

Vilniaus universitetas

Filosofijos fakultetas

Psichologijos institutas

Dovilė Karečkaitė

Sveikatos psichologijos studijų programa

Magistro darbas

**Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojantys fizinės
sveikatos veiksniai**

Darbo vadovė: doc. dr. Olga Zamalijeva

Vilnius 2025

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
SVARBIAUSIOS SĄVOKOS	6
PRATARMĖ	7
1. ĮVADAS	8
1.1. Depresiškumas vyresniame amžiuje.....	8
1.2. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiai	9
1.3. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai.....	11
1.3.1. Fizinio funkcionavimo apribojimų svarba depresiškumo raiškai.....	12
1.3.2. Multimorbidiskumo reikšmė depresiškumo pokyčiams.....	13
1.3.3. Skausmo reikšmė depresiškumo raiškai ir pokyčiams	14
1.3.4. Senatvinio silpnumo požymių reikšmė depresiškumui	15
1.3.5. Subjektyvios sveikatos vertinimo sąveika su depresiškumu	15
1.3.6. Fizinio aktyvumo reikšmė depresiškumo raiškai	16
1.3.7. Vaistų vartojimo svarba depresiškumo pokyčiams	17
1.3.8. Sociodemografinių veiksnių sąveika su depresiškumu	19
1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai.....	20
2. TYRIMO METODIKA	21
2.1. Tyrimo dalyviai	21
2.2. Tyrimo instrumentai	21
2.3. Tyrimo eiga.....	24
2.4. Duomenų analizės metodai.....	25
3. REZULTATAI	27
3.1. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiai	27
3.1.1. Depresiškumo trajektorijų išskyrimas	27
3.1.2. Depresiškumo trajektorijų aprašymas	28
3.2. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai.....	29
3.2.1. Tyrimo dalyvių atranka	29
3.2.2. Depresiškumo trajektorijas prognozuojantys veiksniai.....	30
3.2.2.1. Fizinės sveikatos prognostiniai veiksniai.....	30
3.2.2.2. Sociodemografiniai prognostiniai veiksniai.....	31
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	35
4.1. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiai	35

4.2. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojantys fizinės sveikatos veiksniai	35
4.3. Tyrimo stiprybės, ribotumai bei tolimesnių tyrimų kryptis.....	39
4.4. Praktinės rekomendacijos	40
5. IŠVADOS	42
LITERATŪRA.....	43
PRIEDAI	54
1 priedas. Sociodemografiniai rodikliai	54
2 priedas. Depresiškumo rodikliai.....	55
3 priedas. Fizinės sveikatos rodikliai	56
4 priedas. Sociodemografiniai rodikliai, taikant randomizaciją.....	58

SANTRAUKA

Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojantys fizinės sveikatos veiksniai.
Dovilė Karečkaitė. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2025, 58 p.

Visuomenės senėjimo tendencija kelia susirūpinimą ne tik neišvengiamai prastėjančiomis fizinės sveikatos galimybėmis, bet ir psichologinės sveikatos iššūkiais, iš kurių vienas didžiausių – depresiškumas. Tad šiame darbe siekiama nustatyti vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojančius fizinės sveikatos veiksnius. Tyrimo įgyvendinimui naudojami SHARE 6 (2015 m.), 8 (2019–2020 m.) ir 9 (2021–2022 m.) bangų duomenys. Tad bendra tyrimo trukmė yra 7 metai. Analizuojami 11 879 visose trijose bangose dalyvavę respondentai, kurių amžius yra nuo 65 iki 95 metų (42 % vyrų). Depresiškumui įvertinti naudota EURO-D skalė. Į analizę taip pat įtraukti įvairūs fizinės sveikatos būklę atspindintys rodikliai ir kiti veiksniai. Tyrimo rezultatai atskleidžia, jog vyresnio amžiaus žmonių depresiškumas dažniausiai yra žemas-stabilus, tačiau taip pat būdingas žemas-didėjantis, aukštas-stabilus bei aukštas-mažėjantis depresiškumas. Fizinės sveikatos veiksniai reikšmingai prognozuoja šiuos vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius net tada, kai kontroliuojami sociodemografiniai veiksniai. Prastesnės fizinės sveikatos rodikliai, pavyzdžiui, kasdienių veiklų funkciniai apribojimai, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai, nuspėja didesnę arba didėjančią depresiškumo riziką, o vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas bent kartą per savaitę nuspėja mažesnę arba mažėjančią depresiškumo riziką. Taigi, šiame darbe atkreipiamas dėmesys tiek į fizinės sveikatos apribojimų, tiek į fizinės sveikatos galimybių svarbą vyresnio amžiaus žmogaus psichologinei sveikatai, o tai itin svarbu atliekant tolimesnius tyrimus bei teikiant sveikatos priežiūros paslaugas vyresnio amžiaus žmonėms.

Raktiniai žodžiai: depresiškumas, vyresnis amžius, fizinės sveikatos veiksniai.

SUMMARY

Physical health factors predicting changes in depressive symptoms among older adults. Dovilė Karečkaitė. Vilnius: Vilnius University, 2025, 58 p.

The trend of population aging raises concerns not only about the inevitable decline of physical health capabilities, but also psychological health challenges, the main one being depressiveness. Therefore, this work aims to identify physical health factors that predict changes in depressive symptoms of older people. The study uses data from SHARE waves 6 (2015), 8 (2019–2020), and 9 (2021–2022). Thus, the total duration of the study is 7 years. The analysis includes 11 879 respondents aged 65 to 95 (42 % men) who participated in all three waves. The EURO-D scale was used to assess depressive symptoms. The analysis also includes various indicators reflecting physical health status and other factors. The results of the study reveal that depressive symptoms in older people are usually low-stable, but low-increasing, high-stable and high-decreasing depressiveness also occur. Physical health factors significantly predict these changes in depressive symptoms of older adults even when sociodemographic factors are controlled. Poorer physical health indicators, such as functional limitations in daily activities, pain, and signs of frailty predict a higher or increasing risk of depressiveness, while moderate-intensity physical activity at least once a week predicts a lower or decreasing risk of depressiveness. Therefore, this paper draws attention to the importance of both physical health limitations and physical health capabilities for the psychological health of older people, which is extremely important in conducting further research and providing health care services to older people.

Keywords: depressive symptoms, older age, physical health factors.

SVARBIAUSIOS SĄVOKOS

Depresiškumo pokyčiai – depresijos simptomų raiška pagal depresiškumo lygį ir jo pokytį laike, šiame darbe dar įvardinami kaip depresiškumo trajektorija.

Kasdienės veiklos atlikimas (angl. *Activities of Daily Living*) – gebėjimas savarankiškai funkcionuoti, išlaikant bazinius savipriežiūros įgūdžius (Edemekong, Bomgaars, Sukumaran & Levy, 2019).

Instrumentinės kasdienės veiklos atlikimas (angl. *Instrumental Activities of Daily Living*) – gebėjimas savarankiškai funkcionuoti bendruomenėje, išlaikant kompleksinius įgūdžius (Edemekong et al., 2019).

Multimorbidiškumas (angl. *multimorbidity*) – 2 ar daugiau lėtinių ligų pasireiškimas vienu metu (Nguyen et al., 2019).

Subjektyviai vertinama sveikata (angl. *self-perceived health*) – žmogaus požiūris į bendrą savo sveikatą, atsižvelgiant į biologinius, socialinius ir psichologinius veiksnius (Jylhä, 2009).

Senatvinis silpnumas (angl. *frailty*) – su senėjimu susijęs fiziologinis išsekimas ir funkcijų sumažėjimas įvairiose organų sistemose (WHO, 2017).

Polifarmacija (angl. *polypharmacy*) – 5 ar daugiau vaistų vartojimas per dieną (Masnoon, Shakib, Kalisch-Ellett & Caughey, 2017).

PRATARMĖ

Per pastaruosius dešimtmečius sumažėję gimstamo rodikliai ir pailgėjusi gyvenimo trukmė prisidėjo prie visuomenės senėjimo tendencijos (Rudnicka et al., 2020). Tokia tendencija pastebima įvairiuose pasaulio regionuose, tokiuose kaip Amerika, Azija, Afrika, tačiau Europa pasižymi ne tik didžiausiu vyresnio amžiaus žmonių skaičiumi (Roberts et al., 2018), bet ir vienu sparčiausių šios grupės augimo tempu (European Commission et al., 2020). Numanoma, jog iki 2050 metų Europoje vyresnio amžiaus žmonių skaičius dar labiau padidės ir sudarys maždaug 40,6 % visos Europos populiacijos: 85 metų ir vyresnių žmonių skaičius padidės iki 113,9 %, 75–84 metų žmonių skaičius – iki 56,1 %, o 65–74 metų žmonių skaičius – iki 16,6 % (European Commission et al., 2020). Visuomenės senėjimas pastebimas nepriklausomai nuo Europos šalies. Pavyzdžiui, Baltijos šalims, tarp kurių ir Lietuva, būdinga panaši vyresnio amžiaus žmonių skaičiaus augimo tendencija kaip ir visoje Europoje (European Commission et al., 2020). Tad nepaisant skirtingų šalių ypatumų, visuomenės senėjimo tendencija – išlieka.

Nors visuomenės senėjimas yra didžiulis žmonijos pasiekimas, tačiau tai taip pat tampa vienu reikšmingiausiu medicininiu, socialiniu ir ekonominiu iššūkiu visame pasaulyje (Rudnicka et al., 2020). Bene didžiausius iššūkius kelia vyresnio amžiaus žmonių sveikatos ir ilgalaikės priežiūros paslaugų išlaidos, siejamos su vyresniame amžiuje dominuojančiomis fizinės ir psichinės sveikatos ligomis, kurių gydymas yra brangus ir trunkantis ilgą laiką (Bloom et al., 2015). Tad siekiant išvengti visuomenės senėjimo tendencijos pasekmių tiek individualiame, tiek visuomeniniame lygmenyje, vis daugiau dėmesio yra skiriama sveikam senėjimui. Remiantis Pasauline sveikatos organizacija, sveikas senėjimas yra apibrėžiamas kaip funkcinių gebėjimų ugdymo ir palaikymo procesas, kuriuo yra siekiama užtikrinti vyresnio amžiaus žmogaus gerovę (WHO, 2015), kai svarbi ne tik fizinė, bet ir psichologinė žmogaus sveikata (Menassa et al., 2023). Taigi, demografiniai pokyčiai neišvengiamai skatina prioritetą teikti vyresnio amžiaus žmonių sveikatos puoselėjimui.

Visgi kartu su senėjančia visuomene, didėja ir psichikos ligų iššūkiai, iš kurių vienas didžiausių – depresija (Global Health Estimates, 2020). Tačiau priešingai nei neišvengiami fiziniai apribojimai vyresniame amžiuje, psichologinė žmogaus sveikata gali išlikti viso gyvenimo eigoje ir tapti netgi geresne (Kamat, Martin & Jeste, 2017; Thomas et al., 2016). Tad itin svarbu dėmesį skirti vyresnio amžiaus žmonių psichologinei sveikatai ir ypač depresiškumui, kadangi netgi tada, kai fizinė sveikata neišvengiamai tampa apribota, psichologinė sveikata gali užtikrinti sveiką senėjimą.

1. ĮVADAS

1.1. Depresiškumas vyresniame amžiuje

Vienas dažniausių psichologinės sveikatos iššūkių vyresniame amžiuje yra depresiškumas. Būtent depresija yra dažniausia psichikos sveikatos liga vyresniame amžiuje (Global Health Estimates, 2020). Nors bendras depresijos paplitimas tarp skirtingo amžiaus žmonių Europoje yra maždaug 7,2 %, tačiau depresijos paplitimas tarp vyresnių žmonių yra didesnis, t. y., 8,5 % (Eurostat, 2021). Būtent tarp 65 metų ir vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojų depresijos paplitimas yra didžiausias (Ūsienė, 2023). Visgi statistiniai duomenis šiuo atveju gali neatspindėti realios situacijos, kadangi netgi iki 50 % atvejų depresija nėra kliniškai diagnozuojama (Zenebe, Akele, Selassie & Necho, 2021). Tad vienas didžiausių psichologinės sveikatos iššūkių vyresniame amžiuje ir yra depresiškumas, kuris šiame darbe apibūdinamas depresijos simptomų pasireiškimu.

Depresiškumas vyresniame amžiuje turi savų ypatumų. Vyresniame amžiuje depresija išsiskiria prislėgta nuotaika, pesimizmu, dar didesniu interesų sumažėjimu bei dažnesnėmis mintimis apie norą mirti (Belvederi Murri et al., 2020). Depresija vyresniame amžiuje taip pat išsiskiria dažnesniais somatinio pobūdžio simptomais nei jaunesnio amžiaus grupėse (Paiva, Soares & Faria, 2023). Kita vertus, somatinio pobūdžio simptomai gali labiau pasireikšti kaip gretutiniai, o ne kaip pagrindiniai simptomai (Belvederi Murri et al., 2020), o tai dar labiau apsunkina depresijos atpažinimą. Pastarųjų metų duomenys rodo, jog 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonės vis dažniau patiria depresijos simptomus bei susiduria su sunkesne depresijos forma (Yu et al., 2020), kuri yra gerokai sunkesnė nei jaunesniame amžiuje (Arias de la Torre et al., 2021). Taigi, depresija vyresniame amžiuje pasireiškia įvairiais simptomais, tačiau būtent simptomų įvairovė neretai kelia papildomų iššūkių.

Depresijos simptomai neretai yra siejami su gretutinėmis ligomis arba priskiriami įprastiems senėjimo požymiams (Faisal-Cury, Ziebold, de Oliveira Rodrigues & Matijasevich, 2022). Dėl to depresiškumą patiriantys vyresnio amžiaus žmonės neidentifikuoja savo esamų sunkumų kaip psichologinių problemų, tad dažnai ir nesikreipia pagalbos į psichikos sveikatos specialistus (Wuthrich & Frei, 2015). Kadangi nėra kreipiamasi reikiamos pagalbos laiku, atitinkamai susiduriama ir su sunkesne depresijos sutrikimo forma (Xiang & Cheng, 2019), kuri veda link didesnio sergamumo ir mirtingumo (Gundersen & Bensadon, 2023). Problemą kelia ir tai, jog net tada, kai asmenys kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigas, dažnu atveju vis tiek yra sunku diagnozuoti depresiją. Specialistai susiduria su depresijos diferenciacijos iššūkiais, kai yra itin sunku identifikuoti, ar depresiškumas yra įprasta reakcija į sudėtingas gyvenimo aplinkybes, ar tai yra medicininės būklės šalutinės problemos, o gal klinikinė depresija (Gundersen & Bensadon, 2023). Iššūkius kelia ne tik depresijos diagnozės sunkumai, bet ir tinkamų specialistų trūkumas. Senėjančioje visuomenėje atsiranda vis didesnis pirminės sveikatos priežiūros gydytojų ir psichologų, besispecializuojančių

geriatrijos srityje, poreikis, tačiau specialistų nėra pakankamai (Charette, Garcia & Reuben, 2015). Toks specialistų trūkumas gali vesti prie to, jog vyresnio amžiaus žmonės negaus reikiamų psichologinių paslaugų arba jas teiks psichologai, neturintys reikiamos kompetencijos bei specialiųjų žinių (Hinrichsen, Emery-Tiburcio, Gooblar & Molinari, 2018). Vyresnio amžiaus žmonės taip pat neretai gyvena kaimo teritorijose, kur sveikatos priežiūros paslaugas gauti trukdo ne tik specialistų trūkumas, bet ir tokios praktinės kliūtys kaip didelis atstumas iki paslaugų teikėjo, nežinojimas, kur kreiptis psichologinių paslaugų ar nepasitikėjimas esamais psichikos sveikatos specialistais (Brenes, Danhauer, Lyles, Hogan & Miller, 2015). Tad depresiškumas vyresniame amžiuje ne tik sunkiai diagnozuojamas ir diferencijuojamas nuo kitų ligų, bet taip pat kelia tinkamų specialistų trūkumo ir paslaugų prieinamumo iššūkius.

Laiku nediagnozuota ir negydoma depresija gali turėti rimtų pasekmių. Depresija yra dažniausia diagnozė, kuri yra siejama su vyresnio amžiaus žmonių savižudybe (Gundersen & Bensadon, 2023). Manoma, jog tokia suicido rizika tarp depresiškumą išgyvenančių vyresnio amžiaus žmonių, gali būti susijusi su padidėjusiu stresu dėl nekontroliuojamų ir nenusipėjamų gyvenimo įvykių (Bickford, Morin, Nelson & Mackin, 2020), tarp kurių svarbus ir fizinės sveikatos suprastėjimas, kai ilgainiui žmogus nebegeba susidoroti su nuolat kylančiais iššūkiais ir patiriama kančia, tad pradeda mąstyti apie savižudybę (Crestani, Masotti, Corradi, Schirripa & Cecchi, 2019). Priklausomai nuo depresijos simptomų sunkumo, skiriasi ir mintys apie savižudybę – kuo daugiau išreikštų depresijos simptomų, tuo dažnesnės mintys apie savižudybę (Rossom et al., 2017). Lietuvoje didžiausi mirtingumo dėl savižudybės rodikliai užfiksuoti būtent tarp vyresnio amžiaus žmonių: dažniausiai savižudybė pasireiškia tarp 85 metų ir vyresnių žmonių bei 70–74 metų amžiaus žmonių (Ūsienė ir Našlėnė, 2023). Pasauliniu mastu depresija ne tik prisideda prie padidėjusio mirtingumo ir savižudybių skaičiaus, bet taip pat sąlygoja prarastus sveiko gyvenimo metus – depresija yra viena iš trijų pagrindinių priežasčių, sukeliančių negalią (James et al., 2018). Taigi, negydoma depresija vyresniame amžiuje sukelia rimtas pasekmes tiek individualiame, tiek visuomeniniame lygmenyje.

1.2. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiai

Depresiškumas vyresniame amžiuje gali pasireikšti nevienodai. Tad tyrėjai domisi ne tik skirtinga depresiškumo raiška vyresniame amžiuje, bet ir tuo, kaip depresijos simptomų sunkumas kinta laike. Depresiškumo pokyčius atspindi depresiškumo trajektorijos, kurios yra skirtingos arba kaip mokslinėje literatūroje neretai įvardinama – heterogeniškos. Tyrimuose yra įvardinamas skirtingas depresiškumo trajektorijų skaičius ir kitimas laike. Visgi bene dažniausiai tyrimuose yra išskiriama nuo trijų iki penkių depresiškumo trajektorijų.

Mokslinėje literatūroje dažnu atveju yra išskiriamos trys depresiškumo trajektorijos vyresniame amžiuje. Anglijoje atliktame tyrime, tarp 65 metų ir vyresnių vyrų ir moterų, nustatytos trys

depresiško trajektorijos: norminė (77,35 % vyrų ir 68,21 % moterų) – kai depresiskumas išlieka žemas ir nesiekia klinikinio depresijos lygmens; subklinikinių simptomų (16,64 % vyrų ir 21,25 % moterų) – kai depresiskumas vis didėja ir eigoje viršija klinikinę depresijos ribą; lėtinių simptomų (6,01 % vyrų ir 21,25 % moterų) – kai depresiskumas atitinka klinikinės depresijos lygmenį ir išlieka stabilus laike (de la Torre-Luque et al., 2019). Panašią depresiško trajektorijų tendenciją galima pastebėti ir kituose tyrimuose. Pavyzdžiui, tiriant 75 metų ir vyresnius žmones, nustatytos trys depresiško trajektorijos: žemi-pastovūs simptomai (61 %); didėjantys simptomai (33 %); aukšti-mažėjantys simptomai (7 %) (Rote, Chen & Markides, 2015). Kitame tyrime, kuriame tirti 70–79 metų žmonės, taip pat nustatytos panašios depresiško trajektorijos: žemi-pastovūs simptomai (62 %), vidutiniai-didėjantys simptomai (32,2 %), aukšti-didėjantys simptomai (5,8 %) (Kaup et al., 2016). Depresiško pokyčių stebėjimą atlikus insultą išgyvenusius vyresnio amžiaus žmonių imtyje taip pat nustatytos trys depresiško trajektorijos, kurios pavadintos: žemo-mažėjančio (47,6 %); žemo-didėjančio (43,1 %); aukšto-didėjančio (9,3 %) depresiško grupėmis (Malhotra et al., 2016). Tad mokslinėje literatūroje dažnu atveju išskiriamos trys depresiško trajektorijos. Nors autoriai šias trajektorijas neretai įvardina skirtingai, tačiau dažniausiai jos išskiriamos pagal depresiško lygį ir jo kitimą laike. Įprastai išskiriama viena normatyvinė depresiško grupė, pasižyminti žemais depresiško simptomais, kurie gali būti pastovūs arba neženkliai kisti laike. Būtent šiai grupei dažniausiai priskiriama didžioji dalis vyresnio amžiaus žmonių (Musliner, Munk-Olsen, Eaton & Zandi, 2016). Antra grupė pasižymi žemu arba vidutiniu depresiskumu, kuris vis didėja ir neretai pasiekia aukšto depresiško lygį. Trečioji grupė pasižymi aukštu depresiško lygiu, kuris gali didėti, mažėti arba išlikti pastoviu. Tad depresiško trajektorijos skirtinguose tyrimuose turi ne tik panašų depresiško kitimą laike, bet ir panašų grupės narių pasiskirstymą trajektorijose.

