

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

Tisztelt Olvasó!

A Magyar Gerontológia folyóirat 2024.évi rendes számában 9 közleményt talál. Szemléletünkhöz híven ez évben is számos – a gerontológia muntidiszciplináris területeit átfogó lehet a számban olvasni.

Markovics Dorina és szerzőtársai az időskori multimorbiditás és az ezek kezelésére alkalmazott többféle gyógyszeres kezelés (polifarmácia) összefüggéseit vizsgálta. Savella Orsolya és szerzőtársa az időskori menopauza, illetve az ezzel kapcsolatos egészségtudatosság jellemzőit kutatták. Szintén főképpen egészségtudományi fókuszú Bassel Awnar Asaad és szerzőtársainak közleménye, mely a fejlődő országok – jelen esetben Szíria példáján keresztül mutatják be az egészségügyi rendszer fejlesztésének lehetőségeit.

Az aktív idősödés különböző aspektusait vizsgálta több a 2024. évi számban megjelent írás is. Bede Melinda és Pachner Orsolya a lakóhelyi társas viszonyok időskori aktivitásra gyakorolt hatását vizsgálta otthonukban élő és intézményi ellátást igénybe vevő idősök esetében. Virágh Viktória az idősök szociális szolgáltatásaiban adaptálható sikeres idősödéshez kapcsolódó tanulási programok elméleti kereteit mutatta be, míg Beck-Zaja Mónika a könyvtárban alkalmazott Digitális Jólét projektet ismertetett.

Két recenzió is helyt kapott az éves számban. Toldi Andrea Generációk harca címmel recenzálta Steigervald Krisztián (2024): Generációk harca. Hogyan értsük meg egymást? című könyvét, míg Tóth Dalma Egy láthatatlan történetről című írása Szűcs Teri: Visszatért hozzám az emlékezet című könyvéről írt ismertetőt.

Tudománynépszerűsítő rovatunkban Nagyné Mudra Mónika mutatja be az idősök otthona és az Alzheimer Café program sikeres együttműködésének modelljét.

Patyán László
főszerkesztő

Dear Reader,

The 2024 issue of *Hungarian Gerontology* presents a collection of nine scholarly articles that reflect the journal's continued commitment to the multidisciplinary exploration of aging and gerontological research.

In this issue, Dorina Markovics and colleagues investigate the association between multimorbidity in older adults and the corresponding prevalence of polypharmacy. Orsolya Savella and her co-authors explore the characteristics of menopause in later life and examine related aspects of health awareness. Also focusing on health sciences, Bassel Awnar Asaad and his research team discuss opportunities for improving healthcare systems in developing countries, using Syria as a case study.

A significant portion of the issue is dedicated to various dimensions of active aging. Melinda Bede and Orsolya Pachner analyze the role of social relationships in promoting activity among older adults living both independently and in institutional care settings. Viktória Virágh introduces a theoretical framework for educational programs aimed at successful aging, with implications for social services targeting the elderly. Mónika Beck-Zaja presents the *Digital Wellbeing* project, implemented within library settings to support digital inclusion among older populations.

This edition also features two book reviews. Andrea Toldi reviews *Generations in Conflict: How Can We Understand Each Other?* (2024) by Krisztián Steigervald, while Dalma Tóth offers a perspective on the book of Teri Szűcs' *The memory returned to me*.

Finally, in our science communication section, Mónika Nagyné Mudra highlights a best-practice model of collaboration between a retirement home and the Alzheimer Café program, demonstrating effective community engagement in dementia care.

We hope that this issue provides valuable insights and contributes meaningfully to the field of gerontology.

Sincerely,

László Patyán
Editor-in-Chief

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

Health Cooperation in light of crises and sanctions in Developing Countries. (Case study in Syria)

Bassel Anwar Asaad*, Riyam Ghandi Hasan ,
Mohammad Bassam Kashmar*****

*Tishreen University Economic College, Lattakia, Syria.

**University of Debrecen, Faculty of Health Sciences, Hungary

*** AL_Baath University, Department of Communications and Electronics Engineering,
Faculty of Electrical Engineering, , Homs, Syria

Keywords: health cooperation, artificial intelligence, the Syrian crisis, social consequences

Abstract

The methods, mechanisms, and plans for international health cooperation are still vague. However, many studies have confirmed that political affairs have great impacts on health bodies and organizations. Accordingly, the current study focuses on a special case which is the 13-year Syrian crisis, under the semi-collapse of the health system, foreign sanctions, and the unprecedented high demand for public health services. Hence, the problem can be expressed by the following question: Has health cooperation contributed to achieving social results during the Syrian crisis period under the increasing demand for health services? On the other hand, the study aimed to illustrate the reality of health cooperation (global, macro, micro) in the Syrian

government areas, which suffer from external sanctions. Moreover, it aims to study, analyze, and predict the demand for health services in Syria (Latakia) (using artificial intelligence models represented by the Facebook profit model and illustrating the social consequences of health cooperation in these areas. However, the descriptive analytical approach was used and artificial intelligence models were applied to analyze and predict data using Python. Accordingly, the study has an important set of results including: The economic sanctions imposed on the Syrian government during the current war have had a great impact on the economic situation in general, and the health sector in particular leading to a weak health system. Furthermore, the demand for health services in Latakia public hospitals increased significantly because of people displacement, in addition to high levels of poverty. Health cooperation in Syria has not resulted in effective social returns or to be able to encounter growing demand and minimize citizens' burdens. Finally, artificial intelligence models are highly efficient and credible in predicting health demand, which contributes to the development of plans and strategies.

Introduction

In today's rapidly changing healthcare landscape, collaboration has been represented as a key driver in health promotion. Healthcare systems around the world face common challenges, such as aging populations, high healthcare costs, the growing burden of chronic diseases, epidemics, wars...etc. It has become clear that a collaborative approach is necessary to address these issues effectively.

However, health has a dual nature as it is considered an end and a means for economic and social development at the same time. On the other hand, the accelerating increase of population worldwide and the high demand for health services accompanied by stable supply put the health sector at risk. However, there are constant endeavors and efforts made by countries to improve the health situation in many ways, the most important one is cooperation [1]. Many studies indicate that collaboration helps enhance health, the quality of shared information, and knowledge transfer, wherein there are varied measures for such collaboration and its consequences [2; 67]. Qualitatively speaking, collaboration in health leads to advanced and improved innovation, decision-making and relationships. Quantitatively, it helps minimize hospitalization and recovery time, symptom and psychological improvement, improved facilities, easy access to health services, and others [3]. The term health collaboration is defined as "a process in which services, relationships, and elements are interconnected in the health care process" [4].

Healthcare improvement includes not only specialists and providers but also patients. More precisely, this cooperation in making decisions and coordination is known as interpersonal collaboration [5]. Health cooperation in a health facility is called only micro health cooperation which refers to the relationship between patients and health personnel and cadres in different specialties, and all other services and material providers. On the other hand, some researchers believe that professionals and specialists consider cooperation as a mechanism to improve healthcare because they can exchange opinions, ideas, and services, and this may expand to include funding and planning between various health bodies (hospitals, ministries, health insurance companies, health authorities, etc.) and get better information about patients [6]. This can be called “Macro Health Cooperation”, which refers to the health cooperation between various governmental and non-governmental agencies inside the country, or it can be referred to as cooperation within the country’s health system. However, the collaboration of all health actors in a country reflects the best way of integration between healthcare and cooperation, the relationship type, and the cooperation feasibility and consequences [7]. Although cooperation between all health bodies within the same country is beneficial, there are many constraints and obstacles in this field, including time, lack of knowledge, routine, corruption, and lack of trust [8]. In fact, the last kind of health cooperation can be referred to as “global health cooperation”, which is external health cooperation with the local health system at various components. However, the Covid-19 crisis has illustrated the strengths and weaknesses of the global health system and international health cooperation by testing its resilience [9]. Global health cooperation can be divided into regional health cooperation and international health cooperation.

Over the past two decades, great attention has been paid to the concept of health cooperation in diverse fields. Thus, close cooperation can lead to good results and developed health and social effects, but it is worth noting that regular and repeated calls for more cooperation have not been accompanied by any detailed plans [10]. Many developed countries in Europe have been interested in health cooperation, and have endeavored to conclude several agreements to confront various health crises, as a result of the necessary need and the negative consequences of the Corona pandemic crisis [11]. Health systems seek to achieve varied goals and social returns, which are achieved by improving the population’s health indicators well, and meeting the growing health needs for all, leading to the advancement of societies and living condition enhancement [12; 13].

By adopting the concepts of health cooperation, countries seek to achieve many goals, particularly improving access to high-quality health services. So, the achievement of this goal

needs local and international health cooperation in many cases. Therefore, healthcare providers can exchange experiences, technologies, and resources to bridge the current gaps in the healthcare infrastructure between countries around the world. Additionally, health cooperation helps do research and development through the exchange of knowledge and participation in research, which have positive effects on the Global Health system [10]. Health cooperation contributes effectively during the period of crises, disasters and wars, through effort coordination and the exchange of experiences and assistance, which raises the capacity and flexibility of health systems to respond to various crises [9]. However, the demand for health services is one of the most important indicators used by many countries because of its importance in determining the population's needs for health services, and its impact on determining the necessary supply of health services and ensuring it. On the other hand, the demand for healthcare and health services is more complicated than the demand for other goods because healthcare decisions are always puzzling and not easy [14].

The high increase in demand for health services during the crisis period has great impact on the health system response. In this context, studies discussed the effects of the sudden rise in health demand during the Corona pandemic period and the great pressure on hospitals accompanied by the collapse of health systems in some countries. Nevertheless, without global health cooperation (international and regional), health systems in countries, such as Italy, could not face the crisis, which was accompanied by catastrophic social consequences, wherein health cooperation contributed to minimizing [15]. Forecasting the demand for health services plays an important role in estimating the number of services provided to clients in the future. Thus, the more realistic the forecast, the more helpful for the management to provide appropriate financial appropriations that cover patients' needs in hospitals and health centers, in addition to developing plans and policies. On the other hand, the correct forecasting of future demand contributes to illustrate difficulties and challenges and developing strategies necessary for health cooperation in its different forms (micro, macro, regional, and international) [16].

Syria has suffered from an armed conflict for thirteen years leading to severe damage to healthcare infrastructure and affecting badly on the health system. However, this crisis is still affecting the country, reaching a culmination in one of the world's most complex emergencies with large-scale humanitarian needs.

However, the current crisis has directly affected health development indicators with the result that Syria has lost from 10 to 20 years of economic development in general and health development in particular. This was accompanied by the respread of many pandemics (typhoid, hepatitis A, measles, leishmaniasis, polio, tuberculosis, AIDS, and other psychological

illnesses). The war in Syria has led to the establishment of sub-health systems in northwestern Syria (including Turkish-controlled areas in northern Syria), northeastern regions under the Autonomous Administration of North and East Syria, and the remaining two-thirds of the country under the Syrian government control (Syria Public Health Network 2020). These health systems have evolved differently with different leadership and governance structures, differences in funding, and different priorities in providing health care [17]. Moreover, Syria has the highest number of internally displaced persons and refugees in other countries. During the war, at least half of the Syrian population, which was estimated 22 million, has been displaced, 6.7 million are internal refugees, women and children consisted of at least two-thirds of those displaced, and nearly 4.3 million were external refugees. Accordingly, the poverty percentage was 95% in Syria, according to the United Nations report for 2022. Therefore, the need for complex health cooperation has increased, which helps provide health services and reduce the war's social effects on the population, in light of a significant increase in demand for government health services and the high cost of private medical services resulting from inflation, making people unable to buy health and medical services from the private sector [18]. During 13 years of crisis and war, the Syrian health services sector has been significantly influenced. According to the data of the Syrian Ministry of Health at the end of 2022, up to 65% of hospitals have limited or no capacity. Additionally, more than 67% of health centers were damaged, and more than 72% of doctors and specialists in various fields traveled abroad [20; 21; 19].

Understanding the health issues of internally displaced people (IDPs) and the response of the health system, requires a deep understanding of their complex situation. IDPs are unevenly distributed in three key areas controlled by the various conflict parties, each one has developed its health system (UNHCR 2018). The Syrian health sector is unorganized and multi-dependent. In other words, some health facilities are affiliated with the Ministry of Health, others with the Ministry of Education and Scientific Research, and some others with governmental and non-governmental ministries, bodies, or organizations. However, international organizations, associations and bodies have been greatly active in the humanitarian and health field during the crisis. Meanwhile, with the spread of disorganization, the health system has become unstable and the spread of corruption makes achieving positive results of health cooperation difficult [22]. In many cases, the degree of global health response and cooperation has been acceptable during crises around the world (health, environmental, wars) that are accompanied by a high increase in demand for health services. Therefore, health cooperation in its various forms is an important option to face high demand and achieve good social returns, whereas political

interventions, sanctions and international relations play a negative role in restricting this cooperation, such as the Syrian war, the Iraqi war, and the suffering in North Korea and other countries whose policies are contradicted to Western trends.

Consequently, the current research aims to fill the scientific gap related to the limited studies about health cooperation and its social role in the increasing demand for health services during the crisis period in third-world countries that suffer from long wars and increasing economic sanctions. Despite the large number of studies about health cooperation during crises at the global level, there is an urgent need to study the reality of health cooperation and its social effects under the high demand during crises in third-world countries that suffer from economic and political sanctions. Hence, the study problem can be formulated in the following question: Did health cooperation contribute to achieving social results during the Syrian crisis in light of the increasing demand for health services?

Study Objectives

The study aims to:

- 1) Illustrate the reality of health cooperation (global, macro, micro) in the Syrian government areas, which suffer from external sanctions.
- 2) Study, analyze and predict the demand for health services in Syria (Latakia) using artificial intelligence models represented by the Facebook profit model.
- 3) Clarify the social consequences of health cooperation in the Syrian government areas, which suffer from external sanctions.

Study Significance

The importance of the study is based on two basic aspects. Theoretically, the study seeks to analyze a case that has not been adequately focused on by previous studies, which is the study of the health cooperation effects in countries that suffer from complex crises and several sanctions under the increasing demand for services and the high level of poverty. Practically, the study focuses on studying and analyzing the growing demand using artificial intelligence models and clarifying the social implications and effects of health cooperation. Hence, the current study is expected to contribute to supporting health cooperation and avoiding difficulties facing health cooperation in countries that suffer from crises, wars and external sanctions at the same time.

Study Hypotheses

The study adopted several hypotheses, which can be formulated as follows:

First hypothesis: Health cooperation has contributed to achieving high social returns in the light of the high demand for health services during the Syrian crisis.

Second hypothesis: The artificial intelligence model that is used to predict the demand for health services is very efficient and credible.

Study Methodology

The descriptive analytical approach was used. Furthermore, the data mining and collecting depended on different sources to design the table of demand for health services. The data was also analyzed using artificial intelligence models and the PYTHON program. Meanwhile, the study limits encompassed the Syrian government areas, since getting data is possible, in addition to the economic sanctions imposed by the United States, Europe and many other countries on the Syrian government which increased the health system burden and difficulties and significantly limited international health cooperation.

Study Model:

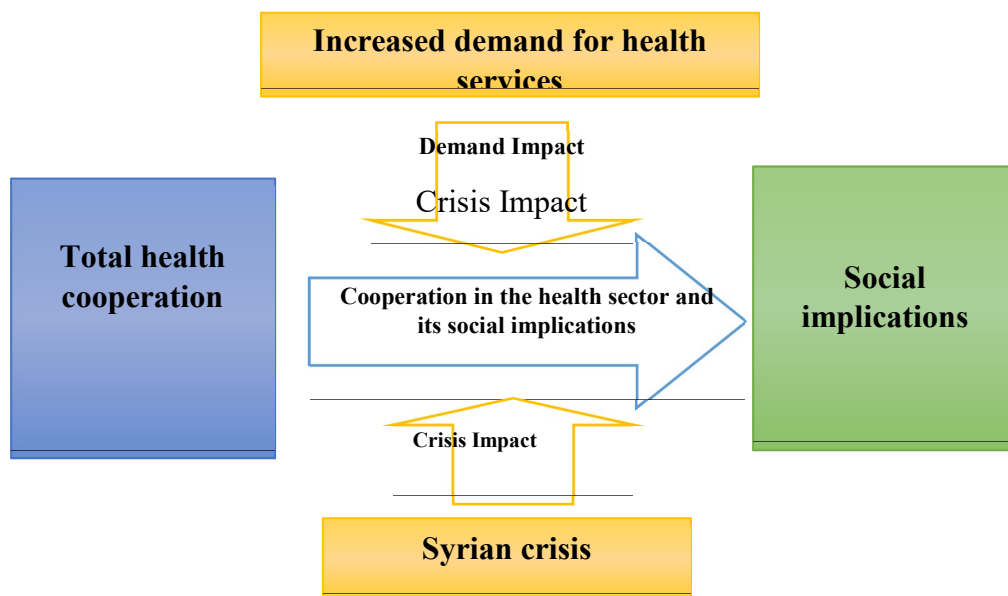


Figure 1 Study Model
Researchers' preparation

Source: own editing, 2024

Literature Review

Global cooperation in health matters is old, with more than 70 years of WHO activity. However, international health cooperation in developing countries and conflict zones has no substantive results, which is often affected by political relations. Cooperation in the health sector is constantly growing nowadays after the sequential challenges, particularly the Coronavirus pandemic. However, this cooperation may be national or international. Recently, cooperation between nations in healthcare has become very popular which includes the movement of experts, patients, and equipment between countries for mutual benefits. Nevertheless, many constraints resulted from the COVID-19 pandemic that badly affected international cooperation during several crises, including information scarcity, the collapse of some health systems, and difficulties in crossing the border [23]. Comprehensive health cooperation, which includes all forms and levels of health cooperation, can be expressed as follows:

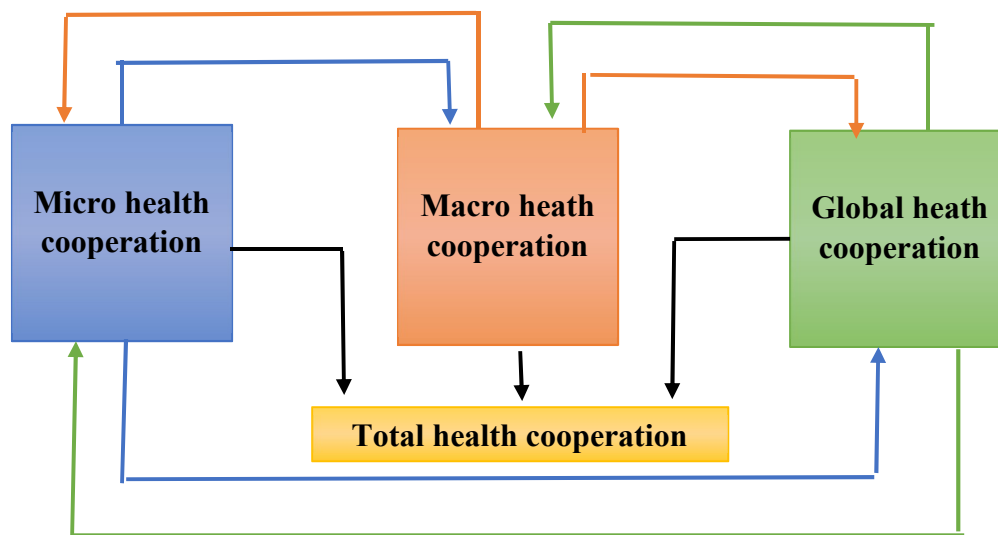


Figure 2: Comprehensive Health Collaboration Network

Researchers' preparation

Source: own editing, 2024

1. Micro health cooperation:

The first micro-network of health cooperation refers to the relationship in the health facility, which is the most important issue for patients. In this context, a great problem emerged during the period of disasters and wars, which is how to treat sick people during the period of natural or health disasters or wars. For example, during the period of the Corona pandemic, there were a lot of difficulties in planning and cooperation, and many hospitals stopped receiving other

cases that were not infected with the virus. So, health cooperation and its mechanisms during periods of crises, disasters and wars should be reconsidered [24]. On the other hand, transparency and equality are an important factor in health cooperation to be effective and efficient, since inequality and corruption have become a bad phenomenon spread in third world countries, which affect citizens' rights to equality and justice in getting health services, and hinder any partial health cooperation [25]. Working in a team significantly improves health cooperation and helps propose innovative solutions for complicated clinical issues, whereas the multidisciplinary team has more overlapping roles, communication and troubleshooting for the sake of patients, as well as achieving high social impact [26]. The COVID-19 crisis has had a significant impact on health cooperation in hospitals, as the interrelation between health authorities, patients and their families has been affected. Additionally, the increasing interest in Corona patients has influenced the ability to provide other health services by hospitals. Consequently, in crises, many constraints and difficulties interrupt cooperation [27].

On the other hand, some studies focused on the role of health cooperation within hospitals in improving health service quality. So, patients' satisfaction is an important indicator of the efficiency of health cooperation and is usually measured by various indicators, such as reliability and response strength [28].

Various crises affect the cooperation network in health facilities. More precisely, the difficulty of supply, high demand, low quality of services and the cancellation of many medical services are a great challenge for hospital management. In this context, a clear problem has emerged embodied in many unskilled and inexperienced hospital managers who are unable to face crises. Therefore, ways for health cooperation within hospitals must be studied and improved to develop future strategies to face various crises [29; 30].

Micro health cooperation plays an essential role in healthcare systems. However, there is no doubt that previous experiences during crises and wars indicated that many health systems around the world are weak in dealing with the sudden rise in demand for health services, and so hospital management's ability must be enhanced by activating the role of cooperation during the crisis.

2. Macro health cooperation:

Many studies emphasize the role and importance of local health cooperation in enhancing the provision of health services through interrelation and coordination between the various governmental and non-governmental components of the health system [31]. However, many studies have indicated the role of local health cooperation and its social importance, as

individuals' health is usually affected by many factors, such as education policies, economic and social conditions, health care, social insurance, work environment, living standards... etc. [32]. More precisely, the activities of national governments and the coordination with all non-governmental health and humanitarian authorities have a direct impact on the provision of appropriate health services both quantitatively and qualitatively. So, cooperation or partnership between several sectors may be a good way for activity coordination to enhance and improve individuals' health [33]. National and local collaborations have been introduced between all entities to improve health outcomes. Although these experiences are important, the review did not identify any credible evidence that this cooperation improved health. However, evidence for the effectiveness of locally developed partnerships targeting changes in health outcomes and behaviors is needed [34]. Macro (local) health cooperation includes the relationship between different sectors, the coordination of joining local partnerships, the increasing possibility of getting healthcare, the enhancement of disease prevention, and health-enhanced procedures that involve a variety of stakeholders (health insurance, social services, health-related networks, supply chains, patient associations, educational and training bodies, hospitals, health workers, societal associations, patients and their families etc.). Accordingly, the local health cooperation network is very complex [35]. Local health cooperation has an important role in achieving social returns and reducing the burden on citizens, but organization and cooperation is necessary between all parties within the complex local health cooperation network. Thus, the disorganization and chaos make the experience unimportant and the desired benefits unachievable. Therefore, plans and strategies must be developed and roles must be organized to make effective health cooperation with good social results.

3. Global health cooperation:

International cooperation has been greatly focused on solving health problems and addressing various challenges interrupting the provision of health services in general, and during crises in particular [36]. Therefore, many international and regional partnerships were held in many fields for health improvement, including common and mutual work between healthcare and social services, wherein this cooperation could be mandatory or voluntary, according to national policy [38; 37]. Otherwise, different kinds of cooperation and coordination between many healthcare institutions and international and national bodies and organizations. Moreover, these organizations have international and national cooperation. These organizations usually provide organized cooperation between doctors, patients and governments in different countries [39]. The COVID-19 pandemic and the economic tension between the USA and China had a bad

impact on countries that require international cooperation and support. This cooperation may include vaccine distribution and the development of drugs. Accordingly, the results confirmed that international relations significantly affect global health cooperation [40].

However, health security is one of the basic human rights, so this issue has got great attention and concern embodied by cooperation between nations; and this cooperation is crystalized in developing and conflicted countries where this right is absent. Therefore, international health cooperation is embodied in efforts made to face the inequality caused by this pandemic [29]. This led to suspicion and mistrust in international organizations, including the World Health Organization [41]. The global health cooperation system has insufficient contribution to solving the COVID-19 crisis because conflicts and power-related interests of international relations have harmed the work of international organizations, leading to a decline in confidence in international organizations such as the World Health Organization. So, alternatives must be sought, as similar epidemics or crises may occur in the future. At the same time, international health cooperation was limited and inefficient in the Syrian government areas, wherein many countries took part in the sanctions imposed on the Syrian state by the United States.

4. Health services Demand:

Demand for health usually increases during crises, especially medical ones. Moreover, there are many economic determinants for the demand for healthcare services, including the health service cost and the patient's income. Therefore, the demand for health services is influenced by a set of economic and social factors that vary according to the country [42]. There are many factors affecting the demand for health services, which are determined by a set of factors that influence it positively or negatively. However, individuals' demand for health services is related to various other determinants, which are known as social determinants of health. In detail, they are a set of determinants and structural conditions of everyday lifestyle that is responsible for a major part of health disparities between countries and within the same country [43].

These determinants include income level, goods and services, people's living conditions such as the accessibility to health services and health insurance, schools and education, working and leisure conditions, housing, environment, age, number of family members, gender, treatment costs, price of medicines and marital status etc. [44]. The current crisis and war, in addition to the Covid-19 crisis, have a great impact on the increase in health demand for government hospitals. Moreover, there are other factors for this increase including low per capita income, and hyperinflation [45]. International cooperation was badly affected by the COVID-19 pandemic. However, international cooperation such as the European Union is being criticized

for not being able to act properly during the pandemic and meet the high demand for health, as health systems have fully collapsed in countries like Italy [46].

5. Syrian crisis and economic sanctions:

Notably, Syria and the USA's political relations are interrupted by several difficulties. Throughout history, the United States has imposed more than 31 sanctions on Syria, the most influential one was after 2011. At the same time, the European Union, Canada, Japan and other countries imposed many political and economic sanctions represented by breaking off diplomatic relations, economic and financial sanctions on Syrian banks, ministries and companies ...etc. Consequently, these sanctions have greatly affected the social aspect, as inflation rates have risen significantly, in addition to great difficulties in buying medical supplies and medicines, raising social effects. Furthermore, this has been accompanied by a minimized role of many international organizations and many countries' fear of providing medical assistance or dealing with the Syrian government during the period of the Corona pandemic or during the devastating earthquake that struck Syria [47; 48; 49; 50; 51; 52; 53; 54].

The practical side

Health Cooperation Under Increased Demand During the Syrian Crisis

Syria has suffered from a long war that extended from 2011 till now and included most of the Syrian governorates, but Latakia is one of the few governorates that was not significantly affected by the war. Accordingly, this led to a large displacement from many governorates to the Latakia governorate since it is safer than others. However, in 2010, Latakia's population was approximately one million (1,054,000) evenly distributed between the countryside and the city, while from 2013 to 2023 the number doubled four times. The governorate includes 26 hospitals, 9 public hospitals, and 17 private hospitals with a bed capacity of 2038 beds, 1670 beds are in public hospitals [55; 20].

Health demand for services in public hospitals

The data in the Syrian Statistical Collection and the data of the Latakia Health Directorate were mined, designed, and aggregated in a time series representing the demand for health services provided in Latakia public hospitals between 2000-2023, for analyzing and predicting them.

Table 1: Demand for public health services in Latakia from 2000 to 2023

Diet	Demand for health services
2000	1127893
2001	1173498
2002	1223489
2003	1273342
2004	1311314
2005	1352282
2006	1323434
2007	1429776
2008	1401838
2009	1449479
2010	1378795
2011	1343672
2012	1771912
2013	2011132
2014	2453345
2015	2234500
2016	2657125
2017	3150442
2018	3162412
2019	3457814
2020	4215102
2021	3846715
2022	3451545
2023	3461524

Source: own editing, 2024

According to the previous table (table 1.), a proportionate increase in demand for public health services between 2000-2011, and this increase began to rise significantly between 2012-2021, and then decreased slightly between 2021-2023.

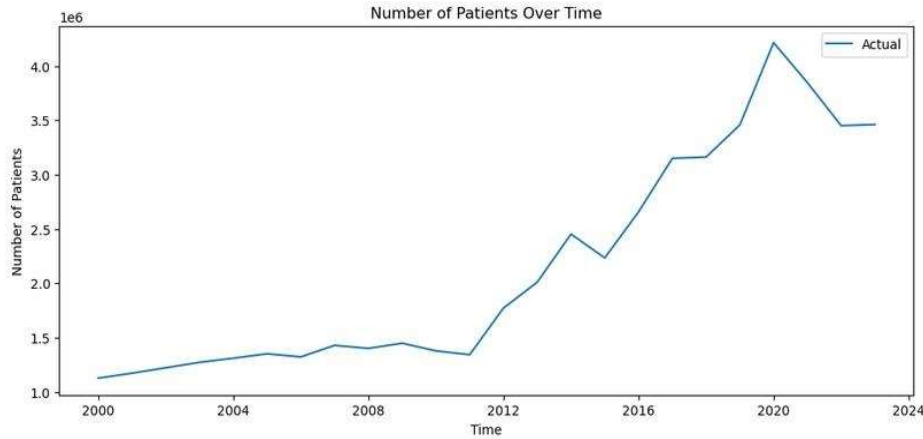


Figure 3: High health demand in Latakia.

The previous figure (Figure 3.) indicates a significant increase in health demand between the years 2000-2021, due to several reasons, the most important one is the increasing displacement from other governorates under military operations, particularly from Aleppo to Latakia, where the population quadrupled from 1,050,000 to 4,320,000 leading to a significant increase in the demand for hospitals. Additionally, this was accompanied by a high level of poverty, increasing the demand for public services more than the private sector. The increasing demand for health between 2019-2021 is due to the Corona pandemic crisis, whereas this demand decreased slightly in 2021-2023 due to the control of the COVID-19 pandemic, in addition to the return of some displaced people to their cities.

Actually, this great demand has increased the economic and social burden on the Syrian state, which suffers from sanctions and economic problems. Therefore, the need for health cooperation has become urgent, as the crisis and the high demand for public services have affected the state's ability to provide free treatment for all under this limited ability. This, in turn, increased the negative social effects and many diseases spread, where many patients, especially cancer patients, suffered from the lack of public and personal capabilities to provide chemical doses. Thus, the government resorted to pricing many services in public hospitals, rising citizens' burden who were unable to be treated outside those hospitals.

On the other hand, the consequences are several and great including a low number of experienced doctors who traveled abroad, the low quality of health services provided in public hospitals, the spread of corruption and nepotism, and the inability to access health services.

Accordingly, the role of health cooperation under high demand during the Syrian crisis and its social effects and consequences are as follows:

Micro health cooperation in Syria and Social impact

The high demand and the decreased number of health staff have significantly affected relation networks and cooperation in public hospitals, which have limited capacity and low financial capabilities, in addition to the difficulty of supply, high costs, the fuel crisis, and old medical equipment. Despite the efforts made by hospital management, the quality of services has declined significantly [56]. At the same time, the beneficiaries' satisfaction with the services has declined, with the result that medical errors increased due to lack of experience and good diagnosis, as well as corruption and nepotism in arranging and ordering patients' rights to medication, and the breakdown of devices and lack of maintenance. There has been no effective health cooperation in hospitals, despite many medical staff being kind to patients, but this empathy is insufficient to have healthy cooperation without proper planning and organization. On the other hand, the high health demand led to low-quality services, and the government gradually resorted to pricing many services, wherein the great pressure awakened the medical staff's response. Moreover, this led to low levels of reliability, tangibility, and safety as well, and what made the matter worse was the spread of the coronavirus pandemic and the isolation of large sections of hospitals, leading to a large number of individuals who were unable to be treated and hospitalized. Therefore, partial health cooperation was bad because of several factors mentioned above. With the growing future demand, things are expected to get worse, so appropriate plans and strategies must be developed to enhance the level of cooperation.

All previous factors have a negative impact on citizens' social affairs, generating a feeling of the inability to have public or private medication under current circumstances. Consequently, lots of people resort to pharmacies to buy medicines with no medical test. Thus, a new phenomenon has emerged which is the pharmacist who plays the role of a doctor by prescribing medicines and examining patients with neither experience nor specialization.

Macro health cooperation in Syria and Social impact

The Syrian health system is unorganized and has a lot of nepotism. During the crisis, health and humanitarian charities and associations have increased, which have been accused of corruption [57]. However, the results of macro health cooperation were no better than the partial one, the free treatment was limited and the level of poverty was high. All these made the health system have a limited ability to meet the high demand for services, and the state was unable to provide medication. Meanwhile, insurance companies tried to evade their obligations, and governmental services were unaffordable for people. Additionally, the associations' assistance was restricted to cover only a very small part of the citizens' needs [58]. In fact, the war has had

bad effects on the health system in Syria, having it restricted, in addition to the weak and inexperienced public health cadres in managing the crisis, with the absent role of the Ministry of Health and related unions. Furthermore, the rapid spread of corruption and exploitation made the situation worse, and this in turn led to the increase of social suffering and a significant decrease in social health indicators as well as the spread of diseases and epidemics again.

Global health cooperation in Syria and Social impact

As mentioned above, the United States, European countries and many other countries have imposed economic and political sanctions on the Syrian government, which affected the economic situation, and the relationship between the Syrian government and other countries, organizations and agencies around the world. Here, two cases can be distinguished:

- **Regional health cooperation:** The Syrian government has not received any kind of health cooperation from the regional and neighboring countries, except in 2023 when an earthquake hit the country, where countries such as Jordan, Iraq and the UAE offered limited aid for the government. Nevertheless, during the crisis period, only Iran provided some health cooperation through some of its health centers and hospitals in Syria which have limited capabilities.
- **International health cooperation:** The World Health Organization's work was limited and restricted in Syria, in addition to the inability of the Red Crescent Organization to provide health services or meet the health demand through its centers, except for a few numbers of individuals. At the same time, other organizations such as Doctors Without Borders or others were not active in Syria, and even Syria's allies such as China or Russia have no health cooperation with the Syrian government, except during the coronavirus pandemic period, they tend to provide limited quantities of vaccine.

In the same vein, the overstrung political relations affected the global health cooperation (regional, international) in Syria, as any significant change in the ability of the health system was not noticed, but the collapse was clear and growing day by day. Although health cooperation in asylum countries including Lebanon, Turkey, and Jordan was better, where many health organizations, agencies and projects supported by Western countries were active, the reality was different in the Syrian government areas.

Some social health indicators deteriorated during the period of the Syrian crisis, which indicates weak health cooperation (micro, macro, global) as shown in the following table:

Table 2: The Change of Social Health Indicators during the Syrian Crisis

Indicator	Life expectancy at birth in years		Under-five mortality rate for 1,000 live births		Under-five mortality rate for 1,000 live births		Population for each bed in the hospital		Tuberculosis		Polio	
Year	2010	2023	2010	2023	2010	2023	2010	2023	2010	2019	2010	2018
Number	72	58	17	462	151	1147	484	1939	0	1785	0	1487

Source: own editing, 2024

According to the previous table (table 2.), the following can be seen:

1. The hospital capacity decreased. Based on statistics from 2010, the inhabitants' number per bed was 484, while in 2023 the number became 1939.
2. A significant decrease in medical staff from 669 citizens per doctor in 2010 to 8,028 in 2023.
3. The under-five mortality rate rose from 17 per 10,000 live births to 462.
4. The under-five mortality rate rose from 17 per 10,000 live births to 462.
5. The respread of some epidemics in Syria after it was free of them, such as tuberculosis, cholera, polio, hepatitis ... etc.

In fact, the significant decline in health systems' social indicators is evidence of the inefficiency of the various forms of health cooperation during the 13-year Syrian crisis.

Accordingly, the first hypothesis, states that health cooperation has not contributed to achieving high social returns under the high demand for health services during the Syrian crisis. However, the results confirmed that health cooperation was weak in Syria during the crisis and the demand was high, which did not reduce the social burden on citizens.

Facebook prophet model

A lot of studies have been conducted on forecasting the demand and supply of health services using Artificial Intelligence (AI) models recently. However, studies confirmed the importance of multiple artificial intelligence models (ARIMA-LSTM-Fuzzy logic- Facebook prophet model) in forecasting, because of their impact on developing health strategies and plans and activating different types of health cooperation [56; 57; 58].The "**prophet**" model is an open-

source tool that predicts time series. This model can deal with short-term time series in addition to seasonal patterns and long-term trends. Furthermore, the "Prophet" model relies on an additional model that can accommodate nonlinear changes in data, making it suitable for practical applications such as weather forecasting, stock prices, and medical data. The model also provides tools for dealing with missing data and odd values, as well as its ability to provide accurate estimates even if data is limited [59].

Facebook Prophet operates in three main phases. First, the preprocessing phase consists of data cleaning and preparation. The tool automatically deals with missing values, oddities, and odd values. Therefore, users can focus on understanding the time series, rather than performing these tasks manually. Then, modeling takes into account trend and seasonality to estimate the components related to each time note. So, preprocessing data is necessary to minimize this impact. However, the Python library can provide accurate forecasts. In the healthcare sector, the tool can be used to predict time series of medical data. This includes, for example, hospital admissions, medical consultations and infection rates.

This model is expressed by the following equation [60]:

$$y(t) = g(t) + s(t) + h(t) + \epsilon t$$

The model is expressed by the following flowchart (figure 4.): [61]

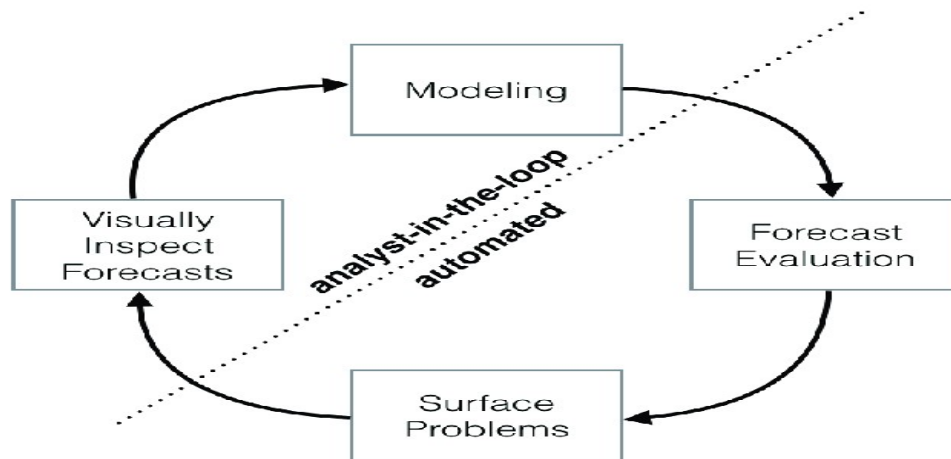


Figure 4: Prophet model implementation flowchart

Analysis of the model credibility and accuracy

The selected model must be highly credible and accurate by using many measures. Although there are several measures, only two measures were used in the study, which are:

1) **MAPE Scale:** Mean Average Percentage Error (MAPE) scale is used to assess model accuracy. MAPE is calculated by taking the differences' average absolute values between the actual values and the expected ones. More precisely, the average absolute percentage error measures the average error volume caused by a model, or the extent of expectation deviation from the average. Moreover, the MAPE value should not exceed 20%, so the lower it is, the more accurate and credible the model is. It is expressed by the following equation [62]:

$$MAPE = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left| \frac{Y_i - F_i}{Y_i} \right| \times 100$$

2) **RMSE scale:** RMSE stands for Root Mean Square Error. It is another commonly-used measure to evaluate the performance of the machine learning model, particularly in regression tasks. RMSE is derived from MSE and shares the same concept of measuring the average difference between expected and actual values. So, when the scale value is less than 1, this indicates that the model selection is credible and accurate and the training process is adequate [63].

$$RMSE = \sqrt{MSE}$$

$$RMSE = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N \|\mathcal{Y}(i) - \hat{\mathcal{Y}}(i)\|^2}{N}},$$

To calculate RMSE, we calculate the residual (the difference between prediction and fact) for each data point, calculate the residual criterion for each data point, calculate the residual average and calculate the square root of that mean. RMSE is typically used in supervised learning applications, where RMSE is used and needs real measurements at each expected data point [14]:

After data entry for Python, the two measures' results were as follows:

Table 3: Facebook prophet's error metrics values

Error Metric	PROPHET
MAPE	4.67%
RMSI	0.870

Source: own editing, 2024

Accordingly, it is clear that the chosen model was highly accurate and credible in predicting short time series because the values of the MAPE and RMSE scales were good.

Comparison between the actual data and the predicted one

After the model credibility was confirmed by artificial intelligence measures, the efficiency was also confirmed by comparing the known values and the predicted ones through predicting the data values of the health demand for the years (2020-2021-2022-2023) and comparing them with the predicted values to show the model's efficiency degree and the rates of data convergence.

All the data was taken with no division into training and testing data, because the time series is short and consists of only 23 years. In addition, the data contains no apparent seasonal pattern, and it takes a clear upward trend. However, these adjustments were applied to the basic model to get optimal results, as shown in the following programming code.



```
1 model = Prophet(
2     seasonality_mode='additive',
3     changepoint_prior_scale=0.5,
4     yearly_seasonality=False,
5     weekly_seasonality=False,
6     daily_seasonality=False
7 )
```

An additive seasonal pattern was used, where any seasonal trend was added by summation. Then all yearly, monthly and daily seasonal cases were disabled because the data does not contain any seasonal fluctuations. After that, the model sensitivity was increased to 0.5 to rise its sensitivity to sudden large changes.

The results of the model application were as follows (table 4.):

Table 4: Prophet Model Prediction Results

	Efficiency ratio %	Number of patients	Prophet predict		
			yhat	yhat_lower	yhat_upper
2020	83.31	4215102	3511986	3256286	3742996
2021	93.67	3846715	3603598	3348172	3869319
2022	96.91	3451545	3344960	3446492	3431475
2023	96.96	3461524	3356322	3516586	4035047

yhat: expected value of patients' number by the Prophet model

yhat_lower: the minimum expected range (lower confidence interval).

yhat_upper: the maximum expected range (upper confidence interval).

Source: own editing, 2024

The achieved efficiency rate was high in the first year, 2020, reaching to 83.31. Then, it began to rise in the three years up to 93%, reaching to 96.96% in the last year, which is a very high percentage indicating high efficiency of model application.

The Profit model is predicted as a domain between upper and bottom values.

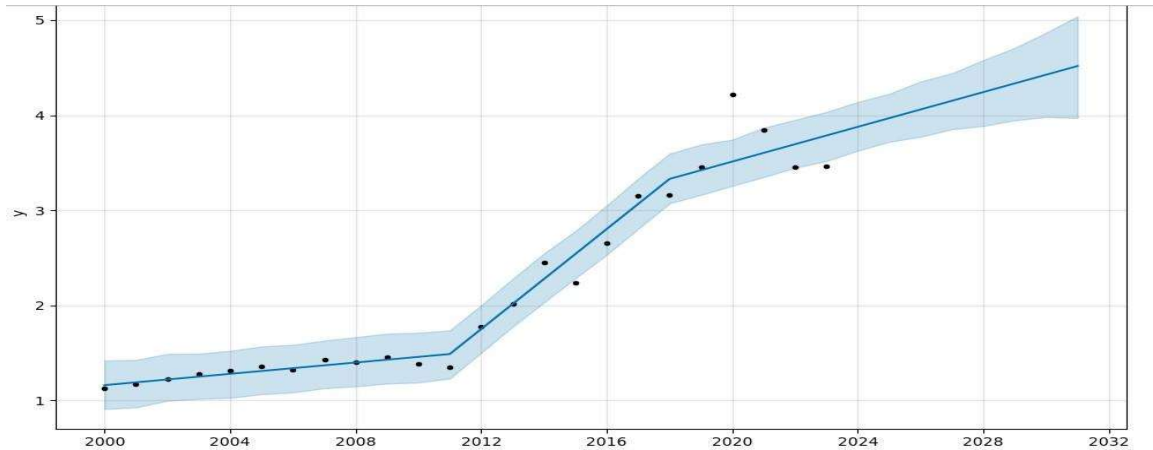


Figure 5: Original data, prediction domain, and predicted values using Prophet

Where the black dots refer to the real values, the shaded field is the expectation range between the maximum and minimum limit, and the blue line is the expected values (figure 5.).

Accordingly, the second hypothesis, which states: The artificial intelligence model applying in forecasting the demand for health services is highly efficient and credible, as the previous values proved that the selection of the artificial intelligence model (Prophet) was proper in predicting the demand for health services.

Predicting future health demand

After confirming the model's validity and credibility, the future health demand in Syria was predicted for five years, and the results were as follows (table 5.):

Table 5: Health Demand Forecasting to 2028

Year	Forecast		
	PROPHRT		
	yhat	yhat_lower	yhat_upper
2024	3969047	3719022	4226142
2025	4060409	3772919	4356063
2026	4151771	3851445	4442951
2027	4243133	3885677	4580722
2028	4334746	3945283	4709333

Source: own editing, 2024

According to the previous tables, the value of YHAT is the predicted values of the demand for health services, and the predicted demand between the years 2023-2028 increased by 20.15%. Therefore, it is necessary to plan well and develop appropriate strategies to meet the high demand for health services, as well as rely on the concepts and mechanisms of health cooperation in order to achieve appropriate health social indicators.

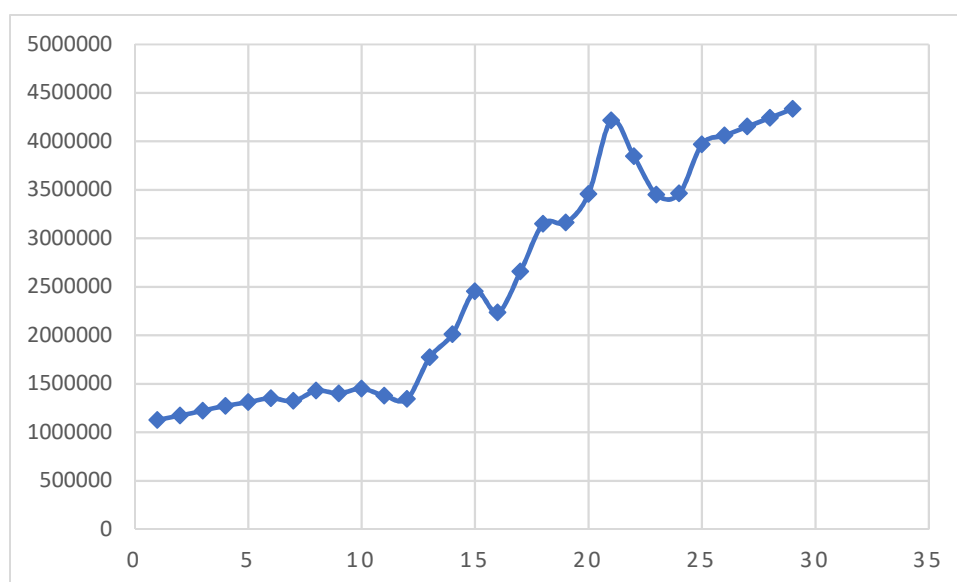


Figure 6: Forecasting future demand using Prophet

The demand for health services provided in public hospitals is expected to increase significantly (figure 6.). However, because of the permanent bad economic situation, there is an urgent need for effective international and national health cooperation, since the negative social effects are high and people are unable to afford medication cost.

Study Findings

After conducting data analysis and discussing the health situation in Syria, the study has the following results:

- 1) The economic sanctions imposed on the Syrian government during the current war have great impacts on the economic situation in general, and on the health sector in particular, which led to weak health system.
- 2) The demand for health services provided in Latakia public hospitals has significantly increased due to displacement, in addition to high rates of poverty.
- 3) Hospital managers are inexperienced and unskilled, accompanied with corruption and nepotism. So, this led to the lack of effective partial health cooperation.
- 4) The various parts of the Syrian health system are unorganized, accompanied with the country's weak capabilities, which has led to the absence of effective total health cooperation in Syria.
- 5) Global health cooperation (regional and international) was restricted and ineffective during the Syrian crisis, due to the American pressure on countries.
- 6) The Syrian crisis and the high demand for government health services led to negative social effects that were illustrated by a set of indicators, wherein different forms of health cooperation were unable to change the difficult social reality.
- 7) Artificial intelligence models are highly efficient and credible in forecasting health demand, which contributes to the development of future plans and strategies further.

Recommendations

1. Enhancing hospital managers' abilities and skills for optimal exploitation of resources and avoiding waste and nepotism, and the activation of the partial health cooperation network. So, this can be done through training.
2. Redesigning the Syrian health system, by organizing the work of all governmental and non-governmental agencies, and making consultations with external experts who are able of designing an effective holistic cooperation network that contributes to reducing corruption and providing accepted health services.

3. Focus should be done on resolving political disagreements and health needs, so it is necessary to make pressure on governments through health organizations and bodies.
4. Relying on the results of forecasting the demand for health services in developing future health plans and strategies.

