1	19	16,4	7	19,4
	Es jau pārāk bieži esmu piedalījies aptaujās	21	1,2	2	1,7		
	Es neuzticos aptaujām	74	4,1	6	5,2	1	2,8
	Citi	31	1,7	1	0,9		

1.3.1. tabulas turpinājums

		1.		2.		3.	
		apmeklējums		apmeklējums		apmeklējums	
		n	%	n	%	n	%
Ģimenes atteikums	Kopā	1168	100,0	82	100,0	18	100,0
	Ir nepiemērots laiks (esam aizņemti ar citām lietām, slimi bērni, ciemiņi...)	422	36,1	37	45,1	3	16,7
	Mums/mūsu ģimenei ir bijusi slikta pieredze pirms šīs aptaujas	4	0,3				
	Man nepatīk šis temats, tādēļ neviens nepiedalīsies aptaujā	39	3,3	1	1,2		
	Neviens no mūsu ģimenes nepiekritīs piedalīties	88	7,5	6	7,3	1	5,6
	Mēs neielaižam savā mājā svešiniekus, baidāmies laist viņus iekšā	63	5,4			3	16,7
	Neesmu ieinteresēts Jums sniegt nekādu informāciju	471	40,3	35	42,7	10	55,6
	Neviens ģimenē nezina pietiekami daudz par šo tematu, tas ir pārāk sarežģīti	22	1,9	5	6,1	2	11,1
	Tā ir laika izšķiešana	100	8,6	11	13,4		
	Tā ir naudas izšķiešana	11	0,9	2	2,4		
	Aptauja iejaucas mūsu ģimenes privātumā/ es nesniedzu personisku informāciju	56	4,8	12	14,6	1	5,6
	Mūsu ģimenes locekļi nekad nepiedalās aptaujās	114	9,8	9	11,0	3	16,7
	Mūsu ģimenes locekļi jau pārāk bieži ir piedalījušies aptaujās	18	1,5	2	2,4		
	Mēs/mūsu ģimene neuzticamies aptaujām	50	4,3	6	7,3		
	Citi	11	0,9	1	1,2	1	5,6

1.4. Datu savākšanas procesa apraksts

Pētījuma lauka darbs tika veikts laika periodā no 25.11.2019. līdz 16.03.2020.

Viena intervija ilga vidēji 30,5 minūtes.

Pētījuma lauka darbu veica profesionāli SIA “TNS Latvia” intervētāji, kuri piedalījās apmācībās – tika speciāli apmācīti un instruēti darba izpildei konkrētā pētījuma ietvaros. Pētījuma intervijas veica 56 apmācīti intervētāji.

Intervētāju tīkla koordinēšanu SIA “TNS Latvia” ražošanas un attīstības direktores vadībā veica divi Rīgas un seši reģionālie koordinatori. Intervētājiem tika nodrošināts koordinatoru un IT personāla atbalsts visa pētījuma lauka darba gaitā.

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

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

1.5. Datu kvalitātes kontroles nodrošināšanas apraksts

Lauka darba procesā tika nodrošināta datu ievākšanas kvalitāte, ievērojot Eiropas Viedokļu un mārketinga pētījumu biedrības (angl. *European Society for Opinion and Marketing Research – ESOMAR*) tirgus un sociālo pētījumu veikšanas kodeksu un standartus, kā arī SIA “TNS Latvia” globālos datu savākšanas standartus.

Pētījuma lauka darba gaitā SIA “TNS Latvia” regulāri veica pētījuma aizpildīto anketu (datu) kvalitātes kontroli visā aptaujas lauka darba periodā, lai savlaicīgi novērstu intervētāju kļūdas. SIA “TNS Latvia” atkārtoti telefoniski sazinājās un intervēja vismaz 10% respondentu, tā pārbaudot, vai viņu sociāli demogrāfiskais raksturojums un atbildes uz atsevišķiem jautājumiem par dažādām tēmām saskan ar anketās fiksētajām.

Kopumā kontrole tika veikta 426 intervijām, no kurām 297 respondenti atsaucās uz tālruņa zvanu un atbildēja uz kontroles jautājumiem, savukārt 129 respondentiem tika zvanīts, bet netika saņemtas atbildes (neatbild, atsakās atbildēt, nevar atbildēt, nav laika, nolika klausuli, nesavieno, automātiskais atbildētājs, atvieno, ienākošie zvani ir slēgti).

1.6. Izmantotās datu analīzes metodes

Datu apstrāde tika veikta, lietojot programmu *SPSS 26.0*. Šajā ziņojumā tika izmantotas aprakstošās statistikas metodes – vidējās vai mediānās vērtības nepārtrauktu mainīgo gadījumā un procentuālie rādītāji kategorisku mainīgo gadījumā. Procentuālo pazīmes izplatības rādītāju salīdzinājums neatkarīgo pazīmju stratās (piemēram, dzimuma un vecuma stratās) tika veikts, izmantojot Hī kvadrāta vai Fišera precīzo testu. Rezultāti tika atzīti par statistiski ticamiem, ja būtiskuma līmenis (p) nepārsniedza 0,05.

Lai rezultāti tiktu adekvāti vispārināti un attiecināti uz pētījuma mērķgrupu, datu analīzē izmantoti svērtie (pēc dzimuma, vecuma, dzīvesvietas) rādītāji. Tādējādi, salīdzinot dažādos pētītos mainīgos, atsevišķu stratu summārie rādītāji var nesakrist.

2. Pētījuma rezultāti

2.1. Pētījuma populācijas sociāli demogrāfiskais raksturojums

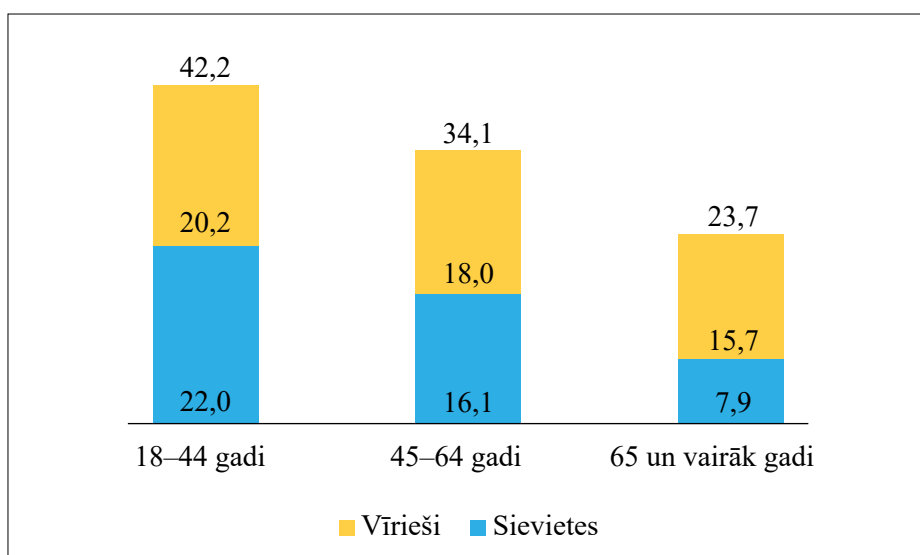
2.1.1. Dzimums

Pētījumā piedalījās 2687 respondenti: 1238 vīrieši (46,1%) un 1449 sievietes (53,9%).

2.1.2. Vecums

Pētījuma dalībnieku vidējais vecums ir 49,9 gadi (standartnovirze (SD) – 18,2). Vecākais dalībnieks bija 96 gadus vecs. Dalībnieku modālais vecums ir 64 gadi, mediānais – 49 gadi (starpkvartīļu amplitūda (IQR) 35–64). Kategorizējot vecumu, redzams, ka lielākais respondentu īpatsvars ir vecumā no 18 līdz 44 gadiem (sk. 2.1.2.1. attēlu).

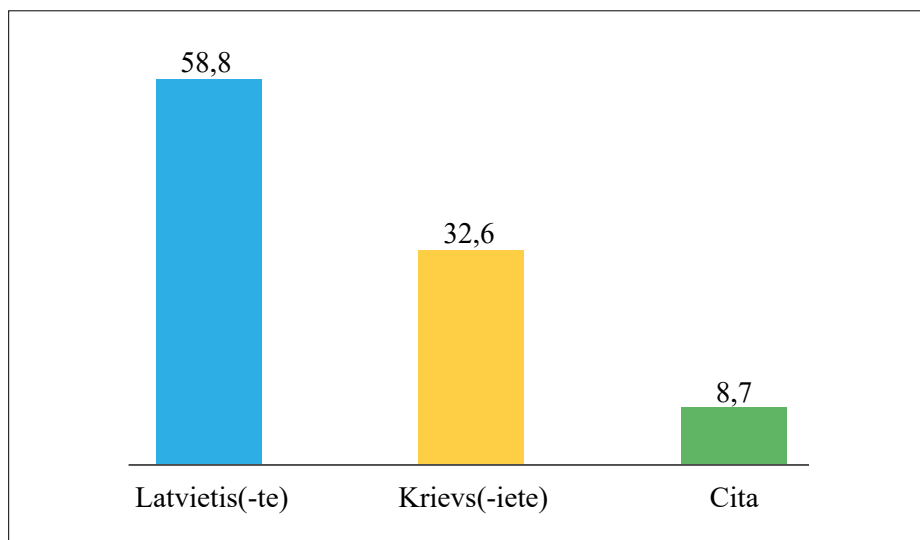
2.1.2.1. attēls. Pētījuma dalībnieku kopējais un stratificētais sadalījums pēc dzimuma un vecuma (īpatsvars, %)



2.1.3. Tautība

Lielākā daļa pētījuma respondentu ir latviešu tautības (58,8%; n = 1579), 32,6% jeb 875 respondentu norādījuši, ka ir krievu tautības (sk. 2.1.3.1. attēlu). No 8,7% (n = 233), kuri norādījuši, ka ir citas tautības pārstāvji, lielākā daļa bija baltkrievi (n = 78), poļi (n = 47), ukraiņi (n = 39) un lietuvieši (n = 24). Citas norādītās tautības (n = 45): romi, armēņi, vācieši, kā arī kazahi, tatāri, uzbeki un moldāvi.

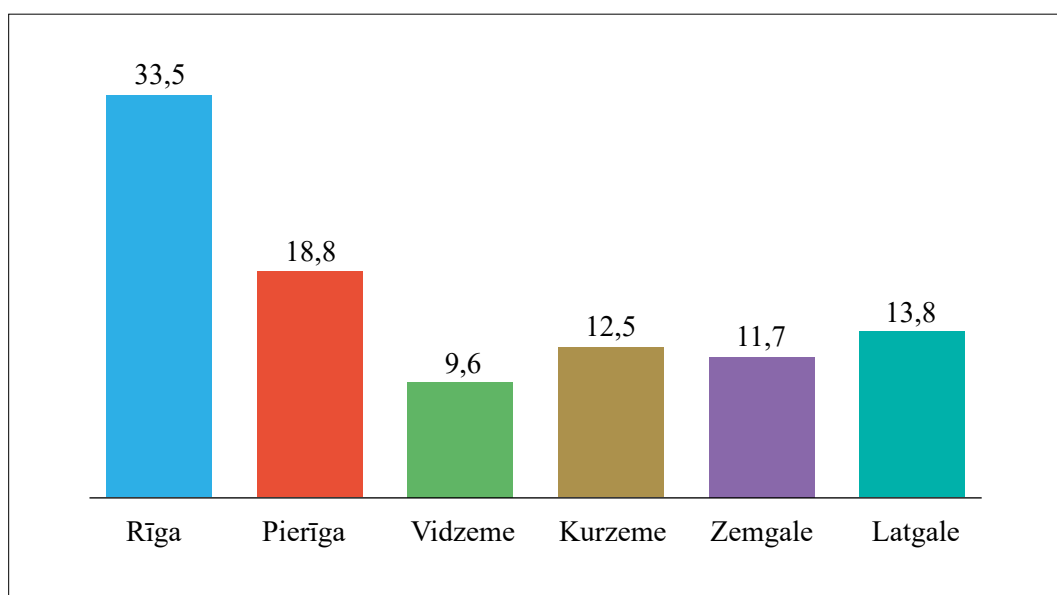
2.1.3.1. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc tautības (īpatsvars, %)



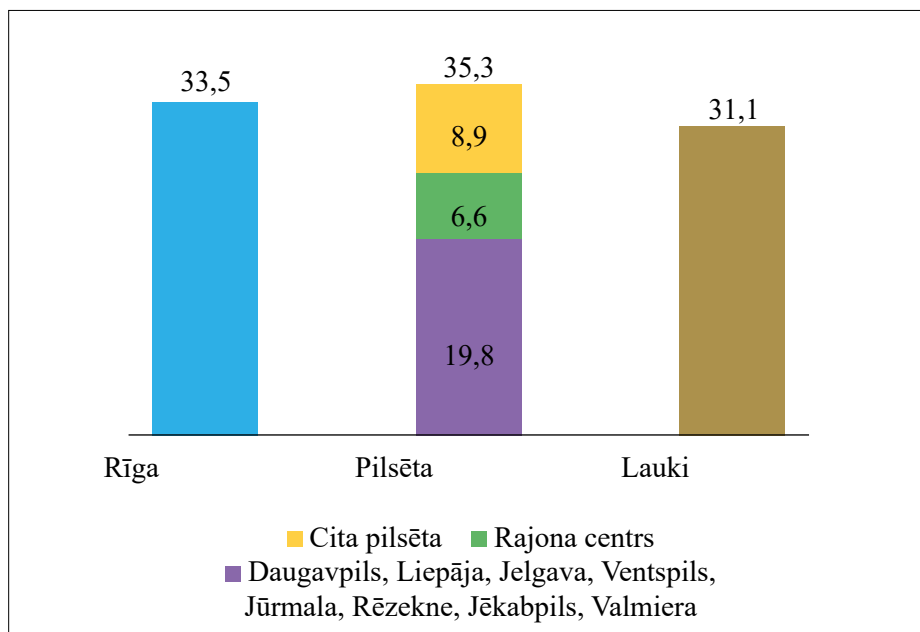
2.1.4. Dzīvesvieta

Pēc dzīvesvietas reģiona lielākā daļa respondentu kā savu dzīvesvietu uzrādījuši Rīgu (33,5%; n = 901) vai Pierīgas teritorijas (18,8%; n = 505) (sk. 2.1.4.1. attēlu). Otra biežāk uzrādītā pilsēta aiz Rīgas ir Daugavpils (5,3%; n = 142), trešā – Liepāja (5,0%; n = 136). Pēc apdzīvotās vietas tipa trešdaļa respondentu (35,3%, n = 949) ir no lielākajām Latvijas pilsētām, izņemot Rīgu (19,8%; n = 532), no rajonu centriem (6,6%; n = 177) vai citām Latvijas pilsētām (8,9%, n = 240). Atlikusī trešdaļa jeb 31,1% respondentu (n = 837) ir no nelieliem ciematiem vai laukiem (sk. 2.1.4.2. attēlu).

2.1.4.1. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc dzīvesvietas reģiona (īpatsvars, %)



2.1.4.2. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc apdzīvotās vietas tipa (īpatsvars, %)



2.1.5. Nodarbinātība

Nedaudz vairāk kā puse respondentu strādā algotu darbu (53,1%; n = 1425). Ekonomiski neaktīvi cilvēki (piemēram, personas ar invaliditāti vai bērna kopšanas atvaļinājumā esošie cilvēki) veido 39,2% (n = 1053) no pētāmās populācijas. Savukārt 7,8% respondentu atzīmējuši, ka nekur nemācās un nestrādā (n = 210). (Detalizētāku sadalījumu pēc nodarbinātības statusa un ieņemamā amata sk. 2.1.5.1. un 2.1.5.2. tabulā.)

2.1.5.1. tabula. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc nodarbinātības statusa

Nodarbinātības statuss	Skaitis, n	Procenti, %
Pats sev darba devējs (pašnodarbinātais, īpašnieks)	184	6,9
Neapmaksāta persona ģimenes uzņēmumā	2	0,1
Algots darbinieks (darba ņēmējs)	1241	46,2
Bērna kopšanas atvaļinājumā (līdz 1,5 gadiem) esoša persona	75	2,8
Persona ar invaliditāti, ilgstoši darbnespējīga persona	106	3,9
Bezdarbnieks vai bezdarbniece	210	7,8
Nestrādājošs pensionārs vai pensionāre	692	25,8
Mājsaimnieks vai mājsaimniece	86	3,2
Skolēns, students	91	3,4
Kopā	2687	100,0

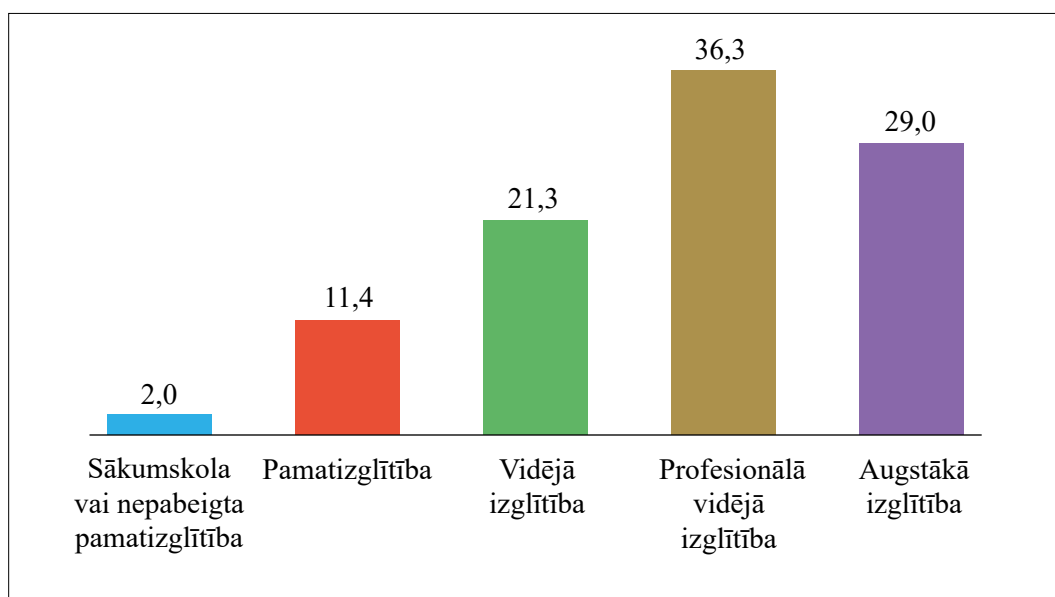
2.1.5.2. tabula. Strādājošo pētījuma dalībnieku sadalījums pēc ieņemamā amata

Ieņemamais amats	Skaitis, n	Procenti, %
Iestādes, uzņēmuma augstākā līmeņa vadītājs	96	3,6
Vidējā līmeņa vadītājs (nodaļas vadītājs)	89	3,3
Augstākā līmeņa speciālists	176	6,6
Speciālists	200	7,4
Pakalpojumu un tirdzniecības darbinieks	304	11,3
Kvalificēts strādnieks un amatnieks	377	14,0
Nekvalificēts strādnieks	146	5,4
Cits	2	0,1
Nav atbildes	36	1,3
Kopā	1427	53,1

2.1.6. Izglītība

Visvairāk ir respondentu ar vidējo profesionālo izglītību (36,3%; n = 975), augstāko izglītību (29,0%; n = 779) vai vispārējo vidējo izglītību (21,3%, n = 572) (sk. 2.1.6.1. tabulu).

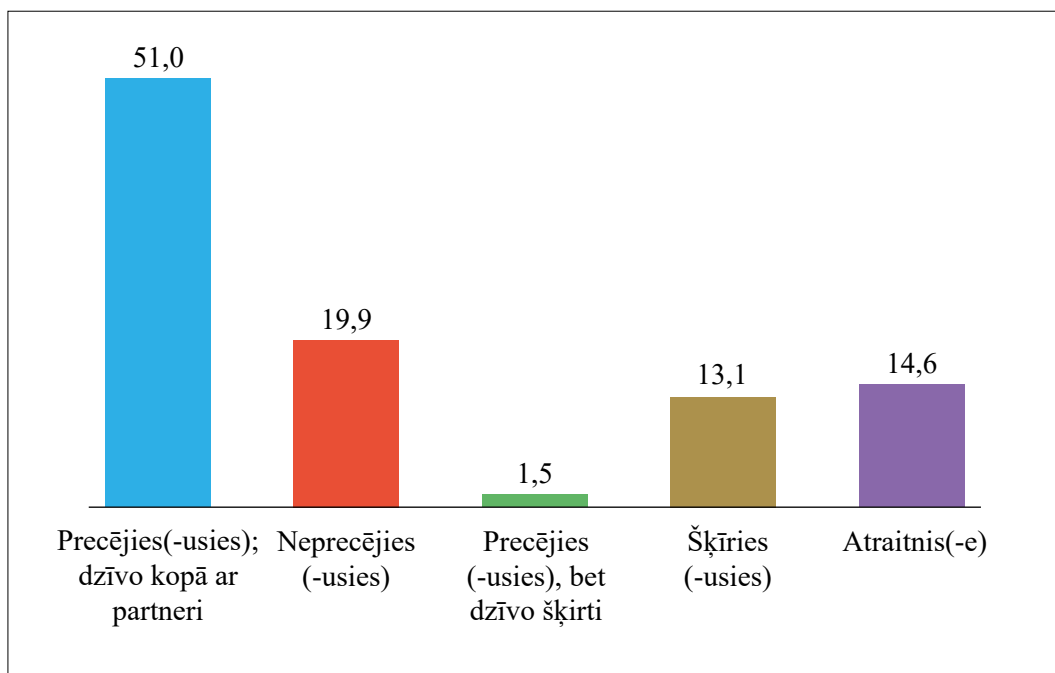
2.1.6.1. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc iegūtās izglītības (īpatsvars, %)



2.1.7. Ģimenes stāvoklis

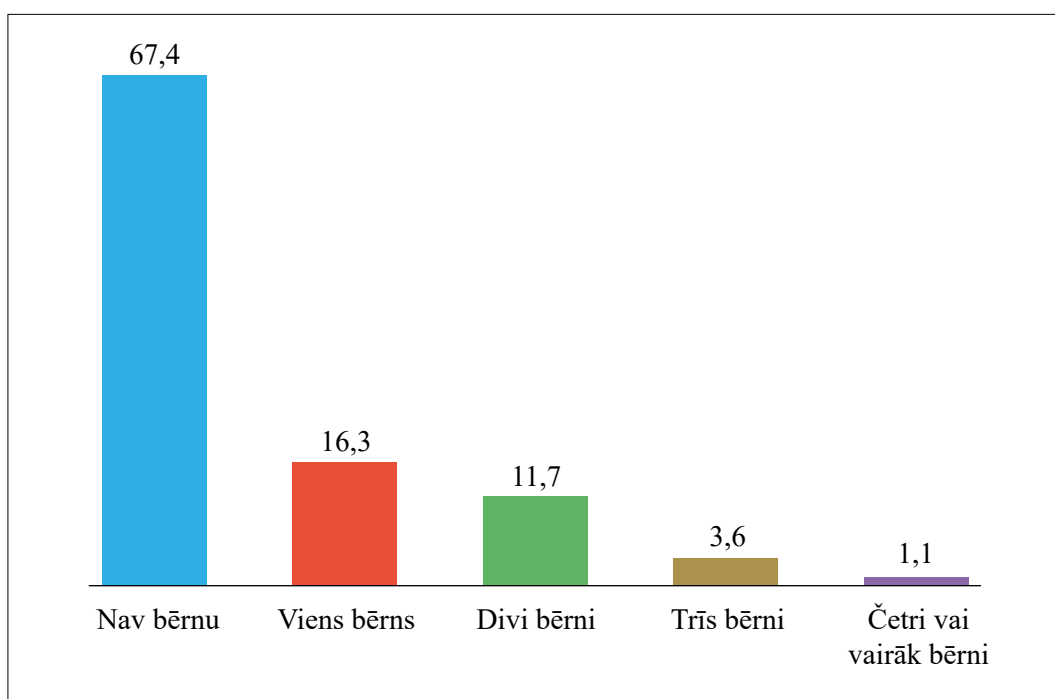
Lielākā daļa respondentu atzīmējuši, ka dzīvo kopā ar partneri vai laulībā (51,0%; n = 1369) (sk. 2.1.7.1. attēlu). No visiem neprecētajiem respondentiem (19,9%; n = 534) 58,2% (n = 311) ir vīrieši un 41,8% (n = 223) – sievietes. Savukārt no visiem respondentiem, kuri ir precēti, bet dzīvo šķirti/ir šķīrušies vai ir atraitņi (kopā 29,2%; n = 783), lielākā daļa ir sievietes – 75,2% (n = 589), savukārt 24,8% (n = 194) ir vīrieši.

2.1.7.1. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc ģimenes stāvokļa (īpatsvars, %)



Pētījumā atklājās, ka vairākumam respondentu nav nepilngadīgu bērnu (67,4%; n = 1810) vai ir viens bērns vecumā līdz 18 gadiem (16,3%; n = 439), savukārt 16,4% (n = 437) respondentu ir divi un vairāk nepilngadīgi bērni (sk. 2.1.7.2. tabulu). Kopā ar respondentu (ieskaitot) kopīgajā mājsaimniecībā dzīvo vidēji divi cilvēki (IQR: 1–3), maksimālais respondentu nosauktais cilvēku skaits mājsaimniecībā – 10 cilvēki.

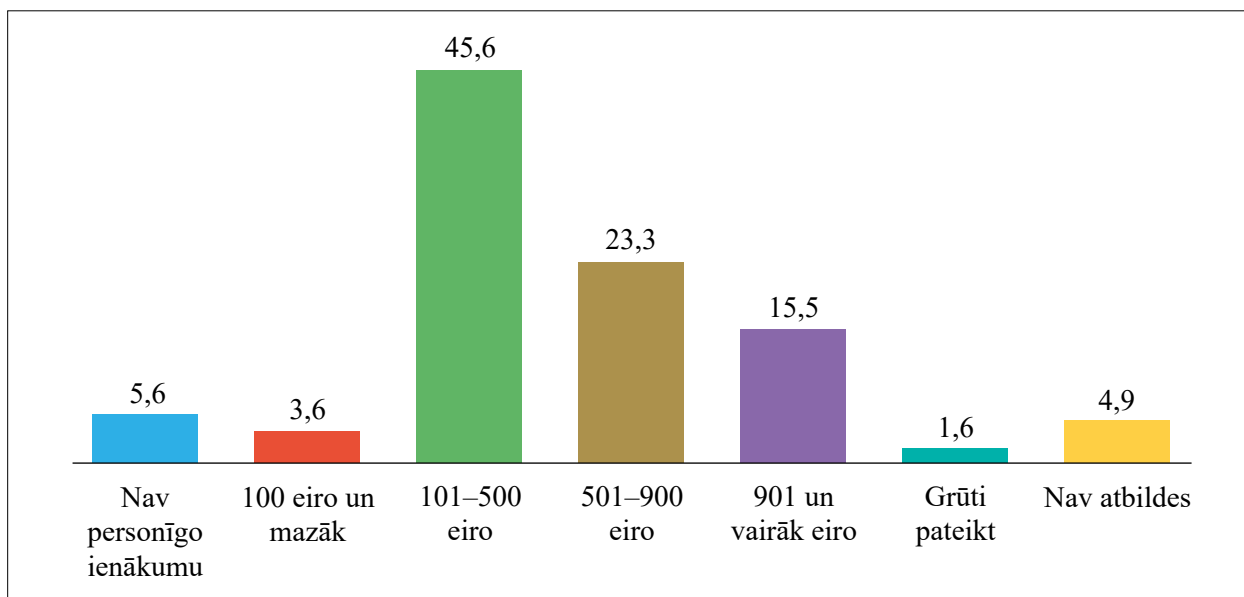
2.1.7.2. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc bērnu vecumā līdz 18 gadiem skaita ģimenē (īpatsvars, %)



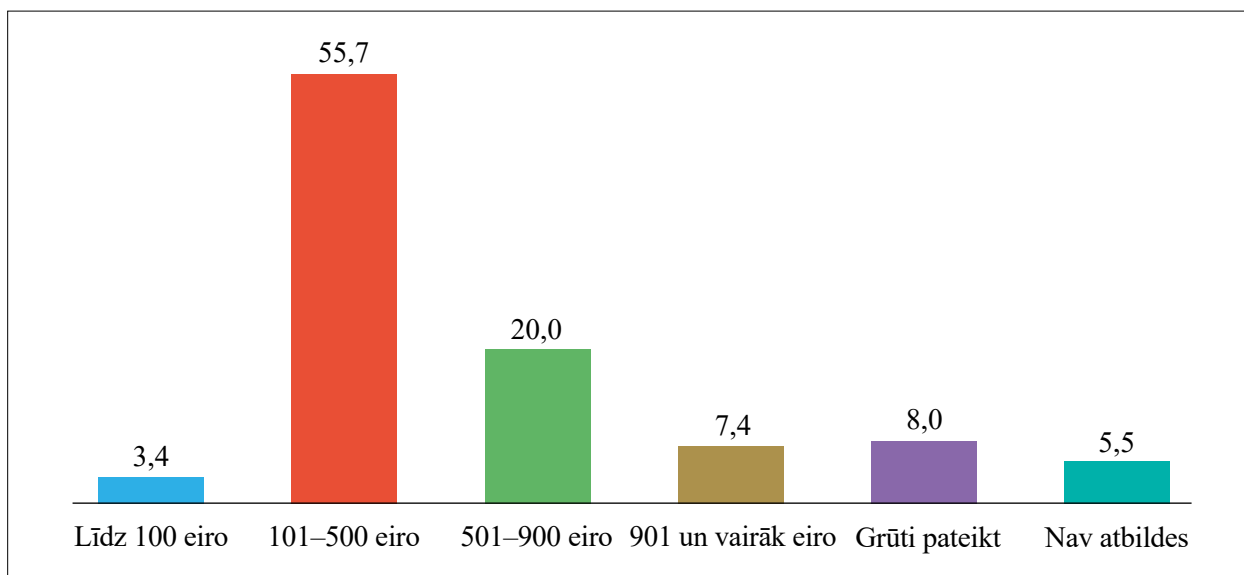
2.1.8. Ienākumi

Vairākums pētījuma respondentu (45,6%; n = 1224) atzīmēja, ka mēnesī saņem personīgos ienākumus 101–500 eiro apmērā pēc nodokļu nomaksas. Vairāk par 900 eiro mēnesī pēc nodokļu nomaksas nopelna vien 15,5% (n = 417) respondentu (sk. 2.1.8.1. attēlu). Arī vidējie mēneša ienākumi uz vienu ģimenes locekli mājsaimniecībā pēc nodokļu nomaksas 55,7% gadījumu (n = 1496) ir 101–500 eiro (sk. 2.1.8.2. attēlu).

2.1.8.1. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc personīgajiem vidējiem mēneša ienākumiem, ieskaitot algas, stipendijas, pensijas, pabalstus pēc nodokļu nomaksas (īpatsvars, %)



2.1.8.2. attēls. Pētījuma dalībnieku sadalījums pēc vidējiem mēneša ienākumiem, ieskaitot algas, stipendijas, pensijas, pabalstus pēc nodokļu nomaksas, uz vienu ģimenes locekli (īpatsvars, %)



Turpmāk ziņojumā pētījuma rezultāti detalizētāk atspoguļoti dzimuma un vecuma grupās. Pētījuma rezultātu detalizēts atspoguļojums grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem rodams pielikumā (tekstā minētas galvenās tendences šajās grupās).