Neretai moksliniuose tyrimuose taip pat išskiriamos keturios depresiško trajektorijos. Pavyzdžiui, Jungtinėse Amerikos Valstijose tarp 65 metų ir vyresnių žmonių, beveik penkių metų laikotarpyje, išskiriamos keturios depresiško trajektorijos: nesergantys depresija (45 %) – kai nustatyti pastovūs žemi depresijos simptomai; slenksčio depresija (39 %) – kai nustatyti pastovūs vidutiniai depresijos simptomai; nuolatinė depresija (9,3 %) – kai nustatyti pastovūs aukšti depresijos simptomai; besiformuojanti depresija (6,6 %) – kai nustatyti žemi, tačiau vis didėjantys depresijos simptomai (Augustini et al., 2022). Tarp 50 metų ir vyresnių amerikiečių, vienerių metų laikotarpyje taip pat nustatytos keturios depresijos simptomų trajektorijos: niekada nepasireiškę depresijos simptomai (85,8 %); didėjantys depresijos simptomai (6,3 %); nuolatiniai aukšti/vidutiniai depresijos simptomai (4,7 %); mažėjantys depresijos simptomai (3,2 %) (Xiang & Cheng, 2019). Airijoje, tyrinėjant 4 metų laikotarpio depresiskumą tarp 50 metų ir vyresnių žmonių, taip pat išskirtos keturios depresijos simptomų grupės: žemo-stabilaus (79 %), vidutinio-didėjančio (7,6 %), vidutinio-mažėjančio (7,6 %), aukšto-stabilaus (3,1 %) (Mallett, Redican, Doherty, Shevlin & Adamson, 2022).

Kaip nurodo Musliner ir kiti (2016), keturios depresiškumo kitimo grupės bendrai gali būti apibūdinamos kaip stabilaus žemo arba vidutinio depresiškumo grupė; stabilaus aukšto depresiškumo grupė; didėjančio depresiškumo grupė; mažėjančio depresiškumo grupė. Tad tyrėjai, išskiriantys keturias depresiškumo trajektorijas, nurodo panašius depresiškumo pokyčius kaip ir tie, kurie išskiria tris depresiškumo trajektorijas, tačiau jų depresiškumo trajektorijos pažymi didesnę depresiškumo pokyčių įvairovę.

Nors daug rečiau, tačiau mokslinėje literatūroje taip pat galima aptikti penkių depresiškumo trajektorijų vyresniame amžiuje pasirinkimą. Tiriant depresijos simptomus 12 metų laikotarpiu Nyderlanduose, tyrėjai nustatė penkias depresiškumo trajektorijas: žemi depresijos simptomai (73,4 %) – kai žemas depresiškumas išliko viso tyrimo metu; mažėjantys depresijos simptomai (11,1 %) – kai pasireiškė vidutinis depresiškumas, kuris vis mažėjo; laikina remisija (5,1 %) – kai mažas depresiškumas padidėjo ir po kurio laiko vėl sumažėjo; didėjantys depresijos simptomai (7,7 %) – kai mažas depresiškumas vis didėjo; aukšti depresijos simptomai (2,7 %) – kai aukštas depresiškumas išliko viso tyrimo metu (Saeed Mirza et al., 2018). Esminis skirtumas nuo kitų anksčiau minėtų depresiškumo trajektorijų, yra tyrėjų išskiriama grupė, kurioje depresiškumo kitimas nėra nuoseklus – stebimas tiek simptomų didėjimas, tiek mažėjimas laike.

Apibendrinant, mokslinėje literatūroje nėra sutariama dėl depresiškumo pokyčių vyresniame amžiuje, kadangi rezultatai yra prieštaringi. Tačiau vyresnio amžiaus grupę analizuojančiuose tyrimuose išskiriama nuo trijų iki penkių depresiškumo trajektorijų. Dažniausiai šios depresiškumo trajektorijos tarpusavyje skiriasi: depresijos simptomų sunkumu, kuris apibūdinamas kaip žemas, vidutinis, aukštas; depresijos simptomų pokyčiu, kuris apibūdinamas kaip pastovus, didėjantis, mažėjantis (Musliner et al., 2016). Dėl prieštaringų rezultatų mokslinėje literatūroje ir vis didėjančio mokslinių tyrimų poreikio vyresnio amžiaus žmonių grupėje, tampa svarbu atlikti tolimesnius tyrimus, padedančius geriau suprasti depresiškumo kitimo tendencijas vyresnio amžiaus grupėje bei išskirti veiksnius, galinčius paaiškinanti šiuos depresiškumo pokyčius.

1.3. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai

Depresiškumo pokyčiams įtakos turi įvairiausi veiksniai. Tačiau specifiskai vyresniame amžiuje yra reikšmingi fizinės sveikatos veiksniai, kurie gali padėti prognozuoti ne tik depresiškumo raišką, bet ir depresiškumo pokyčius laike (Musliner et al., 2016). Būtent fizinės sveikatos veiksniai yra aktualesni ir sveikatos psichologams, kurie bene didžiausią dėmesį savo profesiniame darbe skiria psichologiniams sunkumams fizinės sveikatos kontekste. Sėkmingas depresiškumo prognostinių veiksnių identifikavimas gali būti itin naudingas depresijos prevencijos ar gydymo tikslais. Tačiau, nors ir pastebima fizinių sveikatos veiksnių svarba vyresnio amžiaus žmonių

depresiškumui, tęstinių mokslinių tyrimų vis dar nėra pakankamai. Tad toliau nagrinėjami fizinės sveikatos veiksniai, galintys būti svarbūs nuspėjant depresiškumo pokyčius vyresniame amžiuje.

1.3.1. Fizinio funkcionavimo apribojimų svarba depresiškumo raiškai

Fizinis funkcionavimas atspindi žmogaus gebėjimą atlikti kasdienės užduotis, tad apribojimais šioje srityje neišvengiamai veikia ir žmogaus psichologinę savijautą. Vyresniame amžiuje fiziniai funkcionavimo apribojimai gali pasireikšti įvairiais savipriežiūros sunkumais kasdinių veiklų atlikime, pavyzdžiui, kai žmogui sunku pavalgyti, atsiprausti, apsirengti, naudotis tualetu ir pan. (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963; Edemekong et al., 2019). Tai taip pat gali pasireikšti ir labiau kompleksinių, t. y., instrumentinių kasdinių veiklų atlikimo sunkumais, pavyzdžiui, kai žmogui sunku valdyti finansus, ruošti maistą, apsipirkti, užsiimti namų ruoša ir pan. (Lawton & Brody, 1969; Edemekong et al., 2019). Bent 6 mėnesius besitęsiantys tokie apribojimai gali sukelti fizinę negalią (Augustini et al., 2022). Toks suprastėjęs fizinis funkcionavimas siejamas ir su labiau išreikštais depresijos simptomais bei mintimis apie savižudybę (Sim, Lee & Kim 2021). Tad fizinio funkcionavimo apribojimai tarp vyresnio amžiaus žmonių reikšmingai paveikia ne tik fizinės sveikatos galimybes, bet ir psichologinę savijautą.

Fiziniai funkcionavimo apribojimai yra glaudžiai susiję su depresiškumu. Moksliniai tyrimai atskleidžia, jog fizinio funkcionavimo apribojimas reikšmingai nuspėja patekimą į didesnio depresiškumo grupes (Augustini et al., 2022; Barrettxea, Pan, Feng & Koh, 2022). Didžiausias depresiškumas nustatomas tose tiriamųjų grupėse, kur fizinių funkcijų apribojimas yra didžiausias; o mažiausias depresiškumas – kur fizinių funkcijų apribojimas yra mažiausias (Xiang & Cheng, 2019). Didelis depresiškumas tarp fizinių funkcijų apribojimų turinčių žmonių išlieka net tais atvejais, kai taikomas depresijos gydymas (Hybels, Pieper, Blazer & Steffens, 2016). Tad galima manyti, jog fizinių funkcijų apribojimas gali padėti reikšmingai nuspėti didesnio depresiškumo pasireiškimą.

Visgi yra mažiau aišku, kaip tiksliai kinta vyresnio amžiaus žmonių depresiškumas, kai yra patiriami fizinio funkcionavimo apribojimai. Visų pirma, randama įrodymų, jog depresiškumas ilgainiui yra linkęs didėti. Pavyzdžiui, vyresnio amžiaus žmonės, turintys fizinio funkcionavimo apribojimų, turi didesnę tikimybę priklausyti vis didėjančio depresiškumo trajektorijai (Rote et al., 2015). Visgi kiti nurodo, jog fizinių funkcijų apribojimai numato priklausymą į pastovaus depresiškumo grupes, kai 8 metų laikotarpyje depresiškumas išlieka maždaug vienodas (Xiang & Cheng, 2019). Galiausiai, randama ir tokių mokslinių įrodymų, kuriuose depresiškumas, tarp fizinių funkcionavimo apribojimų turinčių žmonių, laikui bėgant turi tendenciją mažėti. Pavyzdžiui, Rote ir kiti (2015) nustatė, jog vyresnio amžiaus žmonės, kurie turėjo kasdienės veiklos atlikimo apribojimų, 7 metų laikotarpyje patyrė ne tik didėjančią, bet ir mažėjančią depresiškumą. Taigi, autoriai sutaria, jog

fizinio funkcionavimo apribojimas yra susijęs su didesne depresiškumo rizika, tačiau nėra aišku, kokią reikšmę tai turi depresiškumo pokyčiams vyresniame amžiuje.

1.3.2. Multimorbidiškumo reikšmė depresiškumo pokyčiams

Vyresniame amžiuje daugėja sveikatos iššūkių, iš kurių vienas didžiausių – lėtinės ligos. Dauguma vyresniame amžiuje pasireiškiančių lėtinių ligų palieka ne tik neigiamus fizinius, bet ir psichologinius padarinius, iš kurių vienas dažniausių – padidėjęs depresiškumas (Maresova et al., 2019). Tad verta atkreipti dėmesį į lėtinių ligų reikšmę depresiškumo pokyčiams.

Mokslinėje literatūroje neretai analizuojama specifinių lėtinių ligų sąveika su depresiškumu. Dažnai padidėjęs depresiškumas yra siejamas su tokiomis lėtinėmis ligomis kaip onkologinės ligos (Rote et al., 2015; Augustini et al., 2022), širdies ir kraujagyslių ligos (Shiga, 2023; Saeed Mirza et al., 2018; Rote et al., 2015), medžiagų apykaitos sutrikimai (Kim et al., 2015; Augustini et al., 2022). Nors autoriai išskiria vis skirtingas lėtines ligas, su kuriomis sieja vyresnio amžiaus žmonių depresiškumą, tačiau vyrauja bendra tendencija, jog dauguma lėtinių ligų nuspėja didesnį depresiškumą, kuris yra nuolatinis arba vis didėjantis (Rote et al., 2015; Kim et al., 2015; Saeed Mirza et al., 2018; Augustini et al., 2022). Taigi, lėtinių ligų pasireiškimas vyresniame amžiuje yra siejamas su didesne depresiškumo rizika, tačiau, pats ligos pobūdis šioje sąsajoje nėra svarbiausias (Scott, Correa, Bisby & Dear, 2023). Lėtinės ligos, nepriklausomai nuo savo specifiškumo, gali sąlygoti didesnį depresiškumą.

Vyresniame amžiuje neretai pasireiškia bent kelios lėtinės ligos, t. y., multimorbidiškumas. Sisteminė 70 tyrimų apžvalga atskleidžia, jog daugiau nei 50 % žmonių, esančių 65 metų ir vyresnio amžiaus, susiduria ne tik su lėtinėmis ligomis, bet ir su multimorbidiškumu, kuris pažymi 2 ar daugiau lėtinių ligų buvimą vienu metu (Nguyen et al., 2019). Nustatyta, jog maždaug nuo 2 iki 3 kartų labiau tikėtina, jog žmogus, turintis bent kelias lėtines ligas, taip pat turės ir depresiją, atitinkamai lyginant su tais, kurie neturi multimorbidiškumo (Read, Sharpe, Modini & Dear, 2017). Tad multimorbidiškumas yra siejamas su didesne depresijos rizika.

Atsižvelgiant į depresiškumo kitimą laike, multimorbidiškumas taip pat yra reikšmingas. Tęstinių tyrimų nėra daug, tačiau esami tyrimai atskleidžia, jog autoriai daugiau nei dviejų ligų pasireiškimą sieja su padidėjusia depresijos rizika. Pavyzdžiui, Europoje atliktame tyrime nustatyta, jog vyresniame amžiuje pasireiškus multimorbidiškumui, depresiškumas ilgainiui yra linkęs didėti (Marroig, Čukić, Robitaille, Piccinin & Muniz Terrera, 2019). Tarp 65 metų ir vyresnių Anglijos gyventojų, multimorbidiškumas taip pat reikšmingai prognozuoja didesnį depresiškumą, kai dviejų metų laikotarpyje nuspėjamas didelis ir nuolatos pasireiškiantis depresiškumas (de la Torre-Luque et al., 2019). Galiausiai, randama įrodymų, jog didesnis lėtinių ligų skaičius nuspėja ne tik pastovų vidutinį arba aukštą depresiškumą, bet ir priešingai – mažesnė ligų raiška nuspėja ilgalaikius,

minimaliai išreikštus, depresijos simptomus (Xiang & Cheng, 2019). Taigi, tyrėjai multimorbidiškumą vyresniame amžiuje sieja su didesniu depresiškumu, kuris yra pastovus arba vis didėjantis, o jo nebuvimą – su minimaliai išreikšta, ilgalaikė depresijos simptomatika. Tačiau Scott ir kitų (2023) atliktoje tyrimų metaanalizėje nustatyta, jog visgi dauguma, t. y., 69 % vyresnio amžiaus žmonių, turinčių lėtinių ligų, patiria stabiliai žemą depresiškumą. Tad mokslinėje literatūroje randama ir tokių įrodymų, jog lėtinių ligų kontekste depresiškumas taip pat gali išlikti minimalus. Taigi, iki galo nėra aišku, ar multimorbidiškumas iš tiesų prognozuoja didesnę depresiškumą, kuris ilgainiui išlieka stabilus arba didėjantis, kadangi, lėtinių ligų tyrimų kontekste randama ir prieštaringų įrodymų.

1.3.3. Skausmo reikšmė depresiškumo raiškai ir pokyčiams

Skausmas atspindi ne tik fizinę, bet ir psichologinę kančią. Tad skausmo patyrimas – neatsiejamas nuo žmogaus psichologinės savijautos. Doan, Manders ir Wang (2015) teigimu, skausmas ir depresiškumas yra glaudžiai susiję, neretai jie atsiranda greta: skausmas gali sąlygoti depresiškumą, o kilęs depresiškumas gali dar labiau pabloginti patiriamą skausmą. Tad išsakomi skausmo sunkumai gali būti reikšmingi, nuspėjant depresiškumo pasireiškimą vyresniame amžiuje (Gerrits, van Marwijk, van Oppen, van der Horst & Penninx, 2015; Barrenetxea et al., 2022), kai depresiškumą identifikuoti yra kur kas sunkiau.

Tęstinių tyrimų rezultatai atskleidžia, jog skausmas gali reikšmingai nuspėti ne tik depresiškumo raišką, bet ir jo pokyčius ilgalaikėje perspektyvoje. Mokslinėje literatūroje randama įrodymų, jog skausmo patyrimas ilgainiui nuspėja didesnę depresiškumo riziką. Pavyzdžiui, Mallett ir kiti (2022) atliko tyrimą, kuriame aiškinosi depresiškumo pokyčius tarp Airijoje gyvenančių 50 metų ir vyresnių žmonių. Skausmo patyrimas šiame tyrime nuspėjo didesnę depresiškumą, kuris išliko pastovus 4 metų laikotarpyje (Mallett et al., 2022). Tarp 50 metų ir vyresnių žmonių, besikreipiančių į pirminę sveikatos priežiūros įstaigą dėl skausmo, taip pat nustatyta, jog patiriami skausmo sunkumai nuspėja stabiliai aukštą depresiškumą vienerių metų laikotarpyje (Rzewuska, Mallen, Strauss, Belcher, & Peat, 2015). Tad panašu, jog patiriamas skausmas gali nuspėti ne tik didesnę depresiškumą, bet ir jo stabilumą laike, lyginant su tais, kurie nesusiduria su skausmo sunkumais. Kita vertus, randama ir tokių tyrimų, kuriuose skausmas nėra reikšmingas depresiškumo prognostinis veiksnys. Tyrime, kuriame analizuota pooperacinio skausmo reikšmė vyresnio amžiaus žmonių depresiškumui, skausmas reikšmingai neprognozavo depresiškumo pokyčių dviejų metų laikotarpyje (Pagé, Watt-Watson & Choinière, 2017). Taigi skausmo ir depresiškumo sąveika gali būti itin svarbi, tačiau dėl šios sąveikos kompleksiskumo iki pat šiol nėra aišku, ar skausmas iš tiesų gali reikšmingai prognozuoti depresiškumo pokytį.

1.3.4. Senatvinio silpnumo požymių reikšmė depresiškumui

Senatvinis silpnumas yra su senėjimu susijęs fiziologinis išsekimas ir funkcijų sumažėjimas įvairiose organų sistemose, dėl kurių prastėja vyresnio amžiaus žmonių gebėjimas susidoroti su kasdieniais ir ūmiais stresoriais, atsiranda didesnis pažeidžiamumas (WHO, 2017). Žmogus, turintis senatvinį silpnumą, gali susidurti su padidėjusiu nuovargiu, silpnumu, mažėjančiu kūno svoriu, fizinio aktyvumo sumažėjimu bei funkciniu sulėtėjimu ir atitinkamai turėti padidėjusią griuvimų, negalios, hospitalizacijos ar netgi mirties riziką (Fried et al., 2001). Tad tokie senatvinio silpnumo požymiai reikšmingai veikia vyresnio žmogaus funkcionavimą bei psichologinę sveikatą.

Didelė dalis vyresnio amžiaus žmonių, patiriančių senatvinį silpnumą, susiduria ir su depresijos simptomais. Tyrimuose vyrauja bendra tendencija, kai senatvinis silpnumas yra siejamas su didesne depresiškumo rizika (Soysal et al., 2017; Vaughan, Corbin & Goveas, 2015), kuri pastebima netgi ilgalaikėje perspektyvoje. Pavyzdžiui, tarp 50 metų ir vyresnių žmonių, patiriančių senatvinio silpnumo požymius, depresijos rizika 4 metų laikotarpyje yra didesnė, negu tų, kurie šių požymių nepatiria (Jia et al., 2020). Tęstinis, 14 metų laikotarpio tyrimas taip pat atskleidžia, jog tais atvejais, kai žmogus priklauso aukštesnei senatvinio silpnumo požymių trajektorijai, labiau tikėtina, jog priklausys ir aukštesnei depresiškumo trajektorijai (Mayerl, Stolz & Freidl, 2020). Taigi, pasireiškę senatvinio silpnumo požymiai yra siejami su didesne depresiškumo simptomų raiška vyresniame amžiuje. Kita vertus, tiems patiems tyrėjams taip pat kyla abejonių, ar tikrai senatvinio silpnumo požymiai gali reikšmingai prognozuoti depresiškumą. Pavyzdžiui, Mayerl ir kiti (2020) nurodo, jog nėra ilgalaikio tarpusavio ryšio tarp senatvinio silpnumo ir depresijos, tad neaišku, ar tikrai senatvinio silpnumo požymiai ir depresiškumas yra susiję laike. Taigi, tyrimuose yra akcentuojama senatvinio silpnumo požymių svarba depresiškumo rizikai, tačiau vis dar nenustatyta jų reikšmė depresiškumo pokyčiams. Vaughan ir kiti (2015) nurodo, jog yra daugiau mokslinių tyrimų, kurie tyrinėja depresiškumo reikšmę senatviniam silpnumui, tačiau priešingos krypties tyrimų nėra pakankamai. Tad reikalingi tolimesni tyrimai, paaiškinantys senatvinio silpnumo reikšmę depresiškumo pokyčiams vyresniame amžiuje.

