

# Vidutinio ir pagyvenusio amžiaus žmonių gyvenimo kokybė ir jos ryšys su emocine sveikata

Ana Bieliauskienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

Aldona Mikaliūkštienė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto Slaugos katedra

**Santrauka.** *Gyvenimo kokybės tyrimai pasaulyje pradėti apie 60-uosius praeito amžiaus metus. Buvo vertinami įvairūs veiksniai, turintys įtaką žmonių gyvenimo kokybei: socialiniai, psichologiniai, susiję su žmogaus gyvenimo trukme ir sveikata ir t. t. Iki šiol yra atliekami tyrimai įvairių lėtinių ligų poveikiui žmonių gyvenimo kokybei nustatyti. Psichinė sveikata yra viena iš PSO apibrėžtos sveikatos dimensijų, turinti ryšį su fizine sveikata bei socialine gerove. Tiek fizinė, tiek socialinė, tiek ir psichinė sveikata turi įtakos gyvenimo kokybei. Emocinių sutrikimų turinčių asmenų gyvenimo kokybę svarbu tirti norint sužinoti, kaip emocinės sveikatos pasikeitimai pažeidžia sveikatą, paveikia paciento funkcionavimą visose gyvenimo srityse ir jo paties subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą.*

**Straipsnio tikslas** – apžvelgti ir pateikti naujausios literatūros duomenis apie vidutinio ir pagyvenusio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę bei jos ryšį su emocine sveikata. **Tyrimo metodai** – sisteminga straipsnių paieška ScienceDirect, PubMed ir Google Scholar duomenų bazėse. Gauti rezultatai parodė, kad emociniai sutrikimai apsunkina socialinį funkcionavimą ir prisitaikymą, gebėjimą dirbti, rūpintis namais ir poilsio galimybes, taip pat pablogina gyvenimo kokybę. Šie sutrikimai tiesiogiai susiję su pasitenkinimo gyvenimu, gebėjimo patirti pozityvius gyvenimo kokybės aspektus sumažėjimu. Sergant lėtinėmis ligomis, dažniau pasitaiko depresijos, nerimo būsenų, kitų emocinės sveikatos sutrikimų, blogėja gyvenimo kokybė. **Reikšminiai žodžiai:** gyvenimo kokybė, vidutinis amžius, pagyvenęs amžius, emocinė būseną.

## Įvadas

Lietuvos sveikatos strateginės programos tikslas 2014–2025 metams – pasiekti, kad iki 2025 metų šalies gyventojų gyvenimo trukmė ilgėtų, sveikatos kokybė gerėtų, sveikatos paslaugų prieinamumas būtų paskirstytas tolygiai. Taipogi programoje akcentuojama galimybė sveikiems žmonėms suteikti geresnes sąlygas dirbti ir tobulėti, siekiant išugdyti visuomenės aukštesnės gyvenimo kokybės kultūrą [1]. Sveikata yra viena pagrindinių žmogaus gyvenimo kokybės sudėtinių dalių, todėl tiriant gyvenimo kokybę svarbu išsiaiškinti sveikatą lemiančius veiksnius [2].

Daugelis mokslų, tokių kaip sociologija, ekonomika, medicina, filosofija ir kiti, savitai apibrėžia gero gyvenimo sampratą ir gyvenimo kokybės terminus, atkreipdami dėmesį į specifinius tam tikrai disciplinai svarbius aspektus [3, 4, 5]. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) 1948 metais sveikatą apibrėžė kaip fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą. Šis apibrėžimas tapo modeliu, pradedant tyrinėti gyvenimo kokybę medicinos moksle [6, 7]. Tai paskatino į jau esančius sveikatos vertinimus įtraukti matavimo priemonės, skirtas individo funkcinę būklę, gyvenimo kokybei ir su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei vertinti. Pripažįstama, kad būtent su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų sritis yra dominuojanti tarp gyvenimo kokybės tyrimų tiek užsienio šalyse, tiek Lietuvoje. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimai turi didelę reikšmę ir svarbą, nes padeda įvertinti gydymo metodų efektyvumą, sveikatos gerinimo ir ligų prevencijos programas, naudingi stebint visuomenės sveikatos būklę bei plėtojant valstybės sveikatos politiką [8].