Conclusion

Despite health cooperation is important and has positive results in many global situations, disasters and crises, until now the vision is still unclear in its final form since there is effective health cooperation worldwide. However, the matter went beyond since many researchers confirmed the need for alternative health systems to the World Health Organization that is subject to major powers' influence. In this context, the Syrian crisis and the earlier crises in many countries such as Iraq, the northern Korea and others demonstrated the negative political role in establishing effective and international health cooperation system. On the other hand, most countries suffering from crises have significantly increased the health demand for public services, resulting in the complete collapse of health systems. Therefore, it is necessary to focus on the role and importance of an effective model of international health cooperation, wherein the proposed model can be considered a stepping stone that needs to be developed since it concentrates on three main pillars of health cooperation. Finally, the efficiency and effectiveness of health systems are measured by the achieved social health indicators, as health systems that are unable to activate the concepts of health cooperation for various reasons will lead to negative health effects that can be minimized by applying health cooperation if implemented properly.

References

- [1] Ghorban, A. (2021). Health Economics, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
- [2] Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in health care. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 48(2), 207-216.
- [3] Propp, K. M., Apker, J., Zabava Ford, W. S., Wallace, N., Serbenski, M., & Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qual Health Res* 20(1), 15–28.

- [4] Yatim, F. & Sebai J. (2021). Inter-organizational cooperation in the health sector. The case of the plural-professional medical centres (MSP) in France, *In Gestion et management public* Volume 9, Issue 3, 2021, pages 47 to 66 Publishers AIRMAP, ISSN 2116-8865 DOI10.3917/gmp.093.0047.
- [5] Orchard, C. A., King, G. A., Khalili, H. & Bezzina, M. B. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Health Prof* 32(1), 58-67.
- [6] Vähätalo, L., Siukola, A., Atkins, S., Reho, T., Sumanen, M., Viljamaa, M., & Sauni, R. (2022). Cooperation between public primary health care and occupational health care professionals in work ability-related health issues. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 11916.
- [7] Moßhammer D., Michaelis M., Mehne J., Wilm S., Rieger M.A. (2016). General Practitioners' and Occupational Health Physicians' Views on Their Cooperation: A Cross-Sectional Postal Survey. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*. 2016; 89:449–459. DOI: 10.1007/s00420-015-1084-4.
- [8] Jolanki, O., Tynkkynen, L. K., & Sinervo, T. (2017). Professionals' views on integrated care. *Journal of Integrated Care*, 25(4), 247-255.
- [9] Guppy, J. H., Widlund, H., Munro, R., & Price, J. (2024). Incivility in healthcare: the impact of poor communication. *BMJ leader*, 8(1).
- [10] Heenan, D. (2021). Cross-border cooperation health in Ireland. *Irish Studies in International Affairs*, 32(2), 117-136. *Analysing and Researching Ireland, North and South*, p118
- [11] The Norwegian Directorate of Health (2023). International collaboration between authorities during crisis, Final Report ,13-16.
- [12] Roussos, S.T.; Fawcett, P.O.B. (2000). A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health. *Anne, I don't know what to do Rev. Public Health* 2000,21, 369–402.
- [13] Scott, C. M., & Thurston, W. E. (2004). The influence of social context on partnerships in Canadian health systems. *Gender, Work & Organization*, 11(5), 481-505.
- [14] The Demand for Healthcare Services (2021). American Institute for Healthcare Management.

- [15] European Federation of Pharmaceutical Industries and Association (2021). Health systems after COVID-19. A perspective on the future of European health systems July 2021, efpia
- [16] Bassel, A. (2017). Analytical study of the Investment expenditure in health services sector to reach to a strategy for health development (case study lattakia), PhD thesis, Faculty of Economics, Tishreen University, Syria, p. 17-30.
- [17] Abbara, A., Marzouk, M., & Mkhallalati, H. (2021). Health system fragmentation and the Syrian conflict. In : (pp. 33-57). the Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197514641.003.0003>
- [18] Kherallah, M., Alahfez, T., Sahloul, Z., Eddin, K. D., & Jamil, G. (2012). Health care in Syria before and during the crisis. *Avicenna journal of medicine*, 2(03), 51-53. doi:[10.4103/2231-0770.102275](https://doi.org/10.4103/2231-0770.102275)
- [19] Statistics of the Doctors, Dentists, and Pharmacy Syndicate 2023.
- [20] Syrian Ministry of Health, Directorate of Statistics, 2023.
- [21] Taleb, Z. B., Bahelah, R., Fouad, F. M., Coutts, A., Wilcox, M., & Maziak, W. (2015). Syria: health in a country undergoing tragic transition. *International journal of public health*, 60, 63-72.
- [22] (Syrian Arab Republic: Public Health Situation Analysis (PHSA) Long-form | Last update: 18 August 2022, 2022)
- [23] Towe, V. L., Leviton, L., Chandra, A., Sloan, J. C., Tait, M., & Orleans, T. (2016). Cross-sector collaborations and partnerships: essential ingredients to help shape health and well-being. *Health Affairs*, 35(11), 1964-1969. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0604>
- [24] Chauhan, A. S., Singh, K., Bhatia, R., Khetrpal, S., & Naskar, A. (2023). The Health System's Response to and the Impact of COVID-19 on Health Services, Providers, and Seekers: A Rapid Review in the Wake of the Pandemic. *COVID*, 3(8), 1106-1157.
- [25] Corbin, J. H., Jones, J., & Barry, M. M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health promotion international*, 33(1), 4-26.
- [26] Bendowska, A., & Baum, E. (2023). The significance of cooperation in interdisciplinary health care teams as perceived by polish medical students. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 954.
- [27] Fan, J., Hu, K., Li, X., Jiang, Y., Zhou, X., Gou, X., & Li, X. (2020). A qualitative study of the vocational and psychological perceptions and issues of transdisciplinary nurses during the COVID-19 outbreak. *Aging (Albany NY)*, 12(13), 12479.

- [28] Berta, P., Vinciotti, V., & Moscone, F. (2022). The association between hospital cooperation and the quality of healthcare. *Regional studies*, 56(11), 1858-1873.
- [29] Hartnett, K. P. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits—United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69.
- [30] Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., Scott, A. M., Clark, J., To, E. J., ... & Albarqouni, L. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ open*, 11(3), e045343.
- [31] Towe, V. L., Leviton, L., Chandra, A., Sloan, J. C., Tait, M., & Orleans, T. (2016). Cross-sector collaborations and partnerships: essential ingredients to help shape health and well-being. *Health Affairs*, 35(11), 1964-1969.
- [32] Alderwick, H., & Gottlieb, L. M. (2019). Meanings and misunderstandings: a social determinants of health lexicon for health care systems. *The Milbank Quarterly*, 97(2), 407.
- [33] Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A., & Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21, 1-16.
- [34] Hayes, S. L., Mann, M. K., Morgan, F. M., Kelly, M. J., & Weightman, A. L. (2012). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- [35] Kendir, C., Breton, E., Le Bodo, Y., & Bourgueil, Y. (2020). Collaboration of primary care and public health at the local level: observational descriptive study of French local health contracts. *Primary Health Care Research & Development*, 21, e61.
- [36] United Nations. Partnerships for sustainable development goals: a legacy review towards realizing the 2030 Agenda. 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2257Partnerships%20for%20SDGs%20-%20a%20review%20web.pdf>
- [37] Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A., & Mays, N. (2021). The impacts of collaboration between local health care and non-health care organizations and factors shaping how they work: a systematic review of reviews. *BMC Public Health*, 21, 1-16.
- [38] Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., & Chalkley, M. (2015). Integrating funds for health and social care: an evidence review. *Journal of health services research & policy*, 20(3), 177-188.

- [39] Yatim, F., & Sebai, J. (2021). Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluri-professionnelles en France. *Gestion et management public*, 93(3), 47-69.
- [40] Anderson, J., Rainie, L., & Vogels, E. A. (2021). Experts say the ‘new normal’ in 2025 will be far more tech-driven, presenting more big challenges. *Pew Research Center*, 18.
- [41] Kim, Y., & Park, Y. (2022). International health cooperation in the post-pandemic era: possibilities for and limitations of middle powers in international cooperation. *Social Sciences*, 11(6), 259.
- [42] Unit 3 Demand For Healthcare Services, Foundations of Health Economics, ignou – The People’s University
- [43] Al-Hassan, Taher (2011). Storage and supply management based on the determinants of demand for health services, a field study in public and private sector hospitals in Damascus, Damascus University Journal of Economic and Legal Sciences, Volume 27, No. 3, pp. 211-213.
- [44] Asaad, B. A. (2020). The impact of Covid-19 (Coronavirus Pandemic) on the demand of health services in Syria (Analytical study in Latakia). *World Academics journal of management*, 8(2), 06-11.
- [45] Kim, Y., & Park, Y. (2022). International health cooperation in the post-pandemic era: possibilities for and limitations of middle powers in international cooperation. *Social Sciences*, 11(6), 259. <https://doi.org/10.3390/socsci11060259>
- [46] Canada imposed sanctions on Syria, Retrieved 15/3/2015
- [47] Kurdi, (2011). Rerctrieved 31/5/2011. <http://www.spo.sy>.
- [48] US Sanctions on Syria's oil any gas, Retrieved 31/5/2015. <http://www.aljazeera.net>).
- [49] The United States adds senior Syrian officials name to the list of sanctions, Retrieved (1/6/2015) on the link <http://arabic.people.com>.
- [50] EU stresses sanctions on Syria, Retrieved 2/6/2015. <http://Arabic-people.com>.
- [51] The European Union acknowledges Sanctions on the Syrian central bank retrieved 2/6/2015 <http://www.emaratalyoum.com>
- [52] Canada closes embassy in Syria, retrieved 2/6/2015. <http://arabic.people.com.om/31662>.
- [53] Japan imposes new sanctions on Syria, retrieved 2/6/2015. <http://www.dp-news-com>.
- [54] Normal statistical collections for the years (2010-2023) Department of Health
- [55] Data of the Directorate of Health in Latakia 2023.

- [56] Asaad, B., & Mahmoud, H. (2016). Measuring the quality of health services in latakia province patients' perspective (field study of health centers in Jableh city). *Journal of Social Economics Research*, 3(4), 41-56.
- [57] Asaad, B. & Mohamad, O. (2018). Proposed model for measuring health service development indicators (A study of indicators of health service development in Syria) *Damascus University Journal of Economic Sciences*, Volume40,Issue1.
- [58] Mohammad, O., & Asaad, B. (2018). Comprehensive Compulsory Health Insurance As A Strategic Option In Future Health Development Process (analytical study in Latakia governorate). *Tishreen University Journal-Arts and Humanities Sciences Series*, 40(4).
- [59] Satrio, C. B. A., Darmawan, W., Nadia, B. U., & Hanafiah, N. (2021). Time series analysis and forecasting of coronavirus disease in Indonesia using ARIMA model and PROPHET. *Procedia Computer Science*, 179, 524-532.
- [60] Bai, L., Lu, K., Dong, Y., Wang, X., Gong, Y., Xia, Y., ... & Li, C. (2023). Predicting monthly hospital outpatient visits based on meteorological environmental factors using the ARIMA model. *Scientific Reports*, 13(1), 2691.
- [61] Jalalpour, M., Gel, Y., & Levin, S. (2015). Forecasting demand for health services: Development of a publicly available toolbox. *Operations research for health care*, 5, 1-9.
- [62] Zheng, A., Fang, Q., Zhu, Y., Jiang, C., Jin, F., & Wang, X. (2020). An application of ARIMA model for predicting total health expenditure in China from 1978-2022. *Journal of global health*, 10(1).
- [63] Sato, R. C. (2013). Disease management with ARIMA model in time series. *Einstein (Sao Paulo)*, 11, 128-131.
- [64] Satrio, C. B. A., Darmawan, W., Nadia, B. U., & Hanafiah, N. (2021). Time series analysis and forecasting of coronavirus disease in Indonesia using ARIMA model and PROPHET. *Procedia Computer Science*, 179, 524-532.
- [65] Santana, I. R., Mason, A., Gutacker, N., Kasteridis, P., Santos, R., & Rice, N. (2023). Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access. *Health Economics, Policy and Law*, 18(1), 1-13.
- [66] Dash, S., Giri, S. K., Mallik, S., Pani, S. K., Shah, M. A., & Qin, H. (2024). Predictive healthcare modeling for early pandemic assessment leveraging deep auto regressor neural prophet. *Scientific Reports*, 14(1), 5287.

[67] Ussama Majeed, M., Mahmood, A., Molnar, E., & Murtaza, S. A. (2021). Social media analytics lens: A Study on consumer perceived risk to share information on social media networks. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 9(2), 258–268.
<https://doi.org/10.18510/hssr.2021.9227>

Corresponding author:

Dr. Bassel Anwar Asaad

Senior Lecturer

Tishreen University Economic College, Lattakia, Syria

Basselasaadhotel@gmail.com

Frequency of multimorbidity and polypharmacy among geriatric patients

**Dorina Markovics^{1,2}, Andrea Virág^{1,2}, Attila Besenyei^{1,2}, Luca Sára Szabó³,
Klára Gadó¹**

¹ Semmelweis University, Geriatric Clinic and Nursing Centre

² Semmelweis University Faculty of Health Sciences, Doctoral College of Semmelweis University

³ Semmelweis University, University Pharmacy, Institute of Pharmaceutical Organisation

Keywords: Geriatrics, Multimorbidity, Polypragmasy, Pharmacokinetics, Advanced Practice Nurse, Geriatric care

Abstract

Hungary is characterized by an ageing society. The majority of healthcare is used by the elderly. Hospitalization is frequently required due to iatrogenesis, caused by drug toxicity and adverse interactions. Polypharmacy can augment these problems.

The purpose of my research is to assess the frequency and harmful effects of polypharmacy in an elderly inpatient care unit. In addition to the survey results, during the research, which was conducted in an inpatient department, I collected data on regularly taken medications, the established diagnoses as well as the results of kidney function test. Informed consent was obtained from each patient.

According to the research, it was proven that among geriatric patients, polypharmacy is an important contributor to their potential risk. The more diseases a person suffers from, the more medications he or she must take, so more drug interactions must be expected. Therefore, it is extremely important to regularly reconsider databases concerning drug interactions. To improve patient safety, the "unit-dose system" provides great help concerning inpatients, which also includes the automatic monitoring of interactions. With the help of all this, the development of complications, hospitalization and mortality can be reduced. Decreasing iatrogenicity not only improves the patient's quality of life but also lowers the burden on the healthcare system.

Multimorbiditás és polipragmázia vizsgálata idős betegek körében

Kulcsszavak: Az iogenetikus betegségek és a gyógyszereszedés: Geriátria, multimorbiditás, polipragmia, farmakokinetika, korszerű ápoló, geriátriai ellátás

Absztrakt

Magyarországra jellemző az előregedő társadalom. Az egészségügyi ellátás nagy részét az idősek veszik igénybe. Kórházi kezelésre gyakran van szükség iatrogenézis miatt, amelyet gyógyszer-toxicitás és nemkívánatos kölcsönhatások okoznak. A polifarmácia fokozhatja ezeket a problémákat.

Kutatásom célja, hogy felmérjem a polifarmácia gyakoriságát és káros hatásait egy idősek fekvőbeteg-ellátó osztályán. A felmérés eredményei mellett. A fekvőbeteg osztályon végzett kutatás során az érintett betegek beleegyezésével összegyűjtöttem a szedett gyógyszereket, a felállított diagnózisokat és a vesefunkciót.

A kutatás szerint bebizonyosodott, hogy az időskorú betegek körében fontos a potenciális kockázataik. Minél több betegségben szenved egy személy, annál több gyógyszert kell szednie, így több gyógyszerkölcsönhatásra kell számítani. Ezért rendkívül fontos az adatbázisok rendszeres átvizsgálása a gyógyszerkölcsönhatások tekintetében. A betegbiztonság javítása érdekében a fekvőbetegek tekintetében nagy segítséget nyújt az "unit-dose rendszer", amely a kölcsönhatások automatikus monitorozását is magában foglalja. Mindezek segítségével csökkenthető a szövődmények kialakulása, a kórházi kezelés és a halálozás. Az iatrogenitás csökkentése nemcsak a betegek életminőségét javítja, hanem az egészségügyi rendszer terheit is csökkenti.

Introduction

In old age, the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs change. As a result, the fate of the drug in the body will be different and its effectiveness may also change. Many side effects may occur more frequently and drug-drug interactions may be more likely.

To avoid iatrogenic harm, careful drug therapy is needed, and attention should also be paid to modifying therapy to account for frequent renal dysfunction. I think it is important to pay due attention to drug interactions, and side effects of drugs. This will reduce hospitalisation, the burden on the health system and mortality and possibly morbidity. In addition to doctors, Advanced practice nurses could also play a role in monitoring and rethinking therapies, thus preventing health problems caused by medicines. With the right therapy, some hospital admissions could be avoided.

As an Advanced Practice Nurse, you may be responsible for using interaction databases to monitor patients' drug therapy. If a risk of drug-drug interaction is identified, this can be brought to the attention of the treating physician, who can modify the drug therapy.

Our study aimed to assess whether patients in a geriatric ward, taking into account multimorbidity, suffer from this polypragmasia. Drug interactions during polypragmasia were investigated using the interaction database available on the university website. We evaluated the severity of the interactions that occurred. In addition, we assessed the renal function of the study group, as in case of impaired renal function even more cautious medication is needed.

Materials and method

The research was conducted at the Geriatric Clinic and Nursing Centre, Active Internal Medicine Unit. Altogether 100 patients were included in the study.

The criteria for inclusion were that the patient must be at least 65 years of age or admitted to the Active Internal Medicine Unit.

We obtained permission for the survey from the Ethics Committee of Semmelweis University (SE RKEB number 231/2022) and the patients gave written consent to use their data and results anonymously. Data were obtained from fever charts, medical records and previous final reports.

We used the Drug Interactions page of the UpToDate database to monitor drug interactions. In healthcare, it is important to use reliable databases like this. These criteria had to be taken into account for the database used for the drug interaction study, as quick access is important in addition to reliability in providing quality patient care. In the analysis of drug interactions, we considered the drugs recorded in the fever chart. During the research, the ward physician assisted in studying the previous final reports. Age was taken as the first step for inclusion. When analysing drug interactions, we recorded the interactions that occurred, their severity and the side effects.

UpToDate Drug Interactions database

The database allows us to record the different active ingredients. Several active substances can be recorded at the same time, not just the interaction of two active substances being analysed at the same time. Once the active substances have been recorded, it shows us the severity of the interaction between the active substances. This will help us to decide on an individualised therapy and will also help us to know what side effects to look out for if the use of a particular drug combination is important for the patient's health.

The database is not specifically designed for the treatment of elderly people, so the longer drug interaction description gives us a broader perspective when considering a patient's drug therapy.

Grouping of drug interaction severity:

- unknown interaction

- no need for drug change
- monitoring of therapy is important
- change in therapy should be considered
- drug combination not recommended

A Microsoft Office Excel program was used to record the data. To process the statistical data, we used SPSS version 27. Descriptive statistics and Spearman rank correlation were used.

Results

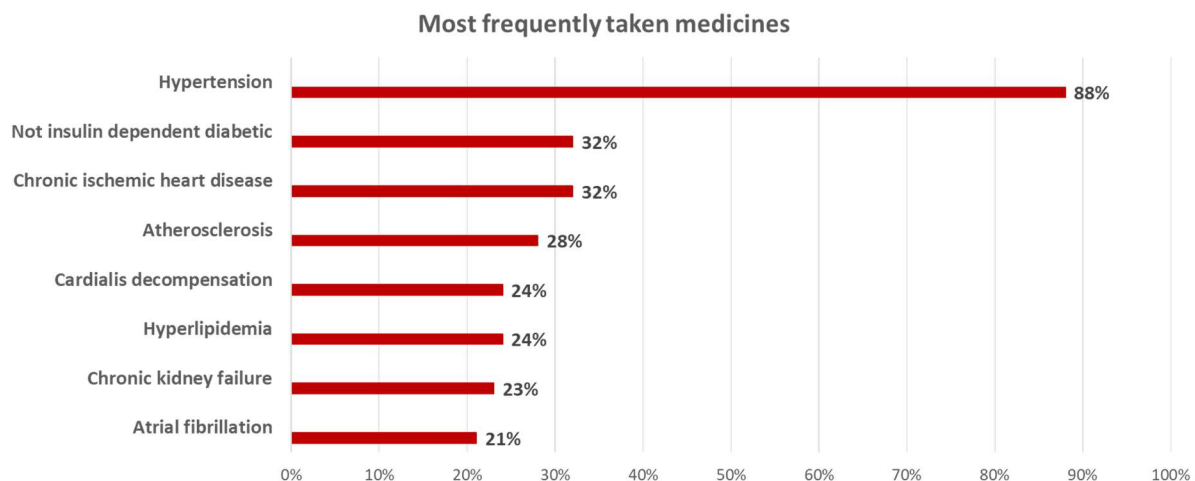
Most common diseases

During the study I investigated the most common diseases.

The most common diseases were diabetes and renal failure, in addition to cardiovascular disease. 88% of patients had hypertension, while 32% had non-insulin-dependent diabetes or chronic ischaemic heart disease. General atherosclerosis affected 28% of the study group, while heart failure or hyperlipidemia occurred in 24%. The seventh most common disease was chronic renal failure, followed by atrial fibrillation.

Prevalence of multimorbidity

The elderly population is characterised by multimorbidity. Our study confirms that multimorbidity was present in the geriatric population (see *Figure 1*).



1. Figure Most frequently taken medicines

source: own editing

Only 5% of the study group was not affected by multimorbidity, 5 individuals had less than 2 chronic diseases. 31% of the patient group had 2-5 chronic conditions. More than half of the patients (54%) had between 6 and 10 chronic conditions at any one time, while 10% had more

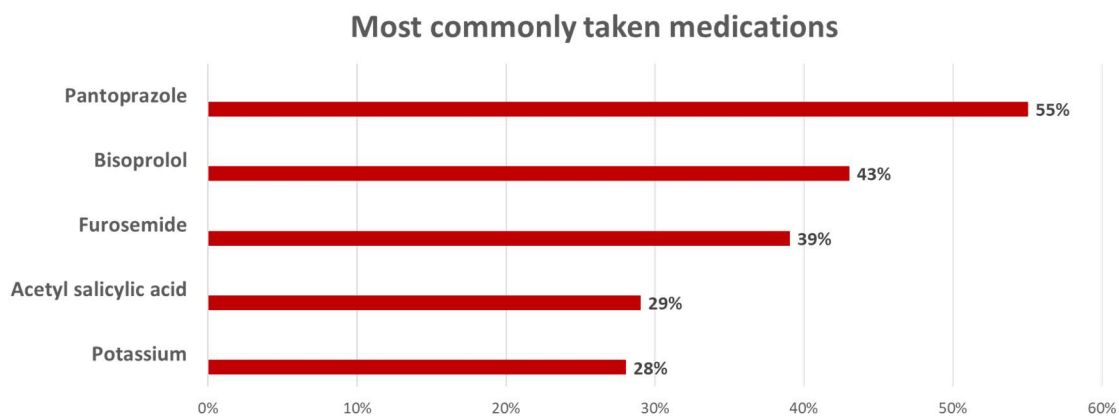
than 10 of them. These findings demonstrate that the presence of chronic diseases increases with ageing. Medicine is making us live longer and longer with more and more diseases.

Most commonly taken medications

More than half of the study group received treatment with the proton pump inhibitor pantoprazole. When patients were interviewed, they insisted on the therapy for fear of ulcers or to prevent gastritis that had previously caused problems. However, it has been observed that proton pump inhibitor drugs are often prescribed without a justified diagnosis. Over-prolonged use can cause many problems (e.g. increased incidence of *Clostridium diff.* infection).

The second most commonly used therapy is bisoprolol, which belongs to the group of beta blockers. It is a widely used drug for high blood pressure, heart failure and coronary artery disease. It states that the second most commonly taken drug is already in line with the most common diseases.

Heart failure was one of the most common conditions for which the third most commonly used therapy, furosemide, is one of the drugs of choice. It is also used for its antihypertensive effects.



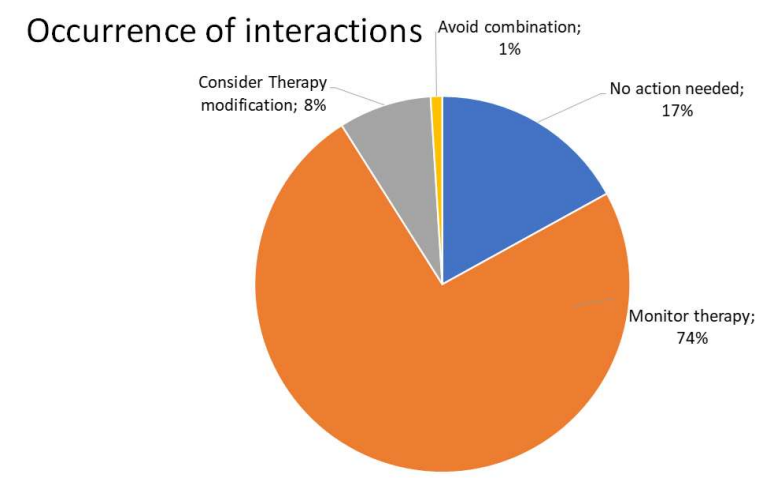
2. Figure Most commonly taken medications

source: own editing

Several beneficial effects of acetylsalicylic acid are exploited in the clinical practice. In addition to its analgesic and antipyretic effects, it is also used in low doses as a therapy for the prevention of myocardial infarction and stroke. However, it should not be used as a therapy for renal failure in the elderly because of its side effects. Potassium may have occurred with such frequency because of the increased renal loss of potassium in the elderly, either spontaneously or as a result of therapy given by us. Potassium deficiency and potassium supplementation can be important in the clinical practice because other symptoms and diseases may develop in the presence of potassium deficiency.

Incidence of drug interactions, correlations

To investigate drug interactions, We used the Drug Interaction function of the UpToDate database. The advantage was that we could record the entire drug therapy of a patient in an interaction study process, thus avoiding that any interaction escaped my attention. I could record the active ingredients of the drugs in the program.



3. Figure Occurrence of interactions

source: own editing

In 17% of the studies, no follow-up of drug therapy was necessary because there was no interaction with the drug therapy used.

In 74% of cases, we were advised to monitor the therapy continuously and reconsider it periodically. At this point, no changes were needed, but close monitoring became necessary.

However, in 8% of the therapies used, the database recommended we rethink the therapy, to find other solutions to drug therapy. In these cases, drug interactions occurred where there was a high likelihood of side effects that could cause more harm than good to the individual.

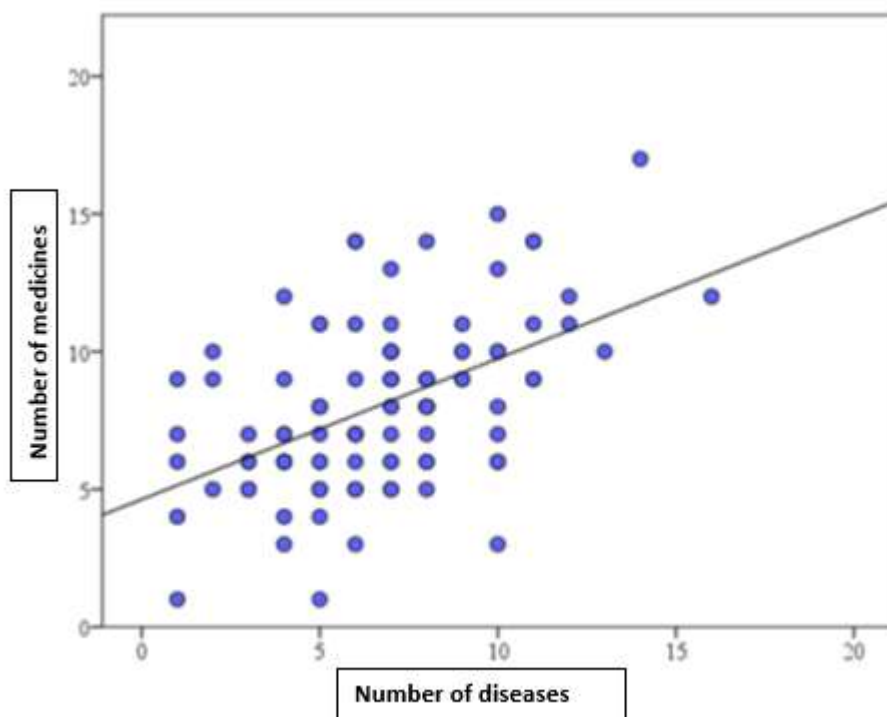
Avoidable combinations occurred in 1% of the study therapies.

The combinations to avoid in the study were the combination of doxazosin and tamsulosin. The antihypertensive effect may be enhanced when the two drugs are used together. This combination of drugs is commonly used in elderly men with prostatic hypertension who have received doxazosin therapy for blood pressure reduction.

However, some drug combinations cannot be abandoned because of the patient's condition, so ongoing consideration and close monitoring of the patient in the clinic is a challenge for clinicians. polypragmasia are known, the prevention of adverse drug interactions is not effective enough.

Thus, in our research, we assessed the relationship between the diseases, the drugs taken and the interactions that occur in the study group. This is to emphasise that over-medication and

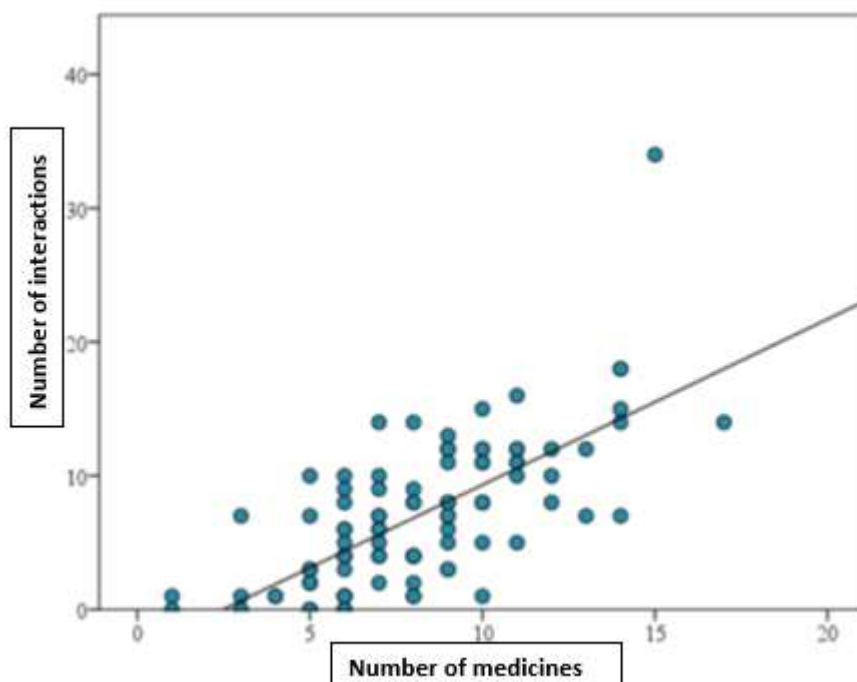
uncontrolled therapy are dangerous for the elderly, who may present with new complaints and symptoms in the health care system.



4. Figure title

source: own editing

The number of medicines has a statistically significant positive medium relationship with the number of diseases. The relationship was $\rho(98) = 0.483$ and $p < 0.001$. The relationship was considered significant if $p < 0.001$. Thus, the more diseases someone had in the study group, the more likely they were to take more medication.

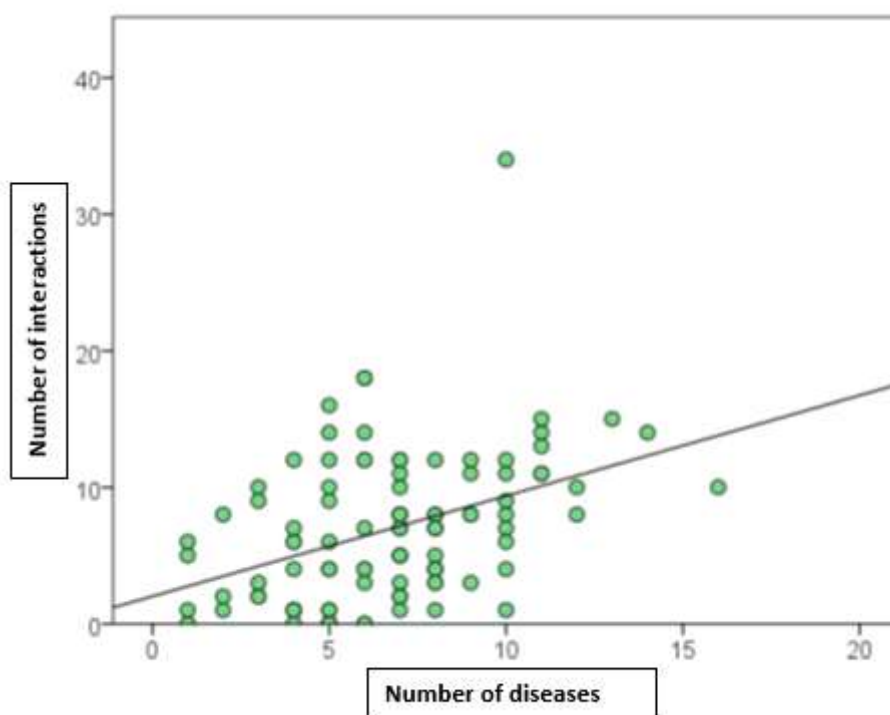


5. Figure title

source: own editing

The number of drugs has a statistically significant, positive strong relationship with the number of interactions. In this study, $\rho(98) = 0.702$, $p < 0.001$. The relationship was considered significant if $p < 0.001$.

Our study confirms that the more drugs were taken, the more drug interaction occurred. In many cases, it is not one but several drugs for a given disease. However, the study confirms that multiple drug therapies for fewer diseases may result in a higher chance of drug interactions.



6. Figure title

source: own editing

There is a statistically significant positive medium relationship between the number of diseases and the number of interactions. The statistical result was $\rho(98) = 0.415$, $p < 0.001$. Statistically significant was considered when $p < 0.001$.

Our results confirmed that the more disease someone has, the more likely would have a drug interaction. In the clinical setting, there are already combinations of drugs that may affect more than one disease, but the science is not yet there to treat multiple chronic conditions with a few pills. In fact, in most cases, taking more than one medicine for a single disease is justified. So for a given disease, an individual is taking more than one medicine, which makes interactions more common.

Conclusion

In our study, we concluded that in the elderly population multimorbidity and polypharmacia are a serious problem. In addition, the geriatric population has other factors that play a role in the risk of drug-induced side effects caused by medication. Among elderly multimorbid patients, the absorption and excretion of the drug changes. A renal impaired and this may result in toxic harm and iatrogenicity. Cognitive decline may also be a characteristic of the elderly, which makes the appropriate use of medication uncertain. These changes in old age increase the risk of drug interaction, side effects, morbidity and mortality due to drug interactions, because drug

side effects may lead to geriatric syndromes or increase the severity of existing syndromes. The most common side effect of medicines caused by antihypertensives is orthostatic hypotension, which increases the risk of falls. Falls caused by complications such as immobility, thrombosis, pneumonia, self-harm, decubitus ulceration and depression, increase the mortality rate. Another common side effect is constipation caused by opioids which are used for pain relief. Incontinence may be caused or aggravated by, for example, the use of doxazosin. Antiparkinsonian drugs for Parkinson's disease in the elderly can increase the risk of delirium. These side effects influence the patients' mood, which makes them more susceptible to other diseases and infections. This increases the time and cost of their healthcare. Despite being a common issue, a solution is still to be found. The literature confirms that 10-15% of hospital admissions in the elderly are due to incorrect drug therapy. Life expectancy at birth in Hungary is about 76 years, of this, health and social care are most used in the last 8-10 years of life. This in turn highlights the importance of special care for geriatric patients.

Our research concludes that the more diseases an elderly patient has, the more medications they take. Among the patients we studied, the most common diseases are hypertension, non-insulin-dependent diabetes, diabetes mellitus, and chronic ischaemic heart disease. These conditions were followed in frequency by atherosclerosis, heart failure, hyperlipidemia, chronic renal failure and atrial fibrillation. These diseases require different drug therapies. This means there is a risk of more drug interactions. To reduce this risk, there are various tools available to which it would be important to put into practice. For example, regular monitoring of interactions with morbidity rates can be reduced. Only the most necessary prescription must be taken for the most essential medicines.

Drug therapy should be reconsidered each time the patient presents to any of the specialists. In addition, when new symptoms appear, you should check whether it is not an adverse drug reaction. In everyday life, this is little checked in everyday practice, but rather symptomatic treatments, new drugs are prescribed. It is important to take into account the highest possible patient safety when administering medication. Our aim is not to harm our patients but to use each medication to improve their condition. We can improve patient safety by providing inpatient wards with clinical pharmacists to monitor drug therapy. In hospital settings, the so-called "unit dose system" can be used to make patient care safer. The unit-dose system is an automated drug delivery system with a built-in interaction analyser. This can reduce medication errors and is more economical.

We think that in social care, where there is not a doctor all the time, and in nursing wards, it would be a great help if advanced practice nurses, or even graduated nurses, knew that it is important to monitor the side effects of drugs in patients in the particular case. We are confident that advanced practice nurses will also be able to play a role in inpatient care by reviewing drug therapy on admission. Drug interaction analysis programmes can help them to do this.

In 8% of our study, a revision of the drug therapy was recommended. The ratio between the expected benefit of the therapy and the harm it causes should then be assessed. We believe that advanced practice nurses, with their knowledge of pharmacology, could make suggestions to the doctor in these cases. They could draw the doctor's attention to the fact that a change in this

therapy may be necessary. Although small, the incidence of combinations to avoid was 1% in our study. It is important to note, however, that the research was conducted in a setting where, fortunately, attention is being paid to rethinking drug therapy. Thus, in 1% of the interactions in the study group, the advanced practice nurse could alert the physician to reconsider and change the drug combination. We consider it very important to study drug-drug interactions. If the database tells us that there is no need to change drug combinations, then after taking into account the pharmacokinetic and pharmacodynamic changes, drug therapy can be prescribed and continued with due care. In this way, advanced practice nurse competence can, in our opinion, assist the work of the doctors.

Even taking into account the natural decline in function in old age, moderate to moderately impaired renal function or renal failure was observed in one-third of the study group. In their case, particular attention should be paid to drug therapy. Our research concluded that an increase in the number of cases is needed to provide more accurate data to demonstrate what is a trivial problem for workers. We would like to assess in the future whether the use of a drug delivery system reduces the number of interactions. We want to investigate whether monitoring drug interactions helps rational prescribing. In addition, we consider it important to include non-pharmaceutical medicinal products in the study. These products can cause many complications if they are not taken properly.

With our research, we wanted to draw attention to this part of the already-known health care, which has not been addressed to date. However, we have tools to help us to treat patients more safely. This could reduce the burden on healthcare and the financial costs. It could reduce, and last but not least both mortality and morbidity.

Proposal from

By presenting the research results, we can confirm that prescribing drug therapy for the geriatric population is a specific and important task. Appropriate drug therapy requires continuous monitoring. In this context, we would suggest the use of our drug interaction monitoring database, "UpToDate Drug Interaction", to monitor drug interactions. Other programs can also assess drug interactions, but this has the advantage of being able to record all the prescribed drugs at once, thus providing more accurate and faster results. We believe that drug interaction monitoring programmes should be used in primary care, specialist care, outpatient and inpatient care.

We would recommend that the analysis of the active substance should also take into account non-medicinal or medicinal products, as well as blood supplements and herbal remedies. It would be worthwhile to include these in the drug interaction assessment programmes.

In any case, it is important to develop a monitoring programme or improve an existing one for drug therapy for elderly patients. Pharmacokinetic and pharmacodynamic changes should also be taken into account. Particular attention should be paid to renal function. It would be a very useful feature in drug interaction databases if renal function could be recorded and taken into account in the analysis.

In the continuation of our research, we would like to increase the number of cases.

We also believe that a survey should be conducted to assess drug-related mortality to raise awareness of the dangers of medication in geriatric patients. We would like to promote the importance of drug interaction analysis among health professionals in the future. We believe that advanced practice nurses could also play an important role in monitoring drug interactions. These educated nurses, whether in community, emergency or geriatric settings, could take the lead in introducing this and demonstrating its importance.

Furthermore, We think it is important that articles are published on the most common drug interactions in geriatric patients and that the age limits in research areas are extended so that drugs can be made safer by testing drugs in elderly patients during the research phase.

There are tools in our everyday lives that can be used to make patient care.

However, the beauty of caring for geriatric patients is that even with so many devices, individual discretion plays a very important role.

Summary, summary findings

This study was able to assess multimorbidity and polypragmatism among geriatric patients. We wanted to draw attention to the severity of this issue. Previous literature also discusses the difficulties specific to the geriatric population, but we forget to take them into account in our daily lives. Our research has highlighted the high incidence and severity of drug interactions in elderly patients. This increases the number of hospitalisations, mortality and morbidity. The over-65 population is an increasing percentage of the population, making it increasingly important to organise care for the elderly. One of the pillars of this can be to avoid care due to drug-drug interactions by prescribing the safest possible drug therapy for the elderly, with continuous monitoring. The results of this study have confirmed the importance of specialised care for geriatric patients.

We hope that as part of the development of health care, we will succeed in developing the existing support for safe drug therapy (databases, programmes, unit-dose system). Because in ageing societies, like our country, I believe that an important element of healthcare development is the improvement of care for elderly patients. The involvement of advanced practice nurses is a key factor in the development of safe elderly care.

This would help to reduce the number of hospital admissions, mortality and morbidity due to drug interactions in comorbid patients with polypragmasia.

Acknowledgements

We would like to thank the patients at the Geriatric Clinic and Nursing Centre for allowing this research to be carried out with their consent.

We would like to thank Dr. Brigitta Boncsarovszki for her help during the research.

References

- Akugizibwe, R., Calderón-Larrañaga, A., Roso-Llorach, A., Onder, G., Marengoni, A., Zucchelli, A., . . . Vetrano, D. L. (2020). Multimorbidity Patterns and Unplanned Hospitalisation in a Cohort of Older Adults. *J Clin Med*, 9(12). doi:10.3390/jcm9124001
- Balakrishnan, S., Karmacharya, I., Ghimire, S., Mistry, S. K., Singh, D. R., Yadav, O. P., . . . Yadav, U. N. (2022). Prevalence of multimorbidity and its correlates among older adults in Eastern Nepal. *BMC Geriatr*, 22(1), 425. doi:10.1186/s12877-022-03115-2
- Becker, M. L., Visser, L. E., van Gelder, T., Hofman, A., & Stricker, B. H. (2008). Increasing exposure to drug-drug interactions between 1992 and 2005 in people aged > or = 55 years. *Drugs Aging*, 25(2), 145-152. doi:10.2165/00002512-200825020-00006
- Colley, C. A., & Lucas, L. M. (1993). Polypharmacy: the cure becomes the disease. *J Gen Intern Med*, 8(5), 278-283. doi:10.1007/bf02600099
- Gutiérrez-Valencia, M., Izquierdo, M., Cesari, M., Casas-Herrero, Á., Inzitari, M., & Martínez-Velilla, N. (2018). The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*, 84(7), 1432-1444. doi:10.1111/bcp.13590
- Hivatal, K. S. (2022). Népeség korév és nem szerint. Retrieved from https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0003.html
- Hivatal, K. S. (2022). Születéskor várható átlagos élettartam, átlagéletkor nem, vármegye és régió szerint Retrieved from https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html
- Hovstadius, B., Hovstadius, K., Astrand, B., & Petersson, G. (2010). Increasing polypharmacy - an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. *BMC Clin Pharmacol*, 10, 16. doi:10.1186/1472-6904-10-16
- Lenander, C., Bondesson, Å., Viberg, N., Beckman, A., & Midlöv, P. (2018). Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients; a cross-sectional study in Swedish primary care. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 616. doi:10.1186/s12913-018-3425-y
- Lexiq. (2020). Multimorbid. Retrieved from <https://lexiq.hu/multimorbid>
- Lexiq. (2020.). Polifarmácia. Retrieved from <https://lexiq.hu/polifarmacia>
- Lexow, M., Wernecke, K., Schmid, G. L., Sultzer, R., Bertsche, T., & Schiek, S. (2021). Considering additive effects of polypharmacy : Analysis of adverse events in geriatric patients in long-term care facilities. *Wien Klin Wochenschr*, 133(15-16), 816-824. doi:10.1007/s00508-020-01750-6
- Magro, L., Moretti, U., & Leone, R. (2012). Epidemiology and characteristics of adverse drug reactions caused by drug-drug interactions. *Expert Opin Drug Saf*, 11(1), 83-94. doi:10.1517/14740338.2012.631910

- Mallet, L., Spinewine, A., & Huang, A. (2007). The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet*, 370(9582), 185-191. doi:10.1016/s0140-6736(07)61092-7
- Mangoni, A. A., & Jackson, S. H. (2004). Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *Br J Clin Pharmacol*, 57(1), 6-14. doi:10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., . . . Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*, 10(4), 430-439. doi:10.1016/j.arr.2011.03.003
- Mjörndal, T., Boman, M. D., Hägg, S., Bäckström, M., Wiholm, B. E., Wahlin, A., & Dahlqvist, R. (2002). Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 11(1), 65-72. doi:10.1002/pds.667
- Moffat, K., & Mercer, S. W. (2015). Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems. *BMC Fam Pract*, 16, 129. doi:10.1186/s12875-015-0344-4
- Patel, T. K., Patel, P. B., Bhalla, H. L., Dwivedi, P., Bajpai, V., & Kishore, S. (2023). Impact of suspected adverse drug reactions on mortality and length of hospital stay in the hospitalised patients: a meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol*, 79(1), 99-116. doi:10.1007/s00228-022-03419-7
- Rodrigues, L. P., de Oliveira Rezende, A. T., Delpino, F. M., Mendonça, C. R., Noll, M., Nunes, B. P., . . . Silveira, E. A. (2022). Association between multimorbidity and hospitalization in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 51(7). doi:10.1093/ageing/afac155
- Rodrigues, M. C., & Oliveira, C. (2016). Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*, 24, e2800. doi:10.1590/1518-8345.1316.2800
- Romskaug, R., Skovlund, E., Straand, J., Molden, E., Kersten, H., Pitkala, K. H., . . . Wyller, T. B. (2020). Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*, 180(2), 181-189. doi:10.1001/jamainternmed.2019.5096
- Székács, B. (2005). *Az öregedés biológiai és élettani vonatkozásai*. Budapest: Semmelweis kiadó.
- Tulner, L. R., Frankfort, S. V., Gijsen, G. J., van Campen, J. P., Koks, C. H., & Beijnen, J. H. (2008). Drug-drug interactions in a geriatric outpatient cohort: prevalence and relevance. *Drugs Aging*, 25(4), 343-355. doi:10.2165/00002512-200825040-00007

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

-BOOK REVIEW-

Battle of generations – How shall we understand each other?

Andrea Toldi

University of Debrecen, Faculty of Health Sciences

- ORCID: 0000-0001-7154-4441

Keywords: generations, generational gap, stereotypes, conflicts, communication

Generációk harca – Hogyan értsük meg egymást?

Toldi Andrea

Steigervald Krisztián (2024): *Generációk harca. Hogyan értsük meg egymást?* Partvonal Könyvkiadó, Budapest. ISBN 978-615-6058-14-0

Kulcsszavak: generációk, generációs különbség, sztereotípiák, konfliktus, kommunikáció

It is almost certain that the expression "generation gap" is familiar to the majority of readers. Reading this term communication difficulties and barriers to understanding come to the mind of the readers. Have you ever wondered what can cause misunderstandings between generations?

Krisztián Steigerwald is an economist, founder and qualitative researcher of a market research and marketing agency, mentor and coach and a nationally recognized researcher of generations. He has been studying generations for more than twenty years. As an expert in this field, he primarily studies the characteristics of generations and the way how the generations manage to live together. Through his books and presentations, he helps his audience to place themselves and the other generations on the generational map. His first book, the first in the *Generációk harca* (Battle of Generations) series, *Generációk harca – Hogyan értsük meg egymást?* (Battle of Generations – How shall we understand each other?) tries to destroy the barriers between generations. He provides explanation of how the different eras influenced and are still influencing the way of thinking and the behavior of the different generations.

As the author writes in the preface, his aim with writing this book was *”to make the readers understand that each generation has their own history. Neither the parents nor the children should feel guilty because everyone has done the best they could do in a given situation”* (Steigerwald, 2024:10).

When people sit down to read a book, the introduction is usually skipped. Why is it worth reading the introduction of the *Battle of Generations*? The author, in a very clear and understandable way, guides the reader through the process of how age was losing its respect, how the coming of the individual to the fore pushed the community into the background. Additionally, he summarizes what the reader can expect from the book.

The book is divided into three big sections.

The title of the first part: *”Angry For And Not Against You”* is borrowed from a Hungarian poet, Attila József. While reading the chapters of this part the reader acquires more information about the different generations and the factors influencing their life and behavior. This section presents the characteristics of each generation and the historical events affecting them. By stating that he does not believe in generational differences *at individual level* either, the author takes the wind out of the sail of those who do not believe in generational differences in general. He argues that each era is determined by certain, typical characteristics, which influence people’s life. According to the author the most important goal of his book is *”to clear the untrue stereotypes off the generations and to switch the focus on their values. This way, everyone can recognize their own generational limitations, and instead of the battles raging between generations, the readers will be able to look at themselves from outside and understand as well as accept other people easier”* (Steigerwald, 2024: 26-27).

What does the term “generation” mean? As the author explains, people who are born roughly at the same time experience the same world around them: the structure of the state, the school system, the operation of the services, the mentality of people, what values they had, their work ethic, their way of life, etc. These factors all influenced their childhood and their future way of thinking.

