



VILNIAUS UNIVERSITETAS  
FILOSOFIJOS FAKULTETAS  
PSICHOLOGIJOS INSTITUTAS

SVEIKATOS PSICHOLOGIJOS STUDIJŲ PROGRAMA

Jolita Krasauskienė

# **FIZINĖS SVEIKATOS REIKŠMĖ VYRESNIO AMŽIAUS ŽMONIŲ VIENIŠUMUI**

Magistro darbas

Darbo vadovė: dr. Olga Zamalijeva

Vilnius  
2026

## TURINYS

|                                                                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| SANTRAUKA.....                                                                                                                                                                             | 4  |
| PRATARMĖ .....                                                                                                                                                                             | 6  |
| 1. ĮVADAS .....                                                                                                                                                                            | 8  |
| 1.1. Vieništumo samprata .....                                                                                                                                                             | 8  |
| 1.2. Vieništumo paplitimas ir skirtumai .....                                                                                                                                              | 11 |
| 1.3. Socialiniai vieništumo veiksniai .....                                                                                                                                                | 13 |
| 1.4. Fizinė sveikata ir vieništumas .....                                                                                                                                                  | 14 |
| 1.5. Sociodemografiniai vieništumo veiksniai .....                                                                                                                                         | 16 |
| 1.6. Tyrimo tikslas ir uždaviniai .....                                                                                                                                                    | 17 |
| 2. TYRIMO METODIKA .....                                                                                                                                                                   | 19 |
| 2.1. Europos sveikatos, senėjimo ir išėjimo į pensiją tyrimas .....                                                                                                                        | 19 |
| 2.2. Tyrimo dalyviai .....                                                                                                                                                                 | 19 |
| 2.3. Tyrimo kintamieji .....                                                                                                                                                               | 20 |
| 2.3.1. Vieništumas .....                                                                                                                                                                   | 20 |
| 2.3.2. Vieništumo veiksniai .....                                                                                                                                                          | 21 |
| 2.3.2.1. Fizinės sveikatos rodikliai .....                                                                                                                                                 | 21 |
| 2.3.2.2. Socialinio aktyvumo rodikliai .....                                                                                                                                               | 24 |
| 2.3.3. Sociodemografiniai kintamieji .....                                                                                                                                                 | 24 |
| 2.4. Tyrimo eiga .....                                                                                                                                                                     | 25 |
| 2.5. Duomenų analizės metodai .....                                                                                                                                                        | 25 |
| 3. REZULTATAI .....                                                                                                                                                                        | 27 |
| 3.1. Vyresnio amžiaus žmonių vieništumo sąsajos su sociodemografiniais ir socialinio aktyvumo veiksniais .....                                                                             | 27 |
| 3.1.1. Vyresnio amžiaus žmonių vieništumo sąsajos su sociodemografiniais veiksniais .....                                                                                                  | 27 |
| 3.1.2. Vyresnio amžiaus žmonių vieništumo sąsajos su socialinio aktyvumo rodikliais .....                                                                                                  | 28 |
| 3.2. Vyresnio amžiaus žmonių vieništumo sąsajos su fizinės sveikatos būklės rodikliais .....                                                                                               | 28 |
| 3.3. Fizinės sveikatos būklės rodiklių prognostinė reikšmė vyresnio amžiaus žmonių vieništumui, kontroliuojant sociodemografinius ir socialinio aktyvumo veiksnius .....                   | 30 |
| 3.4. Fizinės sveikatos būklės rodiklių prognostinės reikšmės vieništumui palyginimas skirtingose amžiaus grupėse, kontroliuojant sociodemografinius ir socialinio aktyvumo veiksnius ..... | 32 |
| 4. REZULTATŲ APTARIMAS .....                                                                                                                                                               | 34 |
| 4.1. Fizinės sveikatos ir kitų veiksnių prognostinė reikšmė vyresnio amžiaus žmonių vieništumui .....                                                                                      | 34 |
| 4.2. Fizinės sveikatos ir kitų veiksnių prognostinė reikšmė vieništumui skirtingose amžiaus grupėse .....                                                                                  | 36 |
| 4.3. Tyrimo ribotumai bei rekomendacijos ateities tyrimams .....                                                                                                                           | 38 |
| 4.4. Rekomendacijos praktikai .....                                                                                                                                                        | 40 |

|                  |    |
|------------------|----|
| IŠVADOS .....    | 41 |
| LITERATŪRA ..... | 42 |
| PRIEDAI .....    | 49 |

## SANTRAUKA

Krasauskienė J. (2026). *Fizinės sveikatos reikšmė vyresnio amžiaus žmonių vienišumui*. Magistro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, 51 psl.

Vienišumas vyresniame amžiuje yra kompleksinis reiškinys, susijęs su fizinės sveikatos būkle, socialiniais ryšiais ir sociodemografiniais veiksniais. Šio tyrimo tikslas buvo įvertinti fizinės sveikatos rodiklių reikšmę aiškinant vyresnio amžiaus žmonių vienišumą, kontroliuojant socialinius ir demografinius veiksnius bei analizuojant jų tarpusavio sąveikas. Tyrimas atliktas naudojant SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) duomenis. Tiriamųjų imtį sudarė 1405 vyresnio amžiaus (50 m. ir vyresni) Lietuvos gyventojai. Vienišumas tyrime buvo vertinamas 3 teiginių vienišumo scale (angl. *UCLA 3-items Loneliness scale*). Taip pat buvo vertinami fizinės sveikatos rodikliai (pvz. funkciniai apribojimai, fizinio aktyvumo trūkumas, lėtinės ligos ir t.t.), socialinio aktyvumo bei sociodemografiniai kintamieji. Nustatyta, kad prastesnė fizinė sveikata yra susijusi su didesniu vienišumo lygiu, o tokie fizinės sveikatos rodikliai kaip fizinis aktyvumas, subjektyvi sveikatos būklė, funkciniai apribojimai ir didelis vartojamų vaistų kiekis yra reikšmingi vyresnio amžiaus žmonių vienišumo prognostiniai veiksniai. Be to, rezultatai parodė, kad fizinės sveikatos rodiklių prognostinė reikšmė vienišumui skirtingose amžiaus grupėse nėra vienoda. Tai leidžia manyti, kad fizinės sveikatos ir kitų veiksnių reikšmė vienišumo patyrimui senėjimo etapuose skiriasi, todėl svarbu atsižvelgti į amžiaus grupėms būdingus fizinės sveikatos ir socialinio funkcionavimo skirtumus.

**Raktiniai žodžiai:** vienišumas, fizinė sveikata, vyresnio amžiaus žmonės.

## SUMMARY

Krasauskienė, J. (2026). *The role of physical health indicators on loneliness among older adults*. Master's thesis. Vilnius: Vilnius University, p. 51.

Loneliness in older adults is a complex phenomenon linked to physical health, social connections, and sociodemographic factors. The aim of this study was to assess the significance of physical health indicators in explaining loneliness among older adults, while controlling for social and demographic factors and analyzing their interactions. The study was conducted using data from SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). The sample consisted of 1,405 older adults aged 50 years and older residing in Lithuania. Loneliness was assessed in the study using the 3-item UCLA Loneliness Scale. Physical health indicators (e.g., functional limitations, physical inactivity, chronic diseases, etc.), social activity, and sociodemographic variables were also assessed. It has been found that poorer physical health is associated with higher levels of loneliness, and such physical health indicators as physical activity, subjective health status, functional limitations, and a high medication use are significant predictors of loneliness among older adults. Furthermore, the results showed that the predictive value of physical health indicators for loneliness varies across different age groups. This suggests that the importance of physical health and other factors in the experience of loneliness varies across different stages of aging; therefore, it is important to take into account the differences in physical health and social functioning characteristic of different age groups.

**Keywords:** loneliness, physical health, older adults.

## PRATARMĖ

„Žmogui reikia žmogaus“ – šis posakis ypač jautriai atsiskleidžia kalbant apie senatvės laikotarpį. Ankščiau gyvenimo pabaigos tarpsnis buvo siejamas su šeimos artumu, sukaupta išmintimi ir galimybe dalintis gyvenimo patirtimi su jaunesnėmis kartomis, tačiau šiandien situacija keičiasi - vis daugiau vyresnio amžiaus žmonių senatvę pasitinka kitaip – vieniši ir atsitraukę nuo aplinkinių. Neretai namai, kuriuose anksčiau skambėjo kelių kartų balsai, tampa vieta, kurioje didžiąją dienos dalį vyrauja tylą, laukimas ir ilgesys.

Šiuolaikinė visuomenė sparčiai keičiasi. Ilgėjanti gyvenimo trukmė, mažėjantis gimstamumas, intensyvi migracija ir kintančios šeimos struktūros lemia augantį vienišų vyresnio amžiaus žmonių skaičių. Vaikai dažnai kuria gyvenimus kituose miestuose ar užsienio šalyse, silpnėja ryšiai tarp kartų, o netekus sutuoktinio daliai vyresnio amžiaus žmonių tenka daugelį metų gyventi vienvietėje. Ši problema ypač aktuali moterims, kurios dėl ilgesnės vidutinės gyvenimo trukmės dažniau patiria našlystę ir neretai vyresniame amžiuje gyvena vienumoje. Kita vertus, našlystę išgyvenantys vyrai susiduria su didesniais prisitaikymo prie kasdienių gyvenimo pokyčių iššūkiais, patiria daugiau emocinių sunkumų, rečiau ieško emocinės ar artimųjų pagalbos, jiems sudėtingiau palaikyti savarankišką buitį bei rūpintis savo sveikata. Netekus ilgalaikio gyvenimo partnerio ženkliai susiaurėja jų bendravimo ratas, mažėja aktyvus dalyvavimas visuomeniniame gyvenime, tad didėja uždaro ir socialinės izoliacijos rizika. Šie išvardinti pokyčiai rodo, kad vienvietė senatvė tampa ne tik individualiu išgyvenimu, bet ir reikšminga socialine bei visuomenės sveikatos problema.

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad socialinė izoliacija ir vienišumo jausmas yra glaudžiai susiję su prastesne psichologine ir fizine sveikata. Tyrimai rodo, jog ilgalaikė vienvietė gali didinti depresijos, nerimo, pažintinių funkcijų silpnėjimo bei prastesnės gyvenimo kokybės riziką (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad et al., 2015). Pasaulio sveikatos organizacija (angl. *World health organization*) akcentuoja, kad visuomenės senėjimas ir socialinės atskirties problemos tampa vienais svarbiausių šiuolaikinės visuomenės iššūkių (WHO, n.d.). Eurostat duomenys irgi rodo, kad Europos visuomenė sparčiai sensta, todėl su vyresnio amžiaus žmonių emocine gerove ir socialiniu įsitraukimu į visuomeninį gyvenimą susiję klausimai tampa vis aktualesni viešosios politikos kontekste (Eurostat, 2026).

Temos pasirinkimą paskatino noras geriau suprasti vyresnio amžiaus žmonių vienišumo patirtis šiuolaikinėje visuomenėje ir atkreipti dėmesį į veiksniai, kurie gali būti susiję su dažnai nematomais emociniais bei tarpasmeniniais išgyvenimais, lydinčiais senėjimą. Šie išgyvenimai gali pasireikšti įvairiomis formomis: emociniu vienišumo jausmu net ir būnant tarp žmonių, netekties išgyvenimu mirus sutuoktiniui, nerimaujant dėl sveikatos būklės ir savarankiškumo, taip pat didėjančiu nesaugumu ar priklausomybės nuo kitų jausmu. Kasdieniame bendravime jie dažnai atsispindi

silpnėjančiuose tarpasmeniniuose ryšiuose, retėjančiame bendravime su artimaisiais, ribotose galimybėse dalyvauti bendruomeninėje veikloje bei vis mažėjančiame socialiniame aktyvume. Nors vienišumo ir socialinės izoliacijos tema nagrinėjama įvairiuose moksliniuose tyrimuose, vis dar nėra pakankamai aišku, kaip vyresnio amžiaus žmonių fizinės sveikatos būklė ir su ja susiję veiksniai, tokie kaip lėtinės ligos, fizinio pajėgumo mažėjimas ar savarankiškumo ribotumas, yra susiję su vienišumo patyrimu.

## 1. ĮVADAS

Vienišumas šiuolaikinėje mokslinėje literatūroje vis dažniau įvardinamas kaip reikšminga visuomenės sveikatos problema, turinti pasekmių tiek individualiai gerovei, tiek visuomenės funkcionavimui. Empiriniai tyrimai rodo, kad vienišumas ir socialinė izoliacija yra susiję su padidėjusia mirtingumo rizika bei prastesniais sveikatos rodikliais, todėl šis reiškinys vis dažniau analizuojamas ne tik psichologijos, bet ir visuomenės sveikatos kontekste (Holt-Lunstad et al., 2015).

Ypatingas dėmesys vienišumo tyrimuose skiriamas skirtingoms gyventojų grupėms, tarp jų – vyresnio amžiaus asmenims, kurie dėl įvairių gyvenimo pokyčių, tokių kaip prastėjanti sveikatos būklė ar mažėjantis tarpasmeninių ryšių tinkas, patiria didesnę atsiribojimo nuo aplinkinių riziką (Barjaková et al., 2023). Vis dėlto tyrimai rodo, kad vienišumo patyrimas nėra būdingas tik vienai amžiaus grupei ir gali būti aktualus skirtinguose gyvenimo etapuose (Victor & Yang, 2012; Beutel et al., 2017).

Bandant suprasti vienišumo reiškinį, svarbus biopsichosocialinis modelis (Engel, 1977), kuris pabrėžia biologinių, psichologinių ir tarpasmeninių veiksnių tarpusavio sąveiką žmogaus sveikatai ir savijautai. Remiantis šiuo požiūriu, vienišumo patyrimas negali būti aiškinamas vien socialiniais ar psichologiniais aspektais – svarbią reikšmę gali turėti ir fizinės sveikatos būklė. Tačiau fizinės sveikatos rodikliai vienišumo tyrimuose neretai analizuojami fragmentiškai arba jiems skiriama mažiau dėmesio nei bendravimo veiksniams. Todėl šiame darbe siekiama kompleksiškai įvertinti vyresnio amžiaus žmonių vienišumą, atsižvelgiant ir į fizinės sveikatos, ir į socialinius bei sociodemografinius kontekstus, tikintis kad tai leis geriau suprasti daugialypį šio reiškinio pobūdį.

### 1.1. Vienišumo samprata

Vienišumas moksliniuose šaltiniuose apibrėžiamas kaip kompleksinis ir daugialypis reiškinys, apimantis psichologinius, socialinius ir biologinius aspektus. Perlman ir Peplau (1981) vienišumą apibrėžia kaip nemalonų išgyvenimą, kylantį dėl neatitikimo tarp pageidaujamų ir turimų tarpasmeninių santykių kiekybės ar kokybės, pabrėžiant, kad vienišumas yra subjektyvus santykių vertinimas, o ne objektyvi socialinė situacija. Nors Perlman ir Peplau (1981) vienišumo apibrėžimas yra vienas plačiausiai taikomų, tačiau literatūroje nėra vieningo sutarimo dėl šio reiškinio sampratos. Skirtingos teorinės kryptys akcentuoja skirtingus vienišumo aspektus: psichologinės teorijos pabrėžia subjektyvų tarpasmeninių santykių vertinimą (Perlman, & Peplau, 1981), biologinės ir evoliucinės teorijos – adaptacines reakcijas į socialinį atstūmimą (Cacioppo, & Cacioppo, 2018), o socialinės epidemiologijos požiūris – struktūrinius ir visuomeninius veiksnius (Holt-Lunstad, et al., 2015). Tad atsižvelgiant į teorinių požiūrių įvairovę, galima teigti, kad vienišumas nėra vienalytis konstruktas, o



jo teorinis apibrėžimas priklauso nuo pasirinktos teorinės ar metodologinės perspektyvos (Yanguas et al., 2018; Mansfield et al., 2021).

Kalbant apie vienišumą, svarbu jį atskirti nuo socialinės izoliacijos. Steptoe ir kolegų (2013) tyrimai rodo, kad socialinė izoliacija apibūdina objektyvų tarpasmeninių kontaktų kiekį, tuo tarpu vienišumas yra subjektyvus išgyvenimas dėl šių ryšių trūkumo. Tad asmuo, net ir turėdamasi mažai tarpasmeninių kontaktų, gali nejausti vienišumo, ir priešingai, net ir turint platų bendravimo tinklą jis gali patirti vienišumą dėl nepakankamos santykių kokybės. Šis skirtumas analizuojant vienišumą yra esminis.

Dažnai literatūroje vienišumas skirstoma į emocinį ir socialinį, kaip tai apibrėžia Weiss (1973). Pasak Weiss (1973), emocinis vienišumas kyla dėl artimų, intymių ryšių stokos, o socialinis – dėl platesnio socialinio tinklo trūkumo. Nors konceptualiai šios abi formos skiriasi, empiriniuose tyrimuose jos dažnai pasireiškia kartu ir turi bendrų priežasčių, tokių kaip silpni tarpasmeniniai ryšiai, socialinė izoliacija, gyvenimo pokyčiai ir psichologiniai veiksniai (Cacioppo, et al., 2010; Holt-Lunstad, et al., 2010), todėl vienišumas dažniausiai laikomas vientisu, tačiau daugiasluoksniu reiškiniu (Russell, 1996).

