



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

MAGISTRO DARBAS

PENSIJINIO AMŽIAUS ŽMONIŲ GYVENIMO KOKYBĖS TYRIMAS VILNIAUS MIESTE
(Investigation of the quality of life of retired people in Vilnius city)

Magistrantė VILMA MIGLINĖ

(parašas)

Darbo vadovas

Prof. habil. dr. ALGIRDAS JUOZULYNAS

(parašas)

Visuomenės sveikatos instituto direktorius

Prof. dr. RIMANTAS STUKAS

Leidžiama ginti

(parašas)

Darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

TURINYS

SANTRUMPOS.....	3
SANTRAUKA.....	4
SUMMARY.....	5
1. ĮVADAS.....	6
2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	7
3. LITERATŪROS APŽVALGA.....	7
3.1. Gyvenimo kokybės samprata.....	7
3.2. Lietuvoje ir pasaulyje atliktų gyvenimo kokybės tyrimų apžvalga.....	9
4. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI.....	14
4.1. Tyrimo objektas.....	14
4.2. Tyrimo metodai.....	14
5. TYRIMO REZULTATAI.....	15
5.1. Bendras atsakomumas į klausimus apie savo gyvenimo kokybę, ligas.....	16
5.2. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp vyrų ir moterų grupių.....	18
5.3. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp skirtingo išsilavinimo asmenų.....	21
5.4. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp respondentų su skirtinga šeimynine padėtimi.....	24
5.5. Gyvenimo kokybės palyginimas tarp visiškai sveikų ir sergančių asmenų.....	28
5.6. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp dirbančių ir nedirbančių asmenų.....	31
6. REZULTATŲ APTARIMAS.....	38
7. IŠVADOS.....	42
8. PASIŪLYMAI.....	42
9. LITERATŪRA.....	43
PRIEDAI.....	48

SANTRUMPOS

PSO – pasaulio sveikatos organizacija

GK – gyvenimo kokybė

KA – krūtinės angina

ŠN – širdies nepakankamumas

WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life) – Pasaulio sveikatos organizacija,
gyvenimo kokybė

PL - Parkinsono liga

proc. - procentai

pav. – paveikslėlis

pvz. – pavyzdžiui

n – imtis

kt. - kita

SANTRAUKA

Įvadas. Visuomenės senėjimas yra viena iš svarbiausių XXI-ojo amžiaus problemų. Prognozuojama, kad iki 2050-ųjų metų gimstamumas Europoje didės nežymiai, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė ilgės, tad senyvo amžiaus žmonių neišvengiamai daugės. Senų žmonių sveikatos išsaugojimas ir funkcinio savarankiškumo išlaikymas iškeliamas kaip vienas pagrindinių uždavinių visam Europos regionui. Gyventojų senėjimo tendencijos stebimos ir Lietuvoje. Todėl svarbu užtikrinti pensijinio amžiaus žmonių geresnę gyvenimo kokybę, sveikesnę senatvę. Literatūroje rašoma, kad gyvenimo kokybę įtakoja daugelis veiksnių. Tačiau pagrindiniais laikoma sveikata bei materialinis gerbūvis.

Tikslas. Ištirti Vilniaus miesto pensijinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybę.

Uždaviniai: 1. Ištirti pensijinio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę.

2. Nustatyti kokie veiksniai labiausiai įtakoja pensijinio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę.

Metodas. Tyrimas atliktas Vilniuje. Gyvenimo kokybė buvo tiriama naudojant adaptuotą PSO – 100 (WHOQOL – 100) klausimyną. Buvo apklausti 406 pensijinio amžiaus respondentai. Imtis formuota atsitiktinės atrankos būdu. Skaičiavimai atlikti naudojant MS Office EXCEL ir SPSS programų paketus.

Rezultatai. Sveikų asmenų gyvenimo kokybė geresnė, nei sergančiųjų ($p=0,000$). Gyvenančių su antrąja puse respondentų gyvenimo kokybė buvo geresnė, nei vienišų ($p=0,012$). Dirbančių pensininkų gyvenimo kokybės rodikliai taip pat geresni, nei nedirbančiųjų ($p=0,028$). Lyginant rodiklius tarp skirtingo išsilavinimo asmenų, reikšmingo skirtumo tarp bendros gyvenimo kokybės nebuvo rasta. Tačiau šioje vienintelėje grupėje buvo rastas didesnis dvasingumo rodiklis aukštesnį išsilavinimą turinčių respondentų grupėje ($p=0,000$). Palyginus rodiklius tarp vyrų ir moterų grupių, reikšmingi skirtumai tarp bendros jų gyvenimo kokybės nenustatyti.

Išvados. Rezultatai rodo, kad gerai gyvenimo kokybei labai svarbu yra šeimyninė padėtis, ligų (ypač lėtinių) nebuvimas, darbas pensijos metu ar aktyvus gyvenimas socialinėje aplinkoje.

Raktažodžiai: pensijinis amžius, gyvenimo kokybė, darbas, sveikata

SUMMARY

Background. Public aging is one of the most important problems in the XXI century. It is prognosticated, that birthrate in Europe will be increasing until 2050 marginally, the average life-expecting resistance will be increasing. So the number of elderly people will be definitely increasing. Depreservation of health of elderly people and the support of their functional independency is regarded as one of the most important goals for the whole European region. The tendency of population aging is observed also in Lithuania. This is why it is so important to secure the quality of life of retired people. It is written in the literature, that quality of life is influenced by many factors. However, main of them are health and economic wellbeing.

Objective. To investigate the quality of life of elderly people in Vilnius city.

Goals: 1. To investigate the quality of life of retired people.

2. To identify which factors influence the quality of life of retired people.

Methods. The investigation was done in Vilnius city. Quality of life was investigated by adopted WHOQOL-100 questionnaire. There were 406 retired people investigated. The subjects were included in to the investigation randomly. The statistical calculations were performed by using MS Office EXCEL and SPSS programs.

Results. Quality of life was better of healthy people, compared to sick people ($p=0,000$). Those, who were married, had better quality of life compared to singles ($p=0,012$). Working retired people had better quality of life indices comparing to non-working retired people ($p=0,028$). Education status did not significantly influence quality of life, but in the group with higher education greater spirituality was observed ($p=0,000$). We did not find any significant differences between males and females.

Conclusion. The results of current investigation show that marriage status, working during retirement and active social life are very important factors for the good quality of life.

Key-words: retirement, quality of life, work, health

1. ĮVADAS

Visuomenės senėjimas yra viena iš svarbiausių XXI-ojo amžiaus problemų. Prognozuojama, kad iki 2050 m. gimstamumas Europoje didės nežymiai. Ilgės vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė. Taigi, senyvo amžiaus žmonių neišvengiamai daugės. Senų žmonių sveikatos išsaugojimas ir funkcinio savarankiškumo išlaikymas iškeliamas kaip vienas pagrindinių uždavinių visam Europos regionui.

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) siekia, kad iki 2020-ųjų metų visi žmonės virš 65-erių metų turėtų galimybę sveikai gyventi ir aktyviai dalyvauti bendruomenės veikloje. Įgyvendinus šį uždavinį pailgėtų gyvenimo trukmė, vėliau atsirastų negalia dėl senatvės, ženkliai padidėtų skaičius aštuoniasdešimtmečių asmenų, kurie patys apsitarnautų savo namuose ir aktyviai dalyvautų visuomenės gyvenime. Europos Bendrijos visuomenės sveikatos programa remia veiklą, kuria siekiama gerinti senų žmonių gyvenimo sąlygas ir mažinti sergamumo bei neįgalumo lygį, tuo būdu užtikrinant gerą gyvenimo kokybę (GK).

Gyventojų senėjimo tendencijos stebimos ir Lietuvoje. Lietuvos gyventojų amžiaus struktūra kinta demografinio senėjimo kryptimi – kasmet šalyje didėja 60 m. ir vyresnių gyventojų dalis bendrame gyventojų skaičiuje. Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės duomenimis, šio amžiaus žmonių dalis nuolat didėja.

Todėl svarbu užtikrinti pensijinio amžiaus žmonių geresnę gyvenimo kokybę ir sveikesnę senatvę. Tam, kad tai užtikrinti, reikalinga atlikti tyrimus, kurie padėtų išsiaiškinti kokia yra pensijinio amžiaus žmonių gyvenimo kokybė. Taigi, darbo tikslas ir buvo išsiaiškinti Vilniaus miesto pensijinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybės rodiklius bei pagrindinius ją įtakančius veiksnius. Atlikome šiuos tyrimus naudodamiesi pasaulyje pripažintu ir plačiai taikomu PSO - 100 (WHOQOL-100 - World Health Organization Quality of Life) gyvenimo kokybės klausimynu. Padaryta literatūros, atliktų tyrimų apžvalga bei analizė. Buvo apklausti 406 respondentai ir apdoroti bei išanalizuoti gauti duomenys, padarytos išvados, pateikti pasiūlymai.

2. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas:

1. Ištirti Vilniaus miesto pensijinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybę.

Darbo uždaviniai:

1. Ištirti pensijinio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę.
2. Nustatyti, kokie veiksniai labiausiai įtakoja pensijinio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę.

3. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1. Gyvenimo kokybės samprata

Gyvenimo kokybė – tai individualus kiekvieno žmogaus vietos gyvenime vertinimas kultūros vertybių sistemos kontekste, susijusi su jo tikslais, viltimis, standartais ir interesais. Gyvenimo kokybę įtakoja asmens fizinės, dvasinės, sveikatos būklės, nepriklausomybės lygis ir socialinis ryšys su aplinka. Gyvenimo kokybę sudarantys komponentai yra tie patys sveikiems ir negalios ištiktiems žmonėms, bet tuo metu yra skirtingi kiekvienam asmeniui [1].

Gyvenimo kokybės terminu buvo susidomėta dar prieš II –ąjį pasaulinį karą. Tuo metu ir dar kurį laiką po karo gyvenimo kokybė buvo suvokiama kaip materialinė gerovė ar pinigai. Vėliau, keičiantis plačiai gyvenimo kokybės prasmės sampratai, keitėsi ir pačios GK samprata. Prie būtinų materialinių gėrybių prijungiami ir kiti gyvenimo kokybės aspektai. Ji apibrėžiama kaip visuma gėrybių, patarnavimų, situacijų ir tvarkos, numatančios žmogaus gyvenimo prigimties pagrindą, esmines gyvenimo nuosavybes, kurios yra reikalingos ar pageidaujamos. Kiek vėliau pažymima, kad gyvenimo kokybės šaltinis yra pinigai. Jei pinigų nepakanka, siūlomos trys papildomos šaltinių ir suvaržymų klasės: laikas, gabumai, jausmas.

Apie 1990-uosius metus buvo išskirta subjektyvi ir objektyvi gyvenimo kokybė. Subjektyvi gyvenimo kokybė yra susijusi su tuo, kaip asmuo suvokia šias sferas: sveikatos, gyvenamosios aplinkos, šeimos, socialinių/emocinių santykių, išsilavinimo, darbo ir laisvalaikio.

Objektyvūs gyvenimo kokybės įvertinimo tyrimai rodo, kad išskirtiniai rodikliai - pavyzdžiui - fizinė aplinka ir pajamos, yra tinkami svertai GK nustatyti, kad egzistuoja absoliučios šių kintamų rodiklių matavimo normos [2]. Tačiau būtent tokio tyrimo duomenys gali būti klaidingi, nes čia nėra atsižvelgiama į kultūros, vertybių, požiūrių ir ideologijos poveikį. Čia vienintelė problema - sudėtinga nustatyti ryšį tarp objektyvių kriterijų ir gyvenimo kokybės, kurią patiria pats žmogus. Ši problema iškelia nuostatą, kad gyvenimo kokybė turi būti nagrinėjama iš individo perspektyvos. Atsiranda tokie gyvenimo kokybės apibrėžimai: GK yra tai, kaip jaučiasi atskiras asmuo; GK yra atstumas tarp asmens pozicijos ir jo tikslų/siekių; GK yra tai, kaip patys individai ją įvertina [3]. Štai Goode teigė, kad gyvenimo kokybė yra žmonių tarpusavio santykių kiekviename gyvenimo etape produktas [4]. Kaip tik iš šio teiginio išplaukia, kad subjektyvi GK susideda iš dviejų elementų: socialinio ir psichologinio. Tačiau žmogus nėra vien psichologinė ar socialinė būtybė, jis turi ir kūną, kuris daro įtaką žmogaus gyvenimo kokybei, nes yra neatsiejama žmogaus dalis. Aaronson su kolegomis nustatė, kad gyvenimo kokybę tiksliausiai galima apibūdinti pagal fizinį, psichologinį ir socialinį funkcionavimą [5]. Taip pat gyvenimo kokybės samprata dažnai siejama ir tapatinama su ekonominiu žmonių gerbūviu ir sveikata. Tačiau mokslininkų atlikti tyrimai - Smith su kolegomis (1999) bei Topolski ir bendraautorių (2001) - parodė, kad gyvenimo kokybė ir sveikatos būklė yra atskiros struktūros. Šių dviejų terminų negalima naudoti vieno vietoj kito. Daugelis svarbių sveikatos būklę vertinančių priemonių, įskaitant anketas ir sveikatos suvokimo rodiklius, gali būti netinkamos matuojant gyvenimo kokybę [6, 7].

Taigi, gyvenimo kokybė – sudėtinga ir plati sąvoka. Ją apima daugelis kitų mokslų: antropologija, psichologija, filosofija, sociologija, ekonomika, medicina ir kt. [8]. Žmogaus sveikata yra labai svarbus gyvenimo kokybės rodiklis, nors lemiamos reikšmės GK vertinimui gali ir neturėti. Žmonės, turintys didelių sveikatos sutrikimų, gali gana normaliai vertinti savo gyvenimo kokybę ir, priešingai, sveikas žmogus gali būti nepatenkintas savo GK, jausti depresiją, vienišumą, jei jo egzistenciniai poreikiai nėra patenkinami [9]. Pasaulinė sveikatos organizacija 1993-čiais metais pasiūlė tokį gyvenimo kokybės apibrėžimą: „Gyvenimo kokybė – tai individualaus gyvenimo tikslo vertinimas, kultūros ir vertybių sistemos, susijusios su jo tikslais, viltimis ir interesais. Gyvenimo kokybės samprata yra kompleksiskai veikiami asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka“ [10].

3.2. Lietuvoje ir pasaulyje atliktų gyvenimo kokybės tyrimų apžvalga

Žmogaus gyvenimą ir jo pilnatvę lemia daug sričių. Svarbiausios jų yra sveikata bei materialinis gerbūvis. Pastarasis sudaro sąlygas patenkinti būtiniausius gyvenimo poreikius ir užtikrinti sveikatą, paslaugas ir santykius su aplinka, kuri turi įtakos sveikatai.

Taigi, sąvokos sveikata ir gyvenimo kokybė yra labai artimos, tačiau negali būti sutapatinamos. Paprasčiausia gyvenimo kokybės klasifikacijos schema pateikta dalijant matavimus į funkcinių statusą ir subjektyvų gerbūvį [11]. Kiti autoriai prie pagrindinių gyvenimo reikmių priskiria finansus, namus, gerus šeimos santykius bei gerą fizinę sveikatą [12]. Na, o Lietuvos tyrinėtojai nustatė, kad katalikiškasis tikėjimas ir religinė praktika turi reikšmės geresniems gyvenimo kokybės bei sveikatos rodikliams [13]. Taip pat ir sveikatos būklė gali įtakoti gyvenimo kokybę. Šitai parodo atlikta sveikatos ir aplinkos ryšio su gyvenimo kokybe tyrimo duomenų analizė. Paaiškėjo, kad sveiki žmonės dažniau patenkinti sveikata, sauga, finansais, laisvalaikiu ir galimybe naudotis transportu, negu asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis. Tiek sveiki, tiek sergantys respondentai panašiai vertina socialinę priežiūrą, fizinę aplinką ir galimybes įgyti įgūdžius [14].

