



VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

Eglė Skurkaitė

**Vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės ir gyvenimo kokybės
sąsajos**

Magistro darbas

Sveikatos psichologijos studijų programa

Darbo vadovė: doc. dr. Rūta Sargautytė

Vilnius, 2022

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS.....	8
1.1. Savo senėjimo suvokimas	8
1.1.1 Subjektyvaus senėjimo samprata.....	8
1.1.2 Savo senėjimo suvokimo sąvoka.....	9
1.1.3 Savo senėjimo suvokimo svarba vyresniame amžiuje	11
1.2. Sveikatos kontrolės lokusas	13
1.2.1. Sveikatos kontrolės lokuso sąvoka.....	13
1.2.2 Sveikatos kontrolės lokuso sąsajos su kintančiais ir pastoviais veiksniais	13
1.2.3 Sveikatos kontrolės lokuso svarba.....	15
1.2.4 Įsitikinimų apie sveikatos kontrolę ir savo senėjimo suvokimo sąsajos	16
1.3. Gyvenimo kokybė.....	17
1.3.1 Gyvenimo kokybės samprata vyresniame amžiuje	17
1.3.2 Gyvenimo kokybės ir savo senėjimo suvokimo sąsajos.....	19
1.4. Tyrimo tikslas, uždaviniai.....	20
2. TYRIMO METODIKA.....	21
2.1. Tyrimo dalyviai.....	21
2.2. Tyrimo instrumentai	21
2.3. Tyrimo eiga.....	26
2.4. Duomenų analizės metodai	26
3. REZULTATAI.....	27
3.1. Aprašomoji statistika	27
3.2. Savo senėjimo suvokimo bei gyvenimo kokybės ryšys.....	31
3.3. Sveikatos kontrolės lokuso bei gyvenimo kokybės ryšys.....	32
3.4 Savo senėjimo suvokimo ir sveikatos kontrolės lokuso ryšys.....	33
3.4. Gyvenimo kokybės prognostiniai veiksniai.....	34
4. REZULTATŲ APTARIMAS	41
5. IŠVADOS.....	48
6. LITERATŪRA.....	49
PRIEDAI	57

SANTRAUKA

Vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės ir gyvenimo kokybės sąsajos, Eglė Skurkaitė, Vilnius: Vilniaus universitetas, 2022, 61 psl.

Gyvenimo trukmė ilgėja ir vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybės gerinimas yra aktuali problema. Kadangi senėjimas yra neišvengiama ilgo gyvenimo dalis, dažnai siejama ir su sveikatos prastėjimu, šiame darbe buvo siekiama išsiaiškinti, ar savo senėjimo suvokimas, įsitikinimai apie sveikatos kontrolę ir gyvenimo kokybę yra susiję veiksniai bei nustatyti prognostinius gyvenimo kokybės kintamuosius. Tyrimo tikslas - nustatyti vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės ir gyvenimo kokybės sąsajas. Tyrime dalyvavo 143 respondentai, iš kurių 109 (76,2 %) buvo moterys, o 34 (23,8 %) – vyrai bei, kurių amžius svyravo nuo 55 iki 89 m. ($M = 60,74$, $SD = 7,56$). Dalyviai užpildė Trumpąjį savo senėjimo klausimyną, Daugiamatę sveikatos kontrolės lokuso skalę ir Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės sutrumpintą klausimyną. Rezultatai parodė, kad tarp teigiamo savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės egzistuoja teigiamas ryšys, o tarp neigiamo savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės – neigiamas ryšys. Vidinis sveikatos kontrolės lokusas teigiamai siejasi su gyvenimo kokybe, atsitiktinis su ja siejosi neigiamai, kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas neigiamai siejosi su fizinės sveikatos sritimi. Atsitiktinis ir kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas teigiamai siejosi su neigiamu savo senėjimo suvokimu. Vidinis sveikatos kontrolės lokusas teigiamai siejosi su teigiamu savo senėjimo suvokimu, o neigiamai – su dvejais neigiamą suvokimą rodančiais komponentais. Savo senėjimo suvokimas buvo svarbus prognozuojant tris iš keturių gyvenimo kokybės sričių. Kai buvo kontroliuojamas savo senėjimo suvokimas, sveikatos kontrolės lokusas prognozavo tik pasitenkinimą fizine sveikata.

Raktiniai žodžiai: savo senėjimo suvokimas, sveikatos kontrolės lokusas, gyvenimo kokybė, vyresnis amžius.

SUMMARY

Relationships between self-perception of aging, health control and quality of life among older adults, Eglė Skurkaitė, Vilnius: Vilniaus University, 2022, 61 p.

Life expectancy is increasing and improving quality of life of older adults is an important issue. As ageing is an inevitable part of a long life and as it is often associated with worsening health, in this study, we wanted to analyse whether self-perception of aging, beliefs about health control and the quality of life are related to each other. Also, we wanted to identify predictors of the quality of life. The aim of this study was to establish relationships between self-perception of aging, health locus of control and quality of life among older adults. 143 participants aged 55 to 89 ($M = 60,74$, $SD = 7,56$) of which 109 (76,2 %) were female and 34 (23,8 %) were male completed Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ), Multidimensional Health Locus of Control Scale and THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire. Results showed that positive self-perception of ageing correlated positively with quality of life whilst negative self-perception of ageing correlated negatively with quality of life. Internal health locus of control correlated positively with quality of life, chance health locus of control correlated negatively and powerful others health locus of control correlated negatively with the physical health component. Chance and powerful other health locus of control both correlated positively with negative self-perception of ageing. Internal health locus of control correlated positively with positive self-perception of ageing and negatively correlated with two components, showing negative self-perception of ageing. Self-perception of ageing was an important predictor of three out of four quality of life domains. When controlling for self-perception of ageing, health locus of control was important predictor only of the physical health domain of quality of life.

Key Words: self-perception of ageing, health locus of control, quality of life, older adults

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Vyresnio amžiaus asmuo – Europos Sąjungoje dažniausiai taip apibrėžiamas vyresnis nei 55 metų amžiaus asmuo (Green et al., 2013), tačiau vieningo apibrėžimo šiai sąvokai nėra ir mokslinėje literatūroje ši sąvoka dažnai siejama su 50, 55 ar 60 m. amžiaus riba.

Savo senėjimo suvokimas – tai subjektyvus, daug komponentų turintis senėjimo patyrimas, apimantis asmeninį individo požiūrį ir jo asmenines patirtis (Westerhof & Wurm, 2015).

Sveikatos kontrolės lokusas – tai žmogaus įsitikinimai apie jo sveikatos kontrolę, atspindintys, kiek jis tiki, jog pats nulemia savo sveikatą bei, kiek ją lemia išoriniai veiksniai – atsitiktinumas ar kitų asmenų įtaka (Wallston, 1978).

Gyvenimo kokybė – tai individo padėties gyvenime suvokimas, atsižvelgiant į kultūrinės ir vertybinės sistemas, kuriose jis gyvena bei į asmeninius tikslus, viltis, normas ir interesus (The WHOQOL Group, 1998).

PRATARMĖ

Gera žinoma, jog gyvenimo trukmė ilgėja ir visame pasaulyje visuomenės sensta (WHO, 2015). Šis demografinis pokytis atsispindi ir moksliniuose tyrimuose, kuriuose pastaraisiais dešimtmečiais vis daugėja vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybės tyrimų (Fernández-Ballesteros, 2011). Literatūroje sunku rasti vieningą gyvenimo kokybės apibrėžimą, dažnai sąvoka painiojama su kitomis – gerovės, pasitekinimo gyvenimu, laimės sąvokomis. Nepaisant nesutarimų, gyvenimo kokybės tyrimo svarba išlieka, nes svarbu ieškoti, kaip galima prisidėti prie vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybės gerinimo.

Vienas iš svarbių veiksnių, susijusių su gyvenimo kokybe vyresniame amžiuje, gali būti savo senėjimo suvokimas. Senėjimas yra neišvengiama gyvenimo dalis ir visuomenėje vis dar paplitę įvairūs stereotipai apie vyresnio amžiaus asmenis, o taip pat ir tikėjimas, jog jie yra našta visuomenei. Tai, kiek vyresni asmenys pritaria šiems stereotipams, o kartu tai, kaip jie patys suvokia ir patiria savo senėjimo procesą – mato senėjimą kaip besitęsiančią raidą ar kaip neišvengiamus sveikatos, kognityvinius ar socialinio statuso praradimus, gali būti svarbi dalis to, kaip jie suvokia save ir savo gyvenimo kokybę. Autoriai, analizavę savo senėjimo suvokimą ir gyvenimo kokybę kartu (Hickey, et al., 2010, Ingrand et al., 2018), patvirtina, jog šie konstruktai yra susiję, tačiau tokių tyrimų nėra daug.

Vyresnis amžius yra susijęs su dažnėjančiomis sveikatos problemomis ir tai pastebima gyvenimo kokybės tyrimuose, kuriuose vyresni asmenys išskiria sveikatos svarbą, nurodo sveikatą, kaip reikšmingą gyvenimo kokybės veiksnį. Nors žinoma, jog sveikatai palankus elgesys gali padėti ligų prevencijai, tačiau ši informacija dažnai yra ignoruojama ir tai gali rodyti, kad individai netiki, jog jie kontroliuoja savo sveikatą. Įsitikinimai apie sveikatos kontrolę yra plačiai analizuojami ir siejami su įvairiomis svarbiomis pasekmėmis sveikatai ir gerovei (Cheng et al., 2016). Autoriai, analizavę įsitikinimų apie kontrolę ir gyvenimo kokybės sąsajas (Milte et al., 2015), išsiaiškino, jog asmenys, tikintys, jog vidiniai veiksniai kontroliuoja jų savo sveikatos būklę, pasižymi aukštesne gyvenimo kokybe, tačiau tokių tyrimų trūksta.

Tikėtina, kad asmenys, neigiamai suvokiantys savo senėjimą ir siejantys jį su neišvengiamu sveikatos prastėjimu, netiki galintys kontroliuoti savo sveikatą, taip nedėdami pastangų jos tausojimui, o kartu gyvenimo kokybės gerinimui. Iš tiesų, savo senėjimo suvokimas ir įsitikinimai apie sveikatos kontrolę atrodo susiję (Sargent-Cox & Anstey, 2015), visgi, tyrimų, analizuojančių abu konstruktus kartu taip pat trūksta, o ypač vyresnio amžiaus imtyse. Taigi, nors savo senėjimo suvokimas ir įsitikinimai apie sveikatos kontrolę atrodo svarbūs veiksniai vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybei, tačiau tyrimų, analizuojančių visų šių konstrukto ryšius, stokojama. Kadangi tokia analizė gali padėti suprasti kaip galima prisidėti prie vis didėjančios populiacijos dalies

gyvenimo kokybės gerinimo, šiuo tyrimu siekiama išsiaiškinti savo senėjimo suvokimo, įsitikinimų apie savo sveikatos kontrolę ir gyvenimo kokybės sąsajas.

1. ĮVADAS

1.1. Savo senėjimo suvokimas

1.1.1 Subjektyvaus senėjimo samprata

Gyvenimo eigoje žmonės mąsto apie savo amžių, interpretuoja jį, priskiria jam tam tikras savybes (pavyzdžiui, tai, kad ligos ar išmintis yra būtina senatvės dalis) ir galima pastebėti, kad senėjimas yra labai subjektyvi, o ne tik tiksli kalendoriuje apibrėžta sąvoka. Iš tiesų, chronologinis amžius žmogaus suvokimui ir raidai reikšmingiausias yra tik pirmaisiais gyvenimo metais. Jau paauglystėje individai pradeda suvokti savo amžių lanksčiau, labiau psichologiškai, jaučiasi vyresni nei iš tiesų yra, o nuo gyvenimo vidurio jaučiasi arba jaunesni, arba vyresni (Weiss & Weiss, 2019; Rubin & Bernsten, 2006; Montepare, 2009). Pirmoje gyvenimo pusėje žmonės dažniausiai nori būti vyresni, nes vyresnis amžius yra siejamas su geresniais gebėjimais, įgūdžiais ir privilegijomis, tačiau antroje gyvenimo pusėje vyresnis amžius jau siejamas su gebėjimų, įgūdžių ir privilegijų praradimu (Weiss & Weiss, 2019). Taigi, subjektyvaus amžiaus vertinimas bei jo tyrimai leidžia pamatyti, kaip žmonės save suvokia, kaip patiria bei vertina savo gyvenimą ir save.

Empirinius subjektyvaus amžiaus tyrimus 20a. šeštame dešimtmetyje pradėjo tyrėjai, kuriuos domino suaugusių žmonių požiūris į senėjimą. Derbin, Sabatini ir Artt (1972) pateikė, jog subjektyvus amžius – tai sudėtingas asmeninis konstruktas, atspindintis skirtingus, subjektyviai suvokiamus „mano amžiaus tarpsnius“ (angl. *ages of me*) arba tai, kaip individai suvokia savo jausmus, išvaizdą, elgesį ir kokie trokšta būti (cit. iš Montepare, 2009). Šiuolaikiniai subjektyvaus amžiaus tyrimai apima įvairias platesnes ir siauresnes sąvokas, o siekiant aiškumo, svarbu jas apsibrėžti. Požiūris į senėjimą yra bendras apibrėžimas, apibūdinantis žmogaus koncepcijas apie senyvo amžiaus žmones, senatvę ir senėjimą apskritai. Požiūrio į senėjimą sąvoka apima su amžiumi susijusius kultūrinius bei asmeninius stereotipus, subjektyvų senėjimo proceso suvokimą, subjektyvų amžiaus jausmą, su senėjimo procesu susijusius lūkesčius, savo senėjimo suvokimą, sąmoningumą apie su amžiumi susijusius pokyčius, subjektyvų artumą mirčiai ir dar daugiau (Wurm, Diehl, Kornadt, Westerhof, & Wahl, 2017; Diehl et al., 2014; Miche, Brothers, Diehl, & Wahl, 2015).

Apibrėžimuose galima pastebėti perskyrą tarp išminktų stereotipų apie senėjimą bei subjektyvaus, asmeninio savo senėjimo suvokimo ar savo amžiaus pojūčio. Su amžiumi susiję stereotipai - tai įsitikimai, kuriais dalijamasi tarpusavyje, apie senėjimo procesą bei senus individus kaip grupę. Išskiriami kultūriniai amžiaus stereotipai, parodantys, kaip seni žmonės yra matomi ir vertinami tam tikroje visuomenėje, bei asmeniniai stereotipai – dalis kultūrinių stereotipų, kuriems tam tikras individas pritaria (Wurm et al., 2017).

Stereotipų įkūnijimo teorija teigia, kad stereotipai apie senus žmones išmokstami jauname amžiuje, kuomet priklausymas senų žmonių grupei yra tolimoje ateityje ir, kai šios grupės

menkinimas gali netgi didinti asmens savivertę. Tačiau senstant šie stereotipai tampa asmeniškai svarbūs ir yra pritaikomi jau nebe kitų asmenų grupei, o grupei, kuriai yra priklausoma ir tuo pačiu sau. Taip stereotipai yra įkūnijami ir įtraukiami į savasties suvokimą bei tampa save išpildančiomis pranašystėmis, turinčiomis įtakos žmogaus elgesiui, sveikatai, gerovei ir mirtingumui (Levy, 2009). Stereotipai yra daugiamačiai – t.y. jie apima tiek pageidaujamas, tiek nepageidaujamas savybes (Weiss & Weiss, 2019; Levy, 2009). Taip pat, Levy (2000) atliktas tyrimas parodė, kad stereotipai veikia asmenį ikisąmoningame lygmenyje. Šiame tyrime vyresniems žmonėms labai trumpai (55 milisekundes), kad nebūtų pasiektas sąmoningas suvokimas, buvo rodomi įvairūs būdvardžiai, įprasti visuomenėje kalbant apie senus žmones, pavyzdžiui, drebantys ir nukaršę ar pasitikintys savimi ir išmintingi. Vėliau tiriamieji turėjo rašyti ir po to buvo vertinamas jų raštas. Tyrimas parodė, kad asmenų, mačiusių neigiamus apibūdinimus, raštas buvo netvirtas ir nelygus palyginus su tais, kuriems buvo rodyti pozityvūs būdvardžiai, ir tai rodo, kad matyti, tačiau neįsisąmoninti būdvardžiai paveikė jų elgesį (cit. iš Levy, 2009).

Su amžiumi susiję stereotipai yra stipriai veikiami visuomenėje ir kultūroje paplitusio požiūrio į senėjimą. Kita vertus, subjektyvus senėjimas – tai sąvoka apie individualias senėjimo proceso ir buvimo senu patirtis, įskaitant subjektyvų amžiaus jausmą, kuris yra paremtas asmenine patirtimi, biografija, asmenybės savybėmis (Wurm et al., 2017). Subjektyvus amžiaus jausmas apibūdina tai, kokio amžiaus asmuo jaučiasi esąs lyginant su chronologiniu amžiumi, tyrimuose žmonių yra klausiama paprastų klausimų, tokių kaip „Kokio amžiaus tu jautiesi?“. Asmenys, kurių subjektyvus amžius yra jaunesnis nei chronologinis, dažnai pasižymi geresne psichologine gerove, geresne sveikata, kognityviniu funkcionavimu, netgi mažesniu mirtingumu (Spuling, Klusmann, Bowen, Kornadt, & Kessler, 2019). Atsakymai į tokius paprastus klausimus apie amžių kyla iš neformalaus, sunkiai išreiškiamo suvokimo apie save (angl. *tactic knowledge*) ar mąstymo apie savo paties mąstymą (angl. *metacognitive knowledge*). Platesnis įvertinimas ir subtilesni klausimai suteikia galimybę pamatyti, kaip šis savęs supratimas yra įgyjamas, internalizuojamas ir formuojamas kasdieniame gyvenime. Tokį įvertinimą leidžia atlikti pakankamai naujo subjektyvaus senėjimo literatūroje konstrukto „savo senėjimo suvokimas“ tyrimai. Senėjimo suvokimas yra analizuojamas siekiant plačiau suprasti suaugusiųjų subjektyvų savo senėjimo patyrimą ir apima daug informacijos (Diehl et al., 2014).

1.1.2 Savo senėjimo suvokimo sąvoka

Savo senėjimo suvokimas yra daugiamatis konstruktas ir apima tiek neigiamą, tiek teigiamą patyrimą (Keller, Leventhal, & Larson, 1989, Diehl et al., 2014; Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001; Wurm et al. 2017). Keller ir kiti (1989) atliko kokybinį tyrimą su 50 – 80 m. amžiaus asmenimis ir išskyrė penkis senėjimo patirties matmenis: 1) senėjimas – tai natūralus ir laipsniškas procesas; 2) tai gyvenimo vertinimo, filosofinės refleksijos ar padidėjusios išminties ir brandumo laikotarpis; 3) laikas turėti daugiau laisvės, susirasti naujų hobijų, sulaukti mažiau reikalavimų; 4) tai fizinės sveikatos sunkumų ir su sveikata susijusių rūpesčių laikas; bei 5) praradimų, susijusių su tarpasmeniniais santykiais ir darbu, laikas. Steverink ir kiti (2001) apklausė 4838 40-85 m. amžiaus asmenis apie jų senėjimo procesą, identifikavo tris senėjimo patirties matmenis įvairiose srityse, tokiose kaip sveikata, socialiniai kontaktai, asmenybė, veiklos ir pan. Vienas matmuo yra susijęs su fizinių gebėjimų ir sveikatos blogėjimu, antrasis yra susijęs su besitęsiančiu augimu ir asmenine raida, o trečiasis – su praradimais socialinėje srityje, tokiais kaip nebebuvimu kitiems reikalingu.

Galima pastebėti, kad išskiriama daugiau neigiamų nei teigiamų požiūrio į savo senėjimą aspektų, tačiau požiūris nėra vienmatis ir tik neigiamas. Naujesni tyrimai taip pat rodo, jog vyresni asmenys turi labiau neigiamą savo senėjimo suvokimą, pavyzdžiui, teigia, kad jų atmintis yra prastesnė nei jaunų žmonių, tačiau požiūris į savo senėjimą gali fokusuotis ir į pozityvius senėjimo proceso aspektus, tokius, kaip asmeninis augimas, didesnė patirtis ar asmeniniai pasiekimai (Wurm et al., 2017). Taigi, savo senėjimo suvokimas gali būti neigiamas – vertinamas kaip neišvengiamų praradimų laikotarpis arba teigiamas – siejamas su besitęsiančia raida, nuolatiniu savęs pažinimu.

