

## VYRESNIO AMŽIAUS LIETUVOS GYVENTOJŲ GEROVĖS IR SVEIKATOS SĄSAJOS

Antanas Kairys, Albinas Bagdonas, Olga Zamalijeva

*Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Specialiosios psichologijos laboratorija*

**Raktažodžiai:** sveikata, gerovė, gyvenimo kokybė, sisteminė analizė.

sveikatos būklės skirtingomis gyvenimo aplinkybėmis, taikančių šiuolaikinius daugiamatės statistikos metodus, gerovės tyrimų.

### Santrauka

Tiek empiriniai tyrimai, tiek teorinės prielaidos rodo, kad gerovė yra sudėtingas, daugiamatis konstruktas. Tyrimais nustatyta, kad su gerove siejasi daugybė veiksnių, o tarp jų ypač svarbūs yra ir sveikatos veiksniai. Gerovės ir sveikatos tarpusavio ryšių tyrimą apsunkina tai, kad egzistuoja daug kitų kintamųjų, kurie gali keisti ryšio pobūdį. Iki šiol nėra aiškaus atsakymo, kaip kinta vyresnio amžiaus žmonių gerovė jų senėjimo eigoje, koks sveikatos veiksnių vaidmuo šiame kitime. Dar vienas svarbus tyrimų faktas – gerovė ir sąsajos tarp sveikatos ir gerovės gali priklausyti nuo šalies ar kultūros, todėl yra svarbu žinoti, kokie vyresnio amžiaus asmenų sveikatos ir gerovės sąsajų tyrimai atlikti Lietuvoje. Todėl tyrimo tikslas – naudojant sisteminės analizės metodą, išanalizuoti Lietuvoje atliktus vyresnio amžiaus asmenų sveikatos ir gerovės sąsajų tyrimus. Straipsnių paieška atlikta duomenų bazėse PsychInfo, Academic Search Complete, MEDLINE, SocINDEX with Full Text, ERIC, Science direct ir Lituanistika. Iš viso rasti 897 straipsniai. Remiantis pavadinimu, atrinkti 274 straipsniai, remiantis santrauka ir visu tekstu, galutinai analizėje liko 16 straipsnių. Analizuoti tyrimai rodo, kad sirgimas viena ar kita liga (vėžiu, Parkinsono liga, išemine širdies liga, reumatoidiniu artritu, kepenų ciroze ar šlapimo nelaikymu) yra susijęs su žemesne gerove. Taip pat yra įrodymų, kad ligai progresuojant, gerovė prastėja. Prastesnė gerovė siejasi ir su psichikos sveikatos problemomis. Analizuoti tyrimai pasižymi metodologiniais trūkumais – tyrimų dalyvių imčių reprezentatyvumo stoka, ribotais gerovės tyrimo instrumentais bei dažniausiai ribotu daugiamatės statistinės analizės taikymu. Atlikta sisteminė analizė leidžia teigti, kad Lietuvoje trūksta longitudinalių, gyventojų struktūrą reprezentuojančių, lyginančių skirtingas

### Įvadas

Domėjimasis savijauta, gerove toks pat senas, kaip ir žmogaus savivoka – gebėjimas suvokti ir reflektuoti save. Tai ką šiuo metu vadiname gerove, gyvenimo kokybe, gera savijauta ar tiesiog laimės jausmu – domino jau Antikos filosofus, tarp jų ir Aristotelį [1]. Taigi, natūralu, kad ir dabartiniais laikais žmogaus gerovė – vienas esminių ne tik mokslinių tyrimo objektų, bet politinių judėjimų ideologijų tikslų. Gerove domisi daugelio sričių – medicinos, psichologijos, politikos, sociologijos, ekonomikos ir kt. – mokslininkai. Tokiame margame tyrimo lauke buvo sukurta visa eilė sąvokų – gerovė (subjektyvi, psichologinė, socialinė), gyvenimo kokybė, pasitenkinimas gyvenimu ir kt. Vienos jų, - psichologinė ar subjektyvi gerovė - labiau pabrėžia subjektyvų potyrį, kitos dažnai apima ir objektyvų komponentą. Situaciją sunkina ir tai, kad kartais skirtingos sąvokos, pavyzdžiui, gerovė ir gyvenimo kokybė, naudojamos kaip sinonimai [2], kitais atvejais įžvelgiamas skirtumas tarp jų (pavyzdžiui, [3]). Yra ne vienas bandymas siūlyti galima skėtinių terminų. Pavyzdžiui, S. Krutulienė [4] skėtiniu terminu siūlo gyvenimo kokybės sąvoką. A. Bagdonas ir bendraautorai (2013) skėtiniu terminu siūlo psichologinės gerovės sąvoką, teigdami, kad ji apima daugelį geros savijautos aspektų. Mes linktume pritarti gerovės sąvokos naudojimui, tačiau manytume, kad norėdami aprėpti ir objektyvesnę gyvenimo kokybę ar tokius gyvenimo kokybės aspektus, kaip su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, turėtume atsisakyti žodžio „psichologinė“, todėl šiame straipsnyje sąvoką „gerovė“ naudosime kaip skėtinę visų gerą asmens savijautą reiškiančių aspektų (pirmiausia gyvenimo kokybės, psichologinės ir subjektyvios gerovės, pasitenkinimo gyvenimu) sąvoką. Gerovės sąvoka kaip objektyvios gyvenimo kokybės sinonimas (materialinės, teisinės, socialinio teisingumo ir solidarumo prasmėmis) naudojama socialinės ekonomikos ir politikos srityje (pavyzdžiui, žmogaus gerovė, gerovės valstybė).

