



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

On-line verzió: ISSN 2062-3690
[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

ÉSZLELT TÁRSAS TÁMASZ IDŐSKORBAN

Ferwagner Anna, Dr. Pék Győző

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet

Kulcsszavak: idősek, társas támasz, étellel való elégedettség, depresszió, idősödéssel kapcsolatos attitűdök

Absztrakt

Háttér és célkitűzések: Kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy az észlelt társas támasz mértéke milyen tényezőktől függ (nem, életkor, családi állapot, egészség, önálló független életvitel feladása), hogyan függ össze az idősödés megélésével.

Módszer: Vizsgálatunkban a társas támaszt, az idősödéssel kapcsolatos attitűdöket, az étellel való elégedettséget, az időskori depressziót vizsgáló kérdőíveket alkalmaztunk.

Eredmények és következtetések: Az észlelt társas támasz az életkorral csökkenő tendenciát mutat, az egyedülállók, a rossz egészségi állapotban lévők és az idősothonban élők esetében alacsonyabb. Mindhárom támasz fajta esetében elmondható, hogy míg az önálló független életvitelt folytatók esetében a korrallal csökken az észlelt társas támasz, addig az idősothonban élők esetében a legfiatalabbaknál (65-74 év) a legalacsonyabb és a 75-89 év közöttiek esetében, illetve az instrumentális támasz a 90 év felettiéknél a legmagasabb. Magasabb észlelt társas támasz esetén nagyobb mértékű az étellel való elégedettség, kisebb mértékű a depresszió és az idősödés megélése is pozitívabb. Fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy a ténylegesen nyújtott támasz és az észlelt támasz nem azonos.

PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN OLD AGE

Keywords: elderly, old age, social support, life satisfaction, depression, attitudes to ageing

Abstract

Background and aims: In our research, we examined how the degree of perceived social support depends on factors (gender, age, marital status, health, giving up independent living) and how it is related to experiencing aging.

Methods: In our study, we used questionnaires examining social support, attitudes to ageing, life satisfaction, and depression in old age.

Results and discussion: Perceived social support shows a decreasing trend with age, and is lower in the case of singles, those in poor health, and those living in nursing homes. It can be said that all three types of support decreases with age at those living independent, but those living in nursing homes the social support is the lowest in the case of the youngest (65-74 years) and the highest at the of 75-89 years, and the instrumental support over 90 years old. Higher perceived social support results in higher levels of life satisfaction, lower level of depression and more positive experiences of ageing. It is important to note, however, that the support actually provided and the perceived support are not the same.

Bevezetés

Bár az elmúlt évtizedekben folyamatosan nőtt az élettartam, ez azonban nem feltétlenül jelent minőségi éveket. Az életkor előrehaladtával romlásnak indul az általános egészségi állapot, csökken az aktivitás, a teherbíró képesség, csökken a mozgásterjedelem, akadályoztatottá válhat a mozgás, számos betegség jelenhet meg, mely hatással van az életminőségre is (Osváth, Árkovits és Csürke, 2014). Öregedő társadalmunkban az idősek arányának növekedése az idősellátás területén is egyre növekvő szükségleteket eredményez, egyre nagyobb igény mutatkozik az átmeneti vagy tartós segítségnyújtásra, támaszra.

Jelentős változások zajlanak a családi és baráti kapcsolatok terén is. A gyermekek családi otthonból elköltözése, az időskorban bekövetkező válás, a házastárs és az idővel egyre több közeli ismerős, barát halála mind az egyedüllét, az elmagányosodás irányába hat. Csökkentti ugyanakkor az elmagányosodás veszélyét az unokák születése és nevelésükbe bevonódás, illetve ha időskorára is családja körében tud élni az ember.

Hazánkban a magánháztartásban élő 65 év felettek kb. 29 %-a egyedülálló (több, mint fél millió ember, főként nők), 40%-a él a házastársával vagy élettársával, 23 %-a felnőtt gyermekével, illetve annak családjával, 8 %-a pedig egyéb összetételű háztartásban (Székely, 2017). Egyre növekszik az elváltak aránya is, 2016-ban a 65 év feletti egyedülálló férfiak 27 %-a, a nők 16 %-a volt elvált, mely 8-10 %-os növekedést jelent 1990-hez képest (Monostori és Gresits, 2018).

Az időskorban megromló egészségi állapotuk miatt az idősök egyre inkább szorulnak támaszra, ugyanakkor a közeli ismerősök elvesztésével erre egyre kevesebb a lehetőségük nyílik. Sok esetben pedig még maga az idős ember nyújt támaszt gyermekeinek, unokáinak. Az 55-69 év közötti korcsoport 61 %-a szeretne saját otthonában maradva segítséget kapni, míg 5 % tudja elképzelni a gyermekeivel való összeköltözést rászorultság esetén, további 31 %-uk pedig az idősotthonba költözést. (Monostori és Gresits, 2018)

A családok individualizációs folyamatai, az egyre gyakoribb válások, a munkahelyi leterheltség, a felgyorsult életvitel egyre kevésbé teszi lehetővé, hogy az idős családtagok családjuk körében tölthessék el utolsó éveiket, a családok jelentős része már nem tud olyan mértékű támaszt nyújtani az idős hozzátartozóiknak, amelyre szükségük lenne. Emiatt sokan döntenek idősotthonba költözés mellett, ahol megfelelő támaszt remélnek. Az időskor krízisei közt említhető a lakóhelyváltást is, mely addigi otthonuk feladását jelenti. A magánlakásokban élő 65 év feletti idősök kb. 5 %-a tervezi idősotthonba költözést, ennek indokaként többségében lakásuk túl költséges fenntartását, illetve egészségi állapotuk megromlását említették (Székely, 2017).

A magánháztartásokban élő 65 éven felüli férfiak negyede, a nők több mint harmada számára jelent kisebb-nagyobb problémát az önellátás (tisztálkodás, öltözés, ágyból felkelés, háztartás ellátása), amely a kor előrehaladtával egyre súlyosbodik. Az önellátási nehézségekkel küszködők 55 %-a vesz igénybe segédeszközt, kér személyes segítséget, azonban az idősök több mint harmada szeretne nagyobb támogatásban részesülni. (Boros, 2017)

Az 1990-es évek óta folyamatosan növekvő tendenciát mutat az idősotthonokban és gondozóházakban ellátottak száma. Míg 1993-ban 30 155 fő élt idősök otthonában, tíz évvel később már 44 219 fő, 2016-ban 54 239 fő, 2017-ben pedig már 54 770 fő. Országsszerte 910 db intézmény működik, ezek közül 487 db állami vagy önkormányzati fenntartású, 211 db egyházi, továbbá 212 db civil (alapítvány, egyesület) vagy magán (gazdasági társaság, vállalkozás) fenntartású. Az intézményekben lévő férőhelyek száma 56 288 fő elhelyezését teszi lehetővé, ebből az állami intézményekben 31 680 fő, az egyházi intézményekben 13 271 fő, a magán fenntartású intézményekben további 11 337 fő elhelyezésére van lehetőség. Az

ellátottak 57 %-a állami (31 041 fő), 23 %-a egyházi (12 522 fő), 20 %-a (10 676 fő) magán fenntartású intézményben él. (Bácskay, 2017, 9.10-9.12. táblázatok alapján)A férőhelyek számát tekintve a 10-15 fős intézményektől a több száz fős intézményekig meglehetősen széles a kínálat. Az egyes intézmények felszereltsége, ellátottsága, programlehetőségei és térítési díjai is rendkívül eltérőek. Jellemzően 1-4 fős apartmanokban élnek az otthonok lakói. Mindez hozzájárulhat ahhoz, hogy bár nincs kitöltve a rendelkezésre álló kapacitás (56 288 férőhelyből csak 54 239 betöltött), ugyanakkor számos otthonban több éves (akár 10 éves is lehet) a várólista, továbbá a jelentős túljelentkezés miatt a bekerülés korhatárát egyes helyeken 65 évről már 80 évre emelték. (Boga, 2015)