Biologinis senėjimas – negrįžtamas procesas [9]. Todėl didelis dėmesys skiriamas vyresnio amžiaus žmonėms, kurių gerovės ir sveikatos ryšiai yra neatsiejami. O įvertinus daugelio autorių nuomonę apie sveikatą kaip vieną pagrindinių gyvenimo kokybės sudėtinių dalių, labai svarbu išsiaiškinti, kiek žmogaus sveikata lemia gyvenimo kokybę ir kaip pats individas vertina šį ryšį [2, 10].

**Tyrimo tikslas** – išanalizuoti vidutinio ir pagyvenusio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę ir jos ryšį su emocine sveikata.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Straipsnių paieška vykdyta *ScienceDirect*, *PubMed* ir *Google Scholar* duomenų bazėse, kur rašoma apie vidutinio ir pagyvenusio amžiaus žmonių gyvenimo kokybę ir jos ryšį su emocine sveikata. Paieškai atlikti buvo naudojami lietuviški ir angliški reikšminiai žodžiai: gyvenimo kokybė, vidutinis amžius, pagyvenęs amžius, emocinė būseną (angl. *quality of life, average age, old age, emotional state*). Į sisteminę apžvalgą įtraukti moksliniai straipsniai, atvejų apžvalgos, atsitiktinių imčių kontroliuojami tyrimai, atitinkantys nurodytus kriterijus.

## Tyrimo rezultatai

**Gyvenimo kokybės samprata.** Skirtingais istorijos laikotarpiais gyvenimo kokybės termino turinys priklausė nuo visuomenės vystymosi tikslų kaitos. Anot Heinzo Herberto Nollo, po Antrojo pasaulinio karo visuomenės raidos tikslas buvo ekonomikos augimas, dėmesys skirtas bendrajam vidaus produktui, o visuomenės progreso prielaida laikyta nepritekliaus įveika ir gyvenimo standarto augimas [3, 5]. XX amžiaus pradžioje gyvenimo kokybė buvo suvokiama labiau kaip materialinė gerovė ar kapitalas. Keičiantis gyvenimo prasmės suvokimo ir vertybių turiniui, keitėsi gyvenimo kokybės samprata bei jos sudedamosios dalys [10], tad nuo 1960 metų visuomenės vystymosi tikslu bei gero gyvenimo matmeniu tampa ne tik ekonominiai, bet ir neekonominiai gero gyvenimo rodikliai, tai yra apimantys ne tik materialinius, bet ir nematerialinius aspektus [3].

Nuo 1970 metų mokslinėje literatūroje buvo aprašomi ir pasaulio praktikoje pradėti taikyti įvairūs gyvenimo kokybės vertinimo metodai, tokie kaip laimė, pasitenkinimas gyvenimu ir kt. Fizinio gyvenimo indeksą pasiūlė mokslininkas M. D. Morisas [11]. Jo teigimu, priešingai iki tol vyravusiai nuostatai, nepakanka visuomenės gerovę matuoti tik ekonomine šalies gerove. Jis į šią sampratą įtraukė sveikatos ir raštingumo rodiklius. Moksliniu požiūriu gyvenimo kokybės sampratos raidos pradžia laikomi sociologo E. Allardto moksliniai darbai, kuriuose pirmą kartą užsiminta apie suminę objektyvių ir subjektyvių aplinkybių įtaką žmogaus gyvenimo gerovei [12]. B. K. Haas [13] darbuose rašoma, jog gyvenimo kokybės sąvoka yra daugialypė, ir ji apibūdinama kaip subjektyvios gerovės suvokimas, kuri apima fizinę, psichologinę, socialinę ir dvasinę dimensijas.

XXI amžiuje, kalbant apie gyvenimo kokybę, vis dažniau minimos tokios sąvokos kaip asmens vertybės. Taip pat įsivyravo nuomonė, kad gyvenimo kokybė yra neatsiejama nuo asmens įgyto pasitikėjimo savimi, savigarbos bei nuo intelektinių ir fizinių gebėjimų siekiant savo užsibrėžtų tikslų. Taipogi gyvenimo kokybė suprantama kaip fizinių, psichologinių, socialinių santykių, materialių poreikių tenkinimas bei kaip asmens jausmas, kylantis iš pasitenkinimo ar nepasitenkinimo gyvenimu. Kita vertus, gyvenimo kokybės kriterijai gali ir turi keistis atsižvelgiant į bendrą pasaulio gyvenimo raidą ekonominiu, politiniu, socialiniu ir kitais požiūriais [14].

