

# SUBJEKTYVIAI VERTINAMOS SVEIKATOS, SIRGIMO LĖTINE LIGA IR PSICHOLOGINĖS GEROVĖS RYŠIAI

Vilmantė Pakalniškienė<sup>1</sup>, Antanas Kairys<sup>1</sup>, Albinas Bagdonas<sup>1</sup>, Audronė Liniauskaitė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorija

<sup>2</sup>Klaipėdos universiteto Psichologijos katedra

## Santrauka

**Tyrimo tikslas** – įvertinti sirgimo lėtine liga ir subjektyviai vertinamos sveikatos, psichologinės gerovės ryšius, kontroliuojant amžiaus poveikį.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Tyrime dalyvavo 1 202 Lietuvos gyventojai nuo 16 iki 89 metų ( $M = 45,5$  metų,  $SD = 18,7$  metų), apklausa vyko 36 miestuose ir 62 kaimuose. Šiame tyrime dalyvaujančių asmenų buvo prašoma subjektyviai įvertinti savo sveikatą ir taip pat nurodyti, ar serga lėtine liga. Visi tyrimo dalyviai pildė Lietuviškąją psichologinės gerovės skalę.

**Tyrimo rezultatai.** Atliekant struktūrinių lygčių modeliavimą nustatyta, kad pasitenkinimas gyvenimo lygiu negali būti nuspėjamas remiantis sergama lėtine liga, jį padeda nuspėti tik subjektyvus sveikatos vertinimas. Visus kitus gerovės komponentus – optimizmą, neigiamą emocingumą, pasitenkinimą santykiais su artimaisiais ir tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimą darbu ir gyvenimu Lietuvoje – gali padėti nuspėti tiek subjektyviai vertinama sveikata, tiek sirgimas lėtine liga (tiesiogiai ir remiantis subjektyviai vertinama sveikata). Literatūroje nurodoma, kad subjektyviai vertinama sveikata gali būti ne tik sirgimo lėtine liga, bet ir kai kurių kitų kintamųjų (pvz., amžiaus) išdava, tad į modelį įtraukėme amžių, kaip kontroliuojantį veiksni. Rezultatai liudija, kad tokia modelyje sirgimas lėtine liga gali būti nuspėjamas amžiaus, taip pat amžius, kaip ir sirgimas lėtine liga ar subjektyviai vertinama sveikata, padeda nuspėti daugelį gerovės komponentų. Sirgimas lėtine liga padeda nuspėti subjektyviai vertinamą sveikatą.

**Išvados.** Nustatytas stiprus sirgimo lėtine liga ir subjektyvaus sveikatos vertinimo ryšys. Tiek sirgimas lėtine liga, tiek subjektyviai vertinama sveikata gali padėti nuspėti atskirus gerovės komponentus. Amžius – svarbus sirgimo lėtine liga, subjektyviai vertinamos sveikatos ir atskirų psichologinės gerovės komponentų prediktorius.

**Reikšminiai žodžiai:** psichologinė gerovė, Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė, sirgimas lėtine liga, subjektyviai vertinama sveikata.

## ĮVADAS

Vienas dažniausių žmonių kasdienio gyvenimo teiginių – svarbiausia būti sveikam, o visa kita galima susikurti ir pasiekti. Kad sveikata gali nulemti nemažai dalykų kiekvieno asmens gyvenime, žmonės nujaucia tiek intuityviai, tiek ir iš savo patirties. Sveikata gali pagerinti ar pabloginti mūsų nuotaiką, keisti emocijas [1], padidinti ar sumažinti aktyvumą [2] ir darbingumą [3] bei įvairius kitus mūsų gyvenimo aspektus. Gal todėl ir įvairiuose tyrimuose sveikata yra viena iš sričių, kuriai skiriamas santykinai didelis dėmesys. Viena iš sveikatos paribio tyrimo kryptų

yra psichologinės arba subjektyvios gerovės tyrimai. Šie du terminai nurodo šiek tiek skirtingus gerovės aspektus: subjektyvi gerovė labiau siejasi su laimingumu, o psichologinė – su augimu [4, 5], tačiau šiuo metu imama pritarti tam, kad greičiausiai tai tiesiog vieno reiškinių du aspektai [4]. Mes psichologinę gerovę suprantame kaip asmens pasitenkinimą savimi ir įvairiomis gyvenimo sritimis, laimingumą, teigiamų emocijų patyrimą, žemą neigiamų emocijų lygį, kontrolę, pozityvius santykius su kitais ir pan. Nurodoma, kad asmenų, kurie neturi sveikatos nusiskundimų ir kurių sveikata yra gera, psichologinės gerovės vertinimai visuomet aukštesni nei asmenų, kurių sveikatos vertinimai prasti ar jie serga somatinėmis ir psichikos ligomis [6, 7]. Moksliniuose tyrimuose daugelis autorių nurodo, kad egzistuoja fizinės ir psichikos sveikatos bei psichologinės gerovės, atskirų gerovės komponentų ryšys [8–11]. Tokiuose tyrimuose dažnai nurodoma, kad sveiki

**Adresas susirašinėti:** Antanas Kairys  
Vilniaus universiteto  
Specialiosios psichologijos laboratorija  
Universiteto g. 9/1, 01513 Vilnius  
El. p. antanas.kairys@sf.vu.lt

asmenys laimingesni, labiau patenkinti įvairiais dalykais, optimistiškiau nusiteikę, geriau vertina atskirus gerovės komponentus [12–15]. Lietuvoje taip pat atlikta tyrimų, kuriuose minimas mokinių, studentų ar suaugusių žmonių sveikatos ir gerovės ryšys [4, 16, 17]. Kaip ir kituose, taip ir šiuose tyrimuose nustatoma, kad geresnis sveikatos vertinimas susijęs su aukštesniu gerovės vertinimu. Tad dauguma tyrėjų, besidominčių gerove, sutaria, kad sveikata susijusi su psichologine gerove ar jos komponentais net ir tada, kai kontroliuojami kiti aspektai, kurie taip pat gali sietis su gerove.

