

MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM (2021)

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, Egészségtudományi Kar
Cím: 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM (2021)

ISSN 2062-3690 (Online)

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

Tisztelt Olvasó!

Hadd ajánljam figyelmébe a Magyar Gerontológia folyóirat 2021 évi számát! A folyóirat interdiszciplináris szellemiségét erősítve szerzőink számos érdekes közleményét olvashatja. A fő témák között természetesen a pandémia időskorúakra gyakorolt hatása is megjelent, ezzel a témával két közlemény is foglalkozik. Az idősök jóllétének dimenzióit vizsgálja további öt közlemény hazai és nemzetközi szerzőink tollából. E mellett az időséssel kapcsolatos percepciók, valamint szolgáltatások, az idősödéssel kapcsolatos elméletek és szakpolitikák területein barangolhat az olvasó.

Patyán László



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

On-line verzió: ISSN 2062-3690

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

SURVEY ON UNVACCINATED ELDERLY PEOPLE DURING THE COVID-19 PANDEMIC. THE PATTERNS OF SANDWICH GENERATION AND THE AGE TRANSITION TO OLD AGE

Adrienn Kaszás, Győző Pék, Balázs Órsi

University of Debrecen, Faculty of Humanities, Institute of Psychology

Key terms: Covid-19 pandemic; unvaccinated; anti- vaccinationists; attitudes to vaccination; sandwich generation

Abstract

The article focuses on the most important aspects of the first processing of the Hungarian results. The study involved 507 individuals: 117 men, 380 women, 2 individuals identified as 'other', and 8 respondents did not want to answer this question. The data processing shows that a large number of non-vaccinated people do not believe that they are at risk of developing COVID-19 virus. 42% of the non-vaccinated are very sure that the vaccine will not work, and 30.6% are afraid that they will become infected because of the vaccine. They do not feel safe after vaccinations and are afraid of the undiscovered consequences, and have more confidence in their natural immunity. 61.8% would not require the vaccine for themselves, nor in the future. 67.3% want to wait to see how vaccines work in other people. During processing, those with a specific anti-vaccinationist attitude could be identified and their profile was drawn. During the analysis, important aspects were identified for the development of effective communication strategies with the unvaccinated elderly. Highlighting the patterns of sandwich generation and the age transition to old age was also important aspect of analysis.

Oltatlan idősök felmérése a COVID-19 pandémia folyamán.

A szendvics generáció és az áthajló korúak mintázata

Kulcsszavak: Covid-19 pandémia; oltatlanok; oltásellenesek; attitűdök a vakcinációhoz; szendvics generáció

Összegzés

A tanulmány a magyar eredmények első feldolgozásának leglényegesebb aspektusainak bemutatására fókuszál. A vizsgálatban 507 személy, 117 férfi, 380 nő, 2 „egyéb”-ként azonosított ember vett részt, illetve 8 kitöltő nem szeretett volna válaszolni erre a kérdésre. Az adatfeldolgozásból kitűnik, hogy az oltatlanok mintájában láthatóan nagyon sokan nem hiszik, hogy fennáll annak a veszélye, hogy megbetegednek a COVID-19 vírus miatt. A vizsgált oltatlanok 42%-a nagyon biztos abban, hogy a vakcina nem fog működni, 30.6% fél, hogy az oltóanyag miatt meg fog fertőződni. Az oltások után nem érzik magukat biztonságban, valamint félnek annak még nem felfedezett következményeitől, illetve a természetes immunitásban jobban bíznak. 61.8% nem igényelne vakcinát saját maga számára, a jövőben sem. 67.3% szeretné megvárni hogy lássa, hogyan működnek az oltások más embereknél. A feldolgozás során azonosítani lehetett a kifejezetten oltásellenes attitűddel rendelkezőket, és megrajzolni profiljukat. Az elemzés során fontos szempontokat sikerült azonosítani az oltatlan idősök vonatkozásában, amelyek segítenek a velük való kommunikációs stratégia kialakításában. A szendvics generáció és az áthajló korúak mintázatának elemzése kiemelt figyelmet kapott.

1. Introduction

The Covid-19 virus has fundamentally changed our lives in Hungary since the beginning of 2020. At the end of our study, we are wrestling with the fourth wave of the pandemic, a mutation called ‘omicron’, a South African variant of the original virus. The omicron is the 16th letter of the Greek alphabet, and we know that this alphabet has 24 letters. While we don't know how many mutations we have to reckon with, it's certain: the epidemic is still going on. Surveys of unvaccinated people are needed because the more information we have about their mental state, vaccination attitudes, and demographic variables, the more likely we are to find the optimal communication tactics to motivate them to take the vaccine. We are deeply

interested in the features of unvaccinated elderly people, because they are best- threatened during the pandemic due to their relatively poorer health conditions.