Savo senėjimo suvokimas, kaip ir su amžiumi susiję stereotipai, tampa vis labiau asmeniškai svarbus (angl. *self relevant*) individo amžiaus eigoje. Žmonės įtraukia šį suvokimą į savasties sampratą ir jis daro įtaką elgesiui, senėjimo patyrimui ir senėjimo proceso vertinimui (Westerhof & Wurm, 2015). Ši įtaka nėra sąmoningai suvokiama, daugelis subjektyvių senėjimo patirčių yra apdorojamos ikisąmoningame implicitiniame lygmenyje ir asmenys dažnai gyvenime neįsisąmonina kaip jos veikia jų elgesį, mąstymą ar savijautą. Visgi, tinkamomis sąlygomis implicitinis suvokimas gali būti ištraukiamas į „dienos šviesą“ (eksplicinį lygmenį), pavyzdžiui, klausimynų pagalba (Diehl et al., 2014).

Taigi, nors senėjimo suvokimas ir amžiaus stereotipai yra skirtingi konstruktai, tačiau taip pat, jie veikia vienas kitą ir asmens turimus stereotipus gali pakeisti jo subjektyvi senėjimo patirtis. Įsitikinimai apie senus žmones, kaip grupę, gali tapti labiau pozityvūs žmonėms senstant arba pakisti po kritinių gyvenimo įvykių, tokių kaip suprastėjusi sveikata (Wurm et al. 2017). Kaip teigia Kornadt, Voss ir Rothermund (2017), kai vyresniame amžiuje žmonės pradeda patys identifikuotis kaip vyresni, su amžiumi susiję stereotipai ir savo senėjimo suvokimas pradeda susiliesti ir tampa labai panašiomis sąvokomis.

Savo senėjimo suvokimą lemiantys individualūs faktoriai gali būti tokie kaip asmeninės savybės, vertybės, svarbūs senesni žmonės (seneliai), patirtys, kartu ir asmeniniai stereotipai, o sociokultūrinio lygiu tai gali būti žinutės žiniasklaidoje, socialinė politika ar įvairios visuomenės institucijos. Svarbus yra ir amžius, nes nuo amžiaus vidurio augimą ir tobulėjimą su amžiumi vis labiau keičia praradimai, dėl to savo senėjimo suvokimas tampa vis labiau neigiamas (Westerhof & Wurm, 2015).

1.1.3 Savo senėjimo suvokimo svarba vyresniame amžiuje

Senėjimas yra dažnai siejamas su sveikatos ar kognityvinių gebėjimų praradimu, tačiau, tyrimai rodo, kad tai, kaip vyresni asmenys patys vertina savo sveikatą, yra susiję ne tik su jų amžiumi, o su tu, kaip jie suvokia savo senėjimą. Pavyzdžiui, Tovel, Carmel ir Raveis (2019) atliko longitudinalinį tyrimą, kuriame aiškinosi, kaip vyresni nei 75 m. amžiaus žmonės suvokia savo senėjimą ir vertina savo sveikatą, ir atrado, kad palankesnis savo senėjimo suvokimas teigiamai siejasi su savo fizinės ir psichinės sveikatos vertinimu. Tokie patys rezultatai buvo ir Schroyen ir kitų (2017) atliktame tyrime, kuriame šie konstruktai buvo vertinami vėžiu sergančių, vyresnių nei 65m. amžiaus, žmonių imtyje. Kaip teigia Diehl ir kiti (2014), savo senėjimo suvokimas tampa vis svarbesnis apie 40-50 metus ir teigiamai veikia sveikatą vėlesniame amžiuje.

Longitudiniai tyrimai taip pat rodo sąsajas tarp subjektyvaus senėjimo ir sveikatos. Gale ir Cooper (2018) atrado, kad neigiamas požiūris į senėjimą bendrai, vyresnių nei 60m amžiaus tiriamųjų imtyje, po 4 metų buvo susijęs su padidėjusiu fiziniu silpnumu, apibrėžiamu kaip sumažėjęs kūno svoris, išsekimas, sulėtėjęs ėjimo greitis, ištvermingumas ir pan. Panašius rezultatus gavo Wolff, Schütz, Ziegelmann, Warner ir Wurm (2017), kurių atliktame tyrime neigiamas savo senėjimo suvokimas patyrus stiprų sveikatos sužalojimą (insultą, kaulų lūžį, išgirdus vėžio diagnozę) prognozavo daugiau judėjimo ir jutimų (funkcinių) sutrikimų praėjus 2.5m po įvykio lyginant su teigiamu savo senėjimo suvokimu 65 m ir vyresnio amžiaus dalyvių imtyje. Pasak šių autorių, asmenys, kurie teigiamai suvokia savo senėjimą, tikėtina, kad labiau investuos į savo sveikatą ir sveikatai palankų elgesį, taip pasiekdami ir geresnių rezultatų. Tai patvirtina ir longitudinaliniai tyrimai, atlikti su vyresnio amžiaus žmonėmis bei rodantys, kad teigiamas savo senėjimo suvokimas prognozuoja sveikatą stiprinantį elgesį, tokį kaip sportas (Tovel et al., 2019) ir sveikesni valgymo įpročiai (Klusmann, Sproesser, Wolff, Renner, 2019). Taip pat, teigiamai savo senėjimą suvokiantys asmenys buvo mažiau linkę nutukti per 6 metus nei tie, kurie savo senėjimą suvokia neigiamai (Levy & Slade, 2019). Westerhof ir Wurm (2015) savo tyrimų apžvalgoje taip pat pastebėjo, kad individai, suvokiantys savo senėjimą kaip nuolat besitęsiančią raidą buvo labiau fiziškai aktyvūs ir gebėjo per

laiką palaikyti aukštesnį fizinio aktyvumo lygį lyginant su asmenimis, kuriems senėjimas mažiau siejasi su naudomis, o daugiau – su praradimais.

Ne tik fizinė sveikata yra siejama su savo senėjimo suvokimu. Vyresnių nei 50 m. amžiaus asmenų imtyse neigiamas savo senėjimo suvokimas buvo teigiamai susijęs su depresijos simptomais, (Zielińska-Więczkowska & Sas, 2020, Kim, Thyer, & Munn, 2019, Nieves-Lugo ir kt., 2020), vyresnių nei 60m. tiriamųjų imtyse - su kognityvinių funkcijų suprastėjimu per 12 m. (Siebert, Wahl, & Schröder, 2016) ir polinkiu susirgti Alzheimerio liga ar įgyti kitus kognityvinius sutrikimus (Siebert, Wahl, Degen, & Schröder, 2018). Stephan, Sutin, Luchetti ir Terracciano (2017) parodė, kad 65 m. ir vyresni tiriamieji, kurie jautėsi vyresni nei jų chronologinis amžius, buvo labiau linkę turėti demenciją ar kitus kognityvinius sutrikimus po 4 metų. Kiti svarbūs kintamieji šiame tyrime buvo fizinis aktyvumas ir depresijos simptomai ir, pasak autorių, rečiau fizine veikla užsiimantys ar turintys depresijos simptomų asmenys, jaučiasi vyresni nei yra.

Savo senėjimo suvokimas taip pat yra susijęs su mirtingumu. Schroyen, Letenneur, Missotten, Jérusalem ir Stéphane (2020) atliko longitudinalinį tyrimą su 140 65 m. ir vyresniais vėžiu sergančiais asmenimis bei parodė, kad žmonės, kurie neigiamai suvokia savo senėjimą yra beveik 4 kartus (3.66) labiau linkę numirti nei tie, kurių senėjimo suvokimas yra teigiamas. Šis rezultatas nepakito nei kai buvo kontroliuojami tokie kintamieji kaip amžius, lytis, išsilavinimas, vėžio rūšis, kitų ligų kiekis bei subjektyvi fizinė ir psichologinė sveikata. Longitudinalinį tyrimą taip pat atliko Zhang, Kamin, Liu, Fung ir Lang (2020) bei parodė, amžiaus kinų imtyje, savo senėjimo suvokimas buvo susijęs su mirtingumu – t.y. labiau teigiamai savo senėjimą suvokiantys asmenys išgyveno ilgiau nei suvokiantys savo senėjimą neigiamai. Taip pat ši sąsaja bent iš dalies buvo medijuojama sveikos gyvensenos (šviežių vaisių ir daržovių valgymo, reguliaraus fizinio aktyvumo ir nerūkymo). Pasak autorių, su amžiumi, savo senėjimo suvokimas tampa vis labiau neigiamas, be to, vis labiau atsisakoma sveikų įpročių, tai yra susiję su didesniu mirtingumu.

Taigi, akivaizdu, kad savo senėjimo suvokimas yra itin svarbus vyresniame amžiuje ir siejasi su įvairiomis sveikatai svarbiomis pasekmėmis. Tačiau, svarbu paminėti, kad šią sąsają galimai veikia tokie kintamieji kaip rūpinimasis savimi ir sveiki įpročiai bei galima daryti prielaidą, kad palankiau savo senėjimą suvokiantys asmenys tiki, jog yra atsakingi už savo sveikatą ir yra labiau linkę ja rūpintis.

1.2. Sveikatos kontrolės lokusas

1.2.1. Sveikatos kontrolės lokuso sąvoka

Sąsajos tarp sveikatai palankaus elgesio gyvenimo eigoje, pasekmių sveikatai ir, galiausiai, sėkmingo senėjimo - yra akivaizdžios. Visgi, individai dažnai nesilaiko ligų prevencijos rekomendacijų, o tai gali rodyti, kad jie nuvertina savo pačių elgesio įtaką savo sveikatai. Žmonių įsitikinimas apie tai, kiek nuo jų veiksmų, sprendimų ir pasirinkimų priklauso jų elgesio pasekmės yra vadinama kontrolės lokusu - konstruktu, išvestu iš Rotter socialinio mokymosi teorijos (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978). Rotter (1996) teigė, kad kai kažkoks žmogaus poelgis yra paskatinamas ir jis šį poelgį suvokia kaip savą, tačiau jo paskatinimą suvokia kaip priklausančią ne nuo savęs, o nuo sėkmės, likimo, kitų galingų asmenų ar nuo nekontroliuojamų aplinkos galių, tuomet toks įsitikinimas yra vadinamas išorine kontrole. Jei žmogus suvokia įvykį, kaip priklausomą nuo savo pastangų ar asmeninių savybių, tuomet toks įsitikinimas vadinamas vidine kontrole. Kontrolės lokusas, pritaikytas sveikatos priežiūros srityje, siekiant suprasti tokį elgesį, kaip rūkymas, svorio kontrolė, gyvenimo kokybė ir pan., yra vadinamas sveikatos kontrolės lokusu (Wallston et al, 1978).

Taigi, sveikatos kontrolės lokusas jau daug metų domina psichologus ir įprastai yra apibrėžiamas trimis matmenimis: 1) vidiniu, 2) kitų įtakos ir 3) atsitiktiniu. Vidinis matmuo yra apibūdinamas, kaip įsitikinimai apie aukštą asmeninę galią paveikti aplinką ir save, įskaitant ir pasekmes sveikatai. Tai yra matmuo, kurį žmonės dažniausiai turi omenyje, kai galvoja apie tai, jog sveikatos kontrolės lokusas prognozuoja sveikatai palankų ar žalingą elgesį. Kitų įtakos kontrolės lokuso matmuo apibūdinamas įsitikinimu, kad pasekmės sveikatai yra medicinos specialistų ir kitų šeimos narių galioje. Atsitiktinis kontrolės lokusas apibūdina įsitikinimą, kad sveikata yra atsitiktinumo arba sėkmės rezultatas. Kitų įtakos ir atsitiktinis kontrolės lokuso matmenys yra priskiriami išoriniam kontrolės lokusui, tačiau atsitiktinė kontrolė gali būti tiksliau suvokiama ir kaip vidinės kontrolės trūkumas (Wallston, 1992). Taip pat, žmonės gali turėti tiek vidinius, tiek išorinius sveikatos kontrolės įsitikinimus tuo pačiu metu (Poortinga, Dunstan, & Fone, 2008).

1.2.2 Sveikatos kontrolės lokuso sąsajos su kintančiais ir pastoviais veiksniais

Sveikatos kontrolės lokusas nėra stabilus veiksnys ir įsitikinimai apie sveikatos kontrolę gali persitvarkyti pasikeitus aplinkybėms, pavyzdžiui, sveikatos būklei (Wallston, 1992, Pudrovskā, 2015). Stacionarus gydymas, kuomet gydytojai prisiima atsakomybę už paciento sveikatą, gali lemti vidinės kontrolės sumažėjimą ir išorinės kontrolės padidėjimą (Knappe & Pinquart, 2009), sveikatos negalavimai, kaip diabetas, širdies ir kraujagyslių ligos ar vėžys, yra siejami su sumažėjusia vidine

kontrole (Zhang & Jang, 2017, Infurna, Mayer, & Anstey, 2018, Gibek & Sacha, 2019) bei didesniu sveikatos kontrolės suteikimu kitų įtakai (Gibek & Sacha, 2019).

Kitas svarbus kintantis veiksnys suvokiamai kontrolei yra ir daugelis autorių pritaria, kad vyresnis amžius siejasi su mažėjančia vidine ir didėjančia išorine kontrole (Lachman & Firth, 2004, cit iš Lachman, 2006, Bailis, Segall, Chipperfield, 2010, Infurna & Okun, 2015, Drewelies, Wagner, Tesch-Römer, Heckhausen, & Gerstorf, 2017, Zhang & Jang, 2017, Lachman, Neupert, & Agrigoroaei, 2011, Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011). Pavyzdžiui, Poortinga ir kiti (2008) parodė, kad nuo 45 m. amžiaus žmonės pradeda priskirti savo sveikatą kitų įtakos lokusui, 55-64 m. amžiaus žmonės turi aukščiausius vidinio sveikatos kontrolės lokuso įverčius, paskui jie pradeda kristi, o atsitiktinis sveikatos kontrolės lokusas yra aukščiausias vyresnių nei 65 m. amžiaus asmenų imtyje. Šie pasikeitimai gali atspindėti svarbų psichologinės raidos etapą, kuomet senstantys žmonės vis labiau suvokia savo mirtingumą bei tai, kad vis labiau tampa priklausomi nuo kitų asmenų pagalbos (Poortinga et al., 2008). Visgi, kiti autoriai (Jacobs-Lawson, Waddell, & Webb, 2011), kurie tyrė vyresnių (54–84 m. amžiaus) žmonių sveikatos kontrolės lokusą, rado, kad amžius nėra susijęs su vidinio kontrolės lokuso pokyčiais, tačiau jis teigiamai siejasi su kitų įtakos kontrolės lokuso matmenimi ir šiek tiek su atsitiktine kontrole. Pasak autorių, sendami individai priima, tai, kad išoriniai įvykiai ir kiti žmonės turi didesnę poveikį jų sveikatos rezultatams ir jų sveikatos lokuso modifikavimas yra būdas apsaugoti savivertę, išsižadant dalies atsakomybės už savo sveikatą. Visgi, Bailis ir kiti (2010) longitudiniame tyrime parodė, kad tarp vyriausių (72-81 m. amžiaus) asmenų visų sveikatos kontrolės lokuso matmenų įverčiai sumažėja. Pasak autorių, tai gali rodyti, jog šiame amžiuje sveikata yra priskiriama neįvardintiems kintamiesiems, pavyzdžiui, senam amžiui. Apie ligų priskyrimą senam amžiui hipotezę kelia ir Jacobs-Lawson su kolegomis (2011), kurie teigia, kad sveikatos kontrolės priskyrimas atsitiktinumui yra teigiamai susijęs su negalavimų skaičiumi ir, kad senyvo amžiaus asmenys sveikatos problemas galimai priima, kaip neišvengiamą senėjimo palydovą.

Įsitikinimams apie sveikatos kontrolę svarbus yra ir socioekonominis statusas - vidinis sveikatos kontrolės lokusas yra teigiamai su juo susijęs, o su išorinis – neigiamai (Lachman, 2006, Poortinga et al. 2008, Zhang & Jang, 2017). Taip pat, aukštesnį išsilavinimą turintys asmenys pasižymi aukštesne vidine kontrole (Berglund, Lytsy, & Westerling, 2014, Drewelies et al., 2017). Pasak Poortinga ir kitų (2008), asmenys, gyvenantys ekonomiškai prastesnėmis sąlygomis galimai išmoksta, kad negali kontroliuoti savo gyvenimo, o kartu ir savo sveikatos.

Vertinant lyties vaidmenį kontrolės suvokimui, duomenys yra nenuoseklūs. Vieni autoriai (Lachman et al., 2011, Grotz, Hapke, Lampert, & Baumeister, 2011, Drewelies et al., 2017, Sargent-Cox, & Anstey, 2015) teigia, kad moterys mažiau nei vyrai pasižymi vidine kontrole, Poortinga ir kiti (2008) – kad, vyrų kontrolės įverčiai yra aukštesni nei moterų visuose trijuose sveikatos kontrolės lokuso matmenyse. Pudrovskā (2015) atrado, kad vidutinio ir vyresnio amžiaus moterų vidinis

sveikatos kontrolės lokusas yra kur kas aukštesnis nei vyrų, o pasak kitų autorių (Jacobs-Lawson et al., 2011, Infurna et al., 2018) lyties ir sveikatos kontrolės lokuso sąsajos nėra statistiškai reikšmingos.

Galima pastebėti, kintantys veiksniai, tokie kaip sveikata, amžius ir socioekonominis statusas siejasi su asmens įsitikinimais apie sveikatos kontrolę. Ypač svarbi atrodo amžiaus įtaka ir daugelis autorių teigia, kad vidinis kontrolės lokusas mažėja su amžiumi. Visgi, tokio stabilaus veiksnio, kaip lytis, svarba yra abejotina.

1.2.3 Sveikatos kontrolės lokuso svarba

Sveikatos kontrolės lokusas yra susijęs su svarbiomis sveikatai pasekmėmis. Tyrimai rodo, kad asmenys, pasižymintys aukštu vidiniu kontrolės lokusu yra labiau linkę laikytis sveikos dietos, reguliariai mankštintis ir nerūkyti. Sveikatos pasekmių priskyrimas atsitiktinumui yra siejamas su žemesniu fizinio aktyvumo lygiu, žemesniu pagalbos siekiu iš sveikatos sistemos specialistų, prastesne burnos higienos būkle, didesniu alkoholio vartojimu, aukštesne rūkymo tikimybe (Grotz et al., 2011, Helmer, Krämer, & Mikolajczyk, 2012). Turintys aukštesnę pasitikėjimą kitų įtaka sveikatai rečiau vartoja paskirtus vaistus, rečiau užsiima fizine veikla ir prasčiau maitinasi (Helmer et al., 2012). Taip pat vidinis kontrolės lokusas yra susijęs su mažesniu patiriamu skausmu, geresniais funkciniais gebėjimais bei mažesniu opioidų klasės vaistų vartojimu vyresnių individų imtyje (Musich, Wang, Slindee, Kraemer, & Yeh, 2019).