Gyvenimo kokybė gali būti apibūdinama objektyviais kriterijais: visuomenės sveikata, aplinkos kokybė, būsto, vartojamų maisto produktų kokybė, ir subjektyviais, kurie paremti kiekvieno žmogaus subjektyvia nuomone, apimančia fizinės ir psichinės sveikatos būklę, socialinius bei dvasinius veiksnius, nepriklausomumo lygį ir ryšį su aplinka [10].

Gyvenimo kokybės vertinimas priklauso nuo žmogaus vertybių sistemos ir kultūrinės aplinkos, kuriai jis priklauso. Gyvenimo aplinkybės ar sąlygos gali lemti aukštą gyvenimo vertę, tačiau bent kiek pakitus aplinkybėms, keičiasi ir asmens gyvenimo kokybės suvokimas bei vertinimas. Gyvenimo kokybę lemia daugybė veiksnių ir aplinkybių: žmogaus būstas, užimtumas, pajamos ir materialinė gerovė, moralinės nuostatos, asmeninis ir šeiminis gyvenimas, socialinė parama, stresas ir krizės darbe, sveikatos kokybė, sveikatos priežiūros galimybės, darbo sąlygos, mityba, išsilavinimo galimybės, santykis su aplinka, ekologiniai veiksniai ir kita [14].

Nuolat tobulėjantys visame pasaulyje globalūs politiniai, socialiniai ir technologiniai procesai sudaro palankias sąlygas gerinti visos žmonių populiacijos gyvenimo kokybę. Itin aktuali tampa pati samprata – gyvenimo kokybė. Šios sampratos turinys suvokiamas skirtingai ir todėl gyvenimo kokybės tyrimai, atlikti ir atliekami skirtingose valstybėse, ženkliai skiriasi gaunamomis išvadomis ir rekomendacijomis [10].

S. Krutulienė [3], analizuodama gyvenimo kokybę, pabrėžia, jog gyvenimo kokybės sąvoka yra tarpdisciplininis terminas, atskiros mokslo disciplinos įterpia į ją tam tikrus skirtingoms akademinėms disciplinoms svarbius elementus ir idėjas.

Medicinos mokslo ir sveikatos priežiūros srityje analizuojama siauresnė gyvenimo kokybės sritis – su individo sveikata susijusi gyvenimo kokybė [8, 4].

**Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė ir jai įtaką darantys veiksniai.** Su sveikata susijusių gyvenimo kokybę (SSGK) kaip atskirą gyvenimo kokybės sritį Lietuvoje analizuoja nemažai mokslininkų. Atlikti tyrimai įvairių ligų poveikui gyvenimo kokybei įvertinti: cukrinio diabeto [15], depresijos [16], onkologinių [17] ir kiti. Šios rūšies gyvenimo kokybės tyrimai turi didelę reikšmę, nes prisideda prie gydymo metodų efektyvumo įvertinimo, sveikatos gerinimo ir ligų prevencinių programų įgyvendinimo, turi naudos visuomenės sveikatos būklės stebėsenai bei valstybės sveikatos politikos plėtros vykdymui [8, 4]. Atliekant sveikatos tyrimus, susijusius su gyvenimo kokybe, siekiama gauti informacijos, kokia apimtimi ir turiniu paciento gyvenimo kokybę veikia sveikata. Šie tyrimai paremti asmeniniu pacientų supratimu apie jų sveikatą, savo sveikatos būklės įvertinimu [18, 19]. 1948 metais Pasaulio sveikatos organizacijos pateiktas sveikatos apibrėžimas tapo pagrindu pradėti gyvenimo kokybės tyrimus medicinoje [6, 7].

**Vidutinio ir pagyvenusio amžiaus grupių žmonių emocinė sveikata ir gyvenimo kokybė.** Psichikos sveikata yra kiekvieno iš mūsų jausmų, mąstymo ir teigiamos elgsenos suma, padedanti stiprinti mūsų gebėjimą džiaugtis gyvenimu ir įveikti iššūkius, su kuriais susiduriame [20]. Tai žmogaus vidinė orientacija, besireiškianti pozityviais jo santykiais su pasauliu ir pačiu savimi [21].