Az ellátottak 9 %-a (5 027 fő) 65 év alatti, 18 %-a (9 870 fő) tartozik a 65-74 év közötti, 59 %-a (31 814 fő) a 75-89 év közötti és 14 %-a (7 528 fő) a 90 év feletti korcsoportjába. 74 éves kor alatt kiegyensúlyozott a férfiak és nők aránya, míg a 75-89 év közöttiek esetében négyszeres, a 90 év feletti esetében hatszoros a nők száma a férfiakkhoz képest. Kiemelkedő a 75-89 év közötti nők aránya, mely az összes ellátottnak a 47 %-át (25 439 fő) adja. Összességében az otthonokban majd háromszor annyi nő él, mint férfi. Mindez a korábban már említett demográfiai trendeknek is betudható. (Bácskay, 2017, 9.13-9.14. táblázatok alapján)

Az idősök számára az *életminőséget, s ezáltal az idősödés pozitív megélését* az egészség megléte, a betegség és fájdalom hiánya mellett az emberi kapcsolatok minősége, a társas támasz megléte és a magányossággal szemben a családhoz tartozás is *befolyásolja*. (Lampek és Rétsági, 2015)

Időskorban a *társas támogatás, a család, a barátok és a hivatásos segítők* (pl. szociális gondozók) *részéről történő tényleges, illetve az idősök által észlelt segítségnyújtás* szerepe felértékelődik, hiszen ekkor a barátok, hozzátartozók elhalálózásával eleve csökkennek a támaszforrások, ugyanakkor az idős emberek gyermekei, unokái maguk is támaszra szorulnak. Ez a társas támogatás lehet *instrumentális támasz* (pl. étkezésben, bevásárlásban nyújtott segítség), *érzelmi-információs támasz* (pl. meghallgatják, tanácsot adnak) vagy *pozitív szociális interakciókon alapuló támasz* (pl. akivel együtt lehet idejét eltöltheti, együtt tevékenykedhet).

A *társas támasz* a társas kapcsolatokban a törődés, gondoskodás, szeretet, megbecsülés, kölcsönösség, közösséghez tartozás megtapasztalását jelenti. A nehéz élethelyzetek, betegségek, átmeneti vagy tartós egészségkárosodás elviseléséhez, a betegségekkel való felépülésben, a mentális és fizikai egészség megőrzésében, a krízishelyzetekkel való megküzdésben szintén rendkívül fontos a megfelelő társas támasz. (Forgács, 2015; Tiringér és Kaszás, 2013)

A *társas támasz* által az egyén átélheti az érzelmi és fizikális biztonságot, valahova tartozást. Az erős családi kapcsolat jó előrejelzője az életminőségnek. A nehéz élethelyzetek, krízisek, betegségek, átmeneti vagy tartós egészségkárosodás elviseléséhez szintén rendkívül fontos a megfelelő társas támasz. (Kállai, 2007) A legnehezebb helyzetben azok vannak, akik időskorukra maradnak egyedül társuk elvesztését követően (Kopp és Székely, 2013). Egyedülállók esetében a *társas támasz* érzelmi, információs és szociális interakciókon alapuló dimenziója egyaránt kisebb, mint a házastársi vagy élettársi kapcsolatban élők esetében. (Sz. Makó és mtsai, 2016)

Kanadai önellátó idősök körében végzett felmérés eredménye szerint az alacsony szintű észlelt társas támasszal rendelkező idősök elégedetlenebbek az életükkel és inkább érzik magukat magányosnak. A 65-74 év közöttiek, a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők és a jobb anyagi helyzetben lévők inkább voltak elégedettek az életükkel és kevésbé érezték magukat magányosnak, mint az idősebbek, alacsonyabb végzettségűek és rosszabb anyagi helyzetben lévők. (Gilmour, 2012)

Unalan és mtsai. (2015) a saját otthonukban élő, 65 év feletti idősök esetében vizsgálta az időskori depresszió, a társas támasz és az *időskori életminőség* kapcsolatát. Az időskori életminőség vizsgálatára a WHO által kidolgozott WHOQOL-OLD skálát használták, amely a következő hat dimenzió, hat téma mentén méri fel az életminőséget: érzékelési képesség, autonómia, múltbeli-jelenbeli-jövőben tervezett tevékenységek, közösségben való részvétel, halál és haldoklás továbbá intimitás megélése. Kutatásuk eredménye alapján elmondható, hogy a depresszió és a társas támasz a WHOQOL-OLD skála mindegyik dimenziójával szignifikánsan korrelált. A depresszió jelenléte negatívan, míg a társas támasz megléte pozitívan befolyásolja az időskori életminőséget. A társas támasz különösen az érzékelési képesség, az autonómia, a múltbeli-jelenbeli-jövőben tervezett tevékenységek és az intimitás dimenziók kapcsán jelent meg protektív faktorként.

Kai-Kuen Leung és mtsai (2007) vizsgálatukban úgy találták, hogy az idősök *mentális egészségét* a társas támasz befolyásolja, az érzelmi támasz fontosabbnak bizonyult az instrumentális támasznál a mentális egészség kapcsán, illetve fontos tényező volt a családi szerepvállalás. Kisebb mértékű érzelmi támogatás nagyobb mértékű szorongással és depresszióval járt, illetve a nők több szorongásos tünetet mutattak, mint a férfiak.

Ibrahim és mtsai (2013) vizsgálatukban szintén az érzelmi-információs támasz fontosságát találták, eredményeik alapján az egyes támasz típusok közül az érzelmi-információs támasz korrelál leginkább az egészségi állapottal.

Különösen veszélyeztetett csoportnak számít a minél idősebb nők csoportja, mivel a nők a férfiaknál hosszabb ideig élnek ugyan, azonban az egészségben várható élettartamuk nem különbözik jelentősen a férfiakétól, így összességében a nők hosszabb betegségben töltött időszakra számíthatnak életük végén, rendszerint özvegy, elvált vagy egyedülálló státuszban, többnyire férfitársaiknál kisebb összegű nyugdíjjal. (Monostori és Gresits, 2018; Pék, 2007)

Időskorban a *depressziót* leginkább a kiszolgáltatottság, embertelen bánásmód, lakáskörülmények, gyógyszerellátás, közbiztonság, kikapcsolódás hiánya, célok hiánya és a magány váltja ki (Lampek és Rétsági, 2015). Morley (2010) idősotthonokban végzett felmérése alapján az otthonokban élők 48 %-a érintett volt kisebb vagy nagyobb fokú depresszióval. Jongenelis és mts. (2004), valamint Choi, Ransom, és Wyllie (2008) idősotthonokban a depresszió rizikótényezői, okai közt említik a függetlenség, szabadság elvesztését, a magányosság érzését, az autonómia elvesztését, a nem megfelelő mennyiségű és minőségű személyzetet és szolgáltatást (pl. tevékenységek hiánya), a társas támasz hiányát, a mozgás- és látáskorlátozottságot.

A társas támasz, a szociális háló hiánya növeli az elmagányosodás veszélyét, kikapcsolódás lehetőségének hiányát, amik a *depresszió* kiváltói. Az alacsony szintű észlelt társas támasszal rendelkező idősök elégedetlenebbek az életükkel és inkább érzik magukat magányosnak. Időskorban a meggyengült egészség miatt a társas támasz szerepe felértékelődik, ugyanakkor épp időskorra csökken jelentősen a támogatást nyújtók száma (a családtagok, egykori barátok halálával), sokszor magukra maradnak az idősök.

Kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy az észlelt társas támasz mértéke milyen tényezőktől függ (pl. életkor, családi állapot, egészség), hogyan függ össze az idősödés megélésével, milyen eltérés figyelhető meg az idősödés megélésében a *különböző élethelyzetben* lévő (önálló független életvitel feladása szempontjából intézményesített vagy önálló független életvitelt folytatók), illetve a különböző korcsoportba tartozó 65 évnél idősebb emberek között. Az egyes *korcsoportok* a WHO besorolás szerint kerültek kialakításra: 65-74 év közöttiek (idősödők), 75-89 év közöttiek (idősorúak), 90 év feletti (aggastyánok). (Lampek és Rétsági, 2015) Az *idősödés megélésének megítélésére* az idősödéssel kapcsolatos attitűdök, az élettel való elégedettség és az időskori depresszió dimenziókat használtuk.