Tiek empiriniai tyrimai [5, 6], tiek teorinės prielaidos [4] rodo, kad gerovė yra sudėtingas, daugiatis arba daugia-komponentis konstruktas. Tyrimais taipogi nustatyta, kad gerovė yra multideterminuotas konstruktas, kitaip tariant, gerovę, tikėtina, nulemia daugelis priežasčių – genetiškai nulemtos asmens smegenų ir bazinių psichinių funkcijų specifinės organizacijos, susiformavę asmenybės bruožai, ekonominės ir teisinės aplinkybės (pavyzdžiui, pajamos, darbinis statusas, visuomenėje egzistuojančios žmogaus teisės), socialinės (pavyzdžiui, socialinis tinklas) ir kt. [5, 7]. Tarp išvardintų ir daugybės kitų gerovės veiksnių labai svarbūs yra ir sveikatos veiksniai. Apibendrinant, praktiškai visuose tyrimuose, į kuriuos įtraukti ir sveikatos kintamieji [5, 8, 9], nustatomos sąsajos tarp gerovės ir sveikatos kintamųjų (pavyzdžiui, sirgimo įvairiomis ligomis, ligos eigos ar gydymo būdo, bendros sveikatos būklės, subjektyvaus sveikatos vertinimo ir t.t.). Paprastai ryšiai būna stipresni, jei sveikatos veiksniai ir gerovė vertinami subjektyviai [5]. Diskutuojama ir apie ryšių kryptį. Tęstiniai tyrimai taip pat rodo, kad sveikata yra gerovės veiksnys: gera sveikata didina pasitenkinimą tiek gyvenimu apskritai, tiek atskirais jo aspektais (pavyzdžiui, santykiais su artimaisiais, teigiamomis emocijomis) [10]. Tačiau manoma, kad ryšiai gali būti ir abipusiai, tai yra laimės jausmas gali stiprinti ne tik subjektyviai suvokiama, bet ir objektyvią sveikatą, t. y. teigiamai veikti žmogaus kūniškąjį funkcionavimą [11].

Gerovės ir sveikatos tarpusavio ryšių tyrimą dar labiau apsunkina tai, kad egzistuoja amžiaus ir kultūrinė specifika. Tarp įvairių amžiaus tarpsnių didelio dėmesio sulaukia vyresnio amžiaus žmonių gerovės ir sveikatos ryšiai. Žinia, žmogaus gyvenimo eigoje, ypač senėjant, vis dažnesniu palydovu tampa sveikatos blogėjimas. Beveik du trečdaliai suaugusiųjų serga bent viena lėtine liga, ties 50 gyvenimo metais beveik pusė asmenų serga bent dviem lėtinėmis ligomis, o ketvirtadalis – bent trimis [12]. Tačiau iki šiol nėra aiškaus atsakymo, kaip kinta vyresnio amžiaus žmonių gerovė jų senėjimo eigoje, koks sveikatos veiksnių vaidmuo šiame kitime. Subjektyviai vertinama gerovė, kaip dažnai atranda tyrimai, su amžiumi kinta U raidės pavidalu, o žemiausias gerovės taškas pasiekiamas vidury penkiasdešimtųjų metų [5, 7], nors yra ir kitokių kitimo trajektorijų [8, 13]. Randama ir įrodymų, kad kontroliuojant kitus kintamuosius (pavyzdžiui, sveikatos), gerovės prastėjimo nebestebima [9]. Visi šie tyrimai tik kelia papildomų klausimų ir verčia toliau ieškoti ats-

kymų, kaip kinta vyresnio amžiaus asmenų gerovė, kaip ji siejasi su sveikata.

Dar vienas svarbus tyrimų faktas – gerovė ir sąsajos tarp sveikatos ir gerovės gali priklausyti nuo šalies ar kultūros. Tarpkultūriniai tyrimai atranda, kad U formos gerovės kitimas labiau būdingas Vakarų išsivysčiusioms šalims, tuo tarpu daugelyje kitų (pavyzdžiui, besivystančių Lotynų Amerikos ar Afrikos) šalių nustatomas nuoseklus gerovės blogėjimas [7]. Kiti tyrimai rodo, kad gerovės ir kitų kintamųjų, pavyzdžiui, socialinio tinklo sąsajos gali priklausyti nuo geografinio regiono ir kultūros [14]. Lyginamieji Europos valstybių tyrimai atskleidžia ženklų sveikatos ir gerovės nelygybę tarp šalių ir rodo, kad ji gali sietis su socioekonominiais bei sveikatos apsaugos sistemos ypatumais [15]. Tai reiškia, kad tyrimų rezultatų, atliktų kitose kultūrose ir esant kitokiai sveikatos apsaugos sistemai, tiesiogiai Lietuvos populiacijai taikyti negalime.

