



Toms Pulmanis

AR PUSAUDŽU PAŠNĀVNIECISKO  
UZVEDĪBU SAISTĪTIE FAKTORI LATVIJĀ

Promocijas darba kopsavilkums  
medicīnas doktora zinātniskā grāda iegūšanai

Specialitāte – sabiedrības veselība un epidemioloģija

Darba zinātniskais vadītājs:  
*Dr. med.* profesors Māris Taube

Rīga, 2019

Promocijas darbs izstrādāts Rīgas Stradiņa universitātē.

Darba zinātniskais vadītājs:

*Dr. med.* profesors **Māris Taube**  
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

Oficiālie recenzenti:

*Dr. med.* asociētā profesore **Ieva Strēle**  
Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

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

*PhD* profesore **Merike Sisask**  
Tallinas Universitāte, Igaunija

Promocijas darba aizstāvēšana notiks 2019. gada 19. novembrī plkst. 13.00  
Rīgas Stradiņa universitātes Medicīnas promocijas padomes atklātā sēdē Rīgā,  
Dzirciema ielā 16, Hipokrāta auditorijā.

Ar promocijas darbu var iepazīties RSU bibliotēkā un RSU tīmekļa vietnē  
[www.rsu.lv](http://www.rsu.lv).

Promocijas padomes sekretāre:

*Dr. med.* asociētā profesore **Inese Gobiņa**

## ANOTĀCIJA

**Ievads.** Pašnāvības ir viena no būtiskākajām sabiedrības veselības problēmām Latvijā – pēc standartizētās mirstības rādītājiem Latvija ierindojas augstajā otrajā vietā ES dalībvalstu vidū. Būtisks pabeigtas pašnāvības riska faktors ir pašnāvnieciska uzvedība, t.sk. domas par pašnāvību un pašnāvības mēģinājumi, kas iezīmē risku pabeigtai pašnāvībai, bieži tiek izmantota asociēto riska faktoru pētniecībā un ir īpaši aktuāla pusaudžu populācijās. Ar ģimenes vidi saistītajiem, vienaudžu vidi raksturojošajiem un individuālajiem faktoriem var būt nozīmīga loma saistībā ar pusaudžu pašnāvniecisko uzvedību, jo īpaši ņemot vērā faktu, ka vairāku šo faktoru izplatība Latvijā vērtējama kā augsta.

Darba mērķis bija izpētīt pašu ziņotās pašnāvnieciskās uzvedības izplatību un saistību ar ģimenes un vienaudžu vides raksturojošiem faktoriem, kā arī individuālajiem faktoriem 14–17 gadus vecu pusaudžu populācijā Latvijā.

**Materiāls un metodes.** Darbā izmantoti dati, kas iegūti reprezentatīvā šķērsgriezuma pētījumā “Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotiskajām vielām”. Pētījuma instruments bija aprobēta, standartizēta aptaujas anketa. Kopumā promocijas darbā analizēti dati par 7 299 respondentiem. Statistiskajā datu apstrādē izmantots biežumu sadalījums, šķērstabulas un Hī kvadrāta ( $\chi^2$ ) tests. Saistību noteikšanai izmantotas nesamērotās izredžu attiecības, Spīrmena korelācijas koeficients un daudzfaktoru loģistiskā regresija.

**Rezultāti.** Domas par pašnāvību dzīves laikā atzīmējuši 15,7% Latvijas 14–17 gadus veco pusaudžu – 11,7% zēnu un 19,4% meiteņu, bet pašnāvības mēģinājumu dzīves laikā atzīmējuši 8,2% pusaudžu – 5,9% zēnu un 10,2% meiteņu. Domu par pašnāvību izplatība ir augstāka to pusaudžu vidū, kuri savas

ģimenes materiālo stāvokli salīdzinājumā ar citām ģimenēm Latvijā vērtē kā sliktāku – meiteņu vidū šādi vērtēta ģimenes materiālā stāvokļa gadījumā vērojama arī augstāka pašnāvības mēģinājumu izplatība.

Ar ģimenes vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes domām par pašnāvību abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze ģimenē, fiziska vardarbība ģimenē, reti/nekad un dažreiz izjūsts vecāku emocionālais atbalsts, bet atsevišķi zēniem - nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem. Ar ģimenes vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes pašnāvības mēģinājumam abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze ģimenē, fiziska vardarbība ģimenē, reti/nekad izjūsts vecāku emocionālais atbalsts un nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem, bet atsevišķi zēniem – seksuāla uzmāksšanās ģimenē un atsevišķi meitenēm – dažreiz izjūsts vecāku emocionālais atbalsts.

Ar vienaudžu vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes domām par pašnāvību abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū, vienmēr/bieži un dažreiz piedzīvota ņirgāšanās skolā, bet atsevišķi meitenēm – reti/nekad un dažreiz izjūsts vienaudžu emocionālais atbalsts. Ar vienaudžu vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes pašnāvības mēģinājumam abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū, vienmēr/bieži un dažreiz piedzīvota ņirgāšanās skolā, bet atsevišķi meitenēm – reti/nekad izjūsts vienaudžu emocionālais atbalsts.

Individuālie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes domām par pašnāvību abās dzimumu grupās ir augsts un vidēji augsts depresijas simptomu līmenis, zems un vidēji zems pašcieņas līmenis, narkotiku lietošana dzīves laikā un ikdienas smēķēšana, bet atsevišķi meitenēm – neapmierinātība un vidēja apmierinātība ar savu veselības stāvokli, kā arī riskanta alkohola lietošana dzīves laikā. Individuālie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes pašnāvības mēģinājumam abās dzimumu grupās ir augsts un vidēji augsts depresijas

simptomu līmenis, zems un vidēji zems pašcieņas līmenis, ikdienas smēķēšana un neapmierinātība ar savu veselības stāvokli, atsevišķi meitenēm – riskanta alkohola lietošana dzīves laikā, bet atsevišķi zēniem – narkotiku lietošana dzīves laikā.

# SATURA RĀDĪTĀJS

ANOTĀCIJA .....	3
DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI .....	8
1. IEVADS .....	9
1.1. Problēmas aktualitāte .....	9
1.2. Promocijas darba mērķis .....	11
1.3. Promocijas darba uzdevumi .....	11
1.4. Promocijas darba hipotēzes .....	12
2. MATERIĀLS UN METODEDES .....	13
2.1. Datu avoti un ieguve .....	13
2.2. Pētāmo mainīgo pazīmes un grupēšana .....	13
2.3. Pētāmās populācijas raksturojums .....	20
2.4. Statistiskā analīze .....	20
3. REZULTĀTI .....	23
3.1. Pašnāvnieciskā uzvedība sociāldemogrāfiskajās grupās .....	23
3.2. Pašnāvnieciskās uzvedības savstarpējā saistība .....	24
3.3. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar ģimenes vidi saistītie faktori .....	25
3.4. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar vienaudžu vidi saistītie faktori .....	32
3.5. Pašnāvnieciskā uzvedība un individuālie faktori .....	38
4. DISKUSIJA .....	48
4.1. Pašnāvnieciskās uzvedības izplatība pusaudžu sociāldemogrāfiskajās grupās .....	48
4.2. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar ģimenes vidi saistītie faktori .....	52
4.3. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar vienaudžu vidi saistītie faktori .....	56
4.4. Pašnāvnieciskā uzvedība un individuālie faktori .....	59
4.5. Citi apsvērumi .....	65
5. SECINĀJUMI .....	67

6. PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS.....	69
IZMANTOTĀ LITERATŪRA.....	71
PUBLIKĀCIJAS UN TĒZES PAR DARBA TĒMU.....	71
PATEICĪBAS .....	82

## DARBĀ LIETOTIE SAĪSINĀJUMI

- CES-D Epidemioloģisko pētījumu centra Depresijas skala (*Centre for Epidemiological Studies Depression Scale*)
- ES Eiropas Savienība
- ESPAD Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotiskajām vielām (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)
- IZM Izglītības un zinātnes ministrija
- OR izredžu attiecība (*odds ratio*)
- PVO Pasaules Veselības organizācija
- VIF dispersijas inflācijas faktors (*variance inflation factor*)



# 1. IEVADS

## 1.1. Problēmas aktualitāte

Pašnāvības bija un ir sabiedrības veselības problēma, kas cilvēkiem priekšlaicīgi atņem dzīvību, dramatiski ietekmē pašnāvībās mirušo ģimenes un līdzcilvēku dzīves, kā arī rada ekonomiskos zaudējumus valstīm kopumā (World Health Organization [WHO], 2014a; Zhang, Tong and Zhou, 2005; Kinchin and Doran, 2018).

Mirstība no pašnāvībām Eiropas reģionā, salīdzinot ar citiem reģioniem, ir augsta – deviņas valstis ar augstāko mirstību no pašnāvībām pasaulē atrodas tieši šajā reģionā, vairākās valstīs biežākais pusaudžu nāves cēlonis ir pašnāvība (WHO, 2015).

Pasaulē pašnāvībās ik gadu mirst teju 800 000 cilvēku, un tas ir viens pašnāvības upuris katrās 40 sekundēs. Globāli pašnāvība ir otrais biežākais nāves cēlonis 15–29 gadu vecuma grupā. Vēl ievērojami lielāks ir to cilvēku skaits, kas izdara pašnāvības mēģinājumus (WHO, 2018a).

Pašnāvības ir viena no būtiskākajām sabiedrības veselības problēmām arī Latvijā – pēc standartizētās mirstības rādītājiem kopējā Latvijas populācija ierindojas otrajā augstākajā vietā ES dalībvalstu vidū (Šica, Pulmanis un Taube, 2017), savukārt 15–19 gadus veci pusaudži – septītajā (Eurostat, 2018). Visvairāk potenciālo mūža gadu Latvijā tiek zaudēti ārējo nāves cēloņu dēļ, starp kuriem līderpozīcijās ir tieši pašnāvības (Štāle, Treide un Rožkalne, 2016; Skrulle, 2014).

Pašnāvību un pašnāvnieciskās uzvedības problēmas aktualitāte ir skaidri uzsvērta Latvijas Sabiedrības veselības pamatnostādņēs 2014.–2020. gadam, kur minēts: “Ņemot vērā augstos pašnāvību rādītājus, gan bērnu, gan pieaugušo pašnāvību un pašnāvnieciskās uzvedības profilakse jāuzskata par vienu no sabiedrības veselības prioritātēm Latvijā” (LR Ministru kabinets, 2014).

Problēmas aktualitāte gan populācijā kopumā, gan jaunu cilvēku un pusaudžu vidū uzsvērtā arī vairākos starptautiska līmeņa politikas plānošanas dokumentos, tajā skaitā PVO Psihiskās veselības rīcības plānā 2013.–2020. gadam (angl. – *Mental Health Action Plan 2013–2020*) (WHO, 2013) un PVO Eiropas psihiskās veselības rīcības plānā 2013.–2020. gadam (angl. – *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*) (WHO, 2015).

Pašnāvnieciska uzvedība – domas par pašnāvību, pašnāvības mēģinājumi u. c. saistās ar dažāda līmeņa risku pabeigtai pašnāvībai un bieži tiek analizēta asociēto riska faktoru pētniecībā (Bridge, Goldstein and Brent, 2006). Zinātniskajā literatūrā nevalda vienprātība par pašnāvnieciskās uzvedības (angl. – *suicidal behavior*) definīciju un ir vērojamas dažādas pieejas (Goodfellow, Kølves and De Leo, 2018; De Leo et al., 2006; WHO, 2014b). Definīcijas izteikti variē, mēdz būt neprecīzas un mainīgas, jo īpaši kad runa ir par pašnāvniecisku uzvedību bez letāla iznākuma un domām par pašnāvību.

Pašnāvnieciska uzvedība ir izplatītāka pusaudžu vidū, ar plaša spektra riska faktoriem. Šo faktoru identificēšana un katra faktora lomas un ietekmes izpēte ir nozīmīgs jautājums pašnāvību profilaksē (Krug et al., 2002).

Ārvalstīs veiktu pētījumu dati liecina, ka ietekme uz pusaudža psihoemocionālo labklājību var būt vairākiem ar ģimenes un vienaudžu vidi saistītajiem, kā arī pusaudža individuālajiem faktoriem, piemēram, ciešas un savstarpēji atbalstošas attiecības ģimenē ir saistītas ar labāku psihisko veselību (Rothon, Goodwin and Stansfield, 2012), vecāku atbalsts var aizsargāt bērnu nelabvēlīgā, vardarbīgā vidē (Stadler et al., 2010; Wallen and Rubin, 1997), drošības un piederības sajūta var mazināt riska uzvedību (Brooks et al., 2012), pusaudži no emocionāli atbalstošas vienaudžu vides ir ar augstāku psihoemocionālo labklājību, šiem pusaudžiem ir augstāka sociālā kompetence, kā arī mazāk emocionālo un uzvedības problēmu (WHO, 2016; Kerr et al., 2003; Colarossi and Eccles, 2003; Lenzi et al., 2012).

Īpaši aktuālu dažādu pašnāvnieciskās uzvedības riska faktoru potenciālās ietekmes analīzes nepieciešamību Latvijā padara augstais dažādu ar pašnāvniecisko uzvedību potenciāli saistīto faktoru izplatības līmenis Latvijas bērnu un pusaudžu populācijā, piemēram, vardarbība ģimenē (Velika u. c., 2012), vienaudžu vardarbība, emocionālā atbalsta trūkums (WHO, 2016), atkarību izraisošo vielu lietošana (Sniķere un Trapencieris, 2016) u. c.

Neskatoties uz augstajiem pašnāvību rādītājiem Latvijā un faktu, ka šobrīd jau aptuveni trešdaļā pasaules valstu ar vidēju un augstu ienākumu līmeni ir izstrādātas un pieņemtas atsevišķas pašnāvību profilakses stratēģijas (WHO, 2018b), Latvijā pašnāvnieciskās uzvedības un ar to saistīto riska faktoru pētniecība, jo īpaši, bērnu un pusaudžu vidū līdz šim vērtējama kā ierobežota un nepietiekama.

Lai īstenotu uz pierādījumiem balstītas pašnāvību un pašnāvnieciskās uzvedības profilakses programmas gan populācijā kopumā, gan riska grupās, pēc iespējas precīzākai intervencu definēšanai un mērķēšanai caur padziļinātu pētniecību ir nepieciešams iegūt uz pierādījumiem balstītas zināšanas specifiski par Latvijas pusaudžiem.

## **1.2. Promocijas darba mērķis**

Darba mērķis ir izpētīt pašu ziņotās pašnāvnieciskās uzvedības izplatību un saistību ar ģimenes un vienaudžu vidi raksturojošiem faktoriem, kā arī individuālajiem faktoriem 14–17 gadus vecu pusaudžu populācijā Latvijā.

## **1.3. Promocijas darba uzdevumi**

1. Noskaidrot domu par pašnāvību un pašnāvības mēģinājumu izplatību pusaudžu sociāldemogrāfiskajās grupās Latvijā.

2. Analizēt pusaudžu domu par pašnāvību un pašnāvības mēģinājumu dzimumspecifisko saistību ar ģimenes vidi raksturojošiem faktoriem – nedzīvošanu ar abiem bioloģiskajiem vecākiem, emocionālā atbalsta trūkumu no vecākiem, pašnāvniecisku pieredzi ģimenē, fizisku vardarbību ģimenē un seksuālu uzmākšanos ģimenē.
3. Analizēt pusaudžu domu par pašnāvību un pašnāvības mēģinājumu dzimumspecifisko saistību ar vienaudžu vidi raksturojošiem faktoriem – emocionālā atbalsta trūkumu no vienaudžiem, pašnāvniecisku pieredzi vienaudžu vidū un vienaudžu ņirgāšanos skolā.
4. Analizēt pusaudžu domu par pašnāvību un pašnāvības mēģinājumu dzimumspecifisko saistību ar individuālajiem faktoriem – depresijas simptomu līmeni, pašcieņas līmeni, veselības pašvērtējumu, riskantu alkohola lietošanu, ikdienas smēķēšanu un narkotiku lietošanu.
5. Sniegt promocijas darba secinājumos balstītas rekomendācijas intervencēm pašnāvnieciskās uzvedības profilaksei 14–17 gadus vecu pusaudžu populācijā Latvijā un nākotnē īstenojamai pētniecībai pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības jomā.

#### **1.4. Promocijas darba hipotēzes**

1. Abu dzimumu grupās pastāv saistība starp pusaudžu pašu ziņotajām domām par pašnāvību un visiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem, vienaudžu vidi raksturojošajiem un individuālajiem faktoriem.
2. Abu dzimumu grupās pastāv saistība starp pusaudžu pašu ziņotajiem pašnāvības mēģinājumiem un visiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem, vienaudžu vidi raksturojošajiem un individuālajiem faktoriem.

## 2. MATERIĀLS UN METODEDES

### 2.1. Datu avoti un ieguve

Promocijas darba izstrādē izmantoti pēc starptautiski vienotas metodoloģijas iegūti Latvijas dati no Slimību un profilakses kontroles centra 2011. gada Eiropas skolu aptaujas projekta par alkoholu un citām narkotiskajām vielām (angl. – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) (ESPAD).

Pētījuma instruments bija aprobēta, standartizēta aptaujas anketa latviešu un krievu valodās. Aptaujas anketā tika koriģēti atsevišķi jautājumi, kuri tika validēti divās fokusa grupas diskusijās ar mērķa grupas pusaudžiem pirms pētījuma lauka darba uzsākšanas. Tāpat aptaujā izmantoti atsevišķi papildus jautājumu moduļi (t. sk. psihosociālais modulis) (Trapencieris u. c., 2012). Promocijas darbā izmantoti gan starptautiski standartizētie jautājumi, gan specifiski Latvijas pusaudžiem uzdoti jautājumi, kuru izstrādē piedalījies arī promocijas darba autors.

Pētījuma dalībnieku atlasei tika izmantota stratificēta klāsteru gadījumizlase, kurā kā izlases pamatvienība bija klase. Izlase veidota atbilstoši IZM datiem par 8.–10. klašu un tajās esošo skolēnu skaitu 2010./2011. mācību gadā (Trapencieris u. c., 2012).

Aptauja tika veikta 2011. gada aprīļa un maija mēnešos. Aptaujā piedalījās skolēni no 491 klases 327 vispārizglītojošajās skolās (Trapencieris u. c., 2012).

### 2.2. Pētāmo mainīgo pazīmes un grupēšana

Kā atkarīgās pazīmes promocijas darbā analizēti sekojoši pašnāvnieciskās uzvedības veidi:

- **domas par pašnāvību dzīves laikā** (turpmāk – domas par pašnāvību), kuru noteikšanai respondentiem anketā bija jāatbild uz jautājumu, vai respondents ir pārdomājis/-usi konkrētu veidu, vietu vai rīcību pašnāvības izdarīšanai. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā” un “nē”. Ņemot vērā nepieciešamību diferencēt domas par pašnāvību ar salīdzinoši augstāku risku pašnāvības mēģinājumam vai pabeigtai pašnāvībai, promocijas darba ietvaros izmantotā, respondentiem uzdotā jautājuma konstruēšanā izmantota pieeja domu par pašnāvību definēšanā, kurā tiek izdalītas aktīvas aktīvas domas par pašnāvību, definējot tās kā “domas par rīcību savas dzīves izbeigšanai, ietverot metodes identificēšanu, plāna esamību vai nodomu atbilstoši rīkoties” (Turecki and Brent, 2016);

- **pašnāvības mēģinājums dzīves laikā** (turpmāk – pašnāvības mēģinājums), kura noteikšanai respondentiem anketā bija jāatzīmē vai un cik reizi dzīves laikā respondents ir mēģinājis/-usi izdarīt pašnāvību. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā” un “nē”. Šāds jautājums un pieeja pusaudžu pašu ziņotā pašnāvības mēģinājuma noteikšanai izmantoti arī vairākos citos pētījumos, kuros izmantoti ESPAD dati (Kokkevi et al., 2012; Kokkevi et al., 2011; Hibell et al., 2009).

