

MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37-38. SZÁM (2019)

ISSN 2062-3690 (Online)

<https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia>

Impresszum

Felelős kiadó: Dr. habil. Móré Marianna PhD, dékán
Felelős szerkesztő (főszerkesztő): Dr. Patyán László PhD
Kiadó: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar
Cím: 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37-38. SZÁM (2019)

ISSN 2062-3690 (Online)

<https://ojs.lib.unideb.hu/gerontologia>

SZERKESZTŐI LEVÉL

Tisztelt Olvasóink!

A Magyar Gerontológia folyóirat e számában az idősödés társadalmi összefüggéseinek számos fontos kérdését tárgyalják szerzőink. Az időszerűak gondozásának egyik nagy kihívása a család gondozói feladatainak, terheinek vizsgálata áll Tróber Anett Mária, Széman Zsuzsa és Kiss Gabriella kutatásainak középpontjában. Csinády Adriána a nagyszülői szerepek háttérét elemzi. Szilvásiné Bojda Márta cikke a nyíregyházi Alzheimer Café mozgalom elindításainak tapasztalatairól számol be. Égerházi Anikó és szerzőtársai a demencia vizsgálat új módszerét honosították és tesztelték, ennek kutatási eredményeiről számolnak be. Az aktív idősödés kérdéskörében több publikációt is közlünk, melyek az idősök fogyasztói szerepével, a fogyasztóvédelem jelentőségével a fizikai aktivitás fontosságával, valamint az időszerűak környezetében lévő állapotok hatásával (állatterápia) foglalkoznak. Boga Bálint pedig az esztétikum idősödésben betöltött szerepét elemzi dolgozatában.

Patyán László



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

IDŐSGONDOZÁS AZ ELLÁTÓRENDSZEREN KÍVÜL: A CSALÁDI GONDOZÓK KIHÍVÁSAI

dr. Tróbert Anett Mária PhD¹ – dr. Széman Zsuzsa PhD²

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet

Levelező szerző:

Tróbert Anett Mária PhD

Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar

Mentálhigiéné Intézet

1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

tel: 36 (1) 266-0878

mail: trobert.maria@public.semmelweis-univ.hu

Összefoglalás

A tartós gondozási rendszer túlterheltsége miatt egyre fontosabb a családi gondozók szerepe az idősellátásban. A gondozás felvállalása azonban jelentős megterheltséggel jár, melynek számos negatív következménye lehet a családi gondozók családi élete, munkavállalása, testi-lelki egészsége tekintetében. A jelenlegi hazai ellátórendszer kizárólag a gondozottak szükségleteire fókuszál, a családi gondozók támogatására még nincsenek szolgáltatások. Tanulmányunkban 10, családi gondozóval készített mélyinterjú tükrében ismertetjük legfontosabb nehézségeiket.

Kulcsszavak: tartós gondozás, szociális ellátórendszer, családi gondozók, megterheltség

**ELDERLY CARE OUT FROM THE CARE SYSTEM: THE CHALLENGES OF
FAMILY CARERS**

Abstract

The overburdened long term care system increases the role of family carers in taking care of older adults. Undertaking the role of care put a great burden to family carers and cause many negative effects to the family roles, the field of employment and to the carers' personal physical and mental health too. The formal care system solely focuses for the need of care receivers and hardly find services targeted to family carers. This study, using the analisis of ten family caregiver interviews, overlaps the main difficulties they are facing.

Keywords: long term care, social care services, family carers, burden

Bevezetés

A társadalom előregedése számos gazdasági-társadalmi problémát indukál. A jelenség egyik legfontosabb szegmense a tartós gondozási rendszer alkalmazkodási nehézsége: nemcsak a fenntarthatóság és az ellátás minőségének biztosítása válik kérdésessé (EK TG 2008), fokozódnak a strukturális problémák is. Egyre nehezebbé válik például a szolgáltatásokhoz való *egyenlő hozzáférés* biztosítása - a vidéki területek, az alacsony jövedelemmel rendelkezők, és a speciális ellátást igénylők marginalizálódnak (EUT SZV 2014). *Az egészségügyi és a szociális ellátórendszerek elszigeteltsége*, az integrált tartós gondozási rendszer hiánya pedig gyakran lehetetlenné teszi a minőségi szakmai idősellátást. (Széman és Tróbert 2017/1,2, Tróbert és Széman 2018) Mindezzel együtt *erősödik az idős beteget gondozó családtagok terheltsége*, azonban a családi gondozók megfelelő támogatása nem biztosított. Az ellátórendszer megújítása elkerülhetetlen.

Az Európai Unió által támogatott MoPAct nemzetközi projekt (Mobilising of the Potential of Active Ageing in Europe/Az aktív idősödés lehetőségeinek mobilizálása az Európai Unióban) tartós idősgondozással foglalkozó munkacsoportjának célkitűzése volt, hogy feltárja az idősgondozás jövőbeli potenciáljait kiemelt szakértők és fókuszcsoportokba beválasztott szakértők (pl. önkormányzati és egyházi gondozási központok vezetői, vezető munkatársak, falugondnok) véleményeinek elemzésével. A kutatásban résztvevő országokban (Németország, Ausztria, Olaszország, Románia, Észtország, Magyarország) városi és vidéki régiókban 2-5 szakértői interjút továbbá 2-3 fókuszcsoportos interjút készítettek. A fókuszcsoport tagjai különböző szférában dolgozó (önkormányzati, egyházi, nonprofit, magán szféra) szakemberek voltak. Mind a szakértői mind a fókuszcsoportos interjúk célja volt, hogy

a szociális ellátórendszer problémáinak feltárása után olyan megoldásokat keressen, amelyek lehetővé teszik a rendszerek megújítását, innovatív irányú elmozdulását. A fentiek mellett a kutatás alapvető részét képezték a jó példák felkutatása és fenntarthatóságuk korlátainak illetve „hajtóerejének” analizálása. Az ezekre vonatkozó eredmények korábban már publikálásra kerültek (Széman és Tóbert 2017/1, 2017/2) illetve munkaanyagokban megtalálhatóak a projekt publikációi közt (Schulmann és mtsai 2014, 2015). Magyarországon azonban a fókuszcsoporthoz tartozó adatok elemzése alapján olyan problémák is felmerültek, amelyek mélyebb megismeréséhez szükségesnek tűnt a gondozást végző családtagokkal is interjú készíteni. Összesen 10 családtag meginterjúvolására került sor (2015-2016). Tanulmányunkban a szakértői és fókuszcsoporthoz tartozó interjúk során elhangzott, családi gondozókhoz köthető nehézségek ismertetését követően a családi gondozókkal készült mélyinterjúk (Tróbert és Széman 2016) legfontosabb tanulságait mutatjuk be a fókuszcsoporthoz tartozó és szakértői interjúk idevonatkozó eredményeit figyelembe véve.

1. A családi gondozók legfontosabb nehézségei a szakértők szemével - fókuszcsoporthoz tartozó és szakértői interjúk

A mélyinterjúkat megelőző két fókuszcsoporthoz tartozó és két szakértői interjúban – mindkét típusú interjúzás Budapesten illetve egy vidéki, tanyavilággal rendelkező helyszínen, nyíregyházi mintában zajlott – a következő, családi gondozást érintő problémák merültek fel (Tróbert és Széman 2015).

Növekvő gondozási igények - a prevenció szükségessége

Az első fókuszcsoporthoz tartozó, Nyíregyházán az idősödéssel kapcsolatos lényegi kérdésként jelent meg az aktív idősödés kultúrájának előmozdítása, és ezzel párhuzamosan a generációk közötti kapcsolatok erősítése, például az infokommunikációs készségek fejlesztésével az idősek körében. A Skype használata például jelentősen hozzájárulhat az idősek kapcsolathálójának fenntartásához, így jól-létének, lelki egészségének megőrzéséhez is.

Az idősödés folyamata számos kihívást támaszt az idősödő ember és családja részére is – a sikeres megküzdést jelentős mértékben elősegítené a szakszerű mentálhigiénés segítség nyújtása az idősek és családtagjaik részére már a szolgáltatások igénybe vétele előtt, és a házi segítségnyújtáshoz kapcsolódva is, hogy az idősek „másképp” öregedhessenek meg.

Ezzel együtt, a második, budapesti fókuszcsoporthoz tartozó résztvevői szerint szükséges lenne a fiatalok felkészítése az "öregekre". Ez nem pusztán a kötelességtudat kiművelését kívánná meg, hanem az időskorhoz való viszonyulás tudatos formálását is.

A lehető legtovább a saját otthonban élni – a fenntartható otthoni ápolás hiánya

Valamennyi interjú során elhangzott, hogy az idősök saját otthonában történő ápolását nem csak a költséghatékonyabb ellátási forma miatt lényeges előtérbe helyezni, hanem azért is, mert a szakértők szerint az idősök a lehető legtovább saját környezetükben szeretnének maradni. A bentlakásos intézménybe kerülés kitolásához azonban a preventív szemlélet gyakorlati alkalmazásán túl meg kell teremteni a minőségi otthoni ápolás jelenleg hiányzó feltételeit.

Családi gondozók megterheltsége, intézményi támogatás – a megfelelő szolgáltatások hiánya

A családi gondozók megterheltségének témaköre különösen a szakértői interjúkban volt hangsúlyos.

Mivel az ellátórendszer kapacitása nem növekszik az igényekkel párhuzamosan, egyre több teher hárul az informális gondozókra, viszont nincs őket támogató szolgáltatás. A hozzátartozó ápolásának felvállalása esetén fontos problémaként jelentkezik a munka és a gondozás összeegyeztethetlensége. A gondozási feladat gyakran csak a pihenőidő rovására végezhető. A megterheltség ebből fakadóan is jelentős, és sok esetben nincs feltöltődést biztosító segítség - pl. a beteg felügyelete nem megoldható.

Igen lényeges lenne tehát az informális gondozók támogatási rendszerének kiépítése, a hiányzó szolgáltatások kifejlesztése (például hétféligi gondozás, a pihenést lehetővé tevő szolgáltatások kialakítása), emellett a rugalmas munkaidő biztosítása, a gondozás megfelelő anyagi támogatása (az igényelhető ápolási díj nagyon alacsony) is elengedhetetlen. A személyes, mentálhigiénés támasz szintén szükséges a gondozás hosszú távú felvállalásához, azonban az ellátórendszerben jelenleg egyáltalán nem elérhető. A megterheltség, kiégés gyakorisága a családi gondozók körében szükségessé teszi az igényeknek megfelelő hatékony támogató rendszer mielőbbi kialakítását.

A budapesti fókuszcsoporthoz kiemelték, hogy már a meglévő szolgáltatások könnyebben elérhetővé tétele is támogatná a családokat, például a nappali intézménybe történő szállítás megoldása. Számos szolgáltatás hiányzik azonban, például a 4 órán túli ellátásra szoruló otthoni ellátásának segítése, a családok tehermentesítése (pl. "Dédi sitter" programmal), a hatékony prevenció, vagy a szükségletekhez alakított nappali ellátás.

Hozzártartozók együttműködése - a partneri együttműködés hiánya

Hangsúlyozni kell, hogy településtípustól függetlenül mindkét fókuszcsoporthoz jelentős hiányosságként jelent meg az ellátottak hozzátartozóinak információval történő ellátása. A

megfelelő információk hiánya miatt a hozzátartozók gyakran nem jutnak hozzá az igényelhető szolgáltatásokhoz sem.

A már igényelt szolgáltatások esetén a hozzátartozókkal való együttműködés ugyanolyan lényeges lenne, mint az intézmények közötti, azonban ez sokszor azért nem valósulhat meg, mert nincsen partneri viszony a hozzátartozókkal (mindkét fél részéről előfordulnak hiányosságok).

2. A családi gondozók nehézségei a mélyinterjúk szerint

A hozzátartozók szakértői és fókuszcsoportos interjúkban kirajzolódó nehézségei a mélyinterjúkban árnyaltabban és mélyebben jelentek meg. Az információhiány nem pusztán a szolgáltatások ismeretének hiányaként, hanem több rétegű ápolási kompetencia-hiányként manifesztálódott. A gondozás és munka összeegyeztethetlensége mellett megjelent a munkahelyi kiégés veszélye, de a munkahely pozitív szerepe is. Új dimenzióként mutatkozott a gondozó saját családi életének gondozási feladattal összefüggő akadályozottsága, sérülékenysége. A mentálhigiénés támogatás igénye azonban nem csak ebben a dimenzióban, hanem a szerepkonfliktusok és megküzdési nehézségek kapcsán is előtérbe került. Az erőforrások tekintetében a támogató szolgáltatások hiányán túl megmutatkozott a spirituális erőforrások pozitív szerepe. Az ellátórendszer hiányosságai mellett pedig láthatóvá vált a szolgáltatásokkal szembeni tartózkodás néhány motívuma. Az alábbiakban közölt interjúrészleteknél a teljes anonimitás érdekében a keresztnevek kezdőbetűit megváltoztattuk.

2.1. A gondozáshoz szükséges ismeretek hiánya

Információhiány

Nem csak a rászoruló idősök nem tudnak az elérhető szolgáltatásokról, hanem sok esetben az őket gondozó családtagok sem. Nem kapnak megfelelő tájékoztatást sem a háziorvostól, sem a kórházaktól.

A kórházi ellátást követően a betegek családtagjai gyakran magukra maradnak a problémákkal, mert az egészségügyi rendszer és a szociális ellátások közötti kapcsolat nem biztosított. (Az egyik interjúalany pl. egy rádióműsor kapcsán lett figyelmes arra, hogy édesanyja ápolása miatt anyagi támogatásban részesülhetne - ez alapján kérvényezte a juttatást.) Az orvosok és a szociális szakemberek között legtöbbször nincsen kapcsolat, az információkat a családtagok közvetítik.

Az ismeretek hiánya sokszor az **alapvető, szolgáltatásokkal kapcsolatos információk hiányát** jelenti, ami különösen súlyos problémát okoz egy már eleve hátrányos helyzetű, pl. munkanélküli gondozó esetében. Az egyik, munkaerőpiacról kiszoruló családtagnak fel kellett vállalnia egy rendkívül súlyos gondozást anélkül, hogy tisztában lett volna az őt megillető, helyzetét némileg megkönnyítő szociális juttatással. Ez nemcsak az információhiányt mutatja, de rávilágít a munkaerőpiac, a szociális és egészségügyi ellátórendszer valamint a közigazgatás összehangolatlanságára, valamint a rugalmatlanságra is. Az egyéni helyzet megoldása ugyanis így esetleges, a példában egy ember segítőkézségén múlt.

*"Amikor anyu beteg lett, **munkanélküli** voltam. Nem tudtam, hogy ápolási díjat kaphatok, a gondozó munkatárs hívta fel a figyelmemet a lehetőségre. Már az elejétől emelt összegűt kaptam, mivel anyut súlyos fogyatékossgal élőknek minősítették. Jelenleg kiemelt ápolási díjat kapok. Később tudtam meg, hogy ilyen mértékű betegség esetén a gondozott fogyatékossgai támogatást is kaphat - erről a **házi orvos**, vagy az ápolási díj igénylésénél az **ügyintéző** tájékoztathatott volna. Hosszú volt az ügyintézés, rengeteget kellett utánajárnom, de sikerült, és a beadás időpontjáig visszamenőleg megadták a támogatást." (Z., 55 é)*

Z. azoknak, akik hasonló helyzetbe kerülnek, mindenekelőtt az informálódást tanácsolja:

"Először is, ... informálódjanak, mielőtt a beteget hazaviszik a kórházból, hogy mi az, amire jogosultak, mit igényelhetnek."

A fenti interjúrészlet alapján újból hangsúlyozni kell, hogy a családtagok gyakran sem a kórházban, sem a házi orvostól nem kapnak megfelelő tájékoztatást az elérhető szociális szolgáltatásokról, és az igényelhető ápolási díjakról. Integrált tartós gondozási rendszer nélkül, az egészségügyi és szociális rendszer közötti kapcsolat hiánya nem csupán a költséghatékonyabb ellátást, a szakmai együttműködést, így a professzionális, minőségi betegellátást akadályozza, hanem a hozzátartozók megfelelő támogatását is.

Ápolási feladatokkal kapcsolatos tudás hiánya

Mindenkinek nehézséget jelent az **ápolási feladatokkal kapcsolatos tudás hiánya**. A fekvő beteg mozgatása, mosdatása, szükség esetén etetése csak a megfelelő ismeretek birtokában végezhető biztonsággal és hatékonyan.

"Eleinte technikai nehézségeim voltak.(...) Eleinte szobavécét használtunk - a kiültetés a súlya és a mozgáskorlátozottsága miatt nagyon nehéz volt, ráadásul, mivel vízhejtőt is kapott, naponta sokszor kellett megemelnem. (...)

*(Házi segítségnyújtás) dolgozói (...) nagyon sokat segítettek abban, hogy hogyan lássam el a gondozási feladatokat. Megmutatták például, hogyan kell jól emelni, hogy ne erőltessem meg magam. (...) Jól jött, hogy éppen azt megelőzően, hogy anyu beteg lett, elvégeztem egy **két hónapos házi gondozási tanfolyamot**, így egy egészen kicsi rálátásom volt a helyzetre. Fontos volt, hogy tudtam tanácsot kérni, és megerősítést kaptam, hogy jól csinálom az ápolást. (...)*

*Az egyik kórházból kijött egy **ápoló**, ő is adott néhány tanácsot, amit nagyon jól tudtam hasznosítani. Aztán sok mindent tapasztalatból tanultam meg." (Z., 55 é)*

Kik adhatják át a hiányzó tudást? Súlyos gondozási probléma esetén elengedhetetlen az egészségügyi, gondozási ismeret, s ebben fontos szerepet kap a gyakorlati tudást átadni képes szociális vagy egészségügyi dolgozó, szakember. A dolgozók munkaterhei miatt azonban feltételezhető, hogy ez sok esetben nehezen valósítható meg.

A Magyar Máltai Szeretetszolgálat egyik fontos célkitűzése a gondozó családtag segítése, nem csak a házi segítségnyújtásban tevékenykedő szakemberek személyes tanácsadása, hanem a Szeretetszolgálat innovatív, online támogató portálja, a WebNővér¹ által is. (vö. Tróbert – Asztalos – Széman 2018)

Ápolási kompetenciák hiányából fakadó problémák

K. arról számolt be, hogy **az ápolási kompetenciák hiánya erős szorongást idézett elő** benne:

"Az elején nagyon megterhelő volt, féltem, hogy nehogy valamit rosszul csináljak. Nagyon oda kellett figyelni, de hamar rutint szereztem." (K., 52 é)

Az interjúalany alapvetően saját tapasztalataiból építkezve vált gyakorlott gondozóvá. A megerősítés hiányából fakadó aggodalom azonban máig jelentős stressz-forrás számára.

A gondozottat körülvevő környezet-tudás

A környezet szerepe igen fontos. Z. beszámolójából kiderül, hogy az otthoni gondozási helyzettel nem pusztán a gondozási feladatok megfelelő, biztonságos elvégzését kell a hozzátartozóknak megtanulniuk.

„Jó, ha együtt tudnak gondolkodni arról is, hogy tekintetbe véve a betegszoba adottságait, mi hogyan lesz praktikus. Nem mindegy például, hogyan vannak elrendezve a bútorok, hová lehet tenni a gyógyászati segédeszközöket, hogyan lehet őket a legpraktikusabban használni, hogyan tudjuk a legbiztonságosabban mozgatni a beteget. Én nagyon nehezen szoktam meg, hogy mindenben figyelnem kell arra, hogy

¹ www.webnover.hu

anyukám fél oldala, egyik keze és lába nem mozog. Ez például sok rögzítést igényel a mozgásnál. A tolszék pont befér a fürdőszoba ajtón, most már rutinosan tudom fürdetni is anyukámat. Sok energiát megspórolhatunk, ha ismerjük a "fortélyokat"."

A gondozás gyakran csak úgy végezhető el, ha a **betegszobát (és a lakás beteg által is használt részét)** a beteg, és a gondozást ellátó családtag új igényeinek megfelelően átalakítják. Az **akadálymentesítés, és a hozzá kapcsolódó szakszerű tanácsadás** hazánkban még igencsak gyerekcipőben jár, pedig szükségességét és hatékonyságát Széman Zsuzsa és munkatársai magyar mintán is igen pozitív eredményekkel kutatták. (Széman és Pottyondy 2006)

Komplex tudás

Van, aki komplex ismereteket igényelne a gondozási helyzettel kapcsolatosan, szakemberek közvetítésével:

"Ha többet tudnék a témáról, az segítene - viszont rossz informálódó vagyok, inkább személyes kapcsolatokban működik ez, nem tudom könyvből, vagy netről kiolvasni. Ha kapnék arról információt, hogy hogyan lehet jól segíteni." (A., 47 é)

A fenti interjúrészletek egyértelművé tették, hogy az információ-, tudás-, és kompetenciahiány miatt nélkülözhetetlen a gondozást felvállaló családtagok előzetes képzése, illetve mentorálása. E nélkül a gondozó családtagok magukra maradnak, egyénileg hosszú távon képtelenné válnak a gondozási feladat ellátására. Jelenleg nincsenek a családi gondozók számára kialakított speciális képzések.

2.2. A gondozási feladat és a családi élet összeegyeztetésének nehézségei

Valamennyi interjúalany számára központi nehézség a gondozásból fakadó családi konfliktusok kezelése: a gondozó "két tűz közé" kerül. A gondozási helyzet egyéni megélését - vagyis a gondozással járó szubjektív terheket jelentősen növeli a többi családtag negatív hozzáállása, mely interperszonális szinten kapcsolati válságokat, intrapszichésen pedig szorongást, büntudatot okozhat.

Gondozásra fordított idő

A leggyakoribb probléma a **gondozás időigényessége**. Egyfelől időt vesz el a gondozott felkeresése, másfelől, a napi, gyakorlati teendőkön túl a mélyebb támogatás biztosításához több órás jelenlét kellene:

"Próbálok minden nap hívni, de sokszor alig hallom, mert kihangosítóval beszél - igazán beszélgetni nem lehet telefonon. Sokszor, ha odamegyek, először a praktikus

dolgokat mondja, és mélyebb beszélgetésre nincs lehetőség. Az több órás program... "
(A., 47 é)

Az idős emberrel való kötetlen beszélgetésre, vagy bármilyen, szellemi foglalkozásra a házi gondozás keretein belül nem jut idő. Pedig a házi segítségnyújtást igénybe vevők legtöbbször elszigeteltek, és a családtagok a saját munkájuk mellett nem tudják feloldani az idős magányát. Sajnos azonban a túlterhelt munkatársak sem tudnak nyugodtan időt szánni az időssel való személyes kapcsolatra.

Család – gondozás - problémák

A. számára komoly energia **saját, és családja határainak védelme:**

"Egyrészt van egy saját családom... Muszáj határokat kitennem, hogy védjem a saját családomat. Nagyon nehéz megtalálni a helyes mértéket. Néha adhatnék többet, néha pedig túl sokat adok."

Emellett az is folyamatos nyomás A. számára, hogy érzi **saját családja ellenállását** a gondozási helyzettel szemben:

"Nálunk az a nehéz, hogy a férjem annyira nem támogatja ezt a dolgot. Van egy rivalizálás az ő részéről és a gyerekek részéről is. Ha kicsit többet vagyok ott, biztos, hogy történik valami otthon, és hívnak, hogy azonnal haza kell jönni. Vagy a gyerekek elkezdik, hogy nem szeretik a nagyit..."

Az idő, és energiatakarékosság miatt szóba kerülhet az együtt lakás is, de ez a lehetőség A. esetében az anyagiak, a gondozott saját otthonához ragaszkodása, valamint a férjével való konfliktusai miatt végül nem valósulhatott meg. A gondozott meg tudná fizetni a minőségi idősothont, azonban nem nyitott erre a lehetőségre:

"Együtt lakni, nem működik. (...) Nagyon-nagyon fél attól, hogy egy otthonba bekerül... Ő azt mondja, hogy aki neki ismerőse van, annak nem lett jó megoldás az otthon."

A. számára **állandó problémát jelent a folyamatos újratervezés, a családi élet és a gondozás összehangolása:**

"Az a megterhelő, hogy merre mennyit fektetek be - nehéz a jó arányokat megtalálni, hogy mennyit kell magamból a gyerekeknek, mennyit a férjemnek, mennyit az anyukámnak adni."

T. is sok időt tölt a szüleivel, és ezt a férje szintén nehezen viseli:

"Ha orvoshoz megyünk, az önmagában fél nap. Heti 2-3-szor megyek hozzájuk, reméljük, hogy ez elég lesz, mert otthon ott van a családom is, a munkám. A férjemnek lelkileg fontos, hogy velem legyen. Az a nehéz, hogy ha otthon van, velem legyen, különben"

pedig a szüleimet is intézmem kell. Most úgy próbálom, hogy heti 2 napon 4-5 órát vagyok a szüleimmel." (T., 50 é)

A gondozási helyzet B. családjában is konfliktusokat okoz:

"A férjem néha vitatkozik, ő nehezebben éli meg." (B., 41 é)

A családi élet és a gondozási szituáció összehangolása sok esetben igen nehéz, pedig a gondozást felvállaló családtag számára a gondozói helyzetből fakadó nehézségekben a család lehetne az egyik legjelentősebb erőforrás. A gondozási helyzetből fakadó, férj és feleség közötti konfliktusok ezen felül a párkapcsolatot is sérülékenyebbé teszik, ami plusz terhet jelent mindkét félnek. Mindez megkívánná a rendszerszemléletű tartós gondozás meghonosítását, és azzal együtt a teljes család mentálhigiénés támogatásának biztosítását.

2.3. Szerep-konfliktusok

A segítői helyzet gyakran szerep-konfliktusokat idéz elő, részben a hiányzó segítői kompetenciák, részben az állandó érintettség miatt.

Segítő családtag gyerek szerepben

A leggyakoribb probléma az, hogy **a segítő családtag az otthon töltött időben mintegy újra gyerek szerepbe kerül:**

"Nekem egy kicsit nehéz volt visszaköltözni anyukámhoz, az nem volt egyszerű. Fogytam is vagy 6 kilót. De hát biztos mindenkit megvisel, ha föl hívják, hogy anyukája kórházban van." (V., 45 é)

"Nehéz volt az elején hogy nem tudok érdemben segíteni. Meg volt kötve a kezem, mert én otthon gyerek voltam akárhány éves is vagyok." (C., 62 é)

Gondozó családtag és a gondozási teljesítmény

Különösen nehéz a saját hozzátartozó segítőjévé válni, ha régi, fel nem oldott konfliktusok terhelik a szülő-gyerek kapcsolatot. Nehézséget okoz például, ha a szülő nem tudta "elengedni" a gyermekét. Ekkor **a gondozással járó közelebbi viszonytal az egészséges határtartás** is nehezebbé válik. Problémát jelenthet az is, ha **a szülő számára a gyermeke teljesítménye nem elég jó** - a gondozási helyzetben így állandó elégedetlenséget tapasztal meg, miközben fájdalmat, esetleg büntudatot is okoz gyermekének:

"Anyukám egy kicsit úgy működik, hogy ő megoldja az én életemet, cserébe én oldjam meg az övét... Nem jutott el arra a pontra, hogy ő ne mások életét akarja megoldani, hanem a saját életét élje. (...) Úgy éli meg, hogy őt nem látogatjuk, pedig hetente kétszer megyek hozzá. Akkor sokszor praktikus dolgokat kér, aztán azt mondja, hogy én nem foglalkoztam vele. Én nyitott lennék arra, hogy akkor azért fizessen meg

valakit, és én csak vele lennék, de ő ezt nem akarja. (...) Ha tudná elfogadni, ami van, és nem tenne folyton szemrehányást... " (A., 47 é)

"Anyával sokkal nehezebb kijönni. Apa mindent elfogad, jól megvagyunk együtt. Anyával pillanatok alatt összeveszünk... Jó a viszonyunk, de 24 órán keresztül nem tudnék vele egy levegőt szívni. (...) Kifejezetten az nehéz velem szemben, hogy soha nem jó az, amit csinálok. ...Sose vagyok elég jó, és ez baromi nehéz. Mindig görcs van bennem, hogy jaj, most mi lesz. Ez nagyon rossz hatással van rám." (T., 50 é)

Szülői kiszolgáltatottság

Szintén a szerep-konfliktushoz köthető probléma, hogy a **szülő kiszolgáltatottságának megtapasztalása, a testi ápolás megrázó élmény** (általában mindkét fél számára):

"Aztán, amikor megérkezett a pelenka, az megdöbbentő élmény volt: lelkiileg volt nehéz, hogy anyukámat kell ellátnom. Szembesültem azzal, hogy anyukám, aki pár hónappal ezelőtt még jól volt, mostantól kezdve teljesen kiszolgáltatott." (Z., 55 é)

A gondozási feladatot Z. különösen akkor érezte megterhelőnek, amikor édesanyja részéről **ellenállást, a helyzetből fakadó abúzust vagy hálátlanságot** tapasztalt:

"...az viszont megterhelt, amikor érzem, hogy 'dafke'. Ez mentális probléma, s ezt higgadtan kezelni nem mindig megy. Amikor teljesen egyértelmű, hogy meg tudná enni, mégsem teszi. (...) Ez a része volt rettenetesen nehéz. (...) Egy őszinte köszönöm nem volt... Nem vörös szőnyeget kérek, de egy őszinte köszönömöt. (...) Volt, hogy az ápolók szóltak rá, hogy most már hagyja abba, ahogy beszél velem. (Z., 55 é)

"Nem várok el semmit, egyedül azt, hogy tiszteletet adjon. Ha az nincsen, akkor szoktam leginkább kiakadni (...)" (B., 41 é)

A szerep-konfliktusból adódó nehézségek nemcsak a gondozó családtag, de a gondozott mentálhigiénés támogatásának szükségességét is felvetik. A mentális, pszichés jólét erősödése mindkét fél részéről hozzájárulhatna a gondozó - gondozott kapcsolat egészségesebbé válásához is.

2.4. Veszteségek és speciális kihívások

Az interjúalanyok többségének nagy terhet jelent a gondozott fokozatos leépülésének látványa. A **veszteségekkel való megküzdés**, a gondozott halálára, a gyászra való felkészülés komoly kihívás, melyben a családi gondozók legtöbbször magukra maradnak.

Speciális kihívást és **különösen nagy megterhelést jelent, ha a gondozott demenciával élő személy**. Ekkor a veszteség megtapasztalása minden szinten erősebb, hiszen pl. a gondozott viselkedése megváltozik, a vele való kommunikáció számos esetben teljesen lehetetlenné

válik. A családi gondozó ekkor folyamatos veszteségélményben, egyfajta megelőlegezett gyászban él:

„Nem elég, hogy egyszer így volt, de hogy ez most már évek óta így tart... (...) ha ő akkor meghalt volna, akkor van egy gyászreakció, eltelik egy év és már rég túl lennék rajta. Így meg igen, egy folyamatos veszteségben vagyok, folyamatos szembesülés...”
(G., 46 é)

Az interjúalanyok a veszteségekkel és a demenciával kapcsolatban ismételten kiemelték a jelenleg hiányzó mentálhigiénés támogatás igényét és jelentőségét.

2.5. A tehermentesítés nem megoldott

Nagy probléma az is, hogy a családi segítők **tehermentesítése nem megoldott - az egyik interjúalany évek óta nem pihent hosszabban**, mások az intenzív gondozáshoz kötötték a **privát életük megszűnését**, ismét mások arról számoltak be, hogy egyetlen vágyuk egy kötöttségek nélküli nap:

"2012 óta nem voltam hosszabb szabadságon, csak a kórházi tartózkodása alatt pihentem, és egyszer volt 3 napom... (...) Ez 24 órás elfoglaltság, kiszakadni csak rövid programokra lehet." (Z., 55 é)

"Az embernek (azelőtt) volt egy családja, saját élete. Amikor anyu kijött a kórházból, oda is költöztem, ott voltam vele 2 hónapig. Nem tudott semmit csinálni." (V., 45 é)

"24 órás felügyeletre szorult, éjjel mindig én voltam vele. 9 hónapon keresztül, fel is kellett kelni hozzá. Napközben pedig munka. (...) A privátszféra abszolút megszűnt."
(C., 62 é)

"Szerintem nagyon sokan sokra vágyakoznak, nekem elég lenne egy olyan nap is, amikor azt csinálom, amit akarok. Csak ennyi." (K., 52 é)

A tehermentesítés megoldatlansága hosszú távon kimerüléshez vezethet, amely a munkahelyi és a családi életben is komoly veszteségeket okozhat. A számok tükrében a szociális ellátórendszer jelenleg még a gondozottak szükségleteit sem tudja ellátni, nemhogy a támogató családtagok tehermentesítését felvállalni. A preventív szemlélet érvényesülése pedig nagyon fontos lenne, hiszen hosszú távon költségmegtakarítást eredményez nem csak az egészségügyi és szociális ellátórendszer, hanem a munkaerőpiac területén is.

2.6. Megküzdési nehézségek

A nehézségekkel való megküzdésben **megtartó erő a kapcsolati háló**, de kérdés, **hogy a meglévő kapcsolati tőkét az egyének valóban képesek-e mozgósítani.**

A legfontosabb erőforrást a legszorosabb kapcsolatok jelentenék, ám éppen ezek terhelődnek leginkább:

"Az hiányzik nagyon, hogy (a férjemmel) nekünk kettőnknek legyen időnk. Mindenképp szükségünk lenne több időre, amikor tudunk beszélgetni, egymással lenni. " (A., 47 é)

T. -nek is **a család az első, és lényegesek a barátok, valamint a vallási közösség** megtartó ereje:

"Húgom, férjem, gyerekek. Vannak barátaim, de mindig a vallási közösség volt az első. Van egy barátnőm, vele néha beszélgetünk." (T., 50 é)

V. számára a férje és a barátai adják a legfontosabb támaszt:

"A férjemmel mindenféleképpen megbeszélem, vele nagyon jól lehet, meg van egy már 22 éve tartó baráti kapcsolat, velük is nagyon jól meg lehet beszélni." (V., 45 é)

Egy másik interjúalany, D., arra a kérdésre, hogy hogyan oldja meg a felmerülő problémákat, és kihez fordul támaszért, azt feleli, mindent családon belül oldanak meg, náluk a tágabb rokoni kör is nagyon összetartó:

"Mindig családon belül. Meg, hogyha segítségre van szükség, rokonság is van, összetartunk, ha bármi probléma van, családon belül zajlik. De sokszor fordulnak hozzánk külsősök is, távolabbi rokonok. Ha bármi gond van, akkor megoldható - pl. fodrászhoz menni, eljönni, stb..." (D., 55 é)

Z. elvált, számára a baráti kapcsolatok jelentősége nagyobb:

"Közel lakik egy gyerekkori barátnőm, sokat találkozunk, sétálunk, kirándulunk - egy-két óra alatt bejárjuk a környéket. Fontos, hogy rendszeresen járok színházba, nagyon szeretem a művészetet. " (Z., 55 é)

K. is rendelkezik erőt adó baráti kapcsolatokkal, viszont a gondozási terheket nem akarja, nem tudja megosztani barátaival:

"Persze vannak barátaim, de sok negatívval nem traktálhatom őket. Nem, valamikor szükségem van arra, hogy elbeszélgessek valakivel, de őt is „lehúzó” akkor, azt meg nem akarom. (...)" (K., 52 é)

A kapcsolatokban rejlő erőforrás lényeges a megküzdés sikeressége szempontjából, azonban a kapcsolatok ápolására a gondozás miatt kevesebb idő marad. Ez ismét felhívja a figyelmet a gondozást végző családtagok tehermentesítésének és megküzdésben való támogatásának lényeges voltára.

2.7. A gondozási feladat negatív hatással lehet a munkavégzésre

A munka-gondozás összeegyeztethetlensége-részmunkaidő

a kérdésre, hogy hogyan hat a gondozási feladat a munkavégzésükre, a gondozók **sok esetben munkahelyi nehézségekkel** válaszoltak:

"Annyiban volt nehéz, hogy az az időm volt az iskolára, amit ott töltöttem, egy tanárnak pedig készülnie kell - a lyukasóráimat használtam fel, útközben javítottam..."
(A., 47 é)

"...már az első hónap után azt hittem, hogy baj lesz, akármilyen. Vagy, hogy tévedni fogok a munkában. (...) a vége felé volt olyan, hogy az édesanyám hiába kiabált, már nem ébredtem föl. Annyira fáradt voltam." (C., 62)

A munka-gondozás összeegyeztethetlensége miatt többen a részmunkaidős foglalkoztatást választják, ez pedig könnyebbség ugyan, ám egyben a gondozó jövedelemcsökkenésével jár, a gondozás terhe mellett a gondozó gazdasági helyzetének romlását idézi elő, amit nem kompenzálnak.

Z. egy ideje tulajdonképpen munka helyett látja el a gondozási feladatot:

"2012-ben ismét hosszabb időt töltött kórházban, ez az időszak is megerősített, hogy tovább csináljam a gondozást. Egy ideig külső segítséget is igénybe vettem az éjszakai felügyelethez. Most tulajdonképpen ez a munkahelyem." (Z., 55 é)

D. is az ápolás miatt lett részmunkaidős:

"Nagyon sok volt már, és rosszabb lett az állapota, de változtattam volna amúgy is - nem volt kifizetődő. Megérdeklődtem az ápolásit." (D., 55 é)

Munkahelyének közelsége szerencsés helyzetet biztosít:

"Ha bármi van, haza tudok ugrani a munkahelyről, megoldható."

Munkahely és gondozás összeegyeztethetlensége - egészségi állapot

A munkahelyi és gondozási feladatok párhuzamos ellátása legtöbbször nemcsak fizikailag, hanem lelkileg is nagyon megterhelő:

"Az elején nem annyira volt megterhelő, de a végén már nagyon, akkor olyan fáradt voltam, hogy úgy éreztem, el tudnék állva aludni." (C., 62 é)

"Hogy milyen mértékben megterhelő? Van amikor 100%-ig, van amikor meg abszolút könnyedén veszem az akadályokat. Egyrészt szituációtól függ, meg hogy mennyire vagyok elfáradva. Tehát a többi hozzárakódott dolog. - A munkahely, gyerekek, tanulás... Hogy ezek mennyire rakódnak. Ha nincsen probléma, akkor megy a dolog. Néha vannak kiakadások, amikor azt mondom, kész, vége, nem bírom. De mindig visszamegyek és mindig segítek." (B., 41 é)

Az egyik interjúalany esetében **a gondozási és munkaterhek együttes eredményeként teljes kimerülés lépett fel, munkahelyi kiegészítés alakult ki:**

„Összességében amikor már a kimerült állapotban voltam, akkor a teljesítményem romlott, de nem önmagában csak a gondozástól” (G., 46 é)

G. egy évre betegszabadságra kényszerült. Bár ez már önmagában jelentős anyagi megterheléssel járt, a felépüléshez szükséges lelki támogatást magán úton finanszírozta, mert az egészségügyi ellátórendszer keretei között nem volt biztosítható a hatékony mentálhigiénés segítség.