Módszerek és minta

Vizsgálatunkat 2018-2019-ben végeztük, a kutatás etikai engedélyét a Debreceni Egyetem 2018/110. számon adta meg. A vizsgálati személyek 65. életévüket betöltött személyek voltak, toborzásuk részben informális kapcsolati hálón keresztül, részben idősotthonok és idősklubok megkeresésével történt. A speciális korosztály vizsgálata nyomtatott kérdőív használatát tette szükségessé, az idősebbeknek szükséges volt a teljes kérdőív felolvasása is. A vizsgálatot nehezítette, hogy az intézményesített életvitelt folytatók esetében az idősotthonokban meglehetősen alacsony a 65-74 év közötti korosztály jelenléte, míg az önálló független életvitelt folytatók körében ezen korcsoport érhető el a legkönnyebben és a legnagyobb számban, ugyanakkor a 90 év feletti tekintetében fordított a helyzet. A vizsgálatot tovább nehezítette az alacsony részvételi hajlandóság. Az intézményesített életvitelt folytatók csoportjának tagjai végül a Fővárosi Önkormányzat Kamaraerdei Idősek Otthona, a Katolikus Szeretetszolgálat XXIII. János Otthon – Okos Gizella Ház, a pátyi Levendula Ház és a budaörsi „Élet-Hossz” Idősek Otthona lakói közül kerültek ki.

A *mintavétel* során a nemek közötti egyenletes megoszlás nem volt biztosítható, mivel az idősotthonokban többségében nők éltek. Arra azonban törekedtünk, hogy az önálló független életvitelt folytatók és az intézményesített életvitelt folytatók csoportjában hasonló legyen a nemek megoszlása. A vizsgálatban 110 fő vett részt, a minta szociodemográfiai megoszlását az *1. táblázat* tartalmazza:

	fő	%
Nem:		
• férfi	24	21,8
• nő	86	78,2
Életkor:		
• idősödő (65-74 év)	37	33,6
• időskorú (75-89 év)	57	48,2
• aggastyán (90 év felett)	20	18,2
Legmagasabb iskolai végzettség:		
• általános iskola	15	13,6
• középiskola	47	42,8
• főiskola, egyetem vagy PhD	48	43,6

Családi állapot:		
• egyedülálló	6	5,5
• elvált	10	9,1
• özvegy	59	53,6
• házas vagy élettárs	35	31,8
Lakhely:		
• főváros	87	79,1
• vidék	23	20,9
Önellátás:		
• önálló független életvitelűek	55	50,0
• intézményesített életvitelűek (idősotthonban élők)	55	50,0

1. táblázat: A vizsgálati minta megoszlása nem, életkor, családi állapot, legmagasabb iskolai végzettség, lakóhely és az önálló független életvitel feladása szerint

A vizsgálat során saját szerkesztésű *kérdőívet* (alapvető demográfiai adatok), továbbá az alábbi standardizált kérdőíveket használtuk.

Társas Támász Kérdőív (MOS SSS, Medical Outcomes Study Social Support Survey, magyar nyelvű validáció: Sz. Makó és mtsai., 2016)

A kérdőív 20 itemet tartalmaz. Az első item a szoros baráti és családi kapcsolatok számát méri fel, a többi item a támogatottságot vizsgálja, egy 5-fokozatú Likert-skálán kell eldönteni, hogy az adott támaszfajta milyen gyakran áll rendelkezésre szükség esetén, minél nagyobb a pontszám, annál nagyobb az észlelt társas támasz mértéke. A kérdőív hazai adaptációja során három alskálát sikerült elkülöníteni: *érzelmi-információs támasz* (8 item, pl. „akire számíthat, hogy meghallgatja Önt, ha ki akarja önteni a szívét”), *pozitív szociális interakciókon alapuló támasz* (7 item, pl. „akivel jó együtt lenni”), *instrumentális támasz* (4 item, pl. „aki segít, ha ágnak esik”). A kérdőív megbízhatósága magas (Cronbach-alfa az érzelmi-információs támasz alskála esetében 0.94, a pozitív szociális interakciókon alapuló támasz esetében 0.92, míg az instrumentális támasz esetében 0.89).

Idősödéssel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív (AAQ, Attitudes to Ageing Questionnaire, magyar nyelvű validáció: Tróznai és Kullmann, 2007)

Az idősödéssel kapcsolatos attitűdök mérésére kidolgozott kérdőív 24 itemből áll, egy 5-fokú Likert-skálán szükséges megadni, hogy a válaszadó mennyire ért egyet az egyes itemekben megfogalmazott állításokkal. Az állítások három alskálán (8-8 item) oszlanak meg: pszichológiai növekedés, fizikai változás, pszichoszociális veszteség. A *pszichológiai növekedés* alskála az egész életen át tartó fejlődés lehetőségét fogalmazza meg, az élet pozitívumaira kérdez rá (pl. „*Ahogy öregsziünk, jobban tudjuk megoldani az élet nehézségeit*”). A *fizikai változás* alskála az időskorban bekövetkező testi működésre, annak változásaira kérdez rá (pl. „*Testgyakorlással olyan aktívan tartom magam, ahogy lehetséges*”). A pszichoszociális veszteség alskála a pszichés és szociális veszteségeket foglalja magában, az idősödésre, mint negatív élményre kérdez rá (pl. „*Az időskor a magányosság időszaka*”).

Élettel való Elégedettség Skála (SWLS, Satisfaction With Life Scale, magyar nyelvű validáció: Martos és mts., 2014)

Az élettel való elégedettség egy adott személy életminőségének szubjektív kognitív értékelése, a pozitív életminőség, a lelki egészség, szubjektív jóllét egyik összetevője. A szubjektív jóllét feltárását célzó teszt egy 5 itemből álló kérdőív, a kérdésekkel való egyetértés 7 fokozatú Likert-skálán fejezhető ki (pl. „*Meg vagyok elégedve az életemmel*”). A pontszámok összegzése által kapott érték fejezi ki az elégedettséget. Értékelés: rendkívül elégedett (31-35), elégedett (26-30), enyhén elégedett (21-25), neutrális (20), enyhén elégedetlen (15-19), elégedetlen (10-14), rendkívül elégedetlen (5-9). Magyar nyelvű adaptációjának megbízhatóságát magasnak értékelték (Cronbach-alfa 0,84 felett).

Időskori Depresszió Skála rövidített változat (GDS, Geriatric Depression Scale, magyar nyelvű validáció: 75 papír-ceruza teszt)

Az időskori depresszió kiszűrésére használatos teszt, melynek eredeti változata 31, rövidített változata 15, a napi életmódra és érzésekre vonatkozó kérdést tartalmaz. A rövidített változatban minden „igen” válasz 1 pontot ér a 2., 3., 4., 6., 8., 9., 10., 12., 14., 15. itemek esetében és minden „nem” válasz szintén 1 pontot ér az 1., 5., 7., 11., 13. itemek esetében. Értékelés: normál (0-4), enyhe depresszió (5-8), mérsékelt depresszió (9-11), súlyos depresszió (12-15).

Vizsgálatunkban a következő *hipotéziseket* fogalmaztuk meg. *H1*: Az észlelt társas támasz mértéke eltérő az egyes korcsoportokban, az életkor előrehaladtával csökken a társas támasz. *H2*: Az észlelt társas támasz mértéke eltérő a különböző élethelyzetekben, az intézményesített életvitelt folytatók nagyobb mértékű támaszra számíthatnak, mint az önálló független életvitelt folytató idősök. *H3*: Az életkor és az élethelyzet együttesen hatással van az észlelt társas támasz mértékére.