Kā neatkarīgās pazīmes promocijas darbā analizētas šādas faktoru grupas – **ar ģimenes vidi saistītie faktori:**

- **nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem**, kuras noteikšanai, atbilstoši ESPAD starptautiski izmantotajam jautājumam, respondentiem bija jāatzīmē cilvēki, kuri dzīvo ar respondentu vienā ģimenē. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā”, kas noteikta, ja respondents atzīmējis, ka nedzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem – tēvu un māti un “nē”, kas noteikta, ja respondents nav atzīmējis, ka dzīvo gan ar tēvu, gan māti. Līdzīga pieeja izmantota arī citos pētījumos (Kokkevi et al., 2012; Zaborskis, Sirvyte and Zemaitiene, 2016; Kokkevi et al., 2011);

- **vecāku emocionālais atbalsts**, kura noteikšanai, atbilstoši ESPAD starptautiski izmantotajam jautājumam, respondentiem bija jānorāda cik bieži ir spēkā apgalvojums “Man ir viegli saņemt emocionālo atbalstu no mātes un/vai tēva”. Atbilžu varianti tika apvienoti trīs kategorijās – “vienmēr/bieži”, “dažreiz” un “reti/nekad”;

- **pašnāvnieciska pieredze ģimenē**, kuras noteikšanai respondentiem bija jāatbild uz diviem atsevišķiem jautājumiem: “Vai kāds no Taviem ģimenes locekļiem ir mēģinājis izdarīt pašnāvību?” un “Vai kāds no Taviem ģimenes locekļiem ir izdarījis pašnāvību?”. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā”, ja respondents uz kādu vai abiem atsevišķajiem jautājumiem devis apstiprinošu atbildi, un “nē”, ja respondents uz abiem jautājumiem atbildējis noliedzoši;

- **fiziska vardarbība ģimenē**, kura noteikta pēc respondentu atbildēm uz apgalvojumu “Tiku iesaistīts fiziskā vardarbībā savās mājās, kurā piedalījās arī kāds pieaugušais”. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā”, un “nē”;

- **seksuāla uzmākšanās ģimenē**, kura noteikta pēc respondentu atbildēm uz apgalvojumu “Piedzīvoju seksuālu uzmākšanos, kurā bija iesaistīts kāds pieaugušais ģimenes loceklis”. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā” un “nē”; **ar vienaudžu vidi saistītie faktori:**

- **vienaudžu emocionālais atbalsts**, kura noteikšanai, atbilstoši ESPAD starptautiski izmantotajam jautājumam, respondentiem bija jānorāda cik bieži ir spēkā apgalvojums “Man ir viegli saņemt emocionālo atbalstu no mana labākā drauga/draudzenes”. Atbilžu varianti tika apvienoti trīs kategorijās – “vienmēr/bieži”, “dažreiz” un “reti/nekad”;

- **pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū**, kuras noteikšanai respondentiem bija jāatbild uz diviem atsevišķiem jautājumiem: “Vai kāds no Taviem draugiem vai paziņām ir mēģinājis izdarīt pašnāvību?” un “Vai kāds no

Taviem draugiem vai paziņām ir izdarījis pašnāvību?”. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā”, kas noteikta, ja respondents uz kādu vai abiem atsevišķajiem jautājumiem devis apstiprinošu atbildi, un “nē”, ja respondents uz abiem jautājumiem atbildējis noliedzīgi;

• **vienaudžu ģirgāšanās skolā**, kuras noteikšanai respondentiem bija jāatbild uz apgalvojumu “Klasesbiedri mani ir apsaukājuši”. Atbilžu varianti tika apvienoti, izveidojot trīs kategorijas – “vienmēr/bieži”, “dažreiz” un “nekad”;

**individuālie faktori:**

• **depresijas simptomu līmenis**, kura noteikšanai izmantota Epidemioloģijas pētījumu centra Depresijas skalas (angl. – *Center of Epidemiological Studies Depression-Scale*) (CES-D) (Radloff, 1977) īsā (sešu jautājumu) forma, kas starptautiski izmantota ESPAD psihosociālā moduļa ietvaros (Hibell et al., 2009). CES-D skalas pamatmērķis nav klīniski nozīmīgas depresijas diagnostika, bet gan depresijas simptomu līmeņa noteikšana, lai mērītu atšķirības dažādās populācijas grupās (Radloff, 1977). CES-D ir viena no skalām, kas tiek rekomendēta dažāda depresijas simptomu līmeņa noteikšanai arī pusaudžu populācijā, bet ne klīniskas depresijas diferencēšanai, jo klīniskas depresijas robežpunktu noteikšana var rezultēties kļūdaini pozitīvā atradē (Stockings et al., 2015). Skalas īsās formas validitāte tika novērtēta salīdzinot rezultātus ar pilnās CES-D skalas rezultātiem 5 249 skolēnu aptaujā un atzīta par apmierinošu (Hibell et al., 2009). Respondentiem bija jāsniedz atbildes uz sešiem jautājumiem, proti, “Cik bieži pēdējo 7 dienu laikā...” a. “Tev bija zudusi apetīte, negribējās ēst”, b. “Tev bija grūtības koncentrēties tam, ko gribēji darīt”, c. “juties nomākts/nomākta”, d. “juti, ka ir jāpiepūlas un jāpiespiež sevi izdarīt to, kas jādara”, e. “juties skumji”, f. “nespēji darīt savu darbu (mājās, darbā, skolā)”. Atbilžu varianti uz katru jautājumu bija – “reti vai nekad”, “dažreiz”, “bieži” un “gandrīz vienmēr”. Rezultātu interpretācijā tika papildināta pieeja, kas izmantota ESPAD pētījumā



(Hibell et al., 2009): atkarībā no atbildes uz katru no jautājumiem respondentam bija iespējams iegūt 1–4 punktus. Vadoties pēc vidējās iegūtās punktu summas sadalījuma kvartilēs, tika izdalītas trīs depresijas simptomu līmeņa kategorijas – “zems” gadījumā, ja vidējā punktu summa bija divās zemākajās kvartilēs vidējo rādītāju sadalījumā, savukārt divas augstākās kvartiles tika proporcionāli sadalītas kategorijās “vidēji augsts” un “augsts”;

• **pašcieņas līmenis**, kura noteikšanai izmantota Rozenberga pašcieņas skala (angl. – *Rosenberg's Self-esteem Scale*), kas ir instruments, kas detalizēti izstrādāts balstoties uz pašcieņas konceptu un vispārējo pašcieņu mēra, novērtējot personas uzskatus par savu personīgo vērtību un sevis pieņemšanu (Rosenberg, 1965). Respondentiem bija jāatbild, cik lielā mērā viņi piekrīt 10 apgalvojumiem: a. “kopumā esmu ar sevi apmierināts/a”, b. “reizēm domāju, ka nekam nederu”, c. “uzskatu, ka man ir daudzas labas īpašības”, d. “spēju visu darīt tikpat labi kā vairums cilvēku”, e. “domāju, ka man nav daudz ar ko lepoties”, f. “reizēm es patiešām jūtos nevērtīgs/a”, g. “domāju, ka esmu vērtīgs cilvēks, vismaz līdzvērtīgs citiem”, h. “vēlos, kaut man būtu vairāk pašcieņas”, i. “vispār sliecos uzskatīt sevi par neveiksminieku”, j. “es pret sevi iztuos pozitīvi”, no kuriem pieci apgalvojumi (a, c, d, g, j) ir pozitīvi un pieci apgalvojumi (b, e, f, h, i) ir negatīvi. Uz katru no apgalvojumiem respondentiem bija jāatzīmē kāds no atbilžu variantiem – “pilnīgi piekrītu”, “piekrītu”, “nepiekrītu” un “pavisam nepiekrītu”. Atkarībā no sniegtās atbildes uz katru no apgalvojumiem respondentam bija iespējams iegūt 1–4 punktus – augošā secībā, no 1 punkta, ja atzīmēta atbilde “pilnīgi piekrītu”, līdz 4 punktiem, ja atzīmēta atbilde “nepavisam nepiekrītu” negatīvajos apgalvojumos un dilstošā secībā no 4 punktiem, ja atzīmēta atbilde “pilnīgi piekrītu”, līdz 1 punktam, ja atzīmēta atbilde “nepavisam nepiekrītu” pozitīvajos apgalvojumos. Rezultātu interpretācijā tika papildināta pieeja, kas starptautiski izmantota ESPAD pētījumā (Hibell et al., 2009): pēc atbildēm uz visiem desmit

jautājumiem tika aprēķināta katra respondenta iegūtā vidējā punktu summa. Vadoties pēc vidējās iegūtās punktu summas sadalījuma kvartilēs, tika izdalītas trīs pašcieņas līmeņa kategorijas – “augsts” gadījumā, ja vidējā punktu summa bija divās augstākajās kvartilēs vidējo rādītāju sadalījumā, savukārt divas zemākās kvartiles tika proporcionāli sadalītas kategorijās “vidēji zems” un “zems”;

- **veselības pašvērtējums**, kura noteikšanai respondentiem bija jāatbild uz ESPAD starptautiski izmantoto jautājumu: “Cik apmierināts/-a Tu parasti esi ar savu veselības stāvokli?”. Atbilžu varianti tika apvienoti, izveidojot trīs kategorijas – “neapmierināts”, “vidēji apmierināts” un “apmierināts”;

- **riskanta alkohola lietošana**, kura noteikta pēc respondentu atbildēm uz starptautiski izmantoto jautājumu: “Cik reizes savas dzīves laikā Tu esi apreibis/-usi no alkoholiskiem dzērieniem tā, ka ejot streipuļoји, nevarēји skaidri parunāt, vēми vai nevarēји atcerēties, kas notika?”. Atbilžu varianti tika apvienoti, izveidojot trīs kategorijas – “nē”, “1–2 reizes” un “3 un vairāk reizes”. ESPAD un citos pētījumos šāda veida alkohola lietošana (piedzeršanās) tiek uzskatīta par vienu no dzeršanas paradumiem, kas raksturo riskantu alkohola lietošanu (Trapencieris u. c., 2012) un šāda veida atbilžu variantu apvienošana izmantota ESPAD starptautisko datu analīzē, nosakot piedzeršanās reižu skaita saistību ar pēītajiem psihosociālajiem mainīgajiem (Hibell et al., 2009);

- **ikdienas smēķēšana**, kuras noteikšanai, atbilstoši ESPAD starptautiski izmantotajam jautājumam, respondentiem bija jāatzīmē cik bieži respondents ir smēķējis cigaretes pēdējo 30 dienu laikā. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā”, ja respondents izsmēķējis vismaz vienu cigareti dienā” un “nē”, ja respondents izsmēķējis mazāk par 1 cigareti dienā vai nav smēķējis. Šāda pieceja ikdienas smēķētāju noteikšanā izmantota arī citā pētījumā (Kokkevi et al., 2012);

• **narkotiku lietošana**, kuras noteikšanai, atbilstoši starptautiski ESPAD izmantotajiem jautājumiem, respondentiem bija jāatzīmē cik bieži dzīves laikā respondents ir lietojis katru no sekojošām vielām (atsevišķs jautājums par katru no vielām) – marihuāna/hašišs, amfetamīns, LSD/citi halucinogēni, kreks, kokaīns, heroīns, ekstazī vai spice. Atbilžu varianti tika dihotomizēti, izveidojot divas grupas – “jā”, ja respondents atzīmējis kādu no atbilžu variantiem, kas raksturo faktu, ka respondents kādu vai vairākas no vielām dzīves laikā ir lietojis, un “nē”, ja respondents atzīmējis, ka nevienu no iepriekš minētajām vielām nav lietojis. Šāda pieeja izmantota arī citā pētījumā (Kokkevi et al., 2012). Kā neatkarīgās pazīmes pētīti arī **sociāldemogrāfiskie raksturlielumi**:

• **dzimums** – zēns vai meitene;

• **vecums**, kas aprēķināts pēc respondenta sniegtās informāciju par viņa dzimšanas gadu un mēnesi, aprēķinots ņemot vērā aptaujas veikšanas gadu un mēnesi. Tādējādi tika aprēķināts skolēna vecums mēnesī, kurā tika veikta anketēšana, un izveidotas divas respondentu vecuma grupas 14–15 gadi un 16–17 gadi. Atbilstoši starptautiskajām rekomendācijām par pusaudzi tiek uzskatīta 10–19 gadus veca persona (WHO, 2017), kas ietver promocijas darba ietvaros pētītās vecuma grupas;

• **ģimenes materiālais stāvoklis**, kura noteikšanai, atbilstoši ESPAD starptautiski izmantotajam jautājumam, respondentam bija jāatzīmē kāds ir viņa ģimenes materiālais stāvoklis salīdzinājumā ar citām ģimenēm valstī. Atbilžu varianti tika apvienoti, izveidojot trīs kategorijas – “sliktāks”, “vidējs” un “labāks”. Pētījumos noskaidrots, ka subjektīvais sociālekonomiskā statusa mērījums reprezentē arī sociālekonomisko situāciju saistīto personīgo pieredzi (Singh-Manoux, Adler and Marmot, 2003) un pusaudžu vecumā tam var būt būtiskāka sakarība ar psihoemocionālo labklājību nekā objektīvajiem sociālekonomiskā statusa mērījumiem (Sweeting and Hunt, 2014).

### 2.3. Pētāmās populācijas raksturojums

Kopumā datu analīzē iekļauti 7 299 respondenti vecumā 14 līdz 17 gadiem – 3 471 (47,6%) zēni un 3 828 (52,4%) meitenes. Vidējais respondentu vecums bija 15,5 gadi (standartnovirze 0,95). Skolēnu sadalījums vecuma grupās bija sekojošs: 14–15 gadi – 3 670 (50,3%); 16–17 gadi – 3 629 (49,7%). Skolēnu sadalījums pēc dzīvesvietas bija sekojošs: Rīga – 1 767 (24,2%); lielās pilsētas – 1 766 (24,2%); citas pilsētas – 2 404 (32,9%); lauki – 1 362 (18,7%).

### 2.4. Statistiskā analīze

Atbilstoši promocijas darba mērķim un uzdevumiem veikta dzimumstratificētā analīze.

Datu analīzei izmantotas aprakstošās statistikas metodes: biežumu sadalījums, vidējo vērtību aprēķināšana un Hī kvadrāta (angl. – *chi-square*) tests izmantots respondentu apakšgrupu salīdzināšanai  $2 \times 2$  šķērstabulās, savukārt, lai salīdzinātu neatkarīgās grupas, kuru skaits pārsniedz divas, izmantota procentuālo atšķirību statistiskās nozīmības intervāla noteikšana, izmantojot Vilsona metodi (angl. – *Wilson score interval method*) (Newcombe, 1998).

Spīrmena korelācijas (angl. – *Spearman correlation*) koeficients izmantots, lai noteiktu korelācijas starp pētītajiem pašnāvnieciskās uzvedības veidiem, kā arī kā pirmais solis kolinearitātes (angl. – *collinearity*) pārbaudē starp neatkarīgajiem mainīgajiem daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļos.

Lai noteiktu asociāciju starp atkarīgo un neatkarīgo pazīmi, izmantots izredžu attiecību aprēķins (angl. – *odds ratio*).

Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļos analizēta dažādu faktoru saistība ar pusaudžu pašnāvniecisko uzvedību dzimumu grupās. Katram pašnāvnieciskās uzvedības veidam veikta atsevišķa daudzfaktoru regresijas

analīze, atsevišķi analizējot sakarības starp katru pašnāvnieciskās uzvedības veidu un faktoriem trīs atsevišķās faktoru grupās – ar ģimenes vidi saistītie faktori, ar vienaudžu vidi saistītie faktori un individuālie faktori.

Lai izvēlētos daudzfaktoru regresijas modeļos iekļaujamos mainīgos izmantota mērķtiecīgās atlasēs (angl. – *purposeful selection*) metode, kas paredz sākotnēji noteikt katra neatkarīgā mainīgā saistību ar iznākumu, izmantojot vienfaktora regresijas analīzi un regresijas modeļos iekļaut tos mainīgos, kuru  $p$  vērtība ir mazāka par 0,25, kā arī mainīgos, kuru ietekme vienfaktora regresijas analīzē nav statistiski nozīmīga, bet kuri var būt potenciāli nozīmīgi izveidotā modeļa kontekstā (Zhang, 2016). Atbilstoši vienfaktoru regresijas analīzes rezultātiem regresijas modeļos iekļauti visi pētītie ar ģimenes vidi saistītie, vienaudžu vidi raksturojošie, individuālie faktori un sociāldemogrāfiskie raksturlielumi (vienfaktoru analīzes rezultāti detalizēti aprakstīti promocijas darba pilnajā versijā, bet darba kopsavilkumā analizēti tikai samērotie rādītāji).

Visos regresijas modeļos iekļautajiem neatkarīgajiem mainīgajiem tika veikta kolinearitātes (angl. – *collinearity*) pārbaude, lai noteiktu, vai starp neatkarīgajām pazīmēm nepastāv cieša savstarpējā saistība. Ciešas saistības gadījumā starp neatkarīgajiem mainīgajiem nevar izdarīt secinājumus, kurš no neatkarīgajiem mainīgajiem ietekmē atkarīgo mainīgo. Kolinearitātes pārbaudei izmantots Spīrmena korelācijas (angl. – *Spearman correlation*) koeficients, Tolerances tests un dispersijas inflācijas faktors (angl. – *variance inflation factor*) (VIF). Tolerances testa vērtība, kas ir mazāka par 0,1, un VIF vērtība, kas ir lielāka par 10, norāda uz regresijas neatkarīgo mainīgo kolinearitāti (Field, 2013). Kolinearitātes pārbaude starp neatkarīgajiem mainīgajiem dzimumu grupās liecina, ka kolinearitāte netraucē izdarīt secinājumus par regresijas modeļos iekļauto neatkarīgo mainīgo ietekmi uz atkarīgajiem mainīgajiem – domām par pašnāvību un pašnāvības mēģinājumiem.

Visiem statistiskajiem testiem noteikts būtiskuma līmenis ( $p$ ) 0,05 un rezultāti atzīti par statistiski nozīmīgiem, ja  $p$  vērtība bija mazāka par iepriekš minēto būtiskuma līmeni.

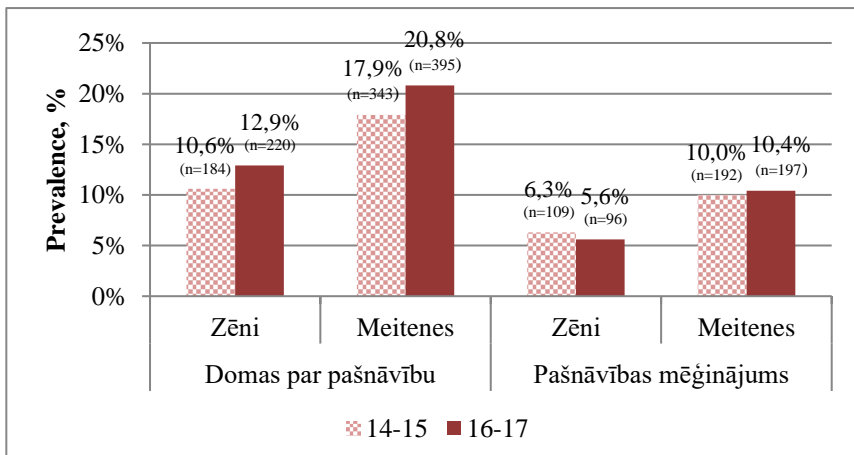
Datu analīzei izmantotas datorprogrammas MS Excel un IBM SPSS.