Sveikatos ir psichologinės gerovės ryšys nekelia abejonių, tačiau kyla klausimas, ar gerovė gali lemti sveikatos vertinimus ir, atvirkščiai, – ar sveikata (suvokiama ir reali) gali veikti gerovės vertinimus. Neabejotina, kad objektyvi sveikata turėtų nulemti subjektyvius gerovės vertinimus. Tačiau reali sveikatos būklė ir subjektyvus jos vertinimas nėra tapatūs dalykai. Tyrėjai buvo linkę manyti, kad sveikata lemia psichologinę gerovę [18], o subjektyviai vertinama sveikata yra stiprus gerovės prediktorius. Tačiau dažnai gana sunku nustatyti, kuris kintamasis yra priežastis, kuris – pasekmė, nes priežastinis ryšys tiek koreliaciniuose, tiek trumpalaikiuose longitudinaliniuose tyrimuose stebimas abiem kryptimis: aukšti gerovės vertinimai gali rodyti geresnius sveikatos rodiklius, o sveikatos pagerėjimai – geresnius gerovės vertinimus [10, 19]. Tyrėjai teigia, kad abi kryptys galimos tiek sveikatą vertinant objektyviai, tiek subjektyviai. Vis dėlto stipresni ryšiai stebimi, kai sveikata padeda nuspėti gerovę, tiksliau laimingumą (angl. *happiness*). Tyrimai parodė, kad sveiki asmenys yra laimingesni. Tokiuose tyrimuose buvo analizuojami individo subjektyvaus sveikatos vertinimo ir subjektyvios gerovės ryšiai [12, 13] arba kaip liga ar neįgalumas pakeičia subjektyvios gerovės vertinimus [14, 15, 20]. Tad galima manyti, kad yra toks priežastinis ryšys: sveikata (tiek reali jos būklė, tiek suvokiama) lemia gerovę. Savaime suprantama, kad tiksliau įvertinti abi kryptis galime tik turėdami ilgą trukmės longitudinalinių ar eksperimentinių tyrimų duomenis.

Psichologinės gerovės sąsajos su sveikata labai priklauso nuo to, kaip vertinama sveikata: ar tai subjektyvus, ar objektyvus sveikatos vertinimas, t. y. ar tiriamieji patys subjektyviai vertina savo sveikatą (pvz., kokia jų sveikata), ar sveikata vertinama remiantis objektyviais (pvz., medicininiais) kriterijais. Dažnai tyrimuose tiriamieji patys, t. y. subjektyviai, vertina savo sveikatą. Tokiuose tyrimuose nustatoma, kad sveikatos ryšys su gerove yra stiprus ir jis išlieka

net tada, kai kontroliuojama asmenybės ar demografinių kintamųjų įtaka. Kai sveikata tiriama objektyviai (tą atlieka gydytojas ar surenkami duomenys iš medicininių įrašų), ryšys su gerove silpnėjęs, o kartais jo visai nenustatoma [21]. Kodėl atsiranda tokie skirtumai? Šie skirtumai gali būti paaiškinami tuo, jog tiriamieji, vertindami savo sveikatą, dažnai kartu vertina ir emocinę būseną [22]. Subjektyviuose vertinimuose visada rasime asmenybinių, emocinių, interpretacinių ir kitus komponentus. Liga dažniausiai susijusi su įvairiomis neigiamomis emocijomis [5]: ji neatsiejama nuo skausmo ir diskomforto, nepatogumo jausmo. Gydytojai, atsiriboję nuo tokių emocijų ar jausmų, gali vertinti, ar medicininiuose įrašuose fiksuoti sveikatos būklę kitaip, nei tai padarytų patys pacientai. Šio tyrimo metu neturėjome įrašų ar patvirtinimų iš medicinos įstaigų, tačiau objektyviu sveikatos vertinimu laikėme asmens atsakymą į klausimą, ar serga lėtine liga (jei serga, prašėme nurodyti kokia).

Žinoma nedaug tyrimų, kuriuose autoriai analizuoja objektyvius sveikatos duomenis ar pateikia išsamias tiriamų asmenų sveikatos analizes [6, 23–25]. Tačiau ir tokie tyrimai nurodo, kad yra objektyviai vertintos sveikatos ir psichologinės gerovės ryšys. Pavyzdžiui, viename tyrime nustatyta, kad psichologinė gerovė gerokai žemesnė asmenų, kurie serga artritu, reumatu, turi skrandžio ar kvėpavimo sistemos problemų, tačiau šiame tyrime kai kurios kitos ligos (vėžys ar diabetas) nebuvo susijusios su psichologine gerove [25]. Kiti autoriai nurodo, kad objektyviai įvertintos sveikatos problemos siejasi su pasitenkinimu gyvenimu [6]. Skausmas, nerimas ir sunkumai, susiję su kasdiene veikla, neigiamai siejasi su pasitenkinimu gyvenimu apskritai. Tačiau nurodoma, kad sirgimas viena ar kita liga, negalėjimas prižiūrėti savęs ar judėjimo problemos nėra glaudžiai susiję su pasitenkinimu gyvenimu. Tai tarsi įrodymas, kad su gerove gali mažiau sietis fiziniai ligos aspektai, tačiau emociniai aspektai turėtų būti glaudžiai susiję. Tą patvirtina ir tyrimo [13] rezultatai, rodantys, kad psichikos būklė stipriau lemia gerovės vertinimus, palyginti su fizine būkle, nors žmonės labiau linkę vertinti savo fizinę sveikatą ir būklę nei psichinę [26]. Gali būti, kad objektyvūs psichikos ar fizinės sveikatos vertinimai šiek tiek skiriasi nuo tų, kurie gaunami tiriant subjektyviai. Tai svarbu turėti omenyje vertinant kitų tyrimų duomenis. Be to, reikia atminti, kad gerovė gali būti matuota skirtingais instrumentais, kitokiu ligos metu ir pan., todėl rezultatai gali šiek tiek skirtis.