2.2. Vispārējais veselības stāvoklis un veselības aprūpe

2.2.1. Speciālistu apmeklējumi un medicīniskās palīdzības izmantošana

Raksturojot ģimenes ārsta apmeklējuma biežumu, visvairāk respondentu – 37,9% (n = 1018) – atzīmēja, ka savu ģimenes ārstu ir apmeklējuši 1–2 reizes pēdējā gada laikā. Vairāk par 7 reizēm ģimenes ārstu ir apmeklējuši 11,5% (n = 311) pētījuma dalībnieku, un 19,7% (n = 530) respondentu nav apmeklējuši savu ģimenes ārstu gada laikā. Tādu personu, kuras neapmeklēja ģimenes ārstu, īpatsvars ir augstāks vīriešu (26,3%; n = 326) nekā sieviešu vidū (14,1%; n = 204). Savukārt to respondentu īpatsvars, kas apmeklēja ģimenes ārstu vairāk par 7 reizēm gada laikā, ir nozīmīgi lielāks sieviešu vidū (14,5%; n = 210), salīdzinot ar vīriešiem (8,1%; n = 100) (sk. 2.2.1.1. tabulu). Analizējot dzimuma nestratificētās vecuma grupas, to respondentu īpatsvars, kas neapmeklēja ģimenes ārstu, ir 23,9% (n = 271) starp jauniem cilvēkiem (18–44 g. v.), 19,3% (n = 177) starp cilvēkiem 45–64 gadu vecumā, bet starp cilvēkiem vecumā no 65 gadiem ģimenes ārstu neapmeklēja tikai 12,9% (n = 82). Biežāk ģimenes ārstu apmeklēja vecākā respondentu grupa: vairāk nekā 7 reizes gadā ģimenes ārstu apmeklēja 18,2% (n = 116) respondentu, kas ir vecāki par 65 gadiem, un tikai 7,3% (n = 83) respondentu vecumā no 18 līdz 44 gadiem. Ģimenes ārsta apmeklējuma biežums statistiski ticami atšķiras dzimuma ($p < 0,001$) un vecuma grupās ($p < 0,001$).

2.2.1.1. tabula. Ģimenes ārsta apmeklējums pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Neviena	30,4	25,4	16,8	26,3	16,7	13,9	10,9	14,1	19,7
1–2	47,0	32,8	25,7	38,4	44,7	37,6	28,0	37,5	37,9
3–4	14,2	21,2	28,0	19,1	20,8	21,4	26,3	22,6	21,0
5–6	5,6	9,9	12,1	8,2	5,7	13,5	16,1	11,4	9,9
≥ 7	2,9	10,6	17,3	8,1	12,1	13,7	18,7	14,5	11,5
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	592	433	214	1238	544	482	422	1449

Ārstus speciālistus (izņemot zobārstu) 39,3% (n = 1055) respondentu pēdējā gada laikā neapmeklēja. Piecas un vairāk reizes gada laikā ārstu speciālistu apmeklēja 13,9% (n = 374) respondentu. Starp vīriešiem gandrīz puse respondentu neapmeklēja ārstus speciālistus (49,5%; n = 612), bet starp sievietēm tā ir trešdaļa respondentu (30,6%; n = 443). Gan sieviešu, gan vīriešu vidū lielāks respondentu īpatsvars, kas neapmeklēja ārstus speciālistus, ir vecumā no 18 līdz 44 gadiem. To sieviešu īpatsvars, kas biežāk (vairāk nekā 5 reizes) apmeklēja ārstus speciālistus, ir lielāks (16,4%; n = 238) nekā vīriešu (10,9%; n = 135) īpatsvars, tendencei saglabājoties visās vecuma grupās (sk. 3.2.1.2. tabulu). Ārstu speciālistu apmeklējuma biežums statistiski ticami atšķiras dzimuma ($p < 0,001$) un vecuma grupās ($p < 0,001$).

2.2.1.2. tabula. Ārstu speciālistu (izņemot zobārstu) apmeklējums pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Neviena	53,8	50,2	35,5	49,5	31,7	29,0	30,7	30,6	39,3	
1–2	31,5	24,0	34,6	29,3	40,0	34,0	35,0	36,5	33,2	
3–4	5,4	13,6	17,3	10,3	13,3	18,8	18,0	16,5	13,6	
≥ 5	9,3	12,2	12,6	10,9	15,1	18,2	16,3	16,4	13,9	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	591	434	214	1237	543	483	423	1448	2685

Absolūtais vairākums respondentu (81,5%; n = 2189) pēdējā gada laikā nav ārstējušies slimnīcās, specializētajās klīnikās vai dienas stacionāros. Tikai 1,0% (n = 28) ir ārstējušies 5 un vairāk reizes pēdējā gada laikā. Šādu cilvēku īpatsvars ir lielāks sieviešu (1,3%, n = 19) nekā vīriešu (0,7%; n = 9) vidū. Palielinoties vecumam, palielinās gan to sieviešu, gan to vīriešu īpatsvars, kas biežāk ārstējas (sk. 2.2.1.3. tabulu). Kopumā grupā, kurā ietilpst respondenti vecumā no 65 gadiem, vairāk nekā 5 reizes gada laikā ārstējušies vien 1,6% (n = 10). Jaunu cilvēku vidū (18–44 g. v.) šādu respondentu īpatsvars ir 1,0% (n = 11), savukārt pusmūža vecumā – 0,7% (n = 6). Stacionēšanas reižu skaits pēdējā gada laikā statistiski ticami atšķiras dzimuma ($p = 0,04$) un vecuma grupās ($p < 0,001$).

2.2.1.3. tabula. Ārstēšanās stacionārā, specializētā klīnikā vai dienas stacionārā pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Neviena	87,6	82,7	74,2	83,7	83,4	80,5	73,9	79,6	81,5	
1–2	11,2	16,4	21,1	14,6	14,7	17,6	22,0	17,9	16,4	
3–4	0,3	0,9	2,8	1,0	0,9	0,6	2,4	1,2	1,1	
≥ 5	0,8	0,0	1,9	0,7	0,9	1,2	1,7	1,3	1,0	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	591	434	213	1237	544	482	423	1449	2686

Respondenti tika aptaujāti arī par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta (turpmāk – NMPD) izsaukumiem pēdējā gada laikā, un vairākums jeb 87,8% (n = 2357) atzīmēja, ka neizsauca NMPD nevienu reizi. Līdzīga tendence tika novērota arī saistībā ar ārstēšanos stacionāros. Aptaujātās sievietes pēdējā gada laikā NMPD ir izsaukušas biežāk (≥ 5 reizes/gadā) visās vecuma grupās, īpaši vecuma grupā ≥ 65 g. v. (sk. 2.2.1.4. tabulu). Palielinoties vecumam, palielinās arī to respondentu īpatsvars, kas ir biežāk (≥ 5 reizes) izsaukuši NMPD pēdējā gada laikā: jaunu respondentu grupā tie

ir 0,1% (n = 1), 45–64 g. v. – 0,3% (n = 3), savukārt vecuma grupā ≥ 65 gadiem – 0,8% (n = 5). NMPD izsaukumu skaits pēdējā gada laikā ir statistiski ticami atšķirīgs dzimuma ($p = 0,01$) un vecuma grupās ($p < 0,001$).

2.2.1.4. tabula. Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukumi pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Neviena	92,6	88,2	84,0	89,6	88,4	89,4	79,4	86,2	87,8	
1–2	6,9	10,6	13,1	9,3	10,1	8,9	16,1	11,5	10,5	
3–4	0,5	1,2	2,3	1,1	1,3	1,0	3,3	1,8	1,5	
≥ 5	0,0	0,0	0,5	0,1	0,2	0,6	1,2	0,6	0,3	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	591	434	213	1238	544	482	423	1448	2686

2.2.2. Slimības dēļ kavētās darba dienas pēdējā gada laikā

Respondenti, kas strādā vai studē (n = 1513), tika aicināti atbildēt uz jautājumu, cik kalendāro dienu pēdējo 12 mēnešu laikā viņi nebija darbā vai nepildīja savus parastos darba pienākumus slimības dēļ. Nedaudz vairāk kā puse (55,4%; n = 837) respondentu atbildēja, ka nekavēja darbu vai mācības slimības dēļ. Nākamā biežākā atbilde bija – “no 1 līdz 10 dienām”: šādi atbildēja 21,9% respondentu (n = 332). Mēnesi un ilgāk darbu vai mācības kavēja 8,7% (n = 131) respondentu (sk. 2.2.2.1. tabulu).

2.2.2.1. tabula. Darba nespējas dienu skaits pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās starp respondentiem, kas strādā vai mācās (n = 1513), %

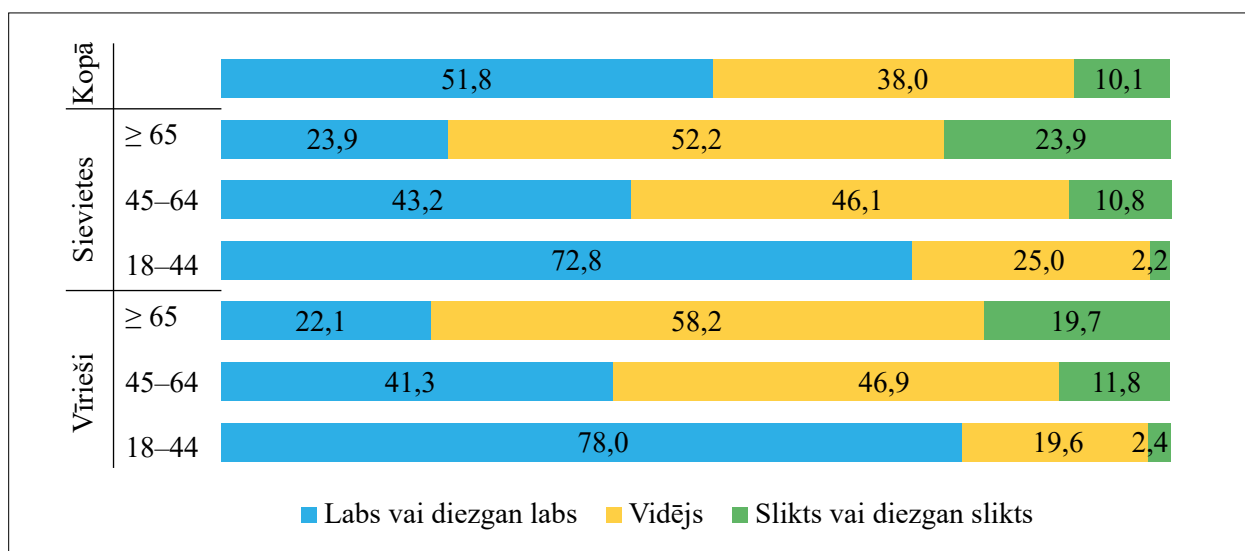
Dienas	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Neviena	50,7	60,8	54,5	54,1	54,7	58,5	69,6	56,9	55,4	
1–10	29,9	14,4	9,1	24,3	23,5	15,3	8,7	19,2	21,9	
11–20	11,2	7,6	9,1	10,1	7,5	6,7	8,7	7,2	8,7	
21–30	2,7	6,1	9,1	3,9	5,8	8,3	0,0	6,9	5,3	
≥ 31	5,5	11,2	18,2	7,6	8,6	11,2	13,0	9,9	8,7	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	525	278	11	815	362	313	23	698	1513

Personu īpatsvars, kas slimības dēļ bija darbnespējīgas mēnesi un ilgāk, jaunu (18–44 g. v.) respondentu grupā ir 6,9% (n = 61), starp pusmūža (46–64 g. v.) respondentiem – 11,2% (n = 62), savukārt respondentu grupā, kas vecāka par 65 gadiem, – 12,1% (n = 4). Maksimālais respondentu nosauktais dienu skaits ar darba nespēju – 360 dienas. Vidējais kavēto dienu skaits – 12 dienas (SD: 30,35), mediānais – 0 (to respondentu lielā skaita dēļ, kas darbu vai mācības kavēja bez slimības) (IQR: 0–10). Slimības dēļ kavēto kalendāro dienu skaits pēdējā gada laikā bija statistiski ticami atšķirīgs dzimuma ($p = 0,002$) un vecuma grupās ($p < 0,001$).

2.2.3. Veselības stāvokļa pašvērtējums

Intervijas laikā respondentiem bija subjektīvi jānovērtē savs pašreizējais veselības stāvoklis kā “labs”, “diezgan labs”, “vidējs”, “diezgan slikts” vai “slikts”. Kopumā nedaudz vairāk kā puse respondentu (51,8%; n = 1392) savu veselību vērtēja kā labu vai diezgan labu, 38% (n = 1023) – kā vidēju un 10,1% (n = 272) – kā sliktu vai diezgan sliktu (sk. 2.2.3.1. attēlu). Respondentu īpatsvars ar labu vai diezgan labu veselības pašvērtējumu vīriešu vidū ir nedaudz lielāks (55,6%; n = 688) nekā starp sievietēm (48,6%; n = 704). Palielinoties vecumam, respondentu īpatsvars ar labu vai diezgan labu veselības pašvērtējumu būtiski samazinās: ja jaunu respondentu grupā cilvēki ar labu veselības pašvērtējumu ir 75,5% (n = 857), pusmūža vecumā 42,2% (n = 387), tad vecuma grupā no 65 gadiem šādu cilvēku īpatsvars ir vien 23,3% (n = 148). Savukārt respondentu īpatsvars ar sliktu vai diezgan sliktu veselības pašvērtējumu pieaug līdz ar vecumu: starp jauniem respondentiem tie ir tikai 2,3% (n = 26), pusmūža respondentu vidū – 11,2% (n = 103), bet vecumā no 65 gadiem jau 22,5% (n = 143). Veselības stāvokļa pašvērtējums bija statistiski ticami atšķirīgs dzimuma ($p = 0,001$) un vecuma grupās ($p < 0,001$).

2.2.3.1. attēls. Pašreizējā veselības stāvokļa novērtējums dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



2.2.4. Pēdējā gada laikā ārstu diagnosticētās un ārstētās slimības

Pētījumā iesaistītie respondenti ziņoja, vai pēdējo 12 mēnešu laikā ārsts viņiem ir diagnosticējis vai ārstējis depresiju, somatoformo veģetatīvo distoniju, trauksmi vai bezmiegu. Kopumā visbiežāk pētījuma respondenti atzīmēja bezmiegu (9,8%; n = 264) un trauksmi (5,7%; n = 153).

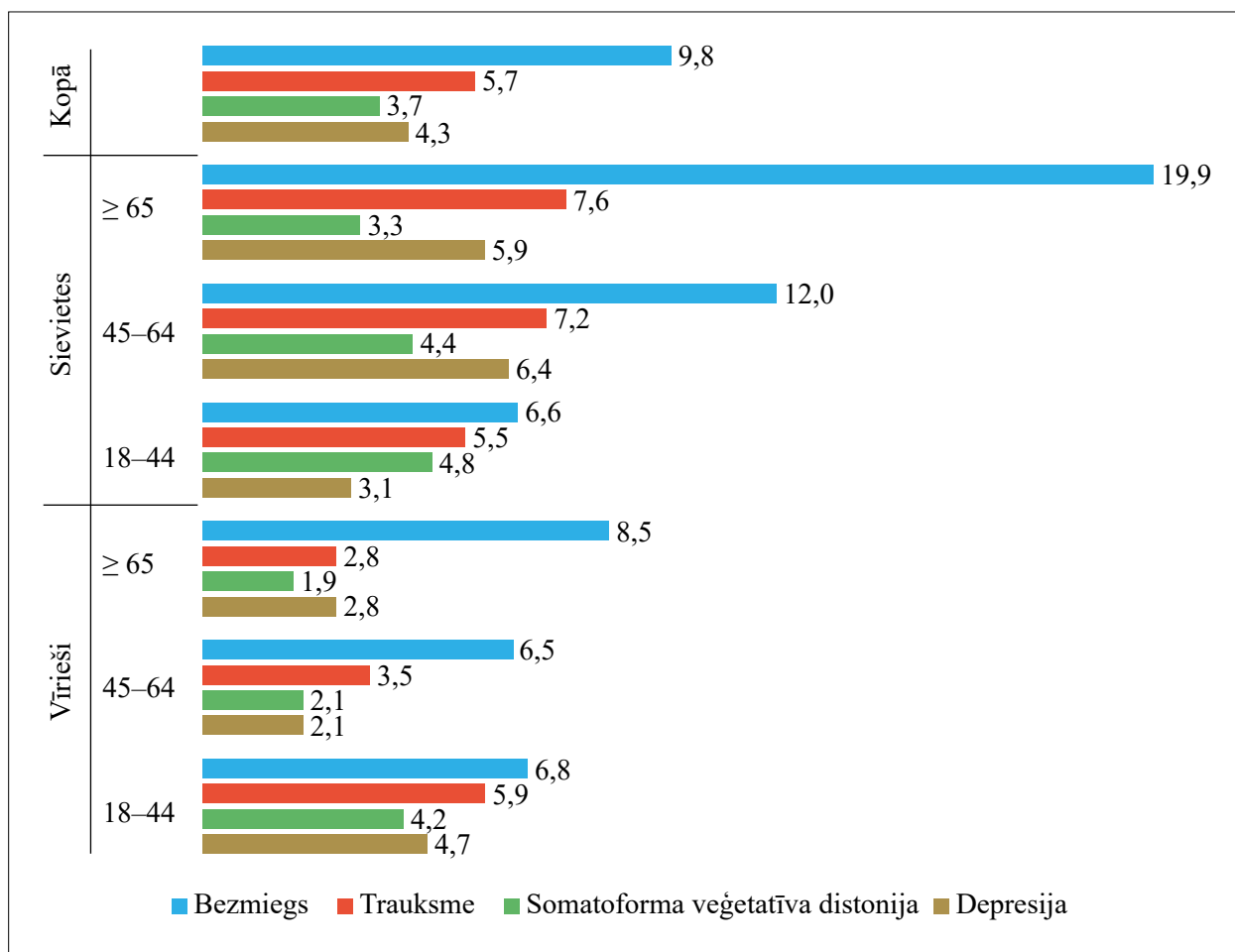
Respondentu īpatsvars ar bezmiegu ir lielāks sievietēm (12,2%; n = 177) nekā vīriešiem (6,9%; n = 96) vidū. Palielinoties vecumam, būtiski palielinās arī respondentu ar bezmiegu īpatsvars, īpaši sievietēm vidū (sk. 2.2.4.1. attēlu). Kopējās dzimuma nestratificētajās vecuma grupās respondentu īpatsvars ar bezmiegu ir šāds: 18–44 g. v. cilvēku vidū 6,7% (n = 76), 45–64 g. v. pētījuma dalībnieku vidū 9,4% (n = 86), savukārt starp respondentiem vecumā no 65 gadiem – 16,0% (n = 102). Respondentu īpatsvars, kuri atzīmēja, ka pēdējā gada (12 mēnešu) laikā ārsts viņiem ir diagnosticējis vai ārstējis bezmiegu, ir statistiski ticami lielāks sievietēm ($p < 0,001$) un palielinās līdz ar vecumu ($p < 0,001$).

Sievietēm konstatēts arī lielāks respondentu īpatsvars ar trauksmi (6,7%; n = 97) nekā vīriešiem (4,5%; n = 56). Vīriešiem trauksme vairāk raksturīga jaunākajā vecuma grupā (18–44 g. v.), savukārt to sievietēm īpatsvars, kam ir trauksme, ir lielāks vecuma grupā virs 65 gadiem (sk. 2.2.4.1. attēlu). Ārsta diagnosticētas vai ārstētas trauksmes īpatsvars ir statistiski ticami atšķirīgs dzimuma ($p = 0,009$) grupās, taču kopējās vecuma grupās statistiski ticama atšķirība netika konstatēta ($p = 0,9$): jauniem cilvēkiem ārsta noteiktās trauksmes diagnozes īpatsvars ir 5,7% (n = 65), 45–64 g. v. grupā 5,5% (n = 60) un vecuma grupā no 65 gadiem 6,0% (n = 38).

Respondentu īpatsvars, kuri atzīmēja, ka pēdējā gada (12 mēnešu) laikā ārsts viņiem ir diagnosticējis vai ārstējis depresiju, ir lielāks sievietēm (5,0%; n = 72) nekā vīriešiem (3,5%; n = 43) vidū. Savukārt vīriešiem vidū ir salīdzinoši lielāks respondentu īpatsvars ar depresiju jaunākajā respondentu vecuma grupā, turpretī sievietēm vidū depresijas diagnozes īpatsvars ir lielāks pusmūža vecuma grupā. Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja, ka pēdējā gada (12 mēnešu) laikā ārsts viņiem ir diagnosticējis vai ārstējis depresiju, bija statistiski ticami atšķirīgs dzimuma ($p = 0,03$) grupās, bet neatšķīrās kopējās vecuma grupās ($p = 0,7$). No visiem pētījuma dalībniekiem vecumā no 18 līdz 44 gadiem respondentu īpatsvars ar ārsta noteikto depresiju ir 4,0% (n = 45), vecuma grupā no 45 gadiem līdz 64 gadiem – 4,4% (n = 40), savukārt vecākajā grupā – 4,7% (n = 30).

Respondentu īpatsvars, kas atzīmēja, ka pēdējā gada (12 mēnešu) laikā ārsts viņiem ir diagnosticējis vai ārstējis somatoformo veģetatīvo distoniju, nebija statistiski ticami atšķirīgs dzimuma grupās ($p = 0,1$): vīriešiem tie bija 3,2% respondentu (n = 39), savukārt sievietēm – 4,2% (n = 61). Starp jauniem (18–44 g. v.) pētījuma dalībniekiem tādu respondentu īpatsvars, kuriem iepriekšējā gada laikā bija noteikta somatoformās veģetatīvās distonijas diagnoze, ir 4,5% (n = 51), pusmūža vecuma grupā – 3,3% (n = 30) un vecuma grupā no 65 gadiem – 2,8% (n = 18). Atšķirības starp kopējām vecuma grupām nebija statistiski nozīmīgas ($p = 0,1$).

2.2.4.1. attēls. Pēdējā gada laikā diagnosticētās vai ārstētās slimības dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



2.2.5. Medikamentu lietošana

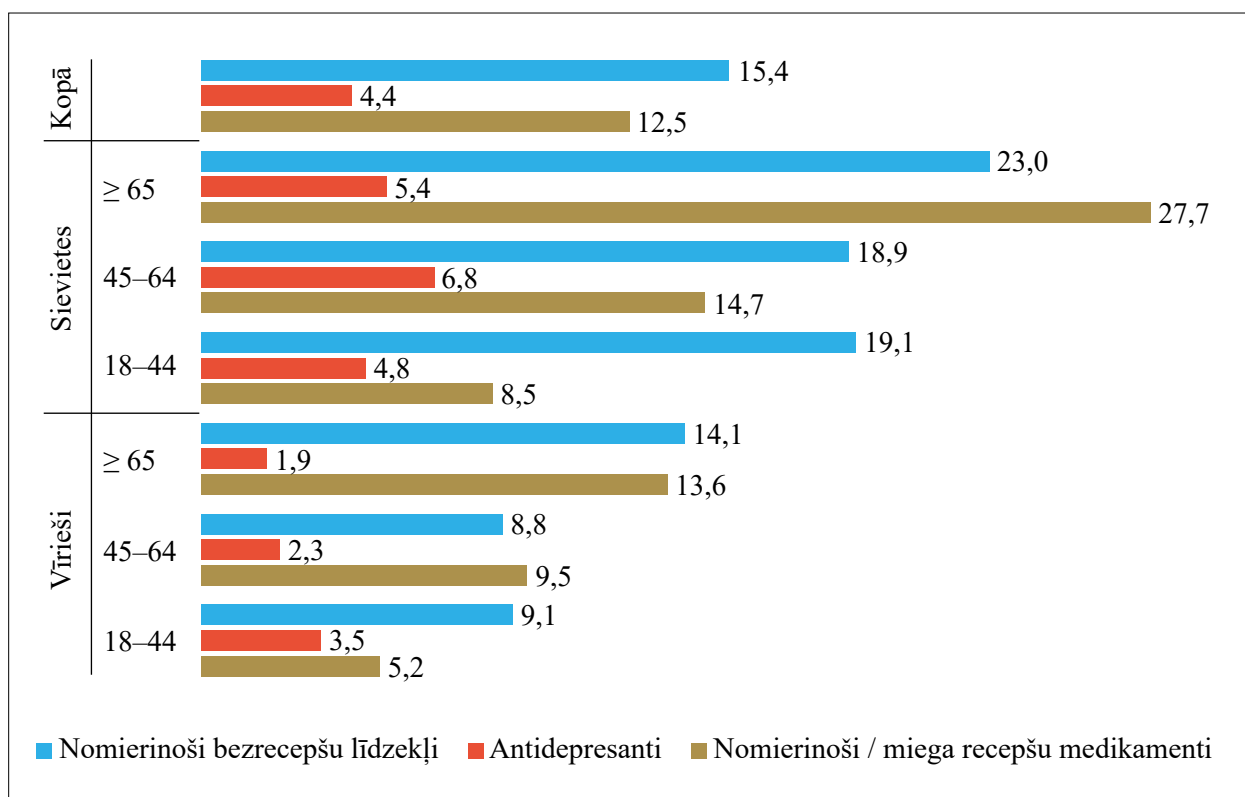
Atbildot uz jautājumu par medikamentu lietošanu pēdējā mēneša (30 dienu) laikā, vairākums respondentu (15,4%; $n = 414$) atzīmēja, ka lieto nomierinošus bezrecepšu līdzekļus. Respondentu īpatsvars, kas lieto bezrecepšu nomierinošos līdzekļus, starp sievietēm ir 20,2% ($n = 292$), bet starp vīriešiem – 9,9% ($n = 122$), kas ir statistiski nozīmīga atšķirība ($p < 0,001$). Gados jaunu cilvēku (18–44 g. v.) grupā bezrecepšu nomierinošo medikamentu lietošana ir raksturīga 13,8% ($n = 157$) respondentu, pusmūža vecuma (45–64 g. v.) grupā – 14,1% ($n = 129$), savukārt vecuma grupā no 65 gadiem – 20,0% ($n = 127$) respondentu. Medikamentu lietošanas pieaugums līdz ar vecumu ir statistiski ticams ($p = 0,001$). Gan sieviešu, gan vīriešu īpatsvars, kas lieto bezrecepšu nomierinošos medikamentus, ir salīdzinoši mazāks pusmūža vecumā, bet palielinās vecumā no 65 gadiem (sk. 2.2.5.1. attēlu).

Recepšu nomierinošo vai miega līdzekļu lietošana arī ir salīdzinoši izplatīta (12,5%; $n = 335$) un statistiski ticami ($p < 0,001$) palielinās līdz ar vecumu: 18–44 gadu vecuma grupā šos medikamentus lieto 6,7% ($n=67$), 45–64 gadu vecuma grupā 12,1% ($n = 112$) un vecuma grupā no 65 gadiem 23,1%

(n = 147) respondentu. Sieviešu īpatsvars, kas lieto recepšu nomierinošos medikamentus vai miega zāles, ir divreiz lielāks (16,1%; n = 234) nekā vīriešu īpatsvars (8,2%; n = 102), un atšķirība ir statistiski ticama ($p < 0,001$). Īpaši augsts recepšu nomierinošo medikamentu un miega līdzekļu lietotāju īpatsvars ir starp sievietēm vecumā no 65 gadiem (sasniedz 27,7%; n = 117).

Pašziņotā antidepresantu lietošana ir statistiski ticami mazāk izplatīta vīriešu vidū (2,7%; n = 34) nekā starp sievietēm (5,6%; n = 81) ($p < 0,001$). Gados jaunu cilvēku grupā antidepresantu lietošanu atzīmēja 4,1% (n = 46) respondentu, pusmūža vecumā – 4,7% (n = 43), savukārt vecākajā grupā – 4,1% (n = 26) respondentu. Atšķirība nav statistiski nozīmīga ($p = 0,7$). Nedaudz lielāks nekā sava dzimuma (vīriešu) grupā ir antidepresantu lietotāju īpatsvars jaunu vīriešu grupā un sievietes vecumā no 45 līdz 64 gadiem grupā.

2.2.5.1. attēls. Pēdējā mēneša laikā lietotie medikamenti dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)

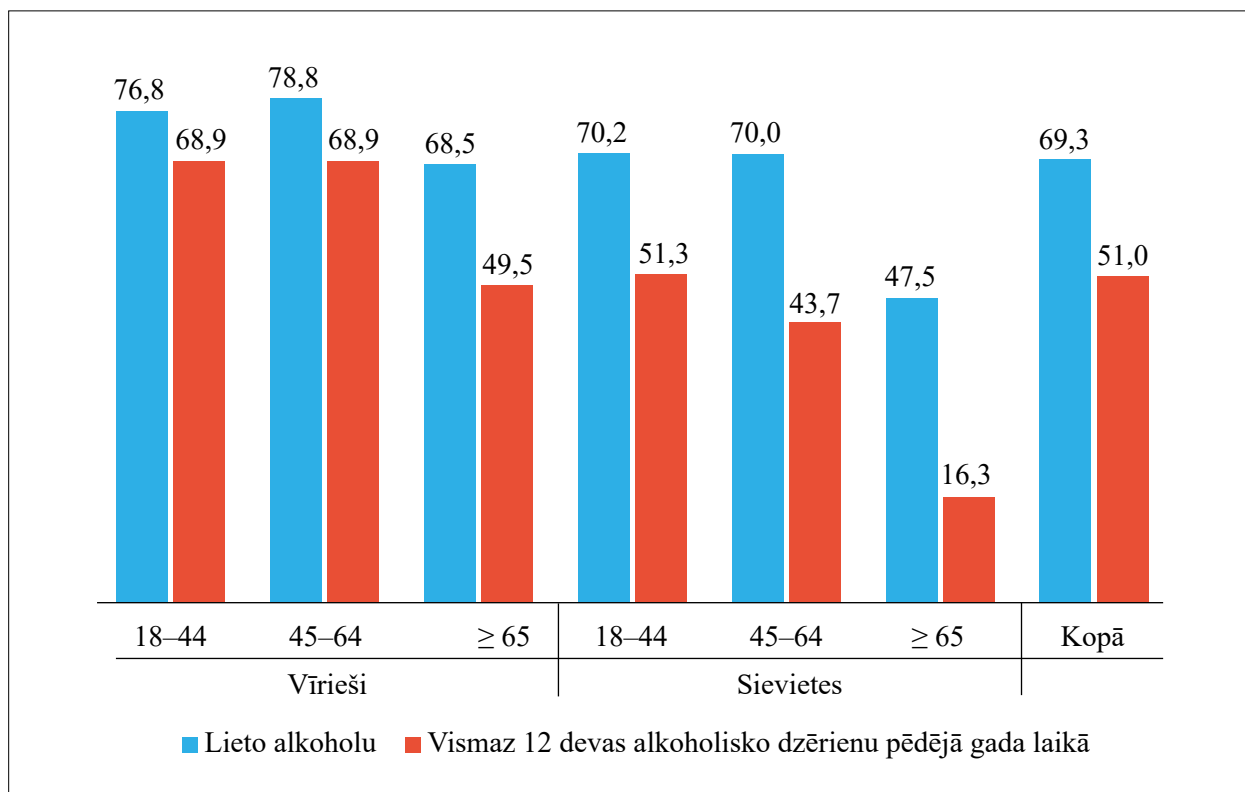


2.3. Alkohola lietošanas paradumi un traucējumi

Vairāk nekā divas trešdaļas (69,3%; n = 1862) pētījuma dalībnieku uz jautājumu “Vai Jūs lietojat alkoholu?” atbildēja apstiprinoši. Kopumā sieviešu vidū šādu respondentu īpatsvars ir 63,5% (n = 920), vīriešu vidū – lielāks (76,1%; n = 942). Alkohola lietotāju īpatsvars jaunu cilvēku vidū ir 73,7% (n = 836), pusmūža vecumā – 74,2% (n = 679), savukārt vecākajā respondentu grupā – 54,5% (n = 347). Pašu pacientu atzīmētās atbildes par alkohola lietošanu statistiski ticami atšķiras starp dzimumiem ($p < 0,001$) un vecuma grupām ($p < 0,001$).

