

Vilniaus universitetas  
Filosofijos fakultetas  
Psichologijos institutas

Simona Zrumaitė

Klinikinės psichologijos studijų programa  
Magistro darbas

**Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos ypatumų palyginimas**

Darbo vadovas: asist. dr. Jonas Eimontas

Vilnius 2022

## TURINYS

SANTRAUKA .....	4
SUMMARY .....	5
PRATARMĖ .....	6
1. ĮVADAS .....	7
1.1 Rizikos veiksniai depresijai pasireikšti .....	8
1.1.1 Išsilavinimas ir finansinė situacija .....	9
1.1.2 Lytis.....	10
1.1.3 Darbinė veikla .....	10
1.1.4 Fizinė sveikata.....	11
1.1.5 Šeimyninė padėtis ir socialiniai santykiai .....	11
1.2 Depresijos vertinimo instrumentai .....	13
1.3 Somatiniai depresijos simptomai ir fizinės ligos .....	14
1.4 Depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšys .....	16
1.5 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos ypatumų palyginimas.....	18
2. TYRIMO METODIKA .....	21
2.1 Tyrimo dalyviai.....	21
2.2 Tyrimo instrumentai .....	21
2.3 Tyrimo eiga.....	23
2.4 Duomenų analizė .....	23
3. REZULTATAI .....	25
3.1 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų palyginimas pagal demografines ir kitas charakteristikas .....	25
3.2 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos simptomų palyginimas.....	26
3.3 Depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšys skirtingose amžiaus grupėse .....	31
3.4 Depresyvumo prognostiniai veiksniai .....	34
4. REZULTATŲ APTARIMAS .....	38

4.1 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų palyginimas pagal demografines ir kitas charakteristikas .....	38
4.2 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos simptomų ir simptomų grupių palyginimas .....	39
4.3 Depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšys skirtingose amžiaus grupėse .....	40
4.4 Depresyvumo prognostiniai veiksniai .....	41
4.5 Tyrimo ribotumai ir tolimesnių tyrimų kryptys .....	44
4.6 Praktinės rezultatų pritaikymo galimybės.....	44
IŠVADOS .....	46
LITERATŪRA .....	47
PRIEDAI .....	53
<b>1 priedas.</b> Demografinių ir kitų charakteristikų anketa. ....	53

## SANTRAUKA

Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos ypatumų palyginimas, Simona Zrumbaitė, Vilnius, Vilniaus universitetas, 2022, 55 psl.

Depresija – vienas dažniausiai pasireiškiančių psichikos sutrikimų, tačiau tyrimai rodo, jog vyresniame amžiuje depresija ne visada yra diagnozuojama ir gali skirtis nuo ankstesniuose amžiaus tarpsniuose pasirodančios depresijos. Šio tyrimo tikslas – išsiaiškinti vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos ypatumų skirtumus. Tyrime dalyvavo 184 asmenys, kurių amžius buvo 40-87 metai (17 vyrų ir 167 moterys). Jie užpildė socialiniuose tinkluose skelbiamą apklausą, kuri buvo sudaryta iš Paciento sveikatos klausimyno (9), Geriatrinės depresijos skalės (15), Generalizuoto nerimo skalės (7) ir demografinių duomenų anketos. Rezultatai atskleidė, kad vyresniems asmenims pasireiškė sunkesnė depresija, buvo labiau išreikšti somatiniai depresijos simptomai. Sunkesnius depresijos simptomus prognozavo ankstesnis lankymasis pas psichologą ar psichiatrą, fizinių skausmų ar nusiskundimų turėjimas, prastesnis finansinės situacijos vertinimas, mažesnis artimų žmonių, su kuriais gali pasikalbėti, skaičius ir ilgesnė prastos savijautos trukmė. Šio tyrimo rezultatai atkreipia dėmesį į vyresniame amžiuje pasireiškiančią depresijos ypatumus ir galimus rizikos veiksnius sunkesnei vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijai pasireikšti.

**Raktiniai žodžiai:** vidutinio amžiaus depresija, vyresnio amžiaus depresija, nerimas

## SUMMARY

Differences in Depression among Senior and Middle-aged Adults, Simona Zrumaitė, Vilnius, Vilnius University, 2022, 55 pg.

Depression is one of the most common mental illnesses, but research has shown that in later life depression is not always diagnosed and can differ from middle-life depression. The aim of this study was to investigate the differences among middle-aged and elderly depression. 184 adults participated in the study, age range was 40-87 years (17 males and 167 females). They completed an online survey, which consisted of Patient Health Questionnaire (9), Geriatric Depression scale (15), Generalized Anxiety Disorder scale (7) and demographic characteristics questionnaire. The results have shown that senior participants had more severe symptoms of depression and somatic symptoms were more common. More severe depression was predicted by previous consultations at psychologist or psychiatrist, physical pain, worse rating of financial situation, less close friends or family members to talk to and longer duration of poor well-being. This study highlights the peculiarities of elderly depression and probable risk factors that can contribute to more severe depression in elderly and middle-aged adults.

**Keywords:** depression, elderly, middle-age, anxiety

## PRATARMĖ

Depresija yra dažnas psichikos sutrikimas, pasireiškiantis įvairiuose amžiaus tarpsniuose. Matomas depresijos sutrikimo augimas proporcingai skirtinguose amžiaus tarpsniuose (WHO, 2017). Tai skatina atkreipti dėmesį į šio sutrikimo pasireiškimą ir galimus rizikos veiksnius jam pasireikšti, nes tai suteiktų galimybę geresnei sutrikimo prevencijai, ankstyvam diagnozavimui ir tinkamo gydymo skyrimui.

Jautrus gyvenimo tarpsnis depresijos pasireiškimui – vėlesnė suaugystė. Vyresniame amžiuje žmonės susiduria su įvairiais pokyčiais: išėjimas į pensiją, nutrūkę socialiniai ryšiai, dažnesnės bendraamžių netektys, kognityviniai pokyčiai, judėjimo sunkumai, atsirandančios ligos. Šie pokyčiai gali būti siejami su netektimis, o kartais su sudėtinėmis, tarpusavyje susijusiomis netektimis (pavyzdžiui, sveikatos ir mobilumo, socialinių ryšių ir reikšmingų artimųjų netekčių). Tyrimai rodo, kad prastesnis prisitaikymas prie šių pokyčių siejasi su atsirandančiais depresijos simptomais, todėl senstant visuomenei svarbu atkreipti dėmesį ne tik į fizinę vyresnių asmenų sveikatą, bet ir į psichinę sveikatą. Geros psichinės sveikatos privalumai apima gebėjimą kurti ir išlaikyti santykius, dalyvauti socialinėse ir ekonominėse veiklose. Kai visuomenė sensta, išlaikyti gerą psichinę ir fizinę sveikatą svarbu savaime, bet kartu tai prisideda prie sveikatos sistemos ir ekonomikos (Curran, Rosato, Ferry, & Leavey, 2020). Tyrimai rodo, kad depresija vyresniame amžiuje skiriasi nuo vidutiniame amžiuje pasireiškiančios depresijos savo simptomais, simptomų grupėmis ir raiška, tačiau tyrimuose randami nevienareikšmiai rezultatai (Hegeman et al., 2012). Tyrinėjant galimus rizikos veiksnius vidutinio ir vyresnio amžiaus depresijai pasireikšti, dažnai atsižvelgiama į lytį, finansinę padėtį, socialinius santykius, fizinę sveikatą, tačiau tyrimuose randami prieštaringi rezultatai.

Taigi, nėra aišku, kokie vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos skirtumai, kokie veiksniai tai prognozuoja.

Dalis tyrimo duomenų naudojama iš didesnio projekto – Podoktorantūros stažuočių projektas „Psichologinė pagalba internetu vyresnio amžiaus depresiškiems asmenims: veiksmingumas ir įsitraukimas (iPSYDE)“ (09.3.3-LMT-K-712-19-0192). Projekto laikotarpis: 2020 m. rugsėjo mėn. – 2022 m. rugsėjo mėn. Darbo autorė prie projekto prisidėjo 2020-2022 metais.

## 1. ĮVADAS

Depresija yra dažnas psichikos sutrikimas, pasireiškiantis įvairiuose amžiaus tarpsniuose. Šalia to, depresija yra vienas iš pagrindinių negalią sukeliančių sutrikimų, o tai sukuria bendrą sutrikimo našta (World Health Organisation (WHO, 2020). Nustatyta, kad 2015 metais, depresija pasireiškė 4,4% populiacijos skirtinguose regionuose, dažniau šis sutrikimas buvo diagnozuojamas moterims (5,1%) nei vyrams (3,6%), didžiausias pakilimas matomas vyresniame amžiuje, kuris svyruoja nuo 55 iki 74 metų (WHO, 2017).

Pastebima, kad vyresniame amžiuje depresija diagnozuojama rečiau, palyginus su kitais amžiaus tarpsniais (Hegeman, Kok, Van Der Mast, & Giltay, 2012). Keliami klausimai apie tai, ar vyresniame amžiuje depresija pasireiškia rečiau, ar ji nėra diagnozuojama. Atlikti tyrimai rodo, kad vyresniame amžiuje pasireiškianti depresija skiriasi nuo jaunesnio amžiaus asmenų depresijos. Vyresnių asmenų depresijai būdingi somatiniai simptomai, kas ir gali sietis su tuo, kodėl nėra diagnozuojama depresija (Schaakxs, Comijs, Lamers, Beekman, & Penninx, 2017). Pacientai dėl fizinių skausmų pirmiausia kreipiasi į gydytojus ir tuomet yra koncentruojamasi į jaučiamus skausmus, tačiau per mažai dėmesio kreipiamas tam, kad šie somatiniai skausmai gali slėpti depresiją. Taip pat somatiniai simptomai gali būti suvokiami kaip natūrali senėjimo dalis, todėl į juos net neatsižvelgiama ir neieškoma pagalbos (Hegeman, De Waal, Comijs, Kok, & Van Der Mast, 2015). Horacka ir kitų (2019) tyrime nustatyta, kad 79% vyresnių asmenų iš skirtingų Europos regionų negauna reikiamos pagalbos, kai patiria depresijos simptomus – jie nėra atpažįstami ir nėra skiriamas gydymas. Depresijos ir nerimo sutrikimai yra dažniausi psichikos sutrikimai pirminės pagalbos sistemoje, kas pareikalauja daug šeimos gydytojo darbo krūvio. Todėl yra poreikis geriau suprasti rizikos veiksnius, kurie prisidėtų prie ankstyvo sutrikimo nustatymo. Sendami žmonės turi padidėjusią prastos sveikatos ir neįgalumo riziką, todėl turi ir dažnesnį kontaktą su pirminės pagalbos specialistais. Todėl vyresnėje populiacijoje pirminėje pagalba gali būti suteikiama galimybė pastebėti suprastėjusią psichinę sveikatą ir suteikti pagalbą laiku (Curran et al., 2020).

Lietuvoje buvo atliktas tyrimas, kuriuo buvo siekiama išsiaiškinti depresijos, nerimo ir suicidinių minčių paplitimą tarp įvairaus amžiaus pirminės pagalbos pacientų. Nustatyta, kad šie sutrikimai pasireiškė dažnai, bet retai buvo diagnozuoti ir nebuvo suteikiama reikalinga pagalba – tik vienas trečdalis turinčių sutrikimą buvo gydomi (Bunevicius ir kt., 2014). Mažas procentas vyresnių asmenų su psichikos sutrikimu ir reikšmingai mažesnis nei jaunesnių, gavo psichologinę pagalbą. Beveik visi vyresni pacientai gavo farmakologinį gydymą, gali būti, jog šie rezultatai atskleidžia amžiaus diskriminaciją parenkant geriausią gydymą ir rekomendacijas vyresniems asmenims (Voshaar et al., 2015).

Lyginant vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos sudėtingumą ir pasireiškiančius simptomus, tyrimai rodo nevienareikšmius rezultatus. Hybels, Landerman ir Blazer (2012) savo tyrime nustatė, kad jaunesniems pacientams visi simptomai vidutiniškai pasireiškė stipriau nei vyresniems asmenims. Šie rezultatai patvirtina ir kito tyrimo rezultatus, kurie rodo, kad sunkesnė depresija yra būdinga jaunesniems asmenims, tačiau laikas, kiek tęsiasi depresija nesiskyrė (Kessler et al., 2011). Burns ir kiti (2012) neatskleidė su amžiumi augančio depresijos pasireiškimo. Vyresniame amžiuje, lyginant su vidutinio amžiaus asmenimis, pasireiškė didesnis depresijos simptomų svyravimas. Tačiau naujesniame tyrime išsiaiškinta, kad depresijos sudėtingumas tarp vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų nesiskiria (Schaakxs et al., 2017). Tiriant klinikinę imtį, kuriems buvo diagnozuota depresija, nustatyta, jog dviejų metų periode pasireiškė prastesnė depresijos eiga vyresniems tyrimo dalyviams. Rezultatai atskleidė, kad vyriausi tyrimo dalyviai po dviejų metų du-tris kartus dažniau vis dar turėjo depresijos sutrikimą, kuris pasireiškė chroniška eiga, mažesne remisijos tikimybe ir depresijos simptomų sumažėjimu, palyginus su jaunesniais tyrimo dalyviais (Schaakxs et al., 2018).

### 1.1 Rizikos veiksniai depresijai pasireikšti

Išėjimas į pensiją vyresniame amžiuje yra reikšmingas įvykis gyvenime, nes atneša pokyčius ir perėjimą į naują gyvenimo etapą. Tai, kaip pavyksta prisitaikyti prie šių pokyčių, siejasi su kitais aplinkos ir individualiais veiksniais. Nustatyta, jog tie vyresni asmenys, kurie turėjo daugiau socialinio palaikymo, geresnę fizinę sveikatą ir finansinius išteklius, po vienerių metų pensijoje turėjo aukštesnius pasitenkinimo gyvenimu įverčius. Didžiuliai gyvenimo pokyčiai išeinant į pensiją daro žmones pažeidžiamesnius ir tampa sunkiau prisitaikyti, kai trūksta tam tikrų išteklių, kurie gali padėti sėkmingai prisitaikyti ir susikurti pasitenkinimą teikiančią gyvenimą esant pensijoje (Hansson, Buratti, Thorvaldsson, Johansson, & Berg, 2018). García-Peña ir kiti (2013) atliko ilgalaikį tyrimą, kuriuo siekė įvertinti, kokie veiksniai siejosi su prastesne depresijos simptomų eiga, kai pirminio matavimo metu buvo nustatyti depresijos simptomai ir nebuvo. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad asmuo, kuris patiria depresijos simptomus, turėtų būti atidžiau stebimas, jei jis turi žemesnį išsilavinimą, mažai socialinio palaikymo, nedirba, patiria nerimą, nekontroliuojamą skausmą ir neseniai patyrė neigiamus gyvenimo įvykius. Jei depresijos simptomų nėra, rizikos veiksniai depresijos simptomams pasireikšti yra žemesnis išsilavinimas, mažas artimųjų ratas, darbinė veikla, yra išitraukęs į mažai socialinių veiklų ar susiduria su sunkumais jose dalyvaudamas, reguliariai nesilanko pas pirminės pagalbos gydytoją, patiria nerimą, neseniai patyrė neigiamus gyvenimo įvykius.

Tyrinėjant vidutinio amžiaus asmenis (40-64 metų), nustatyta, kad sunkesnę depresijos raišką prognozuoja moterų lytis, gyvenimas vienam, sirgimas lėtinėmis ligomis, jaunesnis amžius, miego



problemos ir finansinė įtampa (Fujise et al., 2016). Šių rizikos veiksnių stebėjimas ir didesnis sveikatos specialistų dėmesio į tai atkreipimas galėtų būti vertingas depresijos sutrikimo prevencijai, taip pat ankstyvam diagnozavimui ir tinkamos pagalbos suteikimui. Tyrimai rodo, jog šie veiksniai skirtingose amžiaus grupėse gali sietis ne tik su depresijos simptomais, bet ir mintimis apie savižudybę. Cabello ir kitų (2020) atliktame tyrime nustatyta, jog socialinė izoliacija siejosi su mintimis apie savižudybę abiejose amžiaus grupėse. Vertinant chroniškas ligas, nustatyta tiesinė priklausomybė jaunesniame amžiuje tarp ligų ir suicidinių minčių. Vyresniame amžiuje šis ryšys rastas tik tais atvejais, kai tyrimo dalyviai turėjo bent dvi chroniškas ligas. Gali būti, jog nors tokios ligos yra dažnesnės vyresniame amžiuje, tačiau didesnę emocinę krūvį turi jaunesniems asmenims. Toliau aptariami skirtingi veiksniai, kurie gali sietis su depresijos pasireiškimu vidurinėje ir vėlyvojoje suaugystėje.

