

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS, PSIHOLOĢIJAS UN MĀKSLAS FAKULTĀTE
PSIHOLOĢIJAS NODAĻA

**Vecāku un bērnu GARASTĀVOKĻA UN IZJŪTU APTAUJAS (GIA)
latviešu versijas ticamība un konverģentā validitāte**

MAGISTRA DARBS

Autors: **Emīls Ūdris**

Studenta apliecības Nr.: eu13015

Darba vadītāja: Prof. Dr. psych. Malgožata Raščevska

RĪGA, 2020

SATURS

Anotācija	3
Abstract	4
Teorētiskā daļa	5
Depresija.....	5
Pusaudžu depresija	7
Depresijas mērīšana pusaudžu populācijā	8
Garastāvokļa un izjūtu aptauja	9
Testu ticamības un validitātes pārbaudīšana	9
Metode.....	13
Pētījuma dalībnieki.....	13
Instrumentārijs.....	13
Procedūra.....	14
Rezultāti	16
Diskusija.....	24
Secinājumi.....	26
Izmantotā literatūra	27
1. Pielikums.....	32
2. Pielikums.....	35
3. Pielikums.....	38
4. Pielikums.....	39
5. Pielikums.....	42
Dokumentārā lapa	44

ANOTĀCIJA

Šī pētījuma ietvaros tika izvirzīti trīs jautājumi: 1. Vai Garastāvokļa un izjūtu aptaujas (GIA) vecāku un bērnu latviešu versijas ticamības rādītāji atbilst citu pētījumu rezultātiem? 2. Kāda ir GIA latviešu valodā adaptētās vecāku un bērnu versijas konverģentā validitāte ar Bērnu depresijas aptauju (CDI)? 3. Kāda ir aptaujas diskriminantā vērtība (*cut-off point*)? Kontrolgrupas (n=26) un klīniskās grupas (n=26) dalībnieki vecumā 12–18 gadiem, no kuriem 44 bija sievietes, un viņu vecāki aizpildīja 33 un 34 pantu GIA pusaudžu un vecāku versiju attiecīgi. Konverģentās validitātes noteikšanai pusaudži vēl aizpildīja Bērnu depresijas aptauju (CDI). Pētījuma rezultāti liecina par abu GIA latviešu versiju labiem ticamības rādītājiem, kas saskan ar agrākiem pētījumiem (Daviss, Birmaher, Melhem, Axelson, Michaels, & Brent, 2006; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001; Thabrew, Stasiak, Bavin, Frampton & Merry, 2018; Wood, Kroll, Moore, & Harrington, 1995). GIA vecāku un bērnu latviešu versijas konverģentā validitāte tiek apliecināta ar CDI testu. Tāpat pētījumā tika izvēlētas atbilstošākās diskriminantās vērtības abām GIA latviešu versijas aptaujām un abu versiju vidējam GIA rādītājam. Balstoties uz pētījuma rezultātiem var secināt, ka abu GIA aptauju latviešu versijas rezultāti ir augstu ticamības pakāpi. Tāpat tika pamatots, ka abu GIA versiju latviešu tulkojumi vismaz daļēji mēra depresijas konstruktus. Pētījumā tika iegūtas diskriminantās vērtības, lai noteiktu dalībnieka atbilstību klīniskajai grupai. Taču konkrētā pētījuma ierobežojumi liek kritiski izvērtēt iegūtās diskriminantās vērtības depresijas skrīningam.

Atslēgas vārdi: Garastāvokļa un izjūtu aptauja (GIA), ticamība, konverģentā validitāte, depresijas skrīnings, pusaudžiem.

ABSTRACT

There were three research questions in the present study: 1. Will the reliability of Mood and feelings questionnaire (MFQ) parent and child self-report Latvian version be the same as in previous studies? 2. What is MFQ Latvian version convergent validity with Children depression inventory (CDI)? 3. What is MFQ Latvian version cut-off point? Participants 12 – 18 years old in control group (n=38) and clinical group (n=26), of which 44 were female, and their parents completed 33 and 34 item MFQ child self-report and parent report respectively. For determining convergent validity adolescents also completed CDI. The results of this study show that both of MFQ Latvian versions have good reliability and are similar to previous studies (Daviss, Birmaher, Melhem, Axelson, Michaels, & Brent, 2006; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001; Thabrew, Stasiak, Bavin, Frampton & Merry, 2018; Wood, Kroll, Moore, & Harrington, 1995). The convergent validity of parent and child self-report MFQ Latvian version was confirmed with CDI. Also, the most appropriate cut-off points were chosen for both types of MFQ Latvian version and the average score of both versions. Based on the results of this study, it can be concluded that parent and child self-report MFQ Latvian version scores have high reliability. It was also shown that both types of MFQ in Latvian at least partly measure the construct of depression. The cut-off points found in this study should be critically evaluated before using them for screening of depression.

Key words: Mood and feelings questionnaire (MFQ), reliability, convergent validity, screening of depression, adolescents.

TEORĒTISKĀ DAĻA

Pasaulē depresija ir devītā izplatītākā slimība pusaudžu vidū (World Health Organization, 2018a). Saskaņā ar Globālās veselības datu centrāles datiem 2017. gadā vairāk nekā 4% Eiropas savienības bērniem vecumā no 10 līdz 14 gadiem bija depresija un vairāk nekā 5,5% pusaudžiem vecumā no 15 līdz 19 gadiem bija depresija (The Global Health Data Exchange, 2017). Turklāt tiek uzskatīts, ka daudzi pusaudžu garīgās veselības problēmu gadījumi nemaz netiek diagnosticēti (World Health Organization, 2018a). Savukārt Latvijā Slimību profilakses un kontroles centra 2017. gada pacientu uzskaitē kopā bija 353 bērni līdz 14 gadu vecumam un 309 pusaudži vecumā no 15 līdz 17 gadiem ar depresiju saistītām diagnozēm (skatīt 1. tabulu; Slimību profilakses un kontroles centrs, 2017). Ņemot vērā Latvijas bērnu populāciju vecumā no 12 līdz 17 gadu vecumam 2017. gadā (Centrālās statistikas pārvalde, 2018), pusaudži un bērni ar depresiju saistītiem diagnosticētiem traucējumiem ir nedaudz virs 0,6% no kopējā Latvijas pusaudžu skaita. Pēc šiem datiem var secināt, ka Latvijā ir ievērojami zemāki pusaudžu depresijas rādītāji nekā Eiropas savienībā kopumā. Tik lielas atšķirības depresijas rādītājos rada aizdomas par lielu nediagnosticēto bērnu skaitu. Tāpēc šī darba mērķis ir izvērtēt GIA kā instrumentu depresijas skrīninga nolūkiem, lai atvieglotu depresijas diagnostiku.

Depresija

Pasaules veselības organizācija depresiju izvērtēja kā pasaulē vislielāko invaliditātes iemeslu (World Health Organization, 2017). Gandrīz desmitā daļa (7,5%) no kopumā invaliditātē pavadītajiem gadiem bija depresijas dēļ. Turklāt depresija ir viens no nozīmīgākajiem pašnāvību riska faktoriem (Harris & Barraclough, 1997; World Health Organization, 2017). Primārā simptomātika ir skumjš, apātisks vai aizkaitināms garastāvoklis un/vai zaudēta interese par lietām, kuras agrāk patika (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2015). Primāro simptomātiku pavada somatiskas, uzvedības un kognitīvas izmaiņas, kas ierobežo cilvēka funkcionēšanu. Pasaules veselības organizācijas veidotajā izglītojošajā videomateriālā depresija tiek salīdzināta ar ‘melnu suni’, kurš cilvēkiem staigā nopakaļ un uzglūn bez brīdinājuma, sabojājot noskaņojumu, ietekmējot attiecības un spēju produktīvi funkcionēt (World Health Organization, 2012). Parasti bez ārstēšanas ‘melnais suns’ tikai aug un ilgtermiņā pārņem visu cilvēka dzīvi, padarot to neizturamu.

Slimību profilakses un kontroles centra 2017. gada psihiskās veselības statistikas dati pa vecuma grupām

Slimības nosaukums	SSK-10 kods	Bērnu vecums	
		0 – 14 gadi	15 –17 gadi
Garastāvokļa (afektīvie) traucējumi	F30–F39	17	35
Neirotiskie, ar stresu saistītie un somatoformie traucējumi	F40-F48	301	215
Depresīvi uzvedības traucējumi	F92.0	35	59
Kopā (N=662)		353	309

Turklāt depresija bieži vien mēdz būt ar komorbīdiem traucējumiem (American Psychiatric Association, 2013; Jacobi, Wittchen, Holting, Höfler, Pfister, Müller, & Lieb, 2004; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Koretz, Merikangas, Rush, Walters, & Wang, 2003). Pētījumi rāda, ka vismaz viens komorbīds traucējums pastāv apmēram 60 - 72% pētījumu dalībniekiem ar depresijas diagnozi. Visbiežākie līdzīgi pastāvošie traucējumi ir trauksmes, impulsu nesavaldīšanas un pārmērīgu vielu lietošanas traucējumi. Taču trauksmes traucējumi ir izteikti biežāk sastopami (19-59%) nekā citi depresijas komorbīdie traucējumi.

Depresija rada ne tikai emocionālas ciešanas, bet tā var arī būtiski ietekmēt dažādas ikdienas jomas, kā darbu, mājas dzīvi, romantiskās attiecības un citas attiecības (Kessler et al., 2003; World Health Organization, 2018c). Keslera un kolēģu pētījumā (2003) 97% dalībnieku atklāja, ka depresija ietekmē vismaz vienu no 4 piedāvātajām dzīves jomām. Vairums dalībnieku atzina, ka depresija viņus ietekmē vidēji vai ļoti. Turklāt viņi norādīja, ka vissmagāk cieta tieši sociālā sfēra un vismazāk darba sfēra. Vismaz daļēji to var skaidrot ar depresijas ietekmi uz kognitīvajām spējām un depresīvu cilvēku emociju regulāciju (Rock, Roiser, Riedel & Blackwell, 2014; Shaver & Mikulincer, 2014).

Emociju regulācija ir mērķtiecīga emociju ietekmēšana, izmantojot apzinātus vai neapzinātus paņēmienus, lai mainītu emociju latentumu, mainīgumu, ilgumu, stiprumu un reakciju veidošanos un to izpausmes (Gross, 2014). Vairāki pētījumi rāda, ka dalībnieki ar depresiju ir, pirmkārt, vērsti lietot mazāk efektīvas emociju regulācijas stratēģijas un, otrkārt, citkārt efektīvas emociju regulācijas stratēģijas dalībniekiem ar depresiju nestrādā tik labi (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Joormann & Stanton, 2016). Tāpat viņiem ir

pavājinātas kognitīvās spējas (Dermott & Ebmeier, 2009), kas galvenokārt ir kognitīvās vadības funkcijas, uzmanība, epizodiskā atmiņa un apstrādes ātrums (Dermott & Ebmeier, 2009; Rock et al., 2014). Turklāt dalībnieki var piedzīvot tādas kognitīvas kļūdas kā grūtības novērst uzmanību no negatīviem stimuliem un grūtības noturēt uzmanību pret pozitīviem stimuliem vai arī pārmērīgi viegli piekļūt negatīvām atmiņām un grūtības atcerēties atmiņas ar pretēju noskaņojumu tagadējam garastāvoklim (Joormann & Stanton, 2016). Turklāt komorbīdi traucējumi vēl vairāk pasliktina kognitīvās spējas dalībniekiem ar depresiju (Baune, McAfoose, Leach, Quirk & Mitchell, 2009).

Visbeidzot depresijā arī ir vērojamas somatiskas sūdzības, kā traucēts miegs, nogurums un traucēti ēšanas paradumi (Boland & Keller, 2009). Papildus tam depresija ir saistīta ar medicīniski nepamatotām saslimšanām, kā kairinātas resnās zarnas sindroms (*irritable bowel syndrome*), funkcionālā dispepsija (*nonulcer dyspepsia*) un fibromialģija (*fibromyalgia*) (Henningsen, Zimmermann & Sattel, 2003).

Svarīgi vēl minēt, ka depresija ir dzimumspecifiska, proti, depresija biežāk tiek diagnosticēta sievietēm ar koeficientu attiecību (*odds ratio*) 1,95 (Salk, Hyde & Abramson, 2017). Tas nozīmē, ka populācijā, kur 5% cilvēku ir depresija, 1,7% no tiem būtu vīrieši un 3,3% sievietes. Taču pusaudžu gados, jo īpaši vecumā no 13 līdz 15 gadiem, dzimuma koeficientu attiecība ir 3,02. Tātad pusaudžu populācijā, kur 5% cilvēku ir depresija, 1,25% no tiem būtu vīrieši.