1.3.5. Subjektyvios sveikatos vertinimo sąveika su depresiškumu

Remiantis į asmenį orientuotu požiūriu, svarbu ne tik objektyvūs fizinės sveikatos rodikliai, bet ir tai, kaip pats žmogus vertina savo sveikatą. Subjektyviai vertinama sveikata yra rodiklis, kuris parodo žmogaus požiūrį į savo bendrą sveikatą, atsižvelgiant į biologinius, socialinius ir psichologinius veiksnius (Jylhä, 2009). Deja, vyresniame amžiuje sveikatos vertinimas ne visada yra palankus. Pavyzdžiui, tarp 65 metų ir vyresnių žmonių, savo sveikatą prastai vertina 89,6 % lietuvių; 73,6 % slovenų ir 44,8 % anglų (Stanojević Jerković, Sauliūnė, Šumskas, Birt & Kersnik, 2017). Tai kelia rimtų iššūkių, kadangi šis rodiklis atspindi ne tik fiziologinę žmogaus būseną.

Subjektyviai vertinama sveikata yra reikšmingai susijusi su žmogaus psichologine savijauta, o ypač depresiškumu. Vyresni žmonės, kurie savo sveikatą yra linkę vertinti prasčiau, nurodo turintys daugiau depresijos simptomų (Machón, Vergara, Dorronsoro, Vrotsou & Larrañaga, 2016; Jang, Jung, Chae & Lee, 2023). Musliner ir kiti (2016) atliko depresiškumo trajektorijų tyrimų sisteminę analizę, kurioje nustatė, jog vyresnių žmonių grupėje prastesnis savo sveikatos vertinimas nuspėjo patekimą į aukštesnio depresiškumo grupes. Toks patekimas į aukštesnio depresiškumo grupes kituose tyrimuose yra traktuojamas kaip atitinkantis klinikinės depresijos lygį (Barrenetxea et al., 2022). Longitudinis, 7 metų laikotarpio tyrimas, kuriame dalyvavo 51 metų ir vyresni žmonės, suteikia ir kitų vertingų įžvalgų: tie, kurie savo sveikatą vertina prasčiau, dažniau pasižymi ne tik aukštu, bet ir didėjančiu depresiškumu (Luo & Li, 2020). Tad tyrimuose atsiskleidžia prasto sveikatos vertinimo sąsaja su didesne depresiškumo rizika. Visgi sunku patvirtinti, kaip subjektyvus sveikatos vertinimas gali numatyti ne tik depresiškumo lygį, bet ir jo kitimą laike, kadangi tokių tęstinių tyrimų nėra pakankamai. Tyrimuose dažnu atveju tiesiogiai nenurodomi vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiai, o vietoje to apsiribojama tuo, jog prastesnis sveikatos vertinimas įvardinamas kaip reikšmingas veiksnys didesniai depresiškumui.

1.3.6. Fizinio aktyvumo reikšmė depresiškumo raiškai

Žmogaus sveikata yra neatsiejama nuo reguliaraus fizinio aktyvumo. Vyresnio amžiaus žmonėms, kurie yra 65 metų amžiaus ar vyresni, per savaitę yra rekomenduotina užsiimti bent 150–300 minučių vidutinio arba 75–150 minučių didelio intensyvumo fiziniu aktyvumu (WHO, 2020). Visgi vyresniame amžiuje fizinis aktyvumas yra linkęs mažėti ir žmonėms neretai yra sunku išlaikyti rekomenduojamą fizinio aktyvumo lygį (Mumba et al., 2021; Marques et al., 2021). Natūralu, jog fizinis aktyvumas su amžiumi gali mažėti dėl suprastėjusių fizinio funkcionavimo galimybių. Tačiau nurodoma, jog vyresnio amžiaus žmonės turėtų būti tiek fiziškai aktyvūs, kiek tik leidžia jų fizinės galimybės (WHO, 2020). Tad fizinis aktyvumas vyresniame amžiuje gali pasireikšti įvairiai. Pavyzdžiui, aktyviomis laisvalaikio veiklomis, keliavimu pėsčiomis, kasdienės namų ruošos darbais ir pan. (WHO, 2020). Tad fizinis aktyvumas yra svarbus vyresnio amžiaus žmogaus sveikatai, net tais atvejais, kai fizinio judėjimo galimybės tampa vis prastesnės.

Mokslinėje literatūroje yra nemažai tyrimų, kurie fizinį aktyvumą nagrinėja sąveikoje su depresiškumu. Atliktoje 49 tyrimų, nagrinėjančių fizinio aktyvumo ir depresiškumo ryšį, metaanalizėje nustatyta, jog didesnis fizinio aktyvumo lygis yra siejamas su maždaug 17 % sumažėjusia depresijos rizika ir tokia tendencija išlieka nepriklausomai nuo reikšmingų sociodemografinių veiksnių (Schuch et al., 2018). Sistemine 25 tyrimų analizė taip pat atskleidžia, jog fizinis aktyvumas gali veikti net kaip nefarmakologinis depresijos gydymo būdas, kai kuriais atvejais savo efektyvumu nenusileidžiantis net medikamentiniam gydymui (Zhang, Xiang, Li & Pan,

2021). Tad fizinis aktyvumas yra reikšmingas rodiklis, kuris gali padėti nuspėti mažesnę depresiškumo riziką vyresniame amžiuje.

Visgi mokslinėje literatūroje pastebimi ir kiti psichologinei sveikatai svarbūs fizinio aktyvumo ypatumai: intensyvumas ir dažnumas. Tai yra vieni dažniausių rodiklių, pagal kuriuos tyrėjai analizuoja fizinį aktyvumą depresijos kontekste (Zhang et al., 2021). Visų pirma, fizinio aktyvumo intensyvumas pažymi skirtingą energijos lygį, reikalingą fizinės veiklos atlikimui. Nustatyta, jog vyresnio amžiaus žmonių įsitraukimas į vidutinio arba aukšto intensyvumo fizines veiklas, mažina tikimybę turėti depresiją, lyginant su tais, kurie nebūna tokie fiziškai aktyvūs (Marques et al., 2021). Tačiau randama tyrimų, kuriuose lengvas fizinis aktyvumas nedaro reikšmingos įtakos psichologinei sveikatai, lyginant su vidutinio arba aukšto intensyvumo fiziniu aktyvumu (Mumba et al., 2021). Tad skirtingo intensyvumo fizinis aktyvumas gali nuspėti skirtingą depresiškumo raišką. Kaip nurodo Mumba ir kiti (2021), esant didesniam fizinio aktyvumo intensyvumui, depresiškumas yra linkęs vis labiau mažėti. Kita vertus, Schuch ir kitų (2016) tyrime, aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas reikšmingai neprognozavo depresiškumo vyresniame amžiuje, o vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas – prognozavo. Tad fizinio aktyvumo intensyvumo ryšys su depresiškumu yra prieštaringas. Visgi vyresniame amžiuje svarbus ne tik fizinio aktyvumo intensyvumas, bet ir dažnumas, kuris nurodo, kaip dažnai žmogus yra fiziškai aktyvus. Kim ir kiti (2015) nustatė, jog fizinis aktyvumas bent 1 kartą per savaitę, sumažina tikimybę patekti į didesnio depresiškumo grupę. Randama įrodymų, jog toks fizinio aktyvumo dažnumas nuspėja mažiau išreikštus depresijos simptomus nepriklausomai nuo fizinio aktyvumo intensyvumo (Marques et al., 2021). Tad iš šių tyrimų rezultatų tampa aišku, jog vyresniems žmonėms vidutinio arba aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas bent 1 kartą per savaitę, gali nuspėti mažesnę depresiškumą. Tačiau vis dar vyksta mokslinės diskusijos apie tai, koks fizinis aktyvumas yra reikšmingas žmogaus psichologinei sveikatai. Zhang ir kiti (2021), atlikę tyrimų sisteminę analizę, nurodo, jog itin trūksta tyrimų vyresnio amžiaus žmonių populiacijoje, kadangi iki šiol nėra aišku, kokio pobūdžio fizinis aktyvumas yra reikšmingas depresiškumui vyresniame amžiuje. Tad tampa svarbu įvertinti skirtingo intensyvumo ir dažnumo fizinio aktyvumo reikšmę vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiams.

1.3.7. Vaistų vartojimo svarba depresiškumo pokyčiams

Vyresnis amžius yra neatsiejamas nuo medikamentinio gydymo. Įvairių vaistų vartojimas žmogaus psichologinę būseną veikia tiek tiesiogiai, pavyzdžiui, veikiant centrinę nervų sistemą, tiek netiesiogiai, pavyzdžiui, mažinant savęs kaip sveiko žmogaus vaizdą. Tad depresiškumo kontekste itin svarbus yra ir biologinis aspektas, atsižvelgiant į žmonių vaistų vartojimo ypatumus.

Bene dažniausi vaistai skirti depresijos gydymui yra antidepresantai. Įprastai tai yra pirminis farmakologinis pasirinkimas (Fang, Tu, Sheng & Shao, 2019). Tad tęstiniuose tyrimuose

antidepresantų vartojimas irgi siejamas su mažėjančiu depresiškumu. Pavyzdžiui, antidepresantų vartojimas nuspėja aukšto depresiškumo mažėjimą vienerių metų (Cukor et al., 2024) arba dviejų metų (Bruin, Comijs, Kok, Van der Mast & Van den Berg, 2018) laikotarpyje. Galima rasti ir tokių tyrimų, kuriuose antidepresantus vartojantys vyresni žmonės priskiriami remisijos grupei (13,6 %), kai vis didėjęs depresiškumas po kurio laiko ima mažėti iki žemo depresiškumo (Saeed Mirza et al., 2018). Tad tyrimai patvirtina, jog antidepresantai prognozuoja depresiškumo mažėjimą. Kita vertus, tuose pačiuose tyrimuose yra prieštarinių išvadų, kai antidepresantų vartojimas yra siejamas su padidėjusia depresiškumo rizika. Pavyzdžiui, Cukor ir kiti (2024) nustatė, jog antidepresantus vartojantys žmonės įprastai yra labiau linkę turėti aukštesnį depresiškumo lygį, kuris metų laikotarpyje neretai išlieka stabilus. Saeed Mirza ir kiti (2018) taip pat nustatė, jog didžiausia vyresnio amžiaus žmonių dalis, vartojančių antidepresantus, yra priskiriami didelio depresiškumo grupei, kuris išlieka stabilus (18,5 %) arba yra žemas, tačiau nuolat didėjantis (13,4 %). Taigi, netgi tie patys tyrimai nurodo kiek prieštaringas išvadas ir nėra iki galo aišku, ar antidepresantų vartojimas nuspėja depresiškumo mažėjimą, didėjimą ar stabilumą. Tad antidepresantų vartojimo reikšmė depresiškumo pokyčiams vyresniame amžiuje tampa ypač aktuali.

Kai kuriems depresiją patiriantiems žmonėms gydymas antidepresantais gali netikti, tad parenkami alternatyvūs gydymo būdai. Vienas iš jų yra simptominis gydymas. Dažnai greta depresijos pasireiškia miego problemos, kurios neretai priskiriamos ir depresijos simptomatikai. Visgi miego problemos yra ne tik gretutinė depresijos išraiška, tačiau taip pat ir vienas iš svarbiausių rodiklių, galinčių padėti nuspėti depresijos pasireiškimą bei jos raišką ateityje (Fang et al., 2019). Maždaug 50 % žmonių dar prieš depresijos pasireiškimą patiria miego problemas (Bei et al., 2018). Tad migdomųjų vaistų vartojimas, gali padėti identifikuoti ir depresiškumą. Mokslinėje literatūroje migdomųjų vaistų vartojimas yra siejamas su labiau išreikštais depresijos simptomais vyresniame amžiuje (Kodaira & Silva, 2017). Žmonės, vartojantys migdomuosius vaistus, yra dažniau priskiriami toms depresiškumo trajektorijoms, kuriose depresiškumas yra didesnis arba vis didėjantis (Chen, Ivers, Savard, LeBlanc & Morin, 2025). Kita vertus, 23 tyrimų metaanalizės duomenys pateikia ir kiek kitokius rezultatus: migdomųjų vaistų vartojimas turi teigiamą poveikį žmonių, sergančių depresija, psichologinei savijautai – depresiškumas yra linkęs mažėti (Gebara et al., 2018). Tad tęstiniai tyrimai atskleidžia, jog migdomieji vaistai nuspėja didesnį depresiškumą, tačiau pateikia prieštarinius rezultatus apie depresiškumo pokyčius, kadangi numatomas tiek depresiškumo didėjimas, tiek mažėjimas. Kaip nurodo, Gebara ir kiti (2018), tarp vyresnio amžiaus žmonių itin trūksta tyrimų, kurie aiškintų miego problemų gydymo sąveiką su depresiškumu. Tad migdomųjų vaistų vartojimo ypatumai tampa svarbūs, tyrinėjant depresiškumo pokyčius vyresniame amžiuje.

Neretai vyresni žmonės vartoja net ne vieną medikamentinį preparatą. Polifarmacija, kai kasdien suvartojami 5 ar daugiau vaistų (Masnoon et al., 2017), tarp vyresnių europiečių pasireiškia nuo 25 % iki 51,8 % (Bonanno et al., 2025). Nors dažniausiai vaistai vyresniame amžiuje vartojami sveikatai puoselėti, tačiau dėl kasdienio daugybinių vaistų vartojimo kyla įvairiausių sveikatos iššūkių. Naujausi moksliniai tyrimai rodo, jog polifarmacija yra reikšmingai susijusi su vyresnio amžiaus žmonių padidėjusia depresiškumo rizika (Bonanno et al., 2025; Palapinyo, Methaneethorn & Leelakanok, 2021). Polifarmacija prognozuoja patekimą į didesnio depresiškumo trajektorijas, kurios yra stabilios arba vis didėja (Augustini et al., 2022). Tad tikėtina, jog polifarmacija nuspėja labiau išreikštą, ilgalaikį depresiškumą. Polifarmacijos tema yra aktuali naujausiuose moksliniuose tyrimuose, tačiau vis dar pritrūksta įrodymų jos reikšmingumui depresiškumo pokyčių kontekste.

1.3.8. Sociodemografinių veiksnių sąveika su depresiškumu

Šiame darbe remiamasi biopsichosocialiniu požiūriu, tad fizinės sveikatos kintamieji nagrinėjami atsižvelgiant į demografinius ir socialinius aspektus, kurie į duomenų analizę įtraukti kaip kontroliniai kintamieji. Mokslinėje literatūroje yra išskiriami įvairūs veiksniai, nuspėjantys depresiškumo raišką ir pokyčius vyresniame amžiuje, tačiau toliau aptariami tie, kurie yra svarbiausi būtent vyresniame amžiuje.

Depresiškumui gali būti svarbūs pagrindiniai demografiniai veiksniai kaip amžius, lytis ir išsilavinimas. Randama įrodymų, jog depresiškumo paplitimas tampa vis didesnis su vyresniu amžiumi (Arias de la Torre et al., 2021; Barrenetxea et al., 2022). Tad tikėtina, jog vyresnis amžius taip pat gali numatyti didesnę depresiškumo riziką ir ilgalaikėje perspektyvoje. Bene pats populiariausias demografinis veiksnys depresiškumo tyrimuose yra lytis. Moterys yra dažniau priskiriamos didesnio depresiškumo trajektorijoms (Musliner et al., 2016; de la Torre-Luque et al., 2019), o vyrai dažniau priskiriami minimalių depresijos simptomų trajektorijoms (Xiang & Cheng, 2019; Rote et al., 2015). Tad lytis gali ne tik prognozuoti depresiškumo lygį, bet ir numatyti jo pokyčius. Galiausiai, depresiškumo temoje svarbus ir išsilavinimas. Aukštąjį išsilavinimą turintys žmonės pasižymi mažiausiu depresiškumu, o tie, kurių išsilavinimas yra žemesnis – didesniu depresiškumu (Xiang & Cheng, 2019; Augustini et al., 2022). Taigi, amžius, lytis bei išsilavinimas tampa neatsiejami nuo depresiškumo tyrimų.

Skirtingose Europos vietose egzistuoja reikšmingi depresiškumo skirtumai. Nors Lietuvoje depresijos paplitimas atitinka Europos depresiškumo vidurkį (7,2 %), tačiau kitose šalyse depresiškumas skiriasi, pavyzdžiui, Portugalijoje depresiją turinčių žmonių dalis yra didžiausia (12,2 %), o Rumunijoje – mažiausia (1 %) (Eurostat, 2021). Tad akivaizdu, jog skirtingose Europos šalyse depresiškumo raiška gali skirtis. Remiantis sveikatos priežiūros kontekstu, Europos šalys gali priklausyti Šiaurės, Rytų, Vakarų ir Pietų Europos regionams (Floridi, Quashie, Glaser & Brandt,

2022). Tyrimai atskleidžia, jog Pietų Europos gyventojai pasižymi didesniu depresiškumu negu kitų regionų gyventojai (Horackova et al., 2019; Floridi et al., 2022). Tad numanoma, jog Europos regionas gali būti reikšmingas veiksnys, nuspėjantis patekimą į skirtingo lygio depresiškumo grupes.

Žmogus yra socialinė būtybė. Tad tarpusavio santykiai yra neatsiejami nuo žmogaus psichologinės savijautos. Vyresnio amžiaus depresiškumui reikšmingi tokie socialiniai veiksniai kaip gyvenimas su partneriu bei vienišumas. Nors dažnai moksliniuose tyrimuose pasirenkamas vedybinio statuso rodiklis, tačiau vyresnio amžiaus romantinius santykius kur kas realistiškiau atspindi partnerystė, kai žmonės būna ir nesusituokę (Wright & Brown, 2017). Vyresnio amžiaus žmonės, neturintys partnerio, yra dažniau priskiriami aukštesnio depresiškumo grupėms (Grundy, van den Broek & Keenan, 2019). Tad partnerio turėjimas vyresniame amžiuje gali būti kaip apsauginis veiksnys depresiškumui (Wright & Brown, 2017). Taip pat svarbus ir vienišumo rodiklis, atspindintis žmogaus jausmus socialinių santykių kontekste (Lim, Rodebaugh, Zyphur & Gleeson, 2016). Vieniši vyresnio amžiaus žmonės yra labiau linkę priklausyti aukštesnio depresiškumo trajektorijoms (de la Torre-Luque et al., 2019; Van As, Imbimbo, Franceschi, Menesini & Nocentini, 2022) ar toms, kurios nuolatos didėja (de la Torre-Luque & Ayuso-Mateos, 2020). Tad socialiniai veiksniai kaip partnerystė ir vienišumas gali nuspėti tiek depresiškumo raišką, tiek pokyčius laike.

Apibendrinant, nors ir egzistuoja tyrimų, atskleidžiančių tam tikrus depresiškumo pokyčių prognostinius veiksnus, tačiau tyrimų rezultatai – prieštaringi. Taip pat nėra pakankamai tyrimų, kurie detaliosi ištirtų fizinės sveikatos veiksnių svarbą depresiškumo kitimui, nors ir pastebima šių veiksnių svarba. Mokslinių tyrimų rezultatai atskleidžia, jog depresiškumo pokyčiams nuspėti gali būti reikšmingi tokie fizinės sveikatos veiksniai kaip fizinio funkcionavimo apribojimai, multimorbidiškumas, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai, subjektyvus sveikatos vertinimas, fizinis aktyvumas, antidepresantų ir migdomųjų vaistų vartojimas. Svarbūs sociodemografiniai veiksniai, į kuriuos taip pat svarbu atsižvelgti, analizuojant vyresnio amžiaus žmonių depresiškumą, yra amžius, lytis, išsilavinimas, Europos regionas, partnerystė ir vienišumas.

1.4. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio darbo tikslas yra nustatyti vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojančius fizinės sveikatos veiksnus.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išanalizuoti vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius, išskiriant skirtingų trajektorijų grupes.
2. Įvertinti fizinės sveikatos rodiklių reikšmę vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiams, atsižvelgiant į sociodemografinius veiksnus.