### 1.1.1 Išsilavinimas ir finansinė situacija

Dažnai tyrinėjamos demografinės charakteristikos depresijos kontekste – išsilavinimas ir finansinė situacija. Tyrimai rodo nevienareikšmius rezultatus. Cross-Denny ir Robinson (2017) siekdami išsiaiškinti, kokie demografiniai veiksniai prognozuoja depresiją vyresniame amžiuje, nustatė, kad ekonominis stabilumas ir išsilavinimas nebuvo reikšmingi numatomi kintamieji (Cross-Denny & Robinson, 2017). Kitame tyrime reikšmingų ryšių tarp depresijos ir išsilavinimo taip pat nebuvo nustatyta (Kroenke et al., 2011; Ng, Tan, Gunapal, Wong, & Heng, 2014), tačiau Abrams & Mehta (2019) atskleidė, kad išsilavinimas neigiamai siejosi su depresijos simptomais, šis ryšys išliko visose amžiaus grupėse – nuo 50 iki 90 metų, tai patvirtinama ir kitame tyrime (Dagnino et al., 2020). Žemesnis išsilavinimas taip pat buvo rizikos veiksnys Lietuvoje atliktame tyrime (Bunevicius ir kt., 2014). Gali būti, jog žemesnis išsilavinimas ir prastesnė finansinė padėtis prisideda prie depresijos pasireiškimą įvairiuose amžiaus tarpsniuose, nes tai siejasi su prastesniais streso įveikos įgūdžiais, skiriasi pasireiškiantys įvykiai gyvenime ir patiriamas mažesnis socialinis palaikymas (Dagnino et al., 2020). Kitame tyrime buvo rasti depresijos ryšiai su žemesniu ekonominiu statusu – tiems žmonėms dažniau buvo nustatyti depresijos simptomai. Šie rezultatai gali rodyti, jog mažesnės pajamos siejasi su prastesniu psichologinės pagalbos prieinamumu, kas gali paskatinti užsitęsusių ligų diagnozavimą ir gydymą (Ng et al., 2014). Nors kitame straipsnyje finansinės situacijos svarba atsiskleidė tik moterų imtyje. Buvo nustatyta, jog didesnė moterų depresyvumo rizika gali sietis su ekonominiu priklausomumu, kai susiduriama su finansiniais sunkumais netekus antrosios pusės (Padayachey, Ramlall, & Chipps, 2017). Taip pat rasta, kad labiau išreikšta depresija būdinga prastesnėmis finansinėmis sąlygomis gyvenantiems žmonėms (Horackova et al., 2019).

### 1.1.2 Lytis

Vertinant depresijos skirtumus tarp lyčių buvo atliktas reprezentatyvios imties tyrimas skirtingose Europos šalyse, kuris parodė depresijos pasiskirstymą tarp lyčių – nustatyta, kad beveik visose Europos šalyse, tarp jų ir Lietuvoje, depresijos sutrikimas dažniau nustatomas įvairaus amžiaus moterims nei vyrams (Arias-de la Torre et al., 2021). Tiriama vyresnių asmenų imtį, rezultatai atskleidė, kad moterys patyrė stipresnius depresijos simptomus, tačiau vyriausiame amžiuje vyrų depresijos simptomai sparčiai kilo ir skirtumai tarp lyčių susiliejo (Abrams & Mehta, 2019). Thompson ir Bland (2018) nustatė, kad vyrai, kurie išgyveno iki 85-erių metų ar daugiau, depresijos simptomus patyrė reikšmingai dažniau, nors ankstesniuose amžiaus tarpsniuose moterys buvo labiau linkusios į depresiją, nors kitame atliktame tyrime lytis neprognozavo depresijos (Kroenke et al., 2011). Analizuojant depresijos simptomus, nustatyta, jog skirtumas tarp lyčių buvo didesnis vertinant emocinius depresijos simptomus, o reikšmingo skirtumo tarp lyčių neliko, kai buvo atsižvelgiama į labiau somatinius depresijos simptomus – miego problemas, sunkumus užsiimant veiklomis. Vyrai buvo labiau linkę išreikšti somatinius depresijos simptomus (Abrams & Mehta, 2019), nors Thompson ir Bland (2018) tyrimo rezultatai somatinės depresijos skirtumų lyties atžvilgiu nenustatė. Atsižvelgiant į atliktų tyrimų rezultatus, matoma, jog depresija dažniau pasireiškia moterims (Arias-de la Torre et al., 2021), tačiau didelis somatinių simptomų paplitimas vyrų imtyje gali reikšti, jog jie nepatenka pas psichikos sveikatos specialistus, kur būtų galima diagnozuoti depresiją, o somatiniai depresijos simptomai gali būti priskiriami prie fizinių ligų, į kurias orientuojamasi, kas gali sietis su psichinės sveikatos stigma ir emocinių simptomų neatpažinimu arba neigimu, ypač vyresniame amžiuje (Abrams & Mehta, 2019).

### 1.1.3 Darbinė veikla

Curran ir kiti (2020) tyrinėdami vyresnių asmenų depresyvumą nustatė, jog visi depresijos simptomai stipriau pasireiškė jaunesniems vyresniems asmenims. Tikėtina, kad tai atspindi išėjimo į pensiją iššūkius pereinamojoje gyvenimo stadijoje. Šie rezultatai patvirtina, jog išėjimo į pensiją amžius yra potencialus rizikos veiksnys vienišumui ir suprastėjusiai psichinei sveikatai. Darbinė veikla vyrams siejosi su silpniau išreikštais depresijos simptomais (Faramarzi et al., 2017). Vis dėlto gali būti, jog naujai į pensiją išėję asmenys labiau įsitraukia į socialinius santykius, palaiko su darbu susijusius santykius, įsitraukia į anksčiau mėgtas veiklas, palyginus su tais asmenimis, kurie pensijoje yra ilgesnį laiką (Hansson et al., 2018). Tyrinėjant darbingo amžiaus asmenis, nustatyta, kad bedarbystė taip pat yra rizikos veiksnys depresijai pasireikšti. Šis ryšys nustatytas ir vyrams, ir moterims, kuris stiprėjo ilgėjant nedarbingumo laikotarpiui, taip pat prie šių asociacijų stiprumo prisidėjo ir socialinė izoliacija patiriama nedirbant (Zuelke et al., 2018).

#### 1.1.4 Fizinė sveikata

Vyresniame amžiuje žmonės susiduria su prastėjančia sveikata, yra pažeidžiamesni lėtinių ligų atsiradimui. Buvo nustatyta, jog neigiamas subjektyvios sveikatos statusas buvo stipriausias numatomasis kintamasis vyresnių asmenų depresijai. Šis ryšys išliko kontroliuojant lytį bei gyvenimą vienam (Padayachey, Ramlall, & Chipps, 2017). Kito tyrimo rezultatai taip pat patvirtino, jog prasta fizinė sveikata bei nepakankamas nepriklausomas fizinis funkcionavimas yra vieni svarbiausių veiksnių vyresnių asmenų depresijai pasireikšti (Cross-Denny & Robinson, 2017). Curran ir kitų (2020) atliktame tyrime išsiaiškinta, jog gyvenimą apribojančios ir ilgalaikės ligos yra susijusios su depresija ir kartu einančiu depresija ir nerimu, tačiau nėra susijusios su generalizuoto nerimo sutrikimu. Kitame tyrime stipriausią ryšį su depresija turėjo lėtinių ligų skaičius, skausmas, kasdienio gyvenimo fiziniai apribojimai ir kognityviniai sutrikimai (Horackova et al., 2019). Fizinės sveikatos sunkumai gali paveikti ne tik vyresnio amžiaus asmenis, bet būti aktualūs viso gyvenimo eigoje. Dagnino ir kiti (2020) nustatė, kad fizinės ligos yra svarbios visame gyvenimo periode ir gali prisidėti prie depresijos simptomų pasireiškimo. Šis ryšys gali pasireikšti dėl fizinių ligų sukeltų apribojimų, padidėjusios socialinės izoliacijos, nebegalėjimo įsitraukti į mėgiamas veiklas, kas gali paskatinti sunkesnius depresijos simptomus. O jaunesniame amžiuje atsiskleisti dar didesnė fizinių ligų našta, nes paveikiama daugiau gyvenimo sričių (Cabello et al., 2020).

#### 1.1.5 Šeimyninė padėtis ir socialiniai santykiai

Vertinant vyresnių asmenų depresyvumą atsižvelgiama į socialinį ratą – šeimos statusą bei santykius su kitais žmonėmis. Bendrai, tie tyrimo dalyviai, kurie turėjo mirusią antrąją pusę, palyginus su susituokusiais vyresniais suaugusiaisiais, buvo beveik du kartus dažniau priskiriami prie depresyvių (Padayachey et al., 2017) ir antros pusės praradimas buvo depresijos rizikos faktorius (Bunevicius ir kt., 2014). Tai gali būti siejama su depresijos ir gedėjimo simptomų persidengimu (Padayachey et al., 2017). Kamiya, Doyle, Henretta ir Timonen (2013) nustatė labiau išreikštus depresijos simptomus ne tik antros pusės netekusiems asmenims, bet ir išsiskyrusiems. Padayachey ir kitų (2017) tyrimas atskleidė didesnę depresijos riziką moterims, išskiriama, jog kartu su tuo randami ryšiai, jog moterys dažniau tampa našlėmis (Padayachey et al., 2017). Tai patvirtinama ir kitame tyrime, kuriame nustatyta, jog tik moterys, kurios buvo našlės ar nesusituokusios patyrė stipresnius depresijos simptomus (Famarzi et al., 2017). Susituokusiems senjorams prie prastesnės psichinės sveikatos gali prisidėti mažas sutuoktinio palaikymas bei įtampa santykiuose (Curran et al., 2020). Tie vyresni asmenys, kurie neigiamiau vertino socialinį palaikymą, turėjo aukštesnius depresyvumo ir minčių apie savižudybę įverčius. Nustatyta, kad socialinis palaikymas moderavo depresijos ir minčių apie savižudybę ryšį (Oon-Arom, Wongpakaran, Kuntawong, & Wongpakaran,

2020). Socialinis palaikymas gali būti apsauginis depresijos veiksnys. Žmonės, patiriantys daugiau socialinio palaikymo, yra labiau apsaugoti nuo neigiamų emocinių ligų pasekmių, todėl gerėja ir gyvenimo kokybė (Faramarzi et al., 2017). Tyrimai rodo, jog skyrybos įvairiuose amžiaus tarpsniuose gali būti rizikos veiksnys prastesnei psichinei sveikatai ir depresijai pasireikšti, vis dėlto, matoma, jog dauguma suaugusiųjų tinkamai susitvarko su šia patirtimi ir yra atsparūs jos keliamiems psichikos sveikatos iššūkiams (Sbarra 2015). Stahl ir kiti (2017) nustatė, kad vieniši suaugę asmenys turėjo aukštesnius depresijos simptomus, palyginus su kitu šeimos nariu gyvenančiais suaugusiaisiais, tačiau suvokiamas kaiminystės socialinis bendrumas moderavo šį ryšį. Tai rodo, kad svarbus ne tik šeimos statusas, bet ir kiti socialiniai santykiai, kurie gali prisidėti prie lengvesnių depresijos simptomų vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų gyvenime.

Socialinių ryšių palaikymas vyresniame amžiuje buvo siejamas su mažesniu depresyvumu (Cross-Denny & Robinson, 2017). Ryšys tarp vienišumo ir depresijos dažnai yra dvikryptis, todėl sunku išnarplioti kas ką veikia (Curran et al., 2020). Aartsen ir Jylhä (2011) teigia, jog vienišumas vyresniame amžiuje labiau tikėtinas, jei žmonės tampa depresyvesni, padidėja prastos nuotaikos jausmas, išgyvena nenaudingumo jausmą, jaučia padidėjusį nerimą, netenka savo partnerio ir turi sumažėjusį socialinį aktyvumą. Nors ryški asociacija buvo pastebėta tarp vienišumo ir depresijos, vienišumas nepasireiškė tiems žmonėms, kurie patyrė nerimą (Curran et al., 2020). Vertinant socialinę izoliaciją – objektyvus kriterijus, kiek žmogus turi ryšių, nei generalizuotas nerimo sutrikimas, nei depresija neprognozavo socialinės izoliacijos. Tai rodo, jog žmonės, patiriantys nerimą, nebūtinai sumažina savo socialinių ryšių tinklą, tačiau jame pradeda jaustis vienišesni (Domènech-Abella, Mundó, Haro, & Rubio-Valera, 2019). Vis dėlto stipriausias ryšys su vyrų ir moterų vienišumu pastebėtas tarp tų tyrimo dalyvių, kurie turėjo komorbidinę depresiją ir nerimą (Curran et al., 2020). Keliant priešingą hipotezę buvo nustatyta, jog vienišumas ir objektyvi socialinė izoliacija prognozavo depresiją ir generalizuoto nerimo sutrikimą (Domènech-Abella et al., 2019).

Atliktuose tyrimuose buvo pastebėti lyčių skirtumai vienišumo pasireiškiame. Nustatyta, jog moterys, patiriančios nerimą, skirtingai nei vyrai, išlaiko socialinius ryšius, kas gali būti apsauginis veiksnys vienišumui ir depresijai. Gali būti, jog moterys per gyvenimą sukuria platesnius, labiau palaikančius santykius, palyginus su vyrais, kurie gali būti per daug priklausomi nuo mažesnio šeimos rato ir yra mažiau apsaugoti, kai tie santykiai nutrūksta (Curran et al., 2020). Nors kitame tyrime rasta, jog moterys yra pažeidžiamesnės vienišumui, bet tai pasireiškia ne dėl specifinių lyčių skirtumų, tačiau dėl dažnesnio moterų susidūrimo su rizikos veiksniais. Gauti rezultatai yra svarbūs, nes parodo, jog socialinių ir asmeninių išteklių praradimas padidina vienišumo jausmą, kuris prisideda prie prastesnės psichinės sveikatos (Aartsen & Jylhä, 2011).

## 1.2 Depresijos vertinimo instrumentai

DSM-V išskiriami devyni depresijos simptomai: depresyvi nuotaika, žymiai sumažėjęs susidomėjimas ir malonumas, padidėjęs ar sumažėjęs svoris ar apetitas, nemiga arba nuolatinis mieguistumas, psichomotorinis neramumas ar sulėtėjimas, nuovargis ar energijos praradimas, menkavertiškumo arba kaltės jausmas, sumažėjęs gebėjimas mąstyti ar susikoncentruoti arba neryžtingumas ir pasikartojančios mintys apie mirtį arba savižudybę (American Psychiatric Association, 2013). Depresijos sutrikimas yra nustatomas pagal simptomų skaičių ir tai, kiek stipriai tai trukdo gyvenime. Taip sukuriama homogeniškas požiūris į depresiją ir paslėpiami depresijos skirtumai, kurie gali atnešti svarbių įžvalgų. Skirtingi depresijos simptomai gali sudaryti daug depresijos formų, kurios rodo depresijos heterogeniškumą. Kadangi susidariusios simptomų grupės lemia įvairų depresijos pasireiškimą, su tuo gali sietis ir kiti veiksniai: reikalingas gydymas, gebėjimas funkcionuoti, rizikos faktoriai ir depresijos vystymasis – kaip simptomai siejasi tarpusavyje ir kokį poveikį turi kitų simptomų atsiradimui (Fried & Nesse, 2015).

Vertinant depresijos pasireiškimą klinikoje ar atliekant tyrimus yra naudojami įvairūs instrumentai, kurie pasižymi savo specifika matuojant skirtingų simptomų pasireiškimą, amžiaus grupes. Vienas iš dažnai naudojamų instrumentų – Paciento sveikatos klausimynas-9 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), kuris yra sudarytas iš 9 klausimų, kurie vertina depresijos sutrikimo pasireiškimą, o dešimtas klausimas skirtas įvertinti, kaip stipriai patiriami simptomai apsunkina žmogaus gyvenimą. Jis sudarytas remiantis DSM-IV simptomais ir gali būti pildomas paties paciento arba vertinamas specialisto. Šis instrumentas pasižymi tuo, jog vertinami skirtingi depresijos simptomai, simptomų grupės, atsižvelgiama ne tik į nuotaikos pasikeitimus per praėjusias dvi savaites, bet ir į somatinius depresijos simptomus. Šiame klausimyne 9 klausimas yra skirtas matuoti mintims apie savižudybę. Rossom ir kiti (2017) atliko tyrimą, kurio tikslas buvo nustatyti, ar Paciento sveikatos klausimyno (9) 9 klausimas sistemingai prognozuoja suicidinių bandymų ir suicidinių mirčių riziką skirtingais amžiaus tarpsniais. Nors šis minčių apie savižudybę matavimas tam tikra prasme yra limituotas, tyrimo rezultatai rodo, jog 9 PHQ-9 klausimas yra stiprus suicidinių bandymų prediktorius ir gali būti naudingas klinikinėje praktikoje.

Kitas vertinimo metodas – trumpoji Geriatrinės depresijos skalės versija (Sheikh & Yesavage, 1986). Šis instrumentas orientuotas būtent į vyresnio amžiaus asmenis, pasirinkimo variantai yra TAIP/NE, kas reikalauja mažiau kognityvinių resursų nei Likert skalės teiginiai. Tai gali būti aktualu vyresnio amžiaus asmenims. Taip pat šiame klausimyne nėra įtraukiami somatiniai depresijos simptomai. Mokslininkai įvertino, jog vyresni asmenys dažnai turi fizinių ligų, sunkumų, kurie ne visuomet siejasi su depresija, todėl šie simptomai gali persidengti ir parodyti ne realistišką depresijos vaizdą.

Tačiau kituose tyrimuose vertinant skirtingus depresijos vertinimo instrumentus nustatyta, jog nors Geriatriinė depresijos skalė (15) įvertina svarbiausius depresijos simptomus vyresniame amžiuje, vis dėlto ji gali rodyti ne pilną depresijos vaizdą ir tam tikri svarbūs depresijos somatiniai simptomai gali būti neįvertinami (Mehra, Grover, Chakrabarti, & Avasthi, 2017). Mokslininkai išskiria, jog šiuos simptomus svarbu įvertinti, nes jie sudaro bendrą sutrikimo sistemą ir padeda matyti vientisesnį vaizdą skirtinguose amžiaus tarpsniuose. Šių simptomų išėmimas taip pat gali prisidėti prie sutrikimo suvokimo ir atskirti šiuos sunkumus nuo depresijos, kas gali sietis su užsitęsusiu sutrikimo diagnozavimu ir suteikiama pagalba. Taip pat Grover ir kitų (2019) atliktas tyrimas rodo, jog komorbidinės fizinių ligų diagnozės nėra susijusios su depresijos simptomų profiliu ir vertinant skirtingais instrumentais, klausimynai, kuriuose buvo atsižvelgiama ir į somatinius simptomus, lėmė daugiau vyresnių asmenų su sunkia depresija. Nors Geriatriinė depresijos skalė (15) orientuota į vyresnio amžiaus asmenis, atlikti tyrimai rodo jos tinkamumą jaunesnio ir vidutinio amžiaus asmenų depresijai vertinti (Guerin, Copersino, & Schretlen, 2018).