A felvett kérdőívek eredményeit Microsoft Excel és RStudio matematikai-statisztikai programmal elemeztük. A saját szerkesztésű kérdőív diszkrét változóinak (nem, korcsoport, családi állapot, önálló független életvitel feladása, egészségi állapot) eloszlás vizsgálata történt annak megállapítása érdekében, mely csoportok összevetésére alkalmas a minta. Valamennyi folytonos változóra (társas támasz alsókálái) kapott pontszámok, továbbá értékek esetében normalitás vizsgálatot végeztünk a Shapiro-Wilk teszttel ($p > 0.05$ esetén a változó normál eloszlású). Mivel az egyes csoportokban a változók eloszlása vegyesen normális és nem normális eloszlást, de többségében nem normális eloszlást mutatott, így a változók összehasonlítására az egyes csoportokban egységesen lineáris modellt, Mann-Whitney próbát, illetve Kruskal-Wallis-próbát alkalmaztuk és a medián értékek kerültek megadásra. A folytonos változók közti összefüggés vizsgálata Spearman-féle rangkorrelációval történt.

Eredmények

Támogató személyek száma:

A Társas Támasz Kérdőív első kérdése a támogatók számára kérdez rá: „*Körülbelül hány közeli barátja és rokona van (olyan emberek, akikkel nem feszélyezi magát, és bármiről tud beszélgetni, ami az eszébe jut)?*”

Az eredmények alapján szignifikáns különbség van a *nemek* között, az látszik, hogy nők csak fele annyi támogatót észlelnek maguk körül, mint a férfiak ($p=0.02524$; medián férfiak=10,0; medián nők=5,0). Szintén szignifikáns különbség van az *önálló független életvitel feladásában*, az intézményesített életvitelt folytatók kevesebb támogató személyt észlelnek maguk körül ($p=6.989e-3$; medián intézményesített=5,0; medián önálló=6,0). Az egyes *korcsoportok* kapcsán elmondható, hogy az életkor előrehaladtával csökken a támogatók száma, egyre kevesebb a segítő (pl. házastárs, családtagok, barátok) az idősök mellett ($p=0.1488$; medián idősödők=6,0; medián idős korúak=6,0; medián agastyánok=4,5), illetve a

különböző *egészségi állapotban* lévők közül a rossz és közepes egészségi állapotban lévők kevesebb támogatóról számoltak be, mint a jó egészségnek örvendőek ($p=0.1447$; medián rossz, kielégítő=5,0; medián közepes=5,0; medián jó, kiváló=7,5). *Családi állapot* kapcsán pedig elmondható, hogy a válaszadók közül az egyedülállók számoltak be a legkevesebb támogatóról, szemben a házasságban vagy élettársi kapcsolatban élőkkel ($p=0.0788$; medián elváltak=5,0; medián egyedülállók=2,5; medián özvegyek=6,0; medián házasok=7,0).

Az *önálló független életvitel feladása és az életkor változók együttes hatásának* vizsgálatokor a lineáris modell árnyaltabb képet mutatott ($p=5.078e-3$; $R^2=0.1465$; $F(5, 104)=3.571$). A 2. táblázatban látható eredmények alapján jól látszik, hogy az önálló független életvitelt folytatók és az intézményesített életvitelt folytatók közt a legfiatalabb korosztály (65-74 év közöttiek) esetében a legnagyobb a különbség, majd ez a különbség a 90 év feletti korcsoportjában kiegyenlítődik. Legkevesebb támogatóról az intézményesített életvitelt folytatók közül a legfiatalabb korosztály számolt be. Ők azok, akik fiatalon, túl korán, hirtelen jött betegség, baleset vagy elhúzódó felépülés miatt kerültek olyan állapotba, amely önálló független életvitelük feladásához vezetett. Ezzel a helyzettel megbirkózni rendkívül nehéz, esetükben volt legmagasabb a depresszió mértéke is. Jól látszik a támogatók számából, hogy az idősek az átlagosan 2 gyermekük, esetleg 2-3 unokájuk mellett több támogatót jelöltek, tehát a többi családtag, barátok, hivatásos segítők szerepe jelentős lehet.

		Életkor		
		65-74 év	75-89 év	90 év felett
Önálló független életvitel feladása	Önálló független életvitelt folytatók	10	8,5	<u>4*</u>
	Intézményesített életvitelt folytatók	<u>3,5*</u>	5	5

2. táblázat: Támogató személyek száma (fő) az egyes korcsoportokban az önálló független életvitelt folytatók és az intézményesített életvitelt folytatók közt a Társas Támasz Kérdőív első kérdésére adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Instrumentális támasz:

Instrumentális támasz tekintetében nincs szignifikáns különbség a *nemek* ($p=0.5995$; medián férfi=4,75; medián nő=4,75), a *korcsoportok* ($p=0.7228$; medián idősödők=4,75;

medián időskorúak=4,75; medián aggastyánok=4,625) és a különböző *egészségi állapotban* lévők ($p=0.1552$; medián rossz, kielégítő=4,5; medián közepes=4,75; jó, kiváló=5,0) között. *Önálló független életvitel feladása* kapcsán az önálló független életvitelt folytatók kicsivel nagyobb instrumentális támaszról számoltak be ($p=2,463e-3$; medián intézményesített=4,5; medián önálló=5,0). *Családi állapot* kapcsán pedig elmondható, hogy a válaszadók közül az elváltak tapasztalták a legkisebb, míg a házások a legnagyobb mértékű instrumentális támaszt ($p=0.02219$; medián elváltak=4,0; medián egyedülállók=4,5; medián özvegyek=4,75; medián házások=5,0).

Az *önálló független életvitel feladása és az életkor változók együttes hatásának* vizsgálatakor a lineáris modell már árnyaltabb képet mutatott ($p=7.371e-5$; $R^2=0.2217$; $F(5, 104)=5.924$). A 3. táblázatban látható eredmények alapján jól látszik, hogy az intézményesített életvitelt folytatók esetében ugyanis az életkorral nem csökken, hanem szignifikánsan nő az észlelt instrumentális támasz. Az intézményesített életvitelt folytatók közül a legidősebb emberek tehát úgy érzik, megkapják a szükséges fizikális segítséget. A legkisebb mértékű támaszról, ahogy a támogatók számánál láttuk, itt is az intézményesített életvitelt folytatók közül a legfiatalabb korosztály (65-74 év közötti) számolt be. Ők érezhetik úgy, hogy rendkívül megromlott egészségi állapotuk még több fizikális törődést igényelne.

		Életkor		
		65-74 év	75-89 év	90 év felett
Önálló független életvitel feladása	Önálló független életvitelt folytatók	5,0	5,0	4,25
	Intézményesített életvitelt folytatók	<u>3,875*</u>	4,5	4,75

3. táblázat: Észlelt instrumentális támasz mértéke az egyes korcsoportokban az önálló független életvitelt folytatók és az intézményesített életvitelt folytatók közt a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Érzelmi információs támasz:

Érzelmi-információs támasz tekintetében nincs szignifikáns különbség a *nemek* ($p=0.856$; medián férfi=4,25; medián nő=4,125) között, ugyanakkor szignifikáns különbség van a korcsoportok, a különböző egészségi állapotban lévők és a különböző családi állapotúak

között, továbbá az *önálló független életvitel feladása* szempontjából. Az egyes *korcsoportok* közül a legidősebbek észlelik a legkisebb érzelmi-információs támaszt ($p=0.02292$; medián idősödők=4,375; medián időskorúak=4,25; medián aggastyánok=3,375), a különböző *egészségi állapotban* lévők közül a rossz egészségi állapotban lévők ($p=2.136e-5$; medián rossz, kielégítő=3,75; medián közepes=4,0; medián jó, kiváló=4,875), a különböző *családi állapotúak* közül az egyedülállók ($p=1.267e-3$; medián elváltak=4,375; medián egyedülállók=3,5; medián özvegyek=3,75; medián házások=4,625), míg *önálló független életvitel feladása* szempontjából az intézményesített életvitelt folytatók ($p=4.618e-5$; medián intézményesített=3,75; medián önálló=4,5) észlelik a legkisebb érzelmi-információs támaszt.