Taigi atrodytų, kad aukštas vidinės kontrolės lygis ir tuo pačiu žemas kontrolės priskyrimas kitų įtakai bei atsitiktinumui, siejasi su sveikatai palankiu elgesiu. Tačiau Cheng, Cheung ir Lo (2016) atlikta metaanalizė rodo, kad tyrimų rezultatai yra prieštaringi. Šie autoriai analizavo 144 straipsnius, aprašančius sveikatos kontrolės lokuso matmenų ir bent vieno su sveikata susijusio specifinio elgesio sąsajas. Rezultatai parodė, kad vidinė kontrolė buvo susijusi su dvejomis sveikatą stiprinančiomis veiklomis (sveika dieta ir fizine veikla), bet niekaip nebuvo susijusi su sveikatai žalingu elgesiu (rūkymu ar alkoholio vartojimu). Kitų įtakos matmuo nebuvo susijęs su beveik jokia specifiniu sveikatai elgesiu, išskyrus alkoholio vartojimą, o tarp individų, labiau toleruojančių išorinę kontrolę, pavyzdžiui, moterų iš šalių, kur jos turi kur kas mažiau galios nei vyrai, šis matmuo teigiamai siejosi su fiziniu aktyvumu. Stipresnis atsitiktinumą kontrolės lokusas siejosi su prastesne dieta ir dažnesniu rūkymu, tačiau svarbu yra tai, kad visos koreliacijos tarp specifinio elgesio ir kontrolės lokuso matmenų buvo žemos. Tyrimo rezultatai parodė tai, kad vidinis kontrolės lokusas buvo stipriai susijęs su bendru sveikatos vertinimu (angl. *global health appraisal*) – aukštesnė vidinė kontrolė siejosi su bendra geresne psichine ir fizine gyvenimo kokybe, mažesniu depresijos ir nerimo lygiu. Tai rodo, kad sveikatos kontrolės lokusas yra labiau susijęs su subjektyviai vertinama sveikata bei emocine gerove, o ne tam tikru specifiniu sveikatai elgesiu.

Kiti autoriai, taip pat teigia, kad aukštesnė vidinė kontrolė yra susijusi su mažesniu depresijos lygiu (Campbell, Hope, & Dunn, 2017), teigiamomis emocijomis ir aukštesne subjektyvia gerove (Zhang, Gamaldo, Neupert, & Allaire, 2020), didesniu pasitenkinimu gyvenimu bei geresne subjektyviai suvokiama sveikata (Rogowska, Zmaczyńska-Witek, Mazurkiewicz, & Kardasz, 2020, Poortinga et al., 2008, Pudrovska, 2015, Milte, Luszcz, Ratcliffe, Masters, & Crotty, 2015, Drewelies et al., 2017, Infurna et al., 2018, Berglund et al., 2014, Lachman, 2006, Jacobs-Lawson et al., 2011, Sargent-Cox, & Anstey, 2015, Drewelies et al., 2017). Zhang ir Jang (2017) parodė, kad vidinis sveikatos kontrolės lokusas skatina teigiamą savo sveikatos suvokimą ir vertinimą. Taigi, įsitikinimai apie sveikatos kontrolę yra svarbiausi visuminės sveikatos įvertinimui, t.y. subjektyviam dabartinės psichinės ir fizinės sveikatos, fizinės gerovės, emocinių problemų, pasitenkinimo gyvenimu vertinimą. Taip pat, tikėjimas, jog vidiniai veiksniai lemia sveikatos būklę, prognozuoja aukštesnę gyvenimo kokybę (Milde, Luszcz, Ratcliffe, Masters, & Crotty, 2015).

1.2.4 Įsitikinimų apie sveikatos kontrolę ir savo senėjimo suvokimo sąsajos

Apžvelgus įvairius tyrimus, akivaizdu, kad tiek savo senėjimo suvokimas, tiek sveikatos kontrolės lokusas yra susiję su svarbiomis pasekmėmis sveikatai ir gerovei. Ir tikėtina, kad neigiamai savo senėjimą suvokiantys asmenys, matantys savo senėjimą, kaip neišvengiamą, kupiną praradimų procesą, tikės, jog sendami jie negali kontroliuoti savo sveikatos. Visgi, mokslinių tyrimų, analizuojančių šiuos du konstruktus kartu yra mažai. Įdomu tai, kad, autorių teigimu, įsitikinimai apie kontrolę bendrai yra susiję su savo senėjimo suvokimu. Pavyzdžiui, Bellingtier ir Neupert (2019) tyrime 60-90 m. amžiaus dalyvių imtyje asmenys, kurie jautėsi jaunesni nei jų chronologinis amžius, buvo linkę tikėti, kad kasdienės pastangos gali atnešti norimą rezultatą. Kitaip tariant, vidinis kontrolės lokusas buvo teigiamai susijęs su teigiamu savo senėjimo suvokimu. Panašius rezultatus gavo ir Siebert ir kiti (2018), kurie atliko longitudinalinį tyrimą ir parodė, jog teigiams savo senėjimo suvokimas yra neigiamai susijęs su išorine kontrole. Jų tirti, vyresni nei 60m amžiaus asmenys, kurie turėjo labiau teigiamą savo senėjimo suvokimą, turėjo ir mažiau įsitikinimų, kad jų gyvenimas priklauso nuo likimo, kitų asmenų ir pan. Nors minėti autoriai analizavo ne sveikatos kontrolės lokusą, o įsitikinimus apie kontrolę bendrai, tačiau, kontrolės lokusas atspindi įsitikinimus apie gebėjimą kontroliuoti aplinką, o taip pat ir save, įskaitant savo sveikatą (Sargent-Cox, & Anstey, 2015). Taigi, galima daryti prielaidą, kad sveikatos kontrolės lokusas taip pat yra susijęs su savo senėjimo suvokimu.

Tai, kad išorinis sveikatos kontrolės lokusas yra susijęs su savo senėjimo suvokimu patvirtino Sargent-Cox ir Anstey (2015). Šių autorių tyrime, kuriame dalyvavo 3000 vyresnių nei 20m amžiaus asmenų, sveikatos priskyrimas kitų įtakai ir atsitiktinumui teigiamai siejosi su didesniu pritarku su

amžiumi susijusiems neigiamiems stereotipams, kurie, remiantis stereotipų įkūnijimo teorija (Levy, 2009), vyresniame amžiuje gali būti laikomi savo senėjimo suvokimu. Įdomu tai, kad šis ryšys buvo stipresnis jauniems dalyviams ir tai gali rodyti, kad sveikatos kontrolės priskyrimas kitiems asmenims arba atsitiktinumui su amžiumi tampa vis labiau įprastas tiek neigiamai, tiek teigiamai savo senėjimą suvokiantiems asmenims.

Savo senėjimo suvokimas ir įsitikimai apie kontrolę yra ne tik susiję, o ir vienas kitą veikia. Pavyzdžiui, Luo, Li ir Chui (2020) atliktame longitudinaliniame tyrime vyresni nei 50 m. asmenys, kurie turėjo labiau neigiamą savo senėjimo suvokimą, po 4 metų buvo linkę turėti mažiau suvokiamos gyvenimo kontrolės, o turintys mažiau suvokiamos kontrolės, vėliau buvo linkę turėti labiau neigiamą savo senėjimo suvokimą. Remiantis šiais rezultatais, galima manyti, kad teigiamo savo senėjimo suvokimo sąsajos su įvairiomis teigiamomis pasekmėmis sveikatai ir gerovei vyresniame amžiuje yra veikiamos įsitikinimų apie asmeninę kontrolę ir tuo pačiu, įsitikinimų apie kontrolę ir teigiamų pasekmių sąsajas veikia savo senėjimo suvokimas. Taigi, atrodo, kad siekiant gerinti vyresnio amžiaus asmenų sveikatą ir gerovę, svarbu skatinti ir jų teigiamą savo senėjimo suvokimą, ir įsitikinimą, kad asmeninės pastangos gali atnešti norimų rezultatų.

1.3. Gyvenimo kokybė

1.3.1 Gyvenimo kokybės samprata vyresniame amžiuje

Gyvenimo kokybės sąvoka yra dažnai girdima kasdieniame gyvenime bei dažnai randama moksliniuose tyrimuose. Visgi, vieningą šios sąvokos apibrėžimą mokslinėje literatūroje rasti sunku. Dažnai kaip gyvenimo kokybės sinonimai yra naudojamos pasitenkinimo gyvenimu, gerbūvio ar psichologinės gerovės sąvokos (Fernández-Ballesteros, 2011, van Leeuwen ir kt., 2019). Visgi, šios sąvokos nėra tapačios. Gyvenimo kokybė – tai plati, daugiadimensė sąvoka, apimanti objektyvius ir subjektyvius komponentus individo ir aplinkos lygmenyse. Į gyvenimo kokybės sąvoką įeina pasitenkinimas gyvenimu ir psichologinė gerovė, tačiau tik kartu su kitais, objektyvesniais komponentais, tokiais kaip sveikata, ekonominės sąlygos, aplinka ir pan. (Fernández-Ballesteros, 2011). Taip pat, gyvenimo kokybei tirti vyresnių asmenų imtyse dažnai naudojama ir sėkmingo senėjimo sąvoka (van Leeuwen ir kt., 2019, Dahny et al., 2014). Ši sąvoka, kaip ir gyvenimo kokybė, apima tiek subjektyvius, tiek objektyvius komponentus, tačiau tik individualiame lygmenyje (Fernández-Ballesteros, 2011).

Siekiant suprasti, ką gyvenimo kokybė reiškia vyresniems žmonėms, van Leeuwen ir kt. (2019) atliko 48 kokybinių tyrimų analizę, kuri leido išskirti 9 sritis, susijusias su gyvenimo kokybe vyresnio amžiaus žmonėms: 1) sveikatos suvokimas – jautimasis sveikam ir neapribotam savo fizinių gebėjimų; 2) Autonomija – galimybė savimi pasirūpinti, orumo išlaikymas, nebuvimas našta kitiems;

3) Užimtumas ir vaidmenys – laiko leidimas vertingoms veikloms, kurios leidžia įsitraukti, būti užimtiems ir suteikia džiaugsmo; 4) Artimi santykiai, leidžiantys jaustis, kad kažką kitiems reiški bei gali gauti kitų paramą; 5) Požiūris ir prisitaikymas – teigiamas požiūris, humoro jausmas ir optimizmas leidžia turėti geresnę gyvenimo kokybę; 6) Emocinis patogumas – rūpesčių neturėjimas, ramybės jausmas; 7) Dvasingumas ar religingumas gali būti palaikantis veiksnys, susidūrus su neįgalumu ar psichologiniais sunkumais; 8) Namai ir kaimynystė – saugumo jausmas namuose, maloni kaimynystė, svarbiausių įstaigų pasiekiamumas; 9) Finansinis saugumas – jausmas, kad nesi ribojamas savo finansinių sąlygų.

Kiekybiniai tyrimai taip pat rodo panašius rezultatus ir atskleidžia daug kintamųjų susijusių su gyvenimo kokybe. Schorr ir Khalaila (2018) parodė, kad gyvenimo kokybei vyresnio amžiaus žmonių imtyje yra svarbus yra socialinis palaikymas bei galimybė dalyvauti socialinėse veiklose, mažesnis vienišumas, taip pat ir vedybinis statusas, o asmenys gyvenantys be partnerio pasižymi mažesne gyvenimo kokybe. Gobbens ir Remmen (2019) taip pat parodė, kad vedybinis statusas yra teigiamai susijęs su gyvenimo kokybe. Taip pat su ja teigiamai susijęs buvo aukštesnis išsilavinimas ir didesnės pajamos. Psichologiniai sunkumai, tokie kaip psichologinis distresas (Ingrand, Paccalin, Liuu, Gil, & Ingrand, 2018) bei nerimas ir depresija (Dahny et al., 2014, Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk, & Helvik, 2015) yra neigiamai susiję su gyvenimo kokybe vyresnio amžiaus tiriamųjų imtyse.

Tai, kad nerimas ir depresija neigiamai siejasi su gyvenimo kokybe, parodė Kairys, Bagdonas ir Zamalijeva (2017), kurie išanalizavo 16 Lietuvoje atliktų tyrimų. Šių autorių analizė taip pat išskyrė asmenybės kintamuosius bei atskleidė, kad sirgimas kažkokia liga yra susijęs su sumažėjusia su sveikata susijusia gyvenimo kokybe bei, kad daugelis vyresnio amžiaus žmonių sieja sveikatą ir gyvenimo kokybę. Sveikatos ir gyvenimo kokybės sąsajas atskleidė ir Maniscalco, Miceli, Bono ir Matranga (2020). Jų tyrime vyresnių nei 50 m. amžiaus Viduržemio regiono (Italijos, Ispanijos ir Graikijos) gyventojų objektyvi sveikata, matuota lėtinių ligų skaičiumi ir judėjimo apribojimais, reikšmingai koreliavo su subjektyviu sveikatos vertinimu, kuris buvo reikšmingai susijęs su gyvenimo kokybės vertinimu. Tiesa, svarbu paminėti, kad ne visi autoriai sutaria, jog sveikata yra susijusi su gyvenimo kokybe. Pavyzdžiui, Hickey, O'Hanlon ir McGee (2010) tyrimas atskleidė, kad daugelis vyresnių nei 65 m. amžiaus žmonių, savo gyvenimo kokybę įvertino teigiamai nepaisant prastesnio sveikatos įvertinimo (funkcinių sutrikimų, subjektyvaus sveikatos vertinimo ir depresijos įverčių). Kiti autoriai (Long, Laidlaw, Lorimer, & Ferreira, 2021) taip pat teigia, kad bendrai vyresnio amžiaus asmenys yra linkę savo gyvenimo kokybę vertinti aukštais įverčiais. Tokie rezultatai kelia abejonių apie sveikatos svarbą gyvenimo kokybei, nes žinoma, jog daugelis vyresnio amžiaus asmenų serga lėtinėmis ligomis, o sulaukus 50-ties pusę jų turi bent dvi lėtines ligas (cit. iš Kairys ir kt., 2017).

Tai, kad sveikatos ir gyvenimo kokybės sąsajų tyrimų rezultatai yra priešaringi, tik patvirtina, jog gyvenimo kokybė apima kur kas daugiau nei vieną (sveikatos) komponentą. Pavyzdžiui, Brown ir Roose (2011) analizavo įvairius gyvenimo kokybės aspektus suaugusiųjų asmenų imtyje (30 – 98 m. amžiaus) ir rado, jog su fizine sveikata susijusio gyvenimo kokybės komponento įverčiai mažėjo su amžiumi, tačiau socialinis, psichologinis ir su aplinkos sąlygomis susiję komponentai išliko tokie patys arba pagerėjo. Panašius rezultatus gavo Tseng ir kiti (2020), kurie tyrė vyresnius asmenis nuo 55 m. amžiaus Taivane ir atrado, kad nors fizinės gyvenimo kokybės sritys prastėjo su amžiumi, tačiau psichosocialinės šiek tiek gerėjo.

1.3.2 Gyvenimo kokybės ir savo senėjimo suvokimo sąsajos

Kaip minėta anksčiau, savo senėjimo suvokimas yra siejamas su daugeliu pasekmių fizinei ir psichologinei sveikatai. Kadangi sveikata yra dažnai siejama su gyvenimo kokybe vyresniame amžiuje, tikėtina, kad savo senėjimo suvokimas yra svarbus gyvenimo kokybei vyresniame amžiuje ir keli autoriai tai patvirtina. Pavyzdžiui Hickey ir kiti (2010) parodė, kad atsitiktine tvarka Airijoje atrinktų asmenų, kuriems yra 65 m. ar daugiau, neigiamas savo senėjimo suvokimas yra stipriai susijęs su neigiamu gyvenimo kokybės vertinimu, taip pat, savo senėjimo suvokimas prognozuoja gyvenimo kokybę. Naujesniuose tyimuose (Cramm, Nieboer, 2018, Long et al., 2021) gauti tokie patys rezultatai rodantys teigiamas sąsajas tarp suvokiamos gerovės ir savo senėjimo suvokimo. Įdomu ir tai, kad Cram ir Nieboer (2018) tyrime svarbi sąsaja tarp sveikatos (lėtinių ligų skaičiaus) ir gerovės nebebuvo reikšminga į lygtį įtraukus savo senėjimo suvokimą. Tai parodė, kad savo senėjimo suvokimas medijuoja sąsają tarp sveikatos ir suvokiamos gerovės. Nors šie autoriai tyrė ne gyvenimo kokybę, o gerovę, tačiau galima daryti prielaidą, jog panašūs ryšiai egzistuos ir vertinant gyvenimo kokybę.

Savo senėjimo suvokimas ne tik susijęs su gyvenimo kokybe, tačiau ir daro jai įtaką. Tai parodė, Ingrand ir kiti (2018), atlikę tyrimą 258 tiriamųjų imtyje, kurių vid. amžius buvo 66,9 m. ir parodė, kad teigiamas požiūris, labiau nei kiti psichologiniai ar socialiniai kintamieji, daro prognozuoja gyvenimo kokybės vertinimą.

Savo senėjimo suvokimas taip pat yra susijęs ir su patiriamu stresu, vienišumu ir depresija, o šie veiksniai, kaip minėta ankstesniame skyriuje, neigiamai siejasi su gyvenimo kokybe. Pavyzdžiui, Losada-Baltar ir kitų (2020) tyrimo rezultatai parodė, kad 18 – 88 m. amžiaus asmenys, labiau neigiamai suvokiantys savo senėjimą, patyrė daugiau vienišumo ir streso per pirmąsias COVID19 karantino savaites. Bellingtier ir Neupert, (2018) tyrime vyresnių nei 60 m. amžiaus dalyvių imtyje neigiamas savo senėjimo suvokimas buvo susijęs su labiau neigiama reakcija į patirtus (per 24 pastarąsias valandas) stresorius. Han (2018) atliktas longitudinalinis tyrimas parodė, kad vyresnių nei 50

m. amžiaus imtyje, prastėjanti sveikata buvo susijusi su daugiau depresijos simptomų po dviejų metų jei žmonės turėjo neigiamą savo senėjimo suvokimą.

Taigi, savo senėjimo suvokimas atrodo itin svarbus veiksnys vertinant gyvenimo kokybę vyresniame amžiuje. Taip pat, analizuojant tyrimus gali kilti klausimas ar tikrai savo senėjimo suvokimas yra unikalus konstruktas, kuris skiriasi nuo bendro polinkio matyti įvairių reiškinių teigiamas ar neigiamas puses ar nuo pasitenkinimo gyvenimu ir, kartu, gyvenimo kokybės vertinimo. Visgi, Spuling ir kiti (2019) parodė, kad savo senėjimo suvokimas nėra tiesiog kitas pavadinimas apibūdinti žmogaus optimizmui, saviveiksmingumui ar neigiamoms emocijoms. Jų tyrime šie kintamieji galėjo paaiškinti tik apie pusę savo senėjimo suvokimo sklaidos, o tai rodo, kad savo senėjimo suvokimas apima kažką daugiau. Taigi, apžvelgus šiuos rezultatus, akivaizdu, jog siekiant gerinti senstančios populiacijos gyvenimo kokybę, svarbu skatinti teigiamą savo senėjimo suvokimą.

1.4. Tyrimo tikslas, uždaviniai

Tyrimo tikslas – nustatyti vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės ir gyvenimo kokybės sąsajas

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės sąsajas;
2. Nustatyti vyresnio amžiaus asmenų sveikatos kontrolės lokuso ir gyvenimo kokybės sąsajas;
3. Nustatyti vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo ir sveikatos kontrolės sąsajas;
4. Nustatyti vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybės prognostinius veiksnius.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Žvalgomajame tyrime dalyvavo 93 suaugę asmenys iš skirtingų Lietuvos miestų. Dalyvių imtį sudarė 51 moteris (54,8 %) ir 42 vyrai (45,2 %), jų amžius svyruoja nuo 45 iki 89 m. ($M = 56,6$; $SD = 10,42$). Pilotinio tyrimo duomenys buvo naudojami išversto Trumpajo savo senėjimo suvokimo klausimyno psichometrinėms charakteristikoms (patikimumui) patikrinti.

Pagrindiniame tyrime dalyvavo 143 vyresnio amžiaus asmenys, iš kurių 109 (76,2 %) buvo moterys, o 34 (23,8 %) - vyrai. Dalyvių amžius svyravo nuo 55m iki 89m. ($M = 60,74$, $SD = 7,56$). Buvo taikyta patogioji dalyvių atranka, į tyrimą įtraukti vyresnio asmenys nuo 55 m amžiaus.