Keletas tyrimų rodo, kad vis dėlto galime pasitikėti subjektyviai vertinama sveikata, nes jos vertinimai validūs ir siejasi su medikų sveikatos vertinimais [27, 28]. Šiuose tyrimuose nurodoma, kad koreliacijos tarp subjektyviai ir objektyviai vertinamos sveikatos būklės koeficientai yra vidutinio dydžio ir reikšmingi. Tačiau kai kurie autoriai jau senokai nurodė, kad subjektyviai vertinama sveikata turi taip pat stiprius ryšius su įvairiais kitais kintamaisiais ir jie kartais gali būti geras prognostinis veiksnys [29–31]. Nemažai tyrimų asmens amžių nurodo kaip psichologinės gerovės [32] arba svarbų sirgimo lėtinėmis ligomis veiksnį [33]. Tiriant gerovės sąsajas su amžiumi, dažnai nustatomas U formos ryšys [32], rodantis, kad iki tam tikro amžiaus gerovė mažėja, o vėliau jos vertinimai pradeda didėti. Autoriai kelia prielaidas, kad tokie gerovės raidos dėsniniai gali būti nulemti to, jog vidutinio amžiaus asmenų grupėje susirūpinama nerealizuotomis aspiracijomis, galbūt dalis efekto yra nulemta ir galimybės, kad labiau patenkinti žmonės išgyvena ilgiau. Vyresniame amžiuje galbūt veikia ir palyginimo procesai – vyresnio amžiaus žmonės susiduria su bendraamžių mirtimis ir labiau vertina likusias akimirkas. Tačiau kiti tyrimai tokio ryšio nepatvirtina [34] arba nustato, kad skirtingi gerovės komponentai su amžiumi siejasi skirtingai [35]. Taigi amžiaus ryšys su psichologine gerove nėra iki galo aiškus. Tiek užsienyje [33], tiek Lietuvoje [36, 37] atliktuose tyrimuose nustatomas gana aiškus lėtinių ligų ryšys su amžiumi. Teigiama, kad su amžiumi sergamumas lėtinėmis ligomis dažnėja [37]. Remdamiesi ankstesnių tyrimų duomenimis keliame prielaidą, kad amžius padeda nuspėti sergamumą lėtinėmis ligomis ir psichologinės gerovės komponentus.

Planuodami šį tyrimą mes ir kėlėme klausimą: kaip subjektyviai ir objektyviai vertinama sveikata siejasi su psichologinės gerovės komponentais? Mėgindami atsakyti į šį klausimą formulavome **tyrimo tikslą** – įvertinti subjektyviai vertinamos sveikatos, sirgimo lėtine liga ir psichologinės gerovės ryšius, kai kontroliuojamas amžius.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Apklausti 1 202 Lietuvos gyventojai nuo 16 iki 89 metų ( $M = 45,5$  metų,  $SD = 18,7$  metų), apklausa vyko 36 miestuose ir 62 kaimuose. Apklaustų asmenų sudėtis atitinka 16–89 m. Lietuvos gyventojų sudėtį pagal lytį, amžių, išsimokslinimą, tautybę, gyvenvietės tipą, apskritis. Tyrime dalyvavo 544 vyrai ir 658 moterys. 1 058 tyrimo dalyviai buvo lietuvių tautybės, 72 – lenkų, 60 – rusų ir 12 – kitų tautybių.

42 proc. (504) tiriamų asmenų buvo iš didmiesčių, 26 proc. (309) – iš kitų miestų ir 32 proc. (389) – iš kaimų ar vienkiemių. 219 tyrimo dalyvių buvo nevedę ar netekėjusios, 634 – vedę ar ištekėjusios, 111 respondentų gyveno su partneriu (-e), 98 – išsiskyrę ir 139 – našliai. Imties tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių, išsilavinimą pateiktas 1 lentelėje. 67 proc. apklaustų asmenų (807) skalę pildė patys, 33 proc. (395) – apklausė apklausos atlikėjai. Tyrimas vyko 2011 m. lapkričio–2012 m. kovo mėnesiais.

Tyrime naudota Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė suaugusiems asmenims (LPGS-S), sukurta VU Specialiosios psichologijos laboratorijoje [38]. LPGS-S skirta suaugusių asmenų (nuo 16 m.) psichologinės gerovės matmenims vertinti. LPGS-S versija buvo sukurta vadovaujantis vadinamuoju „iš apačios į viršų“ principu, kai atrinkti 59 teiginiai (vertinti 5 balų Likerto skale nuo *Tikrai ne* iki *Tikrai taip*), sudarantys aiškia ir geromis psichometrinėmis savybėmis pasižyminčią struktūrą. Atlikus galutinę faktoriinę analizę suaugusiems asmenims nustatyta aštuonių gerovės subskalių struktūra: optimizmo / kontrolės,

**1 lentelė.** Reprezentatyvios imties tiriamų asmenų amžius ir išsilavinimas

Tiriamų asmenų charakteristika			
Amžius		Išsilavinimas	
Metai	Procentas (absoliutus skaičius)	Išsilavinimas	Procentas (absoliutus skaičius)
16–19	7,8 (94)	Pradinis	4,1 (49)
20–24	9,4 (113)	Pagrindinis (nebaigtas vidurinis)	12,6 (151)
25–29	8,6 (103)	Vidurinis	17,2 (207)
30–34	7,5 (90)	Profesinis (profesinė mokykla, vidurinis su profesine kvalifikacija)	21,5 (259)
35–39	8,0 (96)	Aukštesnysis (technikumas, aukštesnioji mokykla)	17,6 (212)
40–44	7,6 (91)	Neuniversitetinis aukštasis (kolegija)	6,7 (80)
45–49	10 (122)	Universitetinis aukštasis – bakalauro laipsnis	10,1 (121)
50–54	8,5 (102)	Universitetinis aukštasis – magistro laipsnis ar jam prilygintas	9,8 (118)
55–59	7,3 (88)	Universitetinis aukštasis – mokslų daktaras	0,4 (5)
60–64	5,6 (67)		
65–69	6,2 (74)		
70–74	6,2 (74)		
75–79	4,2 (50)		
80–84	2,0 (24)		
85–90	1,2 (14)		

**2 lentelė.** LPGS-S subskalių vidinis suderinamumas

Subskalė	$\alpha$
Optimizmas	0,860
Pasitenkinimas pragyvenimo lygiu	0,896
Negatyvus emociingumas	0,852
Pasitenkinimas santykiais su artimaisiais	0,840
Pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais	0,797
Subjektyvus sveikatos vertinimas	0,927
Pasitenkinimas darbu	0,819
Pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje	0,667*

*Pastaba.* \*Kadangi pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje subskalę sudaro tik du klausimai, pateiktas ne Kronbacho *alfa* koeficientas, o Pirsono koreliacijos koeficientas tarp šių klausimų.

pasitenkinimo pragyvenimo lygiu, pasitenkinimo šeima ir artimaisiais, pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimo fizine sveikata, pasitenkinimo darbu, neigiamo emociingumo bei pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje. Detaliau visa skalės kūrimo procedūra, psichometrinės charakteristikos, naudojimo instrukcija ir normos pristatyta LPGS vadove [38]. Subskalių vidinis suderinamumas pateiktas 2 lentelėje, visos skalės laikytinos pakankamai patikimomis. Pasitenkinimo fizine sveikata skalė bus naudojama subjektyviai vertinant sveikatą.

