

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Psichologijos institutas

Vilma Ramašauskaitė

Sveikatos psichologijos studijų programa
magistro darbas

**Daugybinių lėtinių ligų reikšmė 50 metų ir vyresnių suaugusiųjų
psichikos sveikatai**

Darbo vadovė: doc. dr. Olga Zamalijeva

Vilnius
2024

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	4
SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS.....	5
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	8
1.1. Daugybinių lėtinių ligų samprata.....	8
1.1.1. Daugybinių lėtinių ligų sąvoka	8
1.1.2. Sociodemografiniai ir kiti daugybinių lėtinių ligų ypatumai	9
1.2. Daugybinių lėtinių ligų keliami sunkumai.....	10
1.2.1. Vaistų vartojimas.....	10
1.2.2. Finansiniai sunkumai.....	11
1.2.3. Hospitalizacija.....	12
1.2.4. Skausmas	12
1.2.5. Apribojimai atliekant kasdienes veiklas.....	14
1.3. Daugybinės lėtinės ligos psichikos sveikatos kontekste.....	15
1.3.1. Psichikos sveikatos samprata	15
1.3.2. Daugybinių lėtinių ligų ryšys su depresija ir kitais veiksniais.....	16
1.3.3. Daugybinių lėtinių ligų ryšys su gyvenimo kokybe ir kitais veiksniais.....	18
1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	21
2. TYRIMO METODIKA	22
2.1. Tyrimo dalyviai	22
2.2. Tyrimo instrumentai	23
2.3. Tyrimo eiga	28
2.4. Duomenų analizės metodai.....	29
3. REZULTATAI	30
4. REZULTATŲ APTARIMAS	40
5. IŠVADOS.....	45
LITERATŪRA.....	46
PRIEDAI.....	56

SANTRAUKA

Daugybinių lėtinių ligų reikšmė 50 metų ir vyresnių suaugusiųjų psichikos sveikatai. Vilma Ramašauskaitė. Vilnius: Vilniaus Universitetas, Psichologijos institutas, 2024, 62 p.

Šiame darbe nagrinėjamas fizinės ir psichinės sveikatos ryšys, įvertinant daugybinių lėtinių ligų reikšmę vyresnių suaugusiųjų psichikos sveikatai. Tyrimui naudojami SHARE 8 bangos (2019-2020 m.) duomenys. Pasirinkta Baltijos šalių imtis, iš viso – 4831 tyrimo dalyvis. Šiame tyrime respondentų amžiaus vidurkis – 70,31 m. ($SD = 9,84$ m), 62,76% respondenčių yra moterys. Daugiau nei dviem lėtinėmis ligomis serga 52,35% tyrimo dalyvių. Koreliaciniame tyrime naudojamos CASP-12, EURO-D, BFI-10 skalės, ADL ir IADL indeksai. Nustatyta, jog sergantys daugybinėmis ligomis pasižymi didesniu depresiškumu ir gyvenimo kokybę vertina prasčiau nei daugybinėmis ligomis nesergantys. Tačiau prieita išvados, jog daugybinės lėtinės ligos prognozuoja didesnę depresiškumą, bet ne gyvenimo kokybės lygį, kai į analizę įtraukiami sveikatos būklės ypatumai ir kontroliuojami sociodemografiniai, ekonominiai, socialiniai ir asmenybiniai veiksniai. Atitinkamai kontroliuojant tuos pačius veiksnius nuspėjant prastesnę gyvenimo kokybę ir didesnę depresiškumą, neigiami sveikatos būklės ypatumai, tokie kaip didesnis vaistų kiekis, patiriamas skausmas, didesnis hospitalizacijų kiekis, patiriami kasdienių instrumentinių veiklų apribojimai ir prasčiau subjektyviai vertinama sveikata, turi didesnę reikšmę nei daugybinės lėtinės ligos. Tai pat išryškėjo Baltijos šalių skirtumai: didžiausias depresiškumas būdingas lietuviams, o išskirtinai gera gyvenimo kokybe išsiskiria Estijos gyventojai. Lietuvoje taip pat didžiausia hospitalizacija, tačiau čia sveikata vertinama palankiausiai. Prasčiausiai sveikatą vertina latviai, nors jų ADL indeksas mažiausias Baltijos šalyse, o didžiausias ADL ir IADL indeksas nustatytas Estijoje.

Raktiniai žodžiai: daugybinės lėtinės ligos, psichikos sveikata, depresiškumas, gyvenimo kokybė.

SUMMARY

The role of multiple chronic diseases in the mental health of adults aged 50 and over. Vilma Ramašauskaitė. Vilnius: Vilnius University, Institute of Psychology, 2024, 62 p.

This thesis examines the relationship between physical and mental health, assessing the role of multiple chronic diseases in the mental health of older adults. The study uses data from SHARE Wave 8 (2019-2020). The sample is selected from the Baltic countries, with a total of 4831 participants. The mean age of the respondents in this study is 70.31 years ($SD = 9.84$), 62.76% of the respondents are women. 52.35% of the participants have more than two chronic diseases. The correlation study used the CASP-19, EURO-D, BFI-10 scales, ADL and IADL indices. People with multimorbidity have been found to be more depressed and have a lower quality of life than those without multimorbidity. However, it was concluded that multimorbidity predicts higher depression symptoms but not higher quality of life when health status characteristics are included in the analysis and socio-demographic, economic, social and personal factors are controlled for. Accordingly, when controlling for the same factors in predicting poorer quality of life and higher depression symptoms, negative health status characteristics such as more medication, more pain, more hospital admissions, more limitations in instrumental activities of daily living, and poorer subjective health, are more important than multimorbidity. Differences also emerged between the Baltic countries, with Lithuanians being the most depressed and Estonians having an exceptionally good quality of life. Lithuania also has the highest hospitalization rate, but has the most positive health perception. Latvians have the worst health perceptions, although they have the lowest ADL index in the Baltics, while Estonia has the highest ADL and IADL index.

Keywords: multimorbidity, mental health, depressiveness, quality of life.

SVARBIAUSIOS SAŲVOKOS

Daugybinės lėtinės ligos – dvi ar daugiau lėtinės ligos pasireiškiančios vienu metu vienam asmeniui (Diederichs, Berger & Bartels, 2011).

Psichikos sveikata – gera asmens savijauta, kai jis gali realizuoti savo gebėjimus, įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, dirbti ir dalyvauti visuomenės gyvenime (LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas).

Gyvenimo kokybė – žmogaus poreikių patenkinimas kontrolės, kaip gebėjimo aktyviai veikti savo aplinką, autonomijos, kaip laisvės nuo kitų asmenų kišimosi, savirealizacijos ir malonumo, atspindinčių aktyvius ir refleksyvius buvimo žmogumi procesus, kontekste (Hyde, Wiggins, Higgs & Blane, 2003).

PRATARMĖ

Kiekvienas amžiaus tarpsnis turi savus džiaugsmus ir iššūkius. Jauname amžiuje didžiausią gyvenimo dalį užima mokymasis, vėliau karjeros ir/ar šeimos kūrimas. Sulaukus vyresnio amžiaus, kai atlikta socialinė pareiga užauginti vaikus bei pasiektos profesinės viršukalnės, būtų galima ramiai pasidžiaugti gyvenimu, jei ne fizinė sveikata, kuri ne paslaptis su amžiumi prastėja. Neturėti nė vienos lėtinės ligos vyresniame amžiuje yra išimtis, o ne taisyklė. Dažnai ligos kaip ir bėdos (anot liaudiško posakio) po vieną nevaikšto. Tad vyresniame amžiuje ypatingas dėmesys tenka fizinei sveikatai, kuri savo ruožtu susijusi ir su psichikos sveikata (WHO, 2023).

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) psichikos sveikatą įvardija kaip psichinės gerovės būseną, leidžiančią susidoroti su gyvenimo įtampomis, realizuoti savus gebėjimus, gerai mokytis ir dirbti bei prisidėti prie savo bendruomenės (WHO, 2022). Pagal šį apibrėžimą psichikos sveikata nėra vien tik psichinės ligos nebuvimas. Vienas iš prastos psichikos sveikatos rodiklių yra didelis savižudybių skaičius. Deja, Baltijos šalių vyresnio amžiaus žmonių savižudybių rodikliai vis dar išlieka gana aukšti lyginant su kitomis Europos šalimis (Eurostat, 2023b). Dėl šios priežasties būtinas dėmesys vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos tyrimui bei gyvenimo kokybę gerinančių priemonių ieškojimui. Deja, Baltijos šalys nėra itin dažnas tyrimų laukas.

Daugybines lėtinės ligos sukelia nemenkų problemų ne tik žmogui – tai ir visos sveikatos sistemos problema, reikalaujanti papildomo dėmesio, finansų, strategijos bei atitinkamo prisitaikymo (Navickas, Petric, Feigl & Seychell, 2016). Daugybinių ligų gydymas nėra lygu kelių atskirų ligų gydymui. Lygybė $1+1=2$ čia deja netinka. Kelios ligos viename kūne gali turėti individualų santykį, tad ir daugybinių lėtinių ligų gydymas turi būti individualus žmogui. Sistema, kuri orientuota vien tik į konkrečios ligos identifikavimą ir gydymą šiuo atveju nėra pati tinkamiausia. Pasaulio mokslo ir sveikatos įstaigų „galvos“ kalba apie būtinybę keisti dabartines sveikatos bei sveikatos specialistų rengimo sistemas (Vetrano et. al., 2018a; Whitty et. al., 2020). Lietuvos mokslininkai taip pat pateikė rekomendacijas vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojų gerovei, tarp kurių ir efektyvaus pagalbos modelio kūrimas (Kairys ir kt., 2021). Šiuo metu įvairių šalių sveikatos sistema remiasi atskiros ligos ar konkretaus organo ligos gydymu. Daugėjant daugybinių lėtinių ligų susirgimams gydytojas, nuodugnai išmanantis apie vieną ligą, tampa nebe toks efektyvus. Reikalingas visuminis požiūris į ligas ir sveikatą; reikalingi specialistai gydantys ne atskiras ligas ar organus, o žmogų kaip visumą, nepamirštant ir psichikos sveikatos. Panašu, jog augant daugybinėms lėtinėms ligoms, palaipsniui didėja sveikatos sistemos pokyčių poreikis. Tam, kad pokyčiai būtų kokybiški ir efektyvūs, svarbu suprasti daugybinių lėtinių ligų ypatumus.

Vyresnis amžius gali būti nepatrauklus tyrimo ir/ar investicijų (finansinių, intelektualinių ir kt.) laukas dėl vyresnio amžiaus žmonių mažo perspektyvumo. Visgi Europoje (neišskiriant ir Baltijos

šalių) prognozuojamas vyresnių žmonių populiacijos didėjimas (Eurostat, 2023a), tad atitinkamai išaugs iššūkių, su kuriais susiduria vyresni žmonės, sprendimo poreikis. Platesnis bei gilesnis psichologijos mokslo žvilgsnis gerontologijos srityje gali prisidėti prie vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos gerinimo paaiškinant reiškinius, išgryninant sąsajas ar pan.

Europa, matydama probleminę vyresnių žmonių gyvenimo situaciją, nesėdi sudėjusi rankų. Kaip vieną iš priemonių, prisidedančių prie vyresnių žmonių tyrimų, galima paminėti Europos sveikatos, senėjimo ir išėjimo į pensiją tyrimą (angl. *Survey of Health, Ageing and retirement in Europe – SHARE*). SHARE tyrimo duomenys naudojami ir šiame darbe. Siekiant bent maža dalele prisidėti prie jau atliktų šios opios srities tyrimų, darbe nagrinėjama daugybinių lėtinių ligų reikšmė vyresnių žmonių psichikos sveikatai.

1. ĮVADAS

1.1. Daugybinių lėtinių ligų samprata

Daugybinės lėtinės ligos negali skūstis tyrėjų dėmesio stoka, tačiau Baltijos šalys šio dėmesio gauna gerokai mažiau. Įvairiuose tyrimuose daugybinės lėtinės ligoms apibrėžiamos skirtingai. Siekiant išvengti nesusipratimų dėl skirtingai naudojamų sąvokų, šiame darbe pirmiausia aiškiai apibrėžiama daugybinių lėtinių ligų sąvoka.

1.1.1. *Daugybinių lėtinių ligų sąvoka*

Daugybinių lėtinių ligų (angl. *multimorbidity*) sąvoka apibrėžiama kaip dvi ar daugiau lėtinės ligos, kuriomis serga vienas asmuo (Diederichs et al., 2011). Apibrėžimas nurodo kiekybinį ligų matą – ne mažiau kaip dvi ligos; taip pat kokybinį ligų matą – lėtinės ligos, kas savo ruožtu nurodo ir apie ilgą ligos trukmę. Toks apibrėžimas naudojamas daugumoje mokslinės literatūros šaltinių.

Daugybinių lėtinių ligų apibrėžimas kito bėgant laikui (Johnston, Crilly, Black, Prescott & Mercer, 2018). Apibrėžimo ištakomis galima vadinti gretutines ligas (angl. *comorbidity*): daugelio lėtinių ar ūmių ligų ir sveikatos būklių pasireiškimas kartu vienam asmeniui (De Groot, Beckerman, Lankhorst & Bouter, 2003). Siūlyta daugybinės lėtinės ligas apibrėžti kaip bet kokią lėtinės ligos derinį su bent viena kita liga (ūmia ar lėtine) arba biopsichosocialiniu veiksnium (susijusiu ar nesusijusiu), arba somatiniu rizikos veiksnium (Le Reste et al., 2013). Tuo tarpu Nacionalinės sveikatos ir priežiūros tobulinimo institutas Daugybinių lėtinių ligų klinikinio įvertinimo ir valdymo gairėse (2016) nurodo, jog daugybinės lėtinės būklės gali apimti ne tik ilgalaikį fizinį sutrikimą, bet ir psichologinės sveikatos sutrikimą, jutiminę (rega, klausa ir pan.) negalią, nuolatinių sąlygų (pvz. mokymosi) sunkumus, simptomų kompleksus tokius kaip silpnumas ar lėtinis skausmas, piktnaudžiavimą alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis. Visgi, į tyrimus daugumoje įtraukiamos aiškiai apibrėžtos ir diagnozuotos lėtinės ligos, o ne platesnės, bet tuo pačiu ne tokias aiškias ribas turinčios, lėtinės būklės (Willadsen et al., 2016). Daugybinių lėtinių ligų matavimų meta-analizės išvadose (Johnston et al., 2018) patvirtinama, jog ligų skaičius yra tinkama matavimo alternatyva, kai nėra validaus matavimo instrumento. O visuotinai priimto daugybinių ligų mato kol kas neturime.

Atsižvelgiant į didėjančią sergamumą, o tuo pačiu ir į didėjančius daugybinių lėtinių ligų atvejus, dvi ar daugiau lėtinės ligos ir/ar būklės ne visiems atrodė tinkama daugybinių lėtinių ligų takoskyra. Pagal Harrison ir kolegų (2014; 2016) Australijoje atlikto tyrimo rezultatų išvadas siūlomas kompleksinių daugybinių lėtinių ligų (angl. *complex multimorbidity*) apibrėžimas, kuriame trys lėtinės skirtingų organizmo sistemų ligos (nenustatant ligos indekso), pasireiškiančios vienam asmeniui. Anot autorių tokia apibrėžtis padėtų tiksliau išskirti asmenis, kuriems labiau reikalingas

sveikatos sistemos dėmesys ir didėjant daugybinių lėtinių ligų paplitimui leistų tikslingiau paskirstyti sveikatos sistemos resursus. Kompleksinių daugybinių lėtinių ligų apibrėžimui, įvertinant socialinę poliarizaciją (amžius, lytis, socioekonominė padėtis) pritaria ir Anglijos mokslininkai (Singer et al., 2019:). Indijos mokslininkai (Sinha et al., 2022) savo tyrime lyginę tiriamuosius pagal kompleksinių daugybinių lėtinių ligų apibrėžtį ir tradicinį daugybinių lėtinių ligų apibrėžimą liko nustebę, jog kompleksinių daugybinių lėtinių ligų apibrėžimą atitinka 34,5 proc. daugybinių lėtinių ligų apibrėžimo tiriamųjų. Galima spręsti, jog kompleksinių daugybinių lėtinių ligų apibrėžimas mokslinėje veikloje kelia mokslininkų susidomėjimą, tačiau tai tik patvirtina, jog galutinio daugybinių lėtinių ligų apibrėžimo nėra.

Atsižvelgiant į daugybinių lėtinių ligų apibrėžimų įvairovę, taip pat į moksliniuose šaltiniuose dažniausiai naudojamą daugybinių lėtinių ligų apibrėžimą, šiame darbe naudojama daugybinių lėtinių ligų sąvoka, apibrėžianti būklę su ne mažiau kaip dvejomis lėtinėmis ligomis. Daugybinės lėtinės ligos turi ne tik painiavą sąvokose, bet ir daugiau ypatumų, kurie bus aptarti toliau.

1.1.2. Sociodemografiniai ir kiti daugybinių lėtinių ligų ypatumai

Nagrinėjant daugybinių lėtinių ligų ypatumus, vienas iš mokslininkus dominančių klausimų – daugybinių lėtinių ligų paplitimas. Deja, daugybinių lėtinių ligų paplitimas didėja, tapdamas našta ne tik žmogui, bet ir sveikatos sistemai. Pagal 2000 m. - 2021 m. tyrimų duomenis atliktos meta-analizės rezultatai parodė, jog didžiausias daugybinių lėtinių ligų paplitimas yra Pietų Amerikoje (45,7%) bei Šiaurės Amerikoje (43,1%; Rahman Chowdhury, Chandra Das, Chowdhury Sunna, Beyene & Hossainc, 2023). Nedaug atsilieka ir Europa (39,2%) bei Azija (35%). Meta-analizėje taip pat pastebima, jog daugybinių lėtinių ligų paplitimas išaugo maždaug 2003 m., o nuo 2013 m. išlieka stabilus.

Gilinant plačiau į daugybinių lėtinių ligų ypatumus, skirtingų pasaulio šalių tyrėjai vieningai sutaria, jog daugybinių lėtinių ligų paplitimas didėja su amžiumi (Ballesteros, Moreno-Montoya, Grooten, Barrera-López & De la Hoz-Valle, 2021; Jürisson et. al., 2021; Mounce et. al., 2018; Palladino, Lee, Ashworth, Triassi & Millett, 2016; Nunes et al., 2018). Tyrimų rezultatuose dažnos daugybinės lėtinių ligų sąsajos su moteriška lytimi, viršsvoriu ar nutukimu, gyvenimu labiau urbanizuotose teritorijose, žemesniu išsilavinimu ir mažesnėmis pajamomis, tačiau nėra sąsajų su rase (Ballesteros et. al., 2021; Nunes et al., 2018). Daliai šių faktų paprieštarauti gali britų mokslininkai, nenustatę daugybinių lėtinių ligų sąsajų su lytimi ar išsilavinimu (Mounce, et al., 2018). Tad negalima tvirtai teigti apie daugybinių lėtinių ligų ir atitinkamų sociodemografinių rodiklių sąsajas.

Pastebimos ir asmenybės bruožų sąsajos su daugybinėmis lėtinėmis ligomis. Vyresnio amžiaus suaugusieji, pasižymintys didesniu neurotiškumu, mažesniu ekstravertiškumu, didesniu atvirumu

patirčiai, didesniu sutariamumu ir mažesniu sąmoningumu, nurodė turintys daugiau lėtinių ligų (Kim, 2020). Taip pat daugybinės lėtinės ligos lėmė sąsajas tarp neurotiškumo ir lyties, nuovargio bei skausmo (Cachioni et al., 2022). Geriau sveikatą vertina asmenys, kuriems būdingas didesnis sąmoningumas ir mažesnis neurotiškumas (Henning et al., 2021). Visų tyrimų bendras vardiklis yra neurotiškumo sąsaja su daugybinėmis lėtinėmis ligomis ir prastesniu sveikatos vertinimu.

Apžvelgus tyrimų rezultatus matyti, jog daugybinių lėtinių ligų sąsajos su vyresniu amžiumi, moteriška lytimi, viršsvoriu, urbanizacija, išsilavinimu, pajamomis bei asmenybės bruožais yra daugumoje tyrimų. Deja, grėsmingai didelis išlieka ir daugybinių lėtinių ligų paplitimas pasaulyje.

1.2. Daugybinių lėtinių ligų keliami sunkumai

Daugybinės lėtinės ligos gali sutrikdyti ne tik kūno gerovę, bet ir žmogaus kasdienybę bei psichikos sveikatą. Esant daugybinėms lėtinėms ligoms priskiriama vartoti ir daug vaistų, priklausomai nuo ligos sunkumo ar pasikartojančių paūmėjimų gali tekti gultis į ligoninę. Sergančiojo gyvenimą apsunkina ir padidėjusios išlaidos vaistams, procedūroms, tad neretai daugybinės lėtinės ligos prisideda ir prie finansinės padėties suprastėjimo. Liga taip pat gali sukelti skausmą, priversdama žmogų kentėti. Kaip pavyzdį galime paimti artritą, kuris sukelia skausmą ir apsunkina žmogaus kasdienes funkcijas. Sergant gali kilti sunkumų atlikti kasdienes užduotis, kaip valgymas ar naudojimas telefonu. Pažvelkime į šiuos daugybinių lėtinių ligų sukeltus sunkumus plačiau.