2.2. Tyrimo instrumentai

Vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimui įvertinti buvo naudotas **Trumpasis savo senėjimo suvokimo klausimynas** (Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ), Sexton, King-Kallimanis, Morgan, & McGee, 2014), sukurtas Senėjimo suvokimo klausimyno (Ageing Perceptions Questionnaire (APQ), Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007) pagrindu. Šis klausimynas yra sukurtas remiantis prielaida, kad senėjimo suvokimas – tai daugiakomponentis procesas ir šie komponentai gali būti padedantys prisitaikyti (*adaptive*) bei rodantys labiau teigiamą savo senėjimo suvokimą arba sunkinantys asmens prisitaikymą (*maladaptive*) – rodantys neigiamą savo senėjimo suvokimą. Klausimyną sudaro 17 teiginių, apimančių fizinius, socialinius ir psichologinius senėjimo aspektus. Teiginiai yra suskirstyti į 5 skales, atitinkančias skirtingus savo senėjimo suvokimo komponentus:

- Chronologinis požiūris. Ši skalė vertina nuolatinį asmens suvokimą, jog jis sensta (angl. *constant awareness of ageing*). Pvz., „Aš visada laikau save senu“. Skalę sudaro 3 teiginiai.
- Emocijų atspindėjimas. Ši skalė vertina neigiamas emocijas, kurias sukelia senėjimo procesas. Pvz., „Jaučiuosi prislėgtas (-a), kai galvoju apie tai, kaip senėjimas gali atsiliiepti viskam, ką galiu daryti“. Skalę sudaro 3 teiginiai.
- Neigiami padariniai ir kontrolė. Ši skalė apima įsitikinimus apie neigiamą senėjimo įtaką įvairioms gyvenimo sritims bei įsitikinimus apie tai, kad asmuo negali valdyti įvairių senėjimo aspektų. Pvz., „Sendamas (-a) tampa mažiau savarankiškas (-a)“. Skalę sudaro 5 teiginiai.
- Teigiami padariniai. Ši skalė apima įsitikinimus apie teigiamą senėjimo įtaką įvairioms gyvenimo sritims. Pvz., „Sendamas tampa išmintingesnis“. Skalę sudaro 3 teiginiai.

- Teigiama kontrolė. Ši skalė vertina įsitikinimus apie tai, kad asmuo gali valdyti įvairius senėjimo aspektus. Pvz., „Mano socialinio gyvenimo kokybė senatvėje priklauso nuo manęs“. Skalę sudaro 3 teiginiai.

Chronologinio požiūrio, emocijų atspindėjimo bei neigiamų padarinių ir kontrolės komponentai atspindi neigiamą savo senėjimo suvokimą. Teigiamų padarinių ir teigiamos kontrolės komponentai atspindi teigiamą senėjimo suvokimą (Sexton ir kt., 2014). Kiekvienas skalės teiginys yra vertinamas 5 balų Likerto skale nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 5 (visiškai sutinku). Buvo apskaičiuotas kiekvienos skalės įverčių vidurkis, parodantis, kiek tvirtai asmuo pritaria tam tikram savo senėjimo suvokimo komponentui – kuo didesnis įvertis, tuo labiau pritaria. Bendras klausimyno įvertis nėra skaičiuojamas. Gavus raštišką Trumpojo savo senėjimo suvokimo klausimyno autorių leidimą, klausimynas išverstas į lietuvių kalbą dvigubo vertimo būdu. Originalaus klausimyno patikimumas buvo tikrintas vidinio suderintumo metodu, gauti skalių rodikliai (Cronbach α) svyruoja nuo 0,75 iki 0,84 (chronologinis požiūris - 0,76, teigiamos pasekmės – 0,78, teigiama kontrolė – 0,84, neigiamos pasekmės ir kontrolė – 0,81, emocijų atspindėjimas – 0,75).

Pilotinio tyrimo klausimyno patikimumas buvo nustatytas vidinio suderintumo metodu, Cronbach α svyruoja nuo 0,64 iki 0,87, visi rodikliai (Cronbach α) pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Pilotinio tyrimo Trumpojo savo senėjimo suvokimo klausimyno skalių patikimumas

Skalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Skalės Cronbach α koeficientas
Chronologinis požiūris	3	0,64
Emocijų atspindėjimas	3	0,80
Neigiami padariniai ir kontrolė	5	0,84
Teigiama kontrolė	3	0,87
Teigiami padariniai	3	0,73

Pagrindinio tyrimo klausimyno patikimumas taip pat buvo nustatytas vidinio suderintumo metodu, Cronbach α svyruoja nuo 0,64 iki 0,87, visi rodikliai (Cronbach α) pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Pagrindinio tyrimo Trumpojo savo senėjimo suvokimo klausimyno skalių patikimumas

Skalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Skalės Cronbach α koeficientas
Chronologinis požiūris	3	0,65
Emocijų atspindėjimas	3	0,78
Neigiami padariniai ir kontrolė	5	0,86
Teigiami padariniai	3	0,75
Teigiama kontrolė	3	0,91

Pagrindinio tyrimo klausimyno faktorių struktūra buvo patikrinta atlikus patvirtinančiąją faktorių analizę. Ją atlikus paaiškėjo, kad 5 faktorių modelis yra adekvatus gautiems duomenims: $\chi^2=215,1$, $df=109$, $p<0,001$; TLI=0,89; CFI=0,91; RMSEA: 0,08, $p<0,01$. Modelio teiginių faktorių svoriai chronologinio požiūrio faktoriuje yra nuo 0,40 iki 0,75, teigiamų padarinių faktoriuje – nuo 0,54 iki 0,79, emocijų atspindėjimo faktoriuje – nuo 0,70 iki 0,79, neigiamų padarinių ir kontrolės faktoriuje – nuo 0,66 iki 0,82, teigiamos kontrolės faktoriuje – nuo 0,83 iki 0,9. Visų teiginių faktorių svoriai yra pateikti 2 priede.

Informacija apie vyresnio amžiaus asmenų sveikatos kontrolės lokusą buvo renkama naudojant **Daugiamatę sveikatos kontrolės lokuso skalę** (Multidimensional Health Locus of Control Scale, Wallston, Wallston ir DeVellis, 1978). Šią skalę sudaro 18 teiginių, suskirstytų į tris subskales ir atspindinčių asmens įsitikinimus apie jo sveikatos kontrolę, atitinkamai kiekvieną subskalę sudaro 6 teiginiai. Kiekviena subskalė nurodo tam tikrą sveikatos kontrolės lokuso rodiklį, šie rodikliai yra:

- Vidinis. Šis rodiklis rodo asmens įsitikinimus, kad jo sveikata priklauso nuo vidinių veiksnių. Pvz., „Jeigu sergu, tik nuo paties/pačios elgesio priklauso, kaip greitai pasveiksiu“.
- Atsitiktinis. Šiuo rodikliu matuojama, kiek asmuo tiki, jog jo sveikatos būklė priklauso nuo atsitiktinumų ar išorinių veiksnių. Pvz., „Nesvarbu, ką bedaryčiau, jei taip lemta - susirgsiu“.
- Kitų įtaka. Apima asmens įsitikinimus, jog jo sveikatos būklę lemia kiti žmonės, ypač gydytojai. Pvz., „Geriausias būdas išvengti ligų - reguliarius lankymasis pas gydytojus“.

Kiekvienas teiginys yra vertinamas 6 balų Likerto skale nuo 1 (visiškai nesutinku) iki 6 (visiškai sutinku). Buvo apskaičiuotas kiekvienos subskalės vidurkis, parodantis, kiek tvirtai asmuo tiki tam tikru kontrolės aspektu – kuo didesnis įvertis, tuo tvirtesnis įsitikinimas. Bendras klausimyno įvertis nėra skaičiuojamas. Raštiškas leidimas naudoti lietuvišką skalę buvo gautas iš A. Petrulytės, kuri turi autorių leidimą naudoti šią metodiką, o klausimynas buvo išverstas į lietuvių kalbą dvigubo

vertimo būdu. Originalios Daugiamatės sveikatos kontrolės lokuso skalės autorių atlikta vidinės koreliacijos matrica parodė, jog vidinės kontrolės ir atsitiktinumo subskalės koreliuoja neigiamai, o kitų poveikis ir atsitiktinumas koreliuoja teigiamai. Skalės struktūrinis validumas buvo įvertintas apskaičiavus koreliacijas tarp šios skalės subskalių ir atitinkamų Levensono daugiamatės kontrolės lokuso skalių bei buvo nustatyti stabilūs ryšiai. Lietuviškos skalės Cronbach α koeficientas svyruoja nuo 0,673 iki 0,767 (cit. iš Petrulytė, Pileckaitė-Markovienė, Lazdauskas, 2007). Šiame darbe gauta kiekvienos subskalės Cronbach α svyruoja nuo 0,68 iki 0,75, taigi, patikimumas yra pakankamas. Visos Cronbach α reikšmės yra pateiktos 3 lentelėje.

3 lentelė. *Daugiamatės sveikatos kontrolės lokuso skalės subskalių patikimumas*

Skalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Skalės Cronbach α koeficientas
Vidinis sveikatos kontrolės lokusas	6	0.75
Atsitiktinis sveikatos kontrolės lokusas	6	0.68
Kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas	6	0.70

Gyvenimo kokybei įvertinti buvo naudotas **Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės sutrumpintas klausimynas PSO-GK trumpas** (THE WHOQOL – Bref Quality of Life Questionnaire, The WHOQOL Group, 1998). Šis klausimynas yra plačiai naudojamas įvairiuose moksliniuose tyrimuose skirtingose šalyse, taip pat ir Lietuvoje. Klausimyną sudaro 26 klausimai, kurių kiekvienas yra vertinamas 5 balų Likerto skale. Vienas klausimas vertina gyvenimo kokybę bendrai: „Kaip Jūs vertintumėte savo gyvenimo kokybę?“, vienas klausimas bendrai vertina sveikatą: „Kiek esate patenkintas savo sveikata?“, kitais 24 klausimais vertinamos 4 gyvenimo kokybės sritys:

- Fizinė sveikata. Ši sritis apima klausimus apie skausmą ir diskomfortą, priklausomybę nuo t.t. gydymo, energijos lygį ir pan. Pvz., „Ar turite pakankamai energijos kasdienio gyvenimo veikloms?“. Ši sritis vertinama 7 klausimais.
- Psichologinė savijauta. Ši sritis rodo, kiek asmuo jaučia gyvenimo prasmę, patiria malonius ar nemalonus jausmus, kaip vertina save ir pa. Pvz., „Ar jaučiate, kad Jūsų gyvenimas yra prasmingas?“. Šią sritį apima 6 klausimai.
- Socialiniai santykiai. Ši sritis apima asmens pasitenkinimą asmeniniais ryšiais, palaikymu, seksualiniu gyvenimu. Pvz., „Kiek esate patenkintas savo asmeniniais santykiais?“. Sritis vertinama 3 klausimais.
- Aplinka. Šios srities klausimai vertina finansinę padėtį, fizinį saugumą, galimybę ilsėtis ir pan. Pvz., „Ar jūsų fizinė aplinka yra palanki jūsų sveikatai?“. Sritį apima 8 klausimai.

Kiekvienas klausimas yra vertinamas Likerto skalėje nuo 1 iki 5, perkodavus 3 kintamuosius, buvo suskaičiuotas kiekvienos skalės įverčių vidurkis, rodantis gyvenimo kokybę tam tikroje srityje – kuo aukštesnis balas, tuo aukštesnė gyvenimo kokybė. Bendras klausimyno balas nėra skaičiuojamas. Lietuviškas klausimyno variantas parengtas 2000 m. N. Goštautaitės Midttun ir A. Goštauto adaptuoto WHOQOL-100 klausimyno pagrindu (cit iš. Pranckevičienė, 2008). Pranckevičienės (2008) daktaro disertacijoje atliktame tyrime, kuriame dalyvavo 271 asmuo, gauti lietuviško klausimyno varianto patikimumo rodikliai (Cronbach α) iš pradžių buvo nuo 0,47 iki 0,88. Mažas (0,47) patikimumo rodiklis buvo gautas socialinių santykių srityje. Visgi, šiame tyrime dalyvavo ir depresija sergantys asmenys. Kai patikimumo rodikliai buvo apskaičiuoti tik sveikų asmenų (nesergančių depresija) imtyje, šios skalės Cronbach α pakilo iki 0,61. Taigi, skalių patikimumas yra tinkamas. Šis klausimynas lietuvių kalba yra laisvai prieinamas naudojimui.

Šiame tyrime gautas kiekvienos skalės patikimumo koeficientas (Cronbach α) yra nuo 0,65 iki 0,87, taigi jis yra pakankamas, visi patikimumo rodikliai pateikti 4 lentelėje.

4 lentelė. *Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės sutrumpinto klausimyno PSO-GK trumpo skalių patikimumas*

Skalės pavadinimas	Teiginių skaičius	Skalės Cronbach α koeficientas
Fizinė sveikata	7	0,87
Psichologinė savijauta	6	0,80
Socialiniai santykiai	3	0,65
Aplinka	8	0,83

Klausimyno faktorių struktūra lietuviškuose tyrimuose nebuvo patikrinta, dėl to buvo atlikta patvirtinančioji faktorių analizė, kuri parodė, jog modelis gautiems duomenims nėra tinkamas ($\chi^2=536.444$, $df=246$, $p<0,001$; TLI=0,80; CFI=0,82; RMSEA: 0,09, $p<0,01$). Atlikus kai kurių klausimų paklaidų koreliacijas buvo gautas adekvatus modelis ($\chi^2=344.684$, $df=231$, $p<0,001$; TLI=0,92; CFI=0,93; RMSEA: 0.06, $p<0,01$), kurio klausimų faktorių svoriai fizinės sveikatos srities faktoriuje yra nuo 0,58 iki 0,85, psichologinės savijautos srities faktoriuje svyruoja nuo 0,43 iki 0,80, socialinių santykių faktoriuje – nuo 0,45 iki 0,63, o aplinkos faktoriuje – nuo 0,53 iki 0,78. Visi klausimų svoriai faktoriuose yra pateikti 3 priede.

2.3. Tyrimo eiga

Pilotinio tyrimo duomenys buvo rinkti kartu su Vilniaus universiteto Sveikatos psichologijos programos studente Izolda Popovaite, dalyviai klausimynus pildė „popieriaus ir pieštuko“ ir kompiuterine formomis, kurios nesiskyrė.

Atliekant pagrindinį tyrimą, pasirinktas koreliacinis tyrimas, siekiant nustatyti sąsajas tarp kintamųjų bei jų galimą prognozę. Tyrimas buvo atliktas 2021 m. gruodžio – 2022 m kovo mėnesiais, su tiriamaisiais buvo susisiekiama socialinių tinklų pagalba, taip pat, jų buvo ieškoma per vieną veiklą rengimo vyresnio amžiaus žmonėms organizaciją Vilniuje ir Marijampolėje. Tyrimo anketą dalyviai pildė savanoriškai, jie buvo informuoti apie atliekamo tyrimo tikslą bei renkamų duomenų konfidencialumą, duomenų naudojimą tik moksliniais tikslais ir apibendrintai. Tyrimo anketos pildytos „popieriaus ir pieštuko“ bei internetine formomis, kurios nesiskyrė. Anketose buvo pateiktas kreipimasis į tyrimo dalyvius. Anketoje pirmiausia surinkti demografiniai duomenys ir informacija apie lėtinių ligų skaičių (žr. 1 priedą). Vėliau pateikti teiginiai apie savo senėjimo suvokimą, sveikatos kontrolės įsitikinimus bei klausimai apie gyvenimo kokybę. Kilus neaiškumams, dalis dalyvių, pildžiusių popierines anketas, galėjo užduoti klausimus tyrėjai, kuri pildymo metu buvo šalia, o internetine forma anketą pildantys asmenys klausimus galėjo parašyti el. pašto adresu, nurodytu anketos pradžioje. Kiekvienos anketos pildymas truko apie 15 min. Iš viso anketas užpildė 144 asmenys, tačiau vienas iš jų pažymėjo, jog tyrime dalyvauti nesutinka, jo duomenys į analizę nebuvo įtraukti.

2.4. Duomenų analizės metodai

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta su SPSS 28 ir Mplus 8.1 programomis. Mplus 8.1 programa atliktos patvirtinančios faktorių analizės. SPSS 28 programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), taip pat, vidinio suderintumo būdu (Cronbach α) tikrintas skalių patikimumas. Duomenų sklaidos pobūdis įvertintas atsižvelgiant į 5 kriterijus: asimetriškumo koeficientą, Kolmogorovo-Smirnov testą, histogramą, kvantinę grafiką (angl. *Normal Q-Q plot*) ir betrendinę kvantinę grafiką (angl. *detrended Q-Q plot*). Pagal šiuos kriterijus du kintamieji - teigiamos kontrolės ir teigiamų padarinių komponentai iš Trumpojo savo senėjimo suvokimo klausimyno, nebuvo normaliai pasiskirstę ir buvo transformuoti, kad atitiktų normaliojo skirstinio sąlygas. Dviejų skirtingų grupių vidurkių palyginimui taikytas Student t-testas nepriklausomoms imtims, o lyginant trijų ir daugiau grupių vidurkius taikyta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Skirtingų kintamųjų ryšiams nustatyti buvo taikytas Pearson koreliacijos koeficientas, prognostiniams ryšiams įvertinti buvo taikyta hierarchinė tiesinė regresija.

3. REZULTATAI

3.1. Aprašomoji statistika

Buvo išanalizuoti kintamųjų (savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės lokuso ir gyvenimo kokybės) rodikliai skirtingose grupėse, sudarytose pagal sociodemografinius rodiklius ir turimų lėtinių ligų skaičių.

Atsižvelgus į analizuotą literatūrą, savo senėjimo suvokimo įverčiai buvo palyginti tik pagal turimų lėtinių ligų skaičių, tam buvo atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Gauti duomenys pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė. *Savo senėjimo vertinimo skalių įverčių vidurkių (T balais) palyginimas pagal lėtinių ligų skaičių*

	Turimų lėtinių ligų skaičius				
Savo senėjimo suvokimo skalė	0	1	2	Daugiau nei 2	F
	M (SD)				
Chronologinis požiūris	47,62 (9,47)	49,09 (9,99)	52,80 (9,23)	58,35 (8,93)	5,25**
Emocijų atspindėjimas	46,35 (9,29)	49,82 (9,02)	53,60 (8,65)	59,20 (11,63)	8,2**
Neigiami padariniai ir kontrolė	46,06 (8,35)	50,56 (9,67)	54,81 (9,83)	55,22 (12,07)	6,57**
Teigiami padariniai	51,85 (10,35)	48,91 (9,25)	49,03 (9,11)	48,46 (12,76)	1
Teigiama kontrolė	52,13 (10,00)	49,14 (9,64)	48,68 (10,82)	47,03 (9,21)	1,48

Pastaba. Paryškintu šriftu pažymėti statistškai reikšmingi rezultatai.

5 lentelėje pateikti rezultatai rodo, kad pagal turimų lėtinių ligų skaičių statistškai reikšmingai skiriasi šių savo senėjimo suvokimo skalių įverčiai: chronologinio požiūrio ($F = 5,25$, $p < 0,01$), neigiamų padarinių ir kontrolės ($F = 6,57$, $p < 0,001$) bei emocijų atspindėjimo ($F = 8,2$, $p < 0,01$). Taikytas Bonferroni testas rodo, jog: (1) chronologinio požiūrio įverčių skirtumas yra statistškai reikšmingas ($p < 0,01$) tarp asmenų, nesergančių lėtine liga ($M = 47,62$, $SD = 9,47$) ir tarp turinčių daugiau nei dvi ligas ($M = 58,35$, $SD = 8,93$). Taip pat, skirtumas ($p < 0,05$) yra tarp asmenų, turinčių vieną ligą ($M = 49,09$, $SD = 9,99$) ir daugiau nei dvi ligas - ligų neturintys asmenys mažiausiai, o daugiau nei dvi ligas turintys asmenys labiausiai yra linkę nuolat suvokti, kad vyksta jų senėjimas. (2) Neigiamų padarinių ir kontrolės įverčiai skiriasi ($p < 0,01$) tarp dalyvių, nesergančių jokia liga ($M = 46,06$, $SD = 8,35$) ir tų, kurie turi dvi ligas ($M = 54,81$, $SD = 9,83$). Taip pat skirtumas yra ($p <$

0,05) tarp asmenų, kurie neserga ir, kurie turi daugiau nei dvi ligas ($M = 55,22$, $SD = 12,07$). Taigi, lėtinių ligų neturintys asmenys yra mažiausiai linkę vertinti savo senėjimą, kaip neigiamą įtaką jiems darantį procesą, kurio jie negali kontroliuoti, o turintys daugiau nei dvi ligas tai daro dažniausiai. (3) Emocijų atspindėjimo skalės įverčiai skiriasi ($p < 0,05$) tarp asmenų, kurie neturi ligų ($M = 46,35$, $SD = 9,29$) bei asmenų, kurie turi dvi ($M = 53,60$, $SD = 8,65$) ligas. Taip pat, skirtumas yra ($p < 0,01$) tarp neturinčių ligų tyrimo dalyvių ir turinčių daugiau nei dvi ligas ($M = 59,20$, $SD = 11,63$) dalyvių bei dalyvių, kurie turi vieną ligą ($M = 49,82$, $SD = 9,02$) ir tų, kurie turi daugiau nei dvi ligas. Taigi, senėjimas labiausiai sukelia neigiamas emocijas asmenims, kurie turi daugiau nei dvi ligas, o asmenims, kurie ligų neturi tokių emocijų senėjimas sukelia mažiausiai.