2. TYRIMO METODIKA

2.1. Tyrimo dalyviai

Šiam tyrimui naudojama Europos sveikatos, senėjimo ir išėjimo į pensiją tyrimo (angl. *Survey on Health, Aging and Retirement in Europe*, (SHARE), Börsch-Supan et al., 2013) duomenų bazė, kurioje pateikti tęstiniai duomenys iš interviu su 50 metų ir vyresniais žmonėmis. Tyrimo dalyviams taikyta tikimybinė, stratifikuota atranka, kurios metu žmonės atrinkti pagal amžių ir grupės dydžio proporciją populiacijoje. Tokiu būdu atrinkti tie vyresnio amžiaus žmonės, kurie geriausiai atspindi bendrąją populiaciją. Atsižvelgiant į šio tyrimo tikslą ir uždavinius, į analizę įtraukti tyrimo dalyviai nuo 65 metų, kurie dalyvavo SHARE 6 bangoje (Malter & Börsch-Supan, 2017), 8 bangoje (Bergmann & Börsch-Supan, 2021) ir 9 bangoje (Bergmann, Wagner & Börsch-Supan, 2024) bei pateikė visus reikiamus duomenis depresiškumui įvertinti. Taigi, galutinę tyrimo imtį sudaro 11 879 respondentai, kurių amžius yra nuo 65 iki 95 metų ($M = 72,11$; $SD \pm 5,48$). Iš jų 42 % ($n = 4920$) yra vyrai ir 58 % ($n = 6792$) – moterys (žr. į 1 priedą).

2.2. Tyrimo instrumentai

Depresiškumas įvertintas EURO-D skale (angl. *EURO-D scale*; Prince et al., 1999). Tai yra vienas dažniausių depresiškumo vertinimo instrumentų, naudojamų 65 metų ir vyresniems žmonėms. EURO-D yra savęs vertinimo skalė, kurią sudaro 12 depresiškumo simptomų, pasireiškusių per pastarąjį mėnesį: prislėgtumas, pesimizmas, suicidiškumas, savęs kaltinimas, miego sutrikimai, susidomėjimo praradimas, dirglumas, apetito praradimas, nuovargis, susikaupimo, gebėjimo džiaugtis praradimas ir ašarojimas. Tad užduodami įvairūs depresiškumą nagrinėjantys klausimai, pavyzdžiui, „ar per pastarąjį mėnesį verkėte?“. Atsakymai į kiekvieną teiginį yra dvireikšmiai: 0 – nėra simptomo, 1 – yra simptomas. Bendras depresiškumo balas yra 0–12, kai didesnis balas reiškia daugiau depresijos simptomų, o 4 balų riba identifikuoja galimą depresijos riziką (Prince et al., 1999). Šiame darbe remiamasi bendruoju EURO-D skalės įverčiu ir atsižvelgiama į 4 balų ribą, nustatant depresiškumo lygį. EURO-D skalė yra patikima ir validi (Prince et al., 1999) ir tai įrodo daugybė tyrimų. Pavyzdžiui, Europoje atliktame tyrime įrodytas EURO-D patikimumas, remiantis vidiniu suderintumu (*Chronbach* $\alpha = 0,83$) (Tomás, Torres, Oliver, Enrique & Fernández, 2022). Tačiau taip pat įrodytas ir EURO-D tinkamumas skirtingose Europos šalyse (Maskileyson, Seddig & Davidov, 2021). Šiame tyrime taip pat patikrintas EURO-D skalės patikimumas, remiantis vidiniu suderintumu (6 banga: *Chronbach* $\alpha = 0,69$; 8 banga: *Chronbach* $\alpha = 0,82$; 9 banga: *Chronbach* $\alpha = 0,83$). Taigi, skalė yra patikima (Pakalniškienė, 2012) ir tinkama naudoti šio tyrimo tikslams.

Kasdienės veiklos apribojimai nustatyti remiantis savarankiškumo kasdienėse veiklose indeksu (angl. *Index of Independence in Activities of Daily Living* (ADL), Katz et al., 1963), kai tyrime

naudojama modifikuota ADL versija (Steel, Huppert, McWilliams & Melzer, 2003). Respondentų klausama, ar per paskutinius dvylika mėnesių dėl fizinių, psichikos, emocinių ar atminties sunkumų jiems buvo sudėtinga atlikti nurodytas veiklas. Įvertinami sunkumai šiose veiklose: apsirengimas, apsiaunant batus ir kojines; vaikščiojimas kambaryje; prausimasis vonioje ar duše; valgymas, susipjaustant maistą pačiam; gulimasis ir kėlimasis iš lovos; tualetu naudojimas, atsisėdant ir atsistojant (Steel et al., 2003). ADL indekso balas gali būti 0–6, kai didesnis balas rodo didesnę kasdienio gyvenimo veiklų apribojimą. Tačiau šiame darbe naudojamas dvireikšmis ADL kintamasis: 0 – neturi apribojimų, 1 – yra vienas ar daugiau apribojimų.

Instrumentiniai kasdienės veiklos apribojimai nustatyti remiantis kasdienio gyvenimo instrumentinės veiklos indeksu (angl. *Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)*, Lawton & Brody, 1969), kai tyrime naudojama modifikuota IADL versija (Nicholas, Huppert, McWilliams & Melzer, 2003). Respondentų klausama, ar per paskutinius dvylika mėnesių dėl fizinių, psichikos, emocinių ar atminties sunkumų jiems buvo sudėtinga atlikti nurodytas veiklas. Įvertinami sunkumai šiose veiklose: žemėlapio naudojimas, siekiant susiorientuoti nepažįstamoje aplinkoje; šilto maisto ruošą; maisto produktų apsipirkimas; skambinimas telefonu; vaistų vartojimas; tvarkymasis namuose arba sode; pinigų valdymas (sąskaitų apmokėjimas, išlaidų sekimas); savarankiškas išėjimas iš namų, transporto priemonių pasiekimas; skalbimasis (Nicholas et al., 2003). IADL indekso balas gali būti 0–9, kai didesnis balas rodo didesnę kasdienio gyvenimo instrumentinių veiklų apribojimo skaičių. Šiame darbe naudojamas dvireikšmis IADL kintamasis: 0 – neturi apribojimų, 1 – yra vienas ar daugiau apribojimų.

Multimorbidiškumas. Informacija apie lėtines ligas yra pagrįsta vienu klausimu, kuriame prašoma nurodyti gydytojo diagnozuotas lėtines ligas, nuo kurių šiuo metu respondentas yra gydomas arba kenčia. Įtrauktos įvairios lėtinės ligos, pavyzdžiui, širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys ir pan. Šiame darbe vertinama tik daugybinių lėtinių ligų raiška, tad tam naudojamas dvireikšmis kintamasis, pažymintis multimorbidiškumo pasireiškimą: 0 – ne; 1 – taip.

Skausmas. Informacija apie skausmą yra pagrįsta vienu klausimu – „ar jus kamuoja skausmas?“. Tiriamojo atsakymai grupuojami į dvi kategorijas, kurios šiame darbe klasifikuojamos: 0 – ne; 1 – taip. Tokiu būdu tyrimo dalyviai suskirstomi į dvi grupes, identifikuojant skausmo sunkumus patiriančius ir nepatiriančius asmenis.

Senatvinio silpnumo požymiai. Informacija apie senatvinio silpnumo požymius yra pagrįsta vienu klausimu, kuriame tiriamojo prašoma nurodyti, ar per pastaruosius šešis ar daugiau mėnesių susidūrė su šiomis sveikatos problemomis: pargriuvimai; baimė pargriūti; svaigulys, alpimai, sąmonės užtemimai; stiprus nuovargis, išsekimas. Tiriamojo atsakymai grupuojami pagal šių

sveikatos problemų raišką: 0 – nėra; 1 – yra. Šiame darbe naudojamas dvireikšmis kintamasis, pažymintis bendrą senatvinio silpnumo požymių raišką: 0 – ne; 1 – taip.

Subjektyvus sveikatos vertinimas yra matuojamas vienu klausimu, kuriuo tiriamasis prašomas apibūdinti savo sveikatą. Atsakymas į klausimą, remiasi 5 balų Likerto skale, („puikiai“, „labai gerai“, „gerai“, „patenkinamai“, „prastai“). Skalės bendras balas svyruoja nuo 1 iki 5, kai didesnis balas rodo prastesnį sveikatos vertinimą. Remiantis kitais moksliniais tyrimais (Machón et al., 2016; Barrenetxea et al., 2022), subjektyvus sveikatos vertinimas yra perkoduotas į dvi kategorijas: 0 – geras sveikatos vertinimas („puikiai“, „labai gerai“, „gerai“); 1 – prastas sveikatos vertinimas („patenkinamai“, „prastai“).

Fizinis aktyvumas. Informacija apie aukšto intensyvumo fizinį aktyvumą yra pagrįsta vienu klausimu – „kaip dažnai užsiimate intensyvia fizine veikla, tokia kaip sportas, sunki namų ruoša ar darbas, kuris reikalauja fizinės jėgos?“. Informacija apie vidutinio intensyvumo fizinį aktyvumą taip pat pagrįsta vienu klausimu – „kaip dažnai užsiimate veikla, reikalaujančia vidutinio energijos lygio, tokia kaip sodo priežiūra, automobilio valymas arba pasivaikščiojimas?“. Tiriamojo atsakymai grupuojami pagal fizinio aktyvumo dažnumą, kai 1 – dažniau nei kartą per savaitę; 2 – kartą per savaitę; 3 – nuo vieno iki trijų kartų per mėnesį; 4 – beveik niekada ar niekada. Remiantis kitais tyrimais (Marques et al., 2021), fizinio aktyvumo dažnumas yra perkoduotas į dvi kategorijas: 0 – rečiau nei 1 kartą per savaitę („beveik niekada ar niekada“, „nuo vieno iki trijų kartų per mėnesį“) ir 1 – bent 1 kartą per savaitę („kartą per savaitę“, „dažniau nei kartą per savaitę“).

Vaistų vartojimas. Informacija apie specifinių vaistų vartojimą yra pagrįsta klausimu, kuriame tiriamojo prašoma nurodyti bent kartą per savaitę vartojamus vaistus nurodytoms problemoms gydyti. Šiame darbe aktualūs vaistų nuo depresijos ar nerimo ir vaistų nuo miego problemų vartojimas. Tad darbe naudojami šių vaistų vartojimo dvireikšmiai kintamieji: 0 – nevartoja; 1 – vartoja. Informacija apie polifarmaciją yra pagrįsta klausimu, ar respondentas įprastą dieną vartoja bent penkis skirtingus vaistus, kai vartojami gydytojo priskirti vaistai, nereceptiniai vaistai arba maisto papildai tokie kaip vitaminai ar mineralai. Tiriamojo atsakymai grupuojami: 0 – ne; 1 – taip.

Amžius, lytis ir partnerystė. Interviu būdu surinkta pagrindinė sociodemografinė informacija. Amžius apskaičiuotas pagal nurodytą tyrimo dalyvių gimimo datą. Lytis šiame darbe yra dvireikšmis kintamasis: 0 – vyras, 1 – moteris. Partnerystė remiasi tiriamojo pateikta informacija apie tai, ar yra partneris (-ė), kuris (-i) gyvena tame pačiame namų ūkyje kaip ir tiriamasis. Šiame darbe partnerystės kintamasis taip pat yra dvireikšmis: 0 – neturi partnerio; 1 – turi partnerį.

Išsilavinimas remiasi 1997 m. Tarptautine standartine švietimo klasifikacija (angl. *International Standard Classification of Education* (ISCED-97), UNESCO, 2006), kuri leidžia

palyginti išsilavinimą tarptautiniame ir nacionaliniame lygmenyje. Informacija apie išsilavinimą remiasi keliais klausimais, kuriuose tiriamojo prašoma nurodyti aukščiausią mokyklos baigimo pažymėjimą, diplomą ar atestatą bei nurodyti įgytą aukštąjį ar profesinį išsilavinimą. Išsilavinimas, remiantis ISCED-97, yra klasifikuojamas į 7 lygmenis: 0 – ikimokyklinis ugdymas; 1 – pradinis išsilavinimas; 2 – pagrindinis išsilavinimas; 3 – vidurinis išsilavinimas; 4 – aukštesniojo ir aukštojo išsilavinimo nesuteikiantis povidurinis mokymas; 5 – aukštesnysis ir aukštasis išsilavinimas; 6 – doktorantūra. Šiame darbe naudojamas išsilavinimo kintamasis, identifikuojantis aukštąjį išsilavinimą turinčius asmenis, kai: 0 – neturi aukštojo išsilavinimo (atitinka 0–4 lygmenis); 1 – turi aukštąjį išsilavinimą (atitinka 5–6 lygmenis).

Europos regionas. Informacija remiasi tiriamųjų nurodyta šalimi, kurioje jie gyvena. Šiame darbe šalys yra priskirtos Šiaurės, Vakarų, Pietų ir Rytų Europos regionams. Šiaurės Europai priskirtos Švedija, Danija; Vakarų Europai: Austrija, Vokietija, Prancūzija, Šveicarija, Belgija, Liuksemburgas; Pietų Europai: Ispanija, Italija, Graikija; Rytų Europai: Čekijos Respublika, Lenkija, Slovėnija, Estija, Kroatija (Floridi et al., 2022). Europos regiono kintamieji yra dvireikšmiai, kai 0 – nepriklauso regionui, o 1 – priklauso.

Vienišumas įvertintas Trijų teiginių vienišumo skale (angl. *Three-Item Loneliness Scale* (TILS), Hughes, Waite, Hawkey & Cacioppo, 2004), kuri yra sutrumpinta R-UCLA vienišumo skalės (angl. *R-UCLA Loneliness Scale*; Russel, Peplau & Cutrona, 1980) versija. Ši skalė originaliai yra skirta vyresnio amžiaus žmonių vienišumui matuoti, didelės apimties tyrimuose (Hughes et al., 2004). Skalę sudaro 3 vienišumo komponentai: draugijos trūkumas; atstūmimo jausmas; izoliuotumo jausmas. Tyrimo dalyviams užduodamas klausimas – „kaip dažnai jaučiate, kad Jums trūksta kitų draugijos?“ ir pan. Atsakymas į kiekvieną teiginį yra paremtas 3 balų Likerto skale („dažnai“, „kartais“, „beveik niekada arba niekada“). Skalės bendras balas svyruoja nuo 3 iki 9, kai didesnis balas identifikuoja didesnę vienišumo lygį. Šiame darbe naudojamas tik bendras vienišumo lygio kintamasis. Tačiau tai yra tinkamas instrumentas greitam ir patikimam vyresnio amžiaus vienišumui įvertinti (Czerwiński & Atroszko, 2023). Trijų teiginių vienišumo skalės autoriai įrodė aukštą koreliaciją ($r = 0,82$, $p < 0,001$) su originalia R-UCLA vienišumo skale, patvirtino patikimumą vidinio suderintumo būdu (*Cronbach* $\alpha = 0,72$) bei pateikė validumo įrodymus (Hughes et al., 2004). Šiame tyrime taip pat patvirtintas šios skalės patikimumas, remiantis vidiniu suderintumu (6 banga: *Chronbach* $\alpha = 0,75$; 8 banga: *Chronbach* $\alpha = 0,88$; 9 banga: *Chronbach* $\alpha = 0,88$). Tad galima teigti, jog tai taip pat patikimas instrumentas (Pakalniškienė, 2012) ir šio darbo kontekste.

2.3. Tyrimo eiga

Tyrimui įgyvendinti pasirinkta longitudinalio tyrimo strategija, kuriai naudojamosi SHARE tyrimo duomenimis. SHARE tyrimas yra vykdomas nuo 2004 metų ir šiuo metu jame dalyvauja 28

Europos šalys bei Izraelis. Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, tik gavus respondentų sutikimą. Specialius mokymus praėję tyrėjai, kompiuterio pagalba atlieka asmeninį interviu (angl. *Computer-Assisted Personal Interviewing, CAPI*) gyvai ir tokiu būdu apklausia 50 metų ir vyresnius asmenis, surinkdami informaciją apie respondentų sveikatą, socialinį funkcionavimą bei socioekonominius aspektus (Börsch-Supan et al., 2013). Vieno respondento interviu trunka maždaug 80 minučių. Surinkti tyrimų duomenys yra saugomi CentERdata duomenų bazėje, prie kurios prieiga suteikiama tik mokslo tyrimų tikslais ir gavus specialų leidimą, kuris buvo gautas ir šio tyrimo įgyvendinimui.

Šiam tyrimui naudojami trijų skirtingų laikotarpių matavimai, kurie dar vadinami bangomis (angl. *wave*). Pasirinkta analizuoti SHARE 6 bangos (SHARE-ERIC, 2024a), 8 bangos (SHARE-ERIC, 2024b) ir 9 bangos (SHARE-ERIC, 2024c) duomenis. SHARE 6 bangos duomenys surinkti 2015 m., 8 bangos – nuo 2019 iki 2020 m., o 9 bangos – nuo 2021 iki 2022 m. Tad bendra šių bangų duomenų surinkimo trukmė yra 7 metai. Į analizę nebuvo įtraukti 7 bangos duomenys, nes dėmesys joje buvo skirtas retrospektyviems duomenims apie žmogaus gyvenimo istoriją (Bergmann, Scherpenzeel & Börsch-Supan, 2019) ir daugumos respondentų depresiškumas nebuvo įvertintas.

2.4. Duomenų analizės metodai

Tyrimo duomenys analizuojami naudojantis IBM SPSS 26.0 ir Mplus 8.9 programine įranga. Tyrime naudojamiems kintamiesiems apibūdinti, taikyta aprašomoji statistika. Taip pat tikrintas tyrime naudojamų intervalinių kintamųjų pasiskirstymas bei skalių patikimumas vidinio suderintumo būdu. Galiausiai, atlikta duomenų analizė, padedanti įgyvendinti tyrimo uždavinius.

Siekiant išsiaiškinti naudojamos duomenų analizės metodiką, atlikta kintamųjų skirstinio patikra. Tad vertinant, ar duomenų skirstinys atitinka normalųjį, apskaičiuotas Kolmogorovo Smirnov (angl. *Kolmogorov–Smirnov*) kriterijus. Taip pat įvertinti eksceso (angl. *Kurtosis*) ir asimetrijos (angl. *Skewness*) koeficientai. Nustatyta, kad depresiškumo, amžiaus, vienišumo kintamųjų pasiskirstymas yra nutolęs nuo normaliojo, todėl duomenų analizėje taikytas didžiausios tikimybės su patikimomis standartinėmis klaidomis (angl. *Maximum Likelihood with Robust Standart Errors, MLR*) analizės metodas; o analizuojant ryšius tarp nenormaliai pasiskirsčiusių kintamųjų naudotas Spirmeno (angl. *Spearman*) koreliacijos koeficientas.

Siekiant nustatyti vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo trajektorijas, atlikta duomenų analizė, naudojant **mišrų augimo modeliavimą** (angl. *Growth Mixture Modeling, GMM*). Analizė atlikta su Mplus 8.9 programine įranga. GMM yra tinkamiausias būdas identifikuoti reikšmingas, homogenines klases didesnėje populiacijoje (Jung & Wickrama, 2008). Mokslinėje literatūroje vis dar nesutariama dėl geriausių kriterijų klasių pasirinkimui, tačiau yra sutinkama, jog priimant sprendimus būtų remiamasi keliais statistiniais modelio tinkamumo kriterijais (Weller, Bowen &

Faubert, 2020) bei būtų atsižvelgta į teorinį klasių pagrindimą ir modelio loginį paaiškinamumą (Muthén, 2003; Bauer & Curran, 2003). Taigi, siekiant įvertinti modelio tinkamumą duomenims bei išrinkti tinkamiausią klasių skaičių, šiame darbe remiamasi Akaike informacijos kriterijumi (angl. *Akaike Information Criterion* (AIC), Akaike, 1987), Bajeso informacijos kriterijumi (angl. *Bayesian Information Criterion* (BIC), Schwartz, 1978), kai mažesnės šių informacijos kriterijų reikšmės identifikuoja geresnį modelio tinkamumą. Taip pat remiamasi tikimybės santykio testu (angl. *Vuong-Lo-Mendell-Rubin adjusted likelihood ratio test* (VLMR-LRT), Lo, Mendell & Rubin, 2001; Vuong, 1989), kuris palygina, ar didesnis klasių skaičius yra statistiškai reikšmingesnis ($p < 0,05$) negu viena klase mažesnis grupės pasirinkimas. Remiamasi ir entropijos kriterijumi (angl. *entropy*), identifikuojančiu, kaip tiksliai modelis apibūdina klases (Celeux & Soromenho, 1996). Entropijos reikšmės gali būti 0–1, kai žemas klasių atskyrimo tikslumas atitinka 0,40, vidutinis – 0,60; aukštas – 0,80 (Clark & Muthén, 2009). Taip pat atsižvelgiama į vidutinę latentinių klasių paskirstymo tikimybę (angl. *average latent class posterior probability*, (AvPP)), pagal kurią nuspėjama vidutinė tikimybė, jog modelis tiksliai nuspėja tyrimo dalyvių priklausymą klasei (Muthén, & Muthén, 2000). Siekiama kuo didesnės reikšmės, t. y., kuo arčiau 1, tad reikšmės mažesnės nei 0,80 yra vertinamos kaip nepriimtinos (Weller et al., 2020). Galiausiai, atsižvelgiama į tyrimo dalyvių skaičių, kai siekiama, jog klasėje nebūtų mažiau nei 5 % tyrimo dalyvių imties (Infurna & Grimm, 2018).