1.2.1. Vaistų vartojimas

Liga turi būti gydoma ir dažniausias ligos gydymo būdas – vaistai. Tad vaistai tampa sergančiojo neatsiejamais palydovais. Dažnai vartojami keli medikamentai vienu metu. Penkių ar daugiau medikamentų vartojimas per dieną vadinamas polifarmacija (Masnoon, Shakib, Kalisch-Ellett & Caughey, 2017). Atsižvelgiant į didesnę daugybinių lėtinių ligų paplitimą vyresniame amžiuje, atitinkamai didėja ir vartojamų vaistų kiekis, pvz. Ispanijoje vidutiniškai vartojamos 4 vaistų rūšys 65-79 m. amžiaus grupėje ir 6 vaistų rūšys 80-94 m. amžiaus grupėje (Guisado-Clavero et al., 2019), o skausmą patiriančių vyresnių nei 65 m. vokiečių imtyje vidutinis išrašytų vaistų skaičius buvo 9, polifarmacija nustatyta 89,5 % pacientų (Schneider et al., 2021). Tad vyresniame amžiuje vaistų vartojimas tampa kasdiene našta.

Daugybinių lėtinių ligų gydyme negalioja lygybė $1 + 1 = 2$. t.y. neužtenka atskirai gydyti kelias ligas (Navickas et al., 2016). Daugybinių lėtinių ligų gydymas turi būti kompleksinis, nes skirtingų vaistų sąveika gali būti kenksminga arba vieno vaisto šalutinis poveikis gali pakenkti kito pažeisto organo būklei ir pan. Remiantis Osanlou ir kolegų (2022) tyrimo rezultatais, 16,5% Anglijos pacientų pasireiškė nepageidaujamos reakcijos į vaistus. Taip pat nustatyta, jog 40,4 % jų buvo galima

išvengti, o 0,34 % nepageidaujama reakcija į vaistus buvo mirties priežastis. Šie skaičiai sufleruoja apie daugybinių lėtinių ligų gydymo komplikuotumą ir sveikatos sistemos pokyčio būtinybę.

Polifarmacija, lydinti daugybinės lėtinės ligas, sukelia daugybę problemų sergančiajam: nepageidaujama vaistų sąveika, galimai netinkamų vaistų poveikis, nepakankamas rekomenduojamų vaistų skyrimas, besidubliuojantis gydymas, kontraindikacijos, didesnis institucionalizavimas, didesnis mirtingumas, didesnės išlaidos, prastas paskirtų vaistų vartojimo laikymasis (Mannucci, Nobili & REPOSI Investigators, 2014; Troncoso-Mariño et al., 2021). Paskirtų vaistų nevartojimas gali būti paplitęs gana daug – trečdalis ar didesnė pusė vartojančiųjų vaistus (Brito Félix & Henriques, 2021; Liu et al., 2023). Brito Félix ir Henriques (2021) teigia, jog preciziškai vaistus vartoja tik 2,9% pacientų. Tarp vaistų nevartojimą prognozuojančių veiksnių minimas didesnis ligų skaičius, kognityviniai sutrikimai, insultas, depresija, vaistų kaina, galimybė savarankiškai vartoti vaistus, galimai netinkamas vaistų paskyrimas (ypač virškinamojo trakto ir metabolinių ligų atveju), įsitikinimai apie gydymo būtinybę ir susirūpinimas dėl galimos priklausomybės, toksiškumo ar ilgalaikių šalutinių poveikių (Brito Félix & Henriques, 2021; Liu et al., 2023). Tikėtina, jog vaistų vartojimo nesilaikymas įneša daugiau painiavos į paskirto gydymo įvertinimą ir savo ruožtu padidina ir taip dideles daugybinės lėtinės ligas lydinčių problemų gretas.

1.2.2. Finansiniai sunkumai

Kalbant apie daugybinės lėtinės ligas ir vaistų vartojimą, deja, neina nekalbėti ir apie finansinę naštą. Sergantiems daugybinėmis lėtinėmis ligomis padidėja sveikatos priežiūros poreikis, įskaitant ir farmaciją, dėl to savo ruožtu didėja ir finansinė našta. Asmenų, turinčių finansinių sunkumų (negalėjo apmokėti sąskaitų, neturėjo pinigų maistui, neturėjo pinigų subalansuotam maistui, neturėjo pakankamai pinigų pragyventi ir jautė tokį stresą), procentas didėja beveik tiesiškai didėjant ligų skaičiui (Coughlin, Datta, Berman, & Hatzigeorgiou, 2021; Kim, 2020). Liūdina tyrimo rezultatai nurodantys, jog net penktadalis JAV sergančiųjų negali apmokėti sąskaitų ar nusipirkti maisto (Coughlin et al., 2021). Sergančiajam tenka rūpintis ne tik sveikata, bet ir patiriamais finansiniais sunkumais. Deja, bėgant laikui tiek lėtinės ligos, tiek finansiniai sunkumai nesibaigia tik didėja, kartu didindami depresijos simptomus (Kim, 2020).

Nagrinęjant daugybinių lėtinių ligų ir finansinių sunkumų ryšį, atsiduriama tarsi užburtame rate: viena vertus finansiniai sunkumai prognozuoja didesnę daugybinių lėtinių ligų tikimybę (Ni et al., 2023), bet lygiai taip pat didėjant ligų skaičiui didėja ir finansiniai sunkumai (Marshall et al. 2020). Pagal Australijos 2009-2017 m. tyrimo duomenis, daugybinės lėtinės ligos būdingos žemesnio socioekonominio statuso žmonėms nepriklausomai nuo lyties (Ishida et al., 2020). Analogiški tyrimo rezultatai atsispindi A. Singh su kolegomis (2021) tyrime: finansiniai sunkumai

padidina daugybinių lėtinių ligų tikimybę. Mokslininkai tyrimo išvadas papildė teiginiu, jog socialinė parama susijusi su neigiamu finansinių sunkumų poveikiu mažėjimu. Tad ne tik finansinė pagalba, bet ir socialinė pagalba sergant daugybinėmis lėtinėmis ligomis yra labai svarbi.

1.2.3. Hospitalizacija

Dar vienas sunkumas, su kuriuo gali teki susidurti sergant daugybinėmis lėtinėmis ligomis yra hospitalizacija paūmėjus ligai. Sergant daugybinėmis lėtinėmis ligomis hospitalizavimo tikimybė padidėja. Rodrigues ir kolegų (2022) meta analizės duomenimis, daugybinės lėtinės ligos vyresniame amžiuje hospitalizaciją padidina 2,5 karto. Šiai tikimybei reikšmės neturi nei daugybinių lėtinių ligų apibrėžtumo riba (daugiau nei 2 lėtinės ligos ar daugiau nei 3 lėtinės ligos), nei sergančiųjų pajamų lygis, nei lytis (nors daugybinės lėtinės ligos labiau paplitę moterų tarpe). Pakartotinės hospitalizacijos tikimybę daugybinės lėtinės ligos padidina 1,7 karto. Tad vienas iš dalykų, galimai laukiantis vyresnių daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų – dažnesnis stacionarus gydymas.

Vis tik keli hospitalizacijos vyresniame amžiuje skirtumai buvo nustatyti. Pagal Hong Konge atlikto retrospektyvinio kohortinio tyrimo duomenis, 45-64 m. amžiaus daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergantieji į ligoninę būdavo guldomi dažniau nei 75+ m. grupė, tačiau hospitalizacijos dienų skaičius buvo panašus kaip ir vyresnių pacientų (Lai et al., 2019). Galima sakyti, jog jaunesni pacientai į ligoninę guldomi dažniau, bet vyresni pacientai guldomi ilgesniam laikui. Hospitalizacijos dažnumas priklauso ir nuo ligų rūšies (Matesanz-Fernández et al., 2022; Akugizibwe et al., 2020). Vis tik čia mokslininkai vienodų išvadų neprieina, pvz. vienoje tyrimo išvadose metabolinės ir miego problemos priskiriamos prie ligų klasterio, kuriam būdinga rečiausia ir trumpiausia hospitalizacija (Matesanz-Fernández et al., 2022), kito tyrimo išvadose šios ligos yra antros pagal hospitalizacijos dažnumo tikimybę po anemijos, demencijos ir kardio ligų grupės (Akugizibwe et al., 2020). Tyrėjai tai pat neranda vieningos nuomonės dėl hospitalizavimo dažnumo sąsajų su lytimi bei amžiumi (Matesanz-Fernández et al., 2022; Akugizibwe et al., 2020). Šias prieštaras galima paaiškinti skirtingais skaičiavimo metodais ar skirtingomis sveikatos sistemomis.

Apžvelgus mokslinę literatūrą vienareikšmiškai apibrėžti konkrečių ligų reikšmės hospitalizacijai negalime, nebent tik konstatuoti skirtingų ligų įtaką hospitalizacijos dažnumui ar trukmei. Tačiau neabejotinai galima tvirtinti apie daugybinių lėtinių ligų ir dažnesnio bei ilgesnio hospitalizavimo ryšį, kas yra dar vienas sunkumas vyresniame amžiuje, galintis vesti prie neigiamų pasekmių ir psichikos sveikatai.

1.2.4. Skausmas

Vienas iš ligas lydinčių simptomų gali būti skausmas, pvz. artrito ar vėžio atveju. Taip pat skaudama vieta gali būti kaip liga, pvz. migrena ar nugaros skausmas. Skausmas gali būti susitelkęs

vienoje vietoje, keliose vietovėse ar išplitęs po kūną. Lėtinio skausmo paplitimas išryškėja tarp penkiasdešimtmečių, o 50-59 m. tarpe pastebimas didžiausias skaudamų vietų kiekis (McQueenie et. al., 2021). Taip pat didesnis lėtinio skausmo vietų skaičius siejasi su daugybinėmis lėtinėmis ligomis, žemesne socialine ir ekonomine padėtimi, rūkymu, saikingu fiziniu aktyvumu, moteriška lytimi (McQueenie et. al., 2021).

Svarbu apžvelgti ne tik bendrus lėtinio skausmo ypatumus, bet ir kaip skausmas paveikia žmogų, sergant daugybinėmis lėtinėmis ligomis. Nustatyta, jog didesnis daugybinių lėtinių ligų kiekis siejasi su didesniu skausmo paplitimu ir didesniu skaudamų vietų skaičiumi (McQueenie et. al., 2021; Skjødt Rafn, Hartvigsen, Siersma & Andersen, 2023). McQueenie ir kolegų (2021) tyrimo rezultatai parodė, jog sergant viena lėtine liga skausmo tikimybė padidėja 36% nei nesergantiems, sergant dviem lėtinėmis ligomis – 88%, sergant keturiomis ar daugiau lėtinėmis ligomis – daugiau nei 3 kartus, o išplitusio skausmo tikimybė padidėja net 20 kartų (kontroliuojant amžių, lytį, rūkymą, alkoholio vartojimą, KMI, fizinio aktyvumo lygį). Lėtinis skausmas labiausiai vyravo tarp sergančiųjų migrena (74,8%). Psichikos ligos poroje su skaudančia kūno vieta taip pat plačiai paplitę tarp tiriamųjų. Amerikoje atlikto tyrimo rezultatai, iš dalies paantrina Anglijos tyrimo rezultatus: daugybinės lėtinės ligos ir tokios ligos kaip artritas ir depresija siejasi su bet kokio stiprumo skausmo tikimybe (Arefi Milani et. al., 2022). Pagal tyrimų išvadas matyti, jog fizinis skausmas labiausiai paplitęs tarp sergančiųjų, visgi psichiniai sutrikimai taip pat nemenkai prisideda prie skausmo pojūčio.

Vyrai ir moterys skausmą patiria nevienodai. Lyginant skausmo paplitimą tarp Vokietijos skirtingų lyčių grupių, labiausiai abiejose lyčių grupėse paplitęs mažo intensyvumo skausmas (Scherer et. al., 2016). Visgi skausmo nebuvimas ar mažo intensyvumo skausmas labiau būdingas vyrams (41.8 % vyrų ir 40.4 % moterų), o intensyvus skausmas labiau paplitęs moterų tarpe (21.6 % moterų, 13.2 % vyrų). Atsižvelgiant į tai, jog daugybinės ligos labiau paplitę moterų tarpe bei į daugybinių lėtinių ligų ir skausmo ryšį, nestebina ir moteriškos lyties ir skausmo sąsaja.

Skausmas neigiamai paveikia daugelį gyvenimo sričių: pacientai su lėtiniu nugaros skausmu savo sveikatą ir fizinę veiklą vertina prasčiau, didesnis ligų skaičius ir didesnis skausmas apsunkina sveikimo procesą, daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergantieji pacientai linkę toliau vartoti vaistus ir pagerėjus sveikatai (Skjødt Rafn et al., 2023). O skausmo poveikis miegui nesiskiria tarp daugybinėmis ligomis sergančiųjų ir nesergančiųjų (Arefi Milani et. al., 2022). Didesnei daliai tiriamųjų skausmas netrukdo miegoti, kaip ir užsiimti kasdiene veikla. Visgi tarp daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų beveik 3 kartus daugiau tiriamųjų, kuriems skausmas labai trukdo kasdienei veiklai. Jei ūmaus skausmo paskirtis atkreipti dėmesį į pažeidimą ir padėti gydymui, tai lėtinis, dažnai ar nuolat jaučiamas skausmas sekina žmogų. Siekiant palengvinti skausmo sukeltus sunkumus gali prireikti papildomo dėmesio ir/ar vaistų skausmo malšinimui. Tačiau įdomu tai, jog tiek sergantieji

daugybinėmis lėtinėmis ligomis, tiek nesergantieji panašiai vartoja nuskausminamuosius ar lankosi pas gydytojus dėl skausmo. (Arefi Milani et. al., 2022).

Skausmas tarsi panaikina takoskyrą tarp sergančiųjų daugybinėmis lėtinėmis ligomis ir nesergančiųjų. Tik skausmo intensyvumas ir skaudamų vietų skaičius byloja apie sąsają su daugybinėmis lėtinėmis ligomis.

1.2.5. Apribojimai atliekant kasdienės veiklas

Vyresniame amžiuje ne tik didesnis lėtinių ligų skaičius tampa palydovu kasdienoje, bet ir bendras kūno silpnumas. Pagal meta-analizės duomenis silpnumas būdingas 16% daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančių asmenų, tačiau daugybinės lėtinės ligos būdingos 72% senatvinį silpnumą patiriančių asmenų (Vetrano et. al., 2019). Tad vyresniame amžiuje ne tik silpstančios jėgos, bet ir daugybinių ligų kompleksas apsunkina kasdienę veiklą. Tyrimuose dažnai naudojamas kasdienio gyvenimo veiklos indeksas ADL (angl. *Activities of Daily Living*; sutrumpinimas naudojamas toliau tekste; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963). Šio indekso didesnis balas nurodo sunkumus tokiose kasdienėse veiklose kaip valgymas, apsirengimas, judėjimas, prausimasis, naudojimasis tualetu ir šlapimo sulaikymas. Kasdienio gyvenimo instrumentinės veiklos indeksas IADL (angl. *Instrumental Activities of Daily Living*; sutrumpinimas naudojamas toliau tekste; Lawton & Brody, 1969) nurodo sunkumus naudojantis telefonu, apsiperkant, gaminant maistą, tvarkant namus, skalbiant, naudojantis transportu, naudojant vaistus, tvarkant finansus. Nors vyresniame amžiuje kasdienė veikla kelia sunkumų, tačiau savarankiškumas yra svarbus daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų siekis. Šiuos siekius atskleidė Lietuvoje atliktas kokybinis tyrimas (Grinevičiūtė, 2022). Daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergantieji prioretizuoja ligų simptomų sumažinimą, fizinio aktyvo išlaikymą, keliavimą ir savo savarankiškumo išlaikymą kiek įmanoma ilgiau.

Kai kurie tyrimų rezultatai teikia šiek tiek vilčių. Landré ir kolegų (2022) Prancūzijoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog 60-94 amžiaus asmenų imtyje 2015 m. nustatytas ADL indeksas sumažėjo lyginant su 2008 m., ypač vyrų grupėje. Apie didesnę moterų ADL ir IADL kalba ir Kinijos mokslininkai (Qiao et. al., 2021). Grįžtant prie Prancūzijos tyrimo, IADL indekso pokyčių lyginant 2008 m. ir 2015 m. nenustatyta (Landré at al., 2022). Visgi daugybinių lėtinių ligų grupė pasižymėjo didesniu ADL ir IADL nei grupė be daugybinių lėtinių ligų. Dauguma tyrėjų sutaria, jog daugybinės lėtinės ligos prisideda prie kasdienio gyvenimo veiklos bei kasdienio gyvenimo instrumentinės veiklos apribojimų (Landré at al., 2022; Storeng, Vinjerui, Sund & Krokstad, 2020; Qiao et. al., 2021), nors pasitaiko ir išimčių. Klinedinst su kolegomis (2022) priėjo išvados, jog vyresnių nei 65 amžiaus JAV asmenų kasdienės veiklos atlikimas turint 2-4 lėtines ligas nesiskyrė nuo turinčių mažiau nei 2 lėtines ligas, tačiau amžius, depresija turi neigiamą sąsają su gebėjimu atlikti kasdienę

veiklą ir kasdienės veiklos atlikimu. Tad griežtai teigti apie ADL ir IADL ir daugybinių lėtinių ligų sąsajas negalime.

Konkrečios ligos indėlis į keliamus kasdienės veiklos sunkumus yra individualus. Sergantys artritu ir sergantys diabetu susiduria su skirtingais iššūkiais. O kalbant ne apie vienos ligos sukeltus sunkumus, bet apie daugybines lėtines ligas, t.y. kelių lėtinių ligų derinį, kasdienės veiklos sunkumai gali įgauti skirtingą atspalvį. Lyginant ADL ir IADL skirtumus įvairių ligų klasterių grupėse didesnis ligų skaičius nebūtinai lemia didesnę ADL ir IADL (Quiñones, Markwardt & Botoseneanu, 2016; Sheridan, Mair, & Quiñones, 2019; Vetrano et al., 2018b; Vetrano et al., 2020). Labiausiai tyrėjų išskiriama depresija kaip didinanti ADL ir IADL, pvz. hipertenzijos-diabeto-artrito-depresijos klasterio ADL+IADL 2,5 karto didesnis nei hipertenzijos-diabeto-artrito klasterio (Sheridan et al., 2019). Depresija įeina į visų aukščiausią ADL+IADL indeksą turinčių klasterių sudėtį, taip pat depresija labiau nuspėja ADL+IADL tikimybę visose ligų kombinacijose lyginant su tokiomis pačiomis kombinacijomis be depresijos simptomų (Sheridan et al., 2019; Quiñones et al., 2016). Vetrano su kolegomis (2018b) įvardija, jog fizinės ligos nesukelia tiek kasdienės veiklos sunkumų, kiek neuropsichiatrinės ligos. Vėlesnio tyrimo išvada tokia pati: neuropsichiatrinė ligų grupė, ypač kartu su viena ar keliomis širdies ir kraujagyslių ligomis, turi didžiausią poveikį vyresnio amžiaus žmonių funkcijų pablogėjimui (Vetrano et al., 2020). Tad kasdienio gyvenimo veiklai svarbus ne tik daugybinių ligų skaičius, bet ir ligų pobūdis, ypač kreipiant dėmesį į depresiją ar neuropsichiatrines ligas. Verta atsižvelgti ir į depresijos simptomus, tokius kaip sumažėjusi energija ir aktyvumas, didelis nuovargis net ir nuo minimalių pastangų, kurie gali prisidėti prie kasdienės veiklos apsunkinimo.

Apžvelgiant apribojimus atliekant kasdienės (tarpe ir instrumentinės) veiklas daugybinių lėtinių ligų kontekste turime patvirtinti nenuginčijamą šių dviejų konstrukto sąsają. Taip pat neišvengiamai tenka kreipti dėmesį ir į psichikos ar neurologines ligas. Tad nagrinėjant fizinius negalavimus, turime gilintis ir į psichikos sveikatą.

1.3. Daugybinės lėtinės ligos psichikos sveikatos kontekste

Sveikame kūne sveika siela – galima dažnai išgirsti šį posakį, nusakantį kūno sveikatos ir psichikos sveikatos ryšį. Taigi, kūnas yra sveikas, kai neserga. Ar taip pat ir su psichikos sveikata: sveika psichika, kai nėra psichikos ligos(-ų)? Į šį klausimą padeda atsakyti psichikos sveikatos apibrėžimas.

1.3.1. Psichikos sveikatos samprata

Pasaulinė sveikatos organizacija (WHO, 2022) įvardija, jog psichikos sveikata yra pagrindinė

žmogaus teisė ir psichikos sveikatą apibrėžia kaip psichinės gerovės būseną, nurodančią žmogaus saviveiksmingumą ir saviraišką kasdienėje, edukacinėje, profesinėje ar socialinėje veikloje. Tai kiekvieno žmogaus subjektyviai patiriamas sudėtingas kontinuumas ir neapsiriboja vien tik psichinių ligų nebuvimu. Atitinkamai psichikos sveikatos sąvoka apibrėžiama ir LR psichikos sveikatos priežiūros įstatyme. Psichikos sveikata apibūdinama kaip gera asmens savijauta, apimanti savų gebėjimų realizavimą, įprastų gyvenimo sunkumų įveikimą, darbą ir dalyvavimą visuomenės gyvenime. Tad psichikos sveikata paliečia ne tik žmogų individualiai, bet ir visą jį supančią aplinką.