Įvertinti, ar sveikatos kontrolės lokusas skiriasi skirtingų lyčių grupėse, buvo pasitelktas Stjudento T testas, kurio rezultatai parodė, jog skirtumų nėra (vidinis: $t(141) = -0,71$, $p = 0,462$, atsitiktinis: $t(141) = 0,79$, $p = 0,406$, kitų įtaka: $t(141) = -1,18$, $p = 0,232$).

Siekiant įvertinti, ar sveikatos kontrolės lokuso įverčiai skiriasi pagal turimų lėtinių ligų skaičių, buvo atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA). Gauti duomenys pateikti 6 lentelėje.

6 lentelė. Sveikatos kontrolės lokuso įverčių vidurkių palyginimas pagal lėtinių ligų skaičių

Sveikatos kontrolės lokusas	Lėtinių ligų skaičius				F
	0	1	2	Daugiau nei 2	
	M (SD)				
Vidinis	4.45(0.79)	4.20(0.69)	3.70(0.94)	3.90(0.79)	5.77***
Atsitiktinis	3.27(0,82)	3.12 (0.81)	3.58 (0.67)	3.59 (0,88)	2.52
Kitų įtaka	3.15(0.8)	3.53 (0.92)	3.61 (0.59)	3.63 (0.97)	2,85*

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingi rezultatai.

6 lentelės rezultatai rodo, kad pagal lėtinių ligų skaičių skiriasi vidinio sveikatos kontrolės lokuso ($F = 5,77$, $p < 0,001$) bei kitų įtakos ($F = 2,85$, $p < 0,05$) sveikatos kontrolės lokuso vertinimas. Taikytas Bonferroni testas rodo, jog vidinis sveikatos kontrolės lokusas skiriasi ($p < 0,01$) tarp asmenų, neturinčių lėtinių ligų ($M = 4,45$, $SD = 0,79$) bei turinčių dvi lėtines ligas ($M = 3,7$, $SD = 0,94$). Neturintys ligų dalyviai stipriausiai tiki, jog jų sveikata priklauso nuo vidinių veiksnių, o dvi ligas turintys asmenys tuo tiki mažiausiai. Taikytas LSD testas rodo, kad kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas skiriasi ($p < 0,05$) tarp asmenų, neturinčių lėtinių ligų ($M = 3,15$, $SD = 0,8$) bei asmenų, turinčių vieną ligą ($M = 3,53$, $SD = 0,92$) ir tarp neturinčių lėtinių ligų bei turinčių dvi lėtines

ligas ($M = 3,63$, $SD = 0,97$). Aukščiausias kitų įtakos įvertis yra tarp turinčių dvi ligas, tai rodo, kad jie labiausiai tiki, jog jų sveikata priklauso nuo kitų asmenų.

Taikant vienfaktorinę dispersinę analizę (ANOVA) taip pat buvo analizuoti sveikatos kontrolės lokuso skirtumai pagal išsilavinimą ir gaunamas pajamas. Nei vidinio ($F = 1,30$, $p = 0,273$), nei atsitiktinio ($F = 0,87$, $p = 0,486$), nei kitų įtakos ($F = 0,58$, $p = 0,678$) sveikatos kontrolės įverčiai nesiskiria pagal pajamas. Taip pat, sveikatos kontrolės lokuso įverčiai nesiskiria ir pagal išsilavinimą (vidinis: $F = 2,20$, $p = 0,058$; atsitiktinis: $F = 1,43$, $p = 0,216$; kitų įtakos: $F = 0,71$, $p = 0,619$).

Siekiant įvertinti, ar gyvenimo kokybės įverčiai skiriasi grupėse pagal išsilavinimą buvo atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA), kurios rezultatai parodė, jog yra statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant aplinkos ($F = 3,58$, $p < 0,01$) ir fizinės sveikatos ($F = 5,54$, $p < 0,01$) sritis, skirtumų nėra vertinant socialinių santykių ($F = 1,68$, $p = 0,142$) ir psichologinę ($F = 2,00$, $p = 0,083$) sritis. Rezultatai pateikti 7 lentelėje.

7 lentelė. *Gyvenimo kokybės sričių įverčių vidurkių palyginimas pagal išsilavinimą*

	Išsilavinimas					
	N. Vid.	Vid.	Prof.	A. (tech.)	A. N.	A. U.
Gyvenimo kokybės sritis	M (SD)					
Fizinė sveikata	2,62 (0,30)	2,79 (0,92)	3,89 (0,66)	3,77 (0,78)	4,21 (0,71)	4,00 (0,62)
Psichologinė savijauta	3,56 (0,35)	3,30 (0,48)	3,70 (0,80)	3,56 (0,46)	4,06 (0,60)	3,82 (0,59)
Socialiniai santykiai	3,11 (0,38)	2,83 (1,04)	3,47 (1,00)	3,34 (0,65)	3,79 (0,76)	3,61 (0,73)
Aplinka	3,62 (0,45)	3,25 (0,78)	3,63 (0,74)	3,70 (0,60)	4,20 (0,44)	4,03 (0,56)

Pastaba. N. Vid. – nebaigtas vidurinis, Vid – vidurinis, prof. – profesinė mokykla, A. (tech.) – aukštesnysis (technikumas), A.N. – aukštasis neuniversitetinis, A.U. – aukštasis universitetinis.

7 lentelėje pateikti rezultatai rodo, jog geriausiai savo fizinę sveikatą vertina aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys asmenys ($M = 4,21$, $SD = 0,71$), o blogiausiai – nebaigtą vidurinį išsilavinimą turintys asmenys ($M = 2,62$, $SD = 0,30$). Taip pat, geriausiai savo fizinę aplinką vertina aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą turintys asmenys ($M = 4,20$, $SD = 0,44$), prasčiausiai – vidurinį išsilavinimą turintys asmenys ($M = 3,25$, $SD = 0,78$).

Siekiant įvertinti gyvenimo kokybės skirtumus tarp skirtingas pajamas gaunančių asmenų, taip pat buvo atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA), į analizę nebuvo įtrauktas kintamasis

„Nesuduriame galo su galu“, nes tik vienas dalyvis pasirinko šį variantą. Rezultatai pateikti 10 lentelėje

8 lentelė. *Gyvenimo kokybės sričių įverčių vidurkių palyginimas pagal pajamas*

Gyvenimo kokybės sritis	Pajamos				
	Tik maistui	Būtiniausioms reikmėms	Truputį lieka	Visada atlieka pinigų	F
	M (SD)				
Fizinė sveikata	2,43 (0,80)	3,83 (0,69)	3,87 (0,63)	4,29 (0,56)	9,98***
Psichologinė savijauta	2,71 (0,34)	3,63 (0,55)	3,80 (0,54)	4,04 (0,56)	7,28***
Socialiniai santykiai	2,25 (0,79)	3,44 (0,73)	3,59 (0,69)	3,67 (0,79)	3,77**
Aplinka	2,72 (0,73)	3,78 (0,56)	3,92 (0,51)	4,29 (0,53)	10,08***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingi rezultatai. Tik maistui – pajamų pakanka tik maistui, Būtiniausioms reikmėms – pajamų pakanka visoms būtiniausioms reikmėms, Truputį lieka - pajamų pakanka ir truputį lieka, Visada atlieka pinigų - visada yra atliekamų pinigų.

8 lentelės rezultatai rodo, jog egzistuoja statistiškai reikšmingi skirtumai pagal pajamas vertinant visas gyvenimo kokybės sritis: fizinės sveikatos ($F = 9,98$, $p < 0,001$), psichologinės savijautos ($F = 7,28$, $p < 0,001$), socialinių santykių ($F = 3,77$, $p < 0,01$) ir aplinkos ($F = 10,08$, $p < 0,001$). Asmenys, kuriems visada yra atliekamų pinigų turi didžiausius įverčius fizinės sveikatos ($M = 4,29$, $SD = 0,56$), psichologinės savijautos ($M = 4,04$, $SD = 0,56$), socialinių santykių ($M = 3,67$, $SD = 0,79$) ir aplinkos ($M = 4,29$, $SD = 0,53$) t.y. visose gyvenimo kokybės skalėse. Asmenys, kuriems pajamų pakanka tik maistui, fizinės sveikatos ($M = 2,43$, $SD = 0,80$), psichologinės savijautos ($M = 2,71$, $SD = 0,34$), socialinių santykių ($M = 2,25$, $SD = 0,79$) ir aplinkos ($M = 2,72$, $SD = 0,73$), t.y. visose gyvenimo kokybės skalėse, turi mažiausius įverčius.

Siekiant įvertinti gyvenimo kokybės skirtumus tarp skirtingą skaičių lėtinių ligų turinčių asmenų, taip pat buvo atlikta vienfaktorinė dispersinė analizė (ANOVA), kurios rezultatai pateikti 9 lentelėje.

9 lentelė. Gyvenimo kokybės sričių įverčių vidurkių palyginimas pagal lėtinių ligų skaičių

Gyvenimo kokybės sritis	Lėtinių ligų skaičius				
	0	1	2	Daugiau nei 2	F
	M (SD)				
Fizinė sveikata	4,31 (0,51)	3,86 (0,56)	3,37 (0,83)	3,33 (0,72)	17,96***
Psichologinė savijauta	3,98 (0,56)	3,78 (0,55)	3,57 (0,56)	3,22 (0,50)	8,05***
Socialiniai santykiai	3,78 (0,75)	3,52 (0,71)	3,28 (0,68)	3,05 (0,77)	4,98**
Aplinka	4,15 (0,53)	3,90 (0,54)	3,71 (0,64)	3,50 (0,74)	6,27***

Pastaba. *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,01.

Apžvelgus 9 lentelės rezultatus, matyti, jog egzistuoja statistiškai reikšmingi skirtumai pagal ligų skaičių analizuojant visas gyvenimo kokybės sričių skales: fizinės sveikatos ($F = 17,96$, $p < 0,001$), psichologinės savijautos ($F = 8,05$, $p < 0,001$), socialinių santykių ($F = 4,98$, $p < 0,01$) ir aplinkos ($F = 6,27$, $p < 0,001$). Neturintys lėtinių ligų asmenys pasižymi didžiausiais įverčiais fizinės sveikatos ($M = 4,31$, $SD = 0,51$), psichologinės savijautos ($M = 3,98$, $SD = 0,56$), socialinių santykių ($M = 3,78$, $SD = 0,75$) ir aplinkos ($M = 4,15$, $SD = 0,53$), t.y. visose, gyvenimo kokybės srityse. Asmenys, turintys daugiau nei 2 lėtines ligas, turi mažiausius įverčius fizinės sveikatos ($M = 3,33$, $SD = 0,72$) ir socialinių santykių ($M = 3,05$, $SD = 0,77$) srityse, o turintys dvi lėtines ligas turi mažiausius įverčius psichologinės savijautos ($M = 3,57$, $SD = 0,56$) ir aplinkos ($M = 3,71$, $SD = 0,64$) srityse.

3.2. Savo senėjimo suvokimo bei gyvenimo kokybės ryšys

Pirmas darbo uždavinys buvo nustatyti vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės sąsajas, tam buvo pritaikytas Pearson koreliacijos koeficientas ir gauti rezultatai (10 lentelė) rodo, kad visi savo senėjimo vertinimo komponentai statistiškai reikšmingai siejasi su visomis gyvenimo kokybės sritimis bei bendra gyvenimo kokybe. Galima pastebėti, kad neigiamą savo senėjimą rodantys savo senėjimo vertinimo komponentai (chronologinis požiūris, emocijų atspindėjimas bei neigiami padariniai ir kontrolė) turi neigiamas sąsajas su visomis gyvenimo kokybės sritimis, o teigiamą savo senėjimo vertinimą rodantys komponentai, kaip teigiama kontrolė ir teigiami padariniai, su gyvenimo kokybės sritimis siejasi teigiamai.

10 lentelė. Savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės ryšys (Pearson koreliacijos koeficientai).

Savo senėjimo suvokimo skalė	Gyvenimo kokybės sritis			
	Fizinė sveikata	Psichologinė sritis	Socialiniai santykiai	Aplinka
Chronologinis požiūris	- 0,46**	- 0,36**	- 0,28**	- 0,36**
Emocijų atspindėjimas	- 0,50**	- 0,50**	- 0,32**	- 0,48**
Neigiami padariniai ir kontrolė	- 0,52**	- 0,41**	- 0,30**	- 0,46**
Teigiami padariniai	0,34**	0,33**	0,29**	0,27**
Teigiama kontrolė	0,32**	0,36**	0,20*	0,36**

Pastaba. *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,01. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingi rezultatai.

3.3. Sveikatos kontrolės lokuso bei gyvenimo kokybės ryšys

Antras darbo uždavinys buvo nustatyti vyresnio amžiaus asmenų sveikatos kontrolės lokuso ir gyvenimo kokybės sąsajas, tam, taip pat, buvo pritaikytas Pearson koreliacijos koeficientas, koreliacinės analizės rezultatai pateikti 11 lentelėje.

11 lentelė. Savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės ryšys (Pearson koreliacijos koeficientai).

Sveikatos kontrolės lokusas	Gyvenimo kokybės sritis			
	Fizinė sveikata	Psichologinė sritis	Socialiniai santykiai	Aplinka
Vidinis	0,39**	0,34**	0,24**	0,33**
Atsitiktinis	- 0,28**	- 0,24**	- 0,19*	- 0,23**
Kitų įtaka	- 0,23**	- 0,09	- 0,16	- 0,16

Pastaba. *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,01. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingos koreliacijos

11 lentelėje pateikti rezultatai rodo, jog egzistuoja statistiškai reikšmingos sąsajos tarp sveikatos kontrolės lokuso ir bent vienos iš gyvenimo kokybės sričių. Galima pastebėti, kad vidinis kontrolės lokusas teigiamai siejasi su visomis gyvenimo kokybės sritimis, o atsitiktinumo – neigiamai. Vidinį sveikatos kontrolės lokusą sieja vidutinio stiprumo ryšiai su fizine sveikata ($r = 0,39$, $p < 0,01$), psichologine sritimi ($r = 0,34$, $p < 0,01$) ir aplinka ($r = 0,33$, $p < 0,01$), silpnas ryšys vidinį kontrolės lokusą sieja su socialiniais santykiais ($r = 0,19$, $p < 0,05$). Atsitiktinis sveikatos kontrolės lokusą su visomis gyvenimo sritimis atskirai sieja silpnas neigiamas ryšys. Kitų įtakos

sveikatos kontrolės lokusas yra susijęs tik su fizine sveikata ($r = 0,23$, $p < 0,01$). Rezultatai rodo, kad asmenys, manantys, jog jų sveikatos būklė priklauso nuo vidinių veiksnių, yra linkę turėti aukštesnę gyvenimo kokybę, o manantys, kad jų sveikata priklauso nuo atsitiktinumų, yra linkę turėti žemesnę gyvenimo kokybę. Taip pat, dalyviai, kurie tiki, jog jų sveikata priklauso nuo kitų įtakos, yra linkę vertinti savo fizinę sveikatą, kaip prastesnę.

3.4 Savo senėjimo suvokimo ir sveikatos kontrolės lokuso ryšys

Trečias darbo uždavinys buvo nustatyti vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo ir sveikatos kontrolės sąsajas. Buvo taikytas Pearson koreliacijos koeficientas, ir gauti rezultatai (12 lentelė) rodo, jog egzistuoja vidutinis statistiškai reikšmingas teigiamas ryšys tarp vidinio sveikatos kontrolės lokuso ir savo senėjimo suvokimo teigiamų padarinių ($r = 0,34$, $p < 0,01$) bei teigiamos kontrolės komponentų ($r = 0,45$, $p < 0,01$). Abu šie komponentai rodo teigiamą savo senėjimo suvokimą. Taip pat, vidinis kontrolės lokusas mažai, tačiau statistiškai reikšmingai ir neigiamai siejasi su emocijų atspindėjimu ($r = -0,17$, $p < 0,05$) bei neigiamų padarinių ir kontrolės komponentais ($r = -0,21$, $p < 0,05$), kurie abu rodo neigiamą savo senėjimo suvokimą. Teigiamai savo senėjimą suvokiantys asmenys, kurie senėjimą sieja su teigiama kontrole ir teigiamomis pasekmėmis, yra linkę turėti vidinį sveikatos kontrolės lokusą, o asmenys, kuriems senėjimas kelia neigiamas emocijas, siejasi su neigiamomis pasekmėmis, kurių jie negali kontroliuoti, yra mažiau linkę priskirti savo sveikatą vidiniams veiksniams. Rezultatai taip pat parodė, kad kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas yra vidutiniškai susijęs su chronologiniu požimiūriu ($r = 0,35$, $p < 0,01$), emocijų atspindėjimu ($r = 0,22$, $p < 0,01$) bei neigiamais padariniais ir kontrole ($r = 0,35$, $p < 0,01$). Su neigiamais padariniais ir kontrole taip pat siejasi ir atsitiktinis sveikatos kontrolės lokusas ($r = 0,23$, $p < 0,01$). Atsitiktinis lokusas taip pat turi silpnas teigiamas sąsajas su emocijų atspindėjimu ($r = 0,19$, $p < 0,05$) ir chronologiniu požimiūriu ($r = 0,18$, $p < 0,05$).

12 lentelė. Savo senėjimo suvokimo ir sveikatos kontrolės lokuso ryšys (Pearson koreliacijos koeficientai).

Savo senėjimo suvokimo skalė	Sveikatos kontrolės lokusas		
	Vidinis	Atsitiktinis	Kitų įtaka
Chronologinis požiūris	- 0,15	0,18*	0,35**
Emocijų atspindėjimas	- 0,17*	0,19*	0,22**
Neigiami padariniai ir kontrolė	- 0,21*	0,23**	0,35**
Teigiami padariniai	0,34**	- 0,09	- 0,02
Teigiama kontrolė	0,45**	- 0,15	- 0,13

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,01$. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingos koreliacijos.

3.4. Gyvenimo kokybės prognostiniai veiksniai

Kitas tyrimo uždavinys buvo nustatyti, ar asmens sociodemografiniai veiksniai ir turimų lėtinių ligų skaičius, sveikatos kontrolės lokusas bei savo senėjimo vertinimas yra svarbūs veiksniai nuspėjant gyvenimo kokybę. Siekiant tai įvertinti, pirmiausia buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresija, kuria buvo patikrinta, ar šie veiksniai prognozuoja fizinę sritį, jos rezultatai pateikti 13 lentelėje. Pirmasis modelis, kuriame įtrauktas buvo tik savo senėjimo suvokimo kintamieji, prognozuoja 40 proc. duomenų sklaidos, jame išryškėjo trys statistiškai reikšmingi veiksniai: chronologinis požiūris, emocijų atspindėjimas bei teigiami padariniai. Remiantis šiais duomenimis galima teigti, kad geriau savo fizinę sveikatą vertina tie asmenys, kurie yra mažiau linkę nuolat suvokti, jog sensta, kuriems galvojimas apie senėjimą kelia mažiau neigiamų emocijų ir, kuriems senėjimas siejasi su teigiama įtaka jų gyvenimui.