Siekiant nustatyti vyresnio amžiaus depresiškumo kitimą prognozuojančius fizinės sveikatos ir sociodemografinius veiksnius, atlikta duomenų analizė, naudojant **daugianarę logistinę regresiją** (angl. *Multinomial Logistic Regression*, MLR). Analizė atlikta su IBM SPSS 26.0 programine įranga. Prognozuojančiais depresiškumo veiksniais pasirinkti 6 bangoje fiksuoti rodikliai. Modelio tinkamumas vertinamas pagal keletą svarbiausių kriterijų (Čekanavičius ir Murauskas, 2014): (1) modelio ir atskirų regresorių tikėtinumų santykio kriterijaus reikšmę, vertinant modelio tinkamumą ir regresorių statistinį reikšmingumą ($p < 0,05$ – reikšmingas; $p \geq 0,05$ – nereikšmingas); (2) bendrojo ir atskirų teisingai klasifikuotų kategorijų procentą, kai reikalaujama, jog teisingai klasifikuotų tyrimo dalyvių procentas kategorijose po analizės nebūtų mažesnis nei prieš analizę; (3) Cox & Snell ir Nagelkerke determinacijos (pseudo) koeficientus, kai siekiama $R^2 \geq 0,20$; (4) dalinių modelių analize, remiantis Voldo kriterijumi, kai patikrinamas regresorių reikšmingumas ($p < 0,05$ – reikšmingas; $p \geq 0,05$ – nereikšmingas); (5) koeficientų ženklais ir galimybių santykių įverčiais, kai įvertinama regresoriaus konkrečios reikšmės įgijimo tikimybė, lyginant su kontroline (referentine) grupe.

3. REZULTATAI

Šiame tyrime siekiama nustatyti vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojančius fizinės sveikatos veiksnius. Tad šiam tikslui pasiekti, analizuota informacija apie tyrimo dalyvių depresiškumą skirtingu laikotarpiu (žr. į 2 priedą) bei jų fizinės sveikatos veiksnius (žr. į 3 priedą). Visų pirma, nustatyti depresiškumo pokyčiai, kuriuos identifikuoja depresiškumo trajektorijos, o po to nustatyti fizinės sveikatos prognostiniai veiksniai, kontroliuojant sociodemografinius veiksnius.

3.1. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiai

Siekiant nustatyti vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius, naudotas mišrus augimo modeliavimas (GMM). Remiantis šiuo analizės būdu, tyrinėjami mokslinėje literatūroje minimi klasių depresiškumo modeliai, kai vis didinamas klasių skaičius ir ieškoma tinkamiausio modelio.

3.1.1. Depresiškumo trajektorijų išskyrimas

Tyrimo duomenų analizės rezultatai pateikiami 2 lentelėje. Rezultatai atskleidžia, jog AIC ir BIC rodikliai vis mažėja nuo 2 iki 5 klasių modelio, o tai rodo vis geresnį modelio tinkamumą didėjant klasių skaičiui. VLMR-LRT rodiklis rodo, jog didinant klasių skaičių, testuojami modeliai yra vis statistiškai pranašesni ($p < 0,05$). Tačiau padidinus klasių skaičių iki 5, modelis nėra statistiškai pranašesnis ($p > 0,05$) už 4 klasių modelį. Entropijos rodiklis visuose modeliuose yra aukštas, t. y., didesnis nei 0,80. AvPP rodiklis 2, 3 ir 4 klasių modeliuose taip pat yra didesnis nei 0,80, tačiau 5 klasių modelyje gautas rodiklis nors ir neženkliai, tačiau yra mažesnis, o tai šiame darbe laikoma nepriimtina. Procentinis tyrimo dalyvių klasėse pasiskirstymas 2, 3 ir 4 klasių modeliuose yra didesnis nei 5 % grupėje, identifikuojant tinkamą pasiskirstymo skaičių grupę. Tačiau 5 klasių modelyje išskirtos dvi klasės, neatitinkančios procentinio pasiskirstymo klasėse kriterijaus.

Atsižvelgus į minėtus statistinius kriterijus, modelio informatyvumą bei mokslinę literatūrą, pasirinktas 4 klasių modelis, geriausiai atitinkantis numatytus tinkamumo kriterijus.

2 lentelė. Depresiškumo klasių skaičiaus palyginimas, naudojant GMM.

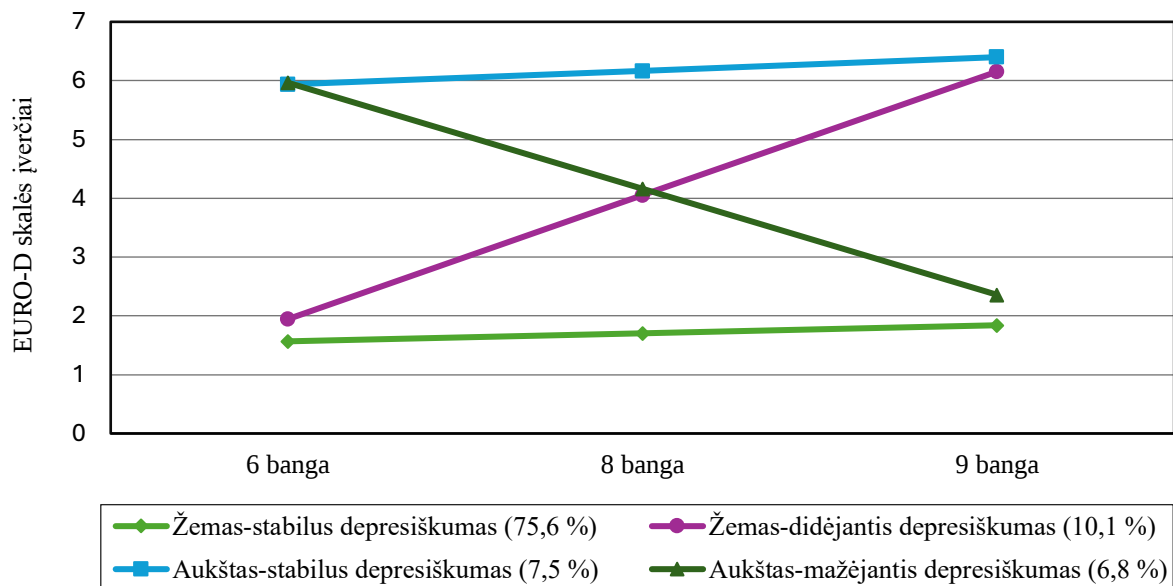
Klasių skaičius	AIC	BIC	VLMR- LRT	Entropija	AvPP	Pasiskirstymas klasėje (%)
2	146373,00	146454,20	$p < 0,001$	0,84	0,97; 0,88;	84,72; 15,28
3	145861,83	145950,42	$p < 0,001$	0,80	0,94; 0,89; 0,84	66,83; 26,57; 6,60

4	144831,83	144942,57	$p < 0,001$	0,83	0,81; 0,81; 0,94; 0,81	75,63; 10,11; 7,50; 6,80
5	144310,23	144457,88	$p = 0,118$	0,80	0,91; 0,77; 0,81; 0,85; 0,85	63,23; 19,78; 9,13; 4,74; 3,11

Pastaba. AIC – Akaike informacijos kriterijus; BIC – Bajeso informacijos kriterijus; VLMR-LRT – tikimybės santykio testas; AvPP – vidutinė latentinių klasių paskirstymo tikimybė.

3.1.2. Depresiškumo trajektorijų aprašymas

Išskirtos 4 vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo trajektorijos, kurių grafinis atvaizdavimas pateiktas 1 paveiksle. Depresiškumo trajektorijos įvardintos remiantis depresiškumo lygiu bei jo kitimu laike, kai 4 ir didesnė EURO-D balų suma identifikuoja galimą depresijos riziką (Prince et al., 1999). Pirmą trajektoriją sudaro didžioji dalis tyrimo dalyvių, t. y., 75,6 % ($n = 8984$). Šioje trajektorijoje depresiškumas pirmojo matavimo metu buvo minimalus, o kitų matavimų metu depresiškumas neženkliai padidėjo (pradinis vidurkis 1,573, kuris padidėjo 0,126, $p < 0,001$). Tačiau šioje grupėje depresiškumas net ir skirtingais matavimo periodais išliko žemas. Tad ši grupė pavadinta žemo-stabilaus depresiškumo grupe. Antrą trajektoriją sudaro 10,1 % ($n = 1202$) tyrimo dalyvių. Šioje trajektorijoje pradinis depresiškumas taip pat buvo minimalus, tačiau kitų matavimų metu depresiškumas vis didėjo, kol pasiekė aukštą depresiškumo lygį (pradinis vidurkis 1,980, kuris padidėjo 2,056, $p < 0,001$). Taigi, ši grupė pavadinta žemo-didėjančio depresiškumo grupe. Trečią trajektoriją sudaro 7,5 % ($n = 885$) tyrimo dalyvių. Šioje trajektorijoje depresiškumas pirmojo matavimo metu buvo aukštas, o kitų matavimų metu depresiškumas taip pat buvo linkęs neženkliai didėti (pradinis vidurkis 5,962, kuris padidėjo 0,198, $p < 0,001$). Tačiau šioje grupėje depresiškumas net ir skirtingais matavimo periodais išliko aukštas. Tad ši grupė pavadinta aukšto-stabilaus depresiškumo grupe. Ketvirtą trajektoriją sudaro 6,8 % ($n = 808$) tyrimo dalyvių. Šioje trajektorijoje depresiškumas pirmojo matavimo metu buvo aukštas, tačiau kitų matavimų metu depresiškumas sumažėjo iki minimalios depresiškumo rizikos (pradinis vidurkis 5,986, kuris sumažėjo 1,859, $p < 0,001$). Tad ši grupė pavadinta aukšto-mažėjančio depresiškumo grupe. Taigi, remiantis pradinio depresiškumo lygiu ir jo pokyčiais laike, nustatytos 4 depresiškumo grupės, kurios atitinkamai pavadintos: žemo-stabilaus, žemo-didėjančio, aukšto-stabilaus, aukšto-mažėjančio depresiškumo grupėmis.



1 pav. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo trajektorijos skirtingose bangose pagal depresiškumo įverčius.

3.2. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai

Siekiant įvertinti fizinės sveikatos rodiklių reikšmę vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiams, atsižvelgiant į sociodemografinius veiksnius, taikytas daugianarės logistinės regresijos analizės modelis.

3.2.1. Tyrimo dalyvių atranka

Taikant daugianarę logistinę regresiją svarbu, jog priklausomo kintamojo, t. y., skirtingų depresiškumo trajektorijų, kategorijos būtų pasiskirsčiusios maždaug po lygiai (Čekanavičius ir Murauskas, 2014). Tačiau išskirtose depresiškumo trajektorijose, žemo-stabilaus depresiškumo grupė turi didžiausią tyrimo dalyvių skaičių, kuris yra virš 7 kartų didesnis nei sekančioje pagal priskirtų tyrimo dalyvių skaičių trajektorijoje. Tad tam, jog tyrimo dalyvių pasiskirstymas grupėse būtų tolygesnis, atlikta žemo-stabilaus depresiškumo grupės randomizacija. Pasirinktas paprastos atsitiktinės atrankos būdas, kuris yra tinkamas didesnėms imtims (Shibasaki & Martins, 2018). Imties atsitiktinei atrankai naudojama IBM SPSS 26.0 programinė įranga (Kim & Shin, 2014). Nurodyta, jog iš žemo-stabilaus depresiškumo grupės būtų atrinkti 927 tyrimo dalyviai iš 9270 galimų. Tokiu būdu atsižvelgiama, jog būtų atrinkta 10 % žemo-stabilaus depresiškumo tiriamųjų imties (Sharma, 2021). Po atliktos tiriamųjų randomizacijos, tyrimo dalyvių charakteristikos pagal sociodemografinius veiksnius, ženkliai nesiskyrė. Pavyzdžiui, amžius prieš randomizaciją ($M = 71,80$; $SD = 5,321$) ir po randomizacijos ($M = 71,88$; $SD = 5,456$) išliko labai panašus (žr. į 4 priedą). Taigi, galima manyti, jog atrinkta tyrimo dalyvių imtis tinkamai reprezentuoja žemo-stabilaus depresiškumo tyrimo dalyvius. Tad tolimesnė duomenų analizė yra pagrįsta 3536 tyrimo dalyvių imtimi ir yra naudojamos šios depresiškumo trajektorijos: žemas-stabilus depresiškumas (26,2 %, n

= 927), žemas-didėjantis depresiškumas (30,1 %, $n = 1064$), aukštas-stabilus depresiškumas (23,4 %, $n = 829$), aukštas-mažėjantis depresiškumas (20,2 %, $n = 716$).

3.2.2. Depresiškumo trajektorijas prognozuojantys veiksniai

Daugianarės logistinės regresijos modelis yra tinkamas duomenims. Visgi ne visi regresoriai yra statistiškai reikšmingi. Depresiškumo reikšmingai neprognozuoja polifarmacijos, multimorbidiškumo ir aukšto intensyvumo fizinio aktyvumo kintamieji. Remiantis Čekanavičiaus ir Murausko (2014) rekomendacijomis, į galutinį daugianarės logistinės regresijos modelį šie kintamieji neįtraukiami. Galutinis modelis yra statistiškai reikšmingas, $\chi^2 = 1453,47$, $df = 48$, $p < 0,001$. Atlikus tyrimo duomenų analizę, teisingai klasifikuota 59,3 % žemo-stabilaus, 45,9 % žemo-didėjančio, 54,5 % aukšto-stabilaus ir 25 % aukšto-mažėjančio depresiškumo grupių tyrimo dalyvių. Bendras teisingai klasifikuotų imties respondentų procentas – 47,2 %. Determinacijos (pseudo) koeficientai, remiantis Cox & Snell R^2 ir Nagelkerke R^2 kriterijais, yra 34,5 – 36,9.

Rezultatų interpretacijai duomenų analizėje referentinėmis kategorijomis pasirinktos: žemo-stabilaus depresiškumo grupė, atliekant palyginimus su žemo-didėjančio bei aukšto-stabilaus depresiškumo grupėmis; aukšto-stabilaus depresiškumo grupė, atliekant palyginimus su aukšto-mažėjančio depresiškumo grupe. Tokiu būdu daugianarės logistinės regresijos rezultatai (žr. į 3 lentelę) atskleidžia reikšmingus prognostinius veiksnius, nuspėjančius vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius.

3.2.2.1. Fizinės sveikatos prognostiniai veiksniai

Tyrimo duomenų analizės rezultatai atskleidžia reikšmingus vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo trajektorijas prognozuojančius fizinės sveikatos veiksnius, netgi kontroliuojant sociodemografinius veiksnius. Depresiškumo pokyčius bendrajame modelyje reikšmingai prognozuoja: ADL, IADL, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai, subjektyvus sveikatos vertinimas, vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas, antidepresantų ir migdomųjų vaistų vartojimas.

Žemo-didėjančio depresiškumo grupę palyginus su žemo-stabilaus depresiškumo grupe, statistiškai reikšmingi depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai yra: ADL, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai, subjektyvus sveikatos vertinimas, antidepresantų vartojimas. Tad tikimybė priklausyti žemo-didėjančio depresiškumo trajektorijai, lyginant su žemo-stabilaus depresiškumo trajektorija, padidėja: 1,9 karto, kai yra vienas ar daugiau kasdienių veiklų apribojimų; 1,3 karto, kai patiriamas skausmas; 1,3 karto, kai yra senatvinio silpnumo požymių; beveik 1,4 karto, kai sveikata vertinama prastai ir maždaug 1,8 karto, kai vartojami antidepresantai. Šiame grupių palyginime depresiškumo pokyčių reikšmingai neprognozuoja: IADL, vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas, migdomųjų vartojimas.

Aukšto-stabilaus depresiškumo grupę, palyginus su žemo-stabilaus depresiškumo grupe, statistiškai reikšmingi depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai yra: ADL, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai, subjektyvus sveikatos vertinimas, vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas, antidepresantų vartojimas, migdomųjų vartojimas. Tad tikimybė, jog vyresnio amžiaus žmogus priklausys aukšto-stabilaus depresiškumo trajektorijai, lyginant su žemu-stabiliu depresiškumu, padidėja: beveik 2,5 kartų, kai yra vienas ar daugiau kasdienių veiklų apribojimų; 1,8 kartų, kai patiriamas skausmas; 2,3 kartų, kai yra senatvinio silpnumo požymių; net 2,9 kartų, kai sveikata vertinama prastai; 2,6 kartų, kai vartojami antidepresantai ir 2,3 kartų, kai vartojami migdomieji vaistai. Tačiau tikimybė priklausyti aukšto-stabilaus depresiškumo trajektorijai, lyginant su žemu-stabiliu depresiškumu, sumažėja maždaug 1,4 karto, kai užsiimama vidutinio intensyvumo fiziniu aktyvumu bent 1 kartą per savaitę. Šiame grupių palyginime depresiškumo pokyčių vėlgi reikšmingai neprognozuoja IADL.

Aukšto-mažėjančio depresiškumo grupę, palyginus su aukšto-stabilaus depresiškumo grupe, statistiškai reikšmingi depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai yra: skausmas, subjektyviai vertinama sveikata ir vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas. Tikimybė, jog vyresnio amžiaus žmonės priklausys aukšto-mažėjančio depresiškumo trajektorijai lyginant su aukštu-stabiliu depresiškumu, padidėja beveik 1,5 kartų, kai užsiimama vidutinio intensyvumo fiziniu aktyvumu bent 1 kartą per savaitę. Tačiau tais atvejais, jei žmogus patiria skausmą arba savo sveikatą vertina kaip prastą, yra beveik 1,4 karto mažesnė tikimybė priklausyti aukšto-mažėjančio depresiškumo trajektorijai negu aukšto-stabilaus depresiškumo trajektorijai. Šiame grupių palyginime depresiškumo pokyčių reikšmingai neprognozuoja: ADL, IADL, senatvinio silpnumo požymiai, antidepresantų vartojimas, migdomųjų vartojimas.

Taigi, vienos ar daugiau kasdienių veiklų apribojimas, skausmo, senatvinio silpnumo požymių patyrimas, prastai vertinama subjektyvi sveikata bei antidepresantų vartojimas nuspėja žemą-didėjančią ir aukštą-stabilų depresiškumą, o migdomųjų vartojimas – aukštą-stabilų depresiškumą. Vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas bent 1 kartą per savaitę nuspėja žemą-stabilų depresiškumą, o kartu su skausmo nebuvimu ir geresniu sveikatos vertinimu nuspėja aukšto depresiškumo mažėjimą. Galiausiai, instrumentiniai kasdienės veiklos apribojimai šiuose grupių palyginimuose nebuvo reikšmingas prognostinis depresiškumo veiksnys.

3.2.2.2. Sociodemografiniai prognostiniai veiksniai

Daugianarės logistinės regresijos analizės duomenys rodo, jog depresiškumą bendrajame modelyje reikšmingai prognozuoja visi į analizę įtraukti sociodemografiniai kintamieji: amžius, lytis, išsilavinimas, Europos regionas, partnerystė, vienišumas.

Žemo-didėjančio ir aukšto-stabilaus depresiškumo grupių palyginimuose su žemo-stabilaus depresiškumo grupe, gauti tie patys statistiškai reikšmingi prognostiniai veiksniai: amžius, lytis, Europos regionas, partnerystė, vienišumas. Tad priklausyti žemo-didėjančio ir aukšto-stabilaus depresiškumo grupėms yra didesnė tikimybė, jei žmogus yra: vyresnio amžiaus, moteriškos lyties, turi partnerį, patiria didesnę vienišumą; o mažesnė tikimybė, jei žmogus yra iš Šiaurės, Vakarų, Rytų Europos regionų, palyginus su žemo-stabilaus depresiškumo grupe. Reikšmingiausiai depresiškumo pokyčius šiuose palyginimuose prognozuoja Šiaurės Europos regionas, kuris nuspėja beveik 2,1 kartų didesnę tikimybę priklausyti žemo-didėjančio bei beveik 2,6 kartų mažesnę tikimybę priklausyti aukšto-stabilaus depresiškumo grupėms, palyginus su žemo-stabilaus depresiškumo grupe. Taip pat išsiskiria moteriška lytis, nuspėjanti maždaug 2,4 didesnę tikimybę priklausyti aukšto-stabilaus depresiškumo grupei, palyginus su žemo-stabilaus depresiškumo grupe. Išsilavinimas šiuose palyginimuose nebuvo reikšmingas prognostinis veiksnys.