Be psichosocialinių modelių, vienišumas aiškinamas ir biologiniu-evoliuciniu požiūriu. Pagal Cacioppo ir Cacioppo (2018) evoliucinę vienišumo teoriją vienišumas yra adaptyvus signalas, kuris parodo socialinių ryšių stoką, taip skatindamas jų atkūrimą. Pasak mokslininkų, ši sistema turi adaptacinę funkciją (Cacioppo & Cacioppo, 2018), tačiau ilgalaikis vienišumas gali sukelti neigiamus psichologinius ir fiziologinius pokyčius, įskaitant padidėjusį streso lygį, emocinį jautrumą, depresijos simptomus, taip pat fiziologinius pokyčius, tokius kaip padidėjęs kortizolio kiekis, uždegiminių procesų aktyvumas ir susilpnėjęs imunitetas (Cacioppo et al., 2015; Holt-Lunstad et al., 2015). Nors ši teorija pateikia svarbų požiūrį į vienišumo funkciją kaip adaptacinį signalą (Cacioppo & Cacioppo, 2018), paaiškindama galimą jo kilmę ir motyvacinius elgesio aspektus, tačiau manoma, kad ji nepakankamai atsižvelgia į socialinius ir struktūrinius veiksnius, tokius kaip urbanizacija, socialinė nelygybė ar kultūriniai bendravimo modelių pokyčiai, kurie daro reikšmingą įtaką vienišumo patyrimui šiuolaikinėse visuomenėse (Putnam, 2000; Wilkinson & Pickett, 2009; Holt-Lunstad, 2021). Taip pat svarbu pažymėti, kad biologiniai mechanizmai (pvz., streso atsakas, uždegiminiai procesai) dažniau interpretuojami kaip tarpiniai ryšiai tarp vienišumo ir sveikatos padarinių, o jų priežastinis vaidmuo vienišumo formavimuisi vis dar nėra empiriškai pagrįstas (Cacioppo et al., 2015; Hawkley & Cacioppo, 2010; Slavich & Cole, 2013; Eisenberger, 2012). Apibendrinant, ši teorinė perspektyva pabrėžia, kad vienišumas gali būti laikomas adaptaciniu signalu, skatinančiu atkurti socialinius ryšius, o su tuo susiję biologiniai procesai prisideda prie sveikatos ir elgesio pokyčių.

Moksliniuose šaltiniuose vienišumas vis dažniau nagrinėjamas kaip reikšmingas visuomenės sveikatos veiksnys. Metaanalizių duomenys rodo, kad vienišumas ir socialinė izoliacija yra susiję su padidėjusia mirtingumo rizika bei prastesniais fizinės ir psichikos sveikatos rodikliais (Holt-Lunstad et al., 2015; Pinquart & Sörensen, 2001). Be to, vienišumas siejamas su depresijos, nerimo, lėtinių ligų bei prastėjančio kasdienio funkcionavimo rizika (Cacioppo et al., 2010; Holt-Lunstad et al., 2015). Šie ryšiai aiškinami per streso mechanizmus, imuninės sistemos pokyčius ir nepalankius sveikatos elgsenos pokyčius, pavyzdžiui, mažesnę fizinę aktyvumą, prastesnius mitybos įpročius ar miego kokybę (Delerue-Matos et al., 2021; Hawkey & Cacioppo, 2010). Svarbu pažymėti, kad vienišumas yra individualiai patiriamas reiškinys, priklausantis nuo asmens socialinių poreikių, lūkesčių ir gyvenimo konteksto. Šiuolaikiniai vienišumo modeliai pabrėžia, kad vienišumas yra dinamiškas procesas, besiformuojantis tiek biologinių, tiek psichologinių, tiek socialinių veiksnių sąveikoje (Yanguas et al., 2018; Mansfield et al., 2021). Todėl vienišumo patyrimas gali skirtis priklausomai nuo individualios gyvenimo situacijos, sveikatos būklės bei turimų tarpasmeninių ryšių.

Atsižvelgiant į teorinių perspektyvų skirtumus, šiuolaikinėje literatūroje vis dažniau pabrėžiamas integruotas vienišumo aiškinimas, apjungiantis psichologinius, socialinius ir biologinius veiksnius (Yanguas et al., 2018; Mansfield et al., 2021). Toks požiūris leidžia geriau paaiškinti individualius skirtumus, kai vienodi objektyvūs socialiniai veiksniai nebūtinai lemia vienodą vienišumo patirtį. Šie modeliai akcentuoja, kad vienišumas yra daugialypis reiškinys, kurį lemia tiek individualūs, tiek struktūriniai veiksniai. Atsižvelgiant į šiuos skirtingus aiškinimo lygmenis, vienišumo tyrimuose vis dažniau taikomas integruotas biopsichosocialinis modelis, kuris leidžia vienišumą apibrėžti kaip biopsichosocialinį konstrukta, kuriame sąveikauja individualūs psichologiniai procesai, socialinė aplinka ir biologinės reakcijos. (Yanguas et al., 2018; Mansfield et al., 2021). Integruotas modelis yra ypač svarbus visuomenės sveikatos tyrimuose, nes vienišumas siejamas su daugybe tarpusavyje susijusių rizikos veiksnių, įskaitant socialinę aplinką, sveikatos būklę ir kasdienį funkcionavimą (Holt-Lunstad et al., 2015; Mansfield et al., 2021). Šis požiūris yra ypač reikšmingas vyresnio amžiaus žmonių grupėje, kur vienišumo patirtį lemia kompleksinė tarpasmeninių tinklų mažėjimo, partnerio netekties ir su amžiumi susijusių sveikatos bei funkcinių apribojimų sąveika (Courtin & Knapp, 2015; Steptoe et al., 2013).

Apibendrinant, vienišumas yra subjektyvus, įvairiapusis ir sudėtingas reiškinys, kylantis dėl socialinių santykių kokybės ar kiekybės neatitikimo asmens poreikiams. Tačiau norint visapusiškai suprasti šį konstrukta nepakanka įvertinti vien socialinių santykių kiekybę ar kokybę, kadangi vienišumo patyrimą formuoja ir psichologiniai, biologiniai, sveikatos bei kiti funkcionavimo visuomenėje aspektai. Atsižvelgiant į tai, šiame darbe vienišumas apibrėžiamas kaip subjektyvi tarpasmeninių ryšių nepakankamumo patirtis, atskiriant jį nuo objektyvios socialinės izoliacijos. Siekiant geriau suprasti vienišumo reiškinio paplitimą ir jo skirtumus tarp skirtingų gyventojų grupių

bei šalių, svarbu atsižvelgti ne tik individualius veiksnius, bet ir platesnį socialinį bei kultūrinį kontekstą. Dėl šios priežasties toliau aptariami vienišumo paplitimo ir tarptautinių skirtumų ypatumai.

## 1.2. Vienišumo paplitimas ir skirtumai

Vienišumo paplitimas skirtingose pasaulio šalyse yra nevienodas, o jo lygį lemia kompleksiniai socialiniai, kultūriniai ir ekonominiai veiksniai. Naujausi sisteminiai tyrimai rodo, kad vienišumas yra paplitęs visame pasaulyje, tačiau jo intensyvumas ir dažnumas skiriasi tarp regionų ir gyventojų grupių, o šiuos skirtumus iš dalies lemia tiek visuomeninės struktūros, tiek kultūriniai ypatumai (Luhmann et al., 2023; Surkalim et al., 2022; Yang & Victor, 2011).

Tarp šalių stebimi reikšmingi vienišumo paplitimo skirtumai (Yang & Victor, 2011). Aukštesni vienišumo rodikliai dažniau fiksuojami kai kuriose Rytų Europos ir mažesnes socialinės gerovės sistemas turinčiose šalyse, o žemesni – Šiaurės Europos regionuose (Chawla et al., 2021; European Commission Joint Research Centre, 2022). Šie skirtumai siejami su socialinės apsaugos stiprumu, pasitikėjimu visuomene ir socialinio kapitalo lygiu (JRC, 2022; Surkalim et al., 2022) ir iš dalies gali būti paaiškinami kultūriniais veiksniais, formuojančiais tarpasmeninių ryšių suvokimą bei vienišumo patyrimo ypatumus, tad kultūriniai veiksniai taip pat atlieka svarbų vaidmenį vienišumo raiškai. Individualistinėse visuomenėse vienišumas dažniau siejamas su asmeninių santykių kokybe ir subjektyviais lūkesčiais, o kolektyvistinėse kultūrose didesnę reikšmę gali turėti socialinė integracija ir priklausymas grupei (Luhmann et al., 2023). Tai rodo, kad vienišumas nėra universalus vienodo intensyvumo reiškiny, o jo patyrimas priklauso nuo kultūrinių normų, formuojančių tarpasmeninių ryšių lūkesčius. Šiame kontekste Lietuva gali būti laikoma išskirtiniu atveju, turinčiu pereinamosios visuomenės bruožų, kur susipina istorinis kolektyvistinės kultūros paveldas ir vis stiprėjantys individualistinės Vakarų kultūros elementai. Tokia socialinių normų ir vertybių kaita gali lemti savitą vienišumo patyrimo kontekstą, kuris nebūtinai sutampa su kitose šalyse stebimomis tendencijomis (Mikulionienė ir kt., 2018). Dėl šios priežasties Lietuvos duomenų analizė prisideda prie tarptautinio vienišumo supratimo, atsižvelgiant į specifinį sociokultūrinį kontekstą. Todėl, siekiant įvertinti vienišumo ir kitų veiksnių sąsajas, šiame darbe analizuojami Lietuvos populiacijos duomenys.

Nors kultūriniai veiksniai dažnai išskiriami kaip svarbus tarptautinių vienišumo skirtumų paaiškinimas, vis dėlto vienišumo paplitimas turėtų būti vertinamas kaip daugelio veiksnių sąveikos rezultatas, o ne vien kultūros nulemtas reiškiny. Tai leidžia manyti, kad kultūriniai vienišumo skirtumai formuojasi veikiami kitų kontekstinių veiksnių, tokių kaip amžius, socialinė struktūra ar ekonominės sąlygos. Siekiant geriau suprasti šio reiškinio kaitą skirtinguose gyvenimo etapuose, toliau aptariama amžiaus reikšmė vienišumo raiškai. Tyrimai rodo, kad amžiaus skirtumai vienišumo

paplitime dažnai aprašomi kaip „U“ formos ryšys, kai didesnis vienišumas stebimas jauno ir vyresnio amžiaus grupėse, o vidutinio amžiaus asmenys paprastai patiria mažesnę vienišumo lygį (Luhmann & Hawkley, 2016; Surkalim et al., 2022). Tai siejamas su skirtingais gyvenimo etapų iššūkiais, tokiais kaip socialinių ryšių nestabilumu jaunystėje, ir atvirkščiai - socialinių ryšių stabilumu vidutiniame amžiuje, o vyresniame amžiuje – su socialinių ryšių silpnėjimu bei netekimais. Vis dėlto naujesni tyrimai pabrėžia, kad šis modelis nėra bendro pobūdžio dėsningas ir gali kisti priklausomai nuo šalies, socialinio konteksto bei ekonominių sąlygų (Surkalim et al., 2022; Luhmann et al., 2023). Todėl leidžia daryti išvada, kad amžiaus poveikis vienišumui yra ne universalus dėsningas, o labiau kontekstinis reiškinys.

Nors kultūriniai skirtumai dažnai laikomi svariu tarptautinių vienišumo skirtumų paaiškinimu, vis dažniau keliama prielaida, kad dalį šių skirtumų gali lemti ir matavimo metodologija. Vienas svarbiausių tarptautinių tyrimų iššūkių yra matavimo priemonių ir rezultatų palyginamumo ribotumai (Luhmann et al., 2023). Tai ypač susiję su tuo, kad vienišumas matuojamas naudojant skirtingus instrumentus – nuo daugiamatės UCLA vienišumo skalės (Russell, 1996) ir de Jong Gierveld vienišumo skalės (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006) iki vieno klausimo rodiklių, vertinančių subjektyvų vienišumo dažnumą (Theeke, 2009), kurie gali fiksuoti skirtingus konstrukto aspektus, todėl tarptautinių tyrimų rezultatai turėtų būti interpretuojami atsargiai (Surkalim et al., 2022). Be to, apklausų metodikos ir kultūriniai atsakymų stiliai daro įtaką tam, kaip respondentai supranta ir vertina vienišumo patirtį. Dėl išvardintų priežasčių vienišumo rodikliai gali atspindėti ne tik realius skirtumus tarp populiacijų, bet ir skirtingų instrumentų jautrumą bei matuojamas konstrukto dimensijas. Tad į šiuos aspektus svarbu atsižvelgti lyginant skirtingų šalių ar apklausų duomenis.

Apibendrinant galima teigti, kad vienišumo paplitimas yra globalus reiškinys, tačiau jo intensyvumas ir struktūra priklauso nuo šalies, kultūros, amžiaus ir metodologinių veiksnių. Tai patvirtina, kad vienišumas yra daugialypis ir kontekstinis reiškinys, kurio negalima paaiškinti vien tik individualiomis charakteristikomis. Nors vienišumo paplitimo analizė leidžia atskleisti jo mastą ir skirtumus tarp šalių bei gyventojų grupių, ji neatsako į klausimą, kokie veiksniai lemia šiuos skirtumus. Todėl siekiant geriau suprasti vienišumo priežastis ir mechanizmus, reikia nagrinėti konkrečius jį paaiškinančius veiksnius. Viena svarbiausių šių veiksnių grupių yra socialiniai veiksniai, susiję su asmens socialinių ryšių struktūra ir kasdienėmis sąveikomis. Lietuvoje šios srities tyrimų nėra daug, ypač kalbant apie vyresnio amžiaus asmenis, todėl Lietuvos vyresnio amžiaus žmonių vienišumo ir su juo susijusių veiksnių tyrimas yra aktualus ir prisideda prie geresnio šio reiškinio supratimo.

### 1.3. Socialiniai vienišumo veiksniai

Vienišumo patyrimas siejamas su įvairiais socialiniais veiksniais, apimančiais tarpasmeninių ryšių struktūrą ir kokybę, paramos prieinamumą, šeiminių padėčių, dalyvavimą bendruomenėje bei platesnį socialinį ir ekonominį kontekstą (Holt-Lunstad et al., 2015; Cornwell & Waite, 2009). Vis dėlto dažniausiai literatūroje akcentuojami veiksniai, tiesiogiai susiję su kasdienėmis socialinėmis sąveikomis, yra socialinis susietumas, namų ūkio dydis, bendravimo tinklas ir dalyvavimas veiklose. Šių veiksmų pasirinkimas grindžiamas tuo, kad jie atspindi tiek objektyvią tarpasmeninių ryšių struktūrą, tiek subjektyvų jų patyrimą (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006), todėl toliau detaliau juos aptarsime.

Socialinis susietumas (angl. *connectedness*) apibūdina asmens subjektyvų priklausymo ir ryšio su kitais jausmą. Tyrimai rodo, kad stipresnis socialinis susietumas yra susijęs su mažesniu vienišumo lygiu, nepriklausomai nuo objektyvaus tarpasmeninių kontaktų skaičiaus (Holt-Lunstad et al., 2015). Tai patvirtina, kad vienišumas labiau susijęs su santykių kokybe nei kiekybe. Ši santykių kokybės svarba atsiskleidžia ir vertinant namų ūkio dydį, kuris dažnai naudojamas kaip objektyvus socialinių ryšių prieinamumo rodiklis. Gyvenimas vienam yra siejamas su didesne vienišumo rizika, tačiau vien tik didesnis namų ūkis nebūtinai užtikrina mažesnę vienišumą, jei santykiai tarp kartu gyvenančių asmenų yra paviršutiniški ar konfliktiški (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Panašios tendencijos stebimos ir analizuojant socialinius tinklus, kurie apima asmens turimų tarpasmeninių ryšių skaičių, įvairovę ir kontaktų dažnumą. Platesnis ir įvairesnis socialinis tinklas paprastai siejamas su mažesniu vienišumu, nes suteikia daugiau galimybių gauti emocinę ir instrumentinę paramą (Cornwell & Waite, 2009). Vis tik svarbiausias veiksnys išlieka ne ryšių kiekybė, o jų kokybė ir gaunamo palaikymo stiprumas. Šią socialinių ryšių kokybės svarbą papildė ir platesnis kontekstas, kuriame šie ryšiai formuojasi. Literatūroje nurodoma, kad tarpasmeninių ryšių galimybes reikšmingai papildė dalyvavimas socialinėse, bendruomeninėse ar laisvalaikio veiklose, kurios didina kontaktų galimybes ir stiprina priklausymo jausmą. Tyrimai rodo, kad aktyvesnis dalyvavimas tokiose veiklose yra susijęs su mažesniu vienišumo lygiu ir geresne psichologine gerove (Cacioppo et al., 2010), todėl socialinis aktyvumas gali veikti kaip papildomas apsauginis veiksnys, stiprinantis tiek bendravimo ryšius, tiek subjektyvų jų patyrimą.

Nors aptarti socialiniai veiksniai nuosekliai siejami su vienišumo patyrimu, literatūroje išlieka diskusijų dėl šių ryšių pobūdžio. Dauguma tyrimų remiasi skerspjuvio duomenimis, todėl sudėtinga nustatyti priežastinių ryšių kryptį – pavyzdžiui, ar mažesnis socialinis dalyvavimas lemia vienišumą, ar vienišumas mažina įsitraukimą į socialines veiklas (Cacioppo et al., 2010; Hawkey & Cacioppo, 2010). Be to, objektyvūs tarpasmeninių ryšių veiksniai, tokie kaip socialinio tinklo dydis ar namų ūkio struktūra, ne visada tiksliai atspindi subjektyvią vienišumo patirtį, todėl skirtingi matavimo

metodai gali lemti nevienodus tyrimų rezultatus (Cornwell & Waite, 2009; De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2006). Taip pat pabrėžiama, kad socialinių veiksnių poveikis gali skirtis priklausomai nuo individualių ir kontekstinių aplinkybių, o tai dar kartą patvirtina vienišumo kaip daugialypio reiškinio sudėtingumą.