Antrame hierarchinės regresijos žingsnyje į modelį buvo įtraukti sveikatos kontrolės lokuso komponentai, kurių įtraukimas reikšmingai pagerina ankstesnio modelio prognostinį tikslumą (R^2 pokytis = 0,06, F pokytis = 4,61, $p = 0,004$). Pridėjus šiuos kintamuosius modelis paaiškina 46 proc. duomenų sklaidos. Šiame modelyje chronologinis požiūris neteko statistinės reikšmės. Nuspėjant fizinę sritį statistiškai reikšmingi savo senėjimo suvokimo veiksniai liko teigiami padariniai ir emocijų atspindėjimas. Taip pat reikšmingas yra vidinis sveikatos kontrolės lokusas ir tai rodo, kad, kai kontroliuojamas savo senėjimo suvokimas, kuo labiau asmuo tiki, jog jo sveikata priklauso nuo vidinių veiksnių, tuo geriau jis vertina savo fizinę sveikatą.

13 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant fizinės sveikatos gyvenimo kokybės sritį

Prognostiniai veiksniai	1 modelis	2 modelis	3 modelis	
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)	
Savo senėjimo suvokimas				
Chronologinis požiūris	- 0,18*	- 0,15	- 0,12	
Emocijų atspindėjimas	- 0,24*	- 0,24*	- 0,18*	
Neigiami padariniai ir kontrolė	- 0,18	- 0,13	- 0,04	
Teigiami padariniai	0,21**	0,17*	0,11	
Teigiama kontrolė	0,11	0,02	0,04	
Sveikatos kontrolės lokusas				
Vidinis		0,23**	0,15*	
Atsitiktinis		- 0,13	- 0,10	
Kitų asmenų		- 0,03	0,00	
Sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius				
Amžius			- 0,08	
Lytis			- 0,02	
Gyvenamoji vieta			0,10	
Išsilavinimas			0,06	
Pajamos			0,18**	
Šeiminė padėtis			0,00	
Lėtinių ligų skaičius			- 0,24**	
	R²	0,40	0,46	0,58
	F	18,28***	14,06***	10,72***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingi rezultatai. 1 modelis – savo senėjimo suvokimas, 2 modelis – savo senėjimo suvokimas ir sveikatos kontrolės lokusas, 3 modelis – savo senėjimo suvokimas, sveikatos kontrolės lokusas, sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius.

Trečias hierarchinės regresijos modelis, į kurį buvo įtraukti sociodemografiniai veiksniai ir lėtinių ligų skaičius, paaiškina 58 proc. duomenų sklaidos, o kontroliuojant visus šiame tyrime

matuojamus kintamuosius, modelyje nustatyti 4 reikšmingi prediktoriai – emocijų atspindėjimas, vidinis sveikatos kontrolės lokusas, pajamos ir lėtinių ligų skaičius (13 lentelė). Trečio modelio rezultatai leidžia teigti, kad kuo labiau vyresniam asmeniui jo senėjimas kelia neigiamas emocijas, kuo mažiau jis tiki, jog vidiniai veiksniai lemia jo sveikatą, kuo mažesnės jo pajamos ir, kuo daugiau jis turi lėtinių ligų, tuo prasčiau jis vertina savo fizinę sveikatą.

Siekiant nustatyti psichologinės savijautos srities prognostinius veiksnius, taip pat buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresija, kurios rezultatai pateikti 14 lentelėje. Gauti rezultatai rodo, jog, kai modelyje įtraukti tik savo senėjimo suvokimo komponentai, toks modelis paaiškina 36 proc duomenų sklaidos. Jame statistiškai svarbūs kintamieji yra teigiami padariniai, teigiama kontrolė ir emocijų atspindėjimas. Tai rodo, kad kuo labiau asmuo sieja senėjimą su teigiama įtaka jo gyvenimui, kuo labiau jis tiki galinti kontroliuoti įvairius aspektus senatvėje bei kuo mažiau senėjimas jam kelia neigiamas emocijas, tuo geriau jis vertina savo psichologinę savijautą.

Į regresinę lygtį įvedus sveikatos kontrolės lokuso veiksnius, modelio prognostinis tikslumas padidėjo tik 4 proc, be to, modelyje neatsirado nei vieno reikšmingo prediktoriaus, o tai rodo, kad sveikatos kontrolės lokusas mažai prisideda prie psichologinės savijautos srities prognozavimo. Trečias modelis, apimantis ir sociodemografinius kintamuosius bei lėtinių ligų skaičių, yra statistiškai reikšmingai tikslesnis (R^2 pokytis = 0,10, F pokytis = 3,12, $p = 0,003$), taip pat, jame išryškėjo du nauji psichologinės savijautos srities prediktoriai – pajamos ir šeiminė padėtis. Apibendrinant trečiąjį modelį galima teigti, kad geriau savo psichologinę savijautą vertina tie vyresni asmenys, kuriems jų senėjimas kelia mažiau neigiamų emocijų, kurie gauna didesnes pajamas bei gyvena su partneriu.

14 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant psichologinės savijautos gyvenimo kokybės sritį

Prognostiniai veiksniai	1 modelis	2 modelis	3 modelis
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)
Savo senėjimo suvokimas			
Chronologinis požiūris	- 0,12	- 0,12	- 0,09
Emocijų atspindėjimas	- 0,38***	- 0,36***	- 0,30**
Neigiami padariniai ir kontrolė	0,00	0,00	0,01
Teigiami padariniai	0,19*	0,16*	0,12
Teigiama kontrolė	0,18*	0,13	0,13
Sveikatos kontrolės lokusas			
Vidinis		0,13	0,12
Atsitiktinis		- 0,14	- 0,12
Kitų įtakos		0,09	0,07
Sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius			
Amžius			0,16
Lytis			0,08
Gyvenamoji vieta			0,03
Išsilavinimas			0,00
Pajamos			0,16*
Šeiminė padėtis			0,18*
Lėtinių ligų skaičius			- 0,15
	R²		
	0,36	0,40	0,50
	F		
	15,45***	10,91***	7,71***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Paryškintu šriftu pažymėtos statistškai reikšmingi rezultatai. 1 modelis – savo senėjimo suvokimas, 2 modelis – savo senėjimo suvokimas ir sveikatos kontrolės lokusas, 3 modelis – savo senėjimo suvokimas, sveikatos kontrolės lokusas, sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius.

Siekiant nustatyti socialinių santykių srities prognostinius veiksniai, taip pat buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresija, kurios rezultatai yra pateikti 15 lentelėje.

15 lentelė. *Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant socialinių santykių gyvenimo kokybės sritį*

Prognostiniai veiksniai	1 modelis	2 modelis	3 modelis
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)
Savo senėjimo suvokimas			
Chronologinis požiūris	- 0,11	- 0,09	- 0,04
Emocijų atspindėjimas	- 0,21	- 0,21	-0,16
Neigiami padariniai ir kontrolė	- 0,03	0,01	- 0,06
Teigiami padariniai	0,23*	0,21*	0,14
Teigiama kontrolė	0,03	- 0,03	- 0,01
Sveikatos kontrolės lokusas			
Vidinis		0,14	0,10
Atsitiktinis		- 0,09	- 0,07
Kitų įtakos		- 0,06	- 0,06
Sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius			
Amžius			0,32**
Lytis			0,00
Gyvenamoji vieta			0,10
Išsilavinimas			0,07
Pajamos			- 0,01
Šeiminė padėtis			0,28***
Lėtinių ligų skaičius			- 0,17
R²	0,18	0,20	0,33
F	5,85***	4,23***	3,84***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingi rezultatai. 1 modelis – savo senėjimo suvokimas, 2 modelis – savo senėjimo suvokimas ir sveikatos kontrolės lokusas, 3 modelis – savo senėjimo suvokimas, sveikatos kontrolės lokusas, sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius.

15 lentelėje pateikti rezultatai rodo, jog, kai į modelį įtraukti tik savo senėjimo suvokimo veiksniai, toks modelis paaiškina tik 18 proc. duomenų sklaidos ir svarbus prediktorius yra tik teigiamų padarinių savo senėjimo suvokimo komponentas. Tai rodo, kad savo socialiniais santykiais labiau patenkinti senėjimą su teigiama įtaka gyvenimui siejantys vyresni asmenys. Į antrą modelį įtraukus sveikatos kontrolės lokuso veiksnius, jo prognostinis reikšmingumas nepagerėjo (R^2 pokytis = 0,03, F pokytis = 1,44, p = 0,234) ir neatsirado naujų prediktorių. Į modelį įtraukus sociodemografinius ir lėtinių ligų skaičiaus veiksnius, jo prognostinis reikšmingumas pagerėjo (R^2 pokytis = 0,13, F pokytis = 2,96, p = 0,005) bei jame išryškėjo du nauji prediktoriai – amžius bei šeiminė padėtis, tačiau nebereikšmingas tapo teigiamų padarinių (savo senėjimo suvokimo) veiksnys. Trečias modelis paaiškina 33 proc. duomenų sklaidos ir jo rezultatai leidžia teigti, jog, kai kontroliuojami visi analizuoti veiksniai, nei savo senėjimo suvokimas, nei sveikatos kontrolės lokusas neprognozuoja socialinių santykių vertinimo, geriau savo socialinius santykius vertina su partneriu gyvenantys asmenys, taip pat, geresnį socialinių santykių vertinimą prognozuoja vyresnis amžius.

Siekiant nustatyti aplinkos srities prognostinius veiksnius, taip pat buvo atlikta hierarchinė tiesinė regresija, jos rezultatai pateikti 16 lentelėje. Išanalizavus šios lentelės rezultatus matyti, kad pirmame modelyje statistiškai reikšmingi kintamieji yra teigiama kontrolė ir emocijų atspindėjimas. Tai rodo, kad, kai nekontroliuojami kiti veiksniai, savo fizinę aplinką geriau vertina vyresnio amžiaus asmenys, kuriems jų senėjimas kelia mažiau neigiamų emocijų bei, kurie savo senėjimą sieja su teigiama įtaka jų gyvenimui. Toks modelis, kuriame įtraukti tik savo senėjimo suvokimo kintamieji, paaiškina 33 proc. duomenų sklaidos. Į modelį įtraukus sveikatos kontrolės lokusą (2 modelis), teigiamos kontrolės komponentas prarado reikšmingumą, tačiau naujų prediktorių neatsirado, o modelio prognostinis reikšmingumas padidėjo tik 3 proc. Į 3 modelį įtraukus sociodemografinius veiksnius ir lėtinių ligų skaičių, padidėjo jo prognostinis tikslumas (R^2 pokytis = 0,11, F pokytis = 3,24, p = 0,002), taip pat jame atsirado naujas prediktorius – pajamos. Toks modelis nuspėja 47 proc. duomenų sklaidos ir leidžia teigti, jog geriau savo fizinę aplinką vertina daugiau pajamų gaunantys asmenys, kuriems jų senėjimas kelia mažiau neigiamų jausmų.

16 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant aplinkos gyvenimo kokybės sritį

Prognostiniai veiksniai	1 modelis	2 modelis	3 modelis
	Beta(β)	Beta(β)	Beta(β)
Savo senėjimo suvokimas			
Chronologinis požiūris	- 0,07	- 0,06	- 0,05
Emocijų atspindėjimas	- 0,28**	- 0,27**	- 0,24*
Neigiami padariniai ir kontrolė	- 0,15	-0,13	- 0,10
Teigiami padariniai	0,10	0,07	0,06
Teigiama kontrolė	0,21**	0,16	0,16
Sveikatos kontrolės lokusas			
Vidinis		0,15	0,06
Atsitiktinis		- 0,11	- 0,11
Kitų įtakos		0,03	0,06
Sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius			
Amžius			0,16
Lytis			- 0,06
Gyvenamoji vieta			0,10
Išsilavinimas			0,14
Pajamos			0,25**
Šeiminė padėtis			0,07
Lėtinių ligų skaičius			- 0,13
	R²		
	0,33	0,36	0,47
	F		
	13,54***	9,34***	6,92***

Pastaba. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Paryškintu šriftu pažymėtos statistiškai reikšmingi rezultatai. 1 modelis – savo senėjimo suvokimas, 2 modelis – savo senėjimo suvokimas ir sveikatos kontrolės lokusas, 3 modelis – savo senėjimo suvokimas, sveikatos kontrolės lokusas, sociodemografiniai veiksniai, ligų skaičius.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame tyrime atlikta vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės lokuso ir gyvenimo kokybės ryšių bei prognostinių gyvenimo kokybės veiksnių analizė. Siekiant geriau suprasti visus analizuotus konstruktus, jie buvo palyginti pagal įvairius, literatūroje išskiriamus, veiksnus. Visų pirma, savo senėjimo suvokimo įvertiniai buvo palyginti grupėse pagal skirtingą lėtinių ligų skaičių. Rezultatai parodė, kad daugiau ligų turintys asmenys labiau neigiamai suvokia savo senėjimą. – jie labiau linkę nuolat suvokti, jog sensta, sieti senėjimą su neigiamomis emocijomis, neigiama įtaka gyvenimui bei negebėjimu kontroliuoti įvairių aspektų senatvėje. Daugelis autorių (Diehl et al., 2014, Gale ir Cooper, 2018, Wolff et al., 2017) teigia, kad neigiamas savo senėjimas yra susijęs su prastesne fizine sveikata. Taigi, gauti rezultatai patvirtina šiuos duomenis. Taip pat, nemažai autorių (Tovel et al., 2019, Klusmann et al., 2019, Levy & Slade, 2019, Westerhof & Wurm, 2015) teigia, jog teigiamas savo senėjimo suvokimas yra susijęs su sveikais įpročiais ir sveikatai palankiu elgesiu bei, kartu, geresne objektyviai vertinama sveikata. Taigi, gauti rezultatai, rodantys, kad neigiamas savo senėjimas siejasi su prastesne sveikata – didesniu lėtinių ligų skaičiumi, leidžia kelti prielaidą, jog neigiamai savo senėjimą suvokiantys asmenys mažiau linkę turėti sveikatai palankių įpročių ir dėl to pasižymi prastesne sveikata. Kita vertus, Wurm ir kiti (2017) teigia, kad įsitikinimai apie senėjimą gali tapti labiau neigiami suprastėjus sveikatai ir tikėtina, kad susirgę lėtine liga asmenys gali suvokti sveikatos blogėjimą, kaip senėjimo pasekmę bei kartu pradėti vis labiau neigiamai suvokti savo senėjimą siedami jį neišvengiamu sveikatos prastėjimu.

Įsitikinimai apie sveikatos kontrolę buvo palyginti skirtingos lyties, skirtingų pajamų ir skirtingo išsilavinimo grupėse, kuriose skirtumų nebuvo rasta. Lyčių skirtumų nerado ir kiti autoriai (Jacobs-Lawson et al., 2011, Infurna et al., 2018). Visgi, atsižvelgus į daugelio tyrimų (Lachman, 2006, Poortinga et al. 2008, Zhang & Jang, 2017, Berglund, Lytsy, & Westerling, 2014, Drewelies et al., 2017) rezultatus, kuriuose vidinis sveikatos kontrolės lokusas buvo teigiamai, o išorinis (atsitiktinis ir kitų įtakos) neigiamai susijęs su aukštesnėmis pajamomis ir aukštesniu išsilavinimu, stebina, jog skirtumai šiame darbe nerasti. Pasak Lachman ir kitų (2011), sveikatos kontrolė yra susijusi su daugeliu veiksnių, tokių kaip asmenybės savybės, pasitenkinimas santykiais, sveikata ir kt., taigi, galima daryti prielaidą, kad sociodemografiniai veiksniai nėra patys svarbiausi. Šiame darbe sveikata išties buvo svarbi ir rasta, kad daugiausiai lėtinių ligų turintys asmenys mažiausiai priskiria sveikatą vidiniams veiksniams, o labiausiai – kitiems asmenims. Šie duomenys patvirtina kitų autorių (Jacobs-Lawson et al., 2011, Zhang & Jang, 2017) tyrimų rezultatus ir leidžia daryti prielaidą, kad tikėjimas, jog kiti asmenys yra atsakingi už individo sveikatą, lemia mažesnes pastangas išlaikyti gerą sveikatos būklę ir to rezultatas yra prastesnė sveikata. Kita vertus, daugiau ligų turintys asmenys, tikėtina, jog dažniau turi bendrauti su gydytojais taip bent dalį atsakomybės už savo sveikatą

perduodami jiems. Taip pat, tikėtina, kad prastesnės sveikatos individams yra reikalinga ir kitų asmenų, pavyzdžiui šeimos narių, priežiūra, taigi, atsakomybė už sveikatą pasidalijama ir su jais.

Gyvenimo kokybės įverčiai taip pat buvo palyginti pagal įvairius veiksnius. Rezultatai parodė, kad aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys geriau vertina savo aplinką ir savo fizinę sveikatą, o gaunantys didžiausias pajamas asmenys geriausiai vertina savo gyvenimo kokybę visose jos srityse. Kiti autoriai (Gobbens ir Remmen, 2019) taip pat rado, jog pajamos yra reikšmingai susijusios su visomis gyvenimo kokybės sritimis, o išsilavinimas - su fizinės sveikatos ir aplinkos sritimis. Tiesa, Gobbens ir Remmen (2019) tyrime aukštesnis išsilavinimas buvo susijęs ir su geresniu socialinių santykių srities vertinimu, o tai šiame tyrime rasta nebuvo.

Visų gyvenimo kokybės sričių vertinimas skiriasi ir pagal turimų lėtinių ligų skaičių – aukščiausia gyvenimo kokybe visose analizuotose srityse pasižymi lėtinių ligų neturintys asmenys. Šis rezultatas patvirtina kitų autorių (van Leeuwen et al, 2019, Maniscalco et al, 2020, Kairys ir kt, 2017) tyrimų duomenis, kuriuose buvo rastos sąsajos tarp prastesnės sveikatos ir žemesnio gyvenimo kokybės vertinimo. Žinant, kad vyresnio amžiaus asmenys, kaip vieną iš svarbių gyvenimo kokybės veiksnių išskiria artimus santykius (Leeuwen et al, 2019), buvo analizuota šeiminės padėties svarba. Gauta, kad su partneriu gyvenantys asmenys (susituokę ar gyvenantys su partneriu) geriau jaučiasi psichologiškai ir yra labiau patenkinti savo santykiais. Tokius pačius rezultatus gavo ir kiti autoriai (Schorr & Khalaila, 2018 Gobbens & Remmen, 2019), kurių tyrimuose su partneriu gyvenantys asmenys pasižymėjo geresne gyvenimo kokybe. Tikėtina, kad su partneriu gyvenantys asmenys patiria mažiau vienišumo, kuris, taip pat, siejamas su mažesne gyvenimo kokybe (Losada-Baltar et al., 2020, Schorr & Khalaila, 2018).

Tyrime pasirinkta išsiaiškinti savo senėjimo suvokimo, sveikatos kontrolės lokuso ir gyvenimo kokybės ryšius. Analizuojant savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės ryšį, rasta, kad savo senėjimo suvokimas yra susijęs su visomis gyvenimo kokybės sritimis. Teigiamą savo senėjimo suvokimą rodantys komponentai - teigiama kontrolė bei teigiami padariniai, su visomis gyvenimo kokybės sritimis siejosi teigiamai ir tai rodo, kad asmenys, siejantys savo senėjimą su teigiama įtaka jų gyvenimui bei tikintys, galintys kontroliuoti įvairius gyvenimo aspektus senatvėje, geriau vertina savo fizinę sveikatą, psichologinę savijautą, socialinius santykius bei fizinę aplinką. Taip pat, neigiamą savo senėjimą atspindintys komponentai – chronologinis požiūris, neigiami padariniai ir kontrolė bei emocijų atspindėjimas, su gyvenimo kokybės sritimis siejosi neigiamai. Tai rodo, kad nuolatinis galvojimas apie savo senėjimą, įsitikinimas, kad senėjimas veikia gyvenimą neigiamai, kad neįmanoma kontroliuoti įvairių aspektų senatvėje bei didesnis neigiamų emocijų patyrimas dėl senėjimo yra susiję su žemesniu savo fizinės sveikatos, psichologinės savijautos, socialinių santykių ir aplinkos vertinimu. Šie rezultatai patvirtina Ingrand ir kitų (2018) atlikto tyrimo, kuriame analizuotos vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės

sąsajos, rezultatus, parodžiusius, jog teigiamą savo senėjimo suvokimą rodantys komponentai yra teigiamai susiję su gyvenimo kokybe, o neigiamą suvokimą rodantys komponentai su gyvenimo kokybe susiję neigiamai.