Starp vīriešiem vislielākais alkohola lietotāju īpatsvars ir vecumā no 45 līdz 64 gadiem. Vīriešu grupā vecumā virs 65 gadiem alkohola lietotāju īpatsvars nedaudz samazinās, bet ne tik izteikti kā šī vecuma sievietēm. Pēdējā gada laikā vismaz 12 alkohola standartdevas³⁴ (viena alkohola standartdeva ir 12,8 g absolūtā alkohola) ir lietojuši 51,0% (n = 1371) respondentu. Īpaši augsts šādu respondentu īpatsvars ir jauniem un pusmūža vīriešiem (sk. 2.3.1. attēlu).

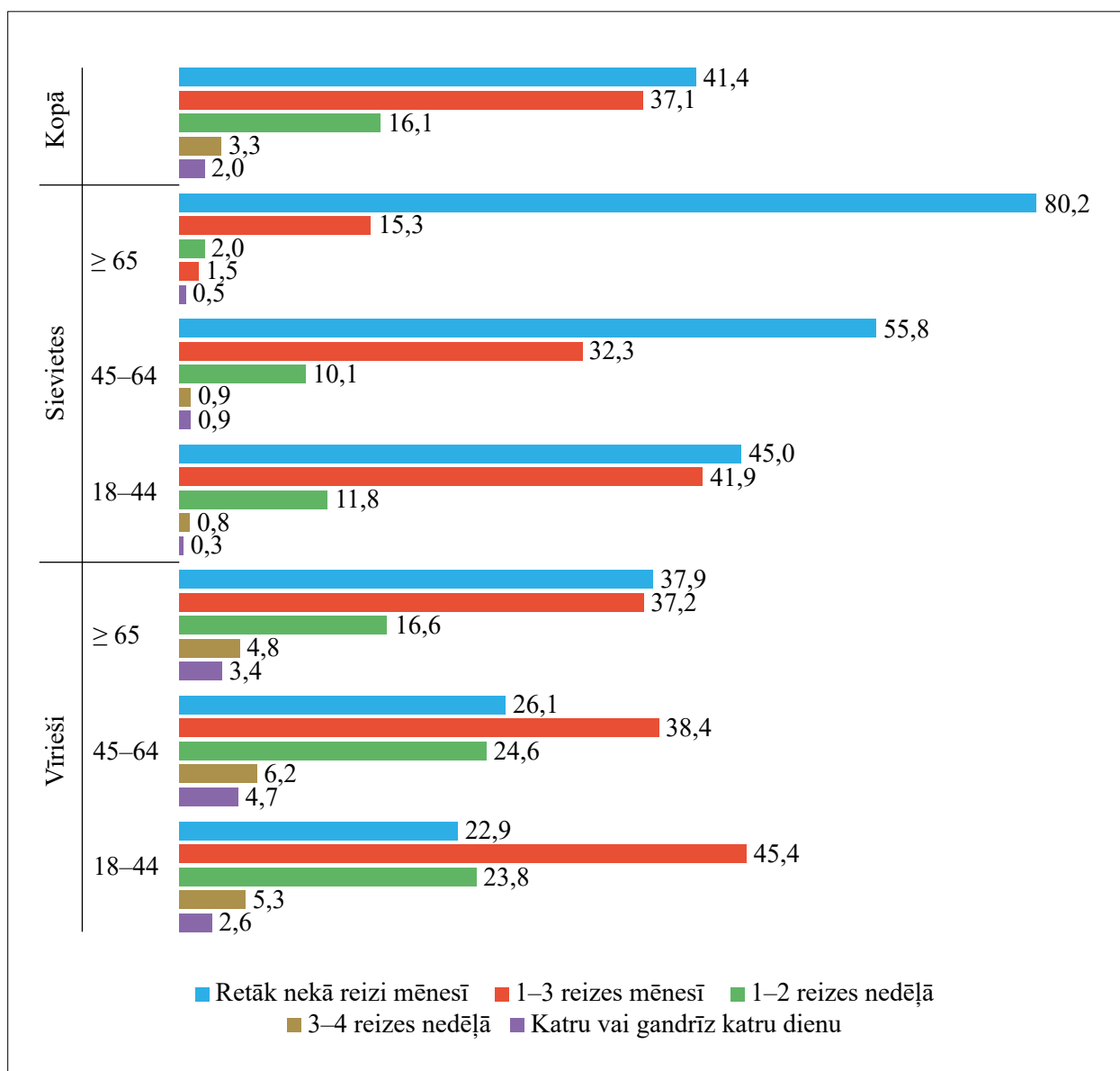
2.3.1. attēls. Alkohola lietošana dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Starp respondentiem, kas lieto alkoholu (n = 1862), procentuāli lielākā daļa (41,4%; n = 770) alkoholu (vismaz vienu alkohola devu) lietoja retāk nekā vienreiz mēnesī pēdējā gada laikā. Šāda atbilde tika sniegta visbiežāk visās sieviešu vecuma grupās un vecāka gadagājuma (≥ 65 g. v.) vīriešu grupā, bet gados jaunāku vīriešu vidū biežākā atbilde bija “1-3 reizes mēnesī”: 45,4% (n = 206) 18-44 gadu vecumā un 38,4% (n = 131) pusmūža (45-64 g. v.) vīriešu vidū. Salīdzinot ar sievietēm, vīriešiem visās vecuma grupās bija procentuāli lielāks respondentu īpatsvars, kas lietoja alkoholu katru vai gandrīz katru dienu pēdējā gada laikā (sk. 2.3.2. attēlu).

³⁴ Slimību profilakses un kontroles centrs. *Cik daudz ir par daudz?* https://www.spkc.gov.lv/sites/spkc/files/data_content/buklets_alkohola_devas_abpuse1.pdf

2.3.2. attēls. Alkohola lietošanas (vismaz viena alkohola deva) biežums pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu (n = 1862; īpatsvars, %)



2.3.1. Lietoto alkoholisko dzērienu veidi un devas

Lai raksturotu tipisko dažādu alkoholisko dzērienu lietošanu, respondentiem, kas lieto alkoholu, bija jānorāda, kādus dzērienus un vidēji cik mililitru (cik devas) viņi izdzēra tipiskā alkohola lietošanas situācijā pēdējā gada laikā vienā alkohola lietošanas reizē. Respondentu nosauktais tilpums tika pārrēķināts katra konkrētā alkohola dzēriena devās. Alkohola standartdeva ir 12,8 g absolūtā alkohola.

Mazalkoholisko alu pēdējā gada laikā vienā iedzeršanas epizodē (vidēji 2,9% stipru) lietoja 8,8% (n = 164) respondentu, kuri lieto alkoholu, visbiežāk 1-2 devas vienā lietošanas reizē (7,5%; n = 139). Vīriešu vidū kopumā un visās vecuma grupās ir lielāks respondentu īpatsvars, kas lietoja mazalkoholisko alu 1-2 devu apjomā vienā lietošanas reizē (sk. 2.3.1.1a tabulu).

Salīdzinot visus 3 alus veidus – gaišo, tumšo un stipro, **gaišo un tumšo alu** (vidēji 4–5% stipru) dzēra vislielākais alkohola lietotāju īpatsvars – 32,8% (n = 612). Visbiežāk (14,7%; n = 274) vienā lietošanas reizē tika lietotas 1–2 devas. Divreiz vairāk šo alkohola veidu lieto vīrieši, un šī tendence saglabājas visās vecuma grupās (sk. 2.3.1.1a tabulu).

Vismazāk populārais alus veids alkohola lietotāju vidū ir **stiprais alus** (vidēji 6–7% stiprs): to pēdējā gada laikā vienā alkohola dzeršanas reizē lietoja vien 3,4% (n = 64) alkohola patērētāju. Šī alus veida lietošana ir vairāk raksturīga vīriešiem, turklāt vīriešu vidū ir lielāks to respondentu īpatsvars, kas lieto šo alus veidu 3–4 vai vairāk nekā piecu devu apjomā vienā lietošanas reizē. Īpaši liels šī alkohola lietotāju īpatsvars ir pusmūža vīriešu (5,3%; n = 18) vidū (sk. 2.3.1.1a tabula).

2.3.1.1a tabula. Dažādu alus veidu devas vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, %

Devas	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Mazalkoholiskais alus (vidēji 2,9% stiprs)									
Neviena	84,4	90,6	96,6	88,5	89,0	96,4	99,5	93,9	91,2
1–2	13,4	7,3	3,4	9,7	8,9	3,6	0,5	5,2	7,5
3–4	1,5	2,1	0,0	1,5	2,1	0,0	0,0	0,9	1,2
≥ 5	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	455	341	146	942	381	338	200	920
Gaišais un tumšais alus (vidēji 4–5% stiprs)									
Neviena	40,3	49,1	73,3	48,7	81,7	87,9	91,5	86,1	67,2
1–2	20,3	19,3	21,2	20,0	10,7	8,3	8,0	9,2	14,7
3–4	23,1	17,5	4,8	18,3	4,7	3,6	0,5	3,4	10,9
≥ 5	16,3	14,0	0,7	13,1	2,9	0,3	0,0	1,3	7,3
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	454	342	146	941	382	338	201	920
Stiprais alus (vidēji 6–7% stiprs)									
Neviena	94,7	93,0	93,8	93,9	99,5	98,8	99,5	99,2	96,6
1–2	0,0	0,0	0,7	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1
3–4	1,8	1,8	3,4	2,0	0,3	1,2	0,0	0,5	1,3
≥ 5	3,5	5,3	2,1	3,9	0,0	0,0	0,5	0,1	2,0
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	454	342	146	942	381	338	201	920

No respondentu, kas lieto alu, sniegtās informācijas izriet, ka pēdējā gada laikā tipiskā vienā alkohola lietošanas reizē patērētā alus tilpuma mediānā vērtība mazalkoholiskā alus

gadījumā ir 500 ml (IQR: 500), gaišā un tumšā alus gadījumā – 1000 ml (IQR: 500), kā arī stiprā alus gadījumā – 1000 ml (IQR: 1500). (Informāciju par tipisku patērētā dažādu alus veidu tilpumu vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā abu dzimumu grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, sk. 2.3.1.1b tabulā.)

2.3.1.1b tabula. Tipiskais patērētais dažādu alus veidu tilpums vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā abu dzimumu grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, ml

Alus veids	Vīrieši				Sievietes				n
	Mediāna	IQR	Min	Max	Mediāna	IQR	Min	Max	
Mazalkoholiskais alus (vidēji 2,9% stiprs)	500,0	500,0	250,0	3000,0	500,0	500,0	200,0	2000,0	164
Gaišais un tumšais alus (vidēji 4–5% stiprs)	1000,0	997,6	100,0	5000,0	500,0	500,0	125,0	5000,0	612
Stiprais alus (vidēji 6–7% stiprs)	1000,0	1500,0	217,0	5000,0	500,0	72,0	217,0	1000,0	64

IQR – starpkvartiļu amplitūda

Min – minimālais tilpums, ml

Max – maksimālais tilpums, ml

n – respondentu skaits

Sidru (vidēji 5% alkohola) pēdējā gada laikā vienā dzeršanas epizodē lietoja 9,1% (n = 169) respondentu, kas lieto alkoholu. Visbiežāk šī veida alkoholu patērēja 1–2 devu apjomā vienā lietošanas reizē. Sidra lietotāju īpatsvars ir lielāks sieviešu vidū, tendencei saglabājoties visās vecuma kategorijās. Gados jaunu sieviešu vidū (salīdzinājumā ar situāciju vidēji visā alkohola lietotāju populācijā) ir lielāks tādu respondentu īpatsvars, kuras lieto sidru 1–2 devu apjomā vienā lietošanas reizē (15,7%; n = 60).

Gatavos alkoholiskos kokteiļus iepakojumā (vidēji 5,5% stiprus) pēdējā gada laikā vienā dzeršanas epizodē patērēja 4,9% alkohola lietotāju (n = 93), arī visbiežāk līdz 2 devām vienā lietošanas reizē. Arī šī stipruma alkoholisko kokteiļu lietotāju īpatsvars ir nedaudz lielāks sieviešu vidū (5,6%; n = 51), salīdzinot ar vīriešiem (4,3%; n = 41).

Gatavos alkoholiskos kokteiļus iepakojumā (vidēji 12,5% stiprus) patērēja vien 3,5% respondentu, kas lietoja alkoholu (n = 66) pēdējā gada laikā vienā dzeršanas epizodē. Šo dzērienu lietošanas tendences ir līdzīgas stiprā alus lietošanai: lielāks šo kokteiļu lietotāju īpatsvars ir vīriešu vidū, un visbiežāk šādi kokteiļi tiek lietoti devās, kas ir lielākas par 3 standartdevām³⁴ vienā lietošanas reizē (sk. 2.3.1.2a tabulu).

2.3.1.2a tabula. Sidra un gatavu alkoholisko kokteiļu devas vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, %

Devas	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Sidrs (vidēji 5% stiprs)									
Neviena	86,6	96,8	98,6	92,2	80,9	95,0	97,0	89,6	90,9
1–2	10,5	3,2	1,4	6,5	15,7	4,7	3,0	8,9	7,7
3–4	2,4	0,0	0,0	1,2	2,9	0,0	0,0	1,2	1,2
≥ 5	0,4	0,0	0,0	0,2	0,5	0,3	0,0	0,3	0,3
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	455	342	146	943	382	337	201	920
Gatavs alkoholisks kokteilis iepakojumā (vidēji 5,5% stiprs)									
Neviena	95,4	95,0	97,9	95,6	91,6	95,0	99,0	94,5	95,1
1–2	4,4	3,5	2,1	3,7	6,6	5,0	1,0	4,8	4,2
3–4	0,2	0,3	0,0	0,2	1,6	0,0	0,0	0,7	0,4
≥ 5	0,0	1,2	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,1	0,3
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	454	342	146	941	381	338	201	920
Gatavs alkoholisks kokteilis iepakojumā (vidēji 12,5% stiprs)									
Neviena	94,1	93,9	97,3	94,7	97,4	98,5	99,5	98,3	96,5
1–2	0,9	0,6	0,7	0,7	0,5	0,0	0,0	0,2	0,5
3–4	2,9	3,2	1,4	2,7	1,8	0,3	0,5	1,0	1,8
≥ 5	2,2	2,3	0,7	1,9	0,3	1,2	0,0	0,5	1,2
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	455	343	147	942	381	338	201	920

Pēc sidra lietotāju sniegtās informācijas izriet, ka tipiskā vienā lietošanas reizē patērētā tilpuma mediānā vērtība pēdējā gada laikā ir 300 ml (IQR: 300). Gatavo 5,5% alkoholisko kokteiļu mediānais patēriņš tā lietotāju populācijā ir 500 ml (IQR: 304,3) un (IQR: 225,0), savukārt gatavo 12,5% stipro kokteiļu mediānais patēriņš vienā lietošanas reizē ir 500 ml (IQR: 275,0). (Informācija par tipiski patērētā sidra un gatavo alkoholisko kokteiļu tilpumu vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā abu dzimumu grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, atspoguļota 2.3.1.2b tabulā.)

2.3.1.2b tabula. Tipiskais patērētais sidra un gatavo alkoholisko kokteiļu tilpums vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā dzimuma grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, ml

Alkoholiskais dzēriens	Vīrieši				Sievietes				n
	Mediāna	IQR	Min	Max	Mediāna	IQR	Min	Max	
Sidrs (vidēji 5%)	300,0	300,0	150,0	1500,0	300,0	300,0	150,0	1500,0	169
Gatavs alkoholisks kokteilis (vidēji 5,5%)	440,0	304,3	250,0	2750,0	500,0	225,0	275,0	1500,0	93
Gatavs alkoholisks kokteilis (vidēji 12,5%)	500,0	288,9	125,0	1650,0	371,6	275,0	125,0	750,0	66

IQR – starpkvartiļu amplitūda
 Min – minimālais tilpums, ml
 Max – maksimālais tilpums, ml
 n – respondentu skaits

Dzirkstošā vīna un šampanieša (vidēji 11% stipra) lietošana, salīdzinot ar citiem līdzīga stipruma dzērienu veidiem ir samērā izplatīta: 38,8% (n = 723) respondentu, kas lietoja alkoholu pēdējā gada laikā. Visbiežāk lieto 1–2 devas vienā lietošanas reizē (22,2%; n = 413). Dzirkstošā vīna un šampanieša lietotāju īpatsvars ir lielāks sieviešu vidū (52,4%; n = 482) nekā starp vīriešiem (25,6%; n = 241). Visās vecuma kategorijās sieviešu īpatsvars, kas lieto dzirkstošo vīnu un šampanieti, ir divreiz lielāks nekā šī vecuma vīriešu īpatsvars (sk. 2.3.1.3a tabulu).

Vīnu (vidēji 12,5% stipru) pēdējā gada laikā vienā dzeršanas epizodē lietoja 38,9% (n = 724) respondentu. Arī vīna lietotāju īpatsvars ir būtiski lielāks sieviešu vidū: 1–2 devas vienā lietošanas reizē lieto 30,8% sieviešu (n = 283), bet tikai 11,3% (n = 106) vīriešu (sk. 2.3.1.3a tabulu).

2.3.1.3a tabula. Dzirkstošā vīna, šampanieša un vīna devas vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, %

Devas	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Dzirkstošais vīns, šampanietis (vidēji 11% stiprs)									
Neviena	69,0	78,1	82,9	74,4	37,5	52,1	59,5	47,6	61,2
1–2	14,3	15,8	13,7	14,7	29,4	27,2	35,0	29,8	22,2
3–4	10,1	4,1	2,7	6,8	20,5	16,0	5,0	15,4	11,1
≥ 5	6,6	2,0	0,7	4,0	12,6	4,7	0,5	7,2	5,6
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	455	342	146	943	381	338	200	920

2.3.1.3a. tabulas turpinājums

Devas	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Vīns (vidēji 12,5% stiprs)										
Neviena	71,0	78,9	76,9	74,8	42,9	45,0	58,2	47,1	61,1	
1–2	12,1	7,6	17,0	11,3	23,8	35,2	36,3	30,8	20,9	
3–4	11,0	7,6	3,4	8,5	22,8	15,4	5,5	16,2	12,3	
≥ 5	5,9	5,8	2,7	5,4	10,5	4,4	0,0	6,0	5,7	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	455	342	147	942	382	338	201	920	1862

Pēc dzirkstošā vīna, šampanieša un vīna lietotāju sniegtās informācijas izriet, ka tipiskā vienā lietošanas reizē patērētā alkoholiskā dzēriena tilpuma mediānā vērtība ir 250 ml (IQR: 225). (Šo alkoholisko dzērienu minimālie un maksimālie tilpumi, ko vīrieši un sievietes patērēja vienā tipiskā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā, norādīti 2.3.1.3b tabulā.)

2.3.1.3b tabula. Tipiskais patērētais dzirkstošā vīna, šampanieša un vīna tilpums vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā abu dzimumu grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, ml

Alkoholiskais dzēriens	Vīrieši				Sievietes				n
	Mediāna	IQR	Min	Max	Mediāna	IQR	Min	Max	
Dzirkstošais vīns, šampanietis (vidēji 11%)	250,0	200,0	37,5	3750,0	250,0	225,0	50,0	1500,0	723
Vīns (vidēji 12,5%)	300,0	350,0	37,5	4500,0	250,0	175,0	20,0	2250,0	724

IQR – starpkvartiļu amplitūda
 Min – minimālais tilpums, ml
 Max – maksimālais tilpums, ml
 n – respondentu skaits

Stipros alkoholiskos dzērienus (40% stiprums) vienā dzeršanas epizodē pēdējo 12 mēnešu laikā lietoja kopumā 55,2% (n = 1029) respondentu, kas lieto alkoholu. Sieviešu vidū stiprā alkohola lietotāju īpatsvars ir 37,8% (n = 347), vīriešu vidū – 72,3% (n = 681). Sievietes biežāk lietoja 1–2 stiprā alkohola devas vienā lietošanas reizē, bet vīriešu vidū ir lielāks (47,7%; n = 449) to respondentu īpatsvars, kas lietoja 5 vai vairāk stiprā alkohola devas vienā lietošanas reizē. Šī tendence ir noturīga vīriešiem visās vecuma grupās (sk. 2.3.1.4a tabulu).

2.3.1.4a tabula. Stiprā alkohola devas vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, %

Devas	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Stiprie alkoholiskie dzērieni (vidēji 40% stipri)									
Neviena	33,0	24,0	19,7	27,7	74,3	58,7	44,5	62,2	44,8
1–2	9,2	12,6	21,8	12,3	10,7	21,2	42,0	21,3	16,8
3–4	9,2	11,1	24,5	12,3	6,5	8,0	9,0	7,6	10,0
≥ 5	48,6	52,3	34,0	47,7	8,4	12,1	4,5	8,8	28,5
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	455	342	147	942	382	339	200	919

Pēc informācijas, ko sniedza stipro alkoholisko dzērienu lietotāji, izriet, ka tipiskā vienā lietošanas reizē patērētā tilpuma mediānā vērtība ir 200,0 ml (IQR: 220,0). Jāuzsver, ka vīriešu lietoto alkoholisko dzērienu tilpumu mediāna būtiski atšķiras no sieviešu lietoto alkoholisko dzērienu tilpumu mediānās vērtības (sk. 2.3.1.4b tabulu).

2.3.1.4b tabula. Tipiskais patērētais stiprā alkohola tilpums vidēji vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā abu dzimumu grupās to respondentu vidū, kas lieto alkoholu, ml

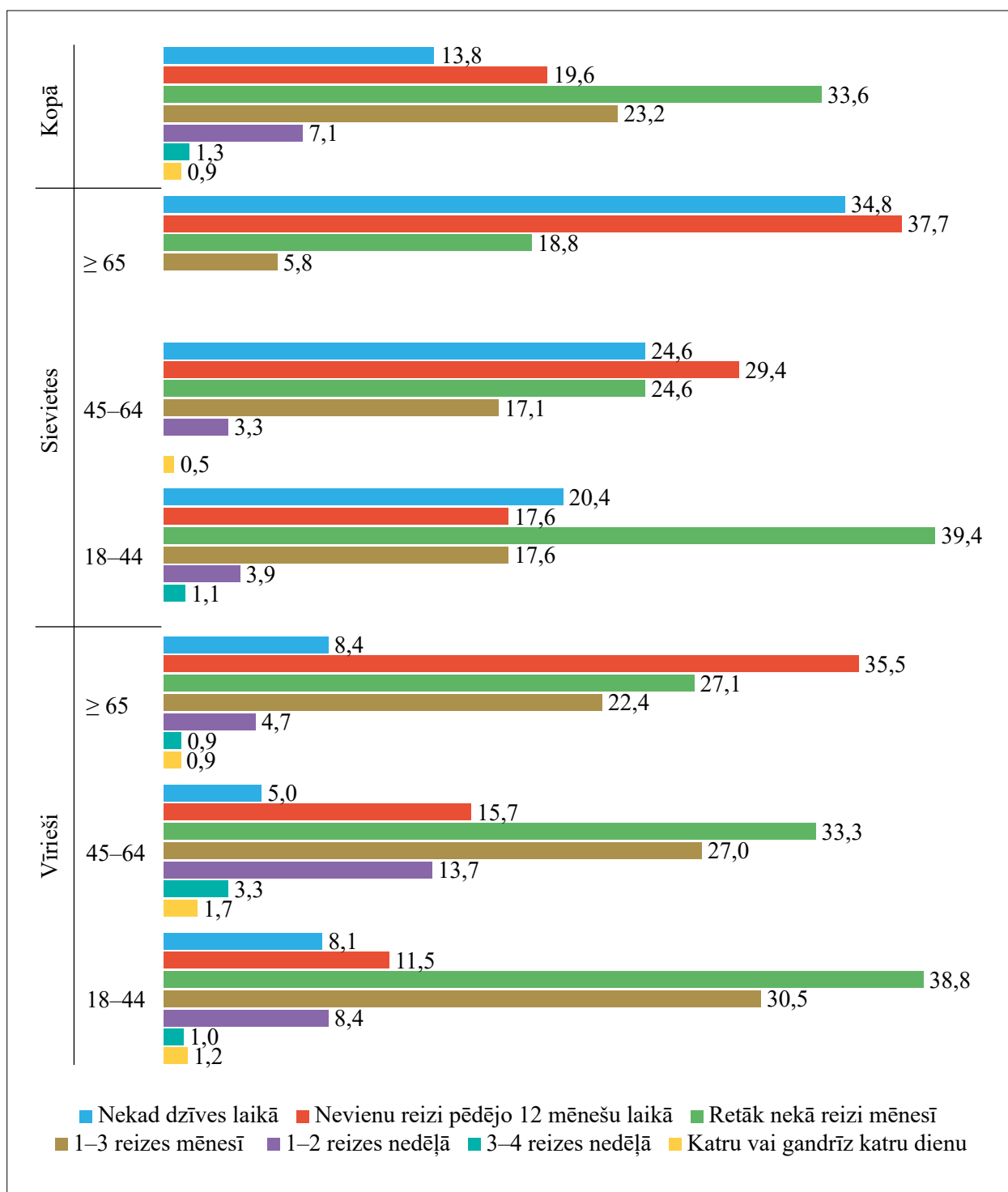
Alkoholiskais dzēriens	Vīrieši				Sievietes				n
	Mediāna	IQR	Min	Max	Mediāna	IQR	Min	Max	
Stiprie alkoholiskie dzērieni (vidēji 40%)	200,0	380,0	20,0	2000,0	80,0	120,0	12,0	2000,0	1029

IQR – starpkvartiļu amplitūda
 Min – minimālais tilpums, ml
 Max – maksimālais tilpums, ml
 n – respondentu skaits

2.3.2. Riskanta alkohola lietošana pēdējā gada laikā

Riskanta alkohola lietošana – 5 un vairāk alkohola devu lietošana vienā reizē pēdējā gada laikā (piemēram, vairāk nekā 1,5 litri alus vai nepilna pudele vīna (600 ml), vai 180 ml degvīna) – kopumā vairākumam respondentu (no tiem, kuri iepriekš bija atzīmējuši, ka lieto alkoholu) (33,6%; n = 463) ir raksturīga retāk nekā reizi mēnesī. Respondenti ir atzinuši, ka biežāk alkoholu ir lietojoši 1–3 reizes mēnesī (23,3%; n = 318). Vīriešu, kas riskantā veidā lietoja alkoholu 1–2 reizes nedēļā pēdējā gada laikā, īpatsvars ir būtiski lielāks visās šī vecuma grupās, salīdzinot ar sievietēm (sk. 2.3.2.1. attēlu). Vīriešu īpatsvars, kas pēdējā gada laikā riskantā veidā lietoja alkoholu katru vai gandrīz katru dienu, ir 1,4% (n = 11), sieviešu īpatsvars – 0,2% (n = 1).

2.3.2.1. attēls. Riskantās alkohola lietošanas (5 alkohola devas un vairāk) biežums vienā alkohola lietošanas reizē pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kuri lieto alkoholu (īpatsvars, %)

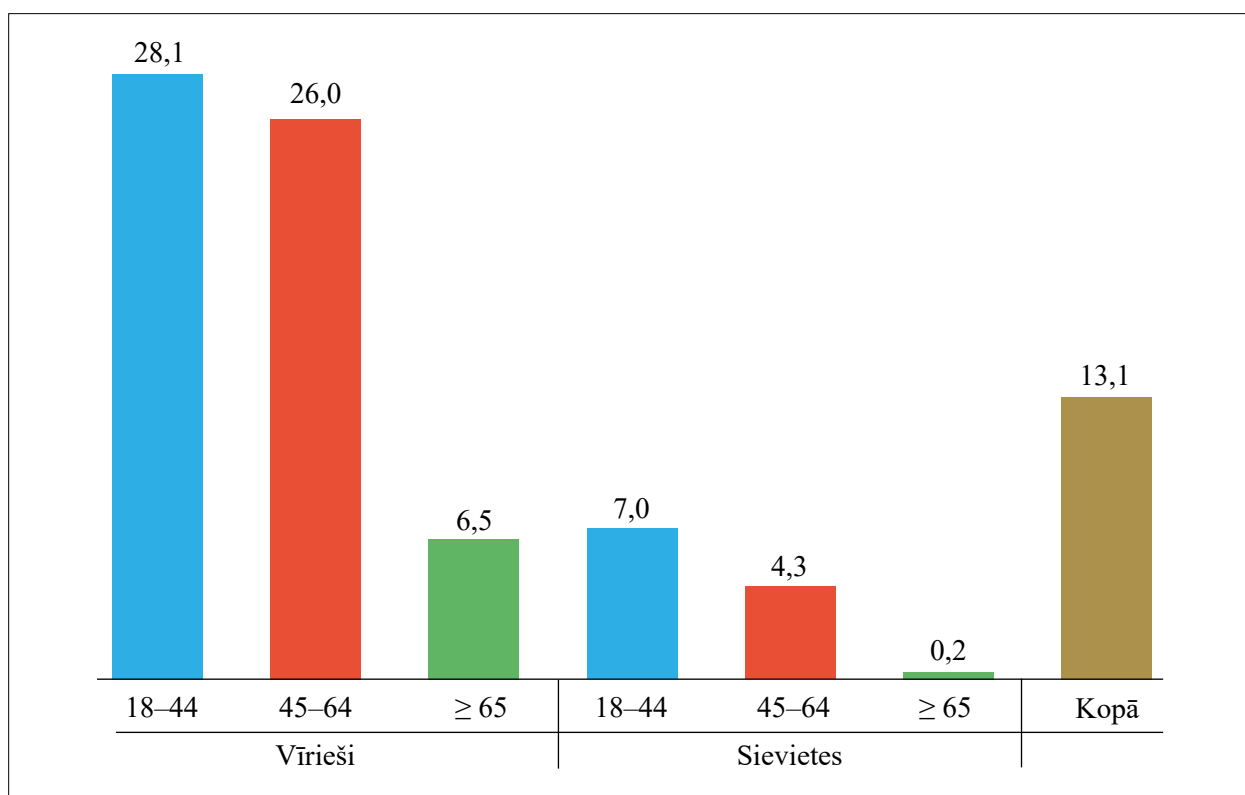


2.3.3. Alkohola lietošanas traucējumi (pēc *M.I.N.I.* diagnostiskās intervijas)

Alkohola lietošanas traucējumu diagnostiskajā blokā ir iekļauti jautājumi par alkohola lietošanas paradumiem pēdējā gada laikā. Saskaņā ar *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem alkohola

lietošanas traucējumi (F10.10–F10.21)³⁵ ir konstatēti 13,1% (n = 352) pētījuma respondentu. Šādi traucējumi ir noteikti 23,7% (n = 293) vīriešu un 4,1% (n = 60) sievietes. Diagnosticēto alkohola lietošanas traucējumu izplatība statistiski ticami atšķirās starp dzimumiem (p < 0,001). Gados jaunu (18–44 g. v.) respondentu grupā alkohola lietošanas traucējumi ir konstatēti 18,0% (n = 204), pusmūža vecuma (45–64 g. v.) grupā – 14,6% (n = 134), savukārt vecākajā respondentu grupā – 2,2% (n = 14). Alkohola lietošanas traucējumu izplatība ir statistiski ticami atšķirīga vecuma grupās (p < 0,001). Īpaši liels respondentu īpatsvars, kas cieš no šādiem traucējumiem, ir jaunu (28,1%) un pusmūža vīriešu (26,0%) vidū (sk. 2.3.3.1. attēlu).