Atsižvelgiant į tai, kas dėstyta pirmiau, kyla klausimas – ką mes žinome ir ką dar turėtume sužinoti apie vyresnio amžiaus asmenų sveikatą ir gerovę Lietuvoje? Kokie yra metodologiniai atliktų tyrimų ribotumai?

**Šio tyrimo tikslas** – naudojant sisteminės analizės metodą, išanalizuoti Lietuvoje atliktus vyresnio amžiaus asmenų sveikatos ir gerovės sąsajų tyrimus.

### Tyrimo medžiaga ir metodai

Straipsnių paieška atlikta duomenų bazėse PsychInfo, Academic Search Complete, MEDLINE, SocINDEX with Full Text, ERIC, Science direct ir Lituania. Paieškos žodžiai ir užklauso pavyzdys pateikti 1 lentelėje. Visose bazėse paieška atlikta ir lietuvių, ir anglų kalbomis. Paieška vykdyta 2017 m. kovo ir balandžio mėnesiais. Straipsnių publikavimo data neribota. Siekiant išplėsti paieškos lauką, rankiniu būdu peržiūrėti žurnalų "Gerontologija", "Psicho-

**1 lentelė.** Straipsnių paieškos raktažodžiai ir užklauso pavyzdys

Pastaba: \* - bet kokia galinė. Konkretus naudotas simbolis priklausė nuo konkrečios bazės.

	Sritis			
	Gerovė	Šalis	Sveikata	Amžius
<b>Raktažodžiai</b>	<p><u>Angliška</u>i: well-being, well-being, well being, quality of life, life satisfaction</p> <p><u>Lietuviška</u>i: gerov*, gyvenimo kokyb*, pasitenkinim* gyvenimu</p>	<p><u>Angliška</u>i: Lithuania</p> <p><u>Lietuviška</u>i: <i>nenaudota</i></p>	<p><u>Angliška</u>i: health</p> <p><u>Lietuviška</u>i: <u>ka</u>i: sveikat*</p>	<p><u>Angliška</u>i: Elderly, old* age, old* adults, aging, retir*, preretir*.</p> <p><u>Lietuviška</u>i: senat*, vyresn* amž*, pens*, senėj*</p>
Užklauso pavyzdys	(well-being OR wellbeing OR well being) AND health AND Lithuania AND (Elderly OR (old* age) OR (old* adults) OR aging OR retir* OR preretir*)			

logija" bei "Tarptautinis psichologijos žurnalas: biopsichologinis požiūris" archyvai.

### Straipsnių įtraukimo kriterijai:

1. Atliktas empirinis kiekybinis tyrimas, tyrimo dalyviai – žmonės. Neįtraukiami kokybiniai tyrimai, taip pat tyrimai, kurie analizuoja makroekonominis ar kitus rodiklius.

2. Tiriama vyresnio amžiaus (50+) žmonės:

a) tiriami tik vyresnio amžiaus žmonės;

b) bendros populiacijos tyrime atskirai atlikta vyresnio amžiaus žmonių grupės analizė;

c) bendras imties amžiaus vidurkis daugiau kaip 50 metų.

3. Vienokiu ar kitokiu būdu tiriama gerovė, gyvenimo kokybė ar pasitenkinimas gyvenimu.

4. Tirti vienokie ar kitokie fizinės ar psichikos sveikatos kintamieji ir atlikta jų sąsajų su gerove analizė.

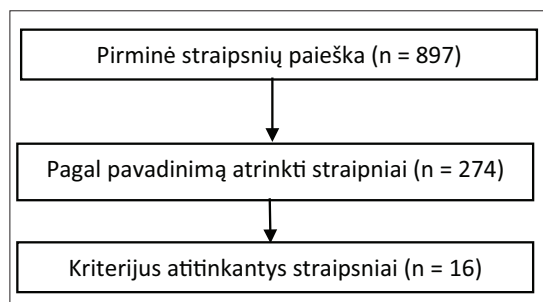
5. Įtraukiami straipsniai, kuriuose analizuojamos specifinės ligos.

6. Kadangi iš esmės analizė skirta priešpensinio ir pensinio amžiaus gerovės ir sveikatos sąsajų nustatymui, atmesti visi straipsniai apie specifines dirbančiųjų grupes.

7. Įtraukti tarptautinius palyginimus pristatantys straipsniai, jei juose atskirai aptariama Lietuva.

Tyrimų atranka schematiškai pavaizduota 1 pav. Iš viso rasti 897 straipsniai. Pirmiausia pagal įtraukimo kriterijus buvo peržiūrėti visų rastų straipsnių pavadinimai. Remiantis pavadinimu, atrinkti 274 straipsniai. Vėliau, pašalinus dublikatus, buvo skaitoma straipsnio santrauka ir, jei reikia, viso teksto straipsnis. Remiantis santrauka ir visu tekstu, galutinai analizėje liko 16 straipsnių.

Duomenų surinkimas. Atrinkti straipsniai buvo analizuojami pagal iš anksto sudarytą schemą. Buvo fiksuojami imties tūris, tyrimo dalyvių amžius, imties tipas, tyrimo dalyvių atrankos principas, gerovės tyrimo būdas, fizinės sveikatos veiksniai, psichikos sveikatos veiksniai, ar taikyta daugiamatė statistika, esminiai rezultatai.