The second part, entitled “*Six Generations*”, starts with a table that contains the listing of the six generations, the year of birth when the members of the given generation were born and their age in 2020. The table is followed by a short but very clear explanation of the history and the characteristics of the members of the different generations. The reader can become familiar with the meaning of terms like experience domain, basic experience, juvenile basic experience. As the author defines “*generational affiliation is not limited to the category people belong to based on their year of birth: it can be colored by the experiences of all other age groups, and it is up to the representatives of the different generations what and how much they accept from it*” (Steigerwald, 2024:63). Generational behaviors stem from the events that influenced people who were born in the same period of time. The remaining chapters of the second part give very detailed explanations of the different generations: veterans, baby boomers, generation X, generation Y, generation Z, generation Alpha. The explanations are supported by interesting examples, sayings, proverbs that are familiar to every reader, regardless of the generation they belong to. Short summaries at the end of the description of each generation highlight the most typical features of the era and the members of the given generation.

The last part, “*What is Life Like with Six Generations in the 21st Century?*” includes chapters that, based on their titles, apparently do not, or only very slightly belong to the main topic. This part maps several areas, general life situations where stereotypes might appear, and where the members of the different generations understand each other the least. Instead of delving deeper, these chapters merely highlight the very real problems arising from the coexistence of the different generations and their lack of understanding of each other. The world of games is an example the author uses. Games have different meanings. First it can refer to the different games the older and the younger generations played and play nowadays. It reflects to one aspect of the generation gap: how much the members of the older generation cannot understand what their children and grandchildren play. One possible solution is to be brave enough to ask in order to not only patch the gaps between parents and children but to make parents learn the games of the children to be able to communicate with them. It is about

understanding the benefits of online games. Children can learn new techniques from online games and these new skills may be useful in their adult life. Online games have other advantages, too: children can remain invisible. Instead of being judged by their appearance or abilities, the basis of their judgement is their skills and comments. Online games, *"where subordination and supremacy are not based on age but on achievement"* (Steigerwald, 2024:172). However, this chapter is about something else, too: It shows different types of games people play in the society. One example is the games, parents play to try to protect their children from failure. *"Today's children do not learn how to cope with difficulties, and it will negatively impact their adult performance, their relationships at work, and their lives in general"* (Steigerwald, 2024:167). Another trending topic of this chapter is how much the value of usable knowledge has changed. Previously lexical, encyclopaedic knowledge had value, today it has shifted to soft skills like problem solving, adaptation and communication abilities, however, the way of communication has changed for the generation Z. The members of this generation have not learnt how to solve personal conflicts, they worry about their future and as the future is unpredictable, they do not know if they can or how they can adapt to its challenges.

The next chapter is about the effects of social media: how it has changed life and what generational traits it left on those who were born into this space. People tend to share a positive image about themselves, but *"the difference between the visible, posted and shared self and the real self causes frustration"* (Steigerwald, 2024:191). Social media is thought to be the platform of aggression, however, the author does not agree with it. He believes that social media will still respect the boundaries that are necessary for living together and the balance will not be upset between love and aggression.

The next chapter explains the difference between influencers and role models. Role models are placed on a pedestal, they can be admired for a long time, while the influencers live in the world of ordinary people, they reply to the messages, but they can be forgotten from one minute to the other.

Workplace-related problems are in the centre of the next chapter, focusing on the tensions between the older and the younger employers/employees. The members of the X and the older Y generation are loyal employees, they follow written and unwritten rules, while the members of the younger Y and Z generations, *"who were brought up in online games where they always had a second, third, etc. possibility, regard the world as the store of countless possibilities. They enter a workplace only with the goal to acquire new skills that will help them to find an even better workplace"* (Steigerwald, 2024:211).

The next two topics are related to each other: eating and celebrating Christmas. Have you ever thought that eating can cause conflicts between generations? Health awareness, environmental awareness and the change in beauty ideals drastically changed the eating habits of the youngest generations that may cause conflicts with grandparents and parents. This is how it may affect celebrating Christmas with the members of different generations. *"Elderly people respect and keep traditions, the members of the X generation are torn between traditions and new unusual possibilities while traditions and any loyalty means simply commitment to the youngest generation"* (Steigerwald, 2024:231).

The next chapter contains advice to the female members of the X generation. Forty-year-old women often feel insecure because they are balancing between being a mother, a career woman and a wife while trying to perform at the same level in each of these roles. The author encourages women to believe in themselves, to believe that they are good at what they do.

Studying and teaching are in the focus of the last, thought-provoking chapter. Today, as the author says, *"all the knowledge of the world is in our pocket"* (Steigerwald, 2024:239), but it raises a very important question: if everything can be googled on smart phones, what should be taught to the children? Although schools are trying to keep up with technology, students were born in the world of the Internet while, as the age pyramid of the teachers shows, a significant number of teachers were born in an offline world. There is another very serious dilemma, which reflects back to the previously mentioned uncertainty of the young generation: What will the future bring? Who knows what professions will be useful in some years? What professions should they be prepared for? Instead of lexical knowledge, the author argues, skills like being able how to search on the net, how to find the essence of the information, how to check sources, communication skills, foreign language, etc. should be taught. Skills, that can be used in any situation. Children have to learn how to study and they have to know themselves but this knowledge and the method how it can be taught have to be tailored to the *"adventure seeker and conflict avoidant generation Z"* (Steigerwald, 2024:246). According to the author digital pedagogy seems to be the future.

The cover of the book (made by Andrea Földi) grabs the essence of the topic: to find a key not only to the different generations but also to ourselves. The illustrations of Dóra Matyus support the message of the book and reflect the characteristics of the different eras that played significant roles in the life of generations.

The style of the author is clear, easy to read, his vocabulary is close to the readers. Although the book is the result of several years of research, the author does not often use professional terminology in order to make his book enjoyable and understandable even for those who are encountering this topic for the first time. The most important information is highlighted within the text and at the end of the chapters on each generation. The subtle humor that permeates the book makes reading enjoyable. The book is recommended to everyone who would like to learn more about themselves and who would like to work on how to bring different generations closer in order to foster understanding, to facilitate communication and to make living together easier.

Author:

Andrea Toldi

University of Debrecen, Faculty of Health Sciences

Pécsi Tudományegyetem Interdiszciplináris Doktori Iskola Politikatudományi Program

toldine.andrea@etk.unideb.hu

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

Az egészségtudatosság jelenléte nőknél a menopauza vonatkozásában - Egy pilot kutatás eredményei

***Savella Orsolya, **Czabaji Horváth Attila**

* Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védőnői, Módszertani és Prevenció Tanszék

 ORCID: 0000-0002-7682-1716

** Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Neveléstudományi Intézet

 ORCID: 0000-0003-4843-1849

Kulcsszavak: egészségtudatosság, informális tanulás, menopauza, fizikai aktivitás, táplálkozás

Absztrakt

A kutatás a nők egészségtudatosságát vizsgálta egy olyan egészségügyi tényező kapcsán, mint a menopauza. Azért ezen a tényezőn keresztül, mert minden nőt érint, és növeli a rizikóját a hazai lakosságra jellemző betegségek kialakulásának. A pilot kutatás kérdésfelvetése a következő volt: Hogyan jelenik meg a nőknél az egészségtudatosság a menopauza témájában? Miként hat a vizsgált területen jelenlévő egészségtudatosság a magatartás-változtatási

szándékra? A témára vonatkozó két előadás adta a kérdőíves vizsgálat keretét. A 18 önkéntes kitöltő válaszait egyszerű leíró statisztikai számításokkal dolgoztuk fel. A kapott eredmények abba az irányba mutatnak, hogy a témában való érintettség az informális tanulásban megmutatkozó egészségtudatosságot és a tudatos egészségre irányuló magatartás-változtatási szándékot is pozitív irányba befolyásolja.

The presence of health consciousness in women in relation to menopause

Keywords: health consciousness, informal learning, menopause, physical activity, nutrition

Abstract

The research looked at women's health awareness of a health factor such as menopause. This factor is important because it affects all women and increases their risk of developing diseases that are common in the national population. The questions of the pilot study were: How does health awareness about menopause appear in women? How does health awareness in the study area affect the intention to change behaviour? The two lectures on this topic provided the framework for the questionnaire survey. The responses of 18 volunteers were processed using simple descriptive statistical calculations. The results obtained indicate that exposure to the topic has a positive influence on both health awareness and health-conscious behaviour change intention in informal learning.

Bevezetés

Általánosan és egyöntetűen elfogadott meghatározás hiányában az egészségtudatosság szakirodalmi megjelenése többféleképpen értelmezhető. Harris & Guten (1979), majd később Freyer et al. (2019) olyan életmóddal jellemzi, amiben a tudatos, egészségre irányuló tevékenységek összessége biztosítja az egészség hosszútávú megőrzésének esélyét. Pikó (2003) az egészségtudatosság meghatározó kritériumaként említi az adott területhez kapcsolódó ismeretek birtoklását, ami hozzájárul ahhoz, hogy mint egyénileg kontrollált öngondoskodás (Bak & Pikó, 2005), az egészségmagatartásban is megnyilvánuljon. Bagdy (2010) szerint az egészségtudatosság egyéni felelősségvállalás, amit a kutatásunkban alapul véve úgy vizsgáltunk, hogy egy egészségi állapotot is befolyásoló biológiai folyamatban (menopauza)

való személyes érintettség miként hat az egészségtudatosságra, az egyén önmaga egészségéért vállalt felelősségére.

Az egészségtudatosság egyik megnyilvánulási formája lehet az, hogy valaki részt vesz egy egészséggel foglalkozó előadáson. Hiszen ez azt mutatja, hogy érdekli a téma, hogy ismereteket akar szerezni róla, hogy erre időt fordít, hogy beépíti a napi vagy heti rendjébe. Ha ez a tevékenység adott tartalomra irányul, akkor tanulást végez, amely kontinuumban valósul meg a formális és az informális szinteket egyaránt magába foglalva (Cooley et al., 2003). Az egyén saját döntésén alapuló részvétele egy egészséggel foglalkozó előadáson az informális tanulás körébe tartozik. Az informális tanulás, ami az élet egészében jelenlévő folyamat, sokféleképpen osztályozható. Egyfelől lehet nem szándékos, nem tudatos, így sokszor észrevétlen is marad (Európai Bizottság, 2000). Bár így is szert tehet az egyén ismeretekre, ily módon is formálódhatnak készségei, de ahhoz, hogy ezek tudatosuljanak, a későbbiekben is használható tudásként funkcionáljanak, fontos szerepet kap a reflexió, a saját tanulásra vonatkozó önreflexió (Horváth H., 2019). Másfelől az informális tanulás lehet tudatos, célra irányuló (McGivney, 1999; Livingstone, 2001; Tót, 2009; Bene, 2022). Az ilyen folyamatot önirányított tanulásnak nevezzük, aminek a kialakításában, megalapozásában és motiválásában nagy jelentősége van az iskolai éveknél (Schugurensky 2000; Colley et al. 2003; Tót, 2008; Forray & Juhász 2009; Horváth H., 2011). Az elmondottak alapján vizsgálhatjuk úgy az egészség-tudatosságot, mint ami az egészséggel foglalkozó önirányított informális tanulásban fejeződik ki. A pilot kutatásban ezt az utat követtük.

Egy átfogó témát állítottunk a vizsgálatunk középpontjába: a menopauzát, egy olyan egészségügyi tényezőt, amely minden nőt érint. Választásunkat az indokolta, hogy az idősödés folyamata 50 éves kortól az áthajlás korával kezdődik (Lampe & Rétsági, 2015), amivel szinte párhuzamosan - magyarországi viszonylatban átlagosan 51,2 év - a nők esetében elkezdődik a menopauza is (Kolozsár, 2008). Az emberi szervezet előregedése befolyásolja az általános egészségi állapotot, ami a további életminőséget is rontó, hormonális változások okozta tünetek mellett a már meglévő betegségeket is felerősítheti, valamint növelheti a rizikóját további egészségügyi problémák (szív- és érrendszeri betegségek, II-es típusú cukorbetegség, anyagcserezavarok, rosszindulatú daganatok) kialakulásának. A nemzetközi szakirodalomban találunk olyan kutatásokat, amelyek a menopauzával kapcsolatos tudást és az ismeretgyarapodás hatását vizsgálják. Hunter & O'Dea (1998) ismeretterjesztő workshop tudatosabb életmódra gyakorolt hatását támasztotta alá. A foglalkozás után nőtt a rendszeresen sportolók aránya, valamint csökkent a dohányzás mértéke a válaszadók körében. Koyuncu et al. (2018) a menopauzával kapcsolatos tudás bővülésével a tapasztalt tünetek pontosabb

azonosításának képességét erősítette meg. A két, fentebb említett kutatás azonos eredménye, hogy a megkérdezettek felkészültebben állnak az őket érintő hormonális változás elé.

Jelen vizsgálatban arra voltunk kíváncsiak, hogy az egyén személyes érintettsége mennyire hat az egészségtudatosságára, vagyis az egészséggel foglalkozó önirányított informális tanulására.

A pilot kutatás célja

Feltárni a vizsgálatba bevont nők egészségtudatosságát

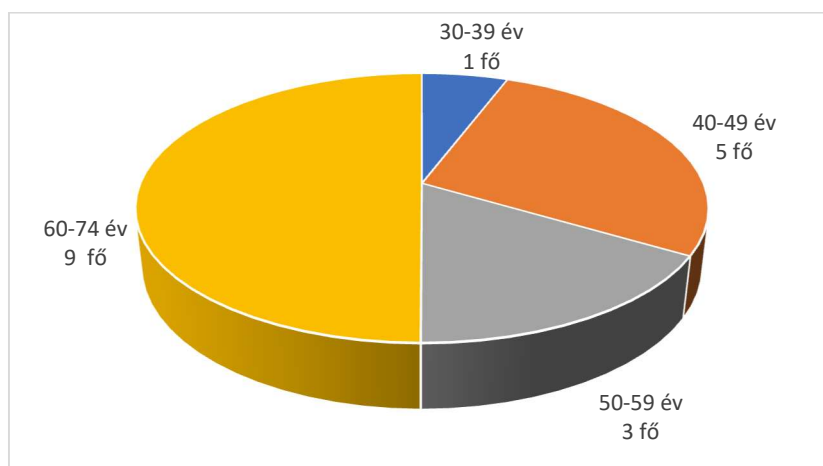
- egy olyan az egészségi állapotot befolyásoló faktort (menopauza) illetően, aminek a bekövetkeztével előre lehet számolni, valamint
- vizsgálni a mérőeszköz használhatóságát.

Kutatási kérdések

- Hogyan jelenik meg a vizsgálatba bevont nőknél az egészségtudatosság a menopauza témájában?
 - Milyen tartalmak iránt érdeklődnek a jelzett témában?
 - Milyen céllal tájékozódnak?
 - Milyen módon tájékozódnak?
 - Milyen információforrásokat használnak?
 - Milyen területek jelentettek újdonságot számukra?
 - Az ismeretgyarapodás milyen hatást gyakorol a magatartás-változtatási szándékukra?

Mintaválasztás és kutatási módszer

A minta kiválasztása random módon történt. Az előadás résztvevői és összetétele eleve esetleges volt, és közülük a kérdőívet önként kitöltők kerültek a mintába. Mindkét előadás után ugyanazzal a kérdőívvel dolgoztak a válaszadók, és a kitöltési hajlandóság egyaránt 90% feletti volt. A két különböző helyen és időpontban felvett adatokat egy mintaként kezeltük. A minta korosztályos megoszlásban a következőképpen alakult (1. ábra). A kérdőívet kitöltők felét a 60 év feletti korosztály adta. Közel a másik felét jelentették a 40-es és az 50-es hölgyek. A 30-as korosztályt 1 fő képviselte. Hormonális státuszuk szerint 4 fő a menopauza előtt (premenopauza), 3 fő a menopauza folyamatában (perimenopauza) és 11 fő menopauza után (posztmenopauza) volt.



1. ábra: A minta korosztályos megoszlása

Forrás: saját szerkesztés

Megállapíthatjuk, hogy résztvevők több mint háromnegyede – életkori érintettség folytán – személyes tapasztalattal rendelkezik a jelenségről, ez erősítheti a téma iránti érdeklődésüket. Ennek a kisélemszámú mintának az alapján megfogalmazódhat az a feltevés, hogy a 30-as és az az alatti korosztályt kevésbé foglalkoztatja a menopauza kérdése. Úgy tűnhet, hogy a jelzett korosztálynak még preventív jelleggel sem kerül érdeklődési terébe ez a probléma. Nincs, vagy kevés az olyan iskolai és iskolán kívüli impulzus, amely a menopauzával, illetve annak lehetséges következményeivel, a különböző betegségekkel való kapcsolatával preventív módon foglalkozna. Másfelől azt is feltételezzük, hogy a 30-as és az az alatti korosztály inkább preferálja az Interneten való tájékozódást, mint az előadások látogatását, ezért alulreprezentált ez a csoport a mintában.

A megkérdezettek kétharmada (12 fő), akik személyes tapasztalattal rendelkeznek, már tájékozódott a témában, az ő érdeklődésük leggyakrabban az egészségmegőrzésre, egészségfejlesztésre irányul. Az információkat eddig nem kereső egyharmadhoz azok tartoznak (bár ketten is a perimenopauza időszakában vannak), akinek az állapota még nem adott okot ilyen irányú informálódásra. A preventív tájékozódás az esetükben is hiányzik.

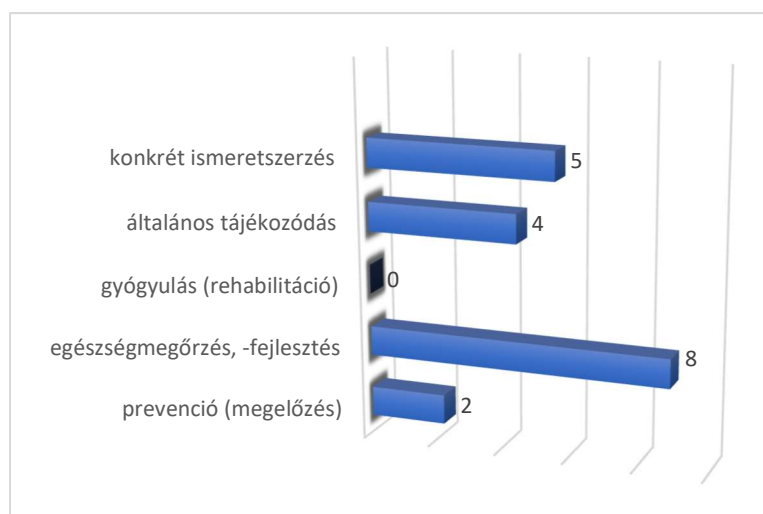
A pilot vizsgálat során anonim felmérést végeztünk saját szerkesztésű kérdőívvel, amely a menopauzával kapcsolatos tájékozódási területekről és forrásokról kívánt képet nyerni. Az ankét keretét két a menopauza témájában tartott előadás adta. (Ezek a Jász-Nagykún-Szolnok vármegyei Verseghy Ferenc Könyvtár és Közművelődési Intézmény két Fiókkönyvtárában (Jászboldogháza, Jászfákóhalma) kerültek megrendezésre. A programok hirdetése minkét

esetben a könyvtárak és a települések közösségi felületein (facebook) történt.) A mintába került egyének (N=18) kétszeresen is jelezték a téma iránti érdeklődésüket: egyszer azzal, hogy eljöttek az előadásra, másodszor azzal, hogy jelentkeztek a kérdőív önkéntes kitöltésére. A kérdőív a válaszadók életkorát, előzetes ismeretszerzési jellemzőit, módjait, valamint egészségmagatartási szándékait tárta fel.

A kapott adatok feldolgozását – a minta méretére tekintettel – kézi eljárással végeztük el, leíró statisztikai számításokat végezve. A kvantitatív megközelítést az indokolta, hogy egy nagyobb populációra tervezett felmérés mérőeszközének a kipróbálása történt.

Eredmények és megbeszélés

Jóllehet a tájékozódás céljára vonatkozó kérdésre több választ is jelölhettek az alanyok, csak 1 fő élt ezzel a lehetőséggel, ami arra utalhat, hogy a megkérdezettek célirányosan tájékozódnak. Vizsgálati mintánkról azt állapíthatjuk meg, hogy nem volt olyan személy, akinek a tájékozódási célját a gyógyulás (rehabilitáció) határozta volna meg. Ezt is egy jelzésnek értékelhetjük arra vonatkozóan, hogy az egészségtudatosságnak is szerepe lehetett abban, hogy nem alakult ki betegség.



2. ábra: A témában való eddig tájékozódás célja (fő)

Forrás: saját szerkesztés

Az ismeretszerzés forrásai között legnagyobb arányban (8 fő) a szakemberek által történő személyes tájékoztatást (ami történhet orvosi konzultáció vagy előadáson való részvétel formájában) említették. Alacsonyabb arányban szerepelt a hasonló életszakaszban lévőkkel

való tapasztalatmegosztás. Azt feltételeztük, hogy az ismeretszerzésnek ez a formája nagyobb szerepet játszik azért, mivel azt erősíti meg az egyénben, hogy az adott problémával nincs egyedül, így egyfajta támogató funkciót is betölthet. A mintánk nem adott egyértelmű visszaigazolást ebben a vonatkozásban. Az ismeretszerzés kedvelt formája még a digitális tartalmakból (szövegekből) való tájékozódás és a beszélgetős műsorok, ill. videók nézése. A nyomtatott anyagok választásának alacsony aránya azzal magyarázható, hogy többnyire zárt adatbázisokban találhatók, ami pedig rendelkezésre áll, az túlságosan általános, vagy annyira speciális szakkifejezéseket tartalmaz, hogy nehezen érthető (vö.: 3. ábra).



3. ábra: Preferált ismeretszerzési források (fő)

Forrás: saját szerkesztés

Arra is rákérdeztünk, hogy a menopauza témájában milyen területeken keresnek ismereteket. Ennél a kérdésnél is több választási lehetősége volt a résztvevőknek. A mintánkból az rajzolódott ki, hogy a „tünetek intenzitásának csillapítása” irányában tájékozódtak a leggyakrabban. Feltételezhető, hogy a válaszadókat motiválhatta a tünetek kellemetlen mivolta, hogy ismeretszerzéssel segítsék azok közérzetükre gyakorolt hatásának mérséklését, kiiktatását. Megállapítható, hogy a résztvevők szélesebb körben is tájékozódtak, és az említések gyakorisága azt igazolja, hogy a menopauza folyamata, illetve a következmények, a lehetséges szövődmények vonatkozásában is jelentős érdeklődés mutatkozott (4. ábra). Azt láthatjuk, hogy az informális tanulás olyan területekre is kiterjedt, amelyek túlmutatnak a közvetlen érintettségből adódó megoldás keresésén, és egyfajta előre tekintő attitűdöt körvonalaznak. Az, hogy egy főre átlag 1,22 választás esik, vagyis a megkérdezettek kevesebb, mint ¼-e választott

egynél több területet azt erősíti meg, hogy a mintában szereplők tájékozódása a menopauza témájában célirányosnak jellemezhető.

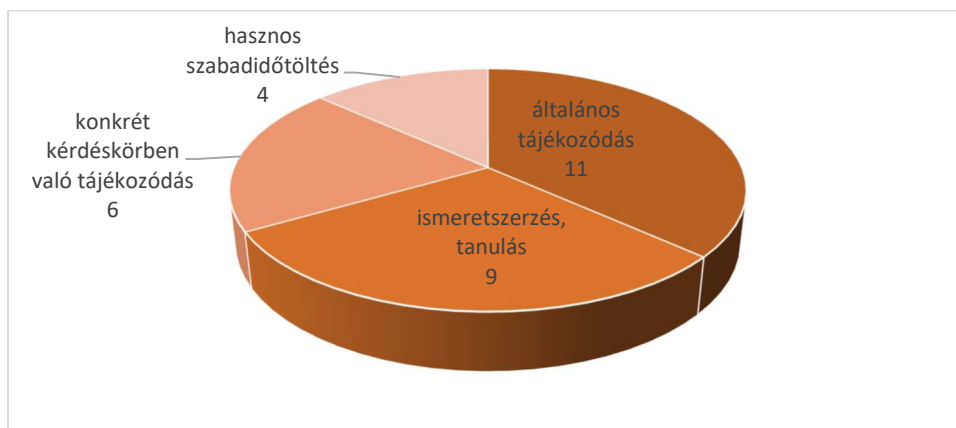


4. ábra: Előzetes tájékozódás, ismeretszerzés területei (fő)

Forrás: saját szerkesztés

Az előadás – ami a vizsgálat keretében szolgált – meglátogatásának a céljaként a témában történő általános tájékozódást, illetve az ismeretszerzést, tanulást jelölték meg (5. ábra). Ennél a kérdésnél is több választ jelölhettek meg, amivel itt már nagyobb mértékben éltek a kitöltők, egy főre átlag 1,66 választás esik. Konkrét, témát érintő kérdéssel 6 fő, hasznos szabadidőtöltés céljával 4 fő érkezett az előadásra. A kapott eredmények mögött feltételezhetjük az érintettség miatti motiváltságot, érdeklődést, a témával szembeni nyitottságot, a tanulási szándékot. A tanulási szándék azért hangsúlyozandó, mert az egészségtudatosságot egyéni felelősségvállalásként értelmezzük, ami jól megragadható az önálló informális tanulásban, amikor a tanuló egyén tűzi ki a célt, ő irányít, a tanulási tevékenysége szándékolt és motivált, azaz önirányított tanulást (self-directed learning) folytat.

Külön említendő a hasznos szabadidőtöltés, ami az idősödő korcsoport számára, nemcsak ismereteik bővülését (szellemi kapacitásuk hanyatlásának megelőzését), hanem az erre az időszakra jellemző magány, vagy izoláltság elleni aktív tevékenységet is jelenti.



5. ábra: Az előadás látogatásának célja (fő)

Forrás: saját szerkesztés

A tanulás többféleképpen történhet adott ismeretek kapcsán. Lehet új ismeretszerzés, meglévő ismeret aktualizálása (itt ebben az esetben új kutatási eredmények kapcsán), kibővítése (átfogó kép kialakulása adott témában), valamint eddigi ismeretek megváltoztatása (tévhitek adott területtel kapcsolatosan). Minden résztvevő jelölt legalább egy területet, vagyis mindenki tanult az előadáson elhangzott ismeretekből valamit (1. táblázat). Legnagyobb arányban az a három terület (edzés módszer, táplálkozás, nem gyógyszeres módszerek) jelent meg új ismeretként, aminek a hangsúlyozása az előadások megszervezésének, megvalósításának az egyik célja volt.

	Új információkkal, ismeretekkel gazdagított	Már meglévő ismereteimet aktualizálta, felfrissítette	Már meglévő ismereteimet kibővítette	Már meglévő ismereteimet változtatta meg	Egészséggel kapcsolatos szemléletet alakította	Nem szereztem ilyen jellegű ismereteket
Ösztrogén (védő) szerepe a szervezet működésében	8	5	5	-	-	-
Ösztrogénhiány következményei	6	4	3	-	5	-
Menopauza folyamatának tünetei	4	3	6	-	4	1
Menopauza utáni változások a szervezetben	3	5	2	2	6	-
Menopauza lehetséges következményeinek, szövődményeinek megelőzése, kezelése nem gyógyszeres módszerekkel	9	3	2	-	4	-
Táplálkozás	10	1	4	1	2	-
Testmozgás, edzésmódszerek	10	3	1	2	1	1

1. táblázat: Tanulás módja az előadás témái szerint (fő)

Forrás: saját szerkesztés

A mintánkat olyan bontásban is vizsgáltuk, hogy 50 év alattiak és 50 év felettiak csoportja, amit az indokolt, hogy Magyarországon menopauza bekövetkezésének az ideje is átlagosan ebben a korban kezdődik.

Mind az 50 év alatti, mind az 50 év feletti csoport kétharmada úgy nyilatkozott, hogy a jövőben tudatosabb lesz a kérdezett területeken (táplálkozás, testmozgás). Ez az adatsor a vizsgált mintában lévők egészségtudatosságának a motiváló, aktiváló erejét mutatja, ugyanakkor azt is, hogy az előadás kellően inspiráló volt, illetve új ismereteket nyújtott a résztvevőknek az említett területeken. Arra a kérdésre, hogy miben kívánnak változtatni az életmódjukon, a többség a

táplálkozást és a sportot együtt jelölte: az 50 év alattiak kétharmada, az 50 év felettiek több, mint 90%-a. Az, hogy mindkét életkori csoport kész a változtatásra, szintén az egészségtudatosságuk motiváló, aktiváló erejét érzékelteti. Úgy látszik, hogy az 50 év felettiekben több az elszánás, amit az magyarázhat, hogy minden bizonnyal az életkoruknál fogva érintettebbnek érzik magukat.

Összegzés és limitáció

Bagdy (2010) értelmezése szerint egyéni felelősségvállalásnak tekintettük az egészségtudatosságot, aminek az egyik megnyilvánulási formája lehet az informális tanulás, amit a pilot kutatás – a kis elemszám ellenére – megerősíteni látszik. A vizsgált mintában szereplő nők az előadáson való részvétellel és a kérdőív kitöltésével nemcsak a téma iránti érdeklődésüket bizonyították, hanem az egészségtudatosságukat is, amit az egészségi kérdésre irányuló informális tanulással fejeztek ki. Azt gondoljuk, hogy az egészségtudatosság érvényes markere lehet az egészségre irányuló általános és speciális informális tanulás.

Pilot vizsgálatunkban az egészségtudatosság meglétének megállapításán túl, annak néhány jellemzőjének a feltárására is kísérletet tettünk. Mivel olyan átfogó téma állt a fókuszban, mint a menopauza, ezért alapvetően minden nő potenciálisan érintettnek számítható. A szocio-demográfiai háttértényezők elemzésére nem tértünk ki, mert a kis elemszám miatt nem szolgál érvényes adattal. Annyit tudunk azonban jelezni, hogy a válaszadók kétharmada (12 fő) volt a korosztályos megoszlás alapján a mindennapjaiban érintett. Hogy az érintettség mennyire korosztályos, illetve mennyire jelent erős motivációt, arra egy nagyobb mintán elvégzett vizsgálat adhat választ.

Ismételten hangsúlyozni kell, hogy nagyon alacsony számú mintával dolgoztunk, ebből is adódhatott, hogy a 30-as és az alatti korosztály alul reprezentált volt. Az előadás – ami a vizsgálat keretében szolgált – meglátogatásának a céljaként a témában történő általános tájékozódást, illetve az ismeretszerzést, tanulást jelölték meg a kitöltők. Az adott mintában a tanulási szándék jelzése erősíti az egészségtudatosság általunk használt értelmezését, miszerint az egyik megnyilvánulási formája az egészségi kérdésekre irányuló informális tanulás.

Nem volt olyan személy, akinek a tájékozódási célját a gyógyulás (rehabilitáció) határozta volna meg, ami arra is enged következtetni, hogy az egészségtudatosságnak is szerepe lehetett abban, hogy nem alakult ki betegség. A preferált ismeretszerzési forrásokra vonatkozóan a hitelesség fontossága kapott hangsúlyt: a „sorstársakkal” való tapasztalatmegosztást is megelőzte a szakemberek által történő személyes tájékoztatás említése.

50 év alattiak és 50 év felettiak bontásban is vizsgáltuk a mintánkat, és azt állapítottuk meg, hogy mindkét csoport kész arra, hogy a jövőben tudatosabb legyen a kérdezett területeken és nyitott a változtatásra. Az 50 év felettiak körében nagyobb elszánás mutatkozott, ami az életkorukból adódó gyakorlati érintettséggel magyarázható, vagyis jelzése lehet annak, hogy az egészségtudatosságot erősítheti a vizsgált témában való érintettség. Nyilván ezeknek a következtetéseknek az érvényessége megállapításához egy nagy mintán végzett vizsgálat vihet közelebb, illetve a kvantitatív módszer kombinálása kvalitatív megközelítéssel.

A kutatás folytatása

A pilot vizsgálat megerősítette, hogy a választott téma releváns, és fontos adalékokkal szolgált a kutatási dizájn, a módszer és az alkalmazott eszköz tekintetében. Az előadás keretében történő kérdőíves felmérés formáját megtartva, a kérdőívek kitöltését más platformokon is kezdeményezzük (facebook, instagram, stb.). Az előadásba ágyazott felmérés szervezési és időbeli problémákkal jár, ezért célszerű előadás nélkül is adatokat gyűjteni. Ezzel az adatfelvételi eljárással, amivel két almintát is körvonalazódik. Célunk egy nagyobb mintán ($N > 500$) megismételni a vizsgálatot a jelzett csoportokban, és kvalitatív megközelítéssel is kiegészíteni. Két fókuszcsoportos beszélgetést tervezünk előadáshoz kapcsolódó kitöltőkkel és olyanokkal, akik nem vettek részt előadáson. A kérdőívet a tapasztalatok alapján bővíteni kívánjuk úgy, hogy nagyobb teret adunk az egészségtudatossághoz kapcsolódó véleményeknek, és a magatartás-változtatási szándéokra skálán mérhető formában is rákérdezzünk. A nagyobb mintával és a kevert módszerrel megismételt vizsgálatról releváns összefüggések feltárása várható. Többek között választ kaphatunk arra, hogy a szocio-demográfiai mutatók milyen mértékben befolyásolják a tájékozódásukat, félelmeiket, tudatosságukat, lehetőségeiket a vizsgált témában; hogy mit tesznek az egészségükért, és milyen igényeket fogalmaznak meg az egészségmegőrzés, az egészségtudatosság terén.

Irodalomjegyzék

Bagdy, E. (2010): Vitalitásgenerátorok. LAM (Lege Artis Medicinae), Vol. 20. No 1. pp 6-7.

Bene, Á. (2022). A tanulás pozitívumai időskorban, In: Bene, Á., és Móré, M. (szerk.), (2022) *Pozitív Idősödés I.* Debrecen: DUPress, pp. 170-220. ISBN 978 963 615 005 1

Colley, H., Hodkinson, P. & Malcolm, J. (2003): Informality and formality in learning, report for Learning and Skills Research Centre. University of Leeds Lifelong Learning Institute. London, ISBN 1 85338 872 6

Forray, R. K. & Juhász, E. (2009): A felnőttkori autonóm tanulás és tudáskorrekció elköteleződés. In: Forray R. Katalin – Juhász Erika: Nonformális - informális - autonóm tanulás, Debreceni Egyetem, Debrecen, pp.12-37. ISBN 978-963-473-407-9

Freyer, T., Horváth, D. & Nagy, Á. (2019): Fogalomtisztázó törekvések az egészségtudatosság vizsgálatához. Gazdaság- és Társadalomtudományok / Social Sciences Vol. 4. No. 1-2. pp. 39–46. DOI: 10.21846/TST.2019.1-2.5

Harris, D.M. & Sharon Guten, S. (1979): Health-protective behavior: An explanatory Study. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 20, No. 1 pp. 17-29.

Horváth H., A. (2011): Informális tanulás. Gondolat Kiadó, Budapest.

Horváth H., A. (2019): A possible model for the interpretation of informal learning. Pedagogia Oggi, Pensa Multimedia, Lecce-Brescia, Vol. XVII. No. 2. pp. 28-48. DOI: 10.7346/PO-022019-02

Hunter M and O’Dea I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. Patient Educ Couns 1999; 38(3): 249–255.

Kiss, V. (2015): A fenntarthatóbb fogyasztói magatartás és formái. Iskolakultúra, Vol. 7. No. 3-4. pp. 313-323.

Koloszár, S. (2008): A menopauzában jelentkező testsúlynövekedés kedvezőtlen hatásai. Magyar Orvos. 14(4) pp. 33-35.

Koyuncu T, Unsal A and Arslantas D. Evaluation of the effectiveness of health education on menopause symptoms and knowledge and attitude in terms of menopause. J Epidemiol Glob Health 2018; 8(1–2): 8–12.

Lampek Kinga (2016): Az aktív időskor és a társadalom. In: Lampek Kinga & Rétsági Erzsébet: EGÉSZSÉGES IDŐSÖDÉS - Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban, Pécsi

Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás- és Sporttudományi Intézet, Pécs, pp. 8-26. ISBN 978-963-642-969-0

Memorandum az egész életen át tartó tanulásról. Európai Községek Bizottsága, Brüsszel, 2000. október 30. 9.

McGivney, V. (1999): Informal learning in the community: trigger for change. National Institute for Adult Continuing Education, Leicester, ISBN-1-86202-73-0

Livingstone, D.W. (2001): Adults' informal learning: definitions, finding, gaps and future research. Wall Working Paper, No. 21. pp. 1-49.

Parish SJ, Faubion SS, Weinberg M, et al. The MATE survey: Men's perceptions and attitudes towards menopause and their role in partners' menopausal transition. Menopause 2019; 26:1110

Pavlik, G. (2015): A rendszeres fizikai aktivitás szerepe betegségek megelőzésében, az egészség megőrzésében. Egészségtudomány, Vol. LIX. Vol. 2. <http://www.egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2015-2/Pavlik.pdf> [Letöltve: 2021. 10. 02.]

Pikó, B. (2003): Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. Magyar Tudomány, Vol. 11. pp. 1381-1390.

Pikó, B. & Bak, J. (2005): A gyermekek egészség- és környezettudatosságának alakítása. Iskolakultúra Vol 15. No. 5. pp. 54-60.

Savella, O., Kóródi, M. (2023): A menopauza tüneti kezelésének lehetséges terápiái a hazai gyógyszállodai kínálatban. In: Csákvári, Tímea; Varga, Zoltán (szerk.) VI. Zalaegerszegi Nemzetközi Egészségturizmus Konferencia: Tanulmánykötet. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK) pp. 145-154.

Schugurensky, D. (2000): The forms of informal learning: towards a conceptualization of the field. NALL Working Paper, SSHRC Research Network New Approches to Lifelong Learning, No.19, <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/2733/2/19formsofinformal.pdf> [letöltve: 2016.10.26.]

Tót, É. (2008): Tanulási környezetek. Educatio, Vol 2. pp. 183-192

Tót, É. (2009): A validáció fogalmának értelmezési lehetőségei, rokon fogalmai a hazai és nemzetközi gyakorlatban, a validáció lehetséges kutatási irányai. TÁMOP-4.1.3-08/1-2008-0004. A felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése, OFI, Új Magyarország Fejlesztési Terv, Budapest
http://ofi.hu/sites/default/files/ofipast/2011/03/tot_eva_a_validaciorol_v2.pdf
[letöltve:2016.06.30.]

A levelező szerző:

dr. Savella Orsolya

Debreceni Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Intézet, Védőnői, Módszertani és Prevenció Tanszék, savella.orsolya@etk.unideb.hu
ORCID: 0000-0002-7682-1716

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

Az időskor szubjektív megélésének vizsgálata a lakóhelyi társas körülmények szerint

***Bede Melinda, **Pachner Orsolya**

* Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pedagógiai és Pszichológiai Intézet - Szombathely

 ORCID: 0009-0002-0325-1641

** Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar,

 ORCID: 0000-0001-8333-9568

Kulcsszavak: időskor, lakóhely, társas támogatás, élettél való elégedettség, önértékelés

Absztrakt

A 21. században élő idősök helyzetének átalakulásához a társadalmi előregezés és a családi struktúrák átformálódása sorolható, melyekkel összefüggést mutat az idősök lakóhelyi körülményeinek változása. Jelen kutatás célja az időskor megélésének vizsgálata a lakóhelyi körülmények és a védőtényezők figyelembevételével. A kutatás keresztmetszeti elrendezésű, a minta a WHO definíciója értelmében 60 év feletti résztvevőkből áll (N=98). A mérőeszközök közé saját szerkesztésű kérdések és standard kérdőívek tartoznak; az önértékelést, az élettél való elégedettséget, a társas támogatást és a rezilienciát felmérve. A lakóhelyek között eltérések láthatók a társas támogatásban: a szociális intézményben és a családban élők magasabb támasszal rendelkeznek az egyszemélyes háztartásban élőknel, ám az időskor megélésében

nincs különbség. Klaszteranalízissel a minta négy csoportra bontható, melyek egy-egy lakóhelyi körülményhez kapcsolódnak. Eltérések láthatók a társas támogatásban, a rezilienciában és az önértékelésben, amiből az egyszemélyes háztartásban élők negatívabb és a szociális intézményben élők pozitívabb helyzetére következtethetünk. Ám az időskor megélése szempontjából releváns étellel való elégedettség esetén nem láthatók különbségek, amit az eltérő háttértényezők eredményezhetnek: a családban élő nők elégedettsége háttérében a reziliencia, a szociális intézményben élőkében pedig a társas támasz dominál. A családban élő férfiak és az egyszemélyes háztartásban élők elégedettségének megértéséhez további befolyásoló tényezők bevonására lenne szükség. Ezen eredmények tükrében belátható, hogy akár az időskorúak életminőségének javítását célzó programok körében is számottevő lehet a lakóhely figyelembevétele, hisz más-más tényezőkön keresztül gyakorolhatunk hatást az étellel való elégedettségre.

Exploring the subjective experience of old age according to the social arrangements of the place of residence

Keywords: ageing, residence, social support, life satisfaction, self-esteem

Abstract

The transformation of the situation of older people in the 21st century can be attributed to social ageing and the changing of family structures, which are associated with changes in the living conditions of older people. The aim of this research is to investigate how aging is experienced in relation to protective factors and housing conditions. The research has a cross-sectional design, with a sample of participants aged 60+ years according to the WHO definition (N=98). Measures include self-structured and standard questionnaires to assess self-esteem, satisfaction with life, social support, and resilience. Results show that peer support varies based on living arrangements, with higher support reported by those living in social institutions or family, but no difference in old age experiences. Using cluster analysis, the sample can be divided into four groups based on housing conditions. Differences are observed in peer support, resilience and self-esteem, suggesting a more negative situation for those living in a single person household and a more positive situation for those living in a social institution. However, no differences

can be identified in life satisfaction which is relevant to the experience of old age, possibly due to different background factors: resilience is the main factor behind the life satisfaction of women living in a family, while social support dominates in those living in a social institution. To understand the satisfaction of men living in a family and of women living in a single person household, it would be necessary to include additional influencing factors. Given these results, it can be seen that even in programs aimed at improving the quality of life of older people, it may be important to consider the place of residence, as it can influence life satisfaction through different factors.

Bevezetés

Társadalmi előregedés és vetületei

Az időskorúak társadalmilag elismert tekintélye és privilégiumokkal való jutalmazása egykor alapvetőnek számított, ám e tendencia eltűnőben van (Kerekes, 2015) – helyét egyféle kettős szemlélet veszi át, mely az időskor vágyott állapotként való felfogása mellett az elidegenedés érzetét, valamint azon pesszimista megközelítést foglalja magában, miszerint az idősek terhet jelentenek a társadalom számára (Füzesi et al., 2013). Negatívabb megítélésük olyan túláltalánosított jellemzőkön alapul, mint az egészségi állapot elégtelensége, a munkaerőpiacon való beváláshoz szükséges tudás korlátozottsága és az inaktivitás (Szemán, 2013), ugyanakkor összefüggést mutat a társadalmi előregedéssel is, mely következtében megsokszorozódik az aktív korúak felelőssége a segítségnyújtás igényéből és az idősellátás területén felmerülő szükségletekből adódóan (Ferwagner & Pék, 2021).

A társadalmi előregedés egyre élesebb tendenciát mutat világszerte, így Magyarországon is. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai értelmében a 65 év felettiiek 1990-ben a magyar népesség 13%-át tették ki, ám ez az arány 2020-ra szinte megduplázódott, ami nagy terhet ró a munkaerőpiacon tevékenykedőkre, a családokra, illetve az egészségügyi és a szociális ellátórendszerekre. E nehézség szemléltetésére az időskori eltartottsági ráta hivatott; Magyarországon a 2019-es adatok szerint 100 aktív korú személyre 33 időskorú jutott, ám ez a szám 2060-ra elérheti az 52-t, ami beláthatatlan teherrel járhat együtt (Boros et al., 2021).

Az időskorúak negatívabb megítélése mellett az életkörülményeiket érintő változások is érdemi kérdéseket vethetnek fel ezen életszakasz megélésével kapcsolatban. Noha az *idősothton* fogalma gyakorta negatív konnotációval bír hazánkban, egyre több idős él szociális intézményben, ami jelentős eltérés a korábban népszerű többgenerációs háztartásokhoz képest.

Míg 2000-ben 39.847 fő, 2023-ban 56.173 idős számolt be arról Magyarországon, hogy szociális intézményben él (KSH, 2023).

Az időskor megélését befolyásoló tényezők: társas támogatás és reziliencia

Társas támogatás

A társas támogatás védőtényezője olyan komplex segítségnyújtási formát takar, amely az egyént körülvevő szociális közegből érkezik, észlelése pedig pozitívumokkal jár együtt (Kerekes & Kállai, 2013). Típusai szempontjából különbséget tehetünk *érzelmi-információs* (például meghallgatás, tanácsadás), *pozitív szociális interakción alapuló* (például közös időtöltés örömei), illetve *instrumentális támasz* (például segítségnyújtás a bevásárlásban) között (Sz. Makó et al., 2016). Alapvetően kétféle módon fejtheti ki protektív hatását, mely mechanizmusok a *főhatás* és a *stresszcsökkentő* modell által érhetők tetten. Előbbi a társas kapcsolatok alapvető pozitív befolyását írja le – például a pozitív érzelmek túlsúlyára nézve, utóbbi pedig stresszes élethelyzeteken keresztül szemlélteti a megküzdést támogató hatását (Cohen, 2004), így a reziliencia elősegítőjeként is felfogható (Rowe & Kahn, 1997).

A társas támogatás jelentősége az időskorúak szempontjából kiemelt, többek között a fizikai és kognitív funkcióik romlásából adódó gondozás szükségéből, a gazdasági erőforrások elapadásából, illetve a közeli kapcsolatok csökkenéséből adódóan (Steptoe et al., 2013). Magas mértéke a törődést, az elfogadást, a szeretetet és a közösséghez tartozás érzetét foglalhatja magában (Cobb, 1976, in: Forgács, 2015), így meghatározó a szociális interakciók minősége és mennyisége szempontjából (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001, in: Cohen, 2004), aminek értelmében a jóllét előjelzőjeként azonosítható (Cohen, 2004).

Reziliencia

A reziliencia – azaz a viszontagságokkal szembeni ellenállóképesség – egyszerre függ a tartós egyéni személyiségjellemzőtől és a fejlődési folyamat eredményeképp elsajátított megküzdési stratégiáktól (Ong et al., 2009; Fletcher & Sarkar, 2013, in: Clark et al., 2018). Windle (2011) meghatározása alapján a reziliencia összetevői közé (1) vonásszerű énvédő tényezők, (2) a megküzdés, alkalmazkodás képessége, valamint (3) környezeti és társas jellemzők tartoznak (Allen et al., 2018). Énvédő hatását longitudinális vizsgálatok is alátámasztották, miszerint egyéni meghatározottsága a későbbi életszakaszokban és a különböző élethelyzetekben egyaránt megmutatkozik (Smith-Osborne & Felderhoff, 2016).

Az idősök életkori sajátosságaikból adódóan több belső (például betegségek), illetve külső veszteségélménnyel (például kortársak halála) szembesülhetnek, melyek gyakoriságuktól és

intenzitásuktól függően megkérdőjelezhetik az alkalmazkodás minőségét. Míg a külső veszteségek esetén lehetséges a megküzdés és a sikeres alkalmazkodás, addig a belső veszteségek – például az egészségi állapot romlása szempontjából inkább az elfogadás, illetve a szükségszerű alkalmazkodás dominálhat, mint reziliens viselkedés (Rowe & Kahn, 1987).

Az időskor szubjektív megélése: élettellel való elégedettség és önértékelés

Élettellel való elégedettség

Az életminőség különböző dimenziók mentén értelmezhető – mint a fizikai, kognitív, érzelmi és társas működés, illetve az egészség percepciója (Tiringer, 2012, in: Kaszás, 2021). Az élettellel való elégedettség nem más, mint ezen életterületek kognitív értékelő komponense, ami az élet és az életminőség szubjektív értékrend alapján történő megítélését eredményezi (Diener et al., 1985). Viszonylagos stabilitást mutat az élet folyamán, ám ez 70 éves kor körül megtörni látszik. Az élettellel való elégedettség csökkenése többnyire az egészségi állapot romlásának, illetve a gyakori és intenzív veszteségélményekkel való szembesülésnek tulajdonítható. Ezen folyamatok nagyrészt az elmúlással állnak kapcsolatban és olyan alapvető motivációs mechanizmusokat írnak felül, melyek a stabilitás fenntartásáért felelősek (Gerstorf et al., 2010).

Ám nem törvényszerű az élettellel való elégedettség csökkenő tendenciája időskorban, hisz kiemelt lehet a védőfaktorok szerepe. Az élettellel való elégedettség magasabb szintje a megfelelő egészségi állapoton túl a társas támogatással is összefüggésbe hozható (Gerino et al., 2017), hisz a biztonságot nyújtó társas kapcsolatokkal való elégedettség akár az egészségi állapot romlásából adódó nehézségek kompenzálására is képes (Berg et al., 2009, in: Kaszás, 2021).