Az *önálló független életvitel feladása és az életkor változók együttes hatásának* vizsgálatok a lineáris modell még árnyaltabb képet mutatott ($p=2.936e-6$; $R^2=0.2725$; $F(5, 104)=7.79$). A 4. táblázatban látható eredmények alapján jól látszik, hogy míg az önálló független életvitelt folytatók esetében a korrallal csökken az érzelmi-információs támasz, addig az intézményesített életvitelt folytatók esetében a legfiatalabbknál (65-74 év) a legalacsonyabb és a 75-89 év közöttiek esetében a legmagasabb, ugyanakkor minden korcsoportban az intézményesített életvitelt folytatók körében alacsonyabb az észlelt érzelmi-interakciós támasz, mint az önálló független életvitelt folytatók körében. A legkisebb mértékű támaszról, ahogy az instrumentális támasznál is láttuk, itt is az intézményesített életvitelt folytató legfiatalabb korosztály (65-74 év közötti) számolt be. Ők érezhetik úgy, hogy rendkívül megromlott egészségi állapotuk miatt több érzelmi törődésre lenne szükségük.

		Életkor		
		65-74 év	75-89 év	90 év felett
Önálló független életvitel feladása	Önálló független életvitelt folytatók	4,75	4,438	3,688
	Intézményesített életvitelt folytatók	<u>3,0*</u>	3,875	3,062

4. táblázat: Észlelt érzelmi-információs támasz mértéke az egyes korcsoportokban az önálló független életvitelt folytatók és az intézményesített életvitelt folytatók közt a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Pozitív szociális interakciókon alapuló támasz:

Pozitív szociális interakciókon alapuló támasz tekintetében nincs szignifikáns különbség a *nemek* ($p=0.6235$; medián férfi=4,5; medián nő=4,143) között, ugyanakkor szignifikáns különbség van a korcsoportok, a különböző egészségi állapotban lévők és a különböző családi állapotúak között, továbbá az *önálló független életvitel feladása* szempontjából. Az egyes *korcsoportok* közül a legidősebbek észlelik a legkisebb mértékű pozitív szociális interakciókon alapuló támaszt ($p=3.871e-3$; medián idősedők=4,571; medián időskorúak=4,143; medián aggastyánok=3,571), a különböző *egészségi állapotban* lévők közül a rossz egészségi állapotban lévők ($p=4.396e-5$; medián rossz, kielégítő=3,714; medián közepes=4,143; medián jó, kiváló=5,0), a különböző *családi állapotúak* közül az egyedülállók ($p=4.652e-5$; medián elváltak=4,0; medián egyedülállók=3,5; medián özvegyek=3,857; medián házasok=5,0), míg *önálló független életvitel feladása* szempontjából az intézményesített életvitelt folytatók ($p=8.65e-5$; medián intézményesített=3,714; medián önálló=4,714) észlelik a legkisebb mértékű pozitív szociális interakciókon alapuló támaszt.

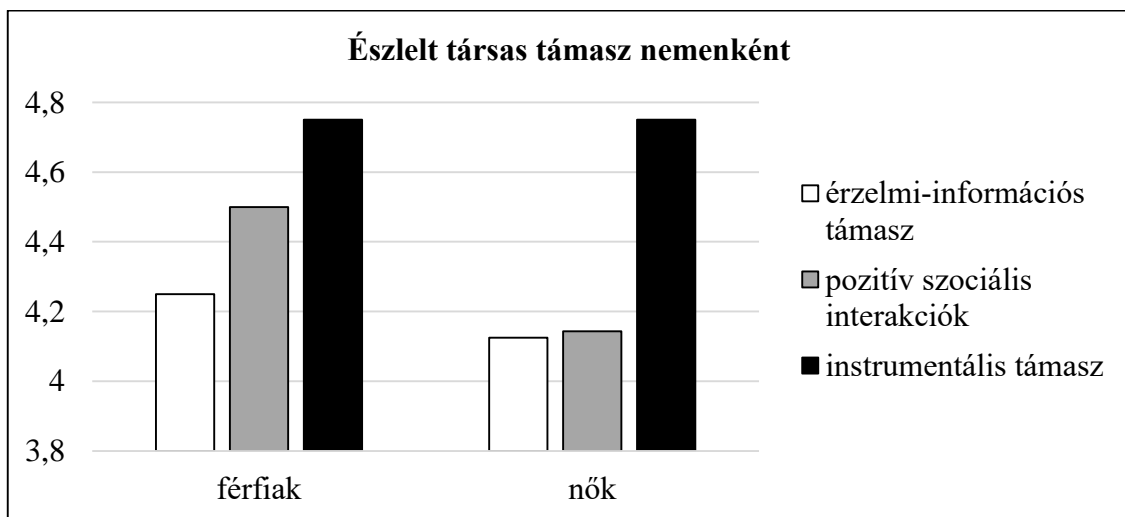
Az *önálló független életvitel feladása és az életkor változók együttes hatásának* vizsgálatok a lineáris modell még árnyaltabb képet mutatott ($p=9.673e-7$; $R^2=0.289$; $F(5, 104)=8.453$). Az 5. táblázatban látható eredmények alapján jól látszik, hogy míg az önálló független életvitelt folytatók esetében a korrallal csökken a pozitív szociális interakciókon alapuló támasz, addig az intézményesített életvitelt folytatók esetében a legfiatalabbaknál (65-74 év) a legalacsonyabb és a 75-89 év közöttiek esetében a legmagasabb, ugyanakkor minden korcsoportban az intézményesített életvitelt folytatók körében alacsonyabb a pozitív szociális interakciókon alapuló támasz, mint az önálló független életvitelt folytatók körében. A legkisebb mértékű támaszról, ahogy az érzelmi-információs támasznál is láttuk, itt is az intézményesített életvitelt folytató legfiatalabb korosztály (65-74 év közötti) számolt be. Ők érezhetik úgy, hogy rendkívül megromlott egészségi állapotuk miatt kevesebb szociális interakcióban lehet részük és a meglévőnél többet igényelnek.

		Életkor		
		65-74 év	75-89 év	90 év felett
Önálló független életvitel feladása	Önálló független életvitelt folytatók	5,0	4,714	3,714
	Intézményesített életvitelt folytatók	<u>3,357*</u>	3,857	3,5

5. táblázat: Észlelt pozitív szociális interakciókon alapuló támasz mértéke az egyes korcsoportokban az önálló független életvitelt folytatók és az intézményesített életvitelt folytatók közt a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Támasz típusok összehasonlítása

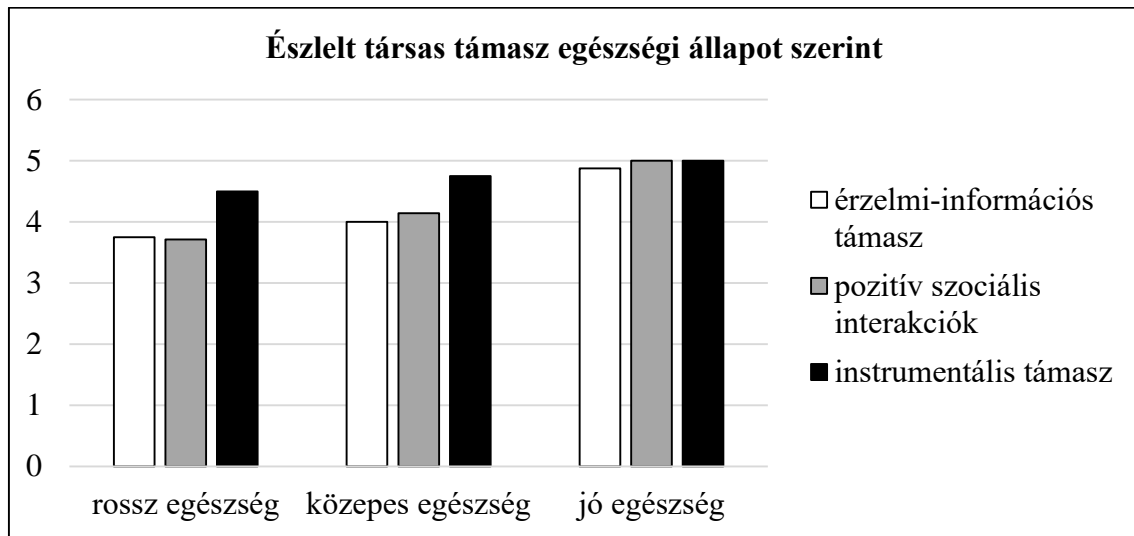
Egyik támasztípus sem különbözik szignifikánsan a férfiak és a nők esetében, továbbá mindkét nem esetében az érzelmi-információs támasz bizonyult a legkisebb, míg az instrumentális támasz a legnagyobb mértékűnek, amely az 1. ábrán látható.



1. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása nemenként (férfiak; nők) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

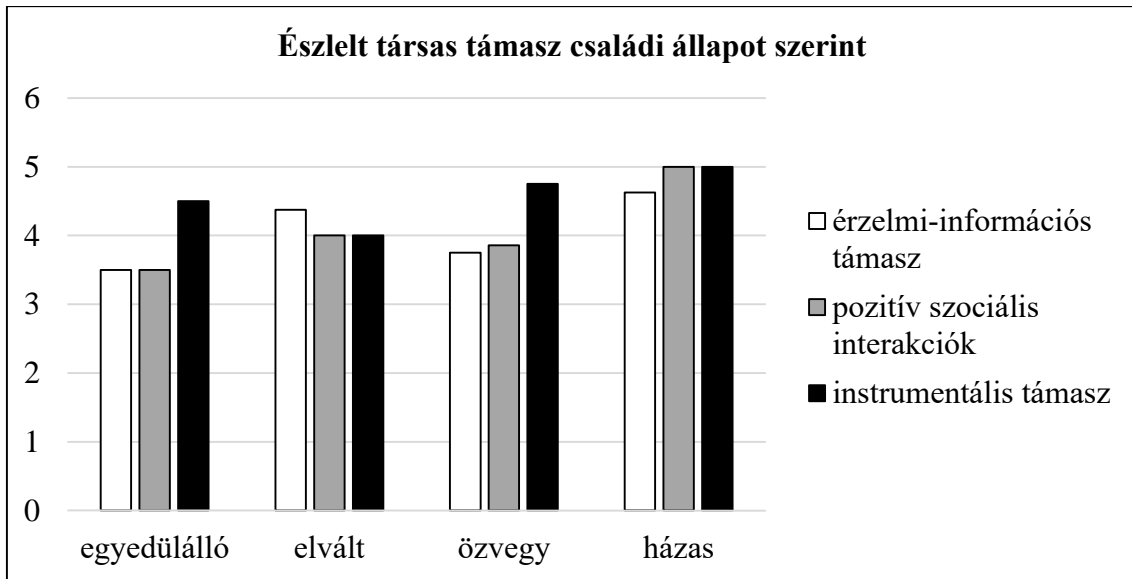
A rossz és kielégítő egészségi állapotban lévők szignifikánsan kisebb támaszt észleltek az instrumentális támaszon kívüli támasztípusok esetében, mint a jó és kiváló egészségi állapotban

lévők, továbbá minden esetben az érzelmi-információs támasz bizonyult a legkisebb, míg az instrumentális támasz a legnagyobb mértékűnek, amely a 2. ábrán látható.



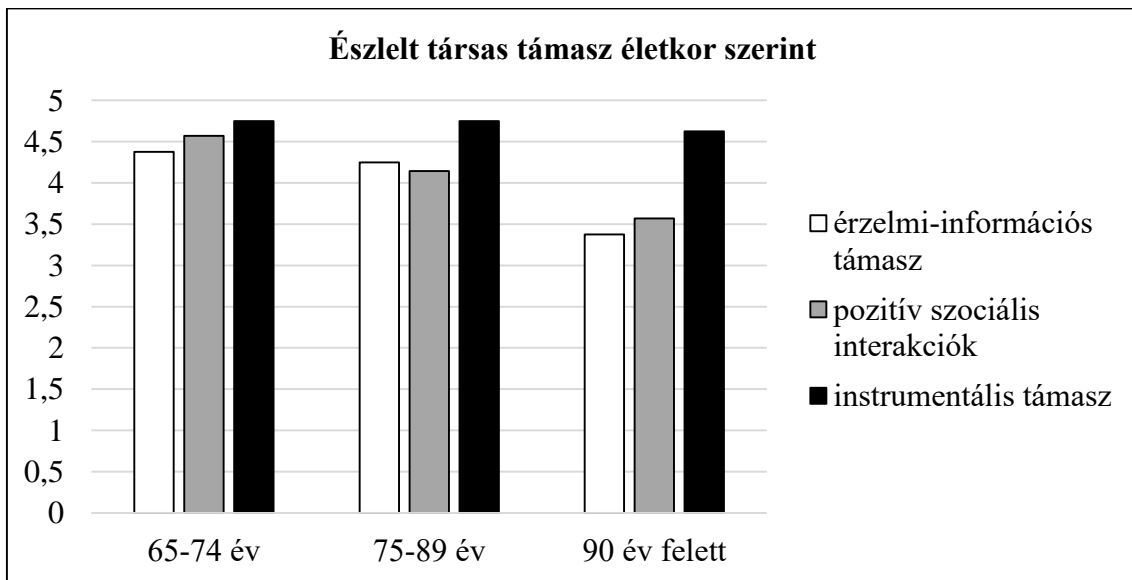
2. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása egészségi állapotok szerint (rossz-kielégítő egészségi állapot; közepes egészségi állapot; jó-kiváló egészségi állapot) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Az egyedülállók és elváltak szignifikánsan kisebb támaszról számoltak be, mint a házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők, továbbá az elváltak kivételével minden esetben az érzelmi-információs támasz bizonyult a legkisebb, míg az instrumentális támasz a legnagyobb mértékűnek, amely a 3. ábrán látható.



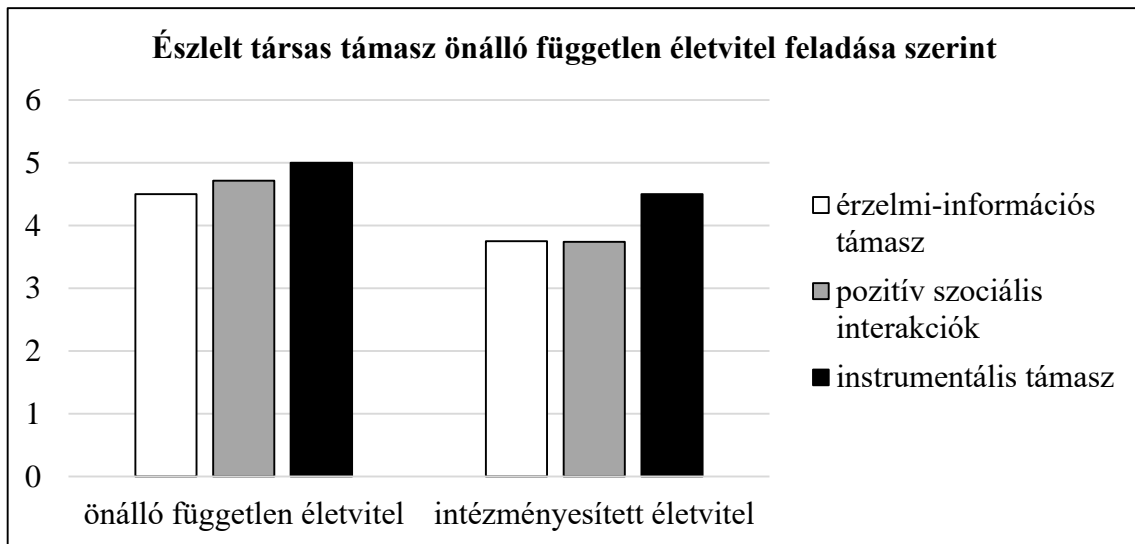
3. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása családi állapot szerint (egyedülállók; elváltak; özvegyek; házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Az életkorral csökkenő tendencia figyelhető meg mindegyik támasz típus esetében, továbbá minden korcsoportban az érzelmi-információs támasz kisebb mértékűnek bizonyult, mint az instrumentális támasz, amely a 4. ábrán látható.