Depresiju var diagnosticēt, sākot vismaz no 4 gadu vecuma (Wichstrøm, Berg-Nielsen, Angold, Egger, Solheim & Sveen, 2011). Izteiktāk tā sāk parādīties pusaudžu gados (Jacobi et al., 2004), tomēr tās diagnosticēšanas temps nemainās un apmēram 50% gadījumu tiek diagnosticēti līdz 24 - 37 gadu vecumam (Bromet, Andrade, Hwang, Sampson, Alonso, de Girolamo, de Graaf, Demyttenaere, Hu, Noboru, Karam, Kaur, Kostyuchenko, Lépine, Levinson, & Matschinger, 2011; Jacobi et al., 2004; Kessler et al., 2003). Jāpiebilst, ka pusaudžu gados daudz biežāk parādās tādi traucējumi kā pārmērīga vielu lietošana un trauksme, kas ir nozīmīgi riska faktori saslimšanai ar depresiju.

Pusaudžu depresija

Pusaudžu vecumā depresijas simptomātika ir līdzīga pieaugušajiem, bet pastāv dažas atšķirības (American Psychiatric Association, 2013; Essau & Ollendick, 2009; Rancāns, Tērauds, Bezborodovs, Kišuro, Kozlovskā, Stepens, Tirāns, Bite, & Taube, 2019). Pusaudžiem ar depresiju garastāvoklis ir vairāk mainīgs un vieglāk ietekmējams no ārējās vides. Pusaudži biežāk nekā pieaugušie būs aizkaitināmi, īgni, ar dusmu uzplūdiem (Rudolph, 2009). Turklāt pusaudžiem ar depresiju ir vairāk nekā pieaugušajiem raksturīga veģetatīva

simptomātika – apetītes/svara izmaiņas, enerģijas trūkums un insomnija (Rice, Riglin, Lomax, Souter, Potter, Smith, Thapar, & Thapar, 2019). Papildus pusaudžiem ar depresiju var būt grūtības pildīt skolas uzdevumus un veidot attiecības ar vienaudžiem (Riglin, Petrides, Frederickson & Rice, 2014; Rudolph, 2009; World Health Organization, 2018c). Vienaļikus pusaudžiem depresija ir nozīmīgs riska faktors pašnāvībām (Greydanus, Patel & Pratt, 2010), kas ir viens no galvenajiem nāves cēloņiem pusaudžiem (10 -19 gadus veciem), kuri dzīvo Eiropā (World Health Organization, 2018b). Turklāt pastāv risks, ka depresija turpināsies arī pieaugušo vecumā (Rudolph, 2009; World Health Organization, 2018c).

Depresijas mērīšana pusaudžu populācijā

Depresijas mērīšanai ir radīti vairāk nekā 280 instrumentu (Santor, Gregus & Welch, 2006), taču lielākā daļa mērinstrumentu ir paredzēti pieaugušajiem. Turklāt Latvijā ir adaptētas tikai pāris aptaujas, kas ir domātas pusaudžiem (Elsiņa, 2018). Vadoties pēc Lielbritānijas bērnu un pusaudžu depresijas ārstēšanas vadlīnijām, skrīnings (*screening*) un riska faktoru apzināšana var ievērojami paaugstināt jutību pret bērniem ar depresiju (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Tādejādi nediagnosticēto bērnu skaits var samazināties. Latvijas situācijā aptauju trūkums un to nepieejamība var būt kā nozīmīgs ierobežojums depresijas skrīninga nolūkos. Latvijā ir tikai viena adaptēta un standartizēta metode – Ahenbaha bērna uzvedības novērtēšanas aptauja (*The Child Behaviour Checklist*; Achenbach & Rescorla, 2001, Skreitule-Pikše, Raščevska, Sebre, Koļesovs & Bite, 2013, kā minēts Vende & Sebre, 2014). Depresivitāte tiek vērtēta, novērtējot internalizētu uzvedību 3 skalās: trauksme/nomāktība, noslēgšanās sevī/nomāktība un somatiskās raizes. Tātad tā tikai netieši mēra depresivitāti. Latvijā ir vēl adaptēta, bet nestandardizēta Bērnu depresijas aptauja (Children's Depression Inventory (CDI); Kovacs, 1992; Latvijā aptauju adaptēja S. Voitkāne un S. Miezīte, 1994). Taču tā ir paredzēta bērniem vecumā no 7 līdz 12 gadiem. Turklāt salīdzinot ar citām aptaujām, piemēram, Garastāvokļa un izjūtu aptauju (Mood and Feelings Questionnaire; Angold, Costello, Pickles, et al. 1987, kā minēts Costello & Angold, 1988), CDI ir sarežģītāka, jo katrā pantā ir jāizvēlas starp trim apgalvojumiem, turpretī GIA katrs pants sastāv no 1 apgalvojuma, kas jāizvērtē 3 punktu likerta skalā. Papildus pašlaik tiek adaptēta Bērnu depresijas novērtēšanas skala (*Children Depression Rating Scale – Revisited* (CDRS-R); Poznanski & Mokros, 1996; Elsiņa, 2018). Tā oriģināli tika radīta bērniem 6 - 12 gadu vecumā. Taču tās ticamība un validitāte tika pierādīta arī pusaudžu vecuma grupā 7 - 18 (Mayes, Bernstein, Haley, Kennard & Emslie, 2010). Tomēr jāņem vērā, ka CDRS-R metode aizņem vairāk laika nekā aptauja un tā ir maksas metode, turklāt tai ir nepieciešams intervētājs ar piemērotu izglītību un/vai apmācību. Taču skrīninga nolūkiem ir svarīga ātra, lēta un viegli

izmantojama metode, kāda ir GIA (Costello & Angold, 1988; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Garastāvokļa un izjūtu aptauja

Garastāvokļa un izjūtu aptauja tika radīta 1987. gadā epidemioloģiskas aptaujas ietvaros, lai atlasītu bērnus un pusaudžus, kuriem ir depresijas simptomātika (Mood and Feelings Questionnaire; Angold, Costello, Pickles, et al., 1987, kā minēts Costello & Angold, 1988). Tās pamatā tika ņemta simptomātika no Diagnostikas un Statistikas Rokasgrāmatas Garīgiem Traucējumiem trešā pārskatītā izdevuma (DSM-III-R) un papildināti ar klīniski nozīmīgiem pantiem par vientulību un jušanos nemīlētam. Kopš tā laika ir iznākušas divas jaunas DSM versijas, proti, ceturta un piektā. Jaunajās DSM versijās depresijas simptomātikai ir pievienoti funkcionālie ierobežojumi – grūtības pildīt ikdienas uzdevumus (American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 1994). Šādi simptomi netiek uzskaitīti GIA. Papildus DSM-IV un Starptautiskās slimību klasifikācijas 10. redakcijas (SSK-10) izstrādātāji ir cieši sadarbojušies, lai diagnozes varētu pielīdzināt (American Psychiatric Association, 2019). GIA ir pietiekami augsta validitāte un ticamība, kas ir pierādījies vairākos pētījumos (Costello & Angold, 1988; Daviss et al., 2006; Thabrew et al., 2018) Turklāt tā ir viegli aizpildāma aptauja (Angold, Costello, Messer, Pickles, Winder, & Silver, 1995; Costello & Angold, 1988) un tā uzreiz ir veidota divās versijās – vecāku un bērnu. Tāpēc Lielbritānijas vadlīnijās par pusaudžu depresiju tā ir rekomendēta kā skrīninga aptauja (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Turklāt balstoties uz GIA pantiem, var izstrādāt aptaujas īso versiju, kas dažādās populācijās sastāv no 11- 13 pantiem (Angold et al., 1995; Costello & Angold, 1988; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001).

Testu ticamības un validitātes pārbaudīšana

Šī pētījuma vajadzībām tiks izmantotas Starptautiskās testu komisijas (STK) vadlīnijas testu adaptēšanai un tulkošanai (International Test Commission, 2017). Kopumā viņi ir izveidojuši 18 vadlīnijas, kuras iedalās 6 kategorijās – priekšnosacījumi, testa izstrāde, apstiprināšana, vadīšana, vērtēšana un interpretācija, un dokumentācija.

Priekšnosacījumi testu izstrādei ietver, pirmkārt, atļauju iegūšanu no oriģinālā testa izstrādātājiem, kas šī pētījuma nolūkiem ir izdarīts un atļauja ir iegūta (International Test Commission, 2017). Otrkārt, konstrukta definīcijas un satura līdzība starp oriģinālo kultūru un to, kurā tests tiek adaptēts. STK vadlīnijas iesaka noālgot ekspertu, lai to izvērtētu. Taču šī pētījuma resursi ir ierobežoti, atsevišķa eksperta vietā konstrukta atbilstība tika izvērtēta starp šī maģistra darba izstrādātāju un tā vadītāju. Treškārt, minimizēt kulturālās un lingvistiskās

atšķirības, kuras ir nesvarīgas izmantošanai plānotajā populācijā. STK norāda, ka šī ir sarežģīti izpildāma vadlīnija, taču viņi rekomendē izmantot kvalitatīvus datus. Šī pētījuma vajadzībām, jau ir veikta dažu respondentu datu ievākšana, lai izvērtētu acīmredzamo validitāti. Tulkojuma procesā tika veiktas dažas izmaiņas instrukciju pārveidošanā, lai tās būtu saprotamākas mūsu kultūrvidē. Tika pārmainītas teikumu struktūras, lai būtu atbilstošāk latviešu valodai un testa atslēga tika izņemta no instrukcijām.

Testa izstrādes kategorija ietver, pirmkārt, izvērtēt tulkojuma un adaptācijas procesa, lingvistiskās, psiholoģiskās, un kulturālās atšķirības ar attiecīgajiem ekspertiem (International Test Commission, 2017). Vadoties pēc STK rekomendācijām, tika pieaicināti trīs tulki, kuriem dzimtā valoda bija latviešu un, no kuriem divi bija psihologi. Turklāt, tulki tika iepazīstināti ar testa tulkošanas principiem, lai viņu tulkojums neradītu nozīmīgas kļūdas tulkojumā. Otrkārt, ir jāizvēlas piemērots dizains un procedūras tulkošanas procesam. Pēc STK rekomendācijām, tulkošanas procesā tika pielietota vienvirziena tulkošana ar diviem neatkarīgiem tulkiem no angļu uz latviešu valodu un trešais neatkarīgais tulks veica atpakaļ tulkojumu uz angļu valodu. Treškārt, jāiegūst pierādījumi, ka testa instrukcija un pantu saturs ir līdzīgs mērķa populācijā. Šīs vadlīnijas ievērošanai tika veikts neliels izmēģinājuma pētījums ar dažiem respondentiem, lai izvērtētu testa acīmredzamo validitāti un noskaidrotu testa veicēju un dalībnieku atsauksmes. Pēc respondentu novērošanas un izjautāšanas, un testa vadītāju komentāriem, tika secināts, ka tests ir pietiekoši viegli uzverams un ātri izpildāms (līdz 10min). Ceturtkārt, jāiegūst pierādījumi, ka pantu formāts, vērtēšanas skala, vērtēšanas kategorijas, vadīšanas vieds un citas procedūras ir piemērotas mērķa populācijai. Tāpat šī vadlīnija tika ievērota vadoties pēc īsā pārbaudes testa ar dažiem dalībniekiem. Piektkārt, vajadzētu veikt pilotpētījumu, lai veiktu pantu analīzi, ticamības novērtēšanu un maza mēroga validitātes pārbaudi. Taču sakarā ar 2020. gadā izsludināto ārkārtējo stāvokli Latvijā datu vākšana kopumā bija ierobežota līdz ar to arī psihometriskas pilotpētījumam netika ievākta pietiekoši liela izlase.