Önértékelés

Az önértékelés a szelf értékelő komponenseként fogható fel, mely olyan pozitív vagy negatív értékelésekből tevődik össze, ahogy énünkkel kapcsolatban érzünk (Jones, 1990, in: Smith et al., 2016), így többnyire tükrözi az egyén jóllétének dimenzióit; például a fizikai, emocionális és pszichológiai komponenseket (Smith et al., 2000, in: Gerino et al. 2017). Két típusát különböztethetjük meg: a vonásszerű önértékelés az énnel kapcsolatos hosszútávú érzéseket, az állapotszerű önértékelés pedig a pillanatnyi érzéseket foglalja magában (Smith et al., 2016).

Időskorban a pozitív önértékelés eléréséhez és fenntartásához a veszteségek elszenvéde és a társadalmi változások során bekövetkező autonómia-, illetve szerepvesztés következtében felértékelődhet a közeli kapcsolatok és a társas támogatás jelentősége (Rowe et al., 1997). A környezetből érkező segítségnyújtás a szeretet és az elfogadás megélése által növelheti az

énhatékonyság érzetét, ami a rezilienciával együtt pozitív irányba mozdíthatja el az önértékelést (Windsor et al., 2015; Bolton et al., 2016, in: Smith et al., 2018).

Ám érdemes figyelembe venni, hogy az önértékelés nemcsak az időskor megélésének aspektusaként, de protektív tényezőként is értelmezhető, hisz a pozitív önértékelés többnyire a helyzetek kontrollálhatóságának érzetével társul, ami adaptív megküzdési módokkal (Forgács, 2015), valamint jobb mentális és fizikai állapottal járhat együtt (Taylor & Stanton, 2007).

Lakóhelyi társas körülmények szerepe az időskor megélésében

A különböző lakóhelyi társas körülmények – vagyis a családban, az egyszemélyes háztartásban és a szociális intézményben élő idősök összevetése esetén felmerülhet a kérdés, hogy miképp alakul az időskor megélése, illetve mekkora szerepet játszik ebben a környezet (tekintve a társas támogatást) és az egyéni jellemzők (tekintve a rezilienciát). Feltételezhető, hogy a családban élő időskorúak előnyben vannak a pozitívabb megélés szempontjából, hisz a negatívabb belső változások és a környezetből eredő megítélések ellen a család közelsége védőfaktorként funkcionálhat, elősegítve a pozitívabb önértékelést és élettél való elégedettséget (Kopp & Székely, 2013). A családi integritást azonban több tényező is veszélyeztetheti: hátrányban vannak azok a családtagok, akik egymástól távol élnek, hisz esetükben nehezített a kapcsolattartás. A magány többnyire az olyan közeli kapcsolatok hiányából fakad, melyek képesek lennének kielégíteni az egyén szeretet és önmegerősítés iránti szükségleteit, tartós fennállása pedig összefüggést mutathat a depresszióval, illetve az egészségügyi problémák megjelenésével és a kognitív hanyatlással (Smith et al., 2016). Valószínűsíthető, hogy az egyszemélyes háztartásban élő idősök nagyobb mértékben jellemezhetők a közeli kapcsolatok hiányával, mint a családban élők. Ám a magány érzete a lakóhely változásából is adódhat, amennyiben a meglévő kapcsolatok megszakadását eredményezi (Smith et al., 2016) – ami a szociális intézményben élő időskorúakat tekintve kiemelt szempont. Ugyanakkor előfordul, hogy a támasz további forrásai kompenzáló hatással bírnak esetükben, így felértékelődhet a gondozókkal és a lakótársakkal kialakított közeli kapcsolatok szerepe.

Célok

Jelen kutatás célját az időskor szubjektív megélésének feltárása – ami az önértékelés és az élettél való elégedettség által megragadható –, illetve befolyásoló tényezőinek megértése adja. A vizsgálat fókuszában a szociális aspektus áll: feltételezzük, hogy a különböző lakóhelyi körülmények esetén (egyszemélyes háztartás, család, szociális intézmény) eltérő mértékben tapasztalható a társas támogatás, ami hatást gyakorolhat az időskor megélésére. Ugyanakkor az

egyéni tényezők figyelembevétele is szükségszerű e kérdéskör kapcsán, így a reziliencia befolyását is vizsgáljuk.

Módszer

Vizsgálati személyek

A mintavételezés módja elméletalapú, kritériumait a WHO *időskor* definíciója adja, amely értelmében a résztvevők 60. életévüket betöltött személyek. A 100 fős minta összetétele három lakóhelyi csoportra különíthető el: családban, szociális intézményben és egyszemélyes háztartásban élő idősök, így a mintavételezés módja megkívánt egyfajta „rétegezettséget”. A résztvevőket nyolc vidéki intézmény felkeresése által sikerült elérni, így a minta nem reprezentatív. A családban élő idősöket két községben található nyugdíjasklub, az egyszemélyes háztartásban élőket pedig három nappali ellátást nyújtó intézményen keresztül értük el. Végül a szociális intézményben élők csoportja három különböző fenntartású (városi, egyházi és magán) idősotthon lakóiból áll össze.

Mérőeszközök

A kérdőívcsomag szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdésekből, illetve 4 darab papíralapú kérdőívből tevődik össze, melyek a társas támogatás, a reziliencia, az önértékelés, illetve az élettel való elégedettség mérését teszik lehetővé. E kérdőívek esetén a reliabilitást, illetve a teljes mintára vonatkozó leíró eredményeket az 1. táblázat szemlélteti.

A saját szerkesztésű *szociodemográfiai kérdőív* olyan alapvető adatokhoz biztosít hozzáférést, mint a nem, életkor és a lakóhely társas körülményei.

A *Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Skála* (MSPSS; Papp-Zipernovszky et al., 2017) egy 10 tételes önjellemző kérdőív, ami az észlelt társas támogatást 3 alszála segítségével méri, melyek a támasz forrásait képviselik (család, barátok, jelentős mások). Például: „A családom szívesen segít a döntéseim meghozatalában.” (9. tétel). A kitöltők 5-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat, hogy milyen mértékben érvényesek rájuk az egyes tételek: „egyáltalán nem” (=1 pont) választól a „teljes mértékben” (=5 pont) válaszig. Az észlelt társas támogatás mértéke a skála összpontszámából adódik, ami minimum 10, maximum 50 pont.

A *Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív* jelen kutatásban alkalmazott 10 tételes változata (CD-RISC-10; Járai et al., 2015) a problémákkal, stresszel való megküzdés képességét méri. Például: „Erős emberként gondolok magamra.” (6. tétel). A kitöltők 5-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat az „egyáltalán nem igaz” (=0 pont) választól a „szinte mindig igaz”

(=4 pont) válaszig. A reziliencia mértéke a skála összpontszámából adódik, így minimálisan 0, maximálisan 40 pont szerezhető.

A *Rosenberg Önértékelés Skála* (RSES-H; Sallay et al., 2014) a vonásönértékelést hivatott mérni 5 pozitív és 5 fordított tétel által. Például: „Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.” (2. tétel). A kitöltők 4-fokú Likert-skálán jelölhetik válaszaikat az „egyáltalán nem értek egyet” (=0 pont) választól a „teljesen egyet értek” (=3 pont) válaszig. Az önértékelés mértéke a skála összpontszámából adódik, így minimálisan 0, maximálisan 30 pont érhető el.

Az *Élettel való Elégedettség Skála* (SWLS-H; Martos et al., 2014) egy 5 tételes kérdőív, amely az életminőség, valamint a jóllét szubjektív értékelését méri. Például: „Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálshoz.” (1. tétel). A kitöltők 7-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat a „egyáltalán nem értek egyet” (=1 pont) választól a „tökéletesen egyetértek” (=7 pont) válaszig. Az élettel való elégedettség mértéke a skála összpontszámából adódik, amely minimálisan 5, maximálisan 35 pont lehet.

	MSPSS	CD-RISC-10	RSES-H	SWLS-H
Átlag	41,959	31,551	21,776	24,276
Szórás	7,248	7,190	4,037	6,600
Minimum	13	13	14	6
Maximum	50	40	30	35
Cronbach-α	0,891	0,875	0,727	0,869

1. Táblázat: Méréseszközök leíró eredményei

Eljárás

A kutatás adatfelvétele az etikai kérelem engedélyezését követően 2022 nyarán zajlott, elrendezését tekintve egyszeri keresztmetszeti. A kérdőívek felvételét az intézményi engedélyeztetések után a résztvevői beleegyező nyilatkozatok rövid szóbeli ismertetése, majd kitöltése előzte meg. Az adatfelvétel módja – pontosabban, hogy kiscsoportos, vagy egyéni módon zajlott – az adott intézmények és a résztvevők jellemzőitől függött.

Statisztikai módszerek

Az adatok statisztikai elemzéséhez az SPSS programcsomag 28. verzióját használtuk. A Shapiro-Wilk normalitásvizsgálat tükrében egy skála esetén sem teljesült a parametrikus próbák előfeltételeként szolgáló normális eloszlás [társas támogatás (MSPSS), reziliencia (CD-RISC-10), önértékelés (RSES-H), élettel való elégedettség (SWLS-H)]. Ennek értelmében többnyire nem-parametrikus próbákat használtunk. A leíró statisztikát követően (minimum,

maximum, átlag, szórás) a tényezők együttjárásának vizsgálatára Spearman-féle korrelációt, a lakóhelyi csoportok eltéréseinek feltárására pedig Kruskal-Wallis-tesztet végeztünk. A tényezők közötti összefüggések pontosabb megértéséhez a résztvevők újra csoportosítása vált szükségessé, melyhez hierarchikus klaszteranalízist alkalmaztunk (négyzetes euklideszi távolság, Ward módszer). Végül a teljes mintán, illetve a létrehozott klasztereken többszörös lineáris regressziót futtattunk le (hierarchikus elrendezésben).

Eredmények

Leíró statisztika

Az eredeti minta 100 kitöltőből tevődik össze, akik a WHO életkori besorolásának megfelelően három csoportra elkülöníthetők: idősödő (60-74), idős (75-90), aggastyán (90 felett). Ezen felosztás alapján a résztvevők 46%-a esik az idősödő, 52% az idős, 2% pedig az aggastyán kategóriába. Az életkori csoportok eloszlásának aránytalanságából fakadó torzítások elkerülése érdekében az eredeti mintát megszűrtük – az aggastyán kategóriába tartozókat eltávolítottuk a mintából (N=98). A megszűrt mintát tekintve a legfiatalabb résztvevő 61, a legidősebb 90 éves, az átlagéletkor pedig 75,122 év (SD=7,738).

A résztvevők lakóhely alapján történő csoportba sorolása viszonylag kiegyenlítettnek tekinthető: a kitöltők közül 31 fő egyszemélyes háztartásban, 35 fő családban, 32 fő pedig szociális intézményben él. A nemek megoszlása a felkeresett intézmények és nyugdíjas klubok esetén a következőképpen alakul: összesen 75 nő és 23 férfi teszi ki a teljes mintát. Ezen eloszlás az egyszemélyes háztartásban ($N_{nő}=25$; $N_{fi}=6$), a családban ($N_{nő}=23$; $N_{fi}=12$), illetve a szociális intézményben élő idősök esetén ($N_{nő}=27$; $N_{fi}=5$) is hasonló irányú aránytalanságot mutat a nők javára. Ugyanakkor a nők és a férfiak átlagéletkora szinte azonos – megközelítőleg 75 év ($M_{nő}=75,133$, $SD_{nő}=7,943$; $M_{fi}=75,087$, $SD_{fi}=7,198$).

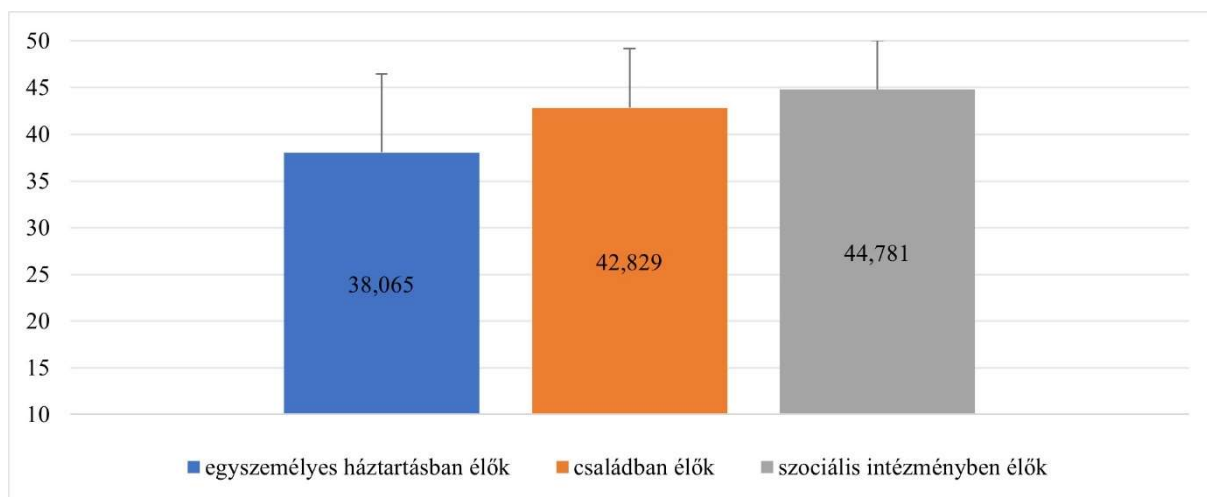
Az időskor szubjektív megélése a lakóhelyi társas körülmények függvényében

A lakóhely és a társas támogatás kapcsolata

A lakóhelyi csoportok (egyszemélyes háztartás, család, szociális intézmény) átlagos MSPSS összpontszámát tekintve az egyedül élő idősök rendelkeznek a legalacsonyabb társas támogatással, ($N=31$, $M=38,065$, $SD=8,390$), őket követik a családban ($N=35$, $M=42,829$, $SD=6,359$), majd a szociális intézményben élők ($N=32$, $M=44,781$, $SD=5,259$).

A három csoport esetén szignifikáns eltérés látható az MSPSS összpontszámok mentén [$\chi^2(2)=14,689$; $p<0,001$]. Ám míg az egyszemélyes háztartásban élő idősök értékei valóban

szignifikánsan eltérnek mind a családban ($p < 0,05$), mind a szociális intézményben élőkétől ($p < 0,001$), addig ez utóbbi két csoport között nem beszélhetünk szignifikáns különbségről ($p > 0,5$) (1. ábra).



1. Ábra: Társas támasz a lakóhely függvényében

A lakóhely és az időskor megélésének kapcsolata

Miként jól kirajzolódnak a társas támogatás lakóhely alapú eltérései, valószínűsíthető, hogy az időskor megélésének két aspektusát – az önértékelést és az élettel való elégedettséget tekintve is beszélhetünk csoportközi különbségekről, hisz szignifikáns korrelációk láthatók e tényezők között, noha a társas támogatás együttjárásának erőssége mind az önértékelés ($r = 0,224$, $p < 0,05$), mind az élettel való elégedettség esetén ($r = 0,358$, $p < 0,001$) alacsonynak mondható. Ám a feltételezések ellenére eredményeinkben nem mutatkozik szignifikáns eltérés az egyszemélyes háztartásban, a családban és a szociális intézményben élők között az önértékelés [$\chi^2(2) = 1,192$; $p > 0,05$] és az élettel való elégedettség esetén [$\chi^2(2) = 5,122$; $p = 0,077$]. A csoportok leíró adatait a 2. táblázat szemlélteti.

	Önértékelés		Élettel való elégedettség	
	M	SD	M	SD
Egyszemélyes háztartás	21,387	4,455	22,161	6,743
Család	22,371	4,081	25,600	6,021
Szociális intézmény	21,500	3,592	24,875	6,762

2. Táblázat: Az időskor megélésének aspektusai a lakóhely függvényében

Időskorúak élettel való elégedettségének vizsgálata

Résztvevők újra csoportosítása: klaszteranalízis

Noha a lakóhelyek között nem látható érdemi eltérés az időskor szubjektív megélésében, az élettel való elégedettség esetén tendencia rajzolódik ki erre vonatkozóan ($p=0,077$), így a lehetséges összefüggések pontosabb megértését célozva további elemzések válnak szükségessé. Az élettel való elégedettség mélyebb feltárása érdekében a lakóhely alapú kategóriák használata helyett újra csoportosítottuk a résztvevőket, amihez hierarchikus klaszteranalízist használtunk. A csoportosítás alapjául az életkor, a lakóhely, a társas támogatás, a reziliencia és az élettel való elégedettség szolgált. Az önértékelés tehát nem került bevonásra a klaszteranalízisbe, ugyanis e tényező esetén nem következtethetünk lakóhelyi különbségre – ám a további elemzések során kiemelt figyelmet fordítottunk rá, mint protektív faktorra. A dendrogram alapján négy, jól elkülöníthető klaszter találtunk, melyek kiugró jegyeik alapján az alábbi módon jellemezhetők:

1. Klaszter: Jellemzően magas társas támogatással, rezilienciával és önértékeléssel rendelkező idősödő nők, akik többségében családban élnek.
2. Klaszter: Jellemzően magas társas támogatással rendelkező férfiak, akik többségében családban élnek.
3. Klaszter: Jellemzően alacsony társas támogatással, rezilienciával és önértékeléssel rendelkezők, akik többnyire egyszemélyes háztartásban élnek.
4. Klaszter: Jellemzően magas társas támogatással rendelkező időskorú nők, akik többségében szociális intézményben élnek.

Klaszterek különbségei a vizsgált tényezők mentén

Szignifikáns csoportközi eltérést találtunk az életkor, a társas támogatás, a reziliencia és az önértékelés tényezőiben, ám az étellel való elégedettségben nem láthatók különbségek a négy klaszter között. A klaszterek leíró jellemzőinek szemléltetésére a 3. táblázat hivatott, a Kruskal-Wallis próba és a páros összehasonlítások eredménye pedig a 4. táblázatban tekinthető meg.

Életkor: Az első klaszterbe tartozó családban élő nők rendelkeznek a legalacsonyabb életkorral – szignifikánsan fiatalabbnak tekinthetők a második (családban élő férfiak), a harmadik (egyedül élők) és a negyedik klaszterbe (szociális intézményben élő nők) tartozóknál. Végül a negyedik klaszterhez tartozók tekinthetők a legidősebbnek, szignifikánsan magasabb életkorral rendelkeznek, mint a másik három csoport.

Társas támogatás: A harmadik klaszterbe tartozó egyedül élők számolnak be a legalacsonyabb észlelt társas támaszról. Szignifikánsan alacsonyabb támasz látható e csoportban, mint az első (családban élő nők), a második (családban élő férfiak) és a negyedik (szociális intézményben élő nők) klaszter esetén – amely csoportok között nincs különbség.

Reziliencia: A harmadik klaszter tagjai – az egyedül élők tekinthetők a legkevésbé reziliensnek, szignifikánsan alacsonyabb rezilienciával rendelkeznek, mint az első (családban élő nők) és a negyedik klaszterbe (szociális intézményben élő nők) tartozók – amely csoportok azonban érdemben nem különböznek egymástól.

Önértékelés: A harmadik klaszterbe tartozó egyedül élők rendelkeznek a legalacsonyabb mértékű önértékeléssel – ami szignifikánsan alacsonyabb, mint az első (családban élő nők) és a második klaszter (családban élő férfiak) esetén, ám a negyedik klaszter tagjaitól, a szociális intézményben élő nőktől nem különböznek érdemben.

	1. Klaszter „Családban élő nők”	2. Klaszter „Családban élő férfiak”	3. Klaszter „Egyedül élők”	4. Klaszter „Szociális intézményben élő nők”
Elemszám	30 fő	18 fő	22 fő	28 fő
Lakóhely	Család: 22 fő Egyedül: 8 fő Szociális intézmény: 0 fő	Család: 11 fő Egyedül: 2 fő Szociális intézmény: 5 fő	Család: 1 fő Egyedül: 21 fő Szociális intézmény: 0 fő	Család: 1 fő Egyedül: 0 fő Szociális intézmény: 27 fő
Életkor	M=68,267; SD=4,533; Min=61; Max=78	M=75,00; SD=7,911; Min=66; Max=87	M=75,773; SD=6,078; Min=63; Max=86	M=82,036; SD=4,772; Min=73; Max=90
Nem	Nők: 30 fő Férfiak: 0 fő	Nők: 0 fő Férfiak: 18 fő	Nők: 17 fő Férfiak: 5 fő	Nők: 28 fő Férfiak: 0 fő
Társas támogatás	M=43,500; SD=4,812	M=44,333; SD=3,881	M=34,682; SD=9,172	M=44,500; SD=5,719
Reziliencia	M=34,333; SD=3,960	M=30,222; SD=6,054	M=26,091; SD=6,907	M=30,214; SD=8,741
Önértékelés	M=23,200; SD=4,072	M=22,444; SD=3,823	M=20,091; SD=4,023	M=21,143; SD=3,699
Élettel való elégedettség	M=25,533; SD=5,993	M=24,722; SD=6,229	M=21,182; SD=6,681	M=25,071; SD=6,960

3. Táblázat: Klaszterek leíró jellemzői

	Kruskal-Wallis teszt	Páros összehasonlítás					
		1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Életkor	$\chi^2(3)=46,174$; $p<0,001$	$p<0,05$	$p<0,05$	$p<0,001$		$p<0,05$	$p<0,05$
Társas támogatás	$\chi^2(3)=22,949$; $p<0,001$		$p<0,001$		$p<0,001$		$p<0,001$
Reziliencia	$\chi^2(3)=15,177$; $p<0,05$		$p<0,001$				$p<0,05$
Önértékelés	$\chi^2(3)=8,549$; $p<0,05$		$p<0,05$		$p<0,05$		
Élettel való elégedettség	$\chi^2(3)=6,600$; $p=0,086$						

4. Táblázat: Klaszterek közötti különbségek a vizsgált tényezők mentén

Protektív faktorok szerepe az élettel való elégedettségben

Hierarchikus regresszió segítségével vizsgáltuk, hogy az önértékelés, a társas támogatás, illetve a reziliencia tényezője milyen mértékben képes magyarázni az idősek élettel való elégedettségét. A prediktorok között sem kollinearitás, sem multikollinearitás nem áll fenn, noha az önértékelés és a reziliencia közötti korreláció közepes erősségű ($r=0,478$). A tolerancia

értékek minden prediktor esetén magasnak tekinthetők (önértékelés: 77,5%; társas támogatás: 98,2%; reziliencia: 77,3%).

Mivel nem következtethetünk lakóhelyi különbségekre az önértékelés mentén, a további elemzésekben az időskor megélésének aspektusa helyett befolyásoló tényezőként tekintünk rá, pontos értelmezése érdekében pedig a hierarchikus regresszió első szintjén került az elemzésbe (1. modell), amit második szinten a társas támogatás és a reziliencia bevonása egészített ki (2. modell). E modelleket a teljes mintán és a négy klaszteren egyaránt alkalmaztuk, mely eredmények bemutatására az 5., illetve a 6. táblázat hivatott.

A teljes minta esetén az önértékelés 9,5%-ot képes magyarázni az élettel való elégedettség varianciájából szignifikánsan (1. modell), míg a társas támogatás és a reziliencia védőtényezőjével együttesen 18,9%-ot (2. modell). Ám a második modellben csupán a társas támogatás és a reziliencia gyakorol szignifikáns pozitív hatást az élettel való elégedettségre.

	B	SE(B)	β	df	t	p
Modell 1						
Konstans	13,298	3,515		97	3,748	<0,001
Önértékelés	0,504	0,159	0,308	97	3,176	<0,05
Modell 2						
Konstans	3,347	4,741		97	0,706	>0,05
Önértékelés	0,286	0,172	0,175	97	1,660	>0,05
Társas támogatás	0,194	0,085	0,213	97	2,276	<0,05
Reziliencia	0,214	0,097	0,233	97	2,209	<0,05

Modell 1: $R^2=0,095$; $R^2_{Adj}=0,086$; $F(1,96)=10,088$; $p<0,05$

Modell 2: $R^2=0,189$; $R^2_{Adj}=0,163$; $F(3,94)=7,309$; $p<0,001$

5. Táblázat: Többszörös lineáris regresszió eredményei a teljes minta esetén

1. Klaszter „Családban élő nők”: A családban élő nők esetén csupán a második modell tekinthető szignifikánsnak: a három prediktor együttesen 28,4%-ot magyaráz a kimeneti változó varianciájából, melyek közül egyedül a reziliencia hatása mutat szignifikanciát.

2. Klaszter „Családban élő férfiak”: A családban élő férfiak esetén sem az első, sem a második modell esetén nem látható szignifikancia.

3. Klaszter „Egyedül élők”: Az egyedül élő időskorúaknál sem az első, sem a második modell nem tekinthető szignifikánsnak.

4. Klaszter „Szociális intézményben élő nők”: A szociális intézményben élő nők csoportjában mindkét modell szignifikánsnak tekinthető: az önértékelés önmagában 22,1%-ot, míg a társas támogatással és a rezilienciával együttesen 59%-ot képes magyarázni az étellel való elégedettségéből. Ám a második modell esetén csupán a társas támogatás prediktora bizonyul szignifikánsnak, noha az önértékelés esetén tendencia látható erre vonatkozóan.

Klaszter		B	SE(B)	β	df	t	p
Modell 1							
1.	Konstans	22,648	6,525		29	3,471	<0,05
2.		18,288	9,123		17	2,005	>0,05
3.		10,561	7,207		21	1,465	>0,05
4.		6,371	6,987		27	0,912	>0,05
1.	Önértékelés	0,124	0,277	0,085	29	0,449	>0,05
2.		0,287	0,401	0,176	17	0,715	>0,05
3.		0,529	0,352	0,318	21	1,502	>0,05
4.		0,884	0,326	0,470	27	2,715	<0,05
Modell 2							
1.	Konstans	-10,790	12,527		29	-0,861	>0,05
2.		21,233	17,994		17	1,180	>0,05
3.		14,138	13,952		21	1,013	>0,05
4.		-22,359	8,295		27	-2,695	<0,05
1.	Önértékelés	-0,218	0,267	-0,148	29	-0,816	>0,05
2.		0,318	0,487	0,195	17	0,653	>0,05
3.		0,319	0,414	0,192	21	0,771	>0,05
4.		0,601	0,297	0,320	27	2,025	=0,054
1.	Társas támogatás	0,354	0,210	0,284	29	1,685	>0,05
2.		0,137	0,509	0,085	17	0,269	>0,05
3.		-0,098	0,192	-0,134	21	-0,510	>0,05
4.		0,729	0,163	0,594	27	4,433	<0,001
1.	Reziliencia	0,757	0,271	0,500	29	2,793	<0,05
2.		-0,321	0,281	-0,312	17	-1,145	>0,05
3.		0,154	0,257	0,159	21	0,601	>0,05
4.		0,084	0,127	0,105	27	0,659	>0,05

1. Klaszter
Modell 1: $R^2=0,007$; $R^2_{Adj}=-0,028$; $F(1,28)=0,201$; $p>0,05$
Modell 2: $R^2=0,284$; $R^2_{Adj}=0,202$; $F(3,26)=3,446$; $p<0,05$
2. Klaszter
Modell 1: $R^2=0,031$; $R^2_{Adj}=-0,030$; $F(1,16)=0,511$; $p>0,05$
Modell 2: $R^2=0,115$; $R^2_{Adj}=-0,075$; $F(3,14)=0,605$; $p>0,05$
3. Klaszter
Modell 1: $R^2=0,101$; $R^2_{Adj}=0,056$; $F(1,20)=2,225$; $p>0,05$
Modell 2: $R^2=0,151$; $R^2_{Adj}=0,010$; $F(3,18)=1,070$; $p>0,05$
4. Klaszter
Modell 1: $R^2=0,221$; $R^2_{Adj}=0,191$; $F(1,26)=7,373$; $p<0,05$
Modell 2: $R^2=0,590$; $R^2_{Adj}=0,538$; $F(3,24)=11,492$; $p<0,001$

6. Táblázat: Többszörös lineáris regresszió eredményei a négy klaszter esetén

Megbeszélés, következtetések

Az időskor során a veszteségélmények gyakorisága és intenzitása növekvő tendenciát mutat (Steptoe et al., 2013), ami rizikótényezőként értelmezhető az időskor szubjektív megélésére nézve, e szempontból azonban a környezet társas meghatározottsága sem mellékes. Jelen kutatás központi kérdését ez utóbbi adja, miszerint láthatók-e eltérések az időskor megélésének aspektusai – vagyis az önértékelés és az élettel való elégedettség mentén attól függően, hogy az idős személy egyszemélyes háztartásban, családban vagy szociális intézményben él, ugyanis feltételezett, hogy a különböző lakóhelyeken eltérő mértékű társas támogatás tapasztalható a lakóhelyek szociális jellemzőiből adódóan. E kérdés vizsgálata kapcsán azonban a reziliencia szerepe sem mellékes, hisz e védőtényező szintén hatást gyakorolhat az időskor megélésére, ugyanakkor a társas támogatástól sem független (Rowe & Kahn, 1997).

Vizsgálatunk során érdemi eltéréseket találtunk a társas támogatás mértékében, miszerint az egyszemélyes háztartásban élő idősek számolnak be a legalacsonyabb támogatottságról, ám a családban és a szociális intézményben élők között nem látható különbség. A családban élők pozitívabb helyzetét a családi integritás védőfaktora indokolhatja (Kopp & Székely, 2013), a szociális intézményben élők körében pedig érdemes kiemelni a gondozókkal és a lakótársakkal kialakított kapcsolat lehetséges kompenzáló hatását. Noha a társas támasz magas mértéke a jóllét előjelzőjeként azonosítható (Cohen, 2004), eredményeinkben pedig együttjárást mutat az önértékeléssel és az élettel való elégedettséggel, mégsem látható érdemi eltérés az időskor megélésében az egyes lakóhelyi körülmények között, ám az élettel való elégedettség mentén tendencia rajzolódik ki erre vonatkozóan.

Az élettel való elégedettség lakóhelyi meghatározottságainak mélyebb feltárása érdekében a lakóhelyen alapú kategóriák helyett új csoportokat hoztunk létre, mely során a lakóhely tényezője mellett az életkort, a társas támogatást, a rezilienciát és az élettel való elégedettséget is figyelembe vettük. A létrehozott négy csoport mindegyike egy-egy lakóhelyi körülményhez kapcsolható: 1) magas társas támasszal, rezilienciával és önértékeléssel rendelkező családban élő idősödő nők; 2) magas társas támasszal rendelkező családban élő férfiak; 3) alacsony társas támasszal, rezilienciával és önértékeléssel rendelkező egyedül élők; 4) magas társas támasszal rendelkező szociális intézményben élő időskorú nők. A csoportok között érdemi eltérések húzódnak meg az életkor, a társas támogatás, a reziliencia és az önértékelés mentén. Ezen különbségek leginkább az egyedül élők negatívabb helyzetére hívják fel a figyelmet, hisz annak ellenére, hogy ők a legfiatalabbak, többnyire ők rendelkeznek a legalacsonyabb társas támasszal, rezilienciával és önértékeléssel (noha a reziliencia esetén nem különböznek a

csalásban élő férfiaktól, az önértékelést tekintve pedig a szociális intézményben élő nőktől). Tehát elmondható, hogy a társas támogatás, a reziliencia és az önértékelés protektív tényezői különböző mértékben érvényesülnek az egyes lakóhelyi körülmények szerint. Azonban az idősor megélése szempontjából releváns élettelle való elégedettségben ezúttal sem láthatók jelentős csoportközi különbségek, amit a védőtényezőkkel való kapcsolata indokolhat.

Eredményeink rámutatnak, hogy eltérő összefüggések húzódnak meg a befolyásoló tényezők és az élettelle való elégedettség között az egyes csoportokban. A *szociális intézményben élő nők* elégedettsége hátterében a társas támogatás dominál, ami jól magyarázható az idősotthonokra jellemző közösségi lét előnyeivel, ugyanakkor megkérdőjelezi a hazánkban általános negatív konnotáció létjogosultságát (Bácskay, 2003). A *csalásban élő idősödő nők* élettelle való elégedettségére inkább a reziliencia – tehát a viszontagságokkal szembeni ellenállóképesség gyakorol hatást, mely konstruktum szempontjából a társas támogatás sem mellékes, hisz a reziliencia „összetevői” között a környezeti és a társas jellemzők is szerepet játszanak (Windle, 2011; in: Allen et al., 2018). A *csalásban élő férfiak* és az *egyedül élők* körében azonban nem mutatkozik érdemi kapcsolat a vizsgált protektív faktorok és az élettelle való elégedettség között, így további befolyásoló tényezők bevonása válhat szükségessé, mint például a magányosság. Ezen különbségek arra engednek következtetni, hogy az egyes lakóhelyi körülmények esetén – sőt, a csalásban élőket tekintve nemtől függően – különböző védőtényezők játszanak szerepet az élettelle való elégedettségben, így más-más utakon növelhető vagy csökkenthető mértéke.

Jelen kutatás korlátai szempontjából kiemelt, hogy a mintavételezés nem reprezentatív módon történt, amihez a felkeresett intézmények száma, illetve a résztvevők jellemzőiből adódó torzítások is hozzájárultak. Noha a bentlakásos szociális intézmények összetételének sokszínűségét eredményezi, hogy különböző fenntartásúak (állami, egyházi, magán), ugyanakkor mindhárom idősotthonról elmondható, hogy az átlaghoz képest magas életszínvonalat nyújtanak az ott élők számára, ami torzíthat az eredményeken. További korlátként említhető a résztvevők lakóhelyi és életkori rétegezésének kellő differenciálása. Előbbi esetén például a csalásban élő idősök csoportján belül szükségszerű lehet további alcsoportok bevezetése, tekintve a házastárssal és a többgenerációs háztartásban élőket. Az életkori rétegezés szempontjából pedig jelentős korlát, hogy a 90 év felettiek csupán a minta 2%-át tették ki, így adataik kiszűrésre kerültek. Végezetül a kérdőívcsomag hatékonysága is vet fel kérdéseket módszertanilag, hiszen az idősotthonban élő idősök fizikai és mentális állapota többnyire károsodást mutat, így esetükben a kérdőíves módszer nehezebben, vagy abszolút nem alkalmazható. Ebből adódóan a minta összetétele mentén is láthatók korlátok,

hisz a kérdőívek felvétele során alapvető kérdés volt az intézményvezetők felé, hogy a kitöltő mentális állapota alkalmas legyen a kérdőívek kitöltésére. Ezen nehézségek orvoslására strukturált interjú bevezetése és demencia szűrő teszt alkalmazása szolgálhat a jövőben.

Összefoglalóan és a korlátok szem előtt tartásával elmondható, hogy jelen minta esetén különbségek mutatkoznak a társas támogatás, a reziliencia, illetve az önértékelés tényezőiben a négy lakóhelyi körülményhez kapcsolódó csoport között. Ezen eredmények leginkább az *egyedül élők* negatívabb helyzetét ragadják meg, melyhez nagyban hozzájárulhat a magány, mint az időskorra jellemző kockázati tényező (Fry & Debats, 2002), így e lakóhelyi csoport esetén kiemelt jelentőséggel bírhat az odafordulás és a többszintű támogatás kérdése. Másrészt azonban érdemes figyelmet fordítani a szociális intézményben élők pozitívabb helyzetére is, hisz egy vizsgált protektív tényező sem érvényesül kevésbé esetükben, mint akár családban élők körében. Ezen eredmények bizakodásra adhatnak okot az idősök életkörülményeinek változó tendenciája – vagyis az egyre népszerűbbé váló időotthonok szempontjából a társadalmi szintű előítéletek ellenére (Bácskay, 2003). E gondolat mentén azonban a kulturális sajátosságokat is érdemes számításba venni, miszerint a fejlődő országok többségében egészen más színezete van az időotthonok megítélésének, mint Magyarországon. Előfordul, hogy ezen pozitív példák Magyarország néhány szociális intézményére is hatást gyakorolnak, ami magyarázatot adhat jelen kutatás biztató eredményeire – miszerint a szociális intézményben élők esetén épp a szociális eredetű társas támogatás az, amely leginkább hatást gyakorol az étellel való elégedettségre. Jelen kutatás legfőbb üzenete a lakóhelyi társas körülmények szerepének hangsúlyozásában rejlik, hisz úgy tűnik, hogy magától a lakóhelytől is függ, hogy mely tényezőkön keresztül gyakorolhatunk hatást az időskorúak étellel való elégedettségére. A különböző utak figyelembevétele akár az életminőséget javító programok kialakításában is segítséget nyújthat, hisz iránymutatást ad arra vonatkozóan, hogy egy adott élethelyzetben mely befolyásoló tényező érvényesülésének elősegítése lehet a leghatékonyabb.

Irodalomjegyzék

- Allen, R. S., Dorman, H. R., Henkin, H., Carden, K. D. & Potts, D. (2018). Definition of Resilience. In Resnick, B., Gwyther, L. P. & Roberto, K. A. (Eds.) *Resilience in Aging*. (pp. 1-16). Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04555-5>
- Bácskay, A. (2003). Életkörülmények a szociális otthonokban. *Kapocs*, 2(5), 56–59.
- Boros, J., Gábrriel, D. & Monostori, J. (2021). Idősödés. In Monostori, J., Óri, P. & Spéder, Zs. (Eds.), *Demográfiai Portré 2021*. (pp. 163-182). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

- Clark, P. G., Burbank, P. M., Greene, G., & Riebe, D. (2018). What Do We Know About Resilience in Older Adults? An Exploration of Some Facts, Factors and Facets. In Resnick, B., Gwyther, L. P. & Roberto, K. A. (Eds.) *Resilience in Aging*. (pp. 61-80). Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04555-5>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Diener, E., Emmons, E. R., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Ferwagner, A. & Pék, Gy. (2021). Észlelt társas támasz időskorban. *Magyar gerontológia*, 13(40), 78–102. <https://doi.org/10.47225/mg/13/40/10810>
- Forgács, A. (2015). Társas támasz a gyászban. In Kiss, E. Cs. & Sz. Makó, H. (Eds.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. (pp. 382-398). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.
- Fry, P. S. & Debats, D. L. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 55(3), 233–269. <https://doi.org/10.2190/KBVP-L2TE-2ERY-BH26>
- Füzesi, Zs., Töröcsik, M. & Lampek, K. (2013). Az időskor egészségpszichológiája: tények és trendek. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringier, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 63-82). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C. & Brustia, P. (2017). Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G. & Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25(2), 477–485. <https://doi.org/10.1037/a0017543>
- Járai, R., Vajda, D., Hargitai, R., László, N., Csókási, K. & Kiss, E. Cs. (2015). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 15(1), 129–136.

Kaszás, B. (2021). *Időskori alkalmazkodási folyamatok*. Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskola Személyiség-és Egészségpszichológiai Program.

Kerekes, Zs. (2015). Az időskor mint krízis. In Kiss, E. Cs. & Sz. Makó, H. (Eds.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. (pp. 182-218). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.

Kerekes, Zs. & Kállai, J. (2013). Társas támogatás, szociális integráció, magány és intimitás időskorban. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringer, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 303-336). Medicina Könyvkiadó Zrt.

Kopp, M. & Székely, A. (2013). Nagyszülők, szülők és unokák: testi és lelki egészség. A generációk közötti kapcsolatok egészségpszichológiai szerepe. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringer, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 105-116). Medicina Könyvkiadó Zrt.

Központi Statisztikai Hivatal (2023). A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak ellátási típusonként [25.1.1.31.]. *STADAT*. Elérhető: https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0026.html

Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T. & Ittész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>

Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z. & Jámori, Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>

Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó T. & Ittész, A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 259–275.

Smith, E. R., Mackie, D. M. & Claypool, H. M. (2016). *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.

Smith, M. L., Bergeron, C. D., McCord, C. E., Hochhalter, A. K. & Ory, M. G. (2018). Successful Aging and Resilience: Applications for Public Health, Health Care, and Policy. In Resnick, B., Gwyther, L. P. & Roberto, K. A. (Eds.) *Resilience in Aging*. (pp. 17-34). Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04555-5>

Smith-Osborne, A. & Felderhoff, B. (2016). Formal and family caregiver protective factors in systems of care: a systematic review with implications toward a resilience model for aging veterans. *Traumatology*, 22, 29–39. <https://doi.org/10.1037/trm0000056>

Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>

Szemán, Zs. (2013). Az időskorúakkal kapcsolatos attitűdök, előítéletek, nemzetközi és hazai vizsgálatok tapasztalata alapján. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiring, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 85-103). Medicina Könyvkiadó Zrt.

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*, 16(3), 145–162.

Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>

A szerzők:

Bede Melinda

MA hallgató

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pedagógiai és Pszichológiai Intézet - Szombathely

9700 Szombathely, Károlyi Gáspár tér 4.

ORCID ID: 0009-0002-0325-1641

bedemelinda02@gmail.com

Dr. Pachner Orsolya

egyetemi adjunktus

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pedagógiai és
Pszichológiai Intézet - Szombathely

9700 Szombathely, Károlyi Gáspár tér 4.

ORCID ID: 0000-0001-8333-9568

pachner.orsolya@ppk.elte.hu

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

Sikeres időskort segítő tanulási programok elméleti alapjai szociális ellátások tekintetében

Virágh Viktória

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Oktatás és Társadalom Neveléstudományi Doktori Iskola

 ORCID: 0009-0005-2650-4164

Kulcsszavak: sikeres idősödés, alkalmazkodás, tanulás, szociális ellátás, akciókutatás

Absztrakt

A Healthy Ageing évtizedében az egészséges és sikeres öregedést az időseket ellátó szociális szolgáltatásokban és ellátásokban is elő lehet segíteni. Támogatni és fejleszteni szükséges azokat a funkcionális képességeket, amelyekkel az idősek ki tudják elégíteni a szükségleteiket a saját környezetükben. Az egészséges és sikeres öregedés modelljei a hatvanas évektől folyamatosan pozitív irányba tolódtak el, bővültek és egymás mellett tovább éltek. Mára az idős emberek életét nagyon komplex módon lehet segíteni a modellek által meghatározott dimenziók mentén. Egyre hangsúlyosabbá válik az is, hogy az egészségben várható élettartamot ki lehet tolni késői életkorra. Ugyanakkor a krónikus betegségeket és a funkcionális képességek csökkenését elkerülni nem lehet. A legidősebb, gyakran szociális segítséget igénybe vevő idősök esetén a változásokhoz való alkalmazkodás folyamatát lehet és szükséges is segíteni. Mind az alkalmazkodást, mind a képességek megtartását leginkább oktatással, tanulással lehet támogatni. Szociális intézményekben a terápiás gondozás részeként be lehet illeszteni az idős ellátottak napirendjébe a képességeiknek megfelelő, didaktikailag megalapozott tanulási

programokat. Ezek fejlesztéséhez és gyakorlati alkalmazásához az idősekkel foglalkozó szakemberek bevonása elengedhetetlen. Az akciókutatás stratégiája lehetőséget ad arra, hogy együttműködő, cselekvésorientált folyamatban fejlődjenek és valósuljanak meg a szociális szférában is eredményesen alkalmazható tanulási programok. Tanulmányomban ennek a gondolati ívnek az elméleti megalapozását mutatom be.

Theoretical Foundations of Learning Programs Supporting Successful Aging in the Context of Social Services

Keywords: successful aging, adaptation, learning, social care, action research

Abstract

In the Decade of Healthy Ageing, healthy and successful aging can also be promoted through social services and care provided to the elderly. It is necessary to support and develop those functional abilities that allow the elderly to meet their needs in their own environment. Since the 1960s, models of healthy and successful aging have continuously shifted in a positive direction, expanded, and coexisted. Today, the lives of older people can be supported in very complex ways along the dimensions defined by these models. It has also become increasingly emphasized that the expected lifespan in good health can be extended to later ages, but chronic diseases and the decline of functional abilities cannot be avoided. For the oldest elderly, who often require social assistance, the process of adaptation to changes is the most necessary and feasible to support. Both adaptation and the maintenance of abilities can be best supported through education and learning. In social institutions, didactically grounded learning programs tailored to the abilities of elderly residents can be integrated into their daily routines as part of therapeutic care. The involvement of professionals working with the elderly is essential for the development and practical application of these programs. The strategy of action research provides an opportunity for learning programs that can be effectively applied in the social sector to develop and be implemented in a collaborative, action-oriented process. In my study, I present the theoretical foundation of this conceptual framework.

Bevezetés

A várható élettartam növekedése következtében a hosszú életkort megélő idősök körében egyre többen vesznek igénybe szociális ellátást fizikai, szellemi vagy lelki képességeik leépülése következtében. Az ellátottak között a különböző fokú és típusú demenciában szenvedő idősök is egyre nagyobb arányban jelennek meg (Hablicsekné, 2022). Állapotuk romlásának lassítása, a demencia megelőzése és szinten tartása érdekében szükséges a mindennapi életvitelüket segítő kompetenciáik minél további megtartása. Ez elősegíti, hogy életük utolsó szakaszát, amíg lehet, a saját otthonukban éljék, és ha szükséges, akkor is legyen elég az otthonközeli ellátások igénybevétele. Ha mégis bekövetkezik az a fizikális vagy mentális állapot, hogy bentlakásos intézménybe kerüljenek, akkor is fontos számukra, hogy a lehetőségeikhez képest minél nagyobb fokú önállósággal és jóllét érzéssel rendelkezzenek.

Ennek megfelelően az idősök szociális alapszolgáltatásaiban és szakosított ellátásaiban kiemelt feladat a fejlesztés és a szinten tartás. A szakmai tapasztalatok és ajánlások alapján számos nagy- és kiscsoportos, valamint egyéni foglalkozás zajlik az intézményekben. Céljuk az idősök szabadidejének lehető leghasznosabb eltöltése, olyan módon, hogy közben a készségeiket, képességeiket megőrizték. Módszertani és tartalmi szempontból dominálnak a játékos jellegű programok és azok a közösségi tevékenységek, amelyeket az idősök kedvük és szokásaik alapján a leginkább preferálnak. A rendszerből ugyanakkor hiányzik a tudatos oktatás alapú tudásbővítés, a kompetenciák fejlesztése, amely idős korban is lehetséges speciális edukációs szemlélettel, és a gerontológiai módszerek alkalmazásával. Érdekes lehet módszertani szempontból speciálisan a célcsoporthoz illeszkedő, tanulási eredmény alapú tanulási programok fejlesztése. Geronto-andragógusként azt gondolom, hogy didaktikailag jól összeállított tanulási programokkal, sokkal tudatosabb ismeret-, készség- és képességfejlesztésre kínálkozik lehetőség. A módszertani lépések részletes kidolgozásával, életminőségük javítása érdekében hatékonyabban lehet az idősök számára terápiás programokat szervezni.

Ez hosszú folyamat, amelynek első része, hogy a szociális szférában is az egészséges és sikeres öregedés modelljeit és dimenzióit figyelembe véve segítsék az idősöket. Az ellátotti csoportokban leginkább a korral járó, fizikális-szellemi funkciók elvesztéséből adódó hiányt és a személy-környezet illeszkedését lehet segíteni az alkalmazkodási folyamatok támogatásával. A szakemberek részéről fontos kialakítani a szemléletet, hogy a képesség-tétel folyamatát az idősöket ellátó szolgáltatásokban és ellátásokban is a tanulás/tanítás folyamatával lehet a legeredményesebben segíteni. Az idős emberek közt dolgozó terápiás és szociális munkatársak bevonása a tanulási programok fejlesztésébe segítheti ezt a folyamatot. Az idősökkel foglalkozó

szakemberek szakmai, gyakorlati tapasztalataival szintetizálhatjuk azt a tudást, ami tudományosan is megalapozza a tanulási programokat. Mindezt az egészséges és sikeres öregedés tudományos elméleteire alapozva, a didaktika alapelveit felhasználva tehetjük. Tanulmányomban ezt az elméleti vonalat mutatom be.

Idősödő társadalom

A jelenkori társadalom aktív jellemzői között tartjuk számon az idősödést. Ez nem csak az elöregedő társadalmat jelenti, hanem számos olyan tényezőt, helyzetet, és változást, amelyekhez alkalmazkodnia kell minden generációnak.

A népesség elöregedési folyamatát mutatja, hogy 2006 óta már több az időskorú, azaz a 65 éves és annál idősebb, mint a gyermekkorú, vagyis a 14 éves és annál fiatalabb (KSH, 2022). Jelentős létszámú társadalmi és egyben heterogén csoportot alkotnak az idősek. 2023-ban a magyar népesség 20,5%-a, 1 millió 971 ezer ember tartozott a 65 éves vagy annál idősebbek korcsoportjába (KSH, 2023). Egy részük nyugdíjas korában is szeretne a társadalom aktív résztvevője maradni. Másik részük viszont nem akar vagy nem is tud aktív maradni, sem a munkaerőpiacon, sem az élet egyéb területén (Bagyinszki, 2019; Hablicsekné, 2022; Laki, 2016; Lampek, 2015). Mindebben jelentősen közrejátszik, hogy Magyarországon egy 65 éves nő átlagosan 7,6 évet, az ugyanilyen korú férfi pedig 6,7 évet élhet várhatóan még egészségben. A 65 év feletti idősek jelentős része, több mint 50% küzd valamilyen egészségi állapotból adódó problémával vagy fogyatékosságból eredő korlátozottsággal. A kor előrehaladtával tudatos viselkedéssel kitolható az egészségben várható élettartam, csökkenthető az önellátás szempontjából a minőségi életvitelhez szükséges funkcióvesztés. De elkerülni nem lehet. Ahogy csökken az idősek önállósága és kompetenciája, úgy növekszik a kiszolgáltatottságuk. A családtagoktól jelentős segítséget kapnak (75%), és többeknek (19%) a barátok, szomszédok is segítenek. A gondozási terhek növekedésével egyre nagyobb az esélye annak, hogy az idős ember intézménybe kerül. A fenti folyamatok fokozatosan csökkentik az idősek életminőségét. A szociális ellátás különféle szolgáltatásairól az idősek túlnyomó többsége rendelkezik ismeretekkel. Leginkább a 75 feletti nők jelennek meg az igénybe vevők között (Boros et al., 2021). A legtöbb esetben a legvégső pillanatig kitolják az idős emberek a szakosított szociális ellátás igénybevételét, amit a jogszabályi környezet és a társadalmi nézetek is támogatnak. Számszerűen 2023-ban az időskorúak bentlakásos szociális intézményeiben 55 123 fő élt, idősek nappali ellátását 37 587 fő vette igénybe. A még az otthonukban élő, helyben segítséget (házi segítségnyújtást) kérő idősek száma 91 337 fő volt (KSH, 2024).