### 1.3 Somatiniai depresijos simptomai ir fizinės ligos

Grover ir kitų (2019) atliktame tyrime nustatyta, kad kartu su depresija daugumai vyresnių tyrimo dalyvių pasireiškė somatiniai simptomai – miego problemos, apetito pasikeitimai, nuovargis ir energijos nebuvimas. Atliktas kokybinis tyrimas parodė, jog vyresniame amžiuje depresija dažnai yra paslėpta ir egzistuoja kartu su fizinės ligos simptomais (Overend et al., 2015), tai gali sietis su prasta depresijos prognoze vyresniame amžiuje. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, jog specifinės lėtinės ligos siejosi su besitęsiančia depresija po dvejų metų ir taip pat buvo labiau tikėtina chroniška depresijos eiga (Hegeman et al., 2017). Keliami klausimai apie abipusius depresijos ir somatinių ligų, lėtinio skausmo ryšius. Viena vertus fizinės ligos simptomai gali persidengti su depresijos simptomais, kita vertus, depresijos simptomai gali paskatinti lėtines ligas ir aštrinti jaučiamą skausmą. Su lėtinėmis ligomis einanti chroniška depresija siejasi su sunkesne depresijos eiga, kuri atneša funkcinius praradimus ir skausmą, o tai gali būti svarbu somatinėms lėtinėms ligoms atsirasti ir išsilaikyti (Hegeman et al., 2017). Skausmas bei lėtinės ligos gali prisidėti prie prastesnės gyvenimo kokybės ir atsirandančios depresijos ne tik vyresniems asmenims, bet ir jaunesniems, kurie susiduria su tokiais sunkumais. Dažniau į tai atsižvelgiama vyresnėse imtyse dėl šiame amžiaus tarpsnyje prastėjančios sveikatos. Schaakxs ir kitų (2017) atliktas tyrimas rodo, jog fizinės ligos jaunesniems asmenims gali būti didesnis rizikos veiksnys depresijai atsirasti, būtent dėl retesnio susidūrimo su somatiniais sunkumais tokiam amžiuje.

Kroenke ir kiti (2011) siekdami įvertinti priežastinius depresijos ir skausmo ryšius, atliko tyrimą, kuris parodė, jog skausmo intensyvumas buvo stiprus depresijos sunkumą prognozuojantis

veiksnyis ir atvirkščiai – depresijos lygis buvo stiprus skausmo intensyvumo prognostinis veiksnys – didėjantis skausmas prognozavo sunkesnius depresijos simptomus, o sunkesni depresijos simptomai prognozavo didesnę patiriamą skausmą. Kadangi tai buvo ilgalaikis tyrimas, buvo nustatyta, kad tie, kurie turėjo stipresnius depresijos simptomus pirmo matavimo metu, aukštesnius juos turėjo ir antrojo matavimo metu po vienerių metų, tas pats buvo ir su skausmu. Tačiau skausmas ir depresijos lygis išliko svarbūs prognostiniai veiksniai vienas kitam ir kontroliuojant pirmojo matavimo rezultatus.

Tyrimė, kuriame buvo aiškinamasis depresijos, nerimo ir skausmo ryšys, nustatyta, kad depresijos ar nerimo sutrikimas padidina tikimybę jausti stipriai apribojantį skausmą. Taip pat depresijos ir nerimo simptomų sunkumas reikšmingai siejasi su skausmu – stipriau išreikšti simptomai siejasi su labiau apribojančiu skausmu (De Heer et al., 2014). Kitame depresijos, nerimo ir skausmo tyrime gauti rezultatai buvo patvirtinti ir atskleidė, jog keičiantis depresijos ir nerimo simptomams, keitėsi ir skausmo intensyvumas. Būsenai išliekant pastoviai, nepriklausomai nuo to, ar turimas depresijos/nerimo sutrikimas, ar ne, skausmo patyrimas per laiką išliko pastovus. Taip gali būti dėl to, nes turintieji depresijos/nerimo sutrikimą pirminio matavimo metu išreiškė pakankamai aukštus skausmo įverčius, kas gali rodyti, jog skausmo patyrimas siejasi su atsirandančiais psichikos sutrikimais. Vis dėlto, chroniškai depresyvūs ir nerimastingi asmenys visuomet turėjo aukštesnius skausmo įverčius (Gerrits, van Marwijk, van Oppen, van der Horst, & Penninx, 2015).

Taip pat tyrėjai siekė išsiaiškinti, kaip skiriasi skausmo patyrimas kontrolinėje grupėje, kuri neturi depresijos ir nerimo sutrikimų ir grupėje, kurios depresijos ir nerimo simptomai yra remisijoje. Nustatyta, kad tyrimo dalyviai su sumažėjusiais depresijos ir nerimo simptomais vis tiek išreiškė didesnes neigiamas skausmo pasekmes nei tie, kurie neturėjo nei vieno sutrikimo. Tai rodo, jog sutrikimas esantis remisijoje nėra tas pats, kas sutrikimo neturėjimas, atsižvelgiant į skausmo patyrimą (De Heer et al., 2014). Gerrits ir kiti (2015) taip pat teigia, kad depresijos ir nerimo remisija siejosi su sumažėjusiais skausmo įverčiais, tačiau skausmas vis tiek išliko aukštesnis nei sveikų asmenų be depresijos/nerimo praeities.

Mokslininkai taip pat siekė išsiaiškinti, kaip lėtinės ligos ir somatiniai skausmai siejasi su depresijos ir nerimo pasikartojimu suaugusiųjų imtyje (18-65 metai). Nustatyta, kad po ketverių metų depresija, o ne nerimas pasikartojė asmenims, kurie turėjo fizinių skausmų, tačiau depresijos pasikartojimas nebuvo nustatytas sergantiems lėtinėmis ligomis. Šiame tyrime buvo tiriami suaugę asmenys, o lėtinės ligos turi tendenciją su laiku progresuoti, todėl ryšys su depresijos ir nerimo pasikartojimu gali skirtis tiriant vyresnio amžiaus žmones. Tyrimo rezultatai rodo, jog skausmas daro pacientą pažeidžiamesnį depresijos simptomų pakartotiniam atsiradimui (Gerrits et al., 2014).

Skausmas yra vienas iš dažniausių veiksnių kreiptis į gydytoją, kas suteikia galimybę reikiamos pagalbos suteikimui depresijos simptomams gydyti (Gerrits et al., 2014). Nepaisant to, kad egzistuoja abipusis skausmo ir depresijos ryšys, skausmas ir depresija yra dvi nepriklausomos būsenos, kadangi

du trečdaliai pacientų turi vieną, bet ne kitą sutrikimą. Vis dėlto, atsižvelgiant į tai, jog šios būsenos dažnai eina kartu, svarbu skirti daugiau dėmesio jų atpažinimui ir valdymui (Kroenke et al., 2011), nes šiuo metu fizinių ligų diagnozėms yra skiriamas ir šeimos gydytojų – dėl limituoto konsultacijų laiko, ir pačių pacientų – dėl egzistuojančios psichinės sveikatos stigos, kuri gali kelti nenorą pripažinti patiriamus sunkumus. Kartu dalis tyrimo dalyvių apie savo sunkumus suprato tik pakviesti dalyvauti tyrime ir pildydami apklausas, tai suteikė jiems galimybę pareflektuoti apie savo jausmus (Overend et al., 2015). Be to, net ir tinkamai priskyrus somatinius simptomus psichiniams sutrikimams, įprastas gydymas gali būti mažiau veiksmingas nei tais atvejais, kai somatiniai simptomai nepasireiškia. Gali būti, jog depresijos ir lėtinio skausmo atvejais užsisuka ratas, kuriame depresija ar nerimas suštrina skausmo suvokimą, o patiriamas skausmas veda prie sunkesnių depresijos ir nerimo simptomų (Gerrits et al., 2015). Kartu, gali būti, jog skausmas yra liekamasis depresijos ir nerimo sutrikimų simptomas ir gali būti rizikos veiksnys šiems sutrikimams pasikartoti (De Heer et al., 2014). Tokie rezultatai išryškina tai, jog gydymas turėtų būti orientuotas ne tik į vieną simptomą – skausmą ar psichikos sutrikimą, bet į abu, kas galėtų turėti teigiamesnius rezultatus (Gerrits et al., 2015).

#### 1.4 Depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšys

Kartu einantis depresijos ir nerimo sutrikimas pasireiškia didesniu apribojimu, yra sunkiau gydomas, turi didesnę ryšį su savižudybės grėsme ir yra susijęs su rimtesnėmis psichologinėmis, fizinėmis, socialinėmis ir darbinėmis problemomis, sunkumais, palyginus su vieno sutrikimo diagnoze (Tiller, 2013).

Tyrime nustatyta, jog vyresniame amžiuje kartu su depresija dažnai eina nerimas. Dažniausiai paminėti simptomai buvo nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa, negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti ir sunkumas atsipalaiduoti. Apie 70% tyrimo dalyvių buvo nustatytas reikšmingas nerimo lygis (Grover et al., 2019). Nerimo simptomai vyresnių asmenų imtyje yra plačiai paplitę, jie išlieka ir vyriausiose grupėse. Taip pat nerimo simptomai siejasi su depresijos sudėtingumu skirtingais depresijos lygiais – kai nėra depresijos, maži depresijos simptomai ir depresijos sutrikimas – čia matomas didžiausias ryšys. Gali būti, kad iš dalies tam tikri nerimo ir depresijos simptomai persidengia ir šis ryšys gali atsirasti dėl to ir padidėjęs depresijos lygis gali būti siejamas su bendrais distreso simptomais – miego problemomis, apetito praradimu ir koncentracijos sunkumais. Tačiau vis dėlto matoma aukšta depresijos simptomų našta ir padidėjęs funkcinis apribojimas tais atvejais, kai kartu eina nerimo sutrikimas. Taip pat simptomų persidengimas negali paaiškinti didesnio depresijos simptomų skaičiaus, kai kartu egzistuoja nerimas. Čia gali būti svarbios somatinės ligos, kurios yra dažnos vyresniame amžiuje ir dėl jų atsiranda vegetaciniai simptomai,



pavyzdžiui, miego problemos, kurios persidengia su depresijos patiriamais simptomais, taip pat komorbidiškas nerimas gali atsirasti iš susirūpinimo ir kontrolės jausmo praradimo dėl atsiradusių depresijos simptomų (Braam et al., 2014). Lamers ir kitų (2011) tyrime nustatyta, jog depresijos ir nerimo sutrikimai dažnai eina kartu, komorbidiškai. Išsiaiškinta, kad komorbidinis sutrikimas, palyginus su vienu sutrikimu, grynu – depresija arba nerimu, dažniau pasireiškė tiems žmonėms, kurie patyrė daugiau vaikystės traumų, pasižymėjo aukštesniu neurotiškumu, anksčiau pasireiškė pirmasis sutrikimas, ilgesnė depresijos ir/arba nerimo simptomų trukmė ir sunkesnės sutrikimo formos. Taip pat nustatyta, jog dažniau pirmiau pasireiškė nerimas ir po jo sekė depresija (atitinkamai 57% ir 18%), tačiau skirtumų, atsižvelgiant į tai, kuris sutrikimas pasireiškė anksčiau, nustatyta buvo nedaug. Rasta, jog depresijos prieš nerimą pasireiškimas siejosi su vėlesniu pirmo sutrikimo pasireiškimu, trumpesne depresijos ir/ar nerimo simptomų trukme ir mažiau baimės simptomų – bendrai vertinant, tai lengvesnė sutrikimo forma.

Kitame tyrime nustatyta, kad nerimo sutrikimai kartu su depresija pasireiškė retai. Tačiau šiame tyrime buvo atsižvelgiama į vyresnio amžiaus neklinikinę imtį, kas galėjo lemti tokius rezultatus. Klinikinėje imtyje depresijos ir nerimo komorbidiškumas galimai pasireiškia dažniau, todėl gydytojais turėtų būti atidūs tam, kad besiskundžiantys vienu sutrikimu, gali turėti ir kitą (Canuto et al., 2018). Vertinant suaugusiuosius nuo 55 metų, nustatyta, jog depresijos, nerimo ir šių sutrikimų komorbidiškas pasireiškimas su amžiumi mažėjo. Vis dėlto atrasti lyčių skirtumai – moterims šie sutrikimai ir jų komorbidiškumas visose amžiaus grupėse pasireiškė dažniau. Atsižvelgiant į tai, kad fizinės ir kognityvinės ligos, kurių su amžiumi vis daugėja, prisideda prie psichikos sutrikimų pasireiškimu, gauti rezultatai apie psichikos sutrikimų pasireiškimą mažėjimą su amžiumi buvo netikėti. Tokie rezultatai galimai gauti dėl to, kad nebuvo apklausiami institucijose gyvenantys asmenys, kurie galimai patiria sunkesnius depresijos ir nerimo simptomus, yra prasčiau prisitaikę. Taip pat su amžiumi daugėja fizinių ligų, kurių simptomai gali būti neteisingai prisikiriami ir atskiriami nuo psichikos sutrikimų, be to vyresniame amžiuje ypač egzistuoja psichinės sveikatos stigma ir yra sunkiau įvardinti ir pripažinti patiriamus simptomus (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, & Bruce, 2010).

Tyrinėjant minčių apie savižudybę pasireiškimą esant depresijos sutrikimui, nustatyta, kad suicidinės mintys siejosi su depresijos simptomų sunkumu. Mintys apie savižudybę buvo retos (4%) asmenims, kurie išreiškė minimalius depresijos simptomus ir vis augo sunkėjant depresijos simptomams. Mintys apie savižudybę buvo išreikštos 11% pacientų, kurie turėjo silpnus depresijos simptomus, 24% pacientų su vidutine depresija ir 47% pacientų su vidutine-sunkia ir sunkia depresija (Rossom et al., 2017). Vyresni pacientai, kurie mirė nuo savižudybės, reikšmingai dažniau turėjo nerimo sutrikimą, palyginus su jaunesniais. Gali būti, jog asmenys, pasižymintys aukštu impulsyvumu, bandys nusižudyti anksčiau gyvenime, o nerimastingi žmonės imsis suicidinių

veiksmų daug vėliau gyvenime, kai stresoriai susidės (dažnai dėl lėtinės nerimo patologijos prigrimties). Kita priežastis gali būti disociacija nuo savo senstančio kūno per rimtus nerimo epizodus (Voshaar et al., 2015). Nustatyta, kad komorbidiniai depresijos ir nerimo simptomai, depresijos simptomai arba nerimo simptomai nepriklausomai buvo susiję su dabartinėmis mintimis apie savižudybę. (Almeida et al., 2012). Vertinant bendrą populiaciją, nustatyta, jog suicidinės mintys tarp amžiaus grupių nesiskyrė. Rezultatai parodė, jog tyrimo dalyviams, kurie turėjo minčių apie savižudybę, pasireiškė aukštesni depresijos ir nerimo simptomai. Tačiau vis dėlto ryšys tarp nerimo-depresijos ir suicidinių minčių, nors ir reikšmingas, tačiau tik vidutiniškai. Tokie rezultatai rodo, kad suicidinės mintys yra daugiau nei tik afektinio sutrikimo simptomas, čia turi reikšmės kompleksiniai afektiniai, motyvaciniai, socialiniai veiksniai, kurie yra daugiau nei tik depresijos sutrikimas (Forkmann, Brähler, Gauggel, & Glaesmer, 2012).

### 1.5 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos ypatumų palyginimas

Palyginus depresija sergančius vyresnius ir vidutinio amžiaus asmenis rasta, kad prasta nuotaika vyresniems pacientams gali būti mažiau būdinga (Taylor, 2014), skirtingai nei Schaakxs (2017) tyrime, kur nebuvo rasta, kad prasta nuotaika būtų labiau būdinga vyresniems asmenims – rezultatai tarp grupių nesiskyrė. Įvertinus simptomus, susijusius su nerimu, nustatyta, kad jie labiau būdingi vyresniems asmenims, sergantiems depresija, jiems pasireiškė šie simptomai: dirglumas, nerimas (Taylor, 2014), hipochondrija, neramumas, tačiau somatinis nerimas tarp grupių nesiskyrė (Hegeman et al., 2012). Tiriant somatinius simptomus ir jų išreikštumą, skirtinguose tyrimuose buvo gauti panašūs rezultatai – bendri ir virškinamojo trakto somatiniai simptomai vyresniems asmenims pasireiškė dažniau nei vidutinio amžiaus ir jų su amžiumi vis daugėjo (Hegeman et al., 2012; Taylor, 2014; Schaakxs et al., 2017). Hegeman ir kitų (2012) atliktame tyrime skirtumų tarp nemigos nebuvo rasta, tačiau Christensen ir kitų (1999) darbe matoma, kad atsibudimas anksti buvo labiau būdingas vyresniems asmenims. Vertinant jaučiamą kaltę, ji labiau buvo būdinga jaunesniems tyrimo dalyviams (Hegeman et al., 2012). Tyrimuose taip pat pastebimi seksualinio potraukio skirtumai tarp amžiaus grupių – Schaakxs ir kitų (2017) tyrime rasta, kad jo sumažėjimas būdingas vyresnio amžiaus asmenims, tai patvirtina ir Hybels ir kitų (2012) tyrimas, tačiau kitame moksliniame darbe randami priešingi rezultatai – seksualinio potraukio sumažėjimas labiau pasireiškė jauniems asmenims (Hegeman, 2012). Autoriai labiau pasireiškiantį seksualinio potraukio sumažėjimą jaunesniame amžiuje aiškina tuo, kad vyresni asmenys dažniau neturi partnerių (Hegeman et al., 2012), tačiau kiti autoriai (Schaakxs et al., 2017) išskiria, kad vyresni žmonės gali būti labiau apatiški, o iš to gali pasireikšti sumažėjęs domėjimasis įvairiomis veiklomis, taip pat ir seksualiniais santykiais. Tai patvirtina ir kiti šiame tyrime gauti rezultatai – vyresniems žmonėms pasireiškė sumažėjęs gebėjimas

mėgautis. Vertinant mintis apie savižudybę Paciento sveikatos klausimynu-9, buvo rasta, kad tarp amžiaus grupių jos nesiskyrė (Rossom et al., 2017), nors Hybels ir kiti (2012) nustatė, kad vidutinio amžiaus pacientams mintys apie mirtį ir savižudybę buvo dažnesnės. Tiriant depresijos simptomų pasireiškimą neklinikinėje imtyje skirtingose šalyse nustatyta, kad vyresni asmenys dažniau turi rizikingesnių minčių apie savižudybę nei jaunesni – 18-60 metų asmenys (Cabello et al., 2020). Vertinant bandymus žudytis ir įvykdytas savižudybes, nustatyta, kad bandymas žudytis su amžiumi mažėja, o pavykusios savižudybės didžiausios vyresnio amžiaus pacientams ir su amžiumi didėjo (Rossom et al., 2017). Siekiant nustatyti, kokie depresijos simptomai prognozuoja savižudybės riziką skirtingoms amžiaus grupėms, nustatyta, kad depresyvi nuotaika, miego problemos, žemesnė savivertė ir psichomotoriniai sunkumai prognozavo didesnę savižudybės riziką jaunesniems respondentams. Vyresnio amžiaus asmenų grupėje savižudybės riziką prognozavo depresyvi nuotaika ir žemesnė savivertė. Nors mažiau individualių depresijos simptomų vyresnio amžiaus grupėje prognozavo savižudybės riziką, tačiau rezultatai atskleidžia, kad kognityvinė/afektinė ir somatinė simptomų grupės išlieka svarbūs prognostiniai veiksniai (Cui & Fiske, 2022).