Nemažai duomenų apie gyvenimo kokybę Lietuvoje sukaupta tiriant sergančiuosius įvairiomis lėtinėmis ligomis. Štai analizuojant stabilios krūtinės anginos (KA) funkcinių klasių ir GK rodiklių ryšį, nustatyta, jog gyvenimo kokybė turi tendenciją blogėti didėjant stabilios krūtinės anginos funkcinėi klasei. Ryškiausiai blogėja fizinės sveikatos rodikliai. Lyginant ligonius, kuriems nėra stabilios krūtinės anginos, paaiškėjo, jog fizinio aktyvumo, veiklos apribojimo dėl fizinių problemų, veiklos apribojimo dėl emocinių problemų, rodikliai mažesni. Socialinė funkcija, psichikos būseną, energingumas, skausmas, bendras sveikatos vertinimas sumažėja nežymiai. Stabilios KA III funkcinės klasės ligonių, lyginant su tais, kuriems nėra stabilios krūtinės anginos, statistiškai reikšmingai sumažėja visi fizinės sveikatos rodikliai bei du psichinės sveikatos rodikliai – veiklos apribojimas dėl emocinių problemų ir psichikos būseną. Analogiškai duomenys gauti, analizuojant gyvenimo kokybės rodiklių sąryšį su širdies nepakankamumu (ŠN). Nustatyta, jog didėjant širdies nepakankamumo laipsniui, ligonių gyvenimo kokybė blogėja. Literatūroje pažymima, kad tiriant gyvenimo kokybės pokyčius ilgalaikės reabilitacijos metu, buvo stebėta, jog sergančiųjų GK gerėja. Jau po pirmojo pusmečio stebimas žymus gyvenimo kokybės pagerėjimas dėl padidėjusio fizinio aktyvumo, sumažėjusių

apribojimų vykdant reguliarią kasdieninę veiklą, sumažėjusio skausmo pojūčio, pagerėjusių socialinių ryšių, padidėjusio energingumo, pagerėjusios psichikos būsenos. Vėlesniais etapais nestebimas GK gerėjimas - dviejų metų laikotarpiu ji laikosi to paties lygio. Tiek GK, tiek funkcinės būklės rodikliai sparčiausiai gerėja pirmąjį pusmetį, o po to išlieka tokie pat [15]. Kad funkcinė būklė ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra glaudžiai susijusios, rodo ir Curtis (1997) su bendraautorais atlikto tyrimo duomenys. Funkcinė būklė apibūdina asmens fizinį pajėgumą, gebėjimą bendrauti ir emocinę būseną. Ji rodo asmens gebėjimą atlikti kasdieninės veiklos uždavinius, o su sveikata susijusi GK apibūdina, kaip sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę [16]. Analogiškus duomenis pateikia Krumholz su kolegomis (1997), kurie tyrė ligonius po angioplastikos ir stentavimo praėjus 6 ir 18 mėn. Lyginant pacientus, kuriems buvo KA, patikimai skyrėsi kiekviena SF-36 klausimyno skalė su tais, kuriems jos nebuvo [17]. Na, o Brown (1999) su bendraautorais tyrė pacientų GK, praėjus 4 metams po miokardo infarkto. Jie nustatė, jog pacientų, kuriems yra aštresni ir dažnesni krūtinės anginos priepuoliai, kamuoja dusulys, yra žemesni gyvenimo kokybės rodikliai, ypač fizinis aktyvumas, skausmas, energingumas/gyvybingumas [18].

Visgi negalima vienareikšmiškai sulyginti sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės, nors dažnai literatūroje šios sąvokos vartojamos pakaitomis, klinikinių parametrų pagerėjimas prilyginamas GK pagerėjimui. Gorkin ir bendraautorai (1994) savo tyrime (tirti ligoniai po miokardo infarkto su sutrikusia kairiojo skilvelio funkcija, bet po širdies nepakankamumo) nustatė, jog gyvenimo kokybės duomenys nekoreliavo su pacientų kairiojo skilvelio išvartymo frakcija, parodydami, kad klinikinis vertinimas negali būti imamas kaip pakaitalas gyvenimo kokybei vertinti [19]. Literatūroje randama aprašytų atvejų, kai pasitaiko vadinamasis „negalios paradoksas“ – žmonių, kurių įvairios funkcijos objektyviai yra labai sutrikusios dėl ligos, nurodoma GK nėra labai bloga. Tyrimo, nagrinėjusio nepagydomu vėžiu sergančių ligonių gyvenimo kokybę, rezultatai paneigė susiformavusį stereotipinį mąstymą, jog nepagydoma liga sergančiųjų GK yra neišvengiamai bloga. Tai bandoma paaiškinti psichologiniu adaptavimusi. Pasikeitus sveikatos būklei, pasikeičia ir individualios gyvenimo kokybės prasmė dėl pakitusių vidinių standartų, vertybių bei suvokimo [20]. Gyvenimo kokybės ir Parkinsono ligos (PL) ryšys buvo nagrinėjamas Brushnell ir Martin (1999) atliktame tyrime. Senstant visuomenei daugėja sergančiųjų neurodegeneracinėmis ligomis, tarp jų ir Parkinsono liga, kuri blogina tiek ligonių, tiek juos slaugančių asmenų gyvenimo kokybę. Dalis pacientų šia liga suserga ir nesulaukę

penkiasdešimties metų amžiaus, būdami dar darbingo amžiaus. Jei liga prasideda apie penkiasdešimtuosius gyvenimo metus, kai žmogus dar dirba, nukenčia ir darbingumas. PL sutrikdo judėjimą, o ligos pradžioje ji netgi būna sunkiai diagnozuojama ir neretai sutapatinama su kitomis judamojo aparato ligomis, tokiomis kaip sąnarių artrozė, stuburo osteochondrozė [21, 22].

Dar viena lėtinė liga, galinti bloginti gyvenimo kokybę – osteoporozė. Lietuvoje ja serga apie 250 000 žmonių, todėl labai svarbu plačiau ir išsamiau tirti jų gyvenimo kokybę. M. Tamulaitienės (2001) atlikto tyrimo apie sergančiųjų osteoporoze kaulų lūžių įtaką gyvenimo kokybei rezultatai parodė, kad moterų, sergančių osteoporoze be kaulų lūžių, GK yra geresnė: jos geriau miega, rečiau skundžiasi nugaros skausmu, daugiau sportuoja, daugiau juda, aktyviau dalyvauja visuomeniniame gyvenime, turi joms patinkančių pomėgių. Turėdamos užsiėmimą pacientės rečiau jaučiasi liūdnos ir nusiminusios [23]. Caliyurt (2005) atliktame ligonių su miego sutrikimais ir depresija gyvenimo kokybės tyrime gauta, jog GK rodikliai tiek fizinės, tiek protinės sveikatos dimensijose buvo statistiškai mažesni blogai miegantiems asmenims. Blogai miegantiems asmenims, lyginant su gerai miegančiais, blogiausios buvo veiklos apribojimo dėl fizinių ir emocinių problemų bei skausmo sritys [24]. Na, o V. Valeikienės ir bendraautorių atlikti tyrimai parodė, kad visi gyvenimo kokybės aspektai yra svarbūs lėtinėmis ligomis sergantiems vyresnio amžiaus žmonėms. Pradiniais tyrimais nustatyta, kad GK supratimas susijęs su sveikata. Tai yra, tiriamųjų gyvenimo kokybės įvertinimas glaudžiai koreliuoja su tiriamųjų sveikatos įvertinimu [25].

Įdomu ir tai, jog gyvenimo kokybę taip stipriai gali įtakoti ir darbinė veikla bei jos pokyčiai išėjus į pensiją. Štai Shwartz ir bendraautorių (2007) atliktame tyrime „Ar yra gyvenimas be darbo?“ nagrinėjami būdai, kuriais išėję į pensiją žmonės suvokia išėjimą ir darbą po išėjimo į pensiją. Tyrimas atliktas nagrinėjant darbo poveikį iki išėjimo į pensiją. Shwartz ir bendraautoriai ištyrė 56 pensijinio amžiaus vyrus, jų išėjimą į pensiją ir darbo vaidmens supratimą šiame procese. Tyrimas parodė, kad darbas vyrams buvo labai svarbus ir 96 proc. vyrų savo klausimyne apie gyvenimo istoriją paminėjo darbą. 70 proc. atsakė, kad nėra gyvenimo be darbo. Trečdalis jų tiki, kad darbas apsaugo nuo baimių ir sustingimo. 10 proc. tiki, kad darbas yra būtinybė ir garantuoja fizinį bei dvasinį egzistavimą. Tik 14 proc. išėjimą į pensiją supranta kaip „laisvę nuo darbo“.

Iškeltos hipotezės:

1. per didelis galvojimas apie darbą prieš išeinant į pensiją neigiamai veikia prisitaikymą nebedirbant;

2. įsidarbinimas išėjus į pensiją taip pat neigiamai veikia prisitaikymą prie gyvenimo būdo išėjus į pensiją [26].

Harper, Khim ir Feldman kituose tyrimuose nustatė, kad darbas apsaugo nuo nerimo ir depresijos, veikia kaip apsauginis mechanizmas nuo artėjančios senatvės. Išėjimas į pensiją daugeliui respondentų turi neigiamą prasmę, suprantamas kaip tam tikras praradimas. Tai, jog dauguma atsako, kad nėra gyvenimo be darbo, rodo jų susirūpinimą šiuo praradimu. 36 proc. apklaustųjų po išėjimo į pensiją dirbo toliau. Priežastys įvairios: nuo papildomų pajamų poreikio iki prasmingos gyvenimo ašies praradimo baimės. Ateityje turėtų būti įdiegtos naujos darbo rinkos strategijos, tam, kad padėtų pensijinio amžiaus žmonėms formuoti jų gyvenimą, kuris atitinka pasikeitusį jų statusą [27, 28].

Psichologinė būseną – taip pat viena iš gyvenimo kokybės sudedamųjų dalių. Savo tyrime „Išėjusiųjų į pensiją profiliavimas ir psichologinio gerbūvio tyrimas“ pensijinio amžiaus žmonių psichologinį gerbūvį nagrinėjo Wang (2007). Tyrimą paskatino tai, jog ankstesni tyrėjai praneša labai prieštarigus rezultatus [29]. Vieni nustatė, kad pensijinio amžiaus žmonės, palyginus su dirbančiais, pažymi blogesnę fizinę sveikatą, dažnesnę depresiją ir vienišumo jausmą, mažesnę pasitenkinimą gyvenimu ir apskritai yra mažiau aktyvūs [30]. Kiti – priešingai - nustatė, kad išėjimas į pensiją turi teigiamą poveikį sveikatai, sumažina stresą [31, 32]. Tokių skirtumų priežastis gali būti metodologiniai skirtumai ir individualūs skirtumai tarp tiriamųjų.

Išėjimą į pensiją ir prisitaikymą prie šio proceso nagrinėja keletas teorijų:

- Ashforth (2001) iškėlė „vaidmens“ teoriją. Ji nusako, kad savęs vertinimas labai priklauso nuo sugebėjimo atlikti tam tikrą vaidmenį. Išeinant į pensiją vieni vaidmenys gali stiprėti, kiti – silpnėti. Išėjimą į pensiją skirtingi individai vertina labai skirtingai, priklausomai nuo to, kuris vaidmuo jam svarbesnis [33].

Išeinant į pensiją silpnėja dirbančiojo vaidmuo, organizacijos nario vaidmuo, karjeros vaidmuo ir atvirkščiai: bendruomenės nario vaidmenys stiprėja [34]. Taigi, jei dirbančiojo vaidmuo individo tapatybei buvo svarbiausias, tai darbo praradimas išeinant į pensiją priimamas kaip ypač sukrečiantis įvykis. Ir priešingai: išeinantys į pensiją tie, kuriems kiti vaidmenys svarbesni arba išėina iš nemėgstamo darbo, jaučiasi laimingi [35].

- Tęstinumo teorija. Ją sukūrė Atchley (1999). Teorijos pagrindą sudaro supratimas, kad išėjimas į pensiją yra tik perėjimas iš darbo į gyvenimą pensijoje. Vykstant šiam perėjimui staigus pasikeitimo žmonių gerovei nėra. Ši teorija teigia, kad dažniausias prisitaikymo būdas prie išėjimo į pensiją yra tęsimas to paties gyvenimo būdo kaip kad ir prieš tai. Būtent todėl nemaža dalis dirba ir toliau išėję į pensiją [36].
- Trečioji teorija aprašyta Elder ir bendraautorijų (2003) - gyvenimo perspektyvos teorija. Ji teigia, kad vėlesniuose gyvenimo perioduose mūsų veikla ir vaidmenys tampa susiję su mažesniu įsipareigojimu kitiems. Taigi, laikui bėgant, individai vis labiau mėgaujasi išėjimu į pensiją. Šios teorijos kertinis teiginys - itin svarbus išėjimo į pensiją laikas, kadangi jis gali būti skirtingas įvairiose šalyse. Jei šis laikas ateina anksti – žmogus patiria stresą. Kuo išėjimo į pensiją laikas vėlesnis, tuo geriau asmuo jaučiasi [37].

Na, o pasitenkinimo gyvenimu pokyčius išėjimo į pensiją metu savo atliktame tyrime nagrinėjo Pinquart. Jis teigia, kad išėjimas į pensiją yra vėlyvesnio gyvenimo periodo labai svarbus įvykis, susijęs su dienos rutinos, socialinių kontaktų ir pajamų pasikeitimu. Kadangi gyvenimo trukmė nuolat ilgėja, vis daugiau žmonių ilgesnį laiko tarpą praleidžia pensijoje. Tyrime ir buvo nagrinėjami šie gyvenimo kokybės pasikeitimai išėjus į pensiją. Tiriamųjų grupę sudarė 1500 pensijinio amžiaus žmonių. Autorius nustatė tris grupes asmenų, kurie suvokia išėjimą į pensiją skirtingai. Pirmojoje grupėje pasitenkinimas gyvenimu sumažėjo išėjimo į pensiją metu, bet po to stabilizavosi ir įgavo didėjančią trajektoriją. Antrojoje grupėje buvo labai didelis pasitenkinimas gyvenimu išeinant į pensiją, kuris išėjus į pensiją mažėjo. Trečiojoje grupėje pasitenkinimas gyvenimu beveik nesikeitė, išskyrus nežymų jo padidėjimą išėjimo į pensiją metu. Grupės skyrėsi išėjimo į pensiją amžiumi, lytimi, socioekonominė būkle, vedybiniu statusu, bedarbystės iki išėjimo į pensiją lygiu ir priklausė Vokietijos regionui [38].

Kitas, Rosenkotter su bendraautoriais (2001) atliktas tyrimas, padėjo identifikuoti individus, kuriems yra pasitenkinimo gyvenimu sumažėjimo rizika išėjus į pensiją. Nustatyti šie rizikos veiksniai: blogesnė fizinė sveikata, sutuoktinio nebuvimas, blogesnė socioekonominė būklė ir bedarbystė. Šiems individams sėkmingai gali būti taikomos išėjimo į pensiją planavimo intervencijos [39]. Taigi, Sėkmingą gyvenimą, kaip sugebėjimą visapusiškai gyventi iki mirties, savo tyrime apibrėžė Haber (1999). Todėl turi būti dedamos visos pastangos sumažinti senjorų sergamumą ir fizinius sutrikimus. Pagrindiniu uždaviniu senstančiųjų pasaulyje yra laikoma gyvenimo metų, kuomet nesergama lėtinėmis ligomis, neįgalumu ar funkcinių gebėjimų

praradimu, skaičiaus padidiniu. Svarbus sveikos gyvensenos propagavimas prieš išeinant, išeinant ir išėjus į pensiją [40].

Apibendrinant apžvelgtus tyrimus, galima teigti, kad gyvenimo kokybę įtakoja daugelis veiksnių, tačiau pagrindiniais laikoma sveikata bei materialinis gerbūvis. Lėtinės ligos: širdies, judamojo aparato ir kitos žymiai apriboja fizinį pajėgumą. Funkcinė žmogaus būklė taip pat stipriai įtakoja gyvenimo kokybę. Tačiau negalima vienareikšmiškai gyvenimo kokybės prilyginti sveikatos būklei. Ne mažiau gerai gyvenimo kokybei svarbu santuoka, darbas bei tikėjimas. Taip pat, užsienyje atliktų tyrimų dėka, paaiškėjo, kad darbo buvimas pensijiniame amžiuje gana stipriai įtakoja teigiamus jausmus, aukštesnius gyvenimo kokybės rodiklius. Tačiau pensijinio amžiaus gyvenimo kokybės tyrimų Lietuvoje negausu. Taigi, tyrimui pasirinktas PSO-100 klausimynas, kadangi tai – viena tinkamiausių ir dažniausiai pasaulyje naudojamų anketų gyvenimo kokybei įvertinti.

4. TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

4.1. Tyrimo objektas

Tirtųjų kontingentą sudarė atsitiktiniu būdu atrinkti 406 Vilniaus miesto gyventojai. Tirtų respondentų amžius – pensijinis (moterų nuo 60 metų, vyrų – nuo 62 metų ir 6 mėnesių). Tirtųjų amžiaus vidurkis – 68 metai. Tyrimas atliktas 2008-aisiais metais.

4.2. Tyrimo metodai

Gyvenimo kokybė buvo tiriama naudojant adaptuotą PSO – 100 (WHOQOL-100 - World Health Organization Quality of Life) klausimyną. Anketą sudaro 100 klausimų, kurie yra suskirstyti į šešias sritis. Visos sritys atspindi gyvenimo kokybę: pirmoji sritis – fizinė (12 klausimų), antroji – psichologinė (20 klausimų), trečioji – nepriklausomybės laipsnis (16

klausimų), ketvirtoji sritis atspindi socialinius santykius (12 klausimų), penktoji – aplinką (32 klausimai), šeštoji – dvasingumą bei įsitikinimus (4 klausimai).

Fizinė sritis apima skausmą, diskomfortą, energiją ir nuovargį, miegą bei poilsį.

Psichologinėje srityje nagrinėjami teigiami pojūčiai, mąstymas, mokymasis, atmintis ir dėmesio sutelkimas, savos vertės pajutimas, išvaizda bei neigiami pojūčiai. Nepriklausomybės laipsnis siejamas su judrumu, kasdieniniais darbais, priklausomybe nuo vaistų ar gydymo procedūrų, gebėjimu dirbti. Socialiniai santykiai apima asmeninius santykius, praktinę socialinę paramą, lytinį aktyvumą. Aplinka susideda iš šių aspektų: fizinė sauga ir saugumas, namų aplinka, finansiniai resursai, sveikata ir socialinė priežiūra, prieinamumas ir kokybė, galimybė įgyti informacijos ir įgūdžių, dalyvavimas rekreacijos ir laisvalaikio užsiėmimuose, išorinė (fizinė) aplinka, transportas. Dvasingumo sritis apima įsitikinimus, religiją. Taip pat papildomai buvo užduoti klausimai apie respondentų lytį, amžių, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, dabartinės sveikatos vertinimą bei darbingumą (šiuo metu dirba ar ne). Anketa buvo pildoma apklausos būdu, naudojant jau minėtą PSO - 100 klausimyną. Kiekvieną atsakymą respondentai galėjo įvertinti penkių balų sistema. Dalyvavę respondentai buvo supažindinti su tyrimo tikslu ir klausimyno pildymo instrukcija. Laiko atsakymams skirta tiek, kiek buvo reikalinga dalyviams. Atliekant apklausą buvo vadovautasi etiniais ir teisiniais principais. Visi dalyviai buvo informuoti, kad anketa – anoniminė.

Klausimyno tinkamumas įvertintas Cronbach alfa kriterijumi: fizinė sritis - 0,8853, psichologinė – 0,9073, nepriklausomumo lygio – 0,9237, socialinių santykių – 0,8271, aplinkos – 0,9187, dvasingumo sritis – 0,7985. Skaičiavimai atlikti naudojant MS Office EXCEL ir SPSS programų paketus. Duomenys analizuoti vienfaktorinės dispersinės analizės metodu. Statistinės hipotezės tikrintos $p < 0,05$ reikšmingumo lygmeniu. Tarp vyrų ir moterų, skirtingo išsilavinimo, šeimyninės, socialinės padėties bei sveikatos būklės tiriamųjų grupėse apskaičiuoti klausimyno balų vidurkiai ir jų standartiniai nuokrypiai.

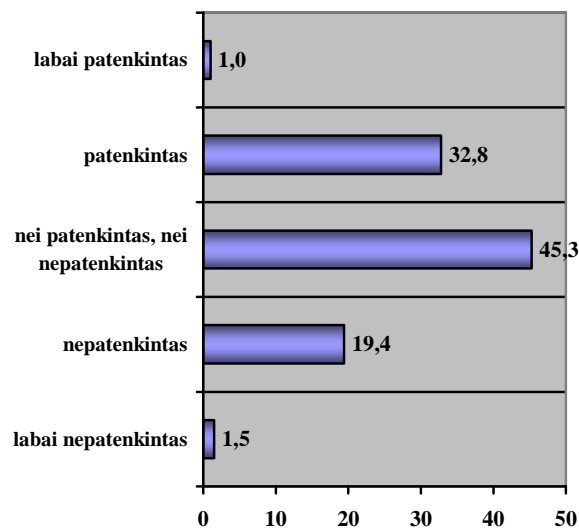
5. TYRIMO REZULTATAI

Šiame skyriuje analizuojami 406 pensijinio amžiaus vilniečių atsakymai į PSO-100 klausimyno klausimus. Vykdydami šią analizę siekėme ne tik aprašyti pensijinio amžiaus žmonių

gyvenimo kokybę, bet ir palyginti ją pagal lytį, išsilavinimą, šeimyninę padėtį, ligas (serga ar neserga) bei darbą (dirbantis pensininkas ar ne).

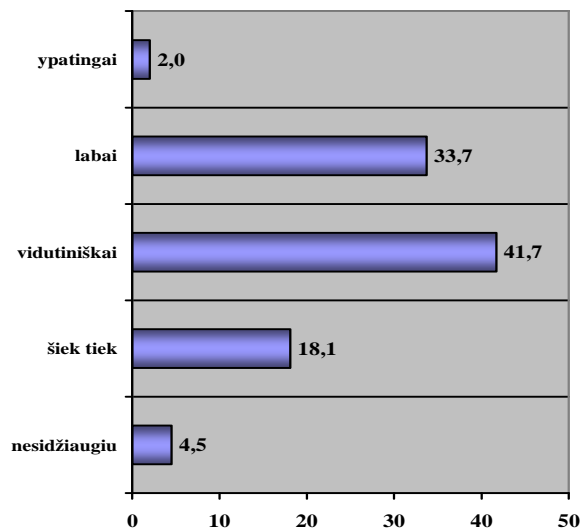
5.1. Bendras atsakomumas į klausimus apie savo gyvenimo kokybę, ligas

G2 klausimas "Ar Jūs patenkintas savo gyvenimo kokybe?" parodo bendrą pačių respondentų subjektyvią nuomonę apie savo gyvenimo kokybę. Iš diagramos (1 pav.) matome, kad *labai nepatenkinti* savo gyvenimo kokybe yra tik 1 proc. apklaustųjų. *Patenkinti* savo gyvenimo kokybe teigė gerokai daugiau – net 32,8 proc. apklaustųjų. Nevisiškai apsisprendę – *nei patenkinti, nei nepatenkinti* savo gyvenimo kokybe nurodė didžiausia dalis - net 45,3 proc. pensininkų. *Nepatenkinti* savo gyvenimo kokybe pasirodė esą 19,4 proc. respondentų. *Labai nepatenkinti* – 1,5 proc. apklaustųjų.



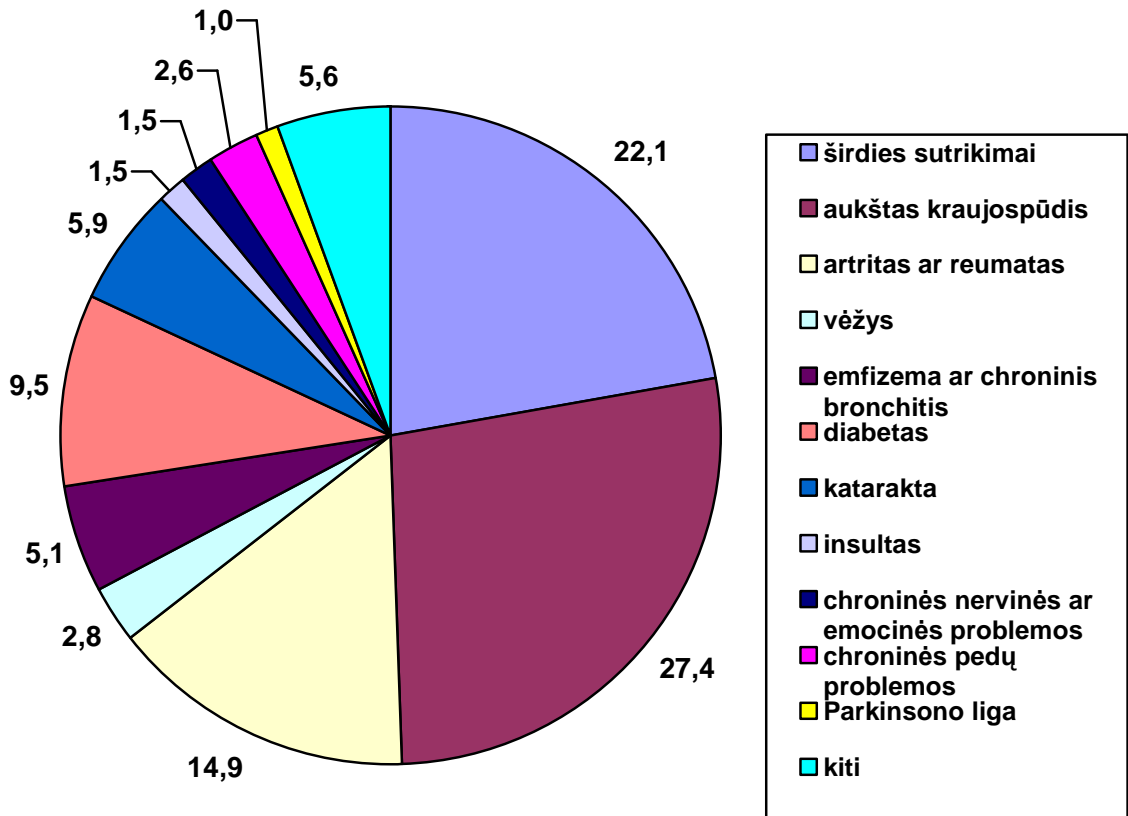
1 pav. Respondentų atsakymai į klausimą G2 "Ar Jūs patenkintas savo gyvenimo kokybe?"

Kitas klausimas F.4.1 (2 pav.), atspindintis respondentų asmenišką nuomonę į klausimą "Ar džiaugiatės gyvenimu?" parodė, kad *ypatingai* besidžiaugiantys savo gyvenimu nurodė tik 2 proc. apklaustųjų. *Labai* džiaugiasi – 33,7 proc. *Vidutiniškai* – 41,7 proc. *Šiek tiek* besidžiaugiantys savo gyvenimu nurodė esą 18,1 proc. Na, o *nesidžiaugia* savo gyvenimu 4,5 proc. apklaustųjų.



2 pav. Respondentų atsakymai į klausimą F.4.1 "Ar džiaugiatės gyvenimu?"

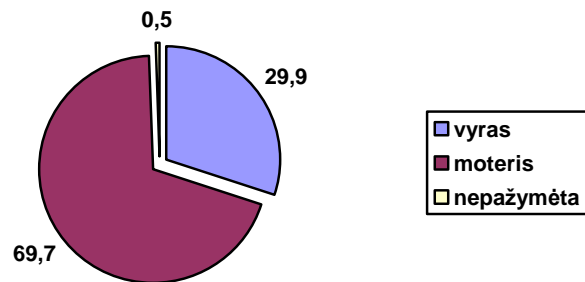
Trečiame paveikslėlyje matome respondentų pasiskirstymą pagal ligas, kuriomis jie serga. Paaikškėjo, kad didžiausias sergamumas buvo hipertenzija. Tarp mūsų apklaustų pensijinio amžiaus žmonių aukštą kraujospūdį turėjo net 27,4 proc. Taip pat dažnos yra širdies ligos. Jomis pažymėjo sergantys 22,1 proc. gyventojų. Artritu ar reumatu sergančiųjų buvo taip pat nemažai – 14,9 proc. Diabetas – irgi gana plačiai paplitusi liga. Ja sergančių respondentų buvo 9,5 proc. Katarakta sirgo 5,9 proc. Kitomis ligomis pažymėjo sergantys 5,6 proc. apklaustųjų. Emfizema ar chroniniu bronchitu pažymėjo sergantys 5,1 proc. žmonių. Vėžiu sirgo 2,8 proc. respondentų. Chroninėmis pėdų problemomis sirgo 2,6 proc. pensijinio amžiaus žmonių. Chroninėmis nervinėmis ar emocinėmis problemomis bei insultu gyventojai sirgo po lygiai – po 1,5 proc. Parkinsono liga sergantys nurodė 1 proc. apklaustųjų.



3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal sergamumą įvairiomis ligomis

5.2. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp vyrų ir moterų grupių

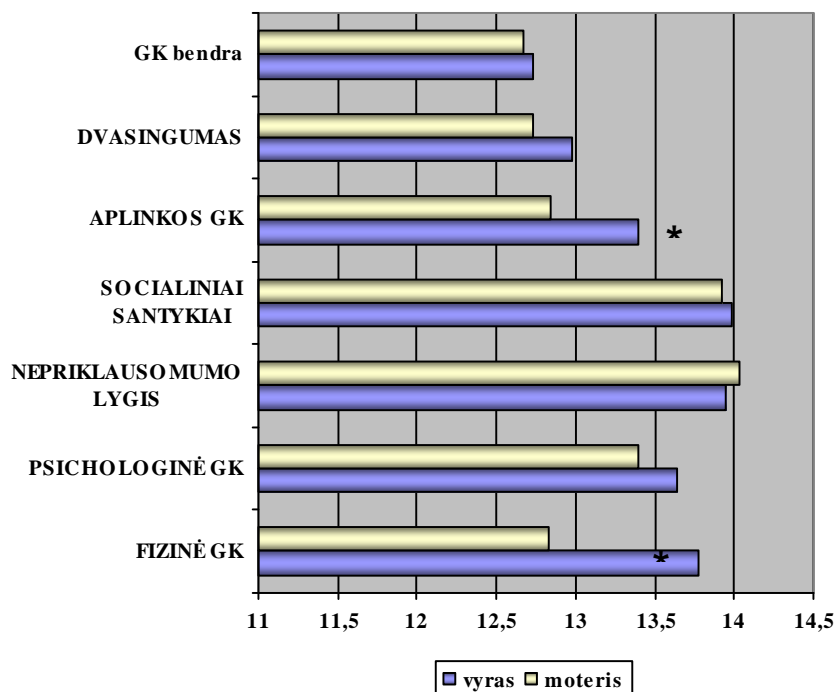
Ketvirtame paveikslėlyje matome respondentų pasiskirstymą pagal lytį. Daugiau buvo moterų (69,7 proc.), nei vyrų (29,9 proc.). Savo lyties nenurodė 0,5 proc. apklaustųjų.



4 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal lytį

Iš 5 paveikslėlio ir 1 lentelės duomenų matome, kad *bendra* vyrų ir moterų gyvenimo kokybė beveik nesiskiria. *Dvasingumo, socialinių santykių, nepriklausomumo lygio, psichologinės* gyvenimo kokybės sritys – statistiškai nereikšmingos. Statistiškai reikšmingi skirtumai tarp vyrų ir moterų grupių stebimi tik:

- *aplinkos* ($p=0,043$);
- *fizinės* ($p=0,013$) GK srityse.



5 pav. Gyvenimo kokybės sričių palyginimas tarp vyrų ir moterų grupių

* - rodo statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių, kai $p < 0,05$.

1 lentelė. Gyvenimo kokybės sričių rodiklių palyginimas tarp vyrų ir moterų grupių

Gyvenimo kokybės sritys	Lytis		p
	vyrų (n=120)	moterys (=286)	
Bendra	12,73±2,20	12,67±2,31	0,988
FIZINĖ	13,77±2,41	12,83±2,36	0,013
PSICHOLOGINĖ	13,64±1,89	13,39±1,92	0,428
NEPRIKLAUSOMUMO LYGIS	13,95±2,88	14,03±2,46	0,884
SOCIALINIAI SANTYKIAI	13,98±1,95	13,92±2,09	0,965
APLINKOS	13,39±1,87	12,84±1,95	0,043
DVASINGUMAS	12,98±2,61	12,73±2,89	0,684

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

Palyginę gyvenimo kokybės rodiklių posričius tarp vyrų ir moterų grupės iš 2 lentelės matome, kad daug skirtumų tarp šių grupių nėra. Statistiškai reikšmingi skirtumai stebimi šiuose posričiuose:

- *skausmo ir diskomforto* (p=0,021);
- *miego ir poilsio* (p=0,035);
- *transporto* (p=0,000).