Aukšto-mažėjančio depresiškumo grupę palyginus su aukšto-stabilaus depresiškumo grupe, statistiškai reikšmingi prognostiniai veiksniai yra: amžius, lytis, Europos regionas. Priklausyti aukšto-mažėjančio depresiškumo grupei yra mažesnė tikimybė, jei žmogus yra vyresnio amžiaus, moteriškos lyties bei iš Šiaurės, Vakarų, Rytų Europos regionų. Reikšmingiausiai depresiškumo pokyčius šiame palyginime prognozuoja Vakarų Europos regionas, nuspėjantis beveik 2,2 kartų mažesnę tikimybę priklausyti aukšto-mažėjančio depresiškumo grupei, palyginus su aukšto-stabilaus depresiškumo grupe. Išsilavinimas šiame grupių palyginime vėlgi nebuvo reikšmingas prognostinis veiksnys.

Taigi, vyresnis amžius, moteriška lytis, partnerio turėjimas, didesnis vienišumas nuspėja žemą-didėjančią ir aukštą-stabilų depresiškumą. Šiaurės Europos, Vakarų Europos, Rytų Europos regionai nuspėja žemą-stabilų depresiškumą. Galiausiai, jaunesnis amžius, vyriška lytis ir Pietų Europos regionas nuspėja aukštą-mažėjančią depresiškumą. Išsilavinimas šių grupių palyginimuose – nereikšmingas.

3 lentelė. Depresiškumo trajektorijų prognostiniai veiksniai.

Nepriklausomi kintamieji	Priklausomas kintamasis – depresiškumo trajektorija					
	Referentinė grupė – žemas-stabilus depresiškumas			Referentinė grupė – aukštas-stabilus depresiškumas		
	Žemas-didėjantis depresiškumas		Aukštas-stabilus depresiškumas		Aukštas-mažėjantis depresiškumas	
	OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p
Amžius	1,04 (1,03–1,06)	<0,001	1,03 (1,01–1,05)	0,017	0,96 (0,94–0,98)	<0,001
Lytis (ref. moteris)	1,65 (1,34–2,01)	<0,001	2,42 (1,86–3,14)	<0,001	0,71 (0,55–0,92)	0,010
Išsilavinimas (ref. turi aukštąjį)	0,90 (0,72–1,14)	0,395	0,76 (0,56–1,04)	0,089	0,84 (0,60–1,18)	0,320
Europos regionas (ref. Pietų Europa):						
Šiaurės Europa	0,48 (0,34–0,68)	<0,001	0,39 (0,24–0,63)	<0,001	0,58 (0,36–0,95)	0,031
Vakarų Europa	0,60 (0,46–0,80)	<0,001	0,66 (0,47–0,93)	0,016	0,46 (0,34–0,62)	<0,001
Rytų Europa	0,63 (0,48–0,84)	0,002	0,697 (0,50–0,97)	0,031	0,55 (0,42–0,71)	<0,001
Partnerystė (ref. turi partnerį)	1,34 (1,07–1,68)	0,011	1,43 (1,10–1,86)	0,007	0,83	0,113
Vienišumas	1,22 (1,12–1,34)	<0,001	1,88 (1,72–2,07)	<0,001	0,92 (0,86–0,98)	0,008
Fizinio funkcionavimo apribojimai (ref. 1 ar daugiau):						
ADL	1,90 (1,28–2,83)	0,001	2,48 (1,65–3,73)	<0,001	0,84 (0,63–1,11)	0,212
IADL	0,95 (0,704–1,28)	0,739	1,16 (0,84–1,60)	0,366	1,26 (0,98–1,64)	0,076

Skausmas (<i>ref.</i> taip)	1,30 (1,06–1,59)	0,011	1,84 (1,42–2,39)	<0,001	0,71 (0,55–0,91)	0,008
Senatvinio silpnumo požymiai (<i>ref.</i> taip)	1,30 (1,05–1,60)	0,018	2,33 (1,81–3,00)	<0,001	0,86 (0,68–1,10)	0,230
Subjektyvus sveikatos vertinimas (<i>ref.</i> prastas)	1,35 (1,08–1,68)	0,007	2,90 (2,22–3,78)	<0,001	0,72 (0,55–0,93)	0,013
Fizinis aktyvumas (<i>ref.</i> bent 1 kartą per savaitę)						
Vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas	0,85 (0,64–1,14)	0,289	0,70 (0,51–0,97)	0,030	1,46 (1,13–1,88)	0,004
Vaistai (<i>ref.</i> vartoja)						
Antidepresantai	1,76 (1,13–2,76)	0,013	2,62 (1,66–4,14)	<0,001	0,97 (0,72–1,29)	0,803
Migdomieji	1,24 (0,84–1,83)	0,281	2,32 (1,57–3,47)	<0,001	0,76 (0,57–1,01)	0,060

Pastaba. OR – galimybių santykis, *p* – reikšmingumo lygmuo; CI – pasikliautinis intervalas; *ref.* – referentinė grupė. Statistiškai reikšmingi rezultatai pažymėti paryškintu šriftu.

4. REZULTATŲ APITARIMAS

Pagrindinis šio tyrimo tikslas buvo nustatyti vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojančius fizinės sveikatos veiksnius. Tad visų pirma, išanalizuoti depresiškumo pokyčiai, išskiriant skirtingas trajektorijų grupes, antra – įvertinta fizinės sveikatos rodiklių reikšmė depresiškumo pokyčiams, atsižvelgiant į sociodemografinius veiksnius.

4.1. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčiai

Šiame darbe išskirtos 4 depresiškumo trajektorijos. Jos pagal depresiškumo lygį ir jo kitimą laike pavadintos: žemo-stabilaus, žemo-didėjančio, aukšto-stabilaus, aukšto-mažėjančio depresiškumo grupėmis. Šie rezultatai sutampa su kitų tyrėjų išskirtomis grupėmis, o bene labiausiai su Xiang ir Cheng (2019) išskirtomis 4 depresiškumo trajektorijomis, kadangi stebimas panašus depresiškumo lygis, pokytis laike bei žmonių pasiskirstymas grupėse. Tačiau gauti rezultatai taip pat panašūs ir į tų tyrėjų, kurie išskyrė 3 depresiškumo trajektorijas, kadangi autoriai taip pat išskiria žemą-stabilų depresiškumą bei papildomai nurodo žemą-didėjančią, aukštą-mažėjančią arba aukštą-stabilų depresiškumą (de la Torre-Luque et al., 2019; Rote et al., 2015), kurie taip pat įvardinami ir šiame darbe. Tačiau priešingai nei kituose tyrimuose (Saeed Mirza et al., 2018; Augustini et al., 2022; Kim et al., 2015; Kaup et al., 2016), nenustatytas vidutinis depresiškumo lygis. Pradinis depresiškumas šiame darbe buvo aukštas arba žemas. Tai galima paaiškinti tyrimų metodiniais skirtumais, kadangi tyrimuose naudojami skirtingi instrumentai depresiškumui vertinti. Tačiau bendra tęstinių tyrimų tendencija, jog didžioji dalis vyresnio amžiaus žmonių patiria žemą-stabilų depresiškumą, o mažoji dalis priklauso didėjančio, mažėjančio arba aukšto-stabilaus depresiškumo grupėms (Musliner et al., 2016), stebima ir šiame darbe. Nustatyti depresiškumo pokyčiai padeda geriau suprasti vyresnio amžiaus depresiškumą, nes iki šiol tyrimų rezultatai yra nenuoseklūs dėl skirtingo grupių skaičiaus išskyrimo bei jų pokyčio laike apibūdinimo.

4.2. Vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius prognozuojantys fizinės sveikatos veiksniai

Depresiškumo pokyčius vyresniame amžiuje reikšmingai nuspėja fizinės sveikatos veiksniai net tada, kai kontroliuojami demografiniai ir socialiniai veiksniai kaip amžius, lytis, išsilavinimas, Europos regionas, partnerystė, vienišumas. Tad nustatyti reikšmingi fizinės sveikatos prognostiniai veiksniai: kasdienės veiklos apribojimai, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai, subjektyvus sveikatos vertinimas, vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas, antidepresantų ir migdomųjų vaistų vartojimas. Tačiau multimorbidiskumas, polifarmacija, aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas, instrumentiniai kasdienės veiklos apribojimai nenustatyti kaip reikšmingi depresiškumo pokyčio prognostiniai veiksniai.

Šio tyrimo rezultatai atskleidžia, jog prastesni vyresnio amžiaus žmonių fizinės sveikatos veiksniai nuspėja ne tik didesnį depresiškumo lygį, bet ir jo didėjimą laike. Fizinio funkcionavimo apribojimai kasdieninėje veikloje, skausmo patyrimas ir senatvinio silpnumo požymiai nuspėja tai, jog depresiškumas 7 metų laikotarpyje vis didės arba pasireikš didesniu depresiškumu, kuris tęsis ilgą laiką. Tokie rezultatai sutampa su kitų mokslinių tyrimų rezultatais, kuriuose didesnė depresiškumo rizika yra siejama su kasdieniais veiklos apribojimais (Rote et al., 2015; Xiang & Cheng, 2019), skausmo patyrimu (Mallett et al., 2022; Rzewuska et al., 2015), senatvinio silpnumo požymiais (Vaughan et al., 2015; Jia et al., 2020; Soysal et al., 2017; Mayerl et al., 2020). Visgi šio darbo rezultatai suteikia ir naujų įžvalgų esamų mokslinių tyrimų kontekste. Šiame tyrime instrumentiniai kasdienės veiklos apribojimai reikšmingai neprognozavo depresiškumo pokyčių. Tai gali būti paaiškinama tuo, jog kasdienės veiklos apribojimai nurodo bazinį žmogaus funkcionavimą, atliekant įprastas savipriežiūros veiklas, o instrumentiniai kasdienės veiklos apribojimai nurodo kompleksinį žmogaus funkcionavimą, atspindintį nepriklausomą žmogaus gyvenimą bendruomenėje (Edemekong et al., 2019). Tad kasdienės veiklos apribojimai žmogui gali sukelti daugiau fizinių ir atitinkamai psichologinių sunkumų negu instrumentinės kasdienės veiklos apribojimai. Remiantis Stiprumo ir pažeidžiamo integracijos (angl. *Strength and Vulnerability Integration* (SAVI), Charles, 2010) modeliu, vyresnio amžiaus žmonės geba efektyviai susidoroti su trumpalaikiais stresoriais, kadangi per gyvenimą išmoksta efektyviau reguliuoti savo emocines būsenas, tačiau susiduriant su ilgalaikiais arba didesniais gyvenimo stresoriais, jiems yra itin sudėtinga, nes nepavyksta sugrįžti į psichologinės pusiausvyros būseną. Taigi, vyresnio amžiaus žmogus gali sėkmingai adaptuotis prie mažiau fundamentalių fizinės sveikatos sutrikimų, tačiau esant didesniems fizinės sveikatos iššūkiams, kurie reikšmingai pakeičia kasdienybę – susiduria su psichologiniais sunkumais ir atitinkamai depresiškumu. Naujų įžvalgų esamų mokslinių tyrimų kontekste šie tyrimo rezultatai suteikia ir tuo, jog skausmo bei senatvinio silpnumo požymių patyrimas nuspėja ilgalaikį padidėjusį depresiškumo lygį, o skausmo nebuvimas ilgalaikėje perspektyvoje nuspėja depresiškumo mažėjimą. Tai gali padėti paaiškinti neuropsichologiniai mechanizmai. Randama įrodymų, jog sensoriniai ir afektiniai smegenų regionai yra glaudžiai susiję ir sąveikauja tarpusavyje įvairiais būdais, pavyzdžiui, skausmas ir depresija yra susiję bendrais cheminiais elementais kaip seratoninas, norepinefrinas ir dopaminas, kurių disbalansas prisideda tiek prie padidėjusio jautrumo skausmui, tiek prie didesnio depresiškumo (Doan et al., 2015). Taigi, patiriama fizinė kančia, kurią atspindi skausmas ar senatvinio silpnumo požymiai, yra neatsiejama nuo psichologinės kančios, kurią atspindi depresiškumas. Tad sėkmingas fizinių simptomų valdymas gali prisidėti ir prie geresnės psichologinės savijautos.

Depresiškumo pokyčiams reikšmingi ne tik objektyvūs fizinės sveikatos veiksniai, bet ir subjektyvūs. Kai žmogus savo sveikatą vertina kaip prastą, tai labiau tikėtina, jog 7 metų laikotarpyje depresiškumas bus linkęs didėti arba pasireikšti didesniu, ilgalaikiu depresiškumu. Tačiau geras

sveikatos vertinimas gali nuspėti depresiškumo mažėjimą, kai depresijos simptomai ilgainiui tampa minimalūs. Tokie gauti rezultatai sutampa su kitais mokslinių tyrimų rezultatais, kuriuose su didesne depresiškumo rizika siejamas subjektyviai prastesnis sveikatos vertinimas (Musliner et al., 2016; Barrenetxea et al., 2022; Luo & Li, 2020). Šiame tyrime reikšmingiausiai depresiškumo pokyčius prognozuoja būtent subjektyvus sveikatos vertinimas. Kitų autorių tyrimuose taip pat randami įrodymai, jog subjektyviai vertinama sveikata gali netgi veikti sąveiką tarp vyresnio amžiaus žmonių patiriamų fizinės sveikatos apribojimų ir depresiškumo (Jang et al., 2021). Tad tai, kaip pats žmogus vertina savo sveikatą gali būti netgi svarbiau nei objektyvi informacija apie žmogaus sveikatos būklę. Kita vertus, subjektyvus sveikatos vertinimas gali būti reikšmingai sąlygotas depresiškumo būsenos. Pavyzdžiui, randama mokslinių įrodymų, jog vyresnio amžiaus žmonės savo sveikatą vertina geriau, jeigu jų emocinė būsena taip pat yra geresnė ir priešingai – sveikatą vertina prasčiau, jeigu jų emocinė būsena taip pat yra prastesnė (Winter, Lawton, Langston, Ruckdeschel & Sando, 2007). Tad subjektyvus sveikatos vertinimas gali atspindėti ne tik fizinę sveikatą, bet ir depresiškumo būseną. Bet kuriuo atveju, tai tampa svarbiu vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčių rodikliu.

Vyresnio amžiaus žmonių didesnę depresijos riziką nuspėja ne tik tiesioginiai fizinės sveikatos veiksniai, bet ir tokie netiesioginiai veiksniai kaip specifinių vaistų vartojimas. Antidepresantų arba migdomųjų vaistų vartojimas nuspėja didesnę depresiškumo raišką, kuri išlieka ilgą laiką, o antidepresantų vartojimas nuspėja dar ir didėjančią depresiškumą 7 metų laikotarpyje. Šie rezultatai atitinka ir kitų mokslinių tyrimų rezultatus, kai su didesne depresiškumo rizika yra siejamas tiek antidepresantų (Cukor et al., 2024; Saeed Mirza et al., 2018), tiek migdomųjų (Kodaira & Silva, 2017; Chen et al., 2025) vaistų vartojimas. Tai galima paaiškinti tuo, jog šių vaistų vartojimas įprastai vyresnio amžiaus žmonėms paskiriamas dėl patiriamų depresijos simptomų, kadangi antidepresantai ir migdomieji vaistai yra populiariausias pasirinkimas farmakologiniam depresijos gydymui (Fang et al., 2019). Tad natūralu, jog šių medikamentų vartojimas siejamas su didesniu depresiškumu. Visgi netikėta yra tai, jog pagrindinių depresijos gydymui skiriamų vaistų, t. y., antidepresantų, vartojimas šiame darbe nenuspėjo mažėjančio depresiškumo, kuris identifikuotas suaugusiųjų (Cukor et al., 2024) bei specifiskai 60 metų ir vyresnių (Bruin et al., 2018) žmonių imtyse. Tai kelia abejones dėl 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonėms skiriamo medikamentinio depresijos gydymo efektyvumo ilgalaikėje perspektyvoje. Mokslinėje literatūroje galima rasti užuomazgų apie antidepresantų efektyvumo ypatumus vyresniame amžiuje. Pavyzdžiui, Cukor ir kitų (2024) tyrime nustatyta, jog vyresnio amžiaus žmonėms gydymas antidepresantais yra mažiau efektyvus negu jaunesniems žmonėms. Tad depresiškumas gali būti ne tik labiau būdingas vyresniame amžiuje, bet ir sunkiau gydomas medikamentais. Taigi, ypatingai svarbūs tampa tolimesni tyrimai, galintys paaiškinti antidepresantų efektyvumą vyresniame amžiuje.

Palankus fizinės sveikatos atspindys – fizinis aktyvumas, nuspėja mažesnę depresiškumo riziką. Kai yra užsiimama vidutinio intensyvumo fiziniu aktyvumu bent kartą per savaitę, tai labiau tikėtina, jog depresiškumas 7 metų laikotarpyje išliks minimalus, o pasireiškus didesniai depresiškumui – sumažės iki minimaliai išreikštų depresijos simptomų. Tokie gauti rezultatai sutampa su kitais mokslinių tyrimų rezultatais, kuriuose su mažesne depresiškumo rizika siejamas fizinis aktyvumas bent kartą per savaitę (Marques et al., 2021; Kim et al., 2015). Kita vertus, šiame darbe nebuvo reikšmingas aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas, kuris kituose tyrimuose nuspėjo depresiškumo mažėjimą netgi labiau nei vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas (Mumba et al., 2021). Tad šio tyrimo rezultatai sutampa su Schuch ir kitų (2016) gautais rezultatais, kuriuose depresiškumą prognozavo vidutinio, bet ne aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas. Panašu, jog aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas vyresniame amžiuje gali nenuspėti depresiškumo mažėjimo, kadangi vyresniame amžiuje fizinis pajėgumas dėl senėjimo procesų tampa vis mažesnis (Kandola, Ashdown-Franks, Hendrikse, Sabiston & Stubbs, 2019; Schuch et al., 2016). Tokiu būdu fizinis aktyvumas vyresniame amžiuje gali nurodyti ne tik sveikatai palankaus elgesio raišką, bet ir atskleisti fizinio funkcionavimo galimybę – jei žmogaus sveikata yra funkciškai apribota, tai yra mažesnė galimybė išlikti fiziškai aktyviu. Tokia fizinio aktyvumo sąveika su depresiškumu gali būti paaiškinama saviveiksmingumo jausmu (Zhang et al., 2021), kai žmogaus fizinė judėjimo galimybė suteikia didesnę pasitikėjimą savimi ir atitinkamai mažina depresiškumo riziką. Priešingai, remiantis Seligman (1975) išmokto bejėgiškumo teorija, žmogus, kurio fizinis funkcionavimas suprastėja, gali susidurti su mažesniu saviveiksmingumu bei atitinkamai patirti bejėgiškumo būseną, vedančią link depresiškumo. Taigi, fizinio judėjimo galimybė tampa itin svarbi žmogaus psichologinei savijautai. Remiantis anksčiau išsakytomis tyrėjų išvadomis, šiame darbe daroma prielaida, jog fizinis aktyvumas bent kartą per savaitę gali veikti kaip apsauginis veiksnys vyresnio amžiaus depresiškumui, tačiau intensyvumas fiziniam aktyvumui turėtų būti pritaikytas pagal žmogaus funkcinius gebėjimus.

Su daugybiniais fizinės sveikatos apribojimais susiję veiksniai reikšmingai nenuspėja depresiškumo pokyčių. Tiek multimorbidiskumas, nurodantis 2 ar daugiau lėtinių ligų pasireiškimą, tiek polifarmacija, nurodanti 5 ar daugiau vaistų vartojimą kasdien, šiame tyrime nebuvo reikšmingi depresiškumo pokyčių prognostiniai veiksniai. Tokie rezultatai suteikia naujų įžvalgų, kadangi kituose tyrimuose su depresiškumu siejamas multimorbidiskumas nuspėja didesnę ilgalaikį (de la Torre-Luque et al., 2019; Xiang & Cheng, 2019) arba vis didėjantį depresiškumą (Marroig et al., 2019), o polifarmacija nuspėja didesnę depresiškumo riziką (Palapinyo et al., 2021), kuri išlieka ilgą laiką arba vis didėja (Augustini et al., 2022). Tokius rezultatus galima paaiškinti tuo, jog vyresnio amžiaus žmogui gali būti svarbus ne pats lėtinių ligų ar medikamentų vartojimo skaičius, bet tai, kaip stipriai paveikiamas žmogaus kasdienis funkcionavimas. Tokių įžvalgų suteikia Han (2018) atliktas

tyrimas, kuriame lėtinių ligų sąsają su depresiškumu paaiškino fiziniai funkciniai apribojimai. Galiausiai, tokie rezultatai gali būti paaiškinami ir tyrimo metodikų skirtumais. Marroig ir kiti (2018) nustatė, jog multimorbidškumo reikšmė depresiškumui įvairiose Europos šalyse gali būti skirtinga priklausomai nuo tyrimo dalyvių amžiaus, pavyzdžiui, multimorbidškumo reikšmė šiame tyrime buvo mažesnė tada, kai buvo pasirinkti tiriamieji nuo 65 metų amžiaus. Tad multimorbidškumas ir polifarmacija gali nebūti reikšmingi prognostiniai veiksniai šiame darbe dar ir dėl tyrimo metodikos ypatumų.