Medicinos sociologas Aaron Antonovsky pristatė salutogenezės teoriją, aiškinančią apie žmogaus vidinę darną, kuri siejama su psichine sveikata. Žmogus, turintis aukštą vidinės darnos lygį, lengviau išgyvena stresines situacijas, turi geriau išlavėjusius streso įveikimo mechanizmus. Ir priešingai, turintieji silpnesnį darnos lygį blogiau vertina savo sveikatos būklę, veikiami stresorių turi didesnę tikimybę susirgti, dažniau patiria įvairių sveikatos sutrikimų, yra mažiau psichologiškai atsparūs, stokoja socialinių įgūdžių, nėra linkę aktyviai rūpintis savo sveikata bei gyvensena [21, 22].

Psichikos sveikatos supratimas yra grindžiamas biopsichosocialiniu modeliu. Tai reiškia, kad psichikos sveikata yra susijusi ne tik su somatine paciento būkle, bet jai daro įtaką psichologiniai ir socialiniai veiksniai [23]. Psichologiniai veiksniai, tokie kaip kaip požiūris į sėkmingą senėjimą, nepriklausomai lemiantys gyvenimo kokybę vėlesniame amžiuje, apima savo suvoktą efektyvumą (saviveiksmingumą), savigarbą, pasitikėjimą, optimizmą, gyvenimo tikslus. Sėkmingas senėjimas nėra tik sveikatos palaikymas, bet ir maksimizavimas pačių psichologinių išteklių [24].

Tyrimais įrodyta, kad užimtumas yra susijęs su psichikos sveikatai naudingais veiksniais, įskaitant mažesnius nerimo ir depresijos simptomus, didesnę socialinę paramą ir aukštesnį savigarbos laipsnį [25]. Teigiama, kad geram gyvenimui būtina finansinė gerovė, sveikata, išsilavinimas, socialinė integracija bei kita. Pagal PSO pateiktus duomenis, asmenys nuo 45 metų apibrėžiami kaip vyresnio amžiaus darbuotojai. Senstant didėja rizika turėti lėtinę (-ių) ligą, dėl prastėjančios sveikatos didėja nedarbingumo ar neįgalumo rizika. Lėtinių ligų būklės laikomos svarbiu veiksniu, sietinu su trukdžiais vyresniojo amžiaus darbuotojų gebėjimui vėlesniu laikotarpiu, iki pensinio amžiaus, o kai kuriems ir po jo, dalyvauti darbo rinkoje. Dažniausiai išskiriamos psichinės ir somatinės lėtinės būklės, neretai sulaukiama nusiskundimų depresiniais simptomais. Tarp vyresnio amžiaus žmonių dalyvavimo darbo rinkoje ir jiems keliamų darbo našumo rodiklių bei nusiskundimų depresijos simptomais aptinkamas tiesioginis ryšys, todėl į šią problemą turėtų būti atsižvelgta ir ieškoma kontekstualių sprendimo būdų. Neigiamas vyresnio amžiaus darbuotojų depresinių nusiskundimų poveikis galėtų būti mažinamas, jei būtų randama galimybių

vadovams ar bendradarbiams teikti paramą, tokią kaip darbo sąlygų, padedančių neutralizuoti individualias reakcijas į stresą, sudarymas, mažesnių fizinių darbo sąnaudų eikvojimas, sprendimo laisvės pojūčio patenkimas [26].

J. E. J. Bucmanas su bendraautoriais atliko tyrimą apie suaugusių asmenų depresijos gydymą, kurie kreipėsi į bendrosios praktikos gydytojus dėl depresijos. Šiuo tyrimu siekta atkreipti dėmesį į žmonių amžių, lytį ir šeiminių padėčių kaip veiksnius, galinčius turėti įtakos depresijos paplitimui. Tyrime dalyvavo 4864 asmenys nuo 18 iki 84 metų. 67 proc. dalyvavusiųjų apklausoje buvo moterys; pusė dalyvių buvo susituokę arba gyveno kartu poroje, maždaug 30 proc. dalyvių buvo vieniši, o 20 proc. – nebuvo susituokę. Dviejų pakopų metaanalizė buvo atliekama, siekiant nustatyti nepriklausomą ryšį tarp amžiaus, lyties ir šeiminių padėties, taipogi depresijos simptomų po bazinio laikotarpio bei remisijos po 3–4 mėn., 6–8 mėn., 9–12 mėn. Mokslininkai, atlikę tyrimą, priėjo išvadą, kad nėra įrodymų, jog esama ryšio tarp amžiaus ir prognozės, praėjus 3–4 mėn., 6–8 mėn. 9–12 mėn. po atskaitos taško, ir nenustatė jokių įrodymų, kad lytis būtų susijusi su prognoze, tačiau pacientų, kurie nurodė esą vieniši arba nebegyvena santuokoje, prognozė buvo blogesnė nei susituokusių ar asmenų, gyvenančių poroje [27].