Didesnį *skausmą ir diskomfortą* jaučia vyrai (13,50±2,94), nei moterys (12,51±2,87). Matome, kad vyrai geriau *išsimiega ir pailsi* (14,87±3,20), nei moterys (13,74±3,41). Taip pat vyrų (15,02±3,14) *naudojimusi transportu* rodikliai statistiškai reikšmingai didesni, nei moterų (13,22±2,69).

2 lentelė. Gyvenimo kokybės posričių rodiklių palyginimas tarp vyrų ir moterų grupės

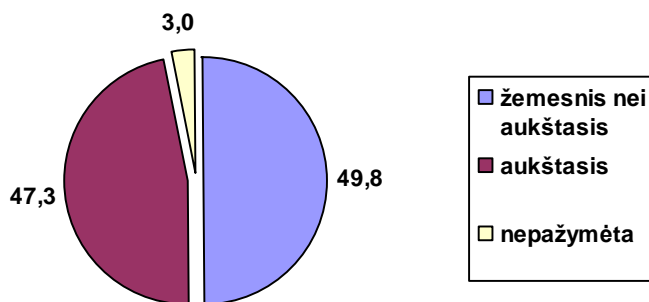
Gyvenimo kokybės posričiai	Lytis (n=406)		p
	vyrų (n=120)	moterys (=286)	
Skausmas ir diskomfortas	13,50±2,94	12,51±2,87	0,021
Energija ir nuovargis	12,95±2,49	12,22±2,54	0,059
Miegas ir poilsis	14,87±3,20	13,74±3,41	0,035
Teigiami jausmai	11,18±2,37	11,37±2,31	0,790
Kognityvinės funkcijos	12,60±2,62	12,53±2,38	0,633
Pasitikėjimas savimi	13,13±2,33	12,87±2,05	0,288
Kūno suvokimas ir išvaizda	15,66±2,70	14,94±3,18	0,153
Neigiami jausmai	15,63±3,06	15,21±2,75	0,177
Galėjimas judėti	14,51±3,59	14,00±3,22	0,244
Galėjimas atlikti kasdieninį darbą	14,50±2,84	14,63±2,59	0,944
Priklausomybė nuo vaistų ir gydymo	13,10±3,94	13,24±3,69	0,820
Darbingumas	13,70±3,46	14,17±2,97	0,447
Tarpasmeniniai santykiai	15,33±2,16	15,06±2,27	0,715

Socialinis palaikymas	13,73±2,69	13,96±2,80	0,388
Lytinis gyvenimas	12,83±2,67	12,64±2,61	0,556
Namų aplinka	13,65±3,07	13,64±3,05	0,809
Finansiniai ištekliai	13,80±3,20	13,20±3,26	0,202
Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas	12,57±2,36	12,12±2,46	0,162
Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių	13,56±2,96	13,09±2,88	0,300
Dalyvavimas ir naujos galimybės poilsui	12,97±2,60	12,78±2,81	0,863
Transportas	15,02±3,14	13,22±2,69	0,000
Dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai	12,98±2,61	12,73±2,89	0,684

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

5.3. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp skirtingo išsilavinimo asmenų

Šeštame paveikslėlyje matome procentinį respondentų pasiskirstymą pagal išsilavinimą. Asmenų su aukštuoju yra tik šiek tiek mažiau (47,3 proc.), nei su žemesniu (49,8 proc.) išsilavinimu. Savo išsilavinimo nenurodė 3 proc. respondentų.



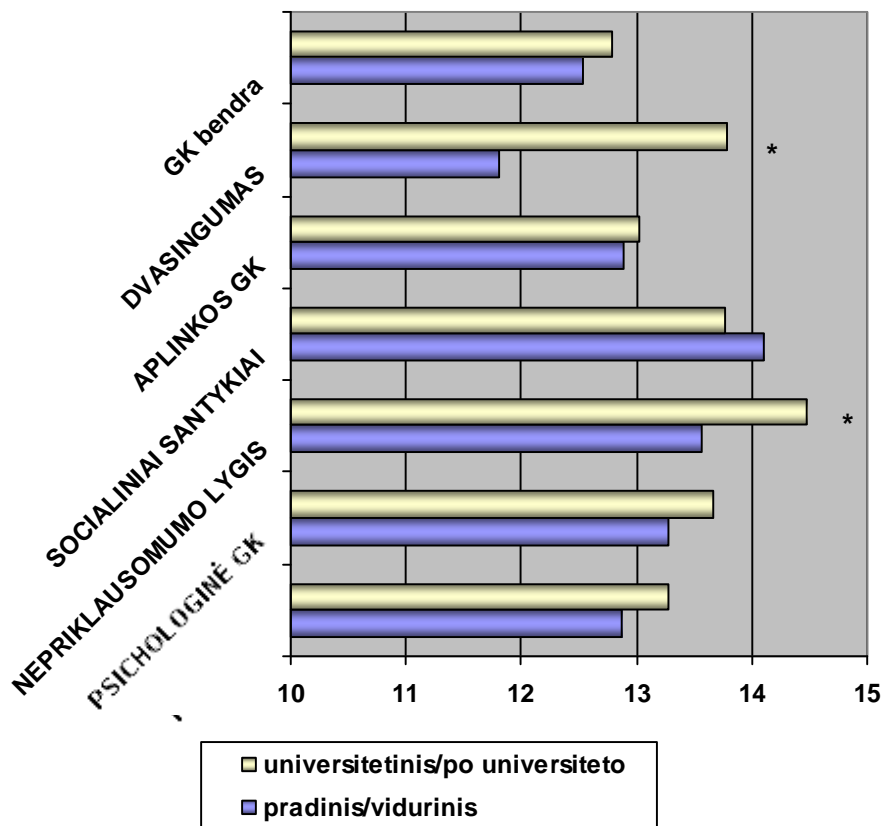
6 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Iš 7 paveikslėlio bei 3 lentelės duomenų matome, kad tarp pradinių/vidurinių ir universitetinių/po universitetinį išsilavinimą turinčių respondentų bendra gyvenimo kokybė skiriasi tik šiek tiek (didesnė asmenų, su aukštuoju išsilavinimu), tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($p=0,426$). Taip pat statistiškumo nėra ir tarp aplinkos

($p=0,294$), *psichologinės* ($p=0,116$) ir *fizinės* ($p=0,239$) gyvenimo kokybės sričių, nors ir aukštesnį išsilavinimą turinčių asmenų šie parametrai yra aukštesni. Reikšmingas skirtumas taip pat nestebimas *socialinių santykių* ($p=0,334$) srityje.

Statistiškai reikšmingi skirtumai matomi:

- *dvasingumo* ($p=0,000$) ;
- *nepriklausomumo lygio* ($p=0,010$) GK srityse.



7 pav. Gyvenimo kokybės sričių rodiklių palyginimas tarp skirtingo išsilavinimo asmenų grupių

* - rodo statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių, kai $p < 0,05$.

3 lentelė. Gyvenimo kokybės sričių rodiklių palyginimas tarp skirtingo išsilavinimo asmenų grupių

Gyvenimo kokybės sritys	Išsimokslinimas (n=390)		p
	pradinis/vidurinis(n=200)	universitetinis/ po universiteto (n=190)	
Bendra	12,53±2,32	12,79±2,20	0,426
FIZINĖ	12,88±2,43	13,28±2,30	0,239

PSICHOLOGINĖ	13,28±1,95	13,66±1,86	0,116
NEPRIKLAUSOMUMO LYGIS	13,56±2,67	14,47±2,36	0,010
SOCIALINIAI SANTYKIAI	14,10±2,09	13,77±1,97	0,334
APLINKOS	12,89±1,77	13,03±2,13	0,294
DVASINGUMAS	11,81±2,88	13,78±2,38	0,000

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

Iš 4 lentelėje pateiktų duomenų matome kuriuose gyvenimo kokybės sričių posričiuose stebimi statistiškai reikšmingi skirtumai:

- *teigiamų jausmų* (p=0,013);
- *galėjimo judėti* (p=0,040);
- *darbingumo* (p=0,000);
- *galimybių gauti naujos informacijos ir įgūdžių* (p=0,010);
- *dvasingumo, religijos, asmeninių įsitikinimų* (p=0,000) posričiuose.

Teigiamus jausmus dažniau jaučia aukštąjį išsilavinimą (11,71±2,17) turintys asmenys, nei asmenys su pradinio ar vidurinio išsilavinimu (10,92±2,39). *Galėjimo judėti* rodiklis taip pat didesnis aukštesnio (14,71±3,00), nei žemesnio (13,67±3,52) išsilavinimo respondentų. *Darbingumas* didesnis aukštesnį išsilavinimą (14,84±2,60) turinčių asmenų tarpe, nei asmenų su žemesniu išsilavinimu (13,21±3,31). *Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių* taip pat didesnė aukštesnio (13,74±2,75), nei žemesnio (12,70±3,02) išsilavinimo asmenims. Ryškus bei statistiškai reikšmingas skirtumas stebimas dvasingumo, religijos bei asmeninių įsitikinimų srityje. Rodiklis pagal šiuos aspektus, didesnis aukštąjį išsilavinimą (13,78±2,38) turinčių asmenų tarpe, nei asmenų su žemesniu išsilavinimu (11,81±2,88).

4 lentelė. Gyvenimo kokybės posričių rodiklių palyginimas tarp skirtingo išsilavinimo asmenų grupių

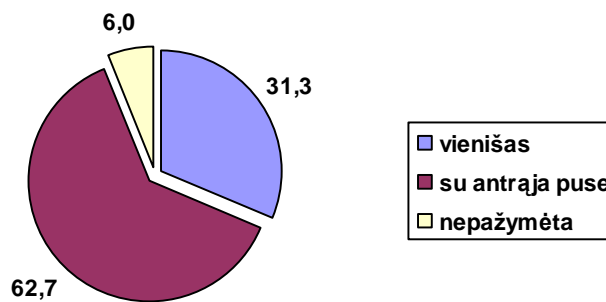
Gyvenimo kokybės posričiai	Išsimokslinimas (n=390)		p
	pradinis/vidurinis(n=200)	universitetinis/ po universiteto (n=190)	
Skausmas ir diskomfortas	12,67±2,86	12,96±2,90	0,383
Energija ir nuovargis	12,09±2,55	12,69±2,38	0,091
Miegas ir poilsis	13,86±3,49	14,19±3,29	0,492
Teigiami jausmai	10,92±2,39	11,71±2,17	0,013
Kognityvinės funkcijos	12,30±2,59	12,88±2,25	0,150
Pasitikėjimas savimi	12,71±2,36	13,20±1,89	0,095

Kūno suvokimas ir išvaizda	15,25±2,99	15,08±3,09	0,662
Neigiami jausmai	15,20±2,66	15,42±3,08	0,361
Galėjimas judėti	13,67±3,52	14,71±3,00	0,040
Galėjimas atlikti kasdieninį darbą	14,33±2,67	14,78±2,64	0,265
Priklausomybė nuo vaistų ir gydymo	13,01±3,63	13,46±3,82	0,273
Darbingumas	13,21±3,31	14,84±2,60	0,000
Tarpasmeniniai santykiai	15,24±2,26	15,06±2,25	0,652
Socialinis palaikymas	14,00±2,93	13,80±2,55	0,437
Lytinis gyvenimas	13,05±2,47	12,30±2,73	0,089
Namų aplinka	13,56±3,10	13,54±3,03	0,860
Finansiniai ištekliai	13,23±2,83	13,31±3,62	0,764
Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas	12,39±2,30	12,05±2,65	0,353
Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių	12,70±3,02	13,74±2,75	0,010
Dalyvavimas ir naujos galimybės poilsiui	12,71±2,85	12,85±2,64	0,572
Transportas	13,81±2,90	13,59±3,01	0,642
Dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai	11,81±2,88	13,78±2,38	0,000

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

5.4. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp respondentų su skirtinga šeimynine padėtimi

Aštuntame paveikslėlyje pavaizduotoje diagramoje matome respondentų pasiskirstymą pagal šeimyninę padėtį. Gyvenančių su antrąja puse yra dvigubai daugiau (62,7 proc.), nei gyvenančių be sutuoktinio ar sugyventinio (31,3 proc.). Savo šeimyninės padėties nenurodė 6 proc. apklaustųjų.



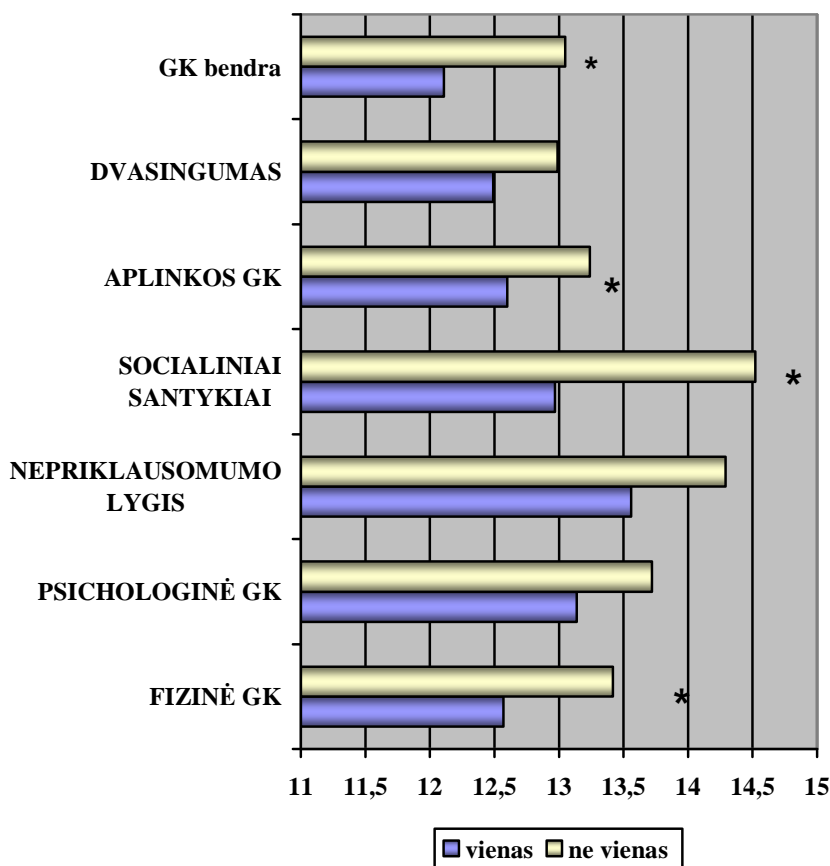
8 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal šeimyninę padėtį

Iš 9 paveikslėlio ir 5 lentelės stebime nemažai gyvenimo kokybės sričių skirtumų tarp pensijinio amžiaus žmonių, kurie gyvena su antrąja puse ir tarp tų, kurie neturi sutuoktinio/-ės ar sugyventinio/-ės. Statistiškai reikšmingi duomenys yra šių gyvenimo kokybės sričių:

- *bendros* ($p=0,012$);
- *aplinkos* ($p=0,021$);
- *socialinių santykių* ($p=0,000$);
- *fizinės* ($p=0,035$).

Žymiai geresnė *bendra* gyvenimo kokybė apklaustųjų, kurie turi antrąją pusę ($13,05 \pm 2,08$), nei tų, kurie jos neturi ($12,11 \pm 2,57$). *Aplinkos* gyvenimo kokybės rodikliai taip pat geresni gyvenančiųjų su antrąja puse ($13,24 \pm 1,94$), nei gyvenančiųjų po vieną ($12,60 \pm 1,89$). Stebime ryškų *socialinių santykių* srities skirtumą tarp abiejų grupių. Žmonių, kurie gyvena su antrąja puse, socialinių santykių srities rodiklis yra gana aukštas ($14,52 \pm 1,83$) lyginant su asmenimis, kurie neturi antros pusės ($12,97 \pm 2,02$). *Fizinės* gyvenimo kokybės parametrai taip pat aukštesni asmenų, kurie gyvena ne vieni ($13,42 \pm 2,27$), nei vienišų ($12,57 \pm 2,56$).

Visose kitose srityse taip pat stebimi skirtumai, tačiau jie nepakankami, kad būtų statistiškai reikšmingi.



9 pav. Gyvenimo kokybės rodiklių sričių palyginimas tarp respondentų, gyvenančių su antrąja puse bei vienišų asmenų

* - rodo statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių, kai $p < 0,05$.