### 3. REZULTĀTI

#### 3.1. Pašnāvnieciskā uzvedība sociāldemogrāfiskajās grupās

Kopumā domas par pašnāvību atzīmējuši 15,7% (n = 1142; 95%TI = 14,9–16,6) respondentu – 11,7% (n = 404; 95%TI = 10,7–12,9) zēnu un 19,4% (n = 738; 95%TI = 18,1–20,7) meiteņu, bet pašnāvības mēģinājumu 8,2% (n = 594; 95%TI = 7,6–8,8) respondentu – 5,9% (n = 205; 95%TI = 5,2–6,8) zēnu un 10,2% (n = 389; 95%TI = 9,3–11,2) meiteņu. Atšķirības dzimumu grupās ir statistiski nozīmīgas gan domu par pašnāvību ( $p < 0,001$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 79,31$ ), gan pašnāvības mēģinājumu ( $p < 0,05$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 43,65$ ) izplatībā.

Statistiski nozīmīgas atšķirības vērojamas arī domu par pašnāvību izplatībā pusaudžu vecuma grupās gan zēniem ( $p < 0,05$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 4,25$ ), gan meitenēm ( $p < 0,05$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 5,25$ ), taču pašnāvības mēģinājumu izplatībā statistiski nozīmīgas atšķirības pusaudžu vecuma grupās netika konstatētas ne zēniem ( $p > 0,05$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 0,77$ ) ne meitenēm ( $p > 0,05$ ,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 0,15$ ) (sk. 3.1. att.).



3.1. att. Pašnāvnieciskās uzvedības prevalences dzimuma un vecuma grupās, %

Procentuālo atšķirību statistiskās nozīmības intervālu analīze liecina, ka domas par pašnāvību ir statistiski nozīmīgi izplatītākas starp abu dzimumu pusaudžiem, kuri savas ģimenes materiālo stāvokli salīdzinājumā ar citām ģimenēm Latvijā vērtē kā sliktāku, savukārt pašnāvība mēģinājumi iepriekš minētajā ģimenes materiālā stāvokļa vērtējuma kategorijā ir statistiski nozīmīgi izplatītāki tikai meitenēm (sk. 3.1. tab.).

3.1. tabula

**Pašnāvnieciskās uzvedības prevalence ģimenes materiālā stāvokļa kategorijās dzimumu grupās**

Domas par pašnāvību		Ģimenes materiālais stāvoklis		
		Sliktāks	Vidējs	Labāks
Zēni	n	52	132	218
	% (95% TI)	19,8* (15,4–25,0)	11,4 (9,7–13,3)	11,0 (9,7–12,5)
Meitenes	n	112	301	315
	% (95% TI)	30,9* (26,4–35,9)	19,7 (17,7–21,7)	16,7 (15,1–18,5)
Pašnāvības mēģinājums		Ģimenes materiālais stāvoklis		
		Sliktāks	Vidējs	Labāks
Zēni	n	20	63	121
	% (95% TI)	7,5 (4,9–11,3)	5,4 (4,2–6,9)	6,1 (5,1–7,2)
Meitenes	n	57	151	176
	% (95% TI)	15,6* (12,2–19,7)	9,8 (8,4–11,4)	9,3 (8,1–10,7)

\* statistiski nozīmīgas atšķirības

**3.2. Pašnāvnieciskās uzvedības savstarpējā saistība**

No respondentiem, kuri atzīmējuši pašnāvības mēģinājumu dzīves laikā, 66,5% (n = 391; 95% TI = 62,6–70,2) atzīmējuši arī domas par pašnāvību, savukārt no respondentiem, kuri atzīmējuši domas par pašnāvību, 34,4% (n = 391; 95% TI = 31,7–37,2) atzīmējuši arī pašnāvības mēģinājumu. Korelācija



starp pētītajiem pašnāvnieciskās uzvedības veidiem ir statistiski nozīmīga un Spīrmena korelācijas (angl. – Spearman correlation) koeficients 0,41 liecina, ka starp pētītajiem pašnāvnieciskās uzvedības veidiem pastāv vāja korelācija (Hinkle, Wiersma and Jurs, 2003).

### **3.3. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar ģimenes vidi saistītie faktori**

Pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības saistība ar ģimenes vidi raksturojošajiem faktoriem analizēta daudzfaktoru regresijas modeļos. Modelī 1 veikta katra pētītā faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli. Modelī 2 veikta faktoru samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar citiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem. Abi daudzfaktoru regresijas modeļi tika izveidoti katrai dzimumu grupai, katram pašnāvnieciskās uzvedības veidam atsevišķi, kopā veidojot 8 modeļus (sk. 3.2.–3.5. tab.).

Analizējot pusaudžu domu par pašnāvību saistību ar nedzīvošanu ar abiem bioloģiskajiem vecākiem, vērojams, ka pēc samērošanas modelī 1 nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina gandrīz divas reizes (OR = 1,9), bet pēc samērošanas modelī 2 – 1,3 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri dzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem, savukārt meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem domu par pašnāvību izredzes palielina 1,4 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 saistība vairs nav statistiski nozīmīga (sk. 3.2.–3.3. tab.).

Analizējot nedzīvošanas ar abiem bioloģiskajiem vecākiem saistību ar pašnāvības mēģinājumu, vērojams, ka pēc samērošanas modelī 1 zēniem nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 3,2 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 2,1 reizi, salīdzinot ar zēniem, kuri dzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem. Savukārt

meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz divas reizes (OR = 1,8), bet pēc samērošanas modelī 2 – 1,4 reizes, salīdzinot ar meitenēm, kuras dzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem (sk. 3.4.–3.5. tab.).

Analizējot saistības ar vecāku emocionālo atbalstu vērojams, ka reti/nekad saņemts vecāku emocionālais atbalsts pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina 3,1 reizi, dažreiz saņemts vecāku emocionālais atbalsts – 1,7 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 2,3 un 1,4 reizes augstākas, salīdzinot ar zēniem, kuri vecāku emocionālo atbalstu saņem vienmēr/bieži. Savukārt meiteņu vidū reti/nekad saņemts vecāku emocionālais atbalsts pēc samērošanas modelī 1 domu par pašnāvību izredzes palielina 3,4 reizes, dažreiz saņemts vecāku emocionālais atbalsts – 2,4 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 2,5 un divas reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras vecāku emocionālo atbalstu saņem vienmēr/bieži (sk. 3.2.–3.3. tab.).

Attiecībā uz pašnāvības mēģinājumiem reti/nekad saņemts vecāku emocionālais atbalsts pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 3,7 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 2,4 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri vecāku emocionālo atbalstu saņem vienmēr/bieži. Zēniem saistība starp pašnāvības mēģinājumu un dažreiz saņemtu vecāku emocionālo atbalstu gan vienfaktora analīzē, gan pēc samērošanas modelī 1 un modelī 2 nav statistiski nozīmīga. Savukārt meitenēm reti/nekad saņemts vecāku emocionālais atbalsts pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 3,3 reizes, dažreiz saņemts vecāku emocionālais atbalsts – 2,4 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam ir attiecīgi 2,2 un gandrīz divas reizes (OR =

1,9) augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras vecāku emocionālo atbalstu saņem vienmēr/bieži (sk. 3.4.–3.5. tab.).

Pašnāvnieciska pieredze ģimenē pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina 13,3 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 8,5 reizes, salīdzinot ar zēniem bez pašnāvnieciskas pieredzes ģimenē. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 pašnāvnieciska pieredze ģimenē domu par pašnāvību izredzes palielina 3,5 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 2,5 reizes, salīdzinot ar meitenēm bez pašnāvnieciskas pieredzes ģimenē (sk. 3.2.–3.3. tab.).

Attiecībā uz pašnāvības mēģinājumiem pašnāvnieciska pieredze ģimenē pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 9,3 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 3,5 reizes, salīdzinot ar zēniem bez pašnāvnieciskas pieredzes ģimenē. Meitenēm pēc samērošanas modelī 1 pašnāvnieciska pieredze ģimenē pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 4,2 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – trīs reizes, salīdzinot ar meitenēm bez pašnāvnieciskas pieredzes ģimenē (sk. 3.4.–3.5. tab.).

Fiziska vardarbība ģimenē pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina 5,4 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 2,5 reizes, salīdzinot ar zēniem bez fiziskās vardarbības pieredzes ģimenē. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 fiziska vardarbība ģimenē domu par pašnāvību izredzes palielina 3,7 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 2,4 reizes, salīdzinot ar meitenēm bez šādas pieredzes (sk. 3.2.–3.3. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem fiziska vardarbība ģimenē pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 8,2 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – trīs reizes, salīdzinot ar zēniem bez šādas pieredzes. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 fiziska vardarbība ģimenē pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 3,2 reizes, bet pēc

samērošanas modelī 2 – gandrīz divas reizes (OR = 1,9), salīdzinot ar meitenēm bez šādas pieredzes (sk. 3.4.–3.5. tab.).

Seksuāla uzmākšanās ģimenē pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina 10,4 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri seksuālu uzmākšanos nav piedzīvojuši, bet pēc samērošanas modelī 2 saistība vairs nav statistiski nozīmīga. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 seksuāla uzmākšanās ģimenē domu par pašnāvību izredzes palielina 3,2 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 saistība vairs nav statistiski nozīmīga (sk. 3.2.–3.3. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem seksuāla uzmākšanās ģimenē pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 16,1 reizi, salīdzinot ar zēniem, kuri seksuālu uzmākšanos nav piedzīvojuši, bet pēc samērošanas modelī 2 – 3,1 reizi. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 seksuāla uzmākšanās ģimenē pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 3,5 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 saistība vairs nav statistiski nozīmīga (sk. 3.4.–3.5. tab.).

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu domu par pašnāvību  
saistībai ar ģimenes vidi raksturojošiem faktoriem zēniem**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Nedzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem</i></b>				
Jā	1,9 (1,6–2,4)	p < 0,001	1,3 (1,0–1,6)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Vecāku emocionālais atbalsts</i></b>				
Reti/nekad	3,1 (2,3–4,2)	p < 0,001	2,3 (1,7–3,3)	p < 0,001
Dažreiz	1,7 (1,3–2,3)	p < 0,001	1,4 (1,0–2,0)	p < 0,05
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<b><i>Pašnāvnieciska pieredze ģimenē</i></b>				
Jā	13,3 (10,2–17,4)	p < 0,001	8,5 (6,3–11,6)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Fiziska vardarbība ģimenē</i></b>				
Jā	5,4 (4,2–6,9)	p < 0,001	2,5 (1,8–3,4)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Seksuāla uzmāksšanās ģimenē</i></b>				
Jā	10,4 (7,0–15,5)	p < 0,001	1,6 (0,9–2,7)	p > 0,05
Nē			1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem ģimenes vidi raksturojošajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu domu par pašnāvību saistībai ar ģimenes vidi raksturojošiem faktoriem meitenēm**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Nedzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem</i></b>				
Jā	1,4 (1,2–1,6)	p < 0,001	1,1 (1,0–1,4)	p > 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Vecāku emocionālais atbalsts</i></b>				
Reti/nekad	3,4 (2,7–4,4)	p < 0,001	2,5 (1,9–3,3)	p < 0,001
Dažreiz	2,4 (1,9–3,0)	p < 0,001	2,0 (1,6–2,5)	p < 0,001
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<b><i>Pašnāvnieciska pieredze ģimenē</i></b>				
Jā	3,5 (2,8–4,4)	p < 0,001	2,5 (2,0–3,2)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Fiziska vardarbība ģimenē</i></b>				
Jā	3,7 (3,0–4,6)	p < 0,001	2,4 (1,9–3,1)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Seksuāla uzņēmšanās ģimenē</i></b>				
Jā	3,2 (1,8–5,9)	p < 0,001	1,5 (0,8–3,0)	p > 0,05
Nē	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem ģimenes vidi raksturojošajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu pašnāvības mēģinājumu saistībai ar ģimenes vidi raksturojošiem faktoriem zēniem**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Nedzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem</i></b>				
Jā	3,2 (2,4–4,4)	p < 0,001	2,1 (1,5–3,0)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Vecāku emocionālais atbalsts</i></b>				
Reti/nekad	3,7 (2,6–5,4)	p < 0,001	2,4 (1,5–3,6)	p < 0,001
Dažreiz	1,4 (0,9–2,2)	p > 0,05	1,0 (0,6–1,5)	p > 0,05
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<b><i>Pašnāvnieciska pieredze ģimenē</i></b>				
Jā	9,3 (6,8–12,9)	p < 0,001	3,5 (2,3–5,2)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Fiziska vardarbība ģimenē</i></b>				
Jā	8,2 (6,0–11,2)	p < 0,001	3,0 (2,0–4,5)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Seksuāla uzmācšanās ģimenē</i></b>				
Jā	16,1 (10,6–24,5)	p < 0,001	3,1 (1,8–5,5)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pēfītajiem ģimenes vidi raksturojošajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu pašnāvības mēģinājumu saistībai ar ģimenes vidi raksturojošiem faktoriem meitenēm**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Nedzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem</i></b>				
Jā	1,8 (1,4–2,2)	p < 0,001	1,4 (1,1–1,8)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Vecāku emocionālais atbalsts</i></b>				
Reti/nekad	3,3 (2,4–4,4)	p < 0,001	2,2 (1,6–3,0)	p < 0,001
Dažreiz	2,4 (1,8–3,1)	p < 0,001	1,9 (1,4–2,5)	p < 0,001
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<b><i>Pašnāvnieciska pieredze ģimenē</i></b>				
Jā	4,2 (3,3–5,4)	p < 0,001	3,0 (2,3–3,9)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Fiziska vardarbība ģimenē</i></b>				
Jā	3,2 (2,5–4,2)	p < 0,001	1,9 (1,4–2,6)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Sexuāla uzņēmšanās ģimenē</i></b>				
Jā	3,5 (1,8–6,8)	p < 0,001	1,7 (0,8–3,6)	p > 0,05
Nē	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem ģimenes vidi raksturojošajiem faktoriem

### **3.4. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar vienaudžu vidi saistītie faktori**

Pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības saistība ar vienaudžu vidi raksturojošajiem faktoriem analizēta daudzfaktoru regresijas modeļos. Modelī 1 veikta katra pētītā faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli. Modelī 2 veikta faktoru samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar citiem pētītajiem vienaudžu vidi raksturojošajiem faktoriem. Abi daudzfaktoru regresijas modeļi tika izveidoti



katrai dzimumu grupai, katram pašnāvnieciskās uzvedības veidam atsevišķi, kopā veidojot 8 modeļus (sk. 3.6.–3.9. tab.).

Reti/nekad saņemts vienaudžu emocionālais atbalsts pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina 1,3 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri vienaudžu emocionālo atbalstu saņem vienmēr/bieži, taču pēc samērošanas modelī 2 saistība vairs nebija statistiski nozīmīga. Tāpat zēniem domu par pašnāvību saistība ar dažreiz saņemtu vienaudžu emocionālo atbalstu gan vienfaktora analīzē, gan pēc samērošanas modelī 1 un modelī 2 nav statistiski nozīmīga. Savukārt meiteņu vidū reti/nekad saņemts vienaudžu emocionālais atbalsts pēc samērošanas modelī 1 domu par pašnāvību izredzes palielina 1,7 reizes, dažreiz saņemts vienaudžu emocionālais atbalsts – 1,4 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 1,5 un 1,3 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras vienaudžu emocionālo atbalstu saņem vienmēr/bieži (sk. 3.6.–3.7. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumu reti/nekad un dažreiz saņemts vienaudžu emocionālais atbalsts zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes statistiski nozīmīgi nepalielina ne vienfaktora analīzē, ne pēc samērošanas modelī 1, ne pēc samērošanas modelī 2. Savukārt meiteņu vidū reti/nekad saņemts vienaudžu emocionālais atbalsts pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz divas reizes ( $OR = 1,9$ ), salīdzinot ar meitenēm, kuras vienaudžu emocionālo atbalstu saņem vienmēr/bieži, dažreiz saņemts vienaudžu emocionālais atbalsts pašnāvības mēģinājuma izredzes statistiski nozīmīgi nepalielina. Pēc samērošanas modelī 2 meitenēm 1,6 reizes lielākas izredzes pašnāvības mēģinājumam vērojamas reti/nekad saņemta vienaudžu emocionālā atbalsta gadījumā, bet attiecībā uz kategoriju “dažreiz” saistība nav statistiski nozīmīga (sk. 3.8.–3.9. tab.).

Pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina gandrīz astoņas reizes ( $OR =$

7,9), bet pēc samērošanas modelī 2 – 7,7 reizes, salīdzinot ar zēniem bez pašnāvnieciskas pieredzes vienaudžu vidū. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū domu par pašnāvību izredzes palielina 3,5 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 3,3 reizes, salīdzinot ar meitenēm bez pašnāvnieciskas pieredzes vienaudžu vidū (sk. 3.6.–3.7. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz septiņas reizes (OR = 6,8), bet pēc samērošanas modelī 2 – 6,5 reizes, salīdzinot ar zēniem bez pašnāvnieciskas pieredzes vienaudžu vidū. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz piecas reizes (OR = 4,8), bet pēc samērošanas modelī 2 – 4,5 reizes, salīdzinot ar meitenēm bez pašnāvnieciskas pieredzes vienaudžu vidū (sk. 3.8.–3.9. tab.).

Vienmēr/bieži piedzīvota vienaudžu ņirgāšanās skolā pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina četras reizes, bet zēniem, kuri vienaudžu ņirgāšanos piedzīvojuši dažreiz – 1,5 reizes, pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 3,7 un 1,5 reizes augstākas, salīdzinot ar zēniem, kuri vienaudžu ņirgāšanos skolā nav piedzīvojuši. Savukārt meiteņu vidū vienmēr/bieži piedzīvota vienaudžu ņirgāšanās skolā pēc samērošanas modelī 1 domu par pašnāvību izredzes palielina 3,1 reizi, dažreiz piedzīvota vienaudžu ņirgāšanās – gandrīz divas reizes (OR = 1,8), bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 2,5 un 1,6 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras vienaudžu ņirgāšanos skolā nav piedzīvojušas (sk. 3.6.–3.7. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem vienmēr/bieži piedzīvota vienaudžu ņirgāšanās skolā pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes zēniem palielina gandrīz četras reizes (OR = 3,8), savukārt zēniem, kuri emocionālo vardarbību piedzīvojuši dažreiz – gandrīz divas reizes (OR =

1,8), bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam ir attiecīgi 3,1 un 1,7 reizes augstākas, salīdzinot ar zēniem, kuri vienaudžu ģirgāšanos skolā nav piedzīvojuši. Savukārt meiteņu vidū vienmēr/bieži piedzīvota vienaudžu ģirgāšanās skolā pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina trīs reizes, dažreiz piedzīvota vienaudžu ģirgāšanās – gandrīz divas reizes (OR = 1,9), bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam ir attiecīgi 2,3 un 1,7 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras vienaudžu ģirgāšanos skolā nav piedzīvojušas (sk. 3.8.–3.9. tab.).