Nepaisant to, kad socialinių veiksnių reikšmė vienišumui patyrimui yra svarbi, vienišumas nepasiriboja vien tarpasmeninių ryšių aspektais. Remiantis biopsichosocialiniu modeliu (Engel, 1977), vienišumas suprantamas kaip kompleksinis reiškinys, kuriame yra glaudžiai susiję tiek socialiniai, tiek psichologiniai, tiek ir biologiniai veiksniai. Tai reiškia, kad vienišumo patyrimas gali būti siejamas ne tik su tarpasmeninių ryšių struktūra, bet ir su asmens fizine sveikata bei kasdieniu funkcionavimu. Todėl, nors dažniausiai akcentuojamas vienišumo poveikis sveikatai, šiame darbe taip pat keliama prielaida apie priešingą kryptį – kad fizinės sveikatos rodikliai gali prisidėti prie vienišumo paaiškinimo.

#### 1.4. Fizinė sveikata ir vienišumas

Vienišumas literatūroje vis dažniau analizuojamas ne tik kaip socialinis ar psichologinis reiškinys, bet ir kaip su fizine sveikata glaudžiai susijęs biopsichosocialinis konstruktas. Moksliniuose šaltiniuose daugiausia dėmesio skiriama vienišumo sąsajoms su prastesne subjektyvia sveikata, didesniu lėtinių ligų paplitimu, funkcinų gebėjimų sumažėjimu bei padidėjusia mirtingumo rizika (Cacioppo et al., 2015; Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015). Šiuos rezultatus patvirtina ir apžvalginiai tyrimai, rodantys, kad fizinės sveikatos ir vienišumo ryšys yra nuoseklus įvairiose populiacijose bei kultūriniuose kontekstuose (Courtin & Knapp, 2015). Remiantis biopsichosocialiniu modeliu (Engel, 1977), fizinė sveikata negali būti atsiejama nuo psichologinių ir socialinių procesų, kadangi biologiniai apribojimai tiesiogiai veikia asmens visuomeninį dalyvavimą ir psichologinę savijautą. Šiuo požiūriu vienišumo patyrimas suprantamas ne tik kaip emocinis išgyvenimas, bet ir kaip procesas, susijęs su socialinių ryšių apribojimu bei sumažėjusia galimybe patenkinti priklausymo poreikį.

Literatūroje dažniausiai išskiriami fizinės sveikatos rodikliai apima funkcinis apribojimus, subjektyvią sveikatą, lėtines ligas bei skausmo patyrimą. Funkciniai apribojimai apibūdina asmens gebėjimą savarankiškai atlikti kasdienes veiklas ir yra laikomi svarbiu savarankiškumo rodikliu, apimančiu tiek bazines kasdienes veiklas, tokias kaip apsirengimas ar asmeninė higiena (Katz et al., 1963), tiek instrumentines kasdienio gyvenimo veiklas, tokias kaip maisto gaminimas ar apsipirkimas (Lawton & Brody, 1969; Nicholas et al., 2003). Pastarosios reikalauja didesnio kognityvinio ir socialinio įsitraukimo, todėl jų sutrikimai dažnai atspindi sudėtingesnius savarankiško funkcionavimo apribojimus. Tyrimai rodo, kad didesni funkciniai apribojimai yra susiję su didesne vienišumo

rizika, ypač vyresniame amžiuje (Cornwell & Waite, 2009). Šis ryšys aiškinamas sumažėjusiu socialiniu palaikymu, mažesniu fiziniu aktyvumu bei silpnesne motyvacija rūpintis savimi. Funkciniai apribojimai mažina asmens mobilumą, savarankiškumą ir galimybes dalyvauti visuomeninėse veiklose, dėl ko gali retėti tarpasmeniniai kontaktai, o socialinis dalyvavimas tapti mažiau prieinamas, taip netiesiogiai prisidedant prie didesnio vienišumo patyrimo, ypač vyresniame amžiuje. tarpasmeniniai ryšiai ir palaikymas vyresniame amžiuje gali turėti apsauginį poveikį funkciniam savarankiškumui bei socialiniam funkcionavimui (Avlund et al., 2004), taip pabrėžiant abipusį fizinės sveikatos ir socialinės gerovės ryšį. Šis socialinių veiksmų vaidmuo yra svarbus ne tik objektyviam funkcionavimui, bet ir asmens sveikatos suvokimui, kuris vis dažniau laikomas reikšmingu sveikatos rezultatų rodikliu.

Subjektyvi sveikata laikoma patikimu bendros sveikatos ir net mirtingumo prognostiniu rodikliu (Idler & Benyamini, 1997; DeSalvo et al., 2006). Tyrimai rodo, kad vienišumą patiriantys asmenys dažniau vertina savo sveikatą kaip prastesnę, net ir kontroliuojant objektyvius medicininius rodiklius (Holt-Lunstad et al., 2015). Tai rodo, kad subjektyvus sveikatos vertinimas atspindi ne tik objektyvią fizinę būklę, bet ir platesnę psichologinės bei socialinės gerovės patirtį.

Be to, vienišumas siejamas su didesne lėtinių ligų, ypač širdies ir kraujagyslių ligų, rizika bei padidėjusiu lėtinio skausmo patyrimu (Hawkley & Cacioppo, 2010). Šie ryšiai aiškinami per biologinius mechanizmus, įskaitant padidėjusį streso atsaką ir uždegiminiuosius procesus (Cacioppo et al., 2015; Slavich & Cole, 2013), kurie gali būti sustiprinami socialinės izoliacijos kontekste. Esant kelioms lėtinėms ligoms, t. y. multimorbidiškumo atvejais, svarbiu veiksniu tampa gydymo našta (Pedersen et al., 2018). Ji apima sudėtingų ligos valdymo reikalavimų laikymąsi, dažnus vizitus pas sveikatos priežiūros specialistus, polifarmaciją bei nuolatinę sveikatos būklės stebėseną. Tyrimai rodo, kad didesnė gydymo našta yra susijusi su prastesniu socialiniu funkcionavimu ir tarpasmeninių ryšių sutrikdymu dėl laiko bei energijos, skiriamų ligos valdymui (Demain et al., 2015; Christiansen et al., 2024). Tokios ligos kaip hipertenzija ir cukrinis diabetas reikalauja nuolatinės savikontrolės (pvz., kraujospūdžio ir gliukozės stebėjimo) bei griežto režimo laikymosi, o tai gali mažinti kasdienio gyvenimo lankstumą ir mažinti asmens galimybes dalyvauti socialinėse veiklose.

Be pagrindinių fizinės sveikatos rodiklių, literatūroje vis dažniau nagrinėjami ir kiti, rečiau taikomi, tačiau tyrimų kontekste reikšmingi sveikatos aspektai, leidžiantys išsamiau įvertinti fizinės sveikatos ir vienišumo sąsajas. Vienas tokių rodiklių yra multimorbidiškumas, apibrėžiamas kaip kelių lėtinių ligų buvimas vienu metu. Jis siejamas su didesniu sveikatos pažeidžiamumu ir gali būti susijęs su didesniu vienišumo lygiu (Barnett et al., 2012). Taip pat svarbus fizinio aktyvumo lygis, kuris literatūroje laikomas reikšmingu ne tik fizinės sveikatos, bet ir psichosocialinės gerovės rodikliu. Tyrimai rodo, kad mažesnis fizinis aktyvumas siejamas tiek su prastesne fizine sveikata, tiek su didesne vienišumo rizika (Hawkley et al., 2009), o vyresniame amžiuje jis gali būti susijęs su

mažesne emocine gerove ir žemesne gyvenimo kokybe (Netz et al., 2005). Todėl fizinio aktyvumo sumažėjimas gali netiesiogiai prisidėti prie socialinės izoliacijos ir vienišumo patyrimo. Kai kuriuose tyrimuose analizuojami ir veiklų apribojimai dėl sveikatos, kurie mažina asmens galimybes dalyvauti socialinėse veiklose ir taip netiesiogiai gali didinti vienišumo patyrimo riziką. Be to, vyresnio amžiaus populiacijose svarbiu rodikliu laikoma polifarmacija, atspindinti sudėtingesnę sveikatos būklę ir didesnę gydymo poreikį (Maher et al., 2014), bei senatvinis silpnumas (angl. *frailty*), kuris apibūdina padidėjusį biologinį pažeidžiamumą ir sumažėjusias organizmo atsparumo galimybes (Fried et al., 2001). Nors šie rodikliai literatūroje taikomi rečiau nei pagrindiniai fizinės sveikatos indikatoriai, jie atspindi platesnį sveikatos pažeidžiamumo ir funkcionavimo lygį, taip geriau atskleisdami sveikatos būklės kompleksiskumą ir yra ypatingai svarbūs vyresnio amžiaus asmenų grupėse, nes padeda įvertinti ne tik ligų buvimą, bet ir bendrą funkcionavimo bei socialinio dalyvavimo galimybių lygį.

Svarbu pažymėti, kad ryšys tarp vienišumo ir fizinės sveikatos yra dvikryptis: viena vertus, prastesnė sveikata riboja socialinį dalyvavimą ir didina vienišumo riziką, kita vertus, vienišumas gali neigiamai veikti fizinę sveikatą per elgesio ir biologinius mechanizmus (Delerue-Matos et al., 2021; Hawkey & Cacioppo, 2010; Courtin & Knapp, 2015). Taigi vienišumas ir fizinė sveikata sudaro dinamišką, tarpusavyje susijusią sistemą, kuria derėtų analizuoti integruotai, atsižvelgiant į abipusius poveikio mechanizmus.

### 1.5. Sociodemografiniai vienišumo veiksniai

Be socialinių ir sveikatos veiksnių, vienišumo patyrimas taip pat siejamas su sociodemografinėmis asmens charakteristikomis. Amžius, lytis, išsilavinimas ir gyvenamoji vieta gali formuoti tiek tarpasmeninių ryšių struktūrą, tiek galimybes dalyvauti socialiniame gyvenime, todėl jie laikomi svarbiais veiksniais, padedančiais paaiškinti vienišumo paplitimo skirtumus tarp skirtingų gyventojų grupių (Beutel et al., 2017; Surkalim et al., 2022).

Amžius yra vienas dažniausiai analizuojamų vienišumo veiksnių, tačiau tyrimų rezultatai nėra vienareikšmiai. Nors vyresnio amžiaus asmenys dažnai laikomi didesnės rizikos grupe dėl mažėjančių socialinių ryšių ir sveikatos apribojimų (Hawkey & Cacioppo, 2010), tyrimai rodo, kad vienišumas paplitęs ir tarp jaunų suaugusiųjų (Victor & Yang, 2012; Beutel et al., 2017). Tai rodo, kad vienišumo priežastys įvairiais gyvenimo etapais gali skirtis. Reikia pažymėti, kad lyties skirtumai vienišumo patyrimo taip pat yra nevienareikšmiai. Nors ankstesni tyrimai rodo, kad moterys dažniau nei vyrai įvardina vienišumo jausmą, naujesni tyrimai atskleidžia, kad šie skirtumai dažnai susilpnėja arba tampa nereikšmingi, kai kontroliuojami tokie veiksniai kaip sveikatos būklė, šeiminė padėtis ir socialinė parama (Beutel et al., 2017). Tai leidžia manyti, kad lyties poveikis vienišumui yra netiesioginis ir stipriai priklausomas nuo kitų socialinių ir sveikatos veiksnių.



Išsilavinimas dažnai laikomas socialinio ir ekonominio statuso rodikliu, galinčiu turėti įtakos vienišumo patyrimui. Aukštesnis išsilavinimas paprastai siejamas su didesnėmis socialinio dalyvavimo galimybėmis, platesniu tarpasmeniniu tinklu ir geresne socialine integracija, todėl gali būti susijęs su mažesniu vienišumo lygiu (Hawkley et al., 2008; Surkalim et al., 2022). Tačiau kai kurie tyrimai rodo, kad ir šis ryšys tampa silpnesnis, kai įtraukiami kiti veiksniai, tokie kaip sveikata ar socialinė padėtis, tai rodo, jog išsilavinimo poveikis dažniausiai yra netiesioginis.

Gyvenamoji vietovė (miestas ar kaimas) taip pat gali būti svarbi vienišumo patyrimui, tačiau rezultatai nėra vienareikšmiai. Dažnai manoma, kad kaimo vietovėse gali būti stipresni bendruomeniniai ryšiai, o miestuose – didesnis socialinis atstumas (Simmel, 2002; Long et al., 2024). Vis dėlto empiriniai tyrimai rodo, kad vienišumo skirtumai tarp miesto ir kaimo gyventojų priklauso nuo socialinės infrastruktūros, mobilumo ir paslaugų prieinamumo (Long et al., 2024; Victor & Pikhartova, 2020; Surkalim et al., 2022). Kai kuriais atvejais dėl ribotų socialinių galimybių didesnė vienišumo rizika nustatoma kaimo vietovėse (Victor & Pikhartova, 2020).

Apibendrinant galima teigti, kad sociodemografiniai veiksniai yra dar viena svarbi vienišumo analizės dalis, tačiau jų poveikis nėra tiesioginis ar vienareikšmis. Jie dažniausiai veikia per tarpinius mechanizmus, tokius kaip tarpasmeniniai ryšiai, sveikata ar gyvenimo aplinkybės, todėl vienišumo supratimui juos būtina vertinti kartu su kitais struktūriniais ir individualiais veiksniais.

## 1.6. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Nors literatūroje vienišumas plačiai analizuojamas įvairiais aspektais, išlieka tam tikri tyrimų ribotumai. Dažnai socialiniai, sveikatos ir sociodemografiniai veiksniai nagrinėjami atskirai, neatsižvelgiant į jų tarpusavio sąveikas. Taip pat išlieka vienišumo matavimo ir tarptautinio palyginamumo problemos, apsunkinančios rezultatų interpretaciją. Šio tyrimo privalumas yra tas, kad pasirinkta mažiau tyrinėta populiacija – vyresnio amžiaus žmonės, imtis yra atsitiktinė ir reprezentatyvi, apimanti visą Lietuvos teritoriją, nes duomenys surinkti pagal iš anksto suformuotą atsitiktinės atrankos schemą, kai daugelis ankstesnių tyrimų dažnai naudoja patogiąsias imtis (pvz., studentus ar aktyviai įsitraukusius senjorus), kurie gali neatspindėti bendros populiacijos ypatumų.

Šiame darbe siekiama įvertinti vienišumo sąsajas su fizinės sveikatos, socialiniais ir sociodemografiniais veiksniais, analizuojant juos kompleksiskai. Toks požiūris leidžia geriau atskleisti skirtingų veiksnių tarpusavio ryšius ir jų reikšmę vienišumo patyrimui vyresniame amžiuje.

**Šio tyrimo tikslas** – išanalizuoti fizinės sveikatos rodiklių reikšmę aiškinant vyresnio amžiaus žmonių vienišumą, atsižvelgiant į socialinius ir sociodemografinius veiksnius.

Tikslui pasiekti keliami tokie uždaviniai:

1. Įvertinti vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajas su socialiniais ir sociodemografiniais veiksniais.
2. Įvertinti vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajas su fizinės sveikatos būklės rodikliais.
3. Įvertinti fizinės sveikatos būklės rodiklių prognostinę reikšmę vyresnio amžiaus žmonių vienišumui, kontroliuojant socialinius ir sociodemografinius veiksnius.
4. Palyginti fizinės sveikatos būklės rodiklių prognostinę reikšmę vienišumui skirtingose amžiaus grupėse (50-64 m. ir 65+ m.), kontroliuojant socialinius ir sociodemografinius veiksnius.

## 2. TYRIMO METODIKA

### 2.1. Europos sveikatos, senėjimo ir išėjimo į pensiją tyrimas

Tyrimo analizė šiame darbe atliekama remiantis Europos sveikatos, senėjimo ir išėjimo į pensiją tyrimo (angl. *Survey of health, ageing and retirement in Europe*, SHARE) duomenimis. SHARE yra tarptautinis tęstinis tyrimas, kuriame įvertinama 50 metų ir vyresnių asmenų fizinė ir psichinė sveikata, socialiniai ryšiai ir parama, ekonominė padėtis bei kiti gyvenimo aspektai. SHARE tikslas – geriau suprasti individo ir visuomenės senėjimo procesus, teikti palyginamus duomenis, reikalingus moksliniams tyrimams bei viešosios politikos sprendimams Europoje (Börsch-Supan et al., 2013; SHARE-ERIC, 2024).

Šiuo metu SHARE tyrimas vykdomas 27 Europos šalyse bei Izraelyje. Duomenys renkami kas dvejus metus vykstančiomis bangomis, apklausiant tiek ankstesnių bangų dalyvius, tiek naujai įtrauktus respondentus, naudojant atsitiktinę atranką. Lietuva prie šio tyrimo prisijungė 2017 m. (7 banga), o jo įgyvendinimą koordinuoja Vilniaus universitetas (SHARE-ERIC, 2024).

Užsiregistravus SHARE duomenų vartotoju, buvo suteikta prieiga prie projekto duomenų bazės, leidžianti naudoti šiuos duomenis moksliniais tikslais.

### 2.2. Tyrimo dalyviai

Šiame darbe analizuojami 9-osios SHARE bangos (2021 – 2022 m.) Lietuvos imties duomenys (SHARE-ERIC, 2024). Imties demografinės charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

1 lentelė. *Tiriamųjų sociodemografinės charakteristikos*

| Sociodemografinės charakteristikos    |                                  | Grupės dydis<br><i>n</i> | Procentai<br>% |
|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------|
| Lytis                                 | Moteris                          | 889                      | 63,3           |
|                                       | Vyras                            | 516                      | 36,7           |
| Amžiaus grupė                         | 50-64                            | 551                      | 39,2           |
|                                       | 65+                              | 854                      | 60,8           |
| Išsilavinimas                         | Žemesnis nei aukštasis           | 874                      | 62,2           |
|                                       | Aukštasis                        | 531                      | 37,8           |
| Partneris(-ė) namų ūkyje              | Taip                             | 831                      | 59,1           |
|                                       | Ne                               | 574                      | 40,9           |
| Namų ūkyje gyvenančių asmenų skaičius | 1                                | 458                      | 32,6           |
|                                       | 2                                | 732                      | 52,1           |
|                                       | 3                                | 125                      | 8,9            |
|                                       | 4 ir daugiau                     | 90                       | 6,4            |
| Gyvenamoji vietovė                    | Didmiestis, priemiestis, miestas | 804                      | 60,3           |
|                                       | Miestelis, kaimo vietovė         | 530                      | 39,7           |

Tyrime nagrinėjami 1405 asmenų (63,3 % moterys,  $n = 889$ ) duomenys, kurių amžius – 50-96 m. ( $M = 69,38$ ,  $SD = 10,05$ ). Be bendros imties duomenų analizės, taip pat vertinami skirtumai tarp 50-64 metų (39,2 %,  $n = 551$ ) ir 65 metų bei vyresnių (60,8 %,  $n = 854$ ) respondentų amžiaus grupių.