Hogy az idős emberek egészségesen, aktívan, sikeresen öregedjenek meg, az mind az egyéneknek, mind a társadalomnak érdeke. A társadalmi és a tudományos diskurzusban egyre inkább ez a szemlélet jelenik meg. Mindez nem csak azokra vonatkozik, akik aktívan és függetlenül élnek, hanem a szociális ellátást igénylőknek is joguk és igényük van lehetőségeikhez képest jóllétben leélni életük utolsó szakaszát. Tudatos alkalmazkodási folyamatban képesek lehetnek az idős emberek a legtöbbet kihozni a változásokból. Ha ezt az idősokkal foglalkozó szakemberek támogatják és katalizálják, akkor sokkal többen aktivizálhatják a meglévő vagy esetleg újonnan megismert képességeiket. Mindehhez az szükséges hogy a társadalom, a szakma és az egyének nyitottak legyenek az idős emberek értékeinek felfedezésére, és megőrzésére. Az aktív, sikeres idősödés paradigmái a hatvanas évektől ebbe az irányba mutatnak, ezt a szemléletet lehet bevinni a szociális szolgáltatások és ellátások rendszerébe is.

Egészséges, aktív, sikeres idősödés

A „hogyan idősödjünk” kérdésre egy-egy korszak vélekedése, gondolkodása és értékei alapján számos válasz született, paradigmák váltották egymást, illetve éltek/élnek egymás mellett. Tartalmuk egyre bővül, alakul a társadalmi változásoknak és az ezekből következő elvárásoknak megfelelően.

Az 1960-as évekig az öregedéstről alkotott nézet meglehetősen negatív volt. Úgy tekintettek rá, mint egy progresszív, permanens és irreverzibilis, hanyatló folyamatra, amelynek a vége a halál (Cumming et al., 1960). A megfelelő öregedést is úgy határozták meg, mint olyan passzív állapot, amelyben elsősorban a visszavonulás (Cumming&Henry, 1961, id. Behr et al., 2023) igényét hangsúlyozzák, átadva a terepet a munkaerőpiacon a fiatalabb korosztálynak. Ma már tudjuk, hogy ez a nézet a tétlenség, az értéktelenség érzése következtében ageizmushoz vezetett. Ez a hozzáállás a mai napig jelen van társadalmunkban, és nagyon lassan változik.

Az egészséges, sikeres és aktív időskor fogalomrendszere a hatvanas évek óta folyamatosan változott és kibővült. Az idősök teljes értékű életének megvalósulását először hangsúlyosan a fizikai egészség megtartásában látták (Jászberényi, 2021), és a normális öregedés, meghatározására törekedtek. Megjelent az aktivitás teóriája, amely a „jó” öregedést élvezetes tevékenységben való részvételként azonosította (Havighurst, 1961). Ebben kitüntetett szerephez jutott a jelennel és az elmúlt élettel való elégedettség és a boldogság érzése. Az 1970-es évekre még inkább nyilvánvalóvá vált, hogy a visszavonulás elmélete nem tud magyarázatot adni az idősödés mintázatainak sokféleségére. A személyiségtípus és az adaptáció folyamata

kulcsfontosságú a sikeres idősödés tekintetében, ugyanakkor kiemelték a társadalmi, gazdasági és biológiai feltételek fontosságát is (Neugar, 1972).

A 80-as évekre egyre inkább bővültek azok a dimenziók, amelyeket fontosnak tartottak az idősök jóllétének megteremtéséhez. Megjelent Robert N. Butler Productive Ageing elmélete, ami tudatosította, hogy az idősokban létezik produktív potenciál. Így csak felszínre kell hozni a meglévő tudást, tapasztalatot és kompetenciát, amit életük során felhalmoztak (Buttler, 1985). Rowe és Kahn Successful Ageing elmélete a szokásos és a sikeres öregedést különböztette meg (Rowe & Kahn, 1987). Ebben elég nagy szerepe volt a betegségek és fogyatékosság hiányának és az egyén felelősségének, ami nagyon idealisztikus kép az idősokort illetően, ezáltal meglehetősen szűk kört érintett.

Ez a felismerés vezetett oda, hogy a sikeres öregedés koncepciója egyre inkább a negatív tényezők kiküszöbölését, késleltetését foglalta magában (Rowe & Kahn, 1987; Strawbridge et al., 2002). Ez alapján a védőfaktorokra kell koncentrálni, beavatkozásra és tudatosításra kell törekedni. Az egyén felelősségén túl a környezeti és társadalmi feltételek is fontos szerepet játszottak. Ekkor már nem csak az egészséges idősödéshez szükséges képességek és funkciók átlagának leírásán volt a hangsúly, hanem az idős kor funkcionális veszteségeit és korlátait is figyelembe vették. Leginkább abban az értelemben, hogy hogyan lehet ezeket a szükséges képességeket és funkciókat minél tovább megtartani, milyen alkalmazkodási folyamatokkal lehet velük sikeresen együtt élni.

2002-ben a WHO is reagált, és bemutatta az „aktív idősokor globális politikai iránymutatásait” (WHO, 2002). Erőfeszítéseket követelt az aktív idősokor érdekében, hogy a társadalom és az idősök pozitív élményként értékeljék az öregedést. Az aktív öregedés célját úgy határozták meg, mint a testi és lelki egészség fenntartását, társadalmi, állampolgári, rekreációs, kulturális, intellektuális vagy spirituális részvételt a mindennapi életben, és a fizikai és szociális biztonság megteremtését.

A kétezres évekre így a javasolt beavatkozások és a tevékenységközpontú gyakorlati ajánlások vezettek az Active Ageing paradigmájához, ami már számos aspektusát támogatta a fizikai, lelki és mentális aktivitásnak.

2005-ben Lars Tornstam svéd gerontológus mindezt az idősök sikeres életének új dimenziójával bővítette, azzal, hogy az élet élésének spirituális oldalát hangsúlyozta. Ezt egy olyan letisztulási folyamatként írta le, amelynek során az egyén kevésbé lesz elfoglalva önmagával. Az egoizmus az altruizmus felé tolódik. És ugyan kerül a felesleges társadalmi interakciókat, de a fontos kapcsolatait elmélyülnek. Az anyagi világ dolgai iránt egyre kevésbé érdeklődik, viszont egyre nagyobb jelentőséget tulajdonít a pozitív, magányos elmélkedésnek (Tronstram 2005, id.

Szabó, 2020). Nem sokkal később a polgári elköteleződés, a csoporthoz való tartozás kívánalmaként a közösségi életben való részvétel fontossága is megjelent (Martinson & Minkler, 2006).

2012 az aktív időskor és a nemzedékek közötti szolidaritás európai éve lett, és az országok tekintetében megalkották az Active Ageing Indexet. Ez négy dimenzióban határoz meg indikátorokat (Zaidi et al., 2013). Az idősek foglalkoztatása (1) mellett, a társadalmi részvétellel részvétel (2) válik fontossá. Ezen belül az önkéntesség, a gyermekek és unokák gondozása, a betegséggel és fogyatékkal élők ellátása, valamint a politikai részvétel. A független, egészséges és biztonságos élet dimenziójában (3) a testmozgás, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, független élet, pénzügyi biztonság, fizikai állapot stabilitása, és élethosszig tartó tanulás válik jelentőssé. Az aktív időskori kapacitás és lehetőséget teremtő környezet (4) indikátoraiként a várható életkor, a várható egészséges élettartam, a mentális jóllét, az IKT eszközök használata, a szociális kapcsolatok és az iskolai végzettség szerepelnek.

2013-ban a Healthy Biological Ageing került a középpontba, de jelentősen túlmutatva az eredeti fizikai egészséget hangsúlyozó jelentésen. Az optimális fizikai és kognitív működés, a krónikus betegségek késleltetése és a hosszú élettartam mellett megjelenik a jóllét fogalma (Kuh et al., 2013, Bousquet et al., 2015, id. Behr et al., 2023).

A WHO javasolt keretrendszerében 2015-ben már a belső kapacitás támogatása is hangsúlyt kapott. Ez minden fizikai és mentális képességet magában foglal, amelyre az egyén támaszkodhat. További lényeges elemei a környezeti feltételek, amelyek segíthetik vagy korlátozhatják az idős embert (WHO, 2015b). A belső kapacitások és a környezeti feltételek határozzák meg az idős emberek funkcionális képességeit, amelyek fejlesztése és fenntartása az egészséges öregedés alapja. A belső kapacitás tartalékok gyakorlati méréséhez öt területet azonosítottak: a mozgást, a vitalitást, a kogníciót, a pszichológiai és érzékszervi területeket. Ezek kulcsfontosságúak az egyén belső képességének megragadásához (Cesari et al., 2018).

A fókusz egyre inkább kiterjedt a fizikailag és szellemileg korlátozott idősök csoportjaira is. Nem kerülhető el és ki sem tolnak a végtelenségig minden betegség és veszteség. Meg kell tanulni azt, hogyan lehet velük a lehetőségekhez képest együtt élni. A három alappillér (egészség, részvétel, biztonság) mellé negyediknek bekerült az élethosszig tartó tanulás, mint a többi pillér támogatója.

Jelenleg a Healthy Ageing paradigmája erősödik tovább, hiszen a 2021 és 2030 közötti időszakra a WHO meghirdette a Healthy Ageing évtizedét. Az évtized célja, hogy minden idős ember számára biztosítsák a lehető legjobb fizikai és mentális egészséget, a megfelelő életszínvonalat, a minőségi oktatást, a kizsákmányolástól, erőszaktól és visszaélésektől való

mentességet. Továbbá részt vett a közéletben, valamint a közösségi és kulturális életben (WHO, 2020). Érzékelhető, hogy az egyes emberek életét nagyon komplex módon kívánja segíteni, jelentősen túllépve a korábbi Healthy Ageing fizikai egészséget hangsúlyozó dimenzióján.

A paradigmákat alkotó szemléletek láthatóan egymás mellett, folyamatosan tovább élnek, a fontosság azonban állandóan változik, formálódik, finomul (Jászberényi, 2021). A tartalom pedig egyre bővül, gazdagodik.

Az idősödés modelljeit leíró szakirodalmak a sikeres öregedés fogalmát használják a leggyakrabban. Egy svájci kutatócsoport szisztematikusan áttekintett és szintetizált 59 tudományos cikket, amelyekben összesen 65 egészséges öregedéssel kapcsolatos minta szerepelt. Azonosították a leggyakrabban előforduló 10 dimenziót. Ezek előfordulásuk gyakoriságának sorrendjében a kognitív, pszichológiai, fizikai, társadalmi, környezeti, spirituális, gazdasági, kulturális, politikai és demográfiai tényezők. A szintézis során háromféle modell jelent meg. Több dimenzió mentén az egyik az egészségben várható élettartam meghosszabbításából adódó jóllétet emelte ki. A másik, szintén több dimenziót figyelembe véve, a változásokhoz való alkalmazkodás folyamatának segítségét tartotta lényegesnek. A harmadik pedig a kettő kombinációját. A legnagyobb hangsúlyt tehát a személy-környezet-illeszkedés segítésére és az egészségfejlesztés és képessé tevés folyamatára helyezték a vizsgált tanulmányban szereplő modellek (Menassa et al., 2023).

Az idősödés folyamata egyre nagyobb adaptációs kihívásokkal jár, hiszen az idősöknek a kor előrehaladtával egyre több életviteli akadállyal kell szembenéznük (Szabó, 2020).

A legidősebb és a legtöbb funkcióvesztéssel élő, gyakran szociális segítséget igénybe vevő csoport esetében leginkább a változásokhoz való alkalmazkodás folyamatát lehet és szükséges segíteni. Ezen belül az alkalmazkodás, akár az egyéni alkalmazkodási módok jelentőségének felismerése, a gyakorlatban való megnyilvánulásai, tudatos használata kerülnek az idősök szempontjából középpontba. A szakemberek felől nézve pedig az ezeket segítő, támogató módszerek megismerése és fejlesztése a fontos.

A sikeres idősödés és az alkalmazkodási stratégiák

Az alkalmazkodás területén a pszichológia már számos modellt megalkotott, amelyek támogatják az egyének alkalmazkodási stratégiáit. A felismerés, hogy idősebb korban is vannak az embernek olyan értékei, képességei, és stratégiái, amelyek segítik a szubjektív jóllét megélésében, kijelölve az utat, hogy ezek támogatása, fejlesztése hasznos lehet az egyén és ezáltal az egész társadalom számára is.

A SOC-modell

A legismertebb elméleti modell a Baltes és Baltes által megalkotott szelekció-optimalizáció-kompenzáció elmélete (Freund & Baltes, 1998, 2002b, 2002a; Kaszás, 2021; Kaszás & Tiringier, 2010). A modell lényege, hogy az idős ember a szelekció során olyan célokat választ, amelyek igazán fontosak a számára. A szelekció alapulhat választáson vagy veszteségen. Amikor választáson alapul, akkor a célok meghatározása, rangsorolása alapján köteleződik el az idős ember. A veszteség alapú szelekció során a legfontosabb célra koncentrálni, újra rangsorolni, új célokat határoz meg, alkalmazkodik az adott helyzethez. Az optimalizáció során az idős ember kiválasztja vagy kialakítja a szükséges erőforrásokat. Nagyobb figyelmet, időt és energiát fektet a céljainak megvalósításához szükséges eszközök megszerzésére. A gyakorlás és a mások sikeres viselkedésének átvétele lényeges eleme az optimalizáció folyamatának. A kompenzáció során a fizikai, lelki, mentális és szociális veszteségeit ellensúlyozza az új erőforrások aktivizálásával, meglévő tapasztalatainak felelevenítésével. Külső segítség használata, nem használt képességek aktivizálása, a terápiás megelőzés, a ráfordított energia növelése mind fontos elemei a kompenzációnak (Marsiske, et al., 1995). Azok az idős emberek, akik kevésbé elégedettek az életükkel, és/vagy elveszítik az önállóságuk egyre nagyobb részét, krónikus betegségekből szenvednek, mindinkább deprimáltakká válnak. Ebből adódóan egyre kevésbé használják a SOC-stratégiákat, amelyek segítenék őket az alkalmazkodás folyamatában és a hangulati problémák elkerülésében. Az életkor előrehaladtával különösen a kompenzáció használatának haszna nő meg a meglévő képességek megtartását tekintve. A mindennapos életvitelre elsajátított stratégiák kedvezően alakíthatják a legidősebbek életének utolsó szakaszát. Az empirikus vizsgálatok összességükben alátámasztják, hogy mindegyik SOC-folyamat elsajátítása és alkalmazása hozzájárul az adaptív fejlődéshez. A SOC-modell alapján a sikeres idősödés megvalósulása különösen a szelekció, optimalizáció és kompenzáció összehangolásával jellemezhető (Kaszás, 2021). A kompenzáció folyamatának több olyan eleme van, amelyek a sikeres idősödést segítő kompetenciák megtartásával, felidézésével vagy egyszerűen csak tudatosításával fejleszthetők. A SOC-modellt sokan és sokáig öntudatlanul és tudatosan is tudják alkalmazni, de célszerű tanítani is (Jászberényi, 2021). A SOC-modell az alapja az adaptív öregedéskutatásoknak (Baltes & Lang, 1997).

Adaptációs elmélet idősekre vonatkoztatva

A Piage fogalmaival azonos adaptációs elméletet Brandstädter (1999, id., Kaszás & Tiringier, 2010) írta le először az idősekre vonatkoztatva. Az egyének folyamatos kölcsönhatásban élnek a környezetükkel. Az idős ember is folyamatosan alkalmazkodik a környezetéhez, mégpedig úgy, hogy céljait a meglévő erőforrásaival és eszközeivel próbálja meg elérni. Két lehetősége van. Rendelkezik elég erőforrással és eszközzel a környezet megváltoztatásához, és így sikeresen eléri a célját. Ez a folyamat az asszimiláció. Ha a környezet nem befolyásolható, vagy nincsenek meg a hozzá szükséges erőforrások, akkor a célokon, terveken változtat, és saját lehetőségeihez igazítja azokat. A folyamat neve akkomodáció.

Ahogy az ember idősödik, egyre inkább az akkomodáció irányába tolódik el a megküzdés, mert az asszimilációs tevékenységek gyakran nehézségbe ütköznek. Az akkomodáció során rugalmasan úgy választ célt, hogy az az adott körülményeinek megfelelő legyen (Freund & Riediger, 2003)

A személyiség háromszintű hierarchikus modellje

A személyiség mcadamsi, háromszintű modellje is kiemeli az alkalmazkodás folyamatát a sikeres öregedés tekintetében (McAdams, 2001, id. Pléh, 2021). Az elmélet szerint a személyiség struktúrák és folyamatok szintjeivel definiálható. A struktúráknak stabil, lassan változó elemei vannak. A személyiségvonások az alkalmazkodási módok és az élettörténet konkrét tényei. A folyamatok szintje függ az aktuális állapot jellemzőitől, az önszabályzástól és az élettörténethez tartozó narratíváktól. Ezek azok, amik az élet során képesek dinamikusan változni. Leginkább ezekre tudunk hatással lenni. A személyiség állapotjellemzői (érzések, hangulatok), az önszabályozó folyamatok (önhatékonyság), és az élettörténetek folyamatbeli megfelelői, az életnarratívák. Ezek mindig az adott szociális viszonyrendszerhez illeszkedő emlékek, elbeszélések. Több kutatás szerint a személyiség ezen területei fejleszthetők előrehaladott idős korban is. A jellegzetes alkalmazkodási módok a személyiség struktúrájának részei, a folyamata pedig az önszabályozás elsajátított mintázata. Ezek szoros kapcsolatban állnak a sikeres öregedéssel, szubjektív jólléttel (McAdams, 1995, id. Hooker, 2002). A célokon, törekvéseken, stratégiákon az egyének változtathatnak a tanulás és az önreflexió segítségével. Az értékek és attitűdök tanulóssal és tapasztalatok szerzésével változtathatók. Egy sikeres folyamat lezárása növeli az élettel való elégedettséget, egy kudarc átkeretezése is elégedettséghez vezethet hosszú távon. Az önéletrajzi emlékek és a narratív koherencia erősen befolyásolja az érzelmi és mentális egészséget. Azok az egyének, akik koherens és pozitív élettörténeti narratívákat alakítanak ki, nagyobb pszichológiai jóllétről számolnak be. Az

élettörténeti interjúk és a narratív terápia alkalmazása az idősebb felnőttek körében elősegíti az önismeret és az önreflexió fejlődését. A kutatások szerint ezek a módszerek segíthetnek az idősebb egyéneknek abban, hogy újra értelmezzék élettapasztalataikat, és pozitívabb narratívákat alakítsanak ki (McLean & Pasupathi, 2011; Sallebey, 1996).

A tapasztalatok azt mutatják, hogy az érzések és hangulatok tudatos pozitív irányba terelése, az önhatékonyság támogatása és az életnarratívák meghallgatása, átkeretezése külső segítséggel támogatható, pozitívan befolyásolható legalább egy-egy foglalkozás ideje alatt. A rendszerességgel hatásuk feltételezhetően kitolható.

Preventív-korrektív-proaktív modell

A sikeres öregedés proaktív modellje is felismerte, hogy idős korban az egészséggel kapcsolatos, a szociális stresszorok és a személy – környezet illeszkedésének a hiánya szinte elkerülhetetlen. Ezek az idős korral járó stresszorok. Az ezekkel való sikeres megküzdéssel és az ezekhez való alkalmazkodással érhető el vagy tartható fenn a pozitívan megélt életminőség. Külső és belső erőforrások segítik ezt a folyamatot. Külső erőforrások elsősorban a pénzügyi források, az informális és formális szociális támogatások, a társadalmi tőke. A belső erőforrások olyan diszpozíciók és attitűdök, amelyek segíthetik a proaktivitást. Konkrétan az optimizmus, az önbecsülés, az altruizmus és a megküzdési képesség. A modell tartalmazza továbbá a jövőorientációt (előrelátás, tervek készítése) és a belső ellenőrzési fókuszot, ami az egyén hiedelme abban, mennyire képes életkörülményeit alakítani, befolyásolni. A proaktív alkalmazkodás tulajdonképpen egy célorientált viselkedési irányultságot jelent. A proaktív adaptáció a megelőző és a korrektív viselkedésben is megnyilvánulhat. Reagál a jelenlegi és a jövőbeli idősödéssel járó stresszorokra. Megelőzés, amit még a stresszor előtt működtetnek (egészségfejlesztés, mások segítése, tervezés és előrelátó lépések megtétele). Korrekció, ha a stresszor jelenléte váltja ki (új szerepek megtalálása, erőforrások számbavétele, környezethez való illeszkedés, proaktív betegségkezelés). Az időbeli és térbeli kontextust figyelembe kell venni, hiszen a stresszorok és az erőforrások is jelentősen változhatnak a kor, nem, iskolai végzettség, lakóhely és a családi állapot függvényében. A PCP-modell olyan viselkedési stratégiákat vázol fel, amelyek segítenek az időseknek alkalmazkodni a krónikus betegségek, a társadalmi veszteségek és a személy-környezet illeszkedési hiánya jelentette kihívásokhoz. A szakemberek számára útmutatást ad a mindennapi gyakorlatban a fejlesztő, támogató beavatkozásokhoz. Mindezt úgy, hogy figyelembe veszi a sikeres öregedés többdimenziós természetét, valamint az egyének térbeli és időbeli, környezeti hatásait (Kahana et al., 2014).

Az alkalmazkodási folyamat első lépése az idős korban gyakori krónikus betegségek kialakulása esetén az aktívnak maradás. A tudatos, nem negatív reakció, amely nagymértékben függ a személy belső erőforrásaitól, a remény érzésétől, az egészséges szokásoktól, az észlelt társas támogatástól, önkéntes munkától. Mindig külső környezeti inger készíteti az embert az alkalmazkodásra. A személy pedig választ ad a tapasztalataiból, a tanultakból, amelyeket nagymértékben befolyásolnak az ítéletei, érzelmei (Salazar-Barajas et al., 2017).

Alkalmazkodási folyamatok támogatása oktatással

Az alkalmazkodás előfeltétele a megismerés. Arra a kérdésre tehát, hogyan tudják hatékonyan tenni az alkalmazkodásukat az idős emberek, a tanulás lehet a válasz. A tudás úgy segíti elő a környezethez való alkalmazkodást, hogy egy adott helyzetben, szituációban tapasztalt információk hatására az idős emberek elő tudnak venni olyan releváns ismereteket, képességeket, attitűdöket, amelyek segítik őket. A cél az, hogy jusson eszükbe megoldásokat keresni a meglévő erőforrásaik között.

Felvetődik, hogy a legidősebbeknek, a képességek hanyatlásának megindulásánál milyen módszerekkel lehet külső támogatásként, a terápiás gondozás részeként irányítottan segíteni tanulási módszerekkel az alkalmazkodás folyamatát. Ismerve a sikeres idősödés objektív és szubjektív dimenzióit, a célokat ki lehet jelölni, de a támogatás megvalósításához szükséges eszközöket nehezebb megtalálni. Ez egy külön, speciális és kevésbé ismert terület a szociális szakmán belül.

A segítő munka középpontjában, akárcsak a sikeres és egészséges idősödés szemléletében a meglévő erőforrások, az egyén megküzdési kapacitása, érdeklődése, képességei, ismeretei állnak, nem pedig a diagnózisa, deficitjei, tünetei és gyengeségei (Sallebey, 1996). Az alkalmazkodás folyamatát és a képességek megtartását leginkább a tanulás folyamatával lehet segíteni.

Időskori tanulás

Az egész életen át tartó tanulás az Active ageing minden alappillére, a sikeres idősödés minden dimenzióját támogathatja. Segítheti, hogy egészségesek maradjunk, elkötelezettek a társadalmi részvétel iránt, és hogy minél inkább biztosítsuk a személyes biztonságunkat (WHO, 2015a).

A közösségi alapú, nem formális, egész életen át tartó tanulási programban rendszeres részvétel kompenzációs stratégiaként működhet az idős emberek számára. Segít fenntartani pszichés jóllétüket az önállóságuk és az önmenedzselésük támogatásával. A tanulási tevékenységek lehetőséget adnak arra, hogy a krónikus betegségek és a későbbi életük során felmerülő egyéb kihívások

ellenére a betegségek helyett a jóllétre összpontosítsanak (Narushima et al., 2018). Amennyiben sikerül az időseket olyan programokba bevonni, amelyek ösztönzik a tanulás iránti szeretetet, a kíváncsiság felébresztését, akkor egy intervenciós lehetőség kialakításán keresztül segíthetjük a személyes jóllétük fejlesztését (Bene, 2022). A tanulás szerepe a legidősebb korosztályban a kognitív funkciók, a pszichológiai erőforrások és a társadalmi működés fenntartásában kiemelt jelentőségű. Mindezek hozzájárulnak a személyes fejlődés és az önhatékonyság érzéséhez. Ennek megfelelően az oktatási programokon való részvételt a sikeres öregedés előjelzőjének is mondják (Štatenè, 2015).

Az idősök heterogén csoportot alkotnak. A tanulásukkal foglalkozó írások kiemelik, hogy eltérő sajátosságú célcsoportoknak eltérők az igényeik, s ez a gyakorlatban eltérő célokat, formákat és módszereket jelent (Bajusz & Jászberényi, 2013; Bajusz & Virágh, 2023; Boga Bálint, 2014; Jászberényi, 2011; Láng, 2014; Maróti, 2013). Az időseket különböző élethelyzetekben, különböző módszerekkel lehet tanítani, fejleszteni, és szinten tartani. Így az általánosan kidolgozott módszertanok mellett a hatékonyság érdekében szükség van a célcsoportoknak megfelelő tanítási/tanulási módszerek kidolgozására is. Tanulni az élet minden pillanatában lehet, és ha ehhez tudatosság társul az idős tanuló és az őt fejlesztő szakember részéről, akkor eredményesebben érhetik el a céljaikat.

Az időskori tanulással foglalkozó tudomány a gerontagógia, a felnőttoktatás speciális területe. Ez a neveléstudományi ág komplexen foglalkozik az idősokkal biológiai, fizikai, pszichológiai, szociológiai, gerontológiai és még kommunikációs területeket is magába foglalva (Bajusz, 2008; Jászberényi, 2011). Kiemelten fontos része a képzésükhöz, oktatásukhoz, és az ezáltal való aktívan tartásukhoz szükséges formai és tartalmi elemeket egyesítő ismeretanyag is. Ez akkor a legjobb, ha holisztikus szemléletű. A teljes embert figyelembe vevő, az egészség testi-lelki-szellemi és spirituális dimenzióját érintő tanulási programok alkalmasak a leginkább erősíteni az idősök szubjektíven megélt jóllétét.

A gerontagógia célcsoportjai nagyon sok szempont szerint osztályozhatók, és minden csoportban más és más a tanulás célja, haszna, eredménye (Boga Bálint, 2014). Nagyon fontos, hogy ismerjük az együttműködés pozitív, időskori tényezőit, hiszen a sikeres öregedés egyik záloga a hosszú távú terápiás együttműködés (Domboróczki, 2020).

A tudásátadásban és a tanulás más pozitív hatásainak elérése érdekében elengedhetetlen a különböző korcsoportokhoz legjobban illeszkedő módszerek megismerése, feltérképezése, értelmezése és a speciális csoportokra pedig még konkrétabb módszertan kidolgozása (Bajusz & Virágh, 2023; Láng, 2014).

A speciális módszerek igénye jelen van az idősök tanulásával foglalkozó szakembereknél, konkrét gyakorlatok részletes kidolgozására viszont még nagy szükség lenne.

Különbséget kell tenni a nyugdíj előtti, a korai idősödő korosztálynak és a késői időskort megélők számára szánt programok között. Pontosan ez a gerontagógia előtt álló kihívás, hiszen mindhárom csoportban eltérnek valamennyire a „ki, mit és hogyan oktasson és fejlesszen” kérdésre adható válaszok. Az oktatási programoknak más-más módon kell hozzájárulniuk az idősök személyes fejlődéséhez, önmaguk, közösségük és a körülöttük lévő világ minél jobb megismeréséhez, valamint a társadalom és a természet jelenségeinek megértéséhez (Licen, 2010).

A fentiek értelmében megállapíthatjuk, hogy a didaktikai szempontok célcsoportonként való kidolgozása elengedhetetlen a minőségi időskori programok szervezésében.

A gerontagógia didaktikája

A formális és informális oktatás egyaránt előnyös és fejlődést szolgáló eszköz az idősök számára is. Ez magában foglalja a korábbi élettapasztalatok kiaknázását, támogatását és fejlesztését, valamint az új tapasztalatok ösztönzését. A geragógiai perspektíva szerint a harmadik-negyedik korban való tanulásnak arra kell törekednie, hogy az idős ember alkalmazkodjon a folyamatosan változó életmódhoz, amelyek új szükségleteket generálnak. A szerepvesztés és a családi életben bekövetkezett változások kulcsproblémák, az új szerepek elsajátítása kiemelt jelentőségű.

A közösségi életben való részvételt is ösztönözni kell. Az együttműködésen alapuló közös felidézés előnyösebb az idősök esetében (Wolfe et al., 2023).

A tanuló központi szerepe. Az idős ember tapasztalata olyan hozzáadott értéket generál, amely nagyon hasznos forrás a tanulás folyamán, és mindenképpen ki kell használni, figyelembe kell venni a folyamat során. A tananyag és a tapasztalat közötti kapcsolat fontosságára kell összpontosítani. Ezek lehetnek pozitív és negatív tapasztalatok is, amelyek segítségével lehetőség kínálkozik az egyéneket felkészíteni az elkövetkező tapasztalatok feldolgozására. A tanulási programoknak kapcsolódniuk kell az aktuális életkörülményekhez, életszakaszokhoz, mert így lehet leginkább segíteni az alkalmazkodás folyamatát.

Fontos, hogy az idősökben tudatosítsuk a tudás iránti igényt, és újra aktiváljuk a tanulási hajlamot. A rogersi elfogadás légkörének megteremtése is kiemelt feladat (Luppi, 2009).

A didaktika, ami a neveléstudomány egy multidiszciplináris tudományága, a tanítás és a tanulás elméleti és gyakorlati kérdéseit egyaránt magába foglalja. A gyakorlat számára fogalmaz meg útmutatást, javaslatokat, figyelembe véve a különböző célcsoportok speciális tanítási és tanulási

szükségeit. Az oktatás elmélete nagyban támaszkodik a személyiségelméletekre és a társadalmi elvárásokra is (Réthy & Baska, 2022). A gerontagógia didaktikája az idősök vonatkozásában teszi mindezt. Az idősök tanulásának/tanításának alapelvei a különböző aktivitással rendelkező idősök csoportjaiban számos ponton megegyeznek, azonban mégsem taníthatók azonos módon (Bajusz & Virágh, 2023; Boga Bálint, 2014). A legidősebbek szükségletei és lehetőségei alapján lehet formálni a didaktikai módszereket, elemeket, eszközöket.

Figyelembe kell venni, mi a célja, gátja, és motivációja a tanulásnak (Bajusz & Jászberényi, 2013; Kramkowska et al., 2019; Láng, 2014). Fontos szem előtt tartani, hogy az idősök tanulási motívumai között kiemelkedő szerepet játszik az érdeklődés, amely magában foglalja a kíváncsiságot, az új ismeretek megszerzésének vágyát, valamint az aktivitásuk fenntartásának lehetőségét (Kerülő, 2024). A tervezés és felkészülés fázisában az a fontos, ki tanítja az idősöket. Valamint a szellemi, mentális állapot alapján a csoport összetétele is jelentősen befolyásolja a tartalom nehézségi fokát és a program folyamatát, időtartamát. A hely és idő vonatkozásában az idősök tanulási környezetét, napi rituáléit is figyelembe kell venni. Az értékelésnél pedig már a jelenlét, valamint minden egyes aktív megmozdulás is méltánylandó. A szociális szektorban is szükséges megismerni a tanulás/tanítás jelentőségét, a folyamatos fejlődési modellt a legidősebb korig. A tanulás során fontos a tanulás célja és eredménye, de legalább ugyanennyire maga a tanítási folyamat.

Célok kijelölésével az élet apró értelmeit jelölhetjük ki, ami megfelelő fogadtatás esetén elősegíti a testi, lelki, mentális vagy akár a spirituális egészséget. Tanulási programokkal tudjuk támogatni a késői életszakasz során az életeseményekhez való alkalmazkodást, az idős korban megjelenő problémák kezelését, vagy egyszerűen csak a hétköznapi történéseihez való viszonyulást. Különböző jellegű tartalmak esetén más-más módszereket célszerű használni.

A gerontagógia pszichológiai elemei

A speciális csoportok, mint amilyen a szociális intézményi ellátást igénybe vevő idősöké is, jelentős segítséget, folyamatos vezetést, iránymutatást és nagyon sok lelkesítést igényelnek. A programok szervezőjének és gyakran egyben előadójának pedig az egész személyiségével, segítőként kell dolgoznia. Ennek a szemléletnek a tanítás, a fejlesztés folyamatában is végig érvényesülnie kell ahhoz, hogy eredményes legyen a munkája. Az idősöket ellátó intézményekben a tanulási programok egyúttal a mentálhigiénés ellátás részei.

Az idősök lelki egészségvédelme kiemelten fontos, mert erőteljes hatása van a többi területre. A mentálhigiéné a testi-lelki-mentális és szociális harmónia megteremtésére törekszik (Buda Béla, 2002). Ha az idősök fejlődéséről, fejlesztéséről beszélünk, akkor sok esetben pszichológiai és szociális fejlődésre gondolunk. Az elsődleges cél az integritás elérése, hogy az idős ember élete folyamán képes volt, és jelenleg is képes teljesíteni az élete különböző területein tett vállalásait, a jelent összhangba hozva a múlttal. Hogy fogadja el a korral bekövetkező változásokat, legyen az az egyre korlátozottabb fizikai aktivitás vagy a krónikus betegségek megjelenése. Fogadja el önmagát a jó tulajdonságaival és a hibáival együtt, közeli és távoli közösségével képes legyen együttműködni a megfelelő társas támogatás elérése érdekében (Rismayanthi et al., 2022).

Az idősök számára a létezés örömét leginkább emberi kapcsolataik minősége és gyakorisága, az értelemmel teli napi feladatok jelentik (Szokolai, 2020). A pozitív életszemlélet és a pozitív kapcsolatok kialakítása, megőrzése nagyban képes javítani az idősök jóllétét.

Meg kell keresni, mely pontokon lehet tudatosan és hatékonyan tenni a pozitív irányú változásokért. A különböző tanulási formákkal nagyon jól lehet támogatni a tudatosságot, az ismereteket, a készségeket és képességeket. Minél idősebb a korosztály, annál nagyobb szerepet kap a pozitív pszichológia a tanulási motiváció kialakításában és a tanulási – tanítási folyamat dinamikájában. Elsősorban a pozitív érzelmek kialakításával, bevonásával és kifejezésével.

Az idősök önmagunkról alkotott énképe jelentősen meghatározza gondolkodásukat, érzéseiket és viselkedésüket. Az érdeklődés, a kompetenciák megszerzésének vágya és az énkép között szoros az összefüggés (Balogh, 2011). Az énkép képes változni a pozitívan motiváló szociális környezet visszajelzései, a társas összehasonlítás és a saját tapasztalatok alapján. A tanulási folyamat során leginkább a pozitív visszajelzések tudatos alkalmazásával segíthetjük annak a meggyőződésnek a kialakulását, mely szerint az idős képes az új dolgok befogadására.

A pozitív érzelmek megélése sikeresebbé teszi a tanulást, készségfejlesztést, aktivizáló hatása van (Fehér & Fodor, 2020).

Minél idősebb a korosztály és minél nagyobb a gondozási igénye, annál fontosabb a tanulási folyamatban a tanulás pszichológiai elemeinek tudatos használata. Pozitív hozzáállást és viselkedésváltozást elérni a kognitív hanyatlással erősebben érintett idősök körében csakis egyénre szabott, személyközpontú, életútalapú tanulási programokkal lehetséges.

Szociális ellátásokban végzett tanulási programok

A demográfiai változásokkal párhuzamosan átalakult a család funkciója, a szolidaritás, a gondozás hagyományos modellje. Bár csökkennek a készségek, képességek, a legkésőbbi életszakasz ugyanolyan fontos része az egyén életének, mint a korábbiak.

Az intézményi szolgáltatások, ellátások igénybevétele esetén az idősök új környezetbe kerülnek, új kapcsolatokat alakítanak ki, ami nagyfokú alkalmazkodást igényel. Ugyanakkor a korábban gyakran elszigetelten élő idősök számára egyfajta lehetőség is új közösségi hálózat kialakítására, új ismeretek, képességek megszerzésére, régen vagy egyáltalán nem végzett tevékenységek felelevenítésére, kipróbálására. Az intézményben szívesen részt vesznek a szabadidős, szervezett programokon, és az élethosszig tartó tanulás jegyében a komolyabb előadások is érdeklik őket. Ezek közül leginkább a rövidebb, de minden témát felölelő programokat részesítik előnyben (Fedor et al., 2021).

A szociális szolgáltatásokat igénybe vevők között egyre nagyobb arányban jelenik meg a demenciával élők speciális csoportja. A módszertani kiadványokban egyre gyakrabban találkozhatunk speciális szakmai és tárgyi ajánlásokkal (EMMI, 2019), és egyre inkább megjelenik az aktív idősödés - elmélet beépítésének igénye. A gyakorlatban való alkalmazás azonban még szórványos, kezdeti stádiumban van (Vajda, 2022).

A személyközpontú gondozási modellek leginkább a környezeti feltételeket és a megfelelő gondozói hozzáállást helyezik előtérbe (Kiss, 2022).

A bentlakásos és nappali ellátásban dolgozó szociális munkások közül sokan felismerik, hogy oktatási tevékenység szervezésével és koordinálásával változatosabb, a mindennapi élethez hasznosabb, az együttműködést és az önmegvalósítást jobban segítő ismereteket és képességeket lehet az időseknél aktivizálni. Azonban az idősök tanításával foglalkozó szociális szakemberek leginkább a próbálkozások és tévedések folyamatában fejlesztik programjaikat, így ott egyértelműen megjelenik az igény a speciális ajánlásokra (Zemaitaityte & Petrauskiene, 2018). A kudarcérzet, a rossz tapasztalat és az esetleges elkedvetlenedés is elkerülhető a speciális didaktikai alapok lefektetésével. A meglévő képességek holisztikus szemléletű, tanulás alapú fejlesztése is kevésbé megfogható a kísérletezés során. A fenti ajánlások mellett az egyéni erősségeket leginkább a tudatos és megtervezett, edukációs alapú fejlesztéssel lehet szinten tartani.

A megküzdést az öregedéssel járó kihívásokkal célszerű társas és intézményi támogatással segíteni a stresszkezelésben való jártasságot és a pozitív orientációt erősítő programok szervezésével (Oláh, 2019).

Az demenciával élők esetében egészségügyi-szakmai irányelvként jelenik meg az erősségek szinten tartása, vagyis az a szemlélet, hogy az erősségek felhasználása a hanyatló képességek kompenzációjában jelentős segítséget jelenthet (Egészségügyi Szakmai Kollégium, 2022). Az egészségügyi irányelveknek megfelelően egyre inkább megjelenik a szociális gondozásban is a meglévő képességek fejlesztésének, megőrzésének igénye, elmélete. A jövőre nézve gyakorlati megvalósulását fontos támogatni és kutatni.

A demenciával élők szinten tartására irányuló terápiás foglalkozásokban megjelenik a tanulás jelentősége (Magyar Máltai Szeretetszolgálat, 2019), az ellátás javításának igénye (Gedeonné Dallos, 2022), a szakmai ismeretek bővítése, új módszerek bevezetése (Fülöp, 2022). A speciálisan célcsoportra szabott tanítási és tanulási módszerek hozhatnak fejlődést a demenciával élők gondozásában, szinten tartásában. Megjelenik az élethosszig tartó tanulás (Quinn & Blandon, 2020). Nemzetközi szinten találkozhatunk hibamentes tanulási stratégiákkal (Werd et al., 2013; Werd, 2017), Montessori-módszerek alkalmazásával (Chaudhry et al., 2020; McConnell et al., 2000), történet alapú tréningekkel (Bartolucci & Batini, 2019). Ezek adaptációja, majd az idősekkel foglalkozó szakemberek által kidolgozott, tanulásalapú módszerek hazai használata alapvető jelentőségű lehet (Ries, 2022).

Időskori tanulási programok kidolgozása az akciókutatás stratégiájával

A megfelelő stratégiák megalkotása, megismerése és alkalmazása kiemelt jelentőségű egy olyan területen, ahol az edukációs programok még kezdeti stádiumban vannak (Réthy & Baska, 2022). A célok elérése érdekében használt módszereket, eszközöket, szervezési módokat speciálisan a célcsoportra kell szabni. A legjobb eredményeket feltételezhetően akkor érhetjük el, ha a programok tudományos tanulási elméleteken alapulnak, meghatározott tanulási környezetben zajlanak, és lépésről lépésre kidolgozzák a hozzájuk illő módszereket, eszközöket és a szervezési formákat. Mindez a tudományos alapok feltérképezése és az idősekkel foglalkozó szakemberek gyakorlati tapasztalatai, ismeretszerzése, fejlesztése eredményeként valósítható meg. Ennek legjobb stratégiája az akciókutatás. Az akciókutatás egy olyan megértő, együttműködő és cselekvésorientált tevékenység, amely a megismerés folyamatán kívül egyben a létrehozott tudás működőképességét is teszteli (Málovics et al., 2014). Lényege a gyakorlatra irányultság, az érdekeltek bevonása a fejlesztési folyamatba, majd a reflexiókon keresztül a tények megismerése és alakítása.

Az akciókutatás kezdetét, stabilizálódását és diverzifikálódását Vámos Ágnes és Gazdag Emma mutatja be. A változás folyamatában a klasszikus lewin-i akciókutatás legfontosabb ciklusai mellé (a megvitatás, a döntés, a cselekvés és az értékelés) a belső kommunikáció

felértékelődésével a reflexió fázisa is bekerül. A felmerülő problémák megoldási tervei pedig a hurok jellegű ciklikusságot stabilizálják. A téma kutatói és a gyakorlati szakemberek együttműködő, kollaboratív tudás-, és tanulóközösségeket hoznak létre. Majd megjelenik a részvételi akciókutatás, amely során a kutató önmaga kutatásait és tanulásának irányítását összekapcsolja ugyanezen témának vagy kérdésnek a közösségben való kutatásával. A megértésen túl konkrét cselekvésre ösztönzi a közösséget a konkrét problémán túlmutató cselekvéskompetencia fejlesztésével. (Vámos & Gazdag, 2015).

A kutatók többsége úgy gondolja, az akciókutatás alkalmas az azonnali és fokozatos tudásmegosztásra, valamint a szakmai közösség számára alkalmazható modell konstruálására. A saját szakmai terület javításán és közvetlen célján túl olyan problémákra és folyamatokra tud összpontosítani, melyek mások számára is jelentőséggel bírnak, és amelyeket mások is hasznosítani tudnak. Egyszerre kínál lehetőséget a jó minőségű tudás létrehozására, valamint arra, hogy e tudás alkalmazása egyből pozitív társadalmi változásokat generáljon (Boog, 2003; Cole & Knowles, 2004; Csíkos, 2021; Dick, 2015; Málovics, 2019; Vámos, 2013; Zank, 2020).

Összefoglalás

Ahhoz, hogy az időseket ellátó szociális szolgáltatásokban és ellátásokban a sikeres idősödés modelljeinek dimenzióit bevonjuk a terápiás programokba, tudatosan kialakított stratégiákat módszereket, eszközöket és szervezési formákat célszerű alkalmazni. Ezek alapjait a sikeres öregedés modelljei és az alkalmazkodási stratégiák megismerése, a gerontológia didaktikai elveinek speciális célcsoportra szabása és a gyakorlati szakemberek tapasztalatai adják. A folyamat az akciókutatás stratégiájának megfelelően fejlődési ciklusokban tud a legeredményesebben megvalósulni. Így a tervezés, döntés, megvalósítás, megfigyelés és reflektálás folyamatában feltételezhetően olyan tanulási programok fejleszthetők, amelyek eredményesen alkalmazhatók az időseket ellátó szociális szolgáltatásokban és ellátásokban.

Irodalom

- Bagyinszki, Z. (2019). Aktív és egészséges öregedést elősegítő technikák. In A. Homoki (Ed.), *Szociális gerontológiai ismeretek* (pp. 188–202). https://dtk.tankonyvtar.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/13244/szocialis_gerontologiai_ismeretek_pdfa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bajusz, K. (2008). Az időskori tanulás. *Új Pedagógiai Szemle*, 58(7–8), 69–73. <https://ofi.oh.gov.hu/tudastar/bajusz-klara-idoskori>
- Bajusz, K., & Jászberényi, J. (2013). Az időskori tanulásról. *Kultúra és Közösség*, 4(3), 59–66. https://epa.oszk.hu/02900/02936/00014/pdf/EPA02936_kultura_es_kozosseg_2013_03_059-066.pdf
- Bajusz, K., & Virágh, V. (2023). A tanulási sajátosságok összehasonlítása az aktivitási szint szempontjából különböző időskori életszakaszokban. *Tudásmenedzsment*, 24(1), 154–165. <https://doi.org/10.15170/TM.2023.24.1.9>
- Balogh, L. (2011). *A tanulási stratégiák fejlesztésének pszichológiai alapjai* (Vol. 144). Didakt Kiadó. http://www.mateh.hu/tehetsegkonyvtar/Tanulasi_strategiak_es_stilusok.pdf
- Baltes, M. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging*, 12(3), 433–443. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.433>
- Bartolucci, M., & Batini, F. (2019). Long term narrative training can enhance cognitive performances in patients living with cognitive decline. *Educational Gerontology*, 45(7), 469–475. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1658384>
- Behr, L. C., Simm, A., Kluttig, A., & Großkopf, A. (2023). 60 years of healthy aging: On definitions, biomarkers, scores and challenges. *Ageing Research Reviews*, 88, Article 101934. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.101934>
- Bene, Á. (2022). A tanulás pozitívumai időskorban. In Bene, Á., & Móré, M. (Eds.), *Pozitív idősödés 1* (pp. 170–220). Debrecen: DUPress. <https://dupress.unideb.hu/hu/termek/pozitiv-idosodes-1/>
- Boga, B. (2014). *Pillantás a dombról: Válogatott fejezetek az idősödéstudomány területéről* (Vol. 498). Novum Publishing.