3.6. tabula

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu domu par pašnāvību saistībai ar vienaudžu vidi raksturojošiem faktoriem zēniem**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Vienaudžu emocionālais atbalsts</i></b>				
Reti/nekad	1,3 (1,0–1,8)	p < 0,05	1,3 (0,9–1,8)	p > 0,05
Dažreiz	0,8 (0,6–1,1)	p > 0,05	0,9 (0,7–1,2)	p > 0,05
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<b><i>Pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū</i></b>				
Jā	7,9 (6,3–9,9)	p < 0,001	7,7 (6,1–9,7)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Vienaudžu ģirgāšanās skolā</i></b>				
Vienmēr/bieži	4,0 (2,9–5,6)	p < 0,001	3,7 (2,6–5,4)	p < 0,001
Dažreiz	1,5 (1,2–2,0)	p < 0,05	1,5 (1,1–1,9)	p < 0,05
Nekad	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pērtajiem vienaudžu vidi raksturojošajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu domu par pašnāvību saistībai ar vienaudžu vidi raksturojošiem faktoriem meitenēm**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Vienaudžu emocionālais atbalsts</i></b>				
Reti/nekad	1,7 (1,3–2,4)	p < 0,05	1,5 (1,1–2,1)	p < 0,05
Dažreiz	1,4 (1,1–1,7)	p < 0,05	1,3 (1,0–1,7)	p < 0,05
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<b><i>Pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū</i></b>				
Jā	3,5 (2,9–4,1)	p < 0,001	3,3 (2,8–3,9)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Vienaudžu nīrgāšanās skolā</i></b>				
Vienmēr/bieži	3,1 (2,3–4,2)	p < 0,001	2,5 (1,8–3,5)	p < 0,001
Dažreiz	1,8 (1,5–2,2)	p < 0,001	1,6 (1,4–2,0)	p < 0,001
Nekad	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem vienaudžu vidi raksturojošajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu pašnāvības  
mēģinājumu saistībai ar vienaudžu vidi raksturojošiem faktoriem zēniem**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Vienaudžu emocionālais atbalsts</i></b>				
Reti/nekad	1,3 (0,9–1,9)	p > 0,05	1,2 (0,8–1,9)	p > 0,05
Dažreiz	0,9 (0,6–1,4)	p > 0,05	1,0 (0,7–1,5)	p > 0,05
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<b><i>Pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū</i></b>				
Jā	6,8 (5,1–9,2)	p < 0,001	6,5 (4,7–8,8)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Vienaudžu ģirgāšanās skolā</i></b>				
Vienmēr/bieži	3,8 (2,4–6,0)	p < 0,001	3,1 (1,9–5,1)	p < 0,001
Dažreiz	1,8 (1,2–2,5)	p < 0,05	1,7 (1,1–2,4)	p < 0,05
Nekad	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem vienaudžu vidi raksturojošajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu pašnāvības  
mēģinājumu saistībai ar vienaudžu vidi raksturojošiem faktoriem  
meitenēm**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<i>Vienaudžu emocionālais atbalsts</i>				
Reti/nekad	1,9 (1,3–2,7)	p < 0,05	1,6 (1,1–2,4)	p < 0,05
Dažreiz	1,3 (0,9–1,7)	p > 0,05	1,2 (0,9–1,7)	p > 0,05
Vienmēr/bieži	1,0		1,0	
<i>Pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū</i>				
Jā	4,8 (3,8–6,0)	p < 0,001	4,5 (3,6–5,7)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<i>Vienaudžu nīrgāšanās skolā</i>				
Vienmēr/bieži	3,0 (2,1–4,4)	p < 0,001	2,3 (1,6–3,5)	p < 0,001
Dažreiz	1,9 (1,5–2,4)	p < 0,001	1,7 (1,3–2,2)	p < 0,001
Nekad	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem vienaudžu vidi raksturojošajiem faktoriem

### 3.5. Pašnāvnieciskā uzvedība un individuālie faktori

Pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības saistība ar individuālajiem faktoriem analizēta daudzfaktoru regresijas modeļos. Modelī 1 veikta katra pētītā faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli. Modelī 2 veikta faktoru samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem. Abi daudzfaktoru regresijas modeļi tika izveidoti katrai dzimumu grupai, katram pašnāvnieciskās uzvedības veidam atsevišķi, kopā veidojot 8 modeļus (sk. 3.10.–3.13. tab.).

Augsts depresijas simptomu līmenis pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina gandrīz sešas reizes (OR = 5,9), savukārt vidēji augsts depresijas simptomu līmenis – 2,1 reizi, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 3,7 un 1,7 reizes augstākas, salīdzinot ar zēniem, kuru depresijas simptomu līmenis ir zems. Savukārt meiteņu vidū augsts depresijas simptomu līmenis pēc samērošanas modelī 1 domu par pašnāvību izredzes palielina 5,1 reizi, vidēji augsts depresijas simptomu līmenis – 2,1 reizi, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi trīs un 1,7 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuru depresijas simptomu līmenis ir zems (sk. 3.10.–3.11. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem augsts depresijas simptomu līmenis pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz septiņas reizes (OR = 6,8), savukārt vidēji augsts depresijas simptomu līmenis – 2,4 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam ir attiecīgi 3,5 un divas reizes augstākas, salīdzinot ar zēniem, kuru depresijas simptomu līmenis ir zems. Savukārt meiteņu vidū augsts depresijas simptomu līmenis pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz piecas reizes (OR = 4,8), vidēji augsts depresijas simptomu līmenis – 2,1 reizi, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam ir attiecīgi gandrīz trīs (OR = 2,8) un 1,7 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuru depresijas simptomu līmenis ir zems (sk. 3.12.–3.13. tab.).

Zems pašcieņas līmenis pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina gandrīz sešas reizes (OR = 5,9), savukārt vidēji zems pašcieņas līmenis – 2,5 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi gandrīz četras (OR = 3,8) un divas reizes augstākas, salīdzinot ar zēniem, kuru pašcieņas līmenis ir augsts. Savukārt meiteņu vidū zems pašcieņas līmenis pēc samērošanas modelī 1 domu par

pašnāvību izredzes palielina 3,7 reizes, vidēji zems pašcieņas līmenis – 1,7 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 2,3 un 1,4 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuru pašcieņas līmenis ir augsts (sk. 3.10.–3.11. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem zems pašcieņas līmenis pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina astoņas reizes, savukārt vidēji zems pašcieņas līmenis – gandrīz trīs reizes (OR = 2,9), bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam ir attiecīgi 5,1 un 2,4 reizes augstākas, salīdzinot ar zēniem, kuru pašcieņas līmenis ir augsts. Savukārt meiteņu vidū zems pašcieņas līmenis pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 3,7 reizes, vidēji zems pašcieņas līmenis – divas reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam ir attiecīgi 2,3 un 1,6 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuru pašcieņas līmenis ir augsts (sk. 3.12.–3.13. tab.).

Neapmierinātība ar veselības stāvokli pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina 2,7 reizes, savukārt vidēja apmierinātība – gandrīz divas reizes (OR = 1,9), salīdzinot ar zēniem, kuri ar savu veselības stāvokli ir apmierināti, taču pēc samērošanas modelī 2 domu par pašnāvību saistība ar neapmierinātību vai vidēju apmierinātību ar veselības stāvokli zēniem vairs nav statistiski nozīmīga. Savukārt meiteņu vidū neapmierinātība ar veselības stāvokli pēc samērošanas modelī 1 domu par pašnāvību izredzes palielina 3,5 reizes, vidēja apmierinātība – 2,1 reizi, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi 2,1 un 1,5 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras ar savu veselības stāvokli ir apmierinātas (sk. 3.10.–3.11. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem neapmierinātība ar veselības stāvokli pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 4,6 reizes, savukārt vidēja apmierinātība – 2,6 reizes, salīdzinot ar



zēniem, kuri ar savu veselības stāvokli ir apmierināti, savukārt pēc samērošanas modelī 2 zēniem, kuri ir neapmierināti ar savu veselības stāvokli, vērojamas 2,1 reizi lielākas izredzes pašnāvības mēģinājumam, taču attiecībā uz vidēju apmierinātību ar veselības stāvokli zēniem saistība nav statistiski nozīmīga. Savukārt meiteņu vidū neapmierinātība ar veselības stāvokli pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 3,5 reizes, vidēja apmierinātība – gandrīz divas reizes (OR = 1,8), bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam neapmierinātības ar veselības pašvērtējumu gadījumā ir 2,1 reizi augstākas nekā meitenēm, kuras ar veselības stāvokli ir apmierinātas, taču vidējas apmierinātības ar veselības stāvokli gadījumā statistiski nozīmīgi lielākas izredzes pašnāvības mēģinājumam meitenēm netika konstatētas (sk. 3.12.–3.13. tab.).

Riskanta alkohola lietošana 3 un vairāk reizes dzīves laikā pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina gandrīz divas reizes (OR = 1,8), savukārt riskanta alkohola lietošana 1–2 reizes – 1,3 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri dzīves laikā riskanti alkoholu nav lietojuši, taču pēc samērošanas modelī 2, domu par pašnāvību saistība ar riskantu alkohola lietošanu zēniem vairs nav statistiski nozīmīga. Savukārt meiteņu vidū riskanta alkohola lietošana 3 un vairāk reizes dzīves laikā pēc samērošanas modelī 1 domu par pašnāvību izredzes palielina gandrīz trīs reizes (OR = 2,9), riskanta alkohola lietošana 1–2 reizes – 1,7 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes domām par pašnāvību ir attiecīgi gandrīz divas (OR = 1,8) un 1,3 reizes augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras dzīves laikā riskanti alkoholu nav lietojušas (sk. 3.10.–3.11. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumiem riskanta alkohola lietošana 3 un vairāk reizes dzīves laikā pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina divas reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri dzīves laikā riskanti alkoholu nav lietojuši, pašnāvības mēģinājuma saistība ar riskantu

alkohola lietošanu 1–2 reizes zēniem nav statistiski nozīmīga. Pēc samērošanas modelī 2 pašnāvības mēģinājuma saistība ar riskantu alkohola lietošanu zēniem vairs nav statistiski nozīmīga. Savukārt meiteņu vidū riskanta alkohola lietošana 3 un vairāk reizes dzīves laikā pēc samērošanas modelī 1 pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz trīs reizes (OR = 2,9), riskanta alkohola lietošana 1–2 reizes – 2,3 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 izredzes pašnāvības mēģinājumam meitenēm abās riskanta alkohola lietošanās kategorijās ir gandrīz divas reizes (OR = 1,8) augstākas, salīdzinot ar meitenēm, kuras dzīves laikā riskanti alkoholu nav lietojušas (sk. 3.12.–3.13. tab.).

Ikdienas smēķēšana pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina gandrīz divas reizes (OR = 1,9), bet pēc samērošanas modelī 2 – 1,3 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri ikdienā nesmēķē. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 ikdienas smēķēšana domu par pašnāvību izredzes palielina 2,1 reizi, bet pēc samērošanas modelī 2 – 1,4 reizes, salīdzinot ar meitenēm, kuras ikdienā nesmēķē (sk. 3.10.–3.11. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumu Ikdienas smēķēšana pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina gandrīz trīs reizes (OR = 2,8), bet pēc samērošanas modelī 2 – 2,3 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri ikdienā nesmēķē. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 ikdienas smēķēšana pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 2,5 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – gandrīz divas reizes (OR = 1,8), salīdzinot ar meitenēm, kuras ikdienā nesmēķē (sk. 3.12.–3.13. tab.).

Narkotiku lietošana dzīves laikā pēc samērošanas modelī 1 zēniem domu par pašnāvību izredzes palielina 2,2 reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 1,4 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri marihuānu/hašišu, amfetamīnu, LSD/citus halucinogēnus, krekū, kokaīnu, heroīnu, ekstazī un/vai spice nav lietojuši. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 narkotiku lietošana dzīves

laikā domu par pašnāvību izredzes palielina 2,1 reizi, bet pēc samērošanas modelī 2 – 1,4 reizes, salīdzinot ar meitenēm, kuras marihuānu/hašišu, amfetamīnu, LSD/citus halucinogēnus, kreku, kokaīnu, heroīnu, ekstazī un/vai spice dzīves laikā nav lietojušas (sk. 3.10.–3.11. tab.).

Saistībā ar pašnāvības mēģinājumu narkotiku lietošana dzīves laikā pēc samērošanas modelī 1 zēniem pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina trīs reizes, bet pēc samērošanas modelī 2 – 1,7 reizes, salīdzinot ar zēniem, kuri marihuānu/hašišu, amfetamīnu, LSD/citus halucinogēnus, kreku, kokaīnu, heroīnu, ekstazī un/vai spice nav lietojuši. Meiteņu vidū pēc samērošanas modelī 1 narkotiku lietošana dzīves laikā pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina 2,1 reizi, salīdzinot ar meitenēm, kuras marihuānu/hašišu, amfetamīnu, LSD/citus halucinogēnus, kreku, kokaīnu, heroīnu, ekstazī un/vai spice dzīves laikā nav lietojušas, taču pēc samērošanas modelī 2 saistība ar pašnāvības mēģinājumu vairs nav statistiski nozīmīga (sk. 3.12.–3.13. tab.).

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu domu par pašnāvību  
saistībai ar individuālajiem faktoriem zēniem**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Depresijas simptomu līmenis</i></b>				
Augsts	5,9 (4,5–7,8)	p < 0,001	3,7 (2,7–5,1)	p < 0,001
Vidēji augsts	2,1 (1,6–2,7)	p < 0,001	1,7 (1,3–2,3)	p < 0,001
Zems	1,0		1,0	
<b><i>Pašciēnas līmenis</i></b>				
Zems	5,9 (4,4–7,8)	p < 0,001	3,8 (2,8–5,2)	p < 0,001
Vidēji zems	2,5 (1,9–3,5)	p < 0,001	2,0 (1,4–2,7)	p < 0,001
Augsts	1,0		1,0	
<b><i>Apmierinātība ar veselības stāvokli</i></b>				
Neapmierināts	2,7 (1,8–4,0)	p < 0,001	1,3 (0,8–2,0)	p > 0,05
Vidēji apmierināts	1,9 (1,4–2,7)	p < 0,001	1,1 (0,7–1,5)	p > 0,05
Apmierināts	1,0		1,0	
<b><i>Riskanta alkohola lietošana</i></b>				
3 un vairāk reizes	1,8 (1,4–2,4)	p < 0,001	1,3 (0,9–1,8)	p > 0,05
1–2 reizes	1,3 (1,0–1,8)	p < 0,05	1,1 (0,8–1,6)	p > 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Ikdienas smēķēšana</i></b>				
Jā	1,9 (1,6–2,4)	p < 0,001	1,3 (1,0–1,7)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Narkotiku lietošana</i></b>				
Jā	2,2 (1,7–2,7)	p < 0,001	1,4 (1,1–1,9)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem individuālajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu domu par pašnāvību  
saistībai ar individuālajiem faktoriem meitenēm**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Depresijas simptomu līmenis</i></b>				
Augsts	5,1 (4,0–6,4)	p < 0,001	3,0 (2,4–3,9)	p < 0,001
Vidēji augsts	2,1 (1,7–2,7)	p < 0,001	1,7 (1,3–2,2)	p < 0,001
Zems	1,0		1,0	
<b><i>Pašcienas līmenis</i></b>				
Zems	3,7 (3,0–4,5)	p < 0,001	2,3 (1,8–2,9)	p < 0,001
Vidēji zems	1,7 (1,4–2,2)	p < 0,001	1,4 (1,1–1,7)	p < 0,05
Augsts	1,0		1,0	
<b><i>Apmierinātība ar veselības stāvokli</i></b>				
Neapmierināts	3,5 (2,8–4,5)	p < 0,001	2,1 (1,6–2,8)	p < 0,001
Vidēji apmierināts	2,1 (1,7–2,6)	p < 0,001	1,5 (1,2–1,9)	p < 0,05
Apmierināts	1,0		1,0	
<b><i>Riskanta alkohola lietošana</i></b>				
3 un vairāk reizes	2,9 (2,3–3,6)	p < 0,001	1,8 (1,4–2,4)	p < 0,001
1–2 reizes	1,7 (1,4–2,1)	p < 0,001	1,3 (1,0–1,7)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Ikdienas smēķēšana</i></b>				
Jā	2,1 (1,8–2,6)	p < 0,001	1,4 (1,2–1,8)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Narkotiku lietošana</i></b>				
Jā	2,1 (1,8–2,6)	p < 0,001	1,4 (1,1–1,7)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem individuālajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu pašnāvības  
mēģinājumu saistībai ar individuālajiem faktoriem zēniem**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Depresijas simptomu līmenis</i></b>				
Augsts	6,8 (4,7–9,9)	p < 0,001	3,5 (2,3–5,5)	p < 0,001
Vidēji augsts	2,4 (1,7–3,5)	p < 0,001	2,0 (1,3–3,0)	p < 0,05
Zems	1,0		1,0	
<b><i>Pašcietas līmenis</i></b>				
Zems	8,0 (5,2–12,1)	p < 0,001	5,1 (3,2–8,2)	p < 0,001
Vidēji zems	2,9 (1,8–4,6)	p < 0,001	2,4 (1,4–4,0)	p < 0,05
Augsts	1,0		1,0	
<b><i>Apmierinātība ar veselības stāvokli</i></b>				
Neapmierināts	4,6 (2,9–7,1)	p < 0,001	2,1 (1,3–3,6)	p < 0,05
Vidēji apmierināts	2,6 (1,7–4,0)	p < 0,001	1,3 (0,8–2,1)	p > 0,05
Apmierināts	1,0		1,0	
<b><i>Riskanta alkohola lietošana</i></b>				
3 un vairāk reizes	2,0 (1,4–2,8)	p < 0,001	1,0 (0,7–1,6)	p > 0,05
1–2 reizes	1,2 (0,8–1,7)	p > 0,05	0,8 (0,5–1,3)	p > 0,05
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Ikdienas smēķēšana</i></b>				
Jā	2,8 (2,1–3,8)	p < 0,001	2,3 (1,6–3,2)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Narkotiku lietošana</i></b>				
Jā	3,0 (2,3–4,1)	p < 0,001	1,7 (1,2–2,4)	p < 0,05
Nē	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem individuālajiem faktoriem

**Daudzfaktoru loģistiskās regresijas modeļi pusaudžu pašnāvības  
mēģinājumu saistībai ar individuālajiem faktoriem meitenēm**

Faktors	Modelis 1*		Modelis 2**	
	OR (95% TI)	p	OR (95% TI)	p
<b><i>Depresijas simptomu līmenis</i></b>				
Augsts	4,8 (3,5–6,5)	p < 0,001	2,8 (2,0–3,9)	p < 0,001
Vidēji augsts	2,1 (1,5–3,0)	p < 0,001	1,7 (1,2–2,4)	p < 0,05
Zems	1,0		1,0	
<b><i>Pašcienas līmenis</i></b>				
Zems	3,7 (2,8–4,8)	p < 0,001	2,3 (1,7–3,1)	p < 0,001
Vidēji zems	2,0 (1,5–2,7)	p < 0,001	1,6 (1,1–2,1)	p < 0,05
Augsts	1,0		1,0	
<b><i>Apmierinātība ar veselības stāvokli</i></b>				
Neapmierināts	3,5 (2,6–4,6)	p < 0,001	2,1 (1,5–2,9)	p < 0,001
Vidēji apmierināts	1,8 (1,4–2,5)	p < 0,001	1,3 (0,9–1,7)	p > 0,05
Apmierināts	1,0		1,0	
<b><i>Riskanta alkohola lietošana</i></b>				
3 un vairāk reizes	2,9 (2,2–3,9)	p < 0,001	1,8 (1,3–2,5)	p < 0,001
1–2 reizes	2,3 (1,7–3,1)	p < 0,001	1,8 (1,4–2,5)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Ikdienas smēķēšana</i></b>				
Jā	2,5 (2,0–3,2)	p < 0,001	1,8 (1,4–2,3)	p < 0,001
Nē	1,0		1,0	
<b><i>Narkotiku lietošana</i></b>				
Jā	2,1 (1,7–2,6)	p < 0,001	1,2 (0,9–1,6)	p > 0,05
Nē	1,0		1,0	