Tyrimo imtis buvo suskirstyta į dvi amžiaus grupes – 50-64 metų ir 65 metų bei vyresni asmenys, remiantis pensinio amžiaus riba – 65 m., kuri daugelyje Europos šalių laikoma svarbiu socialinio ir ekonominio gyvenimo pokyčio indikatoriumi (OECD, 2023; Eurostat, 2026), taip pat taikoma SHARE tyrimo metodologijoje. Šis amžiaus pjūvis leidžia atskirti ankstyvąją vyresnį amžių, kai asmenys dažniausiai išlieka socialiai ir ekonomiškai aktyvūs, nuo vėlyvojo senėjimo etapo, kuriam būdingi ryškesni sveikatos, funkcinių gebėjimų ir socialinių vaidmenų pokyčiai. Tokį senėjimo etapų skirstymą taip pat pagrindžia gerontologijos literatūra, kurioje išskiriami skirtingi senėjimo tarpsniai pagal socialinio ir funkcinio gyvenimo ypatumus (Baltes & Baltes, 1990).

Didesnė dalis tiriamųjų (62,2 %) buvo įgiję žemesnį nei aukštasis išsilavinimą, 59,1 % respondentų nurodė gyvenantys su partneriu (-e), daugiau nei pusė (52,1 %) respondentų gyveno dviejų asmenų ir beveik trečdalis (32,6 %) – vieno asmens namų ūkyje. Vertinant gyvenamąją vietovę, nustatyta, kad 60,3 % respondentų gyveno didmiesčiuose, jų priemiesčiuose ar miestuose, o likusieji (39,7 %) – miesteliuose ir kaimo vietovėse.

## 2.3. Tyrimo kintamieji

### 2.3.1. Vienišumas

Vienišumas tyrime buvo vertinamas 3 teiginių vienišumo sale (angl. *UCLA 3-items Loneliness scale*, UCLA-3, Hughes, 2004). UCLA-3 yra trumpoji Kalifornijos Los Andželo universiteto vienišumo skalės (angl. *Revised-University of California Los Angeles Loneliness scale*, R-UCLA) versija (Russell et al., 1980; Russel et al., 1996). Šią skalės versiją sudaro trys klausimai, vertinantys subjektyviai patiriamą socialinę izoliaciją ir socialinių ryšių stoką (Hughes et al., 2004): „Kaip dažnai jaučiate, kad Jums trūksta kitų draugijos?“, „Kaip dažnai Jūs jaučiatės paliktas(-a) ar atstumtas(-a)?“, „Kaip dažnai Jūs jaučiatės izoliuotas(-a) nuo kitų?“. Atsakymai į pateiktus klausimus vertinami trijų balų Likerto tipo skale, kur 1 = „Beveik niekada arba niekada“, 2 = „Kartais“, 3 = „Dažnai“. Mažiausias galimas atsakymų suminis balas yra 3 („nesijaučiu vienišas“), o didžiausias – 9 („jaučiuosi labai vienišas“), t. y. aukštesni įverčiai atspindi didesnę vienišumą.

Instrumento psichometrinės savybės rodo pakankamą jo tinkamumą tyrimams: nustatytas tiek konvergentinis, tiek diskriminantinis validumas. Skalės vidinio suderintumo rodiklis Cronbach alpha ( $\alpha$ ) – validacijos tyrime siekė 0,72, tai rodo pakankamą vidinį suderintumą ir leidžia teigti, kad skalės teiginiai nuosekliai matuoja vienišumo konstruklą (Hughes et al., 2004). Autorių teigimu, ši trijų teiginių skalė yra validus ir patikimas instrumentas, tinkamas naudoti didelės apimties tyrimuose,

ypač vyresnio amžiaus populiacijoje, nes leidžia efektyviai įvertinti subjektyviai patiriamą vienišumą (Hughes et al., 2004).

Šio tyrimo UCLA-3 skalė pasižymėjo geru vidiniu suderintumu (Cronbach  $\alpha = 0,76$ ), todėl tolesnėje analizėje naudotas suminės skalės balas, kur didesnis suminis balas rodo didesnį subjektyviai patiriamą vienišumą.

### 2.3.2. Vienišumo veiksniai

#### 2.3.2.1. Fizinės sveikatos rodikliai

Mokslinės literatūros apžvalga rodo, kad fizinė sveikata gali būti svarbus veiksnys, susijęs su vienišumo patyrimu. Atsižvelgiant į tai, į tyrimą buvo įtraukti fizinės sveikatos rodikliai, siekiant įvertinti galimas jų sąsajas su vienišumu vyresnio amžiaus žmonių imtyje. Tyrime naudojami sveikatos rodikliai apima tiek objektyvius, tiek subjektyvius sveikatos aspektus. Dauguma rodiklių yra objektyvūs ir apibūdina sveikatos būklę per funkcinius apribojimus, lėtinių ligų skaičių, vartojamų vaistų kiekį bei sveikatos sukeltus kasdienės veiklos ribojimus. Kita dalis rodiklių yra subjektyvūs, atspindintys paties asmens sveikatos vertinimą ir patirtis (pvz., subjektyvus sveikatos būklės vertinimas, skausmas, senatvinio silpnumo požymiai). Šių rodiklių derinys leidžia įvairiapusiškai įvertinti sveikatos būklę. Dauguma tyrime naudotų rodiklių matuoja sveikatos problemų ar apribojimų buvimą, todėl didesnės jų reikšmės atspindi prastesnę sveikatos būklę (pvz., daugiau apribojimų, ligų ar patiriamų simptomų). Išimtis yra subjektyvus sveikatos būklės vertinimo rodiklis, kurio didesnės reikšmės rodo geresnę suvokiamą sveikatos būklę, todėl jo interpretacinė kryptis skiriasi nuo kitų sveikatos rodiklių.

**Bazinių kasdinių veiklų apribojimai.** Bazinių kasdinių veiklų rodiklis (angl. *Activities of daily living*, ADL) apibūdina kasdinių veiklų apribojimus (Katz et al., 1963) ir atspindi bazinį fizinį savarankiškumą, susijusį su asmens gebėjimu pasirūpinti savimi. SHARE tyrime naudojama šio rodiklio versija apima šešias pagrindines kasdienio gyvenimo veiklas (Steel et al., 2003), kurios yra būtinos savarankiškumui išlaikyti. Tiriamųjų prašoma nurodyti, ar dėl fizinių, psichinių, emocinių ar atminties problemų (neįtraukiant sunkumų, kurie, jų manymu, truks trumpiau nei tris mėnesius) jie patiria sunkumų atliekant šias veiklas: apsirengimą, įskaitant batų apsiavimą ir kojinių užsimovimą; ėjimą per kambarį, maudymąsi vonioje ar duše, valgymą (pvz., maisto supjaustymą), atsigulimą į lovą ar atsikėlimą iš jos bei naudojimąsi tualetu (įskaitant atsisėdimą ir atsistojimą). Šiame tyrime naudotas dichotominis kintamasis, skirstantis respondentus į neturinčius ADL apribojimų („0“) ir turinčius bent vieną ADL apribojimą („1“), kuris siejamas su mažesniu funkciniu savarankiškumu.

**Daugybinių lėtinių ligos.** SHARE tyrime daugybinių lėtinių ligų (multimorbidiškumo) rodiklis apibrėžia dviejų ir daugiau lėtinių ligų diagnozavimą asmeniui ir atspindi sudėtingesnę jo sveikatos

būklę. Tyrime šis rodiklis sudarytas pagal respondentų nurodytas gydytojo diagnozuotas lėtines ligas. Respondentams buvo pateiktas 17 dažniausiai vyresniame amžiuje pasitaikančių sveikatos būklių sąrašas ir prašoma pažymėti tas būkles, kurios jiems yra diagnozuotos ir nuo kurių jie yra gydomi ar kenčia. Taip pat buvo galima nurodyti ir kitas, sąraše nepateiktas sveikatos būkles, kurios vėliau buvo perkoduotos ir priskiriamos atitinkamoms kategorijoms. Remiantis šia informacija buvo apskaičiuotas bendras lėtinių ligų skaičius ir suformuotas dichotominis kintamasis, kur „0“ – asmenys sergantis ne daugiau kaip viena lėtine liga, o „1“ – sergantis dviem ar daugiau lėtinių ligų, t. y. asmenys pasižymintis prastesne sveikatos būkle.

**Kasdienių instrumentinių veiklų apribojimai.** Kasdienių instrumentinių veiklų rodiklis (angl. *Instrumental activities of daily living*, IADL) apibūdina sudėtingesnių kasdienių veiklų apribojimus ir atspindi aukštesnio lygio savarankiškumą, susijusį su gebėjimu savarankiškai funkcionuoti visuomenėje (Lawton & Brody, 1969). SHARE tyrime naudojama modifikuota šio rodiklio versija apima septynias veiklas, susijusias su kasdienio gyvenimo organizavimu, tokias kaip naudojimasis telefonu, apsipirkimas, maisto ruošimas, namų ruošos darbai, vaistų vartojimo kontrolė ir finansų tvarkymas (Nicholas et al., 2003). Šiame tyrime naudotas dichotominis kintamasis, klasifikuojantis respondentus į neturinčius IADL apribojimų („0“) ir turinčius bent vieną ADL apribojimą („1“), siejamą su sumažėjusiu aukštesnio lygio funkciniu savarankiškumu.

**Fizinio aktyvumo trūkumas.** Fizinio aktyvumo trūkumas (angl. *Physical inactivity*) apibūdina nepakankamą asmens fizinio aktyvumo lygį. SHARE tyrime šis rodiklis yra paremtas respondentų savarankišku fizinio aktyvumo vertinimu ir sudarytas kaip dichotominis kintamasis, apjungiantis informaciją apie dalyvavimą vidutinio ir didelio intensyvumo fizinėje veikloje. Duomenys gauti remiantis dviem klausimais: kaip dažnai asmuo užsiima intensyvia fizine veikla (pvz., sportu, sunkiu fiziniu darbu ar fiziškai intensyvia namų ruoša) bei vidutinio intensyvumo veikla (pvz., sodo darbais, automobilio plovimu ar pasivaikščiojimais). Atsižvelgiant į keturis galimus atsakymų variantus (nuo „daugiau nei kartą per savaitę“ iki „beveik niekada arba niekada“), respondentai suskirstyti į dvi grupes: „1“ – fiziškai neaktyvūs (beveik niekada neatlieka nei vidutinio, nei didelio intensyvumo fizinių veiklų) ir „0“ – fiziškai aktyvūs (Malter & Börsch-Supan, 2017).

**Veiklų apribojimai dėl sveikatos.** Veiklų apribojimo dėl sveikatos rodiklis (angl. *Limited in activities because of health*) apibūdina asmens patiriamus kasdienių veiklų ribojimus, susijusius su sveikatos problemomis. Šis rodiklis konceptualiai atitinka Pasaulinį aktyvumo ribotumo indeksą (angl. *Global activity limitation indicator*, GALI), kuris plačiai naudojamas vertinant ilgalaikius, ne trumpesnius nei šešių mėnesių, su sveikata susijusius veiklos apribojimus (Robine & Jagger, 2003; Van Oyen et al., 2006). SHARE tyrime šis rodiklis vertinamas vienu klausimu, kuriuo respondentų klausiama, kiek per pastaruosius šešis ar daugiau mėnesių dėl sveikatos problemų buvo apribotos

galimybės atlikti įprastas veiklas. Galimi trys atsakymų variantai: „neapribotos“, „apribotos, bet nestipriai“, „stipriai apribotos“. Didesnė reikšmė rodo didesnius veiklos apribojimus.

**Polifarmacija.** Polifarmacija apibūdinama kaip penkių ar daugiau vaistų vartojimas per dieną ir laikoma svarbiu sveikatos rizikos veiksniu, ypač vyresnio amžiaus populiacijoje (Maher et al., 2014). SHARE tyrime šis rodiklis vertinamas vienu klausimu, kuriuo respondentų klausiama, ar jie įprastą dieną vartoja bent penkis skirtingus vaistus, įskaitant gydytojo paskirtus nereceptinius vaistus bei maisto papildus. Atsakymai pateikiami dviem kategorijomis: „taip“ ir „ne“. Remiantis šiuo klausimu sudarytas dichotominis kintamasis, kuriame „ne“ = 0 (mažiau nei penki vaistai), o „taip“ = 1 (penki ir daugiau vaistų per dieną), t. y. didesnė reikšmė rodo didesnę vaistų vartojimą.

**Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas.** Subjektyvus sveikatos būklės vertinimas (angl. *Self-perceived health*) apibūdina asmens bendros sveikatos būklės suvokimą, vertinamą vienu klausimu. Šiame tyrime naudojama SHARE tyrimo JAV versija, kur respondentų prašoma įvertinti savo dabartinę bendrą sveikatą penkių balų skalėje nuo „blogai“ iki „puikiai“ (Ware & Gandek, 1998). Aukštesnė reikšmė rodo geresnę subjektyvios sveikatos vertinimą.

**Skausmas.** Skausmas apibūdinamas kaip subjektyvus, nemalonus jutiminis ir emocinis patyrimas, kuris gali būti susijęs su esamu ar galimu audinių pažeidimu (Merskey & Bogduk, 1994). Lėtinis skausmas laikomas svarbia visuomenės sveikatos problema, paveikiančia reikšmingą dalį suaugusiųjų populiacijos (Dansie & Turk, 2013). SHARE tyrime skausmo patyrimas vertinamas vienu klausimu, atspindinčiu subjektyvų skausmo suvokimą, kuriuo respondentų klausiama, ar juos kamuoja skausmas. Atsakymai pateikiami dviem kategorijomis: „taip“ ir „ne“. Remiantis šiais atsakymais sudarytas dichotominis kintamasis, kuriame „0“ reiškia, kad skausmas nepatiriamas, o „1“ – kad skausmas patiriamas.

**Senatvinio silpnumo požymiai.** Senatvinio silpnumo požymiai (angl. *Frailty*) apibūdinami kaip padidėjęs asmens pažeidžiamumas nepalankiems sveikatos rezultatams, susijęs su sumažėjusiu fiziologiniu atsparumu ir organizmo rezervais (Clegg et al., 2013; Fried et al., 2001). SHARE tyrime senatvinio silpnumo požymiai vertinami pagal subjektyviai patiriamus simptomus, susijusius su sveikatos būkle. Respondentų prašoma nurodyti, ar per pastaruosius šešis ar daugiau mėnesių jie patyrė bent vieną iš šių problemų: pargriuvimai, baimė pargriūti, svaigulys ar alpimai, stiprus nuovargis ar išsekimas. Atsakymų variantai taip pat apima ir pasirinkimą „nei vienas“. Remiantis atsakymais sudarytas dichotominis kintamasis, kuriame „0“ – nepasireiškė nei vienas simptomas, „1“ – pasireiškė bent vienas simptomas.

### 2.3.2.2. Socialinio aktyvumo rodikliai

Socialinio aktyvumo rodikliai į tyrimą įtraukti remiantis ankstesniuose tyrimuose nustatyto jų ryšiu su vienišumo patyrimu. Socialinis įsitraukimas laikomas svarbiu veiksnio, galinčiu mažinti vienišumo riziką, todėl jis analizuojamas kaip potencialus vienišumą paaiškinantis veiksnys.

**Dalyvavimas socialinėse veiklose.** Dalyvavimo socialinėse veiklose rodiklis apibūdina asmens įsitraukimą į įvairias organizuotas ar neformalias socialines veiklas. SHARE tyrime šis rodiklis vertinamas remiantis respondentų dalyvavimu skirtingose veiklose per pastaruosius 12 mėnesių. Į šio tyrimo analizę įtraukti keturi veiklų tipai: savanoriška ar labdaringa veikla, dalyvavimas mokymuose ar kursuose, dalyvavimas sporto ar kituose klubuose bei dalyvavimas politinėje ar bendruomeninėje veikloje. Remiantis šiais klausimais sudarytas dichotominis kintamasis, rodantis ar respondentai dalyvavo bent vienoje iš nurodytų veiklų („1“) ar nedalyvavo nei vienoje jų („0“).

**Socialinis susietumas.** Socialinis susietumas (angl. *Social connectedness*) apibūdina asmens socialinio tinklo struktūrą ir turimus socialinius išteklius. Litwin ir Stoeckel (2015) pasiūlė socialinio susietumo rodiklį, kuris SHARE tyrime sudarytas kaip apibendrinta socialinio tinklo charakteristikų skalė, apimanti penkias dimensijas: socialinio tinklo dydį, geografinį artumą, bendravimo dažnumą, emocinį artumą ir santykių įvairovę. SHARE metodologijoje ši skalė pritaikyta empirinei analizei taip, kad pirmos keturios dimensijos vertinamos pagal socialinio tinklo narių skaičių (nuo 0 iki 7), kuris perklasifikuojamas į balus nuo 0 iki 4, o santykių įvairovė nustatoma pagal skirtingų santykių tipų skaičių (nuo 0 iki 4). Bendras pirminis skalės įvertis svyruoja nuo 0 iki 20 balų (Litwin & Stoeckel, 2015; Malter & Börsch-Supan, 2017). Šiame tyrime naudojama skalės versija, kurioje bendras įvertis perskirstytas į penkias kategorijas: 0 = 0; 1 = 1–5; 2 = 6–10; 3 = 11–15; 4 = 16–20. Didesnės reikšmės rodo stipresnius socialinius ryšius bei didesnius socialinius išteklius.