Akivaizdu, jog psichikos sveikatos sąvoka yra gana plati. Ją lengvai galima supainioti ir su fizine sveikata. Juk be sveiko kūno sunkiau realizuotis, įveikti kasdienes sunkumus, dirbti ar dalyvauti visuomenės veikloje. Tad jau vien psichikos sveikatos apibrėžimas sufleruoja apie glaudų psichinės ir fizinės sveikatos ryšį. Psichikos sveikatos apibrėžimas taip pat nusako sritis, susijusias su psichikos sveikata: savirealizacija, buitinė-ūkinė, profesinė ir socialinė veikla. Kalbant apie vyresnių žmonių psichinę sveikatą, toks įprastas socialinis reiškinys kaip išėjimas į pensiją, arba kitais žodžiais apibūdinant – profesinės veiklos nutraukimas, gali paveikti psichinę sveikatą, nekalbant apie kitus sveikatos ar socialinius sunkumus vyresniame amžiuje.

Akivaizdu, jog psichikos sveikata ne tik psichikos ligų nebuvimas. Yra sakoma, kad laimė kaip sveikata – jei jos nepastebi, vadinasi ji yra. Ši posakis gražiai iliustruoja gyvenimo kokybės (bent jau dalinę) atitiktį sveikai psichikai, taip pat faktą, jog liga labiausiai išryškina psichikos sveikatos sutrikimus. Viena labiausiai paplitusių psichikos sveikatos ligų – depresija (Moreno-Agostino et. al., 2021).

1.3.2. Daugybinių lėtinių ligų ryšys su depresija ir kitais veiksniais

Pagal TLK-10 depresijos epizodui būdinga liūdna nuotaika, sumažėjusi energija ir aktyvumas, taip pat sumažėję pasitenkinimas, interesų ratas, dėmesio koncentracija, jaučiamas didelis nuovargis net ir nuo minimalių pastangų, sutrikęs miegas ir sumažėjęs apetitas, susilpnėjęs libido, taip pat sumažėjusi savivertė ir pasitikėjimas savimi, būdinga kaltės jausmas ir bevertiškumas. Read ir kolegų (2017) atlikta meta-analizė parodė, jog depresija pasireiškia nuo 17,19% (diagnozuota depresija) iki 21,14% (depresijos simptomai nustatyti pagal testų rezultatus) sergančiųjų daugybinėmis lėtinėmis ligomis. Daugybinės lėtinės ligos depresijos riziką padidina 3 kartus lyginant su neturinčiais nė vienos ligos ir 2 kartus lyginant su sergančiais viena lėtine liga. Tad sergant dvejomis ar daugiau lėtinėmis ligomis didėja ir depresijos diagnozės tikimybė. Tačiau vyresniame amžiuje depresija diagnozuojama rečiau nei jaunesniems suaugusiems, nes dažnai depresijos simptomai priskiriami senėjimo požymiams ar paaiškinami kaip ligų pasekmė ir nėra vertinami kaip pagrindas depresijos diagnozei (Rodda, Walker & Carter, 2011). Kalbama ir apie dvikryptį ryšį tarp depresijos ir daugybinių ligų,

kur daugybinės ligos gali būti depresijos veiksnys, bet ir depresija gali suaktyvinti daugybinių lėtinių ligų atsiradimą (Triolo et al., 2020). Aptarti tyrimai gali būti posakio *sveikame kūne sveika siela* mokslinis pagrindimas.

Užsitęsusi depresija gali tapti lėtine liga ir būti įskaičiuota į daugybinių lėtinių ligų skaičių. Nustatyta, jog psichinės ligos daugiausiai paplitę poroje su psichikos ligomis (10,8%) bei skeleto ir raumenų ligomis (6,2%) (Tang et al., 2020). Fizinė sveikata vertinta prasčiausiai sergant virškinamojo trakto ligomis, psichikos sveikata – sergant psichinėmis ligomis. Tik vyresni nei 65 metų asmenys, sergantys plaučių, raumenų ir kaulų bei neurologinėmis ligomis, psichinę sveikatą vertino prasčiausiai. Pažymima, jog psichinė sveikata buvo skaičiuojama naudojant PSO-5 geros savijautos rodiklį, kuris naudojamas depresijos atrankai, o tai galėjo turėti įtakos rezultatams. Visgi, remiantis tyrimo išvadomis galima konstatuoti, jog kiekviena liga turi individualų neigiamą poveikį psichikos sveikatai.

Tyrimai atskleidžia bendrus depresijos ypatumus. Tyrimo rezultatai rodo, jog depresija labiau paplitusi moterų tarpe, neraštingų, bedarbių ar dirbančių žemės ūkio sektoriuje, bei tarp vyresnio amžiaus asmenų, apribotų kasdienėje veikloje (Pan et al., 2022). Vienišumas yra itin didelis užsitęsios, chroniškos depresijos prediktorius, o depresijos epizodo atsiradimą nuspėja labiau nei daugybinės lėtinės ligos, ADL ar IADL (de la Torre-Luque et al., 2019). Atitinkamai su vienišumu susijęs socialinių ryšių dydis bei socialinių santykių kokybė taip pat tampa svariais aspektais nuspėjant depresiją. Kultūrinis įsitraukimas (teatrų, muziejų lankymas) bei dalyvavimas socialinėje veikloje įvardijami kaip veiksniai, apsaugantys nuo depresijos diagnozės, net ir įvertinant šių veiksmų sumažėjimą didėjant daugybinėms lėtinėms ligoms (Ho et al., 2023; Ronaldson et al., 2023). Tad laisvalaikio veiklos taip pat yra svarbios psichikos sveikatai.

Depresijos diagnozė kartu su bet kokiomis kitomis daugybinėmis lėtinėmis ligomis ženkliai mažino pasitenkinimą fizine sveikata, o ypač pasitenkinimą psichikos sveikata. Įdomu pastebėti, jog tarp nesergančiųjų ir sergančių tik fizinėmis daugybinėmis lėtinėmis ligomis nenustatytas reikšmingas pasitenkinimo psichikos sveikata skirtumas. Taip pat pastebėta, jog su depresijos simptomais siejasi neurologinės būklės, lėtinis skausmas (įvertinant ir skausmo lygį), kvėpavimo takų ligos, diabetas, inkstų ir šlapimo takų ligos, artritas (Sharpe et al., 2017). Asmenybės bruožai taip pat turi reikšmės depresijos simptomams. Neurotiškumas, atvirumas patirčiai ir sutariamumas tarpininkaujant daugybinėms lėtinėms ligoms neigiamai paveikia depresijos simptomus (Kim, 2020). Tad ne vien daugybinės lėtinės ligos, bet ir kiti veiksniai, pavyzdžiui skausmas, moteriška lytis, žemesni sociodemografiniai rodikliai, kasdieniai apribojimai bei asmenybiniai veiksniai didina depresijos riziką, kartu ir psichinės sveikatos blogėjimą.

Psichikos sveikatai reikšmės turi ir finansiniai sunkumai, tačiau daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų psichikos sveikatą jie paveikia nevienodai. Psichikos sveikata prastesnė žemesnio socioekonominio statuso daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančių moterų tarpe (Ishida et. al., 2020). Skirtumai pastebimi ne tik tarp lyčių, bet ir tarp skirtingo amžius sergančiųjų. Šimtamečių daugybinės lėtinės ligos ir finansiniai ištekčiai neturėjo didelių sąsajų su jų psichologine gerove, tačiau jų mokymosi metai turėjo įtakos adekvačiam finansiniam suvokimui, o šis - teigiamų emocijų išgyvenimui (Kim, 2020). S. D. Asebedo ir M. J. Wilmarth, (2017) antrina šiems tyrimo rezultatams: subjektyvus suvokimas yra svaresnis psichinės sveikatos prediktorius nei objektyvios finansinės aplinkybės. Po šių išvadų sunku nuneigti psichikos sveikatos reikšmę ne tik fizinės sveikatos rėmuose, bet žmogaus gyvenime apskritai.

Apibendrinant galima sakyti, jog fizinės ligos susiję su psichinėmis ligomis ar bent jau depresijos epizodu. Šiam ryšiui įtakos turi tiek ligų keikis, tiek ligos pobūdis ir net sociodemografiniai ir ekonominiai rodikliai. Vis tik psichikos sveikatos apibrėžimas apima įvairias gyvenimo sritis, kaip žmogaus savirealizacija, kasdienė ūkinė, profesinė bei socialinė veikla. Tad galima daryti prielaidą, jog psichikos sveikata yra svarbi žmogaus gyvenimo kokybei ir gerovei apskritai. Besivystanti medicina suteikė žmonėms galimybę gyventi ilgiau, bet ar kokybiškiau?

1.3.3. Daugybinių lėtinių ligų ryšys su gyvenimo kokybe ir kitais veiksniais

Gyvenimo kokybė gali būti apibrėžiama ir suvokiama nevienodai. Gyvenimo kokybės sąvoka gali būti apibrėžiama kaip žmogaus vertingų gyvenimo galimybių džiaugsmas ar suvokiama kaip subjektyvus realybės ir žmogaus tikslų (įtakotų asmeninių žmogaus vertybių ir kultūros) santykis (Teoli & Bhardwaj, 2024). Taip pat gyvenimo kokybė gali būti siejama su per visą žmogaus gyvenimą pasireiškusiais tiek teigiamais, tiek neigiamais asmens gerovės aspektais, tokiais kaip asmeninė sveikata (fizinė, psichinė ir dvasinė), santykiai, išsilavinimas, darbo aplinka, socialinis statusas, finansinė gerovė, saugumo ir apsaugos jausmas, laisvė, savarankiškumas priimant sprendimus, socialinė priklausomybė ir fizinė aplinka (Teoli & Bhardwaj, 2024). Mokslinėje literatūroje sveikatos kontekste dažnai naudojama su sveikata susijusi gyvenimo kokybės sąvoka (angl. *health-related quality of life*), kreipiant dėmesį į gyvenimo kokybės aspektus, galinčius turėti sąsajų su sveikata: ligos simptomus, šalutinį gydymo poveikį, pasitenkinimą gydymu, fizinį funkcionavimą, socialinį funkcionavimą, pasitenkinimą gyvenimu bei psichikos sveikatą, įskaitant emocinę gerovę ir kognityvines funkcijas (Rothrock, Peterman, Cella, & Hesketh, 2021). Su sveikata susijusi gyvenimo kokybės sąvoka net ir be paaiškinančio apibrėžimo nurodo tamprią sveikatos būklės ir gyvenimo kokybės sąsają. Šiame darbe gyvenimo kokybė apibrėžiama pagal Hyde ir kolegų (2003) konceptą: gyvenimo kokybė grindžiama žmogaus kontrolės, autonomijos, savirealizacijos ir malonumo

poreikių tenkinimu.

Nors literatūroje randami skirtingi gyvenimo kokybės apibrėžimai, tyrėjai vieningai sutaria, jog daugybinės lėtinės ligos siejasi su prastesne gyvenimo kokybe vyresniame amžiuje (Ishida et al., 2020; Ruiz Baena et al., 2024; Sieber, Roquet, Lampraki, & Jopp, 2023). Fizinės ligos mažina gyvenimo kokybės rodiklius, tačiau prastos psichinės sveikatos indėlis šiam mažėjimui yra ženkliai didesnis (Ishida et al., 2020; Sieber et al., 2023). Apskritai lėtinės ligos nuspėja su sveikata susijusios gyvenimo kokybės judėjimo, savipriežiūros, įprastos veiklos, nerimo ir depresijos, skausmo ir diskomforto aspektus (Lu, Dong, Li, Nie & Pan, 2024). Šiai sąveikai įtakos turi lėtinių ligų rūšys: psichikos ir kognityvinės ligos didina riziką, o širdies-kraujagyslių bei medžiagos apykaitos ligos minėtoms sritims sunkumų nekelia. Tiek fizinė sveikata, tiek psichikos sveikata panašiai nuspėja gyvenimo kokybę, ypač vyresnių nei 65 metų žmonių tarpe (Ausín, Zamorano & Muñoz, 2020). Be fizinės sveikatos ir psichikos ligų poveikio gyvenimo kokybei, nustatyti šie geresnės gyvenimo kokybės socioekonominiai faktoriai: vyriška lytis, aukštesnis išsilavinimas, aukštesnė socialinė klasė, palankesnė gyvenamoji aplinka, didesnės pajamos, socialinė parama, darbas (Ausín et al., 2020; Ishida et al., 2020; Ruiz Baena et al., 2024). Su sveikata susijusią gyvenimo kokybę itin nuspėja bendras sveikatos suvokimas (Tyack et al., 2016). Teigiamą požiūrį į gyvenimą ir sveikatą vyresnio amžiaus žmonėms gali suteikti ir asmenybės bruožai (Calderón-Larrañaga et al., 2019). Ekstraversijos ir atvirumo patirčiai bruožai teigiamai siejasi su pasitenkinimu gyvenimu, o ekstraversija dar ir su sveikatos perspektyva, tačiau neurotiškumas priešingai – turi neigiamas sąsajas su su pasitenkinimu gyvenimu, sveikatos perspektyva, atsparumu ligai. Akivaizdu, jog gyvenimo kokybei reikšmės turi daug faktorių – tiek vidinių, tiek išorinių.

Apžvelgus mokslinę literatūrą galime teigti, jog žmonių sveikata prastėja. Pasaulyje sergamumas daugybinėmis lėtinėmis ligomis didėja, ypač vyresnių žmonių, moterų, žemesnio išsilavinimo, gaunančių mažesnes pajamas, turinčių viršsvorio, pasižyminčių neurotiškumu tarpe. Gyvenimas sergant dviem ar daugiau lėtinėmis ligomis apsunksta dėl vaistų vartojimo su visomis vaistų vartojimo pasekmėmis, tokiomis kaip finansinė našta ar kontraindikacijos, priklausomai nuo konkrečios ligos padidėja hospitaliacijos ar skausmo rizika, tampa sunkiau atlikti įprastas kasdienes veiklas. Daugybinės lėtinės ligos įneša daug sunkumų į žmogaus gyvenimą. Prastėjant fizinei sveikatai, sunkėjant kasdienybei, prastėja ir psichinė sveikata. Žinoma, šiam ryšiui savitą atspalvį priduoja asmenybės bruožai bei viltingas/fatališkas asmens požiūris. Neretai šie aspektai tiriami atskirai ir tyrimuose nėra atsižvelgiama į visų veiksnių reikšmę sveikatai. Atsižvelgiant į fizinės ir psichinės sveikatos ryšį, šiame darbe dėmesys atkreipiamas į vyresnius nei 49 m. suaugusius asmenis siekiant įvertinti daugybinių lėtinių ligų reikšmę depresiškumui kaip psichikos sveikatos sutrikimui

bei gyvenimo kokybei kaip psichikos sveikatos teigiamam atitikmeniui. Kontroluojant daugybę sveikatai reikšmingų aspektų (sociodemografinių, asmenybinių, finansinių, socialinės veiklos), siekiama nustatyti psichikos sveikatą geriausiai paaiškinančius fizinės sveikatos rodiklius – daugybines lėtines ligas ir/ar jų sukeltas neigiamas pasekmes sveikatai.

1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio tyrimo tikslas įvertinti daugybinių lėtinių ligų bei jų sukeltų neigiamų padarinių (sveikatos būklės ypatumų) reikšmę 50 metų ir vyresnių suaugusiųjų psichikos sveikatai Baltijos šalyse. Siekiant tyrimo tikslo įgyvendinami šie uždaviniai:

1. Įvertinti depresiškumo ir gyvenimo kokybės rodiklius daugybinių ir nedaugybinių lėtinių ligų grupėse.
2. Palyginti depresiškumo, gyvenimo kokybės, daugybinių lėtinių ligų ir sveikatos būklės ypatumų (kasdienės veiklos apribojimai, naktų, praleistų ligoninėje skaičius ir kt.) raišką Baltijos šalyse.
3. Nustatyti amžiaus, ligų skaičiaus, gyvenimo kokybės, depresiškumo, sveikatos būklės ypatumų (kasdienės veiklos apribojimai, naktų, praleistų ligoninėje skaičius ir kt.), socialinių rodiklių tarpusavio ryšius.
4. Įvertinti depresiškumo ir gyvenimo kokybės rodiklių prognostinį modelį, kontroliuojant sociodemografinius rodiklius, asmenybės bruožus, finansinį stresą, socialinius rodiklius.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Tyrimui naudojama SHARE tyrimo Baltijos šalių dalyvių 8-os bangos (2019-2020 m.) duomenys: Lietuvos – 1322 tyrimo dalyviai, Latvijos – 760, Estijos – 2749, iš viso – 4831 tyrimo dalyvis. Tyrimui naudojami 50-mečių ir vyresnių, nesergančių diagnozuotomis psichikos ligomis, tyrimo dalyvių duomenys. Ornstein ir kolegų (2013) tyrimo duomenimis jaunesnių tyrimo dalyvių grupei daugybinės lėtinės ligos nėra būdingos, o nuo 50 metų dviejų ir daugiau lėtinių ligų paplitimas yra apie 40%, trijų ir daugiau lėtinių ligų apie 25%. Šiame darbe respondentų amžiaus vidurkis – 70,31 m. (*SD* – 9,84 m.; *min* - 50 m., *max* – 100 m.). 62,76% respondenčių yra moterys. Demografiniai rodikliai pateikti 1 lentelėje.

1 lentelė. *Tyrimo dalyvių demografiniai rodikliai*

	Iš viso		Estija		Lietuva		Latvija	
	vid. N	(SD) %	vid. N	(SD) %	vid. N	(SD) %	vid. N	(SD) %
Amžius:								
Vidurkis	70,31	(9,84)	71,70	(9,44)	68,44	(10,26)	68,54	(9,68)
Minimumas	50	0,14	50	0,11	50	0,23	50	0,13
Maksimumas	100	0,02	99	0,07	95	0,08	100	0,13
Lytis:								
Vyras	1799	37,24	1016	36,96	495	37,44	288	37,89
Moteris	3032	62,76	1733	63,04	827	62,56	472	62,11
Gyvena su partneriu(-e):								
Ne	1988	41,15	1163	42,31	517	39,11	308	40,53
Taip	2843	58,85	1586	57,69	805	60,89	452	59,47
Išsilavinimas:								
Žemesnis nei aukštasis	3401	70,40	2005	72,94	819	61,95	577	75,92
Aukštasis	1430	29,60	744	27,06	503	38,05	183	24,08
Darbinė padėtis:								
Nedirbantis(-i)	1316	27,24	1979	71,99	918	69,44	576	75,79
Dirbantis(-i)	3473	71,89	741	26,96	395	29,88	180	26,68
Neatsakyta	42	0,87	29	1,05	9	0,68	4	0,53

Daugiau nei dviem lėtinėmis ligomis serga 52,35% respondentų, 49,24% tyrimo dalyvių

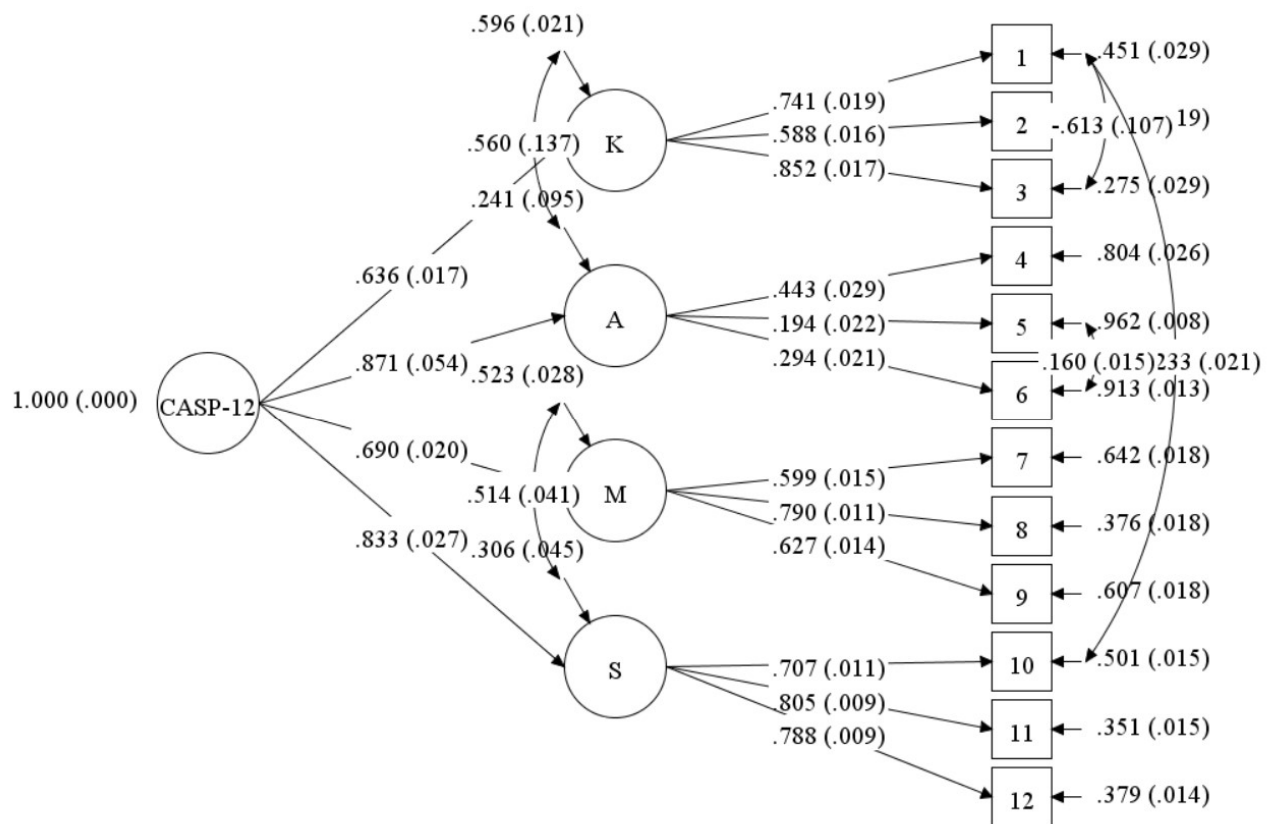
nurodė, jog patiria skausmą, vaistų nevaloja 21,09% respondentų. Daugybinių lėtinių ligų bei jų sukeltų sunkumų statistika pateikiama 1 priede. Finansinius sunkumus patiria 47,59% tiriamųjų, didesnioji dalis Latvijoje. Tyrimo dalyvių finansiniai, socialiniai ir asmenybės bruožų rodikliai pateikti 2 priede.