A munkahely pozitívuma

A munka és a gondozás utáni feltöltődés sok esetben szinte teljesen lehetetlenné válik, azonban előfordul, hogy éppen a munkahely lesz pihentető a megterhelő családi-gondozási helyzet után:

"Volt amikor azt érzem, hogy sok a kettő - ott is küzdelem, meg itt is, mindenütt kihívás, és otthon sincs pihenés... de sokszor úgy éreztem, hogy jó, hogy ki tudok lépni itthonról..." (A., 47 é)

Szintén A. említi, hogy **a munka pozitívuma a gondozással kapcsolatban a kötött, biztonságot adó napi ritmus:**

"Adott egy ritmust is, jobban be voltam szorítva, hogy ekkor ezt csinálom, akkor meg azt." (A., 47 é)

Munkaerő-piaci érdek, hogy a gondozást végző családtagok ne essenek ki a munkából - támogatásuk a munkaadó részéről felveti a rugalmasabb munkaidő, és a részmunkaidő lehetőségének biztosítását. Még egyszer hangsúlyozandó, hogy a részmunkaidő vállalása azonban a nem megfelelő összegű ápolási díj mellett komoly anyagi gondokat is jelenthet.

2.8. A spiritualitás, mint védőfaktor a gondozási helyzetben

Sokan említik, hogy a nehézségek idején a hitükből, Istennel való kapcsolatukból merítenek erőt - még akkor is, ha kevés idejük marad ennek ápolására:

"Miből merítek erőt? Az Istennel való kapcsolatból, de nagyon kevés időm van. Az utóbbi időben nehezen találtam meg. (...) Meg kell találni a formáit, hogy az istenkapcsolat táplálkozzon. Időt adni annak, amikor csak vele vagyok." (A., 47 é)

"Miből merítek erőt? A hitemből. A gyerekeimből, férjemből, sok időt töltünk együtt. (...) Problémáim esetén, mi az első lépés? Először gondolkodom, aztán imádkozom. Ritkán van az, hogy külső segítséghez fordulok. Az imádság sokat segít..." (T., 50 é)

"Először imádkozni szoktam. Aztán megbeszélem valakivel, meg van, hogy pörgők-forgók a helyzet körül, hogy mit is csináljak." (Z., 55 é)

"Csakis az a lelki élet jelentett erőforrást, amit élek." (C., 62 é)

D. kiemeli, hogy az egyházi közösség a gondozottat is támogatja:

"... az egyháztól is jött segítség, elvitték templomba, ha már nem tudott elmenni. Odafigyelnek." (D., 55 é)

B. nem említi erőforrásként a hitet, vagy a vallást, viszont arra a kérdésre, hogy mi ad erőt, az előzetekintést, a célok kitűzését és a pozitív szemléletre való törekvést emeli ki, amelyek a tágabb értelemben vett spiritualitásnak fontos elemei:

"Hát, hogy holnap is kell csinálnom. Meg még vannak céljaim, (...) Néha elkeseredek, akkor magamba borulok, de mindig találok valamit, ami miatt megint erőre kapok." (B., 41 é)

2.9. Tartózkodás a szociális ellátórendszerrel szemben

Az ellátás minősége

A szociális ellátórendszerrel kapcsolatban nagyon **kevés a pozitív tapasztalat** és az inkább nem állami szolgáltatókhoz köthető, pedig a partneri viszony, az együttműködés fontos megtartó erő lehetne a gondozási folyamatban. Sokan nem pusztán az információhiány miatt nem fordulnak a házi segítségnyújtás önkormányzatok által biztosított formáihoz, hanem azért sem, mert nem találják megfelelő színvonalúnak az ellátást:

"Egyszer voltunk kapcsolatban. Próbálkoztunk vele, de jobb elfelejteni. (...) Abszolút nem működött. Nyilvánvaló, hogy ez személyfüggő is. Volt, ahol kiváló tapasztalat volt, azért is fordultunk hozzájuk." (C., 62 é)

Szociális ellátórendszer – társadalmi megítélés - családi kötelezettség

Sokan családi feladatnak tartják a gondozást, szinte szégyellnék, ha nem tudnák ellátni ezt a szerintük elsődlegesen gyermeki kötelezettséget:

"A szociális ellátást anyu nem igényelte, mert hogy itt vagyok én. De hát tényleg, nincs szükség rá. Kialakult a rendszer, az elején féltem, hogy nem jól csinállok valamit, de most már kialakult." (K., 52 é)

"Nem tartottunk rá igényt, amíg így tudunk segíteni." (D., 55 é)

A szociális ellátórendszer és a bizalom

B. arról számol be, hogy **a szülők azért nem engedik a szolgálat igénybe vételét, mert félnek, nem bíznak a munkatársakban:**

"Nem. Nem engedik. Mert meglopják, fejbe vágják... Ez már üldözési mánia." (B., 41 é)

Előfordul azonban nagyon pozitív tapasztalat is:

"Nagyon pozitív, a viszony partneri." (Z., 55 é)

Az időhiány következtében azonban gyakran nem tud kialakulni személyes kapcsolat a családtagokkal. Számos esetben, mivel nincsen találkozási felület, az információk nem áramolnak megfelelően a család és a gondozónők között, aminek akár súlyos következményei is lehetnek a gondozottra nézve - pl. a gondozónő nem értesül időben a gondozásra vonatkozó, legújabb orvosi előírásokról; az idős nem tudja megfelelően tájékoztatni a családot a gondozónővel történt eseményekről, vagy a gondozással kapcsolatos panaszairól, esetleg félelmeiről.

A gondozók és a család közötti kollegiális, partneri viszony nagyon ritka. Előfordul, hogy a család a gondozás igénylésével úgy érzi, "letudta" saját feladatát, pedig a család szerepe a gondozott mellett, és a gondozási folyamatba való integráltsága a szociális szolgáltatások igénybevételével nem szűnhet meg. Előfordul az is, hogy a gondozónők "irányítani" akarják a családtagokat.

A családdal való kapcsolat kiépítésére, ápolására a szociális ellátórendszerben dolgozóknak a tapasztalatok szerint már nincsen kapacitása, pedig a partneri viszony, és az együttműködés mindkét fél, és a gondozási folyamat szempontjából is gyümölcsöző lenne.

3. A magyarországi helyzet nemzetközi kitekintésben

Mivel az ellátórendszerek egyre kevésbé tudják lefedni a gondozási igényeket, újra előtérbe kerül a család, mint természetes gondozási erőforrás. Az informális gondozók által végzett gondozási munka becsült értéke *Angliában* igen magas: 2015-ben 15,1 millió font volt óránként, ami hetente 2,5 billió fontot jelent – a családi gondozók jelentős terhet vállalnak át az államtól (Buckner és Yeandle 2015). Egy *svéd* felmérés szerint az informális gondozás óraszámja meghaladja a formális gondozását (Wimo és mtsai 2017). Coe és munkatársai (2018) rámutatnak, hogy a családi gondozói munka értékének becslésekor nem elég számba venni a gondozási munkaórák értékét. Olyan tényezőket is figyelembe kell venni, mint a gondozás miatt esetleg lecsökkentett professzionális munka – a "kiesett" munkaidő értéke, az "elvesztett" szabadidő értéke, a gondozási folyamat esetleges káros hatása a jövőbeni munkavállalásra, vagy a családi gondozás belső értékei (pl. kötelesség teljesítése). Modelljük

alapján a családi gondozói munka értéke egy két éves periódusban a gondozott állapotától függően akár 200.000 dollár is lehet.

Az informális, vagyis az egészségügyi és szociális ellátórendszer keretein kívül igénybe vett, nem finanszírozott gondozást főként családtagok biztosítják. Mivel a kutatások szerint a gondozási feladat a családtagok súlyos megterheltségével és egészségkárosodásával járhat, egyre inkább szükségessé válik a gondozók életminőségének mérése, javítása is (Zrubka 2017). A demográfiai folyamatok következtében a gondozás felvállalásakor a gondozók életkora is várhatóan magasabb lesz, így Európa szerte újabb problémákat vehet fel, ha az idősebb gondozottal *párhuzamosan ők maguk is gondozottakká válnak* majd. (EC 2015)

Annak ellenére, hogy a családtagok jelentős részt vállalnak a gondozási feladatokból, az ellátórendszerek szinte kizárólag a gondozottak ellátására fókuszálnak, a családtagok támogatására nincsenek szolgáltatások. Ahhoz, hogy segíteni tudják az idős hozzátartozót, a családtagoknak is támogatásra van szükségük. A támogatás biztosítása mellett szükséges azonban a családi gondozók partnerként való elismerése az ellátórendszerek részéről (vö. pl. Wolff és Roter 2008, Lavoie és Guberman 2009, UNFPA 2011, Gillick 2013, Szabó 2013, Szabó 2014, Szabó 2015, Roth és mtsai 2015, Fábíán 2015, Tróbert 2015, Tróbert és Széman 2016, Patyán 2018). Az elmúlt évtizedekben számos nemzetközi vizsgálat bizonyította, hogy az időseknek segítséget nyújtó családtagok számára a gondozás felvállalása jelentős megterheltséget okoz, amely súlyos következményekkel járhat, akár teljes kiemüléshez is vezethet. (vö. pl. Ducharme és munkatársai 2001, Pinquart és Sörensen 2003, Schulz és Sherwood 2008, Roth és mtsai 2009; Vitaliano és mtsai 2003, Arican 2016, Do Couto és mtsai 2016, Fekete és mtsai 2017)

A magyar interjúk tükrében látható, hogy a családtagoknak számos nehézséggel kell szembenéznük. A lelki egészségük megőrzéséhez, az életminőség javításához nagy szükség lenne arra, hogy a házi segítségnyújtás keretén belül is igényelni lehessen mentálhigiénés támogatást. A gondozónők kompetenciáját meghaladja, hogy az idős embert vagy a családtagokat lelki nehézségeikben támogassák, illetve megkülönböztessék, hogy mikor lenne szükség szakember segítségére. A házi segítségnyújtás keretein belül jelenleg nem alkalmaznak mentálhigiénés munkatársakat, pedig jelenlétük kulcsfontosságú lenne egyrészt a teljes emberre kiterjedő gondozás megvalósításában, másrészt az interdiszciplináris teammunka megszervezésében. Ezen kívül fontos szerepük lehetne a családdal való kapcsolattartásban is. Gyakran előfordul, hogy az idős és családja kapcsolatát régi konfliktusok terhelik. A mentálhigiénés munkatársak a gondozás hatékonyságát is növelnék, ha támogathatnák a családtagok időshöz való viszonyának javulását.

Mind a nemzetközi mind a hazai felmérések feltárták, hogy az ellátórendszerekre és informális gondozókra nehezedő nyomás csökkentése érdekében az egészségben eltöltött életek számának növelése elsődleges feladat, ezért szükségessé válnak a preventív stratégiák, melyek egyben az aktív idősödés alapját képezik. (Walker 2002, UN 2002, WHO 2002/2, INS 2009, Kerekes és Karádi 2013, Semsei 2015, WHO 2016/1,2) Megkerülhetetlen a formális gondozás - tartós gondozási rendszer megerősítése és reformja, ezzel párhuzamosan pedig elengedhetetlen a családtagok gondozási folyamatba való integrálása és a gondozási feladatban való támogatása. Az ellátásban megnő a *formális és informális gondozás együttes szerepe*, a gondozási folyamatban részt vevők partneri együttműködésének jelentősége. (Twigg és Atkin 1994, Daatland és Herlofson 2003, Daatland és Lowenstein 2005, Di Rosa és mtsai 2011, Hlebec 2015, Tróbert és Széman 2015, 2016, Patyán 2018)

Záró gondolatok

Az interjúk elemzésének tükrében hangsúlyozni kell, hogy az ellátórendszerek terheltségének növekedésével a családi erőforrások várhatóan egyre nagyobb szerepet kapnak a tartós gondozásban. Magyarországon a családtagok szociális ellátórendszerrel kapcsolatos feladatait újra kell gondolni. Ehhez elengedhetetlen a családtagok gondozási folyamatba való partneri bevonása, képzése. Emellett mentálhigiénés támogatásuk elsődleges feladattá válik a szolgáltatásfejlesztés terén. A családi gondozók hazai szükségleteinek feltárása, az egészségügy és a szociális szféra összekapcsolása, az integrált tartós gondozási rendszer megvalósításának kezdeményezése, a már bevált jó példák adaptálása sürgető feladat, mely mielőbb további kutatásokat tesz szükségessé.

Hivatkozások

- Arıcan B, Guney M, Akbal N, Demiral BH, Nadir A, Kokar IK, Dabak MR, Sargin M. (2016) Determining depression level of caregivers providing home healthcare services. North Clin Istanbul, 3: 118-123.
- Buckner L, Yeandle S. (2015): Valuing Carers 2015. The rising value of carers's support. Carers UK, 2015. https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.546409!/file/Valuing-Carers-2015.pdf (2018.12.10.)
- Coe NB, Skira MM, Larson EB. (2018) A Comprehensive Measure of the Costs of Caring for a Parent: Differences According to Functional Status. JAGS, 66: 2003–2008.
- Daatland SO, Herlofson K. (2003) Lost solidarity or changed solidarity: a comparative European view of normative family solidarity. Ageing and society, 23: 537-560.

- Daatland SO, Lowenstein A. (2005) Intergenerational solidarity and the family – welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2: 174-182.
- Di Rosa M, Kofahl Ch, McKee K, Bien B, Lamura G, Prouskas C, Döhner H, Mních E. (2011) A Typology of Caregiving Situations and Service Use in Family Carers of Older People in Six European Countries. The Eurofamcare Study. *Geropsych*, 24: 5-18.
- Do Couto AM, De Castro EAB, Caldas CP. (2016) Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Rev Rene*, 17: 76-85.
- Ducharme F, Lebel P, Bergman H. (2001) Vieillesse et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXI^e siècle. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8: 110-121.
- EC: The Ageing Report 2015, Economic and budgetary projections for the EU 28 member states 2013 – 2060 *European Economy*, European Commission, 2015 http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf (2018.11.20.)
- EK TG: Tartós gondozás az Európai Unióban, Európai Közösségek, Luxembourg 2008 [file:///C:/Users/user/Downloads/Brochure LTCBis HU 081013.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Brochure_LTCBis_HU_081013.pdf) (2018.12.10.)
- EUT SzV: Megfelelő szociális védelem az előregedő társadalomban felmerülő tartós ápolási-gondozási igények összefüggésében: A szociális védelemmel foglalkozó bizottság és az Európai Bizottság együttes jelentése. Az Európai Unió Tanácsa, Brüsszel, 2014. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=HU&f=ST%2010406%202014%20INIT> (2017.10.15.)
- Fábián G. (2015) Interprofesszionális együttműködési lehetőségek a szociális ellátásban. INDA Interprofesszionális Demencia Alapprogram, 2015. https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/fabian_gergely.pdf (2019.02.20.)
- Fekete C, Tough H, Siegrist J, Brinkhof MWG. (2017) Health impact of objective burden, subjective burden and positive aspects of caregiving: an observational study among caregivers in Switzerland *BMJ Open*, 7: e017369
- Gillick MR. (2013) The critical role of caregivers in achieving patientcentered care. *JAMA*, 310: 575-576.
- Hlebec, Valentina (2015): Care arrangements among social home care users in Slovenia, *Studia Sociologica*, 2: 75-96.
- INS: Idősügyi Nemzeti Stratégia (2009) <http://www.parlament.hu/irom38/10500/10500.pdf> (2018.10.10.)

- Kerekes Zs, Karádi K. Időskori kognitív változások összefüggései a mindennapi életvezetéssel. In: Kállai J, Kaszás B, Tiringner I (szerk.), Az időskorúak egészségpszichológiája. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2013:263-288.
- Lavoie JP, Guberman N. (2009) Le partenariat professionnel – famille dans les soins aux personnes âgées. Un enjeu de reconnaissance. Lien social et Politiques, 62: 137-148.
- Patyán L. (2018) A professzionális és családi gondozók viszonyrendszere az idősek otthoni gondozásában. ELTE TTK, Doktori disszertáció.
- Pinquart M, Sörensen S. (2003) Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. Psychology and Aging, 18: 250-267.
- Roth DL, Fredman L, Haley WE. (2015) Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. The Gerontologist, 55: 309-319.
- Roth DL, Perkins M, Wadley VG, Temple EM, Haley WE. (2009) Family caregiving and emotional strain: Associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. Quality of Life Research, 18: 679-688.
- Schulmann K, Leichsenring K, Casanova G, Ciuca V, Corches L, Genta M, Grigaliūnienė Z, Kucsera Cs, Matei A, Maattanen N, Naegele G, Paat-Ahi G, Pirciog S, Principi A, Rodrigues L, Rodrigues R, Sanduleasa B, Schulze S, Reichert M, Széman Zs, Wall K. (2014) MoPAct Mobilising the Potential of Active Ageing in Europe Social support and long term care in EU care regimes. WP8. Overview report <http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/Social-support-overview-report.pdf> (2018.10.12.)
- Schulmann K, Leichsenring K, Casanova G, Ciucă V, Ghența M, Gouveia R, Lamura G, Matei A, Mladen L, Naegele G, Oja I, Paat-Ahi G, Pirciog S, Reichert M, Schulze S, Széman Zs, Tróbert AM. A qualitative inventory of the key drivers of social innovation in social support and long term care (QUALIND), Final Report. Vienna, 2015 <http://mopact.group.shef.ac.uk/wp-content/uploads/2013/10/D8.3-A-qualitative-inventory-of-the-key-drivers.pdf> (2018.10.12.)
- Schulz R, Sherwood P. (2008) Physical and mental health effects of family caregiving. The American Journal of Nursing, 108: 23-27.
- Semsei I. (2015) Demencia okozta társadalmi kihívások – demenciával együtt élő társadalom. INDA Interprofesszionális Demencia Alaprogram, 2015. https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/semsei_imre.pdf (2019.01.20.)
- Szabó L. (2013) Idősellátás kérdőjelekkel. Esély, 24: 87-97.

- Szabó L. (2014) A professzionális és informális segítők szerepe az idősök otthoni ellátásában. *Esély*, 25: 79-93.
- Szabó L. (2015) Gondozó családok támogatása. INDA Interprofesszionális Demencia Alapprogram, 2015. https://inda.info.hu/uploads/dokumentumok/szabo_lajos.pdf (2019.02.20.)
- Széman Zs, Pottyondy P. (2006) Idősök otthon. Megszokott környezetben, nagyobb biztonsággal. Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület – MTA Szociológiai Kutatóintézet, Budapest, 2006
- Széman Zs, Tróbert AM. (2017/1) A szociális innováció lehetőségei a tartós idősgondozásban. *Esély*, 28: 45-62.
- Széman Zs, Tróbert AM. (2017/2) Social innovation in the provision of services in long term care. *European Journal of Mental Health*, 12: 204–217.
- Tróbert AM. (2015) Az idős hozzátartozót ápolók támogatásának jelentősége. *Esély*, 26: 85-94.
- Tróbert AM, Asztalos B, Széman Zs. (2018) [Az e-learning képzés szerepe a formális és informális idősgondozók támogatásában](#) In: Fodorné Tóth K (szerk.) A felsőoktatási lifelong learning társadalmi és gazdasági haszna: kutatás – fejlesztés – innováció: Social And Economic Benefits Of University Lifelong Learning: Research – Development And Innovation. MELLearn Felsőoktatási Hálózat az életen át tartó tanulásért Egyesület, Debrecen, 2018: 256-271.
- Tróbert AM, Széman Zs. (2015) Szociális innováció a tartós idősgondozásban - Magyarországi összefoglaló beszámoló. Kézirat, MTA
- Tróbert AM, Széman Zs. (2016) Kiegészítő elemzés a MoPAct WP8 T3 magyar fókuszcsoportjában felmerült problémafelvetéshez. Kézirat, MTA
- Tróbert AM, Széman Zs. (2018) Háziorvosok és idősellátás egy kérdőíves kutatás tükrében. *Orv Hetil*, 159: 312-319.
- Twigg J, Atkin K. *Carers perceived: Policy and practice in informal care*. Open University Press Buckingham 1994
- UN: Political Declaration and Madrid International Plan of Action on ageing. United Nations, New York, 2002
- UNFPA: Overview of Available Policies and Legislation, Data and Research, and Institutional Arrangements Relating To Older Persons - Progress Since Madrid. UNFPA – HelpAge International, 2011 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Older_Persons_Report.pdf (2018.11.20.)

- Vitaliano PP, Zhang J, Scanlon JM. (2003). Is caregiving hazardous to one's health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129: 946-972.
- Walker A. (2002) A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55: 121-139.
- WHO (2002/2) Active Ageing: A Policy Framework. WHO, 2002
https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ (2018.12.10.)
- WHO (2016/1) Rapport mondiale sur le vieillissement, WHO, 2016
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf
(2018.11.20.)
- WHO (2016/2) Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. WHO, 2016/2,
<http://www.who.int/iris/handle/10665/250847> (2018.11.20.)
- Wimo A, Elmståhl S, Fratiglioni L, Sjölund BM, Sköldunger A, Fagerström C, Berglund J, Lagergren M. (2017) Formal and informal care of community-living older people: a population-based study from the Swedish national study on aging and care. *J Nutr Health Aging*, 21: 17-25.
- Wolff JL, Roter DL. (2008) Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of Internal Medicine*, 168: 1409-1415.
- Zrubka Zs. (2017) Az informális ellátás mérése és egészség-gazdaságtani értékelése. *Orv Hetil*, 158: 1363-1372.



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

TESZTELD A MEMÓRIÁD (TEST YOUR MEMORY) KÉRDŐÍV MAGYAR VÁLTOZATÁNAK (TYM-HUN) ALKALMAZHATÓSÁGA

Dr. Égerházi Anikó¹, Dr. Kovács Zoltán György¹, Magócs Éva¹, Szöllősi Gergő József²,
Harsányi Szilvia³, Dr. Garbóczy Szabolcs⁴, Dr. Kolozsvári László Róbert⁵

¹ Pszichiátriai Klinika, Klinikai Központ, Debreceni Egyetem

² Biostatistikai és Epidemiológiai Tanszék, Megelőző Orvostani Intézet, Népegészségügyi
Kar, Debreceni Egyetem

³ Egészségügyi Menedzsment és Minőségirányítási Tanszék, Népegészségügyi Kar,
Debreceni Egyetem

⁴ Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Pszichiátriai Osztály, Debreceni Egyetem

⁵ Családorvosi és Foglalkozás-Egészségügyi Tanszék, Népegészségügyi Kar, Debreceni
Egyetem

Levelező szerző:

Dr. Égerházi Anikó, PhD

Debreceni Egyetem Klinikai Központ

Pszichiátriai Klinika

4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

T/ F: +36 52 255 240

E-mail: egerhazi@med.unideb.hu

Összefoglaló

Az öregedés természetes velejárója az agyi működések változása, így nehezebb neveket felidézni, számokat megjegyezni, új dolgokat megtanulni. A szellemi hanyatlás, a demencia azonban nem része a természetes öregedésnek. A demencia elsősorban az idősek betegsége. Az Alzheimer demencia agyi kórfolyamatai jóval a klinikai kép megjelenése előtt már elkezdődnek, enyhe kognitív zavar (EKZ) egy része ennek következménye lehet. Ebben a

stádiumban felismerni a kognitív funkciók zavarát adhat arra lehetőséget, hogy lassítható legyen a folyamat, ill. amint oki kezelés elérhetővé válik, be lehessen avatkozni. A „Teszteld a memóriád” (TYM-HUN) rövid önkitöltős teszt alkalmas a demencia szűrésére és várhatóan alkalmas az EKZ felismerésére is.

Kulcsszavak: Alzheimer demencia, Enyhe kognitív zavar, demencia szűrőteszt, TYM-HUN

APPLICATION OF HUNGARIAN VERSION OF TEST YOUR MEMORY (TYM-HUN)

Abstract

The change in brain functions is a natural consequence of aging, e.g. difficult to recall names, to remember numbers, to learn new things. However, mental decline and dementia are not part of natural aging. Dementia is primarily a disease of the elderly. Neuropathology of Alzheimer's dementia starts long before the clinical symptoms of dementia, part of a mild cognitive impairment (MCI) might be due to this. At this stage, recognizing the cognitive dysfunction may give the opportunity to slow down the progression, respectively as soon as causal treatment becomes available, it could be used. The Hungarian version of "Test Your Memory" (TYM-HUN) is a suitable short self-test test for screening dementia and is also expected to be useful to detect MCI.

Keywords: Alzheimer's Dementia, Mild cognitive impairment, dementia screening, Test Your Memory, TYM-HUN

Bevezetés

Az életkorral járó mentális változások között a tapasztalatokon alapuló szintetizáló képesség, a megfontoltság az idősebbek bölcsességének alapja. A negatív irányú változások között a korfüggő feledékenység, nehezebb neveket felidézni, számokat megjegyezni, új dolgokat megtanulni, és az alkalmazkodó képesség csökken. A szellemi hanyatlás nem része a sikeres öregedésnek, de a demencia kockázata nagy az idős populációban. Az elsődleges megelőzés keretében fontos a lakosság egészségmegőrző életformára nevelése, amiben a tájékoztató és ismeretterjesztő programok, aktivitások szerepe kiemelendő. A másodlagos megelőzés válik szükségessé demenciára magas kockázatú populációban, és a kognitív hanyatlást jelző kezdeti tünetek megjelenése esetén, itt a kognitív tréningen van a hangsúly. A

harmadlagos prevenció a már kialakult betegség kezelésével foglalkozik. Nehéz szembesülni a kognitív képességek csökkenésével, a szűrőteszt elvégzésére nem is vállalkozik mindenki. Aki dolgozik azért, mert félti az állását, aki már nem dolgozik talán azért, mert szégyelli. Az Alzheimer típusú demencia esetén a betegség belátás is sérül, tehát nem ismeri fel az egyén a hiányosságait, sőt elutasíthatja és sértésnek veheti, ha azzal szembesítik. A lappangó gyanú jelekkel nem elsősorban a pszichiátriát vagy a neurológiát keresik fel, leginkább a családorvos az, akinek erre fel kell figyelnie. Milyen lehetőségei vannak a felismerésnek? A családorvosi rendelőkben olyan kognitív tesztre van szükség, ami rövid, önkitöltős, könnyen felvehető és kiértékelhető, nem csak a demencia szűrésére alkalmas, hanem elég érzékeny az ezt megelőző állapot, az enyhe kognitív zavar (EKZ) felismerésére is. Az alapellátás keretei között erre alkalmazható validált teszt Magyarországon jelenleg nincs használatban. A Test Your Memory (TYM) könnyen felvehető és kiértékelhető, rövid, önkitöltős kérdőív, melyet Angliában fejlesztettek ki, a demencia szűrésére és az EKZ felismerésére is érzékenynek bizonyult (Brown és mtsai, 2009, tymtest.com).

Jelen közlemény célja röviden áttekinteni az orvosi alapellátás szerepét a demencia felismerésében, megelőzésében és kezelésében, valamint bemutatni a TYM teszt magyar változatát és használhatóságának lehetőségeit magyar populációban.

Módszerek

A közlemény a vonatkozó szakirodalom, az elérhető online adatbázisok (PubMed, Medline, Science Direct, Cochrane Database), valamint saját tapasztalatok és munkacsoport vizsgálatok eredményei alapján készült.

Megbeszélés

A demencia jelentős népegészségügyi probléma világszerte és hazánkban is. Magyarországon valószínűleg 150 - 300 ezer beteg szenved különféle eredetű és súlyosságú demenciában. A demencia prevalenciája Magyarországon a PreDem study (EGPRN European General Practice Research Network) adatai alapján 1.5% a teljes populációban. Idősek között gyakori, a 65 éves lakosságban 5-10%, a 75 évesek körében 15-20% közötti. Több mint hetvenféle demenciához vezető ok létezik, ezek közül a leggyakoribb az 50-60% Alzheimer betegség (AD), a vaszkuláris típusú (VD) 10-25%, az egyéb formák (pl. egyéb neurodegeneratív, alkoholos-toxikus és más betegségek) aránya <5%, és vannak „kevert” demenciák (Petrazzuoli és mtsai, 2017). Magyarországon a demencia gyakoriságára a halálozási

statisztikákból nem lehet következtetni, mivel nem közvetlen halálok, az előfordulására vonatkozó adatok csupán becslésekre alapulnak.

Demencia korai felismerése az alapellátásban

A betegek először és a korai stádiumban általában az alapellátásban jelentkeznek, azonban a diagnózis felállítása a szakellátás feladata. A Pszichiátriai Szakmai Kollégium javaslata szerint, mivel a betegség sokszor túl későn kerül felismerésre, „javasolható lenne 1-3 évente a 65 év feletti lakosság alapellátásban történő szűrése” (Degrell és mtsai, 2011).

A jelenleg magyarul elérhető, a demenciára vonatkozó irányelv az „Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvek. A demencia kórismézése, kezelése és gondozása”, amely 2008-ban került kidolgozásra és interneten elérhető (<https://docplayer.hu/5391806-A-demencia-korismezezes-kezelese-es-gondozasa.html>, elérés 2018. november 10.), nyomtatásban 2011-ben jelent meg a Medition Kiadó gondozásában (Degrell és mtsai, 2011). Összefoglaló közlemény jelent meg nemrég a családorvosi gyakorlat szempontjait figyelembe véve a demencia korai felismeréséről (Ostorharics-Horváth és Torzsa, 2019).

A fenti irányelv alapján a demencia gyanúja esetén szükséges a részletes autoanamnézis. Szellemi hanyatlást jelezhet, pl. ha valaki a korrall összefüggésbe hozható feledékenységél kifejezettebb emlékezetzavart észlel magán, vagy a környezet számára észrevehető, hogy a személy ugyanazt a kérdést újra és újra felteszi annak ellenére, hogy már választ kapott rá. A sokszor ismétlődő kérdés a rövidtávú memória zavarára utalhat a betegség kezdeti szakaszában, később a hosszú távú memória is károsodik. Gyanújel lehet az is, ha az egyén nehezen találja a szavakat, vagy kevésbé tevékeny, esetleg a korábban könnyen elvégzett feladatokban nehézsége van. Szükséges a heteroanamnézis (családtagok, környezet által nyújtott információk), tájékozottság, memória vizsgálata (azonnali, rövid és hosszú távú), mindennapi aktivitás, életvitel és önellátás szintjének megállapítása. Fontos a zavartság, pszichózisok agresszív viselkedés feltárása.

A demencia felismerésére leginkább használatos szűrőtesztek, a Mini Mental State Examination (MMSE), az órateszt, a Mini-Cog, megbízhatóan jelzik a már kialakult demencia tüneteket (Folstein és mtsai, 1975, Freedman és mtsai, 1994, Borson és mtsai, 2003).

A demencia diagnózisa

Minden demencia átvizsgálás a szekunder, potenciálisan gyógyítható okok kizárásával kezdődik. Amennyiben a részletes belgyógyászati, neurológiai, pszichiátriai átvizsgálás kezelendő betegséget tár fel, ennek kezelése szükséges. Az elsődleges okok diagnosztizálása célzott képalkotó vizsgálatokkal és speciális laborvizsgálatokkal lehetséges. A folyamatban az

alapellátás szerepe a gyanú felvetése, rutin vizsgálatok és beutalás a szakrendelésre. A diagnózist a pszichiátriai szakrendelésen állítják fel.

A demencia korai felismerése nagy kihívást jelent, ennek okai, hogy a kezdete gyakran alattomos, fokozatos, változatos tünetekkel indul. A betegség klinikai képe sok egyéb tényezőtől is függ (például: demencia típusa, érintett agyi területek, beteg személyisége). A differenciáldiagnosztika igen nehéz (pl. normál öregedés, gyógyszer mellékhatások, affektív zavar - pszeudodemencia). Aki kognitív funkciókat nagyobb mértékben igénylő munkát végez, előbb észlelheti a hanyatlást, de mindez késleltetheti is a betegség tüneteinek jelentkezését, mindaddig, míg a betegség előrehaladott stádiumba nem kerül. A diagnózis felállítását számos faktor késleltetheti, mint az orvos (pl. elutasítja a diagnózisalkotást), vagy a család (pl. nem kérnek, keresnek segítséget, ignorálják a tüneteket), mert a diagnózis stigmatizáló, megbélyegző és a tudomány jelenlegi állása szerint a demencia sokszor nehezen kezelhető. Emellett ki kell emelni a család szerepének fontosságát a diagnózis felvetésében és ebben az edukáció jelentőségét, tekintve, hogy „néhány kognitív funkció kiesése a családtagok számára jóval hamarabb észlelhető, mint ahogy az orvosban felvetődhetne a demencia gyanúja” (Borson és mtsai, 2013).

A családorvos szerepe a demencia prevenciójában

A demencia *primer prevenciója* szempontjából fontos, hogy az Alzheimer és vaszkuláris demencia rizikófaktorai átfednek a kardiovaszkuláris kockázati tényezőkkel (pl. LDL-koleszterin, hipertónia). A vaszkuláris kockázati tényezők csökkentése tulajdonképpen az egészséges életmódot jelenti. Az egészséges életforma magában foglalja az egészséges táplálkozást (fehér húsok, zöldségek), bő folyadékfogyasztást, megfelelő alvást, rendszeres fizikai és szellemi aktivitást, kiegyensúlyozott társas életet, szűrővizsgálatokon való részvételt.

A rendszeres szellemi aktivitás a demencia prevenciójának hatékony és könnyen elérhető eszköze lehet (keresztrejtvény, szójátékok, „Memóriajátékok memóriabetegeknek” megrendelem@undergroundkiado.hu) A reverzibilis demenciák megelőzésében az alapbetegség kezelésének van szerepe. A D-vitamin pótlása is egyszerű és biztonságos módja lehet a megelőzésnek (Balion és mtsai, 2012). A *szekunder prevenció* során fontos a diagnózis gyanújeleinek korai felismerése (heteroanamnézis, szűrés?). Itt még nagyobb jelentősége van a kognitív képességek megőrzésére kifejlesztett feladatok gyakorlásának, EKZ betegek memória zavarának kompenzálását segítő kognitív stratégiák fejlesztésének. Az EKZ felismerése nem könnyű feladat a mindennapi gyakorlatban (Torzsa és mtsai, 2014). A családorvosoknak a már kialakult demencia *tercier prevenciójában* is fontos szerepe van

(folyamatos gondozás, rehabilitáció). Az Alzheimer betegség esetén a neurológus vagy pszichiáter szakorvos által adhatók a tünetcsökkentő és progresszió lassító terápiák (donepezil, memantin), a vaszkuláris demenciában ajánlott nootropikumot a családorvos is rendelheti.

Hazánkban a demencia diagnózisában és kezelésében az alapellátás szerepe korlátozott, ez főként a jelenlegi szabályozásnak köszönhető, így a házi orvosok demenciával szembeni elkötelezettsége is korlátozottabb, szemben azokkal az országokkal, ahol nagyobb teret engednek az alapellátás szereplőinek (Petrazzuoli és mtsai, 2017).

Test Your Memory (TYM)

A családorvosi gyakorlatban jól használható demencia tesztek jellemzői lehetnek: magas szenzitivitás és specificitás, alkalmazása rövid idő alatt megtanítható az egészségügyi dolgozók számára, enyhe demenciát és enyhe kognitív zavart (EKZ) kimutat, gyorsan kitölthető, esetleg önkitöltős és nem igényel hosszú időt a kitöltött teszt értékelése.

A demencia felismerésére leginkább használatos szűrőtesztek, az MMSE, az órateszt, a Mini Cog, megbízhatóan jelzik a már kialakult demencia tüneteket (Folstein és mtsai, 1975, Freedman és mtsai, 1994, Borson és mtsai, 2003). A leggyakrabban az MMSE és órateszt használatosak, mindkettő rövid, gyors, azonban ponthatáraik szűk tartományt foglalnak magukban. A MMSE esetében maximális pontszámot (30) teljesítő egyénnek is lehet demenciát szintjét nem elérő kognitív károsodása. Az enyhe kognitív zavart részletes és időigényes neurokognitív teszt, pl. Alzheimer's Dementia Assessment Scale kognitív alszája (ADAS-Cog) felvételével lehet kimutatni (Rosen és mtsai, 1984, Pákáski és mtsai, 2012). Továbbá az MMSE bár rövid, de nem önkitöltős, felvétele a kérdésre és válaszokra alapozva egy szakdolgozó teljeskörű részvételét igényli.

Az Alzheimer demencia neuropatológiai folyamatai jóval a klinikai tünetek megjelenése előtt elkezdődnek, elsősorban a memóriazavar típusú EKZ utalhat a kórfolyamatra. A Szegedi Egyetem demencia kutatócsoportja kidolgozta a Korai Mentális Tesztet (KMT), mely az EKZ felismerésében érzékeny teszt lehet, azonban felvétele asszisztent igényel, nem önkitöltős. Bemutatása országos szinten megtörtént, végleges formájának kifejlesztése és validálása folyamatban van (Kálmán és mtsai, 2013).

Angliában a cambridge-i kutatócsoport kifejlesztett egy rövid, önkitöltős kérdőívet, melyet a demencia szűrésére is, és az EKZ felismerésére ajánlanak. Ez a kérdőív a Test Your Memory (TYM), könnyen felvehető és kiértékelhető, rövid időt vesz igénybe a kitöltése, kiértékelése is kevés időt igényel az egészségügyi személyzettől, valamint elég érzékeny az enyhe kognitív zavar és a korai stádiumú demencia felismeréséhez. 10 önállóan elvégzendő feladatot

tartalmaz, melyek vizsgálják a tájékozottságot, mondat másolás képességét, szemantikus ismereteket, számolást, verbális folyékonyt, hasonlóság felismerését, megnevezést, térbeli vizuális képességet, és a mondat felidézésének képességét. A személy képessége a teszt elvégzése során szintén pontozandó. A tesztet egy lap két oldalára nyomtatva alkalmazzuk, kb. 5 percet vesz igénybe a kitöltése, minimális szupervízióval elvégezhető. A maximális pontszám 50/50 (tymtest.com). A TYM teszt eredeti változatát 540 kontroll személy és 139 memória klinikán Alzheimer demencia vagy amnesztikus enyhe kognitív zavar miatt megjelent páciens bevonásával validálták 2009-ben (Brown és mtsai, 2009, TYM honlapja). Munkacsoportunk kidolgozta a teszt magyarra adaptált változatát: „Teszteld a memóriád” (TYM-HUN). A TYM-HUN 10 önállóan elvégzendő feladatot tartalmaz, melyek vizsgálják a tájékozottságot, mondat másolás képességét, szemantikus ismereteket, számolást, verbális folyékonyt, hasonlóság felismerését, megnevezést, térbeli vizuális képességet, és a mondat felidézésének képességét. A személy képessége a teszt elvégzése során szintén pontozandó. A tesztet egy lap két oldalára nyomtatva alkalmazzuk, kb. 5 percet vesz igénybe a kitöltése, minimális szupervízióval elvégezhető. A maximális pontszám 50/50 (tymtest.com). A szerző engedélyével két független személy fordította magyarra és vissza angolra. Magyar populációban való alkalmazhatóságához első lépésként azt vizsgáltuk, hogy demencia szűrőtesztként mennyire állja meg a helyét a magyar változat az MMSE-vel összehasonlítva. Alzheimer demenciában történő validálásáról az Ideggyógyászati Szemlében számoltunk be (Kolozsvári és mtsai, 2017). A validálás következő lépése folyamatban van, azt vizsgáljuk, hogy mennyire érzékeny a TYM-HUN az EKZ felismerésére magyar populációban ADAS-Cog teszttel összehasonlítva.