2.3.3.1. attēls. Alkohola lietošanas traucējumu izplatība dzimuma un vecuma grupās (n = 352; īpatsvars, %)



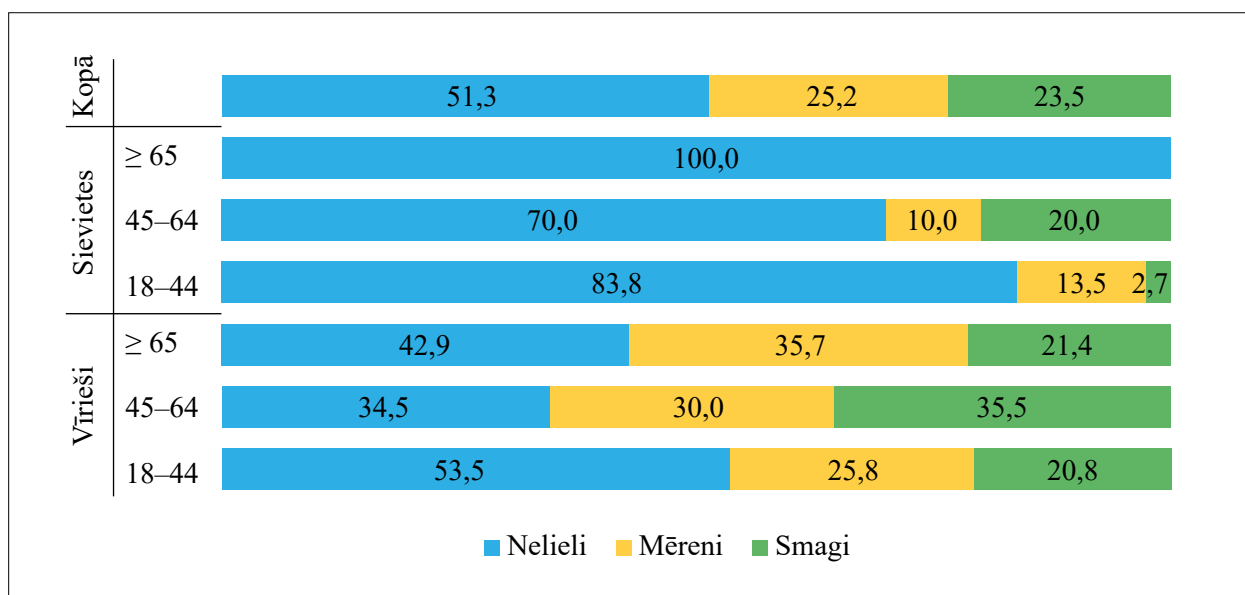
Ir vērojamas statistiski nozīmīgas alkohola lietošanas traucējumu izplatības atšķirības respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem (sk. pielikuma 1. tabulu). Vislielākā šādu traucējumu izplatība konstatēta Rīgā (15,1%, n = 136), salīdzinot ar citām pilsētām un lauku teritorijām, personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību (17,5%, n = 63), salīdzinot ar augstāka izglītības līmeņa grupām, un personām ar augstāku ienākumu līmeni, proti, “601 EUR un vairāk” mēnesī uz vienu mājsaimniecības locekli (17,8%, n = 95), salīdzinot ar zemāku ienākumu grupām.

³⁵ Slimību profilakses un kontroles centrs. *Aktuālā starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija, 10. redakcija*. https://ssk10.spkc.gov.lv/ssk/g_5

Visiem respondentiem, kam konstatēja alkohola lietošanas traucējumus (n = 352), tika noteikts šo traucējumu smagums. Lai traucējumi tiktu klasificēti kā nelieli, respondentam bija jāatzīmē vismaz 2 simptomi no specifisko jautājumu klāsta. Tie respondenti, kas, atbildot uz šiem jautājumiem, atzīmēja 1 simptomu, netika iekļauti traucējumu smaguma pakāpju gradācijā. Vairākumam respondentu (51,3%; n = 176) tika konstatēti nelieli alkohola lietošanas traucējumi. (Traucējumu smaguma pakāpju īpatsvars 341 respondenta grupā ir atspoguļots 2.3.3.2. attēlā.)

Smagi alkohola lietošanas traucējumi tika konstatēti 26,1% (n = 74) vīriešu un 8,6% (n = 5) sievietes. Vecuma grupās smagu traucējumu izplatība ir šāda: vecumā no 18 līdz 44 gadiem – 17,3% (n = 34), pusmūža vecumā – 32,8 % (n = 43), savukārt vecumā no 65 gadiem – 20,0% (n = 3). Īpaši liels respondentu īpatsvars (35,5%; n = 39) ar smagiem alkohola lietošanas traucējumiem ir vidējā vecuma vīriešu grupā (sk. 2.3.3.2. attēlu).

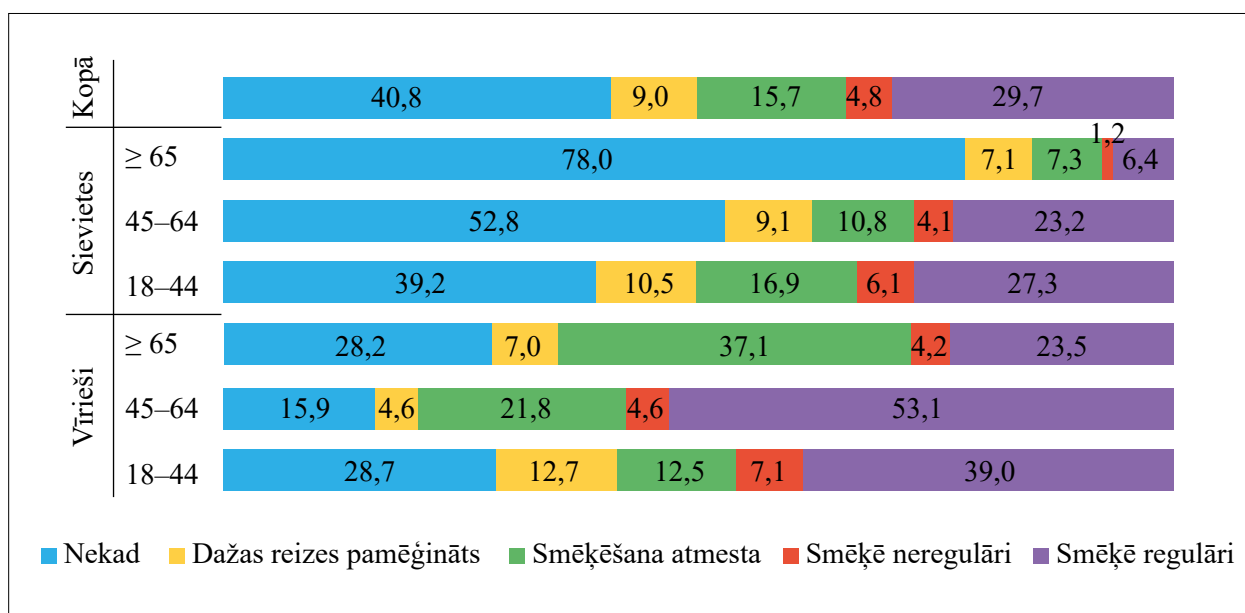
2.3.3.2. attēls. Psihisku un uzvedības traucējumu smaguma pakāpe pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās tiem respondentiem, kam konstatēti alkohola lietošanas traucējumi (n = 352; īpatsvars, %)



2.4. Smēķēšanas paradumi

Intervijas laikā, atbildot uz jautājumu “Vai Jūs savas dzīves laikā esat smēķējis(-usi)/lietojis(-usi) tabaku un nikotīnu saturošus produktus?”, 29,7% (n = 798) respondentu (sk. 2.4.1. attēlu) atzīmēja, ka “smēķē/lieto regulāri”. Lielāks ir vīriešu īpatsvars, kas atzīmēja, ka tabakas un nikotīnu saturošos produktus lieto regulāri – 41,4% (n = 512), savukārt šādu sieviešu īpatsvars ir 19,8% (n = 287). Īpaši liels regulāru tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietotāju īpatsvars ir vidējā vecuma vīriešu vidū: vairāk nekā puse (53,1%; n = 231) šīs grupas respondentu.

2.4.1. attēls. Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanas izplatība un pieredze dzīves laikā dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



2.4.1. Dažādu tabaku un nikotīnu saturošo produktu lietošana

Visiem respondentiem, kas smēķē/lieto tabaku un nikotīnu saturošos produktus regulāri vai atzīmēja, ka lieto "šad tad" (kopā n = 927), aptaujā bija jāatbild uz jautājumiem par tabakas un nikotīna izstrādājumu lietošanas biežumu.

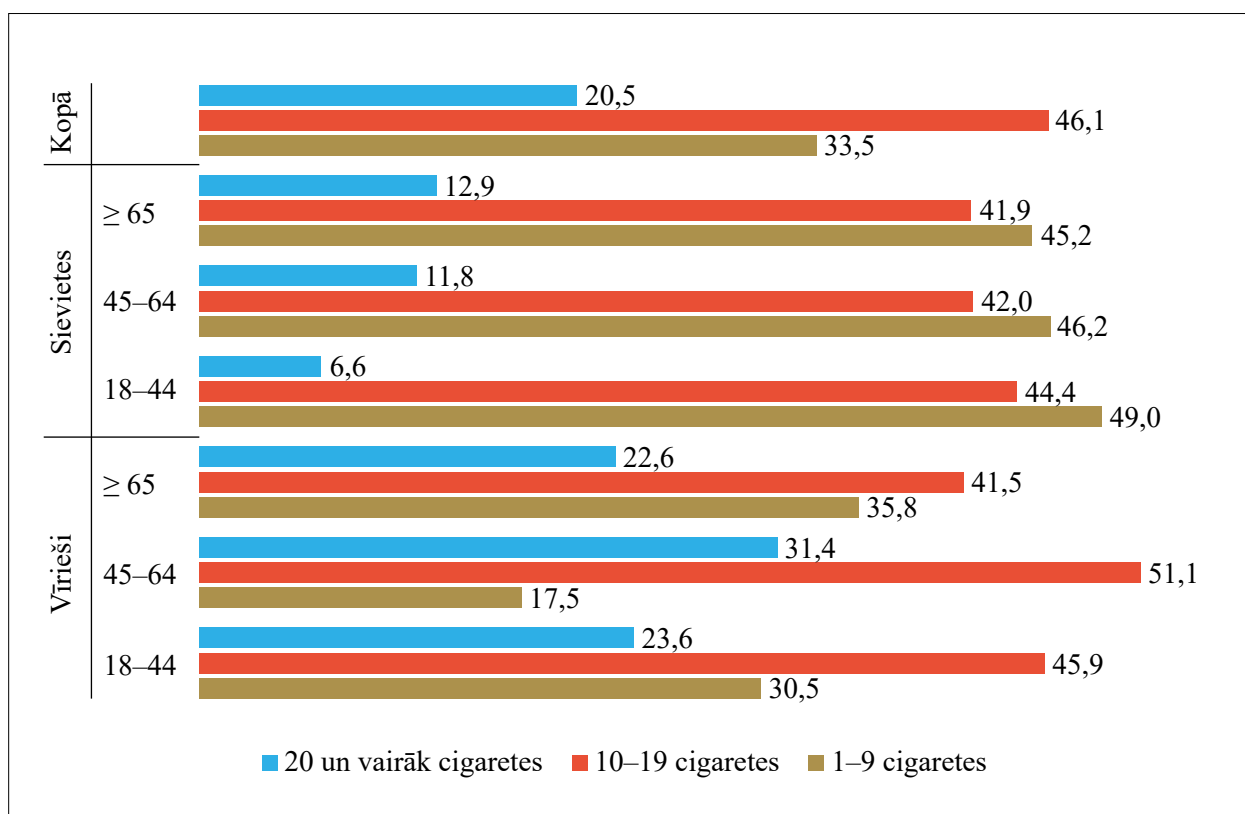
Tabakas un nikotīna izstrādājumu lietotāju grupā 78,8% (n = 732) smēķē **cigarettes** katru vai gandrīz katru dienu (sk. 2.4.1.1. tabulu). Šo respondentu īpatsvars būtiski neatšķiras dzimuma grupās. Taču tas ir īpaši augsts vecuma grupā no 65 gadiem (85,9%; n = 79).

2.4.1.1. tabula. Cigarešu smēķēšanas biežums tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu lietotāju vidū dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18-44	45-64	≥ 65	Kopā	18-44	45-64	≥ 65	Kopā		
Katru/gandrīz katru dienu	72,8	84,9	87,9	79,4	72,4	83,3	84,8	77,7	78,8	
Vismaz reizi mēnesī	9,2	4,4	3,4	6,5	8,8	5,3	9,1	7,5	6,9	
Retāk nekā reizi mēnesī	3,3	2,0	0,0	2,4	3,9	2,3	3,0	3,2	2,7	
Vairs nelieto	7,7	2,0	6,9	5,1	6,1	4,5	0,0	4,9	5,1	
Nekad nav lietojis(-usi)	7,0	6,7	1,7	6,5	8,8	4,5	3,0	6,6	6,6	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	272	252	58	583	181	132	33	346	929

No cigarešu smēķētājiem (n = 815) lielākā daļa respondentu izsmēķē 10-19 cigaretes dienā (46,1%; n = 375). Respondentu īpatsvars, kas dienā izsmēķē 20 cigaretes un vairāk, ir divreiz lielāks vīriešu vidū, salīdzinot ar sievietēm. Šāda tendence saglabājas visās vecuma grupās (sk. 2.4.1.2. attēlu).

2.4.1.2. attēls. Cigarešu smēķētāju dienā izsmēķēto cigarešu skaits dzimuma un vecuma grupās (n = 815; īpatsvars, %)



Smēķējamo tabaku (uztinamās cigaretes, pīpju tabaku) ar dažādu regularitāti lieto 9,3% (n = 86) tabakas produktu lietotāju. Tādu cilvēku īpatsvars, kas lieto smēķējamo tabaku katru vai gandrīz katru dienu, ir būtiski lielāks vīriešu vidū visās vecuma grupās (sk. 2.4.1.3. tabulu).

2.4.1.3. tabula. Smēķējamās tabakas lietošanas biežums tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu lietotāju vidū dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18-44	45-64	≥ 65	Kopā	18-44	45-64	≥ 65	Kopā		
Katru/gandrīz katru dienu	8,4	8,4	6,8	8,1	3,3	3,0	3,1	3,2	6,3	
Vismaz reizi mēnesī	2,6	2,8	1,7	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	
Retāk nekā reizi mēnesī	1,1	3,6	0,0	1,9	0,0	1,5	0,0	0,6	1,4	
Vairs nelieto	20,1	12,7	5,1	15,5	11,0	9,1	3,1	9,6	13,3	
Nekad nav lietojis(-usi)	67,9	72,5	86,4	71,9	85,6	86,4	93,8	86,7	77,4	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	274	251	59	581	181	132	32	345	926

Respondentu dienā izsmēķēto smēķējamās tabakas (uztinamo cigarešu, pīpju tabakas) produktu vienību mediāna ir 10 vienības dienā (IQR: 5-20). Maksimālais respondentu nosauktais lietotais smēķējamās tabakas produktu vienību skaits dienā: 45 vienības.

Cigāru lietošanu atzīmēja 18 cilvēki (2% tabakas un nikotīna izstrādājumu lietotāju). Cigāru regulāras (katru/gandrīz katru dienu) lietošanas izplatība ir nedaudz lielāka gados jaunu un pusmūža vīriešu vidū (sk. 2.4.1.4. tabulu).

2.4.1.4. tabula. Cigāru smēķēšanas biežums tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu lietotāju vidū dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Katru/gandrīz katru dienu	1,5	2,4	0,0	1,7	0,0	3,1	0,0	1,2	1,5	
Vismaz reizi mēnesī	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,3	0,1	
Retāk nekā reizi mēnesī	0,7	0,8	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	
Vairs nelieto	18,3	15,1	10,2	16,0	9,4	6,9	3,1	8,1	13,1	
Nekad nav lietojis(-usi)	79,5	81,7	89,8	81,6	90,0	90,1	96,9	90,4	84,9	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	273	251	59	582	180	131	32	345	927

Pēc cigāru smēķētāju sniegtās informācijas izriet, ka dienā izsmēķēto cigāru skaita mediāna ir 6 cigāri (IQR: 2,3–15,7), maksimālais nosauktais izsmēķēto cigāru skaits dienā: 25 vienības.

Cigarillas intervijas laikā ar dažādu regularitāti kopumā lietoja 2,1% (n = 17) tabakas produktu lietotāju. Cigarillu ikdienas lietošana nedaudz vairāk ir izplatīta vīriešu vidū (sk. 2.4.1.5. tabulu). Pēc cigarillu lietotāju sniegtās informācijas izriet, ka dienā izsmēķēto cigarillu skaita mediāna ir 3 cigarillas (IQR: 1,0–6,6). Respondentu maksimālais nosauktais izsmēķēto cigarillu skaits dienā: 10 vienības.

2.4.1.5. tabula. Cigarillu lietošanas biežums tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu lietotāju vidū dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Katru/gandrīz katru dienu	0,7	1,2	1,7	1,0	0,0	0,8	3,1	0,6	0,9	
Vismaz reizi mēnesī	0,7	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	
Retāk nekā reizi mēnesī	1,5	1,2	0,0	1,2	0,0	0,8	0,0	0,3	0,9	
Vairs nelieto	22,6	10,8	5,2	15,8	11,0	11,4	3,1	10,7	13,9	
Nekad nav lietojis(-usi)	74,5	86,5	93,1	81,5	89,0	87,1	93,8	88,4	84,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	274	251	58	583	181	132	32	345	928

Elektroniskās cigaretes lieto 5,3% (n = 48) tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietotāju. Šo produktu lietošana ir izplatīta jaunākajā (18–44 g. v.) sieviešu un vīriešu vecuma grupā (sk. 2.4.1.6. tabulu).

2.4.1.6. tabula. Elektronisko cigarešu lietošanas biežums tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu lietotāju vidū dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Katru/gandrīz katru dienu	7,0	0,4	0,0	3,6	6,1	0,0	0,0	3,2	3,5	
Vismaz reizi mēnesī	1,5	0,0	0,0	0,7	2,8	0,0	0,0	1,4	1,0	
Retāk nekā reizi mēnesī	1,5	0,0	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0	0,9	0,8	
Vairs nelieto	18,4	5,6	3,4	11,3	17,8	12,9	6,3	14,8	12,6	
Nekad nav lietojis(-usi)	71,7	94,0	96,6	83,7	71,7	87,1	93,8	79,7	82,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	272	250	59	582	180	132	32	345	927

Intervijas laikā karsējamo tabaku ar dažādu regularitāti lietoja 3,7% (n = 34) tabakas un nikotīna izstrādājumu lietotāju. Līdzīgi elektronisko cigarešu lietošanai, tabakas karsēšanas ierīces salīdzinoši vairāk ir izplatītas jaunu cilvēku, īpaši 18–44 g. v. sieviešu (5,6%; n = 10), vidū (sk. 2.4.1.7. tabulu). Pēc karsējamās tabakas lietotāju sniegtās informācijas izriet, ka dienā patērēto karsējamās tabakas vienību skaita mediāna ir 8 vienības (IQR: 2,4–10,0). Respondentu maksimālais nosauktais lietoto karsējamās tabakas vienību skaits dienā: 20 vienības.

2.4.1.7. tabula. Karsējamās tabakas lietošanas biežums tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu lietotāju vidū dzimuma un vecuma grupās, %

Reizes	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Katru/gandrīz katru dienu	2,9	0,0	0,0	1,4	5,6	3,0	0,0	4,0	2,4	
Vismaz reizi mēnesī	1,1	0,8	0,0	0,9	1,1	0,0	0,0	0,6	0,8	
Retāk nekā reizi mēnesī	1,8	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	
Vairs nelieto	7,7	4,0	0,0	5,3	4,4	6,8	3,1	5,5	5,4	
Nekad nav lietojis(-usi)	86,4	95,2	100,0	91,6	88,9	90,2	96,9	89,9	90,9	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	272	251	59	582	180	132	32	346	928

Divi (n = 2) respondenti ir atzīmējuši, ka lieto ūdenspīpi. Abi ir vīrieši vecumā no 18 līdz 44 gadiem.

2.4.2. Ar tabaku un nikotīnu saturošo produktu lietošanu saistītā uzvedība un paradumi

Respondenti, kas smēķē vai lieto tabaku un nikotīnu saturošos produktus vai to ir atmetuši (n = 1348), tika aptaujāti par galvenajiem iemesliem, kuru dēļ viņi ir atmetuši vai mēģināja atmet smēķēšanu/tabakas un nikotīnu saturošu produktu lietošanu pēdējā gada (12 mēnešu) laikā.

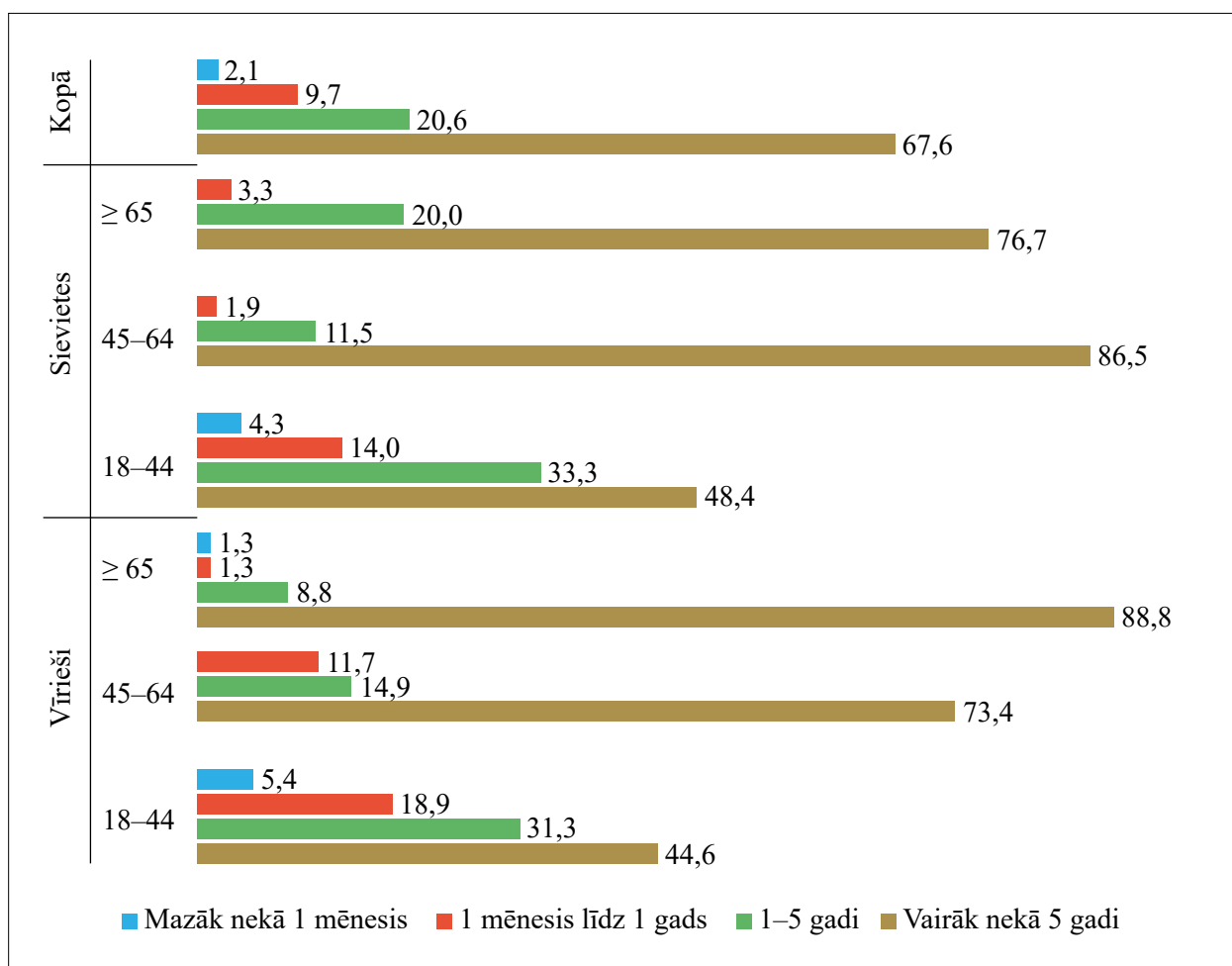
Visbiežāk kā galveno motivāciju respondenti nosauca “citu iemeslu”, minot “apnikumu”, “vēlmi sevi pārbaudīt, vai spēs”, “darba un karjeras dēļ”. Nākamais biežākais nosauktais iemesls bija “sūdzības par veselību vai slimību” (9,5%; n = 128). Lielāks respondentu īpatsvars ar tieši šādu motivāciju bija sieviešu un vīriešu vidū vecumā no 65 gadiem (sk. 2.4.2.1. tabulu).

2.4.2.1. tabula. Smēķēšanas atmešanas vai mēģinājuma atmest pēdējā gada laikā galvenais iemesls dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kas lieto tabaku saturošus produktus vai to lietošanu ir atmetuši (n = 1348), %

Iemesls	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Sūdzības par veselību/ slimības ārstēšana	7,8	11,6	15,2	10,6	6,6	6,5	15,9	7,7	9,5	
Izvairīšanās no nopietnas slimības	5,2	6,1	7,2	5,9	3,7	5,4	4,8	4,4	5,3	
Grūtniecība	0,0	0,0	0,0	0,0	14,8	1,6	1,6	8,5	3,3	
Ekonomiski iemesli	10,1	9,3	3,6	8,7	3,7	9,2	9,5	6,5	7,9	
Labā piemēra rādīšana bērniem	3,5	2,0	4,3	3,0	3,0	7,6	3,2	4,6	3,6	
Smēķēšanas aizliegumi sabiedriskās vietās	0,3	0,3	0,7	0,4	0,4	0,0	0,0	0,2	0,3	
Cits iemesls	10,7	9,6	8,0	9,7	11,1	9,8	15,9	11,2	10,2	
Nav atmetis vai mēģinājis atmest	62,4	61,2	60,9	61,7	56,8	59,8	49,2	56,9	59,9	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	346	345	138	828	271	184	63	520	1348

No visiem pētījumā iesaistītajiem respondentiem 15,7% (n = 422) dzīves laikā ir smēķējuši vai lietojuši tabaku vai nikotīnu saturošus produktus, bet atmetuši šo paradumu. Lielākā daļa šo respondentu (67,6%; n = 286) to ir izdarījuši pirms vairāk nekā 5 gadiem (sk. 2.4.2.2. attēlu).

2.4.2.2. attēls. Laika periods kopš smēķēšanas/tabaku un nikotīnu saturošu produktu lietošanas atmešanas dzimuma un vecuma grupās (n = 422; īpatsvars, %)



Fagerstroma nikotīna atkarības tests ir standarta instruments fiziskās atkarības no nikotīna intensitātes novērtēšanai. Tests, kurā jāatbild uz sešiem jautājumiem, ļauj novērtēt tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu patēriņa daudzumu, lietošanas kompulsivitāti un atkarības pazīmes. Punkti par katru atbildi (no 0 līdz 3) tiek summēti, lai iegūtu kopējo punktu skaitu no 0 līdz 10. Jo augstāka ir kopējā Fagerstroma testa punktu summa, jo intensīvāka ir pacienta fiziskā atkarība no nikotīna.

Respondentiem, kas lieto tabakas izstrādājumus un nikotīnu saturošos produktus, kā arī bija snieguši visas atbildes uz Fagerstroma testa jautājumiem (n = 893), tika noteikts atkarības no tabakas izstrādājumiem un nikotīnu saturošiem produktiem intensitātes līmenis (sk. 2.4.2.3. tabulu). Ļoti smaga un smaga atkarība ir vairāk izplatīta vīriešiem: ļoti smaga atkarība no tabakas izstrādājumiem un nikotīnu saturošiem produktiem tika noteikta 3,7% (n = 21) vīriešu, savukārt smaga atkarība – 13,5% (n = 76) vīriešu. Sieviešu grupā ļoti smaga atkarība tika noteikta 0,9% (n = 3) sieviešu, savukārt smaga – 12,4% (n = 41) sieviešu. Smagas atkarības īpatsvars populācijā ir 13,0%. Savukārt vidēji smaga atkarība kopumā ir 32,8% respondentu. Šis rādītājs augstāks ir

vīriešu populācijā. Tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu atkarības līmenis statistiski ticami atšķiras dzimumu grupās ($p = 0,004$). Vecuma grupās vislielākais respondentu īpatsvars ar smagu (16,6%; $n = 63$) un ļoti smagu atkarību (4,7%; $n = 18$) ir pusmūža vecumā (45–64 g. v.). Visu vecumu grupās visbiežāk izplatīta ir viegla atkarība: 36,4% ($n = 154$) jaunu cilvēku vidū, 30,9% ($n = 117$) pusmūža vecumā un 40,7% ($n = 37$) vecumā no 65 gadiem. Atkarības no tabakas izstrādājumiem un nikotīnu saturošiem produktiem līmenis statistiski ticami atšķiras vecuma grupās ($p = 0,002$). Tieši pusmūža vīriešu vidū ir divreiz lielāks respondentu īpatsvars ar ļoti smagu nikotīna atkarību (6,4%; $n = 16$) nekā vidēji populācijā (sk. 2.4.2.3. tabulu).