\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli

\*\* veikta katra faktora samērošana ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un savstarpēji ar pētītajiem individuālajiem faktoriem

## 4. DISKUSIJA

### 4.1. Pašnāvnieciskās uzvedības izplatība pusaudžu sociāldemogrāfiskajās grupās

Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka domas par pašnāvību dzīves laikā, jeb pārdomātu konkrētu veidu, vietu vai rīcību pašnāvības izdarīšanai atzīmējuši 15,7% Latvijas 14–17 gadus veco pusaudžu – 11,7% zēnu un 19,4% meiteņu. Ņemot vērā zinātniskajā literatūrā vērojamās atšķirības domu par pašnāvību definēšanā un faktu, ka promocijas darba izstrādē izmantotais jautājums domu par pašnāvību noteikšanai konstruēts tieši aktīvu domu par pašnāvību noskaidrošanai, ir apgrūtināta iegūtās domu par pašnāvību izplatības precīza salīdzināšana ar citās valstīs iegūtajiem rezultātiem. Atbilstošā vecuma grupā veiktā pētījumā Beļģijā, Anglijā, Ungārijā, Īrijā, Nīderlandē, Norvēģijā un Austrālijā pēc vienotas metodoloģijas veiktā pētījumā tika iegūts līdzīgs izplatības rādītājs – 14,6% (9,2% zēniem un 20,3% meitenēm), tomēr šajā pētījumā analizētas domas par paškaitējumu, kas ietver pašnāvnieciskus aktu gan ar, gan bez vēlmes izdarīt pabeigtu pašnāvību (Madge et al., 2011). No otras puses, cilvēka, jo īpaši pusaudža, un vēl jo vairāk domu par paškaitējumu gadījumā pašnāvnieciskais nodoms var būt ambivalents, neizšķirot skaidru nodomu dzīvot vai mirt (WHO, 2014a), kas liecina arī par iespēju arī šos rādītājus izmantot salīdzinājumam, jo ir maz ticams, ka pusaudzis, atbildot uz jautājumu, ir ņēmis vērā pētnieku un zinātnieku apsvērumus par atšķirībām jēdzienu definīcijās un detalizēti analizējis savu vēlmi mirt pārdomātā pašnāvības veikšanas vietā, noteiktā veidā, vai apzinātas rīcības rezultātā. Tāpat arī iegūtie domu par pašnāvību izplatības rādītāji ir ievērojami zemāki nekā līdzīgā vecuma grupā veiktajā pētījumā 17 Eiropas valstīs, kurā vaicāts vai respondents dzīves laikā ir domājis darīt sev pāri un iegūti teju uz pusi augstāki izplatības rādītāji – 30,8% (20,2% zēniem un 41,2%



meitenēm) (Kokkevi et al., 2012), kas, visticamāk, liecina nevis par zemākiem domu par pašnāvību izplatības rādītājiem Latvijā, bet gan par promocijas darbā izmantotās domu par pašnāvību gadījuma definīcijas salīdzinošo precizitāti, kas uzskatāma par promocijas darbā izmantotās definīcijas salīdzinošo priekšrocību.

Savukārt dzīves laikā veiktu mēģinājumu izdarīt pašnāvību atzīmējuši 8,2% promocijas darba ietvaros analizēto 14–17 gadus veco pusaudžu – 5,9% zēnu un 10,2% meiteņu. Arī attiecībā uz pašnāvības mēģinājumu nereti zinātniskajā literatūrā vērojamas atšķirības gadījuma definīcijās, tomēr šīs atšķirības nav tik izteiktas kā domu par pašnāvību gadījumā, tādēļ ir vieglāk veikt salīdzinājumu starp dažādiem pētījumiem. Attiecībā uz pašnāvības mēģinājumu būtiskākas atšķirības izplatības radītajos pētījumos iezīmējas atkarībā no tā vai veikta anonīma anketēšana, vai pusaudži uz jautājumu par pašnāvības mēģinājumu atbildējuši tiešajās intervijās – pētījuma dati liecina, ka anonīmās anketās pusaudži par pašnāvības mēģinājumiem ziņo biežāk nekā tiešajās intervijās (Safer, 1997), kas liecina, ka anonīmās aptaujās pusaudži ir atklātāki par šāda veida pieredzi. Attiecīgi arī pusaudžu pašu ziņoto pašnāvības mēģinājumu izplatība analizētajos zinātniskās literatūras avotos variē atkarībā no izmantotās pētījuma metodoloģijas un analizētās pusaudžu vecuma grupas – 2,9% līdz 14,4% kopējos izplatības rādītājos, 1,5% līdz 8,4% zēniem un 2,5% līdz 17,9% meitenēm (Kokkevi et al., 2012; Kokkevi et al., 2011; Nock et al., 2013; Joe et al., 2009; Hu et al., 2015; Zarrouq et al., 2015). Salīdzinoši precīzākais pusaudžu pašu ziņoto pašnāvības mēģinājumu izplatības salīdzinājums ar situāciju citās valstīs iespējams, analizējot šos datus par tām valstīm, kurās arī veikts ESPAD pētījums ar iekļautu psihosociālo moduli, t.sk. jautājumu par pusaudžu pašnāvības mēģinājumiem. Lai arī tiek salīdzināti dati par 15–16 gadus veciem pusaudžiem, dati par 2007. gadu liecina, ka šajās 17 Eiropas valstīs vidējais pašnāvības mēģinājuma izplatība rādītājs ir 11% (8%

zēniem un 14% meitenēm) (Hibell et al., 2009) un mediāna 10,5% (6,9% zēniem un 13,7% meitenēm) (Kokkevi et al., 2012), kas liecina, ka gan kopējais izplatības rādītājs, gan izplatība abās dzimumu grupās Latvijā ir salīdzinoši zemāka, tomēr, ņemot vērā, ka šiem rādītājiem ir tendence gadu gaitā mainīties (Kokkevi et al., 2011), precīzākam salīdzinājumam būtu nepieciešami 2011. gada dati par situāciju citās valstīs.

Būtisks jautājums ir arī pašnāvības mēģinājuma jēdziena interpretācija, jo īpaši pusaudžu vidū. Neskatoties uz faktu, ka arī daudzos citos pētījumos pašnāvības mēģinājuma noteikšanai tiek izmantots līdzīgs jautājums, no vienas puses pašnāvības mēģinājuma gadījuma interpretācijas mazinātu jautājuma konkretizēšana, tomēr jāņem vērā, ka konkrētu metožu vai veidu norādīšana, iespējams, var saistīties ar atdarinošo pašnāvības mēģinājumu risku (WHO, 2008), jo īpaši pusaudžu populācijā un jo īpaši apstākļos, kad tiek anketēts liels skaits pusaudžu.

Promocijas darbā iegūtie dati par pašnāvnieciskās uzvedības izplatību dzimuma grupās liecina, ka meitenes gan domas par pašnāvību, gan pašnāvības mēģinājumus atzīmē biežāk nekā zēni – par šo faktu liecina arī teju visi analizētie zinātniskās literatūras avoti. Likumsakarīgs ir jautājums par šo atšķirību iemesliem, jo īpaši ņemot vērā faktu, ka pabeigtas pašnāvības gadu no gada biežāk izdara zēni (Šica, Pulmanis un Taube, 2017). Zinātniskajā literatūrā šī situācija tiek aprakstīta kā dzimuma paradokss (angl. – *gender paradox*) (Tsirigotis, Gruszczynski and Tsirigotis, 2011; Rhodes et al., 2014; Beautrais, 2002) un skaidrota ar sieviešu izteiktāku ievainojamību psihopatoloģiju un psihosociālu stresoru gadījumā (Vijayakumar, 2015), kas sievietes un meiteņu vidū ir arī izplatītākas iepretim faktam, ka sievietes izvēlas mazāk nāvējošākas pašnāvības izdarīšanas metodes, kas vairāk piesaista uzmanību sievietes psihoemocionālajām ciešanām un mazāk ir saistītas ar reālu vēlmi mirt. Citi skaidrojumi saistīti arī ar sieviešu izteiktāko vēlmi izpaust savas problēmas un

meklēt palīdzību, piemēram, apmeklēt ārstu vai zvanīt uz krīzes tālruniem (Beautrais, 2002).

Tāpat promocijas darbā noskaidrots, ka augstāka domu par pašnāvību izplatība ir vecākajā analizētajā pusaudžu vecuma grupā, proti, 16–17 gadi, salīdzinot ar vecuma grupu 14–15 gadi. Domu par pašnāvību un pašnāvības mēģinājumu izplatības pieauguma tendence līdz ar pusaudža vecuma grupas palielināšanos novērota arī citos pētījumos (Zubrick et al., 2016; Wolitzky-Taylor et al., 2010) (promocijas darba ietvaros atšķirības pašnāvības mēģinājumu izplatībā vecuma grupās nebija statistiski nozīmīgas), taču jāņem vērā, ka izvēlēto pašnāvnieciskās uzvedības izplatības rādītāju – mūža prevalenci teorētiski var ietekmēt arī pusaudža dzīves garums, kas, neskatoties uz salīdzinoši nelielo vecuma grupu intervālu, tomēr neļauj izdarīt pilnīgi precīzus secinājumus par atšķirībām pašnāvnieciskās uzvedības izplatībā vecuma analizētajās vecuma grupās.

Darbā iegūtie rezultāti liecina, ka augstāka domu par pašnāvību izplatība vērojama arī to zēnu un meiteņu vidū, kuri savas ģimenes materiālo stāvokli salīdzinot ar citām ģimenēm Latvijā novērtējuši kā sliktāku, meitenēm šajā materiālā stāvokļa vērtējuma kategorijā ir arī augstāka pašu ziņoto pašnāvības mēģinājumu izplatība. Kopumā iegūtie rezultāti saskan ar ārvalstu pētījumos noskaidroto (Samm et al., 2010; Zubrick et al., 2016; Kokkevi et al., 2012), tomēr, vērtējot retrospektīvi, 2011. gadā, kad tika veikta anketēšana, Latvijas ģimenes joprojām izjuta 2008.–2010. gada Latvijas finanšu un pārvaldes krīzes sekas. Šajā gadījumā, iespējams, par pētījuma priekšrocību uzskatāms fakts, ka tika izmantots pusaudža subjektīvais, nevis objektīvais ģimenes materiālā stāvokļa vērtējums, kas reprezentē arī sociālekonomisko situāciju saistīto personīgo pieredzi (Singh-Manoux, Adler and Marmot, 2003) un teorētiski rodas salīdzinot savas ģimenes materiālo stāvokli ar citām ģimenēm konkrētajā kopienā (dzīves vidē). Ņemot vērā daudzos ar materiālo stāvokli saistītos

aspektus, būtu lietderīgi nākotnē analizēt arī to, cik cieša ir saistība starp pašnāvniecisko uzvedību un zemu ģimenes materiālo stāvokli arī šobrīd – vairākus gadus pēc Latvijas finanšu un pārvaldes krīzes.

Tāpat promocijas darbā noskaidrots, ka no respondentiem, kuri atzīmējuši pašnāvības mēģinājumu dzīves laikā, 66,5% atzīmējuši arī domas par pašnāvību, savukārt no respondentiem, kuri atzīmējuši domas par pašnāvību, 34,4% atzīmējuši arī pašnāvības mēģinājumu. 17 Eiropas valstīs veikta pētījuma par 15–16 gadus veciem pusaudžiem dati liecina, ka no respondentiem, kuri atzīmējuši pašnāvības mēģinājumu dzīves laikā, 80,9%–93,9% (atkarībā no valsts) atzīmējuši arī domas par paškaitējumu, savukārt no respondentiem, kuri atzīmējuši domas par paškaitējumu, vidēji trešdaļa atzīmējuši arī pašnāvības mēģinājumu (Kokkevi et al., 2012). Iepriekš minētajā pētījumā gan analizētas domas par paškaitējumu, taču iegūtie rezultāti vedina domāt, ka daļa pašnāvības mēģinājumi pusaudžu vidū notiek arī spontāni, vai mirkļa iespaidā, bez ilgstošas nodoma apsvēršanas.

## **4.2. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar ģimenes vidi saistītie faktori**

Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem palielina gan domu par pašnāvību, gan pašnāvības mēģinājuma izredzes. Līdzīgi rezultāti iegūti arī citos pētījumos (Zaborskis, Sirvyte and Zemaitiene, 2016; Laukkanen et al., 2009; Nock et al., 2013; Kokkevi et al., 2012; Kokkevi et al., 2011; Morey et al., 2008; Wagner, Cole and Schwartzman, 1995; Ponnet et al., 2005). Tikai meitenēm pēc samērošanas ar vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un citiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem saistība ar domām par pašnāvību nebija statistiski nozīmīga. Pētījumos noskaidrots, ka sakarības ciešumu ietekmē vecāku-bērnu attiecību kvalitāte, finansiālā situācija ģimenēs, kur bērnu audzina viens no vecākiem, un saņemtās mīlestības apjoms ģimenē, kam var būt būtiskāka loma

par ģimenes struktūru (Susukida, Wilcox and Mendelson, 2016; Turunen, 2013), tomēr fakts, ka promocijas darbā samērošana ar ģimenes materiālo stāvokli saistību ar pašnāvniecisko uzvedību abās dzimumu grupās ietekmēja nebūtiski un pēc samērošanas ar citiem pētījumiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem (t.sk. vecāku emocionālo atbalstu) saistība vairs nebija statistiski nozīmīga tikai meitenēm attiecībā uz domām par pašnāvību liecina, ka pastāv vēl vairāki citi padziļinātas izpētes vērti “mehānismi”, kas pusaudžus, kuri nedzīvo ar abiem bioloģiskajiem vecākiem, pakļauj augstākam pašnāvnieciskās uzvedības riskam, piemēram, drošības un piederības sajūtas trūkums, kas var veicināt riska uzvedību (Brooks et al., 2012). Iegūtie rezultāti aktualizē politikas līmeņa risinājumu nepieciešamību, kas nodrošina finansiāla un cita veida atbalstu ģimenēm, lai vecāki neizceļotu no valsts, piemēram, finansiālu apsvērumu vadīti.

Iegūtie rezultāti liecina, ka abu pētīto pašnāvnieciskās uzvedības veidu izredzes abos dzimumos palielina arī vecāku emocionālā atbalsta trūkums, turklāt izredzes pašnāvnieciskajai uzvedībai ir augstākas gan pusaudžiem, kuri vecāku emocionālo atbalstu saņem reti/nekad, gan tiem, kuri šo atbalstu saņem tikai dažreiz (izņemot kategorijas “dažreiz” saistību ar pašnāvības mēģinājumu zēniem). Turklāt šī saistība ar abiem pētītajiem pašnāvnieciskās uzvedības veidiem saglabājas statistiski nozīmīga arī pēc samērošanas ar vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un citiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem. Iegūtie dati ļauj secināt, ka “īstajā brīdī” pieejamam vecāku emocionālajam atbalstam var būt nozīmīga loma pašnāvnieciskās uzvedības profilaksē un šī atbalsta pilnīgai nepieejamībai iespējamās būtiskas negatīvas sekas. Līdzīgi rezultāti iegūti arī citās valstīs veiktos pētījumos (Zaborskis, Sirvyte and Zemaitiene, 2016; Mark et al., 2013; Brunner et al., 2014). Iegūtie rezultāti liecina, ka papildus vecāku lomas un izpratnes veicināšanai par emocionālā atbalsta sniegšanas nozīmi bērnam, nozīmīga loma ir arī citu

atbalsta sistēmu (savstarpēji atbalstošas attiecības vienaudžu vidū, psihologu un pedagogu atbalsts skolā, krīzes un uzticības tālruņi u.c.) stiprināšanai gadījumos, kad vecāku emocionālais atbalsts pusaudžim nav pieejams.

Abās dzimumu grupās gan domu par pašnāvību, gan pašnāvības mēģinājuma izredzes ir augstākas pusaudžiem ar pašnāvniecisku pieredzi ģimenē, jeb no ģimenēm, kurās kāds no ģimenes locekļiem ir izdarījis pašnāvību un/vai pašnāvības mēģinājumu. Turklāt šī faktora efekts uz pašnāvnieciskās uzvedības izredzēm ir ievērojams. Pašnāvnieciskas pieredzes ģimenē saistība ar pašnāvniecisku uzvedību iezīmējas arī vairākos citos pētījumos (Tomori et al., 2001; Portzky, De Wilde and van Heeringen, 2008; Nanayakkara et al., 2013; Brent and Mann, 2006; Chan et al., 2018; Cerel and Roberts, 2005). Novērotās saistības skaidrojums varētu būt balstīts Sociālās mācīšanās teorijā (angl. – *Social Learning Theory*), kurā uzsvērts, ka jauni uzvedības veidi tiek iegūti (apgūti) caur tiešu pieredzi vai novērojot citu rīcību (Bandura, 1971) – šāda hipotēze izteikta arī citā pētījumā (Chan et al., 2018). Pēdējos gados daļa iepriekš minētās sakarības zinātniskajā literatūrā tiek skaidrota arī ar ģenētiskajiem faktoriem, kas var “pārnest” suicidalitāti gan tiešā veidā, gan caur impulsīvi agresīvu uzvedību un garstāvokļa traucējumiem, kas attiecīgi var provocēt pašnāvniecisku uzvedību (Turecki and Brent, 2016). Neskatoties uz saistības skaidrojumiem, iegūtie dati liecina, ka pusaudži ar pašnāvniecisku pieredzi ģimenē ir nozīmīga riska grupa pašnāvnieciskai uzvedībai ar attiecīgi augstāku risku arī pabeigtai pašnāvībai, kas jāņem vērā profilakses programmās, kā arī veidojot skrīninga “instrumentus”, kas diferencē pusaudžus paaugstināta riska grupās tālākai intervencei.

Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka pašnāvnieciskās uzvedības izredzes abās dzimumu grupās palielina arī fiziska vardarbība ģimenē un saistība saglabājas statistiski nozīmīga arī pēc samērošanas ar vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un citiem pētījumiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem

par spīti faktam, ka apstiprinošā atbilde uz apgalvojumu “Tiku iesaistīts fiziskā vardarbībā savās mājās, kurā bija iesaistīts arī kāds pieaugušais” neļauj pilnīgi precīzi noteikt šīs iesaistes veidu, respektīvi, vai vardarbība bijusi vērsta pret pašu pusaudzi, vai arī, piemēram, pusaudzis bijis fiziskas vardarbības liecinieks. Atbilde drīzāk iezīmē faktu, ka pusaudzis nāk no ģimenes vides, kurā fiziska vardarbība notiek, kas arī var saistīties ar risku pašnāvnieciskai uzvedībai. Pret pusaudzi īstenota fiziska vardarbība iezīmējas kā pašnāvnieciskas uzvedības riska faktors arī citos pētījumos (Waldrop et al., 2007; Guo et al., 2018), taču sakarība ar fiziskās vardarbības liecinieka statusu vairākos pētījumos nav apstiprinājusies (Turner et al., 2012; Isohookana et al., 2013), kas liecina, ka precīzāka fiziskās vardarbības gadījuma definēšana ļautu veikt precīzāku salīdzinājumu un izvairīties no interpretācijām.