2.2. Tyrimo instrumentai

Gyvenimo kokybė. Gyvenimo kokybės matui nustatyti naudojama CASP-12 skalė (Von dem Knesebeck, Hyde, Higgs, Kupfer & Siegrist, 2005). Skalę sudaro tokie klausimai kaip „kaip dažnai Jums atrodo, kad Jūsų amžius neleidžia Jums daryti tai, ką norėtumėte daryti?“, „kaip dažnai, apskritai savo gyvenimą vertinate kaip laimingą?“, „kaip dažnai pastarosiomis dienomis jaučiatės energingas(-a)?“ ir pan. CASP-12 skalė sukurta naudojant 12 teiginių (po 3 teiginius kiekvienai subskalei) iš originalios CASP-19 skalės (Hyde et al., 2003). CASP-19 skalė skirta matuoti vyresnio amžiaus (67-75 m.) žmonių gyvenimo kokybę ir gerovę. Originalią skalę sudaro 19 klausimų, suskirstytų į keturias subskales: kontrolės, kaip gebėjimo aktyviai veikti savo aplinką, autonomijos, t.y. asmens teisės būti laisvam nuo nepageidaujamo kitų asmenų kišimosi, ir malonumo bei savęs realizavimo, atspindinčias aktyvius ir refleksyvius buvimo žmogumi procesus. Atsakymai įvertinami 4 balų Likerto sale nuo 0 balų „niekada“ iki 3 balų „dažnai“. CASP-19 skalės Cronbach $\alpha = 0,77$ (Hyde et al., 2003). SHARE naudojamos CASP-12 skalės klausimai taip pat įvertinami 4 balų Likerto sale nuo 1 balo „dažnai“ iki 4 balų „niekada“. Literatūroje nurodoma, jog CASP-12 skalės Cronbacho alfa svyruoja nuo 0,56 iki 0,76 (Von dem Knesebeck et al., 2005). Iš atskirų CASP-12 teiginių sugeneruotas vienas kintamasis, nurodantis bendrą gyvenimo kokybės indeksą. Minimalus indekso balas – 12, maksimalus – 48. Didesnis balas nurodo didesnę pasitenkinimą gyvenimu. Paskaičiuota tyrime naudojamos CASP-12 skalės Cronbacho $\alpha = 0,80$ (3 priedas).

Mplus programa buvo patikrinta gyvenimo kokybės CASP-12 skalės struktūra. CASP-12 skalės faktorinės analizės modelis (CFA) pateikiamas 1 paveiksle. Atsižvelgiant į programos siūlymus ir loginį pagrindimą, modelis koreguotas trimis koreliacijomis susiejant penkių skalės matavimų kintamųjų liekamąsias paklaidas bei tarpusavyje susiejant kontrolės subskalės ir autonomijos subskalės bei malonumo subskalės ir savirealizacijos subskalės latentinių kintamųjų paklaidas. CASP-12 patvirtinančiosios faktorinės analizės grafinis modelis pateikiamas 1 paveiksle. Koreguotas modelis yra tinkamas duomenims (koreguoto modelio $\chi^2 = 591,81$, $df = 45$, $p < 0,001$, $N = 4746$; $RMSEA = 0,05$, $p = 0,385$; $CFI = 0,96$; $TLI = 0,93$; nekoreguoto modelio $\chi^2 = 1150,95$, $df = 50$, $p < 0,001$, $N = 4746$; $RMSEA = 0,07$, $p < 0,001$; $CFI = 0,91$; $TLI = 0,88$; modeliai statistiškai reikšmingai skiriasi $\Delta\chi^2 = 559,13$, $\Delta df = 5$, $p < 0,001$; Pakalniškienė, 2012). Modifikuoto modelio faktorių svoriai varijuoja nuo 0,19 iki 0,85, $p < 0,001$. Atsižvelgiant į tai, jog visi standartizuoti faktorių svoriai yra

statistiškai reikšmingi, skalė su visais klausimais naudojama tyrime.



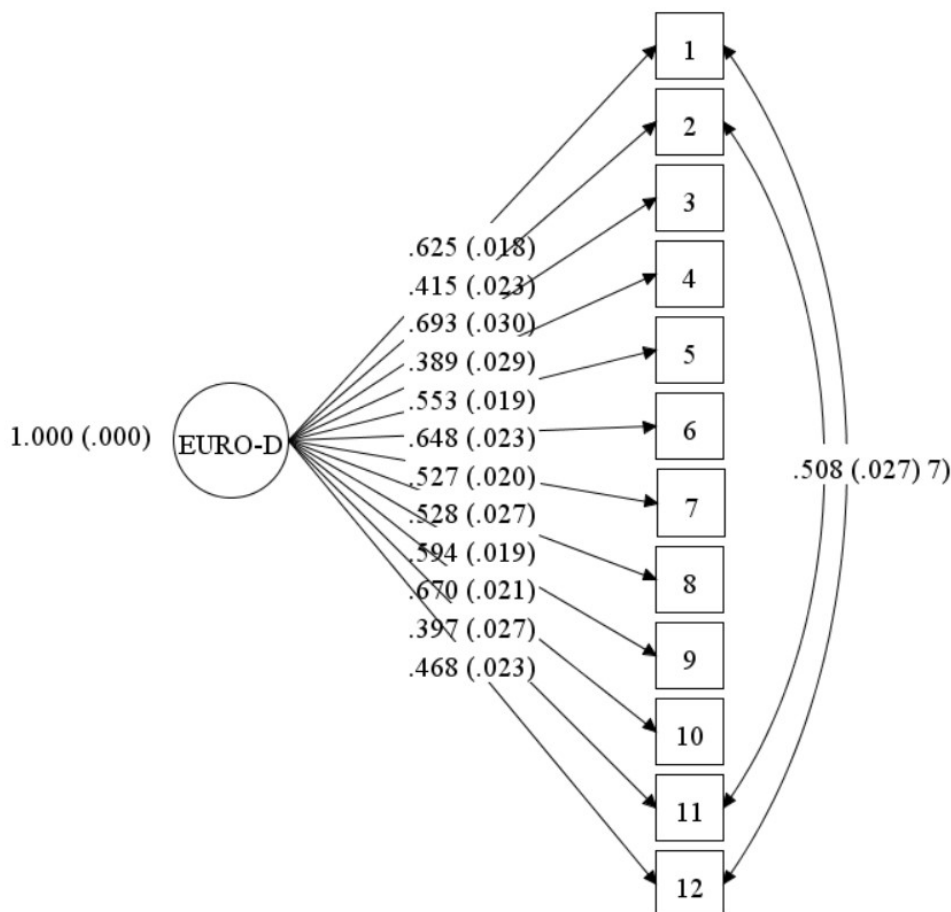
1 pav. CASP-12 skalės CFA grafinis modelis

Pastaba: CASP-12 – CASP-12 skalės latentinis kintamasis; K – kontrolės subskalės latentinis kintamasis; A – autonomijos subskalės latentinis kintamasis; M – malonumo subskalės latentinis kintamasis; S – savirealizacijos subskalės latentinis kintamasis; 1-12 – CASP-12 skalės matavimų kintamieji.

Depresiškumas. Depresiškumui nustatyti naudojamas klausimynas parengtas pagal EURO-D skalę (angl. *EURO-D scale*; Prince et al., 1999). Skalė skirta vyresniems nei 65 m. asmenims. EURO-D skalė buvo sukurta apjungiant vienuolikoje Europos šalių naudojamus skirtingus instrumentus depresijos simptomams nustatyti. EURO-D skalėje išskirti prislėgtumo, pesimizmo, savižudiškumo, kaltės jausmo, miego, susidomėjimo, dirglumo, apetito, nuovargio, susikaupimo (skaitant ar pramogaujant), malonumo ir verkimo elementai. Skalę sudaro tokie ir panašūs klausimai: „ar pastarąjį mėnesį jautėtės liūdnas(-a) ar prislėgtas(-a)?“, „koks buvo Jūsų susidomėjimas įvairiais dalykais pastarąjį mėnesį?“, „ar pastaruoju metu buvote irzlus(-i) ar sudirgęs(-usi)?“. Skalės vidinis suderintumas skirtingose šalyse skiriasi: nuo Švedijos skalės Cronbach $\alpha = 0,58$ iki Belgijos skalės Cronbach $\alpha = 0,80$. Tyrime naudojamos Baltijos šalių EURO-D skalės vidinio suderintumo rodiklis Cronbach $\alpha = 0,67$ (4 priedas) – tinkamas tyrimui (Pakalniškienė, 2012). Skalės klausimų kintamieji sugeneruojami į vieną kintamąjį, nurodantį depresiškumo stiprumą skalėje nuo 0 iki 12, kur 12 balų

parodo, jog tiriamasis labai depresyvus, o 0 balų parodo, jog nėra depresijos rizikos. Skalės 0-3 balai vertinami kaip „ne depresijos atvejis“, o 4 balai ir daugiau vertinami kaip „depresijos rizika“ (Prince et al., 1999).

Mplus programa buvo patikrinta tyrime naudojamos Baltijos šalių EURO-D skalės struktūra. EURO-D skalės faktorinės analizės modelis (CFA) pateikiamas 2 paveiksle. Atsižvelgiant į programos pasiūlymus ir loginį pagrindimą, netinkamas duomenims modelis ($\chi^2 = 1180,86$, $df = 54$, $p < 0,001$, $N = 5144$; $RMSEA = 0,07$, $p < 0,001$; $CFI = 0,85$; $TLI = 0,82$) koreguojamas susiejant 2-o (pesimizmas) ir 11-o (malonumas) skalės teiginių liekamašias paklaidas bei 1-o (prislėgtumas) ir 12-o (verkimas) skalės teiginių liekamašias paklaidas. Modifikuotas modelis tinkamas duomenims ($\chi^2 = 564,65$, $df = 52$, $p < 0,001$, $N = 4774$; $RMSEA = 0,05$, $p = 0,99$; $CFI = 0,93$; $TLI = 0,92$). Pradinis modelis ir koreguotas modelis statistiškai reikšmingai skiriasi ($\Delta\chi^2 = 616,21$, $\Delta df = 2$, $p < 0,001$). Modifikuoto modelio visi standartizuoti faktorių svoriai statistiškai reikšmingi ($p < 0,001$) ir varijuoja nuo 0,389 iki 0,693.



2 pav. EURO-D skalės CFA grafinis modelis

Pastaba: grafiniame modelyje 1 – prislėgtumas, 2 – pesimizmas, 3 – savižudiškumas, 4 – kaltės jausmas, 5 – miegas, 6 – susidomėjimas, 7 – dirglumas, 8 – apetitas, 9 – nuovargis, 10 – susikaupimas (skaitant ar pramogaujant), 11 – malonumas, 12 – verkimas.

Asmenybės bruožai. Šiame tyrime asmenybės bruožams įvertinti naudojamas 10-ties teiginių Didžiojo penketo klausimynas (BFI-10), sukurtas iš Didžiojo penketo klausimyno (*angl. Big Five Inventory (BFI)*) atrinkus po du teiginius kiekvienam asmenybės bruožiui (Rammstedt & John, 2007). Kiekvieno faktoriaus dviejų elementų patikimumas apskaičiuotas pagal Spearmano-Browno koeficientą: atvirumas – 0,45, sąmoningumas – 0,50, ekstraversija – 0,53, sutariamumas – 0,39 ir neurotiškumas – 0,67. Atsižvelgiant į instrumento trumpumą, šias reikšmes (išskyrus sutariamumo) autoriai laiko priimtinais (Levinsky & Litwin, 2019). Tyrime naudojamos Baltijos šalių BFI-10 skalės vidinio suderintumo rodikliai Cronbach α : atvirumo – 0,22, sąmoningumo – 0,37, ekstraversijos – 0,29, sutariamumo – 0,16 ir neurotiškumo – 0,55. BFI-10 skale matuojami asmenybės bruožai šiame tyrime naudojami kaip kontroliniai kintamieji.

Apribojimai atliekant kasdienės veiklas. Kasdienės veiklos apribojimą apibūdina ADL indeksas (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963). Tyrime naudojama modifikuota ADL versija, apimanti šias veiklas: 1) rengtis, taip pat apsiauti batus ir kojines, 2) vaikščioti kambaryje, 3) praustis vonioje ar po dušu, 4) valgyti taip pat supjaustyti maistą, 5) gultis ir atsikelti iš lovos, 6) naudotis tualetu, atsisėsti ant klozeto ir atsistoti nuo jo (Steel, Huppert, McWilliams & Melzer, 2003). Atitinkamai pagal veiklų skaičių, ADL indekso balas gali būti 0-6, kur didesnis skaičius reiškia didesnę kasdinių veiklų apribojimą. ADL indekso vidinio suderintumo rodiklis Cronbach $\alpha = 0,83$ (5 priedas).

Apribojimai atliekant kasdienės instrumentines veiklas. IADL indeksas apibūdina apribojimų, susijusių su kasdienio gyvenimo instrumentine veikla, skaičių (Lawton & Brody, 1969). Tyrime naudojama modifikuota IADL versija, apimanti šias veiklas: 1) naudotis žemėlapiu, siekiant susiorientuoti svetimoje vietovėje, 2) ruošti šiltą maistą, 3) pirkti maisto prekes, 4) skambinti telefonu, 5) naudoti vaistus, 6) tvarkytis namuose ar sode, 7) valdyti finansus, pavyzdžiui, apmokėti sąskaitas ir sekti išlaidas, 8) savarankiškai išeiti iš namų ir pasiekti transporto priemonės, 9) skalbti asmeninius drabužius (Nicholas, Huppert, McWilliams, & Melzer, 2003). Atitinkamai pagal instrumentinių veiklų skaičių, ADL indekso balas gali būti 0-9, kur didesnis skaičius reiškia didesnę kasdinių instrumentinių veiklų apribojimą. IADL indekso vidinio suderintumo rodiklis Cronbach $\alpha = 0,88$ (6 priedas).

Daugybinių lėtinės ligos. Sergamumas daugybinėmis lėtinėmis ligomis nustatomas prašant respondento įvardinti, kurias iš respondentui sąrašė rodomų septyniolikos būdingiausių vyresnio amžiaus žmonėms lėtinių ligų, jam diagnozavo gydytojas ir šiuo metu respondentas kenčia nuo šių būklių bei yra gydomas. Sąrašė išvardintos tokios ligos kaip aukštas kraujo spaudimas ar hipertenzija, diabetas ar aukštas cukraus lygis kraujyje, lėtinės plaučių ligos kaip lėtinis bronchitas ar emfizema ir pan. Respondentui suteikiama galimybė nurodyti kitas sąrašė neišvardintas ligas. Analizėje

naudojami kintamieji, nurodantys tiek bendrą respondentų ligų skaičių, tiek daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiuosius/nesergančiuosius kaip daugybinių lėtinių ligų ribą imant 2 ar daugiau lėtines ligas (Diederichs et al., 2011).

Vartojamų vaistų skaičius. Tyrime respondento prašoma įvardinti, ar per paskutinę savaitę respondentas vartojo vaistus konkrečioms įvardijamoms ligoms gydyti. Statistinei analizei sukuriama per savaitę vartojamų vaistų kintamasis sudėjus atskirus kintamuosius, nurodančius respondento vartojamus/nevartojamus vaistus konkrečioms ligoms. Didžiausias galimas vartojamų vaistų kiekis 14, mažiausiais - 0.

Naktų praleistų lignoninėje skaičius. Respondentų nurodytas per paskutinius metus lignoninėje (įskaitant chirurgijos, psichiatrijos ar kitus specializuotus skyrius) praleistas naktų skaičius priskirtas atitinkamai kategorijai: 1) 0 naktų, 2) 1-10 naktų, 3) 11-20 naktų, 4) 21-30 naktų, 5) ≥ 31 naktis.

Subjektyvus sveikatos vertinimas. Respondentų prašoma įvertinti sveikatą 5 balų Likerto skalėje, kur 1 reiškia, jog respondentas sveikatą vertina puikiai, o 5 balai – blogai. Atliekant statistinę analizę sveikatos vertinimo kintamasis reversuojamas, kad 1 balas reikštų prastą sveikatą, o 5 balai – puikią sveikatą.

Finansinis stresas. Patiriamą finansinį stresą atskleidžia klausimas, ar namų ūkis suduria galą su galu, atsižvelgiant į namų ūkio bendras mėnesines pajamas. Skaičiavimams sukuriama naujas dichotominis kintamasis, kur į vieną kategoriją patenka atsakymai „labai sunkiai“ ir „sunkiai“ ir vertinama kaip patiriamas finansinis stresas, o į kitą kategoriją patenka atsakymai „gana lengvai“ ir „lengvai“ ir vertinama kaip nepatiriamas finansinis stresas.

Veiklų skaičius. Tyrimo metu respondentas patvirtina/nepatvirtina per pastaruosius metus įsitraukęs į šias išvardintas veiklas: 1) savanoriška ar labdaringa veikla, 2) dalyvavimas mokymuose ar mokymų kursuose, 3) sporto, socialinio ar bet kokio kito klubo lankymas, 4) dalyvavimas politinėje ar bendruomeninėje organizacijoje, 5) knygų, žurnalų ar laikraščių skaitymas, 6) žodinių ar skaitinių galvosūkių, tokių kaip kryžiažodis ar Sudoku, sprendimas, 7) žaidimas kortomis ar tokiais žaidimais kaip Šachmatai. Veiklų skaičiaus kintamasis sukuriama sudėjus šiuos dichotominius kintamuosius. Atitinkamai didžiausias galimas veiklų skaičius per metus – 7, mažiausias - 0.

Socialinis tinklas ir pasitenkinimas juo. Šiame tyrime naudojamas kintamasis, nurodantis socialinio tinklo dydį, kuris daugiausia grindžiamas sociodemografiniais rodikliais (sutuoktinis(-ė) ar partneris(-ė), tėvai, broliai-seserys, vaikai, vaikaičiai ir pan.). Taip pat naudojamas SHARE kintamasis, nurodantis pasitenkinimą socialiniais santykiais 10 balų Likerto skalėje, kur 1 balas reiškia, jog respondentas visiškai nepatenkintas socialiniais santykiais ir 10 balų, reiškiančių, jog respondentas visiškai patenkintas savo socialiniais santykiais.

Sociodemografiniai kintamieji.

Amžius. Šiam tyrimui išskirti respondentai, kurie yra 50 metų ir vyresni.

Išsilavinimas. Respondentų išsilavinimas nustatomas pagal 1997 m. Tarptautinę standartinę švietimo klasifikaciją (1997 *International Standard Classification of Education* (ISCED-97)), leidžiančią sugretinti skirtingų šalių išsilavinimo sistemas. Statistinėje analizėje taip pat naudojamas sukurtas dichotominis išsilavinimo kintamasis, išskiriantis respondentus į įgijusius aukštąjį išsilavinimą ir įgijusius žemesnį nei aukštasis išsilavinimas, įskaitant ir neįgijusius jokio išsilavinimo.

Darbinė padėtis. Darbinė padėtis įvertinama pagal tai ar respondentas: 1) pensininkas(-ė), 2) samdomas(-a) ar savarankiškai dirbantis(-i) darbuotojas(-a) (įskaitant šeimos verslą), 3) bedarbis(-ė), 4) nuolat sergantis(-i) ar neįgalus(-i), 5) namų šeimininkas(-ė), 6) kita. Hierarchinei tiesinei regresijai skaičiuoti sukurtas dichotominis kintamasis, kurio vieną kategoriją sudaro visi dirbantys tyrimo dalyviai, o kitą visi likusieji.

Šeiminė padėtis. Tyrimo dalyvių šeiminė padėtis nustatoma pasirenkant vieną iš šių galimų variantų: 1) susituokę ir gyvena su sutuoktiniu, 2) registruota partnerystė, 3) susituokę, bet gyvena atskirai nuo sutuoktinio, 4) niekada nebuvo susituokęs(-usi), 5) išsiskyręs/išsiskyrusi, 6) našlys našlė. Atsižvelgiant į galimą skirtingą registruotos partnerystės teisinį pagrindą skirtingose šalyse, bei įvertinant kartu su respondentu gyvenančio partnerio(-ės) įtaką, neatsižvelgiant į oficialias santykių įteisinimo formas (santuoka ar registruota partnerystė), šiame tyrime naudojamas dichotominis kintamasis, nurodantis, ar respondentas gyvena/negyvena su partneriu(-e) viename namų ūkyje.