Testa apstiprināšanas kategorija ir paredzēta pētījuma empīrisku datu patiesā mēroga validitātes izvērtēšanai (International Test Commission, 2017). Pirmkārt, svarīgi izvēlēties dalībniekus ar nepieciešamajām iezīmēm un piemērotu skaitu un atbilstību, lai veiktu empīrisku datu apstrādi. Pēc STK ieteikumiem, svarīgi ir iegūt vismaz 200 dalībniekus, lai izvērtētu iespējamās kļūdainos pantus, taču faktora analīzei būtu svarīgi iegūt vismaz 300 dalībnieku skaitu. Tāpat ir svarīgi, lai būtu reprezentatīva izlase, citādi rezultāti būs grūti vispārināmi uz populāciju. Tāpēc pētījumā tiks ievākti dati no pusaudžu populācijas, randomizētā veidā no Latvijas vidusskolām un pamatskolām. Savukārt, lai izvērtētu metodoloģisko faktoru ietekmi uz rezultātiem var salīdzināt abu izlašu standartkļūdas.

Otrkārt, ir statistiski jāpamato konstruktu līdzība, metožu līdzība, un pantu līdzība. Tāpat svarīgi ir izvērtēt metodoloģiskās atšķirības – dalībnieku motivācija, dažāda dalībnieku pieredze ar psiholoģiskajiem testiem, dažāds izpildes ātrums dažādu valodu grupās, dalībnieku pieredžu dažādība ar atbildes formātu, atbilžu neviendabīgums u. tml. Visbeidzot ir jāizvērtē konstruktu līdzība. Tāpat STK vadlīnijās ir ieteikts pārbaudīt diskriminantot un konverģento validitāti. Šī pētījuma ietvaros tiks pārbaudīta tikai konverģentā validitāte ar CDI korelāciju un klīniskās grupas salīdzinājumu – GIA testam būtu jākorelē ar CDI un klīniskai grupai jābūt statistiski nozīmīgi augstākiem rezultātiem kā neklīniskajai grupai. Treškārt, ir svarīgi pamatot testa normas, ticamību un validitāti. Pamatojoties uz to, ka GIA testam nav norādītas noteiktas normas, tad katrai populācijai ir jāveido savas normas. Taču patiesu normu noteikšanai ir nepieciešams daudz apjomīgāks pētījums par esošo. Tāpēc šī pētījuma ietvaros tiks veidota uztvērēja darbības raksturojuma līkne (*receiver operating characteristic curve (ROC) curve*; Streiner & Cairney, 2007). Ar tās palīdzību var noteikt testa specifiskumu (*specificity*) un jutīgumu (*sensitivity*). Tādā veidā nosakot testa rezultātu klīnisko sliekšni, kurš nošķir kontrolgrupas dalībniekus no klīniskās grupas dalībniekiem. Lai arī šāda metode nav piedāvāta STK vadlīnijās, tāda tika pielietota vairākos iepriekšējos adaptācijas pētījumos (Daviss et al., 2006; Kent, Vostanis & Feehan, 1997; Thabrew et al., 2018; Wood et al., 1995). Savukārt testa ticamība tiks noteikta ar Kronbaha alfas koeficientu un pantu kopējo korelāciju (*item-total correlation*). Savukārt validitātes pamatošanai tiks izmantots pirmais izmēģinājuma tests un pilota pētījums (acīmredzamā validitāte), tests ir pamatots uz ekspertu viedokļiem/literatūru (satura validitāte), CDI tests (konverģentā validitāte), klīniskā grupa (validitāte pēc kritērija), faktoru analīze (faktoriālā validitāte). Savukārt ceturtā apstiprināšanas kategorijas vadlīnija ir paredzēta testa dažādu valodu versiju kopējai aprēķināšanai. Tas neattiecas uz šo pētījumu, tāpēc tas netiek ņemts vērā.

Testa vadīšanas kategorija ietver, pirmkārt, vadīšanas materiālu un instrukciju sagatavošanu (International Test Commission, 2017). Šis solis jau tika atrunāts priekšnosacījumu kategorijā. Otrkārt, ir svarīgi precizēt testēšanas apstākļus, kā instrukcija un procedūra. Tas ir nepieciešams, lai var salīdzināt rezultātus starp dažādām populācijām un var izslēgt vai ņemt vērā atšķirības, kas radušās dažādu testēšanas apstākļu ietekmē.

Vērtēšanas un interpretācijas kategorija ietver, pirmkārt, interpretēt jebkuru grupu vērtējumu atšķirības ar visu pieejamo informāciju (International Test Commission, 2017). Tas nozīmē, apsvērt visus iespējamus iemeslus kāpēc kādas grupas rezultāti atšķiras no otras, pirms tiek veikts galējs secinājums. Otrkārt, populāciju rezultātus var salīdzināt tikai tad, kad starp testiem ir panākta pietiekami liela saskaņa. Saskaņu var pamatot ar validitātes pamatojumiem. Ja tie ir atbilstoši abu testu variantiem, tad saskaņa ir lielāka starp testiem.

Dokumentācijas kategorija ietver, pirmkārt, nepieciešama tehniska dokumentācija par jebkādam izmaiņām, tai skaitā par validitātes atšķirībām, kuras rodas, kad tests tiek adaptēts citā populācijā (International Test Commission, 2017). Tas nozīmē, ka testam vajadzētu būt tehniskai rokasgrāmatai, kas uzskaita visus kvalitatīvos un kvantitatīvos testa pamatojumus, kuri iegūti adaptēšanas procesā. Otrkārt, nodrošināt dokumentāciju testa dalībniekiem, kas veicinās labo praksi adaptētā testa izmantošanā jaunās populācijas kontekstā. Dokumentācija varētu ietvert konstrukta aprakstu, aprakstīt adaptēšanas procesu, pamatojumu kultūras konteksta piemērotībai, pantu saturu u. tml. Aprakstīt testa piemērotību lietošanai dažādās grupās. Izskaidro jebkādas problēmas, kuras nepieciešams apsvērt testa vadīšanā. Izskaidrot vai un kā ir iespējams veikt starp populāciju salīdzinājumus. Tāpat svarīgi izskaidrot kā vērtēt un noteikt normas testā. Visbeidzot arī sniegt vadlīnijas testa rezultātu interpretēšanai, ieskaitot validitātes un ticamības ietekmi to interpretēšanā.

Šī darba mērķis ir adaptēt Garastāvokļa un izjūtu aptauju (GIA), kas varētu tikt izmantota kā skrīninga instruments Latvijas pusaudžu populācijai (Mood and Feelings Questionnaire; Angold, Costello, Pickles, et al., 1987, kā minēts Costello & Angold, 1988). Darba ietvaros tiks atbildēts uz trīs pētījuma jautājumiem: 1. Vai GIA vecāku un bērnu latviešu versijas ticamības rādītāji atbildīs citu pētījumu rezultātiem? 2. Kāda ir GIA latviešu valodā adaptētās vecāku un bērnu versijas konverģentā validitāte ar CDI? 3. Kāda ir aptaujas diskriminantā vērtība (*cut-off point*)?

METODE

Pētījuma dalībnieki

Šī darba ietvaros GIA tika adaptēta pusaudžu izlasē vecumā no 12 līdz 18 gadiem un pusaudžu vecāku izlasē. Kopumā piedalījās 64 dalībnieki ($M=15,27$, $SD=1,77$), no kuriem 44 bija sievietes. Kopumā kontrolgrupā bija 26 dalībnieki ($M=15,27$ $SD=1,78$), no kuriem 19 bija sievietes. Savukārt klīniskajā grupā kopumā bija 38 dalībnieki ($M=15,26$ $SD=1,78$), no kuriem 25 bija sievietes. Katrai grupai bija atšķirīgs respondentu skaits balstoties uz aizpildītajām aptaujām (skatīt 2. tabulu). Klīniskās grupas dalībnieki tika atlasīti pēc kritērija, ka viņi ir uzņemti Pusaudžu resursa centra Depresijas un pašnāvības risku mazināšanas programmā.

2. tabula

Dalībnieku sadalījums pa grupām un mērījumiem (N=64)

Mērījumi	Grupas	
	Eksperimentālā grupa	Kontroles grupa
GIA pusaudžu	38	26
GIA vecāku	34	24
CDI	33	26

Instrumentārijs

Garastāvokļa un izjūtu aptaujas pašnovērtējuma versijā ir 33 panti un vecāku versijā ir 34 panti, kas paredzēti depresijas simptomātikas mērīšanai bērniem vecumā no 6 līdz 17 gadu vecumam (Child Outcomes Research Consortium, 2017). GIA ir vienfaktora aptauja (Angold et al., 1995). Tā ir radīta vecāku un bērnu versijā, starp kurām pastāv korelācija ($r = 0,51 - 0,65$; Daviss et al., 2006; Kent, Vostanis & Feehan, 1997; Wood et al., 1995). Turklāt Daviss ar kolēģiem savā pētījumā atklāja, ka abu versiju vidējā pantu summa labāk diskriminē depresiju nekā katra aptauja atsevišķi. GIA katru pantu veido apgalvojumi, kā respondents ir juties vai rīkojies pēdējo divu nedēļu laikā. Panti ir jāvērtē 3 punktu likerta skalā (“paties”, “dažreiz paties” un “nav paties”). Par GIA ticamību liecina tās Kronbaha alfas rādītāji (GIA bērnu versijā $\alpha=0,92-0,95$ un vecāku versijā $\alpha=0,91-0,93$; Daviss et al., 2006; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001; Thabrew et al., 2018; Wood et al., 1995) un re–testa ticamība pēc 3 nedēļām $r=0,84$ un pēc trim mēnešiem $r=0,80$ (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001). Papildus, pētījumos uzrādās laba validitāte pēc kritērija, piemēram, atlasot dalībniekus ar depresijas epizodi (*major depressive episode*) no citiem garastāvokļa traucējumiem (Daviss et

al., 2006) vai ar depresiju diagnosticētus psihiatriskās klīnikas pacientus no citiem psihiatriskās klīnikas pacientiem (Kent, Vostanis & Feehan, 1997). Tāpat GIA aptaujai ir laba konverģentā validitāte ar Beka depresijas aptauju ($r=0,91$; *Beck depression inventory*) un Jauniešu pašnovērtējums ($r=0,71$; *Youth Self Report*) (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001), un CDRS-R ($r=0,66-0,71$), un Reinoldsa pusaudžu depresijas skalas otro versiju ($r=0,83-0,87$) (Thabrew et al., 2018). Tāpat arī GIA ir uzrādīta diverģentā validitāte ar Sociālās vēlamības skalu ($r=-0,05$; *Social Desirability scale*).

Bērnu depresijas aptauja ir paredzēta bērniem vecumā no 7 līdz 12 gadiem (Kovacs, 1992; Latvijā aptauju adaptēja S. Voitkāne un S. Miezīte, 1994). Taču to var pielietot arī vecumposmā no 7 līdz 17 gadiem (Pearson Education Limited, 1992). To veido 27 panti un empīriski radīti 5 faktori – slikts garastāvoklis, neefektivitāte, slikts pašvērtējums, interpersonālās problēmas un anhedonija. Katrā pantā dalībniekam ir jāizvērtē, kurš no trim teikumiem vislabāk atbilst, viņam domājot par pēdējām 2 nedēļām.

Procedūra

Adaptācijas process notika vadoties pēc Starptautiskās testu komisijas (STK) izstrādātajiem ieteikumiem testu adaptācijā (International Test Commission, 2017).

GIA tests tika tulkots no angļu valodas uz latviešu valodu divos posmos: 1. no angļu valodas uz latviešu ar divu neatkarīgu tulku palīdzību; 2. tulkots atpakaļ uz angļu valodu ar citu neatkarīgu tulku (International Test Commission, 2017). Pēc pirmā posma tika izvērtētas tulkojumu atšķirības un atstāti labākie panti no tulkojumiem. Pēc otrā posma tika izvērtētas nesakritības ar oriģinālo aptauju un pēc nepieciešamības labots tulkojums latviešu valodā. Tāpat STK iesaka pirmā tulkojuma gala versiju pārbaudīt mazā dalībnieku lokā un ievākt atsauksmes no dalībniekiem par pantu saprotamību. Pēc tam izvērtēt komentārus un pēc nepieciešamības izlabot pantus vai instrukciju. Pētījumam tika veikts īss pilotpētījums ar 10 dalībniekiem, lai pārliecinātos par acīmredzamo validitāti un veiktu izmaiņas, ja tādas nepieciešamas.

Dati tika ievākti no pusaudžiem un viņu vecākiem, kuri tika uzņemti Pusaudžu resursu centrā “Depresijas un pašnāvības risku novēršana”. Vecāki un pusaudži tika informēti par pētījuma mērķi, viņu tiesībām un konfidencialitāti. Tad speciālisti sagatavotā, bet nejaušā kārtībā deva abas aptaujas – GIA un Bērnu depresijas aptauja.