Tyrimo metu visiems apklausos dalyviams buvo pateikta keletas klausimų, atspindinčių objektyvų sveikatos vertinimą (tai nebuvo medikų patikslinta informacija, bet pasitikėjome asmens atsakymais apie lėtines ligas). Dalyvių klausta, ar jie serga lėtine liga. Pateikti du atsakymo variantai: (1) ne ir (2) taip. Jei tiriami asmenys nurodė, kad serga lėtine liga, jų buvo prašoma įvardyti, kokia liga serga (respondentai turėjo įrašyti patys, atsakymo variantų nepateikta). Taip pat buvo prašoma nurodyti, kiek metų jie serga nurodyta lėtine liga (įrašyti skaičių). Respondentams buvo pateiktas ir platus sociodemografinis klausimynas (pvz., prašyta nurodyti lytį, amžių, užsiėmimą, tikėjimą ir pan.). Šioje analizėje panaudojamas tik amžiaus kintamasis.

Duomenų apdorojimas. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojantis *Mplus 6.0* programiniu paketu [39]. Norėjome struktūrinių lygčių būdu įvertinti du modelius: pirma, kai sirgimas lėtine liga padeda nuspėti subjektyviai vertinamą sveikatą, o jie abu – atskirus psichologinės gerovės komponentus: optimizmą, pasitenkinimą pragyvenimo lygiu, negatyvų emociingumą, pasitenkinimą santykiais su artimaisiais ir tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimą darbu ir gyvenimu Lietuvoje, antra, kai amžius

padeda nuspėti sirgimą lėtine liga, subjektyviai vertinamą sveikatą, o sirgimas lėtine liga bei subjektyviai vertinama sveikata – atskirus psichologinės gerovės komponentus. Testuojami modeliai buvo įvertinti remiantis *chi* kvadratu ir trimis tinkamumo kriterijais: CFI (palyginimo indeksas) [40], RMSEA (aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaida) [41] ir TLI (*Tucker-Lewis* indeksas) [42]. CFI ir TLI indeksų reikšmės, didesnės už 0,90, liudija apie adekvačią modelio atitiktį duomenims [43]; reikšmės, didesnės už 0,95, liudija apie gerą atitiktį [44]. RMSEA reikšmės, mažesnės už 0,08, reprezentuoja pakankamą aproksimacijos liekanos kvadrato šaknies paklaidą; reikšmės, mažesnės už 0,05, liudija apie gerą modelio atitiktį duomenims [41].

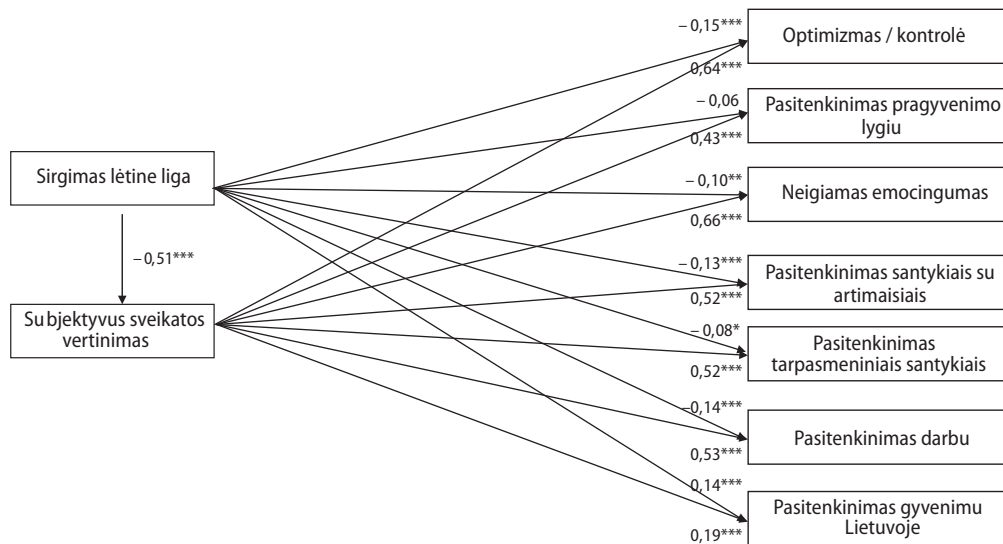
## REZULTATAI

82 proc. (983) tiriamų asmenų nurodė, kad neserga jokia lėtine liga, 18 proc. (218) – serga vienokia ar kitokia lėtine liga. Prieš vertindami norimą modelį nustatėme, kad sirgimas lėtine liga ir subjektyvus sveikatos vertinimas tarpusavyje siejasi ( $r_s = -0,47$ ,  $p < 0,001$ ).

Modelyje kėlėme prielaidą, kad sirgimas lėtinėmis ligomis gali lemti subjektyvų gerovės vertinimą. Todėl ir tikrinome modelį, kai sirgimas lėtine liga padeda nuspėti subjektyviai vertinamą sveikatą, o jie abu – atskirus gerovės komponentus. Modelio tinkamumo rodikliai liudija apie ganėtinai gerą modelio atitiktį duomenims, tačiau vis dėlto tikrojo modelio tikimo įvertinti negalime, nes jis visiškai identifikuotas. *Chi* kvadratas lygus 0,000 ir  $df = 0$ , TLI = 1,000 (TLI reikšmės  $> 0,95$  liudija apie gerą modelį), CFI = 1,000 (CFI reikšmės  $> 0,95$  liudija apie gerą modelį), RMSEA = 0,0001 (RMSEA reikšmė, mažesnė negu 0,05, liudija apie gerą modelį). Modelio rezultatai pateikti 1 pav.

Modelyje stebima, kad pasitenkinimas pragyvenimo lygiu negali būti nuspėjamas remiantis sirgimu lėtine liga, jį padeda nuspėti tik subjektyvus sveikatos vertinimas. Visus kitus gerovės komponentus – optimizmą, negatyvų emociingumą, pasitenkinimą santykiais su artimaisiais ir tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimą darbu ir gyvenimu Lietuvoje – gali padėti nuspėti tiek subjektyviai vertinama, tiek objektyviai vertinama tiesiogiai ir per subjektyviai vertinamą sveikatą.