Šalis. Atliekant hierarchinę tiesinę regresinę analizę šalies kintamasis pakeistas į dichotominį kiekvienai šaliai: kiekvieno kintamojo kategoriją sudaro atskira vis kita šalis, o kitai kategorijai priskiriamos dvi likusios šalys. Patikrintas sukurtų kintamųjų atitinkamas sutapumas su pirminiais duomenimis.

2.3. Tyrimo eiga

Koreliaciniam tyrimui naudojami SHARE duomenys. SHARE – nuo 2004 m. kas du metus vykdomas longitudinis tyrimas, prie kurio kaskart gali būti prijungiami naujų tyrimo dalyvių. Apklausos visose šalyse vykdomos panašiu laiku. Atitinkamais metais vykdoma apklausa vadinama banga. Šiai dienai sukaupta 27 Europos šalių bei Izraelio vyresnio amžiaus asmenų (50 m. ir daugiau) duomenys. 2010 m. (4 banga) prie SHARE prisijungė Estija, o 2016 m. (7 banga) Lietuva ir Latvija (Kairys, 2023). Tyrimui pasirinkta naudoti 8 bangos duomenis, kurie buvo surinkti 2019-2020 m. Duomenys surinkti tyrimo apklausėjams gyvai bendraujant su tyrimo dalyviais.

Prisijungimas prie duomenų gautas pateikus oficialų prašymą. Teikiant prašymą sutinkama su institucijos nustatyta duomenų tvarkymo, neplatavimo ir saugojimo tvarka. Duomenys yra

anonimiški. SHARE pateikia paruoštas SPSS duomenų rinkmenas pagal atitinkamas temas, pvz. socialiniai ryšiai, fizinė sveikata, psichinė sveikata ir kt. Duomenų bazę sudaro šimtai kintamųjų, tad yra platus pasirinkimas galimai analizei. Šiam tyrimui buvo atrinkti tik tie kintamieji, kurie remiantis teorinės medžiagos apžvalga leidžia atsakyti į tyrimo klausimą.

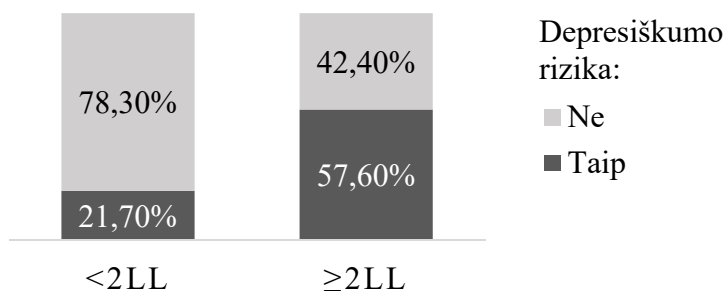
2.4. Duomenų analizės metodai

Statistinei duomenų analizei atlikti naudotas IBM SPSS Statistics 20 programinis paketas. Programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), nustatytas skalės patikimumas vidinio suderintumo būdu (Cronbach α). Skalių konstrukto validumas tikrintas atliekant patvirtinančiąją faktorinę analizę naudojant Mplus Version 8.9 programinį paketą. Vienas iš skalės modelio tinkamumą apibūdinančių kriterijų yra mažesnis (artėjantis prie 0) ir statistiškai nereikšmingas *Chi-square test* (χ^2). Šiame tyrime χ^2 yra statistiškai reikšmingas dėl didelės imties, tad modelio tinkamumas labiau remiasi kitais kriterijais, kaip statistiškai nereikšmingu ir ne didesniu nei 0,05 (ar bent jau ne didesniu nei 0,08) *Root mean square error of approximation (RMSEA)*, taip pat ne mažesniais nei 0,95 (ar bent jau 0,90) *Comparative fit index (CFI)* ir *Tucker-Lewis Index (TLI)*. Modifikuoto modelio palyginimas su pradiniu modeliu remiasi modelių *Chi-square test* skirtumu ($\Delta\chi^2$) ir laisvės laipsnių skirtumu (Δdf), kur statistiškai reikšmingą modelių skirtumą nurodo ne mažiau arba $\Delta\chi^2 = 3,841$ vienam Δdf (Pakalniškienė, 2012). Sąsajoms taikytas Spearman koreliacijos koeficientas, nes dauguma kintamųjų nepasiskirstę pagal normalųjį skirstinį. Proporcijos lyginamos taikant Chi-kvadrato kriterijų. Kintamojo pasiskirsčiusio pagal normalųjį skirstinį (gyvenimo kokybė) ir transformuoto kintamojo (depresiškumas) vidurkiai dviejose grupėse palyginti taikant nepriklausomų imčių Student t testą, nepasiskirsčiusių pagal normalųjį skirstinį (sveikatos būklės ypatumų kintamieji) – Mann-Whitney U testą. Nepasiskirstę pagal normalųjį skirstinį sveikatos būklės ypatumų kintamieji trijose grupėse lyginami taikant Kruskal-Wallis testą, o pasiskirstę pagal normalųjį skirstinį ar transformuoti – one-way ANOVA. Taikyta hierarchinė tiesinė regresija gyvenimo kokybės ir depresiškumo prediktoriams nustatyti, kontroliuojant socioekonominius rodiklius, finansinį stresą, asmenybės bruožus ir kt. kintamuosius. Tyrime naudojamas gyvenimo kokybės kintamasis CASP-12 pasiskirstęs pagal normalųjį skirstinį (8 priedas). Naudojant kvadratinės šaknies transformacijos lygtį transformuojamas depresyvumo kintamasis, kuris hierarchinėje tiesinėje regresijoje naudojamas kaip priklausomas kintamasis. Transformuotos skalės pasiskirstymo pagal normalųjį skirstinį rodikliai pateikiami 7 priede. Netransformuotiems kintamiesiems taikomi nparametriniai kriterijai (Spearman koreliacijos koeficientas, Kruskal-Wallis testas, Mann-Whitney U testas).

3. REZULTATAI

Šiame tyrime nagrinėjama daugybinių lėtinių ligų reikšmė 50 metų ir vyresnių suaugusiųjų psichikos sveikatai. Šiuo tikslu įgyvendinami išsikelti uždaviniai. Pirmiausia, siekiant įvertinti depresiškumo ir gyvenimo kokybės rodiklių pasireiškimą daugybinių ir nedaugybinių lėtinių ligų grupėse, palyginami vidurkiai daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų ir nesergančiųjų grupėse, nustatomas atitinkamų rodiklių paplitimas šiose grupėse.

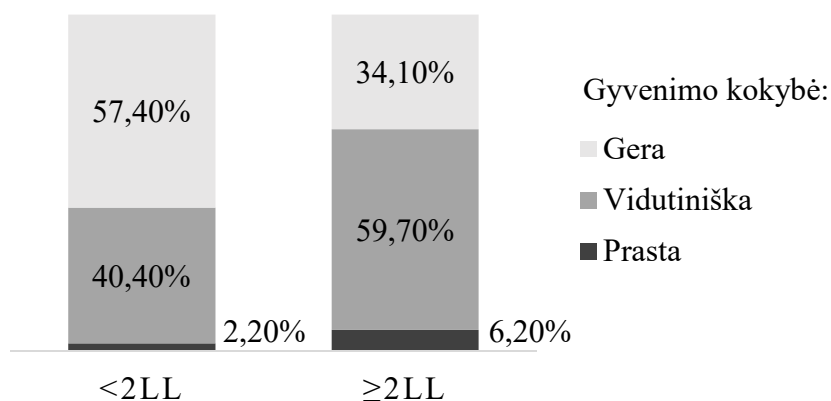
Depresiškumo vidurkiai daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų ir nesergančiųjų grupėse palyginami taikant nepriklausomų imčių Student t testą, prieš tai transformavus Euro-D skalės kintamąjį. Nustatyta, jog depresiškumas labiau būdingas daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų tarpe ($M_{<2LL} = 1,70$, $SD_{<2LL} = 0,52$, $M_{\geq 2LL} = 2,01$, $SD_{\geq 2LL} = 0,55$, $t = -19,80$, $df = 4822,43$, $p < 0,001$). Nustatant depresiškumo paplitimą tyrimo dalyvių tarpe, aukštesni nei 3 Euro-D skalės balai vertinami kaip depresiškumo rizika (Prince et al., 1999). Chi kvadrato testas parodė, jog didesnė depresiškumo rizika tarp daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų nei daugybinėmis lėtinėmis ligomis nesergančiųjų ($\chi^2 = 225,89$, $df = 1$, $p < 0,001$) tyrimo dalyvių. Daugiau nei pusė (57,60%) daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų patenka į depresiškumo riziką, tačiau daugybinėms lėtinėmis ligomis nesergančiųjų tarpe didesnei daliai tyrimo dalyvių (78,30%) depresiškumo rizikos nėra (3 pav.).



3 pav. Depresiškumo paplitimas daugybinėmis ligomis sergančiųjų ($\geq 2LL$) ir daugybinėmis ligomis nesergančiųjų ($< 2LL$) grupėse.

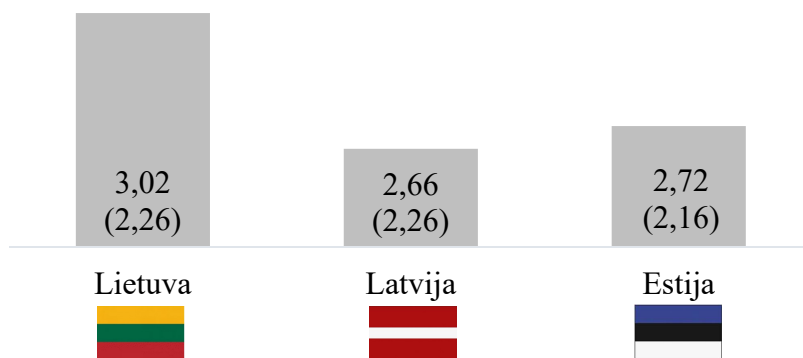
Atitinkamai daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų ir nesergančiųjų tyrimo dalyvių tarpe įvertinami gyvenimo kokybės rodikliai. Gyvenimo kokybė aukštesniais balais vertinama daugybinėmis ligomis nesergančiųjų tarpe ($M_{<2LL} = 37,36$, $SD_{<2LL} = 5,88$, $M_{\geq 2LL} = 33,96$, $SD_{\geq 2LL} = 6,11$, $t = 19,10$, $df = 4561$, $p < 0,001$). Šis statistškai reikšmingas vidurkių skirtumas tarp grupių gautas taikant Student t testą. Įvertinant gyvenimo kokybės vertinimo pasiskirstymą, CASP-12 skalės žemiausio trečdalis balai vertinami kaip prasta gyvenimo kokybė, vidurinio trečdalis balai –

vidutiniška gyvenimo kokybė, aukščiausio trečdaliao – gera gyvenimo kokybė. Gyvenimo kokybės vertinimas daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų ir nesergančiųjų grupėse skiriasi ($\chi^2 = 262,78$, $df = 2$, $p < 0,001$). Daugybinių lėtinių ligų neturinčiųjų tarpe didesnė dalis tyrimo dalyvių (57,40%) gyvenimo kokybę vertina aukščiausiais balais, o didesnė dalis (59,70%) sergančiųjų daugybinėmis lėtinėmis ligomis gyvenimo kokybę vertina vidutiniškai (4 pav.). Daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų grupėje prastai vertinančių gyvenimo kokybę yra 2,8 karto daugiau lyginant su daugybinėmis lėtinėmis ligomis nesergančiųjų grupe.



4 pav. Gyvenimo kokybės vertinimo pasiskirstymas daugybinėmis ligomis sergančiųjų ($\geq 2LL$) ir daugybinėmis ligomis nesergančiųjų ($< 2LL$) grupėse.

Lyginant daugybinių lėtinių ligų, depresiško, gyvenimo kokybės ir sveikatos būklės ypatumų raišką Baltijos šalyse pirmiausia palyginamas depresiškumas. Transformuoto depresiško kintamojo vidurkių palyginimui trijose grupėse naudojama one-way ANOVA. Nustatyta, jog Baltijos šalys tarpusavyje skiriasi vidutiniu depresiško lygiu ($F = 10,30$, $df = 2$, $p < 0,001$). Šalių depresiško vidurkiai su standartiniais nuokrypiais (SD) pavaizduoti 5 paveiksle.



5 pav. Baltijos šalių depresiško vidurkiai balai (SD)

Didžiausiu vidutiniu depresiško balu iš kitų Baltijos šalių statistiškai reikšmingai išsiskiria

Lietuva (Lietuvos-Estijos vidurkių skirtumas 0,07, $p < 0,001$; Lietuvos-Latvijos vidurkių skirtumas 0,10, $p < 0,001$). Latvijos ir Estijos vidutinis depresiškumas statistiškai reikšmingai nesiskiria.

Baltijos šalių gyvenimo kokybės vidutiniai balai taip pat skiriasi ($F = 95,13$, $df = 2$, $p < 0,001$). Šalių gyvenimo kokybės vidurkinių balai su standartiniais nuokrypiais (SD) pavaizduoti 6 paveiksle. Pagal one-way ANOVA rezultatus Estijos vyresnių nei 50 metų asmenų gyvenimo kokybės vidurkinis balas yra statistiškai reikšmingai didesnis lyginant su Lietuvos ir Latvijos tyrimo dalyvių gyvenimo kokybės vidurkinis balu (Estijos-Lietuvos vidurkių skirtumas 2,45, $p < 0,001$; Lietuvos-Latvijos vidurkių skirtumas 2,62, $p < 0,001$). Latvijos ir Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo kokybė statistiškai reikšmingai nesiskiria.



6 pav. Baltijos šalių gyvenimo kokybės vidurkiaiai balai (SD)

Baltijos šalys skiriasi ne tik depresiškumu ir gyvenimo kokybe – nustatyta ir daugiau statistiškai reikšmingų skirtumų tarp šalių. Lyginant lėtinių ligų skaičių ir sveikatos būklės ypatumus tarp Baltijos šalių naudojamas Kruskal-Wallis testas. Skaičiavimų rezultatai parodė, jog Baltijos šalys nesiskiria tik ligų ir vartojamų vaistų skaičiumi, bet statistiškai reikšmingai skiriasi ADL, IADL, naktų praleistų ligoninėje skaičiumi, sveikatos vertinimu (1 lentelė).

1 lentelė. Baltijos šalių ligų skaičiaus ir sveikatos būklės ypatumų palyginimas

	Vidurkiniai rangai			χ^2	df	p
	Lietuva	Latvija	Estija			
Ligų skaičius	2491,62	2375,85	2390,75	5,70	2	0,058
Vaistų skaičius	2379,03	2481,04	2407,03	2,75	2	0,252
ADL	2419,41	2319,33	2439,3	13,17	2	0,001
IADL	2325,48	2392,75	2464,21	17,35	2	< 0,001
Naktys ligoninėje	2510,43	2376,18	2381,6	20,40	2	< 0,001
Sveikatos vertinimas	2718,25	2121,06	2346,69	122,22	2	< 0,001

Pastaba: ADL - apribojimai atliekant kasdienes veiklas; IADL - apribojimai atliekant kasdienes instrumentines veiklas.

Siekiant nustatyti detalesnius sveikatos būklės ypatumų skirtumus tarp Baltijos šalių naudojami neparametrinės statistikos būdai pasitelkiant Mann-Whitney U testą. Skaičiavimų rezultatai pateikiami 2 lentelėje.

2 lentelė. Sveikatos būklės ypatumų vidurkinių rangų palyginimas Estijos, Lietuvos, Latvijos imtyse

Rodiklis	Šalis	Vidurkinis rangas	U	Z	p
ADL	Estija	2040,91	1801550,00	-0,71	0,048
	Lietuva	2024,25			
	Estija	1772,89	990954,00	-3,63	<0,001
	Latvija	1685,60			
	Lietuva	1056,66	480996,00	-2,85	0,004
	Latvija	1013,72			
IADL	Estija	2073,44	1712157,00	-4,10	<0,001
	Lietuva	1956,63			
	Estija	1765,27	1011903,00	-1,69	0,091
	Latvija	1713,21			
	Lietuva	1030,35	487622,50	-1,56	0,120
	Latvija	1059,55			
Naktys ligoninėje	Estija	2000,72	1720117,00	-4,28	<0,001
	Lietuva	2109,35			
	Estija	1755,87	1042215,00	-0,158	0,874
	Latvija	1751,84			
	Lietuva	1062,58	474498,50	-3,16	0,002
	Latvija	1004,84			
Sveikatos vertinimas	Estija	1931,95	1535130,00	-8,65	<0,001
	Lietuva	2244,28			
	Estija	1787,24	944656,50	-4,29	<0,001
	Latvija	1624,61			
	Lietuva	1135,47	376810,50	-10,29	<0,001
	Latvija	876,46			

Pastaba: ADL - apribojimai atliekant kasdienes veiklas; IADL - apribojimai atliekant kasdienes instrumentines veiklas.

Vidurkinių rangų palyginimas rodo, jog Baltijos šalys tarpusavyje skiriasi ADL indeksu: didžiausias ADL indeksas Estijoje, mažiausias – Latvijoje. Statistiškai reikšmingai didesnis IADL

indeksas nustatytas Estijoje lyginant su Lietuva, tačiau Latvijos IADL statistiškai reikšmingai nesiskiria nei nuo vienos kitos Baltijos šalies. Kalbant apie naktis, praleistas ligoninėje, nustatyta, jog lietuviai reikšmingai daugiau nei kitos Baltijos šalys guli ligoninėje. Sveikatą visos Baltijos šalys vertina skirtingai. Palankiausiai sveikata vertinama Lietuvoje, prasčiausiai – Latvijoje.

Amžiaus, ligų skaičiaus, gyvenimo kokybės, depresiškumo, sveikatos būklės ypatumų (kasdienės veiklos apribojimai, naktų, praleistų ligoninėje skaičius ir kt.), socialinių rodiklių tarpusavio ryšys nustatomas naudojant Spearmano koreliacijos koeficientą. Rezultatai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. *Amžiaus, ligų skaičiaus, gyvenimo kokybės, depresiškumo, sveikatos būklės ypatumų, socialinių rodiklių tarpusavio ryšys*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	-											
2	-0,234**	-										
3	0,209**	-0,503**	-									
4	0,305**	-0,310**	0,324**	-								
5	0,320**	-0,353**	0,345**	0,749**	-							
6	0,102**	-0,149**	0,158**	0,229**	0,238**	-						
7	-0,347**	0,458**	-0,362**	-0,472**	-0,507**	-0,203**	-					
8	0,224**	-0,279**	0,251**	0,258**	0,284**	0,162**	-0,355**	-				
9	0,340**	-0,344**	0,289**	0,326**	0,353**	0,163**	-0,434**	0,558**	-			
10	-0,138**	0,365**	-0,168**	-0,089**	-0,129**	-0,059**	0,270**	-0,121**	-0,215**	-		
11	0,016	0,178**	-0,014	0,088**	0,044**	0,006	0,085**	-0,017	-0,053**	0,270**	-	
12	-0,014	0,239**	-0,090**	-0,044**	-0,035*	0,004	0,103**	-0,19	-0,070**	0,140**	0,160**	-

Pastabos: 1) * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

2) Skaitmenimis žymima:

1 – amžius

2 – gyvenimo kokybė

3 – depresiškumas

4 – lėtinių ligų skaičius

5 – vartojamų vaistų skaičius

6 – naktys, praleistos ligoninėje

7 – sveikatos vertinimas

8 – ADL (kasdienės veiklos apribojimai)

9 – IADL (kasdienės instrumentinės veiklos apribojimai)

10 – laisvalaikio veiklų skaičius

11 – socialinio tinklo dydis

12 – pasitenkinimas socialiniais santykiais

Koreliacinės analizės rezultatai rodo, jog visi kintamieji statistiškai reikšmingai tarpusavyje susiję, išskyrus ryšį tarp socialinio tinklo dydžio, pasitenkinimo santykiais ir amžiaus, ligininėje praleistų naktų bei ADL. Taip pat statistiškai reikšmingas ryšys nenustatytas tarp socialinio tinklo dydžio ir depresiškumo. Tačiau depresiškumas vidutinišku stiprumu neigiamai koreliuoja su gyvenimo kokybe ($rs = 0,503, p < 0,001$). Ši koreliacija nurodo, jog stiprėjant depresiškumui gyvenimo kokybė vertinama prasčiau. Nustatyta stipri teigiama sąsaja ($rs = 0,749, p < 0,001$) tarp ligų skaičiaus ir vartojamų vaistų skaičiaus, reiškianti, jog didėjant sergamumui, didėja ir ligoms gydyti vartojamų vaistų kiekis. Taip pat nustatytas vidutinio stiprumo neigiamas ryšys tarp vartojamų vaistų ir sveikatos vertinimo ($rs = -0,507, p < 0,001$): daugėjant vartojamų vaistų skaičiui, sergantieji sveikatą vertina prasčiau. Vidutiniškai stiprus ryšys nustatytas tarp ADL ir IADL ($rs = 0,558, p < 0,001$): sunkėjant susidorojimui su kasdienėmis veiklomis, tampa sunkiau susidoroti ir su instrumentinėmis veiklomis. Kitos neaprašytos statistiškai reikšmingos sąsajos yra silpnos (žiūrėti 3 lentelę).