Pēc datu ievākšanas tika veikta GIA faktoriālā pantu analīze, lai atlasītu starp alternatīvajiem pantiem, tos kuriem ir vislielākie faktoru svāri, kopējā pantu korelācija un efekta lielums (International Test Commission, 2017). Pēc tam tika veikta ticamības pārbaude, novērtējot jauno skalu pantu iekšējo saskaņotību ar Kronbaha alfas koeficientu.

Savukārt, konstrukta validitāte tika pārbaudīta, veicot izpētes faktoru analīzi un pārbaudot korelāciju starp GIA un Bērnu depresijas aptauju (International Test Commission, 2017). Validitāte pēc kritērija tika izvērtēta salīdzinot klīniskās un kontroles grupas vidējos rādītājus. Visbeidzot arī tika pārbaudīta vecāku un bērnu aptauju korelācija. Agrākā pētījumā tā bija uzrādīta kā $r = 0,51$ (Wood et al., 1995).

REZULTĀTI

Vispirms tika veikta pantu analīze, lai atlasītu pantus, ar kuriem veikti tālākie psihometriskie mērījumi. Parasti ar tik mazu izlasi šie mērījumi netiek veikti. Taču ārkārtējās situācijas ietekmē bija ierobežota pieeja dalībniekiem un bez šīs analīzes turpmākos mērījumus nebūtu korekti interpretēt. Sākotnēji tika veikta vienfaktora struktūras pārbaude pusaudžu un vecāku GIA versijās. Pēc tam tika apskatīta pantu kopējā korelācija un efekta lielums starp kontroles un klīnisko grupu. Svarīgi minēt, ka alternatīvie panti aprēķinos tika ievietoti pa vienam pārējos pantus atstājot oriģinālās versijās. Balstoties uz faktoru svāriem, pantu kopējo korelāciju un efekta lielumu, tika atlasīti statistiski vislabāk atbilstošie panti (skatīt 3. un 4. tabulu).

3. tabula

GIA pusaudžu versijas pantu psihometriskie rādītāji (N=64)

Panti	Faktoru svāri	Panta korelācija ar koriģēto skalas summu	Efekta lielums (η^2)
1. Es jutos nožēlojami vai nelaimīgi.	0,79	0,74	0,29**
2. Es vispār neko neizbaudīju. ^a	0,62	0,60	0,06
34. Man nekas nesagādāja prieku. ^{a^}	0,69	0,66	0,10**
3. Es biju mazāk izsalcis/-kusi nekā parasti. ^{b^}	0,47	0,42	0,12**
35. Es jutu izsalkumu mazāk nekā parasti. ^b	0,37	0,32	0,01
4. Es ēdu vairāk nekā parasti. ^c	-0,11	-0,08	0,01
36. Es gribēju ēst vairāk nekā parasti. ^c	-0,04	-0,06	0,02
5. Es jutos tik noguris/-usi, ka tikai sēdēju un neko nedarīju.	0,64	0,65	0,07*
6. Es kustējos un staigāju lēnāk nekā parasti.	0,55	0,55	0,08*
7. Es biju ļoti nemierīgs/-a.	0,51	0,49	0,11**
8. Es jutu, ka vairs neesmu labs/-a.	0,75	0,71	0,16**
9. Es vainoju sevi par lietām, kuras nebija mana vaina. ^{d^}	0,68	0,64	0,17**
37. Es vainoju sevi par lietām, kurās nebiju vainīgs/-a. ^d	0,63	0,57	0,14**
10. Man bija grūti saprast, ko es gribu.	0,59	0,57	0,13**
11. Es jutos īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.	0,64	0,61	0,08*
12. Es jutos tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.	0,59	0,57	0,16**
13. Es runāju lēnāk nekā parasti.	0,44	0,44	0,05
14. Es daudz raudāju.	0,56	0,53	0,11**
15. Es domāju, ka nākotnē mani negaida nekas labs.	0,77	0,71	0,07*
16. Es domāju, ka dzīve nebija dzīvošanas vērtā.	0,81	0,74	0,14**
17. Es domāju par nāvi vai miršanu.	0,71	0,65	0,15**
18. Es domāju, ka manai ģimenei būtu labāk bez manis.	0,70	0,64	0,18**
19. Es domāju par sevis nogalināšanu.	0,68	0,60	0,10*
20. Es negribēju satikt savus draugus.	0,49	0,45	0,13**

21. Man bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.	0,65	0,63	0,23**
22. Es domāju, ka ar mani atgadīsies sliktas lietas.	0,71	0,69	0,09*
23. Es ienīdu sevi.	0,76	0,69	0,16**
24. Es jutu, ka esmu slihts cilvēks.	0,78	0,72	0,15**
25. Es domāju, ka izskatījos neglīti.	0,61	0,58	0,10*
26. Es uztraucos par sūpēm.	0,21	0,22	0,02
27. Es jutos vientuļi.	0,46	0,46	0,03
28. Es domāju, ka neviens pa īstam mani nemīl.	0,74	0,69	0,16**
29. Man skolā nebija nekādas jautrības.	0,30	0,29	0,05
30. Es domāju, ka nekad nevarēšu būt tik labs/-a kā citi bērni.	0,62	0,58	0,05
31. Es visu izdarīju nepareizi.	0,61	0,57	0,09*
32. Es negulēju tik labi kā parasti.	0,58	0,55	0,24**
33. Es gulēju daudz vairāk kā parasti.	-0,16	-0,12	0,06

Faktoru izgūšanas metode: pamata komponentu (*principal components*).

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

a, b, c, d Norāda alternatīvos pantus.

^ Norāda uz pantiem, kuri izvēlēti tālākajiem aprēķiniem.

4. tabula

GIA vecāku versijas pantu psihometriskie rādītāji (N=64)

Panti	Faktoru svāri	Panta korelācija ar koriģēto skalas summu	Efekta lielums (η^2)	Faktoru svāri k-grupai alternatīvā versijā
1. Viņš/a jutās nožēlojami vai nelaimīgi.	0,71	0,66	0,25**	0,35
2. Viņš/-a vispār neko neizbaudīja. ^a	0,52	0,47	0,00	-
35. Viņam/-i nekas nesagādāja prieku. ^{a^}	0,70	0,65	0,12**	0,62
3. Viņš/-a bija mazāk izsalcis/-kusi nekā parasti. ^b	0,21	0,19	0,02	-
36. Viņš/-a juta izsalkumu mazāk nekā parasti. ^{b^}	0,35	0,32	0,53	0,22
4. Viņš/-a ēda vairāk nekā parasti. ^c	0,17	0,17	0,00	-
37. Viņš/-a gribēja ēst vairāk nekā parasti. ^c	0,25	0,25	0,00	0,42
5. Viņš/-a jutās tik noguris/-usi, ka tikai sēdēja un neko nedarīja.	0,49	0,46	0,12**	0,17
6. Viņš/-a kustējās un staigāja lēnāk nekā parasti.	0,45	0,44	0,02	0,31
7. Viņš/-a bija ļoti nemierīgs/-a.	0,43	0,41	0,11*	0,07
8. Viņš/-a juta, ka vairs nav labs/-a.	0,78	0,74	0,31**	0,72
9. Viņš/-a vainoja sevi par lietām, kuras nebija viņa/-as vaina. ^d	0,57	0,53	0,18**	-
38. Viņš/-a vainoja sevi par lietām, kurās nebija vainīgs/-a. ^{d^}	0,68	0,65	0,29**	0,52
10. Viņam/-i bija grūti saprast, ko viņš/-a grib.	0,66	0,62	0,27**	0,43

11. Viņš/-a jutās īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.	0,62	0,56	0,26**	0,20
12. Viņš/-a jutās tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.	0,49	0,46	0,22**	0,09
13. Viņš/-a runāja lēnāk nekā parasti.	0,35	0,32	0,03	0,35
14. Viņš/-a daudz raudāja.	0,63	0,60	0,09*	0,53
15. Viņš/-a domāja, ka nākotnē viņu negaida nekas labs.	0,75	0,70	0,15**	0,69
16. Viņš/-a domāja, ka dzīve nebija dzīvošanas vērtā.	0,77	0,71	0,19**	0,66
17. Viņš/-a domāja par nāvi vai miršanu.	0,69	0,65	0,18**	0,43
18. Viņš/-a domāja, ka viņa/-as ģimenei būtu labāk bez viņa/-as.	0,47	0,43	0,11*	0,03
19. Viņš/-a domāja par sevis nogalināšanu.	0,49	0,44	0,09*	0,19
20. Viņš/-a negribēja satikt savus draugus.	0,48	0,47	0,14**	0,37
21. Viņam/-i bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.	0,53	0,52	0,21**	0,00
22. Viņš/-a domāja, ka ar viņu atgadīsies sliktas lietas.	0,56	0,53	0,11**	0,50
23. Viņš/-a ienīda sevi.	0,78	0,74	0,29**	0,67
24. Viņš/-a juta, ka ir slikts cilvēks.	0,73	0,70	0,21**	0,77
25. Viņš/-a domāja, ka izskatījās neglīti.	0,72	0,67	0,19**	0,50
26. Viņš/-a uztraucās par sāpēm.	0,26	0,25	0,00	0,46
27. Viņš/-a jutās vientuļi.	0,66	0,63	0,23**	0,43
28. Viņš/-a domāja, ka neviens pa īstam viņu nemīl.	0,67	0,61	0,27**	0,31
29. Viņam/-i skolā nebija nekādas jautrības.	0,40	0,38	0,09*	0,23
30. Viņš/-a domāja, ka nekad nevarēs būt tik labs/-a kā citi bērni.	0,68	0,63	0,10*	0,72
31. Viņš/-a jutās, ka visu izdarīja nepareizi.	0,62	0,59	0,23**	0,54
32. Viņš/-a negulēja tik labi kā parasti.	0,56	0,52	0,16**	0,28
33. Viņš/-a gulēja daudz vairāk kā parasti.	0,38	0,36	0,03	0,22
34. Viņš/-a nebija tik priecīgs/-a kā parasti, pat tad, kad viņš/-a tika slavēts/-a vai atalgots/-a.	0,64	0,62	0,18**	0,29

Faktoru izgūšanas metode: pamata komponentu (*principal components*).

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

a, b, c, d Norāda alternatīvos pantus.

^ Norāda uz pantiem, kuri izvēlēti tālākajiem aprēķiniem.

Balstoties uz vecāku un pusaudžu GIA versiju pantu analīzi, tika pieņemts lēmums no abām aptaujām izslēgt 4. pantu un tā alternatīvo versiju, jo abiem pantiem bija zemi faktora svāri ($<0,26$), zema pantu kopējā korelācija ($<0,26$) un zems efekta lielums ($<0,03$). Taču 33. pants tika atstāts. Lai arī pusaudžu versijā 33. pantam ir zemi psihometriskie rādītāji, tie ir pieņemami vecāku aptaujā.

Pēcāk tika veikta gala versiju aptaujas ticamības pārbaude. Abu versiju kopējie Kronbaha alfas koeficienti ir pietiekami augsti ($\alpha > 0,93$; skatīt 5. un 6. tabulu). Tie ir tik pat

labi vai pat labāki kā iepriekšējos pētījumos (Daviss et al., 2006; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001; Thabrew et al., 2018; Wood et al., 1995). Var redzēt, ka pusaudžu versijā 33. pantam ir slikta panta kopējā korelācija (-0,12) pret pārējiem pantiem, taču, kā jau minēts, pants tika atstāts balstoties uz abu versiju psihometriskajiem rādītājiem, kur vecāku aptaujā redzams, ka panta kopējā korelācija ir labāka (0,58).