TYM tesztet eddig 20 nyelvre fordították le és validálták (Hanyu és mtsai, 2011, Slachevsky és mtsai, 2013, Mavis és mtsai, 2015). A magyar validálás során szerzett tapasztalataink alapján módosítás szükséges kulturális és nyelvi különbségek miatt a különféle nyelveken.

TYM kontroll átlagpontok különböztek az egyes országokban, az Egyesült Királyságban 46.6 pont, Japánban 45.7, Lengyelországban 45.4 pont, Magyarországon 42.7 pont volt. További módosítást végeztünk a magyar viszonyokhoz igazítva.

A TYM teszt használatának lehetséges korlátja, hogy a demencia gyakrabban fordul elő a kevésbé iskolázott, rossz szocio-ökonómiai státuszú személyekben, valamint bizonyos fokú iskolázottságot igényel a kitöltése. A látásproblémák befolyásolják az eredményt, hasonlóan a nyelvi, kulturális korlátokhoz.

A TYM-HUN teszt egyik kiemelkedő előnye, hogy önkitöltős. Lehetőséget nyújt a családorvos számára, hogy adminisztrációs és egyéb teendői elvégzése alatt elvégeztesse a

beteggel a tesztet, illetve, amennyiben nővér kíséri figyelemmel a szűrőteszt kitöltését, addig akár vérvétellel és egyéb tevékenységeivel is tud foglalkozni, ezáltal is meggyorsítva az ellátást, de közben megtartva annak minőségét.

Továbbá a maximális 50 ponttal lehetőséget ad az érzékenyebb elkülönítésre. A teszt eredeti változata a brit populációban validáltan elkülöníti a kornak megfelelő kognitív teljesítményt az enyhe kognitív zavartól. Jelenleg folyamatban van a magyar változat enyhe kognitív zavarra történő validálása, amelynek eddigi eredményei előrejelzik, hogy a TYM-HUN sikeresen alkalmazható az enyhe kognitív zavar felismerésére.

Kitöltése és értékelése könnyen elsajátítható, nem igényel feltétlenül egészségügyi szakembert felvétele. Időt tekintve hamar, a súlyosabb esetekben is maximum 10 perc alatt elkészíthető, míg az ADAS.Cog felvétele 40-50 percet is igénybe vehet.

Eddig tapasztalt főbb nehézségeink a TYM-HUN tesztel kapcsolatban a betegek alacsony motivációja („nem akarom tudni”, „nincs rá időm”), gyakori volt a visszautasítás, beleegyezés esetén is csak sietve töltötték ki, a demenseknek – főleg idősothonokban – gyakran nem korrigált látásproblémájuk van, a házi orvosok részéről a legnagyobb probléma az időhiány, néha a motiváció hiánya volt.

Összességében a betegek és családorvosok visszajelzései alapján a TYM teszt magyar változata könnyen és gyorsan alkalmazható a családorvosi gyakorlatban is. A TYM-HUN tesztel a Magyarországon rendelkezésre álló kognitív tesztek választéka bővül egy önkitöltős rövid tesztel, mely a kognitív tünetek széles skáláját teszteli. Alkalmas a demencia szűrésére és az enyhe kognitív zavarban folyamatban lévő validálás eddigi eredményi alapján EKZ felismerésére is érzékeny.

Irodalomjegyzék

- Balion C, Griffith LE, Strifler L, Henderson M, Patterson C, Heckman G, et al. (2012): Vitamin D, cognition, and dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* **79(13)**:1397-405.
- Borson S, Frank L, Bayley PJ, Boustani M, Dean M, Lin PJ et al. (2013): Improving dementia care: The role of screening and detection of cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia* **9(2)**:151-159.
- Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. (2003): The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population based sample. *J Am Geriatr Soc* **51**: 1451–1454.
- Brown J, Pengas G, Dawson K, Brown LA, Clatworthy P. (2009): Self administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: cross sectional study. *BMJ* **338**: b2030. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2030>

- Degrell I, Égerházi A, Nemes Z. (2011): A demencia kórismézése, kezelése és gondozása. In: *Pszichiátriai Útmutató. Klinikai Irányelvek Kézikönyve* pp. 165-187. Németh A (szerk.), Medition Kiadó, Budakeszi.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975): "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* **12**: 189-98.
- Freedman MI, Leach L, Kaplan E, Winocur G, Shulman KJ, Delis DC. (1994): Clock Drawing. Oxford University Press, Oxford.
- Hanyu H, Maezono M, Sakurai H, Kume K, Kanetak, H, Iwamoto T. (2011): Japanese version of the Test Your Memory as a screening test in a Japanese memory clinic. *J Psychiatr Res* **190(1)**: 145-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.025>
- Kalman J, Pakaski M, Hoffmann I, Drotos G, Darvas Gy, Boda K, et al. (2013): Early Mental Test – Developing a screening test for mild cognitive impairment. *Ideggyógy Sz* **66 (1-2)**: 43-52.
- Kolozsvári LR, Kovács ZG, Szöllősi GJ, Harsányi S, Frecska E, Égerházi A. (2017): Validation of the Hungarian version of the Test Your Memory. *Ideggyógy Sz* **70(7-8)**: 267-272.
- Mavis I, Özbabalikadapinar BD, Yenilmez C, Aydin A, Olgun E, Bal C. (2015): Test your memory-Turkish version (TYMTR): reliability and validity study of a cognitive screening test. *Turk J Med Sci* **45**: 1178-85. <https://doi.org/10.3906/sag-1405-120>.
- Ostorharics-Horváth Gy, Torzsa P. (2019): A dementia korai felismerése a családorvosi gyakorlatban. *LAM-MPT* **29(1)**: 39–47. <https://doi.org/10.18071/lam.29.005>
- Pákáski M, Drótos G, Janka Z, Kálmán J. (2012): Az Alzheimer's Disease Assessment Scale kognitív alszála magyar verziójának validálása. *Orvosi Hetilap* 153: 12: 461-466. DOI: 10.1556/OH.2012.29332
- Petrazzuoli F, Vinker S, Koskela TH, Frese T, Buono N, Soler JK, et al. (2017): [Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries](#). *Int Psychogeriatr* **29(9)**: 1413-1423. doi: 10.1017/S1041610217000552. Epub 2017 Apr 18.
- Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. (1984): A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* **141(11)**: 1356–1364.
- Slachevsky A, Mu-oz C, Henríquez F, Delgado C. (2013): Test Your Memory Spanish version (TYM-S): Validation of a self-administered cognitive screening test. *Alzheimer's & Dementia* **9(4)**: P458-P9. <https://doi.org/10.1002/gps.4055>.
- Torzsa P, Eöry A, Tamás F, Vajer P, Kalabay L.(2014): Enyhe kognitív zavar felmérése és ellátása a mindennapi gyakorlatban. *Háziorvos Továbbképző Szemle* **9**: 673-677.
- TYM. Test Your Memory honlapja. <http://www.tymtest.com/>. Elérés 2018. november 10.



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682
On-line verzió: ISSN 2062-3690

DEMENCIA ÉS A CSALÁD

ALZHEIMER CAFÉ A GONDOZÓ CSALÁDOK TERHELŐDÉSÉNEK CSÖKKENTÉSÉRE

Dr. Kiss Gabriella

*Dr. Kiss Gabriella PhD, mentálhigiénés szakember
mail: gabriella.kiss@caritas-ab.ro*

Összefoglalás

Az utóbbi években több nemzetközi kutatás a demenciával élő időseket gondozó családok felé fordult. E kutatások jelentős része a gondozó családtag stressz-terhelődését és annak következményeit, a szerepkonfliktusokat, valamint a gondozó családon belüli feszültségeket vizsgálta. (Zarit et al. 1985, Aneshensel et al. 1995, Kaplan 1996, Zarit et al. 2005). A témaválasztásomban nagy szerepe volt annak felismerése, hogy Románia viszonylatában nem, vagy csak igen keveset tudunk a demenciával élő személyeket gondozó családok terhelődéséről és annak a primer gondozóra gyakorolt hatásáról. Éppen ezért, egy empirikus vizsgálat során, Erdélyben 50 olyan családdal készült interjú és kérdőíves felmérés, akik saját otthonukban ápolnak/ gondoznak demenciával élő időst, illetve 50 olyan családdal, akiknek a demenciával élő hozzátartozójukat, a vizsgálat időpontjától számítva az elmúlt 12 hónapban költöztették tartós bentlakásos otthonba. Az adatgyűjtés három évet (2015- 2017) vett igénybe. A kutatás magába foglalta a primer gondozó családtaggal folytatott tájékozódó interjút, amelyben a funkcionális akadályozottságot és a pszicho szociális nehézségeket mértük fel (Szabó 2000.). Erre épült, a szociális készségszint vizsgálata, amely az önellátó képesség és a meglévő szociális készségek, valamint a szociális alkalmazkodás fő jellemzőit tárta fel. Ebből a felmérésből azt is láthatjuk, hogy melyek azok a mindennapi feladatok, amelyekben a kliens segítségre szorul. A családon belüli gondozás kapcsán vizsgáltuk a

demenciával élők önálló életviteli képességét is. E három szempont támpontokat nyújt a gondozó családtag „objektív terhelődésének” megítéléséhez.

Erre épül a gondozási feladatok családon belüli megoszlásának áttekintése, amely abban segít, hogy megtudjuk, kik a kulcsszemélyek, akik a családon belül a primer gondozói feladatokat látják el. A családon belüli szerepek alakulásának vizsgálatára egy saját szempontrendszerrel dolgoztunk ki (Szabó - Kiss, 2015). Az objektív terhelődésből kiindulva a „szubjektív terhelődés” vonatkozásában fontos támpontokat szerezhettünk arról, hogy a gondozási terhelődés hogyan hat érzelmileg a gondozó családtagra. A vizsgálat eszköze az önellátó képesség részletesebb felmérésével, bővült, amellyel a demenciával élő személy funkcionális leépülésének mértékét vizsgáltuk (Szabó 2000.). Ehhez kapcsolódik az emlékezeti és viselkedési problémákat, értékelő nemzetközileg is ismert skála (Zarit, 1985), amely a demenciával élő személy, zavaró viselkedését méri és annak hatását a primer gondozóra. Ehhez kapcsolódik a primer gondozó családtag terhelődésének a felmérése (Zarit, 1985) és a gondozási feladatokhoz kapcsolódó negatív és pozitív attitűd vizsgálata. (Farran et. al., 1999). A kutatás eszköztára kiegészül egy hat üléses fókusz csoporttal, ahol a résztvevő primer gondozók, egymás eseteit hallva a tematikus kérdések mentén nyitottabban tárják fel a gondozás kritikus időszakait, és az intézményi elhelyezés, döntő tényezőt.

Jelen tanulmányban a doktori kutatásból csupán azok az adatok kerülnek közlésre, amelyek a gondozó családok szerepfeszültségének vizsgálati eredményeit tükrözik, és hozzájárultak a támogató jellegű Alzheimer Café elindításához.

Kulcsszavak: demencia, család, terhelődés, eset

DEMENTIA AND FAMILY, ALZHEIMER CAFE TO REDUCE THE DIFFICULTIES OF CARE FAMILIES

Summary

In the last years, the international researches have turned towards families caring for elderly people with dementia /see the works of Zarit et al. 1985, 2005; Aneshensel et al. 1995; and Kaplan 1996/. The majority of these researchers analysed the stress burden of the caring family member and its consequences, role conflicts, and the tensions in the caregiving family (Zarit et al. 1985; Aneshensel et al. 1995; Kaplan 1996; Zarit et al. 2005). The revelation that in terms of Romania, we know nothing or almost nothing about the burden of families caring

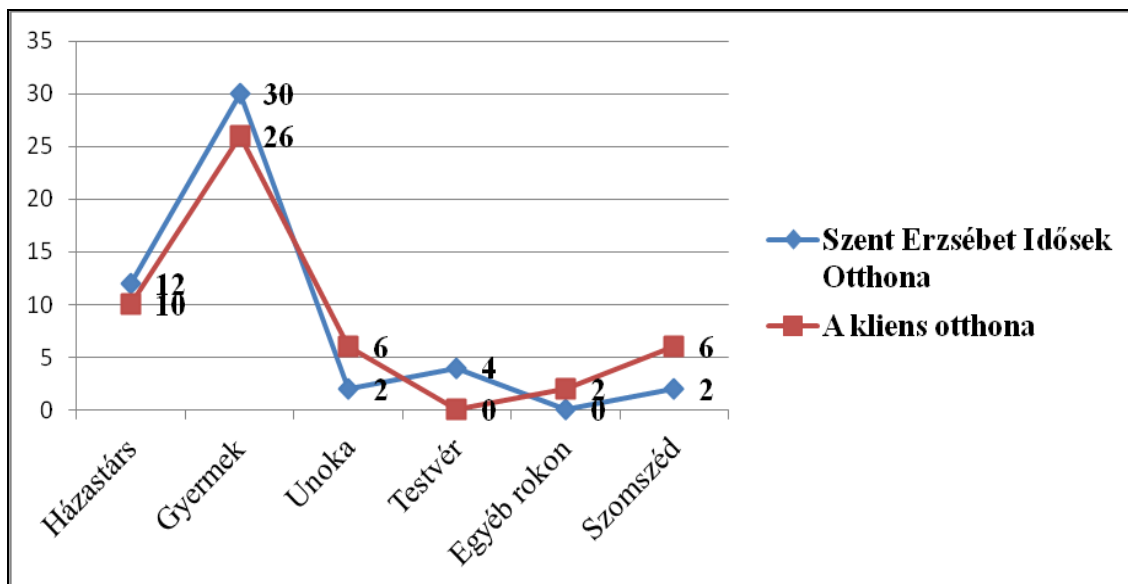
for elderly people with dementia and its effect on the primary carer, played was an important factor in the choice of topic. This is why, in a vast empirical analysis, in Transylvania, 50 interviews and questionnaire surveys were made with people caring for elderly with dementia in their own homes and 50 families whose relatives with dementia have been moved to a long-term residential home in the past 12 months from the time of the survey. Gathering data took three years (2015–2017). The research included the inquiry interview with the primary caregiver family member, in which we assessed the functional barriers and the psychosocial difficulties (Szabó 2000). The analysis of the levels of social skills was built upon this, and it unfolded the main characteristics of self-sufficiency, existing social skills, and social adaptation. This survey pointed out the everyday tasks in which the client requires help. With regard to family care, we have also analysed the independent living ability of people with dementia. These three angles offered the guidelines for the assessment of “objective burden” of the caring family member. Reviewing the distribution of caring tasks within the family is based on this, which helps us finding out who the key persons are, the ones undertaking the primary caregiving duties. For analysing the formation of roles within the family, we have devised our own criteria (Szabó–Kiss 2015). Starting from the objective burden, in regard to the “subjective burden”, we have obtained valuable indications about the emotional effect of caregiving family member. The detailed assessment of self-sufficiency through which we have analysed the measure of functional degradation of people living with dementia, was added to the devices of the analysis (Szabó 2000). The internationally approved scale of memory and behavioural problems (Zarit 1985) is connected to this, which measures the distractive attitude of the person living with dementia and its effect on the primary caregiver. The survey of the primary caregiver’s burdening is also connected (Zarit 1985), and so is the assessment of the negative and positive attitude towards the caregiving tasks (Farran et al. 1999). A six-step focus group is added to the devices of the research, in which the primary caregivers, by hearing each other’s cases and following thematic questions, open up more easily about the critical periods of caregiving and the pivotal factors of institutional placement.

Key words: dementia, family, care burden, case

Gondozói szerepek

A gondozó családok terhelődését vizsgálva, elsőként azt ismertem fel, hogy a gondozás feladata nem egyenlően oszlik meg a családban. Rendszerint azt látjuk, hogy az ezekkel kapcsolatos nehézségek felmerülése során a feladatok ellátását nagy arányban egy „**primer gondozó családtag**” veszi át, legtöbb esetben a gyerek, néha megosztva a feladatokat más családtagokkal, akik másodlagos gondozókká válnak. A szerepek és feladatok megosztása, és a primer gondozó családtagra nehezülése jó fokmérője a szerepterhelődésnek, amelyet elsősorban a primer gondozó családtag terhelődésének felmérése során láthatunk.

1. ábra. Gondozói szerepek megoszlása



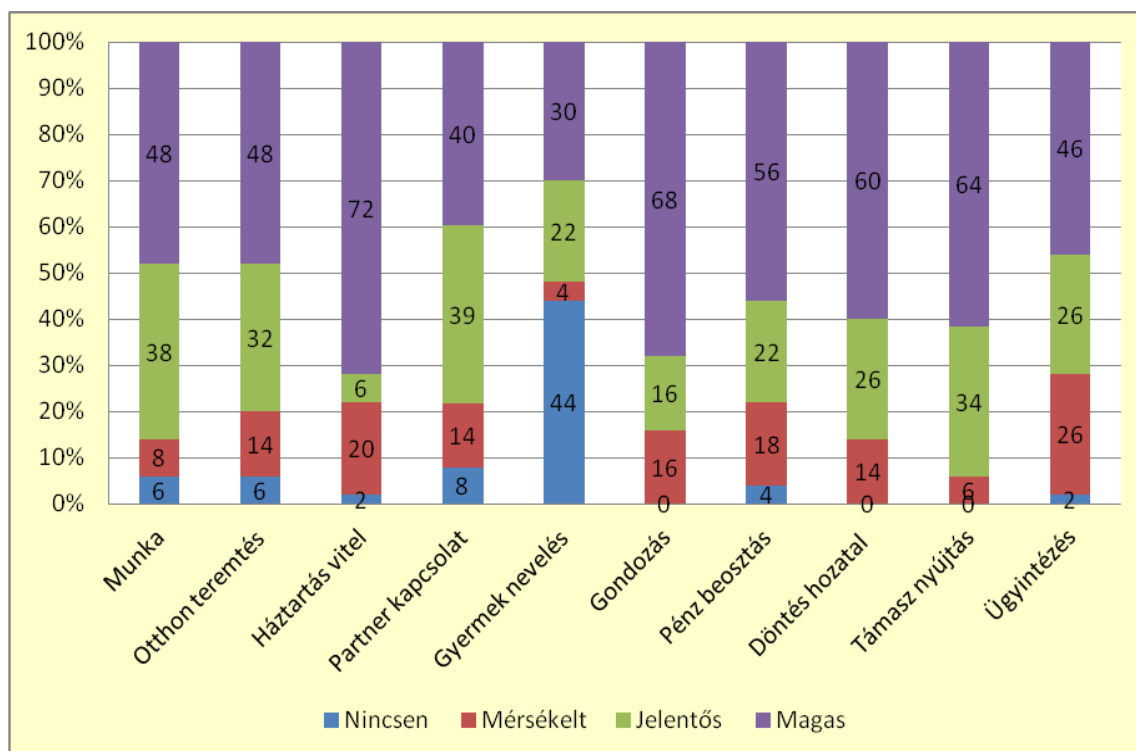
A gondozói feladat ellátása jelen minta alapján a családokban szétterülnek. Azt láthatjuk, hogy ” a kulcs személyek” leginkább a gondozottak gyerekei (26 esetben a KO), és (30 esetben a SZEIO), 12 + 10 esetben a házastárs, 6+2 esetben az unoka, 6+2 esetben a szomszéd, négy esetben a testvér és két esetben az egyéb rokonok vállalják fel a gondozást.

A demenciával élő személyek gondozása, a fizikailag nehéznek tűnő helyzet, és a szubjektíven megélt érzelmi terhelődések sorozata nagyban befolyásolhatja a gondozók mindennapjait. Rhonda J.V. Montgomery, egy 2012-es tanulmányában a gondozó családtagok terhelődésének vizsgálatáról számol be, amelyben a terhelődést három széles körben tárgyalja:

1.A munkával való terhelődés mértéke és az elvégzett gondozási feladatok száma és típusa, a háztartási feladatok, a banki ügyintézkések.

2.A gondozó által megélt terheknek a megítélése, a gondozói feladatok és azok nehézsége.
 3.A felsorolt speciális problémák kiegészülnek, és érzelmi hatást gyakorolnak az egyén mindennapi életére. Itt gondolunk az időre, fizikai egészségre, és a pénzügyekre.
 Saját kutatásban (Szabó- Kiss, 2015), a primer gondozók szerepfeszültségét vizsgáltuk.

2. ábra Mi okozza a legnagyobb szerepfeszültséget a primer gondozóknál?



A primer gondozó családtag szerepfeszültség vizsgálatánál rangsorolva a feszültséget jelző faktorokat, azt láthatjuk, hogy 72 esetben a háztartás vitel okoz magas szerepfeszültséget, ezt követi 68 esetben a gondozás, 64 esetben a támasznyújtás, 60 esetben a döntés hozatal, 48 esetben a munka és az otthonteremtés, 46 esetben az ügyintézés, és 40 esetben a partner kapcsolat okozza leginkább a szerepfeszültséget.

Fókusz csoportos interjú a primer gondozóval

1.Hogyan emlékszik vissza a diagnózis közlésére? Mit élt át akkor?

Primer gondozó: „Amikor a férjem 50 éves volt, úgy érezte, hogy megöregedett és őt már kinézik a munkatársai maguk közül. Nyugdíjazása előtt 6-7 évvel eljött munkanélkülinek. Egy csendes, békés ember volt, de furcsán kezdett viselkedni. Akik, nem voltak vele nap, mint nap mindebből nem sokat láttak. Ha valamilyen probléma adódott a családban, vette a

horgászbótot és ment halászni. Nem gondolkodott azon, hogy a két gyerekünk egyetemre jár, és azt miből fizetjük ki. Mintha nem kezdte volna érdekelni semmi sem. Ha a mosogató kagylóban egy pohár volt, azt is elmosta. Régebben nem csinált ilyeneket. Megtörtént, hogy leküldtem a boltba egy kg cukorért és hozott egy kiflit. Orvoshoz vittem”. „Szörnyű időszak volt. Amikor a CT koponya vizsgálat elkészült, közölte az orvos, hogy a férjemnek Alzheimerre van, és egyre inkább demetálódni fog. Sokkolódtam. Hallottam innen-onnan a betegségről, de akkor még nem tudtam, hogy mi vár ránk. Utána kezdtem olvasni, hogy értem meg jobban mi is az a demencia. Ennek már négy éve. A nehezebb időszak, ezután következett. Lányom Magyarországon él a fiam Brassóban, mindketten távol. Egyedül maradtam a férjemmel.”

2.Milyen előzetes tudással és információkkal rendelkezett a demenciáról?

Primer gondozó: *„a férjem édesanyja 90 éves, megtörtént többször, hogy furcsa dolgokról mesélt. Azt hittük, a korral járó feledékenység. Amikor a férjemet diagnosztizálták, a kezdeti sokkos állapotomat felváltotta a kíváncsiság. Nem tudtam semmit a demenciáról. Utána olvastam, keresgéltem az internetes forrásokat”.*

3.A leépülési folyamat nyomán bekövetkezett változások, hogyan befolyásolták a gondozás mindennapjait?

Primer gondozó: *„a férjemnek hajtási engedélye volt, ketten vezettünk, amíg vezetni tudott. Aztán le kellett mondania a vezetésről, hiszen súlyosbodott az állapota. A ruhákat kiszedte a szekrényből felölelte és letette a bejárati ajtóba. A kávézaccot a levesbe tette. Elküldtem édesanyámhoz és anyósomhoz, hogy vigyen ételt nekik, úgy is volt, hogy a két dobozt egy helyre letette, és azzal hazajött. Elszökött otthonról, bolyongott. Azt hittem a rendőrséget ki kell, hívjuk, a másik községben találtuk meg. Sok izgalom és stressz jutott számomra. Sokat imádkozom. Mindig kérem a bölcsességet, a türelmet a megértést.*

Eleinte úgy éreztem, hogy mindent bosszúból tesz, hogy engem idegesítsen. A gondozás 24 óra, és az 24 órás teljes jelenlétet jelent. ”

4.Hogyan hatott Önre és hogyan tudta kezelni a gondozott zavaró viselkedését?

Primer gondozó: *„Az életemet teljesen megváltoztatta. Oda vagyok kerülve, hogy nincs elvárásom sem az emberekkel szemben, sem semmivel szemben. Állandóan menne, így együtt kell, menjünk mindenhová. Délelőtt rövidebb távra viszem sétálni, aztán haza érünk, ebédelünk és délután ismét nagyokat sétálunk. Nem kommunikál egyáltalán. Ha valamit mondani akar, az csak valami butaság, és az is csak néhány szó.”*

5.Hogyan próbáltak boldogulni?

Primer gondozó: *„Színházba is elviszem, felvállalom, nem szégyellem. Elviszem a szent misére. Van, egy kislány, aki hetente egy alkalommal 2,5 órára elviszi sétálni. Elviszi a saját*

nagymamájához, aki ismerte régebből is. Szokta mondani a mama: Ferike, táncolunk-e? Van, amikor válaszolja, hogy igen. Van, amikor táncolok vele”. Minden héten meglátogatjuk a férjem édesanyját, aki már 90 éves. Esténként, a nyugtatók után is 50-szer felkel. Letérdelek az ágy mellé, és kérem a Jó Istent, hogy ha csak egy mód van, könnyítsen az egészségén. Ugyanakkor hálát adok a napért, a kegyelemért. Megsimogatom az arcát.

6.A leépülés során a személyiségváltozások kapcsolati veszteségek, hogyan érintették a gondozó családtagokat?

Primer gondozó: *„Nem ismeri meg a családunkat, de még is mintha érezné, hogy mi vagyunk körülötte. Amikor a lányom hazajön, nem ismeri meg, és amikor elkezdjük mondani a nevét, akkor látjuk, hogy könnyes a szeme. A fiunkat többször látja, úgy tűnik, mintha megismerné. Lassan mintha valahol egy más világban élne. Azok, akik ismerték érdeklődőek, de lassanként mindenki távol marad. Az ismerősök, barátok is távol maradtak, azt mondogatják, „nem zavarunk, mert tudjuk, hogy a beteggel baj van!!!”. Az érzelmi vonal sajnos el marad”! Elveszítjük lassanként egymást!”*

7.Milyen források és támogató hátterek voltak elérhetőek a gondozó családtagok számára?

Primer gondozó: *„Én, a férjemet, nincs, ahová vigyem. Mindennap együtt vagyunk. Sokszor nagyon elvagyok, fáradva. Időszakosan, évente egyszer beviszem bentlakásos otthonba. Kapja a rokkantsági nyugdíjat és a gondozói pénzt. Ez a nyugdíjhoz kiegészítőként csatolódik. Ki tudom a havi költséget fizetni. Az otthon gondozói szolgáltatást nem vettem igénybe, mert én megmosdatom, felöltöztetem, megetetem, a gyógyszert is beadom. ”*

8.Ön szerint, mi hiányzik az ellátó rendszerből?

Primer gondozó: *„Amikor a szakorvosnál voltam, kérdeztem, hogy van-e sok ilyen hasonló betegük? Mondta, hogy vannak, sajnos egyre többen vannak. Kérdeztem, hogy kik azok, én senkit nem látok sem az utcán, sem a templomban, sem a színházban, akik hasonló helyzetben lennének? Szívesen megismerném őket. De az orvos nem mondott neveket. Valószínű, hogy nem mondhatott. Nincs támogató háttér, én sem tudtam semmit erről a betegségről, nem volt információm. Eleinte sokat szidtam a férjemet és ideges voltam. De amikor én ideges voltam, akkor ő még idegesebb lett. Semmire nem haladtunk. Legyengültem, lefogytam. A nulláról építettem fel az életünket, és egyre jobban megszerettem volna érteni, hogy mit él át? Sokszor a helyébe tettem magam. Mi lenne, ha én lennék ebben a helyzetben? Meg tanultam elfogadni, tanultam a mindennapokból. Évente beköltöztetem egy hónapra egy bentlakásos otthonba, hogy az alatt erőt gyűjtsek, szedjem össze magam. Ha az ilyen betegek számára napközi otthont létesítenének, akkor nappalra beadnám, tudnám végezni a munkámat,*

megpihennék, és az éjszakát felvállalnám.” A hozzátartozókhöz szólok, a segítőkhez szólok: hogy ne dugják el a hasonló betegeket, így nem találunk soha egymásra! Pedig segíteni tudnánk egyik a másiknak”!

9.Mit jelent Ön számára az Alzheimer Café?

Primer gondozó: *Számomra annyit jelent az Alzheimer Café, mint „Sivatagban az oázis!”*

1.táblázat Narratíva elemzés

LEGGYAKRABBAN ELŐFORDÚLÓ NEGATÍV TARTALMÚ TERHELŐDÉS, BELEFÁRADÁS MUTATÓK	LEGGYAKRABBAN ELŐFORDÚLÓ POZITÍV TARTALMÚ, ERŐFORRÁS MUTATÓK
<p>„konfliktusok” „nincs türelem” „nem ismer meg senkit” „nem jut eszébe, semmi” „távol maradó ismerősök- barátok” „nincs ahová, vigyem” „nem tudok a betegségről” „nincs támogató háttér”, „legyengültem, lefogytam”, „egyedül vagyok” „bolyong” „izgalom” „stressz” „bosszú”, „idegesség” „félelem” „nem kommunikál” „egyedül semmire sem képes” „szétszed mindent”, „elkóborlás”</p>	<p>„szép életünk volt”, „emlékek- gyermeknevelés” „ima” „hit”, „szeretet”, „régis ismerős helyek felkeresése” „megértem”, „”, „megtanulom” „elfogadom” „hasonló helyzetben lévők megszólítása” „a bentlakásos otthon, mint időszakos, vagy hosszú távú megoldás”</p>

Forrás: Saját szerkesztés

A narratívák elemzése kapcsán láthatjuk, hogy a primer gondozó családtagok a gondozás során terhelődések és konfliktusok sorozatát élik meg. A mindennapi gondozási feladatokhoz többek között a rég múlt emléke és a szeretet ad erőt.

A gondozó családok terhelődések csökkentésére válaszol az Alzheimer Café

A doktori kutatás egyik legfontosabb eredményére épül a 2018 decemberében elkezdett Alzheimer Café. Az első találkozón 65 személy vett részt: orvosok, segítő szakemberek, érintett hozzátartozók. Mára átlagban 30 személlyel számolunk. A találkozókkal családias, biztonságot nyújtó, támogató háttérrel építünk fel. A családtagokat, gondozókat és a szakembereket szólítjuk meg, ezáltal segítő kezet nyújtva nemcsak azok számára, akiknek a hozzátartozójuk már bentlakásos otthonban él, hanem azok számára is, akik a saját otthonukban váltak gondozókká. Ennek a kezdeményezésnek a Gyulafehérvári Caritas gyergyószentmiklósi Szent Erzsébet Idősek Otthona ad helyet, és a két órás, támogató csoport

minden hónap utolsó szerdáján, délután 5 órakor találkozik. Minden alkalommal elhangzik egy tematikus előadás, amely sokkal inkább a személyközpontú gondozás (Tom Kitwood) irányára fókuszál, mint a diagnosztikára. Az interaktív csoportbeszélgetés lehetőséget teremt a nehézségek, elakadások feltárására, illetve a sikerélmények, reziliencia- tényezők megosztására.

Az Alzheimer Cafén felmerült kérdések/javaslatok, elvárások, amelyekkel a későbbi találkozókra dolgozunk. Együtt gondolkodó orvosok, segítők és gondozó családtagok

I. Csoport

- A stressz/ stresszes életmód mennyire váltja ki a demenciát?
- Megfelelési kényszer- önfeláldozó hozzáállás, illetve a hozzátartozó saját élete
- Időskori depresszió- lelki traumák (melyek lehetnek ezek)- amelyek kiválthatják a demenciát?
- Családtagok hozzáállása a betegség esetén
- Mikor gondol komolyan valamit a beteg és mikor nem?- döntés- reagálási mód
- A szeretett személy elvesztése- gyászfolyamat (mit tegyünk, kihez fordul a hozzátartozó segítségért?)
- Az agresszivitás kezelése a demens betegnél
- Hangulatváltozások kezelése
- Miért érint olyan sok értelmiségit? (Élethosszig tartó tanulás szerepe?)
- Rutinszerű életen való változtatás (pl. más úton hazamenni, bal kézzel fogat mosni...)
- Életmódváltás- elmagányosodás megelőzése
- Aktív életmód
- Tévhitek, hallucinációk a demenciában/ elhinni vagy ellenállni? Mi segít?
- Érzelmi reakciók: - vajon mennyit fog fel egy demens beteg mindabból, ami körülötte történik?

II. Csoport

- Kihez fordulhatunk segítségért?
- Leváltani a hozzátartozót, hogy megpihenhessen- külső segítség bevonása
- Keveredik a szeretet, a düh, a harag
- Hasonló problémával küzdők csoportjába tartozni

- Nehéz elfogadni a leépülést
- Több idősek otthonára lenne szükség- növekszik a betegek száma
- A gondozót, nem gondozza senki
- Szükség lenne kijárni a családhoz, lelki támaszt nyújtani
- Nappali foglalkoztató hiánya
- Nincs elég információ a betegségről, a gyakorlati dolgokról
- Előítéletek az intézményi ellátással szemben
- Fontosabb a személyes foglalkozás, mint a gyógyszer
- Többféle módszerrel kellene népszerűsíteni, hogy az intézményes ellátás a demenciával élőknek megoldás, nem lemondás
- Akiknek nincs jövedelmük, nem tudják intézménybe tenni
- Fontos, hogy a beteget személyre szabottan gondozzák
- Önkénteseket bevonni a betegek gondozásába
- Anyagi és Emberi erőforrások keresése
- A hozzátartozók érzéik, hogy nincsenek magukra hagyva

III. Csoport

- Szenved-e a beteg attól, hogy Alzheimeres?
- Magány, szomorúság, zárkózottság- félelem a betegség kialakulásával szembe
- Eset: Jót tesz a környezetváltozás a betegnek?
- Hova fordulhat a személy, ha felvetődik a kérdése: Demens beteg vagyok?
- Szükséges-e az altató, nyugtató?
- Mindenkinek olyan munkát kell adni, amit el tud végezni
- Segíteni megőrizni az emberi méltóságát”
- Kérem és köszönöm szavak megtanulása és használata a demenciával élőkkel való munkában
- Életminőség- demensbarát környezet
- Életpéldák: A beteg számára örömet és biztonságot jelent a gondoskodás! Addig nehéz, amíg megtanuljuk, hogyan válhatunk olyan gondozóvá, ahol a személy van a középpontban és nem a diagnózisa
- A kisgyerekek szerepe a demens betegek életében

IV. Csoport

- A hidratálás szerepe
- Fiatalkori alaptermészet és a demencia
- Hatással van-e a fiatalkori viselkedés a demenciával élő személy viselkedésére?
- Lehet-e tudatosan- preventíven kezelni a demenciát?
- Hogyan lehet a gondozást hosszú távon kibírni?

Két hozzátartozót arról kérdeztünk, hogy **mi a legnagyobb kihívás, a legszebb élmény és a legfontosabb segítség számukra a gondozás során, illetve mit jelent számukra az Alzheimer Cafén való részvétel:**

„ Nagy kihívás számomra az, hogy a fizikai időmet és személyes életemet úgy éljem, úgy tervezzem, hogy az összeegyeztethető legyen a beteg gondozásával. Ez szinte lehetetlen, hiszen állandó felügyeletre van szüksége. E szolgálat során a fellelegzés, feltöltődés, megpihenés jelent számomra hatalmas segítséget. A legszebb élményem az, amikor egy feltett kérdésre választ kapok. A tiszta pillanat, amikor egy picit értjük egymást. Az Alzheimer Cafén elsősorban újabb és újabb információkat kapok, kapcsolatokat alakítok ki, valamint elmesélem hétköznapi tapasztalataimat, amivel segítséget nyújthatok más résztvevőknek. Kellemes hangulatban egy kicsit megpihenhetek.” (G.É.)

„Számomra a legnagyobb kihívás a beteg édesanyámmal való nehéz, megváltozott kommunikáció és a korlátozott mozgása. Segítség, hogy a „Nagyobb család” mellettünk áll és támogat. Ha sajnálkozó, siránkozó emberrel találkozom, az nagyon le tud húzni. Szép pillanatok azok, amikor a magába forduló beteg egyszer csak elkezd dúdolni egy dalt. Az Alzheimer Café számomra nagy segítség. Szakemberektől kapok nagyon sok támogatást, tanácsot, tudást szerzek a betegséggel kapcsolatosan és talán felkészültebben tudok szembenézni a betegség lefolyásával, valamint nagyon jó, hogy a csoporttagokkal nyíltan, őszintén megoszthatok, megbeszélhetek bármit.” (M.E.)

Tanácsok, amelyek az Alzheimer Cafén hangzottak el

Mivel a demenciával élő személy nem tud megváltozni, így a gondozó kell, az ő hullámhosszára ráhangolódjon. A megküzdés egyik legfontosabb eleme a gondozó személy lelki békéje, belső egyensúlya és a demencia ismerete. Ahhoz, hogy ne vigyen be feszültséget a gondozásba, elsősorban elfogadásra, ítéletmentes gondozásra kell törekednie. Ne kezeljük felülről a gondozott személyt, hanem éreztessük vele a törődést, és a szeretetet, hogy ne élje meg időnap előtt az értékvesztést, a fölöslegessé válás érzését. Biztassuk és legyünk hálásak mindazért, amit még képes megtenni!

A demenciában szenvedő személyek gondozásában szükség van az empátiát javító beavatkozásokra, amelyek segítik a gondozó családtagokat a gondozott személy megváltozott viselkedésének mélyebb megértésében. Nagyon sokat segít a demencia újraértelmezése, a gondozói attitűd: egy jó barát jelenlétét sugallni, egy jó édesanya, egy jó édesapa attitűdjével gondozni, miközben sem szakemberként, sem gondozóként nem veszíthetjük szem elől, hogy felnőtt személyt kísérünk. Ez a megközelítés segíthet a személyközpont gondozás során. Ne akarjuk a demenciával élő személyt megváltoztatni, ehelyett mi változzunk meg, és a saját hozzáállásunkon dolgozzunk!

A demenciával élők gondozása, segítése multidiszciplináris összefogást igényel. Ebben a megközelítésben preventív, előítéletektől mentes gondolkodásra van szükség.

Irodalom

Aneshensel C. S. et al. (1995): *Profiles in Caregiving: The Unexpected Career Academic* Press. New York.

Farran C. et al. (2008): *Exploring Positive Attitudes Toward Caregiving* in: Greene, Roberta R.: *Social Work with the Aged and their Families*, Aldin. London. 151–152.

Farran C. et. al (2011): *Assessing Family Caregiver Skill in Managing Behavioral Symptoms of Alzheimer's Disease* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080236/> Elérés 2015.04.05

Farran C. et.al (1997): *Theoretical Perspectives Concerning Positive Aspects of Caring for Elderly Persons With Dementia: Stress/Adaptation and Existentialism*, Copyright 1997 by The Gerontological Society of America, *The Gerontologist* Vol. 37, No. 2, 250–256.