Įvertinant gyvenimo kokybės ir depresiškumo prognostinį modelį, kontroliuojant sociodemografinius rodiklius, asmenybės bruožus, finansinį stresą, socialinį tinklą bei laisvalaikį, taikoma hierarchinė tiesinė regresija. Nustatoma kaip skirtingos kintamųjų grupės prognozuoja gyvenimo kokybę ir depresiškumą. Nepriklausomų kintamųjų grupės į hierarchinės tiesinės regresijos modelį įtraukiamos keliais etapais. Pirmiausia įtraukiami sociodemografiniai, finansiniai, socialiniai ir asmenybiniai veiksniai, tuomet sergamumas daugybinėmis lėtinėmis ligomis ir galiausiai sveikatos būklės ypatumų veiksniai. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant gyvenimo kokybę pateikiami 4 lentelėje, o prognozuojant depresiškumą – 5 lentelėje

Prognozuojant gyvenimo kokybę pirmame modelyje įtraukus sociodemografinius, finansinius, socialinius ir asmenybinius veiksnius, modelis paaiškina 36,6% gyvenimo kokybės variacijos. Beveik visi pirmo modelio prediktoriai nuspėja gyvenimo kokybę ($F = 151,33, p < 0,001$). Iš dalies gyvenimo kokybę nuspėja šalis, kurioje gyvenama. Gyvenimas Lietuvoje lyginant su Estija nuspėja prastesnę gyvenimo kokybę ($\beta = -0,11, p < 0,001$). Geresnę gyvenimo kokybę taip pat nuspėja kiti sociodemografiniai veiksniai kaip jaunesnis amžius ($\beta = -0,17, p < 0,001$), vyriška lytis ($\beta = -0,03, p = 0,015$), aukštasis išsilavinimas ($\beta = 0,06, p < 0,001$), turimas darbas ($\beta = 0,09, p < 0,001$). Gyvenimo kokybės prediktoriai pirmame modelyje yra finansinis stresas ($\beta = -0,21, p < 0,001$), laisvalaikio veiklos ($\beta = 0,18, p < 0,001$) pasitenkinimas santykiais ($\beta = 0,15, p < 0,001$): kuo mažiau žmogus patiria finansinio streso, kuo įvairesne laisvalaikio veikla užsiima ir kuo labiau patenkintas santykiais, tuo tvirčiau galime daryti prielaidą apie kokybiškesnį jo gyvenimą. Asmenybiniai veiksniai taip pat prognozuoja gyvenimo kokybę.

4 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant gyvenimo kokybę

		β		
Prediktoriai:		1 modelis	2 modelis	3 modelis
<i>Sociodemografiniai veiksniai</i>	Šalis (referentinė kategorija: Estija)			
	Šalis (Lietuva vs. Estija)	-0,11**	-0,10**	-0,13**
	Šalis (Latvija vs. Estija)	0,02	0,02	0,00
	Amžius	-0,017**	-0,14**	-0,07**
	Lytis (mot.)	-0,03*	-0,03*	-0,01
	Gyvena su partneriu(-e)	-0,00	-0,00	-0,00
	Išsilavinimas (aukštasis)	0,06**	0,05**	0,03*
	Darbinė padėtis (dirbantys)	0,09**	0,07**	0,06**
<i>Finansiniai veiksniai</i>	Finansinis stresas	-0,21**	-0,20**	-0,17**
<i>Socialiniai veiksniai</i>	Socialinio tinklo dydis	0,01	0,02	0,02
	Pasitenkinimas santykiais	0,15**	0,15**	0,14**
	Laisvalaikio veiklos	0,18**	0,18**	0,12**
<i>Asmenybiniai veiksniai</i>	Ekstraversija	0,08**	0,07**	0,07**
	Sutariamumas	0,06**	0,06**	0,05**
	Sąmoningumas	0,11**	0,11**	0,10**
	Neurotiškumas	-0,15**	-0,13**	-0,10**
	Atvirumas patirčiai	0,08**	0,08**	0,08**
<i>Sergamumas</i>	Daugybines lėtines ligas		-0,15**	-0,01
<i>Sveikatos būklės ypatumai</i>	Vaistų kiekis			-0,08**
	Skausmas			-0,06**
	Naktys ligoninėje			-0,03*
	ADL			-0,02
	IADL			-0,13**
	Sveikatos vertinimas			0,19**
R ²		0,37	0,39	0,46
F		151,33**	154,40**	157,69**

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

Į gyvenimo kokybės prognostinį modelį įtraukus daugybinės lėtines ligas, modelis paaiškina 38,5% gyvenimo kokybės variacijos. Modelio prognostinis tikslumas reikšmingai padidėjo (R^2 pokytis = 0,02, F pokytis = 129,37, $p < 0,001$). Antrame modelyje taip pat yra statistiškai reikšmingų

prediktorių ($F = 154,40$, $p < 0,001$). Naujas daugybinių lėtinių ligų veiksnys ($\beta = -0,15$, $p < 0,001$) prisideda prie prediktorių nuspėjant gyvenimo kokybę. Kuo žmogus mažiau serga, tuo kokybiškiau gyvena (neatmetant ir kitų socialinių, sociodemografinių, finansinių, asmenybinių veiksnių reikšmės).

Trečias gyvenimo kokybės prognostinis modelis papildomas įtraukiant sveikatos būklės ypatumus: vartojamų vaistų kiekį, skausmą, ligoninėje praleistas naktis, ADL, IADL ir subjektyvų sveikatos vertinimą. Sveikatos būklės ypatumų įtraukimas į modelį pagerina ankstesnio modelio prognostinį tikslumą (R^2 pokytis = 0,08, F pokytis = 103,14, $p < 0,001$) ir paaiškina 46,4% gyvenimo kokybės variacijos. Modelyje yra statistiškai reikšmingų prediktorių ($F = 157,69$, $p < 0,001$). Beveik visi sveikatos būklės ypatumai statistiškai reikšmingai prognozuoja gyvenimo kokybę: mažesnis vartojamų vaistų ($\beta = -0,08$, $p < 0,001$), naktų, praleistų ligoninėje ($\beta = -0,03$, $p = 0,013$), sunkumų atliekant kasdienes instrumentines veiklas ($\beta = -0,13$, $p < 0,001$) kiekis, skausmo nebuvimas ($\beta = -0,06$, $p < 0,001$) bei geresnis sveikatos vertinimas ($\beta = 0,19$, $p < 0,001$) leidžia spėti apie geresnę gyvenimo kokybę. Daugybės lėtinės ligos nebetenka reikšmės nuspėjant gyvenimo kokybę kaip ir lytis. Galima teigti, jog sveikatos būklės ypatumai (išskyrus ADL), finansinis stresas, asmenybės bruožai, dauguma sociodemografinių ir socialinių veiksnių nuspėja gyvenimo kokybę, bet ne daugybinių lėtinių ligų faktas.

Apibendrinant šios hierarchinės tiesinės regresijos rezultatus nustatyta, kad kontroliuojant sociodemografinius, socialinius, asmenybinius ir kitus kintamuosius, beveik visi sveikatos būklės ypatumai prognozuoja gyvenimo kokybę, o daugybinių lėtinių ligų faktas nebetenka reikšmės. Prognozuojant gyvenimo kokybę svarbiau ne, kad žmogus serga dviem ar daugiau lėtinėmis ligomis, bet kaip kaip tos ligos pasireiškia žmogaus kasdieniame gyvenime.

Analogišku būdu sudaromi prognostiniai modeliai prognozuojant depresiškumą. Pirmame modelyje įtraukus sociodemografinius, finansinius, socialinius ir asmenybinius veiksnus, modelis paaiškina 20% depresiškumo variacijos. Beveik visi pirmo modelio prediktoriai nuspėja depresiškumą ($F = 68,04$, $p < 0,001$). Šalis yra depresiškumo prediktorius: gyvenimas Lietuvoje lyginant su Estija nuspėja didesnę depresiškumą ($\beta = 0,04$, $p = 0,011$), tačiau gyvenimas Latvijoje lyginant su Estija nuspėja mažesnę depresiškumą ($\beta = -0,10$, $p < 0,001$). Tokie sociodemografiniai veiksniai kaip vyresnis amžius ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$), moteriška lytis ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$), žemesnis išsilavinimas ($\beta = -0,05$, $p = 0,001$), nedarbas ($\beta = -0,05$, $p = 0,006$) prognozuoja depresiškumą. Finansinis stresas, socialiniai veiksniai bei dauguma asmenybės bruožų taip pat yra atitinkami depresiškumo prediktoriai.

5 lentelė. Hierarchinės tiesinės regresijos rezultatai prognozuojant depresiškumą

	Prediktoriai:	β		
		1 modelis	2 modelis	3 modelis
<i>Sociodemografiniai veiksniai</i>	Šalis (referentinė kategorija: Estija)			
	Šalis (Lietuva vs. Estija)	0,04*	0,03*	0,05**
	Šalis (Latvija vs. Estija)	-0,10**	-0,10**	-0,09**
	Amžius	0,16**	0,12**	0,06**
	Lytis (mot.)	0,16**	0,15**	0,13**
	Gyvena su partneriu(-e)	0,01	0,01	0,01
	Išsilavinimas (aukštasis)	-0,05**	-0,04*	-0,01
	Darbinė padėtis (dirbantys)	-0,05**	-0,03	-0,01
<i>Finansiniai veiksniai</i>	Finansinis stresas	0,13**	0,12**	0,08**
<i>Socialiniai veiksniai</i>	Socialinio tinklo dydis	0,05**	0,03*	0,03
	Pasitenkinimas santykiais	-0,07**	-0,07**	-0,07**
	Laisvalaikio veiklos	-0,10**	-0,10**	-0,05**
<i>Asmenybiniai veiksniai</i>	Ekstraversija	-0,04**	-0,04**	-0,03*
	Sutariamumas	-0,04**	-0,04**	-0,04**
	Sąmoningumas	-0,05**	-0,05**	-0,04**
	Neurotiškumas	0,22**	0,20**	-0,17**
	Atvirumas patirčiai	-0,00	-0,01	-0,00
<i>Sergamumas</i>	Daugybinės lėtinės ligos		0,18**	0,04*
<i>Sveikatos būklės ypatumai</i>	Vaistų kiekis			0,10**
	Skausmas			0,09**
	Naktys ligoninėje			0,04**
	ADL			0,04*
	IADL			0,09**
	Sveikatos vertinimas			-0,14**
R ²		0,20	0,23	0,30
F		68,04**	75,67**	80,42**

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

Į depresiškumo prognostinį modelį įtraukus daugybinės lėtinės ligas, modelis paaiškina 32,8% depresiškumo variacijos. Modelio prognostinis tikslumas reikšmingai padidėjo (R^2 pokytis = 0,03, F pokytis = 158,44, $p < 0,001$). Į modelį įtrauktos daugybinės lėtinės ligos antrame modelyje tampa

prognostiniu depresiškumo veiksniu ($\beta = 0,18$, $p < 0,001$), o darbinė padėtis nebetenka reikšmės prognozuojant depresiškumą. Tad depresiškumą gali nuspėti daugybinės lėtinės ligos kaip ir finansinis stresas, socialiniai veiksniai bei dauguma sociodemografinių veiksnių ir asmenybės bruožų.

Trečias depresiškumo prognostinis modelis, įtraukus sveikatos būklės ypatumus, paaiškina 29,8% depresiškumo variacijos. Toks modelis statistiškai reikšmingai padidina prognostinį tikslumą (R^2 pokytis = 0,07, F pokytis = 72,72, $p < 0,001$). Į modelį įtraukti prediktoriai nuspėja depresiškumą ($F = 80,42$, $p < 0,001$). Visi įtraukti sveikatos būklės ypatumai (vaistų kiekis, skausmas, naktys ligoninėje, ADL, IADL, sveikatos vertinimas) statistiškai reikšmingai prognozuoja depresiškumą. Didesnis vartojamų vaistų kiekis, skausmas, hospitalizacija, sunkumai atliekant kasdienes veiklas (įskaitant ir instrumentines veiklas), prastas sveikatos vertinimas didina depresiškumo prognozę. Daugybinės lėtinės ligos taip pat išlieka reikšmingos nuspėjant depresiškumą ($\beta = 0,04$, $p = 0,032$). Lyginant su kitais depresiškumo prognostiniais modeliais, išsilavinimas ir socialinio tinklo dydis nebetenka reikšmės nuspėjant depresiškumą. Apibendrinant trečio prognostinio modelio rezultatus galima daryti prielaidą, jog prognozuojant depresiškumą svarbūs prediktoriai yra tiek sveikatos būklės ypatumai, tiek daugybinės lėtinės ligos, taip pat finansinis stresas, bei dauguma asmenybės bruožų, socialinių ir sociodemografinių veiksnių. Išsilavinimas, darbinė padėtis, atvirumo patirčiai bruožas, socialinio tinklo dydis, gyvenimas su/be partneriu(-e) depresiškumo tikimybei yra nereikšmingi.

Apibendrinant šios hierarchinės tiesinės regresijos rezultatus nustatyta, kad kontroliuojant sociodemografinius, socialinius, asmenybinius ir kitus kintamuosius, tiek daugybinių lėtinių ligų faktas, tiek sveikatos būklės ypatumai yra reikšmingi prognozuojant depresiškumą.

Įvertinant abiejų gyvenimo kokybės ir depresiškumo hierarchinės tiesinės regresijos rezultatus, akivaizdu, jog sveikatos būklės ypatumai svarbūs tiek prognozuojant gyvenimo kokybę, tiek depresiškumą. Iš sveikatos būklės aspektų išskiriant konkrečius tiek gyvenimo kokybės, tiek depresiškumo prediktorius, galima įvardinti vartojamų vaistų kiekį, skausmą, hospitalizaciją, IADL ir subjektyvų sveikatos vertinimą.

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas – įvertinti fizinės ir psichikos sveikatos ryšį, nustatant daugybinių lėtinių ligų reikšmę 50 metų ir vyresnių suaugusiųjų psichikos sveikatai. Tyrimas atliktas naudojant SHARE duomenis Baltijos šalių imtyje. Tiriamajame darbe dėmesys sutelkiamas depresiškumui kaip prastos psichikos sveikatos rodikliui. Tiriama ir gyvenimo kokybė kaip pozityvi psichikos sveikatos raiška, atsižvelgiant į įvairias gyvenimo sritis apimančią psichikos sveikatos sampratą. Siekiant išsiskirti tikslo pirmiausia įvertinami depresiškumo ir gyvenimo kokybės rodikliai. Nustatyta, jog vidurkinis depresiškumo balas didesnis daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų grupėje. Depresiškumas 2,65 karto labiau paplitęs daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų tarpe. Šie rezultatai labai artimi meta-analizės rezultatams, kur nustatyta, jog depresijos rizika 3 kartus didesnė daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų grupėje lyginant su nesergančiųjų grupe ir 2 kartus didesnė lyginant su sergančiais viena lėtine liga (Read et al., 2017). Gyvenimo kokybės rodiklių tyrimo rezultatai panašūs kaip ir depresiškumo. Gyvenimo kokybės vidurkiniai balai žemesni daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų grupėje. Daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančiųjų grupėje prastai vertinančių gyvenimo kokybę yra 2,8 karto daugiau lyginant su daugybinėmis lėtinėmis ligomis nesergančiųjų grupe. Šie rezultatai papildo mokslinėje literatūroje aptinkamus tyrimų rezultatus, nurodančius gyvenimo kokybės prastėjimo ir daugybinių lėtinių ligų sąsajas vyresniame amžiuje (Ishida et al., 2020; Ruiz Baena et al., 2024; Sieber, Roquet, Lampraki, & Jopp, 2023). Daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančių Baltijos šalių vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo ir gyvenimo kokybės rodikliai įsilieja į bendrą pasaulio tendenciją.

Tiek žmogaus fizinė sveikata, tiek psichinė sveikata siejasi su daugeliu veiksnių. Nustatant ryšius tarp ligų skaičiaus, gyvenimo kokybės, depresiškumo, socialinių rodiklių, sveikatos būklės ypatumų (kasdienės veiklos apribojimai, naktų, praleistų lignoninėje skaičius ir kt.), išskirtinių rezultatų nei kituose tyrimuose negauta. Kaip pavyzdžius galima paminėti ryšį tarp didėjančio lėtinių ligų skaičiaus ir vyresnio amžiaus (Ballesteros et al., 2021; Jürisson et al., 2021; Mounce et al., 2018; Palladino et al., 2016; Nunes et al., 2018) bei prastėjančia gyvenimo kokybe (Ishida et al., 2020; Ruiz Baena et al., 2024; Sieber et al., 2023). Taip pat paminėti galima su amžiumi didėjančių suvartojamų vaistų skaičių (Guisado-Clavero et al., 2019) ir hospitalizacijos atvejus (Rodrigues et al., 2022). Kaip ir kiti tyrėjai nustatėme, jog didėjant ADL bei IADL didėja ir depresiškumas (Pan et al., 2022). Kitais žodžiais tariant, mažėjant žmogaus savarankiškumui, galimybei funkcionuoti ir pačiam apsitarnauti tenkinant savo poreikius, negalint užsiimti ir mėgautis mėgstama veikla ar dalyvauti bendruomenės gyvenime – t.y. mažėjant asmens dalyvumui srityse, apibrėžtose psichikos sveikatos sąvokos, daugėja depresijos simptomų ir didėja depresijos rizika.

Nustaćius daugybinių lėtinių ligų, gyvenimo kokybės, depresiško ir kitų veiksmų tarpusavio ryšius daugybinių lėtinių ligų reikšmė psichikos sveikatai nėra galutinai aiški. Lieka klausimas, ar pats daugybinių lėtinių ligų faktas ar/ir įvairūs sveikatos būklės ypatumai sergant daugybinėmis lėtinėmis ligomis yra reikšmingesni psichikos sveikatai. Tad šiame tyrime taip pat įvertinti depresiško ir gyvenimo kokybės rodiklių (kaip psichikos sveikatos neigiamo/teigiamo atitikmens) prognostiniai modeliai, kontroliuojant sociodemografinius rodiklius, asmenybės bruožus, finansinį stresą, socialinius rodiklius, apimančius socialinio tinklo ir laisvalaikio ypatumus. Nustatyta, jog prognozuojant gyvenimo kokybę svarbus tampa ne sergamumo daugybinėmis lėtinėmis ligomis faktas, bet kokybinė to fakto raiška – sveikatos būklės ypatumai, tokie kaip mažesnis vaistų kiekis, skausmas, hospitalizacijos atvejai, instrumentinių veiklų apribojimas ir subjektyvus sveikatos vertinimas. Panašių rezultatų galima rasti ir kitų autorių darbuose. Nepaisant daugybinių lėtinių ligų ir prastesnės gyvenimo kokybės ryšio (Ishida et al., 2020; Ruiz Baena et al., 2024; Sieber et al., 2023), su sveikata susijusią gyvenimo kokybę nuspėja subjektyvus sveikatos suvokimas, kuris yra reikšmingesnis prediktorius nei ligų skaičius (Tyack et al., 2016). Šiame tyrime panašūs rezultatai: daugybinių lėtinių faktas neteko reikšmės nuspėjant gyvenimo kokybę į prognostinį modelį įtraukus sveikatos būklės ypatumus, tarp kurių ir sveikatos vertinimas. Įvertinant gautus tyrimo rezultatus, galima atsižvelgti ir į su sveikata susijusius gyvenimo kokybės aspektus: judėjimą, savipriežiūrą, įprastą veiklą, neigiamas emocijas, skausmą ir diskomfortą (Lu et al., 2024). Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra dalis bendros gyvenimo kokybės ir gerovės. Tad su sveikata susiję veiksniai, kaip skausmas ar instrumentinė veiklos apribojimai, nuspėja ir bendrą gyvenimo kokybę apskritai.