5.tabula

GIA pusaudžu gala versijas ticamības rādītāji (N=64)

GIA pusaudžu versijas kopējā ticamība	α	
	0,94	
Panti	Pantu kopējā korelācija	α izdzēšot pantu
1. Es jutos nožēlojami vai nelaimīgi.	0,75	0,94
34. Man nekas nesagādāja prieku.	0,66	0,94
3. Es biju mazāk izsalcis/-kusi nekā parasti.	0,44	0,94
5. Es jutos tik noguris/-usi, ka tikai sēdēju un neko nedarīju.	0,64	0,94
6. Es kustējos un staigāju lēnāk nekā parasti.	0,55	0,94
7. Es biju ļoti nemierīgs/-a.	0,49	0,94
8. Es jutu, ka vairs neesmu labs/-a.	0,72	0,94
9. Es vainoju sevi par lietām, kuras nebija mana vaina.	0,64	0,94
10. Man bija grūti saprast, ko es gribu.	0,56	0,94
11. Es jutos īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.	0,60	0,94
12. Es jutos tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.	0,58	0,94
13. Es runāju lēnāk nekā parasti.	0,44	0,94
14. Es daudz raudāju.	0,53	0,94
15. Es domāju, ka nākotnē mani negaida nekas labs.	0,71	0,94
16. Es domāju, ka dzīve nebija dzīvošanas vērta.	0,75	0,94
17. Es domāju par nāvi vai miršanu.	0,66	0,94
18. Es domāju, ka manai ģimenei būtu labāk bez manis.	0,63	0,94
19. Es domāju par sevis nogalināšanu.	0,61	0,94
20. Es negribēju satikt savus draugus.	0,45	0,94
21. Man bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.	0,62	0,94
22. Es domāju, ka ar mani atgadīsies sliktas lietas.	0,69	0,94
23. Es ienīdu sevi.	0,70	0,94
24. Es jutu, ka esmu slikts cilvēks.	0,72	0,94
25. Es domāju, ka izskatījos neglīti.	0,58	0,94
26. Es uztraucos par sūpēm.	0,21	0,94
27. Es jutos vientuļi.	0,46	0,94
28. Es domāju, ka neviens pa īstam mani nemīl.	0,70	0,94
29. Man skolā nebija nekādas jautrības.	0,30	0,94
30. Es domāju, ka nekad nevarēšu būt tik labs/-a kā citi bērni.	0,58	0,94
31. Es visu izdarīju nepareizi.	0,57	0,94

32. Es negulēju tik labi kā parasti.	0,54	0,94
33. Es gulēju daudz vairāk kā parasti.	-0,12	0,95

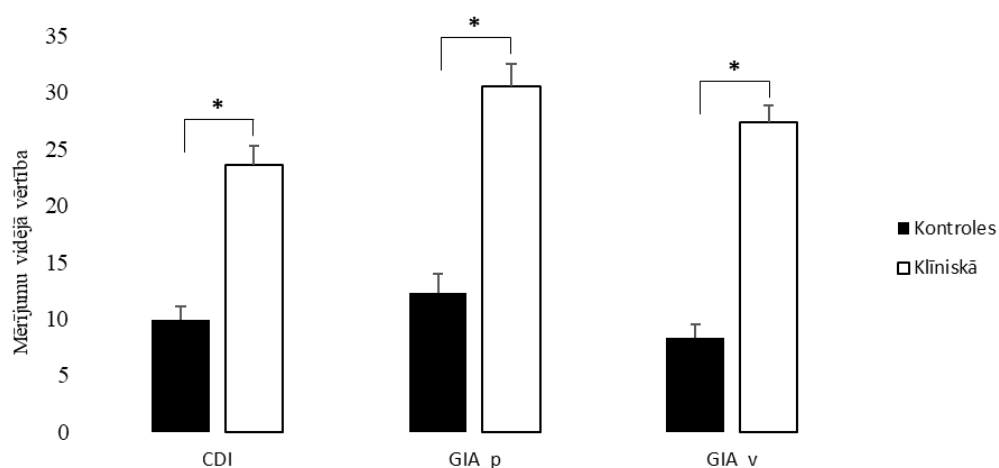
6.tabula

GIA vecāku gala versijas ticamība (N=64)

GIA vecāku versijas kopējā ticamība	α	
	0,94	
Panti	Pantu kopējā korlācija	α izdzēšot pantu
1. Viņš/a jutās nožēlojami vai nelaimīgi.	0,67	0,94
35. Viņam/-i nekas nesagādāja prieku.	0,66	0,94
36. Viņš/-a juta izsalkumu mazāk nekā parasti.	0,33	0,94
5. Viņš/-a jutās tik noguris/-usi, ka tikai sēdēja un neko nedarīja.	0,47	0,94
6. Viņš/-a kustējās un staigāja lēnāk nekā parasti.	0,43	0,94
7. Viņš/-a bija ļoti nemierīgs/-a.	0,40	0,94
8. Viņš/-a juta, ka vairs nav labs/-a.	0,73	0,94
38. Viņš/-a vainoja sevi par lietām, kurās nebija vainīgs/-a.	0,64	0,94
10. Viņam/-i bija grūti saprast, ko viņš/-a grib.	0,63	0,94
11. Viņš/-a jutās īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.	0,57	0,94
12. Viņš/-a jutās tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.	0,47	0,94
13. Viņš/-a runāja lēnāk nekā parasti.	0,31	0,94
14. Viņš/-a daudz raudāja.	0,57	0,94
15. Viņš/-a domāja, ka nākotnē viņu negaida nekas labs.	0,70	0,94
16. Viņš/-a domāja, ka dzīve nebija dzīvošanas vērtā.	0,72	0,94
17. Viņš/-a domāja par nāvi vai miršanu.	0,63	0,94
18. Viņš/-a domāja, ka viņa/-as ģimenei būtu labāk bez viņa/-as.	0,43	0,94
19. Viņš/-a domāja par sevis nogalināšanu.	0,44	0,94
20. Viņš/-a negribēja satikt savus draugus.	0,44	0,94
21. Viņam/-i bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.	0,51	0,94
22. Viņš/-a domāja, ka ar viņu atgādāsies sliktas lietas.	0,53	0,94
23. Viņš/-a ienīda sevi.	0,75	0,93
24. Viņš/-a juta, ka ir slikts cilvēks.	0,71	0,94
25. Viņš/-a domāja, ka izskatījās neglīti.	0,67	0,94
26. Viņš/-a uztraucās par sūpēm.	0,22	0,94
27. Viņš/-a jutās vientuļi.	0,62	0,94
28. Viņš/-a domāja, ka neviens pa īstam viņu nemīl.	0,63	0,94
29. Viņam/-i skolā nebija nekādas jautrības.	0,40	0,94
30. Viņš/-a domāja, ka nekad nevarēs būt tik labs/-a kā citi bērni.	0,65	0,94
31. Viņš/-a jutās, ka visu izdarīja nepareizi.	0,59	0,94
32. Viņš/-a negulēja tik labi kā parasti.	0,54	0,94
33. Viņš/-a gulēja daudz vairāk kā parasti.	0,35	0,94

Savukārt tālāk tika noteikta datu atbilstība normālam sadalījumam, dispersijas viendabīgums un iespējamie izlēcēji (*outliers*). Vadoties pēc grafika (*boxplot*) tika izslēgts viena dalībnieka pusaudža un vecāka mērījums un viena dalībnieka vecāka mērījums. Pēc šo mērījumu izslēgšanas normālais sadalījums bija visās grupās pēc Kolmogorova-Smirnova testa, izņemot vecāku kontrolgrupu, taču apskatot grafikus un nobīdes (*kurtosis*), un šķībuma rādītājus (*skewness*) neatbilstība normālam sadalījumam nebija pietiekami nozīmīga nevienā grupā. Savukārt dispersija bija viendabīga un tika pārbaudīta ar grafiku, kur attēlotas standartizētās prognostiskās vērtības pret standartizētajām kļūdām (*ZPRED* vs *ZRESID*).

Validitāte pēc kritērija tika pārbaudīta veicot t testu. Pirmkārt var redzēt, ka jau adaptētā Bērnu depresijas aptauja uzrāda statistiski nozīmīgi atšķirīgus rādītājus starp kontrolgrupu ($M=11,28$, $SD=7,33$) un klīnisko grupu ($M=23,64$, $SD=9,62$), $t(54) = -6,14$, $p = 0,00$ (skatīt 1. attēlu). Tas liecina par grupu dažādību. Otrkārt, statistiski nozīmīgas atšķirības starp kontrolgrupas (pusaudžu $M=14,16$, $SD=10,12$; vecāku $M=7,96$, $SD=5,98$), un klīniskās grupas (pusaudžu $M=30,58$, $SD=12,00$; vecāku $M=27,32$, $SD=8,74$) vidējiem rādītājiem bija pusaudžu $t(59) = -6,49$, $p = 0,00$ un vecāku $t(55) = -9,13$, $p = 0,00$ GIA mērījumos. Tātad šī pētījuma dati norāda uz GIA latviešu versijas kriteriālo validitāti.



1. attēls. Mērījumu vidējo rādītāju salīdzināšana ar t-testu (N=61). Kļūdas josla apzīmē standartklūdu. Asterisks apzīmē statistiski nozīmīgas atšķirības ($p = 0,00$) starp grupām. 3. pielikumā var apskatīt 11.tabulu ar t testa vērtībām.

Tālāk tika pārbaudīta konverģentā validitāte starp GIA versijām un CDI aptauju. Līdzīgi kā agrākā pētījumā (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001), šajā pētījumā GIA pusaudžu versijas korelācija ar Bērnu depresijas aptauju bija augsta ($r = 0,94$, $p < 0,00$; skatīt 7. tabulu). Tāpat arī GIA vecāku versijai bija augsta korelācija ar CDI ($r = 0,64$, $p < 0,00$). Papildus 7. tabulā redzams, ka GIA vecāku versija korelē ar GIA pusaudžu versiju ($r = 0,61$, $p < 0,00$).

līdzīgā apmērā kā iepriekšējos pētījumos (Daviss et al., 2006; Kent, Vostanis & Feehan, 1997; Wood et al., 1995). Tāpēc kopumā var apgalvot, ka GIA pašvērtējuma un vecāku vērtējuma latviešu versijām ir konverģentā validitāte ar CDI.

7.tabula

Pīrsona korelācijas koeficients starp aptauju summārajiem rezultātiem (N=63)

	GIA pusaudžu	GIA vecāku	CDI
GIA pusaudžu	-		
GIA vecāku	0,61**	-	
CDI	0,94**	0,64**	-

** p < 0,00.

Viens no šī pētījuma jautājumiem bija par GIA aptauju diskriminantā punkta vērtību. Lai to aprēķinātu, tika pielietota ROC līkne. Pēc rezultātiem var redzēt, ka visiem testiem statistiski nozīmīgi atšķiras laukums zem līknes (*area under the curve, AUC*) no nejauša testa AUC (skatīt 8. tabulu). GIA vecāku aptaujai un vidējam GIA rādītājam starp pusaudžu un vecāku vērtējumu ir vislielākie AUC (AUC = 0,98, SE = 0,16), kas liecina par labāko vidējo sniegumu depresijas simptomātikas izvērtēšanā. Iepriekš Daviss ar kolēģiem norādīja, ka tieši vidējais GIA vērtējums visprecīzāk atdalīja klīnisko no kontroles grupas. Šie rezultāti norāda, ka GIA vecāku mērījuma un vidējais GIA rādītāja sniegums ir līdzvērtīgs, un abi šie rādījumi ir labāki kā GIA pusaudžu vērtējums vai CDI. Savukārt GIA pusaudžu versijai (AUC = 0,91, SE = 0,39) ir līdzīgs sniegums kā CDI aptaujai (AUC = 0,91, SE = 0,43), ko var redzēt arī 2. attēlā.