Fehér B (2013): A narratív segítő beszélgetés

http://www.esely.org/kiadvanyok/2010_3/04feher.indd.pdf Elérés: 2018.05.02

Henry Brodaty, MD; DSc; FRACP; FRANZCP*· Marika Donkin, BA – Psychology (Rons); Grad'DipProf Ethics 2009: *Family Caregivers of People with Dementia* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181916/#ref37> Elérés: 2017.11.07

Kiss Gabriella (2015): *Középsúlyos és súlyos demens betegek személyközpontú ellátásának módszere, családi közegben, illetve bentlakásos otthoni körülmények között*. Párbeszéd szociálmunka-folyóirat. Vol. 2. (2015.) No. 2.

Kiss Gabriella (2016): *Az idősek peremre szorulásának megelőzéséért*. Szerk, Bereczki Silvia sa. Sokarcú irgalmasság. Vallomások, interjúk, tanulmányok. Verbum, Kolozsvár (237-247 old.)

- Kiss Gabriella (2017): *A demens személyeket gondozó családok terhelődése, szerepfeszültsége, a gondozottak kognitív leépülése mentén*. Erdélyi Társadalom 15 (2), Kolozsvár
- Kiss Gabriella (2017): *A gondozó családok terhelődése és a családi szerepek alakulása*. Carissimi – Esély fogyatékos és egészségkárosodott embereknek. Kiadja a Szlovák Humanitárius Tanács (vydáva Slovenská humanitná rada, Budyšínska 1, 831 03 Bratislava; IČO: 17 316 014)
- Kiss Gabriella (2017): *Együtt a demens beteggel a gondozói szerepek labirintusában. Terhelődés, veszteség, avagy a pozitív attitűd szerepe a megküzdést elősegítő folyamatokban*. Kharon, Thanatológiai Szemle, Budapest.
- Pék GY. (2013): *Az idős családtag gondozásának komplexitása*, in: Kállai János, Kaszás Beáta, Tringer István: *Az időskorúak egészségpszichológiája*, Medicina Kiadó Budapest. 293– 302.
- Rhonda J. V. Montgomery (2016): *Caregiver Identity Theory Overview*.
<https://www.researchgate.net/publication/265260328>
- Rhonda J.V. Montgomery: *Change, Continuity and Diversity Among Caregivers*
http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/16211.PDF?Archive=193257991143&File=16211_PDF. Elérés: 2016.07.21
- Szabó L. (2011): *Időskori demenciák családi, pszichológiai, és társadalmi következményei*, Akadémiai Kiadó. Budapest.
- Szabó L.–Kiss G. (2015): *A családon belüli szerepek alakulásának vizsgálata, a családi feladat és szerep megosztások és a mentális romlást követő feszültség növekedése és a szerepstruktúra átalakulás vizsgálatára adaptált vizsgálati eszköztár* Kiss és Szabó 2015./
- Zarit H., Steven, Sara Honn Qualls, (2009): *Aging Families and Caregiving*, USA.
- Zarit S., Zarit J. (1985): *Memory and Behavior Problems Checklist* in: Zarit, Steven H., Orr, Nancy K., Zarit Judy M.: *The Hidden Victims of Alzheimer's Diseases* – New York University Press. New York.78– 79.
- Zarit S., Zarit J. (1985): *The Burden Interview* in: Zarit, Steven H., Orr, Nancy K., Zarit Judy M.: *The Hidden Victims of Alzheimer's Diseases* – New York University Press. New York. 84– 85.



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

-VÉLEMÉNYCIKK-

ALZHEIMER CAFÉ - AZ ELFOGADÁS KÁVÉHÁZA

Demenciával élők családtagjait támogató programok

Szilvásiné Bojda Márta

Szilvásiné Bojda Márta szakvizsgázott szociális szakember

Nyíregyházi Szociális Gondozási Központ

4400 Nyíregyháza, Vécsey köz 2.

tel: 36-42-416-083

Absztrakt

A cikk az Alzheimer café hálózat alapelveibe enged betekintést, s rövid összefoglalót nyújt a nyíregyházi mozgalom indításába és az első tapasztalatokba.

Kulcsszavak: Alzheimer café, alapelvek, gyakorlat

ALZHEIMER CAFE – THE CAFE OF ACCEPTANCE

Abstract

The article shows the basic principles of the Alzheimer Café movement and it provides information about the first experiences of the initiated movement in Nyíregyháza town.

Key words: Alzheimer Cafe, principles, practice

Alzheimer a nagyvilágban

A demencia az időskorra jellemző tünet együttes, mely nem szükségszerű velejárója az idősödés folyamatának. A tünetek mögött akár kóros elváltozások is állhatnak.

A demencia szellemi hanyatlás, melynek többféle kiváltó oka lehet. Némely demenciát okozó betegség kezelhető, ám az esetek 70 százaléka az Alzheimer-kórral hozható összefüggésbe.

Már 100 éve, hogy Alois Alzheimer felfedezte ezt, a róla elnevezett kórt, mely a mai napig gyógyíthatatlan betegségnek számít. Ettől a kórtól senki sem érezheti védettnek magát. Nem véd meg sem az intellektus, sem a vagyoni helyzet vagy az életmód, sem a földrajzi tényezők. Ez a kór nem kímélte Ronald Reagant az USA egykori elnökét, a Nobel-díjas Harsányi János professzort, az író Mészöly Miklóst, az „Arany csapat” labdarúgóját, Puskás Ferencet, hogy csak néhány „híres” beteget említsünk.

A szakemberek látják, a helyzet egyre drámaibb, súlyosabb, mint azt eddig gondolták. A társadalom, és a szociális ellátórendszer világszerte nehezen birkózik meg a helyzettel.

*Népegészségügyi szakemberek szerint, **népbetegség** kialakulásának vagyunk tanúi (WHO 2004.) a világon minden 57. ember érintett az Alzheimer kór által. Európában 7 millióra tehető a betegséggel küzdő emberek száma. 100 nőből 17 -nél, 100 férfiból 8 -nál állapították meg az Alzheimer kórt. Magyarországon 65 év felett 6-8 % -ra tehető a megbetegedések száma.*

Vannak gyógyszerek, melyek a korai stádiumban alkalmazva lassítják a betegség kialakulását, de a gyógyulás még nem lehetséges. A kór kimenetele **halálos**.

Az Alzheimer kór tünetei

Az Alzheimer kórra jellemző, hogy visszafordíthatatlan elváltozások alakulnak ki az agyban, melynek következménye a szellemi leépülés, ami az idő múlásával a szervezet fizikai állapotának romlását eredményezi, végül halálhoz vezet.

Jellemző tünetei a memória hanyatlása, a gondolkodás lassulása, a figyelem a koncentráció csökkenése, a térben és időben való tájékozódási zavar.

A beteg ember viselkedése alapvetően megváltozik, szétesik az emlékezete és a személyisége. Jellemzően hosszú idő, akár évek is eltelhetnek, mire a közvetlen környezet észreveszi, hogy baj van. A diagnózis felállítását követően, akár 10-15 éven át is szükség lehet az érintett személy támogatására, gondozására. Az idős, beteg ember egyre kiszolgáltatottabbá válik, elveszíti önállóságát és elkövetkezik az az idő, amikor már nem lehet magára hagyni.

A gondozás, a gondoskodás egyre nagyobb terhet ró az Őt gondozó személyre, a közvetlen környezetre, az egész családra. Rövid időn belül gyökeres változás következik be a család

életében, hiszen leginkább a család feladata biztosítani az utolsó években is az emberhez méltó életet, az idős Alzheimeres beteg számára.

A legnagyobb problémát általában az jelenti, ki viselje gondját a már felügyelet nélkül nem hagyható betegeknek?

A napi 24 órás „szolgálat” embert próbáló feladat a gondozó családtagok számára. Különösen akkor jelent ez nagy terhet, ha a hozzátartozó egyedül gondoskodik a szeretett személyről, ha nincs, akivel megossza lelki terheit, akinek átadhatná rövid időre a felügyeletet, a gondoskodást, és Ő maga is elszabadulhatna, kikapcsolódhatna a mindennapokból.

Számos országban felismerték, hogy a betegség által érintett családokat, hozzátartozókat támogatni, segíteni kell!

Az Alzheimer – Cafe mozgalom kialakulása, meghonosítása

Hollandiában, már 1997-ben működött Alzheimer beteget hozzátartozói számára önszervező csoport, ahol kötetlen formában oszthatták meg egymás között tapasztalataikat. Ezeket a találkozókat kávézóban szervezték, így a csoportokat Alzheimer Café-nak nevezték el. Magyarországon 2014 – ben indult el az Alzheimer Café mozgalom alulról jövő kezdeményezésként.

A kezdeteknél, úttörő szerepe volt az INDA (Interperszonális Demencia Alapprogram) elindításának a Katolikus Szeretetszolgálat és dr. Egervári Ágnes pszichiáter főorvos jóvoltából.

Elkezdődött Magyarországon is a hozzátartozói klubok szervezése, a szervezők közötti tapasztalatcsere. Mára már szinte minden megyeszékhelyen és nagyobb városban működik Alzheimer Café.

2018-ban országos Alzheimer Café workshop-ot szerveztek Budapesten a XV. kerületben, Jobbágy Mária vezetésével, ahol a klubok szervezői cserélhettek eszmét és találkozhattak demens ellátásban jártas szakemberekkel.

Ajánlás készült Dr. Sütő Teréz Idősek Európai Háza Alapítvány Elnöke, a Soproni Alzheimer Café szervezője tollából „Hogyan szervezzünk Alzheimer Cafét?” címmel, segítség azoknak, akik szeretnének találkozókat szervezni. Az Alzheimer Café nemzetközileg bevált koncepcióját helyi sajátosságokra lehet alakítani.

„ Az Alzheimer Café nyitott mindenki számára, nincs nyilvántartás, nincs jelenléti ív, bárki részt vehet, anonim.... betegek, házastársak, családtagok, barátok, ... hivatásos egészségügyi és szociális dolgozók (ápoló személyzet, demens betegek specialistái stb..) mindenki, akit érdekel az előadás”

Fontos alapvetése volt a találkozók szervezésének, hogy kötetlen formában, anonim módon, családias lékkörben szerveződjenek.

A Nyíregyházi Alzheimer – Café célkitűzése, működése, története

Nagyon fontos, szabálya a csoport találkozóknak ez az anonimitás. A résztvevőktől nem kérjük, hogy mutatkozzanak be, élnek is ezzel a lehetőséggel, azonban van, aki megteszi egy idő után. Látni a megjelenő emberek arcán, viselkedésén a visszafogottságot, a tagadást, az évtizedek társadalmi megítélésének nyomait.

A fő célkitűzés a nyíregyházi mozgalomnál is, az információk átadásán túl annak demonstrálása, hogy az érintett családok, hozzátartozók nincsenek egyedül a gondjaikkal. Mivel a betegség különös sajátossága, hogy a kórlefolyás közel azonos, hozzátartozóként, mindenki ugyan azokkal a tünetekkel, helyzetekkel, problémákkal szembesül a betegség egyes szakaszaiban, ez a cél hamar nyilvánvalóvá válik.

Nyíregyházán az Alzheimer Cafét, az Idősekért és Fogyatékosokért Jószolgálat Alapítvány, valamint a Nyíregyházi Szociális Gondozási Központ indította el, és szervezi mind a mai napig.

Az első találkozóra 2018. január 31-én került sor. Azóta is, július és augusztus kivételével, minden hónap utolsó csütörtökén 15 órakor találkozunk a szokott helyen, Nyíregyháza belvárosában egy kávézóban, ahol szívesen vendégül látjuk az érdeklődőket egy kávéra, teára. Minden találkozóra meghívunk több, a demens ellátásban jártas szakembert, akik válaszolnak a feltett kérdésekre. Előre egyeztetett forgatókönyv szerint egy szakember vezeti a találkozót, irányítja kommunikációt. Minden résztvevő szakember önként, saját szabadidejét feláldozva vesz részt az Alzheimer Café találkozón.

A jelenlévő érdeklődők szívesen osztják meg saját problémáikat, kérdeznek a meghívott szakembertől, vagy egymástól gyűjtenek tapasztalatot.

Vannak visszatérő vendégeink, és az is előfordult már, hogy valaki az Alzheimeres édesanyjával érkezett.

A nyíregyházi Alzheimer Café, önszervező csoportként működik. A résztvevők beszámolnak saját tapasztalataikról, gondjaikról és meglepődve tapasztalják, a már korábban említett sajátosságot, hogy a betegeket ápolók nagy részével ugyan azok a dolgok történtek meg.

A tapasztalatcsere, közelebb hozza a résztvevőket egymáshoz, párbeszéd alakul ki, megosztják egymással, ki, hogyan reagált az egyes helyzetekben. Találkozón túli kapcsolatok alakulnak ki. Ezek a kapcsolatok újra összeköttetést, kapcsolatot jelentenek a külvilággal, az ápolás mindennapjaiban kialakuló elszigetelődő, kirekesztett világban. Így tudja beteljesíteni

az Alzheimer Café legfontosabb célkitűzését. Kialakulnak a találkozók az azok a szakmai és emberi kapcsolatok, akikkel az érintett családtagok kapcsolatot tarthatnak, megismerik azokat a szakembereket, akiktől tanácsot, segítséget kérhetnek.

A hozzátartozókat, akik az ápolásban, gondozásban vesznek részt, meg kell erősíteni lelkiükben, és szakmai ismereteket kell nyújtani számukra, támogatni kell Őket és biztosítani a lehetőségét annak, hogy tapasztalatokat cseréljenek a hasonló sorsú emberekkel.

Amíg ezt megértik hosszú és gyötrelmes az út. Éveken keresztül szembesülni a szerettünk leépülésével, tehetetlenül figyelni, és vele együtt szenvedni, gyötrődni azon, vajon mindent megtettem-e? Embert próbáló feladat, óriási lelki teher.

A nyíregyházi Alzheimer Café csatlakozott egy spontán szerveződéshez, az Országos Alzheimer Séta című rendezvényhez, melyre 2018. Szeptember 21 – én az Alzheimer Világnap alkalmából került sor.

Az ország 20 helyszínén ugyan abban az időben városi sétát szerveztek, melynek célja a helyi lakosság körében a figyelemfelhívás, a szolidaritás, az elköteleződés a hozzátartozók támogatásában. A szakmaközi összefogás erősítése – a szociális és egészségügyi ellátó rendszer kapcsolódása és összefogása. A séta jelmondata „NEM VAGY EGYEDÜL”

A városi séta alkalmával, Alzheimer betegek, ápoló hozzátartozók, szakemberek, szakmaközi szakemberek, a város vezetésének képviselője, az ellátott jogi képviselő, a városi média valamennyi képviselője közösen sétált körbe a városban, szórólapokat, zászlókat osztogatva, ismeretterjesztő kérdőíveket kitöltve.

A séta célja a figyelemfelhívás, a társadalmi elfogadás erősítése volt. Üzenet közvetítése a lakosság felé, mely szerint figyelniük kell az otthonaikban Alzheimer beteget ápoló családtagokra. Támogatnunk és segítenünk kell őket munkájukban, és lehetőség szerint enyhíteni kell az ápolás lelki terheit.

A spontán szerveződésű séta fölött védnökséget vállalt a Magyar Demencia Társaság Dr. Kálmán János professzor vezetésével.

Az országos séta koordinátora önkéntes szervezőként – Jobbágy Mária volt, aki ma már a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Alzheimer Café szakértője, összefogója, koordinátora.

A nyíregyházi Alzheimer Café találkozók támogatja a Hotel Korona, a Nyíregyházi Szociális Gondozási Központ alapítványa, a Nyíregyházi TV, a Best-FM, a Nyíregyházi Napló, a nyirhalo.hu, a Kelet-Magyarország, és valamennyi résztvevő önkéntes szakember, Dr. Erdélyi Ágnes főorvos –pszichiáter, Dr. Varga Csilla főorvos – pszichiáter, Kőműves

Zsuzsanna – szakpszichológus, az Nyíregyházi Szociális Gondozási Központ demens ellátással foglalkozó szakemberei.

A demenciával és Alzheimer kórral foglalkozó szakemberek előtt még számos feladat áll a betegség enyhítésével, gyógyításával kapcsolatban, de van még teendő az ismeretterjesztés, felvilágosítás területén is.

Addig is, míg a kutatások kézzel fogható eredményeket hoznak, nekünk, helyi szakembereknek a feladatunk a betegségben szenvedő emberek hozzátartozóinak támogatása, erősítése.

Ezt a jelentős társadalmi feladatot töltik be, az országszerte egyre nagyobb számban megjelenő Alzheimer cafék.

A betegséggel kapcsolatban részletesen tájékozódhat az alábbi honlapokon:

<https://www.webbeteg.hu/cikkek/demencia/126/az-alzheimer-kor-es-tunetei>

<https://inda.info.hu>

<http://www.felejte.hu/>



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

GERONTOFITNESZ

– A RENDSZERES TESTMOZGÁS JÓTÉKONY HATÁSA AZ IDŐSÖDŐ EMBEREK TESTI-LELKI EGÉSZSÉGÉRE

Dr. Csinády Adriána

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Személyiség és Klinikai Pszichológia Tanszék

Dr. Csinády Adriána Levelezési cím: *Pszichológiai Intézet 4002 Debrecen, Pf. 400.*

Telefon: (30) 883-8286

Fax: (52) 512-900/23665

Összefoglaló

Az egész életen át tartó fejlődésben rendkívül nagy szerepe van a testmozgásnak, így az idős korban is nagyon jelentős. Akik rendszeresen sportolnak jobb szív és érrendszeri állapotnak örvendenek, kielégítőbb állapotban marad a mozgató szervrendszerük, kevésbé panaszkodnak depresszióra, alvászavarokra, magabiztosabbak és önállóbbak még idősebb korban is.

A rekreációs sportok kiterjednek a hétköznapi emberek széles körére, akik számára a mindennapi élet szempontjából szükséges fitness biztosítása a cél. Új fogalomként megjelenik a gerontofitness, mely az idősek által végzett sporttevékenységgel és azok jótékony hatásaival foglalkozik. Napjainkban elterjedtek az olyan programok, amelyekkel az idős embereket rendszeres testmozgásra sarkallják. Ugyanakkor ezek megvalósítása számos akadályba ütközik, hiszen az idősek fizikai aktivitását olyan kulturális tényezők, sztereotípiák, attitűdök és elvárások is befolyásolják, amelyek inkább az inaktivitás irányába hatnak.

Kulcsszavak: gerontofitness, rekreációs sport, mentális egészség idős korban, testmozgás

GERONTOFITNESS – THE BENEFICIAL EFFECTS OF REGULAR EXERCISE ON THE PHYSICAL AND MENTAL HEALTH OF AGING PEOPLE

Abstract

Exercise plays a vital role in lifelong development, so it is very important in the elderly. Those who exercise regularly enjoy a better cardiovascular status, their motor capabilities remain more satisfactory, they complain less of depression, sleep disorders, and stay more confident and more independent even in older ages.

Recreational sports have expanded the sport to the everyday people, for whom the goal is to provide the fitness needed for everyday life. The new concept gerontofitness, emerged recently, which deals with the sporting activities of the elderly and the beneficial effects of those.

Nowadays a new goal is to create programs that encourage older people to exercise regularly. At the same time, there are many obstacles to these, because the physical activity of the elderly is partly influenced by cultural factors, stereotypes and attitudes, mostly in the direction of inactivity.

Keywords: gerontofitness, recreation sport activities, mental health in older age, physical activities

Bevezetés

A sport pszichológia, mint kutatási terület körülbelül ötven éve jött létre, hasonlóan a sport szociológiához, a sporttörténehez és a sport filozófiához. Ezen területek a sportot, a testmozgást és fitnesszt egyaránt tudományos alapokon tárgyalják. A sport szociológusokat főleg egyetemek, főiskolák alkalmazzák a terület kutatására és oktatására, és a terület népszerűsítésére, akár tudományos publikációk, akár a médiában való jelenlét által (Volkwein-Caplan, 2013). Sport pszichológusokat sportklubok és csapatok, vagy akár sportoló egyének is foglalkoztathatnak, mind a teljesítmény növelése érdekében, mind a jobb sportteljesítmény elérését hátráltató egyéni pszichés problémák rendezésére. A sport pszichológia képviselői alkalmazott kutatásokban vesznek részt, az adott sportágakban a

teljesítmény objektív mérésére törekcsenek, melyekhez tesztekct fejlesztenc ki, illetve modelleket alkotnak (Csukonyi, 2018). A sportszociológusok feladata, hogy rámutassanak azokra a hiedelmekre melyeket az emberek az egyes sportágakkal kapcsolatban kialakítottak, illetve kutassák, hogy mely hiedelmek hogy befolyásolják a különféle társadalmi rétegek sportágválasztását és a sportokról, egészségről, sportteljesítményről való gondolkodását. Sokan úgy vélik, hogy a sportban nincs előítélet, rasszizmus vagy diszkrimináció, melyről bebizonyosodott, hogy nincs így. Egy másik általános és egyben téves hiedelem az is, hogy a sportolásra mindenkinek egyaránt van lehetősége (Volkwein-Caplan, 2013).

Ennek a dolgozatnak a célja a sportpszichológiai és sportszociológiai valamint egészségpszichológiai kutatások feltérképezése az öregedő korosztály sportolási szokásait illetően és szintén e csoport sportolással kapcsolatos hiedelemrendszerének középpontba állítása. A mi nyugati kultúránk egyre inkább a fiatalságot dicsóíti, egyben az emberek egyre tovább élnek, az anyagi jólétnek és a jó egészségügyi ellátásnak köszönhetően. A múltban a sportot a fiatalok fejlődése szempontjából tartották fontosnak, manapság egyre inkább felismerik azt, hogy az egész életen át tartó fejlődésben nagy szerepe van a testmozgásnak. A múltban században az emberi élettartam növekedése sajátos tendenciát kezdett mutatni (Baker és mtsai, 2010). 1840-től kezdve az élettartam naptári évenként 3 hónapot nőtt, így manapság a világ legfejlettebb országaiban született utódok számíthatnak arra, hogy a 80 éves kort is megélik. Az ilyen hosszú élettartam pedig számos társalmi és egyéni kérdést is felvet. A „baby boom” generáció fiataljai most lépnek be a 60-as éveikbe. A baby boomer generáció rossz egészségügyi állapota ismert tény, egy 2006-os kanadai kutatás szerint a baby boomerek 52% - a ülő életmódot folytat és 30% -a elhízott (Oeppen és Vaupel, 2002; Baker és mtsai, 2010). Vagyis az idősödő korosztály nem szentel kellő figyelmet egészségére, a testmozgást elhanyagolja, melynek következtében egészségi állapota romlik, nemcsak a testi, hanem a lelki egészségi állapota is. Ez a probléma egyre inkább előtérbe helyezi az idősödő emberek mindennapos testmozgásának, sportolási szokásainak és testmozgásra való motivációinak vizsgálatát, valamint az idős emberek testmozgásával kapcsolatos attitűdök és sztereotípiák feltérképezését.

A rekreációs sportok célja, a mindennapos élet szempontjából szükséges fitness biztosítása, mely során a személy magával és alkalmanként másokkal is megmérettetésre kerül, még ha ez játékos, szórakoztató formában is zajlik. A rekreációs sportolás eredete a „sport mindenkinek” eszméjére vezethető vissza, mely a ’60-as években vált népszerűvé a nyugati világban. Ekkor kezdtek közösségi sport céljára létesítményeket létrehozni. A rekreációs sport előnye, hogy mentes azoktól a torzításoktól melyek a versenysportban megvannak. A modern rekreációs

sport nem csupán az emberek egészségének megőrzésére irányul, hanem egyben egy üzletág is. A médiában egyre nagyobb szerepet kap és a lehetősége egyre szélesebb társadalmi csoportok előtt nyílik meg. Manapság egyre többet hallunk például a mozgáskorlátozott személyek vagy az időskorúak sportolásáról. Új fogalomként jelenik meg a gerontofitness, mely az idős emberek fitness tevékenységével foglalkozó területe a sporttudománynak. (Volkwein-Kaplan, 2013).

Számos kérdés merül fel a területtel kapcsolatban: egyáltalán sportolnak-e az idős emberek, és ha igen mit sportolnak, mi motiválja őket a testmozgásra, milyen hiedelemrendszerrel rendelkeznek a sportolást illetően, milyen társadalmi elvárások mutatkoznak az idős emberek sporttevékenységével kapcsolatban, és milyen pozitív hatásai vannak az időskorban végzett sporttevékenységnek. Ezekre a kérdésekre keressük a választ a dolgozat további szakaszaiban.

Sportol-e az idősödő ember?

Közép és Kelet-Európában az idős emberek szabadidő eltöltése ritkán foglal magába sporttevékenységet, ez köszönhető annak, hogy az idős emberek fizikai aktivitását kulturális tényezők is hátráltatják, különösen a vidéki régiókban (Chinn és mtsai, 1999).

A lengyel nyugdíjasok szabadidejük jelentős részét azzal töltik, hogy gyermekeinek és unokáiknak segítenek a hétköznapi munkákban, gazdálkodnak, TV-t néznek és a fizikai aktivitásuk a házimunkákkal gyakorlatilag le is zárul. Ennek részben az az oka, hogy a testmozgásnak nincs semmilyen hagyománya az idős emberek körében, és nem tudatosítják magukban kellőképpen a testmozgás egészségre gyakorolt pozitív hatásait. Az időseket sajnos nagyon nehéz bevonni a rendszeres testmozgásokba (Nowak, 2014).

Egy magyar kérdőíves kutatásban azt találták, hogy a nők aktívabbak, mint a férfiak, mivel többnyire ők azok, akik a házi- és ház körüli munkákat végzik. Jellemzően a ház körüli munkával a közepes jövedelemmel rendelkező emberek, illetve az egyedülállók foglalkoznak a legtöbbször. Ugyanakkor a sporttevékenységek a legjobb anyagi helyzetben lévőkre voltak jellemzőek, illetve azokra, akik városban nevelkedtek. Az egészségi állapot megítélése is fontos volt, a kutatás szerint azok sportolnak többet, akiknek nincs súlyos betegsége, testi panasz, illetve szubjektíve jobbnak értékelik az egészségi állapotukat (Kovács, 2017).

Egy tanulmányban 60 évnél idősebb amerikai felnőtteket kértek arra, hogy beszámoljanak a fizikai aktivitás előnyeiről és arról, hogy ők maguk mozognak-e rendszeresen. Az eredmények azt mutatták, hogy bár az érintettek többsége tisztában volt az előnyökkel, több mint fele mégsem vett részt fizikai aktivitásban (Gogin & Morrow, 2001). Az emberek

aktuális egészségviselkedése és az egészséges életmódról való tudása közötti eltérés jelentős problémát okoz, mind a kutatók számára, mind az egészségügyi prevenciók kidolgozásában.

Sajnos a nyugati társadalomban, részben az időséssel kapcsolatos negatív sztereotípiáknak, az ageizmusnak köszönhetően, az idősödő emberek nem tesznek eleget egészségük érdekében, nem sportolnak. Egyes kutatások szerint ennek oka, hogy interiorizálják, elfogadják a rájuk irányuló negatív sztereotípiákat (Nosek és mtsai, 2002). Vannak kutatások, melyekben azt találták, hogy az idősödő nők azért nem sportoltak, mert egészségükre károsnak gondolták az intenzívebb fizikai gyakorlatokat (O'Brien, 2000). Sajnos a férfiak sem védettek a sztereotípiák hatásaitól, egy kutatásban (Milligan és mtsai, 1985) idős férfiakat (65-85 évesek) kértek arra, hogy értékeljék az öregedéssel és a fizikai egészséggel kapcsolatos attitűdjeiket. Az volt a feladatuk, hogy értékeljenek egy hipotetikus „öregembert” és egy „fiatalembert”, valamint saját magukat. Amint azt a korábbi tanulmányok is megállapították, úgy tűnik, hogy az „idősebb ember” minden dimenzióban több negatív minősítést kapott, mint a „fiatalabb férfi”. Tehát az időséssel kapcsolatos negatív sztereotípiák sajnos jelen vannak a gondolkodásunkban. Ezen negatív sztereotípiákat enyhíthetik azok a példák, amelyek egy idősebb személy jelentős teljesítményére utalnak, ilyen Ed Whitlock példája is, aki 3 óra alatt futotta le a maratoni távot 69 éves korában (Starkes és mtsai, 2003).

Tudjuk, hogy azok a profi atléták, akik idős korukban is aktívan folytatják sporttevékenységüket, fizikailag sokkal jobb állapotban maradnak, mint nem sportoló kortársaik, de mára már az is egyértelmű, hogy a pszichés egészségük megőrzésében is nagyon komoly szerepe van a testedzésnek. Az ember fejlődése egy életen át tart és a sport bizonyítottan segíti az idősödő emberek identitásának kedvező alakulását. Dionigi (2006) kvalitatív kutatásaiban az idős sportolók kétféleképpen beszéltek tevékenységükről: “itt vagyok és még mindig képes vagyok rá” illetve “ha nem használod, elveszíted” (“use it or lose it”). Az első gondolat egyúttal utal arra is, hogy ezek a sportolók elkülönítik magukat a többségtől és úgy gondolják, saját viselkedésük és teljesítményük nem átlagos. A második gondolat pedig elégedettséget sugároz és büszkeséget, hiszen még aktívak, nem érzik magukat öregnek. Az erő és az önbizalom érzése beleivódik a hétköznapjaikba és fokozza függetlenség és kontroll érzetüket. További előny, hogy a fizikailag aktív emberek elégedettebbek a személyes megjelenésükkel, mint az inaktívak (Loland, 2000). Ugyanakkor, ha a vizsgálati személyeket arra kérték, hogy hipotetikus személyeket (öreg-egészséges, öreg-beteg, fiatal-egészséges és fiatal-beteg) értékeljenek különböző skálákon, a résztvevő korától függetlenül a rossz egészségi állapotú vagy beteg személyeket leíró profilokat negatívabban értékelték, mint az egészségeseket, mindegy, hogy az fiatal vagy idős ember volt (Milligan és

mtsai, 1989). Figyelemre méltó, hogy a fiatal-beteg személyek profilját értékelték a legnegatívabban. Ez rávilágít egy olyan attitűdre, amely szerint az idősebbeknél elfogadható a betegség megléte, de a fiatalokra vonatkozóan nagyobb az egészségesség elvárása. Kiemelendő, hogy az előzőleg említett Dionigi (2006) tanulmányban is sokan nyilatkozták azt, hogy ha abba hagynák a sportolást, akkor éreznék időseknek magukat és ehhez kapcsolódóan mások segítségére, gondozására szorulnának.

Korábbi kutatásokból tudjuk, hogy az intenzívebb fizikai aktivitás kifizető az egészségünk szempontjából, hiszen az ilyen tevékenységeknél alacsonyabb a kardiovaszkuláris megbetegedések előfordulása (Wannamethee és Shaper, 2002), kisebb mértékű az elhízás (Ross R és Janssen I, 2001), és akik rendszeresen sportolnak, kevesebbet vannak táppénzen (Proper és mtsai, 2006).

Nemcsak a társadalom kezd jobban fókuszálni az idősekre, hanem az idősödő korosztály *sportifikációja* is egy új tendencia a modern világban. Számos felmérés kimutatta, hogy a sport alapvetően a fiatalok társas kikapcsolódása, és a részvétel mértéke csökken az életkor előrehaladtával. A 90-es évek óta azonban jelentős növekedés tapasztalható a sportban való részvételben a 40 fölöttiek körében is (Tischer és mtsai, 2011), ami arra biztatja a kutatókat és prevenciós szakembereket, hogy nem szabad feladni az emberek ösztönzését az aktív életmód kialakítására.

Mozgáshiány és fizikai hanyatlás

Tudjuk, hogy az időskor velejárója a testi állapot romlása és a mozgató szervrendszer folyamatos gyengülése is, még abban az esetben is, ha valaki valóban sokat tett egészségéért és rendszeresen sportolt. Azzal is tisztában van az idős emberek döntő része, hogy a testmozgás milyen sok pozitív hatást gyakorol a testi és szellemi jólétünkre (McPhee és mtsai, 2016). Ezen ismeretek ellenére sajnos az idős emberekre a nyugati világban az ülő életmód jellemző, mely az egészségi állapot hanyatlásához vezet. Ugyanakkor a kutatások szerint a rendszeres fizikai aktivitás nemcsak az egészséges idős embereknek kedvez, hanem még azoknak is, akiknek az egészségi állapota már nem tökéletes. A rendszeres mozgás hatására csökken a kardiovaszkuláris megbetegedések aránya, az elhízás mértéke, a metabolikus betegségek megjelenése, az osteoporózis és izomgyengeség kialakulásának veszélye, és annak a valószínűsége is, hogy az idős ember elesik (McPhee és mtsai, 2016). A sport jótékony hatása a kardiovaszkuláris rendszerre nagyon kiterjedt. Ismert tény például, hogy az életkor előrehaladtával a kardiovaszkuláris rendszer változik, elsősorban csökken a szív- és érrendszerben az oxigén szövetekbe való szállítása. Ezen negatív hatás azonban rendszeres

testmozgással késleltethető (Blumenthal & Gullete, 2002). A vázizom rendszerről is tudjuk, hogy a kor előrehaladtával számos változáson megy keresztül, míg az izomtömeg és a tónus csökken, a zsírszövet mennyisége az életkorral együtt nő. Ezeknek a változásoknak az ellensúlyozására rendszeres edzés a leghasznosabb, mely fenntartja, vagy akár még növelheti is az izomtömeget, és csökkenti a csonttrikulálás mértékét öregkorban (Arnaud, 2000). Ami a vázizom rendszer hatékony működését illeti, elmondhatjuk, hogy a testmozgásnak számos pozitív hatása van még a testi fogyatékosággal élő emberekre is, hiszen ismert tény, ha egy testrészt kevésbé használják, akkor annak állapota romlani fog. Igaz ez például azokra is, akik arthritisszel küzdenek (Macera és mtsai, 2003). Az olyan rendszeresen végzett mozgásformák, mint a gyaloglás, kimutatottan hatékonyak az időskorú személyek önállóságának fenntartásában és annak visszaállításában. Aggastyánoknál is biztonságos és hasznos a testedzés, az életkor előrehaladtával a fizikailag aktív embereknél csökken a sérülések kockázata is (Schneider és mtsai, 2006). Függetlenül attól, hogy milyen nemű, milyen rasszhoz tartozó, milyen társadalmi-gazdasági státuszú vagy életkorú egyénről van szó, a testmozgás előnyökkel jár. A fizikai aktivitás ténylegesen késleltetheti az öregedés hatásait vagy lassíthatja az öregedési folyamatot (Schilke, 1991). Levy és munkatársai (2002) vizsgálata érdekes eredményt szolgáltatott a sportoló személyek önészlelése kapcsán. Megállapították, hogy azok az idősebb személyek, akiknek az öregedéssel kapcsolatban pozitívabb az önészlelése, hosszabb ideig élnek, összehasonlítva azokkal, akik számára az öregedés inkább negatív történés. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a személy önészlelése befolyásolhatja az élettartamot.

Kognitív hanyatlás és a sport

Az öregedéssel kapcsolatos negatív mítoszok egyike az időskorhoz szükségszerűen hozzákapcsolja a kognitív hanyatlást. Az időskorban gyakori demencia szindróma, ami egy neurodegeneratív betegség következtében alakul ki, nem szükségszerűen velejárója az öregedésnek. Ugyanakkor a demencia szindróma előfordulási gyakorisága az életkor előrehaladtával egyre nő és az ebben szenvedő személy akár 20 évig is élhet ezzel a betegséggel. Emiatt ez a megbetegedés nagyon nagy kihívást jelent az egészségügy, a prevenció számára is (Jorm és Jolley 1998). Akik fizikailag aktívabbak, azokat kevésbé fenyegeti az Alzheimer betegség és a demencia kialakulásának veszélye, mint az ülő életmódot folytató társaikat. A sport tehát hatékony védőfaktor a kognitív hanyatlással szemben (Laurin és mtsai, 2001). Az aerob fitness már önmagában is segíti a megfelelő agyműködést és az aktív idős embereknél, akik kardio gyakorlatokat is rendszeresen

végeznek, kisebb agyszöveti hanyatlás mutatható ki (Colcombe és mtsai, 2003). Továbbá tény az is, hogy a helytelen táplálkozás, mely hiperlipidémiához vezet, szintén kockázati faktor a demencia kialakulásában (Kalmijn és mtsai, 1997). Másrészt a mentális hanyatlás sok esetben időskori depresszióval társul mely szintén enyhíthető rendszeres testmozgással (Jenkins, 2017). A kutatások szerint az alacsonyabb fizikai aktivitású személyek súlyosabb depressziós tüneteket mutatnak, mint sportoló kortársaik. Akik rendszeresen edzenek, magukat fiatalabbnak érzékelik, pozitívabb énképpel rendelkeznek, mint azok, akik nem mozognak rendszeresen (Moore, et al., 1999; Clark, et al., 1999).

Az idős ember sportolását elősegítő tényezők

A nyugdíjba vonulást nem követi automatikusan a fizikai aktivitás, vagy a sporttevékenység megnövekedése, a több szabadidő nem jelenti azt, hogy a nyugdíjasok többet mozognának, mint azelőtt. Ugyanakkor a nyugdíj előtti munkatevékenység, mint idő és energia igényes aktivitás egyfajta észlelt akadályként is jelen lehet az emberek tudatában, ami igazolást szolgáltat arra, mért nincs idejük sportolni. Egy német felmérés eredménye szerint a férfiak gyakran fizikai hanyatlásuk felmérésére használják a sportot, ami visszajelentésként szolgálhat arról, hogy még milyen teljesítményre képesek. Ezzel szemben a nők pozitívabban viszonyulnak az öregedéshez, és a sporttevékenységük példaértékű környezetük számára is. Érdekes különbség mutatkozik a gyermekvállalás tekintetében a nőknél. Azok a nők, akik fiatalabban szültek gyermeket, kisebb valószínűséggel sportoltak, mint azok, akik idősebb korban váltak anyává (Jenkin, 2017).

Az idős emberek motivációját a testmozgásra számos tényező befolyásolja: a viszonylag jó egészségi állapot fenntartása vagy a krónikus testi, lelki panaszok csökkentése is lehet a cél. Az öregedéssel való megküzdési törekvések is buzdíthatnak sportolásra, a társas kapcsolatok keresése is motiválhatja, hogy valaki például egy sportkör tagja legyen, hiszen idős korban a szociális programok lehetősége is meglehetősen lecsökken. Természetesen a korábbi sportolási szokások is meghatározóak. Többségben vannak azok, akik a mozgás egészségvédő funkciója, illetve az öregedéssel való megküzdés optimalizálása miatt sportolnak (Jenkin, 2017).