Vadinasi, kuo subjektyviai geriau asmuo vertina savo sveikatą, tuo jis optimistiškesnis, mažiau patiria neigiamų emocijų, labiau patenkintas pragyvenimo lygiu, santykiais su artimaisiais ir tarpasmeniniais



**1 pav.** Modelis, kuriame sirgimas lėtine liga ir subjektyviai vertinama sveikata padeda nuspėti atskirus psichologinės gerovės komponentus

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ .

santykiais, darbu ir gyvenimu Lietuvoje. Taip pat modelis liudija, kad asmuo, sergantis viena ar kita lėtine liga, yra mažiau optimistiškas, daugiau patiria neigiamų emocijų, mažiau patenkintas savo santykiais su artimaisiais ir tarpasmeniniais santykiais, taip pat ir darbu, tačiau jis labiau patenkintas gyvenimu Lietuvoje. Subjektyviai vertinamos sveikatos ryšių su psichologine gerove koeficientai didesni, palyginti su objektyvios sveikatos koeficientais. Kadangi modelis visiškai identifikuotas, tai negalime pasakyti tikrojo modelio tikimo duomenims, todėl iš modelio pašalinome variantą, kai sirgimas lėtine liga padeda nuspėti pasitenkinimą pragyvenimo lygiu. Tokio modelio tinkamumo rodikliai liudija apie gerą modelio atitiktį duomenims. *Chi* kvadratas lygus 3,113 ir  $df = 1$ , TLI = 1,000, CFI = 0,983, RMSEA = 0,042. Tad galime sakyti, kad toks modelis tinkamas mūsų turimiems duomenims. Visi likę keliai modelyje liko reikšmingi, tik šiek tiek pasikeitė koeficientai.

Kadangi tyrėjai nurodo, kad tiek sirgimas lėtine liga, subjektyviai vertinama sveikata, tiek atskiri psichologinės gerovės komponentai gali būti kai kurių kitų kintamųjų (pvz., amžius) išdava [32–37], į modelį įtraukėme amžiaus kintamąjį, kuris padeda nuspėti sirgimą lėtine liga, subjektyviai vertinamą sveikatą ir visus atskirus psichologinės gerovės komponentus. Modelio tinkamumo rodikliai liudija apie gerą modelio atitiktį duomenims, tačiau vis dėlto tikrojo modelio tikimo įvertinti negalime, nes jis visiškai identifikuotas. *Chi* kvadratas lygus 0,000 ir  $df = 0$ , TLI = 1,000, CFI = 1,000, RMSEA = 0,0001.

Modelio rezultatai pateikti 3 lentelėje. Modelyje stebima, kad pasitenkinimas pragyvenimo lygiu negali būti nuspėjamas remiantis sirgimu lėtine liga, jį nuspėti padeda tik subjektyvus sveikatos vertinimas ir amžius. Visus kitus gerovės komponentus – optimizmą, neigiamą emociingumą, pasitenkinimą santykiais su artimaisiais ir tarpasmeniniais santykiais, pasitenkinimą darbu ir gyvenimu Lietuvoje – padeda nuspėti subjektyviai vertinama sveikata, sirgimas lėtine

**3 lentelė.** Psichologinės gerovės komponentų prognostiniai veiksniai (amžius, sirgimas lėtine liga ir subjektyviai vertinama sveikata), nustatant struktūrinių lygčių modeliavimu

	Nuspėjamieji veiksniai		
	Amžius	Sirgimas lėtine liga	Subjektyviai vertinta sveikata
Sirgimas lėtine liga	0,41***	–	–
Subjektyviai vertinta sveikata	–0,38***	–0,36***	–
Optimizmas / kontrolė	–0,14***	–0,13***	0,69***
Pasitenkinimas pragyvenimo lygiu	–0,10**	–0,04	0,47***
Neigiamas emociingumas	–0,17***	–0,07*	0,74***
Pasitenkinimas santykiais su artimaisiais	–0,17***	–0,10**	0,49***
Pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais	–0,11***	–0,06*	0,57***
Pasitenkinimas darbu	–0,20***	–0,10**	0,61***
Pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje	0,27***	0,09*	0,31***

Pastaba: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ .

liga ir amžius tiesiogiai ir per subjektyviai vertinamą sveikatą. Kadangi ir šis modelis visiškai identifikuo-tas, tai iš modelio pašalinome variantą, kai sirgimas lėtine liga padeda nuspėti pasitenkinimą pragyveni-mo lygiu. Tokio modelio tinkamumo rodikliai liudija apie gerą modelio atitiktį duomenims. *Chi* kvadratas lygus 1,341 ir  $df = 1$ ,  $TLI = 0,997$ ,  $CFI = 1,000$ ,  $RMSEA = 0,017$ . Tad galime sakyti, kad toks modelis tinkamas mūsų turimiems duomenims. Visi likę ke-liai modelyje išliko reikšmingi, tik šiek tiek pasikeitė koeficientai.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrėjai vienaip ar kitaip domisi asmens fizine ir psi-chikos sveikata, jo psichologine savijauta arba psi-chologine gerove. Nemažai tyrimų liudija, kad tarp psichologinės gerovės ir sveikatos yra ryšys. Šis ryšys intuityviai suprantamas taip: sergant tam tikra liga gali pasikeisti emocinė asmens būklė. Juk net peršalęs dažnas iš mūsų jaučiasi pavargęs, nori mie-go, mažiau bendrauja, galbūt tampa irzlesnis ir pan. Tad ir šiame tyrime stebime, kad gerovė siejasi su sveikatos vertinimais. Sirgdamas ar prasčiau vertin-damas savo sveikatos būklę asmuo gali būti ne toks optimistiškas, mažiau patenkintas. Tačiau tyrėjai lin-kę pabrėžti, kad šis ryšys gali priklausyti nuo to, kaip sveikata vertinama. Šiame tyrime mes tikrinome, ar sirgimas lėtine liga ir subjektyviai vertinama svei-kata padeda nuspėti atskirus gerovės komponentus ir kaip šis ryšys gali pasikeisti atsižvelgus į amžių. Tyrimo rezultatai liudija, kad subjektyviai vertinama sveikata yra stiprus veiksnys, kuris padeda nuspėti psichologinės gerovės komponentus net ir tada, kai kontroliuojamas amžius. Gauti rezultatai patvirtina ankstesnių tyrimų duomenis. Klasikinė [18] 34 tyri-mų metaanalizė parodė, kad geriausiai gerovę nuspėti padeda subjektyviai vertinama sveikata, ir šis predik-torius paaiškina nuo 4 iki 15 proc. dispersijos. Tačiau ne visi analizėje apžvelgti tyrimai turėjo objektyvius sveikatos vertinimus, tad pasakyti, ar subjektyviai vertinama sveikata labiau padeda nuspėti už objek-tyviai vertinamą sveikatą, būtų gana sunku. Kaip ir Larson (1978) tyrime, panašūs rezultatai pateikiami ir kitose metaanalizėse [18]. Okun su kolegomis (1984) nurodo, kad nemažai tyrimų nustatomas subjekty- viai vertinamos sveikatos ir gerovės ryšys (vidutinis koreliacijos koeficientas 0,32) [30]. Okun ir George (1984) teigia, kad ryšys tarp subjektyviai vertinamos sveikatos ir gerovės išlieka net ir tuomet, kai kon-troliuojami kiti kintamieji [30]. Tad ankstesni tyrimai tarsi nurodo, kad subjektyviai vertinama sveikata turi