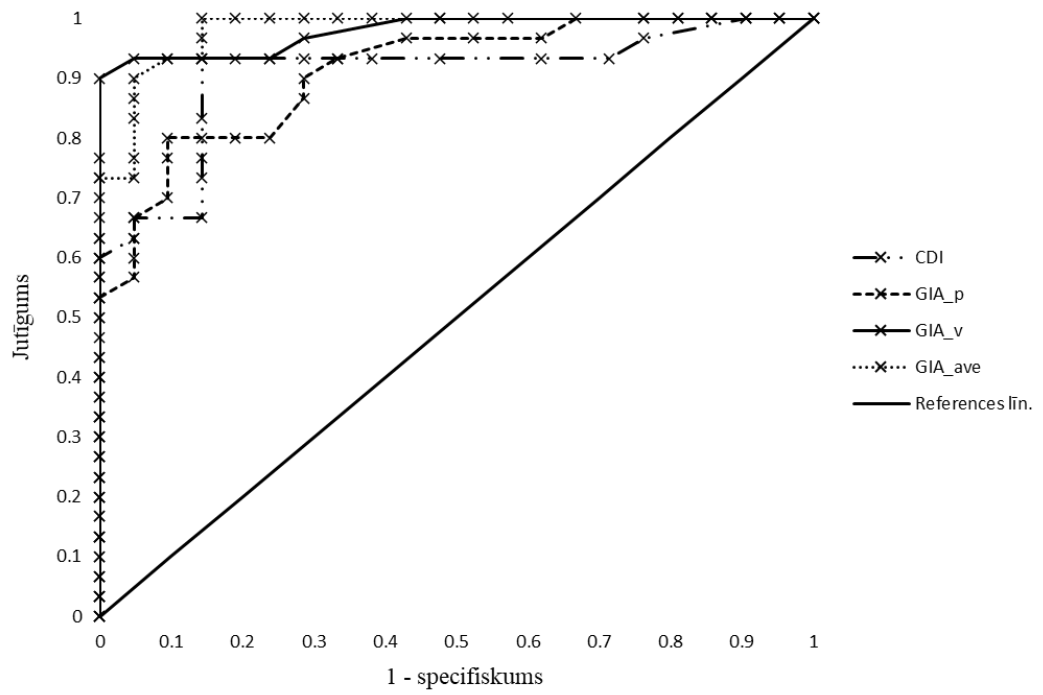
8.tabula

ROC līknes aprēķina rezultāti (N=51)

	AUC	SE	95% ticamības intervāla robežas	
			Apakšējā	Augšējā
GIA pusaudžu	0,91**	0,39	0,84	0,99
GIA vecāku	0,98**	0,16	0,95	1,00
GIA vidējais	0,98**	0,16	0,95	1,00
CDI	0,91**	0,43	0,82	0,99

** p < 0,00.

Vadoties pēc ROC līknes, kas redzama 2. attēlā, tika noteiktas diskriminantās vērtības abām GIA versijām un vidējam rādītājam. GIA pusaudžu versijai diskriminantā vērtība tika izvēlēta kā 23 punkti, kur atbilstošais punkts atradās uz 0,80 Jūtīguma un 0,08 1-specifiskuma ROC līknes grafikā. Savukārt GIA vecāku versijas diskriminantā vērtība tika izvēlēta kā 17 punkti, kur atbilstošais punkts atradās uz 0,93 Jūtīguma un 0,05 1-specifiskuma ROC līknes grafikā. Visbeidzot GIA vidējā rādītāja diskriminantā vērtība tika izvēlēta kā 15 punkti, kas atbilst 1,00 Jūtīgumam un 0,14 1-specifiskumam. Šāda vērtība tika izvēlēta, jo šajā izlasē vadoties pēc šīs diskriminantās vērtības netiks pieļauta otrā tipa kļūda – neviens ko klīniskās grupas dalībniekiem nebūs iekļauts kontroles grupā. Tai pat laikā tas īpaši nemazina aptaujas specifiskumu – īpaši nepalielinot viltus pozitīvo gadījumu skaitu šajā izlasē. Kopumā tas nozīmē, ka rezultāti virs 23 punktiem GIA pusaudžu versijā un rezultāti virs 19 punktiem GIA vecāku versijā drīzāk liecina par piederību klīniskajai grupai. Taču GIA aptauju vidējā vērtība virs 15 punktiem iekļaus visus kontroles grupas dalībniekus.



2. attēls ROC līknes grafiskais attēlojums

DISKUSIJA

Šī pētījuma ietvaros tika rastas atbildes uz visiem trīs pētījuma jautājumiem. Pirmkārt, pētījuma rezultāti uzrādīja, ka GIA vecāku un bērnu latviešu versijas ticamības rādītāji atbilst vai ir pat labāki kā citu pētījumu rezultātiem (Daviss et al., 2006; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001; Thabrew et al., 2018; Wood et al., 1995). Otrkārt, latviešu valodā adaptētās vecāku un bērnu versijas konverģentā validitāte ar CDI testu ir augsta un līdzīga citā pētījumā apstiprinātai (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001). Treškārt, tika noteikta GIA vecāku un pusaudžu versijas diskriminantā vērtība, lai varētu izvērtēt rezultātu atbilstību klīniskai vai kontroles grupai.

Vispirms ir svarīgi kritiski izvērtēt pantu analīzes procesu. Pusaudžu un vecāku versija uzrādīja vienu pantu ("Es ēdu vairāk nekā parasti.") ar tā alternatīvo versiju, kuri bija jāizņem no turpmākajiem aprēķiniem, jo tiem bija ļoti zemi psihometriskie rādītāji. Tāpat pusaudžu versijā bija vēl viens pants ("Es gulēju daudz vairāk kā parasti."), kuram bija zemi psihometriskie rādītāji pusaudžu grupā, bet ne vecāku grupā. Tāpēc šis pants tika atstāts abās versijās uz turpmākajiem aprēķiniem. Abu pantu psihometriskie rezultāti saskan ar iepriekšējiem pētījumiem (Daviss et al., 2006; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2001; Thabrew et al., 2018). Atšķirībā no vairuma pantiem šie panti bija par ķermeniskām izjūtām un vienīgie, kas norādīja uz pozitīvu valenci – kaut kas vairāk. Iespējams, tas ir saistīts ar to, ka panti par kognitīvām grūtībām labāk atšķir depresijas izteiktību (Kent, Vostanis & Feehan, 1997). Taču kopumā šie panti ievērojami neietekmēja aptaujas iekšējo saskaņotību.

Savukārt konverģentā validitāte tika pārbaudīta korelējot GIA aptaujas ar CDI aptauju. Tika pielietota šāda metode, jo tas ir vienīgais adaptētais instruments Latvijā, kas mēra bērnu un jauniešu depresijas simptomātiku (Elsīņa, 2018). Tāpat šādā veidā ir jau iepriekš pārbaudīta konverģentā validitāte (Angold, Costello, Pickles, et al., 1987).

Līdzīgi kā citos pētījumos (Daviss et al., 2006; Kent, Vostanis & Feehan, 1997; Thabrew et al., 2018, Wood et al., 1995) šī darba ietvaros tika noteikta GIA adaptētās versijas diskriminantā vērtība ar ROC līknes palīdzību. Taču atšķirībā no iepriekšējiem pētījumiem šī pētījuma iegūtās diskriminantās vērtības (23 pusaudžiem, 19 vecākiem) bija ievērojami zemākas kā iepriekšējos pētījumos (27-29 pusaudžiem, 21-27 vecākiem). Pie tam tikai vienā pētījumā bija 21 punktu vērtība (Wood et al., 1995). Tas daļēji ir skaidrojams ar to, ka šī pētījuma klīniskās grupas dalībnieki bija Pusaudžu resursa centra klienti, kuriem ar lielāku varbūtību var būt arī subklīniska simptomātika salīdzinot ar depresiju diagnosticētiem bērniem, un zemo kontrolgrupas izlasi, kas mazina varbūtību kontrolgrupā iegūt dalībniekus ar augstākiem rādītājiem. Taču salīdzinot šī pētījuma GIA vidējos rezultātus (pusaudžiem M

= 30,58, vecākiem $M = 27,32$) ar citiem pētījumiem (pusaudžiem $M = 29,2 - 32,80$, vecākiem $M = 23,2 - 32,00$), tie šķiet pietiekami līdzīgi (Daviss et al., 2006; Kent, Vostanis & Feehan, 1997; Wood et al., 1995). Tāpēc drīzāk tas ir saistīts ar zemo kontrolgrupas dalībnieku skaitu.

Šī pētījuma stiprā puse ir tas, ka gandrīz visi psihometriskie rādītāji ir atbilstoši un pielīdzināmi iepriekšējiem pētījumiem. Lai arī šī pētījuma rezultāti liek kritiski vērtēt diskriminanto vērtību, pārējie psihometriskie rādītāji liecina, ka GIA var izmantot citām nepieciešamībām, piemēram, klīniskai izpētei aprakstošām veidā vai simptomātikas mērīšanai salīdzinošā formā. Taču vismaz viens ierobežojums ir nepietiekamā kontrolgrupas izlase.

Turpmākajos pētījumos būtu svarīgi veikt atkārtotu ROC analīzi ar pietiekami lielu kontrolgrupas izlasi (>200 dalībnieki; International Test Commission, 2017). Tāpat būtu svarīgi aprēķināt vislabāk rezultātu prognozējošos pantus, kas ļautu izveidot mazo GIA versiju, lai to vēl plašāk varētu pielietot skrīninga nolūkiem (Angold, Costello, Pickles, et al., 1987; Thabrew et al., 2018).

SECINĀJUMI

Tā kā depresija ir izplatītākais invaliditātes iemesls un Latvijā pusaudžu vidū tā netiek pietiekami daudz diagnosticēta, šī pētījuma mērķis bija iztulkot un pārbaudīt psihometriskos rādītājus pusaudžu depresijas aptaujai Garastāvokļa un izjūtu aptauja (GIA).

Šī pētījuma ietvaros tika noskaidrots, ka GIA latviešu versijas bērnu un vecāku ticamības rādītāji ir pietiekoši labi un atbilstoši iepriekšējiem pētījumiem. Tas nozīmē, ka šajā pētījumā ir dati, kas liecina, ka GIA aptaujas rezultāti ir ar augstu ticamības pakāpi. Tāpat tika noskaidrots, ka GIA latviešu versijas konverģentā validitāte ir atbilstoša un līdzvērtīga iepriekšējiem pētījumiem. Savukārt tas nozīmē, ka GIA latviešu versija šķietami mēra, ko tai vajadzētu mērīt – depresijas simptomātiku. Papildus abām GIA versijām tika noteikta diskriminantā vērtība, kas ļauj noteikt virs kuras GIA vērtības rezultāti sāk norādīt uz piederību klīniskai grupai, balstoties uz šī pētījuma datiem.

Kopumā šī pētījuma rezultāti liecina, ka GIA vecāku un bērnu latviešu versijas var izmantot klīniskai izpētei aprakstošā veidā vai simptomātikas mērīšanai salīdzinošā formā. Taču konkrētā pētījuma ierobežojumi liek kritiski izvērtēt iegūtās diskriminantās vērtības depresijas skrīningam.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2019). *DSM History*. Izgūts 2020 gada 13. janvārī no <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history-of-the-dsm>.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 217-237.
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5 (4), 237-249.
- Baune, B. T., McAfoose, J., Leach, G., Quirk, F., & Mitchell, D. (2009). Impact of psychiatric and medical comorbidity on cognitive function in depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 392–400.
- Boland, R. J., & Keller, M. B. (2009). Course and Outcome of Depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression Second Edition* (pp. 23–43) New York: The Guilford Press.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Noboru, I., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., & Matschinger, H. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9.
- Centrālās statistikas pārvalde. (2018). *Bērnī Latvijā*. Izgūts 2019. gada 11. jūnijā no <https://www.csb.gov.lv/lv/statistika/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-raditaji/meklet-tema/302-berni-latvija-2018>.

- Child Outcomes Research Consortium. (2017). *Mood and feelings questionnaire*. Izgūts 2019. gada 14. jūnijā no <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/mood-and-feelings-questionnaire/>.
- Costello, E., & Angold, A. (1988). Scales to Assess Child and Adolescent Depression: Checklists, Screens, and Nets. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (6), 726-737.
- Daviss, W. B., Birmaher, B., Melhem, N. A., Axelson, D. A., Michaels, S. M., & Brent, D. A. (2006). Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (9), 927-934.
- Elsina, I. (2018). Contemporary actualities and challenges of assessment of depression in adolescents. *Society. Integration. Education. Proceedings of the International Scientific Conference*, 7, 25-33.
- Essau, C. A., & Ollendick, T. H. (2009) Diagnosis and assessment of adolescent depression. In S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 33–52) New York: Taylor & Francis Group.
- Greydanus, D., Patel, D., & Pratt, H. (2010). Suicide risk in adolescents with chronic illness: implications for primary care and specialty pediatric practice: a review. *Developmental Medicine And Child Neurology*, 52, (12), 1083–1087.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2009) Intruduction. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression Second Edition* (pp. 1–2) New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). New York: Guilford Press.
- Harris, E., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170 (3), 205-228.
- Henningesen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65 (4), 528–533.
- International Test Commission. (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition)*. Izgūts 2019. gada 14. jūnijā no www.intestcfom.org.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34, 597-611.

- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35–49.
- Kent, L., Vostanis, P., & Feehan, C. (1997) Detection of major and minor depression in children and adolescents: evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 565–573.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA*, 289 (23), 3095-3105.
- Kovacs, M. (1992). Children's depression inventory manual. North Tonawanda, NY:Multi-Health Systems.
- Mayes, T. L., Bernstein, I. H., Haley, C. L., Kennard, B. D., & Emslie, G. J. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Rating Scale – Revisited in Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20 (6), 513-516.
- McDermott, L. M., & Ebmeier, K. P. (2009). A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *Journal of Affective Disorders*, 119 (1-3), 1–8.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Depression in children and young people identification and management in primary, community and secondary care*. Leicester: The British Psychological Society.
- Pearson Education Limited. (1992). *Child's depression inventory*. Izgūts 2019. gada 14. jūnijā no [https://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory\(CDI\)/Resources/Technical.pdf](https://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory(CDI)/Resources/Technical.pdf).
- Rancāns, E., Tērauds, E., Bezborodovs, Ņ., Kišuro, A., Kozlovskā, L., Stepens, A., Tirāns, E., Bite, I., & Taube, M. (2019). *Klīniskais algoritms: Depresija bērniem un pusaudžiem atpazīšana, vadīšana, ārstēšana un aprūpe*. Izgūts 2020. gada 05. janvārī no <https://spkc.gov.lv/lv/profesionali/kliniskie-algoritmi-un-pacient/gariga-veseliba/>.
- Rice, F., Riglin, L., Lomax, T., Souter, E., Potter, R., Smith, D. J., Thapar, A. K., & Thapar, A. (2019). Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders*, 243, 175-81.
- Riglin, L., Petrides, K., Frederickson, N., & Rice, F. (2014). The relationship between emotional problems and subsequent school attainment: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 37 (4), 335–346.

- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44, 2029–2040.
- Rudolph, K., D. (2009). Adolescent depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression Second Edition* (pp. 444–466) New York: The Guilford Press.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin* 143 (8), 783–822.
- Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight decades of measurement in depression. *Measurement*, 4, 135–155.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2014). Adult attachment and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 237–250). New York: Guilford Press.
- Slimību profilakses un kontroles centrs. (2017). *Statistikas dati*. Izgūts 2019. gada 11. jūnijā no <https://www.spkc.gov.lv/lv/statistika-un-petijumi/statistika/veselibas-aprupes-statistika1>.
- Streiner, D. L., & Cairney, J. (2007). What's under the ROC? An introduction to receiver operating characteristics curves. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, (2), 121–128.
- Sund, A., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (4), 222–229.
- Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L. M., Frampton, C., & Merry, S. (2018). Validation of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) and Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in New Zealand help-seeking adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27 (3), E1610.
- The Global Health Data Exchange. (2017). *GBD results tool*. Izgūts 2019. gada 11. jūnijā no <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Vende, K., & Sebre, S. (2014). Mothers' emotion regulation strategies, depressive symptoms and children's behaviour problems. *Baltic Journal of Psychology*, 15 (1, 2), 22–32.
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (6), 695–705.

- Wood, A., Kroll, L., Moore, A., & Harrington, R. (1995) Properties of the mood and feelings questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 327–334.
- World Health Organization. (2012). *I had a black dog his name was depression*. Izgūts 2020. gada 07. janvārī no <https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>.
- World Health Organization. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Fifth edition, 2016*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO Document Production Services
- World Health Organization. (2018a). *Adolescent mental health*. Izgūts 2019. gada 11. jūnijā no <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- World Health Organization. (2018b). *Adolescent mental health*. Izgūts 2020. gada 06. janvārī no http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2018c). *Depression*. Izgūts 2019. gada 12. jūnijā no <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

1. PIELIKUMS

9. tabula

GIA pusaudzū versijas psihometriskie rādītāji starp grupām (N=64)

Panti	Grupa	M	SD	t
1. Es jutos nožēlojami vai nelaimīgi.	Kontrolgrupa	0,50	0,58	-5,05**
	Klīniskā grupa	1,26	0,60	
2. Es vispār neko neizbaudīju. ^a	Kontrolgrupa	0,38	0,50	-1,98
	Klīniskā grupa	0,71	0,73	
34. Man nekas nesagādāja prieku. ^{a^}	Kontrolgrupa	0,35	0,49	-2,68**
	Klīniskā grupa	0,79	0,74	
3. Es biju mazāk izsalcis/-kusi nekā parasti. ^{b^}	Kontrolgrupa	0,54	0,65	-2,89**
	Klīniskā grupa	1,05	0,73	
35. Es jutu izsalkumu mazāk nekā parasti. ^b	Kontrolgrupa	0,69	0,74	-0,89
	Klīniskā grupa	0,87	0,81	
4. Es ēdu vairāk nekā parasti. ^c	Kontrolgrupa	0,85	0,88	0,78
	Klīniskā grupa	0,68	0,78	
36. Es gribēju ēst vairāk nekā parasti. ^c	Kontrolgrupa	0,88	0,86	1,22
	Klīniskā grupa	0,63	0,79	
5. Es jutos tik noguris/-usi, ka tikai sēdēju un neko nedarīju.	Kontrolgrupa	0,73	0,67	-2,21*
	Klīniskā grupa	1,13	0,74	
6. Es kustējos un staigāju lēnāk nekā parasti.	Kontrolgrupa	0,42	0,64	-2,24*
	Klīniskā grupa	0,84	0,79	
7. Es biju ļoti nemierīgs/-a.	Kontrolgrupa	0,62	0,64	-2,80**
	Klīniskā grupa	1,13	0,78	
8. Es jutu, ka vairs neesmu labs/-a.	Kontrolgrupa	0,46	0,71	-3,41**
	Klīniskā grupa	1,11	0,76	
9. Es vainoju sevi par lietām, kuras nebija mana vaina. ^{d^}	Kontrolgrupa	0,42	0,64	-3,53**
	Klīniskā grupa	1,08	0,78	
37. Es vainoju sevi par lietām, kurās nebiju vainīgs/-a. ^d	Kontrolgrupa	0,46	0,71	-3,13**
	Klīniskā grupa	1,08	0,82	
10. Man bija grūti saprast, ko es gribu.	Kontrolgrupa	0,92	0,63	-3,00**
	Klīniskā grupa	1,45	0,72	
11. Es jutos īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.	Kontrolgrupa	0,58	0,70	-2,34*
	Klīniskā grupa	1,03	0,79	
12. Es jutos tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.	Kontrolgrupa	0,62	0,80	-3,48**

	Klīniskā grupa	1,29	0,73	
13. Es runāju lēnāk nekā parasti.	Kontrolgrupa	0,19	0,49	-1,79
	Klīniskā grupa	0,45	0,60	
14. Es daudz raudāju.	Kontrolgrupa	0,35	0,63	-2,76**
	Klīniskā grupa	0,87	0,81	
15. Es domāju, ka nākotnē mani negaida nekas labs.	Kontrolgrupa	0,58	0,64	-2,19*
	Klīniskā grupa	0,97	0,75	
16. Es domāju, ka dzīve nebija dzīvošanas vērtā.	Kontrolgrupa	0,19	0,49	-3,18**
	Klīniskā grupa	0,76	0,82	
17. Es domāju par nāvi vai miršanu.	Kontrolgrupa	0,23	0,59	-3,26**
	Klīniskā grupa	0,84	0,82	
18. Es domāju, ka manai ģimenei būtu labāk bez manis.	Kontrolgrupa	0,15	0,37	-3,71**
	Klīniskā grupa	0,68	0,66	
19. Es domāju par sevis nogalināšanu.	Kontrolgrupa	0,12	0,43	-2,59*
	Klīniskā grupa	0,53	0,73	
20. Es negribēju satikt savus draugus.	Kontrolgrupa	0,19	0,49	-3,09**
	Klīniskā grupa	0,61	0,55	
21. Man bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.	Kontrolgrupa	0,81	0,69	-4,24**
	Klīniskā grupa	1,50	0,60	
22. Es domāju, ka ar mani atgadāsies sliktas lietas.	Kontrolgrupa	0,35	0,56	-2,50*
	Klīniskā grupa	0,79	0,78	
23. Es ienīdu sevi.	Kontrolgrupa	0,42	0,64	-3,42**
	Klīniskā grupa	1,08	0,82	
24. Es jutu, ka esmu slikts cilvēks.	Kontrolgrupa	0,38	0,57	-3,29**
	Klīniskā grupa	0,95	0,73	
25. Es domāju, ka izskatījos neglīti.	Kontrolgrupa	0,73	0,87	-2,66*
	Klīniskā grupa	1,26	0,72	
26. Es uztraucos par sāpēm.	Kontrolgrupa	0,38	0,57	-1,19
	Klīniskā grupa	0,58	0,68	
27. Es jutos vientuļi.	Kontrolgrupa	0,88	0,71	-1,33
	Klīniskā grupa	1,13	0,74	
28. Es domāju, ka neviens pa īstam mani nemīl.	Kontrolgrupa	0,27	0,53	-3,39**
	Klīniskā grupa	0,82	0,69	
29. Man skolā nebija nekādas jautrības.	Kontrolgrupa	0,58	0,76	-1,75
	Klīniskā grupa	0,92	0,78	
30. Es domāju, ka nekad nevarēšu būt tik labs/-a kā citi bērni.	Kontrolgrupa	0,65	0,80	-1,85
	Klīniskā grupa	1,03	0,79	
31. Es visu izdarīju nepareizi.	Kontrolgrupa	0,46	0,58	-2,53*
	Klīniskā grupa	0,89	0,73	

32. Es negulēju tik labi kā parasti.	Kontrolgrupa	0,50	0,65	-4,44**
	Klīniskā grupa	1,29	0,73	
33. Es gulēju daudz vairāk kā parasti.	Kontrolgrupa	0,85	0,78	1,95
	Klīniskā grupa	0,47	0,73	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

a, b, c, d Norāda alternatīvos pantus.

^Norāda uz pantiem, kuri izvēlēti tālākajiem aprēķiniem.

2. PIELIKUMS

10. tabula

GIA pusaudžu versijas psihometriskie rādītāji starp grupām (N=64)

Panti	Grupa	M	SD	t
1. Viņš/a jutās nožēlojami vai nelaimīgi.	Kontrolgrupa	0.50	0.65	-4.41**
	Klīniskā grupa	1.09	0.38	
2. Viņš/-a vispār neko neizbaudīja. ^a	Kontrolgrupa	0.46	0.65	-0.38
	Klīniskā grupa	0.53	0.71	
35. Viņam/-i nekas nesagādāja prieku. ^{a^}	Kontrolgrupa	0.31	0.55	-2.75**
	Klīniskā grupa	0.76	0.70	
3. Viņš/-a bija mazāk izsalcis/-kusi nekā parasti. ^b	Kontrolgrupa	0.38	0.57	-1.16
	Klīniskā grupa	0.59	0.74	
36. Viņš/-a juta izsalkumu mazāk nekā parasti. ^{b^}	Kontrolgrupa	0.35	0.49	-1.81
	Klīniskā grupa	0.65	0.73	
4. Viņš/-a ēda vairāk nekā parasti. ^c	Kontrolgrupa	0.50	0.71	0.15
	Klīniskā grupa	0.47	0.75	
37. Viņš/-a gribēja ēst vairāk nekā parasti. ^c	Kontrolgrupa	0.54	0.71	0.05
	Klīniskā grupa	0.53	0.71	
5. Viņš/-a jutās tik noguris/-usi, ka tikai sēdēja un neko nedarīja.	Kontrolgrupa	0.46	0.58	-2.84**
	Klīniskā grupa	0.94	0.69	
6. Viņš/-a kustējās un staigāja lēnāk nekā parasti.	Kontrolgrupa	0.23	0.51	-1.09
	Klīniskā grupa	0.38	0.55	
7. Viņš/-a bija ļoti nemierīgs/-a.	Kontrolgrupa	0.31	0.47	-2.62*
	Klīniskā grupa	0.68	0.59	
8. Viņš/-a juta, ka vairs nav labs/-a.	Kontrolgrupa	0.23	0.43	-5.16**
	Klīniskā grupa	0.97	0.63	
9. Viņš/-a vainoja sevi par lietām, kuras nebija viņa/-as vaina. ^d	Kontrolgrupa	0.23	0.43	-3.61**
	Klīniskā grupa	0.76	0.65	
38. Viņš/-a vainoja sevi par lietām, kurās nebija vainīgs/-a. ^{d^}	Kontrolgrupa	0.15	0.37	-4.86**
	Klīniskā grupa	0.85	0.66	
10. Viņam/-i bija grūti saprast, ko viņš/-a grib.	Kontrolgrupa	0.42	0.58	-4.68**
	Klīniskā grupa	1.21	0.69	
11. Viņš/-a jutās īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.	Kontrolgrupa	0.54	0.58	-4.55**
	Klīniskā grupa	1.29	0.68	