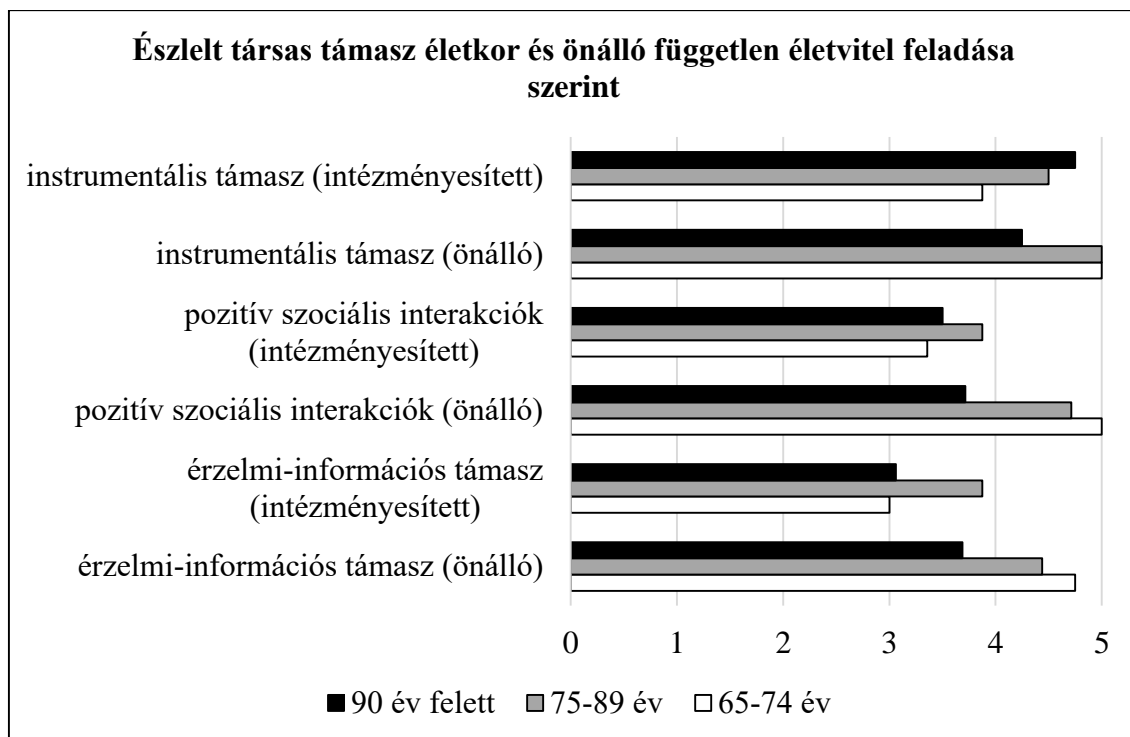
4. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása korcsoportonként (életkor: 65-74 év között; 75-89 év között; 90 év felett) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Az intézményesített életvitelt folytatók mindegyik támasz típus esetében szignifikánsan kisebb észlelt támaszról számoltak be, mint az önálló független életvitelt folytatók, továbbá mindkét csoport esetében az érzelmi-információs támasz kisebb mértékűnek bizonyult, mint az instrumentális támasz, amely az 5. ábrán látható.



5. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása önálló független életvitel feladása szerint (önálló életvitelt folytatók; intézményesített életvitelt folytatók) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

A 6. ábra az önálló független életvitel feladása és az életkor változók együttes hatásának vizsgálatok kapott eredményeket foglalja össze. Az összefoglaló ábrán ugyancsak az látszik, hogy az egyes csoportok esetében az érzelmi-információs támasz bizonyult a legkisebb, míg az instrumentális támasz a legnagyobb mértékűnek.



6. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása korcsoportonként (életkor: 65-74 év között; 75-89 év között; 90 év felett) és önálló független életvitel feladása szerint (önálló független életvitelt folytatók; intézményesített életvitelt folytatók) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

Korrelációk:

A 6. táblázatban látható eredmények alapján jól látszik, hogy mindhárom támaszfajta közepes erősséggel ($\rho=0,4-0,6$), vagy gyengén, de biztosan ($\rho=0,2-0,4$) korrelál az étellel való elégedettség (SWLS), a támogatók számával és az idősödés növekedésként való megélésével (AAQ-növekedés) és negatívan korrelál az időskori depresszióval (GDS) és az idősödés veszteségként való megélésével (AAQ-veszteség). Vagyis minél több támogató veszi körül az időseket, annál nagyobb fokú támaszt élnek meg. Minél magasabb az észlelt támasz mértéke, annál nagyobb az étellel való elégedettség, annál kisebb mértékű a depresszió és annál valószínűbb, hogy az idősödést inkább fejlődésnek élik meg, semmint veszteségnek. Az instrumentális támasz kapcsán az utódok (gyermek, unokák száma) és az észlelt támasz között nem volt kapcsolat, tehát ténylegesen megmutatkozik a többi családtag, barátok és hivatásos segítők szerepe idős korban.

Korreláció (rho)	Támasz típusok		
	Instrumentális támasz	Érzelmi-információs támasz	Pozitív szociális interakciókon alapuló támasz
Támogatók száma	0,2954	0,3902	0,5105
Utódok száma	nem szignifikáns	0,2334	0,2528
SWLS	0,4667	0,4121	0,4718
AAQ-növekedés	0,3254	0,2636	0,3230
GDS	- 0,3301	- 0,3193	- 0,4235
AAQ-veszteség	- 0,3295	- 0,3824	- 0,4563

6. táblázat: Az észlelt támasz és a vizsgálat egyes paramétereinek közti korreláció (Spearman-féle rangkorreláció; rho=0,2-0,4: gyenge korreláció; rho=0,4-0,6: közepes korreláció)

Következtetések és javaslatok

Kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy az észlelt társas támasz mértéke milyen tényezőktől függ (nem, életkor, családi állapot, egészség, önálló független életvitel feladása), hogyan függ össze az idősödés megélésével. Kutatásunk eredménye alapján az észlelt társas támasz mértéke nem különbözik a férfiak és a nők esetében, a férfiak ugyanakkor kétszer annyi támogatóról számoltak be, mint a nők. *Családi állapot* tekintetében általánosságban elmondható, hogy a legkisebb észlelt támaszról és a legkevesebb támogatóról az egyedülállók és elváltak, legmagasabb észlelt támaszról és a legtöbb támogatóról a házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők számoltak be, amely összhangban van Sz. Makó és mts. (2016) eredményeivel. *Egészségi állapot* tekintetében a rossz egészségi állapotban lévők kisebb támaszt észlelnek és kevesebb támogató jelenlétéről számoltak be, mint a jó, kiváló egészségi állapotúak.

Feltételezésünk szerint az észlelt társas támasz eltérő az egyes korcsoportokban, az életkor előrehaladtával csökken a társas támasz. Feltételezésünket a kutatás igazolta, mivel az egyes korcsoportok tekintetében mindhárom támaszfajta és a támogatók számának esetében is az életkorral csökkenő tendencia figyelhető meg, amely összhangban van Sz. Makó és mts. (2016) eredményeivel. Ez a közeli ismerősök, házastárs halálával bekövetkező kapcsolati háló gyengülésének, a segítő kapcsolatok csökkenésének is betudható.