2.4.2.3. tabula. Fagerstroma testa rezultāti tabakas izstrādājumu un nikotīnu saturošo produktu lietotāju vidū dzimuma un vecuma grupās, %

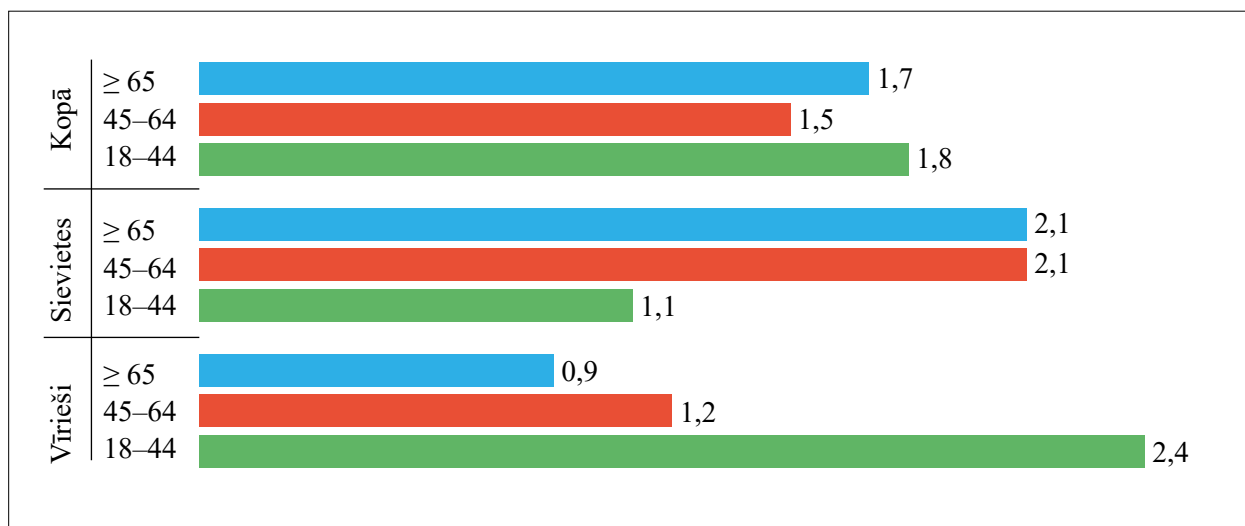
Atkarības intensitāte	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Ļoti zema atkarības iespējamība (0–1 punkts)	16,7	11,2	17,5	14,4	24,7	19,7	12,1	21,2	16,9	
Viegla atkarība (2–3 punkti)	38,4	28,0	33,3	33,3	33,1	36,4	54,5	36,7	34,5	
Vidēji smaga atkarība (4–5 punkti)	33,3	36,4	38,6	35,1	31,3	28,0	18,2	28,8	32,8	
Smaga atkarība (6–7 punkti)	9,7	18,0	10,5	13,5	10,8	13,6	12,1	12,4	13,0	
Ļoti smaga atkarība (8–10 punkti)	1,8	6,4	0,0	3,7	0,0	2,3	3,0	0,9	2,7	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	258	250	57	564	166	132	33	330	893

2.5. Apreibinošu vielu lietošanas traucējumi

M.I.N.I. intervijas apreibinošo vielu (nealkohola) lietošanas traucējumu (F11.1–F19.21)²⁹ diagnostikas sadaļā iekļauti jautājumi par dažādu psihoaktīvo narkotisko vielu (piemēram, stimulantu (kokaīna, amfetamīna), kaņepju preparātu, opiātu (heroīna, morfija u. c.)) lietošanu pēdējā gada (12 mēnešu) laikā. Saskaņā ar *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem apreibinošo vielu lietošanas traucējumi ir konstatēti 1,7% ($n = 45$) pētījuma respondentu. Šo traucējumu izplatība ir vienāda vīriešu (1,7%; $n = 21$) un sieviešu (1,7%; $n = 24$) vidū. Statistiski ticama atšķirība starp dzimumiem nav konstatēta ($p = 0,5$). Kopējā apreibinošo vielu lietošanas traucējumu izplatība vecuma grupās ir šāda: 1,8% ($n = 20$) respondentu vecumā no 18 līdz 44 gadiem, 1,5% ($n = 14$) respondentu vecumā no 45 līdz 64 gadiem un 1,7% ($n = 11$) respondentu no 65 gadu vecuma.

Apreibinošo vielu lietošanas traucējumu izplatībai dažādās vecuma grupās nav konstatēta statistiski ticama atšķirība ($p = 0,9$). Vislielākais respondentu īpatsvars (2,4%; $n = 14$), kam ir konstatēti šādi traucējumi, ir jaunu vīriešu vidū (sk. 2.5.1. attēlu).

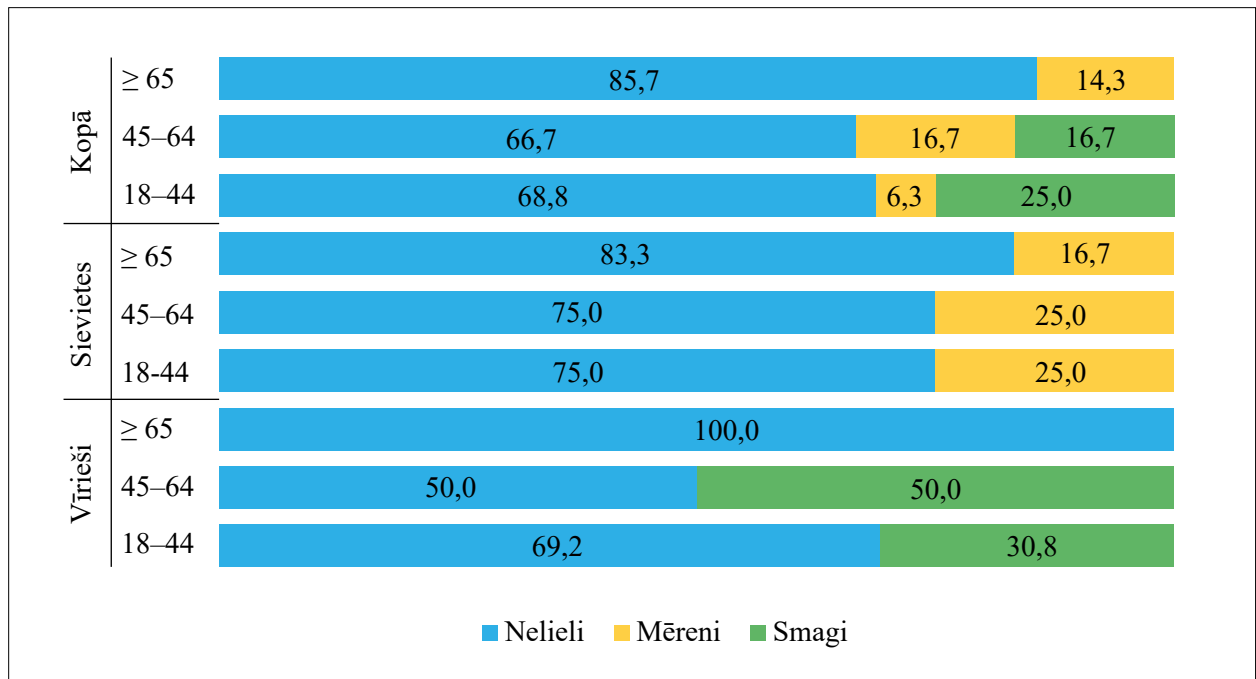
2.5.1. attēls. Apreibinošo vielu lietošanas traucējumu izplatība pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Statistiski nozīmīgas apreibinošo vielu lietošanas traucējumu izplatības atšķirības respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem nav konstatētas (sk. pielikuma 2. tabulu).

Visiem respondentiem, kam konstatēja apreibinošo vielu lietošanas traucējumus ($n = 45$), tika noteikts šo traucējumu smagums. Lai traucējumi tiktu klasificēti kā nelieli, respondentam bija jāatzīmē vismaz divi simptomi no specifisko jautājumu klāsta. Tie respondenti, kas, atbildot uz šiem jautājumiem, atzīmēja vienu simptomu, netika iekļauti smaguma pakāpju gradācijā. Tādējādi traucējumu smaguma pakāpe tika noteikta 30 cilvēku grupai (sk. 2.5.2. attēlu). Šajā grupā kopumā vairākiem respondentu ir konstatēti nelieli apreibinošo vielu lietošanas traucējumi (72,3%; $n = 21$). Smagi apreibinošo vielu lietošanas traucējumi tika konstatēti 17,6% ($n = 5$) respondentu: četriem vīriešiem vecumā no 18 līdz 44 gadiem un vienam vīrietim vecumā no 45 līdz 64 gadiem.

2.5.2. attēls. Apreibinošo vielu lietošanas traucējumu smaguma pakāpe pēdējā gada laikā dzimuma un vecuma grupās (n = 30; īpatsvars, %)

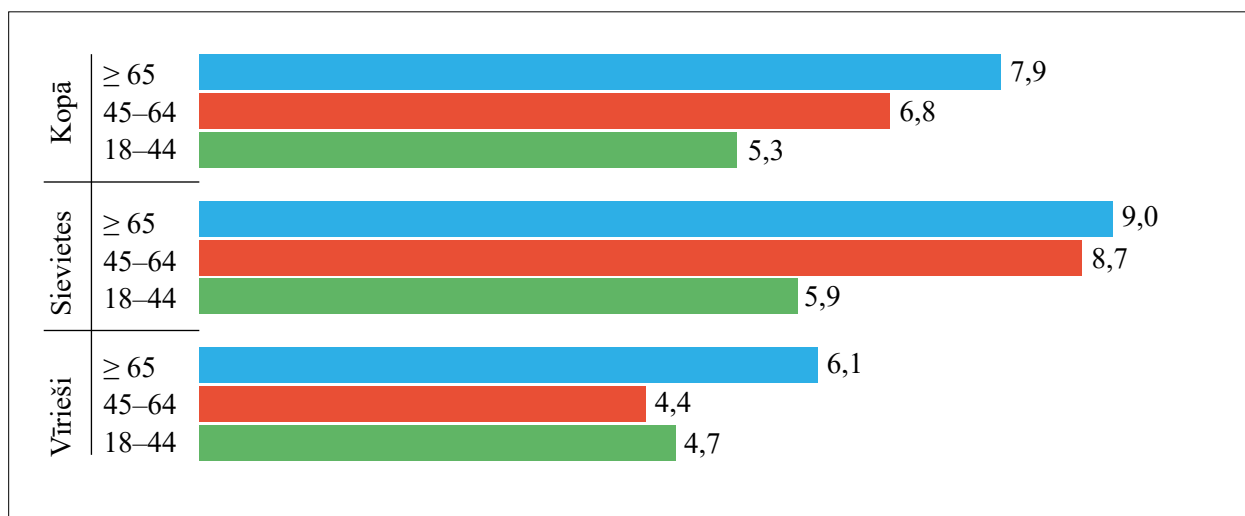


2.6. Depresija

Pacienta veselības aptauja – depresijas tests (*PHQ-9*) ir depresijas pašnovērtējuma instruments, kas veidots no 9 apgalvojumiem saskaņā ar Amerikas Psihiatru asociācijas Psihisko traucējumu diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) 4. redakcijas (*DSM-4*) depresijas diagnostiskiem kritērijiem. Respondentam ir jānovērtē sava pašsajūta pēdējo 2 nedēļu laikā, atzīmējot “0” – respondents pēdējo 2 nedēļu laikā ar problēmu nav saskāries nemaz, “1” – respondentu problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi dažas dienas, “2” – respondentu problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi kopumā ilgāk par nedēļu, “3” – respondentu problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi gandrīz katru dienu. Depresija respondentam tiek noteikta, ja *PHQ-9* aptaujā kopējā punktu summa ≥ 10 .

Saskaņā ar *PHQ-9* aptaujas rezultātiem klīniski nozīmīgi depresijas simptomi ir konstatēti 6,4% (n = 172) pētījuma dalībnieku. Depresijas simptomu izplatība statistiski ticami ir lielāka sieviešu vidū (p = 0,003): klīniski nozīmīgi depresijas simptomi noteikti 7,7% (n = 112) sieviešu un 4,8% (n = 60) vīriešu. Statistiski ticama atšķirība depresijas izplatības ziņā starp vecuma grupām netika konstatēta (p = 0,09). Pētījumā tika konstatēts, ka respondentu ar diagnosticētiem depresijas simptomiem īpatsvars ir īpaši augsts sievietēm vecumā no 65 gadiem (9,0%; n = 38) (sk. 2.6.1. attēlu).

2.6.1. attēls. Pēc PHQ-9 pašvērtējuma skalas konstatēto klīniski nozīmīgu depresijas simptomu īpatsvars dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Ir vērojamas statistiski nozīmīgas klīniski nozīmīgu depresijas simptomu izplatības atšķirības respondentu grupās pēc izglītības un ienākumu līmeņa, bet šādas atšķirības nav konstatētas respondentu grupās pēc dzīvesvietas (sk. pielikuma 3. tabulu). Augstākā simptomu izplatība konstatēta personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību (10,0%, n = 36) (salīdzinājumā ar augstāka izglītības līmeņa grupām) un personām ar zemu ienākumu līmeni, proti, līdz 250 eiro mēnesī uz vienu mājsaimniecības locekli (8,6%, n = 40). Palielinoties ienākumu līmenim, simptomu prevalence samazinās.

M.I.N.I. depresijas diagnostikas sadaļa ļauj noteikt dziļas depresijas epizodes (F32–F33)²⁹ un iekļauj jautājumus par iespējamiem dziļas depresijas simptomiem pēdējo 2 nedēļu laikā pirms intervijas un dziļas depresijas simptomiem jebkad iepriekš dzīves laikā, šādi nosakot gan esošās dziļas depresijas epizodes, gan iepriekšējas un/vai atkārtotas jeb rekurentas dziļas depresijas epizodes.

Saskaņā ar *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem 1,8% (n = 48) respondentu ir konstatēta dziļās depresijas epizode intervijas laikā. Statistiski ticama atšķirība starp dzimumiem netika rasta (p = 0,2): dziļās depresijas epizode intervijas laikā tika konstatēta 1,8% (n = 26) sieviešu un 1,8% (n = 22) vīriešu. Vecuma grupās vislielākais dziļās depresijas gadījumu īpatsvars ir vecuma grupā no 45 līdz 64 gadiem (2,2%; n = 20), bet statistiski ticama atšķirība dziļās depresijas izplatībā vecuma grupās netika rasta (p = 0,4).

Dziļās depresijas epizode iepriekš dzīves laikā tika konstatēta 7,1% (n = 192) respondentu: 8,8% (n = 128) sieviešu un 5,2% (n = 64) vīriešu. Atšķirība starp dzimumiem ir statistiski ticama (p = 0,005). Kopējās vecuma grupās visaugstākais respondentu īpatsvars ar dziļās depresijas epizodi pagātnē bija vecākajā respondentu grupā (≥ 65 g. v.): 8,8% (n = 100), nedaudz zemāks (7,6%; n = 70) – no 45 līdz 64 gadu vecuma grupā un viszemākais (3,5%; n = 22) – gados jaunu

respondentu vidū. Atšķirība ir statistiski ticama ($p < 0,001$). Salīdzinoši augsts respondentu īpatsvars ar dziļās depresijas epizodi dzīves laikā ir jaunu un pusmūža sieviešu vidū (sk. 2.6.2. tabulu). No visiem pētījuma respondentiem 4% ($n = 107$) ir bijusi vairāk nekā viena dziļās depresijas epizode dzīves laikā. Arī šī rekurentā slimības norise vairāk ir raksturīga sievietēm, atšķirība ir statistiski ticama ($p < 0,001$), kopējās vecuma grupās dziļās depresijas rekurence ir vairāk izplatīta vecumā no 18 līdz 44 gadiem (5,2%; $n = 59$), un vismazākais šādu respondentu īpatsvars ir starp vecāka gadagājuma cilvēkiem (1,6%; $n = 10$). Jāpiebilst, ka rekurentās dziļās depresijas īpatsvars ir lielāks jaunu un pusmūža sieviešu vidū (sk. 3.6.2. tabulu).

2.6.2. tabula. Pēc *M.I.N.I.* intervijas noteiktās dziļās depresijas izplatība dzimuma un vecuma grupās, %

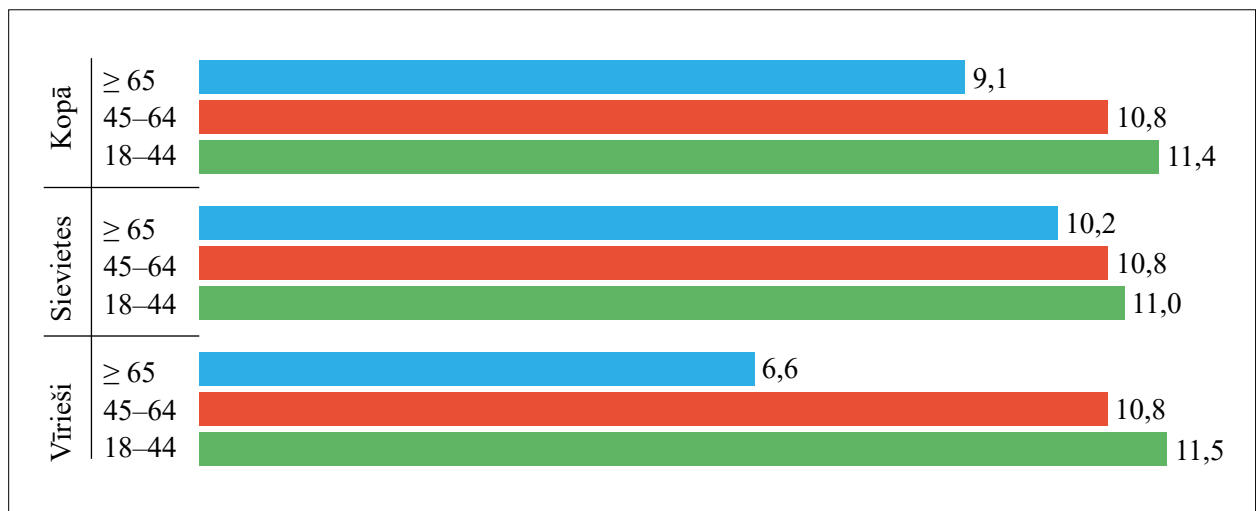
Dziļās depresijas epizode	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Pašlaik	1,9	2,3	0,5	1,8	1,7	2,1	1,7	1,8	1,8
Pagātnē	6,9	4,1	2,3	5,2	10,7	10,8	4,2	8,8	7,1
Atkārtoti	3,6	2,1	0,5	2,5	7,0	6,0	1,9	5,2	4,0
Respondentu skaits, n	591	434	214	1238	543	482	423	1449	2687

Ir vērojamas statistiski nozīmīgas dziļās depresijas (pašlaik un/vai dzīves laikā) izplatības atšķirības respondentu grupās pēc dzīvesvietas un ienākumu līmeņa, taču tādas netiek konstatētas respondentu grupās pēc izglītības līmeņa (sk. pielikuma 4. tabulu). Konstatēts, ka dziļā depresija ir izplatīta Rīgā (10,7%, $n = 96$) (salīdzinājumā ar citām pilsētām un lauku teritorijām) un personām ar augstāku ienākumu līmeni, proti, “601 eiro un vairāk” uz vienu mājsaimniecības locekli mēnesī (10,3%, $n = 55$) (salīdzinājumā ar zemāku ienākumu grupām).

2.7. Pašnāvnieciska uzvedība, paškaitējuma nodarīšana un domas par pašnāvību

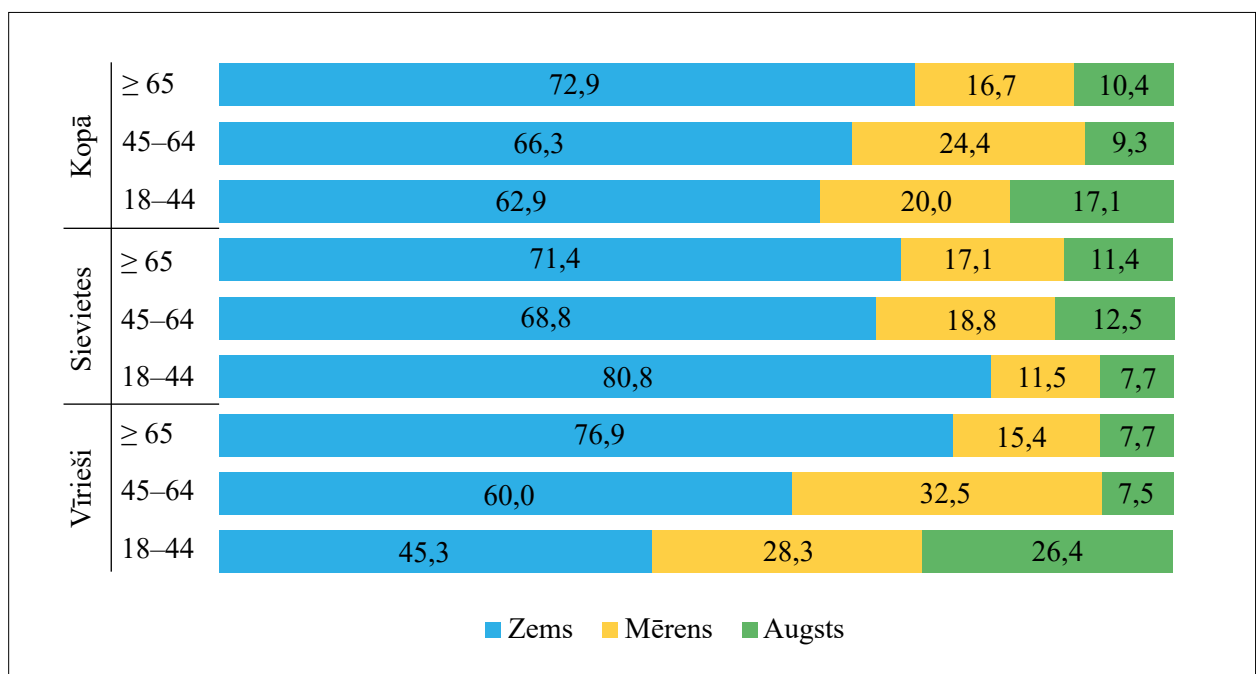
Saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostiskās intervijas rezultātiem domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanu un pašnāvnieciska uzvedība (turpmāk – pašnāvnieciskas domas un uzvedība) pēdējā mēneša laikā pirms intervijas ir noteikta 10,6% ($n = 285$) pētījuma respondentu. Nav atrasta statistiski ticama atšķirība pašnāvniecisko domu un uzvedības izplatībā starp dzimuma grupām ($p = 0,8$): tā ir konstatēta 10,4% ($n = 129$) vīriešu un 10,7% ($n = 155$) sieviešu. Arī kopējās vecuma grupās pašnāvniecisko domu un uzvedības izplatība statistiski ticami neatšķīrās ($p = 0,3$). Jaunākajā vecuma grupā tā ir noteikta 11,4% ($n = 129$), pusmūža vecuma grupā – 10,8% ($n = 99$), savukārt vecākajā grupā – 9,1% ($n = 58$) respondentu (sk. 2.7.1. attēlu).

2.7.1. attēls. Respondentu ar domām par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanu un pašnāvniecisku uzvedību īpatsvars dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Respondentiem ar diagnosticētām suicidālām domām un pašnāvniecisku uzvedību (n = 285) tika noteikts pašnāvības risks. Lai iespējamais risks tiktu klasificēts kā zems, respondentam bija jāatzīmē vismaz 2 simptomi, atbildot uz specifiskiem jautājumiem. Tie respondenti, kas, atbildot uz šiem jautājumiem, atzīmēja 1 simptomu, netika iekļauti riska pakāpju gradācijā. Tādējādi pašnāvības riska smaguma pakāpju īpatsvars tika noteikts 240 cilvēku grupai (sk. 2.7.2. attēlu). No šiem respondentiem kopumā 66,0% (n = 158) tika noteikts zems pašnāvības risks, 21,0% (n = 50) – mērens, savukārt 13,0% (n = 31) – smags (jeb augsts).

2.7.2. attēls. Pašnāvības riska novērtējums respondentiem ar domām par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanu un pašnāvniecisku uzvedību (n = 240; īpatsvars, %)



No visiem respondentiem ar diagnosticētu pašnāvniecisku uzvedību 68,1% (n = 191) tā bija aktuāla intervijas laikā. Šādu respondentu īpatsvars bija vienāds sieviešu un vīriešu vidū (p = 0,5) (sk. 2.7.3. tabulu). Būtiskas statistiski ticamas atšķirības kopējās vecuma grupās netika rastas (p = 0,2), bet īpaši augsts šādu respondentu īpatsvars tika konstatēts vecāka gadagājuma vīriešu vidū.

To, ka dzīves laikā ir mēģinājuši veikt pašnāvību, ir atzinuši 38,6% (n = 108) respondentu ar diagnosticētu suicidālu uzvedību jeb 4,0% pētījuma populācijas. Statistiski ticama atšķirība pašnāvības mēģinājumu izplatībā dzimuma vai vecuma grupās netika atrasta.

No respondentiem ar pašnāvniecisku uzvedību 16,1% (n = 45) neizslēdza iespējamu pašnāvības mēģinājumu tuvākajā (3 mēnešu) laikā. Šādu respondentu īpatsvars ir augstāks vīriešu vidū (20,6%; n = 26) nekā starp sievietēm (12,3%; n = 19), bet atšķirība nav statistiski ticama (p = 0,07). To respondentu īpatsvars, kas pieļauj iespējami drīzu pašnāvības mēģinājumu, ir lielāks vīriešu vecumā līdz 44 gadiem (28,1%; n = 18) vidū (sk. 2.7.3. tabulu).

2.7.3. tabula. Respondentu ar dažāda veida pašnāvniecisku uzvedību īpatsvars dzimuma un vecuma grupās, %

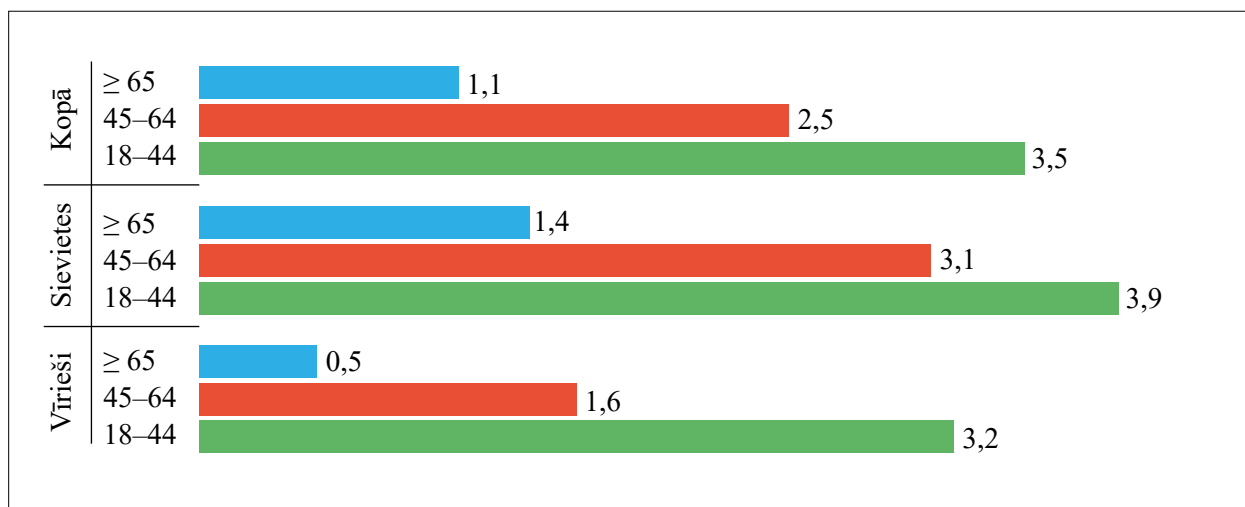
Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Pašlaik (%)	60,9	72,3	86,7	68,3	64,4	71,2	69,8	68,2	68,1
Respondentu skaits, n	64	47	15	126	59	52	43	154	280
Mēģinājums jebkad dzīves laikā (%)	46,9	31,9	14,3	37,6	42,4	40,4	34,1	39,6	38,6
Respondentu skaits, n	64	47	14	125	59	52	44	154	280
Iespējams, tuvākajā nākotnē (%)	28,1	12,8	13,3	20,6	6,8	17,3	14,0	12,3	16,1
Respondentu skaits, n	64	47	15	126	59	52	43	154	280

Ir vērojamas statistiski nozīmīgas domu par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanas un pašnāvnieciskas uzvedības izplatības atšķirības respondentu grupās ar atšķirīgu izglītības un ienākumu līmeni, taču tādas netiek konstatētas respondentu grupās ar atšķirīgu dzīvesvietu (sk. pielikuma 5. tabulu). Augstākā traucējuma izplatība konstatēta personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību (15,5%, n = 56) (salīdzinājumā ar grupām, kurās respondentiem ir augstāks izglītības līmenis) un personām ar zemu ienākumu līmeni, proti, līdz 250 eiro vienam mājāsaimniecības loceklim mēnesī (13,3%, n = 62) (salīdzinājumā ar grupām, kurās respondentiem ir augstāki ienākumi).

2.8. Psihotiski traucējumi un garastāvokļa traucējumi ar psihotiskiem simptomiem

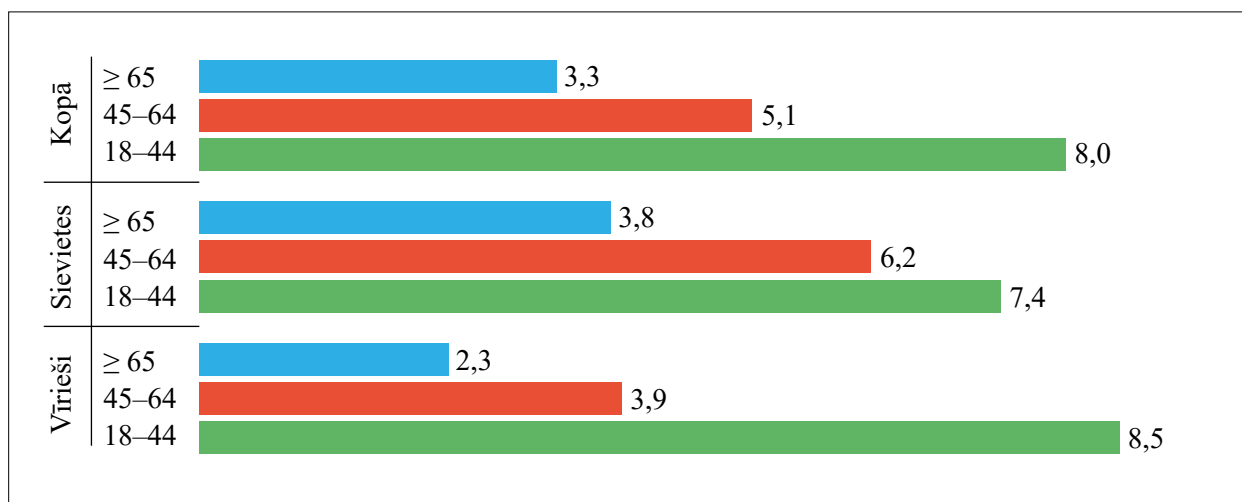
Psihotisku traucējumu (F20.81–F20.9)²⁹ grupā tiek iekļautas dažāda veida halucinācijas, murgu idejas un dezorganizēta uzvedība. Saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostiskās intervijas rezultātiem intervijas laikā 2,6% (n = 70) pētījuma dalībnieku tika atklāti psihotiski traucējumi. Respondentu īpatsvars ar psihotiskiem traucējumiem būtiski neatšķiras sieviešu (2,9%; n = 42) un vīriešu (2,2%; n = 27) vidū (p = 0,2). Savukārt izplatības ziņā starp kopējām vecuma grupām ir statistiski ticamas atšķirības (p = 0,009): visvairāk šie traucējumi ir izplatīti gados jauniem respondentiem (3,5%; n = 40), īpaši jaunu sieviešu (3,9%; n = 21) vidū (sk. 2.8.1. attēlu). Pusmūža vecuma grupā psihotisko traucējumu punkta prevalence ir 2,5% (n = 23) respondentu, savukārt vecuma grupā no 65 gadiem – 1,1% (n = 7) respondentu.