Apibendrinant, šiame darbe gauti tyrimo rezultatai bendriausiu požiūriu atskleidžia, jog fizinės sveikatos apribojimai nuspėja didesnę depresiškumą, trunkantį ilgą laiką arba vis didėjančius depresijos simptomus, o palankūs fizinės sveikatos aspektai prognozuoja minimalų depresiškumą, išliekantį ilgą laiką arba didelio depresiškumo sumažėjimą.

4.3. Tyrimo stiprybės, ribotumai bei tolimesnių tyrimų kryptis

Šio tyrimo pagrindinė stiprybė yra longitudinalinis tyrimo dizainas, kuris naudojantis SHARE duomenų baze, leido išanalizuoti 7 metų laikotarpio vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčius ir su tuo susijusius fizinės sveikatos veiksnus. Iki šiol yra itin mažai tęstinių tyrimų, kurie tyrinėtų vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo pokyčių prognostinius veiksnus, nors ši tema itin aktuali. Tad šis tyrimas reikšmingai prisideda prie geresnio supratimo apie depresiškumą vyresniame amžiuje. Taip pat šio tyrimo rezultatai yra paremti didele vyresnio amžiaus žmonių imtimi, analizuoti duomenys iš įvairių Europos šalių. Tad galima manyti, jog tyrimo rezultatai reprezentatyviai atspindi vyresnio amžiaus europiečių populiaciją. Galiausiai, šiame tyrime atsižvelgiama ne tik į įvairius fizinės sveikatos veiksnus, bet taip pat ir į sociodemografinius veiksnus, o tai leidžia dar realistiškiau įvertinti fizinės sveikatos veiksnų svarbą prognozuojant depresiškumą.

Tačiau taip pat šis tyrimas turi ir savų ribotumų. Visų pirma, tyrime analizuoti veiksniai paremti tiriamųjų atsakymais, tad informacija gali būti netiksli. Taip pat EURO-D skalė, nors ir yra tinkama vyresnio amžiaus žmonių depresiškumui įvertinti, tačiau ji nėra skirta kliniškai diagnozuoti depresiją, tad šiame tyrime remiamasi tik galima depresijos rizika. Šiame tyrime taip pat neanalizuoti 7 bangos duomenys, kurie galėjo suteikti papildomos informacijos apie depresiškumo pokyčius. Galiausiai, šiame darbe prognostiniai veiksniai remiasi vieno matavimo, t. y., 6 bangos, duomenimis, tad neįvertinti prognostinių veiksnų pokyčiai 7 metų laikotarpyje, kurie per tą laikotarpį galėjo pasikeisti ir depresiškumą nuspėti kitaip.

Tyrėjai, atlikdami tyrimus, nagrinėjančius depresiškumo pokyčius vyresniame amžiuje, turėtų atsižvelgti į fizinės sveikatos svarbą. Tad viena iš tolimesnių tyrimų krypčių galėtų būti fizinės sveikatos svarbą depresiškumui paaiškinančių veiksnų moderacinė analizė. Specifiškai, būtų galima

analizuoti žmogaus turimų resursų svarbą susidorojant su fizinės sveikatos iššūkiais. Mokslinėje literatūroje įvardinami įvairūs žmonių turimi resursai, kurie galėtų paaiškinti fizinių sveikatos veiksnių svarbą depresiškumui, tačiau bendrai juos galima išskirti kaip fizinius, psichologinius ir socialinius. Fiziniai resursai gali atsispindėti kaip galimybė gauti sveikatos priežiūros paslaugas bei reikiamą gydymą. Pavyzdžiui, randama tyrimų, kuriuose nepatenkinti sveikatos priežiūros poreikiai nuspėja vyresnio amžiaus žmonių depresiškumą (Eimontas, Gegieckaitė, Zamalijeva & Pakalniškienė, 2022). Psichologiniai resursai gali atsispindėti kaip ištekliai išgyventi psichologinę kančią fizinės sveikatos apribojimo kontekste. Pavyzdžiui, psichologinis atsparumas galėtų paaiškinti tai, jog žmogus net susidūręs su fizinės sveikatos sunkumais gali išlaikyti gerą psichologinę sveikatą, nepatiriant ūmių depresijos simptomų (da Silva-Sauer, Basso Garcia, Pereira da Silva, Barbosa de Melo & Fernández-Calvo, 2021). Galiausiai, socialiniai resursai gali atspindėti gaunamą socialinę paramą, padedančią įveikti įvairius iššūkius suprantėjusios fizinės sveikatos kontekste. Pavyzdžiui, bendruomeninė arba instrumentinė parama yra siejama su mažesniu depresiškumu bei geriau vertinama fizine sveikata vyresniame amžiuje (Yang & Jiang, 2020). Šiame tyrime taip pat buvo atsižvelgta į socialinius aspektus, iš kurių reikšmingas depresiškumo pokyčių prognostinis veiksnys buvo vienišumas. Tai nebuvo pagrindinis šio tyrimo interesas, tačiau akivaizdu, jog verta detaliau ištirti socialinius aspektus depresiškumo kontekste. Taigi, tolimesni tyrimai turėtų orientuotis į fizinius, psichologinius ir socialinius veiksnius, galinčius paaiškinti fizinių sveikatos veiksnių sąveiką su depresiškumu.

4.4. Praktinės rekomendacijos

Remiantis šio tyrimo rezultatais, parengtos praktinės rekomendacijos. Šios rekomendacijos yra skirtos sveikatos priežiūros specialistams ir psichikos sveikatos specialistams, kurie savo profesiniame darbe susiduria su vyresnio amžiaus žmonėmis. Taip pat rekomendacijos skirtos vyresnio amžiaus žmonių sveikatos politiką vykdančioms specialistams.

1. Sveikatos priežiūros specialistai ar medicinos psichologai, susidūrę su vyresnio amžiaus žmonėmis, turėtų atkreipti dėmesį į jų psichologinę savijautą. Tai ypač svarbu tais atvejais, kai žmogus turi fizinio funkcionavimo apribojimų, trikdančių savipriežiūros galimybę; kai patiriami skausmo sunkumai; kai pasireiškia senatvinio silpnumo požymiai; kai žmogus nėra fiziškai aktyvus bent kartą per savaitę. Šie sveikatos rodikliai gali pranešti apie padidėjusią psichikos sveikatos sutrikimų riziką, tad svarbu įvertinti ne tik fizinę sveikatą, bet taip pat ir depresiškumą. Svarbu neapsiriboti tik objektyviais fizinės sveikatos rodikliais, bet atkreipti dėmesį ir į subjektyvų žmogaus sveikatos vertinimą, kuris taip pat gali identifikuoti depresiškumo riziką.

2. Vyresnio amžiaus žmogui, besikreipiančiam į sveikatos priežiūros įstaigą dėl skausmo, turėtų būti taikomos ir psichologinės intervencijos. Skausmas turi būti valdomas kompleksškai, integruojant ir psichologines priemones kaip standartinę procedūrą.

3. Siekiant puoselėti vyresnio amžiaus žmonių psichologinę sveikatą, rekomenduojama skatinti vyresnio amžiaus žmones užsiimti fizinio aktyvumo veiklomis. Svarbu, jog fizinis aktyvumas būtų ne rečiau nei 1 kartą per savaitę. Rekomenduojamas vidutinio energijos lygio reikalaujantis fizinis aktyvumas, kuris gali pasireikšti įvairiomis kasdieninėmis veiklomis, pavyzdžiui, pasivaikščiojimas, sodo priežiūra ir pan. Tačiau svarbiausia, jog fizinis aktyvumas būtų pritaikytas pagal žmogaus sveikatos galimybes. Tokio pobūdžio fizinis aktyvumas taip pat rekomenduotinas ir kaip nefarmakologinis depresijos gydymo būdas.

4. Vyresnio amžiaus žmonėms, kurių depresiškumas yra aukštas ir yra paskirtas medikamentinis gydymas, turėtų būti periodiškai įvertinamas vaistų poreikis bei jų efektyvumas. Remiantis šio ir kitų tyrimų rezultatais, kyla pagrįstų abejonių, kad vien tik antidepresantų vartojimas vyresniame amžiuje neprisidės prie efektyvaus depresiškumo mažėjimo, tad reikalinga taikyti individualizuotą, kompleksinį gydymą, kai naudojamos specialiai vyresnio amžiaus žmonėms pritaikytos psichologinės intervencijos, paremtos naujausiais moksliniais tyrimais, pavyzdžiui, taikant Gyvenimo apžvalgos (angl. *life review*) techniką, skirtą mažinti depresijos simptomatiką vyresniame amžiuje (Westerhof & Slatman, 2019; Jiang, Galin & Lea, 2024).

5. Vertinant vyresnio amžiaus žmonių depresiškumo riziką, sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos specialistai turėtų vadovautis biopsichosocialiniu požiūriu ir atsižvelgti į įvairius rizikos veiksnius, tarp kurių vyresnis amžius, moteriška lytis, gyvenimas su partneriu, vienišumas.

5. IŠVADOS

1. Vyresniame amžiuje būdingos keturios skirtingos depresiškumo pokyčių trajektorijos. Šios trajektorijos gali būti įvardinamos kaip žemas-stabilus (75,5 %), žemas-didėjantis (10,1 %), aukštas-stabilus (7,5 %) ir aukštas-mažėjantis (6,8 %) depresiškumas.

2. Kontroliuojant sociodemografinius veiksnius kaip amžių, lytį, išsilavinimą, Europos regioną, partnerystę ir vienišumą, depresiškumo pokyčius reikšmingai prognozuoja fizinės sveikatos veiksniai: kasdienės veiklos apribojimai, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai, subjektyvus sveikatos vertinimas, vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas, antidepresantų ir migdomųjų vaistų vartojimas.

2.1. Kasdienės veiklos apribojimų turėjimas prognozuoja depresiškumo didėjimą arba ilgalaikį padidėjusį depresiškumą.

2.2. Skausmo patyrimas prognozuoja depresiškumo didėjimą arba ilgalaikį padidėjusį depresiškumą. Tačiau, kai skausmas nėra patiriamas, prognozuojamas depresiškumo mažėjimas.

2.3. Senatvinio silpnumo požymių pasireiškimas prognozuoja depresiškumo didėjimą arba ilgalaikį padidėjusį depresiškumą.

2.4. Prastas savo sveikatos vertinimas prognozuoja depresiškumo didėjimą arba ilgalaikį padidėjusį depresiškumą. Tačiau geras savo sveikatos vertinimas prognozuoja depresiškumo mažėjimą.

2.5. Vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas bent kartą per savaitę prognozuoja ilgalaikį minimalų depresiškumą arba depresiškumo mažėjimą.

2.6. Antidepresantų vartojimas prognozuoja depresiškumo didėjimą arba ilgalaikį padidėjusį depresiškumą.

2.7. Migdomųjų vaistų vartojimas prognozuoja ilgalaikį padidėjusį depresiškumą.

3. Depresiškumo pokyčių reikšmingai neprognozuoja multimorbidiškumas, polifarmacija, aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas, instrumentiniai kasdienės veiklos apribojimai.

LITERATŪRA

- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52(3), 317–332. doi:10.1007/BF02294359
- Arias de la Torre, J., Vilagut, G., Ronaldson, A., Dregan, A., Ricci-Cabello, I., Hatch, S. L., ... & Alonso, J. (2021). Prevalence and age patterns of depression in the United Kingdom. A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 279, 164–172. doi:10.1016/j.jad.2020.09.129
- Augustini, B., Lotfaliany, M., Mohebbi, M., Woods, R. L., McNeil, J. J., Nelson, M. R., ... & Berk, M. (2022). Trajectories of depressive symptoms in older adults and associated health outcomes. *Nat Aging*, 2(4), 295–302. doi:10.1038/s43587-022-00203-1
- Barrenetxea, J., Pan, A., Feng, Q., & Koh, W. P. (2022). Factors associated with depression across age groups of older adults: The Singapore Chinese health study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(2). doi:10.1002/gps.5666
- Bauer, D. J., & Curran, P. J. (2003). Overextraction of latent trajectory classes: Much ado about nothing? Reply to Rindskopf (2003), Muthén (2003), and Cudeck and Henly (2003). *Psychological Methods*, 8(3), 384–393. doi:10.1037/1082-989X.8.3.384
- Bei, B., Asarnow, L. D., Krystal, A., Edinger, J. D., Buysse, D. J., & Manber, R. (2018). Treating insomnia in depression: Insomnia related factors predict long-term depression trajectories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(3), 282–293. doi:10.1037/ccp0000282
- Bergmann, M. and A. Börsch-Supan (Eds.) (2021). *SHARE Wave 8 methodology: collecting cross-national survey data in times of COVID-19*. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. Paimta iš https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Bilder_Newsredaktion/SHARE_Methodenband_WEB__1_.pdf
- Bergmann, M., A. Scherpenzeel and A. Börsch-Supan (Eds.) (2019). *SHARE Wave 7 methodology: panel innovations and life histories*. Munich: Munich Center for the Economics of Aging (MEA). Paimta iš https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Methodology_Volumes/SHARE_Methodenband_A4_WEB_Wave7MFRB.pdf
- Bergmann, M., Wagner, M., and Börsch-Supan, A. (Eds.) (2024). *SHARE wave 9 methodology: from the SHARE corona survey 2 to the SHARE main wave 9 interview*. Munich: SHARE-ERIC. Paimta iš https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Methodology_Volumes/SHARE_Methodenband_WEB_Wave9.pdf
- Bickford, D., Morin, R. T., Nelson, J. C., & Mackin, R. S. (2020). Determinants of suicide-related ideation in late life depression: associations with perceived stress. *Clinical Gerontologist*, 43(1), 37–45. doi:10.1080/07317115.2019.1666442
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., ... & Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649–657. doi:10.1016/S0140-6736(14)61464-1

- Bonanno, E. G., Figueiredo, T., Mimoso, I. F., Morgado, M. I., Carrilho, J., Midão, L., & Costa, E. (2025). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe: an update. *Journal of Clinical Medicine*, 14(4), 1330. doi:10.3390/jcm14041330
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., ... & Zuber, S. (2013). Data resource profile: the survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001. doi:10.1093/ije/dyt088
- Brenes, G. A., Danhauer, S. C., Lyles, M. F., Hogan, P. E., & Miller, M. E. (2015). Barriers to mental health treatment in rural older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1172–1178. doi:10.1016/j.jagp.2015.06.002
- Bruin, M. C., Comijs, H. C., Kok, R. M., Van der Mast, R. C., & Van den Berg, J. F. (2018). Lifestyle factors and the course of depression in older adults: A NESDO study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(7), 1000–1008. doi:10.1002/gps.4889
- Celeux, G., & Soromenho, G. (1996). An entropy criterion for assessing the number of clusters in a mixture model. *Journal of Classification*, 13, 195–212. doi:10.1007/BF01246098
- Charette, S. L., Garcia, M. B., & Reuben, D. B. (2015). Goal-oriented care. *Psychology and Geriatrics*, 1–19. doi:10.1016/B978-0-12-420123-1.00001-0
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: a model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1068–1091. doi:10.1037/a0021232
- Chen, S. J., Ivers, H., Savard, J., LeBlanc, M., & Morin, C. M. (2025). Are trajectories of insomnia symptoms associated with clinically significant depressive symptoms or vice versa? Evidence from a 5-year longitudinal study. *Sleep Medicine*, 131, 106489. doi:10.1016/j.sleep.2025.106489
- Clark, S. L., & Muthén, B. (2009). *Relating latent class analysis results to variables not included in the analysis*. Paimta iš <https://www.statmodel.com/download/relatinglca.pdf>
- Crestani, C., Masotti, V., Corradi, N., Schirripa, M. L. & Cecchi, R. (2019). Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta BioMedica*, 90(1), 68–76. doi:10.23750%2Fabm.v90i1.6312
- Cukor, J., Xu, Z., Vekaria, V., Wang, F., Olfson, M., Banerjee, S., ... & Pathak, J. (2024). Longitudinal trajectories of symptom change during antidepressant treatment among managed care patients with depression and anxiety. *npj Mental Health Research*, 3(1), 58. doi:10.1038/s44184-024-00104-8
- Čekanavičius, V. ir Murauskas, G. (2014). Taikomoji regresinė analizė socialiniuose tyrimuose. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla. Paimta iš <http://www.statistika.mif.vu.lt/wp-content/uploads/2014/04/regresine-analize.pdf>
- da Silva-Sauer, L., Basso Garcia, R., Pereira da Silva, T. M., Barbosa de Melo, C., & Fernández-Calvo, B. (2021). Relationship between psychological resilience, perceived stress, depression, and physical health in community-dwelling older adults. *Psychology & Neuroscience*, 14(2), 132–144. doi:10.1037/pne0000254

- de la Torre-Luque, A., & Ayuso-Mateos, J. L. (2020). The course of depression in late life: a longitudinal perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e147. doi:10.1017/S204579602000058X
- de la Torre-Luque, A., de la Fuente, J., Prina, M., Sanchez-Niubo, A., Haro, J. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2019). Long-term trajectories of depressive symptoms in old age: relationships with sociodemographic and health-related factors. *Journal of Affective Disorders*, 246, 329–337. doi:10.1016/j.jad.2018.12.122
- Doan, L., Manders, T., & Wang, J. (2015). Neuroplasticity underlying the comorbidity of pain and depression. *Neural Plasticity*, 2015(1), 504691. doi:10.1155/2015/504691
- Edemekong, P. F., Bomgaars, D., Sukumaran, S., & Levy, S. B. (2019). Activities of daily living. *StatPearls*. Paimta iš https://digitalcollections.dordt.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2225&context=faculty_work
- Eimontas, J., Gegieckaitė, G., Zamalijeva, O., & Pakalniškienė, V. (2022). Unmet healthcare needs predict depression symptoms among older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 8892. doi:10.3390/ijerph19158892
- European Commission, Eurostat, Corselli-Nordblad, L., Strandell, H. (2020) *Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Paimta iš <https://data.europa.eu/doi/10.2785/628105>
- Eurostat (2021). Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level. doi:10.2908/HLTH_EHIS_CD1E
- Faisal-Cury, A., Ziebold, C., de Oliveira Rodrigues, D. M., & Matijasevich, A. (2022). Depression underdiagnosis: prevalence and associated factors. A population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 157–165. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.04.025
- Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: a review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(4), 2324–2332. doi:10.1111/jcmm.14170
- Floridi, G., Quashie, N. T., Glaser, K., & Brandt, M. (2022). Partner care arrangements and well-being in mid-and later life: The role of gender across care contexts. *The Journals of Gerontology*: 77(2), 435–445. doi:10.1093/geronb/gbab209
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series a: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. doi:10.1093/gerona/56.3.M146
- Gebara, M. A., Siripong, N., DiNapoli, E. A., Maree, R. D., Germain, A., Reynolds, C. F., ... & Karp, J. F. (2018). Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 35(8), 717–731. doi:10.1002/da.22776

- Gerrits, M. M., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van der Horst, H., & Penninx, B. W. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 64–70. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.011
- Global Health Estimates (2020). Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization. Paimta iš https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_yld_global_2000_2019c417f68b-841d-4a7a-9e5c-f087f9f86e48_4a694273-e334-4099-975e-8534ea25feb9.xlsx?sfvrsn=dac29788_7
- Grundy, E., van den Broek, T., & Keenan, K. (2019). Number of children, partnership status, and later-life depression in Eastern and Western Europe. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(2), 353–363. doi:10.1093/geronb/gbx050
- Gundersen, E., & Bensadon, B. (2023). Geriatric depression. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 50(1), 143–158. doi:10.1016/j.pop.2022.10.010
- Han, J. (2018). Chronic illnesses and depressive symptoms among older people: functional limitations as a mediator and self-perceptions of aging as a moderator. *Journal of Aging and Health*, 30(8), 1188–1204. doi:10.1177/0898264317711609
- Hybels, C. F., Pieper, C. F., Blazer, D. G., & Steffens, D. C. (2016). Heterogeneity in the three-year course of major depression among older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 775–782. doi:10.1002/gps.4391
- Hinrichsen, G. A., Emery-Tiburcio, E. E., Gooblar, J., & Molinari, V. A. (2018). Building foundational knowledge competencies in professional geropsychology: Council of Professional Geropsychology Training Programs (Co PGTP) recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(2), e12236. doi:10.1111/cpsp.12236
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57, 19–25. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.002
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6), 655–672. doi:10.1177/0164027504268574
- Yang, F., & Jiang, Y. (2020). Heterogeneous influences of social support on physical and mental health: evidence from China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6838. doi:10.3390/ijerph17186838
- Infurna, F. J., & Grimm, K. J. (2018). The use of growth mixture modeling for studying resilience to major life stressors in adulthood and old age: Lessons for class size and identification and model selection. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(1), 148–159. doi:10.1093/geronb/gbx019