būti stiprus veiksnys, padedantis nuspėti gerovę. Tai buvo nustatyta ir mūsų tyrimu.

Kalbant apie sirgimą lėtine liga, kas galėtų bent iš dalies atspindėti objektyvų sveikatos vertinimą, negalima pasakyti to paties, kaip ir apie subjektyviai vertinamą sveikatą. Sirgimas lėtine liga gali padėti nuspėti psichologinės gerovės komponentus, tačiau gerokai silpniau. Tai iš dalies patvirtina ankstesnių tyrimų rezultatus, rodančius, kad egzistuoja gerovės ir objektyviai vertinamos sveikatos ryšys [6, 23–25]. Šiuose tyrimuose kai kurios sveikatos būklės nesusi- jusios su gerovės vertinimais. Mūsų tyrime sirgimo lėtine liga ir gerovės ryšys nėra toks stiprus, kaip sub- jektyviai vertinamos sveikatos su gerove. Kodėl šis ryšys nėra stiprus, literatūroje galima rasti bent kelias nuomones: objektyvumas nesusijęs su emocijumu, tai būdinga subjektyviam gerovės vertinimui ir sub- jektyviai vertinama sveikata gali būti objektyvaus vertinimo išdava [30]. Kai kurie autoriai pažymi, kad subjektyviai vertinama sveikata yra gana individua- lus procesas ir gali būti lemiamas ir paties individo tuo metu išgyvenamos gerovės, todėl ir labiau siejasi su gerove [45]. Mūsų tyrimas paliudija, kad sirgimas lė- tine liga, kuris atspindi objektyvią pusę, nuspėja sub- jektyviai vertinamą sveikatą. Gali būti, kad subjekty- viai vertinama sveikata stipriau veikia, nes ji yra tarsi objektyviau vertinamos sveikatos mediatorius.

Tyrėjai mini dar vieną idėją: subjektyviai verti- nama sveikata gali būti veikiamas ne tik objektyviai vertinamos sveikatos, bet ir kitų kintamųjų, pavyz- džiai, amžiaus [32] ir įvairių kitų konteksto, aplin- kos veiksnių [45]. Nedaug tyrimų kartu su sveikatos aspektu integravo ir kitus kintamuosius, tokius kaip socioekonominiai, emociniai ar kognityvieji kinta- mieji [46]. Amžius, kaip kintamasis, retai tyrinėtas kartu su sveikatos kintamaisiais, vertinant gerovės komponentus. Daug dažniau tyrinėtas amžiaus ir gerovės ryšys. Kodėl amžius siejasi su gerove? Kai kurių Lietuvoje ir užsienyje atliktų gerovės ir am- žiaus sąsajų tyrimų analizė parodė, kad kalbėti apie visiems vienodą žmogaus gerovės raidos trajekto- riją per gyvenimą sudėtinga, nes tyrimų duomenys prieštaringi. Kai kurie tyrėjai [48] apskritai nenu- statė asmens amžiaus sąsajų su pasitenkinimu gyve- nimu. Kitų tyrimų rezultatai duoda pagrindą kalbėti apie amžiaus ir gerovės sąsajas, nors dažniausiai silpnas ir skirtingas. Panašu, kad gaunamų sąsajų skirtumus gali lemti daug dalykų, pavyzdžiui, pa- sirinktas gerovės apibūdinimas, imtis, tyrimo ins- trumento specifika, išskirti gerovės komponentai ir kiti aspektai. Silpną amžiaus ir gerovės komponentų

ryšį linkstama aiškinti tuo, kad galbūt netiesinis amžiaus ir gerovės sąsajų pobūdis yra priežastis, dėl kurios tyrėjai, taikantys tiesinius sąsajų analizės metodus, paprastai jas gauna silpnas, kaip ir šio tyrimo metu [49–51]. Kai kuriuose kituose tyrimuose nurodomos aiškios su amžiumi sietinos gerovės kaitos tendencijos. Pavyzdžiui, Pawlovski, Downward ir Rasciute (2011) pristato tyrimo, atlikto devyniolikoje Europos šalių, rezultatus, iš kurių matyti, kad metams bėgant laimingumas (tyrėjų pasirinktas subjektyvios gerovės rodiklis) mažėja [52]. Tad gerovės ir amžiaus sąsajos gali būti įvairios. Mūsų tyrimas liudija, kad amžius išlieka nuspėjamoju veiksniu ne tik kalbant apie lėtines ligas, bet ir apie subjektyviai vertinamą sveikatą ir atskirus psichologinės gerovės komponentus. Tačiau net ir pagal amžių nuspėjant psichologinę gerovę, subjektyviai vertinamos sveikatos svarba spėjimuose nepakinta.