1 pav. Straipsnių atrankos schema

### Rezultatai

Atlikus straipsnių atranką, iš viso rasta 16 visus atrankos kriterijus atitinkančių straipsnių. Analizuotų straipsnių parametų santrauka pateikta 2 lentelėje. Straipsniai buvo publikuoti 2005 – 2016 metais. Ankstesnių metų straipsniai į atranką galėjo nepatekti, nes ne visi žurnalai tuo metu jau buvo skaitmenizuoti ir įtraukti į duomenų bazes, tuo tarpu naujausi tyrimai dar gali būti nepublikuoti, recenzuojami.

Analizuojant tyrimo imties tūrį, nustatyta, kad jis buvo nuo 62 iki 6947 asmenų ( $M = 1158,4$ ;  $Me = 343,5$ ). Dviejų tyrimų (12,5%) imtis buvo mažesnė nei 100, penkių (31,3%) mažesnė nei 200, aštuonių (50%) – mažesnė nei 300 asmenų.

Dvylika tyrimų (75%) buvo įtraukti, nes tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis arba tikėtinas amžiaus vidurkis buvo didesnis nei 50 metų. Tik ketvirtadalis tyrimų įtraukė būtent tik 50+ metų žmones.

Daugiausia ( $n = 9$ ; 56,3%) atrinktų tyrimų įtraukė asmenis, pasižymintčius specifiniais sveikatos sutrikimais. Dviejuose tyrimuose (12,5%) dalyvavo respondentai, kurie kreipėsi į gydymo įstaigą, penkiuose tyrimuose (31,3%) dalyvavo bendros populiacijos respondentai. Iš šių tyrimų keturi (25 %) buvo longitudinaliniai.

Kalbant apie analizuotuose straipsniuose pristatomų tyrimų imties sudarymo principą, didžioji dalis tyrimų – 9 (56,3%) tyrė vienos ar kelių įstaigų pacientus ar besikreipiančius į jas asmenis. Penkiais atvejais (31,3%) buvo taikoma atsitiktinė atranka, dažniausiai iš vieno regiono. Po viena tyrimą (po 6,3%) surinko patogiąją imtį arba derino atranką iš institucijų ir atsitiktinę atranką.

Gerovei tirti analizuotuose straipsniuose iš viso panaudoti 11 skirtingų instrumentų, dar trys tyrimai gerovę vertino vienu klausimu. Didžioji dalis klausimynų (I-QOL, FACT-G ir FACT-An, OAB-q, EORTC QLQ-C30 ir kt.) buvo skirti tirti su specifine liga, sutrikimu ar gydymo eiga susijusią gyvenimo kokybę.

Keturiolikoje iš analizuotų straipsnių (87,5%) buvo įtraukti fizinės sveikatos veiksniai. Dažniausiai – trylikoje straipsnių, buvo analizuojami ligos eiga, simptomai, stadija, gydymo ypatumai ir panašūs su sirgimu konkrečia liga ar kažkokios medicininės būklės turėjimu susiję veiksniai. Šių tyrimų rezultatai atskleidžia, kad didžioji žmonių dalis mano, kad sveikata stipriai veikia jų gyvenimo kokybę [23]. Sirgimas viena ar kita liga siejasi su gyvenimo kokybės prastėjimu. Tai nustatyta kepenų cirozės [19], šlapimo nelaikymo [18, 22, 25] atvejais. Taip pat atrandama, kad ligai progresuojant, gerovė taip pat blogėja. Šis blogėjimas nustatomas pakartotinių tyrimų metu, tiriant sergančiuosius Parkinsono liga [17], sergančius reumatoidiniu artritu [21], moteris, besigydančias krūties vėžį skirtingais būdais [16, 20]. Gerovės blogėjimas aptinkamas ir prostatos vėžiui progresuojant [26],

2 lentelė. Atrinktų straipsnių parametų santrauka

Imties tūris	Amžius	Imties tipas	Imties sudarymo principas	Gerovės / gyvenimo kokybės matavimo būdas	Fizinės sveikatos veiksniai	Psichikos sveikatos veiksniai	Daugiamatė analizė	Nuoroda, metai
62	V*	Sv, mot	I	EORTC QLQ-C30; EORTC QLQ-Br23; FACT-An	Krūties vėžio operacijos tipas		-	2005 [16]
121	V = 66,63	Sv; L2b2m	A; LTr	WHOQOL-100	Ligos (Parkinsono) forma ir eiga		-	2006 [17]
294	75 – 98 metų	Bp, vyr	A; St; LTr	WHOQOL-BREF	Šlapimo nelaikymo faktas		-	2006 [18]
393	V*	Sv	I + A, LTr	CLDQ	Sirgimo kepenų ciroze faktas, ligos tipas, ligos sunkumas		-	2006 [19]
77	32-72 metų; V = 53,1	Sv, L2b9mėn	I	FACT-G; FACT-An	Krūties vėžio gydymo tipas, laikas po operacijos		+	2007 [20]
191-123	V = 54,72	Sv, L4b3m	I	SF-36	Ligos (reumatoidinio artrito) eiga ir klinikiniai veiksniai (simptomai)	Depresiškumas, nerimastingumas	-	2008 [21]
494	55-74 metų	Bp, vyr	A; St; LTr	WHOQOL-Bref	Šlapimo nelaikymo faktas		-	2009 [22]
602	>60 metų	Bp	P	Klausimas, ar sveikata veikia gyvenimo kokybę	Nuomonė, ar sveikata veikia gyvenimo kokybę		-	2010 [23]
284	V = 55,9	Sv	I	EORTC QLQ-C30	Krūties vėžio stadija, simptomai		-	2010 [24]
127	65-85 metų	BG, mot	I	SF-36v2; I-QOL	Šlapimo nelaikymo faktas		-	2011 [25]
486	V = 69,36	Sv, vyr	I	EORTC QLQ-C30	Prostatos vėžio sirgimo trukmė, eiga ir gydymo būdas		+	2012 [26]
6904	45-72 metų	Bp	A, LTr, St	Vienas klausimas		Kognityvinis funkcionavimas	-	2012 [27]
560	V = 57	Sv	I	SF-36	Sergančiųjų išemine liga klinikinė būklė	Depresija, nerimas	+	2013 [28]
6947	V = 60,4 (moterų), V = 60,6 (vyrų)	Bp	A, St, LTr	Vienas klausimas		Depresijos simptomai	-	2014 [29]
855	V = 58,6	Sv, L5b2m	I	MLHFQ	Išeminės ligos ypatumai, laikas po reabilitacijos	Nerimas, depresija	+	2015 [30]
172	V = 64,5 (vyrų), V = 63,5 (moterų)	BG	I	OAB-q	Šlapimo nelaikymo tipas		-	2016 [31]