Analizuojant, kaip sveikatos kontrolės lokusas siejasi su gyvenimo kokybe, rezultatai parodė, kad aukštesne gyvenimo kokybe visose gyvenimo kokybės srityse pasižymi asmenys, tikintys, jog vidiniai veiksniai, pavyzdžiui jų tinkamas elgesys, lemia jų sveikatos būklę. Asmenys, priskiriantys atsakomybę už savo sveikatą atsitiktinumui, likimui ar fortūnai pasižymi žemesne gyvenimo kokybe visose jos srityse. Sveikatos priskyrimas kitų asmenų, dažniausiai gydytojų, atsakomybei siejosi su prastesniu fizinės sveikatos srities vertinimu, tačiau su kitomis gyvenimo kokybės sritimis sąsajų nerasta. Tyrimų, analizuojančių sveikatos kontrolės lokuso ir gyvenimo kokybės ryšius trūksta, tačiau rezultatus galima palyginti su Rogowska ir kitų (2020) atliktu tyrimu, kuriame buvo tiriama ar sveikatos kontrolės lokusas siejasi su pasitenkinimu gyvenimu. Minėti autoriai rado, jog pasitenkinimas gyvenimu buvo teigiamai susijęs su vidiniu sveikatos kontrolės lokusu ir neigiamai susijęs su atsitiktiniu sveikatos kontrolės lokusu, o ryšys tarp kitų įtakos ir pasitenkinimo gyvenimu nerastas. Taigi, gauti rezultatai iš dalies sutampa, tačiau, šiame darbe, priešingai nei Rogowska ir kitų (2020) tyrime, kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas siejosi su vienu iš gyvenimo kokybės rodiklių – fizinės sveikatos sritimi. Šis rezultatas nestebina, nes tai, kad tarp pasitenkinimo fizine sveikata ir kitų įtakos sveikatos kontrolės lokuso egzistuoja neigiamas ryšys rodo kelių tyrimų (Poortinga et al., 2008, Jacobs-Lawson et al., 2011), analizavusių įsitikinimų apie sveikatos kontrolę ir subjektyvaus fizinės sveikatos vertinimo ryšius, rezultatai.

Nagrinėjant savo senėjimo suvokimo ir sveikatos kontrolės lokuso ryšį, rasta, kad atsakomybės už savo sveikatos būklę priskyrimas išoriniams veiksniams (kitiems asmenims ar atsitiktinumui) yra teigiamai susijęs su neigiamą savo senėjimo suvokimą rodančiais komponentais, o su teigiamą savo senėjimo suvokimą rodančiais komponentais ryšio nerasta. Įsitikinimai apie vidinę sveikatos kontrolę su neigiamu savo senėjimo suvokimu siejosi neigiamai, o su teigiamu – teigiamai. Taigi, šie rezultatai rodo, jog asmenys, tikintys, jog jų sveikata yra jų atsakomybėje, yra labiau linkę sieti savo senėjimą su teigiamomis pasekmėmis, tokiomis, kaip tapimas išmintingesniu, bei su tikėjimu, jog įvairūs gyvenimo aspektai senatvėje, pavyzdžiui, socialinių santykių kokybė, priklauso nuo jų pačių. Taip pat, didesnis įsitikinimas apie vidinę sveikatos kontrolę yra mažiau susijęs su dėl senėjimo kylančiomis neigiamomis emocijomis bei mažiau susijęs su nuolatinio galvojimu apie savo senėjimą. Pavyko rasti tik vieną tyrimą, analizavusį sveikatos kontrolės lokuso ir savo senėjimo suvokimo sąsajas, kurį atliko Sargent-Cox ir Anstey (2015) ir jame išorinis sveikatos kontrolės lokusas, taip pat, teigiamai siejosi su neigiamu senėjimo suvokimu. Kita vertus, šie autoriai nerado reikšmingų sąsajų tarp vidinio sveikatos kontrolės lokuso ir savo senėjimo suvokimo. Svarbu paminėti, jog šių autorių tyrime dalyvių amžius buvo nuo 20 m. Žinant, kad savo senėjimo suvokimas

tampa vis asmeniškai svarbesnis viduriniame amžiuje (Diehl, ir kiti, 2014), galimai dėl tiriamųjų amžiaus mūsų tyrime buvo rasta daugiau reikšmingų ryšių. Taip pat, Bellintier ir Neupert (2019) parodė, jog vidinis kontrolės lokusas buvo susijęs su teigiamu savo senėjimo suvokimu 60-90 m. amžiaus dalyvių imtyje. Nors šie autoriai neanalizavo sveikatos kontrolės lokuso, o tyrė įsitikinimus apie kontrolę bendrai, tikėtina, kad labiau savo kontrole gyvenime įsitikinę žmonės, labiau tiki kontroliuojantys ir savo sveikatą.

Šiame darbe taip pat buvo ieškoma ir svarbių gyvenimo kokybei vyresniame amžiuje prognostinių veiksnių. Buvo vertinama savo senėjimo suvokimo ir sveikatos kontrolės lokuso reikšmė prognozuojant gyvenimo kokybę, taip pat, buvo įtraukti ir literatūroje išskiriami svarbūs gyvenimo kokybei sociodemografiniai veiksniai bei lėtinių ligų skaičius.

Įtraukus tik savo senėjimo suvokimą, jis buvo reikšmingas prognostinis veiksnys visoms gyvenimo kokybės sritimis ir tik vienas - neigiamų padarinių ir kontrolės (savo senėjimo suvokimo), komponentas neprisidėjo prie gyvenimo kokybės prognozavimo. Įdomu tai, kad Hickey ir kitų (2010) atliktame tyrime, kuriame analizuotos vyresnio amžiaus asmenų savo senėjimo suvokimo ir gyvenimo kokybės sąsajos, neigiamos kontrolės ir neigiamų padarinių komponentai, vieninteliai iš savo senėjimo suvokimo komponentų, nekoreliavo su gyvenimo kokybe. Tai galimai rodo, jog įsitikinimai, kad senėjimas yra susijęs su neigiama įtaka gyvenimui bei, kad neįmanoma kontroliuoti įvairių senėjimo aspektų nėra svarbūs gyvenimo kokybės vertinimui. Mūsų tyrime visi kiti savo senėjimo suvokimo komponentai buvo statistiškai reikšmingi prognozuojant gyvenimo kokybę. Pavyzdžiui, emocijų atspindėjimas neigiamai, o teigiama kontrolė teigiamai prognozavo fizinės sveikatos, psichologinės savijautos ir aplinkos gyvenimo kokybės sritis. Teigiami padariniai teigiamai prognozavo visas gyvenimo kokybės sritis, išskyrus fizinės aplinkos sritį, o chronologinis požiūris neigiamai prognozavo fizinės sveikatos sritį. Kaip teigia Westerhof ir Wurm (2015) savo senėjimo, kaip neišvengiamų praradimų etapo, suvokimas, gali virsti tarsi savaime išsipildančia pranašyste ir prognozuoti mažesnę pasitenkinimą gyvenimu, tai gali paaiškinti, kodėl gyvenimo kokybės sritis teigiamai nuspėjo teigiamą savo senėjimo suvokimą rodantys komponentai, o neigiamai – neigiamą suvokimą rodantys komponentai.

Kai buvo kontroliuojamas sveikatos kontrolės lokusas, kai kurie savo senėjimo suvokimo komponentai neteko prognostinės reikšmės. Prognozuojant fizinę sveikatą nebesvarbus tapo chronologinis požiūris, o prognozuojant fizinės aplinkos vertinimą, reikšmę prarado teigiamos kontrolės komponentas. Visgi, savo senėjimo suvokimas liko svarbus nuspėjant visas gyvenimo kokybės sritis. Kita vertus, kai buvo kontroliuojamas savo senėjimo suvokimas, sveikatos kontrolės lokusas prognozavo tik fizinės sveikatos gyvenimo kokybės sritį, o atsitiktinis ir kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas nebuvo svarbūs prognozuojant gyvenimo kokybę. Šie rezultatai iš dalies patvirtina Milte ir kitų (2015) tyrime gautus duomenis, kur tik vidinis sveikatos kontrolės lokusas buvo svarbus

prognostinis veiksnys gyvenimo kokybei ir aukštesnis vidinis sveikatos kontrolės lokusas prognozavo aukštesnę gyvenimo kokybę. Visgi, mūsų tyrime nebuvo matuotas bendras gyvenimo kokybės rodiklis, o rezultatai parodė, kad kuo didesnis yra sveikatos kontrolės priskyrimas vidiniams veiksniams, tuo geriau yra vertinama tik fizinė sveikata. Šis rezultatas taip pat patvirtina Zhang ir Jang (2017) tyrimo rezultatus, rodančius, kad įsitikinimai apie vidinę sveikatos kontrolę vyresnių nei 55m amžiaus asmenų imtyje, teigiamai prognozuoja tai, kaip jie suvokia ir vertina savo sveikatos statusą. Visgi, vertinant psichologinės savijautos, socialinių santykių ir aplinkos sritis, vidinis sveikatos kontrolės lokusas nebuvo statistiškai reikšmingas jas prognozuojant, kai buvo kontroliuojamas savo senėjimo suvokimas. Tai rodo, kad savo senėjimo suvokimas yra svarbesnis veiksnys prognozuojant gyvenimo kokybę nei sveikatos kontrolės lokusas.

I prognostinių gyvenimo kokybės veiksnių analizę buvo įtraukti sociodemografiniai kintamieji ir lėtinių ligų skaičius. Kontroliuojant šiuos veiksnus, emocijų atspindėjimo (savo senėjimo suvokimo) komponentas išliko svarbus prognozuojant beveik visas gyvenimo kokybės sritis, išskyrus socialinius santykius. Gauta, kad kuo labiau asmeniui senėjimas kelia neigiamas emocijas, tuo prasčiau jis vertina savo fizinę sveikatą, psichologinę būseną bei fizinę aplinką. Visgi reikia paminėti, jog savo senėjimo suvokimas nebuvo svarbus prognozuojant pasitenkinimą socialiniais santykiais, kai buvo kontroliuojami kiti (sveikatos kontrolės, sociodemografiniai ir lėtinių ligų skaičiaus) kintamieji. Bendrai savo senėjimo suvokimas kartu su sveikatos kontrolės lokusu, sociodemografiniais kintamaisiais ir lėtinių ligų skaičiumi paaiškino gana mažą dalį socialinių santykių komponento rezultatų, tai rodo, kad kiti, šiame darbe nepamatuoti, veiksniai yra svarbūs socialiniams santykiams vyresniame amžiuje.

Rezultatai parodė, kad net kontroliuojant savo senėjimo suvokimą bei sveikatos kontrolės lokusą, amžius, pajamos ir šeiminė padėtis buvo svarbūs prognozuojant gyvenimo kokybę. Analizuojant amžių, gauta, kad kuo asmuo yra vyresnis, tuo labiau jis patenkintas savo socialiniais santykiais. Žinant, kad vyresnio amžiaus asmenys, kaip vieną iš svarbių gyvenimo kokybės veiksnių išskiria artimus santykius (Leeuwen et al, 2019), galima kelti prielaidą, jog viduriniame amžiuje svarbesni yra kiti veiksniai, tokie kaip karjera, tačiau senstant socialiniams santykiams suteikiama vis didesnė svarba, jiems atsiranda ir daugiau laiko ir tai lemia geresnį jų vertinimą. Gautus rezultatus iš dalies galima palyginti su Tseng ir kitų (2020) tyrime gautais rezultatais, parodžiusiais, kad vyresnių nei 55 m. amžiaus asmenų imtyje, gyvenimo kokybės fizinės sveikatos srities vertinimas su amžiumi prastėjo, tačiau psichosocialinės srities vertinimas gerėjo. Minėti autoriai tyrė psichosocialinės srities vertinimą, o mūsų darbe psichologinės savijautos ir socialinė sritis vertintos atskirai ir amžiaus sąsaja su psichologine sritimi nerasta. Taip pat, nerasta neigiama sąsaja tarp amžiaus ir fizinės sveikatos srities, kurią rado ir kiti autoriai (Brown & Roose, 2011, Gobbens & Remmen, 2019). Galimai reikšmingumas nebuvo rastas dėl šio tyrimo dalyvių disproporcijos pagal amžių – didžioji dalis imties

buvo 55-60 m amžiaus ir, tikėtina, kad įtraukus daugiau vyresnio amžiaus asmenų būtų rasta daugiau reikšmingų ryšių.

Tyrime didesnės pajamos prognozavo geresnį savo fizinės sveikatos, psichologinės savijautos ir fizinės aplinkos vertinimą. Tai iš dalies patvirtina rezultatus, kuriuos gavo Gobbens ir Remmen (2019). Jų tyrime, kuriame buvo analizuoti daugiau nei 4000 57 m. amžiaus ir vyresni asmenų duomenys, aukštesnės pajamos buvo svarbios prognozuojant visas sritis. Visgi, šiame tyrime pajamos neprognozavo socialinių santykių srities vertinimo. Tikėtina, kad tokia didelė minėtų autorių tiriamųjų imtis leido surasti daugiau sąsajų. Kitas svarbus prognostinis veiksnys buvo šeiminė padėtis. Gauta, kad gyvenimas su partneriu prognozuoja geresnį psichologinės savijautos ir socialinių santykių vertinimą. Tokius pačius rezultatus gavo Gobbens ir Remmen (2019), jų tyrime šeiminė padėtis taip pat prognozavo gyvenimo kokybę šiose dviejose gyvenimo kokybės srityse.

Įdomu tai, kad nuspėjant gyvenimo kokybę, kai kontroliuojamas savo senėjimo suvokimas ir sveikatos kontrolės lokusas, lėtinių ligų skaičius buvo svarbus tik prognozuojant pasitenkinimą fizine sveikata, tačiau ne kitas gyvenimo kokybės sritis. Šis rezultatas papildė kitų autorių (van Leeuwen et al, 2019, Maniscalco et al, 2020) tyrimų rezultatus, kuriuose objektyvi sveikata buvo svarbi prognozuojant gyvenimo kokybę ir rodo, kad nėra taip svarbu, kiek asmuo turi lėtinių ligų vertinant jo psichologinę savijautą, pasitenkinimą socialiniais santykiais ir aplinka, svarbūs yra įsitikinimai apie vidinę sveikatos kontrolę bei tai, kiek neigiamų emocijų kyla galvojant apie savo senėjimą. Taip pat, gauti rezultatai iš dalies patvirtina Cram ir Nieober (2018) tyrimo rezultatus, kuriame sąsajos tarp ligų skaičiaus ir gyvenimo kokybės išnyko, kai buvo kontroliuojamas savo senėjimo suvokimas. Visgi, šiame tyrime išliko svarbi sąsaja tarp fizinės sveikatos vertinimo ir ligų skaičiaus, o tai patvirtina, jog subjektyviam savo sveikatos vertinimui yra svarbi objektyvi sveikata (Maniscalco ir kt., 2020).

Tyrimo ribotumai ir rekomendacijos ateities tyrimams

Apibendrinant, galima pastebėti, kad tyrimas turėjo keletą trūkumų, į kuriuos vertėtų atsižvelgti ateityje. Visų pirma, buvo atrinkta patogioji tiriamųjų imtis, dėl to gauti rezultatai gali būti pritaikyti tik šiai imčiai. Taip pat, imtis buvo gana maža, lyginant su imtimis šiame darbe aptartuose kitų autorių tyrimuose. Taip pat, pasiskirstymas skirtingose lygintose grupėse buvo gan skirtingas – buvo kur kas daugiau moterų nei vyrų, o pasiskirstymas pagal amžių buvo neproporcingas. Tai galėjo lemti gautus rezultatus, kuriuose nepaankamai atsiskleidė lyties, amžiaus bei kitų kintamųjų svarba arba tai, kad nebuvo rastos kitų autorių randamos sąsajos.

Taip pat, tyrimas apribotas ir savo metodologijos. Tai buvo koreliacinis tyrimas, dėl to nebuvo rasta priežastinių ryšių, visgi ateityje būtų naudinga atlikti longitudinalinį tyrimą, siekiant geriau suprasti

vyresnio amžiaus asmenų gyvenimo kokybę. Taip pat, ateityje, galėtų būti analizuojami ir asmenybiniai veiksniai, autoriai juos sieja su visais šiame darbe tirtais konstruktais, tikėtina, kad jie turėtų įtakos rezultatams. Taip pat, žinant, kad nemažai vyresnio amžiaus asmenų gyvena globos namuose, ateityje, būtų naudinga į tyrimą įtraukti ir paanalizuoti duomenis lyginant jų rezultatus su asmenų, gyvenančių savo namuose, rezultatais.

5. IŠVADOS

1. Neigiamas savo senėjimo suvokimas (emocinio atspindėjimo, neigiamų padarinių ir kontrolės bei chronologinio požiūrio komponentai) yra neigiamai susijęs su visomis gyvenimo kokybės sritimis, o teigiamas savo senėjimo suvokimas (teigiama kontrolė ir teigiami padariniai) su visomis gyvenimo kokybės sritimis siejasi teigiamai.
2. Vidinis sveikatos kontrolės lokusas teigiamai siejasi su gyvenimo kokybe, o atsitiktinis – neigiamai, kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusas neigiamai siejasi su fizinės sveikatos gyvenimo kokybės sritimi.
3. Atsitiktinis ir kitų įtakos sveikatos kontrolės lokusą su neigiamu savo senėjimo suvokimu (emocinio atspindėjimo, neigiamų padarinių ir kontrolės bei chronologinio požiūrio komponentus) sieja teigiamas ryšys, vidinį sveikatos kontrolės lokusą ir teigiamą savo senėjimo suvokimą (teigiamų padarinių ir teigiamos kontrolės komponentus) sieja teigiamas ryšys, o vidinį sveikatos kontrolės lokusą ir emocijų atspindėjimo bei neigiamų padarinių ir kontrolės komponentus sieja neigiamas ryšys.
4. Didesnės pajamos, mažesnis lėtinių ligų skaičius, įsitikinimas, jog sveikata priklauso nuo vidinių veiksnių bei tai, kad senėjimas kelia mažiau neigiamų emocijų prognozuoja geresnį savo fizinės sveikatos vertinimą.
5. Didesnės pajamos, gyvenimas kartu su partneriu bei tai, kad senėjimas kelia mažiau neigiamų emocijų prognozuoja geresnį savo psichologinės savijautos vertinimą.
6. Vyresnis amžius bei gyvenimas su partneriu prognozuoja aukštesnį pasitenkinimą savo socialiniais santykiais.
7. Aukštesnės pajamos ir tai, kad senėjimas sukelia mažiau neigiamų emocijų prognozuoja didesnį pasitenkinimą savo fizine aplinka.