Feltételezésünk szerint az észlelt társas támasz mértéke eltérő a különböző élethelyzetekben, az intézményesített életvitelt folytatók nagyobb mértékű támaszra számíthatnak, mint az önálló független életvitelt folytató idősök. Feltételezésünket a kutatás nagyrészt alátámasztotta. *Önálló független életvitel feladása* tekintetében mindhárom támaszfajta esetében szignifikáns különbség figyelhető meg az intézményesített életvitelt folytatók és az önálló életvitelt folytatók közt, az intézményesített életvitelt folytatók kisebb észlelt támaszról számoltak be mindhárom korcsoportban, mindhárom támaszfajtánál, kivéve az intézményesített életvitelt folytató 90 év felettiiek esetében észlelt magasabb instrumentális támasz. Ez összhangban van Choi és mts. (2008) és Jongenelis és mts. (2004) vizsgálatainak eredményével, melyekben az idősotthonokban jelentkező depresszió egyik forrásaként a társas támasz hiányát és a nem megfelelő mennyiségű és minőségű személyzetet jelölték meg. Bár sokan épp azért költöznek idősök otthonába, hogy életük egyik leginkább kiszolgáltatott, mások segítségére utalt időszakában megfelelő támaszt kapjanak, ezen támaszt azonban inkább csak instrumentális jellegű támaszként észlelik (fizikális segítségnyújtás az étkezésben, orvosi ellátásban, stb.), nem pedig érzelmi és szociális támaszként. A támogatók száma a legfiatalabb korcsoportban tér el egymástól leginkább, míg a 90 éves kor felett ez az eltérés minimálisra csökken.

Feltételezésünk szerint az életkor és az élethelyzet együttesen hatással van az észlelt társas támasz mértékére. Feltételezésünket a kutatás alátámasztotta. Mindhárom támasz fajta esetében elmondható, hogy míg az önálló független életvitelt folytatók esetében a korrallal csökken az észlelt társas támasz, addig az intézményesített életvitelt folytatók esetében a legfiatalabbaknál (65-74 év) a legalacsonyabb és a 75-89 év közöttiek esetében, illetve az instrumentális támasz a legidősebbeknél a legmagasabb. A legkisebb mértékű támaszt a 65-74 év közötti, intézményesített életvitelt folytató emberek észlelik, akik túl fiatalon, többnyire hirtelen bekövetkezett állapotromlás miatt kerültek idősotthonba. Minél inkább rossz egészségben van valaki, magányos, egyedül él vagy túl korán kényszerült önálló független életvitele feladására, annál nagyobb mértékű támaszt igényelne, de úgy érzi, ezt nem kapja meg.

Magasabb észlelt társas támasz esetén nagyobb mértékű az étellel való elégedettség, kisebb mértékű a depresszió és az idősödés megélése is pozitívabb, inkább pszichológiai növekedésként, semmint pszichoszociális veszteségként élik meg idősödésüket a válaszadók. Fontos ugyanakkor megjegyezni, hogy a ténylegesen nyújtott támasz és az észlelt támasz nem azonos. Érdekes lehet megvizsgálni azt is, hogy az idősök kiktől (pl. család, barátok, szociális segítők, stb.) milyen jellegű támaszt (pl. instrumentális, érzelmi, stb.) igényelnek és kapnak meg, illetve ebből milyen mértékű támaszt észlelnek. Az érzelmi támasz szinte minden esetben

alacsonyabb volt, mint az instrumentális támasz, a válaszadók tehát úgy érzékelik, hogy a szükséges fizikális segítségnyújtás elérhető a számukra, ugyanakkor kevés lehetőség mutatkozik arra, hogy valaki meghallgassa őket, közös programokat szervezzen velük. Az idősothonokban, nyugdíjas klubokban, vallási közösségekben számos programlehetőség kínálkozik, sokszor elérhető hivatásos segítő, ennek ellenére mégis érzik inkább magányosnak magukat az idősek.

Kiemelkedően fontos lenne az egyedül élő legidősebb emberek és az idősothonokban élők érzelmi támogatása. A pandémia időszakában az idősothonokban elrendelt látogatási tilalom és az emberi élet védelme érdekében elrendelt, az önellátásra képes időseket is érintő egyéb korlátozások ugyanakkor tovább csökkenthetik az érzelmi és a pozitív szociális interakciókon alapuló észlelt társas támaszt és az érzelmi támaszt, amelyek minden korcsoportban és élethelyzetben eleve alacsonyabbnak bizonyultak, mint az instrumentális támasz.

Irodalomjegyzék

- Bácskay A. (2017): Területi különbségek az idősgondozásban. In: *Ezüstkor: korosodás és társadalom*. KSH, 28-34.
- Bácskay A., Balogh K., Gregorits P., Kovács B., Mura-Mészáros P., Németh M., Pintér Á., Szabó R. (szerk.): *Szociális statisztikai évkönyv*, 2016. KSH, 2017
- Boga B. (szerk., 2015): *Idősgondozási kézikönyv. – A magyarországi időotthonok és hospice-ok adatbázisával*. Geriáter Service Kiadó.
- Boros J. (2017): Egészség időskorban. In: *Ezüstkor: korosodás és társadalom*. KSH, 35-50.
- Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008): Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health*, 12(5), 536–547.
- Forgács A. (2015): Társas támasz a gyászban. In: Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs. 382–398.
- Gilour H. (2012): Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Component of Statistics Canada Catalogue no. 82-003-X, Health Reports*. Letöltés: 2019.03.26.
- Ibrahim, N., Din, N.C., Ahmad, M., Ghazali, S.E., Said, Z., Shahar, S., Ghazali, A.R. and Razali, R. (2013): Relationships between social support and depression, and quality of life of the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5: 59-66.
- Jongenelis K., Pot A.M., Eisses H., Beekman A.T.F., Kluiters H., Ribbe M.W. (2004): Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, Volume 83, Issues 2–3, 135-142.
- Kai-Kuen Leung, Ching-Yu Chen, Bee-Horng Lue, Shih-Tien Hsu (2007): Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 44, Issue 2, March–April 2007, Pages 203-213.
- Kállai J. (2007): Egészség és társas támogatás. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, 199-214.
- Kopp M., Székely A. (2013): Nagyszülők, szülők és unokák: testi és lelki egészség. A generációk közötti kapcsolatok egészségpszichológiai szerepe. In: Kállai J., Kaszás B, Tiringner I. (szerk.): *Az időskorúak egészségpszichológiája*. Medicina Kiadó, Budapest. 105-118.
- Lampeck K., Rétsági E. (2015): *Egészséges idősödés – az egészségfejlesztés lehetőségei időskorban*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

- Martos T., Désfalvi J., Ittész A., Sallay V., Szabó T. (2014): Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 15 (2014) 3, 289-303.
- Monostori J., Gresits G. (2018): Idősödés. In: *Demográfiai portré 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 127-145.
- Morley, J. E. (2010). Depression in Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 301–303.
- Osváth P., Árkovits A., Csürke J. (2014): A „korfüggő krízisek” – az életközepi és az időskori krízis. In: Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (szerk): *Mindennapi kríziseink – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest. 187-203.
- Pék Gy. (2007): Egészségpszichológiai szempontok időskorban. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, 469-491.
- Székely G. (2017): Lakáspiaci életutak. In: *Ezüstkor: korosodás és társadalom*. KSH, 18-27.
- Sz. Makó H., Bernáth L., Szentiványi-Makó N., Veszprémi B., Vajda D., Kiss E. Cs. (2016): A MOS SSS – Társas Támasz mérésére szolgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 2016, 16(3):145–162.
- Tiringer I., Kaszás B. (2013): Az időskor pszichológiai jellemzői. In: Kiss E. Cs., Sz. Makó H. (szerk.): *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs. 53–66.
- Tróznai T., Kullmann L. (2007): Az idős emberek életminőségének és idősödéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. *LAM* 2007;17(2):137–143.
- Unalana D., Gocerb S., Basturkc M., Baydurd H., Ozturke A. (2015): Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*, Volume 6, Issue 4, July 2015, Pages 319-324.

A szerzők:

Ferwagner Anna

ferwagner.anna@gmail.com

Dr. Pék Győző PhD

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet

4032 Debrecen, Egyetem tér 1.

viktorbaker55@gmail.com

Levelező szerző:

Ferwagner Anna

PhD hallgató, Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola Pszichológia Program

e-mail: ferwagner.anna@gmail.com