**Pastaba:**

**Amžius:** V – vidurkis; V\* – tikslus amžiaus vidurkis nenurodytas, bet kiti duomenys leidžia suprasti, kad jis didesnis už 50.

**Imties tipas:** Sv – tiriamieji pasižymi specifiniais sveikatos ypatumais; L – longitudinalinis tyrimas, žymėjimo pavyzdys: L2b2m – longitudas, dvi bangos, du metai. Bp – bendra populiacija, vyr - vyrai. BG – besikreipiantys į gydytoją. Mot – moterys.

**Atrankos būdas:** A – atsitiktinė; LTr – Lietuvos regionas; St – stratifikuota; P – netikimybinė patogioji

**Gerovės įvertinimo instrumentai:**

CLDQ – Chroniškų kepenų ligų klausimynas [32]

*EORTC QLQ-Br23 - EORTC gyvenimo kokybės klausimyno krūties vėžio modulis [33]*  
*EORTC QLQ-C30 - EORTC gyvenimo kokybės klausimynas C30 [33]*  
*FACT-An - Funkcinio vėžio terapijos įvertinimo anemijos skalė [34]*  
*FACT-G - Vėžio terapijos funkcinio įvertinimo bendra skalė. [35]*  
*I-QOL - Gyvenimo kokybės klausimynas asmenims su šlapimo nelaikymu [36]*  
*MLHFQ - Minesotos gyvenimo su širdies sutrikimais klausimynas [37]*  
*OAB-q - Hiperaktyvios šlapimo pūslės klausimynas [38]*  
*SF-36 - Medicininių pasekmių klausimynas - trumpoji forma [39].*  
*WHOQOL-BREF - PSO gyvenimo kokybės klausimynas - sutrumpintas [40]*  
*WHOQOL-100 - PSO gyvenimo kokybė-100 (WHOQOL) klausimynas [40]*

vėlesnė krūties vėžio [24] ar kepenų cirozės [19] stadija siejasi su prastesne gerove. Ne vien sirgimas viena ar kita liga, bet ir ligos simptomų sunkumas taip pat siejasi su gerove. Ryškesni krūties vėžio simptomai (nuovargis, skausmas ir t.t.) siejasi su prastesne gerove [24], išeminės ligos sunkumas siejasi su žemesniu gerovės lygiu [28, 30]. Analizuotų tyrimų rezultatai leidžia įžvelgti, kad skirtingos skirtingų ligų formos nevienodai veikia gerovę. Pavyzdžiui, sergančiųjų skirtingomis kepenų cirozės formomis gyvenimo kokybė buvo panaši [19], tačiau sergantieji rigidine ir tremorine-rigidine Parkinsono ligos formomis savo bendrą gyvenimo kokybę vertino blogiau, nei sergantieji tremorine ligos forma [17]. Gyvenimo kokybė taip pat skyrėsi priklausomai nuo šlapimo nelaikymo tipo [31]. Atliktos daugiamatės analizės leidžia įžvelgti, kad gerovės ir sveikatos ryšiui gali būti svarbūs ir socialiniai – demografiniai [26, 31] ar asmenybės kintamieji [28, 30].

Penki (31,3%) iš analizuotų tyrimų kartu su gerovės vertinimu apėmė ir psichikos sveikatos veiksnius, dažniausiai buvo vertinami nerimas ir depresija [21, 28-30], nustatoma, kad nerimo ir depresijos didesni įverčiai siejasi su žemesne gerove. Viename tyrime [27] analizuotas kognityvinis sergančių asmenų funkcionavimas, o tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad prastesnis kognityvinis funkcionavimas siejasi su mažesne gerove.