A gerontológusok szerint egy idős ember életminőségét nagyban meghatározza az, hogy fiatal felnőttként hogyan élt, milyen életvitelt folytatott. Az időseknél gyakori probléma, hogy a nyugdíjazás után megnő a szabadidejük, és már nem végzik a megszokott hétköznapi munkájukat. Ez különösen kedvezőtlen hatással lehet azokra az idősekre, akik nagyon aktívak voltak hivatásukban és professziójuk szorosan kapcsolódott az identitásukhoz,

önmeghatározásukhoz, munkájukat hivatásnak tekintették. Munkájuk megszűnése identitáskrizishez vezethet, és sokkal rosszabbul élik meg a nyugdíjazást, mint azok, akik a nyugdíjas létet a már megunt és nyűgnek érzett munkától való megszabadulásként értékelik. A társadalmi, családi elvárások egy része az idős emberek „hasznosságát” a rokonokon, barátokon való segítségben, vagy az unokák gondozásában való aktívabb részvételben fogalmazzák meg. A szabadidős sport és a személyes fejlődés egyéni útjai gyakran nem felelnek meg a társadalmi hasznosság idős emberekkel kapcsolatos kívánalmainak, és ez is jelentősen hátráltathatja az idős emberek sportolását. Az idős korosztály körében az olyan sportok, aktivitások népszerűek, melyekhez kitartás és fegyelem kell. Ilyenek például a futás, biciklizés, úszás, és a „nordic walking”. Ezen sportokban még az idős kor ellenére is jó eredményeket lehet elérni, ami fontos motivációs tényező a sportolás fenntartásában. (Blair és mtsai, 2004)

Javaslatok az időskori sportolás előmozdítására

Mint láttuk, annak ellenére, hogy a sportolás, mint preventív tevékenység ismert és az emberek számos jótékony hatását fel tudják sorolni, mind testi, mind lelki egészségükre vonatkozóan, az idős emberek mégsem fordítanak elég figyelmet és energiát a rendszeres testmozgás beiktatására. Az időskori sport alapvetően az egészség szolgálatában áll, elsődleges célja nem az időskori sport karrier elősegítése. Emiatt az intenzitást mindenképp fontos lenne legalább a sportolás megkezdésénél kellően alacsony szinten tartani ahhoz, hogy az idősek ne veszítsék el a kezdeti motivációjukat. Függetlenül attól hány éves valaki, egy edzésprogramot soha nem késő elkezdeni. Szükség lenne olyan társadalmi programok elindítására, melyek nemcsak felhívják az idősödő emberek figyelmét a mindennapos testmozgás előnyeire, de egyben alternatívákat is nyújtanak az idősek számára az aktivitásokra. A krónikus betegeket úgy motiválhatjuk legjobban a testmozgás megkezdésére, ha figyelembe vesszük egyéni céljaikat, aggodalmaikat és azokat az akadályokat, melyek a gyakorlati kivitelezést gátolják. Az aktív életmódot egyénre szabott viselkedésterápiával a legkönnyebb elősegíteni. A hosszú távú eredményesség érdekében a mozgásos gyakorlatoknak egyszerűeknek, szórakoztatóknak kell lenniük, hozzáigazítva az idősek egészségügyi szükségleteikhez és egyéni céljaikhoz (Nied és mtsai, 2002). Az idősek számára létrehozott sportprogramoknak lehetőleg ingyenesnek vagy nagyon kedvező költségűnek kell lennie ahhoz, hogy azokat széles körben látogassák. Fontos szempont, hogy a csoportos aktivitások az idős embereknek számára társas kontaktusokat biztosítsanak az ismerkedésre, barátságok kialakítására. Az ember társas lény és a társak jelenléte nagyon motiváló már

kisgyermek kortól kezdve, és ez motiváció az idősök rendszeres, csoportban történő mozgásos aktivitásainak elkezdését és fenntartását is elősegítheti. Náluk az elmagányosodás önmagában is depresszióhoz, szellemi hanyatláshoz illetve a testi állapot romlásához vezethet. A csoportos aktivitások során az ember kötődést alakít ki másokkal, így ezek jól védenek az elmagányosodás ellen és csökkentik a személyben az elszigetelődés érzését. Továbbá az amatőr sportkörök társas támogatást is biztosítanak az idősök számára, valamint lehetőséget arra, hogy a generációk közti kommunikáció optimálisabbá váljon, ami jó esetben csökkentheti a generációk közti távolságot, növelheti az empátiát és a megértést mások iránt. A társas sporttevékenység együttműködésre sarkall, az aktivitás közben megélt együttes élmény egységesítő, és egyetemes értékeket is képvisel. Mindezek az idősök számára kiemelten fontosak lehetnek.

Irodalom

- Arnaud, M.J. (2000): Physical Exercise, Aging and Hydration. *Science and Sports* (Paris), **15** (4), 177-179.
- Blair, S.N., LaMonte, M.J. and Nichaman, M.Z. (2004): The Evolution of Physical Activity Recommendations: How Much Is Enough? *The American Journal of Clinical Nutrition*, **79**, 913-920.
- Blumenthal, J.A. & Gulleto, E.C.D. (2002): Exercise Interventions and Aging: Psychological and Physical Health Benefits in Older Adults. Pp. 155-157. In: Schaie, K.; Warner; Leventhal, Howard, et al. (Eds.) *Effective Health Behavior in Older Adults. Societal Impact on Aging*. New York, NY: Springer.
- Chinn, D.J., White, M., Harland, J., Drinkwater, C. and Raybould S. (1999): Barriers to Physical Activity and Socioeconomic Position: Implications for Health Promotion. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, **53**, 191-192.
- Csukonyi Cs.: (2018): A sportpszichológia területei és a sportpszichológus feladatai. In: Münnich Á. (szerk.): *Fejezetek a sportdiagnosztika és tanácsadás területeiből*. Debrecen, Egyetemi Kiadó.
- Colcombe SJ, Erickson KI, Raz N, és mtsai (2003): Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; **58**:176-80.
- Goggin, N.L., & Morrow, J.R., Jr. (2001): Physical Activity Behaviors of Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, **9**, 58-66.
- Jenkin és mtsai. (2017): Sport and ageing: a systematic review of the determinants and trends of participation in sport for older adults. *BMC Public Health* **17**:976.

- Jorm AF, Jolley D. (1998): The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology* **51**:728-33.
- Joseph Baker & Jessica Fraser-Thomas & Rylee A. Dionigi & Sean Horton (2010): Sport participation and positive development in older persons *Eur Rev Aging Phys Act*, **7**:3–12
- Kalmijn S, Launer LJ, Ott A, Wittman JC, Hofman A, Breteler MM. (1997): Dietary fat intake and the risk of incident dementia in the Rotterdam Study. *Ann Neurology*; **42**:776-82.
- Kovács Klára (2017): 50 felettiek fizikai aktivitásának mintázatát befolyásoló szocio-kulturális és demográfiai tényezők. *Magyar Sporttudományi Szemle* **18.** évf. 72. szám. 32-39.
- Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. (2001): Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurology* **58**:498-504.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., & Kasl, S.V. (2002): Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, **83** (2), 261-270.
- Loland, N.W. (2000). The Aging Body: Attitudes toward Bodily Appearance Among Physically Active and Inactive Women and Men of Different Ages. *Journal of Aging and Physical Activity*, **8**, 197-213.
- Macera CA, Hootman JM, Sniezek JE. (2003): Major public health benefits of physical activity. *Arthritis Care Res*; **49**:122-8.
- McPhee J.S., French D. P, Jackson D., Nazroo J., Pendleton N. és. Degens H. (2016): Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology* **17**:567–580
- Milligan, W. L., Powell, D.A., Harly, C., & Furchtgott, E. (1985): Physical Health Correlates of Attitudes Toward Aging in the Elderly. *Experimental Aging Research*, **11** (2), 75-80.
- Milligan, W.L., Prescott, L., Powell, D.A., & Furchtgott, E. (1989): Attitudes Towards Aging and Physical Health. *Experimental Aging Research*, **15** (1), 33-41.
- Nied RJ , és Franklin, B (2002): Promoting and prescribing exercise for the elderly. *American Family Physician*, **65** (3):419-426.
- Nosek BA, Banaji MR, Greenwald AG (2002): Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dyn* **6**:101–113.
- Nowak, P.F. (2014): Amateur Sports of the Elderly: A Chance for Health and a Higher Quality of Life, *Advances in Aging Research*, **3**, 222-229.

- O'Brien Cousins S (2000): 'My heart couldn't take it': older women's beliefs about exercise benefits and risks. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* **55B**:283–294.
- Oeppen J, Vaupel JW (2002) Broken limits to life expectancy. *Science* **296**:1029–1031
- Proper KI, van den Heuvel SG, De Vroome EM, Hildebrandt VH, Van der Beek AJ (2006): Dose–response relation between physical activity and sick leave. *Br J Sports Med* **40**:173–178.
- Ross R, Janssen I (2001): Physical activity, total and region obesity: dose–response considerations. *Med Sci Sports Exerc* **33**:S521–S527.
- Schilke, J. M. (1991): Slowing the aging process with physical activity. *Journal of Gerontological Nursing*, **17** (6) 4-8.
- Schneider, S., Seither, B., Tönges, S. and Schmitt, H. (2006): Sports Injuries: Population Based Representative Data on Incidence, Diagnosis, Sequelae, and High Risk Groups. *British Journal of Sports Medicine*, **40**, 334-339.
- Starkes JL, Weir PL, Young B (2003): What does it take for older expert athletes to continue to excel? In: Starkes JL, Ericsson KA (eds) *Expert performance in sport*. Human Kinetics, Windsor, pp 251–272.
- Ulrike Tischer & Ilse Hartmann-Tews & Claudia Combrink (2011): Sport participation of the elderly—the role of gender, age, and social class *Eur Rev Aging Phys Act* **8**:83–91
- Volkwein-Kaplan, K. (2013): Sport, fitness culture. *Sport, Culture, society*, **Vol.12.**, Meyer & Meyer Sport .
- Wannamethee SG, Shaper AG (2002) Physical activity and cardiovascular disease. *Semin Vasc Med* **2**:257–266



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

AZ AKTÍV IDŐSKOR SZEREPE A FOGYASZTÓVÉDELEMBEN

dr. Balázs Katalin¹ - Bene Ágnes²

¹Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet

²Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

Levelező szerző elérhetősége:

dr. Balázs Katalin Ph.D.

e-mail: balazs.katalin@arts.unideb.hu

telefon: 06-52-512-900/22536, 06-20-456-85-93

Összefoglalás

Világszerte gyakoriak a megtévesztések, melyek kifejezetten az időseket célozzák (Boush, Friestad és Wright, 2009; Valant, 2015). Az aktív középkort követően számos fiziológiai, pszichológia változás megy végbe az idősödő személyekben. Ezek a változások persze nem mindenkinél azonos mértékűek. Az idősödő generáció képviselőinek tipikus kommunikációs és társas jellemzői képezik az alapját ezeknek az átveréseknek melyek etikátlanul visszaélnek a korosztály sérülékenységével. Az idősek általában befolyásolhatóbbak, mint a fiatalabb felnőttek (Visser és Krosnick, 1998).

A tanulmányban összefoglaljuk a szakirodalom alapján az idősek átverésekkel szembeni sérülékenységét megalapozó jellemzőket. Valamint beszámolunk egy idősek körében interjúmódszerrel végzett vizsgálatról, melyben a válaszadók gyanús megkeresésekkel kapcsolatos tapasztalataikról számolnak be.

Kulcsszavak: fogyasztóvédelem, aktív idősor, meggyőzés, átverés, sérülékenység

THE ROLE OF ACTIVE AGEING IN THE CONSUMER PROTECTION

Abstract

Worldwide recognized the high prevalence of deceit aimed at elderly individuals (Boush, Friestad és Wright, 2009; Valant, 2015). Following the active middle-age, aging individuals perceive several physiological and psychological changes. Naturally, these changes do show individual differences. The aging generation members' typical communication related and social features are to blame for these deceptions, unethical abuse of the vulnerability. Elderly individuals are more susceptible to persuasion than younger adults (Visser és Krosnick, 1998).

In the present study, we summarize features appeared in the literature which can establish older people's vulnerability. Furthermore, we report an interview-based-study, in which the examinees shared their experiences on suspicious offers.

Keywords: consumer protection, active aging, persuasion, deception, vulnerability

Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) besorolása alapján a 60 és 65 év fölöttieket időseknek nevezzük, míg az 50 év felettiak megnevezése: idősödő személyek. Az élettartam növekedésével, a társadalmaknak számos olyan problémával kell megküzdeniük, ami korábban nem volt jellemző (pl. Kalache, 2001). Azaz a várható élettartam növekedésének előnye összekapcsolódik új megoldásokat igénylő problémákkal is. Számos más kérdés mellett a szakirodalom felismerte az idősödő személyek fogyasztóvédelmi sérülékenységét is, Amerikában és Európában egyaránt (pl. Boush és mtsai, 2009; Valant, 2015).

Maga a sérülékenység egy komplex konstrukció (Baker, Gentry, Rittenburg, 2005, 7. old.), ebben tanulmányban sérülékenység alatt a személy fizikai állapotából, személyiségéből, és a helyzetből fakadó fokozott kiszolgáltatottságot értjük, eladási helyzetben. Általánosságban igaz az, hogy az idősebb felnőttek másként fogadják be a meggyőző üzeneteket, mint aktív korú társaik (Boush és mtsai, 2009; Campbell és Kirmani, 2008; Carpenter és Yoon, 2017); és kiszolgáltatottabbak a félrevezetésekkel, átverésekkel szemben (Friestad és Wright, 1994. Ezt

a tényt ismerve nem meglepő, hogy számos bűnöző kifejezetten idősekre szakosodott (Quinn, 2001).

A továbbiakban olyan, a kommunikációt nehezítő jellemzőket veszünk sorra, melyek a szakirodalom alapján magyarázhatják az idős személyek fokozott kiszolgáltatottságát, legalábbis nagy valószínűséggel hozzájárulhatnak ahhoz. Valamint olyan lehetőségeket összegzünk, melyek segíthetik egyéni vagy intézményes szinten a sérülékenység csökkentését.

Végül tömören bemutatjuk számos hazai interjú összegzett eredményeit, melyben idős emberek véleményét kérdeztük meggyőzési helyzetekről, megtévesztésről, valamint saját tapasztalataikra kérdeztünk rá. Ezek az eredmények tükrözik az érintettek szemléletét és a magyarországi helyzetet.

A társas interakciót nehezítő jellemzők, s hatásuk a meggyőzési helyzetekre

Vannak olyan fiziológiai jellemzők, melyek a test korosodásából fakadóan nehezítik a társas interakciót, ezekkel az orvosi megközelítésű gerontológia és a pszichológia társas kapcsolatokra koncentráló ága foglalkozik.

Az idősödéssel csökken a dopamin és a szerotonin szint, ami csökkenti az információ feldolgozásának és a munkamemóriának a kapacitását (Carpenter és Yoon, 2015; Salthouse, 1996). Ez megnehezíti a fontos információk kiszűrését a kommunikáció során (pl. Hedden és Yoon, 2006), valamint pontatlanná teszi a részletekre való emlékezést (Schacter, Koutstaal és Norman, 1997).

Továbbá az idősebb személyek gyakrabban támaszkodnak a heurisztikus feldolgozásra a problémamegoldás során, azaz első megítélésre jónak tűnő megoldást választanak (pl. Tversky és Kahneman, 1974), ami a döntések egy töredéke esetén komoly kockázattal jár (Hess, Rosenberg és Waters, 2001). Amikor motiváltak, nyilvánvalóan képesek megfontolt döntést hozni, de a szükséges motiváció nem mindig van jelen (pl. Carpenter és Yoon, 2017; Kim, Goldstein, Hasher és Zacks, 2005).

Mindezen tényezőkön túl, 50 éves kor fölött romlik a hallás, ami megnehezíti a mássalhangzók felismerését és a gyors beszéd megértését (Fozard, 1990), ami tovább rontja a kommunikáció hatékonyságát.

A nyugdíjas kor elérése után, az aktív életmód felhagyásával, különösképpen akkor, ha az idősödő ember életét krónikus betegségek nehezítik, a társas interakciók korlátozottabbá válnak (Shanas, 1968). A társas élet beszűkülésével a személyek nyitottabbá válnak a társas helyzetekre (Lee és Geistfeld, 1999).

A szocioökonómiai szelektivitás elmélet szerint (Carstensen, Isaacowitz és Charles, 1999) mindazok, akiknek limitált időperspektívája van (idősek vagy komoly betegséggel küzdő fiatalok) sokkal inkább nyitottak az érzelmekre és a pozitív érzelmi zárásra, mintsem a nyitott időperspektívával bírók (fiakalok, aktív felnőttek). A nyitott időperspektíva az újdonság és információkereséssel jár inkább együtt. Ugyanakkor, kísérleti helyzetben bizonyítást nyert, hogy a limitált időperspektívával bírók a negatív keretezésű meggyőző üzeneteket preferálták, és jobban is emlékeztek rájuk, míg a nyitott perspektívával bírókra a pozitív keretezésű üzenetek hatottak jobban (Williams és Drolet, 2005).

Mind a társas kapcsolatok iránti fogékonyság, mind a pozitív érzelmi zárás igénye hozzájárulhat ahhoz, hogy a személyes megkeresési helyzetekben az idősek kevésbé képviselik saját érdekeiket, mint az aktív korú felnőttek. Harminc és hatvan éves kor között a legváltozatosabb a válaszrepertoár, amit a meggyőzési helyzetben alkalmaznak (Kirmani és Campbell, 2004). Ehhez képest a fiatalabbak, és az idősebbek egyaránt kevésbé változatos, s így kevésbé rugalmas válaszkészlettel bírnak.

Az életszakasz hipotézis (Visser és Krosnick, 1998) szerint a középkorúak a legkevésbé meggyőzhetőek, hozzájuk képest a fiatalok és az idősek is hajlamosabbak megváltoztatni eredeti viszonyulásukat. Ez leginkább a társadalmi erővel magyarázható: jellemzően a középkorúak töltenek be magas státuszú pozíciókat, amivel együtt jár a folyamatos kapcsolattartás és döntések sora (Eaton, Visser, Krosnick és Ananad, 2009).

A közgazdaságtanban a meggyőzési helyzetekre vonatkozó szakirodalom két fontos pillanatot említ meg, ami az átverési helyzetben releváns. Az egyik annak a felismerése, hogy a folyamatban lévő társas helyzet egy meggyőzési helyzet (Friestad és Wright, 1994). A másik annak felismerése, hogy a másik fél nem etikus módon jár el, szándéka nem egyformán jó a meggyőzésben részt vevő személyeknek (Boush, Friestad és Wright, 2009). Az hogy ez a két pillanat mikor következik be, bekövetkezik-e egyáltalán, az a rendelkezésre álló kognitív kapacitásnak is függvénye, azaz összetett társas helyzetben az idősebb felnőttek sérülékenyebbek. Gyakran maguk is felismerik ezt, és ebből fakadóan kerülnek a meggyőzési helyzeteket, vagy a meggyőzési helyzeteket gyorsan le akarják zárni (Kirmani és Campbell, 2004). Ez az idősek esetén gyakoribb megközelítés, mint a fiatalabb felnőttek esetén (Boush és mtsai., 2009).

Az átverések kivédését segítő jellemzők

Az egészséges életmód elősegíti a kognitív funkciók épségét. A táplálkozást tekintve a zöldségek, halak, olajos magvak fogyasztása előnyös egy átfogó metaanalízis szerint

(Gutierrez and Isaacson, 2013). Ugyanez a kutatás a fizikai és társas aktivitást, valamint az esetleges cukorbetegség és vérnyomás kordában tartását javasolja a szellemi fittség megőrzése érdekében. Továbbá az is közismert, hogy a kristályos intelligencia (Cattell, 1987) magas szintje kompenzálhatja a fluid intelligencia szintjének a felnőttkor kezdetén megkezdődő fokozatos romlását (Bonifield és Cole, 2011).

Védőfaktort jelent még az időseket célzó átverésekkel szemben, ha a személynek magas a megismerési szükséglete (Cacioppo és Petty, 1982), azaz gyakran és szívesen gondolkodik, végez valamilyen "agytornát". Előnyös ezeken kívül a magas önértékelés (O'Keefe, 2016), és a társas környezetnek való alacsony megfelelési igény szint (Perloff, 2010), ezek csökkentik az idős személyek kiszolgáltatottságát.

Számos intervenció segítheti az időskorúakat a meggyőzési helyzetekben, ha a személy részt vett ilyen programon, az növelheti védettségét a nem etikus megkeresésekkel szemben. Hatásos lehet a figyelmeztetés, hogy lehet, hogy megpróbálják majd adott módon meggyőzni (O'Keefe, 2016). Tulajdonképpen bármilyen olyan jellegű tevékenység hasznos, amikor tipikus átverésekre hívják fel a figyelmet.

Beoltásnak nevezik (O'Keefe, 2016) azt a technikát, amikor gyenge érvekkel támogatnak meg egy álláspontot, amit a meggyőző fél vélhetően képviselni fog, és ezáltal arra készítjük a személyt, hogy maga gyártson ellenérveket. Ezáltal már felvértezve találja meg a valódi megkeresés. Ugyanakkor a visszautasítás tréningje is hatékony lehet, bár ez sem garantálja az éles helyzetben történő visszautasítást (O'Keefe, 2016).

Az Amerikai Egyesült Államokban az AARP Foundation (2003), egy idősek segítésére alakult szervezet, úgy találta, hogy a telemarketinges átverések több, mint fele az ötven év fölötti korosztály érinti, s ebből kiindulva intenzív kutatásba kezdtek. Úgy találták, hogy a gyakran megjelenő átverési technikák demonstrálása időnként sikeres technika, míg más esetekben ellentétes hatást váltott ki. Továbbá az átverhetőség demonstrálása sem volt hatásos stratégia, hiába mutatták meg nekik, hogy átverhetőek lennének, ez nem segítette az éles helyzetekben a viselkedést. A legcélravezetőbb eljárásnak az tűnik a kísérletes vizsgálataik alapján, ha olyan kérdéseket sajátítanak el az idősek, amelyek annak feltérképezését segítik, hogy mennyire megbízható a másik fél. Továbbá a vizsgálataik összefoglalójában azt is kiemelik, hogy az önbizalom erősítése is hasznos, annak tudatosítása, hogy attól, hogy egyszer áldozattá váltak, az nem jelent semmit a jövőre nézve, hiszen mással is megesik, hogy rosszul dönt.

Empirikus vizsgálat

Az adatelemzés célja a magyar időskorúak körében annak felmérése volt, hogy milyen meggyőzőési helyzetekkel találkoznak általában, jellemzően hogyan reagálnak ezekre, és milyen védőfaktorok segíthetik a gyanús ajánlatok elutasítását, az átverések kivédését.

Módszerek

Az adatgyűjtés fogyasztóvédelmi témában zajlott, és interjúmódszerrel történt, elsősorban idős – 65 éves kor fölötti – személyek körében, leggyakrabban otthonukban. Az eredeti interjúkérdések tesztelése után, azaz saját interjúk felvételét követően, hallgatói asszisztenciával folytattuk az interjúfelvételt.

2018 tavaszán több egyetemi kurzus (Módszertan II., Reklámpszichológia labor- és terepgyakorlat) keretén belül azt a feladatot kapták a hallgatók, hogy vegyenek fel egy interjút, egy 65 év feletti személlyel fogyasztóvédelmi témában. Külön kérés volt, hogy lehetőleg ne közeli hozzátartozót keressenek meg, mert a közeli kapcsolat nehezíti a helyzet kontrollálását. A kurzusok keretén belül mindig sor kerül az interjúmódszer gyakorlására, ez esetben interjúvázlatot is kaptak a hallgatók. Aki nem szimpatizált ezzel a feladattal, alternatív interjút is felvehetett, így az senki számára nem volt kötelező.

Mind az idős személyek, mind a hallgatók számára van előnye ennek a feladatnak. A vizsgálati személyeknek felhívja a figyelmét az átverésekre, átbeszélhetik tapasztalataikat, lehetőséget nyújt a beszélgetés tapasztalataik feldolgozására. Továbbá az információk aktiválása révén a beszélgetést követő időszakban éberebben monitorozzák környezetüket, így vélhetően kisebb eséllyel válnak átverés áldozataivá. A hallgatók számára ez egy biztonságos közeg, a legtöbb idős örül a társaságnak, szívesen megnyílik, így az interjúhelyzet gyakorlására védett közegben történik. Nem utolsó sorban fejleszti a hallgatók empátiás és kommunikációs készségét, hiszen betekintést kapnak egy tőlük nagyban különböző életszakaszban lévő ember életébe. A hallgatók instruálása során külön felhívtuk a figyelmet arra, hogy ha a vizsgálati személy rosszul érezné magát, elfáradna, legyenek tekintettel rá, és vagy szakítsák meg az interjút, vagy mihamarabb zárják le azt, akár közbülső kérdések kihagyásával.

Eredetileg nem terveztük az adatok publikációját, az informatív interjúkat látva azonban nyilvánvalóvá vált ezen eredmények értéke.

Az interjúk menete

Az interjú első szakaszában az interjút vezető személy rögzíti a téma szempontjából fontosnak gondolt személyes jellemzőket. Legelőször a *demográfiai tényezőket*: nemet, kort, legmagasabb iskolai végzettséget, a lakóhely típusát, valamint azt, hogy kivel él egy háztartásban a válaszadó.

Majd olyan kérdések következtek, melyek az *önálló életvezetés* különböző aspektusaira vonatkoztak: ki szokott főzni, vásárolni, ki váltja ki a gyógyszereket, milyen gyakran végzi ezeket a tevékenységeket. Ezután a *társas élet* különböző területeit térképezték fel a kérdezőbiztosok: milyen viszonyt ápol az interjúalany a szomszédokkal, jár-e nyugdíjas rendezvényekre, templomba, dolgozik-e, gyerekeivel, unokáival tartják-e a kapcsolatot. Végül az általános jellemzőre vonatkozó utolsó szakaszban a *kommunikációs jellegzetességek* feltérképezésére került sor: van-e telefonja, mire használja, jól boldogul-e vele; internetet használ-e, ha igen mire; televíziót néz-e, azon belül hírműsorokat néz-e.

A következő szakasza az interjúknak a különböző ajánlatokkal való megkeresésekre vonatkozik: *keresték-e meg gyanús ajánlattal*, elfogadott-e olyan ajánlatot, amit megbánt és ennek az esetnek a részleteit. Milyen volt ez a helyzet, mi győzte meg, gyanús volt-e az ajánlat, kérdezett-e a termékről/szolgáltatásról, ha volt ilyen eset.

Ezután általánosan a *telefonos megkeresésekről* esik szó. Elmegy-e, ha hívják valahová, enged-e be olyan személyt, aki telefonon keresi meg. Kér-e további információt, hogyan viselkedik, és hogyan érzi magát ezekben a helyzetekben.

Végezetül az *idősek félrevezetéséről általában* kérdeztük az alanyokat. Azt szerettük volna megtudni, hogy látják-e értelmét a fogyasztóvédelmi programoknak; mit gondolnak, hogy miért célozzák sokan a csalók közül az időseket; és szerintük mi a leghatékonyabb stratégia az átverések kivédésére.

Az interjúk zárásaként minden interjúalany kapott egy kétoldalas tájékoztató füzetkét a legjellemzőbb csalások esetében célszerű viselkedésről, fogyasztóvédelmi panaszok kezeléséről, tájékoztatói lehetőségekről. Minden interjúalany megkapta az interjút kivitelező személy és a kurzus felügyelőjének az elérhetőségét, ha utólag bármilyen kérdés felmerülne. Az interjúkat mindkét szerző áttekintette és így alakítottunk ki egy kódtáblát. A kódtáblát két doktori hallgató átnézte, és véglegesítette a kódolási kategóriákat. Végül egy kutatási asszisztens végezte el az interjúk kódolását. A statisztikai elemzések ezeken az adatokon alapulnak. 63 főt értünk el, 54 nőt és 11 férfit. Ez az arány részben a nagyobb női túlsúlyból

fakadhat az adott korosztályban, részben pedig a nők általánosan tapasztalható fokozott válaszadási hajlandóságából. Az átlagéletkor 71,2 év (SD=6,6 év) volt, a legfiatalabb válaszadó 62 éves, a legidősebb 88 éves volt a megkérdezés időpontjában. A lakóhelyükre vonatkozó válasz 63 esetben érkezett, a válaszadók többsége városi lakos (38 fő), de számottevő a kisebb településeken lakó válaszadók száma is a mintában (21 fő) és budapesti válaszadóink is voltak (4 fő). A válaszadók döntő többsége vagy házastársával (28 fő), vagy egyedül élt a megkérdezés időpontjában (25 fő), nagyobb családdal hat fő élt, illetve négyen gyermekükkel egy háztartásban.

Eredmények

A válaszadók közül 31-en beszélnek egy olyan esetről, ahol úgy érzik, hogy becsapták őket. A többi válaszadó vagy nem mesélt el ilyen esetet, vagy valaki más emlékezetes történetét mondta el. Ennek oka lehet az elmesélt helyzet kiugró jellege, vagy a saját esetek miatt érzett szégyenérzet. A továbbiakban azokra a helyzetekre koncentrálnunk, ahol saját esetet meséltek a válaszadók. Telefonos megkeresés történt hat esetben, valamint egy esetben telefonos megkeresést követően más helyszínen vásárolt a vizsgálati személy.

Példaként a megkeresésekre ez utóbbi helyzetet leírjuk. *Azt az ajánlatot kapta a telefonon megkeresett személy, hogy ha egy egészségügyi előadást meglátogat, akkor 30000Ft-ot kap egy levásárolható kártyán. A személy a helyszínre egy kísérővel érkezett. A helyszínen egy számítógépre csatlakoztatott műszer alapján ajánlottak nekik tablettákat (28000Ft/100 db), valamint egy szerkezetet, amivel a szemhéjára kellett fújni a levegőt, hogy az egyikük meggyógyulhasson. Ez a szerkezet annyira egyedülálló volt az eladók állítása szerint, hogy csak bérelnie lehetett (220000Ft/6 hó összegért és ígérték, hogy ezt majd visszakapja). Amikor rájöttek, hogy nem működnek a gyógymódok, visszakérték a pénzüket, és megegyezés hiányában rendőrségi feljelentést tettek. A rendőrség kiderítette, hogy újrácímkezett C vitamint vásároltak és egy hűtő szagtalanítót lízingelt az egyikük.*

15 esetben személyesen keresték fel őket otthonukban, valamint egy esetben személyes megkeresést követően történt más helyszínen megegyezés. Ez utóbbi esetben egy középkorú férfi és nő kereste meg otthonában az idős személyt. Nem engedte őket be, a kapuban beszélgettek. Egy termékbemutatóra hívták, jelezve, hogy ingyen termékmintákat kaphat és a gyermekeinek is jó ajándék lehet, amit ott kínálnak. Egy edénykészletet vásárolt a helyszínen, a reális árnál sokkal drágábban, amit később megbánt.

Három esetben a meggyőzés külső helyszínen zajlott, mint például termékbemutatón, egészségfelmérésen. Négy esetben más jellegű volt a helyszín, mint például Top Shop-os

vásárlás; budapesti központba mentek el nyereséget átvenni; valamint két esetben a szomszédságba ment ki a telefonos megkeresés után az értékesítő, többekkel megbeszélve az alkalmat. Egy esetben pedig más helyszínen indult a meggyőzés és a személy otthonában zárult. Ekkor konkrétan a postán szolgáltatták le, és hazavitték, hogy egy edénykészletet mutassanak meg neki. Majd amikor nem vásárolt, a hazaszállításának költségét fizettették ki a vizsgálati személlyel.

A megkeresésekre jellemző, hogy vagy a vizsgálati személy, vagy házastársa egészségére hivatkozva próbálnak meg eladni egy terméket; vagy a gyermekekre, unokákra hivatkoznak. Nagyfokú kreativitást mutatnak az eladók abban, hogy mindenféle terméket egészségmegőrzés vagy gyógyítási céllal adjanak el. Gyakori, hogy büntudatot keltenek bennük (pl. sajnál ennyi pénzt a másiktól vagy az egészségére), vagy szégyenérzetet keltenek a potenciális vevőkben. Sok esetben az eladók kedvessége, rájuk szánt ideje, vagy az attól való félelem, hogy ők értettek félre valamit veszi rá az áldozatokat arra, hogy kifizessék a kért összeget. Az is jellemző, hogy egyszerűen nincs információjuk hasonló termékekről, és elhiszik, hogy ezt a minőséget, most olcsón lehet a kért nagy összegért megvenni. Viszont az egyértelmű átverések után a többség óvatosabban jár el, jellemző a megkeresések elutasítása, elzárkózás ezek elől. A kódolónk megítélése szerint 19 esetben nem lenne újra félrevezethető a vizsgálati személy a 31-ből. A megkérdezettek többsége kellemetlennek érzi a meggyőzési helyzeteket (36 fő), négyen kifejezetten idegesítőnek mondták azokat és további tíz fő is valamilyen más megfogalmazásban negatív érzésekről számol be (pl. zavaróak). A megtévesztések gyakoriságát az idősök hiszékenységgel (24 fő említi), befolyásolhatóságával (21 fő) és magányosságával (9 fő) magyarázzák. A kis mintanagyság miatt óvatosan kell kezelni a statisztikai eredményeket, mindenesetre számos változó esetében megvizsgáltuk, hogy különbséget tesz-e azok közt, akik a kódolónk szerint továbbra is sérülékenyek, és azok közt, akik csak nehezen lennének félrevezethetőek.

Mindössze néhány esetben találtunk említésre méltó különbséget (Fisher-féle próbával), a védőfaktorok esetében egyet sem. Akkor történik meg valószínűbben az átverés, ha megnyerő a termék; ha jó üzletnek tűnik a vétel; nagy szerencsének gondolják, hogy rájuk talált az ajánlat; vagy ha megnyerő az eladó ($p < 0,001$). Ha a termék úgy tűnik, hogy aktuális problémára adhat választ; valamint hiteles és lelkes az eladó ($p < 0,05$) szintén valószínűbben történik vásárlás. A potenciális védőfaktorok egyike esetén sem találtunk egyértelmű bizonyítékot a hatékonyságra. Ez azonban nem zárja ki, hogy az így tapasztalt eltérések ne lennének fontosak, de ezek statisztikailag ezen a mintán nem voltak megragadhatóak.

Érdeemes azt is megemlíteni, hogy voltak olyan interjúk, amelyben kifejezetten aktív életet élő, fizikailag, vagy mentálisan korosztályukhoz képest kiemelkedő aktivitást mutató interjúalanyok beszéltek tapasztalataikról. Esetükben fel sem merült a sérülékenységgé gyanúja.

Összességében az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

1. Magyarországon is gyakoriak az időseket célzó megkeresések, ezek között nem ritkák a kifejezetten etikátlan átverések. Gyakran keresik meg őket ajánlatokkal a legkülönbözőbb helyszíneken, a telefonos ajánlatokat sokan említik, hogy zavarónak tartják. Ezek jellemzően az egészségre, vagy a családra hivatkozva próbálják termékeiket eladni.
2. A befejezett átverések leginkább személyes helyzetben történtek. Gyakrabban lesz sikeres az átverés, ha megnyerő termék, az eladó, valamint ha egy fennálló probléma megoldása lehet a termék, és kivételesnek tűnik az ajánlat. Sokan beszámolnak arról, hogy büntudatot, szégyenérzetet keltenek bennük, vagy szégyellik, hogy később ismerik fel a helyzetet és addig rabolták az eladó idejét. Az átverések után a többség, de nem mindenki „védeltséget szerez”: óvatosabb lesz.
3. Az idősek maguk is tisztában vannak a sérülékenységgel, a hiszékenységgel, meggyőzhetőséggel és magányt okolják elsősorban, és sokan közülük kerülnek a meggyőzési helyzetekbe.
4. Maga az egyetemi hallgatókkal kivitelezett interjúmódszer kifejezetten hasznosnak bizonyult. Hasznos az idősek számára, mert tudatosítja bennük a megtévesztések jellemzőit, a saját viselkedésüket ezekben a helyzetekben. Ugyanakkor fokozza a diákok empatikusságát, jobban megértik az idős emberek élethelyzetét és ráébreszti őket fogyasztóvédelmi sérülékenységeikre, és felhívja a figyelmet a gyakori megkeresésekre, ami a családon belüli célzott kommunikációt fokozhatja.

Megbeszélés

A szakirodalmi áttekintés és empirikus vizsgálat célja az idősekkel fogyasztóvédelmi sérülékenységeinek mélyebb megértése volt. Összegezve az eredményeket azt mondhatjuk el, hogy számos biológiai jellemző (Carpenter és Yoon, 2015), valamint a korábbiakhoz képest kevésbé aktív társas életből fakadó sajátosság teszi az idősek egy részét kiszolgáltatottá az átverésekkel szemben (Lee és Geistfeld, 1999). Ezért is lenne nagyon fontos az aktív idősödés, azaz a fizikai, társas és szellemi aktivitás fenntartása. Az interjúk alapján a megkeresések gyakorisága zavaró, a sérülékenységet maguk is érzik, mégis, különösen

személyes megkeresések esetén, többen beszámoltak arról, hogy maguk is félrevezethetőek voltak. A fogyasztóvédelmi programoknak célszerű lenne a tipikus átverések ismertetésén túllépni. Vannak, akik számára segítség, ha figyelmeztetik őket, vagy egy gyenge érveléssel hasonló módon megkönyékezik őket, ahogy a potenciális megkeresés zajlani fog (O’Keefe, 2016). Azonban ezeknél hatékonyabb az önbizalom növelése és a specifikus kérdések megtanítása, amivel a gyanús ajánlatokat megsűrhetik (AARP Foundation, 2003; O’Keefe, 2016). Az önbizalom növelése azért is fontos lehet, hogy a büntudat és szégyenérzet ellen hasson, melyet bennük kelteni kívánnak a beszámolók szerint, vagy amely annak hatására alakul ki, hogy nekezen ismerték fel a félrevezetést, vagy a kommunikáció valódi célját.

Sokan egészségügyi termékként eladott termékek vásárlásáról számolnak be, ami egy jellemző trükk, erre érdemes felhívni a figyelmet. Valamint a kivételes ajánlatok csábítása ösztönzi az ajánlatok elfogadását, ezért érdemes hangsúlyozni, hogy ez is egy jellemző csapda. Végezetül a fiatal hallgatók mint interjúztatók és idős interjúalanyok kombinációja egy ígéretes módszernek bizonyult. Többen beszámoltak a felek közül ennek hasznáról, értékéről, érdemes alkalmazni ezt a módszert. Ezzel a módszerrel, az adatok számosságát növelve, mind a hazai megkeresések jellegéről, mind a jellemző hárítási módokról, valamint az átveréseket megakadályozó tényezőkről is képet kaphatunk.

Köszönetnyilvánítás

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma UNKP-18-3 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság programjának támogatásával készült.

Köszönettel tartozunk az interjúkat kivitelező pszichológus hallgatóknak, valamint Gerhát Rékának, Nagy Lucának és Pap Dorka Eszternek az adatok kódolásában nyújtott segítségükért.

Irodalom

AARP Foundation (2003): *Off the hook: Reducing participation in telemarketing fraud.*

Washington: AARP Foundation. Retrieved from:
http://assets.aarp.org/rgcenter/consume/d17812_fraud.pdf

Baker, S. M., Gentry, J. W. Rittenburg, T. L. (2005): Building understanding of the domain of consumer vulnerability. *Journal of Macromarketing*, **25**(2): 1–12.

Bonifield, C. M., Cole, C. A. (2011): Comprehension of Marketing Communications Among Older Consumers. In: *The aging consumer: Perspectives from psychology and economics*, pp. 175–189. Eds.: A. Drolet, N. Schwarz, C. Yoon, Routledge, New York.