2.8.1. attēls. Respondentu īpatsvars ar diagnosticētiem psihotiskiem traucējumiem intervijas laikā dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Psihotiski traucējumi jebkad dzīves laikā ir noteikti 5,9% (n = 158) pētījuma dalībnieku. Šo traucējumu dzīveslaika prevalence būtiski neatšķiras dzimuma grupās: 5,7% (n = 71) vīriešu un 6,0% (n = 87) sieviešu (p = 0,8). Savukārt, līdzīgi kā psihotisko traucējumu punkta prevalence, psihotiski traucējumi dzīves laikā ir būtiski izplatīti jaunu cilvēku vidū (p < 0,001) (sk. 2.8.2. attēlu).

2.8.2. attēls. Respondentu īpatsvars ar diagnosticētiem psihotiskiem traucējumiem dzīves laikā dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Ir vērojamas statistiski nozīmīgas psihotisko traucējumu dzīves laikā izplatības atšķirības dzīvesvietas stratās, taču tādas netiek konstatētas respondentu grupās pēc izglītības un ienākumu līmeņa (sk. pielikuma 6. tabulu). Vislielākā traucējumu izplatība konstatēta Rīgā (7,5%, n = 68) (salīdzinājumā ar citām pilsētām un lauku teritorijām).

2.9. Mānija un hipomānija

Psihiatrijā patoloģiski pacilātā garastāvokļa traucējumi (F30–F31)²⁹ var izpausties pilnā mānijas sindroma veidā (jābūt novērotiem vismaz 3 mānijai tipiskiem simptomiem, tādiem kā patoloģiski pacilāts garastāvoklis, paātrināta domāšana, samazināta vajadzība pēc miega 1 nedēļas laikā), pilnā hipomānijas sindroma veidā (mazāk smags stāvoklis, simptomi mazāk izteikti un mazāk noturīgi) vai tikai atsevišķu hipomānijas simptomu veidā. Patoloģiski pacilātā garastāvokļa stāvokļi mānijas vai hipomānijas sindromu veidā intervijas laikā netika konstatēti. Atsevišķi hipomānijas simptomi intervijas laikā tika konstatēti 18 cilvēkiem jeb 0,7% pētījuma populācijas: 12 vīriešiem (1,0%) un 6 sievietēm (0,4%). Statistiski ticama atšķirība starp dzimumiem netika rasta ($p = 0,09$) (sk. 2.9.1. tabulu). Hipomānijas simptomu punkta prevalences statistiski ticami ($p = 0,002$) atšķiras vecuma grupās: lielākais šo simptomu īpatsvars konstatēts jaunu (18–44 g. v.) cilvēku vidū: 1,3% (n = 15). Pusmūža vecumā hipomānijas simptomu izplatība ir 0,2% (n = 2) respondentu, un vecumā no 65 gadiem – arī 0,2% (n = 1) respondentu.

Mānijas epizode dzīves laikā noteikta 5 cilvēkiem (0,2%): 4 cilvēkiem vecumā no 18 līdz 44 gadiem un 1 cilvēkam pusmūža vecumā.

Hipomānijas simptomi dzīves laikā noteikti 2,7% (n = 71) cilvēku. Statistiski ticama izplatības atšķirība starp dzimumiem netika rasta ($p = 0,1$). Savukārt starp vecuma grupām ir

konstatētas statistiski ticamas ($p < 0,001$) atšķirības: vislielākais respondentu īpatsvars ar hipomānijas simptomiem dzīves laikā ir 18–44 g. v. cilvēku vidū (4,4%; $n = 50$), īpaši jaunu vīriešu (4,9%; $n = 29$) vidū (sk. 2.9.1. tabulu). Pusmūža vecuma grupā hipomānijas simptomi dzīves laikā ir noteikti 2,0% ($n = 18$) respondentu, savukārt vecuma grupā no 65 gadiem – 0,6% ($n = 4$) respondentu.

2.9.1. tabula. Respondentu īpatsvars ar patoloģiski pacilātu garastāvokli dzimuma un vecuma grupās, %

Epizode / simptomi tagadnē vai iepriekš	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Mānijas epizode pašlaik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipomānijas epizode pašlaik	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipomānijas simptomi pašlaik	1,9	0,2	0,0	1,0	0,7	0,2	0,2	0,4	0,7
Mānijas epizode pagātnē	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2
Hipomānijas epizode pagātnē	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipomānijas simptomi pagātnē	4,9	2,5	0,5	3,4	3,9	1,5	0,5	2,1	2,7
Respondentu skaits, n	591	434	213	1238	544	482	423	1449	2687

Ir vērojamas statistiski nozīmīgas patoloģiski pacilāta garastāvokļa pašlaik un/vai dzīves laikā izplatības atšķirības respondentu grupās pēc izglītības līmeņa, taču tādas netika konstatētas respondentu grupās pēc dzīvesvietas un ienākumu līmeņa (sk. pielikuma 7. tabulu). Traucējums visvairāk konstatēts personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību (6,9%, $n = 25$), salīdzinot ar augstāka izglītības līmeņa grupām.

2.10. Neirotiski traucējumi

2.10.1. Neirotisku traucējumu izplatība (pēc *M.I.N.I.* diagnostiskās intervijas rezultātiem)

Panikas traucējumi jeb epizodiska paroksismāla (lēkmjveidīga) trauksme (F40)²⁹ pēdējo 12 mēnešu laikā konstatēta 3 pētījuma respondentiem (0,1%): divām sievietēm un vienam vīrietim (sk. 2.10.1.1. tabulu). Katrā kopējā vecuma grupā bija pa vienam respondentam ar paniku.

Agorafobijai (F40.00)²⁹ raksturīgas bailes atstāt māju, iegriezties veikalos, bailes no drūzmas un sabiedriskām vietām, bailes vienam pārvietoties vilcienos, autobusos un lidmašīnās. Agorafobijas punkta prevalence pētāmajā populācijā ir 0,4% ($n = 11$) respondentu. Statistiski ticama atšķirība dzimuma un vecuma grupās netika rasta. Jaunu cilvēku grupā agorafobija

konstatēta 0,7% (n=8) respondentu, vecuma grupā no 45 līdz 64 gadiem – 0,1% (n=1), savukārt vecākajā grupā – 0,2% (n=1) respondentu.

Sociālās fobijas (F40.10)²⁹ – raksturīgas bailes no svešu cilvēku pētoša skatiena, kas liek izvairīties no sabiedriskām vietām – prevalence pēdējā mēneša laikā konstatēta 0,2% (n=5) respondentu. Statistiski ticama atšķirība dzimuma un vecuma grupās netika rasta. Šie traucējumi konstatēti tikai jaunu cilvēku vidū un pusmūža vecuma grupā: respondentu īpatsvars 0,3% abās vecuma grupās.

Obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OKT) (F42.2) ir smags trauksmes veids, kura gadījumā cilvēkam novērojamas mokošas uzmācīgas domas, impulsi vai atmiņas, kas rodas pret viņa gribu un izraisa spēcīgu trauksmi. Lai šo trauksmi mazinātu, cilvēkam pakāpeniski rodas dažāda veida rituāli (kompulsijas): piemēram, uzmācīgu baiļu inficēties dēļ cilvēks sāk neadekvāti bieži dezinficēt rokas, var mazgāt tās stundām ilgi, līdz veidojas ādas bojājumi. OKT pēdējā mēneša laikā pirms intervijas ir konstatēti 0,6% (n=16) populācijas. Izplatība statistiski ticami nav atšķirīga dzimuma grupās (p=0,6), bet ir ticami atšķirīga vecuma grupās – ar vislielāko obsesīvi kompulsīvo traucējumu īpatsvaru jaunu (18–44 g. v.) respondentu grupā (1,1%; n=13). Pusmūža vecuma grupā OKT ir atklāti 0,3% (n=3) respondentu, savukārt vecākajā grupā (no 65 gadiem) respondentiem šie traucējumi netika konstatēti.

Posttraumatiskā stresa sindroms (PTSS) (F43.10)²⁹ ir patoloģisku simptomu kopums, kas attīstās kā novēlota vai ieilgusi atbilde uz psihotraumējošu, parasti smagu, dzīvi apdraudošu notikumu vai situāciju. PTSS ir diagnosticēts 0,1% respondentu (n=3): diviem cilvēkiem vecumā no 18 līdz 44 gadiem un vienam vecumā no 45 līdz 64 gadiem. Izplatība nav ticami atšķirīga dzimuma un vecuma grupās.

Ģeneralizēta trauksme (F41.1)²⁹ ir noturīga un ilgstoša trauksme, kas nav saistāma un nerodas kādos noteiktos ārējos apstākļos. Ģeneralizētas trauksmes izraisīti traucējumi (pēc *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem) pēdējos 6 mēnešos pirms intervijas ir noteikti 0,2% (n=6) respondentu bez statistiski ticamām atšķirībām dzimuma un vecuma grupās. Pētāmajā populācijā jaunu respondentu vidū ģeneralizētas trauksmes 6 mēnešu prevalence ir 0,2% (n=2), pusmūža vecuma grupā 0,3% (n=3) un vecākajā grupā – 0,2% (n=1) respondentu.

2.10.1.1. tabula. Respondentu īpatsvars ar neirotiskiem traucējumiem dzimuma un vecuma grupās, %

Neirotiski traucējumi	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Panikas traucējumi	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
Agorafobija	0,8	0,0	0,5	0,4	0,6	0,2	0,2	0,4	0,4
Sociālā fobija	0,3	0,7	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2
Obsesīvi kompulsīvi traucējumi	0,7	0,5	0,0	0,5	1,5	0,2	0,0	0,7	0,6
Posttraumatiskā stresa sindroms	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,0	0,2	0,1
Ģeneralizēta trauksme	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,6	0,2	0,3	0,2
Respondentu skaits, n	592	434	213	1239	544	482	423	1449	2688

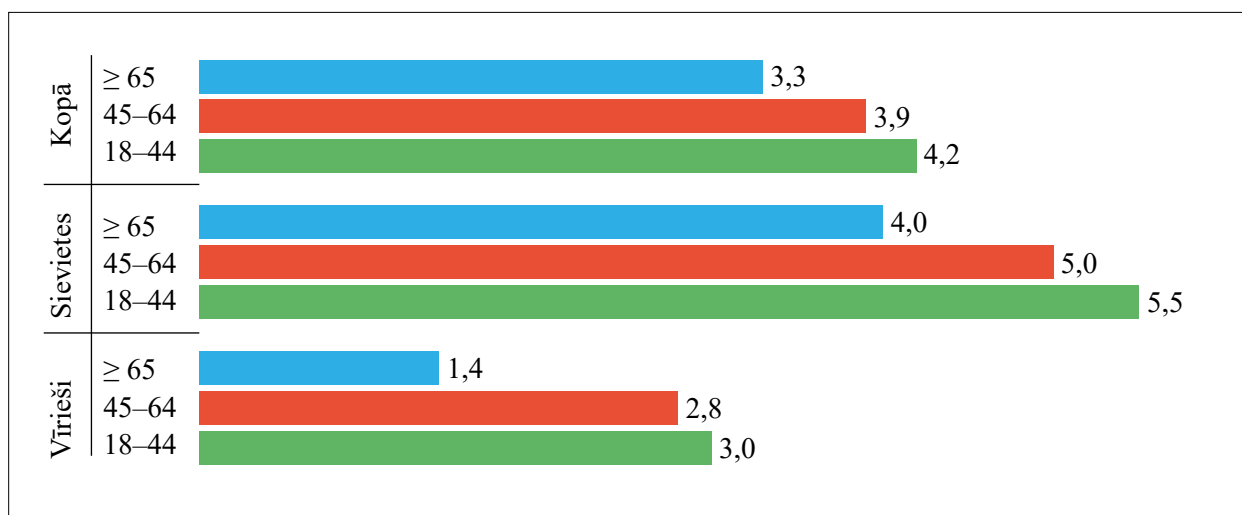
Statistiski nozīmīgas neirotisko traucējumu izplatības atšķirības dzīvesvietas, izglītības vai ienākumu līmeņa grupās nav konstatētas (sk. pielikuma 8. tabulu).

2.10.2. Trauksmes simptomu izplatība (pēc pašnovērtējuma skalas “Ģeneralizētas trauksmes izraisīti traucējumi – 7” (*GAD-7*) rezultātiem)

“Ģeneralizētas trauksmes izraisīti traucējumi – 7” (*GAD-7*) ir skrīninga instruments – tests, kurā respondents veic pašnovērtējumu par pēdējām divām nedēļām. Tajā ir iekļauti septiņi apgalvojumi, kas veidoti saskaņā ar *DSM-5* trauksmes diagnostisko kritēriju klasifikāciju. Respondents atzīmē “0”, ja pēdējo 2 nedēļu laikā ar problēmu nav saskarē nemaz, “1”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi dažas dienas, “2”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi kopumā vairāk nekā vienu nedēļu, un “3”, ja problēma pēdējo 2 nedēļu laikā ir apgrūtinājusi gandrīz katru dienu. Kopējais skalas punktu skaits ≥ 10 ir diagnostiskais sliekšnis smagai vai ģeneralizētai trauksmei.

Pēc *GAD-7* pašvērtējuma aptaujas ģeneralizēta trauksme ir konstatēta 3,9% ($n = 105$) respondentu. Ģeneralizētas trauksmes izplatība būtiski atšķiras starp dzimumiem: 2,7% ($n = 34$) vīriešu vidū un 4,9% ($n = 71$) sieviešu vidū ($p = 0,004$). Starp vecuma grupām statistiski ticama atšķirība netika rasta ($p = 0,6$). Īpaši augsts respondentu ar ģeneralizētu trauksmi īpatsvars ir jaunu un pusmūža sieviešu vidū (sk. 2.10.2.1. attēlu).

2.10.2.1. attēls. Respondentu ar ģeneralizētu trauksmi īpatsvars saskaņā ar *GAD-7* aptaujas rezultātiem dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Statistiski nozīmīgas ģeneralizētas trauksmes izplatības atšķirības respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības vai ienākumu līmeņa nav konstatētas (sk. pielikuma 9. tabulu).

2.11. Ēšanas traucējumi

Esošie (pēdējos 3 mēnešos pirms intervijas) neirotikās anoreksijas (F50.01/F50.02)²⁹ gadījumi pētījuma laikā netika atklāti.

Neirotikā bulīmija (F50.2)²⁹ pēdējo 3 mēnešu laikā konstatēta 0,4% cilvēku pētāmajā populācijā (n = 11): 0,2% (n = 3) vīriešu un 0,6% (n = 8) sieviešu. Statistiski ticama atšķirība starp dzimumiem netika rasta (p = 0,2). Starp kopējām vecuma grupām statistiski ticamas atšķirības arī netika konstatētas (p = 0,4): starp jauniem cilvēkiem šie traucējumi atklāti 0,4% (n = 4) pētījuma dalībnieku, starp pusmūža vecuma cilvēkiem – 0,5% (n = 5) respondentu, savukārt vecuma grupā no 65 gadiem – 0,2% (n = 1) respondentu. Nedaudz augstāks par populācijas vidējo īpatsvaru ir respondentu ar neirotikās bulīmijas simptomiem īpatsvars jaunu un pusmūža sieviešu vidū (sk. 2.11.1. tabulu).

Kompulsīvā pārēšanās (F50.81)²⁹ tika atklāta 0,4% populācijas (n = 10). Statistiski nozīmīga atšķirība starp dzimuma (p = 0,8) un vecuma grupām (p = 0,7) netika rasta. Starp jauniem pētījuma dalībniekiem šo traucējumu īpatsvars ir 0,5% (n = 6), pusmūža vecuma grupā – 0,3% (n = 3) un vecākajā grupā – 0,3% (n = 2) respondentu. Nedaudz augstāks par populācijas vidējo īpatsvaru ir respondentu ar kompulsīvo pārēšanos īpatsvars 45–64 gadu vecu vīriešu vidū (sk. 2.11.1. tabulu).

2.11.1. tabula. Respondentu ar ēšanas traucējumiem īpatsvars dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)

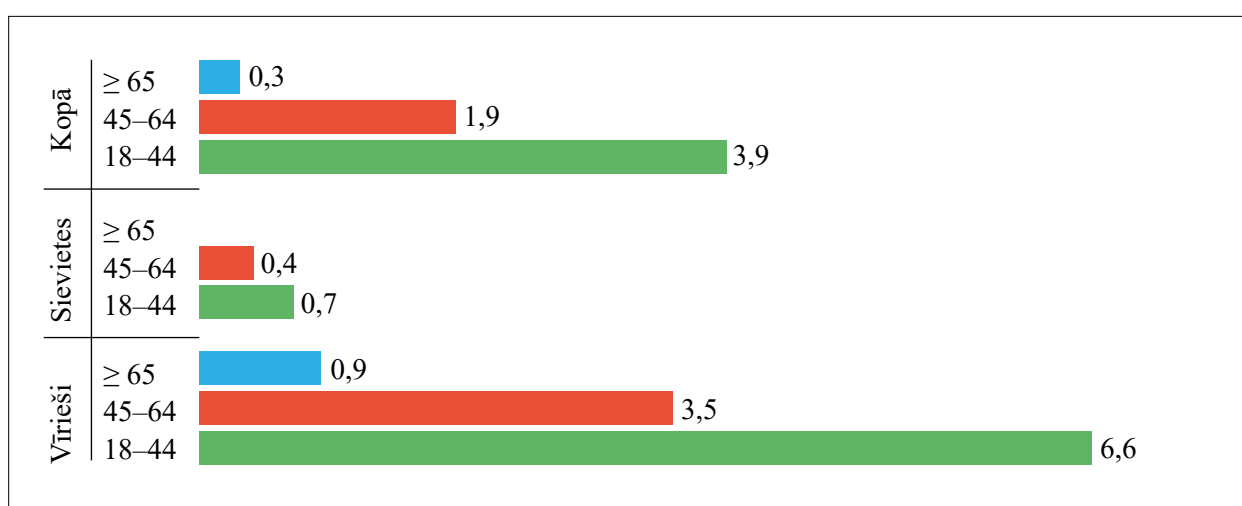
Konstatētie ēšanas traucējumi	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Neirotiskā anoreksija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Neirotiskā bulīmija	0,0	0,2	0,5	0,2	0,7	0,8	0,0	0,6	0,4
Kompulsīvā pārēšanās	0,5	0,7	0,0	0,4	0,6	0,0	0,5	0,3	0,4
Respondentu skaits, n	591	434	213	1238	544	482	423	1449	2687

Ir vērojamas statistiski nozīmīgas ēšanas traucējumu izplatības atšķirības dzīvesvietas stratās, taču tādas netika konstatētas izglītības un ienākumu līmeņa grupās (sk. pielikuma 10. tabulu). Augstākā traucējumu izplatība konstatēta personām, kuras dzīvo Rīgā (1,4%, n = 13), salīdzinot ar citu pilsētu vai lauku teritoriju iedzīvotājiem.

2.12. Asociāla personība

Asociāla personība (F60.2)²⁹ kā personības traucējums tika noteikts 2,3% (n = 62) pētījuma populācijas. Tika rasta statistiski nozīmīga atšķirība ($p < 0,001$) šī traucējuma izplatībā dzimumu grupās: vīriešu vidū prevalence ir 4,5% (n = 56), sieviešu vidū – 0,4% (n = 6). Arī izplatība vecuma grupās būtiski atšķiras, sasniedzot vislielāko īpatsvaru jaunākajā vecuma grupā ($p < 0,001$). Īpaši augsts šī traucējuma īpatsvars ir jaunu (18–44 g. v.) vīriešu vidū (6,6%; n = 39): šī vecuma sievietēm slimības izplatības rādītāji ir par 5,9 procentpunktiem mazāki – 0,7% (sk. 2.12.1. attēlu).

2.12.1. attēls. Respondentu ar asociālu personību īpatsvars dzimuma un vecuma grupās (īpatsvars, %)



Ir vērojamas statistiski nozīmīgas minētā traucējuma izplatības atšķirības izglītības līmeņa stratās, taču tādas netika konstatētas grupās pēc dzīvesvietas un ienākumu līmeņa (sk. pielikuma 11. tabulu). Augstākā traucējuma izplatība konstatēta personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību (4,4%, n = 16), bet, paaugstinoties izglītības līmenim, traucējumu prevalence samazinās.

2.13. Simptomu smaguma novērtējums un nespēja

2.13.1. Simptomu smaguma subjektīvais novērtējums

Intervijas beigās respondentiem tika piedāvāts novērtēt, cik smagi ir turpmāk minētie traucējumi un simptomi, Likerta skalā atzīmējot vērtējumu no 0 līdz 10, kur “0” nozīmē, ka šāda simptoma/traucējuma nav, “1–3” – simptoms vai traucējums ir izteikts viegli, “4–6” – vidēji smags, “7–9” – izteikts, savukārt “10” – traucējums vai simptoms ir ārkārtīgi smags. Turpinājumā tabulās ar vārdu “nelieli(-a)” tiek apzīmēts respondenta vērtējums no 1 līdz 3 punktiem, “mēreni(-a)” – vērtējums no 4 līdz 6, “smagi(-a)” – vērtējums 7–9, un “ārkārtīgi smagi(-a)” – 10 punkti Likerta skalā (sk. 2.13.1. attēlu).

2.13.1. attēls. Likerta skala simptomu smaguma novērtējumam

SIMPTOMA SMAGUMS										
Izmantojiet šo skalu, lai novērtētu simptomu smagumu pēdējā mēneša laikā punktu ailē tabulā zemāk:										
Nav	Neliels			Mērens	Smags	Ārkārtīgi smags				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Depresīvos traucējumus lielākā daļa (75,2%; n = 2020) respondentu neatzīmēja. No tiem respondentiem, kas paši sev atzīmēja depresijas izpausmes, vairākums novērtēja tās smagumu kā nelielu vai mērenu. Salīdzinot ar dzimuma grupas kopējo rādītāju, starp jauniem vīriešiem un pusmūža sievietēm ir nedaudz augstāks tādu respondentu īpatsvars, kas depresiju subjektīvi novērtējuši kā smagu (sk. 2.13.1.1. tabulu).

2.13.1.1. tabula. Respondentu subjektīvais depresijas simptomu smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Depresijas simptomu smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	70,8	81,6	81,2	76,4	71,1	74,9	77,1	74,1	75,2	
Nelieli	24,2	10,8	11,7	17,4	21,7	17,2	13,2	17,7	17,6	
Mēreni	3,7	7,4	6,1	5,4	5,9	6,0	8,0	6,6	6,0	
Smagi	1,2	0,2	0,9	0,8	1,3	1,7	0,7	1,2	1,0	
Ārkārtīgi smagi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,9	0,3	0,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	590	434	213	1238	544	482	423	1449	2687

Savas dusmu izpausmes bija pamanījuši jau vairāk respondentu (37,4%; n = 1004), un aptuveni trešdaļa to smagumu pēdējā mēneša laikā vērtēja kā nelielu. Mērenas dusmas atzīmēja

kopumā 6,3% (n = 169) populācijas, un šādu respondentu īpatsvars ir lielāks jaunu vīriešu (10%; n = 59) un jaunu sieviešu vidū (9,2%; n = 50). Arī smagas un ārkārtīgi smagas dusmas atzīmēja vairāk tieši gados jauni respondenti (sk. 2.13.1.2. tabulu).

2.13.1.2. tabula. Respondentu subjektīvais dusmu smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Dusmu smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	51,9	73,2	80,8	64,3	47,5	61,7	78,5	74,1	62,7	
Nelielas	36,7	22,6	15,4	28,1	40,1	31,9	18,4	31,1	29,7	
Mērenas	10,0	4,2	3,3	6,8	9,2	5,0	2,6	5,9	6,3	
Smagas	1,2	0,0	0,5	0,6	2,6	1,4	0,5	1,6	1,2	
Ārkārtīgi smagas	0,3	0,0	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0	0,2	0,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	592	433	214	1238	543	483	423	1449	2687

Jautājums par pārmērīgi, patoloģiski pacilātu garastāvokli tika uzdots tikai tiem respondentiem, kam *M.I.N.I.* intervijas sadaļā tika konstatēti hipomānijas vai mānijas epizode/simptomi tagadnē vai iepriekš. Subjektīvi 40,2% (n = 51) respondentu nebija pamanījuši savu patoloģiski pacilāto garastāvokli. Vairāk nekā vidēji šajā populācijā smagus un ārkārtīgi smagus simptomus atzina jaunas sievietes (sk. 2.13.1.3. tabulu).

2.13.1.3. tabula. Respondentu subjektīvais patoloģiski pacilātā garastāvokļa smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kam *M.I.N.I.* intervijā tika konstatēti hipomānijas vai mānijas epizode/simptomi tagadnē vai iepriekš (n = 126), %

Patoloģiski pacilātā garastāvokļa smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	32,0	50,0	66,7	37,5	46,9	28,6	62,5	42,6	40,2	
Neliels	36,0	44,4	0,0	36,1	15,6	28,6	25,0	22,2	29,8	
Mērens	26,0	5,6	33,3	22,2	25,0	35,7	12,5	25,9	23,2	
Smags	6,0	0,0	0,0	4,2	9,4	7,1	0,0	7,4	5,7	
Ārkārtīgi smags	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	1,9	1,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	50	18	3	72	32	14	8	54	126

Vismaz nelielas bailes un uztraukumu pēdējā mēneša laikā pirms intervijas pamanīja 28,6% (n = 767) pētījuma populācijas. Sieviešu vidū kopumā un īpaši jaunu sieviešu vidū ir vairāk respondentu, kas uztraukumu vērtēja kā nelielu, mērenu vai smagu (sk. 2.13.1.4. tabulu).

2.13.1.4. tabula. Respondentu subjektīvais uztraukuma un baiļu simptomu smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Uztraukuma, baiļu simptomu smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	59,0	75,3	83,6	68,8	51,6	55,8	67,6	57,7	62,8	
Neliels	32,9	20,1	12,2	24,9	35,8	34,0	23,9	31,7	28,6	
Mērens	7,3	3,9	3,3	5,5	9,9	7,7	6,9	8,3	7,0	
Smags	0,7	0,7	0,9	0,7	2,2	2,5	1,7	2,1	1,5	
Ārkārtīgi smags	0,2	0,0	0,0	0,1	0,6	0,0	0,0	0,2	0,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	590	433	213	1238	545	482	423	1450	2688

Dažādas smaguma pakāpes fiziskos simptomus pēdējā mēnesī pirms intervijas atzīmēja 25,3% (n = 679) respondentu. Sieviešu vidū ir divreiz lielāks respondentu īpatsvars ar subjektīvi smagiem fiziskiem simptomiem (3,8%; n = 55). Arī ārkārtīgi smagus fiziskos simptomus visu vecumu sievietes bija atzīmējušas nedaudz vairāk nekā vidēji populācijā (sk. 2.13.1.5. tabulu).

2.13.1.5. tabula. Respondentu subjektīvais fizisko simptomu smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Fizisko simptomu smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	76,0	74,8	73,8	75,2	80,0	70,3	71,6	74,3	74,7	
Nelieli	16,4	14,8	14,5	15,5	12,3	16,0	13,2	13,8	14,6	
Mēreni	5,8	8,3	8,9	7,2	4,6	8,9	9,5	7,5	7,3	
Smagi	1,9	1,6	2,3	1,9	2,6	4,1	5,0	3,8	2,9	
Ārkārtīgi smagi	0,0	0,5	0,5	0,2	0,6	0,6	0,7	0,6	0,4	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	591	433	214	1238	544	482	423	1449	2687

No visiem pētījuma respondentiem subjektīvi tikai 1,7% (n = 48) pamanīja un atzina, ka viņiem ir suicidālas domas, impulsi, nodomi vai jebkādi sagatavošanās darbi, lai nogalinātu sevi, vai jebkuru mēģinājumu sevi nogalināt (2.13.1.6. tabulā – pašnāvnieciska uzvedība). Pēc *M.I.N.I.* intervijas objektīvi noteiktais suicidālas uzvedības procentuālais rādītājs – 10,6% (n = 285) – būtiski atšķiras no respondentu norādītā.

Lielākā daļa respondentu, kas atzīmēja sev pašnāvniecisku uzvedību, vērtēja to kā mērenu (sk. 2.13.1.6. tabulu).

2.13.1.6. tabula. Respondentu subjektīvais pašnāvnieciskas uzvedības smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Pašnāvnieciskas uzvedības smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	97,6	97,7	98,1	97,8	98,0	99,2	98,3	98,5	98,2	
Nelieli	1,5	1,4	0,9	1,3	1,7	0,6	1,2	1,2	1,2	
Mēreni	0,5	0,7	0,5	0,6	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	
Smagi	0,0	0,0	0,5	0,1	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	
Ārkārtīgi smagi	0,3	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	592	434	214	1239	543	483	423	1449	2688

Visiem respondentiem tika piedāvāts izvērtēt, cik izteikti pēdējā mēneša laikā ir bijuši tādi simptomi kā skaņu vai balsu dzirdēšana, ko citi nevar dzirdēt, vai bailes, ka kāds var dzirdēt vai nolasīt viņu domas, vai ticēšana tam, ko citi nepieņem kā patiesu, piemēram, ka cilvēki izspiego viņus vai plāno sazvērestību, vai runā par viņiem. Psihiatrijā visas šīs sūdzības interpretējamas kā murgu idejas vai halucinācijas un tiek sauktas par psihotisku simptomātiku. Vismaz nelielus šāda veida simptomus pamanīja 1,7% (n = 48) respondentu (sk. 2.13.1.7. tabulu), kas ir nedaudz mazāk nekā objektīvi konstatēto psihotisko traucējumu īpatsvars (2,6%; n = 70) populācijā.

2.13.1.7. tabula. Respondentu subjektīvais psihotisku simptomu smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Psihotisku simptomu smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	97,6	97,7	98,1	97,8	98,0	99,2	98,3	98,5	98,2	
Nelieli	1,5	1,4	0,9	1,3	1,7	0,6	1,2	1,2	1,2	
Mēreni	0,5	0,7	0,5	0,6	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	
Smagai	0,0	0,0	0,5	0,1	0,2	0	0,2	0,2	0,1	
Ārkārtīgi smagi	0,3	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	592	434	214	1239	543	483	423	1449	2688

Nedaudz mazāk nekā puse (43%; n = 1156) pētījuma dalībnieku atzīmēja, ka viņiem ir dažāda smaguma miega problēmas. Visbiežāk tās ir nelielas (28,4%; n = 762), bet 4,1% (n = 111) respondentu atzīmēja arī subjektīvi smagas un ārkārtīgi smagas miega problēmas. Turklāt lielāks respondentu īpatsvars ar mērenām, smagām vai ārkārtīgi smagām miega grūtībām ir sieviešu vidū. Šim rādītājam ir tendence palielināties līdz ar sieviešu vecumu (sk. 2.13.1.8. tabulu).