Taip pat analizuojant depresijos simptomų pasireiškimą skirtinguose amžiaus tarpsniuose, yra išskiriami simptomų klasteriai, kurie leidžia matyti labiau apibendrintas simptomų grupes, būdingas vienai ar kitai amžiaus grupei. Analizuojant Paciento sveikatos klausimyną (9), kuris vertina depresijos simptomus, buvo atlikta patvirtinančioji faktorinė analizė ir išskirtos dvi simptomų dimensijos: kognityvinė/afektinė ir somatinė/afektinė. Kognityvinei/afektinei dimensijai buvo priskirti šie simptomai: depresyvi nuotaika, žymiai sumažėjęs susidomėjimas ir malonumas, menkavertiškumo arba kaltės jausmas, sumažėjęs gebėjimas mąstyti ar susikoncentruoti arba neryžtingumas ir pasikartojančios mintys apie mirtį arba savižudybę, o somatinei/afektinei dimensijai buvo priskirta padidėjęs ar sumažėjęs svoris ar apetitas, nemiga arba nuolatinis mieguistumas, psichomotorinis neramumas ar sulėtėjimas, nuovargis ar energijos praradimas (De Jonge, Mangano, & Whooley, 2007). Tyrimų, kuriuose analizuojamas simptomų dimensijų pasireiškimas vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos atvejais nėra daug ir jie rodo nevienareikšmius rezultatus. Mokslininkų atliktas tyrimas rodo, kad vidutinio amžiaus asmenims šiek tiek labiau buvo būdingi kognityviniai simptomai, pavyzdžiui, savikritika, savęs kaltinimas, koncentracijos ir sprendimų priėmimo problemos. Somatinių simptomų pasireiškimas buvo daug aiškesnis – šie simptomai buvo būdingesni vyresniems asmenims (Schaakxs et al., 2017). Nors palyginus neklinikinės imties vyresnius suaugusiuosius su jaunesniais, tyrimo dalyviai, kuriems buvo iki 60 metų, turėjo aukštesnius kognityvinius/afektinius ir somatinius depresijos simptomų įverčius. Ryšys tarp abiejų simptomų grupių ir savižudybės rizikos buvo moderuojamas amžiaus. Kognityviniai/afektiniai ir somatiniai simptomai buvo susiję su savižudybės rizika, tačiau šių simptomų rizika didesnė buvo jaunesniems tyrimo dalyviams (Cui & Fiske, 2022). Tačiau Hybels ir kiti (2012) analizuodami

depresijos simptomų profilius, nerado amžiui specifinių simptomų grupių, nors skirtumai tarp pasireiškiančių simptomų buvo rasti (Hybels et al., 2012).

Apibendrinant, tyrimai rodo vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų patiriamos depresijos skirtumus, vieni simptomai turi daugiau pagrindimo ir aiškumo, pavyzdžiui, somatiniai simptomai, kurie ir atskirai, ir grupėje labiau būdingi vyresniems asmenims, tačiau kalbant apie kitus depresijos simptomus gaunami nevienareikšmiai rezultatai ir nėra aišku, kas labiau būdinga vyresnio amžiaus asmenims, trūksta tyrimų ir tyrinėjant atskirus simptomus, ir simptomų klasterius.

**Tyrimo tikslas** – nustatyti vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos ypatumų skirtumus.

**Tyrimo uždaviniai:**

1. Palyginti vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų demografines charakteristikas, fizinę sveikatą, socialinius ryšius, finansinės situacijos vertinimą ir patiriamų simptomų trukmę.
2. Ištirti vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų patiriamų depresijos simptomų ir simptomų grupių skirtumus.
3. Įvertinti nerimo ir minčių apie savižudybę skirtumus tarp vidutinio amžiaus grupių ir nustatyti depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšius.
4. Nustatyti, kokie veiksniai prognozuoja suaugusiųjų depresyvumą.

## 2. TYRIMO METODIKA

### 2.1 Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyvavo 184 tyrimo dalyviai, kurių amžius buvo 40-87 metai ( $M = 62,38$ ;  $SD = 11,02$ ). Jie buvo paskirstyti į dvi grupes: vidutinio amžiaus grupė ( $n = 60$ ), kurių amžius buvo 40-59 metai ( $M = 49,08$ ;  $SD = 5,74$ ), ir vyresnio amžiaus grupė ( $n = 124$ ), kurių amžius buvo 60-87 metai ( $M = 68,81$ ;  $SD = 6,09$ ). Amžiaus grupės buvo sudarytos remiantis Santrock (2011) teorija, kur išskiriamos dvi amžiaus grupės vidurinioji suaugystė (40-60 metų) ir vėlyvoji suaugystė, kuri prasideda nuo 60 metų. Vienos tyrimo dalyvės duomenys nebuvo analizuojami, nes neatitiko tyrimo keliamų amžiaus reikalavimų, buvo 34 metų. Išsamesnės tyrimo dalyvių charakteristikos pateiktos tyrimo rezultatų skyrelyje, 1 lentelėje.

Tyrimo dalyvauti buvo kviečiami asmenys, kurie pastaruoju metu jaučiasi prislėgti ir anksčiau mėgti dalykai nebeteikia džiaugsmo. Dalyvauti tyrimo buvo kviečiama socialiniame tinkle „Facebook“ esančiose grupėse, kuriose lankosi vidutinio/vyresnio amžiaus asmenys, kurie galėtų jaustis depresyviai. Taikyta netikimybinė patogioji atranka. Toks atrankos būdas pasirinktas dėl sudėtingesnio vyresnio amžiaus asmenų pasiekiamumo neklinikinėje imtyje.

### 2.2 Tyrimo instrumentai

**Geriatrinė depresijos skalė (trumpoji versija)** (The Geriatric Depression Scale (GDS), Sheikh & Yesavage, 1986) orientuota į vyresnių asmenų depresijos atpažinimą ir depresijos lygio nustatymą. Dažniausiai naudojama pirminės sveikatos priežiūros sistemoje, bet puikiai tinka naudoti ir tyrimuose. Geriatrinė depresijos skalė (15) sudaryta iš 15 klausimų, kur prašoma nurodyti atsakymą, tiksliausiai apibūdinantį praėjusios savaitės savijautą, pavyzdžiui, „Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų?“, „Jums labiau patinka būti namuose, nei kur nors eiti ir imtis naujų darbų?“. Galimi atsakymo variantai TAIP arba NE. Bendra balų suma skaičiuojama sudedant atitinkamus atsakymo variantus, kurie rodo depresyvumą – 1, 5, 7, 11 ir 13 klausimų atsakymus NE ir 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 ir 15 atsakymus TAIP. Bendras įvertis gali svyruoti nuo 0 iki 15, kur suminis balas 5 ir daugiau reiškia galimą depresiją, o 10 ir daugiau – depresijos sutrikimą. Originalios versijos Cronbach alfa = 0.94. Lietuviška Geriatrinės depresijos skalės (15) versija bei vertinimo normos pateikiamos „Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija“ žurnalo internetiniame puslapyje, 1-ajame žurnalo numeryje (1999) ([www.biological-psychiatry.eu](http://www.biological-psychiatry.eu)). Ši skalė laisvai prieinama, nereikalingas papildomas raštiškas sutikimas jos naudojimui. Šiame tyrime nustatytas skalės patikimumas vidinio suderintumo būdu, gautas nors ir neaukštas, bet pakankamas Cronbach alfa = 0,64.

**Paciento sveikatos klausimynas-9** (Patient Health Questionnaire (9) (PHQ-9), Kroenke et al., 2001) skirtas depresijos simptomų išreikštumui įvertinti, dažniausiai naudojamas pirminės priežiūros sveikatos įstaigose, sudarytas remiantis DSM-IV nurodomais depresijos simptomais. Tyrimo dalyviams pateikiami 9 klausimai ir prašoma įvertinti, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites kamavo tam tikros problemos, pavyzdžiui, „Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus“, „Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą“. Pasirinkimo variantai vertinami Likert skalėje nuo 0 iki 3, atitinkamai „Visai nekamavo“ iki „Beveik kiekvieną dieną“. Skaičiuojama bendra balų suma, kur 0-4 balai – minimalūs depresijos simptomai, 5-9 balai – menkai išreikšti depresijos simptomai, 10-14 balų – vidutiniai simptomai, 15-19 balų – sunkūs depresijos simptomai ir 20-27 – labai sunkūs depresijos simptomai. Taip pat klausimyno pabaigoje pateikiamas dešimtas klausimas, kuriame vertinama, kaip patiriamos problemos apsunkino galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis. Šis atsakymas vertinamas Likert skalėje nuo 0 iki 3, kur 0 – „Visai neapsunkino“, o 3 – „Ypač apsunkino“. Originalios versijos Cronbach alfa = 0,89. Lietuviška klausimyno versija yra viešai prieinama puslapyje [www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com). Nurodoma, kad klausimynas prieinamas laisvam naudojimui, nereikalingas papildomas sutikimas. PHQ-9 klausimyno patikimumas buvo nustatytas vidinio suderintumo būdu ir gautas pakankamas Cronbach alfa = 0,77.

**Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (7)** (The Generalized Anxiety Disorder scale-7 (GAD-7), Spritzer et al., 2006) buvo sukurta siekiant identifikuoti galimus generalizuoto nerimo sutrikimo atvejus ir įvertinti simptomų pasireiškimo lygį. Generalizuoto nerimo skalė sudaryta iš 7 klausimų, tyrimo dalyvių prašoma nurodyti, kaip dažnai per pastarąsias dvi savaites kamavo tam tikros problemos, pavyzdžiui, „Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa“. „Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus“. Atsakymai vertinami Likert skalėje nuo 0 iki 3, kur 0 – „Visai nekamavo“, o 3 – „Beveik kiekvieną dieną“. Bendras skalės įverčių suminis balas gali būti nuo 0 iki 21, kur didesnis balas rodo labiau išreikštus nerimo simptomus. Suminis balas 5 yra laikomas lengvais nerimo simptomais, 10 – vidutiniais, 15 – sunkiais nerimo simptomais. Originalios versijos Cronbach alfa = 0,92. Lietuviška skalės versija yra viešai prieinama puslapyje [www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com). Nurodoma, kad skalę galima naudoti laisvai, nereikalingas raštiškas sutikimas. Šiame tyrime Generalizuoto nerimo skalės patikimumas buvo įvertintas vidinio suderintumo būdu ir gautas pakankamas Cronbach alfa = 0,84.

**Anketa** – siekiant nustatyti tyrimo dalyvių demografines bei kitas svarbias tyrimui charakteristikas, buvo sudaryta anketa (1 priedas). Vertinant demografines charakteristikas, tyrimo dalyvių buvo prašoma nurodyti lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą. Darbinė veikla buvo vertinama keletu galimų atsakymų pasirinkimų variantais. Buvo prašoma Likert skalėje nuo 1 iki 5 įvertinti savo finansinę situaciją, kur 1 – „Labai bloga“, o 5 – „Labai gera“. Taip pat buvo

vertinama tyrimo dalyvių fizinė sveikata, tam buvo skirti du klausimai: „Ar turine fizinių skausmų ar nusiskundimų“ ir „Ar sergate lėtinėmis ligomis?“. Siekiant atsižvelgti į tam tikrus veiksnius, galinčius sietis su patiriamų simptomų lygiu, buvo įvertintas vaistų ir homeopatinių vaistų vartojimas, dabartinis ar ankstesnis lankymasis pas psichologą ar psichiatrą dėl patiriamų simptomų. Taip pat buvo prašoma įrašyti skaičių, kiek laiko (mėnesiais) tęsiasi prasta savijauta bei nurodyti, kiek turi artimų žmonių, su kuriais gali pasikalbėti.

### 2.3 Tyrimo eiga

Pasirinkta tyrimo strategija – koreliacinis tyrimas. Tyrimo dalyvių atranka buvo vykdoma internetine forma dviem etapais – 2021 ir 2022 metų sausio-vasario mėnesiais. Dalis tyrimo duomenų buvo paimta iš didesnio tyrimo – „Psichologinė pagalba internetu vyresnio amžiaus depresiškiems asmenims: veiksmingumas ir įsitraukimas (iPSYDE)“, prie kurio duomenų rinkimo prisidėjo ir darbo autorė. 2021 metais surinktų tyrimo dalyvių ( $n = 106$ ) amžius buvo nuo 52 metų, kurie išreiškė susidomėjimą dalyvauti internetinėje savipagalbos programoje Depresijos terapija. 2022 metais tyrimo dalyviai ( $n = 78$ ) buvo kviečiami sudalyvauti magistro darbo tyrime, tyrimo dalyvių amžius buvo nuo 40 metų. Prieš pradėdant pildyti apklausą, tyrimo dalyviams buvo pateikiama informacija apie tyrimą ir informuoto sutikimo forma, tik sutikus dalyvauti tyrime buvo pateikiami tolesni apklausos klausimai. Taip pat tyrimo pradžioje buvo nurodomi tyrėjos kontaktai, kuriais galima kreiptis dėl tyrimo metu kilusių neaiškumų. Apklausos pildymas vienam tyrimo dalyviui truko apie 15 minučių.

### 2.4 Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė buvo atliekama naudojant „IBM SPSS Statistics 28“ programą. Šia programa buvo įvertintas skalių bei klausimyno patikimumas vidinio suderintumo būdu (*Cronbach alfa*), analizuotų kintamųjų aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai). Intervalinių ir ranginių duomenų atitikimas normaliajam skirstiniui buvo vertinamas Shapiro-Wilk testu, histograma, Skewness ir Kurtosis koeficientu. Įvertinus, kad ne visi kintamieji atitinka normalųjį skirstinį, atlikta duomenų transformacija, tačiau tam tikri kintamieji vis tiek neatitiko normaliojo skirstinio, todėl buvo naudojami neparametriniai kriterijai.

Analizuojant vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų kategorinių kintamųjų pasiskirstymą, buvo pritaikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus. Mann Whitney U kriterijus buvo pritaikytas lyginant dviejų grupių vidurkius. Siekiant įvertinti sąsajas ir jų stiprumą tarp intervalinių ir ranginių kintamųjų, buvo atliekama Spearman koreliacija. Daugialypė tiesinė regresija buvo naudojama

siekiant įvertinti, kokie kintamieji prognozuoja intervalinį kintamąjį. Siekiant regresijoje naudoti kategorinį kintamąjį su daugiau nei 2 kategorijomis, šis kintamasis buvo perkoduotas į pseudokintamuosius.



### 3. REZULTATAI

#### 3.1 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų palyginimas pagal demografines ir kitas charakteristikas

Pirmiausia vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų grupės buvo palygintos pagal demografines bei kitas charakteristikas, kurios matomos 1 lentelėje. Siekiant palyginti dviejų grupių pasiskirstymą pagal lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, gyvenamąją vietą, darbinę veiklą, fizinių skausmų jautimą ir sergamumą lėtinėmis ligomis, buvo pritaikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus. Nustatyta, kad pagal lytį ( $\chi^2 = 0,63$ ;  $p = 0,429$ ), išsilavinimą ( $\chi^2 = 2,76$ ;  $p = 0,251$ ) ir gyvenamąją vietą ( $\chi^2 = 4,45$ ;  $p = 0,217$ ) grupės nesiskyrė. Skirtumai buvo rasti tyrinėjant šeimyninę padėtį, kur vidutinio amžiaus asmenų grupėje daugiausia asmenų buvo susituokę (53,3%) arba išsiskyrę (31,7%), o vyresnių asmenų grupėje daugiausia buvo susituokusių (37,1%), našlių (24,2%) ir išsiskyrusių (23,4%). Taip pat skirtumai nustatyti tyrinėjant darbinę veiklą, daugiausia vidutinio amžiaus asmenų dirbo (88,1%), o vyresnių grupėje daugiausia buvo pensijoje (71,5%). Nustatyta, kad vyresni asmenys reikšmingai dažniau jautė fizinius skausmus ir turėjo lėtinių ligų, atitinkamai 67,7% ir 64,5%.