- Boush, D. M., Friestad, M. Wright, P. (2009): Deception in the marketplace. Routledge, New York.
- Cacioppo, J. T., Petty, R. E. (1982): The need for cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, **42**: 116–131.
- Campbell, M. C., Kirmani, A. (2008): I know what you're doing and why you're doing it: The use of the persuasion knowledge model in consumer research. In: *Handbook of consumer psychology*, pp. 549–575. Eds.: C. P. Haugtvedt, P. M. Herr, F. R. Kardes, Lawrence Erlbaum Associates, New York.
- Carpenter, S. M., Yoon, C. (2015): Aging and consumer decision making. In: *Aging and decision making*, pp. 351–370. Eds.: T. M. Hess, J. Strough, C. E. Löckenhoff, Academic Press, Amsterdam.
- Carpenter, S. M., Yoon, C. (2017): Ageing and consumer behavior: Challenges and opportunities. In: *Routledge international handbook of consumer psychology*, pp. 486–501. Eds.: C. V. Jansson-Boyd, M. J. Zawisza, Routledge, Oxon and New York.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., Charles, S.T. (1999): Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, **54**: 165–181.
- Cattell, R. B. (1987): Intelligence: Its structure, growth and action. Elsevier, New York.
- Eaton, A. A., Visser, P. S., Krosnick, J. A., Ananad, S. (2009): Social power and attitude strength over the life course. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **35**(12): 1646–1660.
- Fozard, J. L. (1990): Vision and hearing in aging. In: *Handbook of the psychology of aging*, **3rd ed.**, pp. 150–170. Eds.: J. E. Birren K. W. Schaie, Academic Press, New York.
- Friestad, M., Wright, P. (1994): The persuasion knowledge model: How people cope with persuasion attempts. *Journal of Consumer Research*, **21**: 1–31.
- Gutierrez, J., Isaacson, R. S. (2013): Prevention of cognitive decline. In: *Handbook on the neuropsychology of aging*. Eds.: L.D. Ravdin H. L. Katzen, Springer, New York.
- Hedden, T., Yoon, C. (2006): Individual differences in executive processing predicts susceptibility to interference in verbal working memory. *Neuropsychology*, **20**:511 – 528.
- Hess, T., Rosenberg, D. C., Waters, S. J. (2001): Motivation and Representational Processes in Adulthood: The effects of social accountability and information relevance. *Psychology and Aging*, **16**: 629–642.

- Kalache, A. (2001): Rural aging: Reduction of existing inequities. *Journal of Rural Health*, **17**: 312–313.
- Kim, S., Goldstein, D., Hasher, L., Zacks, R. T. (2005): Framing effects in younger and older adults. *The Journal of Gerontology: Series B: Psychological Science and Social Sciences*, **60**(4): 215–218.
- Kirmani, A., Campbell, M. C. (2004): Goal seeker and persuasion sentry: How consumer targets respond to interpersonal marketing persuasion. *Journal of Consumer Research*, **31**(3): 573–582.
- Lee, J., Geistfeld, L. V. (1999): Elderly consumers' receptiveness to telemarketing fraud. *Journal of Public Policy Marketing*, **18**(2): 208–217.
- O'Keefe, D. J. (2016): *Persuasion: Theory and research*. Sage, Los Angeles.
- Perloff, R. M. (2010): *The dynamics of persuasion. Communication and attitudes in the 21st century*. Routledge, New York.
- Quinn, M. J. (2001): Friendly persuasion, good salesmanship or undue influence. *Marquette Elder's Advisor*, **2**(4): 49–56.
- Salthouse, T. A. (1996): The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, **103**: 403–428.
- Schacter, D. L., Koutstaal, W., Norman, K. A. (1997): False memories and aging. *Trends in Cognitive Sciences*, **1**: 229–236.
- Shanas, E. (1968): Loneliness, isolation and desolation in old age. In: *Old people in three industrial societies*, pp. 271- 276. Eds.: E. Shanas, P. Townsend, D. Wedderburn, Atherton: New York.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1974): Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, **185**: 1124–1131.
- Valant, J. (2015): *Consumer protection in the EU: Policy overview*. European Parliamentary Research Service. Letöltve: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/565904/EPRS_IDA\(2015\)565904_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/565904/EPRS_IDA(2015)565904_EN.pdf)
- Visser, P. S., Krosnick, J. A. (1998): Development of attitude strength over the life cycle: Surge and decline. *Journal of Personality and Social Cognition*, **75**(6): 1389–1410.
- Williams, P., Drolet, A. (2005): Age-related differences in responses to emotional advertisements. *Journal of Consumer Research*, **32**: 343–354.



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

ÁLLATTERÁPIA HATÁSA IDŐSEK DISTRESSZ ÁLLAPOTÁRA

Virginás Zolna

Debreceni Egyetem, Szociológia és Társadalompolitikai Doktori Iskola, II. éves PhD hallgató,

Virginás Zolna

Cím: Soré, 783, Korond, Hargita megye, Románia, mobil: 0040752527945,

zolna4@yahoo.com

Összefoglaló

Az állat-asszisztált terápiát (AAT), mint módszert Boris Levinson amerikai pszichológus dolgozta ki az 1960-as években. Kutatásunk célja megvizsgálni, hogy milyen különbségek vannak a distressz állapotban, állatbaráttal rendelkező, valamint állatbarát nélküli egyedül élő idősök között. Összesen 111 személy vett részt a kérdőíves felmérésben és 20 személy a kutatásban. Az idősöket beavatkozás előtt-után egyénenként, objektív pszichológiai módszerekkel felmértük (DASS- Depresszió, Szorongás és Stressz Skálával), hogy képet kapjunk a beavatkozás sikeréről. Az eredmények alapján, feltételezésünk igaznak bizonyult, az állatterápiának van hatása az idősök distressz állapotára. Hatékonyan használható terápiás módszer, depresszió, szorongás és stressz kezelésére.

Kulcsszavak: állatterápia, depresszió, szorongás, stressz, DASS, idősök.

THE BENEFIT OF ANIMAL - ASSISTED THERAPY TO THE DISTRESS OF OLDER ADULTS

Abstract

Animal- assisted therapy (AAT), a type of therapy that involves animals as a means of treatment, has been discovered by the American psychologist Boris Levinson, 1960. The aim of this study was to determine how animals can improve person's emotional and physical well-being. The participants in this study were 111 people. Each participant was evaluated before and after the AAT intervention using objective psychological methods: Depression Anxiety Stress Scales (DASS, Lovibond, 1995, set of three self- report scales designed to measure the emotional states of depression, anxiety and stress). In summary we can report the following result which could be valuable in the field of psychological science, that animals may be used in therapy dealing with depression, anxiety and stress.

Keywords: animal therapy, animal assisted activity, depression, distress, stress, DASS, elderly.

Bevezetés

Társadalmunk egyik kulcsproblémája az idősök helyzete: elmagányosodásuk, kapcsolathálójuk beszűkülése. Az idősök fizikai, szellemi képességeik fogyatkozásával párhuzamosan csökken önértékelésük, önbecsülésük. Ha nem érzik a társadalomban személyük fontosságát, elveszthetik önbizalmukat, lelki egyensúlyukat. A társadalmi megbecsülés hiánya, a kudarcok, elégtelenséggel tölti el a legtöbb öreget. Klinikusok megfigyelték, hogy a szorongással küzdő idősök önértékelése alacsonyabb, viselkedésrepertoárjuk szűkebb, kevesebb társas kapcsolatot tartanak fenn, mivel állandóan attól félnek, hogy kínos helyzetbe kerülnek. Gyakran jelentkeznek depresszióra jellemző tünetek: szomorúak, másoktól eltérően visszataszítónak érzik magukat, stressz érzékenyebbek. Sokszor hiányoznak náluk az alternatív megoldási stratégiák, ha kapcsolatok teremtéséről vagy konfliktus megoldásról van szó, ezért magányosabbak (Leprow, 2008). Ha az ember azt gondolja magáról, hogy senki sem szereti, és senkinek sincs szüksége rá, ez tényleg be is következik. Ha viszont az embernek egészségesnek kell lennie, hogy valaki másról gondoskodni tudjon, akkor szeretetre méltónak tartja magát, és az egész világról alkotott képe megváltozik (Becker, 2002).

Az affiliáció iránti emberi vágy, evolúciós múltunkból ered, amikor a másokhoz való csatlakozás növelte túlélési esélyeinket. Az affiliáció motivációi: társas összehasonlítás,

szorongáscsökkentés, információkeresés. Az affiliáció stresszcsoökkentő. A társas támogatás ütközőzóna- hatása, hogy azon emberek, akik érzékelik, hogy támogatásban részesülnek, kevésbé érzékenyek a stresszes eseményekre, mind a támogatáshiányában szenvedők. Az affiliáció hiányának legnyilvánvalóbb jele a magányosság, összetett érzelmi reakciója, de egészségügyi következményekkel is járhat (Hewstone, 2007).

Viselkedéskutatások bizonyítják, hogy az ember az egyetlen olyan hiperszociális csoportlány, amely idegen fajok egyedeit is képes bevonni szociális kapcsolatainak bonyolult hálózatába. Vizsgálatok igazolták, hogy a társállatok embereket helyettesíthetnek gazdáik szociális hálózában, pozitív fiziológiás, pszichológiai, kognitív és viselkedési változásokat indukálva. Kutatásunkban depresszió- szorongás- stressz skála alapján, az állatterápia pozitívumait próbáljuk feltérképezni időseknél, illetve a társállatok mentálhigiénés hatásait meghatározni. A következő elméleti összefoglalóban megpróbálom először meghatározni a használt fogalmakat (időskor, depresszió, szorongás, stressz), majd biológiai jellemzőit, elméleteit bemutatni.

Időskor

Nehéz az öregedés pontos definícióját megadni, konvencionális értelemben az egyed teljes kifejlődése utáni életperiódust nevezik öregedésnek, melyet a funkciók hanyatlásával jellemeznek, s amely a szervezet halálával végződik (Berszán, 2008).

Az idős kor az elszámolások időszaka, visszatekintés az élet eseményeire. Mindenki attól függően éli át a teljesség, az integritás érzését, hogy teljes életet élt vagy, hogy mennyire sikeresen tudott megbirkózni az élet különböző időszakaiban felmerült problémákkal. Ha az idős ember sajnálattal néz vissza életére, akkor könnyen válhatnak utolsó éveit a kétségbeesés martalékává (Atkinson, 2001). A következő biológiai változások jellemzőek az öregedési folyamatra: a bőr megváltozik, veszít korábbi rugalmasságából és szárazabbá válik, ami ráncosodáshoz vezet. Idős korban az izom összehúzódások gyorsasága és ereje fokozatosan csökken, és lanyhul a hosszabb ideig tartó erő kifejtés képessége is. A mozgást a végtagok izomzatának fokozatos gyengülése befolyásolja. Az életkor előrehaladtával párhuzamosan megváltozik a csontozat kémiai összetétele, tömörsége csökken. A szervezet kevesebb kalciumot szabadít fel, ezáltal a csontok törékenyebbé válnak. Az ízületek mozgása merevebb és korlátozott lesz, kihullnak a fogak, ennek következtében nehézkessé válik a táplálkozás, a beszéd. A nemi mirigyekben visszaesik a hormonok kiválasztása, ritkábban fordul elő a szexuális magatartás formája. A szervezetalkalmazkodó képessége egyetemességében csökken. Az általános teljesítmény lassúbb, fokozatos csökkenése jellemző. A testi hanyatlás

megélése elsősorban akkor kóros, ha az egyén lelkileg nem készül fel az időskorra, vagy a körülményei kényszerítik változatlan teljesítmény végzésére. A felkészületlenség esetén, az öregek személyiségét nagyfokú merevség, sztereotípiára való hajlam, érzelmi leszűkülés, fokozódó érdektelenség jellemezheti, amelyet szellemi leépülés, regresszió hajlam követhet vagy kísérhet (Köllő, 2001). Az időskori biológiai változások közül a mindennapi életvitel szempontjából a legfontosabb a fizikai és szellemi kapacitás tartalékainak kimerülése.

Az életkor előrehaladása pszichológiai változásokkal is jár. A biológiai változások általában a kérgi gátlási folyamatokat gyengítik, sok esetben az ösztönélet erősödik, és ezek megnyilvánulásai kerülnek a viselkedészavar középpontjába. A pszichológiai tényezők másik fontos eleme a nemzedékváltás megélésének és feldolgozásának konfliktusa (Stoppard, 2003). Az idős személy környezetében elveszíti domináns szerepét. Ennek a változásnak az átvészélése az egyén részéről új típusú alkalmazkodást igényel. A saját szociális kategóriájának megváltozása gyakran új helyzetek és új szerepek elé állítja az embert. A szociális kategóriákban történő változás azzal jár, hogy a személyt még az ismerős helyzetben is másképpen kezelik. Az, hogy mások hogyan kezelnek bennünket, nagyban meghatározza, hogy milyenek látjuk magunkat (Cole, 2006). Az öregedés folyamatának magyarázatára több mint 300 elmélet létezik, legismertebbeket foglalja össze az 1. ábra.

1. ábra - Az öregedési elméletek csoportjai és néhány példája



Forrás: Berszán, 2008 alapján

Depresszió

A depresszió fogalmának tudományos meghatározásai:

- American Psychiatric Association: a depresszió a hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozásával járó betegség, amelynek klinikai képét a pszichológiai, kognitív, vegetatív, ill. szomatikus tünetek változatos kombinációja alkotja.

- Comer, 2005: a depresszió olyan reménytelen, szomorú állapot, melyben az élet sivárnak, terhei nyomasztónak tűnnek számunkra.
- Horváth, 2007: a depresszió hangulatzavar, mely emelkedett hangulat vagy boldogtalanság formájában nyilvánul meg.

A depresszió tünetei kiterjedhetnek az életműködések öt legfontosabb területére: érzelmi, motivációs, viselkedési, kognitív és szomatikus funkciókra is (Comer, 2005).

A depresszió biológiai háttere: Genetikai kutatások bizonyítják, hogy a hangulatzavarokra, főleg a mániás depresszióra való hajlam örökletes. A depresszió tünetegyüttesének hátterében idegrendszeri biokémiai változások állnak. A vizsgálati kórképekben a noradrenalin, szerotonin valamint a dopamin termelése, forgalma, lebontása során fennálló regulációs zavarok találhatók. A szerepet játszó két legfontosabb neurotranszmitter a noradrenalin és a szerotonin (Atkinson, 2001). E transzmitterek metabolitjainak szintje a likvorban és a szérumban is alacsonyabb (MHPG és 5-HIAA) (Tringer, 2001). Ma még nem tudják, hogy az agyi- szerotonin rendellenesség milyen mértékben „oka” vagy csupán „közvetítő” láncszeme a depresszióknak. Újabban az elméletek a preszinaptikus és a poszt-szinaptikus intracelluláris jelátvitelt hangsúlyozzák. Depresszió esetén a hipotalamusz- hipofízis- mellékvese tengely, valamint a pajzsmirigy működése is rendellenes. Az immunrendszer csökkent reaktivitását többen kimutatták (Tringer, 2001).

Szorongás

A latin *ango-angere* igéből származik, jelentése szorítani. Kifejezi azt a szubjektív érzést, amit a szorongó ember megél (Horváth, 2007). A hétköznapi életben a félelem és szorongás két rokon értelmű kifejezés. A pszichológia fogalomtárában a félelem- egy adott helyhez, tárgyhoz vagy személyhez kapcsolódik, a szorongás viszont tárgy nélküli félelem (Vajda, 2001). A diagnózis felállítása a DSM-IV vagy a BNO–10 kritériumai alapján történik.

A szorongás tünetei pszichés, szomatikus/vegetatív és viselkedési tünetekre oszthatók fel, melyek egyszerre vagy disszociáltan fordulnak elő.

- Pszichés tünetek: figyelemzavar, súlyingadozás, evési rendellenességek, alvási és szexuális zavarok, fáradékonyság.
- Szomatikus/Vegetatív tünetek: arc kipirulása, szájszárazság, izzadás, tachycardia, vizeletelési inger, mellkasi fájdalom, fulladásérzet.
- Viselkedési tünetek: rémült arckifejezés, nyugtalanság, kéztördelés, türelmetlenség, agresszió (Horváth, 2007).

A szorongás kialakulásáért biológiai és pszichológiai tényezők a felelősek. Genetikai kutatások bizonyítják, hogy az általános szorongási hajlam örökölhető. A biológiai elméletek a szorongásért felelős neurotranszmitterek szerepét helyezik előtérbe (Atkinson, 2001). Szorongásgátlók a GABA_a receptor működését serkentő benzodiazepinek és barbiturátok, a dopamin (D₂, D₃) receptor antagonisták, a szerotonerg vegyületek és a kolecisztokinin. A szorongás idegrendszeri lokalizációja az amygdala. Kialakulásában a melatonin és nemi hormonok (tesztoszteron, ösztrogén) is fontos szerepet játszanak (Horváth, 2007). A mellékvese által termelt kortizol nevű, stresszhormont Hedaya, 1996- Zaleman, 1995 kapcsolatba hozták az unipoláris depresszió kialakulásával (Comer, 2005).

Stressz

A stressz fogalmát Selye János vezette be, és mint pszichoszociális eredetű feszültség fogható fel (Tringer, 2001). Selye, 1936-os meghatározása Szabó, 1995 idézve: „Orvosi megfogalmazásban- írja Selye Életünk és a stressz című világsikert arató népszerű munkájában- a stressz az étellel járó elhasználódási folyamatok egysége. Aki megérezte már, hogy mindaz, amit tesz- s az is, amit mások tesznek, vele- bizonyos fokig kimeríti és igénybe veszi, az körvonalaiban már látja, mit nevezünk stressznek. Fáradtság, ingerlékenység, aggodás, félelem, betegségérzet, mind a stressz egy- egy megjelenési formája. Olyan külső inger, amely viselkedésváltozásra és adaptációra készlet. Selye kétféle stresszt különített el:

- Eustresszt: azaz a mindennapi életben szokásos mennyiségű stresszt, amivel képesek vagyunk megbirkózni
- Distresszt: amely meghaladja a normál alkalmazkodási képességeinket és tartós élettani változásokat idéz elő, amelyek betegségekkel lehetnek (Pikó, 2006).

Szimonov képlete értelmében, a stressz lényegében információs túlkínálat.

$R_s = f(I_n - I_d)$, ahol R_s = stressz reakció, I_n = szükséges információ, I_d = rendelkezésre álló információ (Tringer, 2001). A stressz biológiai háttere: a test a „harcolj vagy menekülj” reakcióval válaszol a stresszre (Atkinson, 2001).

Selye alapján Szabó, 1995 idézve kialakulásában három szakaszt különíthetünk el:

- Vészreakció szakasza: növekszik az ACTH-elválasztás, ami fokozza a glikokortikoidok kiáramlását a vérbe. A vérben nő a neutrofil fehérvérsejtek és nyiroksejtek száma. Növekszik a hajszálerek áteresztőképessége, vérzések lépnek fel.
- Ellenálás/rezisztencia szakasza: a mellékvesekéreg nagyobbodik, hiperpláziája áll elő, miközben koleszterin- és aszkorbinsav- tartalma nő. A szervezetben az anyagcsere-folyamatok normális mederbe lépnek.

- Kimerülés szakasza: a szervezet nem képes többé alkalmazkodni a stresszorok hatásaihoz. A mellékvese kérge nem képes elegendő mennyiségben glikokortikoidokat termelni. Sejtjeiben kevés lipidszemcse és kevés aszkorbinsav marad. A vérben nő a nyiroksejtek és az eozinofilek száma, a nyirokcsomók duzzadnak. A kimerülés egészen a halál beálltáig fokozódhat.

Alkalmazott módszerek

Kutatásunkban, a következő módszereket, standardizált kérdőíveket használtuk:

- **DASS- Depresszió, Szorongás és Stressz Skála.** Lovibond, 1995, 21 ítemes változatát. Egy mennyiségi mérőeszköz a distressz állapotának, a depresszió, szorongás illetve a stressz dimenziói mentén. Széleskörű irodalom Antony et al., 1998, Brown et al., 1997, Crawford & Henry, 2003, Lovibond & Lovibond, 1995 igazolja, hogy a DASS megbízható mérőeszköze a kitűzött paramétereknek. Az alsókálák belső konzisztenciája 0.79 -0.87 között mozgott. Az egyes alsókálák eredményei jelentősen korreláltak egymás között. A depresszió illetve a szorongás alsókála esetén $r = 0.68$, depresszió és stressz $r = 0.74$, szorongás és stressz $r = 0.77$, minden esetben $p < 0.001$ (Szabó, 2008).

Kiértékelése: a három alsókálához tartozó itemek a következők: depresszió 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, szorongás: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, stressz: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18. Az itemek rendes pontozásúak. Minél magasabb a pontszám, annál magasabb a mért paraméterek mértéke.

Normál szint: depresszió:0-9, szorongás:0-7, stressz:0-14/ Könnyű: depresszió: 10-13, szorongás: 8-9, stressz: 15-18/ Közepes: depresszió: 14-20, szorongás: 10-14, stressz: 19-25/ Súlyos: depresszió: 21-27, szorongás: 15-19, stressz: 26-33/ Nagyon súlyos: depresszió: 28+, szorongás: 20+, stressz:34+ (Szabó, 2008).

A következőkben a kísérlet során alkalmazott állatterápiás módszert ismertetjük részletesebben Illés, 2006 összeállítása alapján.

- **AAT (animal assisted therapy)- állat asszisztált terápia.** Konkrét terápiás módszer, ahol fejlesztési célkitűzésekkel használják az állatokat. Melyek mellett, hogy motivációs tényezők a kliensek számára, részt vesznek aktívan a különböző tevékenységek kivitelezésében. Segítségükkel fejleszthetők olyan pszichés funkciók, mint érzékelés, észlelés, emlékezet, figyelem, gondolkodás, a motoros funkciók esetén nagy mozgások, finommozgások koordinációja, helytelen mozgások korrekciója, adekvát mozgások kialakítása, tartási hibák csökkentése, egyensúlyérzék. Emellett hatékony életminőség javítása, személyiségfejlődés és képességfejlesztés esetében.

- **AAA (animal assisted activity)- állat asszisztált aktivitás.** A módszer lényege az állat jelenlétében van, az állattal való kontaktus előnyeit használják fel. E terápia során nem követnek konkrét fejlesztési célt. Ennek ellenére számos mentálhigiénés hatása kimutatott: kommunikációs, kapcsolatteremtési képességeket fejleszt, szociabilitást, empátiát és motivációs tényezőket aktivál. (Illés, 2006).

-

A kutatás menete

A kutatás két lépésben zajlott. Első lépésben a kérdőíveket töltöttük ki 111 idős emberrel három év alatt, a kísérletes munkába résztvevőknél megismételtük, a beavatkozás nyolc hónapos időtartama után is. Második lépésben az állatterápiás foglalkozáson résztvevők fiziológiás paramétereit vizsgáltuk.

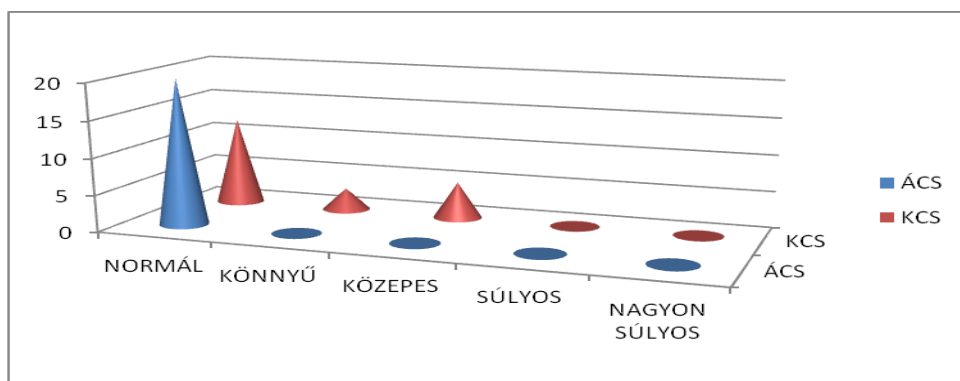
A beavatkozás nyolc hónapos AAA időtartama április 16 - december 16 között volt, mely idő alatt hat hónapig volt AAT foglalkozás. A kísérleti csoport tagjai háziállatokat kaptak (macskát, hörcsögöt), ezáltal az AAA- állat asszisztált aktivitások ezen idő alatt folyamatosak voltak. A kísérleti személyek vállalták a gondozásukra bízott állatok ellátását és, hogy legalább napi két alkalommal kezükbe veszik, simogatják, dédelgetik a kötődések kialakítása érdekében. - Ötször részt vettünk kutyaterápiás foglalkozáson. Az ülések során Bagdy (1999), Illés (2006), Mester (1999), Somorjai (2006) és saját ötletek alapján, téma centrikus csoportmunkát alkalmaztunk. Tevékenységek kiválasztásakor legfontosabb célkitűzése volt, olyan anyagot használni, ami korhatár és műveltségi szint figyelembevételével, bárki szívesen csinál, örömet leli benne, sőt valamilyen szempontból fejlesztő is. Figyelünk arra, hogy a gyakorlatokat, úgy válogassuk össze, hogy állatokat is tudjunk használni bennük. Ezáltal dolgoztunk az AAT- állat asszisztált terápiás módszerrel. Az ülések időtartama változó volt, 1-2, 5 óra között ingadoztak. A foglalkozások előtt és után vérnyomást, pulzusszámot és vércukor szintet mértünk a kísérleti csoport résztvevőinél. -Majd a beavatkozás nyolc hónapos időtartama után az időseket ugyanazokkal a kérdőívekkel újra felmértük, ez lett a poszt-teszt eredményei. Ez az idő elég hosszú volt ahhoz, hogy a vizsgálati személyek elfelejtsék korábbi válaszaikat és a beavatkozás hatására bekövetkező személyiségbeli változásaik mérhetőek legyenek. Az adatok feldolgozását, a kvantitatív adat elemzésre alkalmas, SPSS Statistics 17.0, Excel-2007 programokkal végeztük.

A kutatás eredményeinek bemutatása

A distresszérzékelés eltéréseinek vizsgálata: Hipotézisünkben feltételezzük, hogy a distressz állapota alacsonyabb az állatbaráthoz kötődő idős személyeknél, mint az állatbaráttal nem rendelkezőknél. A distressz állapotán a depresszió, szorongás illetve a stressz dimenzióit értjük. A depresszió az organikus mentális zavarok mellett a leggyakoribb pszichiátriai betegség az idős populációban. A depresszió gyakran A típusú, a hangulatzavart elfedhetik az előtérben álló testi panaszok. A szorongás leggyakoribb forrása a stressz. A stresszet könnyebb elviselni, ha nem egyedül bennünket ér. Az egyéni szorongások és konfliktusok könnyebben elfelejtődnek, ha társunk van, mely lehet akár állat is. Az állatok simogatása lassítja a szívverést, valamint csökkenti a vérnyomást és a stresszt. A társállatok a jelenre irányítják az idősök figyelmét és megmutatják nekik milyen értékesek ezek a pillanatok. Amellett, hogy egyszerűen társaságot biztosítanak, az állatok egy életszínvonal fenntartására is rákényszerítik gazdáikat. Kérdőívek feldolgozott eredményei kimutatták, hogy az állatbarát megléte vagy hiánya az öregek distressz érzékelésében, a DASS 21 mennyiségi mérőeszköz alapján: a depresszió $p=0.0636$, $t= 1.890$, a szorongás $p=0.1127$, $t= 1.610$, stressz esetén $p=0.0930$, $t= 1.708$ szignifikancia szintű eltérés mutatkozik. Nem éppen szignifikáns különbséget a depresszió és stressz esetében sikerült kimutatnunk.

Depresszió és állathoz való kötődés: $p= 0.022$ szignifikáns szintű összefüggést sikerült kimutatnunk az állatbarát megléte és depressziós tünetek csökkenése között. A korrelációs együttható értéke $r=0.323$, mely közepes erősségű összefüggést mutat. Az eredmények alapján, beigazolódott előző feltevésünk, hogy az állattal való interakció biztonságérzetet ad, csökkenti a depressziós faktorokat, miközben javítja a hangulatot és pozitív érzelmeket indukál.

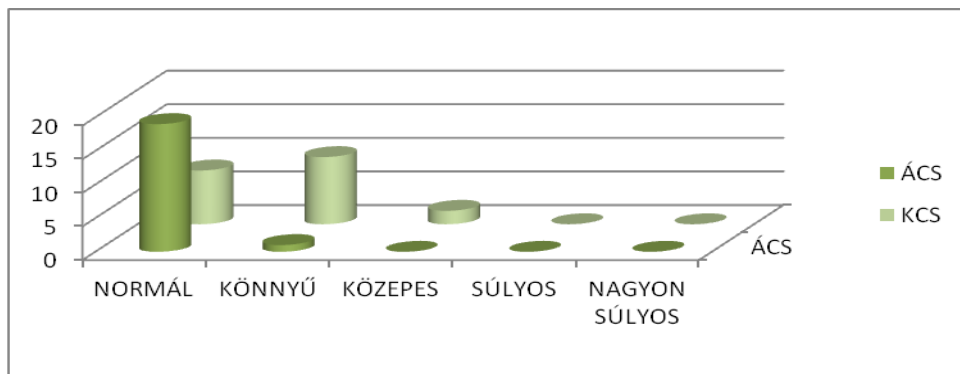
2. ábra: A depressziót mérő kérdőív eredményei



Forrás: saját szerkesztés

Lovibond, 1995-ös, DASS- Depresszió, Szorongás és Stressz mérésére alkalmas kérdőív eredményeinek kiértékelése során depresszió esetében, a pontszámok függvényében a következő öt kategóriát különítettük el: normál szint: 0-9, könnyű: 10-13, közepes: 14-20, súlyos: 21-27, nagyon súlyos: 28+. Minél magasabb a pontszám, annál magasabb a mért paraméter mértéke. A vizsgálati személyek pontszámai alapján elmondható, hogy a kísérleti csoport tagjainál kevésbé volt kimutatható a depresszió (2. ábra). Az állatterápia hatására nagyobb számba kerültek a normál kategóriába. A hangulati élet tartós, negatív irányú megváltozása a kontroll csoportnál volt számottevőbb.

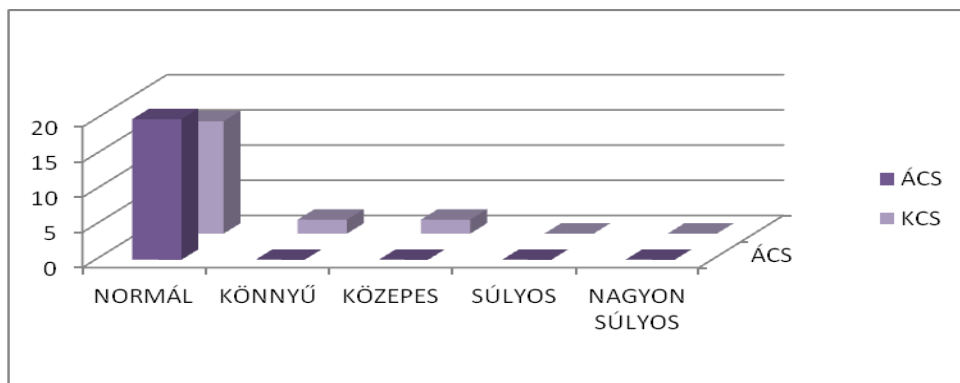
3. ábra: A szorongást mérő kérdőív eredményei



Forrás: saját szerkesztés

Lovibond, 1995-ös, DASS- Depresszió, Szorongás és Stressz mérésére alkalmas kérdőív eredményeinek kiértékelése során szorongás esetében, a pontszámok függvényében a következő öt kategóriát különítettük el: normál szint: 0-7, könnyű: 8-9, közepes:10-14, súlyos:15-19, nagyon súlyos: 20+. Minél magasabb a pontszám, annál magasabb a mért paraméter mértéke. A kontroll csoport tagjait szorongóbbnak találtuk (3. ábra).

4. ábra: A stresszt mérő kérdőív eredményei



Forrás: saját szerkesztés

Lovibond, 1995-ös, DASS- Depresszió, Szorongás és Stressz mérésére alkalmas kérdőív eredményeinek kiértékelése során stressz esetében, a pontszámok függvényében a következő öt kategóriát különítettük el: normál szint:0-14, könnyű:15-18, közepes:19-25, súlyos: 26-33, nagyon súlyos:34+. Minél magasabb a pontszám, annál magasabb a mért paraméter mértéke.

A stressz, mint pszichoszociális feszültség kimutathatóbb volt a kontroll csoportnál (4. ábra). Ellentétben a kísérleti csoporttal, náluk nem volt javulás a pre- és posztteszt eredmények között. Feltételezzük, azért, mert nem vettek részt közben állatterápiás foglalkozásokon. Ahhoz, hogy feltevéseinket bebizonyítsuk, eltéréseket az állatbaráttal rendelkező személyek önbecsülése, disztressz érzékelése, valamint az állatbaráttal nem rendelkező személyek önbecsülése, disztressz érzékelése között, az egyénekenként kiszámított kérdőív értékeket t-teszt alkalmazásával dolgoztuk fel, a kvantitatív adat elemzésre alkalmas programmal és a következő eredményeket kaptuk.

A disztresszérzékelés eltéréseinek vizsgálata: Hipotézisünkben feltételezzük, hogy a disztressz állapota alacsonyabb az állatbaráthoz kötődő idős személyeknél, mint az állatbaráttal nem rendelkezőknél. A disztressz állapotán a depresszió, szorongás illetve a stressz dimenzióit értjük. A kísérleti csoport pre- és posztteszt eredményeinek összehasonlítására páros t-próbát (=paired sample t-test) használtunk, hasonlóan a kontroll csoportnál is (lásd 1. táblázat).

1. táblázat – DASS-21 kérdőív feldolgozott eredményei

Csoport	Teszt	Átlag	Szórás	t	p
Kísérleti	előmérés	13.4	6.346	2.228	0.0528
	utómérés	11.8	4.367		
Kontroll	előmérés	26.1	11.846	0.9370	0.3732
	utómérés	25.7	12.184		

Forrás: saját szerkesztés

A kísérleti és kontroll csoport pre- és posztteszt eredményeit viszont kétmintás t-próbával (=független mintás t-próba, independent sample t- test) dolgoztuk fel, kapott eredményeinket tartalmazza a 2. táblázat:

2. táblázat – DASS-21 kérdőív feldolgozott eredményei

Teszt	Csoport	Átlag	Szórás	t	p
Előmérés	kísérleti	13.4	6.346	4.034	0.0015
	kontroll	26.1	11.846		
Utómérés	kísérleti	11.8	4.367	4.2990	0.0010
	kontroll	25.7	12.184		

Forrás: saját szerkesztés

Kutatásunk során kimutattuk, hogy az állatbarát megléte vagy hiánya az öregek distressz érzékelésében, a DASS 21 mennyiségi mérőeszköz alapján a depresszió $p=0.0003$ ($t= 4.022$), a szorongás $p=0.001$ ($t= 4.313$), stressz esetén $p=0.0002$ ($t=4.045$) szignifikancia szintű eltérés mutatkozik. A kapott eredmények alapján hipotézisünket a depresszió, szorongás és stressz esetében sikerült igazolnunk, vagyis a distressz faktorok alacsonyabbak az állatbaráthoz kötődő idős személyeknél, mint az állatbaráttal nem rendelkezőknél. Átlagértékeik grafikus elemzése alapján megfigyelhető, hogy a kontroll csoportnál magasabbak a DASS- 21- Depresszió, Szorongás és Stressz Skála átlagai, mint a kísérleti csoportnál, vagyis feltételezésünk, hogy a distressz állapota alacsonyabb az állatbaráthoz kötődő idős személyeknél, mint az állatbaráttal nem rendelkezőknél beigazolódott. Az állatbaráttal rendelkező kísérleti csoport tagjainak 90% normál kategóriába esik a depresszió, szorongás, stressz skálákon, míg az állatbaráttal nem rendelkező kontroll csoport tagjainak csak 60% a depresszió, 40% a szorongás és 80% a stressz skálán.

Megbeszélés

Az eredmények alapján kijelenthetem, hogy feltételezésünk igaznak bizonyult, az állatterápiának van hatása az idősök önbecsülésére, disztressz állapotára a korábbi irodalmi adatoknak megfelelően. Véggkövetkeztetésként megállapíthatóm, hogy a jól megszervezett állatfoglalkozás csodákra képes. Mindez igazolhatja, hogy az állatbarát pótolhatja a szociális szférát, az embertársi kapcsolatokat, a magányosság érzetének csökkenését és növeli az idősök önmagukba vetett hitét, vitalitását. A stresszet könnyebb elviselni, ha nem egyedül bennünket ér. Az egyéni szorongások és konfliktusok könnyebben elfelejtődnek, ha társunk van, mely lehet akár állat is. Ember – állat kapcsolatok két önálló, gondolkodó lény között jönnek létre, ezek a kapcsolatok nem csak egymásra bámulásból és simogatásból állnak, hanem sok- sok nevetésből, szórakozásból és vitából. Az állattal való interakciók hatására számos pozitív érzélem indukálódik.

Irodalomjegyzék

- Atkinson, R.L. & Atkinson R.C. (2001). *Pszichológia*. Osiris Könyvkiadó, Budapest, (ISBN 9633795400).
- Bagdy, E., Telkes, J. (1999). *Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, (ISBN: 9631902315).
- Becker, M. (2002). *Az állatok gyógyító ereje*. Gold Book Könyvkiadó, Budapest, (ISBN 9789634260738).
- Berszán Lidia (2008): *Alkonyidő*. Presa Universitara Clujeana, (ISBN 978-973-610-698-9).
- Cole, M., Cole, S. (2006): *Fejlődéslélektan*. Budapest, Osiris Könyvkiadó, (ISBN 9633894735).
- Comer, R. (2005). *A lélek betegségei*. Osiris Könyvkiadó, Budapest, (ISBN: 9789632762425).
- Hewstone Miles, Stroebe Wolfgang (2007): *Szociálpszichológia*. Budapest, Akadémiai kiadó, (ISBN 9789630585101).
- Horváth, Zs. (2007). *A kutya pozitív hatása az ember érzelmeire*. UBB, Kolozsvár.
- Illés A. (2006). *AI módszer a kutyás terápiában*. <http://mek.oszk.hu/03800/03851/index.phtml>
- Köllő, Mónika (2001): *Az öregotthoni idős emberek alkalmazkodási nehézségei*. Budapest, ELTE
- Leplow, B. (2008). *Csak bátran, Till tigris!* Széchenyi nyomda. Győr, (ISBN: 9789632261447)
- Mester, Zs. (1999). *Paletta*. Infopress Könyvkiadó, Székelyudvarhely.