Promocijas darbā kopumā abos dzimumos apstiprinājusies saistība arī starp pētītajiem pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības veidiem un seksuālu uzmākšanos ģimenē. Saistībā ar seksuālu uzmākšanos gan iezīmējas nedaudz atšķirīga situācija, nekā ar citiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem, proti, vadoties pēc nesamēroto izredžu aprēķina, zēniem seksuāla uzmākšanās ģimenē saistīta pat ar 10,7 reizes lielākām izredzēm domām par pašnāvību un 16 reizes lielākām izredzēm pašnāvības mēģinājumam. Pēc samērošanas ar respondentu vecumu un ģimenes materiālo stāvokli izredžu attiecības izmainās minimāli, taču pēc samērošanas ar citiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem, lai arī abos dzimumos izredzes pašnāvnieciskajai uzvedībai seksuālas uzmākšanās gadījumā ir augstākas, statistiski nozīmīgi augstākas tās ir tikai attiecībā uz pašnāvības mēģinājumiem zēniem. Šis fakts varētu būt skaidrojams ar diviem apstākļiem. Pirmkārt, anketā uzdots jautājums neļauj spriest par šīs uzmākšanās gadījumu interpretāciju pusaudžu vidū, uzmākšanās biežumu, kā arī to vai tā ir rezultējusies ar, piemēram, vēl smagāku seksuālās vardarbības veidu – dzimumaktu, kas

ierobežo iespēju spriest par saistību augsta pašnāvnieciskās uzvedības riska grupās. Otrkārt, seksuālu uzmākšanos aptaujas anketās ir atzīmējuši tikai 3,2% (n = 111) zēnu un 1,2% (n = 46) meiteņu, kas būtiski ierobežo statistisko jaudu sakarības noskaidrošanai, samērojot ar citiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem. Ņemot vērā izteikti augstās izredzes pašnāvnieciskajai uzvedībai seksuālās uzmākšanās gadījumā vienfaktora analizē un pēc samērošanas ar respondenta vecumu un ģimenes materiālo stāvokli, augstākas (lai arī ne statistiski nozīmīgi) izredzes pēc samērošanas ar citiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem faktoriem, kā arī vairākos pētījumos atklāto saistību starp seksuālu vardarbību un pašnāvniecisko uzvedību (Waldrop et al., 2017; Martin et al., 2004; Ishookana et al., 2013; Guo et al., 2018), pirms pētījumu veikšanas ar lielāku mērķa grupas izlasi nav iespējams izdarīt viennozīmīgu secinājumu, ka grupās, kur saistība nebija statistiski nozīmīga, seksuālās uzmākšanās gadījumā nepastāv augstāks risks pašnāvnieciskajai uzvedībai. Attiecīgi būtu rekomendējams nākotnē veikt padziļinātu šīs sakarības izpēti, izmantojot lielāku sasniegto respondentu atlasu, kā arī izmantot precīzākas fiziskās un seksuālās vardarbības definīcijas detalizētākai sakarību izpētei, tajā pat laikā ievērojot pētījumu ētikas apsvērumus un nodrošinot psiholoģisko atbalstu, lai neradītu bērnam emocionālas ciešanas, atsaucot atmiņā vai apjaušot seksuālās vardarbības epizodes.

### **4.3. Pašnāvnieciskā uzvedība un ar vienaudžu vidi saistītie faktori**

Vērtējot promocijas darba ietvaros iegūtos rezultātus attiecībā uz pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības saistību ar vienaudžu emocionālā atbalsta trūkumu, jāsecina, ka meitenēm, kuras vienaudžu emocionālo atbalstu saņem reti/nekad vai tikai dažreiz, vērojamas augstākas izredzes domāt par pašnāvību gan pirms, gan pēc samērošanas ar citiem pētītajiem faktoriem, taču zēniem saistība ir statistiski nozīmīga tikai reti/nekad saņemta vienaudžu emocionālā



atbalsta gadījumā un zaudē statistisko nozīmību pēc samērošanas ar citiem pētītajiem ar vienaudžu vidi saistītajiem faktoriem. Tāpat zēnu vidū ne pirms, ne pēc samērošanas ar citiem faktoriem netika novērota statistiski nozīmīga saistība starp pašnāvības mēģinājumu un vienaudžu emocionālā atbalsta trūkumu, kamēr meitenēm, kuras vienaudžu emocionālo atbalstu saņem reti/nekad šī saistība apstiprinājās. Iegūtie rezultāti vedina domāt, ka analizētajā pusaudžu vecuma grupā vienaudžu emocionālā atbalsta trūkums izteiktākas negatīvas psihoemocionālās konsekvences rada tieši meitenēm. Tāpat salīdzinājumam jāuzsver fakts, pašnāvnieciskās uzvedības sakarības ar emocionālā atbalsta trūkumu ģimenē bija izteiktākas un noturīgākas, kas savukārt vedina domāt, ka, neraugoties uz faktu, ka ar ģimenes un vienaudžu vidi saistītie faktori tika analizēti atsevišķos regresijas modeļos, emocionālā atbalsta trūkums no ģimenes, iespējams, rada būtiskākas negatīvas psihoemocionālas konsekvences nekā emocionālā atbalsta trūkums no vienaudžiem.

Abās dzimumu grupās gan pusaudžu domu par pašnāvību, gan pašnāvības mēģinājuma izredzes palielina pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū, turklāt šī faktora efekts uz pašnāvnieciskās uzvedības izredzēm ir būtiskākais starp pētītajiem ar vienaudžu vidi saistītajiem faktoriem gan pirms, gan pēc samērošanas. Arī šajā gadījumā viens no saistības skaidrojumiem varētu būt balstīts Sociālās mācīšanās teorijā (angl. – *Social Learning Theory*), kurā uzsvērts, ka jauni uzvedības veidi tiek iegūti (apgūti) caur tiešu pieredzi vai novērojot citu rīcību (Bandura, 1971). Tāpat, iespējams, pusaudži var būt tendēti iesaistīties dažādās pusaudžu grupās, kur pašnāvnieciskās uzvedības risks var būt augstāks (Briggs, Slater and Bowley, 2017). Nenoliedzami – zaudējums (pabeigtas pašnāvības gadījumā) var radīt emocionālas ciešanas un ilgstošu nespēju samierināties ar notikušo, kas attiecīgi var saistīties ar paša pusaudža pašnāvniecisku uzvedību. Līdzīgi rezultāti par pašnāvnieciskas

pieredzes vienaudžu vidū saistību ar pusaudža pašnāvniecisku uzvedību iegūti arī citos pētījumos (Bearman and Moody, 2004; Ho et al., 2000; Nanayakkara et al., 2013). Jāsecina, ka pusaudži ar pašnāvniecisku pieredzi vienaudžu vidū, tāpat kā pusaudži ar pašnāvniecisku pieredzi ģimenē ir nozīmīga riska grupa pašnāvnieciskai uzvedībai ar attiecīgi augstāku risku arī pabeigtai pašnāvībai, kas jāņem vērā profilakses programmās, kā arī veidojot skrīninga “instrumentus”, kas diferencē pusaudžus paaugstināta riska grupās tālākai intervencei.

Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka gan domu par pašnāvību, gan pašnāvības mēģinājuma izredzes abās dzimumu grupās palielina vienaudžu ڀirgāšanās skolā un šī saistība saglabājas statistiski nozīmīga un izteikta arī pēc samērošanas ar respondenta vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un citiem pētītajiem ar vienaudžu vidi saistītajiem faktoriem. Faktora būtisko ietekmi iezīmē arī fakts, ka arī tiem skolēniem, kuri vienaudžu ڀirgāšanos skolā piedzīvojuši tikai dažreiz, pēc samērošanas atkarībā no dzimuma vērojamas 1,5 – 1,6 reizes lielākas izredzes domām par pašnāvību un 1,7 reizes lielākas izredzes pašnāvības mēģinājumam, salīdzinot ar respondentiem, kuri to nav piedzīvojuši. Šeit gan jāuzsver fakts, ka promocijas darbā izmantotais jautājums ڀirgāšanās noteikšanai atspoguļo tikai verbālas ڀirgāšanās faktu un šīs ڀirgāšanās biežumu, bet nav iespējams noteikt vai pusaudzis ir bijis pakļauts arī citiem ڀirgāšanās konceptā ietvertajiem vardarbības veidiem (piemēram, fiziska aizskaršana, izslēgšana no vienaudžu grupas, ڀirgāšanās interneta vidē), kā arī vai verbālā ڀirgāšanās īstenota spēka nevienlīdzības apstākļos starp upuri un pārdarītāju/-iem, kas, iespējams, palielinātu šī faktora efektu uz pašnāvniecisko uzvedību (Olweus, 1994), tomēr ņemot vērā, ka nereti upuris vienlaikus var būt pakļauts vairākiem ڀirgāšanās veidiem (Wang et al., 2010), ļoti iespējams, ka daļa no upuriem, kas piedzīvo verbālu ڀirgāšanos, piedzīvo arī citus ڀirgāšanās veidus. Interesanti, ka pretēji promocijas darbā iegūtajiem rezultātiem, dažos

citās valstīs veiktos pētījumos sakarība starp verbālu ņirgāšanos un pašnāvniecisku uzvedību neapstiprinājās (Brunstein Klomek et al., 2019; Bazilay et al., 2017), taču vairāku citu pētījumu rezultāti apstiprina arī Latvijas pusaudžu vidū novēroto saistību starp verbālu ņirgāšanos un pašnāvniecisku uzvedību (Ford et al., 2017; Alavi et al., 2017). Promocijas darbā iegūtie rezultāti attiecībā uz saistību starp ņirgāšanās upura statusu un pašnāvniecisku uzvedību kopā ar augsto ņirgāšanās izplatību Latvijas skolēnu vidū (WHO, 2016) aktualizē nepieciešamību pēc starpsektoru sadarbībā balstītas ņirgāšanās profilakses programmas Latvijas skolās, kura, vienlaikus ar psihoemocionālās labklājības veicināšanu skolēnu vidū kopumā, sniegtu ieguldījumu arī pašnāvnieciskās uzvedības un attiecīgi arī pašnāvību profilaksē.

#### **4.4. Pašnāvnieciskā uzvedība un individuālie faktori**

Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka gan augsts, gan vidēji augsts depresijas simptomu līmenis būtiski palielina abu pētīto pašnāvnieciskās uzvedības veidu izredzes abās dzimumu grupās gan pirms, gan pēc samērošanas ar pusaudža vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem. Depresijas saikne ar pabeigtām pašnāvībām un pašnāvniecisku uzvedību ir vairākkārt apstiprinājusies gan pieaugušo, gan pusaudžu populācijās veiktos pētījumos (Gustafsson and Jacobsson, 2000; Lesage et al., 1994; Hirokawa et al., 2012; Nock et al., 2013; Zubrick et al., 2017), taču mazāk ir pētījumu, kuros tiek analizēta saikne ar paaugstinātu depresijas simptomu līmeni, jo īpaši pusaudžu vidū, jo īpaši Latvijā. Šīs sakarības izpētes nozīme slēpjas faktā, ka pusaudžu skaits ar depresijas simptomiem, kuri nerasniedz klīniski nozīmīgas depresijas diagnostiskos kritērijus, ir augsts (Cuijpers et al., 2006) un, kā liecina promocijas darbā iegūtie rezultāti, arī šie pusaudži ir pašnāvnieciskās uzvedības riska grupa, pie tam 1,7 – 2,0 reizes augstākas izredzes pašnāvnieciskajai

uzvedībai tika novērotas arī vidēji augsta depresijas simptomu līmeņa gadījumā. Promocijas darbā izmantotā CES-D skala tiek rekomendēta dažāda depresijas simptomu līmeņa noteikšanai arī pusaudžu populācijā (Stockings et al., 2015), taču šajā gadījumā kā viens no ierobežojumiem ir jāmin fakts, ka depresijas simptomu līmeņa noskaidrošanai uzdotie jautājumi tiek uzdoti par pēdējo septiņu dienu periodu, bet pašnāvnieciskās uzvedības noskaidrošanai uzdotie jautājumi raksturo pašnāvnieciskās uzvedības mūža prevalenci. Neskatoties uz šo ierobežojumu – novērotā depresijas simptomu līmeņa saistība ar pašnāvniecisku uzvedību ir nozīmīga. Ļoti iespējams – faktori, kas izraisa depresijas simptomus, iedarbojas uz pusaudzi ilgstošā laika periodā, tāpat ilgstošs var būt arī paaugstināts depresijas simptomu līmenis. Neskatoties uz iepriekš minēto – promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka depresijas simptomu līmeņa noteikšana Latvijas 14–17 gadus veco pusaudžu vidū pašnāvnieciskās uzvedības riska identificēšanai ir nozīmīga un rekomendējama.

Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka arī zems un vidēji zems pašcieņas līmenis būtiski palielina abu pētīto pašnāvnieciskās uzvedības veidu izredzes abās dzimumu grupās gan pirms, gan pēc samērošanas ar pusaudža vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem. Pašcieņa nosaka indivīda pārliecību par savu piemērotību dzīvei un dzīves izvirzītajām prasībām, ir pārliecība spējā domāt, pārvarēt dzīves izaicinājumus, pārliecība par tiesībām būt laimīgam, sajūta, ka esi novērtēts, uzmanības cienīgs, ar tiesībām aizstāvēt savas vajadzības un vēlmes, kā arī baudīt savu centienu augļus. Pašcieņa ir cilvēka normālas un veselīgas attīstības neatņemama sastāvdaļa (Branden, 1990). Arī pēc samērošanas ar depresijas simptomu līmeni un citiem individuālajiem faktoriem Latvijas pusaudžu vidū sagalabājas statistiski nozīmīga saistība ne tikai starp pašnāvniecisko uzvedību un zemu pašcieņas līmeni, bet arī starp pašnāvniecisko uzvedību un vidēji zemu pašcieņas līmeni – dažos citos ārvalstīs veiktos pētījumos pēc samērošanas ar

depresiju statistiski nozīmīga saistība saglabājās tikai ar atsevišķiem kopējo pusaudža pašcieņu veidojošajiem elementiem vai atsevišķā dzimumu grupā (Wang et al., 2003; Wild, Flisher and Lombard, 2004), taču kopumā atklātā saistība ir saskaņā ar citos, ārvalstīs veiktos pētījumos atklāto (Overholser et al., 1995; Lakey et al., 2014; O'Connor, Rasmussen and Hawton, 2009; Bridge, Goldstein and Brent, 2006; Tatnell et al., 2014). Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka pašnāvības profilakses programmās būtiska loma ir arī intervencēm, kuras vērstas uz pusaudža pašcieņas līmeņa vairošanu (celšanu). Šādu intervenču izstrādāšana, aprobēšana un īstenošana varētu būt kompleksa un daudzu speciālistu sadarbībā balstīta, tomēr ir skaidrs, ka tā vairotu pusaudžu psihoemocionālo labklājību, spēju pārvarēt psihoemocionālos izaicinājumus un mazināt pašnāvniecisko uzvedību, kalpojot arī par nozīmīgu elementu arī pabeigtu pašnāvību profilaksei.

Vērtējot promocijas darba ietvaros iegūtos rezultātus attiecībā uz pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības saistību ar veselības pašvērtējumu jeb apmierinātību ar veselības stāvokli, jāsecina, ka meitenēm, kuras ar savu veselības stāvokli ir neapmierinātas vai ir vidēji apmierinātas, vērojamas augstākas izredzes domām par pašnāvību gan pirms, gan pēc samērošanas ar citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem, taču zēniem pēc samērošanas ar citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem saistība statistisko nozīmību zaudēja. Līdzīgi rezultāti attiecībā uz saistību ar domām par pašnāvību dzimumu grupās iegūti arī ASV veiktā pētījumā (Nkansah-Amankra, Walker, and Clark, 2009), kura diskusijas daļā minēts, ka meitenes savu veselību vērtē kā sliktāku arī pēc samērošanas ar dzīvesveidu raksturojošajiem un psiholoģiskajiem mainīgajiem (Vingilis, Wade and Seeley, 2002), kas vedina domāt, ka, iespējams, meitenes izteiktāk reaģē uz savām veselības problēmām un vērtē tās kritiskāk nekā zēni. Tomēr Latvijas pusaudžu vidū abās dzimumu grupās apstiprinājās saistība starp neapmierinātību ar veselības stāvokli un

pašnāvības mēģinājumiem gan pirms, gan pēc samērošanas ar citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem, kas liecina, ka attiecībā uz neapmierinātību ar veselības stāvokli un pašnāvības mēģinājumiem riska grupā ir gan zēni, gan meitenes. Kopumā saistība starp sliktu veselības pašvērtējumu un pašnāvniecisku uzvedību apstiprinājusies arī Dienvidkorejā veiktā pētījumā (Kang et al., 2015), bet Peru veiktā pētījumā pēc samērošanas saistība vairs nav bijusi statistiski nozīmīga (Sharma et al., 2015).

Analizējot promocijas darba ietvaros iegūtos rezultātus attiecībā uz pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības saistību ar riskantu alkohola lietošanu jeb piedzeršanos dzīves laikā, jāsecina, ka meitenēm, kuras dzīves laikā piedzērušās 3 un vairāk reizes vai 1–2 reizes, vērojamas augstākas izredzes abiem pētītajiem pašnāvnieciskās uzvedības vadiem gan pirms, gan pēc samērošanas ar citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem, taču zēniem pēc samērošanas ar citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem saistība starp pašnāvniecisko uzvedību un abām riskantas alkohola lietošanas kategorijām vairs nebija statistiski nozīmīga, turklāt zēniem saistība ar zemāko riskantas alkohola lietošanas kategoriju nebija statistiski nozīmīga jau vienfaktora analīzē. Pētījumos noskaidrots, ka pusaudžiem ar atkarību izraisošo vielu lietošanas problēmām bieži vērojami ar negatīvo stresu saistīti notikumi dzīvē, problēmas starppersonu attiecībās, reducēts sociālais atbalsts, vientulība un bezpalīdzības sajūta (Pompili et al., 2012) kā arī depresija (Bond et al., 2005). Ņemot vērā, ka promocijas darbā veikta faktora samērošana arī ar depresijas simptomu līmeni un pašcieņas līmeni, iespējams, zēniem tieši šie divi faktori vairāk skaidro saistību, kas iezīmējas nesamērotajos izredžu attiecību rādītājos, bet meitenēm, iespējams, sakarību ietekmē citi “mehānismi”. Literatūrā aprakstītas vairākas riskantas alkohola lietošanas motivācijas pusaudžiem – hedoniskā motivācija, kad alkohols tiek lietots, lai radītu labu noskaņojumu, konformistiskā motivācija, kad alkohols tiek lietots, lai izvairītos no sociālā

atraidījuma, socializācijas motivācija, kas raksturo alkohola lietošanu, lai iekļautos grupā un problēmrīsošā motivācija, kas saistīta ar alkohola lietošanu, lai mazinātu nepatīkamas emocijas un izjūtas, un pašnāvnieciskā uzvedība visciešāk saistās tieši ar problēmrīsošo alkohola lietošanas motivāciju (Kokroļeva u. c., 2008). Iespējams, atšķirības sakarībai ar pašnāvniecisko uzvedību dzimumu grupās saistītas ar atšķirībām riskantas alkohola lietošanas motivācijā dzimumu grupās, kas gan prasa padziļinātu izpēti nākotnē. Kā priekšrocība riskantas alkohola lietošanas noteikšanai minama promocijas darba ietvaros izmantotā piedzeršanās definīcija, kas salīdzinoši precīzi ļauj raksturot piedzeršanās faktu. Kopumā promocijas darba ietvaros iegūtie rezultāti par saistību ar pašnāvniecisko uzvedību saskan ar vairākumā ārvalstu pētījumu noskaidroto (Wu et al., 2004; Kokkevi et al., 2012; Peltzer and Pengpid, 2015; Wang and Yen, 2017), taču vairākumā šo pētījumu nav analizēta riskanta alkohola lietošana, bet gan alkohola lietošanas biežums.