Lyginant subjektyvų finansinės situacijos vertinimą, jaučiamų simptomų trukmę mėnesiais ir artimų žmonių skaičių, buvo atliktas Mann Whitney U testas. Iš 2 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad vidutinio amžiaus asmenys teigiamiau vertino savo finansinę situaciją nei vyresni, atitinkamai  $M = 3,84$ ;  $SD = 0,94$  ir  $M = 3,2$ ;  $SD = 0,7$ ;  $p < 0,001$ . Vyresnių asmenų patiriami simptomai tęsėsi ilgesnį laiką ( $M = 7,48$ ;  $SD = 10,91$ ) nei jaunesnių asmenų ( $M = 15,48$ ;  $SD = 28,25$ ;  $p = 0,015$ ). Taip pat buvo išsiaiškinta, kad jaunesni, palyginus su vyresniais, turėjo daugiau artimų žmonių, su kuriais gali pasikalbėti ( $M = 2,78$ ;  $SD = 1,55$ ; ir  $M = 2,46$ ;  $SD = 1,93$ ;  $p = 0,03$ ).

1 lentelė. Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų demografinių charakteristikų palyginimas.

		Grupių palyginimas					
		Vidutinio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 60) n (%)	Vyresnio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 124) n (%)	$\chi^2$	df	p	Iš viso (N = 184) n (%)
Lytis	Vyras	7 (11,7)	10 (8,1)	0,63	1	0,429	17 (9,2)
	Moteris	53 (88,3)	114 (91,9)				167 (90,8)
Išsilavinimas	Vidurinis	6 (10)	15 (12,1)	2,76	2	0,251	21 (11,4)
	Aukštasis	50 (83,3)	91 (73,4)				141 (76,6)
	Kita	4 (6,7)	18 (14,5)				22 (12)
Šeimyninė padėtis	Vienišas (-a)	2 (3,3)	9 (7,3)	16,97	4	<b>0,002</b>	11 (6)
	Išsiskyręs (-usi)	19 (31,7)	29 (23,4)				48 (26,1)
	Našlys (-ė)	1 (1,7)	30 (24,2)				31 (16,8)
	Gyvenu su partneriu/partnere	6 (10)	10 (8,1)				16 (8,7)

	Susituokęs (-usi)	32 (53,3)	46 (37,1)				78 (42,4)
Gyvenamoji vieta	Didmiestis	30 (50)	68 (54,8)	4,45	3	0,217	98 (53,3)
	Miestas	26 (43,3)	43 (34,7)				69 (37,5)
	Kaimas	3 (5)	13 (10,5)				16 (8,7)
	Vienkiemis	1 (1,7)	-				1 (0,5)
Darbinė veikla	Dirba	52 (88,1)	21 (17,1)	98,98	3	<b>&lt;0,001</b>	73 (40)
	Nedirba	7 (11,9)	6 (4,9)				13 (7,1)
	Yra pensijoje	0	88 (71,5)				88 (48,4)
	Dirba ir yra pensijoje	0	8 (6,5)				8 (4,4)
Fiziniai skausmai	Taip	15 (25)	84 (67,7)	29,72	1	<b>&lt;0,001</b>	99 (53,8)
	Ne	45 (75)	40 (32,3)				85 (46,2)
Lėtinės ligos	Taip	13 (21,7)	80 (64,5)	29,7	1	<b>&lt;0,001</b>	91 (49,5)
	Ne	47 (78,3)	44 (35,5)				93 (50,5)
							91 (49,5)

*Pastaba.* Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

2 lentelė. Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų charakteristikų palyginimas.

		Grupių palyginimas					Iš viso (N = 184)
		Vidutinio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 60)	Vyresnio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 124)	U	Z	p	
Finansinės situacijos vertinimas	M	3,83	3,2	2261,5	-4,72	<b>&lt;0,001</b>	3,41
	SD	0,94	0,7				0,84
Kiek laiko tęsiasi prasta savijauta (mėnesiais)	M	7,48	15,48	2896,5	-2,44	<b>0,015</b>	12,87
	SD	10,91	28,25				24,27
Artimi žmonės, su kuriais gali pasikalbėti	M	2,78	2,46	3005	-2,17	<b>0,03</b>	2,57
	SD	1,55	1,93				1,82

*Pastaba.* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

### 3.2 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos simptomų palyginimas

Siekiant įvertinti, kaip skiriasi depresijos simptomų išreikštumo lygis tarp vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų, atsižvelgiant į Paciento sveikatos klausimyną (9) ir Geriatrinės depresijos skalę (15), buvo pritaikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus. Paciento sveikatos klausimyno (9) simptomų sudėtingumas buvo suskirstytas į penkias grupes – minimalūs, menkai išreikšti, vidutiniai, sunkūs ir labai sunkūs depresijos simptomai. Nustatyta, kad vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresyvumo sudėtingumas buvo panašiai pasiskirstęs,  $p = 0,095$  (3 lentelė). Daugiausia tyrimo

dalyvių abiejose grupėse turėjo menkai išreikštus ir vidutinio sunkumo depresijos simptomus. Įvertinus Geriatrinės depresijos skalės (15) simptomų išreikštumą, buvo išskirtos 3 grupės – minimalūs depresijos simptomai, galima depresija ir depresijos sutrikimas (4 lentelė). Nustatyta, kad čia grupės išsiskyrė,  $p = 0,005$ . Vidutinio amžiaus asmenys turėjo galimą depresiją 30 (50%) ir depresiją 30 (50%), o vyresni asmenys turėjo minimalius depresijos simptomus 11 (8,9%), galimą depresiją 37 (29,8%) ir depresiją 76 (61,3%).

3 lentelė. *Depresijos simptomų sunkumo palyginimas tarp vidutinio amžiaus asmenų ir vyresniųjų asmenų grupių remiantis Paciento sveikatos klausimynu (9).*

PHQ-9 simptomų išreikštumas	Grupių palyginimas					
	Vidutinio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 60) n (%)	Vyresnio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 123) n (%)	$\chi^2$	df	p	Iš viso (N = 183) n (%)
Minimalūs depresijos simptomai	3 (5)	7 (5,7)	7,91	4	0,095	10 (5,5)
Menkai išreikšti depresijos simptomai	29 (48,3)	37 (30,1)				66 (36,1)
Vidutiniai depresijos simptomai	21 (35)	49 (39,8)				70 (38,3)
Sunkūs depresijos simptomai	5 (8,3)	26 (21,1)				31 (16,9)
Labai sunkūs depresijos simptomai	2 (3,3)	4 (3,3)				6 (3,3)

4 lentelė. *Depresijos simptomų sunkumo palyginimas tarp vidutinio amžiaus asmenų ir vyresniųjų asmenų grupių remiantis Geriatrinės depresijos skale (15).*

GDS-15 simptomų išreikštumas	Grupių palyginimas					
	Vidutinio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 60) n (%)	Vyresnio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 124) n (%)	$\chi^2$	df	p	Iš viso (N = 184) n (%)
Minimalūs depresijos simptomai	0 (0)	11 (8,9)	10,73	2	<b>0,005</b>	11 (6)
Galima depresija	30 (50)	37 (29,8)				67 (36,4)
Depresijos sutrikimas	30 (50)	76 (61,3)				106 (57,6)

*Pastaba.* Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Vertinant vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų bendro Geriatrinės depresijos skalės (15) balo skirtumus tarp grupių, buvo pritaikytas Mann Whitney U kriterijus, kuris parodė, jog depresijos lygis tarp grupių nesiskyrė ( $M = 9,55$ ;  $SD = 2,06$ ;  $M = 9,66$ ;  $SD = 3,07$ ;  $U = 3274$ ;  $Z = -1,33$ ;  $p = 0,184$ ). Nagrinėjant vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų grupių skirtumus skirtingų depresijos simptomų

pasireiškimą, atsižvelgiant į Geriatrinės depresijos skalės (15) duomenis, buvo pritaikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus (5 lentelė). Duomenų analizė atskleidė dažnesnį vidutinio amžiaus asmenų nuobodžiavimą per pastarąją savaitę ( $\chi^2 = 3,95$ ;  $p = 0,047$ ), jautimąsi beverčiu ( $\chi^2 = 5,15$ ;  $p = 0,023$ ) ir retesnę manymą, jog gyvenimas dabar puikus ( $\chi^2 = 6,08$ ;  $p = 0,014$ ). Vyresniems asmenims dažniau pasireiškė manymas, jog jų atmintis yra prastesnė nei kitų asmenų ( $\chi^2 = 9,2$ ;  $p = 0,002$ ). Vertinant kitus skalės teiginius, reikšmingų skirtumų tarp grupių nebuvo nustatyta,  $p > 0,05$ .

5 lentelė. Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų Geriatrinės depresijos skalės (15) skirtingų simptomų pasireiškimo palyginimas.

GDS-15	Vidutinio amžiaus grupė (n = 60)	Vyresnio amžiaus grupė (n = 124)	$\chi^2$	df	p
	n (%)				
1. Ar esate patenkintas savo gyvenimu? – NE	31 (51,7)	73 (58,9)	0,85	1	0,355
2. Ar apleidote daugelį savo pomėgių ir darbų? – TAIP	30 (50)	84 (67,7)	5,4	1	0,2
3. Ar jaučiate, kad jūsų gyvenimas yra tuščias? – TAIP	26 (43,3)	70 (56,5)	2,79	1	0,095
4. Ar dažnai nuobodžiaujate? – TAIP	43 (71,7)	70 (56,5)	3,95	1	<b>0,047</b>
5. Ar dažnai esate geros nuotaikos? – NE	45 (75)	101 (81,5)	1,03	1	0,311
6. Ar bijote, kad jums gali atsitikti kas nors blogo? – TAIP	32 (53,3)	75 (60,5)	0,85	1	0,357
7. Ar jaučiatės laimingas? – NE	56 (93,3)	106 (85,5)	2,37	1	0,124
8. Ar dažnai jaučiatės bejėgis? – TAIP	35 (58,3)	72 (58,1)	0,001	1	0,972
9. Jums labiau patinka būti namuose, nei kur nors eiti ir imtis naujų darbų? – TAIP	32 (53,3)	75 (60,5)	0,85	1	0,357
10. Ar jums atrodo, kad jūsų atmintis prastesnė nei kitų žmonių? – TAIP	23 (38,3)	77 (62,1)	9,2	1	<b>0,002</b>

11. Ar jums atrodo, kad gyventi dabar puiku? – NE	55 (91,7)	95 (76,6)	6,08	1	<b>0,014</b>
12. Ar šiuo metu jaučiatės bevertis? – TAIP	46 (76,7)	74 (59,7)	5,15	1	<b>0,023</b>
13. Ar jaučiatės kupinas energijos? – NE	59 (98,3)	115 (92,7)	2,46	1	0,117
14. Ar jaučiate, kad jūsų padėtis beviltiška? – TAIP	11 (18,3)	36 (29)	2,43	1	0,119
15. Ar manote, kad daugeliui žmonių sekasi geriau nei jums? – TAIP	44 (73,3)	75 (60,5)	2,92	1	0,087

*Pastaba.* *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Atskirų Paciento sveikatos klausimyno (9) teiginių įverčių palyginimas bei bendras įvertis vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenims buvo atliekamas pritaikant Mann Whitney U kriterijų, kurio rezultatai matomi 6 lentelėje. Vyresnio amžiaus asmenims pasireiškė aukštesnis bendras depresyvumo balas nei jaunesniems tyrimo dalyviams (atitinkamai  $M = 9,88$ ;  $SD = 4,02$  ir  $M = 11,23$ ;  $SD = 4,51$ ,  $p = 0,016$ ). Taip pat skirtumai buvo nustatyti vertinant miego problemas, nuovargį bei energijos trūkumą, apetito pakitimus bei judėjimo ar kalbėjimo pakitimus – šiuos simptomus dažniau jautė vyresnio amžiaus asmenų grupė ( $p < 0,05$ ). Vidutinio amžiaus tyrimo dalyviai dažniau turėjo koncentracijos sunkumų per praėjusias dvi savaites ( $p = 0,011$ ). Vertinant kitus PHQ-9 simptomus, skirtumų nenustatyta,  $p > 0,05$ .

6 lentelė. Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų Paciento sveikatos klausimyno (9) skirtingų simptomų pasireiškimo palyginimas.

PHQ-9	Vidutinio amžiaus grupė (n = 60)	Vyresnio amžiaus grupė (n = 123)	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>				
PHQ-9 bendras	9,88 (4,02)	11,23 (4,51)	2880	-2,42	<b>0,016</b>
1. Mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus	1,85 (0,69)	1,74 (0,85)	3419,5	-0,86	0,390

2. Jautimasis nusiminusiam (-ai), prislėgtam (-ai) ar beviltiškam (-ai)	1,33 (0,63)	1,5 (0,77)	3243	-1,52	0,130
3. Sunkumas užmigti ar išmiegoti, arba per ilgas miegojimas	1,3 (1)	1,93 (0,89)	2358,5	-4,13	<b>&lt;0,001</b>
4. Jautimasis pavargusiam (-ai) ar energijos trūkumas	1,52 (0,75)	1,82 (0,86)	2935,5	-2,39	<b>0,017</b>
5. Prastas apetitas arba persivalgymas	0,88 (1)	1,26 (0,91)	2786	-2,82	<b>0,005</b>
6. Prasta savijauta – pojūtis, kad esate nevykėlis (-ė) arba kad nuvylėte save ar savo šeimą	0,9 (0,75)	1,02 (0,89)	3448,5	-0,78	0,438
7. Sunkumas susikoncentruoti ties tokiais dalykais, kaip laikraščio skaitymas arba televizoriaus žiūrėjimas	1,28 (0,8)	0,94 (0,83)	2896	-2,53	<b>0,011</b>
8. Judėjimas ar kalbėjimas taip lėtai, kad kiti žmonės galėjo pastebėti? Arba atvirkščiai – buvimas tokiam (-ai) neramiam (-ai) ar nenustygstančiam (-ai), kad judėjote daug daugiau nei įprasta	0,27 (0,58)	0,58 (0,74)	2808,5	-3,07	<b>0,002</b>
9. Mintys, kad jums būtų geriau būti mirusiam (-ai) arba apie savęs žalojimą koku nors būdu	0,55 (0,72)	0,42 (0,61)	3379	-1,08	0,281
Jei pažymėjote kokias nors problemas, kaip šios problemos apsunkino jums galimybes dirbti savo darbą, rūpintis namais ir vaikais arba sutarti su kitais žmonėmis?	1,32 (0,57)	1,29 (0,69)	3605,5	-0,19	0,851

*Pastaba.* *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Siekiant įvertinti, kaip depresijos simptomų grupės, analizuojamos Paciento sveikatos klausimynu (9), skiriasi tarp vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų grupių, buvo sukurti du nauji kintamieji – kognityviniai/afektiniai simptomai ir somatiniai/afektiniai simptomai (De Jonge et al., 2007). Į kognityvinę/afektinę grupę buvo priskirti šie simptomai: mažas susidomėjimas ar malonumas atliekant dalykus, jautimasis nusiminusiam, prislėgtam ar beviltiškam, pojūtis dėl buvimo nevykėliu ar savęs, šeimos nuvylimo, koncentracijos sunkumai ir mintys apie nebuvimą ar savęs žalojimą, o į somatinę/afektinę šie: miego problemos, apetito pokyčiai, psichomotorinis neramumas ar sulėtėjimas ir nuovargis ar energijos praradimas. Pritaikius Mann Whitney U kriterijų, nustatytas skirtingų depresijos simptomų grupių pasireiškimas abiejose amžiaus grupėse. Rezultatai, kurie yra pateikti 7 lentelėje, rodo, kad somatiniai/afektiniai simptomai dažniau pasireiškė vyresnio amžiaus tyrimo

dalyviams, palyginus su vidutinio amžiaus asmenimis ( $M = 5,59$ ;  $SD = 2,27$ ;  $M = 3,97$ ;  $SD = 2,41$ ;  $p < 0,001$ ). Kognityvinių/afektyvinių simptomų skirtumų tarp grupių rasta nebuvo,  $p = 0,566$ .

7 lentelė. Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų Paciento sveikatos klausimyno (9) simptomų grupių palyginimas.

PHQ-9 simptomų grupės	Vidutinio amžiaus grupė (n = 60)	Vyresnio amžiaus grupė (n = 123)	U	Z	p
	<i>M (SD)</i>				
Kognityviniai/afektyviniai simptomai	5,92 (2,23)	5,63 (2,68)	3498,5	-0,57	0,566
Somatiniai/afektyviniai simptomai	3,97 (2,41)	5,59 (2,27)	2186	-4,5	<b>&lt;0,001</b>

*Pastaba.* *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

### 3.3 Depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšys skirtingose amžiaus grupėse

Analizuojant skirtingose grupėse pasireiškiantį bendrą nerimo lygį bei atskirus patiriamus nerimo simptomus naudojant Generalizuoto nerimo skalę (7), buvo pritaikytas Mann Whitney U kriterijus. Gauti duomenys pateikiami 8 lentelėje. Nustatyta, kad bendrai vyresni asmenys patyrė stipresnį nerimą nei vidutinio amžiaus asmenys (atitinkamai  $M = 9,25$ ;  $SD = 4,34$ ;  $M = 7,9$ ;  $SD = 3,11$ ,  $p = 0,046$ ). Atskiri simptomai, kurie reikšmingai dažniau pasireiškė vyresnio amžiaus tyrimo dalyviams buvo negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti, per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų ir baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus. Kiti simptomai tarp grupių nesiskyrė,  $p > 0,05$ .