- Yu, B., Zhang, X., Wang, C., Sun, M., Jin, L., & Liu, X. (2020). Trends in depression among adults in the United States, NHANES 2005–2016. *Journal of Affective Disorders*, 263, 609–620. doi:10.1016/j.jad.2019.11.036
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Briggs, A. M. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
- Jang, Y., Yoon, H., Li, M., Park, N. S., Chiriboga, D. A., Wu, B., ... & Kim, M. T. (2021). Self-rated health as a mediator between physical health conditions and depressive symptoms in older Chinese and Korean Americans. *Plos One*, 16(1), e0245136. doi:10.1371/journal.pone.0245136
- Jang, J., Jung, H. S., Chae, K., & Lee, K. U. (2023). Trajectories of self-rated health among community-dwelling individuals with depressive symptoms: A latent class growth analysis. *Journal of Affective Disorders*, 332, 83–91. doi:10.1016/j.jad.2023.03.089
- Jia, F., Shi, X., Li, X., Wang, B., Liu, F., & Cao, F. (2020). Physical frailty and the risk of major depressive disorder: the Irish longitudinal study on ageing. *Journal of Psychiatric Research*, 125, 91–95. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.03.002
- Jiang, V., Galin, A., & Lea, X. (2024). Life review for older adults: an integrative review. *Psychogeriatrics*, 24(6), 1402–1417. doi:10.1111/psyg.13194
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.013
- Jung, T., & Wickrama, K. A. (2008). An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 302–317. doi:10.1111/j.1751-9004.2007.00054.x
- Kamat, R., Martin, A. S. & Jeste, D. V. (2017). Successful aging. In H. Chiu & K. Shulman (Eds.), *Mental Health and Illness of the Elderly* (pp. 7–28). Singapore: Springer. doi:10.1007/978-981-10-2414-6_3
- Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 525–539. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.09.040
- 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
- Kaup, A. R., Byers, A. L., Falvey, C., Simonsick, E. M., Satterfield, S., Ayonayon, H. N., ... & Yaffe, K. (2016). Trajectories of depressive symptoms in older adults and risk of dementia. *JAMA Psychiatry*, 73(5), 525–531, doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0004

- Kim, E. Y., Kim, S. H., Ha, K., Lee, H. J., Yoon, D. H., & Ahn, Y. M. (2015). Depression trajectories and the association with metabolic adversities among the middle-aged adults. *Journal of Affective Disorders*, 188, 14–21. doi:10.1016/j.jad.2015.08.024
- Kim, J., & Shin, W. (2014). How to do random allocation (randomization). *Clinics in Orthopedic Surgery*, 6(1), 103–109. doi:10.4055/cios.2014.6.1.103
- Kodaira, K., & Silva, M. T. (2017). Sleeping pill use in Brazil: a population-based, cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(7), e016233. doi:10.1136/bmjopen-2017-016233
- 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. doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 620–630. doi:10.1037/abn0000162
- Lo, Y., Mendell, N. R., & Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika*, 88(3), 767–778. doi:10.1093/biomet/88.3.767
- Luo, M. S., & Li, L. W. (2020). Are self-perceptions of aging associated with health trajectories among middle-aged and older adults? *The Gerontologist*, 60(5), 841–850. doi:10.1093/geront/gnz092
- Machón, M., Vergara, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Larrañaga, I. (2016). Self-perceived health in functionally independent older people: associated factors. *BMC Geriatrics*, 16, 66. doi:10.1186/s12877-016-0239-9
- Mayerl, H., Stolz, E., & Freidl, W. (2020). Frailty and depression: Reciprocal influences or common causes? *Social Science & Medicine*, 263, 113273. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113273
- Malhotra, R., Chei, C. L., Menon, E., Chow, W. L., Quah, S., Chan, A., & Matchar, D. B. (2016). Short-term trajectories of depressive symptoms in stroke survivors and their family caregivers. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(1), 172–181. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.09.012
- Mallett, J., Redican, E., Doherty, A. S., Shevlin, M., & Adamson, G. (2022). Depression trajectories among older community dwelling adults: Results from the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 298, 345–354. doi:10.1016/j.jad.2021.10.114
- Malter, F. & Börsch-Supan, A. (Eds.) (2017). SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting dried blood spots. Munich: Munich Center for the Economics of Aging (MEA). Paimta iš https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Methodology_Volumes/201804_SHARE-WAVE-6_MFRB.pdf
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age—a scoping review. *BMC Public Health*, 19, 1431. doi:10.1186/s12889-019-7762-5
- Marques, A., Gaspar de Matos, M., Bordado, J., Gouveia, É. R., Peralta, M., & Gomez-Baya, D. (2021). Different levels of physical activity and depression symptoms among older adults from 18 countries:

- A population-based study from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Journal of Sport Science*, 21(6), 887–894. doi:10.1080/17461391.2020.1795273
- Marroig, A., Čukić, I., Robitaille, A., Piccinin, A., & Muniz Terrera, G. (2019). Importance of modelling decisions on estimating trajectories of depressive symptoms and co-morbid conditions in older adults: Longitudinal studies from ten European countries. *Plos One*, 14(4), e0214438. doi:10.1371/journal.pone.0214438
- Maskileyson, D., Seddig, D., & Davidov, E. (2021). The EURO-D measure of depressive symptoms in the aging population: comparability across European countries and Israel. *Frontiers in Political Science*, 3, 665004. doi:10.3389/fpos.2021.665004
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17, 1–10. doi:10.1186/s12877-017-0621-2
- Menassa, M., Stronks, K., Khatami, F., Díaz, Z. M. R., Espinola, O. P., Gamba, M., ... & Franco, O. H. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *eClinicalMedicine*, 56. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101821
- Mumba, M. N., Nacarrow, A. F., Cody, S., Key, B. A., Wang, H., Robb, M., ... & Allen, R. S. (2021). Intensity and type of physical activity predicts depression in older adults. *Aging & Mental Health*, 25(4), 664–671. doi:10.1080/13607863.2020.1711861
- Musliner, K. L., Munk-Olsen, T., Eaton, W. W., & Zandi, P. P. (2016). Heterogeneity in long-term trajectories of depressive symptoms: Patterns, predictors and outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 192, 199–211. doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.030
- Muthén, B. (2003). Statistical and substantive checking in growth mixture modeling: comment on Bauer and Curran. *Psychological Methods*, 8(3), 369–377. doi:10.1037/1082-989X.8.3.369
- Muthén, B., & Muthén, L. K. (2000). Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 24(6), 882–891. doi:10.1111/j.1530-0277.2000.tb02070.x
- Nguyen, H., Manolova, G., Daskalopoulou, C., Vitoratou, S., Prince, M., & Prina, A. M. (2019). Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Comorbidity*, 9, 1–15. doi:10.1177/2235042X19870934
- Nicholas, S., Huppert, F., McWilliams, B., & Melzer, D. (2003). Physical and cognitive function. In M. Marmot, J. Banks, R. Blundell, C. Lessof & J. Nazroo (Eds). *Health, Wealth and Lifestyles of the Older Population in England: The 2002 English Longitudinal Study of Ageing*. 249–300. London: The Institute for Fiscal Studies. Paimta iš https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/sites/epidemiology_health_care/files/elsa_-_wave_1_report_0.pdf

- Pagé, M. G., Watt-Watson, J., & Choinière, M. (2017). Do depression and anxiety profiles over time predict persistent post-surgical pain? A study in cardiac surgery patients. *European Journal of Pain*, 21(6), 965–976. doi:10.1002/ejp.998
- Pakalniškienė, V. (2012). Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas: metodinė priemonė. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla. Paimta iš https://www.vu.lt/site_files/LD/Tyrimo_ir_%C4%AFvertinimo_priemoni%C5%B3_patikimumo_ir_validumo_nustatymas.pdf
- Palapinyo, S., Methaneethorn, J., & Leelakanok, N. (2021). Association between polypharmacy and depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 51(4), 280–299. doi:10.1002/jppr.1749
- Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S. L., ... & Copeland, J. R. (1999). Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 330–338. doi:10.1192/bjp.174.4.330
- Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36–46. doi:10.1016/j.jad.2017.06.009
- Rossom, R. C., Coleman, K. J., Ahmedani, B. K., Beck, A., Johnson, E., Oliver, M., & Simon, G. E. (2017). Suicidal ideation reported on the PHQ9 and risk of suicidal behavior across age groups. *Journal of Affective Disorders*, 215, 77–84. doi:10.1016/j.jad.2017.03.037
- Rote, S., Chen, N. W., & Markides, K. (2015). Trajectories of depressive symptoms in elderly Mexican Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(7), 1324–1330. doi:10.1111/jgs.13480
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. doi:10.1016/j.maturitas.2020.05.018
- Russel, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
- Rzewuska, M., Mallen, C. D., Strauss, V. Y., Belcher, J., & Peat, G. (2015). One-year trajectories of depression and anxiety symptoms in older patients presenting in general practice with musculoskeletal pain: A latent class growth analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(3), 195–201. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.05.016
- Saeed Mirza, S., Ikram, M. A., Freak-Poli, R., Hofman, A., Rizopoulos, D., & Tiemeier, H. (2018). 12 Year trajectories of depressive symptoms in community-dwelling older adults and the subsequent risk of death over 13 years. *The Journals of Gerontology*, 73(6), 820–827. doi:10.1093/gerona/glx215

- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., ... & Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631–648. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17111194
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., Veronese, N., ... & Stubbs, B. (2016). Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(3), 247–254. doi:10.1590/1516-4446-2016-1915
- Schwartz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *Annals of Statistics*, 6(2), 461–464. doi:10.1214/aos/1176344136
- Scott, A. J., Correa, A. B., Bisby, M. A., & Dear, B. F. (2023). Depression and anxiety trajectories in chronic disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92(4), 227–242. doi:10.1159/000533263
- Seligman, M. E. (1975). Helplessness: on depression, development and death. *Depression* (p. 75–106). San Francisco: Freeman. Paimta iš <https://archive.org/details/helplessnessonde00seli/mode/2up>
- SHARE-ERIC (2024a). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 9.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi: 10.6103/SHARE.w6.900
- SHARE-ERIC (2024b). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 9.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi: 10.6103/SHARE.w8.900
- SHARE-ERIC (2024c). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9. Release version: 9.0.0. SHARE-ERIC. Data set. doi: 10.6103/SHARE.w9.900
- Sharma, N. K. (2021). Easy way to determine the sample size. In *International Conference of Humanities and Social Sciences*, 1. doi:10.13140/RG.2.2.35758.84808
- Shibasaki, W. M., & Martins, R. P. (2018). Simple randomization may lead to unequal group sizes. Is that a problem? *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 154(4), 600–605. doi:10.1016/j.ajodo.2018.07.005
- Shiga, T. (2023). Depression and cardiovascular diseases. *Journal of Cardiology*, 81(5), 485–490. doi:10.1016/j.jjcc.2022.11.010
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., Prina, A. M., ... & Stubbs, B. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 36, 78–87. doi:10.1016/j.arr.2017.03.005
- Stanojević Jerković, O., Sauliūnė, S., Šumskas, L., Birt, C. A., & Kersnik, J. (2017). Determinants of self-rated health in elderly populations in urban areas in Slovenia, Lithuania and UK: findings of the EURO-URHIS 2 survey. *The European Journal of Public Health*, 27(2), 74–79. doi:10.1093/eurpub/ckv097

- Steel, N. Huppert, F. A., McWilliams, B., & Melzer, D. (2003). Physical and cognitive function. In M. Marmot, J. Banks, R. Blundell, C. Lessof & J. Nazroo (Eds.), *Health, Wealth and Lifestyles of the Older Population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing* (pp. 249–300). London: The Institute for Fiscal Studies. Paimta iš https://www.ucl.ac.uk/epidemiology-health-care/sites/epidemiology_health_care/files/elsa_-_wave_1_report_0.pdf
- Thomas, M. L., Kaufmann, C. N., Palmer, B. W., Depp, C. A., Martin, A. S., Glorioso, D. K., ... & Jeste, D. V. (2016). Paradoxical trend for improvement in mental health with aging: a community-based study of 1,546 adults aged 21-100 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), 8771. doi:10.4088/JCP.16m10671
- Tomás, J. M., Torres, Z., Oliver, A., Enrique, S., & Fernández, I. (2022). Psychometric properties of the EURO-D scale of depressive symptomatology: Evidence from SHARE wave 8. *Journal of Affective Disorders*, 313, 49–55. doi:10.1016/j.jad.2022.06.079
- UNESCO (2006). International Standard Classification of Education: ISCED 1997. Paimta iš https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en_0.pdf
- Ūsienė, A. (2023). Psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas Lietuvoje 2016–2022 m. *Visuomenės sveikatos netolygumai*, 2 (48). Vilnius: Higienos institutas. Paimta iš <https://www.hi.lt/leidinys-558/informaciniai-leidiniai/visuomenes-sveikatos-netolygumai-2023-nr-2-48-psichikos-ir-elgesio-sutrikimu-paplitimas-lietuvoje-2016-2022-m/>
- Ūsienė, A. ir Našlėnė, Ž. (2023). Savižudybės Lietuvoje 2010–2022 m. *Visuomenės sveikatos netolygumai*, 3(49). Vilnius: Higienos institutas. Paimta iš <https://www.hi.lt/leidinys-558/informaciniai-leidiniai/visuomenes-sveikatos-netolygumai-2023-nr-3-49-savizudybes-lietuvoje-2010-2022-m/>
- Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 657–669. doi:10.1017/S1041610221000399
- Vaughan, L., Corbin, A. L., & Goveas, J. S. (2015). Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 1947–1958. doi:10.2147/CIA.S69632
- Vuong, Q. (1989). Likelihood ratio tests for model selection and non-nested hypotheses. *Econometrica*, 57(2), 307–333. doi:10.2307/1912557
- Weller, B. E., Bowen, N. K., & Faubert, S. J. (2020). Latent class analysis: a guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, 46(4), 287–311. doi:10.1177/0095798420930932
- Westerhof, G. J., & Slatman, S. (2019). In search of the best evidence for life review therapy to reduce depressive symptoms in older adults: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(4), e12301. doi:10.1111/cpsp.12301

- WHO (2015). *World report on ageing and health*. Luxemburg: WHO Press. doi:10.13140/RG.2.1.5058.8245
- WHO (2017). WHO clinical consortium on healthy ageing. Report of consortium meeting 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization. Paimta iš <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272437/WHO-FWC-ALC-17.2-eng.pdf?sequence=1>
- WHO (2020). *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: World Health Organization. Paimta iš <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>
- Winter, L., Lawton, M. P., Langston, C. A., Ruckdeschel, K., & Sando, R. (2007). Symptoms, affects, and self-rated health: Evidence for a subjective trajectory of health. *Journal of Aging and Health*, 19(3), 453–469. doi:10.1177/0898264307300167
- Wright, M. R., & Brown, S. L. (2017). Psychological well-being among older adults: The role of partnership status. *Journal of Marriage and Family*, 79(3), 833–849. doi:10.1111/jomf.12375
- Wuthrich, V. M., & Frei, J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1227–1236. doi:10.1017/S1041610215000241
- Xiang, X., Cheng, J. (2019). Trajectories of major depression in middle-aged and older adults: A population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(10), 1506–1514. doi:10.1002/gps.5161
- Zenebe, Y., Akele, B., Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 20, 55. doi:10.1186/s12991-021-00375-x
- Zhang, S., Xiang, K., Li, S., & Pan, H. F. (2021). Physical activity and depression in older adults: the knowns and unknowns. *Psychiatry Research*, 297, 113738. doi:10.1016/j.psychres.2021.113738

PRIEDAI

1 priedas. Sociodemografiniai rodikliai

Kintamieji	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>
Amžius	11712	72,11	5,48	65	95
Lytis	11712	0,58	0,49	0	1
Moteris	6792 (58)				
Vyras	4920 (42)				
Partnerystė	11712	0,69	0,46	0	1
Turi partnerį	8040 (68,6)				
Neturi partnerio	3672 (31,4)				
Išsilavinimas	11569	0,24	0,42	0	1
Turi aukštąjį išsilavinimą	2716 (23,5)				
Neturi aukštojo išsilavinimo	8853 (76,5)				
Europos regionas	11712	1,67	1,07	0	3
Pietų Europa	2307 (19,7)				
Šiaurės Europa	1729 (14,8)				
Vakarų Europa	4047 (34,6)				
Rytų Europa	3629 (31)				

Pastaba. *n* – imties dalies dydis; *M* – vidurkis; *SD* – standartinis nuokrypis; *MIN* – minimali reikšmė; *MAX* – maksimali reikšmė.

2 priedas. Depresiškumo rodikliai

Kintamieji	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>
Depresiškumas – 6 banga	11879 (100)	2,25	2,13	0	12
Depresiškumas – 8 banga	11879 (100)	2,39	2,22	0	12
Depresiškumas – 9 banga	11879 (100)	2,64	2,31	0	12

Pastaba. *n* – imties dalies dydis; *M* – vidurkis; *SD* – standartinis nuokrypis; *MIN* – minimali reikšmė; *MAX* – maksimali reikšmė.

3 priedas. Fizinės sveikatos rodikliai

Kintamieji	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
ADL	11712	0,08	0,28
Turi 1 ar daugiau apribojimų	975 (8,3)		
Neturi apribojimų	10737 (91,7)		
IADL	11712	0,15	0,35
Turi 1 ar daugiau apribojimų	1701 (14,5)		
Neturi apribojimų	10011 (85,5)		
Multimorbidiškumas	11712	0,56	0,50
Taip	6530 (55,8)		
Ne	5182 (44,2)		
Skausmas	11712	0,46	0,50
Taip	5378 (45,9)		
Ne	6334 (54,1)		
Senatvinio silpnumo požymiai	11879	0,35	0,48
Taip	4206 (35,4)		
Ne	7673 (64,6)		
Subjektyvus sveikatos vertinimas	11711	0,63	0,48
Prastas	4314 (36,8)		
Geras	7397 (63,2)		
Vidutinio intensyvumo fizinis aktyvumas	11712	0,87	0,34
Bent 1 kartą per savaitę	10183 (86,9)		
Rečiau nei 1 kartą per savaitę	1529 (13,1)		
Aukšto intensyvumo fizinis aktyvumas	11712	0,48	0,50
Bent 1 kartą per savaitę	5585 (47,7)		
Rečiau nei 1 kartą per savaitę	6127 (52,3)		
Antidepresantai	11875	0,05	0,23
Vartoja	640 (5,4)		

Nevartoja	11235 (94,6)		
Migdomieji	11875	0,07	0,26
Vartoja	844 (7,1)		
Nevartoja	11031 (92,9)		
Polifarmacija	11879	0,26	0,44
Taip	2635 (26,5)		
Ne	7311 (73,5)		

Pastaba. n – imties dalies dydis; M – vidurkis; SD – standartinis nuokrypis; MIN – minimali reikšmė; MAX – maksimali reikšmė.

4 priedas. Sociodemografiniai rodikliai, taikant randomizaciją

Kintamieji	Žemo-stabilaus depresiškumo grupė	
	Prieš randomizaciją	Po randomizacijos
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Lytis	9153	916
Moteris	4933 (53,9)	491 (53,6)
Vyras	4220 (46,1)	425 (46,4)
Partnerystė	9153	916
Turi partnerį	6436 (70,3)	663 (72,4)
Neturi partnerio	2717 (29,7)	253 (27,6)
Išsilavinimas	9034	905
Turi aukštąjį išsilavinimą	2352 (26)	230 (25,4)
Neturi aukštojo išsilavinimo	6682 (74)	675 (74,6)
Europos regionas	9153	916
Šiaurės Europa	1532 (16,7)	156 (17)
Vakarų Europa	3337 (36,5)	345 (37,7)
Rytų Europa	2748 (30)	280 (30,6)
Pietų Europa	1536 (16,8)	135 (14,7)

Pastaba. *n* – imties dydis.