Portugalijoje atlikto 50 metų amžiaus ir vyresnių suaugusiųjų sveikatos, senėjimo ir pensinio amžiaus tyrimo, siekiant nustatyti veiksnius, susijusius su gyvenimo kokybės pokyčiais skirtingais amžiaus tarpsniais, duomenimis, ilgėjantis amžius turi reikšmingą neigiamą poveikį gyvenimo kokybei. Blogesnė gyvenimo kokybė buvo siejama su žmonėmis, turėjusiais žemesnį išsilavinimą bei aukštesnę depresijos ir nerimo lygį [28]. Tačiau Kanados visuomenės agentūros metinio tyrimo duomenų apie gyventojų psichinę sveikatą rezultatai rodo, jog vyresnių asmenų emocinė sveikata buvo geresnė, lyginant su 18–64 metų amžiaus suaugusių asmenų grupe. Jie pasižymi aukštu asmens savęs vertinimo, psichikos sveikatos, laimės, pasitenkinimo gyvenimu, psichologinės ir socialinės gerovės lygio rodikliais [20].

Didžiosios Britanijos mokslininkas Arthur su bendraautoriais teigia, kad depresija – viena pagrindinių negalios priežasčių visame pasaulyje ir labai prisideda prie visuotinės visų amžiaus grupių ligų naštos. Jų teigimu, vyresniojo amžiaus žmonės gali būti mažiau linkę pranešti apie depresijos simptomus galimai dėl sergamumo gretutinėmis ligomis. Apskaičiuota, kad depresija vyresnio amžiaus žmonių grupėse sudaro nuo 4,6 iki 9,3 proc. Atlikti tyrimai visose suaugusių žmonių amžiaus grupėse parodė, kad depresinio sutrikimo rodiklis mažėja vėlesniame amžiuje [29].

Depresiniai sutrikimai, tokie kaip slogi nuotaika, prislopęs susidomėjimas, malonumo pojūčio praradimas, energijos ir aktyvumo sumažėjimas, miego ir apetito pokyčiai, nerimo simptomų atsiradimas, kaltės ir menkos savivertės jausmo didėjimas, lydi dažną vyresnio amžiaus grupės atstovą. Be šių depresinių sutrikimų, dauguma jų serga ir gretutinėmis ligomis [29]. Ispanijos mokslininkai atliko fizinėmis ligomis sergančiųjų ir asmenų, turinčių fizinių sveikatos problemų, sietinų su depresija, tyrimą, siekdami nustatyti, kokią įtaką gyvenimo kokybei sveikata turi moterų ir vyrų grupėse. Į tyrimą buvo įtraukti 380 vyresnių nei 49 metų amžiaus asmenų, sergančių bent viena iš šių patologijų: diabetu, lėtine obstrukcine plaučių liga ir išemine širdies liga. Dalyvių atranka vyko Katalonijos pirminės sveikatos priežiūros įstaigose. Gyvenimo kokybės vertinimui buvo naudojama *EuroQol* skalė, renkami sociodemografiniai kintamieji, taip pat nustatomas depresijos sunkumo laipsnis, ekonominio nepritekliaus indeksas bei fiksuojama gyvenamoji vieta. Tyrimo rezultatai parodė, kad dažniausia lėtinė patologija buvo cukrinis diabetas (CD), sudarantis 66,3 proc. dalyvių imties; 26,3 proc. – astma; 15,8 – lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL); 13,4 proc. – išeminė širdies liga. Lengvos formos depresija sirgo 54,2 proc. tiriamųjų, o likusieji 45,8 proc. – vidutinio sunkumo depresija. Tyrimo rezultatais nustatyta, kad iš visų, vyresnių nei 50 metų, tiriamųjų grupės atstovų moterų lėtinių patologinių atvejų *EQ-Health* indeksas buvo blogesnis nei tirtųjų vyrų grupėje. Tyrimo autoriai pabrėžė, kad geresnės gyvenimo kokybės priežastis sietina su lėtinių patologijų kokybišku valdymu [30].