- Pikó Bettina (2006): Orvosi szociológia, Medicina könyvkiadó, Budapest. (ISBN 9632260589).
- Somorjai I, Török E. (2006). A játék lendületbe hoz. Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium. Jász- Nagykun- Szolnok megye.
- Stoppard, M. (2003): Dacolj az éveiddel. Budapest, Magyar könyvklub, (ISBN 9635491352).
- Szabó K., Varga J. (2008). Klinikai Gyakorlat- támpontok az alkalmazott klinikai pszichológiához. BBTE, Kolozsvár
- Szabó, Zs.(1995). Hormonok. Studium Könyvkiadó, Kolozsvár
- Tringer, L. (2001). A pszichátria tankönyve. Semmelweis könyvkiadó, Budapest.
- Vajda, Zs. (2001). Lélektankönyv a személyiségről, a tudatról, az érzelmekről és más pszichológiai kérdésekről. Műszaki könyvkiadó, Budapest.
- Varga, J., Szabó, K. (2009). Klinikai pszichológia. Egyetemi kiadó, Kolozsvár.

Ábrajegyzék

1. ábra - Az öregedési elméletek csoportjai és néhány példája
2. ábra - A depressziót mérő kérdőív eredményei
3. ábra - A szorongást mérő kérdőív eredményei
4. ábra - A stresszt mérő kérdőív eredményei
1. táblázat - DASS-21 kérdőív feldolgozott eredményei, kontroll- kísérleti
2. táblázat - DASS-21 kérdőív feldolgozott eredményei, pre- poszt



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

AZ ESZTÉTIKUM SZERPE AZ „AKTÍV ÖREGEDÉS” - BEN (A téma szubjektív vázlata példákkal)

Dr. Boga Bálint

Dr. med. Boga Bálint PhD.

mail: bboga_md@freemail.hu

Összefoglaló

A gerontológia az összes emberrel kapcsolatos diszciplínát magába foglalja abból a szempontból, hogy hogyan érinti az idős embert, más szóval: minden humán tudománynak van egy gerontológiai fejezete. Maslow összeállította az emberi szükségletek hierarchiáját, amelyek közé az esztétikai igényt is besorolta. Jelen dolgozat elsőként azt a témát tárgyalja, hogy az esztétikai igény hogyan változik az idősödés folyamán a saját test, a környezet, a művészi (vizuális és zenei) élmények vonatkozásában. Az aktív idősödés paradigma gyakorlati megvalósulása folyamatában, az életminőség javításában az esztétikai ingerhatásnak kiemelt szerepe van, vagy lehet és ezt akaratlagosan felhasználhatjuk erre a célra. Az esztétika a szellemi szféra felé is utat nyithat, ami idős korban igen fontos lehet.

Kulcsszavak: aktív idősödés, esztétika, művészet

THE ROLE OF AESTHETICS IN THE „ACTIVE AGEING”

Abstract

Gerontology includes all disciplines related to man from the point of view of how they touch the old people, in other words: all human sciences have their gerontological chapter. Maslow assembled the hierarchy of human needs among which he ranged the aesthetic needs as well.

This paper at first deals with the topic of how the aesthetic need changes in the course of ageing concerning the own body, the environment and the artistic (visual and musical) experiences. The aesthetic stimulation has or can have outstanding role in realization of „active ageing” paradigm and promotion of quality of life, it can be used voluntarily for this purpose. The aesthetics can open way toward the spiritual sphere, it can be very important in old age.

Keywords: active ageing, aesthetics, arts.

A szükségletek hierarchiája

Maslow 1943-ban összeállította az ember szükségleteinek csoportjait, azokat hierarchikus rendszerbe állította (Maslow 1943). Egymásra épülő 5 kategóriát különített el: élettani szükségletek, biztonság fizikai feltételei, szeretetteljes szociális kapcsolatok igénye, elismerés-megbecsülés emberi környezetétől, azaz érvényesülés, önmegvalósítás lehetősége. Később tapasztalatai alapján további szükséglet-igény kategóriákat épített be rendszerébe: a kognitív és esztétikai igényeket, azaz a megismerés-tudás és a szépség-rendezettség utáni vágyat, majd pedig az addigi 7 kategória tetejére a transzcendencia igényét (Maslow 1970), amely nem vallási értelemben értendő, hanem az élet értelmének, a lelki egyensúly keresését, ami nem iskolázott embernél is megjelenik. A kritikák ellenére koncepciója máig az emberi szükségletek megközelítésének kiinduló pontja.

Jelen dolgozatban az esztétikai szükséglet kérdését vizsgálom abból a szempontból, hogy az idősödő és idős ember számára milyen formában és mértékben merül fel és hogyan használható fel a mennyiségi és minőségi többletet teremtő aktív idősödés elősegítése céljából.

Az esztétikai szükséglet

Az esztétika kifejezést, a fogalmat és a megnevezést megalkotó Baumgartner (1999: 11) definíciója értelmében használom, azaz az esztétika „az érzéki megismerés tudománya”, más szóval az érzéki észlelés tana, tehát minden érzékszervi észlelés esztétikainak nevezett tartalmat hord magában, azzal a megszorítással, hogy csak a látási (vizuális) és hallási (auditív) érzékelésnél vizsgálja ezt a viszonyulási tartományt, mely egyszerűen fizikai fokozatot jelent. Az észlelés második feldolgozási szintjét jelenti, az esztétikai szint, amelyben már értékelésünk is benne van. Alapkategóriája a szép, a szép tökéletességéhez való viszonyát fejezi ki (Baumgartner 1999), egyszerű megközelítésben annyi történik, hogy tudatosan bennünk, hogy kellemes, közömbös vagy kellemetlen az észlelt jelenség az adott

érzékszerv számára, a tetszés szemszögéből minősül, amely aztán esetenként további finomabb elemzésre kerül. Tehát a hétköznapiakban és a művészetekben egyaránt jelenlevő szépség tudománya és nem korlátozódik csak a művészetek területére (Szerdahelyi 1974), ahogy sokáig és sokan vallották. Az esztétikai élmény az általános észlelés csúcselménye, nem egyenlő az érzelmi vagy az intellektuális hatással, de mindkettőből van benne (Dewey 1958, cit. Wikström 2004: 2).

Maslow magyarázóinak közül is sokan úgy tartják, hogy az esztétikai igény csak az emberek egy csoportjánál van meg, értve ez alatt azt, hogy ezek tudatosan keresik ennek az igénynek kielégítését, lehet, hogy a többségnél, de nem mindenkinél. Véleményem szerint rejtett formában mindenkinél megvan, ez kiderül, ha kellemetlen esztétikai körülmények közé kerül a személy és azt kifogásolja, tehát öntudatlan igénye nem elégül ki, vagy ha nem is keresi, de esztétikai élményben részesül és ez egyértelmű pozitív hatást, gyönyört vált ki.

Az esztétikai igény a többi, a hierarchia többi fokán meghatározott szükségletben is megjelenik, az emberiség fejlődésével párhuzamosan egyre hangsúlyozottabban, csak néhány példával támasztom alá ezt a megállapítást. Az elfogyasztandó ételek előkészítése, tálalása, a hidegtől óvó ruházat szabása, a védelmet nyújtó lakás szerkezete, berendezése, a környezetünkben levő emberek külleme: esztétikai minőségük kihat szerepük megvalósulásának teljesítésére. Az önmegvalósításban is jelentős tényező lehet, nem csak a művészet területén, a foglalkozásoknak is megvan az esztétikai oldala (Fukász 1980).

Kiegészítésként meg kell említenem még, hogy bár a többi érzékszervi észleléshez nem csatolják az esztétika fogalmát, a parfümipar (szaglás) és a gasztronómia (ízlelés) egyes termékeinek élvezete felveti a szélesítés kérdését, azt azonban elfogadták, hogy ezek az ingerek beépülhetnek más esztétikai élmény megélésébe (Szerdahelyi 1974:42), a tapintás pedig tulajdonképpen át is lépte a küszöböt: vakok számára szobrok élvezetét biztosítja a tapintás. Szellemi termékek belső összefüggéseinek rendje, szerkezete, vagy akár egy gondolat, amely az emberi lényegből kifejez valami értékállót, esztétikai jellegű élményt hozhat létre, amit ez által szépségnek nevezhetünk (szellemi szép).

Egyébként próbálták elvi szinten definiálni, hogy érzékelésünkben milyen tényezők határozzák meg az esztétikai hatást és mértékét, ezen megközelítések közül egyet említek: a rendezettség és az összetettség egymáshoz viszonyított arányában találták meg a magyarázatot (M=O/C, Birkhoff, cit. Boga 2015: 8), és ezt különösen témánk szempontjából tartom figyelemre méltó megállapításnak.

Az idősödés tudománya

Az öregedés tudománya a legszélesebb humán diszciplína, mivel minden, az emberrel bármiféle kapcsolatba hozható ismeret-terület hozzá is tartozik, így az esztétika és a művészetek világa is, azt vizsgálja, hogy az ember állapota, szerepe hogyan változik az élet összes területén az öregedés folyamata során, mert az idős ember is jelen van mindegyikben. Ezért írta Ungvári Tamás, a jeles irodalmár-filozófus, hogy az öregedés a filozófia egyetlen igazi tárgya. Más megközelítésben úgy is fogalmazható ez a megállapítás, hogy minden diszciplínának van egy gerontológiai, az idősödés szempontjából vizsgálandó fejezete. Az öregedés biológiai szempontból immanens, univerzális, irreverzibilis folyamat, amelyet következményként és önálló folyamatként is szellemi idősödés is kísér és így valóban az élet összes területét érinti. A biológiai folyamat általában funkciócsökkenéssel jár, de a szellemi szféra, az összegyűlt tapasztalatok eredményeképpen, gazdagodást is hoz magával. Elkülönítik a fluid/folyékony és a krisztallizált/kristályosodott intelligenciát, amelynél az első a gyors reaktív készséget jelenti elsősorban, a második a tapasztalatok alapján szintetizált tudást. Korral az első tompul, a második erősödik.

Minden humán jelenségnek több összetevője van az ember nézőpontjaiból tekintve, amely külön elemezhető, így fő szempontok: a logikai, technikai, axiológiai, etikai és esztétikai vizsgálat. Mindegyik jelenségben, emberi tevékenységben ezek jelentősége más és más. Például a kohászatban a technikai rész kiemelt, a festészetben az esztétikai, de a gyakorlatban egyiknél sem hanyagolható el a többi elem sem.

Gerontológia és esztétika

Ezután rátérnék a gerontológia és az esztétika kapcsolatára, pontosabban azokra az érintkezési pontokra, ahol a két diszciplína találkozik, természetesen elsődlegesen az esztétikát a baumgarteni értelemben megjelenítve, de fő területének, a művészeteknek kiemelt helyet biztosítva. A következő témáknál jelenik meg e két oldal:

1. az öregedő test esztétikuma (látvány-életkor);
2. a környezet esztétikai tényezőinek szerepe az idős életminőségében;
3. az idős ember esztétikai ízlésének változása az idő függvényében;
4. idősek és fiatalok ízlésének különbsége egy adott korszakban;
5. az idősebb ábrázolása a művészetekben;
6. a művész öregedésének jelei művészetében;
7. időskorban induló művészi alkotó tevékenység;
8. az esztétikum, a művészet öregedést gátló hatása.

Jelen dolgozatban a 8. pont témáját járom körül, ami azonban szoros kapcsolatban van a többi megközelítéssel, különösen az 1. és 2. témával.

Az esztétikai ingerek hatása az öregedési folyamatra

A fentiek alapján állítható, hogy minden életbeli változás, mindennapi történés esztétikai minőséggel is rendelkezik, ez többé-kevésbé kifejti hatását az emberre, és ez akarva-akaratlan bekövetkezik, akár sajátmagunkat, akár környezetünket vesszük számításba. A mondás tartja: nem kell keresnünk a szépet, a szép ránk talál és hat ránk, de ugyanígy egyéb észlelés is, a fenséges, a bájos, a visszataszító, stb.. Az adott személy személyiségi adottságaitól függ, hogy ez milyen mértékben effektív, azaz mennyire jár lelki-szellemi következménnyel. Jung elkülöníti az extrovertált és introvertált lelki alkatot, mind a két fajtában létezik egy érzékelési altípus, amelynél nagyobb hatást váltanak ki a külső ingerek, ezeken belül az esztétikai ingerek, sőt van, aki a művészeti hatásokra jobban reagál, életmenetében nagyobb művészeti eseményeken való részvétellel még fokozta ezt a tulajdonságot. Egyedi tulajdonság azután, hogy a felnőttkorra kialakult viszonyulási mintázat az öregedési folyamatban mennyire változik, esetleg tompul vagy bizonyos tényezők nagyobb mértékben hatnak pozitívan, mint korábban, esetleg a többi rovására, például az otthonuk díszítése, de fordítva is lehet, például nagy ormótlan, modern épületek taszító érzékelése kifejezettebbé válik.. Ebben a folyamatban szerepet játszhat, természetesen, az érzékszervek csökkenő érzékelési érzékenysége, kapacitása, a tapasztalatok alapján megváltozott értékelés. Így filozófiailag Kant esztétika-konceptiója (Kant 2003) alapján lehet jól az időskor és esztétika kapcsolatát értékelni, amelyben az értelem és az érzékiség egymáshoz fűződő viszonya a meghatározó és e kettő korral bekövetkező változásából vezethető le. Az idegrendszer vonatkozásában csak a normális idősödés változásait veszem számításba, a kóros folyamatokra nem térek ki.

Ezek alapján a korunkban általánosan elfogadott „aktív idősödés” paradigma (fizikai és szellemi készségek tudatos működtetése időskorban) (WHO 2004) megvalósulásában az esztétikának kiemelkedő szerepe van, szerepe lehet. Általános mozgósító hatásának, a tudatos befogadást célzó magatartásnak és az esztétikumot teremtő tevékenységnek egyaránt van ebben helye. Bizonyos szintet elérő észlelési ingerhatás javítja a pszichés tónust, az önelemzést, fokozza a tevékenységi és kapcsolatteremtési drive-ot, felszínre hozza a rejtett esztétikai igényt, esetleg ilyen teremt, de még az észlelés és feldolgozás első szintjén is pozitív hatású: működteti, ezáltal élesíti az érzékszervek érzékenységét és az idegrendszer figyelő, megkülönböztető, hasonlító, értékelő mechanizmusait. Az aktivitás, mint módszer

eredménye lesz a „sikeres idősödés”: kiegyensúlyozott biológiai és szellemi állapot, megtartott szociális kapcsolatok (Rowe - Kahn, 1997).

A vizuális esztétikai igény és ingerhatás

Az emberi test

Ezt a kérdéskört az emberi test öregedésével bekövetkező morfológiai változások esztétikai megítélésével kezdem. Környezetem értékelése előtt-mellett saját testem esztétikai megélése meghatározó szerepet képvisel, elégedett vagyok-e küllememmel, mennyire fogadom el, már fiatalkoromban és mennyire fogadom el az idősödés nyomait rajta, ebben meghatározó jelentőségű az, ahogy az aktuális társadalom kezeli az idősödés testi vonulatát és az egyén ezt mennyire teszi magáévá és mennyire igyekszik változtatni a jelenlegi külsején. A test az identitás része, önreprezentációs szerepe van, ez jeleníti meg énemet a világ számára, ezért fontos, hogyan jelenik meg testem a szociális miliőben és ezt mennyire fogadom el megfelelőnek (Marton 2005, Pataki 2011). Ebben szerepe van mások, főleg számunkra jelentős személyek (significant others) direkt és metakommunikatív visszajelzéseinek (tükörhatás). Persze másoktól függetlenül saját elvárásom is fontos lehet. Minden korszakban a teljesen kifejlett, de fiatal, egészséges test az esztétikai kiindulópont, a szépség teljes értékű megvalósítója. Jelen korunkban, annak ellenére, hogy a társadalom átlagéletkora jelentősen emelkedett, a fiatal test a kívánatos, minden mást meghaladó idol (jeunizmus), az öregség testi jeleit gyakran a fiatalok visszataszítóként élik meg, ez az age-izmus esztétikai variánsa (Sabik 2015). Ennek ellenére az idős testben, főleg az arcban a tapasztalat többletének kifejeződése esztétikai vonzalmat is kivált (Szerdahelyi 1974: 178-181), az érzékelésben mélyebb elemzés eredménye lehet ez. Ahogy a kínai mondás tartja, a fiatal szépségét az ember rögtön látja, az idős szépségét meg kell tanulni meglátni. Két költő hasonlóan az idősek szépségét dicséri, amely nem alacsonyabb rendű a fiatalokéhoz képest:

*„... az öreg arc hatalmas szépségéhez
kevésnek van szeme.” (Weöres Sándor)*

*„Ifjúság, te nagy, izmos, szerelmes – ifjúság
Tele bájjal, erővel, bővölettel,
Tudod-e hogy az öregkor jöhet utánad
Egyenlő bájjal, erővel, bővölettel?” (Walt Whitman)*

Ez a fajta szépség a személyiség átsugárzásából fakad, a jóindulat, a szeretet, a megharcolt élet után elért harmónia kifejeződése, tudatosan, akarattal nem érhető el. Az emberi méltóság tisztelete minden ember felé meg kell adassék, de az adott egyén külleme ezt az emberi princípiumot különböző mértékben jeleníti meg, az idős személy említett tulajdonságai kifejezik a tiszteletre méltóságot, bár a nem ritka elhanyagoltság ellene hat (az emberi méltóság esztétikája).

Vannak, akik nehezen fogadják el a testi öregedést, mivel szellemüket, belső lényüket változatlanak, fiatalnak tartják. Ismét néhány költőt idézek, akik ezt szemléletesen leírják.

„egy csupa-ránc-arcú vén ember

él vissza csúful nevemmel”

Rákos Sándor

„Egy öregember ül a szokott helyemen,

az asztalnál, a fotelben, a széken,

az ő haja őszül a fejemen...” (Orbán Ottó)

Az öregedés testi alaki jelei, ráncok, bőr alatti kötőszövet lazulása, bőrszín változása, arányeltolódások mesterséges behatásokkal némileg befolyásolhatók, főleg nők számára lehet fontos.

Az öregedés és a testi esztétikum különböző személyes megélését küllemükre nagyon adó színésznők példáival is bemutatom. Sophia Loren feltételezhetően különböző aktív beavatkozások révén 80 éves korára is csinos, sima, fiatalos arcú hölgy maradt. Ezzel szemben a vele egyidős, valamikori szépségbálvány Brigitte Bardot elhanyagolta küllemét, ráncos, lógó tokájú, zilált hajú asszonyként mutatkozik, láttatva, hogy számára más fontos, nem a küllem. Greta Garbo öregedését annyira szégyellte, hogy eltűnt a külvilág elől. A legszebb példaként Emanuelle Riva-t, a háború után készült Szerelmem, Hirosima című film vonzó fiatal nőjét és őt magát állítom 80 év feletti korban, a pár éve készült Szerelmem című film főszereplőjeként, az idős nő még valóban szerelmet érdemlő bájával.

Az időskori öltözködés esztétikai jellemzői jelentősen befolyásolhatják a személy kiváltotta általános benyomást, ezzel önértékét (Featherstone 1997: 137-8), a látványkort mindkét irányba eltéríthetik. Az optimális megválasztása a divat alakítóinak és a személyeknek is kihívást jelent. Van olyan személy, aki nem fogadván el öregedését, igyekszik úgy viselkedni,

öltözködni, mint a fiatalok, ez az időskori Peter Pan szindróma. Gyakran nevetségessé válnak az ilyen személyek.

Követlen környezet

Az idős ember közvetlen környezetének, otthonának látványa is - funkciói ellátása mellett - igen jelentős mértékben hat közérzetére, észlelt életminőségére és ebben megjeleníthető egyrészt a belső nyugalmat elősegítő, másrészt az aktivitásra serkentő hatás. Ebben a tranzakcionális ember-környezet rendszer elméletének realitására találunk rá (Altman, Rogoff, cit. Dúll 2009: 48). Életünk folyamán alakítjuk otthonunkat (pl. falak festése, bútorok elhelyezése), benne tárgyakat gyűjtünk, ezek bizonyos fokig egymást feltételezik, rendszert alkotnak (Baudrillard 1987), közös képet alkotnak, intim szféránkba építjük őket (intimizálás), kölcsönös viszony alakul ki köztünk (Dúll 2009:142-3). Az idős ember életében hosszú ez a közös idő, így a kapcsolat mélyül, a látvány által is. A látvány vonalszerkezete és színgazdagsága, a színek harmóniája játszik szerepet (Itten 1978). Az otthon tudatos kialakítása identitásunk részévé teszi (place-identity, Proshansky 1983), az lesz számunkra a „térbeli mag” (territorial core, Porteous 1976). Az ember korának előrehaladásával egyre többet tartózkodik otthonában, esetleg végül már nem tudja elhagyni, a tágabb világra csak ablakából tekint ki (ablakmélyedés szindróma).

Két látszólagos ellentét-pár áttekintésével térek rá ennek a komplex kérdésnek a megközelítésére. Az egyik: megszokottság és inergazdagság. Az idősebb évtizedek alatt szinte összesen otthonának kialakított miliójével ez jelenti a biztonságot, beszűkült képességei esetén sem akarja elhagyni még szeretetet érző gyermekeihez sem. Az idősek otthonába költözés pedig nagy lelki traumát jelent, ezért engedik kisebb otthoni bútorok, tárgyak magával vitelét. Mindemellett azonban az azonos milió bizonyos pszichés tompultsághoz, érdeklődés-beszűküléshez vezethet. Ezt lehet vizuális hatásokkal azonban befolyásolni, például: bútorok kisebb átrendezésével, falak időnkénti átfestésével bizonyos pasztellszínekre, váltakozó színes tárgyak elhelyezésével (így díspárnák, vázák, képek, akár virágok), stb.

A másik ellentétpár a rend/rendezettség és a rendezetlenség/rendetlenség kettőse. Általában az idős a rendet kedveli a látványban is. A rend a maradandóság szimbóluma, kifejezője, a rend csak folyamatosságban uralkodhat, a rend a fennmaradást szolgálja és egyúttal azt fejezi ki. A rendben biztosított az idős ember megmaradása, az biztosította a hosszabb időt megvalósító létét és reményt ad ezek alapján a további létezésre, A rendetlenség, a rendezetlenség a bizonytalanságot sugallja, a változással, amiben már esetleg nincs helyem, ami érthetetlen a kiérlelt alapelvek alapján, romlással, a jelen fenntarthatatlanságával, a megszűnéssel,

megsemmisüléssel fenyeget. Ezért az idős a külvilágban a mások által okozott legkisebb rendetlenséget is nehezen tűri, „mindennek a helyén kell lennie, mindennek a megfelelő időben kell megtörténnie” (Beauvoire 1972: 744). Ezzel szemben azonban a túlzott nagy rend a befejezettséget, lezárttságot, a vége-nincs-tovább-ot is tükrözheti, ezért a „még valami javítandó, folytatandó” tevékenységre biztató érzete is szükséges lehet az esztétikai képüzenetében. A rend ellentéte nem a rendetlenség, hanem a káosz, az életvitel kell, megszabja a környezet elrendezettségét (Polcz 2004). Van olyan idős, aki nem issza ki a pohár vizet, a kenyereből néhány falatot félre tesz, a leesett könyvet nem teszi vissza az állványra, a széket felállás után nem tolja vissza az asztalhoz, hogy a Sors vegye figyelembe, hogy ezekhez még vissza kell térnie, még van mit folytatni vagy javítani. Egy asszony, akinek környezete mindig hagyott tennivalót maga után, egyszer, előreláthatóan rövid időre tervezett távozása előtt teljes, nála szokatlan rendben hagyta dolgait és már nem tért haza soha.

Tágabb környezet

A tágabb földrajzi kör bejárása az érzékszervi, az idegrendszeri észlelés gyakoroltatásával és pszichés, érzelmi szerepével is jelentős anti-ageing (öregedést gátló) hatást vált ki, tehát a mozgás pozitív hatása ebben az esztétikai értelemben is érvényesül (Budai 2004: 36). Még ismert környezet esetén is serkentő lehet: közvetlen utcai környezetét is bár gyakran észleli vizuálisan, az idős lassabban közlekedve tekintetével tovább időzik a mellette elhelyezkedő épületeken, a szép épületet, annak díszes homlokzatát ezredszer is örömmel konstatálja vagy Budapest látképe a Duna-partról mindig élvezetet jelent. Mindez alátámasztja azt a teóriát, hogy a mozgott test újszerűen észleli a valóságot, sőt hatodik érzékszervnek tekinthető Tamás Dénes (2018) szerint, mert az az érzékszervekben, az elmében az alapészlelési álló helyzettől eltérő élményt nyújt. Emellett a városi miliőben állandó kisebb-nagyobb változások is bekövetkeznek, amelyek hatnak az emberre, az idősekre is (nagyvárosi személyiség, Düll 2009:224-231).

A távoli új természeti és építészeti miliő esztétikai hatása, akár átmeneti jelleggel (utazás), egyértelműen pszichológiai és vitális effektussal is jár. Az építészeti környezet a művészetek szintézisét valósítja meg (Pogány 1976), esetenként pozitív értelemben provokatív, stimuláló hatású lehet (Hundertwasser), másrészt vizuális kalandozást enged az idős számára fontos múltban. Az utazás tervezése, élvezete, majd emlékezete nemcsak pszichológiai, hanem biológiai hozamokat is eredményez. Az idősek turizmusa ezért egyre inkább előtérbe kerül a gerontológiai javaslatokban.

Vizuális művészetek

A vizuális művészet, elsősorban a festészet a mindennapok esztétikai hatásaihoz társulva motiváló tényező lehet, elsősorban másodlagos formában, albumok vagy médiumok által, vagy szenior akadémiák előadásaiban. A múzeumlátogatás idősek számára (múzeumgerontológia) pedig kettős effektussal bír: a látogatás aktusa és a látott képek hatása által. Felmérő vizsgálatok közül említem Kraft (1976) adatait, aki a kórházban kifüggesztett képek kedvelésére kérdezett rá idős személyeknél, az impresszionista képekre szavaztak a legtöbben, az absztrakt képek (pl. Vasarely) vonzása a magasabb végzettségűeknél és a nőknél volt jellemző. Egy másik metaelemzés a személyiség és az iskolázottság kiemelt szerepét találta a korról, nemmel szemben (Chamorro-Premuzic 2007, „artistic personality”). Wikström (2009) idősek házában 166 időst vizsgálva 80-90%-ban a tájkép, tengeri kép, színgazdagság kedvelését, az absztraktművek és rikító színek elvetését találta. Saját vizsgálatomban is a tájképet és csendéletet ábrázoló képek dominanciáját mutattam ki közepes iskolázottságú időseknél. A non-figuratív, a posztmodern festészet a rendezetlenség, érthetlenség képzetét kelti az idősek nagy részénél, részleteire bontva nem tudja látni (Lindauer 2009: 233), ezért nem is próbálják meg mélyebben megismerni. A kép tartalma a fontos számukra, nem a stílusa a reprezentáló művészetben. Érdekes jelenség az esztétikai stílusoknak az idő függvényében változó társadalmi megítélése és az egyén idősödésével való párhuzama, például ilyent tapasztaltunk a szecesszióval kapcsolatban.

Külön elemzést igényel az alkotóan művészeti alkotást létrehozó idős ember tevékenysége, különösen azok, akik 60 év felett kezdenek el alkotni, például festeni, gobelint készíteni (Dewey é. n.).

Az auditív esztétikai igény és ingerhatás

A környezetünkben szórakozó hangok, zörejek szintén hathatnak ránk, közérzetünkre. A hallás időskori romlásával kettős helyzetet nézünk szembe: egyrészt a kellemetlenek kevésbé érik el érzékelő központunkat, másrészt a kívánt, vagy kellemes hangot is kevésbé apperceptáljuk. Témánk szempontjából a zene és az ének esztétikai hatásának stimuláló, aktivizáló effektusát vizsgálom: tevékenységet indít, elősegíti a szellemi koncentrációt, javítja az emlékezést, társas kapcsolatra buzdít, hangulatot javít, tehát depresszió és izoláció ellen hat. Ezek a hatások a zene tudatos alkalmazásával is elérhető (Bell 1987). Számít, hogy az adott személy életében milyen szerepe volt ezeknek: tanult-e zenélni, járt-e koncertekre, szeretett-e énekelni, esetleg karban énekelt-e, stb. A nem közvetlenül zenei közelségben élő idősekre is lehet stimuláló hatása bizonyos zeneműnek, aktivitását fokozhatja. Kodály szerint a léleknek vannak olyan

régiói, ahová csak a zene világít be. Mozgással kombinálva (tánc) fokozódik aktivizáló hatása.

A szakirodalomból ismerünk néhány felmérést, amelyek az idős személyeket vizsgálták abból a szempontból, hogy milyen típusú zenét kedvelnek. Moore (1992) és munkatársai azt tapasztalták, hogy az idősek (65 év felett) a zenei művek fajtáinak szélesebb körét kedvelik, mint a fiatalok, jobban szeretik a lassabb, moderált zenét, a húros hangszeres műveket, 514 idős a hazafias, populáris, himnikus zenét-éneket kedvelte első sorban. White (é.n.) is úgy találta, hogy az idősek közt több a „mindenevő”, főleg a nők, a magasabb társadalmi osztályok képviselői és a fehérek közt. Jonas (1991) 63 idősnel (átlag életkor: 82,5 év) a zenei kedvelés sorrendje így festett: countryzene, hagyományos dzsessz, klasszikus, majd populáris zene.

Hazánkban Vértes László végzett hasonló felmérést egy idősek otthonában, ahol sok magas iskolai végzettségű idős élt és a következő kedveltségi sorrendet találta: romantikus, bécsi klasszikus, barokk és népzene, a zeneszerzők közül a klasszikusok domináltak Bachtól Verdiig (személyes közlés).

Ezeket áttekintve felmerül a kérdés, hogy a kedvelt zene vagy valami új, „challenge”-et jelentő aktivizál jobban. Úgy gondolom, hogy az idős ember a megszokotthoz ragaszkodik, természetesen a kedvelt műfajon belül hallott, eddig számára ismeretlen zene-ének kifejezett stimulust jelenthet. A modern, fiatalok által művelt és kedvelt zene egyes fajtái (pl. metall, punk) bizonyossággal visszataszító az öregek számára, azonban bizonyos fiatalos zene, amely az idős fiatalkorában volt újdonság az idő függvényében klasszikussá válhat, az időssé váló fiatal kedvelt műfaja maradhat (Beatles).

Tudományosan is vizsgálták különböző zeneművek hatását az idősödés folyamatára. bár többségében már hanyatló készségek revitalizálását vizsgálták egyértelműen és főleg megbetegedések folyamán, az aktivizáló eredmény kimutatható több esetben. Közismert az ún, Mozart-effektus: 448 sz. szonáta két zongorára, vagy ugyanígy Pachelbel Canon-ja objektíven igazolhatóan javított bizonyos készségeket (pl. térben tájékozódás, Rauscher 1993). Érdekes kérdés ezzel kapcsolatban: vajon a hangtani, fizikai tulajdonságok vagy az esztétikai, élvezeti hatás tartható ezért felelősnek.

Az aktív zenei tevékenységnek karbantartó hatását is igazolták, természetesen itt elsősorban a már meglévő képesség gyakoroltatásának folytatásáról vagy felújításáról van szó (Hays 2005, Koyama 2009).

Az éneklés, különösen a kórusban történő éneklés hanyatlást gátló, életminőséget javító hatása a cselekmény több tényezője, köztük az esztétikai momentum által magyarázható időseknél (Johnson 2017).

Irodalmi esztétika

A teljesség kedvéért, már a mindennapi gyakoriság okán is, a szépirodalom olvasása (Vértes 1997), a színházi előadások, előadóestek látogatása is említendő az esztétikai hatások birodalmában. A költészet esztétikai elemzése az idős olvasó szemszögéből mindkét területen járatos szakember elmélyülését igényli. Az aktivitást előmozdító effektus szempontjából nem mindig dönthető el, hogy a tartalom vagy a megjelenítés formája hatékony adott műnél és adott személynél.

Transzcendencia és esztétikum

A Maslow-féle piramis legfelső fokozata, a transzcendencia is szoros kapcsolatot mutat az esztétikummal, beszélhetünk a transzcendencia esztétikumáról vagy az esztétika transzcendenciájáról, attól függően, hogy a transzcendenciával való kapcsolatot milyen esztétikai tényező kíséri vagy segíti elő, illetve hogy az esztétikai élményben való elmerülés (egy festménybe, egy zeneműbe) mennyiben ad transzcendens élményt, mintegy megnyitva a kaput afelé (Maslow 1970, Wikström 2004). Mind a két kapcsolat megjelenésével találkozunk az ember lelki-szellemi életében. Ez a kapcsolódás a kor előrehaladtával egyre kifejezettebbé válhat. Hankiss Elemér (2005: 21) szerint - több filozófus gondolatát összefoglalóan megfogalmazva – a napi történések trivialitása mögött mindig ott van a lényegi, az egzisztenciális, de ez csak bizonyos alkalmakkor tárul fel az egyén előtt, ekkor felfeslik a felszín és az alatta levő lényegi megmutatkozik. A középkori és reneszánsz festmények hatásában (később egyes festők egyes műveiben) megjelent ez a transzparencia, amely megérinti a gyönyörködő embert (Hankiss 2008: 47). Az idős hosszabb életet élve tapasztalatai, életeseményei alapján tudatosan, vagy tudat alatt eljut ennek felismeréséhez, vagy megsejtéséhez. Ezért tartják úgy, hogy a szellemi öregedés olyan, mint a kolostorba vonulás (Moody 2002) vagy másnál: spirituális utazás (Bianchi 1982). Az idős meditációjában (életéről, a világról, a jövőről) találkozik a transzcendenssel (nem feltétlenül a vallásival), de az esztétikailag hangsúlyos élményben is megtalálja azt, hamarabb, mint a fiatalabb, így a természet szépségében, a katedrális fenségében, az univerzum szabályos mozgásában vagy akár a női szépség kiteljesedésében. Ezek alapján mondhatjuk, hogy a pozitív esztétikai élmények megajándékozzák az időst a pillanat szépségéből kiindulva a

világgal, a saját öregségével, az elmúlásával való megbékéléssel, mintegy feloldódva a létezés kitágult, egyént meghaladó kozmoszában.

*„ha a szépre nézve, hozzátenni
semmit sem áhítsz, csak belemerülni*

*mint lelked otthonába:
már nem éltél hiába.*” (Devecseri Gábor: Csak)

Irodalom

Active ageing: a policy framework. 2002 WHO

Baudrillard, P. (1987): A tárgyak rendszere. Gondolat, Budapest

Baumgarten, A. G. 1999 (1750): Esztétika. Atlantisz, Budapest

Beauvoir, S. de (1972): Az öregség. (ford. Pődör László) Európa Könyvkiadó, Budapest.

Bell, J. C. (1983): Music and the Elderly. J. Educ. Gerontology 13. (2), 147-155.

Bianchi, E. C. (1987): Aging as spiritual journey. Crossroad, New York

Boga Bálint (2015): Gyógyítás és szépség. Oriold és Társai, Budapest

Budai Aurél (2004): Környezetesztétika. Elmélet, gyakorlat. Építésügyi Tájékoztatási Központ Kft., Budapest

Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A., Reimers, S. (2007): Personality and art. The Psychologist 20, 84-87

Dewey, J. 1958 (1934) Art as experience. Capricorn Books, New York

Dewey, M. é. n. Why life after 60 is the perfect time to start painting. Lifestyle

<http://sixtyandme.com/why-life-after-60-is-the-perfect-time-to-start-painting/>

Düll Andrea (2009): A környezetpszichológia alapkérdései. Helyek, tárgyak viselkedés.

L'Harmattan, Budapest

Featherstone, M., Hepworth, M. (1997): Az öregedés maszkja és a posztmodern életút., in: uők., Turner, B.S.: A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. József könyvek

Fukász György (1980): A munka esztétikája. Kossuth Kiadó, Budapest

Hankiss Elemér (2005): Az ezerarcú én. Osiris Kiadó, Budapest.

Hankiss Elemér (2008): Ikarosz bukása. Lét és Sors az európai civilizációban. Osiris Kiadó, Budapest.

Hays, T., Minichiello, V. (2005): The meaning of music in the lives of older people: a qualitative study. Psychology of Music, 33 (4), 437-451.

- Itten, J. (1978): *A színek művészete*. Corvina, Budapest
- Johnson, J. K., Louhivuori, J., Siljander, E. (2017): Comparison of Well-being of Older Adult Choir Singers and the General Population in Finland: A Case-Control Study. *Music Sci* 21(2): 178-194
- Jonas, J. L. (1991): Preferences of elderly music listeners residing in nursing homes for art music, traditional jazz, popular music of today and country music. *J. Music Therapy* 28(3), 149-160
- Kant, E. 2003 (1790): *Az ítélerő kritikája*. Osiris, Budapest
- Koyama, M. et al. (2009): Recreational music-making modulates immunological responses and mood states in older adults. *Journal of Medical and Dental Sciences*, 56. 79–90.
- Kraft, H. (1976): Das geeignete Krankenzimmerbild. *Med. Wschrft* 27, 761
- Lindauer, M. (2003): *Age, Creativity and Art: A Positive Perspective Late-Life Development*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York et al.
- Marton, L. M. (2005): Az idegrendszer önreprezentációs kérdései. *Pszichológia*, 25. (1.), 3–26.
- Maslow, A. H. (1943): [A Theory of Human Motivation](#). *Psychological Review*, 50(4), 370-96.
- Maslow, A. H. (1970): *Religions, values, and peak experiences*. New York: Penguin.
- Moody, H. R. (2002): *Conscious Aging: A Strategy for Positive Development in Later Life*. In: Ronch, J. – Goldfi eld, J. eds *Mental Wellness: Strength-based Approaches*. Human Services Press.
- Moore, S. R., Staum, M. J., Brotons, M. (1992): Music preferences of the elderly: Repertoire, vocal ranges, tempos, and accompaniments for singing. *J. Music Therapy* 29. (4), 336-252
- Pataki, F. (2011): Stabilitás és változás az én-rendszerben. *M. Pszichológiai Szemle* 66:229-268.
- Pogány, F. (1976): *A szép emberi környezet*. Gondolat, Budapest
- Polcz A. (2007) : *Rend és rendetlenség*. Jelenkor, Pécs
- Porteous, J. Douglas (1976): Home: the territorial core. *Geogr. Rev.* 66, 383-390
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., Kaminoff, R. (1983): Place-identity: Physical world socialization of the self. *J. of Environmental Psychology* 3, 57-83.
- Rauscher, F. H., Shaw, G. L., Ky, C. N. (1993): Music and spatial task performance. *Nature* 365, 611
- Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1997): Successful aging. *The Gerontologist* 37, 433-440.

- Sabik, N. J. (2015): Ageism and Body Esteem: Associations With Psychological Well-Being Among Late Middle-Aged African American and European American Women. *J. of Gerontology, Series B*, 70(2), 189-199
- Szerdahelyi István (1974): *A mindennapi élet esztétikája*. Kossuth Kiadó, Budapest
- Tamás Dénes (2018): A hatodik érzékszerv: a mozgatott test. *Korunk* 29. (11), 30-35
- Vértes László (1997): Az idősek biblioterápiájáról. *Könyv, könyvtár, könyvtáros* 10. sz., 43-46
- White, Ch. G. é. n. The effects of class, age, gender and race on musical preferences.
<https://pdfs.semanticscholar.org/3053/98ddb317c0e314d5a6228eac748e4bc66561.pdf>
- Wikström, B.-M. (2004): Older Adults and the Arts. The Importance of Aesthetic Forms of Expression in Later Life. *J. Geront. Nursing* 30. (9), 1-7.