### 2.3.3. Sociodemografiniai kintamieji

Į tyrimą, kaip kontroliniai kintamieji, įtraukti SHARE duomenys apie pagrindinius sociodemografinius rodiklius: lytį, amžių, išsilavinimą, gyvenimą su partneriu ar be jo, namų ūkio dydį bei gyvenamąją vietovę. Lytis vertinama kaip dichotominis kintamasis (vyrai „1“ ir moterys „2“). Amžius analizuojamas kaip tęstinis kintamasis (metais), taip pat papildomai sudarytos dvi amžiaus grupės: 50-64 metų ir 65 metų bei vyresni. Išsilavinimas suskirstytas į dvi kategorijas: žemesnis nei aukštasis „1“ ir aukštasis išsilavinimas „2“. Gyvenimas su partneriu vertinamas dichotominiu kintamuoju: gyvena su partneriu „1“, negyvena su partneriu „0“. Namų ūkio dydis apibūdinamas kartu gyvenančių asmenų skaičiumi ir sukirstant respondentus į keturias grupes: 1, 2,



3 ir 4 ir daugiau asmenų. Gyvenamosios vietovės duomenys dichotomizuoti nurodant ar respondentas gyvena didmiestyje, priemiestyje, mieste „1“, ar miestelyje bei kaimo vietovėje – „2“.

## 2.4. Tyrimo eiga

Tyrimo duomenys gauti iš SHARE projekto 9 bangos. SHARE duomenys renkami apmokytų tyrėjų, atliekant tiesioginius interviu su respondentais jų gyvenamosiose vietose. Kiekvieno interviu trukmė vidutiniškai siekia 60–90 minučių. Apklausos vykdomos naudojant kompiuterizuotą individualią apklausą (angl. *Computer-assisted personal interviewing*, CAPI), kai tyrėjas kartu su respondentu pildo standartizuotą klausimyną, išverstą į atitinkamos šalies nacionalinę kalbą ir apimančią įvairias gyvenimo sritis. Apklausos metu, kilus neaiškumams, respondentai gali kreiptis į apklausą atliekantį tyrėją, kuris pateikia papildomus paaiškinimus (Bergmann et al., 2024).

Prieš įtraukiant į tyrimą, respondentai supažindinami su jo tikslais, užtikrinamas savanoriškas dalyvavimas ir gaunamas informuotas jų sutikimas. Tyrimas vykdomas laikantis anonimiškumo ir duomenų konfidencialumo principų.

Šis tyrimas yra kiekybinis skerspjūvio tyrimas, kuris atliktas naudojant antrinius, anonimuotus SHARE 9 bangos duomenis. Analizei reikalingi kintamieji atrinkti iš projekto duomenų bazės, gavus prieigą prie duomenų. Išsami SHARE 9 bangos lietuviško klausimyno versija pateikiama: [https://share-eric.eu/fileadmin/user\\_upload/Questionnaires/Q-Wave\\_9/paperversion\\_lt\\_LT\\_9\\_2\\_2\\_a.pdf](https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Questionnaires/Q-Wave_9/paperversion_lt_LT_9_2_2_a.pdf)

## 2.5. Duomenų analizės metodai

Tyrimo duomenys buvo apdorojami IBM SPSS Statistics 30.0 programa. Iš SHARE 9 bangos duomenų bazės SPSS formatu buvo atrinkti tyrimo kintamieji bei papildomų kintamųjų sudarymui reikalinga informacija, ir sujungti į vieną duomenų rinkinį. Analizei atrinkti tik Lietuvos imties 50 metų ir vyresni respondentai.

Prieš atliekant statistinę analizę, kai kurie kintamieji buvo perkoduoti: dalis jų sugrupuoti į stambesnes reikšmių grupes (pvz., namų ūkio dydis), o dalis – dichotomizuoti (pvz., išsilavinimas, gyvenamoji vietovė). Taip pat kintamieji buvo perkoduoti taip, kad logiškai atitiktų matuojamą rodiklį (pvz., fizinio aktyvumo trūkumas: 0 – nėra fizinio aktyvumo trūkumo, 1 – yra fizinio aktyvumo trūkumas; subjektyvus sveikatos būklės vertinimas: nuo 1 – bloga sveikata, iki 5 – puiki sveikata).

Iš pradžių buvo atlikta aprašomoji statistinė analizė: apskaičiuoti vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir procentinis pasiskirstymas. Taip pat įvertintas UCLA–3 skalės vidinis suderintumas.

Intervalinių kintamųjų (respondentų vienišumo, amžiaus, namų ūkio dydžio, subjektyviai vertinamos sveikatos būklės bei socialinio susietumo) duomenų sklaida vertinta atsižvelgiant į asimetrijos (angl. *skewness*) ir eksceso (angl. *kurtosis*) rodiklius bei vizualiai (histogramos, Q-Q grafikai). Gauti duomenys pateikti 2 priede. Laikytasi prielaidos, kad normalus pasiskirstymas tenkinamas, kai šie rodikliai yra intervale nuo -2 iki 2 (George & Mallery, 2021). Atsižvelgiant į išvardintus rodiklius, kintamųjų pasiskirstymas artimas normaliam skirstiniui, todėl duomenų analizei taikyti parametriniai statistiniai kriterijai.

Sąsajoms tarp vienišumo ir nepriklausomų kintamųjų nustatyti buvo taikoma Pearson koreliacijos analizė (intervaliniams kintamiesiems) ir Student *t*-test kriterijus nepriklausomoms imtims (dichotominių kintamųjų grupių palyginimui).

Statistinis reikšmingumas vertintas pagal *p* reikšmę: rezultatai laikyti statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ . Analizuojant sąsajas, jų stiprumas vertintas pagal Pearson koreliacijos koeficiento absoliučią reikšmę: iki 0,3 laikyta labai silpna, nuo 0,3 iki 0,5 – silpna, nuo 0,5 iki 0,7 – vidutinė, o nuo 0,7 iki 0,9 – stipri koreliacija (Čekanavičius ir Murauskas, 2009). Vertinant skirtumus tarp grupių, buvo apskaičiuotas efekto dydis (Cohen'o *d*), kurio reikšmės interpretuotos taip:  $d < 0,2$  efektas nereikšmingas,  $0,2 \leq d < 0,5$  – mažas,  $0,5 \leq d < 0,8$  – vidutinis, o  $d \geq 0,8$  – didelis efektas (Cohen, cit. iš Lakens, 2013).

Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo galimiems prognostiniams veiksniams nustatyti buvo taikomas daugialypės tiesinės regresijos metodas. Modelis laikomas tinkamu kai Fisher testo koeficientas (*F*) yra reikšmingas ( $p < 0,05$ ). Modelio tinkamumas duomenims taip pat buvo vertinamas remiantis determinacijos koeficientu ( $R^2$ ), kuris šiame tyrime laikytas pakankamu kai jo reikšmė artima 0,20, bei atskirų regresorių dispersijos mažėjimo daugikliu (*VIF*) neviršijančiu 4 (Čekanavičius ir Murauskas, 2014).

### 3. REZULTATAI

Rezultatų analizė pateikiama nuosekliai, atsižvelgiant į tyrimo uždavinius. Pirmiausia buvo įvertintos vienišumo sąsajos su sociodemografiniais ir socialinio aktyvumo rodikliais, vėliau – su fizinės sveikatos būklės rodikliais. Trečiajame etape analizuojama fizinės sveikatos rodiklių prognostinė reikšmė vienišumui, kontroliuojant sociodemografinius ir socialinio aktyvumo veiksniai, o paskutiniame etape atliekamas šių rodiklių palyginimas skirtingose amžiaus grupėse.

#### 3.1. Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajos su sociodemografiniais ir socialinio aktyvumo veiksniais

##### 3.1.1. Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajos su sociodemografiniais veiksniais

Siekiant išsiaiškinti, kaip vyresnio amžiaus žmonių vienišumas susijęs su sociodemografiniais veiksniais, intervalinių kintamųjų tarpusavio ryšiai buvo vertinti taikant Pearson koreliacijos koeficientą, o dichotominių kintamųjų atveju grupių skirtumai analizuoti naudojant Student *t*-test nepriklausomoms imtims. Papildomai apskaičiuoti efektų dydžiai (Cohen *d*). Į analizę buvo įtraukti amžius, namų ūkio dydis, lytis, išsilavinimas, gyvenimas su partneriu ir gyvenamoji vietovė.

Analizė parodė, kad vienišumas yra susijęs su dauguma sociodemografinių rodiklių, todėl toliau pateikiama išsamesnė šių sąsajų analizė.

Koreliacinė analizė atskleidė, kad vyresnio amžiaus žmonių vienišumas yra susijęs su amžiumi ( $r = 0,20, p < 0,001$ ) ir namų ūkio dydžiu ( $r = -0,18, p < 0,001$ ). Tiek vyresni, tiek mažesniuose namų ūkiuose gyvenantys respondentai pasižymėjo didesniu vienišumo lygiu. Koreliacinės analizės rezultatai pateikti 3 priede.

2 lentelė. *Sociodemografinių grupių patiriamo vienišumo palyginimas*

| Kintamasis          | Grupė                    | <i>n</i> | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p</i>         | <i>d</i> |
|---------------------|--------------------------|----------|------------------------|----------|-----------|------------------|----------|
| Lytis               | Vyrai                    | 512      | 3,85 (1,24)            | -3,11    | 1182,57   | <b>0,002</b>     | -0,17    |
|                     | Moterys                  | 881      | 4,07 (1,41)            |          |           |                  |          |
| Išsilavinimas       | Žemesnis nei aukštasis   | 865      | 4,15 (1,45)            | 5,79     | 1304,54   | <b>&lt;0,001</b> | 0,30     |
|                     | Aukštasis                | 528      | 3,74 (1,14)            |          |           |                  |          |
| Gyvena su partneriu | Ne                       | 565      | 4,40 (1,59)            | 8,99     | 916,54    | <b>&lt;0,001</b> | 0,53     |
|                     | Taip                     | 828      | 3,71 (1,08)            |          |           |                  |          |
| Gyvenamoji vietovė  | Didmiestis, miestas      | 800      | 3,95 (1,30)            | -1,12    | 1324      | 0,261            | -0,06    |
|                     | Miestelis, kaimo vietovė | 526      | 4,03 (1,38)            |          |           |                  |          |

*Pastabos:* *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, *t* – *t*-testo koeficientas, *df* – laisvės laipsniai, *p* – reikšmingumo lygmuo, *d* – Cohen'o efekto dydis. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Iš 2 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad lyginant sociodemografinės grupės didžiausias patiriamo vienišumo skirtumas nustatytas tarp asmenų gyvenančių su ir be partnerio: su partneriu gyvenantys asmenys pasižymėjo mažesniu vienišumu, nei gyvenantys vieni ( $t = 8,99, p < 0,001$ ), o efekto dydis buvo vidutinis ( $d = 0,53$ ).

Vienišumo lygis taip pat skyrėsi ir priklausomai nuo respondentų lyties bei išsilavinimo: moterų vienišumo lygis buvo kiek didesnis nei vyrų, o aukštąjį išsilavinimą turinčių asmenų – mažesnis, lyginant su žemesnio nei aukštasis išsilavinimas grupe, tačiau šiose grupėse efekto dydis buvo mažesnis. Tuo tarpu gyvenamoji vietovė nebuvo statistiškai reikšmingai susijusi su vienišumu ( $t = -1,12, p = 0,261, d = -0,06$ ), nepaisant to, šis kintamasis buvo įtrauktas į tolesnę analizę kaip kontrolinis kintamasis.

### 3.1.2. Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajos su socialinio aktyvumo rodikliais

Siekiant išsiaiškinti, kaip vyresnio amžiaus žmonių vienišumas susijęs su socialinio aktyvumo rodikliais, buvo apskaičiuotas Pearson koreliacijų koeficientas tarp vienišumo ir tiriamųjų socialinio susietumo (intervalinis kintamasis), bei pritaikius Student  $t$ -test nepriklausomoms imtims buvo įvertinti vienišumo skirtumai tarp grupių pagal dalyvavimo socialinėse veiklose rodiklį (dichotominis kintamasis) ir apskaičiuotas efekto dydis (Cohen  $d$ ).

Analizė parodė, kad vyresnio amžiaus žmonių vienišumas yra susijęs su socialinio aktyvumo rodikliais, todėl toliau pateikiama šių sąsajų interpretacija.

Koreliacinė analizė parodė (žr. 4 priedą), kad didesnis socialinis susietumas buvo siejamas su mažesniu vienišumu ( $r = -0,14, p < 0,001$ ), o grupių palyginimas atskleidė (žr. 5 priedą), kad socialinėse veiklose nedalyvaujantys asmenys pasižymėjo didesniu vienišumu nei tie, kurie dalyvavo bent vienoje veikloje ( $t = 4,83, p < 0,001$ ), tačiau nustatytas skirtumas buvo mažo efekto dydžio ( $d = 0,37$ ).

### 3.2. Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajos su fizinės sveikatos būklės rodikliais

Siekiant įvertinti kaip vyresnio amžiaus žmonių vienišumas siejasi su fizinės sveikatos būklės rodikliais, intervalinių kintamųjų atveju – subjektyvi sveikatos būklė ir veiklą apribojimai dėl sveikatos – buvo apskaičiuoti Pearson koreliacijos koeficientai, o dichotominių kintamųjų atveju grupių skirtumai analizuoti naudojant Student  $t$ -test nepriklausomoms imtims.

Analizė atskleidė, kad vyresnio amžiaus žmonių vienišumas susiję su visais analizuotais fizinės sveikatos būklės rodikliais, todėl toliau pateikiama išsamesnė šių sąsajų analizė.

Kaip matyti iš 3 lentelės, koreliacinė analizė parodė, kad subjektyvi sveikata buvo neigiamai susijusi su vienišumu, o veiklų apribojimai dėl sveikatos – teigiamai.

3 lentelė. Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajos su subjektyvios sveikatos ir veiklų apribojimų dėl sveikatos rodikliais

| Kintamasis                       | Vienišumas |
|----------------------------------|------------|
| Subjektyvi sveikata              | -0,25**    |
| Veiklų apribojimai dėl sveikatos | 0,23**     |

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

Iš 4-je lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad visų analizuotų fizinės sveikatos rodiklių grupės skyrėsi pagal patiriamą vienišumą ( $p < 0,001$ ).

4 lentelė. Patiriamo vienišumo skirtumai tarp fizinės sveikatos rodiklių grupių

| Kintamasis                   | Grupė      | <i>n</i> | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p</i> | <i>d</i> |
|------------------------------|------------|----------|------------------------|----------|-----------|----------|----------|
| ADL apribojimai              | Nėra       | 1205     | 3,87 (1,22)            | -6,78    | (212,05)  | <0,001   | -0,72    |
|                              | Yra        | 187      | 4,81 (1,84)            |          |           |          |          |
| Lėtinės ligos                | <2 ligos   | 560      | 3,76 (1,12)            | -5,52    | (1370,47) | <0,001   | -0,29    |
|                              | 2+ ligos   | 833      | 4,15 (1,47)            |          |           |          |          |
| IADL apribojimai             | Nėra       | 1103     | 3,81 (1,17)            | -8,37    | (358,51)  | <0,001   | -0,69    |
|                              | Yra        | 289      | 4,71 (1,74)            |          |           |          |          |
| Fizinis neaktyvumas          | Aktyvūs    | 1177     | 3,84 (1,16)            | -7,27    | (244,20)  | <0,001   | -0,75    |
|                              | Neaktyvūs  | 216      | 4,82 (1,93)            |          |           |          |          |
| Vaistų vartojimas            | <5 vaistai | 1111     | 3,85 (1,21)            | -6,56    | (355,49)  | <0,001   | -0,54    |
|                              | 5+ vaistų  | 282      | 4,56 (1,71)            |          |           |          |          |
| Skausmas                     | Nėra       | 665      | 3,76 (1,14)            | -6,33    | (1349,82) | <0,001   | -0,34    |
|                              | Yra        | 728      | 4,21 (1,49)            |          |           |          |          |
| Senatvinio silpnumo požymiai | Nėra       | 649      | 4,30 (1,56)            | 8,01     | (1130,90) | <0,001   | 0,44     |
|                              | Yra        | 744      | 3,72 (1,08)            |          |           |          |          |

Pastabos: *M* – vidurkis, *SD* – standartinis nuokrypis, *t* – *t*-testo koeficientas, *df* – laisvės laipsniai, *p* – reikšmingumo lygmuo, *d* – Cohen'o efekto dydis. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.

Vertinant rezultatus, matome, kad tiek koreliacinė, tiek grupių palyginimo analizė parodė nuoseklią tendenciją – didesnis vyresnio amžiaus žmonių vienišumas buvo susijęs su prastesne fizinės sveikatos būkle, išskyrus senatvinio silpnumo požymių pasireiškimą. Reikšmingos sąsajos nustatytos tokiose fizinės sveikatos srityse kaip funkciniai apribojimai (ADL ir IADL), daugybinės lėtinės ligos, fizinis neaktyvumas, didesnis vartojamų vaistų kiekis bei skausmo patyrimas. Didžiausi efektai nustatyti fizinio aktyvumo trūkumo ( $d = 0,75$ ), ADL ( $d = 0,72$ ) bei IADL apribojimų ( $d = 0,69$ ) atvejais.