8 lentelė. Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų Generalizuoto nerimo sutrikimo skalės (7) skirtingų simptomų pasireiškimo palyginimas.

GAD-7	Vidutinio amžiaus grupė (n = 60)	Vyresnio amžiaus grupė (n = 123)	U	Z	p
	<i>M (SD)</i>				
GAD-7 bendras	7,9 (3,11)	9,25 (4,34)	3021,5	-2	<b>0,046</b>
1. Nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa	1,57 (0,72)	1,7 (0,85)	3346	-1,11	0,269
2. Negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti	1,07 (0,61)	1,35 (0,81)	2968	-2,43	<b>0,015</b>
3. Per didelis nerimavimas dėl įvairių dalykų	0,93 (0,82)	1,37 (0,88)	2642	-3,34	<b>&lt;0,001</b>
4. Sunkumas atsipalaiduoti	1,78 (0,72)	1,71 (0,82)	3514	-0,56	0,574
5. Buvimas tokiam (-ai) neramiam (-iai), kad net sunku ramiai pasėdėti	0,47 (0,6)	0,62 (0,81)	3441	-0,83	0,405
6. Greitas susierzinimas ar dirglumas	1,37 (0,88)	1,41 (0,83)	3586,5	-0,33	0,741
7. Baimė, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus	0,72 (0,64)	1,1 (0,88)	2837	-2,78	<b>0,006</b>

*Pastaba.* *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

Analizuojant skirtingo nerimo lygio pasiskirstymą tarp vidutinio ir vyresnio amžiaus žmonių, buvo pritaikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus. Nustatyta, kad grupės pagal skirtingus nerimo lygius nesiskyrė, duomenys pateikiami 9 lentelėje. Daugiausia vidutinio amžiaus asmenų turėjo minimalius ir lengvus nerimo simptomus, atitinkamai 15 (25%) ir 34 (56,7%). O vyresni – lengvus ir vidutinius nerimo simptomus, atitinkamai 55 (44,7%) ir 31 (25,2%).



9 lentelė. Nerimo simptomų sunkumo palyginimas tarp vidutinio amžiaus asmenų ir vyresniųjų asmenų grupių remiantis.

GAD-7 simptomų išreikštumas	Grupių palyginimas					
	Vidutinio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 60) n (%)	Vyresnio amžiaus tyrimo dalyviai (n = 123) n (%)	$\chi^2$	df	p	Iš viso (N = 183) n (%)
Minimalūs nerimo simptomai	15 (25)	25 (20,3)	5,68	3	0,128	40 (21,9)
Lengvi nerimo simptomai	34 (56,7)	55 (44,7)				89 (48,6)
Vidutiniai nerimo simptomai	9 (15)	31 (25,2)				40 (21,9)
Sunkūs nerimo simptomai	2 (3,3)	12 (9,8)				14 (7,7)

Siekiant įvertinti generalizuoto nerimo sąsajas su depresijos lygiu, mintimis apie savižudybę, patiriamų depresyvių simptomų trukme, jaučiamais skausmais, turimomis lėtinėmis ligomis ir amžiumi, buvo pritaikytas Spearman koreliacijos koeficientas (10 lentelė). Reikšmingi ryšiai pažymėti žvaigždutėmis. Nustatyta, jog didesnis generalizuoto nerimo išreikštumas turėjo teigiamą ryšį su depresijos lygiu, matuojant Paciento sveikatos klausimynu ir Geriatrie depresijos skale (15), taip pat su mintimis apie savižudybę, patiriamų depresijos simptomų trukme ir fizinių skausmų ar nusiskundimų turėjimu. Reikšmingų ryšių su lėtinėmis ligomis ir amžiumi nustatyta nebuvo.

10 lentelė. Bendro Generalizuoto nerimo sutrikimo skalės (7) įverčio sąsajos su kitais kintamaisiais.

	GAD-7 (N = 183)
PHQ-9	0,64**
GDS-15	0,49**
Mintys apie savižudybę	0,28**
Patiriamų simptomų trukmė	0,39**
Fiziniai skausmai	0,23**
Lėtinės ligos	0,14
Amžius	0,08

Pastaba. \*\*  $p < 0,01$

Siekiant nustatyti, kaip skirtingais depresijos simptomų išreikštumo lygiais skyrėsi minčių apie nebuvimą ar savęs žalojimą buvimas, buvo pritaikytas Chi kvadrato homogeniškumo kriterijus. Tyrimo dalyvis buvo laikomas turintis minčių apie savižudybę, jei Paciento sveikatos klausimyne (9)

devintame klausime pasirinko atsakymo variantą nuo 1 iki 3 („Keletą dienų“ – „Beveik kiekvieną dieną“). Nustatyta, kad daugiausia asmenų turėjo minčių apie savižudybę, kai stipriausiai buvo išreikšti depresijos simptomai 82,9%.

11 lentelė. *Suicidinių minčių palyginimas skirtingais depresijos simptomų sunkumo lygiais.*

GDS-15 simptomų išreikštumas	Grupių palyginimas				
	Neturėjo minčių apie nebuvimą ar savęs žalojimą (n = 113) n (%)	Turėjo minčių apie nebuvimą ar savęs žalojimą (n = 70) n (%)	$\chi^2$	df	p
Minimalūs depresijos simptomai	9 (8)	1 (1,4)	29,07	2	<b>&lt;0,001</b>
Galima depresija	56 (49,6)	11 (15,7)			
Depresijos sutrikimas	48 (42,5)	58 (82,9)			

*Pastaba.* Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

### 3.4 Depresyvumo prognostiniai veiksniai

Siekiant įvertinti, kokie demografiniai bei kiti aktualūs veiksniai prognozuoja vidutinio ir vyresnio amžiaus depresyvumą, vertinamą Geriatriinės depresijos skale (15) ir Paciento sveikatos klausimynu, buvo atliekamos dvi daugialypės tiesinės regresijos. Siekiant regresijoje naudoti kategorinį kintamąjį su daugiau nei 2 kategorijomis, kintamasis „Šeimyninė padėtis“, buvo perkoduotas į pseudokintamuosius: vienišas (-a), išsiskyręs (-usi), našlys (-ė), gyvenu su partneriu/partnere, kontroliniu kintamuoju laikant susituokęs (-usi).. Regresinės analizės buvo atliekamos dviem etapais. Norint kontroliuoti vaistų, homeopatinių vaistų vartojimo, ankstesnio lankymosi pas psichologą ir dabartinio lankymosi pas psichologą poveikį depresijos simptomams, šie kintamieji buvo įtraukti regresines analizes pirmajame etape. Antrajame etape buvo įtraukti demografiniai veiksniai, fizinės sveikatos charakteristikos, finansinės situacijos vertinimas, prastos savijautos trukmė bei artimų žmonių skaičius.

Analizuojant pirmąją regresinę analizę (12 lentelė), kurioje priklausomas kintamasis buvo Geriatriinės depresijos skalės (15) suminis balas, nustatyta, kad pirmajame modelyje vaistų ir homeopatinių vaistų vartojimas bei dabartinis ar ankstesnis lankymasis pas psichologą/psichiatrą kartu paaiškino 4% depresijos simptomų dispersijos, modelis netinkamas, nes  $R^2 < 0,2$ . Nei vienas iš kintamųjų nebuvo reikšmingas prognostinis veiksnys. Antrame modelyje į regresinę analizę buvo įtraukti demografiniai ir kiti aktualūs kintamieji, kurie padidino modelio prognostinę vertę iki 23%, modelis tinkamas (multikolinearumo ir išskirčių nenustatyta, VIF < 4, Kuko mato reikšmės < 1).

Šiame modelyje reikšmingi prognostiniai veiksniai buvo finansinės situacijos vertinimas ir artimų žmonių, su kuriais gali pasikalbėti, skaičius. Analizės rezultatai rodo, jog prastesnis savo finansinės situacijos vertinimas ir mažesnis artimų žmonių skaičius prognozuoja sunkesnius depresijos simptomus, vertinamus Geriatrinės depresijos skale (15).

Antroje regresinėje analizėje (13 lentelė) priklausomas kintamasis buvo Paciento sveikatos klausimyno (9) suminis balas. Išsiaiškinta, kad pirmajame modelyje vaistų vartojimas ir lankymasis pas psichologą/psichiatrą kartu paaiškino 10% depresijos simptomų, modelis netinkamas, nes  $R^2 < 0,2$ . Vaistų vartojimas ir ankstesnis lankymasis pas psichologą buvo reikšmingi prognostiniai veiksniai. Antrame modelyje, įtraukus demografinius ir kitus svarbius kintamuosius, modelio prognostinė vertė padidėjo iki 30%, modelis tinkamas (multikolinearumo ir išskirčių nenustatyta, VIF  $< 4$ , Kuko mato reikšmės  $< 1$ ). Vaistų vartojimas prarado savo prognostinę vertę šiame modelyje, o ankstesnis lankymasis pas psichologą/psichiatrą išliko svarbus prognozuojant depresijos simptomų išreikštumą. Kiti svarbūs prognostiniai veiksniai antrame modelyje buvo finansinės situacijos vertinimas, fizinių skausmų ar nusiskundimų turėjimas, patiriamų simptomų trukmė ir artimų žmonių skaičius. Didesnius depresijos simptomus, matuojamus Paciento sveikatos klausimynu (9), prognozuoja ankstesnis lankymasis pas psichologą arba psichiatrą, prastesnis savo finansinės situacijos vertinimas, fizinių skausmų jautimas, ilgesnė simptomų trukmė ir mažesnis artimų žmonių skaičius.

12 lentelė. *Depresijos simptomų lygio, remiantis Geriatrinės depresijos skale (15), prognostiniai veiksniai.*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis	
	GDS-15	
	1 modelis	2 modelis
	Beta ( $\beta$ )	
Vaistų vartojimas	0,14	0,07
Homeopatinių vaistų vartojimas	-0,05	-0,07
Ankstesnis lankymasis pas psichologą/psichiatrą	0,12	0,09
Dabartinis lankymasis pas psichologą/psichiatrą	0,04	0,09
Amžius		-0,16
Lytis		-0,05
Išsilavinimas		-0,05
Darbinė veikla		0,01
Vienišas (-a) <sup>a</sup>		0,03
Išsiskyres (-usi) <sup>a</sup>		0,1

Našlys (-ė) <sup>a</sup>		-0,004
Gyvenu su partneriu/partnere <sup>a</sup>		0,02
Finansinės situacijos vertinimas		-0,16*
Fiziniai skausmai ar nusiskundimai		0,14
Lėtinės ligos		0,04
Prastos savijautos trukmė		0,13
Artimų žmonių skaičius		-0,29**
<i>F</i>	1,73	2,85**
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,04	0,23

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . a – kintamasis „Šeimyninė padėtis“ perdarytas į pseudokintamąjį, kontroliniu kintamuoju laikant „Susituokęs (-usi)“.

13 lentelė. *Depresijos simptomų lygio, remiantis Paciento sveikatos klausimyno (9), prognostiniai veiksniai.*

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis	
	PHQ-9	
	1 modelis	2 modelis
	Beta ( $\beta$ )	
Vaistų vartojimas	0,18*	0,12
Homeopatinių vaistų vartojimas	-0,01	-0,04
Ankstesnis lankymasis pas psichologą/psichiatrą	0,25**	0,2*
Dabartinis lankymasis pas psichologą/psichiatrą	-0,07	-0,01
Amžius		-0,04
Lytis		-0,04
Išsilavinimas		-0,02
Darbinė veikla		0,06
Vienišas (-a) <sup>a</sup>		0,06
Išsiskyres (-usi) <sup>a</sup>		0,09
Našlys (-ė) <sup>a</sup>		-0,07
Gyvenu su partneriu/partnere <sup>a</sup>		0,05
Finansinės situacijos vertinimas		-0,21*
Fiziniai skausmai ar nusiskundimai		0,12*
Lėtinės ligos		-0,06
Prastos savijautos trukmė		0,14*

Artimų žmonių skaičius		-0,26**
<i>F</i>	4,97**	4,16**
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,1	0,3

---

*Pastaba.* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . a – kintamasis „Šeimyninė padėtis“ perdarytas į pseudokintamąjį, kontroliniu kintamuoju laikant „Susituokęs (-usi)“.

## 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos ypatumų skirtumus. Ištirta, kad vyresni asmenys prasčiau vertino savo finansinę situaciją, turėjo mažiau artimų žmonių, su kuriais galėjo pasikalbėti, ir jų prasta savijauta tęsėsi ilgesnį laiką. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad somatiniai depresijos simptomai dažniau pasireiškė vyresniems asmenims. Stipresni nerimo simptomai buvo labiau būdingi vyresniems asmenims, mintys apie savižudybę tarp grupių nesiskyrė. Rastos nerimo sąsajos su depresyvumu, mintimis apie savižudybę, patiriamų simptomų trukme ir fizinių skausmų turėjimu. Sunkesnius depresijos simptomus prognozavo ankstesnis lankymasis pas psichologą ar psichiatrą, fizinių skausmų ar nusiskundimų turėjimas, prastesnis finansinės situacijos vertinimas, mažesnis artimų žmonių, su kuriais gali pasikalbėti, skaičius ir ilgesnė prastos savijautos trukmė.

### 4.1 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų palyginimas pagal demografines ir kitas charakteristikas

Pirmiausia, šiame tyrime buvo siekiama palyginti vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų demografines, fizinės sveikatos, subjektyvios finansinės situacijos, patiriamų simptomų trukmės ir socialinių santykių charakteristikas. Gauti rezultatai patvirtina, kad vyresniame amžiuje, artėjant pensijiniam laikotarpiui ar būnant pensijoje asmenys tampa pažeidžiamesni tam tikriems aplinkos ir individualiems veiksniams (Hansson et al., 2018). Tyrimo rezultatai parodė skirtumus tarp grupių vertinant šeimyninę padėtį – didelė dalis vyresnių asmenų buvo netekę savo antrosios pusės, kai vidutinio amžiaus asmenų grupėje našlių nebuvo, tokie rezultatai tikėtini, nes netektys yra neišvengiama senėjimo dalis (Curran et al., 2020). Taip pat nustatyta, kad didžioji dalis vyresnių tyrimo dalyvių buvo pensijoje, kas gali prisidėti ir prie kitų pokyčių atsiradimo vyresniame amžiuje. Nustatyta, kad vyresni asmenys prasčiau vertino savo finansinę situaciją, kas gali rodyti finansinius pokyčius išėjus į pensiją ar atlyginimo vyresniame amžiuje sumažėjimą, palyginus su jaunesnio amžiaus gaunamomis pajamomis. Taip pat vyresni asmenys turėjo mažiau artimų žmonių, su kuriais gali pasikalbėti, tai patvirtina, kad vyresniame amžiuje dažniau netenkama socialinių ryšių (Curran et al., 2020), išėjus į pensiją su laiku nutrūksta darbiniai santykiai, mažiau įsitraukiama į anksčiau su darbu siejusias veiklas (Hansson et al., 2016). Be to, vyresni asmenys reikšmingai dažniau turėjo lėtinių ligų, patyrė fizinius skausmus ir jų patiriami depresijos simptomai tęsėsi ilgesnį laiką. Tyrimai rodo, jog vyresniame amžiuje padidėja prastos sveikatos rizika, atsiranda įvairios ligos (Curran et al., 2020). Dėl šių ligų žmonės kreipiasi į šeimos gydytojus ir dažniausiai pirmiausia yra orientuojamasi į somatinius simptomus, neįsigilinama į tai, kad patiriami fiziniai simptomai gali slėpti psichikos sutrikimus (Hegeman et al., 2015), tai gali prisidėti prie šių sutrikimo užsitęsusio diagnozavimo ir

gydymo, todėl simptomai tęsiasi ilgesnį laiką. Kartu tyrimai rodo, kad kartu su depresija einančios fizinės ligos prisideda prie labiau chroniškos depresijos eigos (Hegeman et al., 2017).

#### 4.2 Vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresijos simptomų ir simptomų grupių palyginimas

Toliau buvo siekiama nustatyti, kaip skiriasi vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų patiriami depresijos simptomai, jų išreikštumas bei simptomų grupės. Lyginant grupių bendrą depresijos simptomų sunkumo lygį, skirtumai buvo rasti vertinant depresijos simptomus Paciento sveikatos klausimynu (9) – vyresniems asmenims pasireiškė aukštesni depresijos įverčiai, vertinant Geriatrične depresijos skale (15) skirtumų nenustatyta, tačiau išskirsčius depresijos simptomus pagal simptomų sudėtingumą, skirtumų, vertinamų Paciento sveikatos klausimynu (9) nebebuvo nustatyta – dauguma tyrimo dalyvių abiejose grupėse turėjo menkai išreikštus arba vidutinius depresijos simptomus, tačiau skirtumai atsirado vertinant Geriatriinės depresijos skale (15), kur dauguma vyresnio amžiaus asmenų ir pusė vidutinio amžiaus asmenų turėjo depresijos sutrikimą atitinkančius simptomus. Rezultatai, matuojant skirtingais instrumentais galėjo išsiskirti dėl Paciento sveikatos klausimyne (9) įtrauktų somatinių depresijos simptomų, kurie galėjo prisidėti prie didesnio bendro balo vertinant vyresnio amžiaus asmenų depresyvumą. Lyginant simptomų sudėtingumą skirtingais lygiais skirtumai tarp skirtingų vertinimo instrumentų galėjo pasireikšti dėl skirtingo lygių išskyrimo – Paciento sveikatos klausimyne (9) išskiriama penkios grupės, kurios gali persidengti su Geriatriinės depresijos skalės (15) išskiriamomis trimis grupėmis. Vis dėlto, nustatoma, jog vyresnio amžiaus asmenys turi didesnę bendrą depresijos įvertį bei daugiau jų turi depresijos sutrikimą atitinkantį įvertį. Šie rezultatai skiriasi nuo anksčiau atliktų tyrimų, kuriuose nustatyta, kad sunkesnė depresija būdingesnė jaunesniems asmenims (Kessler et al., 2011; Burns et al., 2012) arba depresijos sudėtingumas tarp vidutinio ir vyresnio amžiaus nesiskiria (Schaakxs et al., 2017). Gautų rezultatų skirtumai galėjo pasireikšti dėl skirtingų instrumentų depresijai įvertinti naudojimo bei skirtingo amžiaus rėžių skirstant į grupes.