Kalbant apie tyrimo ribotumus svarbu paminėti, kad tyrimo duomenys rinkti vienu matavimu, nors modelyje ir numatome spėjimus, tačiau jie ir jų kryptis remiasi teorinėmis idėjomis, apžvelgus literatūroje esančius tyrimus. Pristatyti tyrimai rodo galimas įvairias kryptis. Gilinantis į šią temą svarbu pasitelkti ilgalaikius matavimus, longitudinalinius duomenis, kurie padėtų geriau įvertinti kintamųjų ryšius ir jų kryptį. Nors duomenys ir atitinka ankstesnių tyrimų rezultatus, tačiau tiek subjektyviai, tiek objektyviai vertinamos sveikatos kintamieji gali būti tobulesni. Mes kliovėmės asmenų atsakymais apie ligas, bet neturėjome medicininių duomenų informacijai patikrinti, o kartu ir gauti išsamesnės informacijos apie asmens sveikatą ir sergamas ligas. Subjektyvus sveikatos vertinimas paimtas iš Lietuviškosios psichologinės gerovės skalės. Šis kintamasis siejasi su kitais gerovės komponentais, nes sudarant skalę remtasi tomis pačiomis idėjomis. Naudojant kitokį subjektyvų sveikatos vertinimo kriterijų gali būti koreguojami gauti rezultatai. Svarbu patikrinti, ar tikrai viskas panašu, naudojant ir kitokius matavimo instrumentus sveikatos vertinimams.

Šis tyrimas buvo vienas iš bandymų pažvelgti į veiksnius, kurie gali padėti nuspėti asmens gerovę. Kodėl tai svarbu? Vienas išryškėjęs aspektas – subjektyvus sveikatos vertinimas tikrai svarbus. Faktas,

kad asmuo serga ar neserga, nepakeis gerovės vertinimų, tačiau tai, kaip asmuo jaučiasi sirgdamas, kokias emocijas jam tai sukelia, kiek išgyvena ir susigyvena su liga, kiek skausmo jaučia, gali paaiškinti, kodėl jo gerovės vertinimai yra vienokie, o ne kitokie. Konsultuojant ar įvertinant asmenį svarbu atsižvelgti ir į subjektyvius jo išgyvenimus, nes jei asmuo blogai jausis, tai dauguma, nebūtinai tik gerovės, vertinimų gali taip pat keistis. Tikėtina, kad pakeitę subjektyvų sveikatos vertinimą, t. y. asmuo būtų psichologiškai, moraliai stiprinamas, suteikiama pagalba, siekiant mažinti susitelkimą į savo neigiamą sveikatos būklę, kartu galbūt galėtume gerinti ir asmens gerovės išgyvenimus. Taip pat tyrimo rezultatams atskleidus subjektyvaus sveikatos vertinimo svarbą prognozuojant šį kintamąjį rekomenduotume jį įtraukti į tyrimus, kuriuose bandoma analizuoti asmenų psichologinę gerovę ir yra prielaidų, kad sveikatos kintamieji gali būti svarbūs tyrime.

## IŠVADOS

1. Nustatytas stiprus ryšys tarp sirgimo lėtine liga ir subjektyvaus sveikatos vertinimo – svarbaus psichologinės gerovės komponento. Jei asmuo serga lėtine liga, tikėtina, kad jis subjektyviai sveikatą vertins žemesniu įverčiu.
2. Tiek sirgimas / nesirgimas lėtine liga, tiek subjektyviai vertinama sveikata gali padėti nuspėti atskirus gerovės komponentus. Kuo geriau asmuo subjektyviai vertina sveikatą, tuo aukščiau įvertina atskirus psichologinės gerovės komponentus, tačiau jei asmuo serga lėtine liga, jo psichologinės gerovės komponentų vertinimai prastėja.
3. Amžius – svarbus sirgimo lėtine liga, subjektyviai vertinamos sveikatos ir atskirų psichologinės gerovės komponentų prediktorius. Vyresni asmenys dažniau serga lėtinėmis ligomis ir jų subjektyviai vertinamos sveikatos rodikliai žemesni, taip pat žemesni ir atskirų psichologinės gerovės komponentų vertinimai.

Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutar ties Nr. SIN-11/2010).