- Boog, B. W. M. (2003). The emancipatory character of action research, its history and the present state of the art. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13(6), 426–438. <https://doi.org/10.1002/casp.748>
- Boros, J., Gábrriel, D., & Monostori, J. (2021). Idősödés. In J. Monostori, P. Őri, & Zs. Spéder (Eds.), *Demográfiai Portré* (pp. 163–182). Központi Statisztikai Hivatal. <https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/issue/view/592>
- Buda, B. (2002). *A mentálhigiéné gyakorlati és szemléleti kérdései* (Vol. 384). Animula Kiadó.
- Buttler, R. N. (1985). Health, productivity, and aging: An overview. In R. N. Buttler & H. P. Gleason (Eds.), *Productive aging: Enhancing vitality in later life* (Vol. 148).
- Cesari, M., Araujo De Carvalho, I., Thiagarajan, J. A., Cooper, C., Martin, F. C., Reginster, J.-Y., Vellas, B., & Beard, J. R. (2018). Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *The Journals of Gerontology*, 73(12), 1653–1660. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly011>
- Chaudhry, N., Tofique, S., Husain, N., Couture, D., Glasgow, P., Husain, M., Kiran, T., Memon, R., Minhas, S., Qureshi, A., Shuber, F., & Leroi, I. (2020). Montessori intervention for individuals with dementia: Feasibility study of a culturally adapted psychosocial intervention in Pakistan (MIRACLE). *BJPsych Open*, 6(4), 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.49>
- Cole, A. L., & Knowles, J. G. (2004). Research, practice, and academia in North America. In J. J. Loughran, M. L. Hamilton, V. K. LaBoskey, & T. Russell (Eds.), *International handbook of self-study of teaching and teacher education practices* (pp. 451–482). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6545-3_12
- Csíkos, C. (2020). Akciókutatások és pedagógiai kísérletek párhuzamai és különbségei. *Neveléstudomány: Oktatás – Kutatás – Innováció*, 8(4), 12–20. <https://doi.org/10.21549/ntny.31.2020.4.1>
- Cumming, E., Dean, L. R., Newell, D. S., & McCaffrey, I. (1960). Disengagement: A tentative theory of aging. *Sociometry*, 23(1), 23–35. <https://www.jstor.org/stable/2786135>
- Dick, B. (2015). Reflections on the SAGE encyclopedia of action research and what it says about action research and its methodologies. *Action Research*, 13(4), 431–444. <https://doi.org/10.1177/1476750315573593>

Domboróczki, Z. (2020). Együttműködés és motiváció az idős beteg kezelése során. *Diabetologia Hungarica*, 28(4), 217–223. <https://doi.org/10.24121/dh.2020.16>

Fedor, R. A., Ungvári, S., & Markos, V. (2021). Az idősek szociális kapcsolatai és szabadidőeltöltése. *Metszetek*, 10(1), 86–104. <https://doi.org/10.18392/metsz/2021/1/4>

Fehér, Á., & Fodor, S. (2020). Pozitív érzelmek a tanulás szolgálatában. In *12th International Conference of J. Selye University, Pedagogical Sections: Conference Proceedings* (pp. 265–281). <https://doi.org/10.36007/3730.2020.265>

Freund, M. A., & Baltes, B. P. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531–543. https://www.researchgate.net/publication/13406469_Selection_optimization_and_compensation_as_strategies_of_life_management_Correlations_with_subjective_indicators_of_successful_aging

Freund, M. A., & Baltes, B. P. (2002a). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642–662. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.4.642>

Freund, M. A., & Baltes, B. P. (2002b). The adaptiveness of selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Evidence from a preference study on proverbs. *Journal of Gerontology*, 57(5), 426–434. <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/>

Freund, M. A., & Riediger, M. (2003). Successful aging. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of psychology* (pp. 601–621). John Wiley & Sons. https://nibmehub.com/opac-service/pdf/read/Handbook%20of%20Psychology%20_%20Developmental%20Psychology-%20vol.%206.pdf

Fülöp, S. (2022). „Hogyan tovább, demensgondozás?": Kihívások és lehetőségek a demenciával élők szociális ellátásában. *Máltai Tanulmányok*, 4(4), 118–130. <https://doi.org/10.56699/mt.2022.4.10>

Gedeonné Dallos, R. (2022). A demenciaellátás innovatív irányai. *Máltai Tanulmányok*, 4(4), 94–107. <https://doi.org/10.56699/mt.2022.4.7>

- Hablicsekné, R. M. (2022). A demenciával élők várható létszámának kísérleti előreszámítása 2050-ig. *Kapocs*, 3(4), 86–98. https://epa.oszk.hu/02900/02943/00090/pdf/EPA02943_kapocs_2022_3-4_086-098.pdf
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *Gerontologist*, 1, 8–13. <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/1/1/8/551930?redirectedFrom=fulltext>
- Hooker, K. (2002). New directions for research in personality and aging: A comprehensive model for linking levels, structures, and processes. *Journal of Research in Personality*, 36(4), 318–334. <https://www.academicpress.com>
- Jászberényi, J. (2011). *Geronto-edukáció* (Vol. 109). PrintXBudavár Zrt.
- Jászberényi, J. (2021). *Időügyi kérdések Magyarországon* (Vol. 243). Civilút Alapítvány.
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. E. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear path through the forest. *Gerontology*, 60(5), 466–474. <https://doi.org/10.1159/000360222>
- Kaszás, B. (2021). Időskori alkalmazkodás folyamatok [PTE BTK Pszichológiai Intézet]. *Pszichológia Doktori Iskola, PTE BTK Pszichológiai Intézet*. <https://pea.lib.pte.hu/handle/pea/33779>
- Kaszás, B., & Tiringi, I. (2010). Szelekció, optimalizáció, kompenzáció: Baltes modellje az időskori alkalmazkodási folyamatokra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(3), 191–208. <https://doi.org/10.1556/Mental.11.2010.3.2>
- Kerülő, J. (2024). Szeniorok a felsőoktatásban. *Educatio*, 33(2), 186–196. <https://doi.org/10.1556/2063.33.2024.2.7>
- Kiss, G. (2022). Demenciával élők személyközpontú ellátásának módszere bentlakásos otthoni körülmények között. *Máltai Tanulmányok*, 4(4), 30–42. <https://doi.org/10.56699/MT.2022.4.3>
- Kramkowska, E., Danilewicz, W., Prymak, T., & Constâncio, J. P. (2019). Exploring learning and teaching needs of elderly people. In M. Kowalczyk-Walêdziak, A. Korzeniecka-Bondar, W. Danilewicz, & G. Lauwers (Eds.), *Rethinking teacher education for the 21st century* (pp. 381–397). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.2307/j.ctvpb3xhh.29>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2022). *Eltartottsági ráták*. <https://www.ksh.hu/sdg/1-1-sdg-8.html>

Központi Statisztikai Hivatal. (2023). *Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint*. <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

Központi Statisztikai Hivatal. (2024). *Összfoglaló táblák (STADAT)*. <https://www.ksh.hu/szocialis-ellatas>

Laki, I. (2016). Az idősödő fogyatékkal élő emberek társadalmi kihívásai. In J. T. Karlovitz (Ed.), *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság* (pp. 346–354). <https://www.irisro.org/tarstud2016aprilis/70LakiIldiko.pdf>

Lampek, K. (2015). Az aktív időskor és a társadalom. In K. Lampek & E. Rétsági (Eds.), *Egészséges idősödés: Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban* (pp. 8–26). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. <https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/sport2/EgeszsegesIdosodesJ.pdf>

Láng, B. (2014). Az idősoktatás módszertana: Teóriák, tapasztalatok, lehetőségek. *Gerontoeducáció*, 23–66. <https://uni-milton.hu/wp-content/uploads/2020/12/gerontoeducacio-4.1.pdf>

Licen, N. (2010). Education of the elderly: Challenge for educational systems. In M. Volk & E. Dawidowski (Eds.), *TANDEMS GO! Twinning the elderly and young people as a possibility of e-learning* (pp. 24–36). Center for Adult Education. https://www.eseniors.eu/TandemsGo/TANDEMS%20GO_urejeno_konec.pdf

Luppi, E. (2009). Education in old age: An exploratory study. *International Journal of Lifelong Education*, 28(2), 241–276. <https://doi.org/10.1080/02601370902757125>

Magyar Máltai Szeretetszolgálat. (2019). *Terápiás intervenciók a demencia-gondozásban*. Magyar Máltai Szeretetszolgálat. <https://maltai.hu/assets/uploads/files/16bfa-terapias-intervencioik-jo-gyakorlat-az-idosellatasban.pdf>

Málovics, G. (2019). Tudás létrehozása társadalmi hatással karöltve: A részvételi akciókutatás (RAK) megközelítése. *Magyar Tudomány*, 180(8), 1147–1157. <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.8.5>

Málovics, G., Mihók, B., Pataki, G., Szentistványi, I., Roboz, Á., Balázs, B., & Nyakas, S. (2014). Részvételi akciókutatással a társadalmi kirekesztés ellen: Egy szegedi példa tanulságai. *Tér és Társadalom*, 28(3), 66–84. <https://doi.org/10.17649/TET.28.3.2589>

- Maróti, A. (2013). Elméleti alapok az idősök tanulásáról és tanításáról. *Kultúra és Közösség*, 4(3).
https://epa.oszk.hu/02900/02936/00014/pdf/EPA02936_kultura_es_kozosseg_2013_03_067-078.pdf
- Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. In R. Dixon & L. Bäckman (Eds.), *Psychological compensation: Managing losses and promoting gains* (pp. 35–79). <https://www.researchgate.net/publication/232535304>
- Martinson, M., & Minkler, M. (2006). Civic engagement and older adults: A critical perspective. *Gerontologist*, 46(3), 318–324. <https://doi.org/10.1093/geront/46.3.318>
- McAdams, D. P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63(3), 365–396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1995.tb00500.x>
- McConnell, E. S., Orsulic-Jeras, S., Judge, K. S., & Camp, C. J. (2000). Practice concepts: Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: Effects on engagement and affect. *The Gerontologist*, 40(1), 107–111. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/40/1/107/720549>
- McLean, K. C., & Pasupathi, M. (2011). Old, new, borrowed, blue? The emergence and retention of personal meaning in autobiographical storytelling. *Journal of Personality*, 79(1), 135–164. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00676.x>
- Menassa, M., Stronks, K., Khatami, F., Milena, Z., Díaz, R., Pano Espinola, O., Gamba, M., Itodo, O. A., Buttia, C., Wehrli, F., Minder, B., Rivas Velarde, M., & Franco, O. H. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: A systematic review and synthesis of theoretical models. *The Lancet*, 56, Article 101821. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101821>
- Narushima, M., Liu, J., & Diestelkamp, N. (2018). Lifelong learning in active ageing discourse: Its conserving effect on wellbeing, health, and vulnerability. *Ageing and Society*, 38(4), 651–675. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001136>
- Neugar, B. L. (1972). Personality and the aging process. *Gerontologist*, 9–12. <http://gerontologist.oxfordjournals.org/>
- Oláh, A. (2019). A pozitív öregedés pszichológiai forrásai. *Lege Artis Medicinae*, 29(1), 79–87. <https://doi.org/10.33616/lam.29.010>

- Pléh, C. (2021). *Pszichológia*. Akadémiai Kiadó.
https://mersz.hu/keres/pl%C3%A9h%20csaba/hivatkozas/m880pk_0_p5#m880pk_0_p5
- Quinn, J., & Blandon, C. (2020). *Lifelong learning and dementia: A posthumanist perspective*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42231-8>
- Réthy, E., & Baska, G. (2022). A tanítás-tanulás értelmezésének történeti alakulása, változása. In I. Falus & I. Szűcs (Eds.), *A didaktika kézikönyve*. Akadémiai Kiadó.
<https://doi.org/10.1556/9789634548454.1>
- Ries, J. D. (2022). A framework for rehabilitation for older adults living with dementia. *Archives of Physiotherapy*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40945-022-00134-5>
- Rismayanthi, C., Sugiyanto, Kristiyanto, A., & Doewes, M. (2022). Psychological-based physical exercise education model for improving elderly physical fitness. *International Journal of Education in Mathematics, Science and Technology*, 10(1), 162–174.
<https://doi.org/10.46328/ijemst.2182>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful—the concept of normality in studies of aging. *Science*, 237, 143–149. <https://www.sciencemag.org>
- Salazar-Barajas, M. E., Salazar-González, B. C., & Gallegos-Cabriaes, E. C. (2017). Middle-range theory: Coping and adaptation with active aging. *Nursing Science Quarterly*, 30(4), 330–335. <https://doi.org/10.1177/0894318417724459>
- Sallebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296–305. <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/41/3/296/1906090?redirectedFrom=fulltext>
- Štateně, S. (2015). Learning in later life: The perspective of successful ageing. *Applied Research in Health and Social Sciences: Interface and Interaction*, 12(1), 11–23.
<https://doi.org/10.1515/arhss-2015-0003>
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733.
<https://gerontologist.oxfordjournals.org/>
- Szabó, L. (2020). Úton az időskor felé: A tranzitív változások integratív megközelítése a gerontológia kulcskonceptjei mentén. *Párbeszéd: Szociális Munka Folyóirat*, 7(2).
<https://doi.org/10.29376/parbeszed.2020.7/2/3>

- Szokolai, K. (2020). A kórházban ápoltság idősokorúak mentálhigiénés gondozása az élet értelméről való idősokori vélekedések tükrében. *Magyar Gerontológia Konferencia Különszám*, 12. <https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia/article/view/8483>
- Vajda, K. (2022). A magyarországi idősok nappali ellátásának helyzete: Igények és lehetőségek a szolgáltatás szervezésében. *Máltai Tanulmányok*, 4(4), 12–29. <https://doi.org/10.56699/mt.2022.4.2>
- Vámos, Á. (2013). A gyakorlat kutatása a neveléstudományban: Az akciókutatás. *Neveléstudomány*, 2, 23–42. <http://www.ewtn.com/library/ENCYC/P10FERMO.HTM>
- Vámos, Á., & Gazdag, E. (2015). Magyarországi akciókutatások kritikai elemzése. *Neveléstudomány: Oktatás – Kutatás – Innováció*, 3(1), 35–52. <https://ojs.elte.hu/nevelestudomany/article/view/6524/4964>
- Werd, M. M. E. (2017). *Errorless learning in dementia* [Dissertation, Radboud University]. <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/173273/173273.pdf>
- Werd, M. M. E., Boelen, D., Olde Rikkert, M. G. M., & Kessels, R. P. C. (2013). Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1177–1190. <https://doi.org/10.2147/CIA.S46809>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. <http://www.who.int/hpr/>
- World Health Organization. (2015a). *Active ageing: A policy framework in response to the longevity revolution executive summary*. International Longevity Centre Brazil (ILC-BR). <http://www.ilcbrazil.org>
- World Health Organization. (2015b). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization. (2020). *UN decade of healthy ageing: Plan of action*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28
- Wolfe, K., Crompton, C. J., Hoffman, P., & MacPherson, S. E. (2023). Collaborative learning of new information in older age: A systematic review. *Royal Society Open Science*, 10, Article 211595. <https://doi.org/10.1098/rsos.211595>

Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M. M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuysse, P., & Zólyomi, E. (2012). *Active ageing index 2012: Concept, methodology and final results*. European Centre. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/370>

Zank, I. (2020). Az akciókutatás értelmezése a pedagógiai gyakorlatban és a tanárképzésben. *Autonómia és Felelősség: Neveléstudományi Folyóirat*, 5(1–4), 55–70.

Zemaitaityte, I., & Petrauskiene, A. (2018). Educational activities for older people as a part of social work. *SHS Web of Conferences*, 51, Article 03003. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20185103003>

A szerző:

Virágh Viktória

ORCID: 0009-0005-2650-4164

Tel: 06308531114

Email: viraghviki@gmail.com

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Oktatás és Társadalom
Neveléstudományi Doktori Iskola

Pécs, 7624 Ifjúság útja 6.

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

Alkalmazott Digitális Jólét Program a könyvtárban

Beck-Zaja Mónika

Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Neveléstudományi Doktori Iskola

- ORCID: 0009-1807-2443

Kulcsszavak: digitális kompetenciafejlesztés, időskor, digitalizáció, IKT eszközök

Absztrakt

A Digitális Jólét Programnak köszönhetően, a gyöngyösi Vachott Sándor Városi Könyvtárban 2018-tól működik digitális segítségnyújtás (Okos Nagy Klub), melynek célja, hogy az idősebb generáció is megtanulja az informatika alapjait, a számítógép, az internet, a szövegszerkesztés és az okostelefon használatát. (Kápolnai, 2022) Az itt folytatott „Idősek mint IKT tanulók” ÚNKP-23-3 kutatási program eredményei visszaigazolást adtak az idősek digitális kompetenciafejlesztésének létjogosultságáról, felhasználási területeiről, IKT (Információs és Kommunikációs Technológia) tudatos eszközhasználatának eredményes tanulási lehetőségeiről, illetve jelenlegi eszköz és hálózati hozzáférési adatairól.

Az idősek IKT eszközhasználatának felhasználási területeinek tényszerű beazonosítása mellett, elkészült az időskori, digitális kompetenciafejlesztés tanulási motivációs ábra az ÚNKP-23-3 pályázat keretében.

További gerontológiai kutatások eredményei alátámasztják, hogy azok az idősek, akik mozgékonyak, aktívak és nyitottak, valamint megőrzik vagy akár gyarapítják társadalmi kapcsolataikat, teljesebb öregkorra számíthatnak. A kor előre haladásával nem hanyatlik sem

feltétlenül, sem egységesen a kreativitás, az intelligencia, a műveltség. Az idegsejteknek öregedési folyamat során történő leépülése ellensúlyozható a közöttük levő kapcsolatok tanulással való megerősítésével, megújításával. (Bene-Móré-Zombory, 2020)

Az időskori aktivitás megtartásának egyik leghatékonyabb eszköze a tanulás. (Bene, 2017)

Az időskori sikeres tanulási folyamat a külső és belső motiváció egységének a függvénye, amely a társadalmi integráción túl, az aktív élet fenntartásához és javításához is hozzájárul.

A digitális kompetencia jelentősége széles spektrumú időskorban is. Ugyanakkor a digitális készségek mellett a rugalmasság, az autonómia és a problémakezelés kompetenciája is hozzájárulhat az idősek jövőbeli hatékony életvezetéséhez és akár munkavégzéséhez. (Kristóf-Győri, 2021)

A digitális kompetenciafejlesztés hidat teremthet a generációk, a társadalmi osztályok között, a „tudás” bárki számára elérhetővé válhat, azonban időskorban a sikeres tanulási folyamat feltétele mindenekelőtt a motiváció.

Jelen tanulmány a Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-23-3 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

Title

Applied Digital Well-being Programme in the library

Author

Beck-Zaja Mónika

Keywords: digital literacy, ageing, digitalisation, ICT tools

Abstract

Thanks to the Digital Wellbeing Programme, the Vachott Sándor Library in Gyöngyös has been running a digital assistance service (Smart Grandma's Club) since 2018, which aims to help the older generation learn the basics of IT, how to use computers, the internet, word processing and smartphones. (Kápolnai, 2022) The results of the research programme "Older people as ICT learners" ÚNKP-23-3 conducted here have confirmed the relevance of digital competence development for older people, the areas of use, the possibilities for effective learning through

the conscious use of ICT (Information and Communication Technology) devices, and the current device and network access data.

In addition to factually identifying the areas of use of ICT devices by older people, a learning motivation chart for the development of digital competence in old age was prepared in the framework of the project ÚNKP-23-3.

Further gerontological research confirms that older people who are mobile, active, open, and who maintain or even enrich their social contacts can expect a more fulfilling old age. Creativity, intelligence and literacy do not necessarily or uniformly decline with age. The degradation of neurons during the ageing process can be compensated by strengthening and renewing the connections between them through learning (Bene-Móré-Zombory, 2020). Learning is one of the most effective ways to stay active in old age (Bene, 2017).

Successful learning in old age depends on the unity of intrinsic and extrinsic motivation, which, alongside social integration, contributes to maintaining and improving active life.

The importance of digital literacy in old age is widespread. However, in addition to digital skills, flexibility, autonomy and problem-solving competence can also contribute to the future effective management of older people's lives and even their work (Kristóf-Győri, 2021).

Digital competence development can create a bridge between generations and social classes, "knowledge" can be available to anyone. Still, in old age, motivation is a prerequisite for a successful learning process.

The current study is supported by the ÚNKP-23-3 New National Excellence Program of The Ministry for Culture and Innovation from the source of the National Research, Development and Innovation Fund.

Bevezetés

A világháló 1990-es megjelenése (ekktől beszélhetünk a globális és nyílt információ-hozzáférés valódi elterjedéséről), és az IKT (információs és kommunikációs technológia eszközök) elterjedése elemi és visszafordíthatatlan változásokat hoztak a tanítás és a tanulás világában is (Szűts, 2020). Az alfa generáció számára természetes a digitális világgal való kapcsolat, de az idősebb generációknak, vagy akár a „digitális bevándorlóknak” már nincs ilyen könnyű dolguk. A digitális pedagógia építőelemei kortól, nemtől, térben, időben és társadalmi

osztálytól függetlenül támogatják a tanulók kreativitását; segít szélesebb skálán és gyorsabban ismereteket szerezni; hatékonyabb együttműködést alakít ki horizontálisan, a társakkal; lehetővé teszi az egymástól való tanulást. (Szűts, 2020) Feltételei a digitális kompetencia, eszközellátottság – hálózati hozzáférés mellett a motiváció.

Az ÚNKP-23-3 vizsgálat középpontjában {az idősök IKT eszközhasználatának felhasználási területeinek feltérképezésén túl} az időskori digitális kompetencia elsajátításához szükséges tanulási motivációs ábra elkészítése volt a cél a gyöngyösi, Vachott Sándor könyvtárban alkalmazott és a Digitális Jólét Programnak köszönhetően létrejött, Okos Nagy Klubban. Elkészült az adott célcsoportban az idősök digitális kompetenciafejlesztés összehasonlító vizsgálata a külső és belső motiváció, egyéni és társas tanulás, illetve az életkor tükrében. Ismertetésre kerültek mindazon kutatási eredmények, melyek nemcsak a kérdőívet kitöltők esetében igazak, hanem általában, az idősök alapsokaságát tekintve is érvényesek.

A kutatás két részből állt: egy elméleti, szakirodalmi áttekintésből, illetve egy kérdőíves kutatásból.

A pályázat keretében meghatározásra került a szakirodalmi hivatkozások alapján az időskor fogalma, pszichológiai kihívásai, melyek összhangban állnak az Egészségügyi Világszervezet által Egészséges Idősödés évtizedének elnevezett, 2021 és 2030 közötti időszak célkitűzéseivel. A Digitális Esélyegyenlőség törvényi szabályozásai az Európai Unió irányelvei alapján kerültek részletezésre a magyarországi Időügyi Nemzeti Stratégia és a Digitális Jólét Program tükrében.

A vizsgálat ismertette az időskor és a digitális világ kihívásait. Cél volt, az idősök számára elérhető digitális kompetenciafejlesztés és az ismeretszerzés új lehetőségeinek feltérképezése.

Az elméleti áttekintés eredményei alapján készült el a kérdőíves kutatás.

A kérdőíves kutatás során az alábbi területek vizsgálta valósult meg:

- ✓ az idősök mint IKT tanulók szocio-kulturális jellemzői,
- ✓ az idősök maguk által megítélt digitális kompetenciái,
- ✓ az idősök IKT eszköz és hálózati ellátottsága,
- ✓ az idősök IKT felhasználási lehetőségei,
- ✓ az idősök tanulási folyamatát/motivációi.

A kérdőíves kutatás eredményeinek és a vizsgálat szakirodalmi áttekintésének összegzése után, tényyszerűen be lehetett azonosítani az idősök IKT eszközhasználatának felhasználási területeit, és elkészíteni az időskori, digitális kompetenciafejlesztés tanulási motivációs ábrát.

Időskor meghatározása

Az időskor meghatározása fókuszfüggő. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) az idősödést 50 éves kortól számolja, és az időskor több szakaszra bontását ajánlja: 50–59 év az áthajlás kora; 60–74 év az idősödés kora; 75–89 év az időskor; 90–100 év az aggkor; 100 év felett a matuzsálemkor. (KSH, 2015)

Ezzel szemben az Európai Unió és az Európa Tanács általában a 65 éves kornál húzza meg az időskor alsó határát, hiszen a legfejlettebb országokban a hivatalos nyugdíjkorhatár jelenleg 65 év körül van. (KSH, 2015)

Az öregségi nyugdíjkorhatár fokozatosan és egyenletesen 65 évre emelkedik. Felemelése azt jelzi, hogy 65 éves kor előtt az ember még nem számít idősnek, hiszen a társadalom teljes értékű munkateljesítményt vár el tőle. (Nagy, 2018)

Az Európai Bizottság 2005-ben kiadott, az idősödő Európával kapcsolatos iránymutatásokat (policy) összefoglaló munkája, a *Zöld könyv* alapján a „harmadik kor” generációi: (1) az idősödő munkavállalók (55–64 évesek), az idősek (65–79 évesek) és az aggok (80 felettiek). Egy másik, a különböző generációk internet és médiafogyasztását vizsgáló hazai kutatásban az „idősebbek” csoportját a 40 év fölöttiek alkották. A hazai felsőfokú intézményekhez kapcsolódó idősoktatási kezdeményezések nagy része célcsoportként az 50+-os korosztályt határozza meg (Bene, 2017). Olyan vélemény is van, hogy idősnek azon személyek számítanak, akik annak érzik magukat. Azt is hangsúlyozni kell, hogy az idősek csoportja nem tekinthető homogénnek, eltérő öregedési útvonalak, folyamatok léteznek, függően a gazdasági és szociokulturális jellemzőktől, a nemek és családi státuszok, egyéb környezeti tényezők meghatározottságától. Az időseket érintő fiziológiai változások sokrétűek. A fiziológiai változások jelentősebb érzékszervi és néhány mentális aspektusán túl viselkedésbeli változások is jellemzik az időseket, aminek háttere összetett: a megváltott fizikai és mentális kondíció, a folyamatosan változó környezeti kihívások, és nem utolsósorban a megváltozó élethelyzet (pl. nyugdíjazás, nagyszülővé válás).

A további pszicho-szociális és életstílust befolyásoló jellemzők még inkább árnyalják a helyzetképet:

- ◆ Rendszeres jövedelemmel rendelkeznek (nyugdíj).
- ◆ Sok szabadidővel rendelkeznek.
- ◆ Sokan élnek egyedül. Sokuk családjá, gyermeke, unokája, dédunokája távol él.
- ◆ Az elszigetelődés, elmagányosodás veszélyezteti őket.

- ◆ Tagjai lehetnek nyugdíjaskluboknak, más aktív nyugdíjas közösségeknek. Eljárhatnak rendezvényekre, hivatalokba, pénzintézetekbe.
- ◆ A mindennapi tevékenységeik során van idejük és lehetőségük a személyes párbeszédnek folytatására helyi közösségekben.
- ◆ Részt vehetnek az egyre bővülő idősoktatásban.
- ◆ Bekapcsolódhatnak közösségekbe, kapcsolódhatnak kezdeményezésekhez (pl. sport, önkéntes munka) az online térben.
- ◆ Egészen másként motiválhatók, mint az aktív korúak. Időnként indokolatlanul nagy kockázatot vállalnak, akár tudatosan vagy megfontolás nélkül.
- ◆ A maitól lényegesen különböző közegben szocializálódtak, az információfeldolgozási, probléma-megoldási sémáik általában nem naprakészek, nem segítik kellően az érdekérvényesítésüket.
- ◆ A technológiai és akár nyelvi változások az ellen hatnak, hogy tudatos legyen fogyasztói viselkedésük (szolgáltatások fogyasztása pl. idősoktatás).

Az idősor pszichológiai kihívásai

Tisza Kata, *Egyedül – A szerethető öregedés felé* című esszéregénye felhívja a figyelmet arra, hogy a mai kultúránk és társadalmunk alapvetően fiatalság- és testközpontú, az öregedés és a halál pedig erős tabunak számít, ennek köszönhetően nagyon sok előítélet él az idősekkel és magával az idősorral kapcsolatban. Az életkor alapú előítélet, az ageizmus ellen össztársadalmi szinten kell megkérdőjeleznünk az öregségről alkotott képet és új idősori szerepeket kell találnunk, amelyek megengedik, hogy az aktivitás, a kontroll és az autonómia ne vesszen el az életkor növekedésével. (Tisza, 2021)

Erik Homburger Erikson, német származású pszichoanalitikus *pszichoszociális fejlődésmélete* az egész életen át tartó változás nyolc szakaszát különítette el, melyek előre meghatározott lépcsőknek tekinthetők az emberek életében. Alapfeltevése, hogy minden periódusban élénk kerül a megoldásra váró konfliktus, melynek sikeres vagy sikertelen megélése befolyásolja a további előrelépést. Az eredménytelen megküzdés azonban nem jelenti feltétlenül a következő szakasz felborulását, ám következményei a jövőben újra és újra megjelennek majd. (Erikson, 2001)

Az Idősek mint IKT tanulók a legutolsó fejlődési szakasza az énteljesség vagy kétségbeesés dilemmája.

Az énteljességet elérő ember felismeri és megvalósítja valamennyi éntulajdonságát. Tudatában van annak, hogy egyéni életstílusát a civilizáció és a kultúra alakította, melyekben az ő identitása sikerrel megszilárdult. Ennek a szakasznak a veszélye a félelem a haláltól, a kétségbeesés, hogy az idő túl rövid bármiféle önbeteljesítő tevékenység létrehozásához. (Erikson, 2001)

Az egyén önbeteljesítéséhez változtatnia kell, hogy ne a patológiás, leépülő időskor legyen az elfogadott.

- Az idősök számára új tevékenységeket, önkéntes munkákat, digitális kompetenciafejlesztést biztosítani (a kompetenciaérzet fenntartása érdekében);
- Támogatni korábbi elfoglaltságaik folytatását (hiszen a kontinuitásérzet kapaszkodót nyújt);
- Megteremteni a számukra megfelelő fizikai tevékenységekre való lehetőségeket (ilyen lehet a nyugdíjas klubbal való séták, kirándulások), amelyek bizonyítottan védelmet nyújtanak a kognitív leépülés ellen is;
- Közösségi élményeket szervezni;
- Elősegíteni a generációk közti kommunikációt;
- Kerülni a sztereotípiákat;
- Kiemelni az egyéni élettörténeteket;
- Megpróbálni nézőpontot váltani, miszerint időskorban is lehet fejlődni

Az időskorra az életünk egy dinamikus, szakaszos változásaként kell tekinteni. (Tisza, 2021)

Aktív és egészséges öregedés

Az időskori pszichológiai kihívások összhangban állnak az Egészségügyi Világszervezet által *Egészséges Idősödés évtizedének* elnevezett, 2021 és 2030 közötti időszak célkitűzéseivel. Ez a fogalom pedig azt jelenti, hogy mindannyian olyan lehetőségekkel és képességekkel rendelkezünk, amelyek biztosítják a kiegyensúlyozott „jóllétben” tölthető időskort.

A program hármas mottójából: méltóság, egyenlőség, egészséges környezet is látszik, hogy nem minden az egyénen múlik: kimondja, hogy az államoknak és az államok feletti szervezeteknek is jelentős szerepük van abban, hogyan él egy nyugdíjas. (WHO, 2015; WHO, 2020)

Az Európai Unió 2012-es kampányévének témája az aktív idősödés és a generációk közötti szolidaritás volt. E kampány felhívta a figyelmet, hogy a fizikai aktivitás mellett érdemes szem

előtt tartani a mentálisan aktív életmódot is, különösképpen az aktív idősödés fontosságát. (Lampeck-Rétsági, 2015)

Az aktív idősödés egy olyan folyamat, mely optimalizálja a lehetőségeket az egészségügy, társadalmi részvétel és biztonság területein, hogy az idősödés folyamata során erősítse az életminőség pozitív irányú változását. (WHO, 2002)

Az Európai Unió *EuroHealthNet* nevű civil szervezete 2012-ben a következő területeket sorolta fel, amelyekben haladva eljuthatunk az *Egészséges Időskorhoz* (Európai Bizottság, 2011):

1. Oktatás és egész életen át tartó tanulás.
2. Új technológiák bevezetése és megismertetése.
3. Hozzáférés az alapvető szolgáltatásokhoz.
4. Fizikai aktivitás.
5. Megfelelő szociális és életkorbarát környezet.
6. Hosszú távú kezelés és ápolás.
7. Megfelelő táplálkozás.
8. Önkéntesség és munkaerőpiaci aktivitás.
9. Társadalmi befogadás, szociális segítség és aktív részvétel a társadalom életében.

Az Európai Unió irányelvei az idősödésről

Az Európai Bizottság, Zöld könyv az idősödésről kiadványa az életciklus-alapú szemléletet követi, amely figyelembe veszi az idősödés egyetemes hatását, az idősödés személyes és széleskörű társadalmi következményeire összpontosítva. Tudomásul veszi, hogy az oktatás és a képzés, a munka és a nyugdíjba vonulás hagyományos szakaszai egyre kevésbé mereven határolódnak el egymástól és egyre rugalmasabbá válnak. (Európai Bizottság, 2021)

Az Európai Tanács következtetéseket fogadott el az időskorúak emberi jogairól, részvételéről és jóllétéről a digitalizáció korában. Rámutat azokra a lehetőségekre, amelyek a digitalizált világban az időskorúak előtt állnak, de nem hallgatja el az esetleges kockázatokat sem. Emlékeztet arra, hogy a digitalizáció segítségével könnyebben el lehetett érni az időskorúakat a Covid19-válság alatt, de arra is, hogy a generációk közötti digitális szakadék jelentős, és az évek múlásával egyre nagyobb lesz. Az Európai Tanács mindemellett arra is felkéri a tagállamokat és az Európai Bizottságot, hogy gondoskodjanak arról, hogy a digitalizáció – főként az egészségügy, illetve a szociális és a tartós ápolás-gondozási szolgáltatások területén – megkönnyítse a szolgáltatások elérését és használatát, ugyanakkor tartsák fenn a nem digitális szolgáltatásokat is. (Európai Tanács, 2020)

Az öregedő társadalom kihívásai Magyarországon

A Eurostat számításai szerint a 65 éves és idősebb népesség társadalmon belüli aránya 2020 és 2050 között 20,6%-ról 29,5%-ra emelkedik Európában (Eurostat, 2021), míg a magyarországi számok alapján 2019 és 2050 között 19,6%-ról 27,8%-ra növekszik ugyanezen érték (Európai Bizottság, 2021).

„A magyar társadalom tehát az öregedő társadalmak közé tartozik, nő a várható élettartam, nő az idősök száma, és a csökkenő születésszám mellett nő az arányuk is. Ezen folyamat számos kihívással szembesíti a munkaerőpiacot, az ellátórendszereket, a kapcsolódó tudományterületeket. A szemléletváltás szükségességét a 2009-ben elfogadott *Idősügyi Nemzeti Stratégia* (Idősügyi Nemzeti Stratégia, 2009) az kiemeli. Az idősöket a társadalomnak erőforrásként kell kezelni. Az idősödés pozitív felfogásának érvényre juttatásához szükség van az időskorúak aktivizálására, erőforrásaik beépítésére a szolgáltató rendszerek működtetésébe. A kormányzat már korábban megkezdte a felkészülést a nyugdíjrendszer átalakításával. A nyugdíjkorhatár emelkedése és legújabban a nyugdíjas szövetkezeti forma törvénybe iktatásának folyamata az időskori foglalkoztatás újabb platformjai. Az időskorral együtt járó *élettani, mozgásszervi, érzékszervi, tanulási* és egyéb változások párhuzamosan jelentkeznek a környezeti változásokkal, gondoljunk csak a *digitalizációra*. Ezzel is magyarázható az idősök „sajátos képzési igénye”, a tananyagokat, módszereket, résztvevőket (hisz maguk is többféle szerepben megjelenhetnek), helyszíneket és a bennük rejlő munkaerőpotenciál érvényre juttatását illetően.” (Bene, 2017:2)

Digitális Jólét Program (DJP)

Magyarország kormánya a 2015 végén az internetről és a digitális fejlesztésekről szóló nemzeti konzultáció, az *InternetKon* eredményei alapján indította el a digitális ökoszisztéma egészét érintő *Digitális Jólét Programot* (DJP, 2015) abból a célból, hogy hazánk minden polgára és vállalkozása a digitalizáció nyertesei közé kerülhessen. A Digitális Jólét Program, mint közpolitikai akció-sorozat 2022. július végén megszűnt, azonban a Digitális Jólét Program a települési közművelődési könyvtárak kereteiben *ma is jelen van*. A gyöngyösi városi könyvtár intézményi honlapján elérhető információ szerint, a DJP mentorok a népszámlálási adatszolgáltatásban is segítettek a hozzájuk fordulóknak, illetve egy előadás keretében ismertették a népszámlálási kérdőívek digitális kitöltésének útmutatóját.

„A DJP kormányzati erőfeszítések egyik eredménye, hogy egyre szélesebb körben lehet a közigazgatási ügyeket elektronikus úton elvégezni.” (Bene-Móré-Zombory, 2020:10)

Egyre több mindent lehet a *kormányablak ügyfélkapus portálra* belépve elintézni, időt és energiát megtakarítva. 2024 szeptemberétől, a Digitális Állampolgár mobilalkalmazásnak köszönhetően, okostelefonunk segítségével – letöltést és regisztrációt követően - igazolhatjuk személyazonosságunkat, személyes és gépjárművünk adatait, illetve okmányait. Az alkalmazással bejelentkezhetünk az állami weboldalakra, ahol időpontfoglalási és ügyintézési szolgáltatásokat vehetünk igénybe. Azonnal elérhető a hatósági erkölcsi bizonyítvány és a dokumentum hitelességére szolgáló, digitális aláírás. (DAP, 2024)

Hasonlóan jól használhatók egyes *közüemi szolgáltatók honlapjai*, bár bizonyos ügyintézés során szükséges lehet a személyes jelenlét (aláírás).

„A 2018-as adatokat áttekintve az e-kormányzati portálok használatában a 65-74 éves korosztály élen járt a közhivatalok honlapjairól történő információ szerzésben. Őket az 55-64 éves korosztály követi ebben a toplistában. Ezen adatok is alátámasztják, hogy ha az idős személyeknek lehetőségük van rá (készség, technikai háttér, internet hozzáférés), akkor szívesen használják a világhálót információszerzésre. Ez különösen annak fényében figyelemre méltó, hogy gyakran nem csak a saját ügyeikben járnak el, hanem a családtagok ügyeiben is, kihasználva a megnövekedett szabadidejük adta lehetőségeket.” (Bene-Móré-Zombory, 2020:11)

Idősügyi Nemzeti Stratégia

A Magyar Kormány 2009-ben fogadta el az *Idősügyi Nemzeti Stratégiát*, amelynek hosszú távú célkitűzései 2034-ig szólnak és a prioritások között szerepel az élethosszig tartó fejlődés és a társadalmi részvétel biztosítása. Korcsoporti meghatározásai: a 60–74 év közöttiek az idősödők, a 75–89 évesek az idősek, a 90 év fölötti személyek a nagyon idősek, „aggok”.

Az idősek, mint nyugdíjasok: a gazdasági és szociális (társadalmi) aktivitás megőrzését célzó oktatási területek sorolhatók ebbe a kategóriába. Az időskori tanulás esetében a külső motivációk kevésbé meghatározóak, mint aktív korban. A munkahely vagy a család irányából érkező elvárások hatásai, vagy a gazdasági előnyök az idősek munkaerőpiaci és élethelyzetéből adódóan „elhalványulhatnak”. Az időskori tanulás inkább a belső motivációkkal hozható szorosabb kapcsolatba. A motivációkat és a gátló tényezőket részletesen tárgyalja Bajusz és Jászberényi „Az időskori tanulásról” című tanulmányban. (Bajusz-Jászberényi, 2013) „Az idősebb munkavállalók munkaerőpiaci aktivitásuk fennmaradását célzó szakmai képzéseken túl általános műveltségük megújítása, fejlesztése is nélkülözhetetlen. Az erőnlétnek megfelelő rendszeres fizikai és szellemi aktivitás megelőzi és lelassítja az időskori leépülés folyamatait.

Fontos, hogy megmaradjon idős korban is az eligazodás képessége a kultúra és művészet területén, működőképese legyenek az alapismeretek, megmaradjanak a tanulási képességek, a különböző szakmákban és mindennapokban fontos kulcsképeségek, a társadalomban való eligazodást biztosító szociális képességek, elsajátíthatók legyenek a kommunikáció új formái, az idős korosztály is megtanulja az új infokommunikációs eszközök használatát.” (Bene, 2017:3)

A gazdasági élet szereplőinek is fel kell készülniük a nagyszámú idős munkavállaló megjelenésére, az ebből fakadó helyzetre.

Idősek mint IKT felhasználók

A digitális pedagógia elméletének vezérelvei a tudatos, a tervezett és a kontrollált eszközhasználat a tanítás és tanulási folyamat során. A digitális pedagógia a digitális környezetre készít fel. Megközelítése, pedagógiai eszközei illeszkednek a digitális világ elvárásaihoz. A digitális kompetencia jelentősége széles spektrumú időskorban is.

Az IKT-t megfelelő szinten alkalmazó személyek kiemelten hasznos tagjai lehetnek közösségüknek, mivel képesek átadni bölcsességüket és tudásukat a fiatalabb generációknak a fejlett technológián keresztül is. A digitális technológiákat értően használó idős személy és a fiatalabb generációk közötti digitális szakadék elmosódottabbá válhat. Ezzel együtt javulhat az érintettek személyes életminősége, a függetlenség és autonómia fenntartása a mobilitást is fokozza, kialakulhat és működhet a személyre szabott integrált szociális és egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. Kijelenthető, hogy a digitális kompetenciák színvonalas alkalmazása összességében pozitívan tud hatni az idősek saját életére és a hozzájuk tartozókéra is. (Blazun, 2013) „Jelenleg – főleg az elmúlt évtizedekhez képest – a kifejezetten idősebbek számára készült technológiai eszközök és megoldások felé mutatott igény, ennek következtében pedig ezek piacképessége is fellendülésben van. A gerontechnológia – melynek területéhez tartozik minden olyan okos szolgáltatás és technikai innováció, amely az idősek életminőségét javíthatja – segíthet a minőségi öregedésben és az önálló élet fenntartásában. A kapcsolati szolgáltatások erősíthetik a szocializációt és csökkenthetik az esetleges ellátási költségeket.” (Kristóf-Györi, 2021:3)

Amikor az idősek az IKT lehetőségeket használják, számos kedvező hatással találkozhatnak. Digitális tudásuk fejlődésével csökkenhet a kirekesztésük, ezzel együtt a magány érzete is, egészségi állapotuk folyamatos monitorozásával lassítható az egészségromlás, addig ismeretlen, új információkhoz tudnak hozzájutni, mely által fenntarthatják vagy növelhetik a

mentális kondíciójukat. Kialakíthatják és menedzselhetik a családi és baráti kapcsolattartást, távolabb élő személyekkel tudják felvenni a kapcsolatot, illetve, ha mindezekben fiatalabb családtagjaik segítik őket, szorosabb családi köteléket és intergenerációs hasznót is hoz a folyamat. (Bene-Móré-Zombory, 2020) „Figyelmet kell fordítani arra ugyanakkor, hogy a pozitív tényezők mellett megjelenhetnek a negatív vonatkozások is. Ezek magában foglalhatják azokat az érzéseket, amelyek a személyes kontaktus hiánya miatt keletkeznek, olyan egészségi hatások erősödhetnek, mint a szem terhelése, a hosszabb ideig tartó ülés miatt rosszabbodó testtartás, internetes visszaélések célpontjai lehetnek az idősök, esetleg felmerülhet körükben is internet- és okoseszköz függőség.” (Kristóf-Győri, 2021:4)

„IKT-t használunk, ha televíziót nézünk, videót készítünk, telefonálunk, közösségi oldalakon vagyunk jelen, interneten vásárolunk, vagy akár autónkban, akár egyéb okoseszközünkön bekapcsoljuk a GPS-t. Az IKT magját szoftverek, hardverek, hálózatok és médiumok alkotják, amelyek elsősorban információgyűjtésre, bemutatásra, feldolgozására, tárolására és továbbítására szolgálnak hangon, szövegen és képeken keresztül.” (Kristóf-Győri, 2021:4)

„Az információs és kommunikációs technológia alkalmazási lehetőségeit a 2019-ben megjelent Covid-19 vírus miatt kihirdetett veszélyhelyzet szükségszerűen előtérbe helyezte. Még inkább felerősödött az igény az információ gyors áramlására, a naprakészségre, a kapcsolattartásra, szociális igényeink kielégítésére, a digitális lehetőségeink megismerésére. Egy interjú alapú kutatás alapján elmondható, hogy a karantén idején az idősekkel foglalkozó szervezetek fokozottabban figyelték tagjaikat, többnyire az új infokommunikációs eszközök segítségével.” (Kristóf-Győri, 2021:5)

Probléma, hogy az új és feltörekvő technológiákat többnyire a fiatalabb generációk számára tervezik és forgalmazzák, akik általában a legnagyobb fogyasztói csoportot alkotják. „Másrészt az idős korral járó változások, mint például a fizikai állapot általános romlása, az ízületi gyulladás és az éles látás elvesztése szintén hozzájárultak a digitális megosztottság növeléséhez.” (Kristóf-Győri, 2021:10)

Hasznos lehetőségeket kínálnak bizonyos IKT eszközök az otthoni gondozásban a segítő személynek: gyógyszerkezelés, e-recept, gyógyszer bevitelét jelző alkalmazások, okoskarkötők, lépésszámlálók (séta fontossága), létfontosságú jelek monitorozása (pl. vérnyomás és pulzusz mérés), értesítés elesés és rutinváltás esetén (pl. hosszú ideig mozdulatlan). „A diagnosztikában a korai felismerés nyújtotta előnyök sürgették az okos eszközök elterjedését, de a mikrosebészet vagy a művégtagok fejlesztése, a 3D nyomtatás mára már szerves részét képezi az egészségügyi ellátásnak. Az egészségügy digitalizálódása innovatív

folyamat, ugyanakkor az eredmények jelentősen hozzájárulnak az idős emberek egészségügyi állapotának és életkörülményének javításához.” (Bene-Móré-Zombory, 2020:3)

Az e-recepteket, a felírás lehetőségét külön is ki kell emelnem, hiszen a háziorvossal telefonon történő rövid konzultációval időt, fáradságot takaríthat meg az idős, otthonában élő személy.

Valójában egyéb egészségüggyel kapcsolatos adatok is megtalálhatók a neten az ügyfélkapun keresztül (oltások, laborvizsgálatok).

Napjaink egy másik új lehetősége (2022. augusztus), hogy a szakvizsgálatra való utazással kapcsolatos *utazási költségtérítést* is meg lehet igényelni az ügyfélkapun keresztül.

„A telefonos/videókamerás kommunikáció lehetőséget jelent a távoli családtagokkal történő kapcsolattartásban.” (Kristóf-Győri, 2021:11)

„Csökkenthető a magányosság érzése az net-es keresések, közösségi terekben való barangolás során.” (Kristóf-Győri, 2021:13)

A tanulás, ismeretszerzés új útjai

A gerontológiai kutatások eredményei is alátámasztják, hogy azok az idősek, akik mozgékonyak, aktívak és nyitottak, valamint megőrzik vagy akár gyarapítják társadalmi kapcsolataikat, teljesebb öregkorra számíthatnak. A kor előre haladásával nem hanyatlik sem feltétlenül, sem egységesen a kreativitás, az intelligencia, a műveltség. Az idegsejteknek öregedési folyamat során történő leépülése ellensúlyozható a közöttük levő kapcsolatok tanulással való megerősítésével, megújításával. Ma már ahhoz sem fér kétség, hogy az időskori aktivitás fenntartásának egyik leghatékonyabb eszköze a tanulás. Az időskori tanulás színtere egyaránt lehet a formális és nem formális oktatásban, és természetesen ma már történhet fizikai jelenléttel, online vagy hibrid formában, nagy közösségekben, kis csoportokban, párban vagy önállóan.

„Az időskor azonban lehetőséget adhat az önképzésre, új területek felfedezésére, a korábban elhalasztott tanulmányok bepótlására. Az IKT képzések alapos differenciálásával, *testreszabással* biztosítható, hogy az érdeklődők bármilyen tudásszinttel belépjenek a képzésbe.” (Bene-Móré-Zombory, 2020:15)

„Az időskori tanulásnak a szellemi fittség biztosításán keresztül az aktív idősödés megvalósításában van döntő szerepe. Az új ismeretek megszerzése és az új ismeretségek kialakítása hozzájárulhatnak az idős személyek jóllétéhez. Az időskori tanulás remek időtöltés. Az idősoktatásban és a hozzá kapcsolódó kommunikációs platformokon keresztül olyan hasznos információk birtokába kerülhetnek az idős személyek, amelyek segítségükre lehetnek

valós vagy látens igényeik kielégítésében. A rendszeres alkalmak – például egy idősakadémia előadásai – segítenek az idő strukturálásában, az előadás előtt a felkészülés-tervezés folyamatában, az előadáson a részvétellel és ismerősi-baráti kapcsolatok ápolásával is, az előadást követően pedig a lecsengés folyamataival. A sikeres tanulás növeli az idős személyek önbizalmát, énhatékonyságát. A közösségben társas támaszra találhatnak. Nehézséget jelenthet a magányos idős személyek elérése, illetve korlátozza a résztvevők számát a helyszínek nagyvárosokba koncentrálódása, illetve a termék befogadóképessége. Nem várt kihívást jelent a vírus fertőzés nyomán bevezetett karantén intézkedések sora. Megoldást jelenthet az online oktatás, az előadások hozzáférhetőségének biztosítása.” (Bene-Móré-Zombory, 2020:17)

Az idősoktatás formái

Az életminőség javítását célzó képzések, tréningek, elsősorban a fizikai és lelki egészség megőrzését, javítását célozzák meg.

Az idősoktatás számának és arányának növekvő tendenciája egyéb változásokkal párhuzamosan jelentkezik, ami nem csak kihívást jelent az ellátórendszereknek, hanem az időskori aktivitás fenntartásával lehetőségek széles spektrumát nyitja meg az idős személyek előtt. (Bene-Móré-Zombory, 2020:29-51)

Számos példát említhetnénk a közelmúltból olyan programokról, amelyek valamilyen formában az időseket – az 50+-os korosztályt célozza meg. Ennek különböző szintjei és formái vannak, egy jelentős részük valamilyen konkrét felsőoktatási intézményhez kötődik. (Bene, 2017)

Nyugdíjas klubok

„A 2000-es évek elején kezdődött az informatikai képzések, az internet és infokommunikációs eszközök használatát segítő kurzusok, az időseknek szóló nyelvoktatás elterjedése. Az internet terjedésével megjelentek a virtuális nyugdíjas klubok, ahol a tagok e-mail-en, vagy gyakrabban a közösségi médiában (elsősorban facebook-on) tartják egymással a kapcsolatot.” (Bene, 2017:5)

A digitális oktatás terén jelentős mértékben kiveszik részüket a nagyobb – városi és megyei – települési közművelődési könyvtárak, művelődési intézmények. Azon túl, hogy időről időre szerveznek különböző net-es képzéseket, gyakorlatilag viszont *e-Magyarország pontként*, vagy *DJP pontként* is nyitvatartási időben a betérő érdeklődőket segítik információkkal, de maguk is

kínálják a net-es felületeiket az olvasók használatára. Informatikusaik segítséget tudnak adni egy-egy probléma, vagy elakadás esetén is.