Vertinant atskirų depresijos simptomų pasireiškimą skirtingose amžiaus grupėse, atsižvelgiant į abu depresijos simptomų vertinimo instrumentus, nustatyta, kad vidutinio amžiaus asmenims pasireiškė dažnesnis nuobodžiavimas, atrodymas, kad dabar gyventi nėra puiku, jausmas, kad yra bevertis ir koncentracijos sunkumai. Vyresniems asmenims dažniau atrodė, kad jų atmintis prastesnė nei kitų asmenų, buvo dažnesnės miego problemos, jautimasis pavargusiu ar energijos trūkumas, prastas apetitas arba persivalgymas ir judėjimo arba kalbėjimo sulėtėjimas arba nenustygimas vietoje. Šie rezultatai iš dalies patvirtinami kitų mokslininkų tyrimais, kuriuose buvo išsiaiškinta dažnesnės miego problemos vyresnių žmonių grupėje (Christensen et al., 1999), nors kitame tyrime miego ypatumų skirtumų tarp grupių nebuvo nustatyta (Hegeman et al., 2012). Taip pat ankstesniuose tyrimuose rasta, kad vidutinio amžiaus asmenims būdingesnės koncentracijos problemos (Schaakxs

et al., 2017). Prastos nuotaikos skirtumų tarp grupių nebuvo rasta taip pat kaip ir Schaakxs ir kitų (2017) tyrime. Bendrai, atsižvelgiant į dažniau pasireiškiančius simptomus vidutinio amžiaus asmenims, matyti, kad šie simptomai labiau susiję su afektine ir kognityvine būseną (nuobodžiavimas, jautimasis beverčiu, koncentracijos sunkumai, atrodymas, kad dabar gyventi nėra puiku), o vyresniems asmenims atsiskleidžia somatiniai depresijos simptomai. Panašūs rezultatai atsiskleidė ir kitų tyrėjų tyrime, kur vidutinio amžiaus asmenims šiek tiek labiau buvo būdingi kognityviniai/afektiniai simptomai, o vyresniems – somatiniai/afektiniai (Schaakxs et al., 2017).

Toliau analizuojami depresijos simptomų grupių skirtumai tarp vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų. Sugrupavus Paciento sveikatos klausimyno (9) simptomus, nustatyta, kad kognityvinė/afektinė simptomų grupė tarp skirtingo amžiaus asmenų nesiskyrė, nors vidutinio amžiaus asmenų grupė turėjo aukštesnius įverčius ir kognityvinių/afektinių simptomų pasireiškimas atsiskleidė analizuojant atskirus depresijos simptomus. Panašūs rezultatai buvo nustatyti Hybels ir kitų (2012) tyrime, kur simptomų grupių skirtumai nebuvo nustatyti, atsiskleidė tik atskirų simptomų skirtumai. Somatinių/afektinių simptomų grupė reikšmingai dažniau pasireiškė vyresnio amžiaus tyrimo dalyviams. Šie rezultatai prisideda prie kitų tyrimų, kuriuose taip pat nustatytas dažnesnis somatinių simptomų pasireiškimas vyresniame amžiuje (Schaakxs et al., 2017). Vis dėlto, ši tendencija nustatyta ne visuose tyrimuose. Cui ir Fiske (2022) nustatė, kad neklinikinės imties tyrimo dalyviai iki 60 metų pasižymėjo aukštesniais kognityviniais/afektiniais ir somatiniais/afektiniais simptomais, o Hybels ir kiti (2012) specifinių simptomų grupių vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenims nenustatė.

#### 4.3 Depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšys skirtingose amžiaus grupėse

Trečiasis tyrimo uždavinys buvo ištirti depresyvumo, nerimo ir minčių apie savižudybę ryšį skirtingo amžiaus asmenų grupėms. Nustatyta, kad bendras nerimo lygis buvo didesnis vyresniems asmenims. Gauti rezultatai sutampa su anksčiau atliktų tyrimų rezultatais, kuriuose buvo nustatyta, kad nerimo simptomai vyresnių asmenų imtyje yra plačiai paplitę, jie išlieka ir vyriausiose grupėse (Braam et al., 2014) ir palyginus su vidutinio amžiaus asmenimis pasireiškė dažniau (Taylor, 2014). Nors Byers ir kiti (2010) nustatė nerimo simptomų su amžiumi mažėjimą, tačiau tai galėjo pasireikšti dėl imties ypatumų. Išskirsčius patiriamą nerimą į lygius – minimalūs, lengvi, vidutiniai ir sunkūs nerimo simptomai, skirtingose amžiaus grupėse skirtumų rasta nebuvo. Dauguma tyrimo dalyvių turėjo minimalius, lengvus arba vidutinius nerimo simptomus. Analizuojant atskirus simptomus, vyresni asmenys dažniau negalėjo sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti, per daug nerimavo dėl įvairių dalykų ir jautė baimę, tarsi galėtų nutikti kažkas baisaus. Šie rezultatai prisideda ir patvirtina panašius rezultatus, gautus Grover ir kitų (2019) tyrime, kuriame dažniausiai vyresniame amžiuje



pasireiškiantys nerimo simptomai buvo nervingumas, nerimastingumas ar didelė įtampa, negalėjimas sustabdyti nerimo ar jo kontroliuoti ir sunkumas atsipalaiduoti.

Įvertinus nerimo sąsajas su tam tikrais kintamaisiais, nustatyta, kad didesnis nerimas siejosi su aukštesniais depresijos simptomų įverčiais, dažnesnėmis mintimis apie savižudybę, patiriamų simptomų trukme ir fiziniais skausmais. Reikšmingų ryšių nebuvo nustatyta tarp nerimo intensyvumo ir sirgimo lėtinėmis ligomis bei amžiaus. Rastos sąsajos atsiskleidžia ir kituose tyrimuose, kuriuose matomas teigiamas ryšys tarp depresijos ir nerimo simptomų išreikštumo (Braam et al., 2014) bei teigiamos nerimo sąsajos su rizikingesnėmis mintimis apie savižudybę (Almeida et al., 2012). Matoma, kad nerimo simptomai dažniau pasireiškia tiems asmenims, kurie turi sunkesnius depresijos simptomus ir jie tęsiasi ilgesnį laiką (Lamers et al., 2011). Nerimo sąsajos su fiziniais skausmais ir nusiskundimais gali būti paaiškinti matoma aukšta depresijos simptomų našta ir padidėjusiu funkcinio apribojimu tais atvejais, kai kartu eina nerimo sutrikimas (Braam et al., 2014), nustatyta, kad stipriau išreikšti nerimo simptomai siejosi su labiau apribojančiu skausmu (De Heer et al., 2014).

Įvertinus, kaip mintys apie savižudybę pasireiškia esant skirtingam depresijos lygiui, nustatyta, kad dažniausiai mintys apie nebuvimą ar savęs žalojimą pasireiškė esant sunkesniems depresijos simptomams. Tai prisideda prie Rossom ir kitų (2017) tyrimo rezultatų, kuriame rastas minčių apie savižudybę stiprėjimas, pasireiškiant labiau išreikštiems depresijos simptomams. Vertinant minčių apie savižudybę pasireiškimą vidutinio ir vyresnio amžiaus grupėms, gaunami nevienareikšmiai rezultatai – vertinant neklinikines imtis Forkmann ir kiti (2012) skirtumų tarp grupių nenustatė, o Cabello ir kiti (2020) nustatė rizikingesnes mintis apie savižudybę vyresnio amžiaus asmenims. Kiti tyrimai nerodo minčių apie savižudybę skirtumų tarp amžiaus grupių, nors buvo tiriama klinikinė imtis (Rossom et al., 2017) arba nustato dažniau pasireiškiančias suicidines mintis vidutinio amžiaus tyrimo dalyviams (Hybels et al., 2012). Šio tyrimo rezultatai neatskleidė minčių apie savižudybę skirtumų tarp grupių. Nevienareikšmiai rezultatai gali atsiskleisti dėl skirtingo amžiaus grupių rėžių ir tyrimo dalyvių specifikos.

#### 4.4 Depresyvumo prognostiniai veiksniai

Galiausiai buvo siekiama išsiaiškinti vidutinio ir vyresnio amžiaus asmenų depresyvumo prognostinius veiksnius. Buvo atliktos dvi daugialypės tiesinės regresijos analizės, vienoje priklausomas kintamasis buvo Geriatrinės depresijos skalės (15) suminis balas, kitoje – Paciento sveikatos klausimyno (9) suminis balas. Buvo kontroliuojamas vaistų ir homeopatinių vaistų vartojimas bei ankstesnis ir dabartinis lankymasis pas psichologą ar psichiatrą. Pirmoje regresinėje analizėje, kurioje priklausomas kintamasis buvo bendras Geriatrinės depresijos skalės (15) balas, nustatyta, kad prastesnis finansinės situacijos vertinimas ir mažesnis artimų žmonių, su kuriais gali

pasikalbėti, skaičius prognozavo sunkesnius depresijos simptomus. Antroje regresinėje analizėje, kurioje buvo remiamasi Paciento sveikatos klausimyno (9) bendru balu, nustatyta, kad be finansinės situacijos ir artimų žmonių skaičiaus, sunkesnę depresiją prognozavo ankstesnis lankymasis pas psichologą arba psichiatrą, fizinių skausmų ar nusiskundimų turėjimas ir ilgesnė prastos savijautos trukmė. Šios analizės parodė skirtingus rezultatus, gali būti, jog fiziniai skausmai ar nusiskundimai nebuvo reikšmingas prognostinis veiksnys atsižvelgiant į Geriatriinę depresijos skalę (15) dėl to, jog joje nėra vertinami somatiniai depresijos simptomai, į kuriuos yra atsižvelgiama Paciento sveikatos klausimyne (9). Viena vertus, gali būti, jog patiriamų fizinių skausmų sukelti simptomai persidengia su somatiniais depresijos simptomais todėl matoma jų prognostinė vertė antroje regresinėje analizėje, tačiau kartu gali būti, kad Geriatriinė depresijos skalė (5) parodo ne pilną depresijos vaizdą ir tam tikri svarbūs somatiniai depresijos simptomai yra neįvertinami (Mehra et al., 2017). Tai, kad ankstesnis lankymasis pas psichologą ar psichiatrą prognozuoja sunkesnius depresijos simptomus yra netikėti rezultatai, tačiau gali būti, jog asmenys patiriantys sunkius depresijos simptomus, kurie labiau neigiamai veikia gyvenimą, dažniau kreipiasi į psichikos sveikatos specialistus.

Nustatyta, kad amžius nebuvo reikšmingas depresijos prognostinis veiksnys, tačiau visi kintamieji, kurie prognozavo sunkesnę depresiją – prastesnis finansinės situacijos vertinimas, fizinių skausmų turėjimas, mažesnis artimų žmonių skaičius ir ilgesnė prastos savijautos trukmė buvo labiau būdingi vyresnio amžiaus asmenims nei vidutinio amžiaus asmenims. Vertinant visus depresiją prognozuojančius veiksnius amžiaus svarba išnyksta, tačiau atskirai skirtumai pasireiškia. Prognozuojant depresiją yra svarbesnių veiksnių nei amžius, tačiau su amžiumi keičiasi daug dalykų, kas daro vyresnius asmenis pažeidžiamesnius depresijai.

Nustatyta, kad lytis, išsilavinimas, darbinė veikla, šeimyninė padėtis ir sirgimas lėtinėmis ligomis neprognozavo depresijos. Šie rezultatai iš dalies patvirtinami ir kituose tyrimuose, tačiau gaunami rezultatai nevienareikšmiai. Atsižvelgiant į lytį, Arias-de la Torre ir kitų (2021) tyrime nustatyta, kad moterims dažniau nustatomas depresijos sutrikimas nei vyrams, tačiau depresijos simptomų sudėtingumas tarp lyčių varijavo skirtinguose amžiaus tarpsniuose (Abrams & Mehta, 2019). Kituose tyrimuose nenustatyta lyties prognostinių veiksnių (Kroenke et al., 2011). Šiame tyrime lytis galėjo neatskleisti kaip prognostinis depresijos veiksnys dėl mažesnio vyrų įsitraukimo į dalyvavimą tyrime, kas gali rodyti, kad surinkta vyrų imtis yra specifiška. Vertinant darbinę veiklą, tyrimai rodo, kad išėjimas į pensiją yra rizikos veiksnys suprastėjusiai psichinei sveikatai (Curran et al., 2020), tačiau nustatyta, kad tik vyrams darbinė veikla siejosi su silpnesniais depresijos simptomais (Faramarzi et al., 2017). Vidutinio amžiaus asmenims nedarbas reikšmingiau prisidėjo prie sunkesnių depresijos simptomų tais atvejais, kai nedarbas tęsėsi ilgesnį laiką (Zuelke et al., 2018). Tyrimo rezultatai atskleidė, kad išsilavinimas taip pat nebuvo reikšmingas prognostinis depresijos veiksnys. Dauguma kitų atliktų tyrimų tai patvirtina (Kroenke et al., 2011; Ng et al., 2014; Cross Denny &

Robinson, 2017). Nors kituose tyrimuose randama, kad antrosios pusės netektis (Padayachey et al., 2017) ar gyvenimas išsiskyrus (Kamiya et al., 2013) siejasi su stipriau išreikštais depresijos simptomais, palyginus su susituokusiais asmenimis, šiame tyrime šeimyninė padėtis neprognozavo depresijos. Gali būti, kad depresijos ir gedulo simptomai persidengia (Padayachey et al., 2017), todėl būtų svarbu įvertinti, kada buvo susidurta su netektimi, nes neseniai patirtos netektys gali sukelti stipresnius depresijos simptomus. Taip pat rasta, kad ir susituokę asmenys gali turėti prastesnius psichikos sveikatos rodiklius, jei patiria įtampą santykiuose ar jaučia mažą sutuoktinio palaikymą (Curran et al., 2020). Be to, tyrimai rodo, kad ilgainiui suaugę asmenys priima skyrybų faktą ir tai neveikia jų psichinės sveikatos, reikšmingesni skyrybų ryšiai atsiskleidžia tik nedidelei daliai asmenų (Sbarra 2015). Kartu, svarbu ne tik šeimos statusas, bet ir kiti socialiniai santykiai, gali būti, jog jei yra sukurtas artimas socialinis tinklas platesniame kontekste, šeimyninė situacija nebėra toks stiprus veiksnys depresijai pasireikšti (Stahl et al., 2017).

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad prastesnis finansinės situacijos vertinimas, fiziniai skausmai, ilgesnė prastos savijautos trukmė ir mažas artimų žmonių skaičius prognozavo depresiją. Vertinant finansinę situaciją, kituose tyrimuose atsiskleidžia skirtingi finansinės situacijos ir depresyvumo ryšiai. Cross-Denny ir Robinson (2017) nustatyta, kad ekonominis stabilumas nebuvo reikšmingas numatomas kintamasis depresijai pasireikšti, nors Horackova ir kitų (2019) tyrime rasti priešingi rezultatai. Šis tyrimas prisideda prie geresnio finansinės situacijos ir depresijos ryšių supratimo. Vis dėlto tyrimuose finansinė situacija matuojama skirtingai, tai ir gali prisidėti prie nevienareikšmių rezultatų. Šiame tyrime buvo atsižvelgiama į subjektyvų savo finansinės situacijos vertinimą, kas gali prisidėti prie didesnės šio kintamojo prognostinės vertės, nes subjektyvus patyrimas gali būti svarbesnis nei objektyvus, kuris gali būti skirtingai suvokiamas priklausomai nuo gyvenimo sąlygų, kartu, gali būti jog depresyvesni asmenys prasčiau vertina savo finansinę situaciją nei mažiau depresyvūs. Kalbant apie socialinius ryšius, tyrimai randa tvirtus ryšius tarp depresijos ir socialinių ryšių (Cross Denny & Robinson, 2017; Curran et al., 2020). Šis tyrimas prisideda prie kituose tyrimuose gautų rezultatų.

Vertinant tyrimo dalyvių fizinę sveikatą, buvo nustatyta, kad lėtinės ligos neturėjo prognostinės vertės depresijai pasireikšti, o fiziniai skausmai turėjo. Kitų mokslininkų tyrimuose, kuriuose analizuojamas fizinių ligų ir depresijos ryšys, dažniausiai išskiriama, kad nustatomas teigiamas ryšys tais atvejais, kai tai stipriai paveikia asmenų funkcionavimą, apriboja galimybes užsiimti mėgiamomis veiklomis (Cross Denny & Robinson, 2017; Curran et al., 2020). Gali būti, jog fiziniai skausmai ar nusiskundimai labiau apriboja asmenis, sunkiau su jais susigyventi, nei su lėtinėmis ligomis, todėl jie turi didesnius ryšius su sunkesne depresijos forma. Nors tam tikri tyrimai randa ryšius tarp depresijos ir lėtinių ligų, kurios siejasi su chroniška depresijos eiga (Hegeman et al., 2017), gali būti, kad asmenys su laiku išmoksta gyventi su lėtinėmis ligomis, todėl jos taip stipriai neveikia

jų psichinės sveikatos. Tai patvirtina ir Schaakxs ir kitų (2017) tyrimas, kuriame nustatyta, kad lėtinės ligos ir somatiniai skausmai labiau paveikė jaunesnius asmenis nei vyresnius, taip gali būti dėl to, nes jaunesniame amžiuje gyvenamas aktyvesnis gyvenimas ir su turimais fiziniais simptomais sunkiau prie jo prisitaikyti.