Šiek tiek kitokie rezultatai gauti prognozuojant depresišumą, kai kontroliuojami sociodemografiniai rodikliai, asmenybės bruožai, finansinis stresas, socialiniai rodikliai. Nustatyta, jog reikšmingas tiek daugybinių lėtinių ligų faktas, tiek sveikatos būklės ypatumai. Šie rezultatai iš dalies sutampa su meta-analizės rezultatais, kur teigiama, jog daugybinės lėtinės ligos depresijos riziką padidina 3 kartus lyginant su nesergančiais (Read et al., 2017). Galima teigti, jog daugybinės lėtinės ligos reikšmingos nuspėjant ne tik depresiją, bet ir depresijos simptomus. Kalbant apie sveikatos būklės ypatumų prognostinę reikšmę depresiškumui, galima pasiremti nustatytais depresijos simptomų ir skausmo (Sharpe et al., 2017) bei apribojimų kasdienėje veikloje (Klinedinst et al., 2022; Pan et al., 2022) sąsajomis. Verta įvertinti ir depresijos simptomus: stiprus nuovargis nuo menkiausių pastangų gali apsunkinti kasdienę veiklą. Tyrėjai teigia, jog neuropsichiatrinės ligos sukelia net daugiau kasdienės veiklos sunkumų nei fizinės ligos (Vetrano et al., 2018 b). Tyrėjai taip pat nustatė, jog depresijos diagnozė mažino pasitenkinimą fizine sveikata, o ypač psichikos sveikata (Pan et al., 2022), atsižvelgiant ir į atitinkamo ligų pobūdžio (fizinė ar psichikos liga) reikšmę

sveikatos vertinimui (Tang et al., 2020). Šiame tyrime respondentai vertino savo sveikatos būklę bendrai, neišskiriant fizinės ar psichikos sveikatos. Vis tik pasiremiant nustatyta didesne subjektyvaus vertinimo, o ne objektyvių faktų svarba nuspėjant psichinę sveikatą (Asebedo & Wilmarth, 2017), bei pasiremiant dvikrypčiu depresijos-daugybinių lėtinių ligų ryšiu (Triolo et al., 2020), galbūt galima kalbėti ir apie dvikryptį depresiškumo-sveikatos vertinimo ryšį. Tikėtina, jog depresiškumui būdingas pesimizmas gali sustiprinti neigiamą sveikatos vertinimą, o subjektyviai neigiamai vertinama sveikata gali prisidėti prie depresijos simptomų sustiprėjimo. Prielaidai patikrinti ateityje reikėtų atlikti longitudinius stebėjimus, nuosekliai fiksuojant psichikos ir fizinės sveikatos pokyčius.

Tyrime taip pat lyginami Baltijos šalių depresiškumo, gyvenimo kokybės rodikliai, sergamumas daugybinėmis lėtinėmis ligomis bei sveikatos būklės ypatumai. Analizė parodė, jog Baltijos šalys nesiskiria tik daugybinių lėtinių ligų ir vartojamų vaistų skaičiumi. Šiame ir kituose tyrimuose pripažįstama, kad daugybinės lėtinės ligos siejamos su prastesne psichikos sveikata (Ishida et al., 2020; Ruiz Baena et al., 2024; Sieber, Roquet, Lampraki, & Jopp, 2023). Kartu šiame tyrime gauti šalių skirtumai skatina nepamiršti, kad yra eilė su sveikata nesusijusių faktorių, kurie prisideda prie psichikos sveikatos formavimo. Jei daugybinės lėtinės ligos būtų vienintelis veiksnys, galima būtų tikėtis, kad šalys, kuriose nesiskiria daugybinių lėtinių ligų paplitimas nesiskirs ir psichikos sveikatos rodikliais. Tyrimo rezultatai parodė, jog geriausiai gyvenimo kokybę vertina estai. Kadangi gyvenimo kokybė taip pat dažnai aiškinama sociodemografiniais rodikliais, gyvenamąja aplinka, didesnėmis pajamomis, gaunama socialine parama (Ishida et al., 2020; Ruiz Baena et al., 2024), galima daryti prielaidą, kad šių veiksnių kombinacija yra palankesnė 50 metų ar vyresnių gyvenimo kokybei nei kitose Baltijos šalyse. Šiuo tyrimu nebuvo siekiama išskirti ir įvertinti kontekstinių (sociodemografinių ar socioekonominių) veiksnių reikšmės gyvenimo kokybei, nes tyrimo tikslas labiausiai buvo orientuotas į fizinės-psichinės sveikatos ryšį. Tad lieka erdvė tolimesniems tarpkultūriniais tyrimams, kurie galės įnešti daugiau aiškumo paaiškinant šiuos skirtumus.

Žvelgiant į depresiškumą tarp Baltijos šalių, nustatyta, jog reikšmingai didesnis depresiškumas būdingas lietuviams. Atsižvelgiant į tai, jog sergamumas daugybinėmis lėtinėmis ligomis tarp šalių nesiskiria, išskirtinai lietuviams būdingo depresiškumo negalime pagrįsti vien tik tyrėjų nustatyta daugybinių lėtinių ligų sąsaja su depresiškumu (Read et al., 2017). Kaip ir gyvenimo kokybės atveju, šio skirtumo pagrindimo būtų galima ieškoti sociodemografiniuose rodikliuose, kasdieniuose apribojimuose, skausmo patyrimo ar asmenybinės bruožuose (Kim, 2020; Pan et al., 2022; Sharpe et al., 2017). Sociodemografiniai rodikliai, skausmas, asmenybės bruožai tarp šalių nebuvo lyginami. Taip pat dėl šiame tyrime gautų aukštų Estijos ADL ir IADL rodiklių, darosi sudėtingiau paaiškinti išskirtinį lietuvių depresiškumą, nebent žvilgsnį nukreipus į sveikatos sistemos ar socialinių paslaugų skirtumus. Tikėtina, jog įvairiomis paslaugomis kompensuoti išskylančios kasdieniai sunkumai turi

mažiau reikšmės psichikos sveikatai, tačiau šiai prielaidai įvertinti reiktų tolimesnių, socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemų skirtumus analizuojančių tyrimų. Lietuvių didžiausias depresiškumas, bet tuo pačiu palankiausiai vertinama sveikata prieštarauja Pan ir kolegų (2022) išvadai, jog depresiškumas kartu su bet kokiomis kitomis daugybinėmis lėtinėmis ligomis ženkliai mažino pasitenkinimą fizine sveikata. Šiame tyrime teiraujantis respondentų, kaip jie vertina sveikatą, nebuvo išskirta tik fizinė sveikata, bet klausiama apie sveikatą apskritai, tad nėra galimybės vienareikšmiškai sulygtinti šių rezultatų. Vis tik šis netikslumas iki galo nepaaiškina tyrimų rezultatų prieštarų. Pasiremti galbūt galima tyrimuose nustatytais depresijos sąsajomis su skirtingomis tyrimo dalyvių ligomis, skausmo lygiu (Sharpe et. al., 2017), skirtingais asmenybės bruožais (Kim, 2020), tačiau tvirtai šios prielaidos turimais tyrimo rezultatais pagrįsti negalime.

Ribotumai ir tolimesnių tyrimų kryptys. Šiame tyrime neišvengiamai susiduriama su ribotumais. Nors SHARE duomenys leidžia tyrimą atlikti reprezentatyvia imtimi ir naudoti įvairius kintamuosius, vis tik respondentų laiko taupymo sumetimais dauguma skalių ir indeksų yra modifikuotos ar sutrumpintos originalių skalių ir indeksų versijos. Jie nėra standartizuoti atitinkamoje šalyje, tad gautus rezultatus ne visuomet galime pritaikyti visiems tiriamų šalių gyventojams. Modifikuotais tyrimo įrankiais gautus rezultatus reikėtų atsargiau lyginti su kitų tyrimų rezultatais. Taip pat ne visų modifikuotų įrankių psichometrinės charakteristikos atitinka tyrimams keliamus reikalavimus. Asmenybės bruožų vertinimas nepasižymėjo gerais patikimumo rodikliais, todėl šie kintamieji buvo naudojami tik kaip kontroliniai, o prognostiniuose modeliuose gautus ryšius reikėtų vertinti atsargiai – dėl nepakankamo patikimumo ryšiai gali būti stipresni, nei buvo nustatyta.

Nepaisant tyrimo ribotumų, galima atkreipti dėmesį į gautų tyrimo rezultatų galimą naudą. Vyresniame amžiuje depresijos simptomai dažnai siejami su senėjimo požymiais, dėl ko rečiau diagnozuojama depresija ir atitinkamai gydoma (Rodda et al., 2011). Šiame tyrime nustatyti depresiškumo prognostiniai veiksniai psichikos sveikatos specialistų profesinėje veikloje gali būti orientyru, atkreipiančiu dėmesį į galimą vyresnių pacientų depresijos riziką. Daugybinės lėtinės ligos, o kartu ir didesnis vartojamų vaistų kiekis, skausmo patyrimas, kasdienio gyvenimo apribojimai ir dažni apsilankymai ligoninėje, turėtų būti ženklas psichikos sveikatos specialistams, kad žmogus turi padidėjusią depresijos riziką. Remiantis tyrimo rezultatais depresijos rizikos mažinimui svarbu sumažinti ir fizinės sveikatos problemas kaip skausmas ar ribotumai, neleidžiantys atlikti kasdienių veiklų. Čia tampa svarbus medicininės reabilitacijos specialistų (kineziterapiauto, ergoterapiauto ir kt.) vaidmuo bei sveikatos psichologas, palaikantis paciento motyvaciją įsitraukti ir tęsti reabilitaciją. Vyresnio amžiaus žmogaus įgalinimo atstatymas, gali prisidėti prie depresiškumo mažinimo bei gyvenimo kokybės pagerinimo. Žinant, kad tam tikrų funkcijų atstatyti nėra įmanoma, reikalinga teikti socialines ar kitas paslaugas, kurios padėtų kuo labiau kompensuoti atsiradusius ribotumus ir

kuo ilgiau išlaikyti asmens savarankiškumą, taip prisidedant ir prie asmens psichikos sveikatos gerinimo. Galiausiai, kompleksines problemas reikia spręsti kompleksiškai. Tad teikiant atitinkamą dėmesį kompleksiniam paslaugų teikimui bei specialistų komandinio darbo stiprinimui, o gal pasvarstant ir apie daugybinių lėtinių ligų atvejo vadybos galimybę, tikėtinas daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergančių 50 metų ir vyresnių suaugusiųjų psichikos sveikatos pagerėjimas.

Siekiant grynesnio fizinės sveikatos ir psichinės sveikatos ryšio ištyrimo galima galvoti apie atitinkamų fizinių ligų grupių – psichikos ir elgesio sutrikimų/ligų – nervų sistemos sutrikimų/ligų atskyrimą ateities tyrimuose. Tai padėtų išskirti ligų grupes, kurios labiausiai paveikia sergančiųjų psichikos sveikatą ir sveikatos priežiūros specialistai galėtų tikslingiau orientuoti žvilgsnį ir resursus teikiant pacientams atitinkamą pagalbą. Šiame tyrime nustatytas sveikatos vertinimo prognostinis ryšys su depresiškumu, taip pat pesimistinis vertinimas, žinomas kaip vienas iš depresiškumo simptomų, sufleruoja apie galimą dvikryptį depresiškumo-sveikatos vertinimo ryšį. Nuoseklus psichikos ir fizinės sveikatos pokyčių fiksavimas atliekant longitudinius tyrimus padėtų ištirti šią prielaidą. Atitinkamos intervencijos, keičiančios subjektyvų sveikatos vertinimą optimistiškesne linkme, galimai užkirstų kelią depresiškumo simptomų stiprėjimui. Taip pat išryškėję Baltijos šalių sveikatos būklės ypatumų skirtumai verti platesnio ir gilesnio mokslinio žvilgsnio tarpkultūriniame kontekste, įvertinant ir sveikatos sistemos, sveikatos politikos, socialinės apsaugos aspektus psichikos sveikatai.

5. IŠVADOS

1. Depresiškumas bei prastesnė gyvenimo kokybė labiau būdingi daugybinėmis lėtinėmis ligomis sergantiesiems 50 metų ir vyresniems asmenims. Tačiau kontroliuojant sociodemografinius, ekonominius, socialinius ir asmenybinius veiksnius, bei į analizę įtraukus sveikatos būklės ypatumus, daugybinės lėtinės ligos prognozuoja didesnį depresiškumą, bet ne gyvenimo kokybės lygį.
2. Neigiami sveikatos būklės ypatumai (didesnis vaistų kiekis, patiriamas skausmas, didesnis hospitalizacijų kiekis, patiriami kasdienių instrumentinių veiklų apribojimai ir prasčiau subjektyviai vertinama sveikata) turi didesnę reikšmę nei daugybinės lėtinės ligos ir nuspėja prastesnę gyvenimo kokybę ir didesnį depresiškumą.
3. Nors sergamumas daugybinėmis lėtinėmis ligomis Baltijos šalyse nesiskiria, tačiau nustatyti depresiškumo ir gyvenimo kokybės skirtumai: didžiausias depresiškumas būdingas lietuviams, o išskirtinai gera gyvenimo kokybe išsiskiria Estijos gyventojai.
4. Lyginant Baltijos šalis nustatyti ir sveikatos būklės ypatumų skirtumai. Nustatyta, jog Lietuva išsiskiria didžiausia hospitalizacija, tačiau sveikatą vertina palankiausiai. Tuo tarpu latviai sveikatą vertina prasčiausiai, bet jų ADL indeksas mažiausias Baltijos šalyse. O didžiausias ADL ir IADL indeksas nustatytas Estijoje.

LITERATŪRA

- Akugizibwe, R., Calderón-Larrañaga, A., Roso-Llorach, A., Onder, G., Marengoni, A., Zucchelli, A., Rizzuto, D., & Vetrano, D.L (2020). Multimorbidity Patterns and Unplanned Hospitalisation in a Cohort of Older Adults. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12):4001. <https://doi.org/10.3390/jcm9124001>
- Arefi Milani, A., Raji, M. A., Kuo, Y.-F., Lopez, D. S., Markides K.S., & Al Snih, S. (2022). Multimorbidity Is Associated With Pain Over 6 Years Among Community-Dwelling Mexican Americans Aged 80 and Older. *Frontiers in Pain Research*, 3:830308. doi: 10.3389/fpain.2022.830308
- Asebedo, S. D., & Wilmarth, M. J. (2017). Does How We Feel About Financial Strain Matter for Mental Health?. *Journal of Financial Therapy*, 8 (1) 5. <https://doi.org/10.4148/1944-9771.1130>
- Ausín, B., Zamorano, A., Muñoz M. (2020). Relationship between Quality of Life and Sociodemographic, Physical and Mental Health Variables in People over 65 in the Community of Madrid. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22):8528. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228528>
- Ballesteros, S. M., Moreno-Montoya, J., Grooten, W. J. A., Barrera-López, P., & De la Hoz-Valle, J. A. (2021). Socioeconomic variation of multimorbidity in Colombian older adults *Scientific Reports*, 11:22738. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-02219-w>
- Brito Félix, I., & Henriques, A. (2021). Medication adherence and related determinants in older people with multimorbidity: A cross-sectional study. *Nursing forum*, 56:4, 834-843. <https://doi.org/10.1111/nuf.12619>
- Cachioni, M., Arbex Borim, F.S., Cabett Cipolli, G., Alonso, V., Sanches Yassuda, M., & Liberalesso Neri, A. (2022). Direct and indirect associations between self-rated health, objective health indicators and neuroticism in older adults. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 25(5):e210210. <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210210>
- Calderón-Larrañaga, A., Vetrano, D. L., Welmer, A.-K., Grande, G., Fratiglioni, L., & Dekhtyar, S. (2019). Psychological correlates of multimorbidity and disability accumulation in older adults. *Age and Ageing*, 48(6), 789-796. doi:10.1093/ageing/afz117
- Coughlin, S. S., Datta, B., Berman, A., & Hatzigeorgiou, C. (2021). A cross-sectional study of financial distress in persons with multimorbidity. *Preventive Medicine Reports*, Volume 23, 101464, ISSN 2211-3355. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101464>
- de Groot, V., Beckerman, H., Lankhorst, G. J., & Bouter, L. M. (2003). How to measure comorbidity:

- a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 221–229. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00585-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00585-1)
- de la Torre-Luque, A., Sanchez-Niubo, A., Caballero, F. F., Prina, M., Muniz-Terrera, G., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L. (2019). Stability of clinically relevant depression symptoms in old-age across 11 cohorts: a multi-state study. *Acta Psychiatr Scand*, 140:6, 1–11. doi: 10.1111/acps.13107
- Diederichs, C., Berger, K., & Bartels, D.B. (2011). The measurement of multiple chronic diseases – a systematic review on existing multimorbidity indices. *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 66A, Issue 3, 301–311. <https://doi.org/10.1093/gerona/glq208>
- Eurostat, the statistical office of the European Union (2023a). *Population and population change statistics*. Paimta iš: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_and_population_change_statistics#Population_change_at_national_level
- Eurostat, the statistical office of the European Union (2023b). *Suicide death rate by age group*. Paimta iš: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/table?lang=en>
- Guisado-Clavero, M., Violán, C., López-Jimenez, T., Roso-Llorach, A., Pons-Vigués, M., Angel Muñoz, M., & Foguet-Boreu, Q. (2019). Medication patterns in older adults with multimorbidity: a cluster analysis of primary care patients. *BMC Family Practice* 20:82. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0969-9>
- Grinevičiūtė, Ž. (2022). *Daugybiniemis ligomis sergančio prioritetų vertinimas* (magistro baigiamasis darbas). Paimta iš: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/114239>
- Harrison, Ch., Britt, H., Miller, G., & Henderson, J. (2014). Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective crosssectional study in Australian general practice. *BMJ*,4:e004694. doi:10.1136/bmjopen-2013-004694
- Harrison, Ch., Henderson, J., Miller, G., & Britt H. (2016). The prevalence of complex multimorbidity in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40:239-44. doi: 10.1111/1753-6405.12509.
- Henning, G., Berg, A. I., Cengia, A., Hansson, I., Spuling, S. M., & Wettstein, M. (2021). Do Neuroticism and Conscientiousness Interact With Health Conditions in Predicting 4-Year Changes in Self-Rated Health Among Swedish Older Adults? *Psychology and Aging* 36(6):730-743. doi:10.1037/pag0000626
- Ho, H.-E., Yeh, C.J., Cheng-Chung Wei, J., Chu, W.-M., Lee, M.-C. (2023). Association between multimorbidity patterns and incident depression among older adults in Taiwan: the role of social participation. *BMC Geriatrics* 23, 177. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03868-4>

- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & mental health*, 7(3), 186-194. doi: 10.1080/1360786031000101157
- Ishida, M., Hulse, E. S. G., Mahar, R.K., Gunn, J., Atun, R., McPake, B., ... Lee, J. T. (2020). The Joint Effect of Physical Multimorbidity and Mental Health Conditions Among Adults in Australia. *Preventing Chronic Disease*, 17:200155. <https://doi.org/10.5888/pcd17.200155>
- Johnston, M. C., Crilly, M., Black, C., Prescott, G. J. and Mercer, S. (2018) Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health*, 29(1), pp. 182-189. doi:10.1093/eurpub/cky098
- Jürisson, M. , Pisarev, H., Uusküla, A. Lang, K., Oona, M., & Kalda, R. (2021). Prevalence of chronic conditions and multimorbidity in Estonia: a population-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 11:e049045. doi:10.1136/bmjopen-2021-049045.
- Kairys, A. (2023). *Europos sveikatos, senėjimo ir išėjimo į pensiją tyrimas*. Seminaro medžiaga. Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Psichologijos instituto Taikomosios psichologijos laboratorija.
- Kairys, A., Zamalijeva, O., Bagdonas, A., Eimontas, J., Pakalniškienė, & V. Sadauskaitė, R. (2021). Vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojų gerovė: rekomendacijos politikos formuotojams. *Psichologija*, vol. 65, 63-79. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2021.47>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 185(12), 914-919. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kim, J. (2020). *The Impact of Multimorbidity and Financial Resources on Psychological Well-Being in Later Life*. Iowa State University, ProQuest Dissertations Publishing, 28024346. <https://doi.org/10.31274/etd-20210114-74>
- Klinedinst, T. C. , Terhorst, L., & Rodakowski, J. (2022). Multimorbidity groups based on numbers of chronic conditions are associated with daily activity. *Chronic Illness*, 18(3):634-642. doi:10.1177/17423953211023964
- Lai, F.T.T., Wong, S.Y.S., Yip, B.H.K., Guthrie, B., Mercer, S.W., Chung, R.Y., ... Yeoh, E.-K. (2019). Multimorbidity in middle age predicts more subsequent hospital admissions than in older age: A nine-year retrospective cohort study of 121,188 discharged in-patients, *European Journal of Internal Medicine*, 61:103-111. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.12.001>
- Landré, B., Gil-Salcedo, A., Jacob, L., Schnitzler, A., Dugravot, A., Sabia, S., & Singh-Manoux, A. (2022). The role of age, sex, and multimorbidity in 7-year change in prevalence of limitations in adults 60–94 years. *Scientific Reports*, 12:18270. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23053-8>

- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Le Reste, J. Y, Nabbe, P., Manceau, B., Lygidakis Ch., Doerr Ch., Lingner, H., ... Lietard, C. (2013). The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14, 19-325. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>
- Levinsky, M. & Litwin, H. (2019). *Personality traits: The Ten-Item Big Five Inventory (BFI-10)*. In: Bergamnn, M., Scherpenzeel, A., & Börsch-Supan, A. (2019). SHARE Wave 7 Methodology: Panel innovations and life histories (p.29-34). Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. Paimta iš: https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Methodology_Volumes/SHARE_Methodenband_A4_WEB_Wave_7MFRB.pdf
- Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios, 1995-06-28, Nr. 53-1290. Prieiga: <https://e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4043B97881A2/asr>
- Liu, J., Yu, Y., Yan, S., Zeng, Y., Su, S., He, T. ... Yue, X. (2023). Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: a multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23:75. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03768-7>
- Lu, H., Dong, X.-X, Li, D.-L., Nie, X.-Y., & Pan, C.-W. (2024). Multimorbidity patterns and health-related quality of life among community-dwelling older adults: evidence from a rural town in Suzhou, China. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03608-0>
- Mannucci, P.M., Nobili, A. & REPOSI Investigators (2014). Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: lessons from REPOSI. *Internal and Emergency Medicine*, 9, 723–734. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1124-1>
- Marshall, G. L., Kahana, E., Gallo, W. T., Stansbury, K. L., & Thielke, S. (2020). The price of mental well-being in later life: the role of financial hardship and debt. *Aging & Mental Health*, 5:7, 1338-1344. doi: 10.1080/13607863.2020.1758902
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics* 17: 230. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Matesanz-Fernández, M., Seoane-Pillado, T., Iñiguez-Vázquez, I., Suárez-Gil, R., Pérttega-Díaz, S., & Casariego-Vales, E. (2022). Description of multimorbidity clusters of admitted patients in