6. LITERATŪRA

- Bailis, D. S, Segall, A., & Chipperfield, J. G. (2010). Age, Relative Autonomy and Change in Health Locus of Control Beliefs: A Longitudinal Study of Members of a Health-promotion Facility. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 326-338. doi.org/10.1177/1359105309342296
- Bellingtier, J. A., & Neupert, S. D. (2018). Negative aging attitudes predict greater reactivity to daily stressors in older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(7), 1155-1159. doi: 10.1093/geronb/gbw086
- Bellingtier, J., & Neupert, S. (2019). Feeling Young and in Control: Daily Control Beliefs Are Associated With Younger Subjective Ages. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 75. doi: 10.1093/geronb/gbz015
- Berglund, E., Lytsy, P., & Westerling, R. (2014). The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*, 14, 492. doi: 10.1186/1471-2458-14-492
- Brown, P. J., & Roose, S. P. (2011). Age and anxiety and depressive symptoms: the effect on domains of quality of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 26 No. 12, pp. 1260-1266. doi: 10.1002/gps.2675
- Campbell, P., Hope, K., & Dunn, K. M. (2017). The pain, depression, disability pathway in those with low back pain: a moderation analysis of health locus of control. *J Pain Res*, 29(10), 2331-2339. doi: 10.2147/JPR.S139445
- Cheng, C., Cheung, M. W., & Lo, B. C. (2016). Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health Psychol Rev*, 10(4), 460-477. doi: 10.1080/17437199.2016.1219672
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2018). Aging perceptions matter for the well-being of elderly Turkish migrants, especially among the chronically ill. *BMC geriatrics*, 18(1), 1-7. doi:10.1186/s12877-018-0902-4
- Dahany, M. M., Dramé, M., Mahmoudi, R., Novella, J. L., Ciocan, D., Kanagaratnam, L... Jolly, D. (2014). Factors associated with successful aging in persons aged 65 to 75 years. *European Geriatric Medicine*, 5(6), 365–370. doi:10.1016/j.eurger.2014.09.005
- Diehl, M., Wahl, H.-W., Barrett, A. E., Brothers, A. F., Miche, M., Montepare, J. M., & Wurm, S. (2014). Awareness of aging: Theoretical considerations on an emerging concept. *Developmental Review*, 34(2), 93–113. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.001>

- Drewelies, J., Wagner, J., Tesch-Römer, C., Heckhausen, J. & Gerstorf, D. (2017). Perceived control across the second half of life: The role of physical health and social integration. *Psychol Aging*, 32, 76–92. doi: 10.1037/pag0000143
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Quality of Life in Old Age: Problematic Issues. *Applied Research Quality Life*, 6, 21–40. <https://doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x>
- Gale, C. R., & Cooper, C. (2018). Attitudes to Ageing and Change in Frailty Status: The English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontology*, 64(1), 58–66. <https://doi.org/10.1159/000477169>
- Gibek, K., & Sacha, T. (2019). Comparison of health locus of control in oncological and non-oncological patients. *Contemporary oncology*, 23(2), 115–120. doi:10.5114/wo.2019.85638
- Gobbens, R. J., & Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical interventions in aging*, 14, 231.
- Green, A., de Hoyos, M., Barnes, S. A., Owen, D., Baldauf, B., & Behle, H. (2013). Literature Review on Employability, Inclusion and ICT, Part 1: The Concept of employability, with a specific focus on Young people, older workers and migrants. JRC Working Papers, (JRC75518).
- Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011) Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. *Psychol Health Med*, 16(2):129-40. doi: 10.1080/13548506.2010.521570. doi: 10.1080/13548506.2010.521570
- Han, J. (2018). Chronic illnesses and depressive symptoms among older people: functional limitations as a mediator and self-perceptions of aging as a moderator. *Journal of aging and health*, 30(8), 1188-1204. doi: 10.1177/0898264317711609
- Hickey, A., O'Hanlon, A., & Mcgee, H. (2010). Quality of life in community-dwelling older people in Ireland: Association with ageing perceptions, physical health and psychological well-being. *Irish Journal of Psychology*. 31. 135-150. <https://doi.org/10.1080/03033910.2010.10446331>
- Helmer, S. M., Krämer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-related locus of control and health behavior among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Res Notes*, 5, 703. DOI: 10.1186/1756-0500-5-703
- Infurna, F. J., Mayer, A., & Anstey, K. J. (2018). The effect of perceived control on self-reported cardiovascular disease incidence across adulthood and old age. *Psychology & Health*, 33(3), 340–360. doi: 10.1080/08870446.2017.1341513

- Infurna, F., & Okun, M. (2015). Antecedents and outcomes of level and rates of change in perceived control: The moderating role of age. *Dev Psychol*, 51, 1420–1437. doi: 10.1037/a0039530
- Ingrand, I., Paccalin, M., Liuu, E., Gil, R., & Ingrand, P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PloS one*, 13(10), e0204044. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204044>
- Jacobs-Lawson, J. M., Waddell, E. L., & Webb, A. K. (2011). Predictors of health locus of control in older adults. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 30(2), 173–183. doi.org/10.1007/s12144-011-9108-z
- Kairys, A., Bagdonas, A. ir Zamalijeva, O. (2017). Vyresnio amžiaus lietuvių gyventojų gerovės ir sveikatos sąsajos. *Visuomenės sveikata*, 27, 5-12. doi: 10.5200/sm-hs.2017.055
- Keller, M. L., Leventhal, E. A., & Larson, B. (1989). Aging: the lived experience. *Int J Aging Hum Dev*, 29(1), 67-82. doi: 10.2190/DEQQ-AAUV-NBU0-3RMV
- Kim, H., Thyer, B., & Munn, J. (2019). The relationship between perceived ageism and depressive symptoms in later life: Understanding the mediating effects of self-perception of aging and purpose in life, using structural equation modeling. *Educational Gerontology*, 45, 1-15. 10.1080/03601277.2019.1583403.
- Klusmann, V., Sproesser, G., Wolff, J. K., & Renner, B. (2019). Positive Self-perceptions of Aging Promote Healthy Eating Behavior Across the Life Span via Social-Cognitive Processes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 14;74(5), 735-744. doi: 10.1093/geronb/gbx139. PMID: 29186555.
- Knappe, S., & Pinguat, M. (2009). Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases. *Psychol Health Med*, 14(2), 201-212. doi: 10.1080/13548500802385717
- Kornadt AE, Voss P, Rothermund K (2017) Age stereotypes and self-views revisited: patterns of internalization and projection processes across the life span. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 72582–592. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv099>
- Lachman, M. (2006). Perceived control over aging-related declines adaptive beliefs and behaviors. *Curr Dir Psychol Sci*, 15, 282–286. doi:10.1111/j.1467-8721.2006.00453.x

- Lachman, M. E., Neupert, S. D., & Agrigoroaei, S. (2011). The relevance of control beliefs for health and aging. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*: 7th ed. (pp. 175–190). doi.org/10.1016/B978-0-12-380882-0.00011-5
- Levy B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R., & Slade, M. D. (2019). Positive views of aging reduce risk of developing later-life obesity. *Preventive Medicine Reports*, 13, 196-198. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.12.012
- Long, S., Laidlaw, K., Lorimer, A., & Ferreira, N. (2021). Attitudes to ageing and quality of life in young and old older adults: an international cross-sectional analysis. *Working with Older People*, 25(1), 39-57. <https://doi.org/10.1108/WWOP-06-2020-0032>
- Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2021). We are staying at home. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e10-e16. doi: 10.1093/geronb/gbaa048
- Luo, M. S., Li, L. W., & Chui, E. W. T. (2020). Self-perceptions of aging and control of life in late adulthood: Between-person and within-person associations. *Journal of Aging and Health*, 32(9), 1275–1281. <https://doi.org/10.1177/0898264320917303>
- Maniscalco, L., Miceli, S., Bono, F., & Matranga, D. (2020). Self-Perceived Health, Objective Health, and Quality of Life among People Aged 50 and Over: Interrelationship among Health Indicators in Italy, Spain, and Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2414–2429. doi:10.3390/ijerph17072414
- Miche, M., Brothers, A., Diehl, M., & Wahl, H. W. (2015). The role of subjective aging within the changing ecologies of aging: Perspectives for research and practice. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 35, 211–245. doi:10.1891/0198-8794.35.211
- Montepare, J. M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 42–46. <http://dx.doi.org/10.1177/0165025408095551>
- Milte, C. M., Luszcz, M.A., Ratcliffe, J., Masters, S., & Crotty M. (2015). Influence of health locus of control on recovery of function in recently hospitalized frail older adults. *Geriatr Gerontol Int.*, 15(3), 341-9. doi: 10.1111/ggi.12281

- Musich, S., Wang, S. S., Slindee, L., Kraemer, S., & Yeh, C. S. (2019). The association of pain locus of control with pain outcomes among older adults. *Geriatr Nurs.* 41(5), 521-529. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.04.005
- Petrulytė, A., Pileckaitė-Markovienė, M., & Lazdauskas, T. (2007). Lėtinėmis ligomis sergančių ir sveikų suaugusiųjų sveikatos kontrolės lokuso ir vidinės darnos ypatumai. *Psichologija*, 35, 32-41. doi.org/10.15388/Psichol.2007.0.285
- Poortinga, W., Dunstan, F. D., & Fone, D. L. (2008). Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Prev Med.*, 46(4), 374-80. doi:10.1016/j.ypmed.2007.11.015
- Pranckevičienė, A. (2008). Depresija sergančių asmenų savijauta ir subjektyvus gyvenimo vertinimas stacionarinio gydymo laikotarpiu (Daktaro disertacija). Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas. Paimta iš: http://vddb.laba.lt/obj/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D_20080422_114111-99438
- Pudrovskas, T. (2015). Gender and health control beliefs among middle-aged and older adults. *Journal of Aging and Health*, 27(2), 284–303. doi:10.1177/0898264314549659
- Rogowska, A., Zmaczyńska-Witek, B., Mazurkiewicz, M., & Kardasz, Z. (2020). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health locus of control and life satisfaction: A moderator role of movement disability. *Disability and Health Journal*, 13, 100923. doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100923
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr*, 80(1), 1-28. doi.org/10.1037/h0092976
- Rubin, D. C., Bernsten, D. (2006). People over forty feel 20% younger than their age: Subjective age across the lifespan. *Psychonomic Bulletin & Review*, 13, 776-780. doi: 10.3758/bf03193996
- Sargent-Cox, K., & Anstey, K. (2015). The Relationship between Age-Stereotypes and Health Locus of Control across Adult Age-Groups. *Psychology & health*, 30. 1-30. doi:10.1080/08870446.2014.974603
- Schroyen, S., Marquet, M., Jerusalem, G., Dardenne, B., Van den Akker. M., Buntinx, F., ... Missotten, P. (2017). The link between self-perceptions of aging, cancer view and physical and mental health of older people with cancer: A cross-sectional study. *J Geriatr Oncol*, 8(1), 64-68. doi: 10.1016/j.jgo.2016.09.001

- Schroyen, S., Letenneur, L., Missotten, P., Jérusalem, G., & Stéphane, A. (2020). Impact of self-perception of aging on mortality of older patients in oncology. *Cancer Medicine*, 2, 1-7, <https://doi.org/10.1002/cam4.2819>
- Sexton, E., King-Kallimanis, B. L., Morgan, K., & McGee, H. (2014). Development of the Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ): a confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC geriatrics*, 14(1), 1-11. doi: 10.1186/1471-2318-14-44
- Siebert, J. S., Wahl, H. W., Degen, C., & Schröder, J. (2018). Attitude toward own aging as a risk factor for cognitive disorder in old age: 12-year evidence from the ILSE study. *Psychol Aging*, 33(3), 461-472. doi: 10.1037/pag0000252. PMID: 29756803
- Siebert, J. S., Wahl, H. W., & Schröder, J. (2016). The Role of Attitude Toward Own Aging for Fluid and Crystallized Functioning: 12-Year Evidence From the ILSE Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(5), 836-845. doi: 10.1093/geronb/gbw050. PMID: 27125833
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H, Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 40(5-6), 311-339. doi: 10.1159/000437299
- Spuling, S.M., Klusmann, V., Bowen, C.E., Kornadt, A. E., & Kessler, E. M. (2019). The uniqueness of subjective ageing: convergent and discriminant validity. *Eur J Ageing* 17, 445–455. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00529-7>
- Stephan, Y., Sutin, A. R, Luchetti, M., & Terracciano, A. (2017). Feeling Older and the Development of Cognitive Impairment and Dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 72(6), 966-973. doi: 10.1093/geronb/gbw085
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological and Social Sciences*, 56, 364–373. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.6.P364>
- Tovel, H., Carmel, S., & Raveis, V. H. (2019). Relationships Among Self-perception of Aging, Physical Functioning, and Self-efficacy in Late Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 74(2), 212-221. doi: 10.1093/geronb/gbx056. PMID: 28549180
- Tseng, H. Y., Löckenhoff, C., Lee, C. Y., Yu, S. H., Wu, I., Chang, H. Y., ... Hsiung, C. A. (2020). The paradox of aging and health-related quality of life in Asian Chinese: Results from the Healthy Aging Longitudinal Study in Taiwan. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-10.

- van Leeuwen, K. M, van Loon, M. S, van Nes, F. A, Bosmans, J. E, de Vet, H. C. W, Ket, J., ... Ostelo, R. W. J. G. (2019) What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One*, 14(3), e0213263. doi: 10.1371/journal.pone.0213263
- Schorr, A. V., & Khalaila, R. (2018). Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 77, 196-204. doi: 10.1016/j.archger.2018.04.009
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cogn Ther Res*, 16, 183–199. doi.org/10.1007/BF01173488
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Locus of Control and Health: A Review of the Literature. *Health Educ Monogr*, 6(2), 107-117. doi:10.1177/109019817800600102
- Weiss, D., & Weiss, M. (2019). Why people feel younger: Motivational and social-cognitive mechanisms of the subjective age bias and its implications for work and organizations. *Work, Aging & Retirement*, 5, 273–280. <http://dx.doi.org/10.1093/workar/waz016>.
- Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2015). Longitudinal research on subjective aging, health, and longevity: Current evidence and new directions for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 145–165. <http://dx.doi.org/10.1891/0198-8794.35.145>
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558. doi: 10.1017/s0033291798006667
- Wolff, J. K., Schüz, B., Ziegelmann, J. P., Warner, L. M., & Wurm, S. (2017). Short-term buffers, but long-term suffers? Differential effects of negative selfperceptions of aging following serious health events. *The Journals of Gerontology, Series B*, 72 (3), 408–414, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv058>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H. W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental review*, 46, 27-43. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2017.08.002>
- Zhang, S., Gamaldo, A. A, Neupert, S. D., & Altaire, J. C. (2020). Predicting Control Beliefs in Older Adults: A Micro-Longitudinal Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(5):e1-e12. DOI: 10.1093/geronb/gbz001

- Zhang, X., Kamin, S. T., Liu, S., Fung, H. H, & Lang, F. R. (2020). Negative Self-perception of Aging and Mortality in Very Old Chinese Adults: The Mediation Role of Healthy Lifestyle. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(5), 1001-1009. doi: 10.1093/geronb/gby136
- Zhang, A., & Jang, Y. (2017). The Role of Internal Health Locus of Control in Relation to Self-Rated Health in Older Adults. *J Gerontol Soc Work*, 60(1), 68-78. doi:10.1080/01634372.2016.1267672
- Zielińska-Więczkowska, H., & Sas, K. (2020). The Sense of Coherence, Self-Perception of Aging and the Occurrence of Depression Among the Participants of the University of the Third Age Depending on Socio-Demographic Factors. *Clin Interv Aging*. 25, 15, 1481-1491. doi: 10.2147/CIA.S260635

PRIEDAI

1 priedas. Klausimai apie sociodemografinius duomenis bei lėtinių ligų skaičių

Jūsų amžius (metais)

Jūsų lytis

- a) Moteris
- b) Vyras
- c) Kita

Jūsų išsilavinimas

- a) Nebaigtas vidurinis
- b) Vidurinis
- c) Profesinė mokykla
- d) Aukštesnysis (technikumas)
- e) Aukštasis neuniversitetinis
- f) Aukštasis universitetinis

Šiuo metu

- a) Dirbate
- b) Nedirbate

Jūsų šeiminė padėtis

- a) Vedęs/ ištekęjusi
- b) Gyvenu su partneriu (-e)
- c) Išsiskyręs (-usi)
- d) Našlys (-ė)
- e) Nevedęs/ netekėjusi

Gyvenate (didesniąją gyvenimo dalį gyvenote)

- a) Didmiestyje
- b) Mieste
- c) Miestelyje
- d) Kaime/ vienkiamyje

Kuris iš šių teiginių labiausiai tiktų apibūdinti Jūsų (Jūsų šeimos) finansinei padėčiai?

- a) Nesuduriame galo su galu
- b) Pajamų pakanka tik maistui
- c) Pajamų pakanka visoms būtiniausioms reikmėms
- d) Pajamų pakanka ir tų pinigų lieka
- e) Visada yra atliekamų pinigų

1 priedas. Klausimai apie sociodemografinius duomenis bei lėtinių ligų skaičių (*tęsinys*)

Ar sergate lėtine liga?

- a) Taip, diagnozuota viena liga
- b) Taip, diagnozuotos dvi ligos
- c) Taip, diagnozuotos daugiau nei dvi ligos
- d) NE

2 priedas. Trumpojo savo senėjimo klausimyno lietuvių kalba patvirtinančiosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai.

Teiginiai	Faktoriai				
	Chronologinis nužinėjimas	Teigiami nadariniai	Emocijų atsnindėjimas	Neigiami nadariniai ir	Teigiama kontrolė
1. Visada laikau save senu (-a)	0.75				
2. Visada suvokiu tai, kad senstu	0.40				
3. Visada jaučiu savo amžių, kad ir ką darau	0.71				
4. Sendamas (-a) jaučiuosi išmintingesnis (-ė)		0.79			
5. Sendamas (-a) ir toliau tobulėju kaip asmenybė		0.81			
6. Tapdamas (-a) senesnis (-ė) viską labiau vertinu		0.54			
7. Jaučiuosi prislėgtas (-a), kai galvoju apie tai, kaip senėjimas gali atsiliepti viskam, ką galiu daryti			0.70		
8. Mano socialinio gyvenimo kokybė senatvėje priklauso nuo manęs					0.89
9. Mano santykių su kitais žmonėmis kokybė senatvėje priklauso nuo manęs					0.90
10. Ar ir toliau gyvensiu visavertį gyvenimą, priklauso nuo manęs					0.83
11. Sendamas (-a) tampa mažiau savarankiškas (-a)				0.77	
12. Sendamas (-a) galiu užsiimti mažiau veiklų				0.79	
13. Sendamas (-a) prasčiau sprendžiu kylančias problemas				0.82	
14. Aš negaliu kontroliuoti to, kad sendamas (-a) darausi lėtesnis (-ė)				0.70	
15. Aš negaliu kontroliuoti senėjimo poveikio mano socialiniam gyvenimui				0.66	
16. Man neramu, kaip senėjimas gali paveikti mano santykius su kitais žmonėmis			0.79		

3 priedas. Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės sutrumpinto klausimyno lietuvių kalba patvirtinančiosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai.

Klausimai	Faktoriai				
	Fizinė sveikata	Psichologinė savijauta	Socialiniai santykiai	Aplinka	
3. Ar jaučiate, kad fizinis skausmas trukdo jums atlikti tai, ką privalote atlikti?	0.62				
4. Ar jums reikia gydymo, kad galėtumėte tvarkytis su kasdienio gyvenimo problemomis?	0.63				
5. Ar Jūs džiaugiatės gyvenimu?		0.68			
6. Ar jaučiate, kad Jūsų gyvenimas yra prasmingas?		0.70			
7. Ar Jūs gebate sutelkti dėmesį?		0.65			
8. Ar jaučiatės saugiai savo kasdieniame gyvenime?				0.69	
9. Ar Jūsų fizinė aplinka yra palanki Jūsų sveikatai?				0.78	
10. Ar turite pakankamai energijos kasdienio gyvenimo veikloms?	0.73				
11. Ar gebate priimti tai, kaip atrodo Jūsų kūnas?		0.56			
12. Ar turite pakankamai pinigų savo poreikiams?				0.65	
13. Ar jums prieinama kasdieniam gyvenimui reikalinga informacija?				0.56	
14. Ar turite galimybių laisvalaikio veikloms?				0.53	
15. Kaip gerai galite judėti iš vienos vietos į kitą?	0.78				
16. Kiek esate patenkintas savo miegu?	0.58				
17. Kiek esate patenkintas(-a) savo galimybėmis atlikti kasdienes veiklas?	0.85				
18. Kiek esate patenkintas savo pajėgumu dirbti?	0.82				
19. Kiek esate patenkintas savimi?		0.80			
20. Kiek esate patenkintas savo asmeniniais santykiais?			0.63		

21. Kiek esate patenkintas savo seksualiniu gyvenimu?	0.46
22. Kiek esate patenkintas iš draugų gaunama parama?	0.45

3 priedas. Pasaulio sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės sutrumpinto klausimyno lietuvių kalba patvirtinančiosios faktorių analizės teiginių faktorių svoriai (*tęsinys*)

Klausimai	Faktoriai				
	Fizinė sveikata	Psichologinė savijauta	Socialiniai santvokiai	Aplinka	
23. Kiek esate patenkintas(-a) sąlygomis savo gyvenamojoje vietoje?					0.63
24. Kiek esate patenkintas galimybe naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis?					0.58
25. Kiek esate patenkintas savo naudojamu transportu?					0.53
26. Kaip dažnai patiriate neigiamus jausmus, tokius kaip liūdna nuotaika, neviltis, nerimas, depresija?		0.43			