Analizuojant rezultatus dažniausiai buvo taikoma vienmatė statistika (koreliacijos arba grupių palyginimai), tik keturios studijos (25%) naudojo ir daugiamatės statistikos (daugialypės regresinės analizės, vienoje studijoje – medicinos, tačiau sveikatos kintamieji ten buvo asmenybinių veiksnių ir gerovės ryšio mediatoriais) metodus, kai gerovė buvo priklausomas kintamasis.

## Diskusija

Realizuodami straipsnio tikslą ir bandydami atsakyti į įvade išsikeltus klausimus, pirmiausia aptarsime rastų tyrimų rezultatus, tuomet – metodologinius tyrimų trūkumus, galiausiai – išryškėjusias spragas atliekamų empirinių tyrimų lauke.

Apibendrinant rastų tyrimų rezultatus, galima konstatuoti, kad tyrimai rodo, jog sirgimas viena ar kita liga (vėžiu, Parkinsono liga, išemine širdies liga, reumatoidiniu

artritu, kepenų ciroze ar šlapimo nelaikymu) yra susijęs su žemesne gerove, kuri dažniausiai vertinama, tiriant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Taip pat yra įrodymų, kad ligai progresuojant ir sunkėjant ligos simptomams, gerovė prastėja. Prastesnė gerovė siejasi ir su psichikos sveikatos problemomis. Šie apibendrinti rezultatai iš esmės atitinka anksčiau Lietuvoje ar kitose šalyse atliktų tyrimų rezultatus [5, 8, 9]. Psichikos sveikatos problemų sąsajos su mažesne gerove taip pat nustatomos ir kitų tyrimų [9, 41]. Tačiau nepaisant gana aiškių ir neprieštarinčių rezultatų, tyrimai turi nemažai metodologinių problemų, taip pat daug gerovės ir sveikatos sąsajų aspektų yra Lietuvoje netirti.

Pirmiausia, nemaža dalis analizuotų tyrimų grįsti santykinai nedidelėmis imtimis. Kitas, jau didesnis trūkumas – imčių reprezentatyvumo stoka. Dominuoja vieno tipo sutrikimą turintys asmenys, dažnai tiriami vienos ar kelių institucijų pacientai. Tyrimai, kuriuose dalyvavo kad ir atsiiktinai atrinkti gyventojai, visvien neapėmė visos Lietuvos, o tyrė tik vieno regiono (Vilniaus arba Kauno) respondentus. Pasitaikantys longitudinaliniai tyrimai suteikia labai svarbios informacijos apie gerovės pokyčius sergant viena ar kita liga, tačiau jie įtraukė tik sergančius respondentus ir buvo santykinai trumpalaikiai (9 mėnesiai – 3 metai). Dėl tyrimų imčių ribotumo mes neturime svarbių atsakymų į visą eilę klausimų: kokia yra gerovė, jei asmuo serga keliomis ligomis ir kokia yra šalutinių ligų reikšmė? Kaip iš viso atrodo vyresnio amžiaus asmenų bendras sveikatos ir gerovės profilis, sergant skirtingomis lėtinėmis ligomis? Kaip keičiasi gerovė po visiško pasveikimo arba lėtinų ligų atveju – pasiekus optimalią ligos ir jos simptomų kontrolę? Kaip skiriasi sveikatos ir gerovės sąsaja, jei asmuo gyvena skirtingomis socioekonominėmis sąlygomis? Panašius klausimus būtų galima vardinti ir vardinti.

Antra, gerovei vertinti naudojama dažniausiai su sveikata susijusios gerovės skalės, dažnai kurtos sergantiesiems specifine liga. Tai labai svarbus informacijos šaltinis, siekiant suprasti, kaip konkreti liga veikia asmens gerovę. Tačiau drauge tokių instrumentų naudojimas neleidžia matyti platesnio paveiklo. Pavyzdžiui, iš esmės nieko nežinome apie vyresnio amžiaus asmenų psichologinės gerovės ir sveikatos sąsajas. Taip pat ligai specifinių instrumentų naudojimas neleidžia palyginti skirtingomis ligomis sergančių asmenų sveikatos rodiklių reikšmės jų gerovės lygiui.

Trečia, dauguma tyrimų apsiriboja vienmately statistine analize, o iš daugiamatės statistikos metodų taikyta iš esmės tik regresinė analizė. Tokių ribotų analizės procedūrų taikymas, neįtraukiant sudėtingesnių dispersinės analizės metodų, mediacinės, moderacinės analizės ar modeliavimo struktūrinių lygtimis iš esmės neleidžia suprasti, kaip sveikatos būklės ir asmens savijautos ryšį veikia socialiniai, demogra-

finiai, ekonominės padėties, gaunamų gydymo paslaugų ir Lietuvoje veikiančios sveikatos priežiūros sistemos ypatumų kintamieji. O tarpkultūriniai tyrimai [7, 9] rodo, kad būtent šie kintamieji gali būti svarbiausi, siekiant suprasti, kaip vyresnio amžiaus žmonėms, susiduriantiems su sveikatos pablogėjimu, padėti išsaugoti gerovę.

Atlikta sisteminė analizė rodo, kad Lietuvoje trūksta visus gyventojus reprezentuojančių, aprėpiančių ne vieną sveikatos būklę ir aplinkybes tyrimų, kurių duomenys būtų analizuojami pasitelkiant sudėtingesnius statistinius metodus.