5 lentelė. Gyvenimo kokybės rodiklių sričių palyginimas tarp respondentų, gyvenančių su antrąja puse bei vienišų

Gyvenimo kokybės sritys	Šeimyninė padėtis (n=378)		p
	gyvena vienas (n=126)	gyvena ne vienas (n=252)	
Bendra	12,11±2,57	13,05±2,08	0,012
FIZINĖ	12,57±2,56	13,42±2,27	0,035
PSICHOLOGINĖ	13,14±2,06	13,72±1,81	0,056
NEPRIKLAUSOMUMO LYGIS	13,56±2,65	14,29±2,50	0,039
SOCIALINIAI SANTYKIAI	12,97±2,02	14,52±1,83	0,000
APLINKOS	12,60±1,89	13,24±1,94	0,021
DVASINGUMAS	12,49±3,21	12,99±2,60	0,408

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

Iš 6 lentelės duomenų matome ganėtinai daug skirtumų tarp skirtingą šeimyninę padėtį turinčių respondentų gyvenimo kokybės posričių. Statistiškai reikšmingi duomenys nustatyti šiuose posričiuose:

- *skausmo ir diskomforto* ($p=0,029$);
- *miego ir poilsio* ($p=0,044$);
- *neigiamų jausmų* ($p=0,026$);
- *galėjimo judėti* ($p=0,006$);
- *tarpasmeninių santykių* ($p=0,000$);
- *socialinio palaikymo* ($p=0,041$);
- *lytinio gyvenimo* ($p=0,000$);
- *finansinių išteklių* ($p=0,045$);
- *transporto* ($p=0,012$).

Miegas ir poilsis geresnis yra nevienišų ($14,42\pm 3,35$), nei vienišų ($13,33\pm 3,47$) asmenų. Įdomu, kad *neigiamų jausmų* daugiau patiria gyvenantys su antrąja puse ($15,68\pm 2,84$), nei vieniši ($14,85\pm 2,90$). *Galėjimo judėti* posričio rodiklis taip pat didesnis gyvenančių su antrąja puse ($14,57\pm 3,41$), nei vienišų ($13,35\pm 3,00$). *Tarpasmeniniai santykiai* geresni nevienišų ($15,69\pm 2,01$) asmenų grupėje, nei vienišų ($14,27\pm 2,31$). *Socialinio palaikymo* posričio rodikliai taip pat aukštesni nevienišų ($14,36\pm 2,49$), nei vienišų ($13,25\pm 3,11$) asmenų grupėje. *Lytinio gyvenimo* rodikliai ryškiai skiriasi tarp gyvenančių su antrąja puse ($13,48\pm 2,55$) bei neturinčių antrosios pusės ($11,19\pm 2,10$) pensijinio amžiaus žmonių – vienišų ji žemesnė. *Finansiniai ištekliai* taip pat didesni nevienišų ($13,67\pm 3,30$) asmenų grupėje, nei vienišų ($12,68\pm 3,08$). *Transporto* posričio reikšmė didesnė stebima nevienišų ($14,16\pm 3,04$) asmenų grupėje, nei vienišų ($12,87\pm 2,65$).

6 lentelė. **Gyvenimo kokybės posričių rodiklių posričių palyginimas tarp respondentų, gyvenančių su antrąja puse bei vienišų**

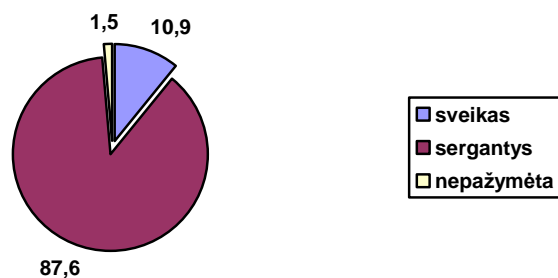
Gyvenimo kokybės posričiai	Šeimos padėtis (n=378)		p
	gyvena vienas (n=126)	gyvena ne vienas (n=252)	
Skausmas ir diskomfortas	12,19±3,17	13,16±2,68	0,029
Energija ir nuovargis	12,14±2,78	12,67±2,30	0,143
Miegas ir poilsis	13,33±3,47	14,42±3,35	0,044
Teigiami jausmai	11,03±2,39	11,57±2,24	0,226
Kognityvinės funkcijos	12,39±2,44	12,79±2,37	0,233

Pasitikėjimas savimi	12,86±2,30	13,12±2,08	0,389
Kūno suvokimas ir išvaizda	14,58±3,25	15,43±2,90	0,053
Neigiami jausmai	14,85±2,90	15,68±2,84	0,026
Galėjimas judėti	13,35±3,00	14,57±3,41	0,006
Galėjimas atlikti kasdieninį darbą	14,44±2,68	14,75±2,67	0,431
Priklausomybė nuo vaistų ir gydymo	12,68±3,96	13,48±3,65	0,248
Darbingumas	13,73±3,38	14,31±2,98	0,179
Tarpasmeniniai santykiai	14,27±2,31	15,69±2,01	0,000
Socialinis palaikymas	13,25±3,11	14,36±2,49	0,041
Lytinis gyvenimas	11,19±2,10	13,48±2,55	0,000
Namų aplinka	13,36±3,20	13,74±3,07	0,389
Finansiniai ištekliai	12,68±3,08	13,67±3,30	0,045
Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas	11,93±2,65	12,47±2,38	0,191
Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių	12,86±3,07	13,51±2,75	0,256
Dalyvavimas ir naujos galimybės poilsiu	12,46±2,58	13,08±2,76	0,175
Transportas	12,87±2,65	14,16±3,04	0,012
Dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai	12,49±3,21	12,99±2,60	0,408

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

5.5. Gyvenimo kokybės palyginimas tarp visiškai sveikų ir sergančių asmenų

Dešimtajame paveikslėlyje pavaizduotoje diagramoje matome apklaustų asmenų pasiskirstymą pagal sveikatą. Paaiškėjo, kad net 87,6 proc. respondentų serga kokia nors (dažniausiai lėtine) liga. Visiškai sveiki pažymėjo esą 10,9 proc. apklaustųjų. 1,5 proc. respondentų nenurodė ar serga, ar yra sveiki.



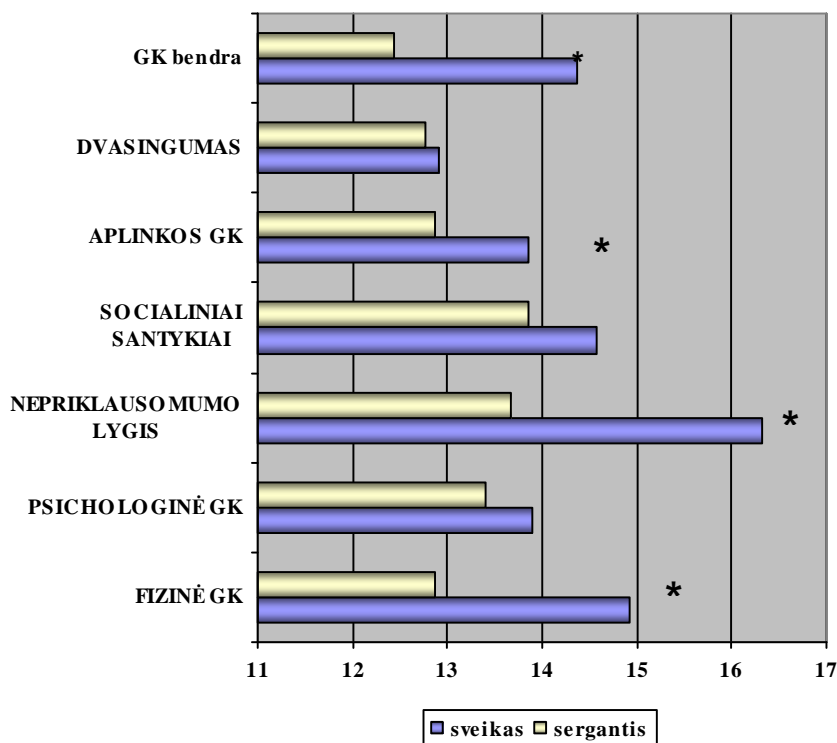
10 pav. Respondentų procentinis pasiskirstymas pagal sveikatą

Iš 11 paveikslėlio ir 7 lentelės matome, kad visi rodikliai yra aukštesni sveikų žmonių, nei sergančių kokia nors liga. Tačiau ne visi skirtumai yra statistiškai reikšmingi.

Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti šiose gyvenimo kokybės srityse:

- *bendroje* ($p=0,000$);
- *fizinėje* ($p=0,000$);
- *nepriklausomumo lygio* ($p=0,000$);
- *aplinkos* ($p=0,021$).

Labai skiriasi *bendra* gyvenimo kokybė sveikų ($14,36\pm 2,19$) ir sergančių ($12,44\pm 2,18$) respondentų. Sveikų asmenų ji žymiai geresnė. *Fizinė* gyvenimo kokybė taip pat ryškiai skiriasi – sveikų ($14,92\pm 1,68$) ji aukštesnė, o sergančiųjų ($12,88\pm 2,37$) – žemesnė. Ryškiai didesnis nepriklausomumo lygis stebimas sveikų ($16,33\pm 1,27$) asmenų grupėje, nei sergančiųjų ($13,67\pm 2,55$). Aplinkos gyvenimo kokybės duomenys taip pat byloja apie geresnę sveikų ($13,85\pm 1,80$) asmenų aplinką, nei sergančių ($12,87\pm 1,93$) įvairiomis ligomis.



11 pav. Gyvenimo kokybės sričių palyginimas tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių

* - rodo statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių, kai $p < 0,05$.

7 lentelė. Gyvenimo kokybės sričių rodiklių palyginimas tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių

Gyvenimo kokybės sritys	Pagal sveikatą (n=396)		p
	sveikas (n=44)	sergantis (n=352)	
Bendra	14,36±2,19	12,44±2,18	0,000
FIZINĖ	14,92±1,68	12,88±2,37	0,000
PSICHOLOGINĖ	13,90±1,56	13,41±1,92	0,489
NEPRIKLAUSOMUMO LYGIS	16,33±1,27	13,67±2,55	0,000
SOCIALINIAI SANTYKIAI	14,58±1,83	13,85±2,06	0,249
APLINKOS	13,85±1,80	12,87±1,93	0,021
DVASINGUMAS	12,91±2,92	12,76±2,80	0,670

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

Iš 8 lentelės duomenų stebime daug skirtumų tarp sveikų ir sergančių asmenų įvairiuose gyvenimo kokybės posričiuose. Statistiškai reikšmingi skirtumai stebimi šiuose posričiuose:

- skausmo ir diskomforto (p=0,001);
- energijos ir nuovargio (p=0,001);
- miego ir poilsio (p=0,005);
- galėjimo judėti (p=0,000);
- galėjimo atlikti kasdieninį darbą (p=0,009);
- priklausomybės nuo vaistų ir gydymo (p=0,000);
- darbingumo (p=0,015);
- lytinio gyvenimo (p=0,013);
- namų aplinkos (p=0,005);
- dalyvavimo ir naujų galimybių poilsui (p=0,005).

Taigi, iš šių duomenų matome, kad miego ir poilsio rodikliai aukštesni sveikųjų (15,91±2,93) grupėje, nei sergančiųjų (13,86±3,35). Galėjimo judėti parametrai žymiai aukštesni sveikų (16,55±1,63) asmenų grupėje, nei sergančių (13,80±3,37). Galėjimo atlikti kasdieninį darbą rodikliai taip pat didesni sveikų (16,00±2,27) asmenų grupėje, nei sergančiųjų (14,38±2,65). Darbingumas didesnis sveikų (15,45±2,22) asmenų grupėje, nei sergančiųjų (13,80±3,19). Lytinio gyvenimo rodikliai statistiškai patikimai geresni sveikų (14,05±2,24) asmenų grupėje, nei sergančių kokia nors liga (12,50±2,61). Namų aplinką palankiau įvertino sveiki (14,77±4,00) respondentai, nei sergantys (13,47±2,90). Dalyvavimo bei naujų galimybių poilsui taip pat

daugiau turi sveiki ($14,27 \pm 2,51$), nei sergantys ($12,68 \pm 2,70$) respondentai. Kituose nagrinėtuose posričiuose statistiškai patikimų skirtumų nenustatyta.

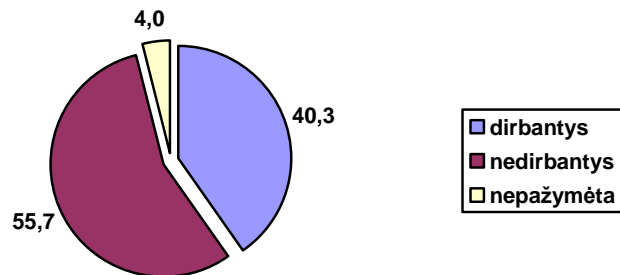
8 lentelė. **Gyvenimo kokybės posričių rodiklių palyginimas tarp sveikų ir sergančių asmenų grupių**

Gyvenimo kokybės posričiai	Pagal sveikata (n=396)		p
	sveikas (n=44)	sergantis (n=352)	
Skausmas ir diskomfortas	14,94±2,84	12,54±2,84	0,001
Energija ir nuovargis	13,91±1,66	12,22±2,54	0,001
Miegas ir poilsis	15,91±2,93	13,86±3,35	0,005
Teigiami jausmai	11,64±1,87	11,26±2,37	0,702
Kognityvinės funkcijos	12,82±2,61	12,52±2,41	0,512
Pasitikėjimas savimi	13,05±2,06	12,94±2,14	0,970
Kūno suvokimas ir išvaizda	15,73±2,23	15,07±3,12	0,607
Neigiami jausmai	16,27±2,45	15,27±2,87	0,158
Galėjimas judėti	16,55±1,63	13,80±3,37	0,000
Galėjimas atlikti kasdieninį darbą	16,00±2,27	14,38±2,65	0,009
Priklausomybė nuo vaistų ir gydymo	17,32±1,49	12,63±3,61	0,000
Darbingumas	15,45±2,22	13,80±3,19	0,015
Tarpasmeniniai santykiai	15,41±1,71	15,12±2,29	0,883
Socialinis palaikymas	14,23±2,74	13,87±2,77	0,976
Lytinis gyvenimas	14,05±2,24	12,50±2,61	0,013
Namų aplinka	14,77±4,00	13,47±2,90	0,005
Finansiniai ištekliai	14,36±2,85	13,20±3,27	0,067
Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas	13,03±1,98	12,13±2,48	0,197
Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių	14,00±2,27	13,08±2,99	0,159
Dalyvavimas ir naujos galimybės poilsui	14,27±2,51	12,68±2,70	0,005
Transportas	14,32±2,44	13,64±2,97	0,266
Dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai	12,91±2,92	12,76±2,80	0,670

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

5.6. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp dirbančių ir nedirbančių asmenų

Dvyliktame paveikslėlyje pavaizduotoje diagramoje atsispindi dirbančių ir nedirbančių respondentų procentinis pasiskirstymas. Nedirbančių pacientų yra kiek daugiau (55,7 proc.), nei dirbančiųjų (40,3 proc.). Savo darbinės būklės nenurodė 4 proc. respondentų.