Hussenoeder F. S. ir bendraautorais domėjosi, kiek depresija yra susijusi su konkrečiais vyresnio amžiaus žmonių gyvenimo kokybės aspektais, siekdami atkreipti dėmesį į šias dimensijas: fizinę būklę (kiek ji leidžia asmeniui dalyvauti kasdieninėje veikloje); psichologinę būklę (gebėjimą patirti teigiamus jausmus ir pasitenkinimą); socialinius santykius (įskaitant draugų paramą, asmeninius santykius, gyvenimo ir finansines sąlygas); aplinkos kokybę (pvz., sveikatos priežiūros paslaugų ir transporto priemonių prieinamumą) bei visuotinę kokybę. Tyrimo rezultatai rodo, kad tiriamieji, kuriems nenustatyta depresija, gerokai aukštesniais balais vertino visas gyvenimo kokybės sritis, o tai įrodo geresnę jų gyvenimo kokybę, palyginti su sergančiais depresija [31].

Dauguma autorių, nagrinėjančių vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos problemas, pripažįsta, kad ne visi susiduria su emocinėmis problemomis, įskaitant ir tuos, kurie buvo patyrę skausmingų neigiamų gyvenimo įvykių. Emociniai išgyvenimai labai priklauso nuo to, kaip asmuo įveikia susiklosčiusias neigiamas situacijas, kaip geba reguliuoti savo emocijas. Taipogi tyrėjai yra pripažinę, jog nepaisant tam tikro kognityvinių gebėjimų sumažėjimo, emocijų reguliacija išlieka stabili ar net pagerėja. Žmonės veiksmingai sprendžia kasdienes problemas, nes turi daug gyvenimiškos patirties ir taiko įvairias strategijas emocijoms reguliuoti [32].

### Apibendrinimas

Įvertinus tai, jog gyvenimo kokybės tyrimai paremti asmeniniu pacientų supratimu apie jų sveikatą ir jos būklės nustatymu, atliekamų sveikatos tyrimų duomenys yra labai reikšmingi, nes jais remiantis galima nustatyti asmens gyvenimo kokybės kriterijus ir ryšį su sveikatos būkle, tuo pačiu ir emocine sveikata.

Psichikos sveikata yra kiekvieno iš mūsų jausmų, mąstymo ir teigiamos elgsenos suma, stiprinanti gebėjimą džiaugtis gyvenimu ir įveikti iššūkius, su kuriais susiduriame. Emociniai sutrikimai bėgant metams dažnėja, taip pat daugėja ir lėtinių ligų, kurios turi neigiamą įtaką vyresnio ir pagyvenusio amžiaus žmonių emocinei būsenai bei gyvenimo kokybei. Lėtinių ligų kontrolė ir motyvacija gydytis atlieka svarbų vaidmenį gerinant pacientų ir fizinę, ir psichinę sveikatą, padeda atitolinti ar išvengti komplikacijų ir daro įtaką gyvenimo kokybei.

### Išvados

1. Gyvenimo kokybės samprata – tai nuolat kintanti objektyvių ir subjektyvių aplinkybių suma, kurios vertybinis turinys priklauso nuo visuomenės vystymosi kaitos ir kuri paremta kiekvieno žmogaus subjektyvia nuomone, apimančia fizinės ir psichinės sveikatos būklę, socialinius bei dvasinius veiksnius, nepriklausomumo lygį ir ryšį su aplinka.
2. Daugumos autorių nuomone, geresnė gyvenimo kokybė sietina su aukštesniu emocinės sveikatos rodikliu, išsilavinimo lygiu, gyvenimu santuokoje arba poroje. Kai kurių tyrimų rezultatų duomenys rodo, jog moterys savo psichinę sveikatą vertina prasčiau nei vyrai. Tarp atskirų amžiaus grupių gyvenimo kokybės ir psichinės sveikatos tyrimų rezultatai rodo prieštarigus teiginius.
3. Blogesnės gyvenimo kokybės veiksniais laikomos lėtinės ligos, kurių pasekmė – dažnesnės depresijos, nerimo simptomai, kiti emocinės sveikatos sutrikimai. Tarp nepakankamai užtikrinamos lėtinių ligų kontrolės ir ligų, susijusių su emocine sveikata, yra tiesioginis ryšys.