### Išvados

1. Analizuoti tyrimai rodo, kad sirgimas viena ar kita liga (vėžiu, Parkinsono liga, išemine širdies liga, reumatoidiniu artritu, kepenų ciroze ar šlapimo nelaikymu) yra susijęs su žemesne gerove. Taip pat yra įrodymų, kad ligai progresuojant, gerovė prastėja. Prastesnė gerovė siejasi ir su psichikos sveikatos problemomis.

2. Analizuoti tyrimai pasižymi metodologiniais trūkumais – tyrimų dalyvių imčių reprezentatyvumo stoka, ribotais gerovės tyrimo instrumentais bei daugiamatės statistinės analizės ribotu taikymu.

3. Atlikta sisteminė analizė leidžia teigti, kad Lietuvoje trūksta tęstinių, gyventojų struktūrą reprezentuojančių, lyginančių skirtingas sveikatos būkles skirtingomis gyvenimo aplinkybėmis, taikančių šiuolaikinius daugiamatės statistikos metodus, gerovės tyrimų.

*Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba, sutarties Nr. MIP-010/2015.*

### Literatūra

- Aristotelis. Nikomacho etika. Mintis, Vilnius, 1990.
- Hallberg LRM, Ringdahl A, Holmes A, Carver C. Psychological general well-being (quality of life) in patients with cochlear implants: Importance of social environment and age. *International Journal of Audiology* 2005; 44:706-711. <https://doi.org/10.1080/14992020500266852>
- Fenge LA, Hean A, Worswick L, Wilkinson C, Fearnley S, Ersser S. The impact of the economic recession on well-being and quality of life of older people. *Health and Social Care in the Community* 2012;20(6): 617–624. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01077.x>
- Krutulienė S. Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais. *Kultūra ir visuomenė*, 2012;3(2):117-130.
- Bagdonas A., Kairys A., Linauskaitė A., Pakalniškienė V. Lietuvos gyventojų psichologinė gerovė ir jos veiksniai. VU leidykla, Vilnius, 2013.
- Stiel S, Kues K, Krumm N, Radbruch L, Elsner F. Assessment of quality of life in patients receiving palliative care: comparison of measurement tools and single item on subjective well-being. *Journal of Palliative Medicine* 2011;14(5):599-606. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0473>
- Stephoe A, Deaton A, Wilson W, Stone AA. Psychological well-being, health and ageing. *Lancet* 2015;385(9968):640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Baernholdt M, Hinton I, Yan G, Rose K, Mattos M. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Qual Life Res* 2012;21(3):527–534. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9954-z>
- Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of ageing (wave 1). *J Epidemiol Community Health* 2006;60:357–363. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040071>
- Dolan P, Peasegood T, White M. Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology* 2008;29:94–122. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2007.09.001>
- Binder M, Coad A. An examination of the dynamics of well-being and life events using vector autoregressions. *Journal of Economic Behavior & Organization* 2010;7:352–371. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2010.06.006>
- Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: A PPRNet report. *JABFM* 2013;26(5):518-524. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.05.130012>
- Netuveli G, Blane, D. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin* 2008;85:113–126. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Litwn H. Social networks and well-being: a comparison of older people in mediterranean and non-mediterranean countries. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2009;65B(5):599–608. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp104>
- Marmot M, Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ* 2000;321:1124–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7269.1124>
- Bulotienė G, Ostapenko V, Vesėliunas J. Influence of social factors on the quality of life after breast cancer surgical treatment. *Acta Medica Lituanica* 2005;12(2):79–83.
- Valeikienė V., Juozulynas A. Gyvenimo kokybė sergant Parkinsono liga. *Gerontologija*, 2006;7(2):78–87.
- Mereckas G., Alekna V. Šlapimo nelaikančių vyrų gyvenimo kokybė. *Gerontologija*, 2006;7(4):201–207.
- Sumskiene J, Sumskas L, Petrauskas D, Kupcinskis L. Disease-specific health-related quality of life and its determinants in liver cirrhosis patients in Lithuania. *World J Gastroenterol* 2006;12(48):7792-7797. <https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i48.7792>
- Bulotiene G, Veseliunas J, Ostapenko V. Quality of life of Li-