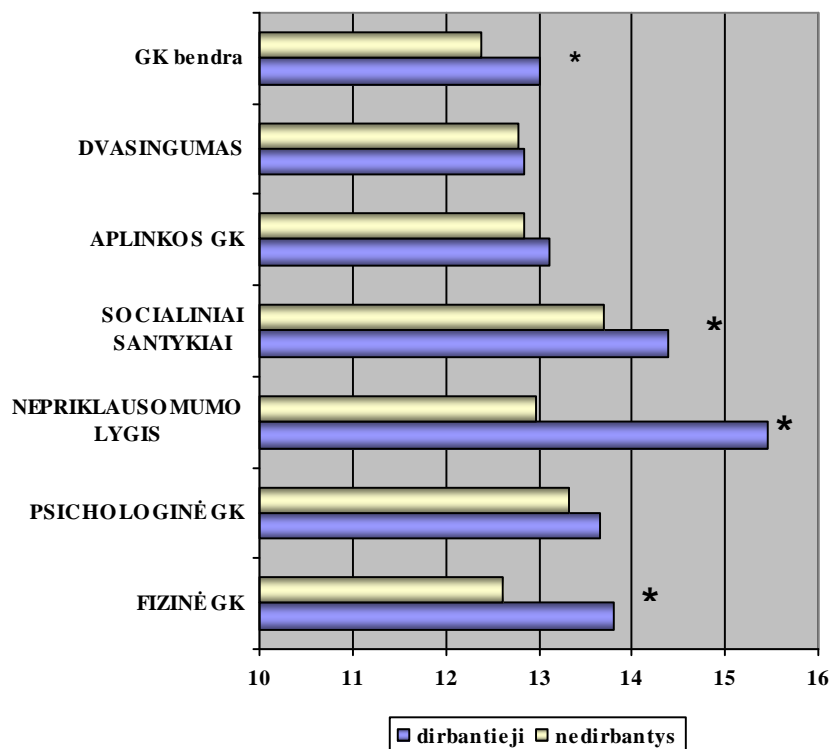


12 pav. **Dirbančių ir nedirbančių respondentų procentinis pasiskirstymas**

Iš 13 paveikslėlio ir 9 lentelės matome nemažai skirtumų tarp dirbančių ir nedirbančių pensininkų įvairiose gyvenimo kokybės srityse. Statistiškai reikšmingi duomenys gauti šiose gyvenimo kokybės srityse:

- bendroje ($p=0,028$);
- socialinių santykių ($p=0,040$);
- nepriklausomumo lygio ($p=0,000$);
- fizinėje ($p=0,001$).

Bendra gyvenimo kokybė geresnė dirbančiųjų ($13,02\pm 2,26$) pensininkų, nei nedirbančiųjų ($12,38\pm 2,30$). *Socialinių santykių* rodiklis taip pat gersis dirbančiųjų ($14,38\pm 2,01$) grupėje, nei nedirbančiųjų ($13,69\pm 2,03$) pensininkų. *Nepriklausomumo lygis* aukštesnis dirbančiųjų ($15,45\pm 2,11$) respondentų grupėje, negu nedirbančiųjų ($12,97\pm 2,43$). *Fizinės gyvenimo kokybės* parametrai taip pat geresni dirbančiųjų ($13,81\pm 2,48$), nei nedirbančiųjų ($12,62\pm 2,22$) pensinio amžiaus asmenų.



13 pav. Gyvenimo kokybės sričių palyginimas tarp dirbančių ir nedirbančių pensininkų grupių

* - rodo statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių, kai $p < 0,05$.

9 lentelė. Gyvenimo kokybės sričių rodiklių palyginimas tarp dirbančių ir nedirbančių pensininkų grupių

Gyvenimo kokybės sritys	Darbinė padėtis (n=384)		p
	dirbantys (n=162)	nedirbantys (n=222)	
Bendra	13,02±2,26	12,38±2,30	0,028
FIZINĖ	13,81±2,48	12,62±2,22	0,001
PSICHOLOGINĖ	13,66±1,97	13,33±1,90	0,145
NEPRIKLAUSOMUMO LYGIS	15,45±2,11	12,97±2,43	0,000
SOCIALINIAI SANTYKIAI	14,38±2,01	13,69±2,03	0,040
APLINKOS	13,12±2,07	12,85±1,88	0,251
DVASINGUMAS	12,84±2,66	12,78±2,94	0,825

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

Dešimtoje lentelėje matome gyvenimo kokybės posričių palyginimus tarp dirbančių ir nedirbančių pensininkų grupių. Čia statistiškai reikšmingi duomenys stebimi daugelyje gyvenimo kokybės posričių:

- *skausmo ir diskomforto* ($p=0,035$);
- *energijos ir nuovargio* ($p=0,000$);
- *kognityvinių funkcijų* ($p=0,001$);
- *galėjimo judėti* ($p=0,000$);
- *galėjimo atlikti kasdieninį darbą* ($p=0,000$);
- *priklausomybės nuo vaistų ir gydymo* ($p=0,000$);
- *darbingumo* ($p=0,000$);
- *tarpasmeninių santykių* ($p=0,042$);
- *lytinio gyvenimo* ($p=0,007$);
- *galimybės gauti naujos informacijos ir įgūdžių* ($p=0,016$).

Taigi, matome, kad skausmo ir diskomforto rodikliai geresni dirbančiųjų ($13,32\pm 2,83$), nei nedirbančiųjų ($12,42\pm 2,97$) pensininkai. Energijos ir nuovargio gyvenimo kokybės posričio rodiklis taip pat aukštesnis dirbančiųjų ($13,53\pm 2,47$), nei nedirbančiųjų ($11,61\pm 2,28$) grupėje. Kognityvinės funkcijos stipresnės dirbančiųjų ($13,21\pm 2,53$), nei nedirbančiųjų ($12,10\pm 2,32$) respondentų grupėje. Galėjimas judėti taip pat stipresnis dirbančiųjų ($15,61\pm 2,97$), nei nedirbančiųjų ($13,06\pm 3,19$) grupėje. Galėjimas atlikti kasdieninį darbą ryškiai stipresnis dirbančiųjų ($15,47\pm 2,45$), nei nedirbančiųjų ($13,98\pm 2,68$) grupėje. Darbingumo rodiklis žymiai didesnis dirbančiųjų ($15,64\pm 2,64$), nei nedirbančiųjų ($12,88\pm 2,98$) grupėje. Tarpasmeninių santykių posričio rodiklis aukštesnis dirbančiųjų ($15,58\pm 2,27$), nei nedirbančiųjų ($14,95\pm 2,19$) asmenų grupėje. Stebime, kad ir lytinio gyvenimo parametrai yra aukštesni dirbančiųjų ($13,31\pm 2,72$), negu nedirbančiųjų ($12,29\pm 2,44$) grupėje. Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių didesnė taip pat dirbančiųjų ($13,90\pm 2,74$), negu nedirbančiųjų ($12,79\pm 2,96$) asmenų grupėje.

10 lentelė. **Gyvenimo kokybės posričių rodiklių palyginimas tarp dirbančių ir nedirbančių pensininkų grupių**

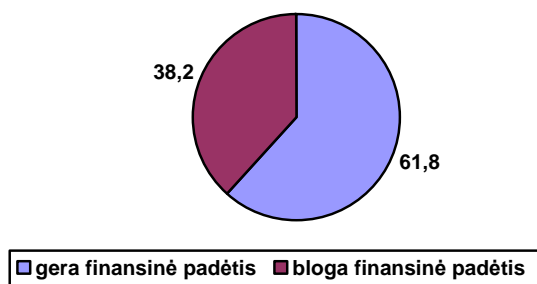
Gyvenimo kokybės posričiai	Darbinė padėtis (n=384)		p
	dirbantys (n=162)	nedirbantys (n=222)	
Skausmas ir diskomfortas	13,32±2,83	12,42±2,97	0,035
Energija ir nuovargis	13,53±2,47	11,61±2,28	0,000
Miegas ir poilsis	14,57±3,61	13,82±3,16	0,086
Teigiami jausmai	11,40±2,40	11,18±2,31	0,355

Kognityvinės funkcijos	13,21±2,53	12,10±2,32	0,001
Pasitikėjimas savimi	13,10±2,12	12,82±2,19	0,543
Kūno suvokimas ir išvaizda	15,06±3,05	15,22±3,14	0,573
Neigiami jausmai	15,52±2,82	15,31±2,87	0,415
Galėjimas judėti	15,61±2,97	13,06±3,19	0,000
Galėjimas atlikti kasdieninį darbą	15,47±2,45	13,98±2,68	0,000
Priklausomybė nuo vaistų ir gydymo	15,02±3,10	11,93±3,71	0,000
Darbingumas	15,64±2,64	12,88±2,98	0,000
Tarpasmeniniai santykiai	15,58±2,27	14,95±2,19	0,042
Socialinis palaikymas	14,19±2,70	13,72±2,83	0,231
Lytinis gyvenimas	13,31±2,72	12,29±2,44	0,007
Namų aplinka	13,35±3,35	13,74±2,92	0,482
Finansiniai ištekliai	13,60±3,02	13,10±3,43	0,473
Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas	12,37±2,08	12,11±2,73	0,924
Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių	13,90±2,74	12,79±2,96	0,016
Dalyvavimas ir naujos galimybės poilsui	13,06±2,93	12,62±2,59	0,263
Transportas	13,94±3,19	13,48±2,71	0,569
Dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai	12,84±2,66	12,78±2,94	0,825

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

5.7. Gyvenimo kokybės rodiklių palyginimas tarp turinčių finansinių problemų ir jų neturinčių asmenų grupių

Diagramoje (14 pav.) matome procentinį pasiskirstymą respondentų, turinčių finansinių sunkumų ir jų neturinčių. Asmenų, kurių finansinė padėtis geresnė yra daugiau – 61,8 proc. Na, o asmenų, kurių finansinė padėtis blogesnė yra 38,2 proc.



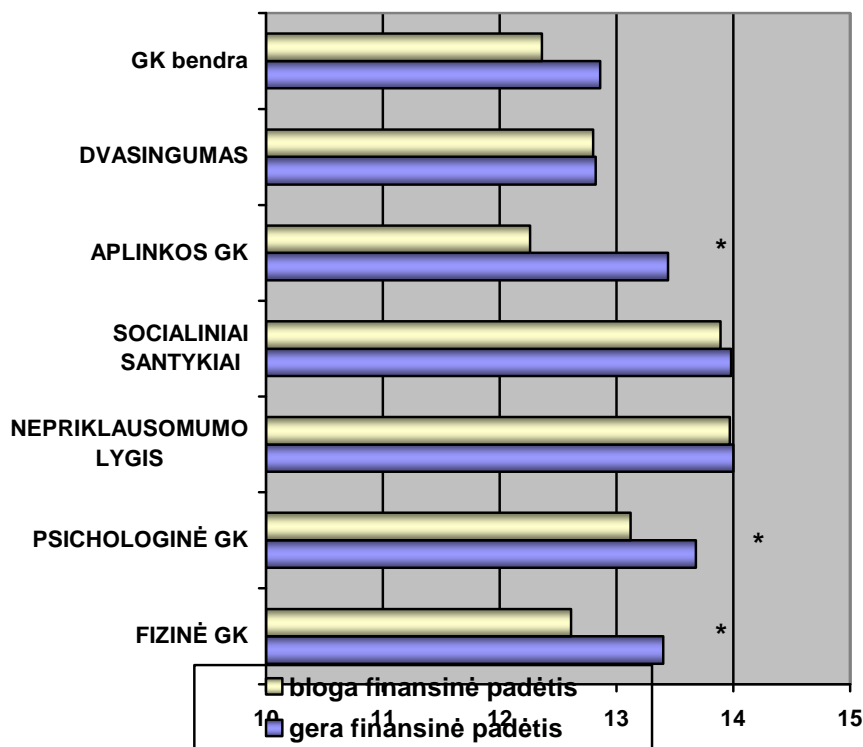
14 pav. Turinčių finansinių problemų ir jų neturinčių respondentų procentinis pasiskirstymas

Vienuoliktoje ir dvyliktoje lentelėse palyginti gyvenimo kokybės skirtumai tarp turinčių ir neturinčių finansinių sunkumų grupių pagal klausimą iš klausimyno F18.2 „Ar turite finansinių sunkumų?“.

Iš 11 lentelės ir 15 paveikslėlio duomenų matome, kad reikšmingo skirtumo tarp bendros gyvenimo kokybės tarp grupių, su skirtinga finansine padėtimi, nėra. Tačiau statistiškai reikšmingus skirtumus stebime tarp:

- *fizinės* ($p=0,024$);
- *psichologinės* ($p=0,044$);
- *aplinkos* ($0,000$) gyvenimo kokybės sričių.

Fizinės aplinkos rodikliai statistiškai patikimai aukštesni asmenų su gera finansine padėtimi ($12,86\pm 2,13$), nei su blogesne ($12,36\pm 2,50$). *Psichologinės* gyvenimo kokybės rodikliai taip pat aukštesni asmenų su geresne finansine padėtimi ($13,68\pm 1,77$), nei su prastesne ($13,12\pm 2,07$). Taip pat ir *aplinkos* gyvenimo kokybės rodikliai didesni respondentų, turinčių geresnę ($13,44\pm 1,75$), nei prastesnę ($12,26\pm 2,07$) finansinę padėtį.



15 pav. Gyvenimo kokybės sričių palyginimas tarp turinčių finansinių problemų ir jų neturinčių respondentų

* - rodo statistiškai reikšmingą skirtumą tarp grupių, kai $p < 0,05$.

11 lentelė. Gyvenimo kokybės sričių rodiklių palyginimas tarp turinčių ir neturinčių finansinių problemų pensininkų grupių

Gyvenimo kokybės sritys	Finansiniai sunkumai		p
	neturi	turi	
Bendra	12,86±2,13	12,36±2,50	0,129
FIZINĖ	13,40±2,23	12,61±2,57	0,024
PSICHOLOGINĖ	13,68±1,77	13,12±2,07	0,044
NEPRIKLAUSOMUMO LYGIS	14,00±2,64	13,97±2,50	0,922
SOCIALINIAI SANTYKIAI	13,98±1,89	13,89±2,28	0,763
APLINKOS	13,44±1,75	12,26±2,07	0,000
DVASINGUMAS	12,82±2,89	12,80±2,67	0,947

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

Dvyliktoje lentelėje stebime skirtumus grupėse su skirtinga finansine padėtimi tarp įvairių gyvenimo kokybės posričių. Taigi, statistiškai reikšmingi skirtumai rasti šiuose posričiuose:

- *skausmo ir diskomforto* ($p=0,033$);
- *kūno suvokimo ir išvaizdos* ($p=0,003$);
- *namų aplinkos* ($p=0,029$);
- *finansinių išteklių* ($p=0,000$);
- *socialinės priežiūros prieinamumo* ($p=0,000$);
- *transporto* ($p=0,001$).

Matome, kad *skausmo ir diskomforto* rodikliai aukštesni asmenų, kurių finansinė situacija geresnė (13,14±2,87), nei tų, kurių sudėtingesnė (12,24±2,91). *Kūno suvokimo ir išvaizdos* rodikliai taip pat aukštesni asmenų, su geresne finansine situacija (15,70±2,68), nei su prastesne (14,30±3,42). *Namų aplinkos* rodikliai aukštesni asmenų, kurie neturi (14,01±3,17) finansinių sunkumų, lyginant su tais, kurie jų turi (13,04±2,80). *Finansinių išteklių* posirtyje rodikliai buvo aukštesni finansinių sunkumų neturinčių asmenų grupėje (14,69±2,97), lyginant su grupe, turinčia finansinių sunkumų (11,26±2,50). Sveikatos ir socialinės priežiūros prieinamumo srityje rasti skirtumai byloja, jog ji geresnė finansinių problemų neturinčių asmenų grupėje (12,82±2,32), lyginant su grupe, turinčių problemų (11,27±2,38). Na ir paskutinis statistiškai reikšmingas skirtumas – transporto posirtyje. Duomenys byloja, jog asmenų, su geresne (14,30±2,64) finansine padėtimi rodikliai aukštesni, nei asmenų, su prastesne (12,84±3,24) finansine padėtimi.

12 lentelė. Gyvenimo kokybės posričių rodiklių palyginimas tarp turinčių ir neturinčių finansinių problemų pensininkų grupių

Gyvenimo kokybės posričiai	Finansiniai sunkumai		p
	neturi	turi	
Skausmas ir diskomfortas	13,14±2,87	12,24±2,91	0,033
Energija ir nuovargis	12,61±2,61	12,08±2,34	0,152
Miegas ir poilsis	14,42±3,05	13,53±3,81	0,085
Teigiami jausmai	11,32±2,17	11,30±2,58	0,960
Kognityvinės funkcijos	12,78±2,54	12,15±2,25	0,079
Pasitikėjimas savimi	13,03±2,03	12,82±2,30	0,488
Kūno suvokimas ir išvaizda	15,70±2,68	14,30±3,42	0,003
Neigiami jausmai	15,55±2,45	15,01±3,37	0,224
Galėjimas judėti	14,30±3,41	13,89±3,22	0,409
Galėjimas atlikti kasdieninį darbą	14,69±2,57	14,39±2,80	0,437
Priklausomybė nuo vaistų ir gydymo	13,16±3,73	13,26±3,83	0,861
Darbingumas	13,85±3,32	14,22±2,78	0,418
Tarpasmeniniai santykiai	15,34±1,95	14,84±2,61	0,126
Socialinis palaikymas	13,92±2,81	13,89±2,71	0,958
Lytinis gyvenimas	12,63±2,54	12,82±2,80	0,646
Fizinis saugumas	12,95±2,19	12,53±2,50	0,215
Namų aplinka	14,01±3,17	13,04±2,80	0,029
Finansiniai ištekliai	14,69±2,97	11,26±2,50	0,000
Sveikata ir socialinė priežiūra: prieinamumas	12,82±2,32	11,27±2,38	0,000
Galimybė gauti naujos informacijos ir įgūdžių	13,27±3,01	13,00±2,76	0,521
Dalyvavimas ir naujos galimybės poilsui	12,93±2,54	12,62±3,06	0,432
Transportas	14,30±2,64	12,84±3,24	0,001
Dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai	12,82±2,89	12,80±2,67	0,947

statistiškai reikšmingos p reikšmės pažymėtos ryškesniu šriftu.