Oktatás felsőoktatási intézmények keretei között

„A nyugdíjas klubok rendszere kínálta hagyományos elfoglaltságok mellett megnőtt az igény a tudományosabb elfoglaltságok iránt az idősök körében. Az egyik legfőbb katalizátor az információtechnológia fejlődése, a geronto-edukáció legkülönbözőbb területein, a célcsoportok konkrét igényeitől a tananyagokon és módszereken át a szervezésig.” (Bene, 2017:2)

Bene Ágnes tanulmánya az idősoktatás hazai egyetemekhez kötődő folyamatait tekinti át. Választ ad arra a kérdésre, hogy hol és milyen feltételekkel hoznak létre *Magyarországon Idősek Egyetemeit*. „Beazonosítva a térségenként vezető felsőoktatási intézményeket, igyekszik számba venni minden olyan kezdeményezést, ami az idősök oktatására irányul felsőfokon.” (Bene, 2017:1)

A nyugdíjas egyetemek létrejöttében és működtetésében nem a formális keretek, a túlzott le szabályozottság és nem a profitszerzés dominál. Egyetemi oktatók és hallgatók vesznek részt benne, a nyugdíjas önkéntesek pedig a szervező-előkészítő munkát vállalják. „A kommunikációban, a potenciális résztvevők tájékoztatásában egyre nagyobb szerepet kapnak az infokommunikációs eszközök, a virtuális tér. A pécsi Szenior Akadémia facebook oldala rendelkezik a legtöbb követővel (216 fő). Gyakran posztolnak híreket, felhívásokat, szerveznek kirándulásokat. Szintén dobogós a Kelet-Magyarországi Szépkorúak Akadémiája (197 követővel), a győri eseményekről tájékoztató Nyugdíjas Egyetem hallgatóinak közösségi oldala (194 követő). A legtöbb tagot számláló zárt facebook csoport a TF Szenior Akadémia (505 tag), a nyílt csoportok közül a Szenior Akadémia 400 taggal.” (Bene, 2017:9)

Praktikus szempontok, amelyeket figyelembe kell venni:

- ◆ Ingyenes vagy jelképes díj
- ◆ Kommunikáció: több csatornás, széles körű elektronikus levelezés
- ◆ Generációs eltérések kezelése, megfelelő módszertani háttér, tematika, interaktivitás, visszajelzések, egyéni különbségek kezelése, tanulási sebesség
- ◆ Interaktivitás: nem „kötelező”, ezért is motiváltabbak, aktívabbak a hallgatók, kérdések, beszélgetések az előadások után, témajavaslatok
- ◆ Egymástól tanulás támogatása: kapcsolatok építése, közösségformálás
- ◆ Intergenerációs tanulás biztosítása: egyetemi hallgatók, oktatók, idős résztvevők. (Bene, 2017)

„Az aktív idősök oktatásában a legkülönbözőbb témák szerepelnek: nyelvoktatás, kertészkedés, lakberendezés, pszichológia, egészséggel kapcsolatos témák, gasztronómia, legfrissebb kutatási eredmények. Közös vonásuk az élénk érdeklődés a megcélzott korosztályok részéről: jellemzően leginkább a 60-as, 70-es évek felettiiek köréből.” (Bene, 2017:2)

„Az időskorral együtt járó életteni, mozgásszervi, érzékszervi, tanulási és egyéb változások párhuzamosan jelentkeznek a környezeti változásokkal, gondoljunk csak a digitalizációra. Ezzel is magyarázható az idősök sajátos képzési igénye, a tananyagokat, módszereket, résztvevőket (hisz maguk is többféle szerepben jelenhetnek meg), helyszíneket és a bennük rejlő munkaerőpotenciál érvényre juttatását illetően.” (Bene, 2017:2)

„Az idősoktatás jelen helyzetképe azt hangsúlyozza, hogy az ország minden részén, felsőoktatási intézmények nyújtotta szakmai és módszertani háttérrel változatos formában és tartalommal kínálnak szerveződések tartalmas rendezvényeket a tanulni vágyó idősöknek. A sokszínűség bemutatása mellett cél volt a jó példák bemutatása sikeres együttműködésekre. A bemutatott folyamatok, és az 50+-os korosztály lehetőségeit áttekintve leszögezhető, hogy az idősoktatás serdülő korba lépett, annak azonban csak az elején tart, mert a fenntarthatóság biztosítása folyamatos kihívás elé állítja a szervezőket.” (Bene, 2017:19)

A további kutatási eredmények leírásához, megjegyezni kívánom, hogy a Gyöngyös város területén működő *Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem Károly Róbert Campusa* nem szerepelt a vizsgálatban, itt nem történt az egyetemre épülő idősoktatás.

Okos Nagy Klub

A Digitális Jólét Program keretében, három Gyöngyös városi könyvtáros végzett DJP mentorként az egri Katedra nyelviskolában 2018-ban. Közülük, Szalai Nikolett még abban az évben elindította a Fiókkönyvtárban az Okos Nagy Klubot, aminek a neve hivatalosan csak 2019-ben lett *Okos Nagy Klub*, előtte *Digitális segítségnyújtásnak* hívták, melynek célja az volt, hogy az idősebb generáció is megtanulja az informatika alapjait, tudja használni a számítógépet, az internetet és az okostelefont.

Szalai Nikolett által elkészített tematika alapján haladtak az oktatásban. A *Mátra Nyugdíjas Egylet* tagjait is nagyon szép számban oktatta 3 csoportban: 2 csoport a központi könyvtárban, 1 csoport a fiókkönyvtárban ismerkedett az alapokkal. Összesen 18 fő vett részt a képzésben. Az ő oktatásukat 2019 őszén kezdte el Szalai Nikolett, amelyet a Covid-járvány miatt 2021 októberében tudtak csak befejezni.

A nyugdíjas egyesület vezetőjével, Tóth Jánosnéval érkeztek legtöbbször. Ő, az alábbi nyilatkozatot tette 2021-ben nyilvánosan a közösségi felületén: „Tanúsíthatom, hogy a tavalyi Okos Nagyi tanfolyam is sikeres volt. A MÁTRA Nyugdíjas Egyesülettől 18 fő vett részt! Aki valamilyen okból akadályoztatva volt, idén is szeretne újra csatlakozni! Gratulálok a kezdeményezéshez és Niki segítőkész türelméhez is!” (Szabó, 2021:2)

2021. október 26-án jelent meg a Heves Megyei Hírlapban - Az interneten sem szörfölhet mindenki című cikkben - egy Szalai Nikolettal készült interjú, amely az Okos Nagyi Klubot mutatta be:

„Idősek számítógépes oktatása folyik már két éve a gyöngyösi Vachott Sándor Könyvtárban. Szalai Nikolett digitális mentor vezeti azt az Okos nagyi klubot, ahol alkalmanként öt-nyolc nyugdíjas ismerkedik a számítógép használatával. Többeket is tudnának foglalkoztatni egyszerre. A jelentkezők elsődleges motivációja a kapcsolattartás a nem ritkán más országban élő szeretteikkel. Van, aki szeretné megtanulni egy hivatalos levél megírásának a módját, de olyan is akad, aki csak lépést szeretne tartani a korral. A többségnél a kezdőlépésekkel indul az oktatás. Így az egér és a billentyűzet használatának, később a dokumentumok megnézésének mikéntjével. A foglalkozások alatt nyitunk nekik e-mail-fiókot, Facebook-profil is. Hasznos honlapokkal ismertetjük meg őket. Számítógépet mi biztosítunk a tanuláshoz, de hasznos, ha valakinek van saját laptopja, tabletje, okostelefonja, mert a mentések rögtön a saját gépére kerülnek. Változó idő alatt sajátítják el a szükséges tudnivalókat, de nem adják fel, amíg nem sikerül mindent önállóan megoldani. Nagyon büszkék a sikereikre – mondta Szalai Nikolett.” (Szabó, 2021:2)

A Digitális Jólét Program egyik, regionális közösségi oldalán 2022. februárjában meghirdetett, „2021-ben te milyen DJP programot szerveztél?” elnevezésű pályázaton Szalai Nikolett elnyerte *Észak-Magyarország 2021 DJP Mentora* címet, amelyre az Okos Nagyi programmal nevezett. Az ünnepélyes oklevélátadásra 2022. május 10-én került sor Hatvanban. Az átadó után a könyvtáros meghívást kapott a Gyöngyösi Televízió, *Gyöngyös Ma* című műsorába, a vele készített interjú 2022. május 17-én került adásba. (Gyöngyösi TV, 2022) A Heves Megyei Hírlap is készített vele interjút, ami 2022. május 30-án jelent meg nyomtatott formában, *Rangos díjat ért az idősek számítógépes oktatása* címmel. (Szabó, 2022:4)

A csoportos foglalkozások mellett többször tartott személyes mentorálást is, akár egy-egy jelentkezőnek is. Ez olyan népszerű lett, hogy hetente két-három alkalommal is fogadta az érdeklődőket.

FIÓKKÖNYVTÁR	KÖZPONTI KÖNYVTÁR
2018: 1 alkalom 3 fő	
2019: 11 alkalom 45 fő	
2020: 5 alkalom 15 fő	2020: 9 alkalom 42 fő
2021: 6 alkalom 17 fő	2021: 8 alkalom 32 fő
2022: 6 alkalom 24 fő	2022: 5 alkalom 18 fő
2023: 1 alkalom 4 fő	2023: 3 alkalom 6 fő

1. ábra. Okos Nagyi Klub oktatásai számszerűsítve 2018-2023 közötti időszakban

Forrás: Szalai, 2024:2

Szalai Nikolett, az általa kidolgozott tematikáról így nyilatkozott kéziratában: „A tematikámban először megismerkedünk a számítógéppel, annak részeivel (egér, billentyűzet, monitor, kezdőképernyőn mi található, cd meghajtó, stb.), majd az irodai alkalmazások közül bővebben csak a Word-el, a többit érintőlegesen beszéljük át, utána jön az internet és annak rejtelsei, pl. Google böngésző, kép lementése internetről, a lementett kép behelyezése az általunk elkészített mappába, majd azt hogyan töröljük ki. Akinek nincs, akkor e-mail címet hozunk létre, megismerkedünk a Gmail felületével, utána egymásnak írunk gyakorlásképpen leveleket, a levélhez képet is csatolunk. A fontosabb oldalak megismerése a következő rész, pl. időjárás, menetrendek, jegyfoglalás, játék, youtube, hírportálok, egészségmegőrző oldalak, receptes oldalak, egyéb. Végezetül pedig, aki nem rendelkezik Facebook profillal, és szeretne, annak létrehozunk egyet, ezzel együtt pedig megismerkedünk a netikettel is, és a Facebook használatával. A Facebook kapcsolatteremtés mellett röviden ismertetem a Skype-ot is.” (Szalai, 2024:1)

Hat éve, hogy elkezdték az Okos Nagyi Klub programot a Vachott Sándor Városi Könyvtárban, Gyöngyösön, melynek töretlen a sikere, sokan vettek már részt rajta, és azóta is folyamatos az érdeklődés.

Nagy örömmel és büszkeséggel tölti el az Okos Nagyi Programot elindító és működtető, Szalai Nikolettet, hogy ennyi idős emberen tud segíteni. Bevezeti őket a számítógép és internet világába, fejleszti digitális kompetenciáikat.

Módszerek és minta

A kutatási minta a gyöngyösi Vachott Sándor Városi Könyvtár (központi és fiókkönyvtár) által életre hívott és működtetett Okos Nagyi Klub résztvevői. A kiértékelhető, kérdőívet kitöltők száma $N = 91$.

A kutatás megkezdése előtt szükséges volt a résztvevők beleegyezése, illetve biztosítani kellett az anonimitást és rendkívüli jelentőségű az önkéntes alapon való közreműködés is. (Sántha, 2007) A kérdőívet kitöltők anonimitását a Google kérdőívben a felhasználónév megadása nélkül biztosítottuk.

Az adatfelvételre 2024. február-március között került sor, Google kérdőív segítségével.

Az adatok elemzéséhez a Microsoft Excel programot és a Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programot használtuk. Az eredmények értelmezését egyváltozós elemzésekkel (átlag, szórás, módusz, medián) kezdtem, mivel ezek nyújtanak elsődleges, alapvető információkat a mintasokaságról, illetve elősegítik a többváltozós elemzési módszerek (keresztábra elemzés, faktoranalízis, klaszterelemzés) alkalmazását is.

Eredmények

✓ *Eszköz és hálózati ellátottság:* A kérdőív kitöltők mindegyike rendelkezik valamilyen okoseszközzel. Internethozzáféréssel 98,9 százalékuk, okostelefonnal 85,7 százalékuk, lappal 45,1 százalékuk, kábelinternet hozzáféréssel 73,6 százalékuk, mobil internettel pedig 52,7 százalékuk.

✓ *Kommunikáció, közösség és kapcsolattartás:* A kutatásban résztvevők közel $\frac{3}{4}$ -e (74,4%) tagja olyan közösségi csoportnak, ahol személyesen is találkoznak; illetve 91% tagja valamely online közösségi csoportnak is.

✓ *Digitális kompetenciafejlesztés:* A kutatásban résztvevők több mint fele (59,4%) szervezett keretek között sajátította el meglévő digitális kompetenciáit. A válaszadók közel $\frac{3}{4}$ -e (73,6%) munkahelyi képzés keretében, illetve a könyvtári digitális kompetencia fejlesztést 86,8 százalékuk jelölte be.

✓ *Eszközhazsnálat és kompetencia:* A kutatásban résztvevők magas százaléka (82,4%) használja napi rendszerességgel az IKT eszközök bármelyikét. A válaszadók közel fele (43,8

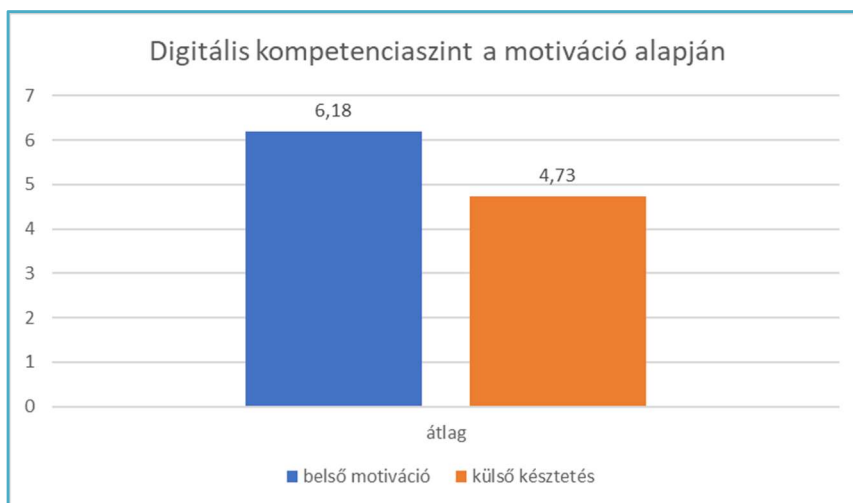
%) tervezi digitális kompetenciáit fejleszteni, akiknek csak 40 százaléka lát erre lehetőséget a jövőben.

✓ *IKT a mindennapokban:* A válaszadók 86,8 százaléka használja a digitalizált egészségügyi szolgáltatásokat. Figyelemre méltó, hogy a válaszadók közel $\frac{3}{4}$ -e (73,3%) rendelkezik ügyfélkapuval, akik közül minden második saját maga, önállóan kezeli azt (48%). Az online banki szolgáltatásokat a válaszadók 67 százaléka használja (rendszeres vagy néhai gyakorisággal), kizárólag egyharmaduk nyilatkozta, hogy egyáltalán nem használja azt. Az online vásárlási szolgáltatásokat a válaszadók 70,3 százaléka alkalmazza (rendszeres vagy néhai gyakorisággal, az online közüzemi szolgáltatásokat szintén hasonló százalékban (65,2%) veszik igénybe.

✓ *Munkaerőpiaci visszatérés, gazdasági és társadalmi aktivitás:* Munkaerőpiaci megoszlásuk szerint a kérdőív kitöltők $\frac{3}{4}$ -e nyugdíjas, 14,6% nyugdíj mellett is dolgozik, illetve az aktív munkavállalók aránya közel 7% (6,7%). A válaszadók $\frac{3}{4}$ -e nem tervezi, hogy a jövőben kereső tevékenységet tervez folytatni, azonban 16 százalékuk jelenleg is munkaállományban van. A válaszadók közel egy negyede (22,4%) véli szükségesnek a digitális tudást egy esetleges jövőbeli kereső tevékenység végzéséhez.

✓ Az ÚNKP kutatás egyik legfontosabb célkitűzése az idősek *digitális kompetenciafejlesztésének vizsgálata a külső, illetve belső motiváció* alapján.

A két, külső és belső motiváció mintákban a digitális kompetencia átlaga került összehasonlításra. A belső motiváció alapján történő tanulás (6,18) magasabb digitális kompetenciaszintet eredményez, mint a külső motiváció (4,73) alapján történő tanulás szerint. (2. ábra) A Welch teszt szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,001$), így elmondható, hogy kapcsolat van a motiváltság irányultsága, és a digitális kompetenciaszint között. A Cohen's d hatásnagyság mutató értéke (0,95) alapján megállapítható, hogy a kapcsolat kimondottan szoros; akik belső motivációval rendelkeznek, azoknak magasabb a digitális kompetencia szintjük. Ez a változók közötti szignifikáns összefüggés általánosítható a mintasokaságra, nem kizárólag a vizsgált mintára.

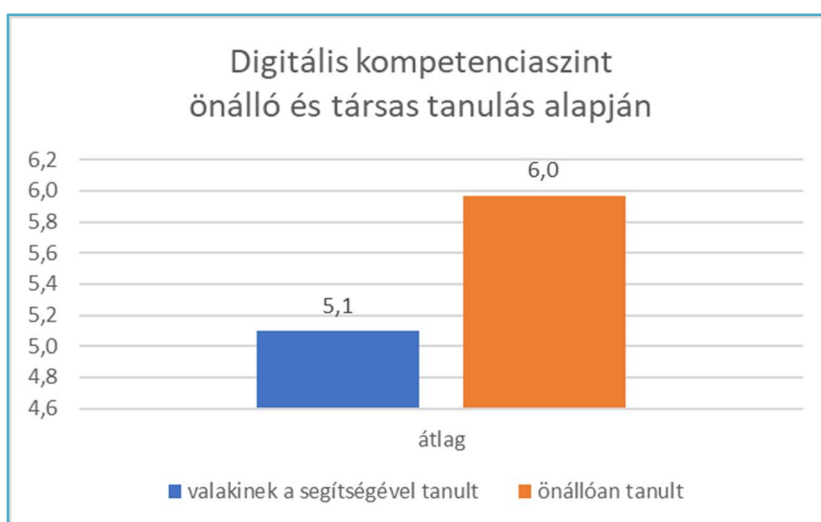


2. ábra Digitális kompetenciaszint összehasonlító vizsgálata külső-belső motiváció tükrében ábigitális kompetenciaszint összehasonlító vizsgálata külső-belső motiváció tükrében

Forrás: saját szerkesztés, ÚNKP-23-3, II.6. kutatás – kérdőív (2024)

✓ Az ÚNKP kutatás másik célkitűzése az idősek *digitális kompetenciafejlesztésének önálló, illetve társas tanulás* szerinti összehasonlító hipotézisvizsgálata.

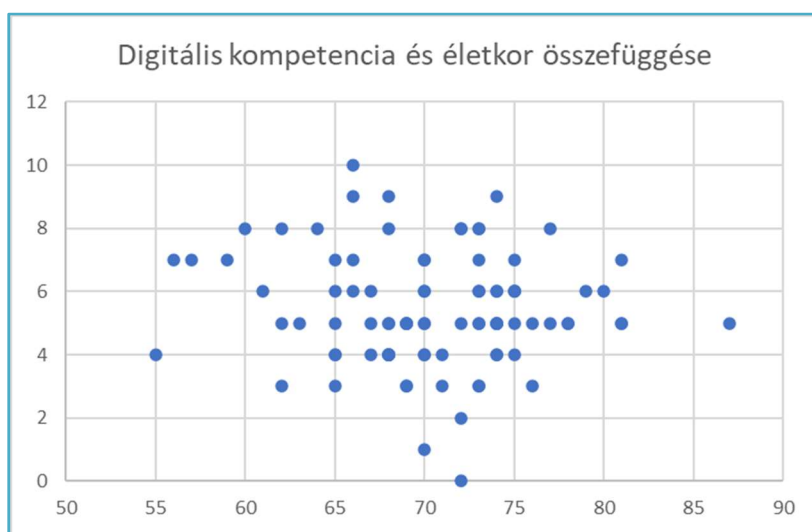
Kétmintás t-próbával vizsgáltuk a digitális kompetenciaszint, és a tanulás jellege közötti esetleges összefüggést. (3.ábra) A próba értéke szignifikáns ($p=0,029$), ami azt jelenti, hogy eltérés van a digitális kompetenciaszintben az önállóan-, illetve a valaki segítségével tanulók között. Az összefüggés közepes erősségű (Cohen's $d=0,492$), és az önállóan tanulók „javára” áll fenn; az önállóan tanulók tehát általánosságban magasabb digitális kompetenciaszinttel rendelkeznek.



3. ábra Digitális kompetenciaszint összehasonlító vizsgálata önálló-társas motiváció tükrében

Forrás: saját szerkesztés, ÚNKP-23-3, II.6. kutatás – kérdőív (2024)

✓ Jelen tanulmány arra a kérdésre is választ keresett, hogy van-e összefüggés az *életkor és a digitális kompetencia* között. (4. ábra) A digitális kompetencia és az életkor lehetséges összefüggésének vizsgálatára a Pearson-féle korrelációs együtthatót használtuk, amely megmutatta a két változó közötti lineáris kapcsolat erősségét és az irányát. Mivel a Pearson-korreláció nem szignifikáns ($p=0,400$), nincs kapcsolat az életkor és a digitális kompetenciaszint között. Ez az összefüggés nemcsak a kérdőívet kitöltők esetében igaz, hanem általában, az idősek/nyugdíjasok alapsokaságát tekintve is.



4. ábra Digitális kompetencia és életkor összehasonlító vizsgálata

Forrás: saját szerkesztés, ÚNKP-23-3, II.6. kutatás – kérdőív (2024)

✓ *Digitális kompetenciafejlesztés időskori tanulási folyamatára* külső és belső tanulási motiváció esetén is eredményes, azonban a belső késztetés során elsajátított digitális kompetenciaszint (6,18) jóval eredményesebb, mint a külső kényszer (4,73) hatására történő tanulás esetében.



5. ábra Digitális kompetenciafejlesztés időskorban, motivációs ábra

Forrás: saját szerkesztés, ÚNKP-23-3, II.6. kutatás – kérdőív (2024)

- ✓ A *belső késztetés* hatására történő digitális kompetencia fejlesztés és tanulás eredményes, melynek eszköze a kérdőív válaszadói szerint az önfejlesztés.
- ✓ A *külső környezeti hatások* között a kérdőív kitöltők a digitalizációt és a társadalmi elvárást, változást jelölték meg. A külső környezeti késztetések esetében a motiváció eredete külső és belső is lehet. Belső motivációként a tanulási kedvet és hajlandóságot jelölték meg a válaszadók, külső motivációként pedig a kényszert. Mindkét esetben a digitális kompetencia fejlesztés és tanulás eszközeként a Digitális Jólét Program és egyéb formális képzést, illetve a család, barátok rokonok által történő segítségnyújtást, informális képzést jelölték be.

Összegzés

Az ÚNKP-23-3 vizsgálat lehetővé tette az idősök IKT eszközhasználatának felhasználási területeinek feltérképezésén túl, az időskori digitális kompetencia elsajátításához szükséges *tanulási motivációs ábra* elkészítését.

A kérdőívet kitöltők mindennapjai része lett a digitális írás és olvasási tudásuk, hisz IKT eszközeik segítségével széleskörben alkalmazzák, így közigazgatási online ügyintézés (73,3%), közüzemi online ügyintézés (65,2%), digitalizált egészségügyi szolgáltatás (86,8 %), online bankolás (67 %), online vásárlás (70,3 %) jelent meg a válaszadóknál.

Az adatfelvétel 2024-ben történt, a koronavírus járvány kitörését követő negyedik évben. A kutatás még árnyaltabb képet tudott volna adni, ha összehasonlításként történt volna egy 5 évvel korábbi adatfelvétel is. A pandémia hatására jelentősen átalakultak vásárlási, bankolási, ügyintézési és kapcsolattartási szokásaink, illetve mindezek felhasználási lehetőségei szolgáltatói oldalról is kibővültek.

Az idősök digitális kompetenciafejlesztése a nemzeti Digitális Jólét Program (2015-2022) keretén belül kezdődtek el. A digitális szakadék áthidalásának fordulópontját mégis a 2020-as évek hozták el, a járvány miatt elrendelt karantén miatt.

Érdekes lenne tovább vizsgálni a „gerontechnológia” térnyerését: hogyan sajátítják el és alkalmazzák az idősök a technológia jövőbeli újításait. Meg lesz-e mindehhez az idősöknek a kellő motiváció, tanulási készség és legfőképp a szükséges, anyagi fedezet?

Az időskori digitális kompetenciafejlesztés tanulási és motivációs ábra, akár külső akár belső szándék által vezérelt: eredményes. Tény, hogy a belső motiváció alapján történő tanuláshoz magasabb digitális kompetenciaszint társul.

Az időskori sikeres tanulási folyamat a külső és belső motiváció egységének a függvénye, amely a társadalmi integráción túl, az aktív élet fenntartásához és javításához is hozzájárul.

Irodalomjegyzék

- Bajusz, K., Jászberényi, J. (2013). Az időskori tanulásról. Kultúra és Közösség, 4. évf., 3.sz., 59-66. https://www.kulturaeskozosseg.hu/pdf/2013/3/2013_3_05.pdf (letöltve: 2023.11.24)
- Bene, Á. (2017). Idősoktatás felsőfokon. Magyar Gerontológia, 9 (33), 49–70. <https://doi.org/10.47225/MG/9/33/8128> (letöltve: 2023.11.11)

Bene, Á., Móré, M., Zombory, J. (2020). A digitalizáció néhány elemének időseket érintő hatásai – Karantén előtti helyzetkép. Magyar Gerontológia, 12 (39), 29–51. <https://doi.org/10.47225/mg/12/39/9328> (letöltve: 2023.11.11)

Blazun, H. (2013). Elderly People's Quality of Life with Information and Communication Technology (ICT): Toward a Model of Adaptation to ICT in Old Age. University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 59.

DAP, Digitális Állampolgár mobilalkalmazás (2024): <https://dap.gov.hu/> (letöltve: 2024.09.09)

DJP, Digitális Jólét Program (2015): <https://digitalisjoletprogram.hu/> (letöltve: 2023.12.05)

Erikson, E. H (2001): Az emberi fejlődés nyolc szakasza. In Szakács F., Kulcsár Zs.(szerk.): Személyiségelméletek. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 127—138.

Európai Bizottság, Committee of the Regions, AGE Platform Europe (2011). How to promote active ageing in Europe - EU support to local and regional actors

Európai Bizottság (2021). Zöld Könyv az Idősödésről: A generációk közötti szolidaritás és felelősség előmozdítása https://commission.europa.eu/document/download/2d800530-4408-4291-a229-ebd08729d561_hu?filename=com_2021_50_fl_green_paper_hu.pdf (letöltve: 2023.09.18)

Eurostat (2021). Population structure indicators at national level. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND__custom_1210940/default/table?lang=en (letöltve: 2023.09.18)

Európai Tanács (2020). Az időskorúak emberi jogai, részvétele és jólléte a digitalizáció korában <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11717-2020-REV-2/hu/pdf> (letöltve: 2023.10.07)

Lampek, K., Rétsági, E. (2015). Az egészséges idősödés: Az egészségfejlesztés. PTE ETK. p. 42.

Gondosóra program (2022) <https://gondosora.hu/> (letöltve: 2023.05.18)

Gyöngyösi TV (2022). <https://www.facebook.com/gyongyostv/videos/5073008512806145> (letöltve: 2024.08.03)

Idősügyi Nemzeti Stratégia (2009). 81/2009. (X. 2.) OGY határozat az Idősügyi Nemzeti Stratégiáról <https://njt.hu/jogszabaly/2009-81-30-41> (letöltve: 2024.02.16)

- Kápolnai Nagy, Á. (2022). Digitális Jólét Program a könyvtárban. Kékes Magazin, szept. p. 14.
- Kristóf, Zs., Győri, A. (2021). Az idősök és az infokommunikációs technológiák elsődleges vonatkozásai. Gerontológia, 13 (40), 138-160.
<https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia/article/view/10814> (letöltve: 2024.03.07)
- KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, (2015).
<https://www.demografia.hu/hu/tudastar/fogalomtar/12-korosszetetel> (letöltve: 2023.09.09)
- Nagy, S. (2018): Gyakorlati kérdések az idősödő munkavállalók munkaköri, illetve szakmai orvosi alkalmasságának elbírálása során. p. 4.
https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/214/02_Nagy_Sarolta_forum_2018-04-18.pdf
 (letöltve: 2024.05.02)
- Sántha, K. (2007b). Kvalitatív kutatómódszertan. Lehetőség a pedagógiai valóság megismerésére. Kézirat.
- Szabó, I. (2021). Az interneten sem szörfölhet mindenki. Heves Megyei Hírlap (32), 248. sz. p. 2.
- Szabó, I. (2022). Rangos díjat ért az idősök számítógépes oktatása. Heves Megyei Hírlap (33), 124. sz. p. 4.
- Szalai, N. (2024). Okos Nagy Klub: Vachott Sándor Városi Könyvtár. Kézirat. Gyöngyös. 1-2
- Szűts, Z. (2020). A digitális pedagógia egységes elméleti kerete és alkalmazása a tanítás és tanulás folyamatában. Eszterházy Károly Egyetem. doi: 10.15773/EKE.2020.009
- Tisza, K. (2021). Egyedül – A szerethető öregedés felé, Scholar Kiadó
- World Health Organisation (WHO) (2002). Active Ageing – A policy Framework, 12. old.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (letöltve: 2023.09.18)
- World Health Organization (WHO) (2015). World Report on Ageing and Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
 (letöltve: 2024.07.15)
- World Health Organization (WHO) (2020). Decade of Healthy Ageing 2020-2030.
<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final->

decadeproposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
(letöltve: 2023.09.18)

Ábrajegyzék

1. ábra. Okos Nagy Klub oktatásai számszerűsítve 2018-2023 közötti időszakban
2. ábra. Digitális kompetenciaszint összehasonlító vizsgálata külső-belső motiváció tükrében
3. ábra. Digitális kompetenciaszint összehasonlító vizsgálata önálló-társas motiváció tükrében
4. ábra. Digitális kompetencia és életkor összehasonlító vizsgálata
5. ábra. Digitális kompetenciafejlesztés időskorban, motivációs ábra

A szerző:

Beck-Zaja Mónika,

doktorandusz

Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Neveléstudományi Doktori Iskola

zaja_monika@yahoo.fr

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

-RECENZIO-

Egy láthatatlan történetről

Tóth Dalma

doktorjelölt, Humán Tudományok Doktori Iskola Szociológia és Társadalompolitika Doktori Program

 ORCID: 0000-0003-4554-5998

Kulcsszavak: demencia; demens gondozás; gerontológia; életrajzi írás

Szűcs Teri (2024). Visszatért hozzám az emlékezet. Magvető Kiadó

Mindenki életében vannak olyan láthatatlan folyamatok és események, amelyeket oly könnyedén szemlél a külvilág, hogy még csak tabunak sem nevezhetjük a hozzájuk fűződő egyéni problémákat és a társadalom működéséhez kapcsolódó deficitet. Ilyen láthatatlan fátyol borítja be a demenciával küzdők és családjuk életét is. Ma már tudjuk, hogy a demencia egy olyan állapot, amely a leépülés során lépcsőfokonként menetelve vezeti a gondozót és a gondozottat egy számukra ismeretlen világ felé. Szűcs Teri ezt az ismeretlen világot mutatja be a *Visszatért hozzám az emlékezet: Demencia és Óperencia* című kötetében.

A mű rendkívül megindító, drámai felütéssel kezdődik, amelyről azonnal lerí: irodalmi értéke vitathatatlan. A halálról való gondolkodás mint a történet kezdete akár hatásvadász írói fogásnak is tűnhet. Mintha keringőre kérné fel az olvasót, miközben óva is inti, hiszen a saját valósága a többen végzet brutalitásával ér fel. A történet, amely a napló műfajában íródott,

már a kezdetektől lebilincselő. Az egyes fejezetek címei jelölik azokat a periódusokat, amelyekben a feljegyzések készülhettek. Az idő ugyanakkor újra is értelmeződik. Attól függetlenül, hogy épp melyik időszak részletei tárulnak elénk meztelen őszinteséggel, a demencia időtlen síkja elragad: a lét apró eseményei, feldolgozási dimenziói és érzékletei kicsi mozzanatokban döbbsentenek rá arra, hogy miben is áll az emberi élet. Túl egyszerű lenne azt gondolni, hogy megszületünk, élünk úgy, ahogyan, majd meghalunk. Az utolsó időszak a kognitív hanyatlástól átítatva új olvasatokat mutat meg, amely jó leckeként szolgál a néha még emlékező egyénnek, illetve az őt kísérő gondozónak is. Szűcs Teri megmutatja azt a fajta újraértelmezett kapcsolatot, amely a gondozás során valamennyi hozzátartozóra vár. Kiviláglik a sorok közül az a paradoxon, amely a saját szülőnk szülőjévé válását gyászolja meg. A gyermeki reakciókra adott utólag helytelennek érzett válaszok lelkiismerete folytonos önreflexióra sarkallja a gondozót, s ez egy a sok tabu közül ebben a témában, amelyeket az író kész kendőzetlenül az asztalra tenni elénk.

Az írás több szinten válik érdekessé mind a gerontológia mint tudomány, mind a szépirodalom szempontjából. A gondozó a 'rossz zsaru' szerepét idéző módon kimondja azokat a lelkiismereti viszonyulásokat, amelyek folytonos ráismerést írnak le a gondozó részéről a gondozott felé. Amikor azt mondják, hogy idős korunkban egyre inkább olyanok leszünk, mint a gyerekek, nem biztos, hogy mindenki ugyanazt érti alatta. Miért is értené? A mű egyik legjelentősebb értéke, hogy megmutatja az egyéniséget, illetve azt, hogy egy betegség következményei mennyire sokféleképpen hatnak a mindennapokban az adott emberre és környezetére. Néha az az érzésünk támad, mintha egy teljesen egyértelmű magyarázatba folyna bele az író, amely tulajdonképpen nem is annyira egyértelmű. Ilyen például a színek jelentése, valamint a rutinok kialakítása. Ugyanakkor a naplórészletekben szó esik olyan tartalmakról is, amelyek igencsak zavarba ejtők. Ezek az esetek többnyire jól felépített kontextusban jelennek meg, ami az író felkészültségére utal. A tetőponton mutatja be a spirális események lényegét – ekkor kerül sor lelkének mérlegre tételére.

A műben megmutatkozik egy olyan szál, amely mérhetetlenül értékes tartalmat hordoz magában. Mint ahogyan az később kiderül, a gondozott édesanya a Holokauszt túlélőjeként megtépzott emlékezete ellenére is a felszínre hozza személyisége részévé vált emlékeit betegsége előrehaladtával. Ez a helyzet párhuzamos azzal a hátborzongatóan alázatos attitűddel is, amely a gondozott édesanyával a '*vállalom*' gépies választ adja képzeletbeli főbenjáró bűneire. Az alábbi idézet jól leírja a beszédben felszínesen megjelenő ösztönös megnyilvánulásokat, amelyeket a szerző a "huzalozás" megértésének örök rejtélyeként emleget:

„Az egyetlen magyar szó, amit ismétlget: vállalom. Nem tudja, miért teszi, de vállalja. Ha a nyolc másodperces rövid távú memóriájával el is felejtí az éppen aktuális megszégyenülését, a mélységes, magával szembeni csalódottság mégis egyre gyűlik benne. És a szorongás.”

Ez az egyszerű szó — *vállalom* — jól leírja a betegséget körül lengő hangulatot. Van benne valami szörnyű, valami ősi alázat, s talán a megalázottság különböző olvasatai is fellelhetők benne. Irodalmi szempontból talán Kertész Imre műveiben a „természetesen” szó használatához lehetne hasonlítani, amelynek zsenialitása ugyancsak abban rejlik, hogy a jelenség leírásán túl nem tesz mást, mint kendőzetlenül mutatja be a kontextust annak neutrális affektív dimenziójában. Az olvasónak nincs szüksége az ördögi részletek végtelenségig való ismétlgetésére. A tapasztalataink, a múltunk, és éppen az emlékezetünk az, amelyeket segítségül hívunk egy ilyen tartalom interpretálásakor. Emlékezetünket használva értjük meg igazán a helyzet súlyát, mely a későbbiekben olyan csúnyán cserben hagy bennünket. Ezen szál kibontásakor érdemes megemlíteni egy fontos kérdést, amelyet Clifford Geertz fogalmazott meg. Geertz elmélete alapján az egyén identitása konzisztens, ami annyit tesz, hogy — egy híres példával élve — ha ránéz egy gyermekkori képére az illető, azt tudja mondani: ez én vagyok! A demencia mint betegség bemutatása Szűcs Teri művében ebből a szempontból értékes, mivel pontosan azt a sajátosságát írja le a demens személynek, amely az emlékezet foltjait értelmezi újra az identitás szempontjából. Mikor lehet önazonos az ember? Mitől függ az identitásunk, s mi az alapja? Láthatóan minél többet elveszítünk belőle, annál inkább karaktervesztett állapotba kerülünk. Vajon azok az emlékmorzsák, amelyek többnyire a környezetnek adnak nagyobb impulzust, nem azt idézik elő, hogy egy ember emléke minél tovább éljen?

A gondozói és gondozotti lét megismeréséhez vezető göröngyös utat számos aspektusból mutatja be a szerző, mégis a kiszolgáltatottság állapota az, amely a köztudatban is benne van, s mégsem ismerjük annak mélységeit. Szűcs Teri kitér arra, hogy számtalanszor érezheti magát az ember becsapottnak, a(z egészségügyi ellátó)rendszer rigidsége semmivé őrli az embert ebben a helyzetben. A diagnózis felállításának (vagy annak hiányának) következményeit élethelyzetekbe ülteti át, akárcsak egy érvelést a méltó bánásmódért való harcban. Jól bemutatja a mentális műveletek leépülésének stádiumait, azon belül is a repetitív képességet a tartalom kognitív percepciója nélkül. Ezek mint tények jelennek meg a legtöbb demenciával foglalkozó műben, de kinek lenne bátorsága bemutatni azt, hogy a remény napról napra feléled, majd tiszavirágként tűnik el? Az interakció szépsége történetfoszlányokban ezt a melankóliát ellensúlyozza, amikor a közösen megélt félelem, szorongás, szeretet és meghittség

érzelmileg megterhelő elegye köszön vissza azokból a kellemetlen és szívszorító személyes szituációkból, amelyek a betegség tüneteinek tudhatók be.

Szűcs Teri művét ajánlom mindazoknak, akik a gondozásról mint időszakos ‘életformáról’ szeretnék többet megtudni. Napjainkban a tudományos szempontú megértés mellett az érzelmi érintettség kifejezését, sőt, annak létezését sajnos nem eléggé hangsúlyozzuk. Itt az idő, hogy a kognitív dimenziót kiegészítse az affektív, hogy egy színesebb világot legyünk képesek észlelni, és mi magunk is egymás elé tárni.

A szerző:

Tóth Dalma

doktorjelölt

Humán Tudományok Doktori Iskola Szociológia és Társadalompolitika Doktori Program

ORCID: 0000-0003-4554-5998

p.toth.dalma8@gmail.com

MAGYAR GERONTOLÓGIA

16. ÉVFOLYAM 43. SZÁM (2024)

On-line verzió: ISSN 2062-3690

[www.https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia](https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia)

-TUDOMÁNYNÉPSZERŰSÍTŐ-

Az Alzheimer Café és Időotthon együttműködése - "Kéz a kézben"

Nagyné Mudra Mónika

Méliusz Juhász Péter Református Idősek Otthona

Kulcsszavak: demencia, Alzheimer Café, együttműködés, Debrecen

Absztrakt

A szerző a Debrecenben működő Méliusz Alzheimer Café indításáról számol be. A kezdeményezésben résztvevők szerepéről és motivációiról ír. Részletesen beszámol a 2023-ban és 2024-ben lezajlott rendezvényekről, és azok lehetséges hozadékairól.

Alzheimer's Café and Nursing Home collaboration - "Hand in Hand"

Keywords: dementia, Alzheimer Café, collaboration, Debrecen

Abstract

The author reports on the launch of the Méliusz Alzheimer Café in Debrecen. She writes about the role and motivation of the participants in the initiative. She gives a detailed description of the events that took place in 2023 and 2024 and their possible outcomes.

Bevezetés

Nagyné Mudra Mónika vagyok, a debreceni Méliusz Juhász Péter Református Idősek Otthonának intézményvezetője. Időotthonunk szakápolási engedéllyel rendelkezik, 89 férőhelyen teltházzal működünk. Ápolási osztályunkon 16 fő súlyos és középsúlyos demens és Alzheimer kórban szenvedő lakónkat gondozzuk. 24 főből 16 fő munkatársunk sikeresen elvégezte a demenciagondozó képzést, valamint mindennapi munkánkat támogató szakemberek segítik, mint intézményi orvos, pszichiáter és gyógytornász. Ezáltal magasabb szintű szakmai tudással és kompetenciával, valamint erős elhivatottsággal végezzük gondozási tevékenységünket.

Alzheimer-kór, számadatok, prognózis

Az Alzheimer-kór a leggyakoribb neurodegeneratív (agyi idegsejti megbetegedéssel járó) betegség. Az Egészségügyi Világszervezet statisztikái szerint a világ 65 év feletti népességének több, mint 5%-a szenved a demencia valamilyen formájában, ez a hetedik leggyakoribb halálozási ok világszerte. A diagnózistól a halál beálltáig beállt idő átlagosan 5-10 év. A betegség világszerte mintegy 55 millió, Európában megközelítőleg 7 millió embert érint (Zsuffa, et. al., 2023).

Országunkban jelenleg nincs konkrét nyilvántartás, hozzávetőlegesen 300 000 demenciában szenvedő betegről tudunk, akiknek közel 70 százaléka Alzheimer-kóros. Ez a megbetegedés hatványozottan növekszik, számuk előreláthatólag megháromszorozódhat, mert ha minden harmadik ember Alzheimer-érintetté válik, azaz, ha az egyik ember beteg lesz, akkor a másíknak ápolnia kell őt, a harmadíknak pedig munkavállalóként dolgoznia kell, hogy ellássa mindhármukat (Fekete, 2019).

Társadalmi felkészületlenség

A társadalom, a szociális ellátórendszer nincsen felkészülve erre a szinte járványszerű megbetegedésre, amely mind a nappali ellátásban, mind a bentlakásos otthonokban egyre nagyobb problémát jelent. Napi szinten tapasztaljuk mi is ezt intézményünkben, hiszen gyakran keresnek bennünket szerettük ápolásában kimerült hozzátartozók elhelyezés ügyében. Ám sajnálatos módon előfordul, hogy bármennyire szeretnénk segíteni, a hosszú várólistánk, teltházás működésünk nem teszi ezt lehetővé.

Demens beteget ápoló, hozzátartozók terhei

A probléma országos szintű. Ha a demens beteget a szociális ellátórendszer nem képes fogadni, akkor a felügyelete óriási terhet ró a családtagokra, akik testileg-lelkileg akár hamarabb is tönk्रे mehetnek a folyamatos ápolásba, mint a maguk a betegek.

Ráadásul a demenciát nálunk tudatlansággal társult szégyen övezi. Ezen a téren meglepő a kontraszt más, főleg nyugat-európai országokhoz képest. Ez a betegség nálunk stigmaként van jelen, amely megnyomoríthatja a beteg lelkét és hasonlóképp hat családtagjaira, akik sok esetben rejtegetik, szégyellik Alzheimer-es családtagjukat. Ebben az ördögi körben a beteg az egész családdal együtt izolálódik, kirekeszti magát még azokból a közösségekből is, amelyek segíthetnének. Sok esetben maguk a gondozó hozzátartozók is súlyos testi-lelki betegek lesznek rövid időn belül: pszichés zavar, depresszió, alvászavar, a kiégés nagy arányban alakul ki náluk (Dallos, 2023; Kostyál, 2020).

Munkatársaimmal nap mint nap részt veszek demenciával és Alzheimer-kórral élő lakóink mindennapjaiban. Látom a napi, összetett feladatsorokat, melyeket munkatársaim összehangolt, szakszerű csapatmunkával oldanak meg. Látom azt, hogy mindezt magas szakmaisággal, elhivatottan, szeretettel teszik, betegeinket és egymást is támogatva.

Nehéz elképzelnünk azoknak a hozzátartozóknak mindennapjait, ahol az adódó feladatokat nem intézményi keretek között, hanem otthon, sok esetben minden fizikai és lelki segítség nélkül, bármilyen támogatást nélkülözve kénytelenek megoldani.

Demens betegeket is ellátó intézményi tapasztalataim alapján nem túlzás azt mondanom, hogy az ápolást végző hozzátartozók élete huszonnégy órás önfeláldozás, ráadásul napjaik olyanok lehetnek, mint egy hullámvasút: nem tudhatják, mit hoz a következő kanyar. Ők azt a letehetetlen és egyre súlyosabb batyut hordozzák nap mint nap, melyben szerettük lassan

elveszíti humorát, emlékeit, és elidegenedik az őt körülvevő világtól, mintegy „Seholországban” találja magát.

A fizikai megterhelés, de elsősorban a beteg személyiségének megváltozása, és a valóságtól való eltávolodása az, amit a családtag nehezen tud kezelni és elfogadni. „Láthatatlan” segítők ők, nagy segítséget nyújtva tulajdonképpen az államnak is, de családjaik hatalmas árat fizetnek érte, hiszen az eddigi struktúrájuk teljesen felborul - a szülőkből gyerekek lesznek, a gyerekekből szülők.

Vannak természetesen olyan családtagok is, akik kihívást látnak a gondozásban, és konstruktív módon kezelik a helyzetet. Jutalom értékű számukra a gondozás, a „mindent megteszek érte” érzése.

A Méliusz Alzheimer Café szervezőjeként munkatársaimmal együtt segítséget szeretnénk adni azáltal, hogy felkaroljunk és háttérként jelen legyünk az érintettek hozzátartozói számára, hiszen, ha csak egy ember is türelmesebben áll egy beteghez, ha csak egy hozzátartozó is érzi azt, hogy nincs egyedül, már megérte.

Mi az Alzheimer Café?

Az Alzheimer Café egy civil, alulról szerveződő kezdeményezés, amely a helyi közösségekben élő szociális és egészségügyi szakemberek önkéntes munkájának köszönhetően, a helyi lehetőségek függvényében szervezi rendszeres találkozóit a demenciával élő személyek és családtagjaik részére. Úgy kell elképzelni, mint egy hasonló érdeklődésűeket összegyűjtő klubot, amely rendszeresen találkozási alkalmat teremt tagjai számára, egy finom kávé mellett.

Az első Alzheimer Cafét 1997-ben Hollandiában egy geriáter-pszichiáter hozta létre, aki észrevette, hogy a demencia tabu téma, gyakran még a családokon belül is. Az ötlete az volt, hogy lehetőséget teremtsen a beszélgetésre az érintetteknek olyan környezetben, ahol székenkezés nélkül tapasztalatot cserélhetnek, és egyúttal egy megértő közösségben tölthetik idejüket. Az elnevezés onnan ered, hogy gyakran kávézó adott helyszínt a találkozóknak. Új és üdítő kezdeményezés volt ez, hiszen az érintettek kiszabadulhattak a négy fal közül, találkozhattak a sorstársaikkal. Későbbiekben pedig szakemberektől megtanulhatták, mit is jelent ez a betegség, és hogyan kell kezelni.

A világ nagyobb részén kisebb településeken is megszokottak már az Alzheimer Cafék. Jelenleg Magyarországon mintegy ötven helyen működnek (dr. Menyhárt Miklós nevéhez kötődik a hazai elterjedésük). A keleti országrészben Debrecenben szervezték meg először.

A Méliusz Alzheimer Café sajátossága

Mindenekelőtt azt kell idősotthonunkról tudni, hogy nem csupán egy jól felszerelt, az elvárásoknak széles körűen eleget tevő intézményként definiáljuk magunkat, hanem elsősorban református keresztyén szeretetotthon vagyunk. Ebből következik, hogy az intézményünk szervezésében létrejött Alzheimer Cafénk alapját is református keresztyén hitünk képezi. Ez adja meg tartását, járja át szellemiségét, adja azt a többletet az intézményünk által szervezett Méliusz Alzheimer Cafénak, amely megkülönbözteti az állami szervezésű Alzheimer-Caféktól.

Keresztyéni küldetésünknek tartjuk annak a missziónak folytatását, hogy hitünkhöz és hagyományainkhoz híven a Méliusz Alzheimer Cafénak a városunk vezetésével való szoros együttműködését, ezzel együtt városunk keresztyén arculatának alakítását.