2.13.1.8. tabula. Respondentu subjektīvais miega problēmu smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Miega problēmu smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	62,9	59,7	63,8	62,0	58,3	52,4	45,6	52,7	57,0	
Nelielas	27,6	27,6	20,2	26,3	30,3	30,4	29,8	30,2	28,4	
Mērenas	7,3	8,3	13,6	8,7	6,8	12,6	18,2	12,1	10,5	
Smagas	1,7	3,2	1,4	2,2	2,6	4,1	4,3	3,6	2,9	
Ārkārtīgi smagas	0,5	1,2	0,9	0,9	2,0	0,4	2,1	1,4	1,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	590	434	213	1238	545	483	423	1449	2687

To, ka viņiem ir atmiņas problēmas, subjektīvi atzīmēja 35,9% (n = 964) respondentu. Kopumā tika norādīts, ka 39,3% sieviešu ir nelielas līdz ārkārtīgi smagas problēmas ar atmiņu, savukārt vīriešiem šis rādītājs ir 31,9%. Pētījumā konstatēts, ka gan vīriešu, gan sieviešu respondentu vidū atmiņas problēmas palielinās līdz ar vecumu (sk. 2.13.1.9. tabulu).

2.13.1.9. tabula. Respondentu subjektīvais atmiņas problēmu smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Atmiņas problēmu smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	72,1	70,0	53,1	68,1	75,0	61,4	41,6	60,7	64,1	
Nelielas	22,8	23,8	31,9	24,7	20,4	31,1	40,2	29,7	27,4	
Mērenas	4,1	4,8	13,1	5,9	3,7	6,8	15,6	8,2	7,1	
Smagas	1,0	1,2	1,9	1,2	0,7	0,4	2,4	1,1	1,2	
Ārkārtīgi smagas	0,0	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	592	433	213	1238	544	482	423	1449	2687

Novērtēt obsesijas un kompulsijas jeb uzmācīgās domas un rīcības tika piedāvāts tikai tiem respondentiem, kas *M.I.N.I.* intervijas obsesīvi kompulsīvo traucējumu (OKT) diagnostikas sadaļā uz skrīninga jautājumiem bija atbildējuši, ka cieš no šāda veida simptomātikas. No šīs respondentu grupas lielākā daļa cilvēku 65,9% (n = 43) arī pamana subjektīvi uzmācīgas domas vai kompulsijas. Būtiski lielāks respondentu īpatsvars, kas atzīmēja nelielus vai mērenus simptomus, ir sieviešu vidū. Lielāks to respondentu īpatsvars, kas atzīmēja smagas uzmācīgas domas vai rīcību, ir vīriešu vidū (sk. 2.13.1.10. tabulu).

2.13.1.10. tabula. Respondentu subjektīvais uzmācīgo domu un rīcību smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kas uz *M.I.N.I.* intervijas OKT traucējumu sadaļas skrīninga jautājumiem ir atbildējuši, ka cieš no OKT simptomātikas (n = 65), %

Uzmācīgo domu vai rīcību smagums		Vīrieši				Sievietes				Kopā	
		45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā			
Nav		41,7	50,0	0,0	40,6	26,3	25,0	33,3	27,3	34,1	
Neliels		37,5	33,3	50,0	37,5	42,1	50,0	50,0	45,5	41,4	
Mērens		12,5	0,0	0,0	9,4	26,3	25,0	16,7	24,2	17,0	
Smags		8,3	16,7	50,0	12,5	5,3	0,0	0,0	3,0	7,5	
Ārkārtīgi smags		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Kopā		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		n	24	6	2	32	19	8	6	33	65

Lielākā daļa (81,8%; n = 2197) respondentu nav atzīmējuši tādu problēmu kā nespēja tikt galā ar saviem uzdevumiem un pienākumiem darbā, mājās, savā dzīvē vai attiecībās. Ja šādas grūtības ir, tad visbiežāk, pēc respondentu domām, tās ir nelielas (sk. 2.13.1.11. tabulu).

2.13.1.11. tabula. Respondentu subjektīvais nespējas tikt galā ar saviem pienākumiem novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās, %

Nespēja tikt galā ar saviem uzdevumiem un pienākumiem		Vīrieši				Sievietes				Kopā	
		18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav		77,9	87,1	85,0	84,2	79,9	83,8	80,1	81,3	81,8	
Neliela		18,1	9,9	10,8	13,9	15,5	12,4	13,7	14,0	14,0	
Mērena		3,5	1,6	2,8	2,7	3,5	3,1	4,3	3,6	3,2	
Smaga		0,5	1,4	0,9	0,9	1,1	0,4	1,4	0,9	0,9	
Ārkārtīgi smaga		0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,2	0,5	0,2	0,1	
Kopā		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		n	592	434	213	1238	543	482	423	1448	2686

No respondentiem, kam objektīvi *M.I.N.I.* intervijas laikā atklāja alkohola, narkotiku vai medikamentu lietošanas traucējumus, vairāk nekā puse (61,6%; n = 234) uzskata, ka viņi minētās vielas pēdējā mēneša laikā nebija pārmērīgi lietojuši. Atšķirībā no sievietēm vīriešu vidū ir būtiski lielāks to respondentu īpatsvars, kas vērtē minēto vielu lietošanu kā mērenu vai smagu (sk. 2.13.1.12. tabulu).

2.13.1.12. tabula. Respondentu subjektīvais pārmērīgas alkohola, narkotiku vai medikamentu lietošanas smaguma novērtējums pēdējā mēneša laikā dzimuma un vecuma grupās to respondentu vidū, kam *M.I.N.I.* intervijas laikā konstatēja alkohola vai apreibinošo vielu lietošanas traucējumus (n = 379), %

Pārmērīgas alkohola/ narkotiku vai medikamentu lietošanas smagums	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	59,4	59,5	43,8	58,6	75,6	66,7	88,9	73,1	61,6	
Neliela	25,9	20,7	18,8	23,8	22,0	25,9	11,1	21,8	23,3	
Mērena	11,2	11,2	31,3	12,3	2,4	7,4	0,0	5,1	10,8	
Smaga	3,5	6,0	6,3	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	
Ārkārtīgi smaga	0,0	2,6	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	170	116	16	302	41	27	9	77	379

2.13.2. Simptomu ietekme uz funkcionēšanu dažādās dzīves jomās (pēc Šīhana nespējas skalas)

Šīhana nespējas skala ir skrīninga instruments – pašnovērtējuma skala, kurā respondentam jāveic pašnovērtējums par slimības izraisītās neveselības (angl. *impairment*) un nespējas (angl. *disability*) ietekmi uz ikdienas funkcionēšanu dažādās dzīves jomās: darbā (vai skolā), brīvajā laikā/sociālās aktivitātēs un ģimenē/mājās, veicot ikdienas pienākumus. Lietojot šo skrīninga instrumentu, respondentam slimības simptomu atstātās nelabvēlīgās sekas katrā no dzīves jomām ir jāizvērtē, Likerta skalā atzīmējot vērtējumu no 0 līdz 10, kur “0” nozīmē, ka slimība ikdienas funkcionēšanu noteiktajā dzīves jomā neietekmē nemaz, “1–3” – ietekmē viegli, “4–6” – ietekmē vidēji, “7–9” – izteikti ietekmē, savukārt “10” – slimība ārkārtīgi ietekmē ikdienas funkcionēšanu. Gadījumi, kad atbilžu vērtība pārsniedz “5”, tiek saistīti ar paaugstinātu psihiskās neveselības risku. Turpinājumā tabulās ar vārdu “nelieli(-a)” tiek apzīmēts respondenta vērtējums no 1 līdz 3 punktiem pēc Likerta skalas, “mēreni(-a)” – vērtējums no 4 līdz 6, “smagi(-a)” – vērtējums 7–9, “ārkārtīgi smagi(-a)” – 10 punkti Likerta skalā.

Jautājumi no Šīhana nespējas skalas tika uzdoti tikai tiem respondentiem, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu. Pētījumā tika konstatēts, ka, salīdzinot ar strādājošajām vai studējošajām sievietēm vai populāciju kopumā, strādājošo vai studējošo vīriešu vidū ir nedaudz lielāks to respondentu īpatsvars, kas savu simptomu ietekmi uz darba funkcionēšanu vērtē kā nelielu līdz smagu (sk. 2.13.2.1. tabulu).

2.13.2.1. tabula. Simptomu ietekmes uz spēju tikt galā ar pienākumiem darbā vai mācībās pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas strādā vai mācās un iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu (n = 1348), %

Simptomu ietekme uz darbu vai mācību darbu	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	67,6	76,3	91,4	71,8	71,7	81,2	87,8	78,1	75,2	
Neliela	24,3	12,8	5,7	19,4	21,7	14,9	7,0	16,7	17,9	
Mērena	5,7	6,6	0,0	5,7	4,8	3,5	3,5	4,0	4,7	
Smaga	2,4	2,8	0,0	2,4	1,5	0,0	1,7	1,0	1,7	
Ārkārtīgi smaga	0,0	1,4	2,9	0,6	0,3	0,4	0,0	0,3	0,5	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	370	211	35	617	336	282	115	731	1348

Vismaz nelielu savu simptomu ietekmi arī uz sabiedrisko dzīvi un atpūtu (piemēram, hobiju vai lietām, ko respondenti dara sava prieka pēc) pamanīja 22,9% (n = 458) respondentu. Nedaudz lielāks respondentu īpatsvars, kas simptomu ietekmi vērtēja kā nelielu līdz smagu, ir jaunu vīriešu grupā (sk. 2.13.2.2. tabulu).

2.13.2.2. tabula. Simptomu ietekmes uz sabiedrisko dzīvi un atpūtu pēdējā mēneša laikā pašvērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz sabiedrisko dzīvi vai atpūtu	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	69,4	79,0	80,3	74,5	76,1	81,2	80,1	79,0	77,1	
Neliela	22,8	14,2	13,8	18,3	15,8	12,7	12,1	13,6	15,7	
Mērena	6,2	4,1	4,6	5,1	6,7	5,0	5,5	5,8	5,5	
Smaga	1,7	2,4	0,7	1,7	1,2	0,8	2,0	1,3	1,5	
Ārkārtīgi smaga	0,0	0,3	0,7	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	421	295	152	868	406	378	346	1129	1997

Simptomu ietekmi uz savu spēju tikt galā ar uzdevumiem un pienākumiem mājās un ģimenes dzīvē pamanīja 26,3%; (n = 526) respondentu. Statistiski būtiskas atšķirības starp dzimuma un vecuma grupām netika rastas (sk. 2.13.2.3. tabulu).

2.13.2.3. tabula. Simptomu ietekmes uz savu ģimenes dzīvi vai mājas pienākumiem pēdējā mēneša laikā pašvērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz ģimenes dzīvi un/vai mājas pienākumiem	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	68,6	77,3	80,9	73,7	65,3	78,2	79,0	73,7	73,7	
Neliela	25,5	15,6	13,2	19,9	25,1	16,5	13,5	18,8	19,2	
Mērena	4,5	4,1	4,6	4,4	7,4	4,3	5,5	5,8	5,2	
Smaga	1,4	3,1	0,7	1,8	2,2	0,8	1,4	1,5	1,7	
Ārkārtīgi smaga	0,0	0,0	0,7	0,1	0,0	0,3	0,6	0,3	0,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	420	295	152	868	406	376	347	1129	1997

Izvērtējot savu spēju sadzīvot ar cilvēkiem, vismaz nelielas grūtības pamanīja 17,9% (n = 359) respondentu. Savu simptomu ietekmi uz šo funkcionēšanas aspektu nedaudz biežāk atzīmēja vīrieši, īpaši vecumā no 18 līdz 44 gadiem (sk. 2.13.2.4. tabulu).

2.13.2.4. tabula. Simptomu ietekmes uz savu spēju sadzīvot ar cilvēkiem pēdējā mēneša laikā pašvērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz spēju sadzīvot ar cilvēkiem	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	72,0	86,1	86,2	79,2	76,6	84,6	92,8	84,3	82,1	
Neliela	22,1	9,2	10,5	15,7	18,7	13,3	5,5	12,8	14,1	
Mērena	4,0	3,1	2,6	3,6	3,9	2,1	1,7	2,7	3,0	
Smaga	1,4	1,7	0,0	1,3	0,5	0,0	0,0	0,2	0,7	
Ārkārtīgi smaga	0,5	0,0	0,7	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	421	295	152	869	406	377	347	1129	1998

Līdzīga tendence novērojama arī gadījumā, kad simptomi ietekmē spēju tikt galā ar pienākumiem personiskajā un sociālajā dzīvē (sk. 2.13.2.5. tabulu), kā arī saprasties un komunicēt ar cilvēkiem (sk. 2.13.2.5. tabulu): jaunu vīriešu vidū ir lielāks to respondentu īpatsvars, kas vērtēja simptomu ietekmi uz šīm spējām no mērenas līdz ārkārtīgi smagai, nekā starp sievietēm un vidēji populācijā (sk. 2.13.2.6. tabulu).

2.13.2.5. tabula. Simptomu ietekmes uz savu spēju tikt galā ar pienākumiem personiskajā un sociālajā dzīvē pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz personiskajām un sociālajām attiecībām	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	73,0	84,4	85,0	78,9	72,9	84,6	90,5	82,2	80,8	
Neliela	20,4	11,6	11,8	15,9	21,9	12,5	6,6	14,1	14,9	
Mērena	5,2	4,1	2,6	4,4	3,9	2,7	2,3	3,0	3,6	
Smaga	0,9	0,0	0,0	0,5	1,0	0,3	0,6	0,6	0,5	
Ārkārtīgi smaga	0,5	0,0	0,7	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	422	294	153	869	406	376	347	1129	1998

2.13.2.6. tabula. Simptomu ietekmes uz savu spēju saprasties un komunicēt ar citiem cilvēkiem pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz spēju saprasties un komunicēt ar citiem	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	77,0	84,4	86,8	81,0	79,1	88,6	89,6	85,6	83,6	
Neliela	18,3	13,2	11,2	15,3	15,8	9,5	7,5	11,1	12,9	
Mērena	3,3	2,0	1,3	2,6	4,7	1,9	2,6	3,1	2,9	
Smaga	0,5	0,3	0,0	0,5	0,2	0,0	0,3	0,2	0,3	
Ārkārtīgi smaga	1,0	0,0	0,7	0,6	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	421	295	152	869	406	377	347	1129	1998

Simptomu ietekmi uz spēju rūpēties par sevi (mazgāties, iet dušā, vannoties, pareizi ģērbties, tīrīt zobus, mazgāt veļu u. c.) atzīmēja 11,2% (n = 224) respondentu, turklāt vīriešu vidū kopumā simptomu ietekme vērojama nedaudz biežāk (sk. 2.13.2.7. tabulu).

2.13.2.7. tabula. Simptomu ietekmes uz spēju rūpēties par sevi pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz spēju rūpēties par sevi	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	83,4	90,1	86,2	86,2	91,4	93,9	86,7	90,8	88,8	
Neliela	12,1	5,1	9,9	9,3	6,2	4,5	7,2	5,9	7,4	
Mērena	2,6	3,1	2,0	2,6	1,2	1,3	4,3	2,1	2,3	
Smaga	1,0	1,0	0,7	1,0	1,0	0,0	1,4	0,8	0,9	
Ārkārtīgi smaga	1,0	0,7	1,3	0,8	0,2	0,3	0,3	0,4	0,6	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	421	294	152	868	406	377	346	1130	1998

No pētījuma dalībniekiem 12,7% (n = 253) atzina, ka viņu stāvoklis padara viņus agresīvus pret citiem. Turklāt vīriešu vidū šādu respondentu īpatsvars ir lielāks visās vecuma grupās (sk. 2.13.2.8. tabulu).

2.13.2.8. tabula. Simptomu ietekmes uz agresivitāti pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz agresivitāti	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	78,4	87,8	90,8	83,9	84,5	91,0	95,1	90,0	87,3	
Neliela	17,6	11,2	7,2	13,6	12,8	7,2	3,7	8,1	10,5	
Mērena	3,3	0,3	1,3	2,0	2,2	1,9	0,9	1,6	1,8	
Smaga	0,7	0,7	0,7	0,6	0,0	0,0	0,3	0,1	0,3	
Ārkārtīgi smaga	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,2	0,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	421	294	152	868	406	377	346	1130	1998

Vīriešu vidū ir arī lielāks to respondentu īpatsvars, kas pamanīja, ka simptomi ietekmē arī viņu spēju pārvaldīt savas finanses (sk. 2.13.2.9. tabulu) Vīriešu kopējais respondentu īpatsvars ar vismaz minimālo simptomu ietekmi šajā jomā (18,4%) atšķiras no sieviešu īpatsvara (11,3%) par 7,1 procentpunktiem.

2.13.2.9. tabula. Simptomu ietekmes uz spēju pārvaldīt savu naudu pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz spēju pārvaldīt savas finanses	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	75,2	86,1	90,8	81,7	84,2	90,7	91,9	88,8	85,6	
Neliela	18,8	5,4	3,9	11,8	11,6	5,6	4,3	7,4	9,2	
Mērena	4,5	5,8	2,0	4,5	2,5	2,9	2,3	2,5	3,4	
Smaga	1,4	1,4	1,3	1,4	1,5	0,3	1,4	1,1	1,2	
Ārkārtīgi smaga	0,0	1,4	2,0	0,7	0,2	0,5	0,0	0,3	0,5	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	420	295	153	867	406	377	347	1129	1998

Novērtējot simptomu ietekmi uz spēju fiziski pārvietoties, tika konstatēts, ka tie ietekmēja 17,6% respondentu (n = 353). Nozīmīgi lielāks šādu respondentu īpatsvars ir vecāka gadagājuma vīriešu vidū, salīdzinot ar šī paša vecuma sievietēm (sk. 2.13.2.10. tabulu).

2.13.2.10. tabula. Simptomu ietekmes uz savu spēju fiziski pārvietoties pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz spēju fiziski pārvietoties	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	88,8	78,3	66,9	81,6	92,9	69,1	82,3	82,9	82,4	
Neliela	6,2	10,2	14,9	9,1	3,7	15,3	9,1	9,0	9,0	
Mērena	2,6	8,5	11,0	6,0	1,7	9,2	5,2	4,5	5,2	
Smaga	1,9	1,7	5,2	2,4	1,5	4,3	2,6	2,7	2,5	
Ārkārtīgi smaga	0,5	1,4	1,9	0,9	0,2	2,0	0,9	0,9	0,9	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	421	295	154	868	406	376	346	1130	1998

Salīdzinoši maz respondentu (7,9%; n = 155) bija pamanījuši vismaz minimālu simptomu ietekmi uz savu garīgo vai reliģisko dzīvi (sk. 2.13.2.11. tabulu).

2.13.2.11. tabula. Simptomu ietekmes uz savu garīgo un reliģisko dzīvi pēdējā mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu un sevi atzīst par garīgu vai reliģiozu cilvēku, %

Simptomu ietekme uz garīgo vai reliģisko dzīvi	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Nav	90,6	88,9	89,5	89,9	95,5	94,4	91,0	93,8	92,1	
Neliela	6,2	7,3	7,9	6,9	2,7	4,3	5,8	4,2	5,4	
Mērena	2,2	3,8	2,0	2,7	1,7	0,8	1,7	1,3	1,9	
Smaga	0,5	0,0	0,7	0,2	0,0	0,5	1,5	0,6	0,5	
Ārkārtīgi smaga	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	403	289	152	842	402	373	343	1117	1960

Pētījumā tika konstatēts, ka ceturtdaļai 24,9% (n = 497) respondentu simptomi vismaz nelielā mērā ietekmē viņu ģimenes locekļus (sk. 2.13.2.12. tabulu). Gados jaunu (18–44 g. v.) cilvēku vidū respondentu īpatsvars ar nelielu ietekmi uz saviem ģimenes locekļiem ir lielāks nekā vidēji populācijā: kopējā šī vecuma grupā 22,7% (n = 187).

2.13.2.12. tabula. Simptomu un stāvokļa ietekmes uz saviem ģimenes locekļiem mēneša laikā pašnovērtējums to respondentu vidū, kas iepriekšējā jautājumu blokā vismaz vienu no simptomiem/traucējumiem novērtēja vismaz kā nelielu, %

Simptomu ietekme uz ģimenes locekļiem	Vīrieši				Sievietes				Kopā
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	
Nav	70,6	75,2	78,4	73,4	65,8	78,7	86,2	76,4	75,1
Neliela	20,6	16,0	15,0	18,0	24,9	15,4	9,8	17,1	17,5
Mērena	7,4	6,8	4,6	6,8	6,9	4,8	3,2	5,0	5,8

2.13.2.12. tabulas turpinājums

Simptomu ietekme uz ģimenes locekļiem	Vīrieši				Sievietes				Kopā	
	18–44	45–64	≥ 65	Kopā	18–44	45–64	≥ 65	Kopā		
Smaga	1,4	1,4	2,0	1,5	2,2	1,1	0,6	1,3	1,4	
Ārkārtīgi smaga	0,0	0,7	0,0	0,2	0,2	0,0	0,3	0,2	0,2	
Kopā	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	n	418	294	153	866	406	376	347	1129	1996

2.14. Veselības stāvokļa pašvērtējums, riskantas alkohola lietošanas biežums pēdējā gada laikā un nikotīna saturošo produktu lietošana konstatēto diagnožu grupās

2.14.1. Veselības stāvokļa pašvērtējuma saistība ar pētījuma laikā noteiktajiem psihiskajiem traucējumiem

Pētījuma respondentiem tika piedāvāts atbildēt uz jautājumu “Kā Jūs pats(-i) novērtējat savu pašreizējo veselības stāvokli?”, izvēloties no variantiem: “labs”, “diezgan labs”, “vidējs”, “diezgan slikts” un “slikts”. Kopējā populācijā 51,8% (n = 1392) respondentu savu veselību vērtēja kā labu un diezgan labu, 38,1% (n = 1023) – kā vidēju, savukārt 10,1% (n = 272) – kā “sliktu un diezgan sliktu”. Analizējot respondentu veselības stāvokļa pašvērtējumu atbilstoši pētījuma laikā noteikto psihisko traucējumu grupām, tika konstatēts, ka, salīdzinot ar populācijas vidējiem rādītājiem, to respondentu īpatsvars, kas savu veselību vērtē kā diezgan sliktu un sliktu, ievērojami lielāks ir grupā ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (*PHQ-9* skalas rezultāts: ≥ 10 punkti) (39,5%; n = 68) un respondentu grupā, kurai pēc *GAD-7* skalas ir noteikta ģeneralizēta trauksme (skalas rezultāts: ≥ 10 punkti) (33,3%; n = 35), kā arī starp respondentiem ar *M.I.N.I.* intervijas laikā noteiktu pašnāvniecisku uzvedību (23,5%; n = 67), dziļās depresijas epizodi intervijas vai dzīves laikā (23,9%; n = 50) un apreibinošo vielu (nealkohola) lietošanas traucējumiem (20,0%; n = 9) (sk. 2.14.1.1. tabulu).

Lielāks respondentu īpatsvars, kas savu veselību novērtēja kā labu un diezgan labu, ir respondentu grupās ar patoloģiski pacilātu garastāvokli un tā simptomiem pašlaik vai dzīves laikā, alkohola lietošanas traucējumiem pēdējo 12 mēnešu laikā, asociālu personību, ēšanas traucējumiem un psihotiskiem traucējumiem, kas konstatēti dzīves laikā vai pēc *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem (sk. 2.14.1.1. tabulu).

Statistiski ticamas atšķirības veselības stāvokļa pašvērtējumā, salīdzinot ar respondentiem bez noteiktiem psihiskiem traucējumiem, ir rastas respondentu grupā ar *M.I.N.I.* intervijas vai dzīves laikā konstatēto dziļās depresijas epizodi ($p < 0,001$), klīniski nozīmīgiem depresijas

simptomiem pēc *PHQ-9* skalas ($p < 0,001$), vismaz vienu *M.I.N.I.* intervijas laikā noteiktu neirotisku traucējumu ($p = 0,01$), pēc *M.I.N.I.* intervijas noteiktu pašnāvniecisku uzvedību ($p < 0,001$), pēc *GAD-7* skalas noteiktu ģeneralizētu trauksmi ($p < 0,001$) un pēc *M.I.N.I.* intervijas noteiktu asociālu personību ($p = 0,04$).

Statistiski ticamas atšķirības netika rastas respondentu grupā, kurā pēc *M.I.N.I.* intervijas respondentiem tika noteikts patoloģiski pacilāts garastāvoklis vai garastāvokļa traucējumi un simptomi intervijas vai dzīves laikā ($p = 0,50$), alkohola lietošanas traucējumi pēdējā gada laikā ($p = 0,43$), apreibinošo vielu lietošanas traucējumi ($p = 0,08$), psihotiski traucējumi *M.I.N.I.* intervijas un dzīves laikā ($p = 0,16$) un ēšanas traucējumi pēdējo 3 mēnešu laikā pirms pētījuma ($p = 0,44$), salīdzinot ar respondentiem bez noteiktiem šādiem traucējumiem.

Analizējot pretējo sakarību, respondentu grupā ar diezgan sliktu un sliktu veselības pašvērtējumu ir lielāks respondentu īpatsvars ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (24,9%; $n = 68$), kas noteikti pēc *PHQ-9* skalas, un *M.I.N.I.* intervijā noteiktu dziļās depresijas epizodi pašlaik un dzīves laikā (18,3%; $n = 50$), kā arī domām par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanu un pašnāvniecisku uzvedību (24,6%; $n = 67$) (sk. 2.14.1.2. tabulu).

2.14.1.1. tabula. Respondentu pašreizējā veselības stāvokļa pašvērtējums pētījuma laikā noteikto psihisko traucējumu grupās

Konstatētie psihiskie traucējumi	Pašreizējā veselības stāvokļa pašvērtējums							
	Diezgan labs un labs		Vidējs		Diezgan slikts un slikts		Kopā	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dziļās depresijas epizode pašlaik vai pagātnē (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	74	35,4	85	40,7	50	23,9	209	100,0
Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi (pēc <i>PHQ-9</i> skalas rezultātiem)	28	16,3	76	44,2	68	39,5	172	100,0
Patoloģiski pacilāts garastāvoklis un tā simptomi pašlaik vai dzīves laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	50	57,5	28	32,2	9	10,3	87	100,0
Vismaz viens neirotisks traucējums (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	14	36,8	15	39,5	9	23,7	38	100,0
Ģeneralizēta trauksme (pēc <i>GAD-7</i> skalas rezultātiem)	26	24,8	44	41,9	35	33,3	105	100,0
Domās par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	119	41,8	99	34,7	67	23,5	285	100,0

2.14.1.1. tabulas turpinājums

Konstatētie psihiskie traucējumi	Pašreizējā veselības stāvokļa pašvērtējums							
	Diezgan labs un labs		Vidējs		Diezgan slikts un slikts		Kopā	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkohola lietošanas traucējumi pēdējo 12 mēnešu laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	193	54,7	129	36,5	31	8,8	353	100,0
Apreibinošo vielu lietošanas traucējumi pēdējo 12 mēnešu laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	20	44,4	16	35,6	9	20,0	45	100,0
Psihotiskie traucējumi pašlaik vai dzīves laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	96	58,5	56	34,1	12	7,3	164	100,0
Asociāla personība (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	42	67,7	15	24,2	5	8,1	62	100,0
Ēšanas traucējumi pēdējo 3 mēnešu laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	12	60,0	5	25,0	3	15,0	20	100

2.14.1.2. tabula. Pētījuma laikā noteikto psihisko traucējumu īpatsvars pašreizējā veselības stāvokļa pašvērtējuma grupās, n (%)

Veselības stāvokļa pašvērtējums	Dzīlās depresijas epizode pašlaik vai pagātnē, n (%)	Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi (pēc <i>PHQ-9</i> skalas rezultātiem)	Patoloģiski pacīlāts garastāvoklis un tā simptomi pašlaik vai dzīves laikā	Vismaz viens neirofisks traucējums (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	Ģeneralizēta trauksme (pēc <i>GAD-7</i> skalas rezultātiem)	Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvēciska uzvedība	Alkohola lietošanas traucējumi pēdējos 12 mēnešos	Apreibinošo vielu lietošanas traucējumi pēdējos 12 mēnešos	Psihotiskie traucējumi pašlaik vai dzīves laikā	Asociāla personība	Ēšanas traucējumi pašlaik
Diezgan labs un labs, n = 1392 (100,0%)	74 (5,3)	28 (2,0)	50 (3,6)	14 (1,0)	26 (1,9)	119 (8,5)	193 (13,9)	20 (1,4)	96 (6,9)	42 (3,0)	12 (0,9)
Vidējs, n = 1023 (100,0%)	85 (8,3)	76 (7,4)	28 (2,7)	15 (1,5)	44 (4,3)	99 (9,7)	129 (12,6)	16 (1,6)	56 (5,5)	15 (1,5)	5 (0,5)
Slikts un diezgan slikts, n = 272 (100,0%)	50 (18,3)	68 (24,9)	9 (3,3)	9 (3,3)	35 (12,9)	67 (24,6)	31 (11,4)	9 (3,3)	12 (4,4)	5 (1,8)	3 (1,1)

2.14.2. Riskantās alkohola lietošanas pēdējā gada laikā saistība ar pētījuma laikā noteiktajiem psihiskiem traucējumiem

Lielāks respondentu īpatsvars nekā vidēji populācijā (4,8%; n = 128), kas vienā alkohola lietošanas reizē izdzer 5 vai vairāk devas, ir noteikts visās konstatēto psihisko traucējumu grupās (sk. 2.14.2.1. tabulu). Īpaši liels īpatsvars ir to respondentu vidū, kam saskaņā ar *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem pētījuma laikā ir noteikts traucējums – asociāla personība (11,3%; n = 7) – un ēšanas traucējumi pēdējo 3 mēnešu laikā pirms intervijas (9,5%; n = 2). Lielāks respondentu īpatsvars, kas nelieto alkoholu, ir to cilvēku vidū, kam pētījuma laikā noteikti apreibinošo (nealkohola) vielu lietošanas traucējumi (53,3%; n = 24), un to pacientu vidū, kam intervijas laikā vai iepriekš dzīvē ir bijuši psihotiskie traucējumi (53,9%; n = 89).

Statistiski ticamas atšķirības riskantas alkohola lietošanas biežuma ziņā starp respondentiem ar un bez noteiktiem psihiskiem traucējumiem ir rastas pašnāvnieciskas uzvedības gadījumā ($p = 0,02$), kā arī asociālas personības ($p = 0,008$) gadījumā.