- thuanian women with early stage breast cancer. *BMC Public Health* 2007;7:124.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-124>
21. Stropuvienė S., Dadonienė J., Rugienė R., Venalis A. Trejų metų gyvenimo kokybės pokyčių įvertinimas pacientams, sergantiems reumatoidiniu artritu. *Gerontologija*, 2008;9(4):219–228.
  22. Mereckas G., Alekna V., Čeremnych E. Šlapimo nelaikymo sąlygoti gyvenimo kokybės aspektai. *Gerontologija*, 2009;10(1):23–28.
  23. Vazonienė G. Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai. *Sociologija. Mintis ir veiksmai*, 2010;2(27):186–204.
  24. Ivanauskienė R, Kregždytė R, Padaiga Ž. Evaluation of health-related quality of life in patients with breast cancer. *Medicina* 2010;46(5):351-359.
  25. Jievaltienė G., Lesauskaitė V., Šmigelskas K., Kučikienė O. Pagyvenusių moterų šlapimo nelaikymas ir gyvenimo kokybė. *Gerontologija*, 2011;12(2):75–81.
  26. Mickevičiene A, Vanagas G, Ulys A, Jievaltas M, Smailytė G, Padaiga Ž. Factors affecting health-related quality of life in prostate cancer patients. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2012;46:180–187.  
<https://doi.org/10.3109/00365599.2012.661765>
  27. Tamosiunas A, Baceviciene M, Reklaitiene R, Radisauskas R, Jureniene K, Azaraviciene A, Luksiene D, Malinauskiene V, Daugeliene E, Sapranaviciute-Zabazlajeva L. Cardiovascular risk factors and cognitive function in middle aged and elderly Lithuanian urban population: results from the HAPIEE study. *BMC Neurology* 2012;12:149.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2377-12-149>
  28. Staniūtė M., Brožaitienė J., Bunevičius R. Psichoemocinių veiksmų sąsajos su išemine širdies liga sergančių asmenų gyvenimo kokybe. *Visuomenės sveikata*, 2013; Priedas 1:129-136.
  29. Sapranaviciute-Zabazlajeva L, Reklaitiene R, Tamosiunas A, Baceviciene M, Virviciute D, Peasey A. Correlates of depressive symptoms in urban middle-aged and elderly Lithuanians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49:1199–1207.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0833-0>
  30. Staniute M, Brozaitiene J, Burkauskas J, Kazukauskienė N, Mickuviene N, Bunevicius R. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2015;13:1.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-014-0204-2>
  31. Anilienė R, Anulis P, Steibliene V. Risk factors and types of urinary incontinence among middle-aged and older male and female primary care patients in Kaunas region of Lithuania: cross sectional study. *Urology Journal* 2016;13(01):2552-2561.
  32. Younossi Z M, Guyatt G, Kiwi M, Boparai N, King D. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*. 1999;45:295–300.  
<https://doi.org/10.1136/gut.45.2.295>
  33. EORTC. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. EORTC, Brussels, 2001.
  34. Cella D. The Functional Assessment of Cancer Therapy-Anemia (FACT-An) Scale: a new tool for the assessment of outcomes in cancer anemia and fatigue. *Semin Hematol* 1997;34(3 Suppl 2):13-9.
  35. Cella D, Tulsy D, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen S, Winicour P, Brannon J, Eckberg K, Lloyd S, Purl S, Blendowski C, Goodman M, Barnicle M, Stewart I, McHale M, Bonomi P, Kaplan E, Taylor S, Thomas C, Harris J. The Functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of Clinical Oncology* 1993;11(3):570-579.  
<https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>
  36. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the Incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology* 1999;53(1):71-76.  
[https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(98\)00454-3](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(98)00454-3)
  37. Bilbao A, Escobar A, García-Perez L, Navarro G, Quirós R. The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health and Quality of Life Outcomes* 2016;14:23.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-016-0425-7>
  38. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, Kurth H, Abrams P. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Quality of Life Research* 2002;11:563–574.  
<https://doi.org/10.1023/A:1016370925601>
  39. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (sf-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;30(6):473-483.  
<https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
  40. The World Health Organization. Measuring quality of life the World Health Organization Quality of life instruments (the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF). WHO, 1997.
  41. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:11-19.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950130011002>

## RELATIONSHIPS BETWEEN WELL-BEING AND HEALTH AMONG OLDER ADULTS IN LITHUANIA: SYSTEMIC REVIEW

A. Kairys, A. Bagdonas, O. Zamalijeva

Key words: health, well-being, quality of life, systematic review.

Summary

Both, empirical studies and theoretical assumptions suggest

that well-being is a complex, multi-dimensional construct. Research indicates that the level of well-being is determined by a variety of variables and the aspects of individual's health are often proposed to be the essential ones. Analysis of health and well-being interrelations is usually accompanied by numerous obstacles due to influences of third variables that may be altering these relations and are difficult to control for. To this day it is still unclear how well-being is changing during normal ageing and what role could health play in this process. Another important fact is that the link between health and well-being may depend on culture or be country specific. Therefore, it is necessary to examine what links are found between health and well-being in older Lithuanian population. Hence, the aim of this study is to analyze the research of well-being and health associations conducted in Lithuanian population of older adults using systemic review approach. In order to address this purpose, electronic literature searches were carried out in PsychInfo, Academic Search Complete, MEDLINE, SocINDEX with Full Text, ERIC, Science direct and Lituanistika databases. The searches yielded 897 published studies. Based on the title 274 studies seemed potentially suitable and were selected for further examination. After abstracts and full texts were screened,

a total of 16 papers met all the inclusion criteria and were included in this review. Analyzed studies show that having a chronic disease in later life (cancer, Parkinson's disease, coronary artery disease, rheumatoid arthritis, cirrhosis or urinary incontinence) is indicative of lower levels of well-being. There is also evidence that with the progression of the disease, well-being tends to decrease even more. Decreased well-being outcomes are also associated with mental health issues. Studies analyzed in this review have various methodological issues – nationally non-representative study samples, limited well-being assessment tools and limited utilization of multivariate statistical methods. On the whole, results of systemic review indicate that research of relationships between health and well-being in Lithuania is lacking longitudinal and representative population-based data that would compare various health conditions under different living circumstances while using modern multivariate statistics.

Correspondence to: antanas.kairys@fsf.vu.lt

Gauta 2017-06-27

---