*Straipsnis gautas 2013-10-08, priimtas 2013-11-29*

## Literatūra

- Graham C. Happiness and health: lessons- and questions for public policy. *Health Aff.* 2008;(1):72-87.
- Gardner J, Oswald A. How is mortality affected by money, marriage, and stress? *J Health Econ.* 2004;23(6):1181-1207.
- Arrow J. Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: a survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984-1990). *Soc Sci Med.* 1996;42(12):1651-1659.
- Šarakauskienė Ž. Mokinių psichologinė gerovė: struktūra ir sociodemografiniai bei asmenybės veiksniai [Daktaro disertacija]. Socialiniai mokslai, psichologija (06 S). Vilnius, 2012.
- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):141-166.
- Graham C, Higuera L, Lora E. Which health conditions cause the most unhappiness? *Health Econ.* 2011;20(12):1431-1447.
- Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud.* 2008;9:449-469.
- Diener E, Chan MY. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Appl Psychol Health Well Being.* 2011;3(1):1-43.
- Howell RT, Kern ML, Lyubomirsky S. Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychol Rev.* 2007;1(1):83-136.
- Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychol Bull.* 2005;131(6):803-855.
- Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull.* 2005;131(6):925-971.
- Dolan P, Peasegood T, White M. Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *J Econ Psychol.* 2008;29(1):94-122.
- Easterlin R. Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2003;100(19):11176-11183.
- Oswald A, Powdthavee N. Does happiness adapt? A longitudinal study of disability with implications for economists and judges. *J Public Econ.* 2008;92(5/6):1061-1077.
- Uppal S. Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. *Soc Sci Med.* 2006;63(2):525-539.
- Bulotaitė L, Pociūtė B, Bliumas R, Dovydaitytė M. Socialinių mokslų studentų psichologinės gerovės, patiriamo streso ir subjektyvaus sveikatos vertinimo sąsajos. *Visuomenės sveikata.* 2012;3(58):85-92.
- Šilinskas G, Žukauskienė R. Subjektyvios gerovės išgyvenimas ir su juo susiję veiksniai vyrų imtyje. *Psichologija.* 2004;30:47-58.
- Larson R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J Gerontol.* 1978;33(1):109-125.
- Binder M, Coad A. An examination of the dynamics of well-being and life events using vector autoregressions. *J Econ Behav Organ.* 2010;76(2):352-371.
- Brickman P, Coates D, Janoff-Bulman R. Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *J Pers Soc Psychol.* 1978;36(8):917-927.
- Judge TA, Illies R, Dimotakis N. Are health and happiness the product of wisdom? The relationship of general mental ability to educational and occupational attainment, health, and well-being. *J Appl Psychol.* 2010;95(3):454-468.
- Daukantaitė D. Subjective Well-Being in Swedish Women [Doctoral thesis]. Department of Psychology. Stockholm University, 2006.
- Dolan P. Using happiness to value health. Office of Health Economics Report, 2011.
- Mukuria C, Brazier J. Valuing the EQ-5D and the SF-6D health states using subjective well-being: a secondary analysis of patient data. *Soc Sci Med.* 2013;77(1):97-105.
- Shields M, Wheatley Price S. Exploring the economic and social determinants of psychological well-being and perceived social support in England. *Journal of the Royal Statistical Society.* 2005;168(3):513-537.
- Wilson T, Gilbert D. Affective forecasting knowing what to want. *Curr Dir Psychol Sci.* 2005;14(3):131-134.
- Friedsam HJ, Martin HW. A comparison of self and physicians health ratings in an older population. *J Health Hum Behav.* 1963;4(3):179-183.
- Maddox GL, Dounlass EB. Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *J Health Soc Behav.* 1973;14(1):87-93.
- Blazer DG, Houpt JL. Perception of poor health in the healthy older adult. *Journal of American Gerontology Society.* 1979;27:330-334.
- Okun MA, George LK. Physician- and self-rating of health, neuroticism and subjective well-being among men and women. *Pers Individ Dif.* 1984;5(5):533-539.
- Verghese A. Relationship between the Eysenck Personality Inventory N score, the Cornell Medical Index M-R score, and the psychogalvanic response. *Br J Psychiatry.* 1970;116(530):27-32.
- Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Soc Sci Med.* 2008;8(66):1733-1749.
- Kuri-Morales P, Emberson J, Alegre-Diaz J, Tapia-Coneyer R, Collins R, Peto R, Whitlock G. The prevalence of chronic disease and major disease risk factors at different ages among 150 000 men and women living in Mexico City: cross-sectional analyses of a prospective study. *BMS Public Health.* 2009;9(9):1-9.
- Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Appl Psychol Health Well Being.* 2009;1(2):137-164.
- Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci.* 1995;4:99-104.
- Juozulynas, Jasevičienė ir Noreikienė, 2003.
- Filipavičiūtė R, Gaigalienė B, Čeremnych J, Butkienė B, Jurgelėnas A, Alekna V. Ilgaamžių žmonių sergamumas lėtinėmis ligomis. *Gerontologija.* 2010;11(1):14-20.
- Kairys A, Bagdonas A, Liniauskaitė A, Pakalniškienė V. LPGA. Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė: metodikos naudojimo vadovas. Vilnius, 2013.
- Muthén LK, Muthén BO. *Mplus users guide.* Los Angeles, CA: Muthén and Muthén, 2006.
- Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull.* 1990;107(2):238-246.
- Bollen KA, Long JS. *Testing structural equation models.* London: Sage. Alternative ways of assessing model fit. 1993;136-162.
- Tucker LR, Lewis C. The reliability coefficients for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika.* 1973;3(1):1-10.
- Bentler PM, Bonnett DG. Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychol Bull.* 1980;88(3):588-606.
- Hu L, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychol Methods.* 1998;3(4):424-453.
- Temane QM, Wissing MP. The role of subjective perception of health in the dynamics of context and psychological well-being. *S Afr J Psychol.* 2006;36(3):564-581.
- Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socio-economic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychol Bull.* 2003;129(1):10-51.
- Robins L, Perwin A. *Handbook of Personality. Theory and Research.* New York: The Guilford Press. Personality and Subjective Well-Being. 2008;795-814.
- Diener E, Suh EM. Subjective well-being and age: an international analysis. *Annual review of gerontology & geriatrics.* 1998;17:304-24.
- Momtaz YA, Ibrahim R, Hamid TA, Yahaya N. Sociodemographic predictors of elderly's psychological well-being in Malaysia. *Aging Ment Health.* 2011;15(4):437-445.
- Siedlecki KL, Tucker-Drob EM, Oishi S, Salothouse TA. Life satisfaction across adulthood: different determinants at different ages? *J Posit Psychol.* 2008;3(3):153-164.
- Uskul AK, Greenglass E. Psychological well-being in a Turkish-Canadian sample. *Anxiety Stress Coping.* 2005;18(3):269-278.
- Pawlowski T, Downward P, Rasciute S. Subjective well-being in European countries – on the age-specific impact of physical activity. *Eur Rev Aging Phys Act.* 2011;8:93-102.

# Relations between subjective evaluation of health, chronic disease, and psychological well-being

Vilmantė Pakalniškienė<sup>1</sup>, Antanas Kairys<sup>1</sup>, Albinas Bagdonas<sup>1</sup>, Audronė Liniauskaitė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Laboratory of Special Psychology, Vilnius University

<sup>2</sup>Klaipėda University

## Summary

**The aim.** Evaluate relationships between being ill with chronic disease, subjectively assessed health and psychological well-being, while controlling age.

**Methods.** The study participated 1202 Lithuanian residents aged 16 to 89 years ( $M = 45.5$  years,  $SD = 18.7$  years). The survey was conducted in 36 cities and 62 villages. In this study, participants were asked to subjectively assess their health and also to indicate whether they have a chronic disease. All participants filled in Lithuanian psychological well-being scale.

**Results.** The structural equation modeling revealed that satisfaction with living standards cannot be predicted by illness or chronic disease; it predicts only subjective assessment of health. All other components of well-being - optimism, negative emotions, satisfaction with relationships with family members and personal relationships, job satisfaction and life satisfaction in Lithuania - can predict both subjectively assessed health, illness (chronic disease) directly and via the subjective evaluation of health. The literature indicates that the subjective evaluation of health cannot be only the reflection of being ill or not, but also result of some other variables (e.g., age). Thus, in the model we included age as a control variable. Results show that in this model chronic illness could be predicted by age, age in similar way as chronic illness or subjectively assessed health could predict components of psychological

well-being. Also chronic illness predicts the subjectively assessed health.

**Conclusions.** We found a strong relationship between the signs of the chronic disease and subjective health evaluation. Both chronic disease and subjective evaluation of health can predict components of psychological well-being. Age is an important predictor of the chronic disease, subjectively assessed health and components of psychological well-being.

**Keywords:** psychological well-being, Lithuanian psychological well-being scale, chronic disease, subjective evaluation of health.

This research was funded by a grant (No. SIN-11/11/2010) from the Research Council of Lithuania.

**Correspondence to** Antanas Kairys  
Laboratory of Special Psychology,  
Vilnius University  
Universiteto 9/1, LT-01513 Vilnius, Lithuania  
E-mail: antanas.kairys@fsf.vu.lt

Received 8 October 2013,  
accepted 29 November 2013