Promocijas darbā iegūtie rezultāti liecina, ka pašnāvnieciskās uzvedības izredzes abās dzimumu grupās palielina arī ikdienas smēķēšana un saistība saglabājas statistiski nozīmīga arī pēc samērošanas ar vecumu, ģimenes materiālo stāvokli un citiem pētītajiem individuālajiem faktoriem. Saistība starp pašnāvniecisku uzvedību un regulāru smēķēšanu ir apstiprinājusies arī daudzos citos pētījumos gan pieaugušo, gan pusaudžu populācijās (Poorolajal and Darvishi, 2016; Wu et al., 2004; Kokkevi et al., 2012), taču zinātnieku vidū joprojām nav pilnīgas skaidrības par šīs saistības cēloņiem – apjomīgas metaanalīzes diskusijas daļā norādīts, ka joprojām nav skaidrs vai smēķēšana ietekmē pašnāvniecisku uzvedību caur bioloģiskiem mehānismiem, kas saistās ar pašu smēķēšanu, vai arī šī saistība skaidrojama ar kolinearitāti starp smēķēšanu un citiem faktoriem, kas ir saistīti ar pašnāvniecisko uzvedību, piemēram, psihosociāliem riska faktoriem vai dažādu cita veida riska uzvedību.

Tāpat minēts, ka smēķēšana mēdz būt daļa no problemātiskas uzvedības, kas ir saistīta ar dažādiem psihiskiem traucējumiem, narkotiku un alkohola lietošanu un seksuālu, un fizisku vardarbību, kas tiek uzskatīti par vieniem no nozīmīgākajiem pašnāvību un pašnāvnieciskas uzvedības cēloņiem (Poorolajal and Darvishi, 2016). Šajā gadījumā gan kā promocijas darba priekšrocība minams fakts, ka ikdienas smēķēšana loģistikās regresijas modelī tika samērota gan ar depresijas simptomu līmeni, gan pašcieņas līmeni, gan riskantu alkohola lietošanu, gan narkotiku lietošanu un, lai arī pēc samērošanas izredzes pašnāvnieciskai uzvedībai samazinājās, saistība joprojām bija statistiski nozīmīga.

Iegūtie rezultāti liecina, ka pašnāvnieciskās uzvedības izredzes palielina arī narkotiku (marihuānas/hašiša, amfetamīna, LSD/citu halucinogēnu, kreka, kokaīna, heroīna, ekstazī vai spice) lietošana dzīves laikā. Attiecībā uz domām par pašnāvību saistība ar narkotiku lietošanu gan pirms, gan pēc samērošanas ir statistiski nozīmīga abās dzimumu grupās, bet attiecībā uz pašnāvības mēģinājumu meitenēm pēc samērošanas ar citiem individuālajiem faktoriem šī saistība statistisko nozīmību zaudē. Arī šīs saistības skaidrojumi zinātniskajā literatūrā ir dažādi, piemēram, Taivānā veikta pētījuma par pusaudžu vielu lietošanas saistību ar pašnāvniecisku uzvedību dzimumu grupās diskusijas daļā norādīts, ka akūta narkotiku intoksikācija var ietekmēt pusaudža spriestspēju un reducēt spēju kontrolēt impulsivitāti, savukārt hroniska – negatīvi ietekmēt smadzeņu attīstību un izmainīt uzvedību un procesus, kas regulē agresiju un impulsivitāti (Wang and Yen, 2017). Kopumā atklātā saistība starp narkotiku lietošanu un pašnāvniecisku uzvedību ir saskaņā ar citos pētījumos noskaidroto (Wang and Yen, 2017; Kokkevi et al., 2012; Wu et al., 2004), kas liecina, ka arī narkotiku lietošana ir viens no faktoriem, kas diferencē pusaudžus ar augstāku pašnāvnieciskās uzvedības riskus, ko ir jāņem vērā pašnāvnieciskās uzvedības un pašnāvību profilakses intervencu plānošanā un īstenošanā.



## 4.5. Citi apsvērumi

Ņemot vērā iepriekš minētos faktus jāsecina, ka pirmā promocijas darba hipotēze, ka abās dzimumu grupās pastāv saistība starp pusaudžu pašu ziņotajām domām par pašnāvību un visiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem, vienaudžu vidi raksturojošajiem un individuālajiem faktoriem ir apstiprinājies daļēji.

Arī otrā promocijas darba hipotēze, ka abās dzimumu grupās pastāv saistība starp pusaudžu pašu ziņotajiem pašnāvības mēģinājumiem un visiem pētītajiem ar ģimenes vidi saistītajiem, vienaudžu raksturojošajiem un individuālajiem faktoriem ir apstiprinājies daļēji.

Papildus jāņem vērā fakts, ka pētījuma šķērsriezuma dizains neļauj izdarīt secinājumus par cēloņu-secu sakarībām laikā. Tāpat pētījuma rezultātus var ietekmēt sistemātiskā atceršanās kļūda, jo īpaši attiecībā uz mainīgajiem, kas aprēķināti pēc pusaudžu atbildēm par visas dzīves laiku, līdz ar to atceršanās novirze var ietekmēt saistības ciešumu starp pašnāvniecisku uzvedību un pētītajiem faktoriem.

Ņemot vērā dažādus apstākļus, t. sk. skolēnu kavējumus un atteikumus piedalīties aptaujā, aprēķinātais nerespondences līmenis skolās un klasēs, kas piekrita piedalīties aptaujā bija 15,3% no visiem skolēniem (Trapencieris u. c., 2012). Ņemot vērā, ka, iespējams, pašnāvnieciskās uzvedības un dažāda veida riska faktoru izplatība šajās pusaudžu grupās var atšķirties, pilnīgas informācijas iegūšanai nākotnē būtu nepieciešams veikt papildus pētījumus par pašnāvnieciskās uzvedības izplatību un asociētajiem riska faktoriem skolu kavējošo, kā arī skolu neapmeklējošo pusaudžu vidū.

Promocijas darba ietvaros veiktā analīze ir vienīgā līdz šim veiktā šada veida un detalizācijas pakāpes attiecīgajai pusaudžu vecuma grupai reprezentatīva ar pusaudžu pašnāvniecisko uzvedību saistīto faktoru analīze Latvijā ar ne tikai teorētisku, bet arī būtisku praktisku ieguldījumu riska grupu

diferencēšanai un sabiedrības veselības politikas veidošanai un intervenču īstenošanai pašnāvnieciskās uzvedības un pašnāvību profilaksei.

## 5. SECINĀJUMI

1. Ievērojams īpatsvars – 15,7% Latvijas 14–17 gadus veco pusaudžu pārdomājuši konkrētu veidu, vietu vai rīcību pašnāvības izdarīšanai – nedaudz vairāk kā katrs desmitais zēns (11,7%) un gandrīz katra piektā meitene (19,4%).
2. Ievērojams īpatsvars – 8,2% Latvijas 14–17 gadus veco pusaudžu atzīmē dzīves laikā izdarītu pašnāvības mēģinājumu – 5,9% zēnu un 10,2% meiteņu.
3. Abu pētīto pašnāvnieciskās uzvedības veidu izplatība ir augstāka meiteņu vidū.
4. Domu par pašnāvību izplatība ir augstāka to pusaudžu vidū, kuri savas ģimenes materiālo stāvokli salīdzinājumā ar citām ģimenēm Latvijā vērtē kā sliktāku, savukārt meiteņu vidū šādi vērtēta ģimenes materiālā stāvokļa gadījumā vērojama arī augstāka pašnāvības mēģinājumu izplatība.
5. Ar ģimenes vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes domāt par pašnāvību abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze ģimenē, fiziska vardarbība ģimenē, reti/nekad un dažreiz izjuts vecāku emocionālais atbalsts, bet atsevišķi zēniem - nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem.
6. Ar ģimenes vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes pašnāvības mēģinājumam abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze ģimenē, fiziska vardarbība ģimenē, reti/nekad izjuts vecāku emocionālais atbalsts un nedzīvošana ar abiem bioloģiskajiem vecākiem, bet atsevišķi zēniem – seksuāla uzmākšanās ģimenē un atsevišķi meitenēm – dažreiz izjuts vecāku emocionālais atbalsts.
7. Ar vienaudžu vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes domāt par pašnāvību abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze

vienaudžu vidū, vienmēr/bieži un dažreiz piedzīvota ņirgāšanās skolā, bet atsevišķi meitenēm – reti/nekad un dažreiz izjūts vienaudžu emocionālais atbalsts.

8. Ar vienaudžu vidi saistītie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes pašnāvības mēģinājumam abās dzimumu grupās ir pašnāvnieciska pieredze vienaudžu vidū, vienmēr/bieži un dažreiz piedzīvota ņirgāšanās skolā, bet atsevišķi meitenēm – reti/nekad izjūts vienaudžu emocionālais atbalsts.
9. Individuālie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes domām par pašnāvību abās dzimumu grupās ir augsts un vidēji augsts depresijas simptomu līmenis, zems un vidēji zems pašcieņas līmenis, narkotiku lietošana dzīves laikā un ikdienas smēķēšana, bet atsevišķi meitenēm – neapmierinātība un vidēja apmierinātība ar savu veselības stāvokli, kā arī riskanta alkohola lietošana dzīves laikā.
10. Individuālie faktori, kas neatkarīgi paaugstina izredzes pašnāvības mēģinājumam abās dzimumu grupās ir augsts un vidēji augsts depresijas simptomu līmenis, zems un vidēji zems pašcieņas līmenis, ikdienas smēķēšana un neapmierinātība ar savu veselības stāvokli, atsevišķi meitenēm – riskanta alkohola lietošana dzīves laikā, bet atsevišķi zēniem – narkotiku lietošana dzīves laikā.

## 6. PRAKTISKĀS REKOMENDĀCIJAS

1. Promocijas darba secinājumi liecina, ka pastāv nozīmīga saikne starp pusaudžu pašnāvniecisko uzvedību un gan ar ģimenes vidi saistītajiem, gan vienaudžu vidi raksturojošajiem, gan individuālajiem faktoriem un šīs ietekmējošo faktoru grupas, un atsevišķus faktorus jāņem vērā gan speciālistiem, kuri strādā ar pusaudžiem ikdienā (ģimenes ārsti, psihologi, psihoterapeiti, psihiatri, pedagogi, sociālie pedagogi u.c.) potenciāla riska identificēšanai, gan sabiedrības veselības, labklājības un citu iesaistīto sektoru politikas veidotājiem intervenču plānošanai sekmīgai pašnāvnieciskās uzvedības un pašnāvību profilaksei, uzmanību veltot gan psiholoģiski atbalstošas un no vardarbības brīvas ģimenes un vienaudžu vides veidošanai, gan pusaudžu pašcienas vairošanai, depresijas mazināšanai un profilaksei, vispārējās veselības veicināšanai un atkarību izraisošo vielu lietošanas profilaksei.
2. Latvijā, līdzīgi kā citās ES valstīs, nepieciešams izstrādāt un apstiprināt atsevišķas, specifiskas sabiedrības psihiskās veselības veicināšanas un pašnāvību profilakses pamatnostādnes ar konkrētām aktivitātēm pusaudžu pašnāvnieciskās uzvedības un pašnāvību profilaksei. Problēmas aktualitāte augsto pašnāvību rādītāju kontekstā Latvijā Sabiedrības veselības veselības pamatnostādnēs ir uzsvērtā jau šobrīd un promocijas darba secinājumi sniedz uz pierādījumiem balstītu informāciju starpsektoru (veselības, labklājības, izglītības u.c.) sadarbībā balstītu profilakses intervenču īstenošanai pusaudžu populācijā kopumā un riska grupās.
3. Balstoties uz promocijas darbā iegūtajiem rezultātiem valsts līmeņa ekspertu grupās iespējams lemt par pašnāvnieciskās uzvedības izplatības noteikšanai izmantoto jautājumu kā indikatoru nepārtrauktu iekļaušanu

periodiskajos reprezentatīvajos pusaudžu populācijas apsekojumos, lai varētu sekot situācijas izmaiņām dinamikā un atbilstoši reaģēt.

4. Nepieciešams turpināt izpēti, īpašu uzmanību pievēršot detalizētai, padziļinātai un papildus saistību izpētei starp pašnāvniecisko uzvedību un dažāda veida ģimenē un vienaudžu vidū īstenotu vardarbību (fizisku, seksuālu, emocionālu, fizisku atstāšanu novārtā, emocionālu atstāšanu novārtā, ņirgāšanos, izslēdzot no vienaudžu grupas, ņirgāšanos interneta vidē u.c.) pēc iespējas lielās respondentu atlases kopās ar atbilstošu statistisko jaudu precīzai saistību noskaidrošanai ar faktoriem, kuru izplatība ir salīdzinoši zema (jo īpaši, seksuālu vardarbību).
5. Tāpat būtisku papildus ieguldījumu sniegtu pašnāvnieciskās uzvedības izpēte starp pusaudžiem ar dažāda veida riskantas alkohola lietošanas motivāciju, starp ikdienas smēķēšanu un pašnāvniecisko uzvedību atklātās saistības cēloņu izpēte, sakarību izpēte ar elektronisko smēķēšanas ierīču lietošanu un procesu atkarībām, kā arī pašnāvnieciskās uzvedības izplatības un ar to saistīto faktoru analīze skolu kavējošo pusaudžu vidū.

## IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Alavi, N., Reshetukha, T., Prost, E., Antoniak, K., Patel, C., Sajid, S., Groll, D. 2017. Relationship between Bullying and Suicidal Behaviour in Youth presenting to the Emergency Department. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 26(2), 70–77.
2. Bandura, A. 1971. *Social Learning Theory*. New York (NY): General Learning Corporation.
3. Barzilay, S., Brunstein Klomek, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., Corcoran, P., Kahn, J.P., Postuvan, V., Podlogar, T., Sisask, M., Varnik, A., Wasserman, D. 2017. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *The Journal of adolescent health*. 61(2), 179–186.
4. Bearman, P. S., Moody, J. 2004. Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal Of Public Health*. 94(1), 89–95.
5. Beautrais, A. L. 2002. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency medicine (Fremantle, W.A.)*. 14(1), 35–42.
6. Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F., Patton, G. 2005. Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: a comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention science*. 6(2), 73–88.
7. Branden, N. 1990. What Is Self-Esteem? In: *International Conference on Self-Esteem*. Asker/Oslo: International Conference on Self-Esteem. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=ED325783> [accessed on 11.09.2018].
8. Brent, D. A., Mann, J. J. 2006. Familial pathways to suicidal behavior-- understanding and preventing suicide among adolescents. *The New England journal of medicine*. 355(26), 2719–2721.
9. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., Brent, D. A. 2006. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 47:3/4, 372–394.
10. Briggs, S., Slater, T., Bowley, J. 2017. Practitioners' experiences of adolescent suicidal behaviour in peer groups. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 24(5), 293–301.
11. Brooks, F. M., Magnusson, J., Spencer, N., Morgan, A. 2012. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *Journal of public health (Oxford, England)*. 34, i48–56. Available from: doi: 10.1093/pubmed/fds001 [accessed on 01.08.2018].
12. Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmann, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Meszaros, G., Nemes, B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P. A., Sisask, M., Tubiana, A., Varnik, A., Wasserman, D. 2014. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative

- study of findings in 11 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 55(4), 337–348.
13. Brunstein Klomek, A., Barzilay, S., Apter A., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Hadlaczky, G., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P. A., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., McMahon, E., Keeley, H., Kahn, J. P., Postuvan, V., Podlogar, T., Sisask, M., Varnik, A., Wasserman, D. 2019. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 60(2), 209–215.
  14. Cerel, J., Roberts, T. A. 2005. Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *The Journal of adolescent health*. 36(4), 352.e9–16.
  15. Chan, S., Denny, S., Fleming, T., Fortune, S., Peiris-John, R., Dyson, B. 2018. Exposure to suicide behaviour and individual risk of self-harm: Findings from a nationally representative New Zealand high school survey. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 52(4), 349–356.
  16. Colarossi, L. G., Eccles, J. S. 2003. Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social work research*. 27(1), 19–30.
  17. Cuijpers, P., van Straten, A., Smits, N., Smit, F. 2006. Screening and early psychological intervention for depression in schools: systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*. 15(5), 300–307.
  18. De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., Bille-Brahe, U. 2006. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*. 27(1), 4–15.
  19. Eurostat. 2018. Suicide death rate by age group. In: *Eurostat*. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00202> [accessed on 28.06.2018]
  20. Field, A. 2013. *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. 4th ed. Canada: SAGE Publications.
  21. Ford, R., King, T., Priest, N., Kavanagh, A. 2017. Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14- to 15-year-olds in a representative sample of Australian children. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 51(9), 897–908.
  22. Goodfellow, B., Kølves, K., De Leo, D. 2018. Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide & life-threatening behavior*. 48(3), 353–366.
  23. Guo, L., Wang, W., Gao, X., Huang, G., Li, P., Lu, C. 2018. Associations of Childhood Maltreatment with Single and Multiple Suicide Attempts among Older Chinese Adolescents. *The Journal of pediatrics*. 196, 244–250. Available from: doi:10.1016/j.jpeds.2018.01.032 [accessed on 20.08.2018].
  24. Gustafsson, L., Jacobsson, L. 2000. On mental disorder and somatic disease in suicide: A psychological autopsy study of 100 suicides in northern Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*. 54(6), 383–395.
  25. Hibell, B., Guttormsson U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason T., Kokkevi, A., Kraus, L. 2009. *The 2007 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).



26. Hinkle, D. E., Wiersma, W., Jurs, S. G. 2003. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*: 5<sup>th</sup> ed. Boston: Houghton Mifflin.
27. Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T., Inagaki, A., Eguchi, N., Tsuchiya, M., Katsumata, Y., Akazawa, M., Kameyama, A., Tachimori, H., Takeshima, T. 2012. Mental disorders and suicide in Japan: a nation-wide psychological autopsy case-control study. *Journal of affective disorders*. 140(2), 168–175.
28. Ho, T. P., Leung, P. W., Hung, S. F., Lee, C. C., Tang, C. P. 2000. The mental health of the peers of suicide completers and attempters. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 41(3), 301–308.
29. Hu, J., Dong, Y., Chen, X., Liu, Y., Ma, D., Liu, X., Zheng, R., Mao, X., Chen, T., He, W. 2015. Prevalence of suicide attempts among Chinese adolescents: A meta-analysis of cross-sectional studies. *Comprehensive psychiatry*. 61, 78–89. Available from: doi:10.1016/j.comppsy.2015.05.001 [accessed on 16.07.2018].
30. Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H., Räsänen, P. 2013. Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European child & adolescent psychiatry*. 22(1), 13–22.
31. Joe, S., Baser, R. S., Neighbors, H. W., Caldwell, C. H., Jackson, J. S. 2009. 12-month and lifetime prevalence of suicide attempts among black adolescents in the National Survey of American Life. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 48(3), 271–282.
32. Kang, E. H., Hyun, M. K., Choi, S. M., Kim, J. M., Kim, G. M., Woo, J. M. 2015. Twelve-month prevalence and predictors of self-reported suicidal ideation and suicide attempt among Korean adolescents in a web-based nationwide survey. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*. 49 (1), 47–53.
33. Kerr, M., Stattin, H., Biesecker, G., Ferrer-Wreder, L. 2003. Relationships with parents and peers in adolescence. In: *Developmental psychology*. Vol. 6. Lerner, R., Easterbrooks, M.A., Mistry, J. New York (NY): John Wiley & Sons Inc, 395–419.
34. Kinchin, I., Doran, C. M. 2018. The Cost of Youth Suicide in Australia. *International journal of environmental research and public health*. 15(4), E672. Available from: doi:10.3390/ijerph15040672 [accessed on 09.07.2018].
35. Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., Richardson, C. 2011. Increasing self-reported suicide attempts by adolescents in Greece between 1984 and 2007. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 46(3), 231–237.
36. Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., Richardson, C. 2012. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 53(4), 381–389.
37. Koroļeva, I., Mieriņa, I., Goldmanis, M., Sņikere, S., Trapencieris, M. 2008. ESPAD 2007: *Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra.
38. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy J. A., Zwi, A. B., Lozano R. 2002. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
39. Lakey, C. E., Hirsch, J. K., Nelson, L. A., Nsamenang, S. A. 2014. Effects of contingent self-esteem on depressive symptoms and suicidal behavior. *Death studies*. 38(6–10), 563–570.