6. REZULTATŲ APTARIMAS

Rezultatai rodo, kad patenkinti savo gyvenimo kokybe yra 32,8 proc. pensininkų. Nevisiškai apsisprendę – *nei patenkinti, nei nepatenkinti* savo gyvenimo kokybe 45,3 proc. Apibendrinant gautus rezultatus, galima teigti, kad skirtingoms gyvenimo kokybės sritims ir posričiams įtaką daro daugelis veiksnių. Gyvenimo kokybę įtakoja ligos, socialinė bei ekonominė

būklė, šeimyninė situacija, išsilavinimas, darbinė padėtis. Sėkmingos senatvės pagrindą sudaro neatskleisti pagyvenusių žmonių resursai ir pastangos padidinti jų potencialias galimybes keistis. Subjektyvūs sėkmingos senatvės kriterijai yra pasitenkinimo gyvenimu jausmas, savigarba, savęs suvokimas ir kontrolės pojūtis. Objektiviais kriterijais laikomi sugebėjimas adaptuotis ir kovoti su stresą sukeliančiais įvykiais. Kaip galima pastebėti, visi šie kriterijai telpa į gyvenimo kokybės, plačiąja prasme, sampratą [41].

Mūsų atliktame tyrime tarp vyrų ir moterų grupių pastebėta nedaug skirtumų – tik *fizinės* ir *aplinkos* gyvenimo kokybės srityse. Tarp bendros gyvenimo kokybės negauta statistiškai reikšmingo skirtumo. Literatūroje taip pat yra aprašyta tyrimų, kuriuose nerandama gyvenimo kokybės skirtumų tarp lyčių [42]. Na, o štai miego ir poilsio posričio rodikliai buvo aukštesni vyrų grupėje. Kai kurie autoriai, kurių duomenimis moterų gyvenimo kokybė blogesnė nei vyrų, nurodo, kad tai gali lemti dažnesni moterų miego sutrikimai [43].

Ne vienas mokslininkas tyrinėjo gyvenimo kokybės priklausomybę nuo išsilavinimo. Remiantis Lasheris (2002) atliktu tyrimu, žemesnis išsilavinimo lygis siejasi su nepasitenkinimu, skurdžiais socialiniais santykiais, menku savo sveikatos vertinimu ir sensorinėmis problemomis tarp vyresnio amžiaus žmonių. Išsilavinimas yra svarbus indikatorius, galintis tiesiogiai ar netiesiogiai įtakoti gyvenimo kokybę per aukštą socialinę klasę ar ekonominį statusą visuomenėje [44]. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis išsilavinimas labiausiai įtakojo dvi gyvenimo kokybės sritis - *dvasingumą* ir *nepriklausomumo lygį*. Tyrimo rezultatai atspindi žemesnio išsilavinimo asmenų nepriklausomumo lygio problemas. Gautus rezultatus galima būtų paaiškinti tuo, jog aukštesnio išsilavinimo žmonės paprastai turi daugiau žinių apie sveiką gyvenseną: fizinį aktyvumą, mitybą, rūkymo ir alkoholio žalą sveikatai. Didesnės pajamos leidžia geriau rūpintis sveikata – rinktis įvairesnį maistą, vartoti daugiau šviežių vaisių ir daržovių, sportuoti [45]. Nustatyta, kad dvasingumo laipsnis buvo žymiai aukštesnis labiau išsilavinusių respondentų grupėje. Įdomu ir tai, jog dar 1987-aisiais Sartorius aprašė ryšį tarp dvasingumo ir gyvenimo kokybės. Anot jo, žmonių, reguliariai vaikstančių į mišias, gyvenimo kokybė yra daug geresnė, nei tų, kurie joje - reti svečiai. Tikinčiam žmogui sveikata – tai laikinas dalykas. Tad, atsiradus fiziniams negalavimams, jis mažiau jaudinasi, todėl turi mažiau emocinių problemų. Žmogus, manantis, kad sveikata yra absoliuti vertybė, sunkiau išgyvena įvairius fizinius negalavimus. Atsiranda emocinių problemų, kurios trukdo normaliai socialinei veiklai. Tikintis žmogus suvokia didelę tikėjimo ir maldos galią. Malda ir tikėjimas ne tik gerina sveikatą, bet suteikia

energijos, jėgų. Tuo tarpu nepraktikuojančių katalikų psichinė sveikata yra žymiai blogesnė. Taigi, galima teigti, kad tikėjimas, dvasingumas turi įtakos gyvenimo kokybei [46].

Gerai senatvei svarbu ne tik jau minėti aspektai, tačiau ir socialinis gyvenimas. Štai Ross su bendraautoriais pagal atlikto tyrimo (1990) rezultatus daro išvadą, kad socialinė izoliacija įtakoja sergamumą, mirtingumą, blogesnę subjektyvų sveikatos vertinimą bei blogesnę emocinę būklę. Tuo tarpu ne tik išsilavinimas, bet ir religingumas dažniau būna susijęs su sveika gyvensena – vengiama žalingų įpročių, labiau savimi rūpinamasi, lankant bažnyčią aktyviau dalyvaujama socialiniame gyvenime ir žmogus apsaugomas nuo socialinės izoliacijos bei jos neigiamos įtakos sveikatai. Elgsena bei psichologinė būseną turi reikšmės fizinei sveikatai bei subjektyviajam jos vertinimui [47]. Mūsų tyrimo duomenys rodo, kad lyginant gyvenimo kokybės rodiklius tarp vienišų bei gyvenančių su sutuoktiniu (sugyventiniu), paaiškėjo nemažai skirtumų. Visų pirma, statistiškai reikšmingai skiriasi *bendra* gyvenimo kokybė – vienišų ji prastesnė. Reikšmingi skirtumai stebimi ir *fizinės* bei *aplinkos* gyvenimo kokybės srityse. Tačiau ryškiausias skirtumas – *socialinių santykių* gyvenimo kokybės srityje. Duomenys žymiai geresni respondentų, gyvenančių su antrąja puse, grupėje. Šeimyninės padėties įtaka socialiniams santykiams nagrinėta ir M. Szaflarski (2001) atliktame tyrime. Autorė nustatė, kad šeimyninė padėtis, žmogaus užimtumas, socialinis aktyvumas turi įtakos subjektyviajam sveikatos vertinimui lenkų populiacijoje. Autorė teigia, kad subjektyviajam sveikatos vertinimui socialinis aktyvumas turi tiesioginės įtakos ir netiesioginės – per gyvenseną bei psichologinę gerovę. Psichologinė gerovė turi tiesioginės įtakos sveikatai, o netiesioginės – per gyvenseną [48]. Taip pat ir Victor su bendraautoriais (2004) nustatė, kad žemas socialinis aktyvumas ir vienišumas bei pesimistinis požiūris siejasi su žemesne gyvenimo kokybe [49, 50]. Analogiškus rezultatus atskleidė ir Irane (2008) atlikto tyrimo analizė. Tyrimas parodė, kad geresnė gyvenimo kokybė tų, kurie gyvena su antrąja puse, nei tų, kurie išsiskyrę, našliai ar vieniši [51]. Na, o vakarų Europos šalių duomenimis, santuoka turi teigiamos įtakos tiek vyrų, tiek moterų sveikatos vertinimui, tačiau esama įrodymų, kad svarbesnis vaidmuo tenka santuokinei laimei [47].

Labai svarbu gerai gyvenimo kokybei sveikata. Analizuojant mūsų atlikto tyrimo gyvenimo kokybės skirtumus tarp įvairiomis ligomis sergančių respondentų, geresnė gyvenimo kokybė stebima sveikų respondentų grupėje. Visų pirma, sveikų respondentų gerokai aukštesnė *bendra* gyvenimo kokybė, taip pat kaip ir *fizinė*, *aplinkos* gyvenimo kokybė bei *nepriklausomumo lygis*. Berlyne (1999) atliktas 70-105 metų žmonių tyrimas taip pat parodė, kad

gera sveikata yra svarbi stipriam gerbūvio jausmui [52]. Mokslininkai teigia, kad vienas iš labiausiai gyvenimo kokybę įtakančių veiksnių yra lėtinės ligos. Jos sergantiejiems sukelia daugybę psichosocialinių problemų [1]. Galbūt todėl Wilson (2007) savo tyrime „Sveiko gyvenimo būdo skatinimas išėjusiems į pensiją“ gyvenimo kokybės pagerinimui rekomenduoja sveikatinimą išėjus į pensiją [53].

Mūsų atliktas tyrimas parodė ir daugelyje gyvenimo kokybės sričių esančius skirtumus tarp dirbančių ir nedirbančių pensijinio amžiaus tiriamųjų. Dirbančiųjų asmenų *bendra* gyvenimo kokybė buvo geresnė. *Fizinė* gyvenimo kokybė, *nepriklausomumo lygis* bei *socialiniai santykiai* taip pat labiau buvo išreikšti pastarojoje pensijinio amžiaus žmonių grupėje. Kitų tyrimų duomenys byloja, kad darbas, socialinis aktyvumas įtakoja gyvenimo kokybės rodiklius. Orit Nuttman-Shwartz atliktoje apklausoje (2007) nedirbančių pensijinio amžiaus žmonių atsakymai į klausimą „ar yra gyvenimas be darbo?“ 70 procentų buvo neigiami [26].

Carter teigia, kad darbas – kaip skydas nuo artėjančios senatvės. Darbo dėka patenkinamas poreikis jaustis produktyviu ir saugiu [54]. Individams, kurių identitetas glaudžiai susijęs su profesija ar organizacija, išėjimas į pensiją sukelia pavojų savojo „aš“ supratimui [55]. daugelis dirbančiųjų randa būdą tęsti karjerą, nepaisant atsiradusių praradimų su išėjimu į pensiją [56]. Kiti teigia, kad išėjimas į pensiją susijęs su skausmingu paties nugyvento gyvenimo vertinimu ir atskleidžia paslėptas ar pamirštas problemas. Daugelis išėjimą į pensiją susieja su kitais jau buvusiais įvykiais kare, draugų praradimu ir suvokia tai kaip dar vieną neigiamą įvykį – tai charakteringa pereinamajam į pensijinį amžių procesui [57]. Apie darbo įtaką žmogaus gerovei šnekėjo ir Froidas. Froidas laikė darbą labai svarbiu ryšiu su realybe ir teigė: „Darbas yra ne tik mums visuomenės primetama ekonominė būtinybė, bet ir žmogaus brandumo dalis, kuri nusako individo tapatybę ir įgalina saviraišką bei kūrybingumą“ [58].

Apibendrinant, galima būtų teigti, kad nėra vieno aiškaus veiksnio, nulemiančio vyresnių žmonių gyvenimo kokybę. Tai yra požymis, kad gyvenimo kokybę galima gerinti ir ankstyvame senyvame amžiuje. Gyvenimo kokybė senyvame amžiuje gali būti geresnė ir šalies politika turėtų vystyti šį potencialą. Tokios strategijos turėtų apimti vyresnio amžiaus žmonių pasitikėjimo finansine ateitimi didinimą, socialinių bendruomenių kūrimą, funkcinių apribojimų mažinimą. Strategijos turėtų atsižvelgti į tai, kad vyresnių žmonių grupėje vis didėja moterų proporcija. Savanoriškas darbas padeda gerinti gyvenimo kokybę. Savanoriškumas – labai reikšminga sėkmingo senėjimo dalis [59].

7. IŠVADOS

1. Dauguma (45,3 proc.) pensijinio amžiaus respondentų savo gyvenimo kokybę vertino vidutiniškai. Savo gyvenimu patenkinti 32,8 proc. apklaustųjų, o nepatenkinti savo gyvenimo kokybe - apie 19,4 proc. respondentų.

2.1. Gyvenimo kokybę įtakoja įvairios lėtinės ligos, todėl geresnė gyvenimo kokybė buvo sveikų respondentų ($p=0,000$).

2.2. Gyvenimo kokybę įtakoja šeimyninis statusas. Vienišų ar išsiskyrusių asmenų gyvenimo kokybė buvo žymiai blogesnė, nei gyvenančių su sutuoktiniu ar sugyventiniu ($p=0,012$).

2.3. Darbas pensijiniame amžiuje yra labai svarbus veiksnys gerai gyvenimo kokybei ($p=0,028$).

2.4. Dvasingumo rodikliai buvo didesni aukštąjį išsilavinimą turinčių respondentų grupėje ($p=0,000$).

8. PASIŪLYMAI

1. Sergamumas lėtinėmis ligomis įtakoja gyvenimo kokybę ir yra pakankamai didelis, reikėtų atkreipti dėmesį į jo prevenciją (ypač širdies-kraujagyslių bei judamojo aparato ligų). Taip pat gyvenimo kokybės pokyčiams į teigiamą pusę galėtų turėti reabilitacija, sergant sunkiomis lėtinėmis ligomis.
2. Gyvenimo kokybei teigiamos įtakos turi darbas po išėjimo į pensiją. Todėl tikslinga sudaryti užimtumo (pvz. savanoriška veikla ar įvairūs užsiėmimai, susibūrimai) programą išėjusiems į pensiją ir nebedirbantiems žmonėms. Aktyvus įtraukimas į socialinį gyvenimą būtų viena iš ilgaamžiškumo bei geresnio gyvenimo priešasčių.
3. Fizinio aktyvumo skatinimo programos ar užsiėmimai pensijinio amžiaus žmonėms padėtų ne tik pasijusti sveikesniems, bet ir būtų tam tikra bendravimo, laiko praleidimo forma. Lietuvoje labai paplitęs „Trečiojo amžiaus universitetas“, kur pensijinio amžiaus žmonės tobulina užsienio kalbas, šoka, dainuoja, kolektyviai lanko teatrus, parodas ir kita. Užsienyje kaip pavyzdys galėtų būti Japonijoje plačiai taikoma programa „Antrasis

gyvenimas“, propaguojanti savas šokių mokyklas, arbatos gėrimų ceremonijos būrelius, parkų, gėlynų priežiūrą ir kita.

9. LITERATŪRA

1. „Gyvenimo kokybės įvertinimo 2001 - 2004 metų programa“. Vilnius, 2001.
2. De Vries J. Beyond Health Stayus. Construction and Validation of the Dutch WHO Quality of Life Assesment Instrument. Katolieke Universitet Brabant, 1996. 219p.
3. Andrews FM. Stability and change in levels and structure of subjective wellbeing: USA 1972 and 1988. Social Indicators Research 1991;25:1–30.
4. Goode DA. Thinking about and discussing quality of life. In Quality of Life: Perspectives and Issues/Ed. R. L. Schalock. Washinkton D. C.: American Association on Mental Retardation. 1990. P.41-57.
5. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bullinger M, et al. The EORTC core quality – of – life questionnaire: Interim results of an international field study. In: Effects of Cancer on Quality of Life/Ed. D. Osoba. Boca Raton, CA: CRC Press. 1991. P.293-305.
6. Smith KW, Avis NE and Susan F. Assmann. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. Quality of life Research 1999;5(8):447-459.
7. Topolski TD, Patrick DL, Edwards TC, et al. Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. J Adolesc Health 2001;29(6):426-35.
8. Patrick D. L., Erickson P. Health Status and Health Policy. Quality of life in health care evaluation and resource allocation. – Oxford, 1993. P.32–33.
9. Ovretveit J. Helth Service Quality An Introduction to Quality Methods for Health Services. – Oxford Ltd, 1992. 46p.
10. Kalėdienė R, Petrauskienė J, Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos moklso teorija ir praktika. – Kaunas, 1999. P.26-27.
11. Matthew F. Muldoon. What are quality of life measurements measuring? British Medical Journal, BMJ 1998;316:542-545.

12. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science & Medicine* 1995;10(41):1447-1462.
13. Puzaras P, Ančerytė D, Martinkėnas A ir kt. Katalikiškasis tikėjimas ir gyvenimo kokybė. *Sveikatos mokslai* 2000;2:28–35.
14. Jatulienė N, Čepienė J, Juozulynas A ir kt. Sveikatos ir aplinkos ryšys su gyvenimo kokybe. *Sveikatos mokslai* 2003;7(13):8-11.
15. Reklaitienė R, Juozulynas A. Sergančiųjų išemine širdies liga gyvenimo kokybės įvertinimas. *Sveikatos mokslai* 2003;7(13):2-7.
16. Curtis JR, Martin DP, Martin TR. Patient-assessed health outcomes in chronic lung disease: what are they, how do they help us, and where do we go from here. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1997;156:1032-1039.
17. Krumholz HM, Cohen DJ, Williams C, et al. Health after coronary stenting or balloon angioplasty: results from the stent restenosis study. *Am. Heart J.* 1997;134:337-334.
18. Brown N, Melville M, Gray D, et al. Quality of life four years acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999;81(4):352-358.
19. Gorkin L, Follick MJ, Geltmen E, et al. Quality of life among patients post-myocardial infarction at baseline in the Survival and Ventricular Enlargement (SAVE) Trial. *Qual. Life Res.* 1994;3:111-119.
20. Addington-Hall J, Karla L. Who should measure quality of life? *BMJ* 2001;332:1417-1420.
21. Bushnell DM, Martin ML. Quality of life and Parkinson's disease: translation and validation of the US Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39). *Quality of Life Research* 1999;8(4):345-350.
22. Reese, Bender B, Martin L. Effect of arthritis on health-related quality of life quantified. *MMWR* 2000;49:366-369.
23. Tamulaitienė M. Osteoporoziniai slankstelių lūžiai. Diagnostika, gydymas ir rehabilitacija. -Vilnius, 2001. 55p.

24. Caliyurt O, Guducu F, Partial sleep deprivation therapy combined with sertraline induces more rapid improvements in quality of life items in major depressive disorder 2005;88(1):75-8.
25. Valeikienė V, Juozulynas A, Alekna V. Pagyvenusių pacientų gyvenimo kokybė, esant judėjimo sutrikimams. Sveikatos mokslai 2003;13:8-11.
26. Nuttman-Shwartz O. Int'l. J. Aging and human development 2007;64(2):129-147.
27. Harper DJ. Remembered work importance, satisfaction, reminiscence and adjustment in retirement: A case study. Counseling psychology Quarterly 1993;6:155-164.
28. Kim S & Feldman DC. Working in retirement: The antecedents of bridge employment and its consequences for quality of life in retirement, Academy of Management Journal 2000;43:1195-1210.
29. Wang M. Profiling Retirees in the Retirement transition and Adjustment process: Examining the Longitudinal Change Patterns of Retirees' Psychological Well-Being. Journal of Applied Psychology 2007;2(92):455-474.
30. Ross CE & Drentea P. Consequences of retirement activities for distress and the sense of personal control. Journal of Health and Social Behavior 1998;39:317-334.
31. Midanik LT, Soghikian K, Ransom LJ, et al. The effect of retirement on mental health and health behaviors: The Kaiser Permanente Retirement Study. Journal of Gerontology: Social Sciences 1995;50:59-61.
32. Gall TL, Evans DR & Howard J. The retirement adjustment process: Changes in the well-being of male retirees across time. Journal of gerontology: Psychological Sciences 1997;52:110-117.
33. Ashforth B. Role transitions in organizational life: An identity-based perspective. Mahwah, NJ: Erlbaum. 2001.
34. Barnes-Farrell JL. Beyond health and wealth: Attitudinal and other influences on retirement decision-making. In Adams GA & Beehr TA (Eds.), Retirement: Reasons, processes, and results. New York: Springer, 2003. P. 159-187.
35. Adams G, Prescher J, Beehr R, et al. Applying workrole attachment theory to retirement decision-making. International Journal of Aging and Human Development 2002;54:125-137.

36. Atchley RC. Continuity theory, self, and social structure. In Ryff CD & Marshall VW (Eds.), *Familis and retirement*. Newbury Park, CA: Sage, 1999. P. 145-158.
37. Elder GH & Johnson MK. The life cours and aging: Challenges, lessons, and new directions. In Settersten RA Jr. (Ed.), *Invitation to the life course: Toward new understandings of later life*. Amityville, NY: Baywood, 2003. P. 49-81.
38. Pinquart M. Changes of Life Satisfaction in the Transition to Retirement: A Latent-Class Approach. *Psychology and Aging* 2007;3(22):442-455.
39. Rosenkotter MM & Garris JM. Retirement planning, use of time, and psychosocial adjustment. *Issues in Mental Health Nursing* 2001;22:703-722.
40. Haber D. Health promotion and aging: Implications for the health professionals. New York: Springer 1999;29:291-292.
41. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist* 2002;42(6):727-33.
42. Raine RA, Black NA, Bowker TJ, et al. Gender influences in the management and outcomes of patient with acute coronary artery disease. *Journal of Epidemiology and Community* 2002;56:151-157.
43. Bengston A, Karlsson T, Herlitz J. Differences between men and women on the waiting list for coronary revascularization. *Journal advanced Nursing* 2000;31:1361-1367.
44. Lasheras C, Patterson AM, Casado C, Fernandez S. Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Experimental Aging Research* 2001;27:257-270.
45. Niulsson P, Orth-Gomer K. Self-rated health in a European perspective. Stockholm, 2000.
46. Sartorius N. Cross-cultural comparison of datd about quality of life. In: *Quality of Life: Perspectives and Issuse/ Ed.R.L. Schalock*. Berlin: Sprienger – Verlag, 1987. P. 19-24.
47. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health: A decate in review. *Journal of Marriage and the Family* 1990;52:1059-78.
48. Szaflarski M. Gender, self-reported health, and health-related lifestyles in Poland. *Health Care Women Int* 2001;22:207-27.
49. Victor C, Scambler S, Bond J, et al. Loneliness in later life. In: Walker A, Hagen Hennessy C, editor. *Growing Older: Quality of Life in Older Age*. Maidenhead: Open University Press; 2004.

50. Beaumont JG & Kenealy PM. Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing and Society* 2004;24(5):755-769.
51. Tajvar IM, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran. *BMC Public Health* 2008;8:323.
52. Baltes PB, Mayer KU eds. *The Berlin aging study: aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press, 1999.
53. Wilson D, et al. *Journal of Nursing Scholarship* 2007;39(4):330–337.
54. Carter MAT & Cook K. Adaptation to retirement: Role changes and psychological resources. *Career Development Quarterly* 1995;44:67-82.
55. Featherstone M & Hepworth M. On the civilizing of appetite. And In Featherstone M, et al, *The body: Social process and cultural theory*, London: Sage 1991;126-56.
56. Bar-Tur L & Levi-Shiff R. Holocaust review and bearing witness as a coping mechanism of an elderly Holocaust survivor. *Clinical Gerontologist* 1994;14:3-15.
57. Theriault J. Retirement as a psychosocial transition: Process of adaptation to change. *International Journal Aging and Human Development* 1994;38:153-170.
58. Freud S. *Introductory lectures*. Tel-Aviv, DVIR Pub. (in Hebrew), 1933.
59. Rowe J Kahn R. *Successful aging*. New York: Pantheon, 1998.

PRIEDAI

1. PSO Gyvenimo kokybė - 100. Anketa

Lytis					
Amžius					
1. Ar jaudinatės dėl savo skausmo ir jaučiamo diskomforto?	Nei kiek 1	Šiek tiek 2	Vidutiniškai 3	Labai 4	Ypatingai 5
2. Kaip sunku Jums yra iškęsti skausmą ir diskomfortą?	1	2	3	4	5
3. Iki kokio laipsnio Jūs jaučiate, kad fizinis skausmas neleidžia Jums daryti tai, ką privalote?	1	2	3	4	5
4. Kaip greitai Jūs pavargstate?	1	2	3	4	5
5. Ar Jums labai trukdo nuovargis?	1	2	3	4	5
6. Ar turite sunkumų dėl miego?	1	2	3	4	5
7. Ar Jus neramina problemos dėl miego?	1	2	3	4	5
8. Ar džiaugiatės gyvenimu?	1	2	3	4	5
9. Ar gerai jaučiatės dėl savo ateities?	1	2	3	4	5
10. Ar daug jaučiate teigiamų jausmų gyvenime?	1	2	3	4	5
11. Ar Jums lengvai pavyksta susikoncentruoti?	1	2	3	4	5
12. Kaip gerai Jūs save vertinate?	1	2	3	4	5
13. Ar pasitikite savimi?	1	2	3	4	5
14. Kaip Jūs vertinate savo išvaizdą?	1	2	3	4	5
15. Ar kuri nors Jūsų	1	2	3	4	5

išvaizdos detalė verčia jaustis nepatogiai?					
16.Ar jaučiate nerimą?	1	2	3	4	5
17.Ar liūdesys, depresija Jums trukdo atlikti kasdieninius darbus?	1	2	3	4	5
18.Ar Jums trukdo įvairios depresijos išraiškos?	1	2	3	4	5
19.Ar Jums sunku atlikti kasdieninius darbus?	1	2	3	4	5
20.Ar Jums labai trukdo kasdieninių darbų atlikimo apribojimai?	1	2	3	4	5
21.Ar Jums reikia daug suvartoti vaistų, kad galetumėte gyventi normalų gyvenimą?	1	2	3	4	5
22.Ar daug Jums reikia medicininės priežiūros ir gydymo, kad galetumėte gyventi įprastą gyvenimą?	1	2	3	4	5
23.Iki kokio laipsnio Jūsų gyvenimo kokybė priklauso nuo medicininės pagalbos ir medikamentų?	1	2	3	4	5
24.Ar jaučiatės vieniša(s)?	1	2	3	4	5
25.Kaip saugiai jaučiatės savo kasdieninėje aplinkoje?	1	2	3	4	5
26.Ar jaudinatės dėl savo saugumo?	1	2	3	4	5
27.Ar patogi vieta, kurioje gyvenate?	1	2	3	4	5
28.Ar Jums patinka gyventi toje vietoje?	1	2	3	4	5
29.Ar Jūs turite finansinių sunkumų?	1	2	3	4	5
30.Ar jaudinatės dėl pinigų?	1	2	3	4	5

31.Kaip lengvai galite gauti medicininę priežiūrą?	1	2	3	4	5
32.Ar džiaugiatės laisvalaikiu?	1	2	3	4	5
33.Ar Jūsų fizinė aplinka sveika?	1	2	3	4	5
34.Ar Jūs esate susirūpinę dėl aplinkinio triukšmo?	1	2	3	4	5
35.Ar turite sunkumų dėl transporto?	1	2	3	4	5
36.Ar transporto sunkumai apriboja Jūsų gyvenimą?	1	2	3	4	5
37.Ar turite pakankamai energijos kasdieniniam gyvenimui?	1	2	3	4	5
	Ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Dažniausiai	Pilnai
38.ar Jūs patenkinta(s) savo išvaizda?	1	2	3	4	5
39.Ar Jums įveikiami kasdieniniai darbai?	1	2	3	4	5
40.Ar Jūs priklausoma(s) nuo vaistų?	1	2	3	4	5
41.Ar gaunate reikiamą paramą iš kitų?	1	2	3	4	5
42.Ar galite pasikliauti draugais, kai Jums reikia?	1	2	3	4	5
43.Iki kokio laipsnio Jūsų namai atitinka Jūsų poreikius?	1	2	3	4	5
45.Ar Jums užtenka pinigų savo poreikiams patenkinti?	1	2	3	4	5
46.Ar informacija, reikalinga Jūsų gyvenime, lengvai prieinama?	1	2	3	4	5
47.Ar turite galimybę užsiėminėti laisvalaikiu?	1	2	3	4	5
48.Ar sugebate	1	2	3	4	5

atsipalaiduoti ir džiaugtis gyvenimu?					
49.Ar turite transporto priemonę?	1	2	3	4	5
50.Ar Jūs patenkinta(s) savo gyvenimo kokybe?	1	2	3	4	5
	Labai nepatinka	Nepatinka	Nei nepatinka, nei patinka	Patinka	Labai patinka
51.Apskritai, kaip patenkinti savimi esate?	1	2	3	4	5
52.Ar Jūs patenkinta(s) savo sveikata?	1	2	3	4	5
53.Ar Jūs patenkinti savo turima energija?	1	2	3	4	5
54.Ar patenkinti savo miego kokybe?	1	2	3	4	5
55.Ar Jūs patenkinti savo sugebėjimais įsisavinti naują informaciją?	1	2	3	4	5
56.Ar patenkinti savo sugebėjimais priimti sprendimus?	1	2	3	4	5
57.Kaip vertinate pats save?	1	2	3	4	5
58.Ar Jūs patenkinta(s) savo sugebėjimais?	1	2	3	4	5
59.Ar Jūs patenkinti savo išvaizda?	1	2	3	4	5
60.Ar Jūs patenkinti savo sugebėjimais atlikti kasdieninius darbus?	1	2	3	4	5
61.Ar Jūs patenkinti savo pažintimis?	1	2	3	4	5
62.Ar Jūs patenkinti savo šeimos parama?	1	2	3	4	5
63.Ar Jūs patenkinti savo draugų parama?	1	2	3	4	5
64.Ar Jūs patenkinti savo sugebėjimais padėti ir palaikyti	1	2	3	4	5

kitus?					
65.Ar Jūs patenkinti savo fiziniu saugumu?	1	2	3	4	5
66.Ar Jūs patenkinti savo gyvenamosios vietos sąlygomis?	1	2	3	4	5
67.Ar Jūs patenkinti savo finansine padėtimi?	1	2	3	4	5
68.Ar Jūs patenkinti savo prieinamumu prie sveikatos paslaugų?	1	2	3	4	5
69.Ar Jūs patenkinti socialines apsaugos paslaugomis?	1	2	3	4	5
70.Ar Jūs patenkinti savo sugebėjimais įsisavinti naują informaciją?	1	2	3	4	5
71.Ar Jūs patenkinti tuo, kaip leidžiate savo laisvalaikį?	1	2	3	4	5
72.Ar Jūs patenkinti savo fizine aplinka?	1	2	3	4	5
73.Ar patenkinti transporto priemonėmis?	1	2	3	4	5
75.Ar Jūs patenkinti savo ryšiais su šeimos nariais?	1	2	3	4	5
76.Kaip įvertintumėte savo gyvenimo kokybę?	1	2	3	4	5
77.Kaip dažnai jaučiate fizinį skausmą?	1	2	3	4	5
	Niekada	Retai	Gan dažnai	Labai dažnai	Nuolat
78.Ar paprastai jaučiate patenkinti?	1	2	3	4	5
79.Kaip dažnai Jūs jaučiate neigiamas emocijas?	1	2	3	4	5
80.Ar gerai miegate?	1	2	3	4	5
	Labai prastas	Prastas	Nei prastas, nei geras	Geras	Labai geras

81.Kaip Jūs vertintumėte savo atmintį?	1	2	3	4	5
82.Kaip Jūs vertintumėte Jums prieinamų socialinių paslaugų kokybę?	1	2	3	4	5
83.Kaip gerai sugebate judėti?	1	2	3	4	5
84.Ar judejimo sutrikimai Jus labai vargina?	1	2	3	4	5
	Labai blogai	Blogai	Nei blogai, nei gerai	Gerai	Labai gerai
85.Ar Jūs patenkinti savo judejimo sugebėjimais?	1	2	3	4	5
86.Ar galite normaliai dirbti/mokyti?	1	2	3	4	5
87.Ar esate patenkinti savo sugebėjimu dirbti?	1	2	3	4	5
88.Ar galite pasitikėti globėjomis?	1	2	3	4	5
89.Ar patenkinti globėjų teikiama parama?	1	2	3	4	5
90.Apskritai, įvertinkite savo sveikatą	1	2	3	4	5
91. Ar Jūsų seksualiniai poreikiai patenkinti?	1	2	3	4	5
92.Ar Jums trukdo lytinio gyvenimo sunkumai?	1	2	3	4	5
93.Ar Jūs patenkinti savo lytiniu gyvenimu?	1	2	3	4	5
94.Kaip Jūs įvertintumėte savo lytinį gyvenimą?	1	2	3	4	5