Priešingai bendrai tendencijai, senatvinio silpnumo požymių nepatiriantys asmenys pasižymėjo didesniu vienišumu nei juos patiriantys ( $t = 8,01$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,44$ ).

### 3.3. Fizinės sveikatos būklės rodiklių prognostinė reikšmė vyresnio amžiaus žmonių vienišumui, kontroliuojant sociodemografinius ir socialinio aktyvumo veiksniai

Siekiant įvertinti fizinės sveikatos būklės rodiklių prognostinę reikšmę vyresnio amžiaus žmonių vienišumui, atlikta regresinė analizė, kontroliuojant sociodemografinius ir socialinio aktyvumo veiksniai. Kadangi priklausomas kintamasis – vienišumas – yra intervalinis, buvo sudaryti daugialypės tiesinės regresijos modeliai.

Į pradinį modelį įtraukti visi nepriklausomi kintamieji (5 lentelė), atrinkti remiantis moksline literatūra ir ankstesnių tyrimų rezultatais. Vėlesnėje analizėje taikyta nuosekli kintamųjų atranka, palaipsniui eliminuojant statistiškai nereikšmingus prediktorius, tačiau išlaikant teoriškai svarbius veiksniai.

5 lentelė. Tiesinės regresinės analizės, prognozuojant vyresnio amžiaus žmonių vienišumą, rezultatai (pradinis modelis)

| Nepriklausomi kintamieji          | Priklausomas kintamasis |        | F     | p      | R <sup>2</sup> |
|-----------------------------------|-------------------------|--------|-------|--------|----------------|
|                                   | Vienišumas              |        |       |        |                |
|                                   | Beta (β)                | p      |       |        |                |
| Lytis                             | 0,02                    | 0,602  | 16,76 | <0,001 | 0,19           |
| Amžius                            | -0,02                   | 0,622  |       |        |                |
| Išsilavinimas                     | -0,06                   | 0,024  |       |        |                |
| Gyvenimas su partneriu            | -0,17                   | <0,001 |       |        |                |
| Namų ūkio dydis                   | -0,06                   | 0,053  |       |        |                |
| Gyvenamoji vietovė                | -0,01                   | 0,683  |       |        |                |
| ADL apribojimai                   | 0,06                    | 0,075  |       |        |                |
| Daugybinės lėtinės ligos          | 0,01                    | 0,807  |       |        |                |
| IADL apribojimai                  | 0,07                    | 0,048  |       |        |                |
| Fizinio aktyvumo trūkumas         | 0,12                    | <0,001 |       |        |                |
| Veiklos apribojimai dėl sveikatos | -0,02                   | 0,585  |       |        |                |
| Didesnis vartojamų vaistų kiekis  | 0,05                    | 0,123  |       |        |                |
| Subjektyvi sveikatos būklė        | -0,10                   | 0,003  |       |        |                |
| Skausmas                          | 0,03                    | 0,387  |       |        |                |
| Senatvinio silpnumo požymiai      | -0,03                   | 0,405  |       |        |                |
| Socialinis susietumas             | -0,09                   | <0,001 |       |        |                |
| Dalyvavimas socialinėse veiklose  | -0,03                   | 0,273  |       |        |                |

Pastabos.  $\beta$  – standartizuoti beta koeficientas,  $p$  – reikšmingumo lygmuo;  $F$  – Fisher testo koeficientas;  $R^2$  – determinacijos koeficientas. Statistiškai reikšmingi kintamieji pažymėti paryškintu šriftu.

Regresinė analizė parodė, kad modelis buvo statistiškai reikšmingas ( $F = 16,76$ ;  $p < 0,001$ ) ir paaiškina 18,5 % vienišumo variacijos ( $R^2 = 0,19$ ), taigi galima interpretuoti šio modelio rezultatus.

Modelyje reikšmingi fizinės sveikatos rodikliai buvo funkciniai IADL apribojimai ir fizinio aktyvumo trūkumas, kurie reikšmingai prognozavo didesnę vienišumo lygį, bei geresnę subjektyvią sveikatą, prognozavusi mažesnę vienišumą.

Iš sociodemografinių veiksnių reikšmingą prognostinę reikšmę turėjo išsilavinimas ir gyvenimas su / be partnerio – aukštasis išsilavinimas bei gyvenimas su partneriu prognozavo mažesnę vienišumą. Taip pat nustatyta, kad socialinio aktyvumo veiksnys – didesnis socialinis susietumas irgi prognozavo mažesnę vienišumo lygį. Kiti į modelį įtraukti kintamieji statistiškai reikšmingos prognostinės reikšmės vienišumui neturėjo.

Sudarant galutinį modelį kintamieji buvo nuosekliai, po vieną šalinami. Siekiant tiksliau įvertinti kitų veiksnių nepriklausomą poveikį vienišumui, be statistiškai reikšmingų prediktorių, modelyje buvo išlaikyti ir teoriškai svarbūs kintamieji – amžius ir lytis. Namų ūkio dydžio rodiklis paliktas atsižvelgiant į jo ribinį statistinį reikšmingumą, o didesnis vartojamų vaistų kiekis – siekiant įvertinti jo vaidmenį tolesnėje analizėje.

6 lentelė. Tiesinės regresinės analizės, prognozuojant vyresnio amžiaus žmonių vienišumą, rezultatai (galutinis modelis)

| Nepriklausomi kintamieji         | Priklausomas kintamasis<br>Vienišumas |                | $F$   | $p$    | $R^2$ |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------------|-------|--------|-------|
|                                  | $Beta (\beta)$                        | $p$            |       |        |       |
| Lytis                            | 0,02                                  | 0,404          | 29,24 | <0,001 | 0,18  |
| Amžius                           | -0,02                                 | 0,579          |       |        |       |
| Išsilavinimas                    | -0,07                                 | <b>0,004</b>   |       |        |       |
| Gyvenimas su partneriu           | -0,16                                 | < <b>0,001</b> |       |        |       |
| Namų ūkio dydis                  | -0,06                                 | 0,054          |       |        |       |
| IADL apribojimai                 | 0,09                                  | <b>0,003</b>   |       |        |       |
| Fizinio aktyvumo trūkumas        | 0,13                                  | < <b>0,001</b> |       |        |       |
| Didesnis vartojamų vaistų kiekis | 0,07                                  | <b>0,015</b>   |       |        |       |
| Subjektyvi sveikatos būklė       | -0,12                                 | < <b>0,001</b> |       |        |       |
| Socialinis susietumas            | -0,10                                 | < <b>0,001</b> |       |        |       |

Pastabos.  $\beta$  – standartizuoti beta koeficientas,  $p$  – reikšmingumo lygmuo;  $F$  – Fisher testo koeficientas;  $R^2$  – determinacijos koeficientas. Statistiškai reikšmingi kintamieji pažymėti paryškintu šriftu.

Regresinė analizė parodė, kad antrasis modelis išliko statistiškai reikšmingas ( $F = 29,24$ ;  $p < 0,001$ ) ir paaiškino 18 % vienišumo variacijos ( $R^2 = 0,18$ ), t. y. pašalinus nemažą dalį kintamųjų paaiškinamoji modelio galia sumažėjo nežymiai, todėl galima interpretuoti šio modelio rezultatus.

Analizuojant fizinės sveikatos rodiklius, nustatyta, kad geresnė subjektyvi sveikatos būklė reikšmingai prognozavo mažesnį vienišumą, tuo tarpu IADL apribojimai, fizinio aktyvumo trūkumas ir didesnis vartojamų vaistų kiekis prognozavo didesnį vienišumo lygį.

Vertinant kontrolinius kintamuosius nustatyta, kad aukštasis išsilavinimas, gyvenimas su partneriu ir didesnis socialinis susietumas prognozavo mažesnį vienišumą. Tuo tarpu amžius, lytis ir namų ūkio dydis nebuvo statistiškai reikšmingi vienišumo prognostiniai veiksniai, kontroliuojant kitus modelio kintamuosius.

### 3.4. Fizinės sveikatos būklės rodiklių prognostinės reikšmės vienišumui palyginimas skirtingose amžiaus grupėse, kontroliuojant sociodemografinius ir socialinio aktyvumo veiksniai

Siekiant įvertinti ar fizinės sveikatos būklės ir kitų veiksnių sąsajos su vienišumu skiriasi skirtingose amžiaus grupėse, atlikta daugialypė regresinė analizė 50-64 metų ir 65 metų bei vyresnių respondentų grupėse atskirai. Siekiant užtikrinti rezultatų palyginamumą tarp grupių, į modelius buvo įtraukti identiški nepriklausomi kintamieji.

7 lentelė. Vienišumo prognozavimo regresinės analizės rezultatų palyginimas tarp amžiaus grupių

| Nepriklausomi kintamieji         | Priklausomas kintamasis – Vienišumas |                   |                           |                   |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
|                                  | 50-64 m.<br><i>n</i> = 527           |                   | 65 + m.<br><i>n</i> = 816 |                   |
|                                  | <i>Beta</i> ( $\beta$ )              | <i>p</i>          | <i>Beta</i> ( $\beta$ )   | <i>p</i>          |
| Lytis                            | -0,01                                | 0,838             | 0,03                      | 0,345             |
| Amžius                           | -0,06                                | 0,157             | 0,04                      | 0,226             |
| Išsilavinimas                    | -0,11                                | <b>0,010</b>      | -0,05                     | 0,137             |
| Gyvenimas su partneriu           | -0,20                                | <b>&lt; 0,001</b> | -0,13                     | <b>0,001</b>      |
| Namų ūkio dydis                  | -0,00                                | 0,939             | -0,08                     | <b>0,028</b>      |
| IADL apribojimai                 | 0,10                                 | <b>0,034</b>      | 0,07                      | 0,097             |
| Fizinio aktyvumo trūkumas        | 0,09                                 | <b>0,043</b>      | 0,15                      | <b>&lt; 0,001</b> |
| Didesnis vartojamų vaistų kiekis | 0,11                                 | <b>0,012</b>      | 0,05                      | 0,144             |
| Subjektyvi sveikatos būklė       | -0,17                                | <b>&lt; 0,001</b> | -0,10                     | <b>0,007</b>      |
| Socialinis susietumas            | -0,04                                | 0,334             | -0,13                     | <b>&lt; 0,001</b> |
|                                  | <i>F</i>                             | 9,51              |                           | 18,54             |
|                                  | <i>p</i>                             | <b>&lt; 0,001</b> |                           | <b>&lt; 0,001</b> |
|                                  | <i>R</i> <sup>2</sup>                | 0,16              |                           | 0,19              |

Pastabos.  $\beta$  – standartizuoti beta koeficientas, *p* – reikšmingumo lygmuo; *F* – Fisher testo koeficientas; *R*<sup>2</sup> – determinacijos koeficientas. Statistiškai reikšmingi kintamieji pažymėti paryškintu šriftu.

Regresinė analizė parodė, kad abiejų amžiaus grupių modeliai buvo statistiškai reikšmingi (*p* < 0,001) ir paaiškino panašią vienišumo variacijos dalį: 50-64 m. grupėje – 15,6 %, 65+ m. grupėje – 18,7 %, todėl modeliai laikytini tinkamais rezultatų interpretacijai ir tarpusavio palyginimui.



Analizuojant abiejų amžiaus grupių rezultatus nustatyta, kad fizinės sveikatos rodikliai iš esmės pasižymėjo panašia prognostine reikšme vienišumui: geresnė subjektyvi sveikatos būklė buvo susijusi su mažesniu vienišumo lygiu, o fizinio aktyvumo trūkumas – su didesniu vienišumu. Šie rezultatai rodo, kad subjektyvus sveikatos vertinimas ir kasdienio fizinio aktyvumo lygis yra universalūs vienišumo prognostiniai veiksniai, nepriklausomai nuo amžiaus grupės.

Nepaisant šių bendrumų, dalis fizinės sveikatos rodiklių pasižymėjo amžiaus grupėms būdingais skirtumais. 50-64 metų grupėje vienišumą reikšmingai prognozavo funkciniai apribojimai (IADL) ir vaistų vartojimas – funkciniai sunkumai bei didesnis vartojamų vaistų kiekis buvo susiję su didesniu vienišumu. Tai rodo, kad ankstyvesniame vyresniame amžiuje sveikatos būklės pokyčiai gali labiau sietis su kasdienio funkcionavimo ir gydymo naštos aspektais.

Kontrolinių kintamųjų analizė atskleidė, kad vienintelis abiejose amžiaus grupėse reikšmingai vienišumą prognozavęs veiksnys buvo gyvenimas su/ be partnerio – gyvenimas kartu su partneriu buvo susijęs su mažesniu vienišumo lygiu. Kiti kontroliniai veiksniai tarp grupių skyrėsi: 50-64 metų asmenų grupėje aukštasis išsilavinimas prognozavo mažesnę vienišumą, tuo tarpu 65 metų ir vyresnių asmenų grupėje reikšmingi veiksniai buvo namų ūkio dydis ir socialinis susietumas – didesnis namų ūkis ir stipresni socialiniai ryšiai buvo susiję su mažesniu vienišumu.

Abiejose amžiaus grupėse lytis ir amžius nebuvo savarankiškai reikšmingi vienišumo prognostiniai veiksniai, kontroliuojant kitus modelio kintamuosius.

#### 4. REZULTATŲ APTARIMAS

##### 4.1. Fizinės sveikatos ir kitų veiksmų prognostinė reikšmė vyresnio amžiaus žmonių vienišumui

Siekiant įvertinti fizinės sveikatos būklės reikšmę vyresnio amžiaus žmonių vienišumui, buvo analizuojama, ar fizinės sveikatos rodikliai statistiškai reikšmingai prisideda prie vienišumo paaiškinimo, kontroliuojant sociodemografinius bei socialinio aktyvumo veiksnus.

Tyrimo rezultatai parodė, kad dalis fizinės sveikatos rodiklių statistiškai reikšmingai prognozuoja didesnę vyresnio amžiaus žmonių vienišumą bei, kaip ir buvo galima numanyti, kad didesnę vienišumą prognozuoja prastesni fizinės sveikatos būklės rodikliai. Tai iš esmės atitinka biopsichosocialinio požiūrio prielaidas ir ankstesnių empirinių tyrimų rezultatus, pabrėžiančius fizinės sveikatos reikšmę vyresnio amžiaus žmonių vienišumo patyrimui, kad prastėjanti fizinė sveikata gali riboti vyresnio amžiaus žmonių socialinį aktyvumą, mažinti jų savarankiškumą ir apsunkinti tarpasmeninių ryšių palaikymą, taip didindama vienišumo patyrimo riziką (Courtin & Knapp, 2015; Hawkley & Cacioppo, 2010, Engel, 1977). Tad gauti rezultatai rodo, kad fizinė sveikata siejasi ne tik su bendra asmens savijauta, bet ir su jo psichologine gerove bei galimybėmis funkcionuoti visuomenėje.

Atliktos regresinės analizės atskleidė, kad stipriausias prognostinis vienišumo veiksnys buvo fizinio aktyvumo trūkumas, kuris reikšmingai prognozavo didesnę vienišumo lygį. Šis rezultatas atitinka ankstesnių tyrimų duomenis, rodančius, kad fizinis aktyvumas vyresniame amžiuje yra svarbus ne tik fizinės sveikatos palaikymo, bet ir socialinio įsitraukimo bei emocinės gerovės veiksnys (Hawkley et al., 2009). Tikėtina, kad mažesnis fizinis aktyvumas, kuris dažnu atveju atspindi ir žmogaus fizinės sveikatos būklę, riboja asmens galimybes dalyvauti bendruomeninėse veiklose, mažina jo kasdinių socialinių sąveikų skaičių ir prisideda prie socialinio atsitraukimo, taip didindamas vienišumo riziką. Be to, apžvalginiai tyrimai rodo, kad fizinis aktyvumas siejamas su didesniu saviveiksmingumo jausmu ir geresne emocine savijauta, tad jo stoka gali netiesiogiai prisidėti prie vienišumo formavimosi per psichologinius mechanizmus (Netz et al., 2005).

Taip pat nustatyta, kad prastesnė subjektyvi sveikatos būklė irgi reikšmingai prognozavo didesnę vienišumo lygį. Šis rezultatas atitinka ankstesnių tyrimų duomenis, pabrėžiančius, kad subjektyvus sveikatos vertinimas yra glaudžiai susijęs su psichologine ir socialine gerove (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015). Tikėtina, kad prastesnis savo sveikatos vertinimas mažina asmens galimybes bei jo pasitikėjimą savo galimybėmis dalyvauti visuomeninėse veiklose, palaikyti socialinius ryšius bei išlaikyti aktyvų kasdienį funkcionavimą, o tai gali prisidėti prie didesnio vienišumo patyrimo. Kaip ir subjektyvios sveikatos būklės vertinimas, funkcinį kasdinių veikų apribojimai (IADL) irgi reikšmingai prognozavo vienišumą. Tai rodo, kad sumažėję

savarankiško funkcionavimo gebėjimai yra susiję su didesniu vienišumo lygiu ir gali atspindėti didesnį socialinio funkcionavimo pažeidžiamumą dėl sumažėjusio savarankiškumo. Šis rezultatas dera su ankstesniais tyrimais, rodančiais, kad funkciniai apribojimai mažina asmens mobilumą, savarankiškumą ir galimybes dalyvauti visuomeninėse veiklose (Cornwell & Waite, 2009), o tuo pačiu aktyviai rinktis veiklas, kuriose asmuo gali ir nori dalyvauti. Tokiu būdu sumažėję kasdienio funkcionavimo gebėjimai netiesiogiai mažina tarpasmeninių kontaktų prieinamumą ir gali prisidėti prie socialinio atsitraukimo bei didesnio vienišumo. Be to, didesnį vienišumo lygį reikšmingai prognozavo ir didesnis vartojamų vaistų kiekis. Šis rodiklis gali būti siejamas su sudėtingesne sveikatos būkle ir didesne gydymo našta. Didesnis vartojamų vaistų kiekis dažnai reiškia ne tik intensyvesnį ligų valdymą, bet ir didesnį kasdieniui sveikatos priežiūros poreikį – būtinybę laikytis sudėtingų gydymo režimų, stebėti simptomus bei daugiau laiko ir psichologinių resursų skirti su gydymu susijusioms užduotims. Tikėtina, kad dėl to gali sumažėti asmens galimybės įsitraukti į visuomenines ar asmeniškai prasmingas veiklas, kasdienio gyvenimo lankstumas bei tuo pačiu augti socialinio atsitraukimo rizika. Tą patvirtina ir tyrimai, kuriuose teigiama, kad polifarmacija ir gydymosi našta siejasi su prastesne psichosocialine savijauta, mažesniu aktyvumu, bei didesniais visuomeninio funkcionavimo sunkumais (Maher et al., 2014; Demain et al., 2015; Christiansen et al., 2024). Todėl galima manyti, kad vyresniame amžiuje vaistų vartojimo mastas atspindi ne tik objektyvią sveikatos būklę, bet ir platesnius kasdienio gyvenimo bei socialinio dalyvavimo pokyčius, galinčius didinti vienišumo patyrimą. Taigi fizinės sveikatos rodikliai ir jų pasekmės asmens kasdieniam bei socialiniam funkcionavimui reikšmingai prisideda prie vyresnio amžiaus žmonių vienišumo paaiškinimo.