40. Laukkanen, E., Rissanen, M. L., Honkalampi, K., Kylmä, J., Tolmunen, T., Hintikka, J. 2009. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 44(1), 23–28.
41. Lenzi, M., Vieno, A., Perkins, D. D., Santinello, M., Pastor, M., Mazzardis, S. 2012. Perceived neighborhood social resources as determinants of prosocial behavior in early adolescence. *American journal of community psychology*. 50(1–2), 37–49.
42. Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., Loyer, M. 1994. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *The American journal of psychiatry*. 151(7), 1063–1068.
43. LR Ministru kabinets. (2014). Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020. gadam: LR Ministru kabineta rīkojums Nr. 589, 14.10.2014.
44. Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J., Fekete, S., van Heeringen, K., Ystgaard, M., Arensman, E. 2011. Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*. 20(10), 499–508.
45. Mark, L., Samm, A., Tooding, L. M., Sisask, M., Aasvee, K., Zaborskis, A., Zemaitiene, N., Värnik, A. 2013. Suicidal ideation, risk factors, and communication with parents. An HBSC study on school children in Estonia, Lithuania, and Luxembourg. *Crisis*. 34(1), 3–12.
46. Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., Allison, S. 2004. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*. 28(5), 491–503.
47. Morey, C., Corcoran, P., Arensman, E., Perry, I. J. 2008. The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *BMC public health*. 8:79. Available from: doi:10.1186/1471-2458-8-79 [accessed on 30.08.2018].
48. Nanayakkara, S., Misch, D., Chang, L., Henry, D. 2013. Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and anxiety*. 30(10), 991–996.
49. Newcombe, R.G. 1998. Two-sided confidence intervals for the single proportion: comparison of seven methods. *Statistics in medicine*. 17(8), 857–872.
50. Nkansah-Amankra, S., Walker, A. D., Clark, A. 2009. Suicidal Behaviors, Self Rated Health and Multiple Health Risk Behaviors Among Adolescents: Exploring New Perspectives With High School Students in Suicide Prevention Research. *Annals of Epidemiology*. 19(9), 669–670.
51. Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A.M., Kessler, R.C. 2013. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 70(3), 300–10.
52. O'Connor, R. C., Rasmussen, S., Hawton, K. 2009. Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide & life-threatening behavior*. 39(4), 364–875.
53. Olweus, D. 1994. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 35(7), 1171–1190.

54. Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L., Brinkman, D. C. 1995. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34(7), 919–928.
55. Peltzer, K., Pengpid, S. 2015. Early Substance Use Initiation and Suicide Ideation and Attempts among School-Aged Adolescents in Four Pacific Island Countries in Oceania. *International journal of environmental research and public health*. 12(10), 12291–12303.
56. Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Di Giannantonio, M., Giupponi, G., Amore, M., Lester, D., Girardi, P., Möller-Leimkühler, A. M. 2012. Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 262(6), 469–485
57. Ponnet, K., Vermeiren, R., Jaspers, I., Mussche, B., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Deboutte, D. 2005. Suicidal behaviour in adolescents: associations with parental marital status and perceived parent-adolescent relationship. *Journal of affective disorders*. 89(1–3), 107–113.
58. Poorolajal, J., Darvishi, N. 2016. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 11(7), e0156348. Available from: doi:10.1371/journal.pone.0156348 [accessed on 03.09.2018]
59. Portzky, G., De Wilde, E., van Heeringen, K. 2008. Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *European child & adolescent psychiatry*. 17(3), 179–186.
60. Radloff, L. S. 1977. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1(3), 385–401.
61. Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bridge, J. A., Sinyor, M., Links, P. S., Tonmyr, L., Skinner, R., Bethell, J. M., Carlisle, C., Goodday, S., Hottes, T. S., Newton, A., Bennett, K., Sundar, P., Cheung, A. H., Szatmari, P. 2014. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World journal of psychiatry*. 4(4), 120–132.
62. Rosenberg, M. 1965. *Society and The Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
63. Rothon, C., Goodwin, L., Stansfeld, S. 2012. Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 47(5), 697–709.
64. Safer, D. J. 1997. Self-reported suicide attempts by adolescents. *Annals of clinical psychiatry*. 9(4), 263–269.
65. Samm, A., Tooding, L. M., Sisask, M., Kõlves, K., Aasvee, K., Värnik, A. 2010. Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *European child & adolescent psychiatry*. 19(5), 457–68.
66. Sharma, B., Nam, E. W., Kim, H. Y., Kim, J. K. 2015. Factors Associated with Suicidal Ideation and Suicide Attempt among School-Going Urban Adolescents in Peru. *International journal of environmental research and public health*. 12(11), 14842–14856.
67. Šica, K., Pulmanis, T., Taube, M. 2017. *Psihiskā veselība Latvijā 2016. gadā: tematiskais ziņojums*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.

68. Singh-Manoux, A., Adler, N. E., Marmot, M. G. 2003. Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Social science & medicine*. 56(6), 1321–1333.
69. Skrulle, J. 2014. Priekšlaicīgas mirstības analīze. Potenciāli zaudētie mūža gadi Latvijā 2013. gadā. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
70. Sņķere, S., Trapencieris, M. 2016. *ESPAD 2015: Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
71. Stadler, C., Feifel, J., Rohrmann, S., Vermeiren, R., Poustka, F. 2010. Peer-victimization and mental health problems in adolescents: are parental and school support protective? *Child psychiatry and human development*. 41(4), 371–386.
72. Štāle, M., Treide, A., Rožkalne, G. 2016. Neinfekciju slimības – saslimstība, mirstība, riska faktori: situācija Latvijā 2006.–2015. gadā. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
73. Stockings, E., Degenhardt, L., Lee, Y. Y., Mihalopoulos, C., Liu, A., Hobbs, M., Patton, G. 2015. Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *Journal of affective disorders*. 174, 447–463. Available from: doi: 10.1016/j.jad.2014.11.061 [accessed on 01.08.2018]
74. Susukida, R., Wilcox, H. C., Mendelson, T. 2016. The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult sample. *Psychiatry research*. 237, 246–51. Available from: doi:10.1016/j.psychres.2016.01.033 [accessed on 01.08.2018].
75. Sweeting, H., Hunt, K. 2014. Adolescent socio-economic and school-based social status, health and well-being. *Social science & medicine*. 121, 39–47. Available from: doi:10.1016/j.socscimed.2014.09.037 [accessed on 01.08.2018].
76. Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., Martin, G. 2014. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of abnormal child psychology*. 42(6), 885–896.
77. Tomori, M., Kienhorst, C. W., de Wilde, E. J., van den Bout, J. 2001. Suicidal behaviour and family factors among Dutch and Slovenian high school students: a comparison. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 104(3), 198–203.
78. Trapencieris, M., Sņķere, S., Koroļeva, I., Kārklīņa, I. 2012. *ESPAD 2011: Atkarību izraisīto vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.
79. Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., Tsirigotis, M. 2011. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical science monitor*. 17(8), PH65–70.
80. Turecki, G., Brent D.A. 2016. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 387(10024), 1227–1239.
81. Turner, H. A., Finkelhor, D., Shattuck, A., Hamby, S. 2012. Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 166(12), 1149–1154.
82. Turunen, J. 2013. Family Structure, Gender, and Adolescent Emotional Well-Being. *Journal of Divorce & Remarriage*. 54(6), 476–504.
83. Velika, B., Pudule, I., Grīnberga, D., Sprīņģe, L., Gobiņa, I. 2012. 2011. gada pētījums par Latvijas jauniešu bērnībā gūto nelabvēlīgo pieredzi. Rīga: Slimību profilakses un kontroles centrs.

84. Vijayakumar, L. 2015. Suicide in women. *Indian Journal of Psychiatry*. 57(Suppl 2), S233–S238.
85. Vingilis, E. R., Wade, T. J., Seeley, J. S. 2002. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. *Canadian journal of public health*. 93(3), 193–197.
86. Wagner, B. M., Cole, R. E., Schwartzman, P. 1995. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide & life-threatening behavior*. 25(3), 358–372.
87. Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., Saunders, B. E. 2007. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *Journal of traumatic stress*. 20(5), 869–879.
88. Wallen, J., Rubin, R. H. 1997. The role of the family in mediating the effects of community violence in children. *Aggression and violent behavior*. 2(1), 33–41.
89. Wang, J., Hughes, J., Murphy, G. T., Rigby, J. A., Langille, D.B. 2003. Suicidal behaviours among adolescents in northern Nova Scotia. *Canadian journal of public health*. 94(3), 207–211.
90. Wang, J., Iannotti, R. J., Luk, J. W., Nansel, T. R. 2010. Co-occurrence of victimization from five subtypes of bullying: physical, verbal, social exclusion, spreading rumors, and cyber. *Journal of pediatric psychology*. 35(10), 1103–1112.
91. Wang, P. W., Yen, C. F. 2017. Adolescent substance use behavior and suicidal behavior for boys and girls: a cross-sectional study by latent analysis approach. *BMC psychiatry*. 17(1), 392.
92. Wild, L. G., Flisher, A. J., Lombard, C. 2004. Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*. 27(6), 611–624.
93. Wolitzky-Taylor, K. B., Ruggiero, K. J., McCart, M. R., Smith, D. W., Hanson, R. F., Resnick, H. S., de Arellano, M. A., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G. 2010. Has Adolescent Suicidality Decreased in the United States? Data from Two National Samples of Adolescents Interviewed in 1995 and 2005. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 39(1), 64–76.
94. World Health Organization. 2008. *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization.
95. World Health Organization. 2013. Mental Health Action Plan 2013 – 2020. In: *World Health Organization*. Available from: [https://www.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](https://www.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1) [accessed on 28.06.2018]
96. World Health Organization. 2014a. *Preventing suicide: a global imperative*. Luxembourg: World Health Organization.
97. World Health Organization. 2014b. *Suicide prevention: A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. Geneva: World Health Organization.
98. World Health Organization. 2015. The European Mental Health Action Plan 2013 – 2020. In: *World Health Organization*. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf) [accessed on 28.06.2018]
99. World Health Organization. 2016. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health*

- Behaviour in School-aged Children (HBS) study, international report from the 2013/2014 survey.* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
100. World Health Organization. 2017. *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation.* Geneva: World Health Organization.
  101. World Health Organization. 2018a. Suicide data. In: *World Health Organization Mental health.* Available from: [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) [accessed on 28.06.2018]
  102. World Health Organization. 2018b. *Mental Health Atlas 2017.* Geneva: World Health Organization.
  103. Wu, P., Hoven, C.W., Liu, X., Cohen, P., Fuller, C.J., Shaffer, D. 2004. Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. *Suicide & life-threatening behavior.* 34(4), 408–420.
  104. Zaborskis, A., Sirvyte, D., Zemaitiene, N. 2016. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey. 2014. *BMC Public Health.* 16:554. Available from: doi: 10.1186/s12889-016-3211-x [accessed on 01.08.2018].
  105. Zarrouq, B., Bendaou, B., Elkinany, S., Rammouz, I., Aalouane, R., Lyoussi, B., Khelafa, S., Bout, A., Berhili N., Hlal, H., Nejjari, C., El Rhazi, K. 2015. Suicidal behaviors among Moroccan school students: prevalence and association with socio-demographic characteristics and psychoactive substances use: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 15:284. Available from: doi:10.1186/s12888-015-0680-x [accessed on 16.07.2018].
  106. Zhang, J., Tong, H. Q., Zhou, L. 2005. The effect of bereavement due to suicide on survivors depression: a study of chinese samples. *Omega.* 51(3), 217–227.
  107. Zhang, Z. 2016. Model building strategy for logistic regression: purposeful selection. *Annals of translational medicine.* 4(6), 111.
  108. Zubrick, S. R., Hafekost, J., Johnson, S. E., Lawrence, D., Saw, S., Sawyer, M., Ainley, J., Buckingham, W. J. 2016. Suicidal behaviours: Prevalence estimates from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 50(9), 899–910.
  109. Zubrick, S. R., Hafekost, J., Johnson, S. E., Sawyer, M. G., Patton, G., Lawrence, D. 2017. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12–17. *Journal of affective disorders.* 220, 49–56.

# PUBLIKĀCIJAS UN TĒZES PAR DARBA TĒMU

## Raksti starptautiski recenzētos žurnālos

1. Springe, L., **Pulmanis, T.**, Velika, B., Pudule, I., Grīnberga, D., Villeruša, A. 2016. Self-reported suicide attempts and exposure to different types of violence and neglect during childhood: Findings from a young adult population survey in Latvia. *Scandinavian Journal of Public Health*. 44, 411–417.
2. 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.

## Raksti Latvijā recenzētos žurnālos

1. **Pulmanis, T.**, Trapencieris, M., Sprīņģe, L., Taube, M. 2015. Pusaudžu pašnāvnieciskā uzvedība Latvijā: pašnāvības plānu sakarība ar ģimeni, vienaudžiem un skolu saistītiem faktoriem. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2014*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte
2. **Pulmanis, T.**, Trapencieris, M., Sprīņģe, L., Taube, M. 2014. Pusaudžu pašnāvnieciskā uzvedība Latvijā: sakarības ar atkarību izraisošo vielu lietošanu. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2013*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte
3. **Pulmanis, T.**, Sprīņģe, L., Trapencieris, M., Taube, M. 2013. Pašnāvnieciskās uzvedības mūža prevalence un tās izmaiņas dinamikā 15–16 gadus veciem pusaudžiem dzimumu grupās Latvijā. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2012*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte
4. **Pulmanis, T.**, Taube, M., Pulmane, K., Trapencieris, M. 2012. Ģimenes, vardarbības un psihoemocionālo faktoru sakarības ar pašnāvības mēģinājumiem 13–18 gadus vecu skolēnu vidū. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2011*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte

5. Skrule, J, **Pulmanis T.**, Taube, M, Briģis, Ģ. 2010. Alkohola lietošana un suicidālās tieksmes skolēnu vidū. *Rīgas Stradiņa universitātes zinātniskie raksti 2009*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte

## Tēzes starptautiskās konferencēs

1. **Pulmanis, T.**, Sprinģe, L., Taube, M., Millere, I. 2019. Adolescent Self-Reported Lifetime Gender-Specific Suicidal Ideation in Latvia: Association with Peer-Related Factors. *Rīga Stradiņš University International Conference on Medical and Health Care Sciences: Knowledge for Use in Practice. Abstracts*, 675.
2. Rancans, E., **Pulmanis, T.**, Kivite, A. 2017. Suicides and Suicidal Behaviours in 21<sup>st</sup> Century in Latvia. *WPA Inter Zonal Congress Electronic Abstract Book*. Vilnius, Lithuania.
3. **Pulmanis, T.**, Springe, L., Sile, L., Trapencieris, M., Taube, M. 2014. Association between adolescent self-reported lifetime suicide attempts and use of synthetic cannabinoids and other addictive substances in Latvia. *Abstract book, 15<sup>th</sup> European Symposium On Suicide and Suicidal Behaviour*. Tallinn, Estonia.
4. Springe, L., **Pulmanis, T.**, Pudule, I., Grinberga, D., Velika, B., Villerusa, A. 2014. Association between exposure to physical and emotional neglect in childhood and self-reported lifetime suicide attempts in Latvian youth. *Abstract book, 15<sup>th</sup> European Symposium On Suicide and Suicidal Behaviour*. Tallinn, Estonia.
5. Springe, L., Villerusa, A., **Pulmanis, T.**, Pudule, I., Grinberga, D., Velika, B. 2013. Association between exposure to family violence in childhood and self-reported lifetime suicide attempts in Latvian youth. *European Journal of Epidemiology*. 28, Supplement 1, S213.
6. **Pulmanis, T.**, Trapencieris, M., Taube, M. 2013. Adolescent self-reported lifetime suicide attempts in Latvia: family related factors. *Atencion Primaria*, 45, 123.



7. **Pulmanis, T.**, Trapencieris, M., Taube, M. 2012. Adolescent Self-Reported Lifetime Suicidal Behaviours in Latvia. *Youth in Latvia, Europe, Globe: Opportunities and Risks. Abstracts*, 53.

## **Tēzes konferencēs Latvijā**

1. **Pulmanis, T.**, Trapencieris, M., Taube, M. 2014. Pusaudžu pašnāvnieciskā uzvedība Latvijā: pašnāvības plānu sakarības ar ģimeni, vienaudžiem un skolu saistītiem faktoriem. *2014. gada Zinātniskās konferences tēzes*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
2. **Pulmanis, T.**, Trapencieris, M., Taube, M. 2013. Pusaudžu pašnāvnieciskā uzvedība Latvijā: Sakarības ar atkarību izraisošo vielu lietošanu. *2013. gada Zinātniskās konferences tēzes*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.
3. **Pulmanis, T.**, Taube, M., Trapencieris, M., Vegnere, M. 2012. Pašnāvniecisko tieksmju prevalence 15–16 gadus veciem pusaudžiem Latvijā. *2012. gada Zinātniskās konferences tēzes*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte.

## PATEICĪBAS

Patiesā cieņā vēlos izteikt visdziļāko pateicību mana promocijas darba vadītājam – psihiatram un profesoram *Mārim Taubem* par veiksmīgo sadarbību, atbalstu un mudināšanu tiekties uz mērķi ne tikai promocijas darba izstrādes laikā, bet arī agrākos studiju posmos un karjeras attīstībā.

Izsaku pateicību Slimību profilakses un kontroles centra direktorei *Ivetai Gavarei*, Atkarības slimību riska analīzes nodaļas vadītājam *Aijai Pelnei* un kolēģiem gan par iespēju izmantot ESPAD datu bāzi promocijas darba izstrādē, gan par manas personīgās profesionālās izaugsmes attīstību arvien jaunu mērķu sasniegšanai.

Īpašs paldies *Mārcim Trapencierim* par padziļinātas intereses radīšanu, apmācību un nozīmīgiem padomiem darbā ar datiem un datu apstrādes metodēm.

Tāpat sirsnīgs paldies Sabiedrības veselības un sociālās labklājības fakultātes dekānei, profesorei *Ingai Millerei* par aktīvu motivēšanu, atbalstu un atbalstošu apstākļu veicināšanu sekmīgai promocijas darba izstrādei.

Īpašu pateicību vēlos izteikt arī kolēģei un draugam, Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedras docentei *Laumai Sprinģei* par nesavtīgo praktisko un emocionālo atbalstu promocijas darba izstrādes laikā, kā arī citiem katedras kolēģiem par palīdzību un atbalstu.

Sirsnīgs paldies arī manai ģimenei un draugiem par ticību, iedrošinājumu, atbalstu un sapratni.