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

EVOLÚCIÓS ÉS TÁRSAS HATÁSOK SZEREPE A NAGYSZÜLŐI GONDOSKODÁS ALAKULÁSÁBAN

Dr. Csinády Adriána

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, Személyiség és Klinikai Pszichológiai Tanszék

Dr. Csinády Adriána

Levelezési cím: Pszichológiai Intézet, 4002 Debrecen, Pf. 400.

Telefon: (30) 883-8286

Fax: (52) 512-900/23665

Összefoglaló

A nagyszülők szerepe nagyon meghatározó az életünkben mind szülőként, mind unokaként. Az a törődés és gondoskodás, amit ők nyújtanak érzelmileg meghatározó élmény, ami egyben kötődési mintául is szolgál. Már ősidők óta szerepe van a nagyszülőknek, elsősorban a nagymamáknak az unokák túlélésében. Feltehetően a postmenopauzális nőknek, a nagymamáknak köszönhető hogy az ember gyermekénél a hosszú fejlődés időszaka kialakulhatott, aminek rendkívüli a jelentősége az ember kognitív evolúciójában.

Azonban számos kérdés vetődik fel a nagyszülői segítségnyújtás tekintetében, melyekre mind evolúciós, mind szociális magyarázatokkal szolgálnak a kutatók. Ezen kutatások számba veszik mért jelenhetett meg a nagymamai szerep a humán evolúcióban, milyen faktorok befolyásolják a nagyszülői segítségnyújtást és azt, hogy a szülők, unokák miképp viszonyulnak majd ehhez.

Kulcsszavak: postmenopauzális nők, nagyszülő, nagymama hipotézis, evolúció, természetes szelekció

THE ROLE OF VOLUTION AND SOCIAL EFFECTS IN GRANDPARENTAL CARE

Abstract

The role of grandparents is very important in our lives both as parents and as grandchildren. The care provided by them is an emotionally influential experience that also serves as an attachment pattern. The grandparents, especially the grandmothers, have had a role in the survival of grandchildren since ancient times. Presumably it was the postmenopausal women, the grandmothers, whom made it possible that human children began to have a long developmental period, which is of great importance in human cognitive evolution.

However, there are a number of questions about grandparental help, answered by researchers with both evolutionary and social explanations. These studies take into account how the grandmother's role appeared during human evolution, what factors influence grandparental help and how the parents and grandchildren will relate to it.

Keywords: women after climax, grandparents, grandmother hypothesis, evolution, natural selection

Bevezetés

A világ különböző tájain a gyermeknevelési szokásokban jelentős különbségek mutatkoznak. (Hrdy, 1999). A társadalmak eltérő értékrenddel viszonyulnak a különböző korcsoportokhoz, van ahol a fiatalságot, van ahol az idős kor megélését tekintik értéknek. Manapság a nyugati társadalmakra jellemző *neontokrácia* a gyereket emeli a figyelem középpontjába csak utána jönnek a szülők majd a sor végén vannak a társadalom és a család idős tagjai. Ezzel szemben a hagyományos agrártársadalmakban jellemző a *gerontokrácia*, amelyben a társadalmi hierarchia csúcsán az ősök vannak, őket követik az idősebbek, felnőttek, serdülők és végül a gyermekek. (Lancy, 2015; Lancy, 2017).

Annak ellenére, hogy a társadalom hozzáállása az idős illetve a fiatal generációk szerepeinek meghatározásában eltérő lehet, a idősödő generációk mindig feladatknak tekintették a fiatalabb utódok gondozását, táplálását, mely akár azok túlélését is elősegíthette. Annak ellenére, hogy manapság a nyugati világ az ifjúságot dicsőíti és komoly infrastruktúrával (bölcsőde, óvoda, iskola, bétiszitter szolgálatok) biztosítja azok ellátását, a nagyszülői gondoskodás még mindig komoly értéket képvisel a társadalomban. A nagyszülői gondoskodás ma is komoly segítséget jelent a családok életében, mégha nem is a gyermek túlélése a központi célja, de befolyásolhatja azok testi, lelki és szellemi fejlődését egyaránt.

Fő kérdésünk az lehetne, hogy mi az oka annak, hogy a nagyszülői törődés kialakult az emberi evolúció során? Továbbá, azt is szeretnénk megtudni, hogy nagyszülők mért nem egyenlő arányban investálnak unokáikba?

Nagymama hipotézis

Az ember állatvilágból való kiemelkedésének számos oka lehet. Az emberi agy nagy mérete a csoportos életforma, illetve a hosszú gyermekkor mind segítették az ember kognitív evolúcióját (Bjorklund, Grotuss, Csinady, 2009). Tudjuk, hogy az emberi gyermeknek sokkal több pótszülői segítségre volt és van szüksége és ezt sokkal tovább veszi igénybe, mint bármely emberszabású rokona, ezen alloparentációban részt vevő gondozók közül az egyik legkiemelkedőbb jelentőségük a nagymamáknak van. Ennek a problémának a megoldására az emberi evolúcióban egy érdekes adaptáció alakult ki a post-menopauzális nők esetében, ugyanis ők évtizedekkel tovább éltek még az utolsó gyermekük születése után, ennek köszönhetően több élelmmel járultak hozzá a közösség asztalához, mint amennyit fogyasztottak. Számos kutató úgy vélekedik a nagymamák hosszú életkorának köszönhető, hogy az emberi gyermekkor ilyen hosszúra nyúlik illetve hogy az intelligencia jelentősen növekedett és nem pusztán a nagy méretű agy támaszt igényt a hosszú fejlődésre. (Hrdy, 1999)

Kezdjük e téma tárgyalásába a legalapvetőbb evolúciós gondolattal a nagyszülői tevékenység kialakulását illetően, a *nagymama hipotézissel*, amit William Hamilton (1964) evolúciós biológus vetett fel először a '60-as években. Ez a hipotézis Hamilton inkluzív fitnessz fogalmára épül, mely szerint az egyének oly módon is növelhetik reprodukív sikerüket, ha nem saját szaporodásukba investálnak, hanem egy rokon túlélését segítik elő. A nők többnyire 20 évet élnek még az utolsó gyermekük születése után, mialatt támogathatják saját unokáik nevelését, hogy azzal elősegítsék túlélésüket. Tehát a postmenopauzális nők remek példát szolgáltatnak az inkluzív fitnessz fogalmára. Tovább erősíti a nagymama hipotézist, hogy az idős nők esélye a vetélésre rendkívül magas egy terhesség esetén és a szülési komplikációk is jelentősen megnőnek, ezzel együtt az alacsony súlyú és koraszülött utódok száma is nő, akik halálozási aránya magasabb és maguknak az idősebb anyáknak is nagyobb esélyük van arra, hogy szülés során elhalálozzanak (Kleine, Stein és Susser, 1981). Az idősebb nők jelentős munkát, figyelmet, időt fektethetnek a saját idősebb gyermekeik és unokáik felnevelésébe, ezzel azok túlélését elősegítik, amennyiben ezt az energiát új utódok kihordására, megszületésére és nevelésre fordítanák, azzal veszélyeztetnék a már meglévő gyermekeik és unokáik túlélését (Geary és Flinn, 2001).

Az állatvilágban viszonylag kevés a bizonyíték a nagymama hipotézisre, hiszen a vadonban az idősebb állatok jobban ki vannak téve annak, hogy áldozatul essenek ragadozóknak vagy más erejük teljében lévő csoporttagoknak. A nagyszülői gondoskodás azonban nem egyedülálló emberi jelenség. Alkalmanként gondoskodó nagymamai viselkedést figyeltek meg több főemlősnél, például vadon élő csimpánzoknál és páviánoknál (Collins, Busse és Goodall, 1984), az elefántoknál (Lee, 1987), valamint a delfineknél (Pryor és Norris, 1991), és agyilkos bálnáknál (Brent és mtsai., 2015; Foster és mtsai., 2012). Néhány madárfajnál is jellemző volt a viselkedés, így például egy seychelle szigeteki énekes madár (Seychelles warbler) volt az első olyan madárfaj, melynél a nagymamai segítségnyújtást megfigyelték (Richardson, Burke és Komdeur, 2007).

Más fajokhoz képest azonban az emberi nagyszülőnek három egyedi jellemzője van ami megkülönböztet minket más fajoktól a nagyszülői gondoskodás tekintetében:

- a gondoskodó nagyszülők rendszeresen nyújtanak segítséget az unokáknak és nem alkalomszerűen, mint más fajoknál,
- gondoskodó nagypapai szerep kizárólag human jellegzetesség, és
- a nők meglehetősen hosszú posztmenopauzális élettartama is megkülönböztet minket a legtöbb olyan emlős fajtól ahol egyáltalán beszélhetünk a menopauza megjelenéséről (Euler, 2011).

A nagymamai gondoskodás evolúciója feltehetően a menopauza és az emberi nőstények hosszú poszt-reprodukciós élettartama miatt alakulhatott ki (Coall és Hertwig, 2010). A nagymama hipotézis szerint az emberi nőstények korán befejezik saját reprodukciójukat más fajok nőstényeihez képest, mert több fitness-előnyt szerezhetnek ha a már megszületett utódaikba investálnak, mintha saját reprodukciójukkal lennének elfoglalva (Hawkes, 2003; Hawkes és Blurton-Jones, 2005).

Szemléletes példát szolgáltat erre Jane Goodall leírása Flo nevű csimpánzáról, aki jó anya volt és számos utódot hozott a világra és gondozott. Idős kora ellenére szülte meg Flint nevű utódját. Flint még nem volt teljesen elválasztva, amikor Flo megint várandós lett és életet adott Flame-nek. Röviddel ezután sajnos Flame és Flo is elpusztultak, Feltehetően Flo idős szervezete terhesség és a szoptatás is rendkívüli stresszhatást gyakorolt. Ennek eredményeként sajnos Flint árva maradt, és egy hónapon belül ő is meghalt az anyja elvesztése után. Mindezek ellenére Flo estete nem lett evolúciós kudarc, hiszen már három felnőtt szaporodóképes utódja volt Flint és Flame születése előtt. De további reprodukciós sikere akkor lehetett volna, ha Flint után már nem szül több utódot. Sarah Hrdy primológus szerint a nagymama hipotézist inkább a „Bölcs Anya Hipotézis” elnevezéssel kellene illetni,

hiszen, aki „időben hagyja abba” a szaporodást, annál garantált, hogy lesz még ideje gondoskodni az utódról, hogy a reprodukív vállalkozás sikerrel záruljon.” (Hrdy, 1999)

Érdekes tény az evolúcióban, hogy a természetes szelekció az egyedfejlődés alacsonyabb szintjein fejt ki leginkább hatását. Így elmondhatjuk, hogy a fiatal utódok esetében a legerőteljesebb a hatása, hiszen ők akkor lehetnek csak evolúciós értelemben sikeresek, ha elérik a serdülőkort és maguk is nemzőképesé válnak. Ellenben idősebb korban erre már nincs ilyen erőteljes szelekciós nyomás, ezért a már befejezett szaporodás után az egyén számára már nem biztosít védőfaktorokat a természet, így azok több betegségnek vannak kitéve (Grotuss Bjorklund és Csinyady, 2007).

Érdekes ténnyel szolgál számunkra Schwarz és munkatársai (2016) vizsgálata, melyben egy immunszabályozó gén egy változatát vizsgálták, amelyet CD33-nak neveznek. Ez a gén az emberben azzal a céllal alakulhatott ki, hogy védelmet nyújtson az Alzheimer-kór időskori megjelenése ellen. Ha a csimpánzoknál létezne ilyen betegség, nyilvánvalóan hátrányos lenne éppúgy, mint az embereknél. Mivel azonban a csimpánzoknál nincs meghosszabbodott postreprodukciós élettartam, így ennél fajnál nem volt evolúciós nyomás az Alzheimer-kór pusztító hatásainak enyhítésére. Alapvetően a reprodukció beteljesülése után a természetes szelekció folyamatai enyhülnek és már nem segítik az egyén túlélését (Bjorklund és Pellegrini, 2001). A nagymama hipotézist, úgy tűnik tovább erősíti ennek ismerete.

A hadzák világa

A Hadza népcsoport tagjai modern kori vadászó gyűjtögetők Tanzániában. Olyan életformát tartanak fenn, amiről úgy gondoljuk, hasonló az őseink több ezer éven át gyakorolt létformájára, ahol a nők gyűjtögettek a férfiak pedig vadászattal foglalkoztak. A Hadzáknál a nők jelentősen több kalóriamennyiséget tesznek a családi asztalra a gyűjtögetéssel, mint a férfiak a vadászattal (Hawkes és mtsai, 1997). Sőt a legkeményebben dolgozó gyűjtögetők a postmenopauzális nők.

A nagymamák azok, akik ehető gyökereket biztosítanak, több gyümölcsöt gyűjthetnek, mint amennyire szükségük van, és akik a mézet beszerzik, ami különösen értékes. A tizenévesek és a friss házasok naponta három órát gyűjtögetnek; a házas nők kisgyermekkel átlagosan négy és fél órát (ők közben magukon hordják gyermeküket és közben szoptatnak is), míg a nagymamák hét órát is gyűjtögetéssel töltenek.

Nem is meglepő, hogy az unokák testtömege arányosan nő azzal, ahogy nagymamáik hozzájárulnak a családi éléskamrához. Sőt, a Hawkes és munkatársai (1997) által

tanulmányozott Hadzáknál jellemző volt, hogy minden szoptató anyát egy posztmenopauzális segítő támogat, aki szinte mindig a nő anyja vagy anyósa.

Közismert az a gondolat mely szerint a nagyszülők már „nem nevelgetnek, hanem szeretgetnek”- az unokák és nagyszülők kapcsolata többnyire önzetlen, a nagyszülők nem a szigorú nevelő szerepet töltik be a gyerekek életében, hanem valóban minőségi időt tudnak eltölteni velük. Azonban nagyon eltérő lehet az, hogy egyes családok életében milyen mértékben vannak jelen a nagyszülők. Van ahol az unokák napi kapcsolatban vannak velük, más családokban csak a hétvégéken adódik lehetőség a találkozásra. Jelentős tényező lehet a nagyszülők egészségi állapota, mentális állapota is, milyen mértékben képesek részt venni unokáik életében.

Manapság a középosztálybelieknél a nagy kiterjedt családok még szükségszerűbbek volnának, mint valaha, mivel az anyának és apának teljes munkaidőben kell dolgoznia, rendkívüli segítség, ha a nagyszülők legalább a gyermeknevelés egy részét magukra vállalják. Tulajdonképpen olyan ez, mint egy modern Hadza forgatókönyv, a high-tech világban, mely már nem pusztán a gyermek fizikai túlélését segíti, de előnyöket nyújt az utódnak a társadalmi siker szempontjából is.

Melyik nagyszülő investál legtöbbet?

Miért különböznek a nagyszülők egymástól a tekintetben, hogy ki mennyit investál az unokákba? Az egyenlőten nagyszülői befektetési mintázat hátterét számos evolúciós elmélettel próbálták alátámasztani, melyek közül Hamilton (1964) *rokon szelekciós elmélete* és Trivers (1972) *szülői ráfordítás elmélete* a legismertebb. Ezek szerint e jelenség fő okai lehetnek a nem specifikus reprodukciós stratégiák, az apasági bizonytalanság illetve, hogy mennyire kedvelünk egy unokát. A rokon szelekciós elmélet szerint egy egyén fokozhatja evolúciós rátermettségét azáltal, hogy támogatja közeli hozzátartozóit azok reprodukciós sikerében ezzel növelve saját reprodukciós sikerét is. Az ember saját gyermekével átlagosan 50% genetikai azonosságot mutat és 25 %-ot az unokájával. Emellett a reprodukciós érték meghatározó abban, hogy ki kap több támogatást a rokonok részéről. A fiatalok reprodukciós értéke magas, míg az idősebb személyeké alacsonyabb így várhatóan a nagyszülők az utódaik gyermekeibe fognak investálni (Hughes, 1988). Tehát a rokon szelekciós elmélet szerint, az embereknek előnyben kell részesíteniük gyermekeiket és unokáikat, hiszen ott nagyobb mértékű a génazonosság, míg a háttérbe szorulnak a távolabbi rokonok, az idősebb rokonok és a barátok.

Az emberekre jellemző a szex specifikus reprodukciós stratégiák használata. Ezek abból fakad, hogy a nők számáraminden egyes utód költségesebb, hiszen kilenc hónap terhességet igényel majd pedig több év gondozást és táplálást (Trivers, 1972). Anyai befektetés kötelező jellegű, míg az apai befektetés választható. Ezt mutatja például az a tény, hogy az anya elvesztése sokkal nagyobb károkat okoz az utód számára, mint egy apa vagy más gondozó elvesztése (Sear és Mace, 2008). Tehát az evolúciós múltban az anyák az inkluzív fitneszüket úgy maximalizálhatták legjobban, ha gondoskodtak utódiakról (Euler, 2011). Ennek megfelelően alakult számos pszichológiai mechanizmusunk, mely a nőket a gondoskodásra alkalmassá tette, mint például az empátias készség magas színvonala, és a gyerekek iránti vonzalom (Rotkirch és Janhunen, 2010).

Hogyan illeszthető az evolúciós szemlélet a mai világ nagyszülői tevékenységére?

Manapság a genetikai tesztek világában könnyű fényt deríteni arra, hogy kié a gyerek, de korábban csak a nők lehettek biztosak abban, hogy gyermekük, akit a világra hoznak száz százalékban az ő genetikai utódjuk. Ezzel szemben a férfiak az evolúció során sosem lehettek teljesen biztosak abban, hogy utódjuk valóban az ő saját genetikájukat hordozza-e. A nagyszülőkre lefordítva ezt a gondolatot, tulajdonképpen azt mondhatjuk, hogy csak az anyai nagymama lehet száz százalékgig biztos abban, hogy lánya gyermeke az ő genetikai rokona is egyben. Az anyai nagypapának és az apai nagymamának már van egy bizonytalan rokoni kapcsolatuk, az unokát illetően, míg az apai nagypapának kettő. Magától értetődően ez lesz a sorrend az utódba való befektetések mértékét illetően is (Euler és Weitzel, 1996).

Ugyanakkor ezzel a gondolatsorral nem bizonyítható az a tény, mely szerint az anyai nagypapák többet segédkeznek az unokák mellett, mint az apai nagymamák, pedig a nagyszülői genetikai bizonyosság azonos mértékű. Gyakran úgy magyarázzák ezt a jelenséget, hogy az anyai nagypapa a felesége által növeli meg befektetéseit a lánya gyermekébe, hiszen a feleség, aki tökéletesen biztosan a saját unokáját támogatja, investál egyben a legtöbbet, ebbe bevonva férjét az anyai nagypapát is (McBurney és Mtsai, 2002).

De nemcsak az evolúciós tényezőknek lehet szerepe abban, hogy ki és mennyit segít az unokák körül, hanem olyan társas faktoroknak is, mint például a földrajzi közelség vagy az érzelmi kötődés, a szülői és nagyszülői generációk családi állapota, mind befolyásolhatják a nagyszülői befektetés mértékét és mintázatát. Egyértelmű magyarázattal szolgálhatna ezekre a kérdésekre a nagyszülők közötti életkori különbség. Ez alapján feltételezhetjük, hogy többnyire az anyai nagymama a legfiatalabb, és így valószínűleg még életben van, míg az apai

a nagypapa általában a legidősebb, és valószínűleg ő van a legrosszabb egészségi állapotban vagy már esetleg elhunyt (Coall és Hertwig, 2010).

Még érdekesebb, hogy a nagyszülői befektetés az alábbi mintázatot követi: az anyai nagymama az, aki a legtöbbet investál unokáiba, őt az anyai nagypapa követi és az apai nagymama, míg az apai nagypapa van többnyire a sor végén a nagyszülői segítségnyújtásban. Ez a sorrend többnyire általános azokban az országokban, ahol nincs kifejezett preferencia a matrilineáris vagy patrilineális családi kapcsolatokra (Coall és Hertwig, 2011).

Függetlenül attól, hogy mi okozza a hosszú életet a reprodukív szakasz lezárulása után a nőknél, lenyűgöző empirikus bizonyíték van arra, hogy a nagyszülők és a nagymamák ténylegesen segítettek sok esetben a gyermekek túlélését (Sear és Mace, 2008), és manapság is jellemző ez a tradicionális társadalmakban (Hawkes, O'Connell, és Blurton Jones, 1997). Mint láttuk, a ma élő tradicionális vadászó-gyűjtögető társadalmakban például a nagymamák elősegítik a gyermekek táplálkozását, és ezáltal növelik az unokáik túlélési esélyeit (Hawkes mtsai, 1997). A mai nyugati világban ugyan alacsony a csecsemő és gyermekhalandóság és a nagyszülők ritkán kellene a gyermekek túléléséhez. Ennek ellenére a nagyszülői jelenlét még mindig befolyással van a gyermekek reprodukív döntéseit és unokáik jólétét illetően. Az előző szerint, a nagyszülők bevonása fontosnak tűnik a jólét szempontjából különösen egy családi krízishelyzet esetén (pl szülő halála vagy válás) (Sear és Coall, 2011). Bizonyíték van arra is, hogy a modern a nagyszülők pozitív hatással lehetnek a szülői gyermekvállalási döntésekre (Tanskanen és Rotkirch, 2014), valamint jelenlétük pozitív hatással van unokáik jólétére és fejlődésére (Tanskanen és Danielsbacka, 2012).

A szociológiai tanulmányokban a nagyszülőket nem mindig különböztetik meg nemük és családi hovatartozásuk szerint, ennek ellenére a kutatók többnyire elismerik a biológiai változók jelentőségét, így a nem és a származás kiemelten fontosak (Chan és Elder, 2000). A nagymamák és a nagypapák unokákba fektetett idő pénz, energia különbségeit próbálja magyarázni a *rokoni kapcsolattartók elmélete*. Az elmélet feltételezi, hogy a szociális normák és elvárások arra sarkallják a nőket, hogy aktívabban kivegyék részüket a családi kapcsolatok ápolásából illetve a családtagok ellátásából. A nők biológiai természetüknél fogva sokkal gondoskodóbbak, mint a férfiak, és a társadalom számít e gondoskodásra, következésképp a nőket úgy szocializálják, hogy kötelességüknek tekintsék a családon belüli kapcsolatok ápolását. Így a nagymamák, különösen az anyai nagymamák, sokkal többet fognak unokáik gondozásába investálni és a kapcsolatuk és kötődésük az unokákkal különösen szorosabbá fonódik, míg a nagypapák és unokák viszonya nem alakul ilyen bensőségessé, hiszen nincsenek erre vonatkozóan meghatározó társadalmi elvárások (Bracke, Christiaens és

Wauterickx, 2008). Összehasonlítva a szociológiai és az evolúciós gondolkodást a nagyszülői befektetések eltérő mértékéről, azt mondhatjuk, hogy mindkét elmélet egyetért abban, hogy a nők szerepe a gyermekek ellátásában kötelező feladat, a fő különbség a két gondolatmenetben ott található, hogy míg az evolúciós elmélet biológiailag meghatározottnak tartja ezt a feladatot, a szociológiai gondolkodás szerint ez alapveően egy tanult viselkedésforma, amit a neveltetésünk által kényszerítenek ránk.

A szülők, nagyszülők és unokák közötti érzelmi kapcsolatok jelentőségét kiemelik a szociológiai kutatások, ezekben a szülők, a közvetítők szerepét töltik be, így jelentős szerepet kap benne a szülői-nagyszülői viszony minősége. A legtöbb evolúciós kutatással ellentétben itt figyelembe veszik, hogy a nagyszülők segítségnyújtását a gyermekek, az unokák szülei, nem mindig fogadják el (Barnett és mtsai, 2010).

A nagyszülői befektetés függ attól a történelmi helytől és időtől milyen korban az emberek élnek és a kulturális hatásoktól (Kemp, 2007). A családi kapcsolatok mélyen összefonódnak és a családtagok minden egyes kapcsolatát más családlátagokkal befolyásolja a többi családi kapcsolatuk (Cox és Paley, 1997), valamint az egyes életkorok és életszakaszok is befolyásolják a családtagok a közti kapcsolatok alakulását (Elder, 1994). Az, hogy ki mennyi segítséget fog nyújtani az unokák számára függ az arra vonatkozó szükségletektől illetve a segítségnyújtó nagyszülő lehetőségeitől is.

A kontextus jelentősége a nagyszülői segítségnyújtásban

Más fajokkal ellentétben az emberi családi rendszerek rendkívül alkalmazkodóak. Rendkívül változatosak, mind a megélhetési, a házassági és a letelepedési szokások (Sear, 2015). Ugyanakkor az alapvető stratégiai döntési minták – mint a rokonszelekció, az apaság kérdése, szex specifikus reprodukív stratégiák – változatlanok. A kérdés, amely összekapcsolja az evolúciós kutatást a szociológiai jellegű családkutatásokkal, az a kontextus fontossága és annak hatása.

A kontextus például meghatározó tekintetben, hogy a nagyszülők közreműködése az unokák ellátásában valóban pozitív hatással jár-e. A nagyszülők segítsége, sajnos nem feltétlenül növeli a gyermek jólétét minden helyzetben. Azok a viselkedési minták, melyek az ősi vagy mai vadászó-gyűjtögető társadalmakban segítették a gyermekek életben tartását, ma már nem kívánt eredményeket hozhatnak (Hawkes és mtsai, 1997). Például, a modern jóléti társadalmakban az unokák jó falatokkal való kényeztetése a gyermekek elhízásához vezethet (Tanskanen, 2013).

Olyan környezetben, ahol az erőforrások nem megfelelőek, nagyszülők - különösen az idősebbek - lehet, hogy nem nyújtanak segítséget, hanem fiatalok versenytársaivá válnak az erőforrásokért (Strassmann, 2011; Strassmann és Garrard, 2011). A kulturális kontextust tehát a nagyszülői szerepeknél nem lehet figyelmen kívül hagyni.

Irodalom

- Barnett, M. A., Scaramella, L. V., Neppl, T. K., Ontai, L., & Conger, R. D. (2010). Intergenerational relationship quality, gender, and grandparent involvement. *Family Relations*, 59, 28–44.
- Bjorklund, D. F., Grotuss, J., és Csinsky, A. (2009). Maternal effects, social cognitive development, and the evolution of human intelligence. In D. Maestripieri és J. Mateo (Eds.), *Maternal effects in mammals*, (pp. 292-321). Chicago: Chicago University Press.
- Bjorklund, D. F., és Pellegrini, A. D. (2002). *The origins of human nature: Evolutionary developmental psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bracke, P., Christiaens, W., & Wauterickx, N. (2008). The pivotal role of women in informal care. *Journal of Family Issues*, 29, 1348–1378.
- Brent, L. J. N., Franks, D. W., Foster, E. A., Balcomb, K. C., Cant, M. A., és Croft, D. P. (2015). Ecological knowledge, leadership, and the evolution of menopause in killer whales, *Current Biology*, 25, 746–750.
- Chan, C. G. & Elder, G. H. Jr. (2000). Matrilineal advantage in grandchild-grandparent relations. *The Gerontologist*, 40, 179–190.
- Coall, D.A., és Hertwig, R. (2010). Grandparental investment: Past, present, and future. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 1–59.
- Collins, D. A., Busse, C. D., és Goodall, J. (1984). Infanticide in two populations of savanna baboons. In Hausfater, G. és Hrdy, S.B. (eds.) *Infanticide: Comparative and Evolutionary Perspectives*. Hawthorne: Aldine, pp 193–215.
- Cox, M. J. & Paley, B. (1997). Families as systems. *Annual Review of Psychology*, 48, 243–267.
- Elder, G.H. (1994). Time, human aging and social change. Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57, 4–15.
- Euler, H. A. (2011). Grandparents and extended kin. In Salmon, C. A., és Shackelford, T. K. (eds.), *The Oxford Handbook of Evolutionary Family Psychology*. New York: Oxford University Press, pp 181–210.

- Foster, E. A., Franks, D. W., Mazzi, S., Darden, S. K., Balcomb, K. C., Ford, J. K. B., és Croft, D. P. (2012). Adaptive prolonged postreproductive life span in killer whales, *Science*, 337, 1313.
- Euler, H. A., and Weitzel, B. (1996). Discriminative grandparental solicitude as reproductive strategy. *Human Nature*, 7, 39–59.
- Geary, D. C. és Flinn, M.V. (2001). Evolution of human parental behavior and the human family. *Parenting: Science and Practice*, 1, 5-61.
- Grotuss, J., Bjorklund, D. F., Csinady, A. (2007). Evolutionary developmental psychology: Developing human nature. *Acta Psychologica Sinica*. Vol. 39 No. 3, 439 – 453.
- Hamilton, W. D. (1964). The genetical evolution of social behaviour (I and II). *Journal of Theoretical Biology*, 7, 1–52.
- Hawkes, K. (2003). Grandmothers and the evolution of human longevity. *American Journal Human Biology*, 15, 380–400.
- Hawkes, K. és Blurton Jones, N. G. (2005). Human age structures, paleodemography, and the grandmother hypothesis. In Volland, E., Chasiotis, A., és Schiefenhövel, W. (eds.) *Grandmotherhood: The Evolutionary Significance of the Second Half of Female Life*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Hawkes, K., O'Connell, J. F., és Blurton Jones, N. G. (1997). Hadza women's time allocation, offspring provisioning, and the evolution of postmenopausal lifespans. *Current Anthropology*, 38, 551–578.
- Hrdy, S.B. (1999). *Mother Nature: Maternal Instincts and How They Shape The Human Species* Ballantine Books, New York, NY.
- Hrdy, S. B. (2009). *Mothers and Others. The Evolutionary Origins of Mutual understanding*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Hughes, A. L. (1988). *Evolution and Human Kinship*. New York: Oxford University Press.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., LaPierre, T. A., és Luo, Y. (2007). All in the family: The impact of caring for grandchildren on grandparents' health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, S108–S119.
- Kemp, C. L. (2007). Grandparent–grandchild ties. Reflections on continuity and change across three generations. *Journal of Family Issues*, 28, 855–881.
- Lahdenperä, M., Lummaa, V., Helle, S., Tremblay, M., és Russell, A.F. (2004). Fitness benefits of prolonged post-reproductive lifespan in women. *Nature*, 428, 178–181.

- Lancy, D. (2015). *The Anthropology of Childhood: Cherubs, Chattel, Changelings*. Cambridge University Press.
- Lancy, D. (2017). *Raising Children: Surprising Insights From Other Cultures*. Cambridge University Press.
- Lee, P. C. (1987). Allomothering among African elephants. *Animal Behaviour*, 35, 278–291.
- McBurney, D. H., Simon, J., Gaulin, S. J. C., and Geliebter, A. (2002). Matrilateral biases in the investment of aunts and uncles: Replication in a population presumed to have high paternity certainty. *Human Nature*, 13, 391–402.
- Pryor, K., és Norris, K. S. (1991). Introduction. In K. Pryor és K. S. Norris (Eds.), *Dolphin societies: Discoveries and puzzles* (pp. 1-3). Berkeley, CA: University of California Press.
- Richardson, D.S., Burke, T., és Komdeur, J. (2007). Grandparent helpers: the adaptive significance of older, postdominant helpers in the Seychelles warbler. *Evolution*, 61, 2790–2800.
- Rotkirch, A. és Janhunen, K. (2010). Maternal guilt. *Evolutionary Psychology*, 8, 90–106.
- Sear, R. (2015). Beyond the nuclear family: An evolutionary perspective on parenting. *Current Opinion in Psychology*, 7, 98–103.
- Sear, R., és Coall, D. (2011). How much does family matter? Cooperative breeding and the demographic transition. *Population and Development Review*, 37, 81–112.
- Sear, R. és Mace, R. (2008). Who keeps children alive? A review of the effects of kin on child survival. *Evolution and Human Behavior*, 29, 1–18.
- Schwarz, F., *et al.* Human-specific derived alleles of *CD33* and other genes protect against postreproductive cognitive decline. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 113, 74–79 (2016).
- Tanskanen, A.O. (2013). The association between grandmaternal investment and early years overweight in the UK. *Evolutionary Psychology*, 11, 417–425.
- Tanskanen, A. O., és Danielsbacka, M. (2012). Beneficial effects of grandparental involvement vary by lineage in the UK. *Personality and Individual Differences*, 53.
- Tanskanen, A. O., és Rotkirch, A. (2014). The impact of grandparental investment on mothers' fertility intentions in four European countries. *Demographic Research*, 30, 1–26.
- Trivers, R.L. (1972). Parental investment and sexual selection. In Campbell, B. (ed.) *Sexual Selection and the Descent of Man*. Chicago, IL: Aldine, pp 52–97.



MAGYAR GERONTOLÓGIA

11. ÉVFOLYAM 37 – 38. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

AZ IDŐSKORÚAK FOGYASZTÓVÉDELMI ÉRINTETTSÉGÉRŐL (Kerekasztal beszámoló)

Bene Ágnes

Debreceni Egyetem Ihrig Károly Vezetés- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

Bene Ágnes PhD hallgató

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Szociális és Társadalomtudományi Intézet

Nyíregyháza Sóstói u. 2-4

Tel.: 06-30-2330354;

E-mail cím: beneagi@yahoo.com

Kerekasztal beszélgetés az időskorúak fogyasztóvédelmi érintettségéről

Az Aktív idősödés, nemzedékek új szerepben /Active ageing, Generations Nyíregyházi

Gerontológiai Napok XI. Nemzetközi Konferencia keretében (tematikus egység)

2018. 30. 10:30 – 12:00

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Nyíregyháza

Bevezetés

Az időskorúak fogyasztóvédelmi érintettségét körüljáró Kerekasztalbeszélgetés “Az Aktív idősödés, nemzedékek új szerepben /Active ageing, Generations Nyíregyházi Gerontológiai Napok XI. Nemzetközi Konferencia” keretében került megrendezésre. A konferencia témái a gerontológia aktuális kérdései voltak tematikus egységekbe rendezve. A

Kerekasztal beszélgetés résztvevői az idősök fogyasztói tudatosságát, meggyőzési tudatosságát, fogyasztóvédelmét, és az ezen területekhez kapcsolódó gyakorlati szempontokat járták körül.

A Kerekasztal, és az azt követő frissítő kötetlen beszélgetés célja volt az egyetemi oktatók és hallgatók közötti tudományos párbeszéd elősegítése, valamint az állami szervezetekkel történő kapcsolatteremtés lehetősége is.

Időskorúak és fogyasztóvédelem

A fogyasztóvédelmi bejelentések sora szól idős személyek megkárosításáról. Ugyanakkor az idős személyek kellemetlen tapasztalatai is nagy változatosságot mutathatnak ezene a területen. Vagy vannak esetleg közös vonások, amelyekre építve elé mehetnénk a megtévesztéseknek, annak, hogy áldozattá váljanak? Egyáltalán, beszélhetünk az idősök eltérő fogyasztói magatartásáról?

A Kerekasztal résztvevői: Dr Balázs Katalin egyetemi adjunktus (Debreceni Egyetem Pszichológia Intézet); Dr. Kiss – Benedek Damarisz tanácsadó (Fogyasztóvédők Magyarországi Egyesülete, Pénzügyi Navigátor Tanácsadó Iroda Debrecen); Fintor Károlyné titkár, (Nyíregyháza Megyei Jogú Város Idősügyi Tanácsának Titkára); Gurbán Csaba rendőr százados, (Nyíregyházi Rendőrkapitányság) a következő vezérfonal mentén járták körül az idősök fogyasztóvédelmi érintettségének témakörét:

- Milyen jellemzői vannak az időskori fogyasztói magatartásnak?
- Milyen csapdahelyzetek következnek az időskori változásokból fogyasztóvédelmi szempontból?
- Milyen gyakran keresik fel a fogyasztóvédelmi irodákat idős személyek?
- Milyen tapasztalataik vannak velük, milyen ügyekben jönnek?
- Miért lehetnek „jó” célpontjai idős személyek a csalóknak?
- Hogyan lehet segíteni az idősöknek abban, hogy tudatosabbak legyenek meggyőzési helyzetekben?
- Milyen prevenciós lehetőségek vannak az idősök fogyasztóvédelmében?
- Milyen védőfaktorok vannak a sikeres öregedésben a fogyasztóvédelmi érintettséggel kapcsolatban?
- Mit tehet az idős ember annak érdekében, hogy tudatosabb fogyasztó legyen?

A résztvevők, - a különböző tudományterületek és szakterületek képviselőjeként konkrét példákon keresztül igyekeztek rávilágítani az idős személyek sajátos fogyasztóvédelmi érintettségére.

A hallgatóság soraiból több kérdés is érkezett. Ezek az időskori fogyasztói tudatosság és fogyasztóvédelmi érintettség gyakorlati területeit érintették. A Kerekasztal résztvevői tájékoztatták a jelenlévőket a közeljövőben tervezett konkrét fogyasztóvédelmi programokról, előadásokról, a fogyasztóvédelmi érdekképviselő, a pénzügyi fogyasztóvédelmi tanácsadás régiós helyszíneiről, a telefonos és internetes elérhetőségekről.

Összegzés

Záró gondolataikban a résztvevők megfogalmazták a tanulságokat, amelyek a következők voltak:

Gurbán Csaba rendőr százados, kiemelte, hogy vannak és lesznek olyan bűnözői csoportok, amelyek kifejezetten idős személyek megkárosítását tűzték ki célul bevételeik maximalizálására. A Rendőrség kéri, hogy minden esetet jelentsen a lakosság, az idős személyek, lehetőleg minél hamarabb! Arra is felhívta a figyelmet, hogy már gyanú esetén is hívják a rendőröket, jelentsék a gyanút! Nézzék meg alaposan a csalókat, elkövetőket, hogy használható személyleírást tudjanak adni a járőröknek!

Dr. Kiss – Benedek Damarisz tanácsadó az internetes “egyszerű” kölcsönök veszélyeire hívta fel a figyelmet. Körültekintést javasolt általában is az internetes vásárlásokkal kapcsolatban. Ő is hangsúlyozta a gyors cselekvés fontosságát. Ha fogyasztóvédelmi, vagy pénzügyi fogyasztóvédelmi sérelem ért valakit, azonnal cselekedjen, kérjen segítséget. Pénzügyi döntések előtt is segítséget kérhetnek, akár online kalkulátorok, összehasonlító programok használatával a Pénzügyi Navigátor Irodáktól.

Dr Balázs Katalin egyetemi adjunktus is csatlakozott annak hangsúlyozásához, hogy minél hamarabb kérjenek segítséget az idős személyek, ha úgy érzik becsapták őket. Ne szégyelljék, ha pórul jártak, hiszen nincsenek ezzel egyedül. Arra hívta fel a figyelmet továbbá, hogy figyeljünk oda a meggyőzési helyzetekben, milyen technikákkal akarnak bennünket meggyőzni. Az alkalmazott meggyőzési technikák felismerése és leleplezése növeli a tudatosságot, a hatékonyságot a káros meggyőzések kivédésében.

Fintor Károlyné titkár megerősítette az ilyen rendezvények szükségességét, az idősek által támasztott igényt a fogyasztóvédelmi felvilágosító rendezvények, képzések iránt.