2.14.2.1. tabula. Respondentu riskantā alkohola lietošana pēdējā gada laikā noteikto psihisko traucējumu grupās

Konstatētie psihiskie traucējumi	Cik bieži pēdējā gada (12 mēnešu) laikā vienā alkohola lietošanas reizē Jūs izdzerāt vairāk nekā 1,5 litrus alus vai nepilnu pudeli vīna (600 ml), vai 180 ml degvīna jeb 5 vai vairāk devas?													
	Vismaz 1 reizi nedēļā		1–3 reizes mēnesī		Retāk nekā 3 reizes mēnesī		Nevienu reizi		Nekad dzīvē		Alkoholu nelieto		Kopā	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dziļās depresijas epizode pašlaik vai pagātnē (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	11	5,3	22	10,5	45	21,5	20	9,6	11	5,3	100	47,8	209	100,0
Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi (pēc <i>PHQ-9</i> skalas rezultātiem)	12	6,9	19	11,0	31	17,9	11	6,4	10	5,8	90	52,0	173	100,0
Patoloģiski pacilāts garastāvoklis un tā simptomi pašlaik vai dzīves laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	7	8,0	17	19,5	20	23,0	8	9,2	2	2,3	33	37,9	87	100,0
Vismaz viens neirotisks traucējums (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	3	7,9	8	21,1	6	15,8	4	10,5	4	10,5	13	34,2	38	100,0

2.14.2.1. tabulas turpinājums

Konstatētie psihiskie traucējumi	Cik bieži pēdējā gada (12 mēnešu) laikā vienā alkohola lietošanas reizē Jūs izdzērāt vairāk nekā 1,5 litrus alus vai nepilnu pudeli vīna (600 ml), vai 180 ml degvīna jeb 5 vai vairāk devas?													
	Vismaz 1 reizi nedēļā		1–3 reizes mēnesī		Retāk nekā 3 reizes mēnesī		Nevienu reizi		Nekad dzīvē		Alkoholu nelieto		Kopā	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ģeneralizēta trauksme (pēc <i>GAD-7</i> skalas rezultātiem)	7	6,7	10	9,5	24	22,9	8	7,6	2	1,9	54	51,4	105	100,0
Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	24	8,5	31	10,9	44	15,5	25	8,8	15	5,3	145	51,1	284	100,0
Apreibinošu vielu lietošanas traucējumi pēdējo 12 mēnešu laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	3	6,7	5	11,1	10	22,2	1	2,2	2	4,4	24	53,3	45	100,0
Psihotiskie traucējumi pašlaik vai dzīves laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	12	7,3	16	9,7	27	16,4	14	8,5	7	4,2	89	53,9	165	100,0
Asociāla personība (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	7	11,3	10	16,1	19	30,6	2	3,2	1	1,6	23	37,1	62	100,0
Ēšanas traucējumi (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	2	9,5	5	23,8	3	14,3	1	4,8	4	19,0	6	28,6	21	100,0

Analizējot konstatēto psihisko traucējumu izplatību respondentu grupās, kuras atšķiras pēc tā, cik bieži pēdējā gada laikā riskanti lietojušas alkoholu, tika konstatēts, ka starp tiem respondentiem, kas lieto vismaz 5 un vairāk alkohola devas vienā lietošanas reizē vismaz vienreiz nedēļā un biežāk, ir lielāks to respondentu īpatsvars, kas, spriežot pēc *M.I.N.I.* intervijas, domā par pašnāvību, nodara paškaitējumu, ir ar pašnāvniecisku uzvedību (18,8%; n = 24), psihotiskiem traucējumiem intervijas laikā un iepriekš dzīves laikā (9,4%; n = 12), kā arī ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (9,4%; n = 12), kas noteikti pēc *PHQ-9* skalas (sk. 2.14.2.2. tabulu).

2.14.2.2. tabula. Pētījuma laikā noteikto psihisko traucējumu īpatsvars to respondentu grupās, kas bieži riskanti lieto alkoholu, n (%)

Cik bieži pēdējā gada (12 mēnešu) laikā vienā alkohola lietošanas reizē Jūs izdzērāt vairāk nekā 1,5 litrus alus vai nepilnu pudeli vīna (600 ml), vai 180 ml degvīna jeb 5 vai vairāk devas?	Dzīlās depresijas epizode pašlaik vai pagātnē, n (%)	Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi (pēc PHQ-9 skalas rezultātiem)	Pacilātā garastāvokļa traucējumi un simptomi pašlaik vai dzīves laikā	Vismaz viens neirotisks traucējums (pēc M.I.N.I. intervijas rezultātiem)	Ģeneralizēta trauksme (pēc GAD-7 skalas rezultātiem)	Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība	Apreibinošo vielu lietošanas traucējumi pēdējos 12 mēšos	Psihotiskie traucējumi pašlaik vai dzīves laikā	Asociāla personība	Ēšanas traucējumi pašlaik
Vismaz 1 reizi nedēļā, n = 127 (100,0%)	11 (8,7)	12 (9,4)	7 (5,5)	3 (2,3)	7 (5,5)	24 (18,8)	3 (2,3)	12 (9,4)	7 (5,5)	2 (1,6)
1–3 reizes mēnesī, n = 318 (100,0%)	22 (6,9)	19 (6,0)	17 (5,3)	8 (2,5)	10 (3,1)	31 (9,7)	5 (1,6)	16 (5,0)	10 (3,2)	5 (1,6)
Retāk nekā 3 reizes mēnesī, n = 463 (100,0%)	45 (9,7)	31 (6,7)	20 (4,3)	6 (1,3)	24 (5,2)	44 (9,5)	10 (2,2)	27 (5,8)	19 (4,1)	3 (0,6)
Nevienu reizi gada laikā, n = 268 (100,0%)	20 (7,5)	11 (4,1)	8 (3,0)	4 (1,5)	8 (3,0)	25 (9,3)	1 (0,4)	14 (5,2)	2 (0,7)	1 (0,4)
Nekad dzīvē, n = 190 (100,0%)	11 (5,8)	10 (5,3)	2 (1,1)	4 (2,1)	2 (1,1)	15 (7,9)	2 (1,1)	7 (3,7)	1 (0,5)	4 (2,1)
Alkoholu nelieto, n = 1322 (100,0%)	100 (7,6)	90 (6,8)	33 (2,5)	13 (1,0)	54 (4,1)	145 (11,0)	24 (1,8)	89 (6,7)	23 (1,7)	6 (0,5)

2.14.3. Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošana noteikto psihisko traucējumu grupās

Starp analizētajām pētījuma laikā noteikto diagnožu grupām vislielākais tādu respondentu īpatsvars, kas smēķē/lieto tabaku saturošos produktus regulāri vai “šad tad”, ir to cilvēku vidū, kam M.I.N.I. intervijas rezultāts liecina par alkohola lietošanas traucējumiem pēdējo 12 mēnešu laikā (64,0%;

n = 226), kā arī par to, ka respondents ir asociāla personība (63,5%; n = 40), un arī starp respondentiem, kam pēc *GAD-7* skalas rezultātiem pēdējo 2 nedēļu laikā pirms intervijas ir konstatēta ģeneralizēta trauksme (50,9%; n = 54). Vislielākais respondentu īpatsvars, kas nelieto vai ir tikai pamēģinājis lietot tabakas un nikotīnu saturošos produktus, ir to cilvēku vidū, kam pēc *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem ir noteikti ēšanas traucējumi pēdējo 3 mēnešu laikā pirms intervijas (sk. 2.14.3.1. tabulu).

2.14.3.1. tabula. Tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošana respondentu ar noteiktiem psihiskiem traucējumiem grupās

Konstatētie psihiskie traucējumi	Vai Jūs savas dzīves laikā esat smēķējis(-usi)/lietojis(-usi) tabaku un nikotīnu saturošus produktus?							
	Nē, vai ir tikai pamēģinājis (-usi)		Jā, bet ir atmetis(-usi)		Jā, smēķē/lieto regulāri vai uzsmēķē/lieto šad tad		Kopā	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dziļās depresijas epizode pašlaik vai pagātnē (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	94	45,0	25	12,0	90	43,1	209	100,0
Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi (pēc <i>PHQ-9</i> skalas rezultātiem)	79	46,2	19	11,1	73	42,7	171	100,0
Patoloģiski pacilāts garastāvoklis un tā simptomi pašlaik vai dzīves laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	32	36,8	11	12,6	44	50,6	87	100,0
Vismaz viens neirotisks traucējums (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	14	37,8	11	29,7	12	32,4	38	100,0
Ģeneralizēta trauksme (pēc <i>GAD-7</i> skalas rezultātiem)	39	36,8	13	12,3	54	50,9	106	100,0
Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	127	44,6	37	13,0	121	42,5	285	100,0
Alkohola lietošanas traucējumi pēdējo 12 mēnešu laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	68	19,3	59	16,7	226	64,0	353	100,0
Apreibinošo vielu lietošana pēdējo 12 mēnešu laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	18	40,0	10	22,2	17	37,8	45	100,0
Psihotiskie traucējumi pašlaik vai dzīves laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	79	48,2	17	10,4	68	41,5	164	100,0
Asociāla personība (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	14	22,2	9	14,3	40	63,5	63	100,0
Ēšanas traucējumi pēdējo 3 mēnešu laikā (pēc <i>M.I.N.I.</i> intervijas rezultātiem)	13	65,0	3	15,0	4	20,0	20	100,0

Statistiski ticamas atšķirības tabakas un nikotīnu saturošo produktu lietošanā, salīdzinot ar respondentiem bez minētajiem psihiskiem traucējumiem, ir noteiktas respondentu grupā ar pašnāvniecisku uzvedību ($p = 0,01$), alkohola lietošanas traucējumiem pēdējo 12 mēnešu laikā ($p < 0,001$), dziļās depresijas epizodi pašlaik vai dzīves laikā ($p = 0,02$), personības traucējumu – asociāla personība ($p = 0,04$) – un ar patoloģiski pacilātu garastāvokli un tā simptomiem pašlaik vai dzīves laikā pēc *M.I.N.I.* intervijas rezultātiem ($p = 0,006$), kā arī pēc *GAD-7* skalas noteiktā traucējuma – ģeneralizēta trauksme ($p = 0,001$). Citu diagnožu gadījumā atšķirības, salīdzinot ar respondentiem bez noteiktas diagnozes, nebija statistiski ticamas.

Secinājumi

1. Alkohola lietošanas traucējumi (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) ir konstatēti 13,1% respondentu. Traucējumi biežāk konstatēti vīriešiem, gados jaunākām personām, Rīgā dzīvojošajiem, personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību un personām ar augstāku ienākumu līmeni uz vienu mājsaimniecības locekli. Traucējumi klasificējami kā smagi 23,5% to respondentu, kuriem tie konstatēti. Īpaši augsts respondentu īpatsvars ar smagiem alkohola lietošanas traucējumiem ir vidējā vecuma (45–64 gadi) vīriešu populācijā.
2. Apreibinošo vielu (nealkohola) lietošanas traucējumi (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) konstatēti 1,7% respondentu. Šo traucējumu izplatība neatšķiras demogrāfisko un sociāli ekonomisko faktoru grupās. Traucējumi klasificējami kā smagi 17,6% to respondentu, kuriem tie konstatēti.
3. Pētījuma laikā dziļās depresijas epizode (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) konstatēta 1,8% respondentu. Šim rādītājam nav rastas atšķirības dzimuma vai vecuma grupās. Dziļās depresijas epizodes mūža prevalence ir 7,1%. Rādītājs ir augstāks sievietēm, gados vecākiem iedzīvotājiem, Rīgā dzīvojošajiem un personām ar augstāku ienākumu līmeni. No visiem pētījuma respondentiem 4,0% dzīves laikā ir bijusi vairāk nekā viena dziļās depresijas epizode.
4. Ģeneralizēta trauksme (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) pēdējos 6 mēnešos pirms intervijas ir konstatēta 0,2% iedzīvotāju. Statistiski ticamas atšķirības demogrāfisko un sociāli ekonomisko faktoru grupās netika rastas.
5. Saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu panika jeb epizodiska paroksismāla trauksme pēdējo 12 mēnešu laikā konstatēta 0,1% respondentu. Agorafobijas prevalence pētāmajā populācijā ir 0,4%. Statistiski ticamas atšķirības dzimuma un vecuma grupās netika rastas. Sociālās fobijas prevalence pēdējā mēneša laikā ir 0,2%. Arī tai netika rasta statistiski ticama atšķirība dzimuma un vecuma grupās. Obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OKT) pēdējā mēneša laikā pirms *M.I.N.I.* intervijas ir konstatēti 0,6% pētījumā iesaistītās populācijas. Šo traucējumu izplatība dzimuma grupās neatšķiras. Turklāt traucējumu izplatība samazinās, pieaugot vecumam. Posttraumatiskā stresa sindroms diagnosticēts 0,1% respondentu.
6. Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība pētījuma laikā (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) noteikta 10,6% respondentu. Nav rasta būtiska statistiska atšķirība dzimuma vai vecuma grupās. Augstāka izplatība konstatēta personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību un personām ar zemu ienākumu līmeni. No minētajiem respondentiem 13,0% noteikts smags pašnāvības risks.
7. To, ka dzīves laikā ir mēģinājuši veikt pašnāvību, ir atzinuši 4,0% respondentu. Būtiskas

atšķirības pašnāvības mēģinājumu izplatībā dzimuma vai vecuma grupās nav konstatētas. No respondentiem ar pašnāvniecisku uzvedību 16,1% pieļāva, ka pašnāvības mēģinājums iespējams tuvāko 3 mēnešu laikā.

8. Psihotiski traucējumi (saskaņā ar *M.I.N.I.* diagnostisko instrumentu) intervijas laikā tika atklāti 2,6% respondentu. Psihotisku traucējumu mūža prevalence ir 5,9%. Psihotisku traucējumu punkta un mūža prevalence dzimuma grupās būtiski neatšķiras. Rādītājs ir augstāks gados jauniem cilvēkiem un Rīgā dzīvojošajiem.
9. Patoloģiski pacilātā garastāvokļa sindromi pētījuma laikā netika konstatēti. Hipomānijas simptomi intervijas laikā tika konstatēti 0,7% respondentu. Dzimuma grupās simptomu atšķirība nav konstatēta. Augstākā simptomu punkta prevalence ir jaunāka vecuma iedzīvotāju (18–44 gadi) vidū. Hipomānijas simptomi dzīves laikā noteikti 2,7% personu. Nozīmīga atšķirība dzimuma grupās netika rasta. Pieaugot vecumam, simptomu prevalence samazinās. Augstāka traucējumu izplatība konstatēta personām ar sākumskolas vai pamatskolas izglītību. Savukārt mānijas epizode dzīves laikā noteikta 0,2% respondentu.
10. Pašreizēji (pēdējos 3 mēnešos) neirotikās anoreksijas gadījumi pētījuma laikā netika atklāti. Neirotikā bulīmija pēdējo 3 mēnešu laikā konstatēta 0,4% pētāmās populācijas. Nozīmīgas dzimuma un vecuma atšķirības netika rastas. Kompulsīvā pārēšanās tika atklāta 0,4% populācijas. Nozīmīgas atšķirības dzimuma un vecuma grupās netika rastas. Augstāka traucējumu izplatība konstatēta personām, kuras dzīvo Rīgā.
11. Asociāla personība kā personības traucējums noteikts 2,3% pētījuma populācijas. Prevalence ir augstāka vīriešu vidū, gados jaunu cilvēku vidū un to personu vidū, kam ir zemāka līmeņa izglītība.
12. Pēdējā mēneša laikā nomierinošo bezrecepšu līdzekļu lietošanu atzīmēja 15,4% respondentu, savukārt recepšu nomierinošo vai miega līdzekļu lietošanu – 12,5% pētījuma dalībnieku. Sieviešu vidū minētie rādītāji ir augstāki. Rādītāji pieaug, pieaugot vecumam.
13. Antidepresantus pēdējā mēneša laikā lietojuši 4,4% respondentu. Sieviešu vidū šis rādītājs ir augstāks. Vecuma grupās nozīmīgas rādītāja atšķirības nav konstatētas.
14. Nozīmīgi lielāks to respondentu īpatsvars, kas savu veselību vērtē kā diezgan sliktu un sliktu, ir respondentu grupā ar klīniski nozīmīgiem depresijas simptomiem (39,5%), ar noteiktu ģeneralizētu trauksmi (33,3%), kā arī starp respondentiem ar pašnāvniecisku uzvedību (23,5%) vai dziļās depresijas epizodi intervijas vai dzīves laikā (23,9%) (salīdzinājumā ar personām, kurām minēto traucējumu nav).
15. Starp tiem iedzīvotājiem, kuri lieto vismaz 5 un vairāk alkohola devas vienā lietošanas reizē vismaz vienreiz nedēļā un biežāk, ir lielāks respondentu īpatsvars, kuriem ir domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanu un pašnāvniecisku uzvedību (18,8%).

Priekšlikumi

Balstoties uz pētījumā iegūtajiem rezultātiem un secinājumiem, ir rekomendējams:

- 1) plānojot un īstenojot primārās vai sekundārās alkohola lietošanas traucējumu profilakses intervences, īpašu uzmanību un mērķtiecīgus pasākumus veltīt vīriešu, gados jaunāku personu, Rīgā dzīvojošo personu, personu ar zemāku izglītības līmeni un personu ar augstāku ienākumu līmeni populācijām, jo šajās grupās minēto traucējumu izplatība ir visaugstākā;
- 2) plānojot un īstenojot depresijas profilakses pasākumus (visos trīs profilakses līmeņos), īpašu uzmanību pievērst sievietēm, gados vecākiem iedzīvotājiem, Rīgā dzīvojošajiem un personām ar augstāku ienākumu līmeni;
- 3) paredzot pašnāvnieciskas uzvedības visu trīs līmeņu profilakses pasākumus, īpašu uzmanību veltīt personām ar zemāka līmeņa ienākumiem un izglītību, kā arī personām ar riskantas alkohola lietošanas paradumiem;
- 4) paredzot sabiedrības veselības un veselības aprūpes intervences psihotisko traucējumu jomā, mērķtiecīgus pasākumus veltīt gados jauniem cilvēkiem un Rīgā dzīvojošajiem;
- 5) plānojot patoloģiski pacilāta garastāvokļa profilakses pasākumus, mērķtiecīgas intervences paredzēt jaunāka vecuma iedzīvotājiem un personām ar zemāku izglītības līmeni;
- 6) plānojot ēšanas traucējumu profilakses pasākumus, pastiprinātu uzmanību veltīt Rīgas iedzīvotāju populācijai;
- 7) plānojot sabiedrības veselības un veselības aprūpes pasākumus asociālām personībām, pastiprinātu uzmanību pievērsts vīriešu, gados jaunu cilvēku un personu ar zemāku izglītības līmeni populācijām;
- 8) izglītot veselības aprūpes speciālistus par receptu miega līdzekļu izrakstīšanas indikācijām un riskiem, ņemot vērā īpaši augstu šo medikamentu lietošanas īpatsvaru vecāka gadagājuma sievietes vidū;
- 9) izglītojot iedzīvotājus un veselības aprūpes speciālistus par nomierinošo bezreceptu līdzekļu lietošanu, ņemt vērā, ka šo līdzekļu lietošana īpaši izplatīta ir sievietes un gados vecāku iedzīvotāju vidū;
- 10) veikt padziļinātu, zinātnisku pētījuma datu analīzi, izmantojot daudzfaktoru statistikās analīzes metodes, lai precīzāk un plašāk identificētu ar dažādiem traucējumiem saistītos faktorus, lai tādējādi precīzāk identificētu un definētu iespējamās riska grupas;
- 11) tā kā Covid-19 pandēmija, Krievijas uzsāktais karš Ukrainā un, iespējams, citi apstākļi, visticamāk, ir būtiski ietekmējuši psihisko traucējumu un pašnāvnieciskās uzvedības izplatību pasaulē, atkārtot līdzīgu pētījumu ar vismaz 3500 personu izlasi, lai precizētu jaunākos psihisko traucējumu un pašnāvnieciskās uzvedības izplatības rādītājus un ar tiem saistīto iespējamo faktoru izmaiņas Latvijas vispārējā populācijā.

Pielikums

1. tabula. Alkohola lietošanas traucējumu īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Alkohola lietošanas traucējumi						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	136	15,1	765	84,9	901	100,0	0,019
Cita pilsēta	102	10,7	847	89,3	949	100,0	
Lauki	114	13,6	722	86,4	836	100,0	
Kopā	352	13,1	2334	86,9	2686	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	63	17,5	298	82,5	361	100,0	0,005
Vidējā, vidējā profesionālā	207	13,4	1340	86,6	1547	100,0	
Augstākā	82	10,5	697	89,5	779	100,0	
Kopā	352	13,1	2335	86,9	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	72	15,5	393	84,5	465	100,0	0,001
251–400 eiro	63	7,7	760	92,3	823	100,0	
401–600 eiro	62	12,4	438	87,6	500	100,0	
601 eiro un vairāk	95	17,8	440	82,2	535	100,0	
Kopā	292	12,6	2031	87,4	2323	100,0	

2. tabula. Apreibinošo vielu lietošanas traucējumu īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Apreibinošu vielu lietošanas traucējumi						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	16	1,8	885	98,2	901	100,0	0,516
Cita pilsēta	12	1,3	937	98,7	949	100,0	
Lauki	16	1,9	820	98,1	836	100,0	
Kopā	44	1,6	2642	98,4	2686	100,0	

2. tabulas turpinājums

	Apreibinošu vielu lietošanas traucējumi						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	8	2,2	353	97,8	361	100,0	0,493
Vidējā, vidējā profesionālā	27	1,7	1520	98,3	1547	100,0	
Augstākā	10	1,3	769	98,7	779	100,0	
Kopā	45	1,7	2642	98,3	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	9	1,9	456	98,1	465	100,0	0,499
251–400 eiro	17	2,1	806	97,9	823	100,0	
401–600 eiro	5	1,0	495	99,0	500	100,0	
601 eiro un vairāk	11	2,1	525	97,9	536	100,0	
Kopā	42	1,8	2282	98,2	2324	100,0	

3. tabula. Klīniski nozīmīgu depresijas simptomu (pēc PHQ-9 pašvērtējuma skalas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Klīniski nozīmīgi depresijas simptomi (pēc PHQ-9 pašvērtējuma skalas)						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	67	7,4	834	92,6	901	100,0	0,074
Cita pilsēta	47	5,0	902	95,0	949	100,0	
Lauki	57	6,8	779	93,2	836	100,0	
Kopā	171	6,4	2515	93,6	2686	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	36	10,0	325	90,0	361	100,0	0,007
Vidējā, vidējā profesionālā	95	6,1	1452	93,9	1547	100,0	
Augstākā	40	5,1	739	94,9	779	100,0	
Kopā	171	6,4	2516	93,6	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	40	8,6	426	91,4	466	100,0	0,045
251–400 eiro	58	7,0	765	93,0	823	100,0	
401–600 eiro	28	5,6	473	94,4	501	100,0	
601 eiro un vairāk	24	4,5	511	95,5	535	100,0	
Kopā	150	6,5	2175	93,5	2325	100,0	

4. tabula. Dziļās depresijas epizožu pašlaik vai dzīves laikā (pēc M.I.N.I. intervijas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Dziļās depresijas epizode pašlaik vai dzīves laikā						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	96	10,7	805	89,3	901	100,0	0,001
Cita pilsēta	64	6,7	885	93,3	949	100,0	
Lauki	49	5,9	788	94,1	837	100,0	
Kopā	209	7,8	2478	92,2	2687	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	30	8,3	331	91,7	361	100,0	0,385
Vidējā, vidējā profesionālā	111	7,2	1436	92,8	1547	100,0	
Augstākā	68	8,7	711	91,3	779	100,0	
Kopā	209	7,8	2478	92,2	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	42	9,0	423	91,0	465	100,0	0,024
251–400 eiro	52	6,3	771	93,7	823	100,0	
401–600 eiro	32	6,4	468	93,6	500	100,0	
601 eiro un vairāk	55	10,3	480	89,7	535	100,0	
Kopā	181	7,8	2142	92,2	2323	100,0	

5. tabula. Domu par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšanas un pašnāvnieciskas uzvedības (pēc M.I.N.I. intervijas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Domas par pašnāvību, paškaitējuma nodarīšana un pašnāvnieciska uzvedība						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	110	12,2	791	87,8	901	100,0	0,119
Cita pilsēta	88	9,3	861	90,7	949	100,0	
Lauki	87	10,4	750	89,6	837	100,0	
Kopā	285	10,6	2402	89,4	2687	100,0	

5. tabulas turpinājums

Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	56	15,5	305	84,5	361	100,0	0,004
Vidējā, vidējā profesionālā	157	10,1	1391	89,9	1548	100,0	
Augstākā	72	9,2	707	90,8	779	100,0	
Kopā	285	10,6	2403	89,4	2688	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	62	13,3	404	86,7	466	100,0	0,003
251–400 eiro	98	11,9	725	88,1	823	100,0	
401–600 eiro	33	6,6	468	93,4	501	100,0	
601 eiro un vairāk	53	9,9	482	90,1	535	100,0	
Kopā	246	10,6	2079	89,4	2325	100,0	

6. tabula. Psihotisko traucējumu dzīves laikā (pēc *M.I.N.I.* intervijas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Psihotiskie traucējumi dzīves laikā						<i>p</i> vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	68	7,5	833	92,5	901	100,0	0,024
Cita pilsēta	43	4,5	906	95,5	949	100,0	
Lauki	53	6,3	783	93,7	836	100,0	
Kopā	164	6,1	2522	93,9	2686	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	21	5,8	340	94,2	361	100,0	0,974
Vidējā, vidējā profesionālā	94	6,1	1453	93,9	1547	100,0	
Augstākā	48	6,2	731	93,8	779	100,0	
Kopā	163	6,1	2524	93,9	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	29	6,2	437	93,8	466	100,0	0,936
251–400 eiro	48	5,8	775	94,2	823	100,0	
401–600 eiro	33	6,6	467	93,4	500	100,0	
601 eiro un vairāk	31	5,8	504	94,2	535	100,0	
Kopā	141	6,1	2183	93,9	2324	100,0	

7. tabula. Patoloģiski pacilāta garstāvokļa kā garstāvokļa traucējuma pašlaik vai dzīves laikā (pēc *M.I.N.I.* intervijas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Patoloģiski pacilāts garstāvoklis pašlaik vai dzīves laikā						<i>p</i> vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	38	4,2	863	95,8	901	100,0	0,121
Cita pilsēta	27	2,8	922	97,2	949	100,0	
Lauki	22	2,6	815	97,4	837	100,0	
Kopā	87	3,2	2600	96,8	2687	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	25	6,9	336	93,1	361	100,0	0,001
Vidējā, vidējā profesionālā	41	2,7	1506	97,3	1547	100,0	
Augstākā	21	2,7	758	97,3	779	100,0	
Kopā	87	3,2	2600	96,8	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	18	3,9	447	96,1	465	100,0	0,262
251–400 eiro	25	3,0	798	97,0	823	100,0	
401–600 eiro	10	2,0	490	98,0	500	100,0	
601 eiro un vairāk	21	3,9	514	96,1	535	100,0	
Kopā	74	3,2	2249	96,8	2325	100,0	

8. tabula. Neirotisku traucējumu (pēc *M.I.N.I.* intervijas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Neirotiski traucējumi						<i>p</i> vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	18	2,0	884	98,0	902	100,0	0,110
Cita pilsēta	8	0,8	941	99,2	949	100,0	
Lauki	12	1,4	824	98,6	836	100,0	
Kopā	38	1,4	2649	98,6	2687	100,0	

8. tabulas turpinājums

	Neirotiski traucējumi						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	7	1,9	354	98,1	361	100,0	0,412
Vidējā, vidējā profesionālā	18	1,2	1529	98,8	1547	100,0	
Augstākā	13	1,7	766	98,3	779	100,0	
Kopā	38	1,4	2649	98,6	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	5	1,1	460	98,9	466	100,0	0,304
251–400 eiro	11	1,3	813	98,7	823	100,0	
401–600 eiro	5	1,0	495	99,0	501	100,0	
601 eiro un vairāk	12	2,2	524	97,8	535	100,0	
Kopā	33	1,4	2292	98,6	2325	100,0	

9. tabula. Ģeneralizētas trauksmes (pēc GAD-7 skrīninga instrumenta) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Ģeneralizēta trauksme						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	37	4,1	865	95,9	902	100,0	0,696
Cita pilsēta	33	3,5	916	96,5	949	100,0	
Lauki	35	4,2	802	95,8	837	100,0	
Kopā	105	3,9	2583	96,1	2688	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	21	5,8	340	94,2	361	100,0	0,090
Vidējā, vidējā profesionālā	52	3,4	1495	96,6	1547	100,0	
Augstākā	32	4,1	747	95,9	779	100,0	
Kopā	105	3,9	2582	96,1	2687	100,0	

9. tabulas turpinājums

	Ģeneralizēta trauksme						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	24	5,2	441	94,8	465	100,0	0,232
251–400 eiro	35	4,3	788	95,7	823	100,0	
401–600 eiro	17	3,4	484	96,6	501	100,0	
601 eiro un vairāk	15	2,8	520	97,2	535	100,0	
Kopā	91	3,9	2233	96,1	2324	100,0	

10. tabula. Ēšanas traucējumu (pēc M.I.N.I. intervijas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Ēšanas traucējumi						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	13	1,4	888	98,6	901	100,0	0,011
Cita pilsēta	4	0,4	945	99,6	949	100,0	
Lauki	3	0,4	834	99,6	837	100,0	
Kopā	20	0,7	2667	99,3	2687	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	2	0,6	359	99,4	361	100,0	0,543
Vidējā, vidējā profesionālā	10	0,6	1537	99,4	1547	100,0	
Augstākā	8	1,0	771	99,0	779	100,0	
Kopā	20	0,7	2667	99,3	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	3	0,6	462	99,4	465	100,0	0,186
251–400 eiro	5	0,6	818	99,4	823	100,0	
401–600 eiro	4	0,8	496	99,2	500	100,0	
601 eiro un vairāk	9	1,7	527	98,3	536	100,0	
Kopā	21	0,9	2303	99,1	2324	100,0	

11. tabula. Personības traucējuma – asociāla personība – (pēc M.I.N.I. intervijas) īpatsvars respondentu grupās pēc dzīvesvietas, izglītības un ienākumiem

	Asociāla personība						p vērtība
	Jā		Nē		Kopā		
	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	Skaitis, n	Īpatsvars, %	
Dzīvesvieta							
Rīga	29	3,2	872	96,8	901	100,0	0,081
Cita pilsēta	17	1,8	932	98,2	949	100,0	
Lauki	16	1,9	821	98,1	837	100,0	
Kopā	62	2,3	2625	97,7	2687	100,0	
Izglītība							
Sākumskolas, pamatizglītība	16	4,4	345	95,6	361	100,0	0,007
Vidējā, vidējā profesionālā	35	2,3	1512	97,7	1547	100,0	
Augstākā	11	1,4	768	98,6	779	100,0	
Kopā	62	2,3	2625	97,7	2687	100,0	
Mēneša ienākumu līmenis							
Līdz 250 eiro	17	3,7	448	96,3	465	100,0	0,112
251–400 eiro	13	1,6	810	98,4	823	100,0	
401–600 eiro	11	2,2	490	97,8	501	100,0	
601 eiro un vairāk	11	2,1	525	97,9	536	100,0	
Kopā	52	2,2	2273	97,8	2325	100,0	