### Literatūra

1. Nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“. LR seimas. 2014. Nr. XII-964, Vilnius.
2. Kairys A., Bagdonas A., Zamalijeva O. Vyresnio amžiaus Lietuvos gyventojų gerovės ir sveikatos sąsajos. Visuomenės sveikata. 2017; 4(27); 5–12. DOI: <http://doi.org/10.5200/sm-hs.2017.055>
3. Krutulienė S. Gyvenimo kokybė: sąvokos apibrėžimas ir santykis su gero gyvenimo terminais. Kultūra ir visuomenė: socialinių tyrimų žurnalas. 2012; 3(2); 117–127.

4. Haraldstad K., Wahl A., Andenaes R., Andersen J. R., Andersen M. H., Beisland E., Borge C. R., Engebretsen E., Eisemann M., Halvorsrud L., Hanssen T. A., Haugstvedt A., Haugland T., Johansen V. A., Larsen M., Lovreide L., Loyland B., Kvarme L. G., Moons P., Norekval T. M., Ribu L., Rohde G. E., Urstad K. H., Helseth S. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2019 Oct;28(10):2641–2650. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9.
5. Pinto S., Fumincelli L., Mazzo A., Caldeira S., Martins J. C. Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto biomedical journal*, Jan-Feb 2017;2(1):6–12. doi: 10.1016/j.pbj.2016.11.003.
6. Černovas A., Alekna V., Tamulaitienė M., Katavičiūtė G., Stukas R. Senyvo amžiaus moterų fizinio aktyvumo, gyvenimo kokybės ir subjektyvios gerovės ypatumai bei sąsajos. *Visuomenės sveikata.* 2018; 4(28); 18–24. DOI: <https://doi.org/10.5200/sm-hs.2018.044>.
7. Zvang X., Ruyi X., Wang S., Xue W., Yang J., Sun S., Zhuang G. Relative Contributions of Different Lifestyle Factors to Health-Related Quality of Life in the Elderly. 2018 Feb 3;15(2):256. doi: 10.3390/ijerph15020256
8. Staškutė I. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas.* MRU. 2014; 1(6); 7–19.
9. Mockus A., Žukaitė A. Sėkmingas senėjimas: psichologinis aspektas. *Gerontologija.* 2012; 13(4); 228–234.
10. Alber J., Delhey J., Keck W. and Nauenburg R. (eds.), European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, Quality of Life in Europe. First European Quality of Life Survey, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004, available online at: <http://www.eurofound.eu.int/publications/htmlfiles/ef04105.html>.
11. Morris M. D. Measuring the condition of the world's poor: The Physical Quality of Life Index. Oxford: Pergamon, 1979.
12. Allardt E. On the relationship between objective and subjective indicators on the light of comparative study. *Comparative studies in sociology.* 1978, No.1.
13. Haas B. K. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *West J Nurs Res* 1999;21(6):728–742.
14. Ruževičius J. Qualité de vie: notion globale et recherche en la matière. *International Business. Innovations, Psychology, Economics,* 2013; 4(2): 7–16.
15. Mikaliūkštienė A., Juozulynas A., Narkauskaitė L., Žagminas K., Sąlyga J., Stukas R. Quality of life in relation to social and disease factors in patients with type 2 diabetes in Lithuania. *Med Sci Monit* 2013; doi: 10.12659/MSM.883823; 19:165–174.
16. Tamušauskaitė J., Vasyliūtė I., Drungilienė D., Mockienė V. Depresija sergančių asmenų gyvenimo kokybė. *Visuomenės sveikata,* 2015; priedas Nr. 1: 42–60.
17. Kalibatiene D., Jokubaitiene A. Onkologinių pacientų su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. *Medicinos teorija ir praktika.* 2016; 22(4); 347–353.
18. Zobernienė J., Mockienė V. Demografinių veiksnių įtaka pacientų, sergančių ūminiu koronariniu sindromu, su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. *Visuomenės sveikata.* 2017; 6(27); 85–90.
19. Roser K., Mader L., Baenziger J., Sommer G., Kuehni C. E., Michael G. Health – related quality of life in Switzerland: normative data for the SF–36v2 questionnaire. *Quality of life Research* 28:1963–1977. 2019 Jul; 28(7):1963–1977. doi: 10.1007/s11136-019-02161-5.
20. Varin M., Palladino E., Lary T., Baker M. An update on positive mental health among adults in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2020 Mar; 40(3):86–91. doi: 10.24095/hpcdp.40.3.04.
21. Stukas R., Šurkienė G., Žagminas K., Alekna V., Melvidaitė A. Pagyvenusių žmonių vidinė darna. *Gerontologija.* 2013;14(3); 131–140.
22. Gomes M., Figueiredo D., Teixeira L., Poveda V., Paúl C., Santos-Silva A., Costa E. Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. *Age Ageing.* 2017 Jan 20; 46(1):71–77. doi: 10.1093/ageing/afw165.
23. Jurgelėnas A., Juozulynas A., Venalis A., Stukas R. Jaunų ir senyvo amžiaus žmonių psichikos sveikatos, poreikių ir vertybių socialinė sąveika. *Gerontologija.* 2012; 13(1); 15–21.
24. Mockus A., Žukaitė A. Sėkmingas senėjimas: psichologinis aspektas. *Gerontologija.* 2012; 13(4); 228–234.