Tyrimai rodo, kad be fizinės sveikatos rodiklių vienišumo patyrimui reikšmingi ir socialiniai bei struktūriniai veiksniai. Tai patvirtina, kad vienišumo formavimasis yra daugialypis procesas, apimantis ne tik sveikatos būklę, bet ir socialinius bei struktūrinius gyvenimo konteksto aspektus (Hawkey & Cacioppo, 2010). Šiame tyrime analizuojant kitus reikšmingus veiksnius nustatyta, kad mažesnį vienišumo lygį prognozavo gyvenimas su partneriu, aukštasis išsilavinimas bei didesnis socialinis susietumas. Šie rezultatai atskleidžia, kad socialinė integracija ir turimi tarpasmeniniai ištekliai yra svarbūs vienišumo patyrimui. Galima manyti, kad partnerio turėjimas suteikia daugiau emocinio palaikymo ir kasdienio bendravimo galimybių, aukštasis išsilavinimas siejasi su platesnėmis socialinio dalyvavimo galimybėmis bei didesniais socialiniais ištekliais, o didesnis socialinis susietumas atspindi stipresnį tarpasmeninį tinklą. Ankstesni tyrimai taip pat patvirtina, kad partnerystė, socialinė integracija ir platesnis bendravimo tinklas yra susiję su mažesniu vienišumo lygiu vyresniame amžiuje (Hawkey & Cacioppo, 2010; Schmitz et al., 2021). Tuo tarpu namų ūkio dydis nebuvo statistiškai reikšmingas vienišumo prognostinis veiksnys, o tai leidžia manyti, kad vien fizinis kitų žmonių buvimas artimoje aplinkoje savaime nebūtinai mažina vienišumo patyrimą. Šis

rezultatas pabrėžia, kad svarbesnis gali būti ne socialinių kontaktų kiekis, o jų kokybė, emocinis artumas ir subjektyviai suvokiamas palaikymas. Kitaip tariant, net ir būnant tarp kitų žmonių, vienišumo jausmas gali išlikti, jei tarpasmeniniai santykiai nėra artimi ar emociškai reikšmingi. Tą patvirtina ir ankstesni tyrimai, kad būtent tarpasmeninių ryšių kokybė, o ne jų kiekis, yra susiję su mažesniu vienišumo lygiu (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015). Tai dar kartą patvirtina, kad vienišumą derėtų vertinti plačiau, atsižvelgiant ne tik į fizinės sveikatos būklę, bet ir į socialinius bei struktūrinius veiksnius.

Apibendrinant galima teigti, kad tokie fizinės sveikatos rodikliai kaip fizinis aktyvumas, subjektyvi sveikatos būklė, funkciniai apribojimai ir didelis vartojamų vaistų kiekis yra reikšmingi vyresnio amžiaus žmonių vienišumo prognostiniai veiksniai. Šie rezultatai atskleidžia, kad fizinės sveikatos aspektai yra svarbūs ne tik biologinio funkcionavimo požiūriu, bet ir kaip veiksniai, susiję su asmens socialinio dalyvavimo galimybėmis, savarankiškumo išlaikymu bei psichologine gerove. Gauti rezultatai iš esmės patvirtina biopsichosocialinio požiūrio prielaidas (Engel, 1977), pabrėžiančias glaudžią fizinių, psichologinių ir socialinių veiksmų sąveiką. Tai leidžia manyti, kad vyresnio amžiaus žmonių vienišumas yra susijęs ne tik su kokybiškų bendravimo ryšių stoka, bet ir su sveikatos būklės nulemtais kasdienio funkcionavimo bei socialinio įsitraukimo apribojimais.

#### 4.2. Fizinės sveikatos ir kitų veiksmų prognostinė reikšmė vienišumui skirtingose amžiaus grupėse

Siekiant įvertinti fizinės sveikatos rodiklių prognostinę reikšmę vienišumui skirtingose amžiaus grupėse, buvo analizuojama ar fizinės sveikatos rodikliai reikšmingai prognozuoja vienišumą 50-64 m. ir 65 m. bei vyresnių asmenų grupėse, kontroliuojant sociodemografinius bei socialinio aktyvumo veiksnius.

Palyginus fizinės sveikatos rodiklių prognostinę reikšmę vienišumui skirtingose amžiaus grupėse, paaiškėjo, kad 50-64 m. amžiaus grupėje visi keturi fizinės sveikatos veiksniai reikšmingai prognozavo vienišumą, tuo tarpu 65 m. ir vyresnių asmenų grupėje reikšmingi išliko tik dalis šių rodiklių. Gauti rezultatai leidžia teigti, kad fizinės sveikatos ir vienišumo sąsajos vyresniame amžiuje nėra vienodos ir gali priklausyti nuo skirtinguose senėjimo etapuose aktualių sveikatos bei socialinio funkcionavimo aspektų.

Abiejose amžiaus grupėse išryškėję bendri dėsningumai: fizinio aktyvumo stoka ir prastesnė subjektyvi sveikatos būklė išliko reikšmingais didesnį vienišumą prognozuojančiais veiksniais. Šie rezultatai iš esmės atitinka bendros imties analizėje gautas ir anksčiau aptartas tendencijas, bei leidžia manyti, kad šių veiksmų reikšmė išlieka nepriklausomai nuo amžiaus grupės. Tačiau funkcinį apribojimų (IADL) ir polifarmacijos veiksniai buvo svarbūs tik 50-64 m. asmenų grupėje, kas rodo,

kad tam tikrų fizinės sveikatos rodiklių prognostinė reikšmė gali skirtis priklausomai nuo senėjimo etapo.

Tai, kad funkciniai apribojimai (IADL) reikšmingai prognozavo didesnę vienišumą tik 50-64 m. asmenų grupėje gali būti aiškinama tuo, kad jaunesniame vyresnio amžiaus etape savarankiškumo praradimas dar nėra suvokiamas kaip normatyvi senėjimo dalis, todėl funkcionavimo sutrikimai gali turėti didesnę poveikį socialiniam dalyvavimui ir vienišumo patyrimui. Tuo tarpu 65 m. ir vyresnių asmenų grupėje funkcinio apribojimo poveikį vienišumui galimai kompensuoja prisitaikymo mechanizmai (Baltes & Baltes, 1990), pakitę socialiniai lūkesčiai ar didesnis aplinkinių palaikymas. Toks aiškinimas dera su ankstesniais tyrimais, rodančiais, kad funkciniai apribojimai mažina socialinio dalyvavimo galimybes ir yra susiję su didesniu vienišumo lygiu (Cornwell & Waite, 2009), tačiau tarpasmeniniai ryšiai ir palaikymas vyresniame amžiuje gali turėti apsauginį poveikį funkciniam savarankiškumui bei socialiniam funkcionavimui (Avlund et al., 2004).

Didesnis vartojamų vaistų kiekis, kai kasdien yra vartojama daugiau nei penki skirtingi vaistai, taip pat reikšmingai prognozavo didesnę vienišumą tik 50-64 m. grupėje. Tokiame amžiuje intensyvesnis vaistų vartojimas gali būti suvokiamas kaip ankstyvas prastėjančios sveikatos ir didėjančio pažeidžiamumo požymis, kuris šiame amžiuje dar nėra laikomas kaip įprasta senėjimo dalis. Tyrimai rodo, kad polifarmacija ir sudėtingi gydymo procesai gali reikalauti daugiau kasdienio dėmesio bei laiko gydymuisi, mažinti gyvenimo lankstumą ir riboti galimybes įsitraukti į asmeniškai prasmingas ar socialines veiklas. Tai gali pasireikšti dažnesniais vizitais pas gydytojus, sudėtingu gydymo režimų laikymusi, nuolatinio simptomų stebėjimu bei didesnėmis laiko ir energijos sąnaudomis kasdienėje rutinoje, taip sumažinant galimybes laiką skirti bendravimui, socialiniam dalyvavimui ar kitoms asmeniškai svarbioms veikloms (Maher et al., 2014; Demain et al., 2015; Christensen et al., 2024). Tuo tarpu vyresniame amžiuje didesnis vartojamų vaistų kiekis gali būti labiau įprasta kasdienio gyvenimo dalis, susijusi su lėtinių ligų valdymu ir multimorbidiskumu (Pedersen et al., 2018), todėl jo ryšys su vienišumu gali būti mažiau išreikštas.

Analizuojant kitus svarbius veiksnius nustatyta, kad didesnis socialinis susietumas bei didesnis namų ūkio dydis reikšmingai prognozavo mažesnę vienišumą tik 65 m. ir vyresnių asmenų grupėje, tai gali rodyti didesnę tarpasmeninių ryšių svarbą vyresniame amžiuje. Ankstesni tyrimai taip pat pabrėžia, kad vyresniame amžiuje socialiniai ryšiai ir socialinis įsitraukimas tampa ypač svarbiais veiksniais, susijusiais su mažesniu vienišumo lygiu bei geresne psichologine gerove (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015).

Apibendrinant galima teigti, kad fizinės sveikatos rodiklių prognostinė reikšmė vienišumui skirtingose amžiaus grupėse nėra vienoda. Gauti rezultatai leidžia manyti, kad jaunesniame vyresnio amžiaus tarpsnyje vienišumo patyrimui didesnę reikšmę gali turėti sveikatos pablogėjimas, savarankiškumo praradimas ir su tuo susiję kasdienio funkcionavimo pokyčiai. Tuo tarpu vyresniame

amžiuje svarbesniais tampa socialinio įsitraukimo, tarpasmeninių ryšių palaikymo bei prisitaikymo prie sveikatos pokyčių aspektai. Tai rodo, kad skirtinguose senėjimo etapuose fizinės sveikatos ir kitų veiksnių reikšmė vienišumo patyrimui skiriasi, tad svarbu į juos atsižvelgti.

Nors dalis gautų rezultatų patvirtino ankstesnių tyrimų išvadas, kai kurie rezultatai neatitiko teorinių prielaidų ar literatūroje dažniau nustatomų sąsajų. Tai leidžia plačiau svarstyti apie galimus fizinės sveikatos ir vienišumo ryšio skirtumus skirtinguose vyresnio amžiaus etapuose bei socialinius ir psichologinius šių ryšių mechanizmus.

Vienas netikėtų rezultatų buvo tai, kad socialinis susietumas nereikšmingai prognozavo vienišumą 50-64 m. grupėje, nors ankstesni tyrimai dažnai pabrėžia tarpasmeninių ryšių svarbą vienišumo patyrimui (Hawkley & Cacioppo, 2010; Courtin & Knapp, 2015). Galima manyti, kad šiame amžiaus tarpsnyje vienišumo patyrimas labiau sietinas ne su kontaktų kiekiu, bet jų kokybe (Cacioppo & Cacioppo, 2018; Holt-Lunstad et al., 2015) ar su sveikatos pokyčiais susijusiu savęs vertinimu ir gyvenimo pokyčių patyrimu. Tikėtina, kad jaunesni vyresnio amžiaus asmenys vis dar išlaiko santykinai aktyvų socialinį tinklą, todėl vien tarpasmeninių ryšių buvimas nebūtinai apsaugo nuo vienišumo jausmo. Tuo tarpu vyresniame amžiuje socialinis susietumas gali tapti svarbesniu apsauginiu veiksniu dėl mažėjančio bendravimo tinklo ir didesnio socialinio pažeidžiamumo.

Kitas dėmesio vertas rezultatas – amžius pats savaime nereikšmingai prognozavo vienišumą. Nors viešojoje erdvėje ir dalyje tyrimų vyresnis amžius dažnai siejamas su didesniu vienišumu, gauti rezultatai leidžia manyti, kad vienišumą labiau paaiškina ne chronologinis amžius, bet su senėjimu susiję sveikatos, socialinio funkcionavimo ir tarpasmeninių ryšių pokyčiai. Tai dera su ankstesniais tyrimais, pabrėžiančiais, kad vienišumo patyrimui svarbesni yra ne amžius kaip toks, bet su juo susiję psichosocialiniai ir funkciniai veiksniai (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015).

Gyvenamosios vietovės veiksnys šiame tyrime buvo įtrauktas kaip kontrolinis kintamasis siekiant įvertinti galimus miesto ir kaimo gyventojų socialinės aplinkos skirtumus. Literatūroje pabrėžiama, kad gyvenamoji aplinka gali būti susijusi su tarpasmeninių kontaktų dažnumu, bendruomeniškumo lygiu ir socialinės integracijos galimybėmis (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad et al., 2015): mažesnėse gyvenvietėse dažniau palaikomi artimesni ir pastovesni socialiniai ryšiai, o miesto aplinkoje socialiniai santykiai neretai yra labiau fragmentuoti ir mažiau pastovūs.

#### 4.3. Tyrimo ribotumai bei rekomendacijos ateities tyrimams

Šiame tyrime naudota didelė, atsitiktinės atrankos pagrindu sudaryta imtis, apimanti visą šalies teritoriją, o jos struktūra pagal lytį atitinka reprezentacinės populiacijos pasiskirstymą. Buvo tirama vyresnio amžiaus grupė, kuri ypač reikšminga vienišumo tyrimų kontekste dėl didėjančio socialinio

ir sveikatos pažeidžiamumo šiame gyvenimo etape. Be to, naudoti tiek subjektyvūs, tiek objektyvūs rodikliai, paremti faktine informacija (pvz., vaistų vartojimo kiekis, funkciniai apribojimai), o ne vien savęs vertinimu, kas mažina subjektyvaus vertinimo šališkumą ir stiprina rezultatų pagrįstumą. Visi šie metodologiniai privalumai stiprina rezultatų patikimumą ir jų pritaikomumą. Nepaisant išvardintų metodologinių privalumų, reikėtų paminėti ir tam tikrus tyrimo ribotumus, kurie gali turėti įtakos rezultatų interpretavimui bei pateikia kryptis tolesniems tyrimams.

Pirma, tai yra kiekybinis skerspjūvio tyrimas, todėl negalime daryti priežastinių išvadų apie fizinės sveikatos ir vienišumo ryšius. Nors regresinės analizės rezultatai parodė, kad prastesni fizinės sveikatos rodikliai prognozuoja didesnę vienišumą, šie ryšiai gali būti abipusiai, kaip nurodoma ir literatūroje (Hawkey & Cacioppo, 2010; Courtin & Knapp, 2015), todėl negalima vienareikšmiškai nustatyti, ar prastesnė sveikata didina vienišumą, ar vienišumas prisideda prie sveikatos blogėjimo. Ateities tyrimuose būtų tikslinga pasitelkti SHARE duomenų bazės ilgalaikį pobūdį ir analizuoti tuos pačius respondentus skirtingais laiko momentais. Tai leistų geriau įvertinti fizinės sveikatos ir vienišumo ryšių kryptingumą bei jų pokyčius bėgant laikui. Be to, longitudinaliniai tyrimai leistų geriau suprasti fizinės sveikatos ir vienišumo sąsajų kaitą skirtingais gyvenimo etapais, bei nustatyti šiuos pokyčius lemiančius veiksnius. Tai ypač aktualu atsižvelgiant į šiame tyrime nustatytus skirtumus tarp 50-64 m. ir 65 m. bei vyresnių asmenų grupių, rodančius, kad fizinės sveikatos poveikis vienišumui gali skirtis priklausomai nuo amžiaus tarpsnio.

Kitas svarbus tyrimo ribotumas susijęs su duomenų pobūdžiu – ne maža dalis pagrindinių kintamųjų buvo vertinami remiantis respondentų pateiktais atsakymais. Nors subjektyvūs sveikatos vertinimai yra plačiai naudojami tyrimuose ir laikomi svarbiais prognostiniais rodikliais (Holt-Lunstad et al., 2015), toks matavimo būdas gali būti paveiktas individualaus atsako šališkumo, atminties netikslumų ar socialinio pageidaujamumo tendencijų. Be to, kadangi visi kintamieji buvo surinkti iš to paties asmens ir tuo pačiu apklausos metu, gali pasireikšti bendro metodo šališkumas (angl. *common method bias*). Tai reiškia, kad dalis nustatytų ryšių gali būti pervertinti todėl, kad buvo matuoti tuo pačiu būdu, o ne dėl tikro kintamųjų tarpusavio ryšio. Todėl ateities tyrimuose būtų tikslinga derinti respondentų pateiktus duomenis su objektyviais informacijos šaltiniais, pvz. e. sveikatos duomenimis, kurie leistų tiksliau įvertinti sveikatos rodiklius ir sumažinti subjektyvaus vertinimo šališkumo įtaką.