12. Viņš/-a jutās tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.	Kontrolgrupa	0.38	0.50	-4.07**
	Klīniskā grupa	1.12	0.81	
13. Viņš/-a runāja lēnāk nekā parasti.	Kontrolgrupa	0.04	0.20	-1.44
	Klīniskā grupa	0.18	0.46	
14. Viņš/-a daudz raudāja.	Kontrolgrupa	0.19	0.49	-2.45*
	Klīniskā grupa	0.59	0.70	
15. Viņš/-a domāja, ka nākotnē viņu negaida nekas labs.	Kontrolgrupa	0.31	0.62	-3.14**
	Klīniskā grupa	0.85	0.70	
16. Viņš/-a domāja, ka dzīve nebija dzīvošanas vērtā.	Kontrolgrupa	0.15	0.46	-3.62**
	Klīniskā grupa	0.74	0.71	
17. Viņš/-a domāja par nāvi vai miršanu.	Kontrolgrupa	0.23	0.51	-3.61**
	Klīniskā grupa	0.76	0.61	
18. Viņš/-a domāja, ka viņa/-as ģimenei būtu labāk bez viņa/-as.	Kontrolgrupa	0.12	0.43	-2.64*
	Klīniskā grupa	0.44	0.50	
19. Viņš/-a domāja par sevis nogalināšanu.	Kontrolgrupa	0.08	0.39	-2.30*
	Klīniskā grupa	0.39	0.61	
20. Viņš/-a negribēja satikt savus draugus.	Kontrolgrupa	0.15	0.46	-3.08**
	Klīniskā grupa	0.62	0.65	
21. Viņam/-i bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.	Kontrolgrupa	0.58	0.58	-3.93**
	Klīniskā grupa	1.21	0.64	
22. Viņš/-a domāja, ka ar viņu atgadīsies sliktas lietas.	Kontrolgrupa	0.19	0.40	-2.71**
	Klīniskā grupa	0.59	0.66	
23. Viņš/-a ienīda sevi.	Kontrolgrupa	0.15	0.46	-4.84**
	Klīniskā grupa	0.97	0.76	
24. Viņš/-a juta, ka ir slikts cilvēks.	Kontrolgrupa	0.12	0.33	-3.93**
	Klīniskā grupa	0.74	0.75	
25. Viņš/-a domāja, ka izskatījās neglīti.	Kontrolgrupa	0.38	0.64	-3.72**
	Klīniskā grupa	1.06	0.74	
26. Viņš/-a uztraucās par sāpēm.	Kontrolgrupa	0.35	0.63	-0.41
	Klīniskā grupa	0.41	0.61	
27. Viņš/-a jutās vientuļi.	Kontrolgrupa	0.65	0.63	-4.15**
	Klīniskā grupa	1.26	0.51	
28. Viņš/-a domāja, ka neviens pa īstam viņu nemīl.	Kontrolgrupa	0.19	0.49	-4.68**
	Klīniskā grupa	0.94	0.69	
29. Viņam/-i skolā nebija nekādas jautrības.	Kontrolgrupa	0.58	0.76	-2.36*
	Klīniskā grupa	1.03	0.72	

30. Viņš/-a domāja, ka nekad nevarēs būt tik labs/-a kā citi bērni.	Kontrolgrupa	0.42	0.64	-2.53*
	Klīniskā grupa	0.85	0.66	
31. Viņš/-a jutās, ka visu izdarīja nepareizi.	Kontrolgrupa	0.35	0.49	-4.20**
	Klīniskā grupa	0.97	0.63	
32. Viņš/-a negulēja tik labi kā parasti.	Kontrolgrupa	0.38	0.57	-3.28**
	Klīniskā grupa	1.03	0.87	
33. Viņš/-a gulēja daudz vairāk kā parasti.	Kontrolgrupa	0.65	0.85	-1.27
	Klīniskā grupa	0.94	0.89	
34. Viņš/-a nebija tik priecīgs/-a kā parasti, pat tad, kad viņš/-a tika slavēts/-a vai atalgots/-a.	Kontrolgrupa	0.23	0.51	-3.57**
	Klīniskā grupa	0.82	0.72	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

a, b, c, d Norāda alternatīvos pantus.

^Norāda uz pantiem, kuri izvēlēti tālākajiem aprēķiniem.

3. PIELIKUMS

11. tabula

Mērījumu vidējo rādītāju salīdzināšana ar t-testu (N=63)

Mērījumi	Grupas				t
	Klīniskā grupa		Kontroles grupa		
	M	SD	M	SD	
GIA pusaudžu	30,58	12,00	12,26	8,03	-6,49**
GIA vecāku	27,32	8,74	8,30	5,85	-9,13**
CDI	23,64	9,62	9,87	5,70	-6,14**

** p < 0,00.

4. PIELIKUMS

Vecāka vērtējums par bērnu

Garastāvokļa un izjūtu aptauja (GIA)

Šī aptauja ir par to, kā Jūsu bērns ir **nesen** juties vai rīkojies.

Lūdzu atzīmējiet pie katra jautājuma (✓) kā viņš/-a **pēdējās divās nedēļās** ir juties/-usies vai rīkojies/-usies:

- Ja teikums par Jūsu bērnu nebija patiess, atzīmējiet NAV PATIESS.
- Ja teikums par Jūsu bērnu bija tikai dažreiz patiess, atzīmējiet DAŽREIZ PATIESS.
- Ja teikums par Jūsu bērnu bija patiess lielāko daļu laika, atzīmējiet PATIESS.

Atzīmējiet ķeksi (✓) pie atbilstošās atbildes katram apgalvojumam.	NAV PATIESS	DAŽREIZ PATIESS	PATIESS
1. Viņš/a jutās nožēlojami vai nelaimīgi.			
2. Viņš/-a vispār neko neizbaudīja.			
3. Viņš/-a bija mazāk izsalcis/-kusi nekā parasti.			
4. Viņš/-a ēda vairāk nekā parasti.			
5. Viņš/-a jutās tik noguris/-usi, ka tikai sēdēja un neko nedarīja.			
6. Viņš/-a kustējās un staigāja lēnāk nekā parasti.			
7. Viņš/-a bija ļoti nemierīgs/-a.			
8. Viņš/-a juta, ka vairs nav labs/-a.			
9. Viņš/-a vainoja sevi par lietām, kuras nebija viņa/-as vaina.			
10. Viņam/-i bija grūti saprast, ko viņš/-a grib.			
11. Viņš/-a jutās īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.			
12. Viņš/-a jutās tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.			
13. Viņš/-a runāja lēnāk nekā parasti.			

14. Viņš/-a daudz raudāja.			
15. Viņš/-a domāja, ka nākotnē viņu negaida nekas labs.			
16. Viņš/-a domāja, ka dzīve nebija dzīvošanas vērta.			
17. Viņš/-a domāja par nāvi vai miršanu.			
18. Viņš/-a domāja, ka viņa/-as ģimenei būtu labāk bez viņa/-as.			
19. Viņš/-a domāja par sevis nogalināšanu.			
20. Viņš/-a negribēja satikt savus draugus.			
21. Viņam/-i bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.			
22. Viņš/-a domāja, ka ar viņu atgadīsies sliktas lietas.			
23. Viņš/-a ienīda sevi.			
24. Viņš/-a juta, ka ir slikts cilvēks.			
25. Viņš/-a domāja, ka izskatījās neglīti.			
26. Viņš/-a uztraucās par sāpēm.			
27. Viņš/-a jutās vientuļi.			
28. Viņš/-a domāja, ka neviens pa īstam viņu nemīl.			
29. Viņam/-i skolā nebija nekādas jautrības.			
30. Viņš/-a domāja, ka nekad nevarēs būt tik labs/-a kā citi bērni.			
31. Viņš/-a jutās, ka visu izdarīja nepareizi.			
32. Viņš/-a negulēja tik labi kā parasti.			
33. Viņš/-a gulēja daudz vairāk kā parasti.			
34. Viņš/-a nebija tik priecīgs/-a kā parasti, pat tad, kad viņš/-a tika slavēts/-a vai atalgots/-a.			
35. Viņam/-i nekas nesagādāja prieku.			

36. Viņš/-a juta izsalkumu mazāk nekā parasti.			
37. Viņš/-a gribēja ēst vairāk nekā parasti.			
38. Viņš/-a vainoja sevi par lietām, kurās nebija vainīgs/-a.			

5. PIELIKUMS

Pašnovērtējums

Garastāvokļa un izjūtu aptauja (GIA)

Šī aptauja ir par to, kā Tu **nesen** esi juties/-usies un rīkojies/-usies.

Lūdzu atzīmē pie katra jautājuma (✓) kā Tu **pēdējās divās nedēļās** esi juties/-usies vai rīkojies/-usies:

- Ja teikums par Tevi nebija patiess, atzīmē NAV PATIESS.
- Ja teikums par Tevi bija tikai dažreiz patiess, atzīmē DAŽREIZ PATIESS.
- Ja teikums par Tevi bija pārsvarā patiess, atzīmē PATIESS.

Atzīmē ķeksi (✓) pie atbilstošās atbildes katram apgalvojumam.	NAV PATIESS	DAŽREIZ PATIESS	PATIESS
1. Es jutos nožēlojami vai nelaimīgi.			
2. Es vispār neko neizbaudīju.			
3. Es biju mazāk izsalcis/-kusi nekā parasti.			
4. Es ēdu vairāk nekā parasti.			
5. Es jutos tik noguris/-usi, ka tikai sēdēju un neko nedarīju.			
6. Es kustējos un staigāju lēnāk nekā parasti.			
7. Es biju ļoti nemierīgs/-a.			
8. Es jutu, ka vairs neesmu labs/-a.			
9. Es vainoju sevi par lietām, kuras nebija mana vaina.			
10. Man bija grūti saprast, ko es gribu.			
11. Es jutos īgns/-a un aizvainots/-a pret saviem vecākiem.			
12. Es jutos tā, it kā gribētu runātu mazāk nekā parasti.			
13. Es runāju lēnāk nekā parasti.			
14. Es daudz raudāju.			

15. Es domāju, ka nākotnē mani negaida nekas labs.			
16. Es domāju, ka dzīve nebija dzīvošanas vērtā.			
17. Es domāju par nāvi vai miršanu.			
18. Es domāju, ka manai ģimenei būtu labāk bez manis.			
19. Es domāju par sevis nogalināšanu.			
20. Es negribēju satikt savus draugus.			
21. Man bija grūti kārtīgi domāt vai koncentrēties.			
22. Es domāju, ka ar mani atgadīsies sliktas lietas.			
23. Es ienīdu sevi.			
24. Es jutu, ka esmu slikts cilvēks.			
25. Es domāju, ka izskatījos neglīti.			
26. Es uztraucos par sāpēm.			
27. Es jutos vientuļi.			
28. Es domāju, ka neviens pa īstam mani nemīl.			
29. Man skolā nebija nekādas jautrības.			
30. Es domāju, ka nekad nevarēšu būt tik labs/-a kā citi bērni.			
31. Es visu izdarīju nepareizi.			
32. Es negulēju tik labi kā parasti.			
33. Es gulēju daudz vairāk kā parasti.			
34. Man nekas nesagādāja prieku.			
35. Es jutu izsalkumu mazāk nekā parasti.			
36. Es gribēju ēst vairāk nekā parasti.			
37. Es vainoju sevi par lietām, kurās nebiju vainīgs/-a.			

DOKUMENTĀRĀ LAPA

Maģistra darbs „Vecāku un bērnu GARASTĀVOKĻA UN IZJŪTU APTAUJAS (GIA) latviešu versijas ticamība un konverģentā validitāte” izstrādāts LU Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultātē.

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

Autors: () Emīls Ūdris

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: Prof. Dr. psych. Malgožata Raščevska ()

Recenzents:

Darbs iesniegts Psiholoģijas nodaļā 27.05.2020.

Dekāna pilnvarotā persona: metodiķe Alise Ikauniece ()

Darbs aizstāvēts maģistra gala pārbaudījuma komisijas sēdē
05.06.2020. prot. Nr.

Komisijas sekretāre: Dr. psych. Baiba Martinsone ()