Cafénk sajátossága, hogy városi szintű, nyitott rendezvényei nem csak a városunk, hanem saját idősotthonunk lakóit, demenciában szenvedő betegeit, hozzátartozóit és munkatársait szólítja meg.

Mi a célja, gyakorlati haszna a Méliusz Alzheimer Café-nak?

Az Alzheimer Cafék megfogalmazták általános céljaikat.

Ezeket a célokat kívánjuk mi is megvalósítani, úgy, mint:

- érzékenyítés, a betegség természetes elfogadtatása, szemléletformálás: az ismeretek átadásával, helyzetek sajátélményű feldolgozásával;
- figyelemfelhívás: széles körben a betegségekre és arra, hogy az mekkora terhet rak a családra, a társadalomra, az egészségügyi, a szociális ellátórendszerre;
- prevenció: a még aktív generáció informálása, bevonása, a generációk közötti együttműködés erősítése (tekintettel arra, hogy a családon belül előforduló betegség során a fiatal generáció is érintetté válhat).

Hozzártartozók számára:

- tájékoztatás, információátadás

- nyílt és tabuk nélküli dialógus kialakítása a betegségről
- együttérzés megtapasztalása kirekesztés helyett, izoláció megszüntetése
- közösség ereje: annak átélése, hogy nincsenek egyedül, másoknak is az övékéhez hasonló problémáik vannak
- lelki egészségük ápolása
- élményeik feldolgozása
- a megélt helyzeteikből szerzett tapasztalataik átadása

Betegek számára:

- autonómiájuk minél további biztosítása, emberi méltóságuk megőrzése
- valahová tartozás, elfogadás megélése
- érdekes programban való részvétel lehetősége

Szakemberek számára:

Szakmai átjárhatóság:

- a szakemberek és civil szervezetek bevonásával a gyakorlati és elméleti ismeretek bővítése
- több kapcsolódási pont biztosítása különböző ágazatok szakembereinek - a szociális, az egészségügyi szakemberek kötetlenebb módon találkozhatnak egymással, betegekkel, az őket ápoló családtagokkal, és rutinjuk ellenére újszerű tapasztalatokat szerezhetnek

Mi a célja, gyakorlati haszna Intézményünk számára a Méliusz Alzheimer Café-nak?

Speciális helyzetünk, az, hogy intézményünk szervezésében működik Cafénk - lehetővé tesszük számunkra, hogy több aspektusból is válaszokat kapjunk a demenciáról, Alzheimer-kórral kapcsolatos kérdéseinkre.

Hozzáértőink számára

- a demenciával kapcsolatos információk megszerzése által az ehhez kapcsolódó félelem, szorongás oldása
- a látogatások során az ellátottakkal való minőségi, tartalmas együttlét megtanítása
- a többi hozzátartozóval való szorosabb kapcsolat kialakítása ventilálás, egymás lelki erősítése, információcsere

Lakóink számára

- a demenciával kapcsolatos információk megszerzése által az ehhez kapcsolódó félelem, szorongás oldása (gyakran fals információk vannak erről a betegségről, valamint szoronganak, hogy esetleg ők is megbetegedhetnek);
- érzékenyítés, tolerancia, empátia növelése a demenciával élő lakótársak felé (előfordul a demens lakótársaktól való elhatárolódás, idegenkedés);
- fontosságuk megélése, szellemi képességük kamatoztatása (kérddezhetnek, véleményt mondhatnak).

Munkatársak számára

Amellett, hogy szakápolóink, gondozóink közül több munkatársunk demencia-gondozó képesítést is szerzett, kiemelten fontosnak tartok minden alkalmat megragadni a még szélesebb, mélyebb ismeretszerzéshez, az újszerű gyakorlatok elsajátításához, mint például:

- gyakorlatias, újszerű tanácsok szerzése az ápolás, illetve mentálhigiéné területén
- lakóink egyéni szinten való megismerése a hozzátartozókkal folytatott információcsere által
- szupervíziós funkciót is betölthet, munkatársaim választ kaphatnak kérdéseikre, megerősödhetnek hivatástudatukban

Hogy született meg intézményünk szervezésében a Méliusz Alzheimer Café?

Egyházkerületi támogatás

Fenntartónk megbízásának eleget téve 2023. év elején elkezdjük szervezni a saját, intézményünk által működő, Méliusz Alzheimer Cafénkat. Első lépésként Dr. Fekete Károly, Tiszántúli Református Egyházkerület püspökével megbeszélést tartottunk arról, hogyan képzeljük el Alzheimer Cafénk létrejöttét és működését. Püspök Úr áldását adta rá, és támogatásáról biztosított bennünket.

Szakmai támogatás

A Méliusz Alzheimer-Café rendezvénysorozat alkalmain Dr. Pék Győző egyetemi docens, klinikai szakpszichológus szakmai koordinátorként segítette, az előadások utáni interaktív beszélgetéseket, hogy a résztvevők bátran osszuk meg egymással tapasztalataikat, és segítsék

egymást közös gondolkodással, hogy a Méliusz Alzheimer Café valódi, hasznos segítséget nyújtson a résztvevők számára.

Felvettük a kapcsolatot a Debrecen Alzheimer Café szervezőivel és szakemberekkel. A Szakmai Grémium tagjaival Szakmai Fórumot hívtunk össze. A Fórumon neves szakemberek vettek részt, mint

- Dr. Bene Ágnes, a Debreceni Egyetem adjunktusa
- Dr. Pék Győző, ny. egyetemi docens, klinikai szakpszichológus
- Dr. Rentkáné Dr. Égerházi Anikó, a Debreceni Egyetem pszichiátriai tanszékének docense
- Oláh Barnabás, doktorjelölt, klinikai szakpszichológus rezidens
- Kosztáné Hadházi Tünde, Telephelyvezető (DMJV Városi Szociális Szolgálat);
- Papp Lajosné, nyugdíjas könyvtáros
- Dr. Simon Noémi szakorvos, intézményünk pszichiáter orvosa is.

A szakmai fórumon egyeztettük a koncepciókat a grémium tagjaival, hogy ki milyen vállalat tud tenni, melyik szakember tud saját munkaterületén támogatni bennünket. Továbbá, hogy hogyan tudjuk elérni az érintetteket és hozzátartozóikat azért, hogy tudjunk nekik segíteni az alábbiak szerint:

- Célunk a betegség természetes elfogadása, hogy a betegek, családtagjaik együttérzést kapjanak kirekesztés helyett, izolációjuk megszűnjön.
- Nagyon fontos az első találkozás, amellyel be tudjuk vonzani az érintetteket, elsősorban a hozzátartozókat, de azokat is, akik csupán érdeklődnek.
- A református egyházban hagyománya van a beteglátogatásnak – a demens beteg látogatását megszervezve lehetne segíteni a hozzátartozót abban, hogy az alkalmakra el tudjon jutni.
- Ha Alzheimer vagy demenciában szenvedő beteget a hozzátartozó magával hozza a találkozóra, akkor külön foglalkozásokat lehetne a szervezni (pl.: memória tréning stb.).
- Ütős szlogent kellene kitalálni. A következő példák hangzottak el: „Életet az éveknek”, „Maradj magadnak”, „Nefelejcs Kávézó”, „Emlékek Szigete”, „Boldogult öregkor”.
- Megszületett szlogen: „Te is más vagy, Te sem vagy más!”

- „Kérdésláda” elhelyezésére, amelybe be lehet dobni a felmerülő kérdéseket az adott témakörrel kapcsolatban.

Célkitűzés

Szakmai Fórumunkon kitűztük céljainkat. Célunk városunkban és annak környékén minél szélesebb körben minél több beteg, hozzátartozó, és minél több szakember elérése, számukra szakmai átjárhatóság biztosítása, valamint célunk az érdeklődők körének bővítése. Ezek mellett kitűztük célunknak a Méliusz idősotthon hozzátartozói, lakói számára a segítség nyújtását, valamint szakmai segítség nyújtását munkatársaim számára is, úgy, mint intézményi orvosunk, intézményünk pszichiátere, vezető ápoló, ápolók, gondozók, szociális és terápiás munkatársaim számára. Megbeszéltük a nyilvános rendezvényeink helyszínét, és megterveztük azoknak fix időpontját.

Végül örömmel elmondhattuk, hogy a Méliusz Juhász Péter Református Idősek Otthona hosszas előkészület után újtára indította a Méliusz Alzheimer Cafét, mint egymás megismerésére törekvő és egymást támogató közösséget. Hálásak vagyunk azoknak, akik a meghívásunkra igent mondtak, és tapasztalataikkal, tehetségükkel hozzájárulnak kezdeményezésünk elindulásához és működtetéséhez, kiemelten Dr. Bene Ágnes a Debreceni Egyetem PhD adjunktusának, aki az előadók megszólításában, és a választékos programok szervezésében aktívan részt vesz.

A rendezvények forgatókönyve

A rendezvények háziasszonyaként köszöntöm a meghívott előadókat és a hallgatóságot. Ezután többnyire Power-Point prezentációval szemléltetett előadók előadása következik, majd az előadás után bárki feltehet kérdéseket a szakemberek felé, azonnal válaszokat kapnak, illetve bárki megoszthatja saját tapasztalatait. A kávéházi hangulatú ismerkedések, beszélgetések a gyülekezés alatt és az előadások után zajlanak. Pogácsát, kávé és ásványvizet folyamatosan kínálnak vendégeinknek munkatársaim.

Helyszín: A szomszédunkban levő, Nagyerdei körút 66 szám alatti Szenci Molnár Albert Református Felsőoktatási Diákotthon tágas és világos rendezvénytermét, régi Postás üdülőt választjuk helyszínéül. Döntésünkben az játszott szerepet, hogy rendezvényeink nyitottak a

város lakosai felé is. Dr. Fekete Károly, Püspök Úrral egyeztettem a helyszín bérlésével kapcsolatban.

Időpont: Lényeges szempont volt a folyamatosság, az, hogy a rendszeresen ismétlődő találkozók könnyen megjegyezhető, előre tervezhető, állandó időpontokban legyenek. Mi két havonta, a hónap első hetében, meghatározott napon, kedden, meghatározott órában, délután öt órától fél hétig terveztük találkozóinkat, és későbbiekben ehhez is tartottuk magunkat.

Hírközlés magunkról: Az információk gyors megosztásához létrehoztuk a Méliusz Alzheimer Café Facebook oldalunkat, melyen feltüntettük a "Te is más vagy, Te sem vagy más!", választott mottónkat a tolerancia és empátia jegyében. Ezen a felületen, valamint a Méliusz Juhász Péter Református Idősek Otthona Facebook oldalunkon hirdettük a helyszín és időpont feltüntetésével azt is, hogy rendezvényeink nyilvánosak és ingyenesek, és a hozzátartozóik, a 16 éven felüli érdeklődők mellett várjuk a betegeket is, akik számára a rendezvény teljes ideje alatt foglalkoztató felügyeletet vállalnak terápiás munkatársaink.

Hirdetési felületeink:

A Debreceni Egyházmegye negyedévenként megjelenő lapjában, a Közösség Magazinban,

- Méliusz Facebook csoportjában,
- Campus Rádióban,
- Európa Rádióban ,
- szakrendelések, körzeti orvosi rendelők hirdetőtábláin,
- nyugdíjas klubok hirdetőtábláin,
- debreceni gyülekezeti közösségekben bemutattuk az Alzheimer-Café-t, annak eddigi rendezvényeit.

Speciális helyzetünk lehetővé teszi, hogy intézményünk profitáljon a Méliusz Alzheimer Café működtetése révén. Tapasztalatunk, hogy az eddig elhangzott szakmai előadások, gyakorlati tanácsok nagy mértékben és széleskörűen hasznosíthatók a demenciával, Alzheimer-kórral élő időseink ellátásában.

Nyilvános rendezvényeink

A következőkben ismertetem az eddigi rendezvényeinken elhangzott előadások rövid tartalmát. Bízom benne, hogy mindenki számára informatív és izgalmas lesz.

1. nyilvános rendezvény – „Aki úgy hal meg, hogy még él...”

2023. június 06.

Nyitó rendezvényünkre meghívtuk Dr. Menyhárt Miklós Főorvos úr Alzheimer-szakértőt, az Alzheimer Café-hálózat magyarországi alapítóját. Jelen voltak a grémium tagjai is, neves egyetemi docensek, pszichiáterek, intézményvezetők. Meghívtuk Kollár István filmrendező urat is, ő az, „Aki úgy hal meg, hogy még él” című, 2020-ban készült, dokumentum és ismeretterjesztő kategóriában jegyzett, nemzetközi díjat nyert úttörő filmjét elhozta közénk.

A film sok információval szolgált, de mindenekelőtt a személyes sorsok érintettek meg bennünket. A közös filmnézés után a rendező beszélt saját érintettségéről, mely abszolút hitelessé tette a filmjét, majd Dr. Menyhárt Miklós főorvos úr szakszerű előadása által nyertünk mélyebb betekintést a betegségnek kialakulásába és természetébe. Végül mindketten tanácsokat adtak a hozzátartozóknak a beteg családdal való bánásmód tekintetében, tudatosítva, hogy a betegben mi zajlik értelmi és érzelmi szinten is.

Ezután egy intenzív párbeszéd jött létre a hozzátartozók és szakemberek között: a feltett kérdésekre válaszokat kaphattunk, értékes információkkal gazdagodhattunk, valamint megoszthattuk személyes tapasztalatainkat. A közös gondolkodás, ismerkedés, információcsere a kávé, sütemény és pogácsa fogyasztása közben is folytatódott. Örömmel vettük azt is, hogy a megjelent hozzátartozók a beteg szerettüket ránk bízták, így terápiás munkatársaink foglalkoztatták őket a rendezvény ideje alatt.

Konklúzió

A hozzáállásról és a betegekkel való bánásmódról azért volt fontos említést tenni, mert a családtagok és munkatársaink is könnyen elveszíthetik a türelmüket, belefáradhatnak, hiszen mérhetetlenül nehéz dolguk van. Hozzátartozóinkat tekintve később viszont, ha a beteg megpihen, nagyon gyakori a bennük a lelkiismeretfurdalás, az akár éveken át tartó

önmarcangolás is. A pozitív és erőteljes hozzáálláshoz pedig támaszra van szükség, amit az Idősothton hozzátartozói és munkatársaink megtalálhatnak az Alzheimer Café támogató közösségében.

Az előadás margójára: Doktor Úr szavait idézem: „Debrecenben annyi kérdést kaptunk, hogy alig akartak minket hazaengedni. Kivételes alkalom volt, ahol a kérdezők a saját történetük elmesélésével nagyobb segítséget nyújtottak a többi érintettnek, mint mi magunk. De ugye az Alzheimer Café pont erről szól.”

Tisztújítás 2023. szeptember 16. A nyári szünet után a Méliusz Alzheimer Café Szakmai Fóruma ülésének és az Magyar Tudományos Akadémia Debreceni Területi Bizottságának vezetősége tisztújítását megtartottuk, majd azt követően a Szakmai Grémium megtervezte a Méliusz Alzheimer Café éves tematikáját.

2. nyilvános rendezvény- „Mire utalhat a feledékenység?”

2023. szeptember 21.

Szeptember 21-én, az Alzheimer világnapja. Mi is ehhez az odaforduláshoz csatlakozva tartottuk rendezvényünket, mellyel újra sok érdeklődő és érintett hozzátartozó, közel 100 fő élt. Ezen az alkalmon Dr. Égerházi Anikó pszichiáter, pszichoterápia, egyetemi docens értékes előadását hallhattuk „Mire utalhat a feledékenység?” címmel, Alzheimer orvosi szemmel.

Elmagyarázta számunkra, hogy nem minden feledékenység demencia, még akkor sem, ha a tünetek kifejezetten súlyosnak tűnnek. Feledékenységet okozhat némely gyógyszer mellékhatása, lehet ez a depresszió egyik tünete, de gyász, stressz, fáradtság miatt is kialakulhat. Az pedig, hogy bizonyos dolgokat elfelejtünk, az agyunk szelektál, természetes - ha néha elfelejtjük elzárni a tűzhelyt, az még nem utal demenciára.

A szimpla feledékenység és a demencia közötti fő különbség, hogy a feledékenység esetében ezek az állapotok nem tartanak sokáig. A demencia esetében a tünetek viszont folyamatosan súlyosbodnak - a demens folyamatosan elfelejti elzárni a tűzhelyt, elfelejti az imént folytatott beszélgetést, és nem talál haza, „elfelejti, hogy elfelejtett valamit”. Ha az előbbiek többször is előfordulnak, ha az enyhe panaszok súlyosabbá, illetve gyakoribbá válnak, akkor már lehet gyanakodni.

Bár a demenciát elsősorban feledékenységgel azonosítjuk, mivel ez a leginkább feltűnő tünet, már a kezdődő demenciát is kognitív és viselkedési zavarok is kísérik, mint például enyhe beszédzavar, időzavar, tájékozódási zavar, romló kézírás, a nem megfelelő ítélőképesség, hangulatingadozás, depresszió, enyhe személyiségváltozás is a kezdődő demencia jelei. Az agyban már akár évtizedekkel a tünetek jelentkezése előtt elkezdődnek a változások.

Konklúzió

Doktornő felhívta figyelmünket arra, hogy ha Időotthonunkban lakóink körében észrevesszük a jeleket, akkor nem szabad várni, érdemes minél hamarabb neurológushoz fordulni. Bár a demencia által okozott károsodás nem visszafordítható, mégis elengedhetetlen a betegség korai felismerése, mert az időben megkezdett gyógyszeres terápia során a betegség kórlefolyása lassítható és csökkenthető a demenciához társuló viselkedési zavarok is. Ezzel a betegek életminősége javítható, az önállóság tovább megőrizhető. A Debreceni Egyetem Klinikáján lehetőség van panasz esetén szűrővizsgálatra jelentkezni. Továbbá doktornő ajánlott olyan mentális serkentő tevékenységeket, mint az olvasás, a rejtvényfejtés, a szójátékok, a memóriatréning - ezek csökkentik a meglévő tüneteket, illetve késleltetik a demencia kialakulását még akkor is, ha az ember hordozza a hajlamosító géneket. A demencia megelőzésének alapvető feltétele az egészséges étkezés, a jó alvás, a megfelelően ingergazdag környezet, de legnagyobb védőhatás a fizikai és szociális aktivitás - a testedzés, a barátok, a közösségbe tartozás.

3. nyilvános rendezvény – „Személyes érintettségem az Alzheimer-kórral”

2023. november 8.

Ezen a rendezvényen sok érintett hozzátartozó, de munkatárs, szakmabeli és érdeklődő gazdagodhatott valóban értékes gyakorlati tapasztalattal és tanáccsal, hiszen olyan előadókat hívtunk meg, akik maguk is érintettek - a hozzátartozókat.

Elsőként intézményünk egyik kedves lakójának lánya, Béres Mária, Montessori gyógypedagógus, aki sérült gyermekekkel is foglalkozik, tartott számunkra egy nagyon izgalmas előadást. Az ő kiemelten hasznos, nekünk átadott tudását domborítottam ki előadásomban, mivel intézményünk számára az ő újszerű gyakorlata bizonyult demens lakóinkkal kapcsolatban leginkább hasznosnak és gyakorlatunkba beépíthetőnek.

Első előadó: Béres Mária

Béres Mária a Montessori módszert, és az ennek az átdolgozott, a Szellemi Tulajdon Nemzeti Hivatala által levédetett formáját ismertette számunkra.

Maria Montessori missziójának tekintette a gyermek új értelmezésének és a nevelés új szemléletének hirdetését. Tőle idézek: „A gyermeket nem alakítani kell, hanem alakulni engedni, nem vezetni, hanem szolgálni. Türelemmel, alázattal kell kivárni, illetve elhárítani a fejlődést akadályozó tényezőket.”

Orvosként a római pszichiátriai klinikán értelmi fogyatékos gyermekekkel foglalkozott, majd saját kísérleti pszichológiához használt eszközeit vitte egészséges gyermekekhez is. Csendben megfigyelte természetes reakcióikat, mely eszközök kötik le a gyermek figyelmét, melyek iránt nem érdeklődnek, és ez alapján változtatta környezetüket. A gyerekek hamarosan óriási változáson mentek keresztül. Kimagasló eredményei jelentős reformokat eredményeztek.

Megfigyelései alapján alkotta meg doktornő a pedagógiai módszerét, a Montessori módszert. A Montessori filozófiájának központi értékei: a tisztelet, a méltóság és az egyenlőség. A Montessori pedagógiai koncepció három fő összetevője a gyermek - mint önálló személyiség, az előkészített, fejlődéshez kedvező környezet, és az indirekt módon jelen lévő, megfigyelő, észrevétlenül terelő pedagógus. A gyermeknek a lehető legnagyobb függetlenséget kell biztosítani, lehetővé kell tenni, hogy saját tevékenységei gyakorlása által tanuljon, valamint motiválni kell őt a céltudatos, koncentrációt igénylő feladatok elvégzésére.

Montessori nem pusztán egy új módszert adott, hanem egy teljesen új szemléletet is, amely nemcsak a kisgyermek nevelésében hasznosak, hanem egy életen át irányt mutathatnak: az egyén, a személyiség tisztelete, a világ megismerése, a gyakorlati életre való tanítás és a gyakorlati életben való megtartás által. A Montessori szemléletet és módszert a demencia ellátás területén is alkalmazhatjuk, hiszen a módszer adaptálása a demens ellátásban nem más, mint a demens ember személyiségének tisztelete, és a gyakorlati életben való megtartása. A módszer nem fejleszti őket, mivel a demens ember nem képes visszaszerezni az elvesztett képességeit és készségeit, viszont a hozzájuk igazított feladatok a megmaradt képességeik és készségeik előhívását, erősítését segítik.

A teljesség igénye nélkül bemutatom a Montessori módszer egy-egy elvét, valamint azt, hogy hogyan alkalmazható ez az elv a demens ellátás területén.

A Montessori módszer elve: a gyermek személyiségének tisztelete.

A nevelő feladata a nem a gyermek alakítása, hanem a gyermek adottságai, fejlettségi szintje, haladási tempójának állandó figyelembevétele. Azt kell megfigyelni, hogy a gyerek hogyan tanul és ehhez kell a megfelelő körülményeket biztosítani.

Adaptációja ennek az elvnek a demencia ellátásban: a demens ember személyiségének tisztelete.

A gondozó feladata nem a demens ember oktatása, hanem adottságai, jelenlegi képességi szintjének figyelembevétele, amely megfelelő tevékenység által a legtovább szinten tartható. Azt kell megfigyelni, hogy a demens ember milyen tevékenységeket tud és csinál szívesen, és ehhez kell a megfelelő körülményeket biztosítani.

A Montessori módszer elve: A tárgyi környezet kialakítása.

A nevelő készítse el a környezetet, mivel az előkészített, jól strukturált környezet könnyen áttekinthető és biztonságot nyújtó a gyermek számára. A gyermek maga választja ki, hogy az adott feladatot milyen eszközzel kívánja gyakorolni, az adódó problémákat milyen eszközökkel tudja megoldani. A választás lehetősége növeli az autonómiaérzetet, a különböző nehézségű feladatok választásának lehetősége növeli a sikeres feladatmegoldás valószínűségét, ami a kompetenciaérzetet kedvezően befolyásolja.

Adaptációja ennek az elvnek a demencia ellátásban.

A gondozó készítse el a környezetet, mivel az előkészített, jól strukturált környezet könnyen áttekinthető és biztonságot nyújtó a demens ember számára. A demens ember maga választja ki, hogy milyen eszközzel kíván gyakorolni, az adódó problémákat milyen eszközökkel tudja megoldani. A választás lehetősége növeli a demens ember autonómiaérzetet.

A Montessori módszer elve: a példamutatás.

A gyermek folyamatosan figyel és másol bennünket. A nevelő mindent lassan végezzen, lehetőleg szó nélkül, és a gyermekek is átveszik ezt a nyugodt, megfontolt hozzáállást, így sokkal hatékonyabban tudnak dolgozni.

Adaptációja ennek az elvnek a demencia ellátásban: a demens ember folyamatosan érzékeli a körülötte lévő személy magatartását, és szavakból az előrehaladott állapotú demens ember nem ért. A gondozó mindent lassan, nyugodtan végezzen, lehetőleg szó nélkül, és a demens ember átveszi a nyugalalmát, nyugodtan fogja végezni a gyakorlatot.

A Montessori módszer elve: különböző alakú, méretű, súlyú, színű eszközökkel játszva-dolgozva.

a gyermek felkészül a mindennapi élet gyakorlati teendőire (pl., öntés vízzel, magok kanalazása, kézmosás, asztalterítés); sokoldalúan fejlődik a finommotorikus mozgása, a szem-kéz koordinációja; megismeri az anyagi világ alapvető tulajdonságait (szín, súly, hang, forma, felszín, mérték) - vagyis a gyermeknek így fejlődik a társadalmi kompetenciája. (A társadalmi kompetencia magába foglal minden olyan képességet, amellyel az ember beilleszkedhet a társadalomba, és annak építő tagjává válik.).

Adaptációja a demencia ellátásban: különböző alakú, méretű, súlyú, színű eszközökkel gyakorolva a demens ember.

A mindennapi élet gyakorlati teendőit tovább képes végezni a saját szintjén megmaradva finommotorikus mozgása, szem-kéz koordinációja tovább megmarad a saját szintjén, valamint tovább őrzi érzékelés szintjén az anyagi világ alapvető tulajdonságait.

Ezek hozzájárulnak ahhoz, hogy a demens ember ne érezze magát kívülállónak, kiszakítottnak a való életből. A különböző eszközökkel végzett tevékenységnek gyakorlása által a jelenlegi képességi szintje a lehető legtovább szinten tartható. Végző cél a demens ember társadalmi kompetenciájának erősítése, vagyis a lehető legnagyobb önállóságának, függetlenségének megőrzése - a társadalomhoz ő építő módon ezzel tud hozzájárulni.

Montessori tehát a gyermekeket személyeknek tekinti, ahogy látnunk kell a demenciában élő beteget is. Forradalmasította a gyermekek oktatását azáltal, hogy választott lehetőséget biztosított egy előkészített környezetben, ugyanez a gondolkodásmód forradalmasíthatja a demenciában szenvedőkkel való munkavégzés módját. Megfigyelte, hogy melyek a gyermek erősségei és erre fektette a hangsúlyt, és ösztönözte a függetlenséget és az együttműködési képességet is. A végső célja az volt, hogy a gyermekek egy olyan közösség és társadalom tagjává váljanak, amihez pozitívan és értelmes módon hozzá tudnak járulni. Hasonlóképpen, a demenciára alkalmazott Montessori-módszer hangsúlyozza a megmaradt képességek és készségek erősítését, a a hétköznapi feladatok megtartását, valamint annak szükségességét, hogy lehetővé tegyék a demenciával küzdő személyek számára a lehető legszélesebb függetlenséget, célzott és értelmes tevékenységek által.

Előadónk édesanyjánál a kezdődő demencia vezető tünete az emlékezetzavar volt. Kezdetben a rövid távú memóriája károsodott - a megjegyzés, felidézés, később a hosszú távú memória is - így egyre több készséget és képességet veszített el. Előadónk érezte, hogy valamit tennie kell. Tudta, hogy a még megmaradt készségekre kell fókuszálnia, és tudta, hogy ezek sok gyakorlás által feleleveníthetők.

Egy motorikus képesség elsajátításával - mint pl. a hajtogatás - edződik az ideg- és izomrendszerünk egészen addig, amíg az idegrendszer meg nem tanulja gondolkodás nélkül, folyamatosan és koordináltan elvégezni a mozdulatot. Ez az információ eltárolódik a kisagyban, és bármikor visszahívható. Az ingerek észlelés és az érzékszervi gyakorlatok útján jutnak el a kisagyba, és beindítják az ott eltárolt emlékek, tapasztalatok visszakeresését, felidézését. Tehát ha a demens ember elé teszünk egy konyharuhát, ő hajtogatni kezdi, mivel tapintással a kisagyába ezzel kapcsolatosan inger jut, és automatikusan felidéződik számára a múlt.

Előadónk belemélyedt az általa használt Montessori módszerbe, és kifejlesztette a memóriaedzésnek egy speciális formáját. Bemutatta nekünk az előadásában, hogy hogyan alkalmazza sikeresen édesanyjával való foglalkozásai során az általa kifejlesztett módszert, és fotókon szemléltette az édesanyja állapotában elért ugrásszerű, pozitív változást, melyek valóban szemmel láthatók.

A gyakorlatban a speciális memóriatréninget a következőképpen valósította meg előadónk: Először is rájött, hogy ha szignifikáns eredményt szeretne elérni, hatalmasat kell visszalépnie, alulról kell kezdenie építkezni. Első lépésként több, formában, színben, funkcióban eltérő

tárgyat tett édesanyja elé az asztalra, és csak csendben figyelte, hogy melyik eszközért nyúl legtöbbször. Megfigyelte, hogy bizonyos esetekben, amint az elébe helyezett tárgyak közül édesanyja megfog egyet, azt rendeltetésszerűen elkezd használni, holott már évek óta nem tett ilyet.

Vagy egy másik példa: édesanyja a kezébe fogott egy hajkefét, és egyből elkezdte fésülni a haját, holott már nagyon régen tette ezt tudatosan - elfelejtette, hogyan kell fésülni, mert nem kellett használnia. A hajkefe nyelének érintése ingert közvetített a memóriájához, amely egy emlékképet idézett elő benne: ez a kezébe simuló tárgy ismerős, fésülködésre való. Vagy a ruhacsipeszt a kosár szélére csippentette sorban, mert a memóriája előhozta, hogy a csipesszel azt a bizonyos csíptető mozdulatot kell végeznie. Tehát ezekkel a gyakorlatokkal nem fejlesztünk, hanem ezek a gyakorlatok az érzékelés, észlelés által újra felszínre hozzák, újra működtetik azokat a meglevő készségeket, amelyek már régóta nem voltak használva. Például következetesen egy textilszalvétáért nyúlt, és egyből elkezdte azt szépen hajtogatni. Ez nem véletlenszerű mozdulatsor volt, hanem a textilanyag tapintása ingert juttatott az agyi idegsejtekhez, stimulálta édesanyja memóriáját, és visszahozta, felidézte az agyban eltárolt emléket.

Előadónk hangsúlyozta többször is, hogy „a módszerem az eszközöm” - tehát az eszközökkel való foglalatosság a lényeg, és nincs helye a régen belénk vésődött módszereknek, mint a beszélgetés, magyarázat - hiszen a verbális közlést a demens betegek nem értik - bármennyit is beszélünk, semmi értelme, csak még inkább ingerlékenyek lesznek tőle. Ha édesanyja ingerült volt, Béres Mária beszéd helyett csendben és nyugodtan és lassan elkezdte a maga előtt lévő tárgyat használni. Édesanyja egy idő után utánozni kezdte, és lánya nyugalma is átragadt rá.

Előadónk azt is hangsúlyozta, hogy nem nekünk kell dolgoznunk, a mi feladatunk: biztosítani az eszközöket, lehetőséget adni arra, hogy a demens ember válasszon, és ismerkedjen az eszközzel, mi csak figyelünk csendben. Ez akár 1-2 óra is lehet. Hagyta, hogy édesanyja hosszan hajtogasson, csipeszezzon, ezáltal egy idő után javult a finommotorikája. Nem fejlődött, és nem újat tanult, mert erre a demens ember nem képes, hanem az izmai - mivel nem használta, ellanyhultak - most újra edzésbe jöttek, ügyesedtek és ez még tovább stimulálta, edzette az agyát. Fontos, hogy minél több eszközt adjunk a demens ember elé, mindegy is, hogy mit választ, a lényeg, Nyúljon hozzájuk, tapogassa, ütögesse, pakolgassa, mindegy, mit csinál

vele, csak mozogjanak az ujjai, mert minden mozgással fejlődik a finommotorikája, stimulálódik az agya.

Konklúzió

Tehát nem szabad belenyugodni, hogy leépül valaki, mindig lehet lassítani, illetve visszahozni a szunnyadó készségeket a memóriatréning gyakorlatával, mint például: zoknipárosítás szín szerint, de akár névjegykártyáik párosítása, vagy folyóink, városaink nevének kiválasztása vagy mondat összerakása szóképekkel. Terápiás munkatársaink foglalkozásai által ezzel a módszerrel elérhetjük, hogy a demens ember újra használni tudja korábbi készségeit, mint például a kanalat az étkezésekhez. Érdemes több fajta eszközt kipróbálni.

Elmondhatjuk tehát, hogy ez a „MÁS” fajta módon való emberi megközelítés kiemelten prioritás számunkra az idősek, a rokonok, a hozzátartozók, és nem utolsósorban a gondozó-ápoló munkatársak életminőségének javítása érdekében.

Az előadás megerősített bennünket a prevenció jelentőségében. Intézményünkben a még demenciában nem érintett lakóink, illetve a kezdődő demencia tüneteit mutató lakóink számára érdemes lenne egy prevenciós program kidolgozása életminőségük szinten tartása, illetve annak javítása érdekében.

Megerősített abban minket, hogy az időseinket továbbra sem hagyhatjuk passzív ellátottként, hiszen ez a megközelítés lehetővé teszi számunkra, hogy érdeklődési körüknek és képességeiknek megfelelő, értelmes tevékenységben vegyenek részt. Ezen elvek alkalmazásával a valódi változást hozhatunk az idős emberek életébe, és lehetővé tehetjük számunkra, hogy méltósággal és elégedetten öregedjenek.

Béres Mária felajánlotta az általa készített, demensek számára kifejlesztett eszközeit intézményünk számára, valamint gyakorlati útmutatást adott a velük való foglalkozásokkal kapcsolatban terápiás munkatársaink részére. Mindezeket hálás szívvel köszönjük neki.

Második előadó: Csehné Ragályi Nóra

Ezt az előadást követően Csehné Ragályi Nóra fejlesztő pedagógus értékes, újszerű, gyakorlati tanácsokkal teljes, mindenki számára érthető előadását hallhattuk. Édesanyja révén került kapcsolatba a demencia, az Alzheimer-kór kérdéseivel. Elfogadta édesanyja betegségét, és hitte, hogy szemléletmódja, fejlesztő munkája, és édesanyja együttműködő hozzáállása szép

eredményeket fog hozni. Megosztotta velünk az otthonápolással kapcsolatos tapasztalatait, újszerű gondolatait, fejlesztő módszerét. Örömmel számolt be arról, hogy édesanyja állapota a másfél évvel ezelőtti állapotához képest mind fizikálisan, mind mentálisan javult.

Konklúzió

Az együttműködésünk, a Méliusz Alzheimer Café rendezvény kapcsán indította el Csehné Ragályi Nórát egy új úton, melyen demenciával, Alzheimer-kórral kapcsolatos kutatásokat végez és tanulmányokat készít a célból, hogy új hivatásával más betegeken, és érintetteiken is segíteni szeretne. Szeretettel várjuk vissza kedves előadónkat, képzéseinek, előadásainak, fejlesztő munkájának Időotthonunkban teret adva.

Harmadik előadó: Dr. Adorján Erzsébet

Dr. Adorján Erzsébet főorvos, intézményünk orvosa tartott szintén nagyon értékes előadást. Ő is érintett hozzátartozónk, férje az ápolási osztályunk lakója volt. Elmondta, hogy annak ellenére, hogy orvos, nagyon nehezen ismerte fel az férjének első Alzheimer-kórral járó tüneteit.

Konklúzió

Az Alzheimer előadássorozatokon való információk segítették Őt abban is, hogy utólag feldolgozza és megértse a betegség okozta traumákat és sok kérdés, kétség tisztázódott benne.

4. nyilvános rendezvény – „A gondnokság alá helyezés előzményei és eljárási rendje”

2024.február 6.

Szeretteinkről szóló gondoskodás a fizikai és lelki táplálék nyújtása mellett jogaik megvédéséről és képviseléséről is szól. Erről a száraz témáról izgalmas, érthető és gyakorlatias előadást hallhattunk a Hajdú-Bihar Vármegyei Kormányhivatal Debreceni Járáshivatal Gyámügyi Osztályának kormánytisztviselőtől. Előadásának címe a következő volt: „A gondnokság alá helyezés előzményei és eljárási rendje”.

Széles körűen tájékoztatott bennünket:

a gondnokság alá helyezési eljárást megelőző intézkedésekről (az érintett személy vagyonának sürgős védelme miatt a zárlat elrendeléséről, zárlatgondnok rendelésről vagy ideiglenes gondnokrendelésről)

a gondnokság alá helyezéséről, melyet kérvényezhet: nagykorú házastára, élettárs, testvér, egyenesági rokon, kiskorú törvényes képviselője, gyámhatóság, ügyész. A gondnokság alá helyezés kötelező felülvizsgálatáról, mely megindításának időpontja 5, illetve 10 év, valamint melyet a gyámhatóságnak hivatalból kell megindítania.

a gondnokság alá helyezés megszüntethető, ha elrendelésének oka nem áll fenn. A kérvényezheti a gondnokolt házastársa, élettársa, egyenesági rokona, testvére, gondnoka, gyámhatóság vagy ügyész.

Továbbá érdekes információk:

- nagykorú cselekvőképességének korlátozásáról
- a cselekvőképesség részleges korlátozásáról
- ha érdekeinek védelme azonnali intézkedést igényel, ügyében a gondnok önállóan eljárhat
- közte és gondnoka közötti vitában a gyámhatóság dönt
- a cselekvőképesség teljes korlátozásáról
- cselekvőképtelen az a személy, akit a bíróság teljesen korlátozó gondnokság alá helyezett, mivel ügyei vitéléhez szükséges belátási képessége - mentális zavara következtében- tartósan, teljesen hiányzik, jognyilatkozata semmis, nevében gondnoka jár el, ám kívánságait figyelembe veszi.
- gondnokrendelésről, a gondnok jogairól és kötelezettségeiről.

Konklúzió

A gondnokság alá helyezés lelki terhet ró mind a leendő gondnokra és a szeretett családtagra, gondnokoltra, de az előadás folyamán tisztább képet kaphattunk arról, hogy a gondnokság alá helyezés is egyfajta gondoskodás is ellátottjainkról és hozzátartozóinkról. Előadónk elmondta, hogy mikor egy ellátott belátási képessége csökken ügyeinek intézése tekintetében, akkor veszélyt jelenthet számára például tulajdonának megvédése, pénzvagyonának kezelése, és

egyéb ügyletek intézése, hiszen még cselekvőképes személyként aláírásával igazolt ügyletek hitelesek és törvényszerűek.

5. nyilvános rendezvény – „Mozgás, öröm, agytorna”

2024. április 9.

Magával ragadó közösségi élményben volt részünk az Alzheimer Café rendezvényünkön. „Mozgásöröm-agytorna” témakörben Dr. Virágos Márta egyetemi docens gyakorlatias előadását hallhattuk, majd vezetésével a Csapókeri Közösségi Házból érkezett örömtáncosok egy olyan közös tánc lépéseibe kapcsoltak be mindnyájunkat, melyhez nincs szükség előzetes tánc tudásra.

A Senior Örömtánc komoly összetett idegi munka: meg kell érteni a koreográfiát, azt meg kell tanulni, figyelni kell a zenére, a ritmusra és a partnerre. Ezen kívül tánc közben egy gondolattal már előbbre jár az ember agya, hiszen amikor éppen végrehajt egy mozdulatsort, már tudni kell, mi lesz a következő lépés. Nagyon bonyolult agytevékenységről, mégis egyszerű mozgásról van szó, ami nem terheli meg az idős szervezetet.

Egyszerűek a koreográfiák, rövidek, három-négy lépéskombinációból állnak, tehát senkinek nem okozhat túl nagy gondot a megtanulásuk, de attól még feladat ezeket megjegyezni. Először közösen megtanulják, begyakorolják a lépéseket, akkor járják el a táncot zenére is. Mozgássérült, kerekesszékes emberek számára kidolgozták az ülve táncolást.

"Bármilyen tánc során, amelynek örömmel átadjuk magunkat, agyunk elveszti a kontrollt, és testünket a szívünk irányítja tovább." (Paulo Coelho)

Konklúzió

A Tanárnő előadása megtanított bennünket arra, hogy Idősoththonunkban miért fontos éppen ezt a speciális táncfajtát megtanulni és beépíteni foglalkozásaink közé, hiszen a szenior örömtánc forradalmian új, közösségi mozgásforma, az idős szervezethez igazított, kíméletes sporttevékenység és „agytorna”, ami a legújabb kutatások szerint eredményesen késlelteti a demencia és az Alzheimer-kór kialakulását.

Így ezen az alkalmon volt lehetőségünk meg tapasztalni a tánc kapcsán a következőket:

- Fejleszti a koncentrációképességet

- Összehangolja a két agyféltekét
- Javítja a memóriát, az egyensúlyérzékét és a koordinációt
- Beindítja az öngyógyító folyamatokat
- A zenei memória segítségével régi emlékek hívhatók elő ki
- A zene gyógyító erejét és a közösség megtartó erejét, amely óriási érték számunkra.

6. nyilvános rendezvény - „Sejt-regeneráció a mindennapokban”

2024. június 20.

Rendezvényünkön egy rendkívül izgalmas előadást hallottunk Dr. Szarvas Péter biológus, ökológustól. „Sejt-regeneráció a mindennapokban” volt előadásának témája.

A sejteket nagyon sok káros hatás érheti, például a stressz, a sugárzás, élelmiszerrel bejuttatott vegyszerek, nem megfelelő alvás, a kevés vízfogyasztás, mozgásszegény életmód, sőt a negatív gondolatokkal bevitt negatív programozás is. A szervezet ez ellen megpróbál védekezni természetes, veleszületett regenerációs folyamatokkal. Ezek révén a károsodott sejteket igyekszik megjavítani, ha pedig ez nem sikerül, akkor a véglegesen károsodott sejteket kiemeli, és helyére újat tesz be.

A sejteknek megvan a maguk élettartama, mely függ a sejt típusától és az ember életkorától is. A szervezetünket most alkotó sejtek nem ugyanazok, mint amikkel megszülettünk. Például egy újszülött bőre 5 nap alatt megújul, egy idős embernek ehhez 60 nap kell. Az öregedés úgy is definiálható, hogy a sejtek megújulási képessége gyengül, vagy leáll, a szervek egyre kevésbé tudják ellátni a feladatukat, és megjelennek az idősödésre jellemző tünetek, az általános leépülés: érlelmeszesedés, szív-és érrendszeri problémák, látásromlás, ráncosodás, őszülés, izomerő vesztese.

A kulcs a sejt-kommunikáció. A sejtek egymással beszélnek, jelzéseket adnak és vesznek. Hiába vannak jelen a javító mechanizmusok, megfelelő tápanyag, ha nem kapja meg a szervezet azt a jelzést, hogy a sejtet ki kell javítani vagy le kell cserélni. Ebből a jeltovábbító anyagból a szervezetünk egyre kevesebbet állít elő - egy átlagos 70 éves embernek a szervezetében az eredeti jeltovábbító anyagnak egytizede található. Ez olyan, mintha beszélgetnénk, és minden tizedik szót értenénk. Az minden sejtünk termel, egy jeltovábbító anyagot ezért minden élettani folyamat lassul, romlik, és az öregedés gyorsan lezajlik.

A 80-as években, húsz éves kutatás után találtak egy olyan anyagot, amit minden sejtünk termel, egy jeltovábbító anyagot. Ezt laboratóriumban izolálták és lemásolták. Mivel izolálták ezt az anyagot, vissza tudjuk tölteni a szervezetünkbe, meg tudjuk emelni a megfelelő szintre, ezzel a sejtek újra tudnak kommunikálni, és újra indul a szervezet regenerálódó képessége. Olyan ez a jeltovábbító anyag, mint egy építkezésen a mérnök, aki a megfelelő építőanyagokat jó helyre irányítja.

Konklúzió

Doktor úr kifejtette, hogy mit tehetünk annak érdekében, hogy sejtjeink működésének csökkenése, esetleges késleltetése hogyan kivitelezhető, valamint rámutatott arra, hogy hogyan tartható fenn a jó életminőség idős korban is.

Mit adott az Alzheimer Café?

Városunknak:

Hozzá tartozóknak: érzelmi, közösségi támogatást, együttérzést kapnak a sorstársaktól, mely szinte létkérdés számukra. Szinte kulturális, kapcsolódást jelentő programnak tartják rendezvényeinket. Élvezetes módon bővíthetik ismereteiket, konkrét problémáikra választ kapnak szakemberektől.

Betegeknek: a súlyosabb demens vendégeiknek terápiás munkatársainktól színes foglalkoztatásban volt részük, a kezdődő demencia jeleit mutató vendégeinknek önbizalmat kaptak, mert felszólalhattak, átélhették, hogy jelenlétük fontos.

Érdeklődőknek: informálódhattak, mely által szemléletük formálódott, valamint kulturális programon vehettek részt.

Szakembereknek: hasznos tapasztalatokat szereztek, mely megkönnyíti munkájukat, szakmai kapcsolatrendszerüket bővítették. Tudatosult bennük, hogy széles körű szakmai együttműködés szükséges az Alzheimer beteg ellátásához.

Intézményünknek:

Intézményvezetőnek: Magasabb szakmai szinten való működtetés, demenciával és Alzheimerkórban szenvedők szinten tartása. Prevenció egészséges ellátottak részére, munkatársak érzékenyítése, hozzátartozók elégedettségének növelése. Szakemberekkel való együttműködés eredményeként szakmai kapcsolatrendszer bővítése, szakmai együttműködés.

Hozzátartozóknak: elmondásuk alapján sokat informálódtak, amit még akkor is hasznosnak tartanak, hogy szerettük ápolását ránk bízta. Látogatásokkor különösen tudják hasznosítani a gyakorlati tanácsokat.

Lakóknak: már az is jó hatással van rájuk, hogy kimozdulnak, érdekes programnak tartják a rendezvényeket, úgy érzik, hogy felszólalásaik értékesek, kérdéseikre érthető válaszokat kapnak. Elmondásuk szerint megkönnyebbültek, mikor megértették, hogy nem mindnyájukra vár ez a megbetegedés, valamint megértették a betegség lényegét, és demens lakótársaik viselkedését jobban tudják tolerálni.

Munkatársaknak: mind az ápoló-gondozó, mind a terápiás munkatársaim, mind a szociális munkás munkatársaim nagy mértékben tudják kamatoztatni az előadásokon elhangzottakat. Ápoló-gondozó munkatársaimnak szélesítette és mélyítette, tudását - az elhangzott gyakorlati tanácsokat alkalmazzák ápolási osztályunkon a demenciában, Alzheimer-kórral élő időseink gondozásánál. Terápiás munkatársaim pedig a hozzátartozónk által bemutatott jó gyakorlatot alkalmazzák az általa készített és intézményünknek felajánlott eszközökkel, valamint a megtanult senior örömtáncot járják mind a járóképes, mind a kerekesszékekkel élő időseinkkel együtt.

Mik az előttünk álló kihívások?

Célunk a jövőben elérni azt, hogy minél több érintett hozzátartozóhoz eljusson a Méliusz Alzheimer Café alkalmaira való hívogatás, továbbá a pszichiátriai intézményekkel, több nyugdíjas klubbal, református és más felekezetű gyülekezetekkel személyesen felvenni a

kapcsolatot, valamint én, mint a Debrecen-Nagytemplomi Református Egyházközség nőszövetségének elnöke, a Debreceni Egyházmegye nőszövetségek elnökeit és nőszövetségi tagokat rendezvényeinken való részvételükre személyes meghívással keresem meg.

Végszó

Bátorítok mindenkit, akinek eszköz van kezében, hogy ne féljen magukra, helyi sajátosságokra, az oda járók igényei szerint alakítani saját Alzheimer Café-t. Minél több ilyen szerveződés van, annál nagyobb az esély arra, hogy hazánkban változást, szemléletváltást, hosszú távú eredményt hoz, melyre égetően nagy szükség van.

Isten áldását tapasztaltuk meg az eddig megtett utunkon. Az Ő áldását kérjük azok számára, akik a Méliusz Alzheimer Café születésében segítettek, és szakértelmükkel, tapasztalataikkal hozzájárulnak működéséhez. Áldást kérünk a betegekre és hozzátartozóikra, érdeklődőkre.

Keresztyén emberként vallom azt, hogy Isten nem feledkezik meg sem az idős, sem a beteg emberről, sem a fizikai, lelki, szellemi terheket hordozó hozzátartozóról sem.

„Vénségeitekig ugyanaz maradok, ősz korotokig én hordozlak!

Én alkottak, én viszlek, én hordozlak, én mentelek meg!”

Irodalomjegyzék

Zsuffa, J. A., Kalabay, L., Katz, S., Kamondi, A., Csukly, G., & Horváth, A. A. (2023). A dementia ellátása a háziorvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 164(32), pp. 1263-1270.

Fekete, M. (2019). Demencia és társadalmi fenntarthatóság. *Esély*, 30(2). pp. 31-53.

Dallos, R. (2023). Demens betegeket gondozó családtagok terhelődésének aspektusai. *Magyar Gerontológia*, 15(Kulonszam), 107-108. <https://doi.org/10.47225/>

Kostyál, L. Á. (2020). Demencia a családban-az informális gondozók támogatási lehetősége. *Esely: Journal of Social Policy*, 31(4). pp. 97–116.

A Méliusz Alzheimer Café facebook oldala:

Méliusz Alzheimer Café Debrecen

<https://www.facebook.com/profile.php?id=100092266763400>