- medical departments of a general hospital. *Postgraduate Medical Journal*, Volume 98(1158): 294–299, <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139361>
- McQueenie, R., Jani, B. D., Siebert, S., McLoone, P., McCowan, C., Macdonald, S., Mair, F. S., & Nicholl, B. I (2021). Prevalence of chronic pain in LTCs and multimorbidity: A cross-sectional study using UK Biobank. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, Volume 11. <https://doi.org/10.1177/26335565211005870>
- Moreno-Agostino, D., Wu, Y.-T., Daskalopoulou, Ch., Hasan, M. T., Huisman, M., & Prina, M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.035>
- Mounce, L. T. A., Campbell, J. L., Henley, W. E., Tejerina Arreal, M. C., Porter, I., & Valderas, J. M. (2018). Predicting Incident Multimorbidity. *Annals of Family Medicine*, Vol. 16, No.4, 322-329. <https://doi.org/10.1370/afm.2271>
- National institute for Health and care excellence (2016). *Multimorbidity: Clinical Assessment and Management*. NICE guideline NG56. United Kingdom: NICE. Paimta is <https://www.nice.org.uk/guidance/NG56/chapter/Recommendations#taking-account-of-multimorbidity-in-tailoring-the-approach-to-care>.
- Navickas, R., Petric, V.-K., Feigl, A. B, & Seychell, M (2016). Multimorbidity: What do we know? What should we do? *Journal of Comorbidity* 6(1):4–11. doi: 10.15256/joc.2016.6.72
- Ni, Y., Zhou, Y., Kivimäki, M., Cai, Y., Carrillo-Larco, R.M., Xu, V., Dai, X., & Xu, X. (2023). Socioeconomic inequalities in physical, psychological, and cognitive multimorbidity in middle-aged and older adults in 33 countries: a cross-sectional study. *Lancet Healthy Longev*; 4: e618–28. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00195-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00195-2)
- Nicholas, S., Huppert, F., McWilliams, B., & Melzer, D. (2003). Health, Wealth and Lifestyles of the Older Population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. Paimta is https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/sites/epidemiology_health_care/files/elsa_wave_1_report_0.pdf
- Nunes, B.P., Batista, S.R.R., Andrade, F.B., Souza Junior, P.R.B., Lima-Costa, M.F., & Facchini, L.A. (2018). Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica*. 52(2):10s. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000637
- Ornstein, S. M., Nietert, P. J., Jenkins, R. G., & Litvin, C. B. (2013). The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: a PPRNet report. *Journal of the American Board of Family Medicine* : JABFM, 26(5), 518–524. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.05.130012>

- Osanlou, R., Walker, L., Hughes, D.A., Burnside, G., & Pirmohamed, M. (2022). Adverse drug reactions, multimorbidity and polypharmacy: a prospective analysis of 1 month of medical admissions. *BMJ Open*, 12:e055551. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055551
- Pakalniškienė, V. (2012). *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas : metodinė priemonė*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 143 p. ISBN: 9786094590962. Paimta iš https://www.vu.lt/site_files/LD/Tyrimo_ir_%C4%AFvertinimo_priemoni%C5%B3_patikimumo_ir_validumo_nustatymas.pdf
- Palladino, R., Lee, J. T., Ashworth, M., Triassi, M., Millett, C. (2016). Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age and Ageing*, 45(3):431–435. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw044>
- Pan, T., Anindya, K., Devlin, N. Mercer, S. W., McPake, B., Heusden, A., ... Lee, J. T. (2022) The impact of depression and physical multimorbidity on health-related quality of life in China: a national longitudinal quantile regression study. *Scientific Reports* 12, 21620. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25092-7>
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A.T. F., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S.-L., ... Copeland, J. R. M. (1999). Development of the EURO-D scale - a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal Of Psychiatry* 174, 330-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.330>
- Quiñones, A. R., Markwardt, Sh., & Botosaneanu, A. (2016). Multimorbidity Combinations and Disability in Older Adults. *Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Vol. 71, No. 6, 823–830. doi:10.1093/gerona/glw035
- Rahman Chowdhury, S., Chandra Das, D., Chowdhury Sunna, T., Beyene, J., & Hossain, A. (2023). Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *eClinical Medicine*, 57: 101860. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860>
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Read, J., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>
- Rodda, J., Walker, Z., Carter, J. (2011). Depression in older adults. *BMJ*, 343: d5219. doi:10.1136/bmj.d5219

- Rodrigues, L. P., de Oliveira Rezende, A. T., Mendes Delpino, F., Rodrigues Mendonça, C., Noll, M., Pereira Nunes, B., de Oliviera, C., & Aparecida Silveira, E. (2022). Association between multimorbidity and hospitalization in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 51(7). doi:10.1093/ageing/afac155
- Ronaldson, A., Arias de la Torre, J., Bendayan, R., Yadegarfar, M. E., Rhead, R., Douiri, A., ... Dregan, A. (2023). Physical multimorbidity, depressive symptoms, and social participation in adults over 50 years of age: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Aging & Mental Health*, 27(1), 43–53. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2017847>
- Rothrock, N., Peterman, A. H., Cella, D., & Hesketh, P. J. (2021). Evaluation of health-related quality of life (HRQL) in patients with a serious life-threatening illness. *UpToDate*. Retrieved October, 28, 76-84. Preiga per <https://medilib.ir/uptodate/show/2833>
- Ruiz Baena, J. M., Moreno, A., Poblador-Plou, B., Castillo-Jimena, M., Calderón-Larrañaga, A., Lozano-Hernández, C., ... MULTIPAP GROUP. (2024). Influence of social determinants of health on quality of life in patients with multimorbidity. *medRxiv*, 2024-01. <https://doi.org/10.1101/2024.01.12.24301228>
- Scherer, M., Hansen, H., Gensichen, J., Mergenthal, K., Riedel-Heller, S., Weyerer, S., ... Schäfer, I. (2016). Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study. *BMC Family Practice*, 17:68. doi: 10.1186/s12875-016-0468-1
- Schneider, J., Engi Elhady Algharably, E.A, Budnick, A., Wenzel, A., Dräger, D., & Kreutz, R. (2021). High Prevalence of Multimorbidity and Polypharmacy in Elderly Patients With Chronic Pain Receiving Home Care are Associated With Multiple Medication-Related Problems. *Frontiers in Pharmacology*, 8:12:686990. doi: 10.3389/fphar.2021.686990
- Sharpe, L., McDonald, S., Correia, H., Raue, P. J., Meade, T., Nicholas, M., & Arean, P. (2017). Pain severity predicts depressive symptoms over and above individual illnesses and multimorbidity in older adults. *BMC Psychiatry*, 17: 166. doi: 10.1186/s12888-017-1334-y
- Sheridan, P. E., Mair, Ch. A., & Quiñones, A. R. (2019). Associations between prevalent multimorbidity combinations and prospective disability and self-rated health among older adults in Europe. *BMC Geriatrics*, 19: 198. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1214-z>.
- Sieber, S., Roquet, A., Lampraki, C., & Jopp, D. S (2023). Multimorbidity and Quality of Life: The Mediating Role of ADL, IADL, Loneliness, and Depressive Symptoms. *Innovation in Aging*, Volume 7, Issue 4. <https://doi.org/10.1093/geroni/igad047>
- Singer, L., Green, M., Row, F., Ben-Shlomo Y., Kulu, H., & Morrissey K. (2019). Trends in multimorbidity, complex multimorbidity and multiple functional limitations in the ageing

- population of England, 2002–2015. *Journal of Comorbidity*, Volume 9. <https://doi.org/10.1177/2235042X19872030>
- Singh, A., Contreras Suarez, D., You, E., Fleitas Alfonzo, L., & King, T. (2021). Role of social support in the relationship between financial hardship and multimorbidity—a causal mediation analysis. *European Journal of Public Health*, 31(3), 482–487. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab015>
- Sinha, A., Kerketta S., Ghosal S., Kanungo S., Lee J. T., & Pati S. (2022). Multimorbidity and Complex Multimorbidity in India: Findings from the 2017–2018 Longitudinal Ageing Study in India (LASI). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15):9091. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159091>
- Skjødt Rafn, B., Hartvigsen, J., Siersma, V., & Andersen, J. S. (2023). Multimorbidity in patients with low back pain in Danish chiropractic practice: a cohort study. *Chiropractic & Manual Therapies*, 31:8. <https://doi.org/10.1186/s12998-023-00475-3>
- Steel, N., Huppert F. A., McWilliams B. & Melzer, D., (2003): *Physical and Cognitive Function*. In: Marmot, M., Banks, J., Blundell, R., Lessof C. & Nazroo J. (ed.) Health, wealth and lifestyles of the older population in England: ELSA 2002. London: Institute for Fiscal Studies. 249–271. Paimta iš: <https://www.researchgate.net/publication/265451873>
- Storeng, S. H., Vinjerui, K. H., Sund, E. R., & Krokstad, S. (2020). Associations between complex multimorbidity, activities of daily living and mortality among older Norwegians. A prospective cohort study: the HUNT Study, Norway. *BMC Geriatrics*, 20:21. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1425-3>
- Tang, L. H., Thygesen, L. C., Grauers Willadsen, T., Jepsen, R., la Cour, K., Frølich, A., ... Skou, S. T. (2020). The association between clusters of chronic conditions and psychological well-being in younger and older people—A cross-sectional, population-based study from the Lolland-Falster Health Study, Denmark. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, Volume 10. <https://doi.org/10.1177/2235042X20981185>
- Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2024). Quality Of Life. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>
- Tyack, Z., Frakes, K., Barnett, A., Cornwell, P., Kuys, S., & McPhail, S. (2016). Predictors of health-related quality of life in people with a complex chronic disease including multimorbidity: a longitudinal cohort study. *Quality of Life Research*, 25, 2579–2592. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1282-x>
- Triolo, F., Harber-Aschan, L., Belvederi Murri, M., Calderón-Larrañaga, A., Vetrano, D. L., Sjöberg, L., Marengoni, A., & Dekhtyar, S. (2020). The complex interplay between depression and

- multimorbidity in late life: risks and pathways. *Mechanisms of Ageing and Development*, 192:111383. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2020.111383>
- Troncoso-Mariño, A., Roso-Llorach, A., López-Jiménez, T., Villen, N., Amado-Guirado, E., Fernández-Bertolin, S. ... J.M., Violán, C. (2021). Medication-Related Problems in Older People with Multimorbidity in Catalonia: A Real-World Data Study with 5 Years' Follow-Up. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4):709. <https://doi.org/10.3390/jcm10040709>
- Vetrano, D. L., Calderón-Larrañaga, A., Marengoni, A., Onder, G., Bauer, J. M., Cesari, M., Ferrucci, L., & Fratiglioni, L. (2018a). An International Perspective on Chronic Multimorbidity: Approaching the Elephant in the Room. *Journals of Gerontology: Medical Sciences . J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Vol. 73, No. 10, 1350–1356. doi:10.1093/gerona/glx178
- Vetrano, D. L., Rizzuto, D., Calderón-Larrañaga, A., Onder, G., Welmer, A.-K., Bernabei, R., Marengoni, A., & Fratiglioni, L. (2018b). Trajectories of functional decline in older adults with neuropsychiatric and cardiovascular multimorbidity: A Swedish cohort study. *PLoS Med*, 15(3): e1002503. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002503>
- Vetrano, D. L., Palmer, K., Marengoni, A., Marzetti, E., Lattanzio, F., Roller-Wirnsberger, R., ... Onder, G. (2019). Frailty and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 4(5):659-666. doi: 10.1093/gerona/gly110
- Vetrano, D. L., Roso-Llorach, A., Fernández, S., Guisado-Clavero, M., Violán, C., Onder, G., ... Marengoni Davide, A. (2020). Twelve-year clinical trajectories of multimorbidity in a population of older adults. *Nature Communications* 11:3223. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-16780-x>
- Von dem Knesebeck, O., Hyde, M., Higgs, P., Kupfer, A., & Siegrist, J. (2005). *Quality of Life and Well-Being*. In: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G. Health, ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA). Paimta iš https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/First_Results_Books/SHARE_FirstResultsBookWave1.pdf
- Willadsen, T. G., Bebe, A., Køster-Rasmussen, R., Jarbøl, D. E., Guassora, A. D., Boch Waldorff, F., Reventlow S. & de Fine Olivarius, N. (2016). The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 34, No. 2, 112–121. <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2016.1153242>
- Whitty, C. J. M., MacEwen, C., Goddard, A., Alderson, D., Marshall, M., Calderwood, C., ... Marx, C. (2020). Rising to the challenge of multimorbidity. *BMJ*, 368: l6964. doi:10.1136/bmj.l6964

World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*. Paimta iš <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization. (2022). *Mental health*. Paimta iš <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

PRIEDAI

1 priedas

6 lentelė. *Daugybinių lėtinių ligų, ligų sukeltų sunkumų bei sveikatos vertinimo rodikliai*

	Iš viso		Estija		Lietuva		Latvija	
	M N	(SD) %	M N	(SD) %	M N	(SD) %	M N	(SD) %
Lėtinės ligos:								
Vidurkis	1,86	(1,52)	1,84	(1,51)	1,98	(1,62)	1,76	(1,33)
Minimumas	0	17,80	0	18,22	0	17,55	0	16,71
Maksimumas	12	0,02	12	0,04	11	0,08	10	0,13
< 2 lėtinės ligos	2302	47,65	1340	48,74	606	45,84	356	46,84
≥ 2 lėtinės ligos	2529	52,35	1409	51,26	716	54,16	404	53,16
Vartojami vaistai per sav.:								
Vidurkis	1,91	(1,63)	1,90	(1,62)	1,89	(1,71)	1,93	(1,51)
Minimumas	0	21,09	0	20,23	0	23,86	0	19,61
Maksimumas	12	0,02	10	0,04	12	0,08	7	0,13
Naktys ligoninėje:								
Vidurkis	1,77	(7,05)	1,58	(6,84)	2,30	(8,15)	1,56	(5,51)
Nė vienos	4050	83,83	2343	85,23	1057	79,95	650	85,53
Maksimumas	150	0,02	150	0,04	116	0,08	70	0,13
Skausmas:								
Nejaučia skausmo	2444	50,59	1414	51,44	668	50,53	362	47,63
Jaučia skausmą	2379	49,24	1328	48,31	653	49,39	398	52,37
Neatsakyta	8	0,17	7	0,25	1	0,08	0	0
ADL:								
Vidurkis	0,29	(0,95)	0,31	(0,95)	0,33	(1,05)	0,19	(0,73)
Minimumas	0	87,21	0	86,18	0	87,14	0	91,05
Maksimumas	6	0,68	6	0,69	6	1,06	5	0,66
IADL:								
Vidurkis	0,64	(1,62)	0,69	(1,67)	0,57	(1,63)	0,56	(1,41)
Minimumas	0	78,08	0	75,95	0	82,07	0	78,82
Maksimumas	9	0,91	9	0,87	9	1,36	9	0,26
Sveikatos vertinimas:								
Vidurkis	2,23	(0,81)	2,20	(0,83)	2,41	(0,78)	2,03	(0,73)
(1) Bloga	788	16,31	484	17,61	129	9,76	175	23,03
(5) Puiki	63	1,30	45	1,64	17	1,29	1	0,13

2 priedas

7 lentelė. *Asmenybės bruožų, finansinių sunkumų ir socialiniai rodikliai*

	Iš viso		Estija		Lietuva		Latvija	
	vid. N	(SD) %	vid. N	(SD) %	vid. N	(SD) %	vid. N	(SD) %
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
Asmenybės bruožai:								
Ekstravertiškumas	3,67	(0,98)	3,88	(1,04)	3,46	(0,72)	3,33	(1,00)
Sutarumas	3,90	(0,87)	3,82	(0,87)	4,09	(0,86)	3,82	(0,83)
Sąmoningumas	4,11	(0,89)	4,12	(0,90)	4,07	(0,93)	4,16	(0,79)
Neurotiškumas	2,78	(1,07)	2,57	(1,08)	3,01	(1,01)	3,01	(0,97)
Atvirumas	3,65	(0,99)	3,96	(0,97)	3,29	(1,03)	3,26	(0,58)
Finansiniai sunkumai								
Nepatiria sunkumų	2409	49,87	1500	54,57	700	52,95	209	27,50
Patiria sunkumus	2299	47,59	1163	42,31	604	45,69	532	70,00
Neatsakytą	123	2,55	86	3,13	18	1,36	19	2,50
Socialinio tinklo dydis:								
Vidurkis	2,14	(1,42)	2,39	(1,53)	1,96	(1,23)	1,59	(1,08)
Minimumas	0	4,78	0	3,93	0	3,86	0	9,47
Maksimumas	7	1,28	7	2,07	7	0,38	6	0,39
Pasitenkinimas soc. tinklu:								
Vidurkis	8,88	(1,39)	9,01	(1,34)	8,99	(1,37)	8,25	(1,44)
Minimumas	0	0	0	0	0	0	0	0
Maksimumas	10	45,33	10	50,38	10	48,79	10	21,05
Veiklų skaičius:								
Vidurkis	1,75	(1,28)	2,09	(1,30)	1,53	(1,16)	0,91	(0,92)
Minimumas	0	15,32	0	8,04	0	17,10	0	38,55
Maksimumas	7	0,33	7	0,51	7	0,15	5	0,13

3 priedas

8 lentelė. *CASP-12 skalių vidinio suderintumo duomenys*

CASP-12 skalė	Cronbach $\alpha = 0,80$	
Skalės teiginiai	Koreliacijos koeficientas	Cronbach α dydis, pašalinus teiginį
Kontrolės subskalė (Cronbach $\alpha = 0,711$):		
1	0,49	0,79
2	0,41	0,79
3	0,55	0,78
Autonomijos subskalė (Cronbach $\alpha = 0,332$):		
4	0,37	0,80
5	0,18	0,81
6	0,25	0,81
Malonumo subskalė (Cronbach $\alpha = 0,703$):		
7	0,39	0,79
8	0,55	0,78
9	0,48	0,79
Savęs realizavimo subskalė (Cronbach $\alpha = 0,813$):		
10	0,58	0,78
11	0,60	0,78
12	0,61	0,77

4 priedas

9 lentelė. *EURO-D skalės vidinio suderintumo duomenys*

EURO-D skalė	Cronbach $\alpha = 0,67$	
Skalės elementai	Koreliacijos koeficientas	Cronbach α dydis, pašalinus elementą
Prislėgtumas	0,43	0,63
Pesimizmas	0,26	0,66
Savižudiškumas	0,30	0,66
Kaltė	0,19	0,67
Miegas	0,34	0,65
Domėjimasis	0,34	0,65
Irzlumas	0,32	0,65
Apetitas	0,26	0,66
Nuovargis	0,36	0,64
Koncentracija	0,37	0,64
Džiaugsmingumas	0,24	0,66
Verkimas	0,33	0,65

5 priedas

10 lentelė. *ADL* indekso vidinio suderintumo duomenys

ADL skalė		
Cronbach $\alpha = 0,85$		
Skalės elementai	Koreliacijos koeficientas	Cronbach α dydis, pašalinus elementą
Apsirengimas	0,65	0,87
Vaikščiojimas kambaryje	0,66	0,82
Maudymasis	0,68	0,82
Valgymas	0,51	0,85
Atsikėlimas iš lovos	0,69	0,81
Naudojimasis tualetu	0,71	0,81

6 priedas

11 lentelė. IADL indekso vidinio suderintumo duomenys

IADL skalė	Cronbach $\alpha = 0,88$	
Skalės elementai	Koreliacijos koeficientas	Cronbach α dydis, pašalinus elementą
Naudojimasis žemėlapiu	0,53	0,88
Karšto valgio ruošimas	0,69	0,86
Maisto pirkimas	0,76	0,85
Naudojimasis telefonu	0,53	0,88
Vaistų vartojimas	0,51	0,88
Tvarkymasis aplink namus	0,64	0,87
Finansų valdymas	0,67	0,86
Naudojimasis transportu	0,74	0,85
Skalbimas	0,69	0,86

7 priedas

12 lentelė. Gyvenimo kokybės (CASP-12) ir depresyvumo (EURO-D) netransformuotų ir transformuotų kintamųjų pasiskirstymo pagal normalųjį skirstinį rodikliai

Rodikliai	Euro-D		CASP-12
	Netransformuotas	Transformuotas	Netransformuotas
N		4831	4831
Kolmogorov-Smirnov <i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001
Histograma atitinka Gauso kreivę	Ne	-	Pakankamai
Skuness	0,87	0,24	-0,23
Kurtosis	0,48	-0,55	-0,37
Detrendent Normal Q-Q plot	-0,2 – 1	-0,2 – 0,2	-0,6 – 0,1
<i>rs</i>		1,000**	-

Pastaba. ** koreliacijos reikšmingumo lygmuo $p \leq 0,01$