#### 4.5 Tyrimo ribotumai ir tolimesnių tyrimų kryptys

Nors šis tyrimas atskleidė svarbius vyresnio amžiaus asmenų depresijos aspektus, svarbu įvertinti tyrimo ribotumus. Vienas iš tyrimo ribotumų – tyrimo dalyvių buvo prašoma sudalyvauti internetinėje apklausoje, kuri buvo skelbiama socialiniuose tinkluose. Gali būti, jog vyresni asmenys mažiau naudojami socialiniais tinklais, ištraukia į dalyvavimą tyrimuose. Tai ypač galėjo sietis su maža vyrų imtimi šiame tyrime. Taip pat šiame tyrime buvo santykinai nedidelė pačių vyriausių asmenų grupė – ši grupė yra sunkiau pasiekama, tačiau gali būti, kad ir mažiau naudojami socialiniais tinklais. Nors šiame tyrime buvo vertinami prognostiniai depresijos veiksniai, negalima kalbėti apie šių veiksnių daromą įtaką pasireiškiantiems depresijos simptomams. Taip pat depresijos simptomų išreikštumui gali būti svarbūs ir kiti prognostiniai veiksniai, kurie nebuvo įtraukti šiame tyrime, pavyzdžiui, vaikystės trauminės patirtys, asmenybės bruožai. Tolimesniuose tyrimuose būtų svarbu surinkti įvairesnę ir tolygiau pasiskirsčiusią tyrimo dalyvių imtį, įvertinti ir kitus galimai svarbius veiksnius depresijos simptomų pasireiškimui.

#### 4.6 Praktinės rezultatų pritaikymo galimybės

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad vyresni asmenys patiria depresijos simptomus, kurie yra sunkesni nei vidutinio amžiaus asmenų. Taip pat jiems labiau būdingi somatiniai depresijos simptomai, jie dažniau turi fizinių skausmų ir lėtinių ligų. Gali būti, jog pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje daugiau dėmesio yra kreipiama į fizinę sveikatą ir neatsižvelgiama į tai, kad kartais tai gali būti depresijos sutrikimą identifikuojantys simptomai, kurie negydomi gali prisidėti prie chroniškos depresijos eigos arba sustiprinti patiriamus fizinius simptomus. Gali būti, kad po fiziniais skausmais slepiasi depresija, kurią gydant gerėtų ir fizinė sveikata. Kartu, svarbu įvertinti, kad kartu su depresija dažnai pasireiškia nerimas, kuris siejasi su užsitęsusia prasta savijauta, sunkesne depresija, fiziniais skausmais ir mintimis apie savižudybę. Taip pat šis tyrimas skatina atkreipti daugiau dėmesio į asmenis, kurie patiria fizinius skausmus, turi mažai artimųjų, prastai vertina savo finansinę situaciją bei jau kurį laiką jaučiasi prastai. Sveikatos priežiūros specialistai gali pritaikyti depresijos vertinimo instrumentus, kurie padėtų identifikuoti asmenis esančius rizikos grupėje depresijos sutrikimui

pasireikšti. Geresnis depresijos simptomų atpažinimas bei dėmesio atkreipimas į rizikos veiksnius gali prisidėti prie pasireiškiančios depresijos prevencijos ir efektyvesnio gydymo.

## IŠVADOS

1. Nustatyta, kad palyginus su vidutinio amžiaus asmenimis, vyresni asmenys prasčiau vertino savo finansinę situaciją, turėjo mažiau artimų žmonių, su kuriais galėjo pasikalbėti ir jų prasta savijauta tęsėsi ilgesnį laiką.
2. Ištirta, kad vyresnio amžiaus asmenims pasireiškė sunkesnė depresija, buvo labiau būdingi somatiniai depresijos simptomai nei vidutinio amžiaus asmenims.
3. Intensyvesnis nerimas pasireiškė vyresnio amžiaus asmenims, mintys apie savižudybę tarp skirtingo amžiaus grupių nesiskyrė. Nustatytos teigiamos sąsajos tarp nerimo ir depresyvumo, minčių apie savižudybę, patiriamų simptomų trukmės ir fizinių skausmų jautimo.
4. Sunkesnius depresijos simptomus prognozavo ankstesnis lankymasis pas psichologą ar psichiatrą, fizinių skausmų ar nusiskundimų turėjimas, prastesnis finansinės situacijos vertinimas, mažesnis artimų žmonių, su kuriais gali pasikalbėti, skaičius ir ilgesnė prastos savijautos trukmė.

## LITERATŪRA

- Aartsen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31–38. doi:10.1007/s10433-011-0175-7
- Abrams, L. R., & Mehta, N. K. (2019). Changes in depressive symptoms over age among older Americans: Differences by gender, race/ethnicity, education, and birth cohort. *SSM - Population Health*, 7, 100399. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100399
- Almeida, O. P., Draper, B., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., Pirkis, J., Byrne, G., Sim, M., Stocks, N., Flicker, L., & Pfaff, J. J. (2012). Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 201(6), 466–472. doi:10.1192/bjp.bp.112.110130
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Serrano-Blanco, A., Martín, V., Peters, M., ... Alonso, J. (2021). Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *The Lancet Public Health*, 6(10), e729-e738. doi:10.1016/S2468-2667(21)00047-5
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 489–496. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35
- Braam, A. W., Copeland, J. R., Delespaul, P. A., Beekman, A. T., Como, A., Dewey, M ... Skoog, I. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders*, 155, 266–272. doi:10.1016/j.jad.2013.11.011
- Bunevicius, R., Liaugaudaitė, V., Peceliuniene, J., Raskauskiene, N., Bunevicius, A., & Mickuviene, N. (2014). Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(1), 24-29. doi:10.3109/02813432.2013.873604
- Burns, R. A., Butterworth, P., Windsor, T. D., Luszcz, M., Ross, L. A., & Anstey, K. J. (2012). Deriving prevalence estimates of depressive symptoms throughout middle and old age in those living in the community. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 503–511. doi:10.1017/S1041610211002109
- Cabello, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Caballero, F. F., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., ... Borges, G. (2020). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation

- and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging & Mental Health*, 24(9), 1533–1542. doi:10.1080/13607863.2019.1603284
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., ... Härter, M. (2018). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 26(2), 174–185. doi:10.1016/j.jagp.2017.08.015
- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S., & Rodgers, B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: A structural equation modelling analysis of data from a general population sample. *Psychological Medicine*, 29(2), 325–339. doi:10.1017/S0033291798008150
- Cross-Denny, B., & Robinson, M. A. (2017). Using the Social Determinants of Health as a Framework to Examine and Address Predictors of Depression in Later Life. *Ageing International*, 42, 393–412. doi:10.1007/s12126-017-9278-6
- Cui, R., & Fiske, A. (2022). Relation Between Depression Symptoms and Suicide Risk in Adults and Older Adults: A Brief Report. *Journal of Applied Gerontology*, 41(1), 176–180. doi:10.1177/0733464820970849
- Curran, E., Rosato, M., Ferry, F., & Leavey, G. (2020). Prevalence and factors associated with anxiety and depression in older adults: Gender differences in psychosocial indicators. *Journal of Affective Disorders*, 267(February), 114–122. doi:10.1016/j.jad.2020.02.018
- Dagnino, P., Ugarte, M. J., Morales, F., González, S., Saralegui, D., & Ehrenthal, J. C. (2020). Risk Factors for Adult Depression: Adverse Childhood Experiences and Personality Functioning. *Frontiers in Psychology*, 11, 594698. doi:10.3389/fpsyg.2020.594698
- De Heer, E. W., Gerrits, M. M., Beekman, A. T., Dekker, J., van Marwijk, H. W., de Waal, M. W., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2014). The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PLOS ONE*, 9(10), e106907. doi:10.1371/journal.pone.0106907
- De Jonge, P., Mangano, D., & Whooley, M. A. (2007). Differential association of cognitive and somatic depressive symptoms with heart rate variability in patients with stable coronary heart disease: Findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 735–739. doi:10.1097/PSY.0b013e31815743ca
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M., & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 246, 82–88. doi:10.1016/j.jad.2018.12.043



- Faramarzi, M., Cheraghi, M., Zamani, M., Kheirkhah, F., Bijani, A., & Hosseini, S. R. (2017). Gender-Specific Predictors of Depressive Symptoms among Community Elderly. *Journal of Research in Health Sciences*, 17(2), e00377. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189917/>
- Forkmann, T., Brähler, E., Gauggel, S., & Glaesmer, H. (2012). Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(5), 401–405. doi:10.1097/NMD.0b013e31825322cf
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don't add up: Why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Medicine*, 13(1), 1-11. doi:10.1186/s12916-015-0325-4
- Fujise, N., Abe, Y., Fukunaga, R., Nakagawa, Y., Nishi, Y., Koyama, A., & Ikeda, M. (2016). Comparisons of prevalence and related factors of depression in middle-aged adults between urban and rural populations in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 190, 772–776. doi:10.1016/j.jad.2015.11.020
- García-Peña, C., Wagner, F. A., Sánchez-García, S., Espinel-Bermúdez, C., Juárez-Cedillo, T., Pérez-Zepeda, M., ... Gallo, J. J. (2013). Late-life depressive symptoms: prediction models of change. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 886–894. doi:10.1016/j.jad.2013.05.007
- Gerrits, M. M., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van der Horst, H., & Penninx, B. W. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 64–70. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.011
- Gerrits, M. M., van Oppen, P., Leone, S. S., van Marwijk, H. W., van der Horst, H. E., & Penninx, B. W. (2014). Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 14, 187. doi:10.1186/1471-244X-14-187
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 41, 66–72. doi:10.1016/j.ajp.2018.07.009
- Guerin, J. M., Copersino, M. L., & Schretlen, D. J. (2018). Clinical utility of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for use with young and middle-aged adults. *Journal of Affective Disorders*, 241(February), 59–62. doi:10.1016/j.jad.2018.07.038
- Hansson, I., Buratti, S., Thorvaldsson, V., Johansson, B., & Berg, A.I. (2018). Changes in Life Satisfaction in the Retirement Transition: Interaction Effects of Transition Type and Individual Resources. *Work, Aging and Retirement*, 4, 352-366. doi:10.1093/workar/wax025
- Hegeman, A. J. M., Kok, R. M., Van Der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275–281. doi:10.1192/bjp.bp.111.095950

- Hegeman, J. M., De Waal, M. W. M., Comijs, H. C., Kok, R. M., & Van Der Mast, R. C. (2015). Depression in later life: A more somatic presentation? *Journal of Affective Disorders*, *170*, 196–202. doi:10.1016/j.jad.2014.08.032
- Hegeman, J. M., van Fenema, E. M., Comijs, H. C., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & de Waal, M. (2017). Effect of chronic somatic diseases on the course of late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *32*(7), 779–787. doi:10.1002/gps.4523
- Hybels, C. F., Landerman, L. R., & Blazer, D. G. (2012). Age differences in symptom expression in patients with major depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(6), 601–611. doi:10.1002/gps.2759
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, *57*, 19–25. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.002
- Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. C., & Timonen, V. (2013). Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging and Mental Health*, *17*(3), 349–357. doi: 10.1080/13607863.2012.747078
- Kessler, R., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. A., & Shahly, V. (2010). Age Differences in Major depression: Results from the National Comorbidity Surveys Replication (NCS-R). *Psychological medicine*, *40*(2), 225–237. doi:10.1017/S0033291709990213.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., & Tu, W. (2011). Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *The Journal of Pain*, *12*(9), 964–973. doi:10.1016/j.jpain.2011.03.003
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(3), 341–348. doi:10.4088/JCP.10m06176blu
- Mehra, A., Grover, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2017). Symptom profile of depression in elderly: Is assessment with geriatric depression rating scale enough?. *Journal of Geriatric Mental Health*, *4*(18). doi:10.4103/2348-9995.208605.

- Ng, C. W., Tan, W. S., Gunapal, P. P., Wong, L. Y., & Heng, B. H. (2014). Association of Socioeconomic Status (SES) and Social Support with Depressive Symptoms among the Elderly in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine*, 43(12), 576–587. <https://annals.edu.sg/pdf/43VolNo12Dec2014/V43N12p576.pdf>
- Oon-Arom, A., Wongpakaran, T., Kuntawong, P., & Wongpakaran, N. (2020). Attachment anxiety, depression, and perceived social support: a moderated mediation model of suicide ideation among the elderly - ERRATUM. *International Psychogeriatrics*, 32(8), 1009. doi:10.1017/S1041610220001581
- Overend, K., Bosanquet, K., Bailey, D., Foster, D., Gascoyne, S., Lewis, H., ... Chew-Graham, C. (2015). Revealing hidden depression in older people: a qualitative study within a randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, 16(145). doi:10.1186/s12875-015-0362-2.
- Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*, 59(33). doi:10.4102/safp.v59i2.4536.
- Rossom, R. C., Coleman, K. J., Ahmedani, B. K., Beck, A., Johnson, E., Oliver, M., & Simon, G. E. (2017). Suicidal ideation reported on the PHQ9 and risk of suicidal behavior across age groups. *Journal of Affective Disorders*, 215(March), 77–84. doi:10.1016/j.jad.2017.03.037
- Santrock, J. W. (2011). *Life-span development*. New York: McGraw-Hill.
- Sbarra D. A. (2015). Divorce and health: current trends and future directions. *Psychosomatic Medicine*, 77(3), 227–236. doi:10.1097/PSY.0000000000000168
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 47(3), 543–552. doi:10.1017/S0033291716002579
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., Lamers, F., Kok, R. M., Beekman, A., & Penninx, B. (2018). Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 581–590. doi:10.1016/S2215-0366(18)30166-4
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., van der Mast, R. C., Schoevers, R. A., Beekman, A., & Penninx, B. (2017). Risk Factors for Depression: Differential Across Age?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(9), 966–977. doi:10.1016/j.jagp.2017.04.004
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165–173. doi:10.1300/J018v05n01\_09
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.

doi:10.1001/archinte.166.10.1092

- Stahl, S. T., Beach, S. R., Musa, D., & Schulz, R. (2017). Living alone and depression: the modifying role of the perceived neighborhood environment. *Aging & Mental Health, 21*(10), 1065–1071. doi:10.1080/13607863.2016.1191060
- Taylor, W. D. (2014). Clinical practice. Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine, 371*(13), 1228–1236. doi:10.1056/NEJMcp1402180
- Thompson, A. H., & Bland, R. C. (2018). Gender similarities in somatic depression and in DSM depression secondary symptom profiles within the context of severity and bereavement. *Journal of Affective Disorders, 227*, 770–776. doi:10.1016/j.jad.2017.11.052
- Tiller J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal of Australia, 199*(S6), S28–S31. doi:10.5694/mja12.10628
- Voshaar, R. C., van der Veen, D. C., Kapur, N., Hunt, I., Williams, A., & Pachana, N. A. (2015). Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. *International Psychogeriatrics, 27*(7), 1197–1205. doi:10.1017/S1041610215000125
- WHO (2017). Depression and Other Common Mental Health Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2020). Depression. Fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Zuelke, A. E., Luck, T., Schroeter, M. L., Witte, A. V., Hinz, A., Engel, C ... Riedel-Heller, S. G. (2018). The association between unemployment and depression-Results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of Affective Disorders, 235*, 399–406. doi:10.1016/j.jad.2018.04.073

## PRIEDAI

### 1 priedas. Demografinių ir kitų charakteristikų anketa.

Demografiniai klausimai
<p>Amžius (įrašykite, kiek jums pilnų metų): *</p> <p>Jūsų atsakymas _____</p>
<p>Jūsų lytis: *</p> <p><input type="radio"/> Moteris</p> <p><input type="radio"/> Vyras</p>
<p>Išsilavinimas: *</p> <p><input type="radio"/> Pradinis</p> <p><input type="radio"/> Pagrindinis</p> <p><input type="radio"/> Vidurinis</p> <p><input type="radio"/> Aukštasis</p> <p><input type="radio"/> Kita: _____</p>
<p>Šeimyninė padėtis: *</p> <p><input type="radio"/> Vienišas (-a)</p> <p><input type="radio"/> Išsiskyręs (-usi)</p> <p><input type="radio"/> Našlys (-ė)</p> <p><input type="radio"/> Gyvenu su partneriu/partnere</p> <p><input type="radio"/> Susituokęs (-usi)</p>

Gyvenamoji vieta: \*

- Didmiestis (Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai)
- Miestas
- Kaimas
- Vienkiemis

Darbinė veikla (galite pažymėti daugiau nei vieną atsakymą): \*

- Dirbu
- Nedirbu
- Esu pensijoje
- Studijuoju

Kaip vertinate savo finansinę situaciją? \*

- Labai bloga
- Bloga
- Vidutinė
- Gera
- Labai gera

Ar turite fizinių skausmų ar nusiskundimų? \*

- Ne
- Taip

Ar sergate lėtinėmis ligomis? \*

- Ne
- Taip

Ar vartojate vaistus? \*

- Ne  
 Taip

Ar vartojate homeopatinius/nereceptinius vaistus? \*

- Ne  
 Taip

Kiek laiko tęsiasi Jūsų prasta savijauta? (nurodykite mėnesiais) \*

Jūsų atsakymas \_\_\_\_\_

Ar esate lankęsi pas psichologą/psichiatrą dėl patiriamų simptomų? \*

- Ne  
 Taip

Ar dabar lankotės pas psichologą/psichiatrą dėl patiriamų simptomų? \*

- Ne  
 Taip

Kiek turite artimų žmonių su kuriais galite atvirai pasikalbėti, reikalui esant kreiptis pagalbos (įrašykite skaičių)? \*

Jūsų atsakymas \_\_\_\_\_