Papildomai, tyrimo imtis buvo suskirstyta į dvi amžiaus grupes (50-64 m. ir 65 m. ir vyresni), siekiant palyginti skirtingus vyresnio amžiaus etapus. Nors toks skirstymas leidžia detaliau įvertinti galimus skirtumus tarp „ankstyvojo“ ir „vėlyvojo“ senėjimo laikotarpių, jis taip pat reiškia, kad kiti galimi veiksniai, tokie kaip socialinis-ekonominis statusas ar sveikatos priežiūros prieinamumas, nebuvo tolygiai kontroliuoti grupių viduje. Dėl šios priežasties rezultatų apibendrinimas platesnei vyresnio amžiaus populiacijai turėtų būti atliekamas atsargiai. Ateities tyrimuose būtų tikslinga

įtraukti ir jaunesnių asmenų imtį, siekiant palyginti ar nustatyti dėsningumai būdingi tik vyresniam amžiui, ar pasireiškia ir kitose amžiaus grupėse.

Nepaisant šių ribotumų, tyrimas pateikia reikšmingų įžvalgų apie vyresnio amžiaus žmonių fizinės sveikatos rodiklių prognostinę reikšmę vienišumui apskritai bei skirtingose amžiaus grupėse.

#### 4.4. Rekomendacijos praktikai

Šio tyrimo rezultatai leidžia geriau suprasti veiksnius, susijusius su vienišumo patyrimu, ir gali būti reikšmingi tobulinant prevencijos bei pagalbos priemones. Gauti duomenys patvirtina, kad vienišumo mažinimo intervencijos turėtų būti kompleksinės, apimančios tiek fizinės sveikatos stiprinimą, tiek socialinės gerovės didinimą. Tai atitinka anksčiau aptartą požiūrį, kad vienišumas yra daugialypis reiškiny, todėl ir jo prevencija neturėtų apsiriboti vienu aspektu.

Praktiniu požiūriu svarbios tiek fizinės, tiek socialinės gerovės stiprinimo priemonės. Tai galėtų būti fizinio aktyvumo skatinimo programos (pvz., grupinės mankštos ar ėjimo grupės), socialinio įsitraukimo didinimas per bendruomenines veiklas, dienos centrus ar savanorystės iniciatyvas, taip pat tarpusavio pagalbos grupės. Be to svarbu teikti ir individualizuotą pagalbą asmenims, patiriantiems didesnę gydymo našą ar ribotą kasdienį funkcionavimą, pavyzdžiui, padedant planuoti gydymą, organizuoti kasdienes veiklas ar palaikyti tarpasmeninius ryšius.

Sveikatos priežiūros specialistų uždavinys – laiku identifikuoti vienišumo riziką ir užtikrinti, kad asmenys gautų informaciją apie galimas socialines ar psichosocialines pagalbos galimybes. Medicinos psichologai šiame kontekste gali prisidėti dirbdami individualiai su asmenimis, patiriančiais vienišumą arba esant vienišumo rizikai. Jų darbas turėtų būti orientuotas ne į bendravimo kontaktų skaičiaus didinimą, bet į jų kokybės stiprinimą. Dirbant su vyresnio amžiaus asmenimis, svarbu atsižvelgti į galimą socialinių ryšių praradimą, nusivylimą ar emocinį jų trūkumą, todėl psichologinė pagalba gali būti nukreipta į santykių atkūrimą, palaikymą ir emocinio artumo stiprinimą. Tai galėtų apimti pagalbą atkuriant nutrūkusius santykius, stiprinant emocinį ryšį su artimaisiais, mažinant socialinį atsitraukimą bei gerinant gebėjimą palaikyti santykius. Pavyzdžiui, psichologinė intervencija gali apimti pokalbius apie santykių sunkumus, socialinių situacijų planavimą ar ryšių palaikymo įgūdžių stiprinimą.



## IŠVADOS

1. Fizinės sveikatos būklės rodikliai reikšmingai prognozuoja vyresnio amžiaus žmonių vienišumo lygį. Fizinio aktyvumo stoka, prastesnė subjektyvi sveikata, mažesnis funkcinis savarankiškumas, t. y. kasdienių instrumentinių veiklų apribojimai, ir didesnis vartojamų vaistų kiekis paaiškina didesnę vyresnio amžiaus žmonių vienišumo lygį, kontroliuojant socialinius bei sociodemografinius rodiklius.

2. Fizinės sveikatos rodiklių prognostinė reikšmė vienišumui skirtingose amžiaus grupėse skiriasi. Kasdienių instrumentinių veiklų apribojimai ir didesnis vartojamų vaistų kiekis nepaaiškina 65 m. ir vyresnių žmonių vienišumo lygio, bet yra reikšmingi prognostiniai veiksniai 50-64 m. amžiaus grupėje.

3. Sociodemografiniai ir socialinio aktyvumo veiksniai siejasi su vyresnio amžiaus žmonių vienišumo lygiu.

a) Vyresnis amžius, mažesnis namų ūkio dydis, gyvenimas be partnerio, žemesnis nei aukštasis išsilavinimas bei moteriška lytis siejasi su didesniu vienišumu;

b) Didesnis socialinis susietumas siejasi su mažesniu vienišumo lygiu, o socialinėse veiklose nedalyvaujantys asmenys pasižymi didesniu vienišumu nei dalyvaujantys.

## LITERATŪRA

- Avlund, K., Damsgaard, M. T., & Osler, M. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journals of Gerontology: Series B*, 59(1), S44–S51. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.1.S44>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Barjaková, M., Garneró, A., & d’Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social Science & Medicine*, 334, 116163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Bergmann, M., Wagner, M., & Börsch-Supan, A. (Eds.). (2024). *SHARE Wave 9 methodology: From the SHARE Corona survey 2 to the SHARE main wave 9 interview*. SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/mv.w09>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17, 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., & Zuber, S. (2013). Data resource profile: The survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE). *International journal of epidemiology*, 42(4), 992–1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). In J. M. Olson (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 58, pp. 127–197). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2018.03.003>
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual Review of Psychology*, 66, 733–767. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health,

- Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Chawla, K., Kunonga, T. P., Stow, D., Barker, R., Craig, D., & Hanratty, B. (2021). *Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis* *PLOS ONE*, 16(7), e0255088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>
- Christiansen, J., Lasgaard, M., Pedersen, S. S., Pedersen, M. H., & Friis, K. (2024). Social disconnectedness in individuals with cardiovascular disease: Associations with health literacy and treatment burden. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31, 363–371. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10263-9>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31–48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Čekanavičius, V., ir Murauskas, G. (2009). *Statistika ir jos taikymai. I dalis*. TEV.
- Čekanavičius, V., ir Murauskas, G. (2014). *Statistika ir jos taikymai. II dalis*. TEV.
- De Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Dansie, E. J., & Turk, D. C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British journal of anaesthesia*, 111(1), 19–25. <https://doi.org/10.1093/bja/aet124>
- Delerue-Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). *Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults*. *BMC public health*, 21, 924. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10956-w>
- Demain, S., Gonçalves, A. C., Areia, C., Oliveira, R., Marcos, A. J., Marques, A., Parmar, R., & Hunt, K. (2015). *Living with, managing and minimising treatment burden in long term conditions: A systematic review of qualitative research*. *PLOS ONE*, 10(5), e0125457. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125457>
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>

- Eisenberger, N. I. (2012). The pain of social disconnection: Examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(6), 421–434. <https://doi.org/10.1038/nrn3231>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- European commission joint research centre. (2022). *Loneliness among older adults: A European perspective* (JRC129421). Publications office of the European Union. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC129421>
- Eurostat. (2026). *Population structure and ageing*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing)
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The journals of gerontology: Series A*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- George, D., & Mallery, P. (2021). *IBM SPSS Statistics 27 step by step: A simple guide and reference* (17th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003205333>
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness. *The Journals of Gerontology: Series B*, 63(6), S375–S384. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375>
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28(3), 354–363. <https://doi.org/10.1037/a0014400>
- Holt-Lunstad, J. (2021). Loneliness and social isolation as risk factors: The power of social connection in prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(5), 567–573. <https://doi.org/10.1177/15598276211009454>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, 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. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
- 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. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179)
- Litwin H., & Stoeckel K.J. (2015). Social network, activity participation, and cognition: A complex relationship. *Research on aging*, 38(1), 76–97. <https://doi.org/10.1177/0164027515581422>
- Long, E., Thomson, M., Milicevic, J., Goodfellow, C., Letina, S., & Bradley, S. (2024). *Loneliness, social support, and social networks: Urban–rural variation and links to wellbeing in Scotland*. Journal of Public Health. <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02236-9>
- Luhmann, M., Buecker, S., & Rüsberg, M. (2023). Loneliness across time and space. *Nature Reviews Psychology*, 2, 9–23. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00124-1>
- Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>
- Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert opinion on drug safety*, 13(1), 57–65. <https://doi.org/10.1517/14740338.2013.827660>
- Malter, F., & Börsch-Supan, A. (2017). *SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting dried blood spots*. Munich center for the Economics of aging (MEA). [https://share-eric.eu/fileadmin/user\\_upload/Methodology\\_Volumes/201804\\_SHARE-WAVE-6\\_MFRB.pdf](https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Methodology_Volumes/201804_SHARE-WAVE-6_MFRB.pdf)
- Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K., & Golding, A. (2021). A conceptual review of loneliness in adults: Qualitative evidence synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11522. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111522>
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). IASP Press.

- Mikulionienė, S., Rapolienė, G., ir Valavičienė, N. (2018). *Vyresnio amžiaus žmonės, gyvenimas po vieną ir socialinė atskirtis*. Lietuvos socialinių mokslų centras. <https://www.lstc.lt/wp-content/uploads/2019/04/VIENAS1.pdf>
- Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272–284. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.272>
- Nicholas, S., Huppert, F., McWilliams, B., & Melzer, D. (2003). *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English longitudinal study of ageing*. Institute for fiscal studies.
- OECD. (2023). *Pensions at a glance 2023: OECD and G20 indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/678055dd-en>
- Pedersen, M. H., Larsen, F. B., Lasgaard, M., Sørensen, J. B., Christiansen, J., & Friis, K. (2018). *Patient-perceived treatment burden. The first study in a general population – Denmark 2017*. European Journal of Public Health, 28(Suppl. 4), cky214.070. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky214.070>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour & S. Duck (Eds.), *Personal relationships 3: Personal relationships in disorder* (pp. 31–56). Academic Press.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. [https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304\\_2](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2)
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Robine, J. M., & Jagger, C., & Euro-REVES Group (2003). Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project. *European journal of public health*, 13(Suppl 1), 6–14. [https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl\\_1.6](https://doi.org/10.1093/eurpub/13.suppl_1.6)
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*. 66(1), 20–40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
- Russell, 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. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.39.3.472>
- Schmitz, W., Mauritz, S. & Wagner, M. (2021). Social relationships, living arrangements and loneliness. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54(Suppl. 2), 120–125. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01960-1>
- SHARE-ERIC. (2024). *Survey of health, ageing and retirement in Europe (SHARE) Wave 9* (Release version 9.0.0) [Data set]. SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/SHARE.w9.900>



- Simmel, G. (2002). The metropolis and mental life. In G. Bridge & S. Watson (Eds.), *The Blackwell city reader* (pp. 11–19). Wiley-Blackwell. (Original work published 1903)
- Slavich, G. M., & Cole, S. W. (2013). The emerging field of human social genomics. *Clinical Psychological Science*, 1(3), 331–348. <https://doi.org/10.1177/2167702613478594>
- 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. 249–271). Institute for fiscal studies
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 376, e067068. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Theeke L. A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of psychiatric nursing*, 23(5), 387–396. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>
- Van Oyen, H., Van der Heyden, J., Perenboom, R., & Jagger, C. (2006). Monitoring population disability: evaluation of a new global activity limitation indicator (GALI). *Sozial - und Präventivmedizin*, 51(3), 153-161. <https://doi.org/10.1007/s00038-006-0035-y>
- Victor, C. R., & Pikhartova, J. (2020). Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. *BMC public health*, 20(1), 778. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08703-8>
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 85–104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 903-912. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00081-X)
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Allen Lane, London. *Social Justice Research*, 25(1), 102–107. <https://doi.org/10.1007/s11211-012-0148-9>
- World Health Organization. (n.d.). *Social isolation and loneliness*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>

- Yang, K., & Victor, C. R. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368–1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Biomedica*, 89(2), 302–314. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>



## PRIEDAI

### Priedas 1: Dirbtinio intelekto (DI) naudojimo deklaracija

**Studento/ės vardas ir pavardė:** Jolita Krasauskienė

**Baigiamojo darbo tema:** Fizinės sveikatos reikšmė vyresnio amžiaus žmonių vienišumui

Vadovaudamasis/i „Dirbtinio intelekto naudojimo Vilniaus universitete gairėmis“, patvirtinu, kad rengdamas/a šį baigiamąjį darbą:

1. **Prisiimu atsakomybę** už viso darbe pateikto turinio kūrimą ir jo originalumą. Patvirtinu, kad generatyvinio DI įrankiai buvo naudojami tik kaip pagalbinė priemonė, o ne kaip darbo bendraautoris ar autorius.
2. **Atlikau turinio patikrą (validaciją).** Visa DI pateikta informacija buvo patikrinta pirminiuose šaltiniuose.
3. **Užtikrinau duomenų saugą.** Į DI sistemas nekėliau konfidencialių tyrimo duomenų, asmens duomenų ar nepublikuotos medžiagos.

#### Darbe dirbtinis intelektas panaudotas:

| <b>Naudojimo sritis</b>             | <b>Panaudotas /<br/>nenaudotas</b>                                                             | <b>Panaudoti DI<br/>įrankiai (pvz.,<br/>ChatGPT 5.3)</b> | <b>Kita svarbi<br/>informacija</b>                                                  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Literatūros paieškai                | <input type="checkbox"/> Panaudota<br><input checked="" type="checkbox"/> <del>Nenaudota</del> | Naudota<br>ChatGPT GPT-5.5 nemokama versija be paskyros  | Patvirtinu, kad susipažinau su pirminiais į darbą įtrauktais literatūros šaltiniais |
| Tyrimo stimulinės medžiagos kūrimui | <input checked="" type="checkbox"/> <del>Panaudota</del><br><input type="checkbox"/> Nenaudota |                                                          |                                                                                     |
| Santraukos vertimui į anglų kalbą   | <input checked="" type="checkbox"/> <del>Panaudota</del><br><input type="checkbox"/> Nenaudota |                                                          |                                                                                     |

|                                                              |                                                                                     |                                                      |                                          |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Gramatinių klaidų paieškai                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Panaudota<br><input type="checkbox"/> Nenaudota |                                                      |                                          |
| Sakinių struktūros koregavimui bei skyrybos ženklų tikrinimu | <input type="checkbox"/> Panaudota<br><input type="checkbox"/> Nenaudota            | Naudota ChatGPT GPT-5.5 nemokama versija be paskyros | Naudota atskiriems sakiniams             |
| Literatūros šaltinių vertimui į lietuvių kalbą               | <input type="checkbox"/> Panaudota<br><input checked="" type="checkbox"/> Nenaudota | Naudota ChatGPT GPT-5.5 nemokama versija be paskyros | Naudota atskiriems šaltiniams, jų dalims |
| SPSS programos naudojimas                                    | <input type="checkbox"/> Panaudota<br><input checked="" type="checkbox"/> Nenaudota | Naudota ChatGPT GPT-5.5 nemokama versija be paskyros | Konsultuotasi dėl sintaksės rašymo       |

Data: 2026 05 14

## 2 priedas. Duomenų atitikties normaliajam skirstiniui analizė

| Kintamasis                 | Asimetrija | Ekscesas | Asimetrija | Ekscesas | Asimetrija | Ekscesas |
|----------------------------|------------|----------|------------|----------|------------|----------|
|                            | Visa imtis |          | 50-60 m.   |          | 65 + m.    |          |
| Vienišumas                 | 1,58       | 2,02     | 1,61       | 2,46     | 1,46       | 1,62     |
| Amžius                     | 0,43       | -0,76    | -0,38      | -0,75    | 0,41       | -0,79    |
| Namų ūkio dydis            | 0,92       | 0,70     | 0,73       | 0,72     | 1,17       | 1,15     |
| Subjektyvi sveikatos būklė | 0,61       | 1,18     | 0,73       | 1,13     | 0,41       | 0,84     |
| Socialinis susietumas      | 0,24       | -0,44    | 0,31       | -0,60    | 0,19       | -0,32    |

## 3 priedas. Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajos su amžiumi ir namų ūkio dydžiu

| Kintamasis      | Vienišumas |
|-----------------|------------|
| Amžius          | 0,20**     |
| Namų ūkio dydis | -0,18**    |

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

## 4 priedas. Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo sąsajos su socialiniu susietumu

| Kintamasis            | Vienišumas |
|-----------------------|------------|
| Socialinis susietumas | -0,14**    |

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

**5 priedas.** Vyresnio amžiaus žmonių vienišumo palyginimas socialinio aktyvumo grupėse

| Kintamasis                       | Grupė                          | <i>n</i> | <i>M (SD)</i> | <i>t</i> | <i>df</i> | <i>p</i> | <i>d</i> |
|----------------------------------|--------------------------------|----------|---------------|----------|-----------|----------|----------|
| Dalyvavimas socialinėse veiklose | Nedalyvavo veiklose            | 1192     | 4,06 (1,40)   | 4,83     | 1387      | < 0,001  | 0,37     |
|                                  | Dalyvavo bent vienoje veikloje | 197      | 3,56 (0,96)   |          |           |          |          |

Pastaba: *M* – vidurkis, *SD* – standartiniai nuokrypiai, *d* – Cohen'o efekto dydis. Statistiškai reikšmingi skirtumai pažymėti paryškintu šriftu.