25. Arya V., Sperandei S., Spittal M. J., Page A. Employment Transitions and Mental Health in a Cohort of 45 Years and Older Australians *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 27;18(17):9030. doi: [10.3390/ijerph18179030](https://doi.org/10.3390/ijerph18179030).
26. Jennen J. G. M., Jansen N. W. H., van Amelsvoort L. G. P. M., Slangen J. J. M., Kant I. J. Associations between depressive complaints and indicators of labour participation among older Dutch employees: a prospective cohort study *Int Arch Occup Environ Health*. 2021 Apr; 94(3):391–407. doi: [10.1007/s00420-020-01584-9](https://doi.org/10.1007/s00420-020-01584-9).
27. Buckman J. E. J., Saunders R., Stott J., Arundell L.-L., O'Driscoll C., Davies M. R., Eley T. C., Hollon S. D., Kendrick T., Ambler G., Cohen Z. D., Watkins E., Gilbody S., Wiles N., Kessler D., Richards D., Brabyn S., Littlewood E., De-Rubeis R. J., Lewis G., Pilling S. Role of age, gender and marital status in prognosis for adults with depression: An individual patient data meta-analysis *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021 Jun 4; 30:e42. doi: [10.1017/S2045796021000342](https://doi.org/10.1017/S2045796021000342).
28. Ribeiro O., Teixeira L., Araújo L., Rodríguez-Blázquez C., Calderón-Larrañaga A., Forjaz M. J. Anxiety, Depression and Quality of Life in Older Adults: Trajectories of Influence across Age. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 4;17(23):9039. doi: [10.3390/ijerph17239039](https://doi.org/10.3390/ijerph17239039).
29. Arthur A., Savva G. M., Barnes L. E., Borjian-Borojeny A., Denning T., Jagger C., Matthews F. E., Robinson L., Brayne C. Cognitive Function and Ageing Studies Collaboration. Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *Br J Psychiatry*. 2020 Jan; 216(1):49–54. doi: [10.1192/bjp.2019.193](https://doi.org/10.1192/bjp.2019.193).
30. Raya-Tenaa A., Fernández-San-Martín M. I., Martín-Royo J., Casañas R., Psicodép G., Jiménez-Herrera M. F.. Quality of life in people with depression and physical comorbidity from a gender perspective. 2021 Feb; 53(2):101946. doi: [10.1016/j.aprim.2020.07.007](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.007).
31. Hussenoeder F. S., Jentsch D., Matschinger H., Hinz A., Kilian R., Riedel-Heller S. G. Depression and quality of life in old age: a closer look. *European Journal of Ageing*. 2021; 18:75–83 <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00573-8>.
32. Maslenikova V., Bulotaitė L. Emociniai išgyvenimai, emocijų reguliacija ir depresiškumas senatvėje. *Gerontologija*. 2013; 14(3); 159–165.