1.2. Covid-19 pandemic and the media

At the time of the article's birth the pandemic latest B.1.1.529 variant, named Omicron is becoming increasingly the most virulent. On 26 November 2021, WHO warned on the basis of increasing evidence that Omicron has several mutations, spreads very easily, more virulent than the previous variants, and probably would generate new waves of the Covid-19 pandemic. The news of current foreign media – due to the one important aspect of the globalization – are appearing abruptly and continuously. For example, the previously quoted statement of the WHO appeared immediately in the Hungarian online media (MTI, 2021; Szepesi, 2021).

If we look at the interfaces of online media available today, we can see the tension between the often contradictory expert statements.

In early 2022, optimistic and pessimistic forecasts alternate regarding the course, spread, and consequences of the Covid-19 pandemic. Official bodies provide citizens with ever-changing regulations, ordinances and recommendations that become widely available in different segments of the media.

The professional controversy over the taking of vaccines, the extension of precautionary measures, their updating and the need for them sooner or later became political, and this made it even more difficult for people receiving news to form a relatively stable position, to make decisions and to act.

Slogans like 'my body is my castle', which are popular among many anti-vaccinationists reinforce individualistic feelings and positions, often provoking defiant resistance and mistrust in 'suspicious' official resolutions and actions. Conspiracy theories are gaining ground and social media is also an excellent medium for their rapid spread. In addition, of course, media is able to strengthen and disseminate a more sober, more reasonable vaccination propensity.

The Ipsos Global Reputation Centre concluded (Philips, 2022), that according to recent data of the Ipsos Global Trustworthiness Monitor, there is no indication to pose that trust was in 'crisis'. Otherwise trust may have been low for many organizations, sectors, or professions, there is slight proof that this had markedly changed. The report has reinforced that confidence in politician leader and the media is little, but that has hardly changed in the last decades and has not changed much over the last three years. The Covid-19 pandemic has effected the whole society worldwide in advance could not to indicate. But it has not yet had a significant impact

on how much the people worldwide entrust the institutions, politicians and sectors with which they interact. The Hungarian online media also reacted to the report, in some cases with somewhat excessive journalistic presentation (Borsi, 2022). Changes in attitudes towards anti-vaccinationists and unvaccinated people can be well monitored in the media. The reaction of the public is also becoming more and more impatient with the emergence of another wave of the epidemic. With regard to the unvaccinated, the source of the information on the pandemic is of paramount importance. For this reason, it is important to map their media preferences in this regard.

The group of unvaccinated people - who have not received any vaccines against Covid-19 - includes the ones with definite anti-vaccine attitude, who are showing a markedly stronger counter-commitment towards using the vaccines. An important and to be answered question is what attitudes, experiences, or perhaps solid systems of views and ideologies fuel the development and consolidation of vaccination resistance. In our research, partly related to the previous considerations, we considered it important to map vaccination attitudes and propensity, as well as to assess political orientation.

1.3 Other significant sources of information

We have to take into consideration that other sources represent significant influence on individuals who are at risk of infection. In this regard it is worth studying - in addition to the various segments of the media - such sources as family members, partners, friends, organizations, governmental communications, opinion of religious leaders and medical professionals.

2. Methods

We performed a comparative study using our questionnaire, focusing on the psychological and demographic aspects of the Hungarian unvaccinated people during the pandemic. The data collection with survey method lasted from 27 August to 13 October 2021. Participants were above 18 years of age who have not yet been vaccinated against the COVID-19 virus. We used the on-line questionnaire survey method. The research is not for political but for scientific purposes, and we hope that its results will contribute to a more professional management of the coronavirus epidemic. The Hungarian survey was conducted in collaboration with Polish, Slovenian and Romanian university researchers using a common test battery. The study

involved 507 individuals: 117 men, 380 women, 2 individuals identified as ‘other’, and 8 respondents did not want to answer this question.

2.1. The studied test dimensions and used questionnaires

Well-being at the time of pandemic (happiness, health).

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS21). <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/over.htm>

Vaccination Attitudes Examination Scale (VAX). <https://www.fmhs.auckland.ac.nz>

Sources of information about vaccination scale.

Religiosity level Demographics (metrics).

Proactive coping scale (PCI). <https://estherg.info.yorku.ca/files/2014/09/pci.pdf>

2.2. Measures of statistical analysis

We measured the different aspects of our study by using the following statistical analysis methods:

- ✧ the stress levels of the age groups - Mann-Whitney U.
- ✧ marital status - χ^2 Tests.
- ✧ anti-vaccination attitude in the elderly - Chi-squared test.
- ✧ DASS-21 (depression, stress, anxiety) by age - Kruskal-Wallis test
- ✧ proactive coping level by age - Kruskal-Wallis Test
- ✧ belief in conspiracy theories - ANOVA
- ✧ DASS-21 anxiety subscale by educational attainment - Kruskal-Wallis test
- ✧ DASS-21 depression and stress subscale by age - Wilcoxon Rank Sum Test
- ✧ VAX concerns about financial profiteering by age - Wilcoxon Rank Sum Test

3. Results

We would like to emphasize from the first processing of the data that a large number of unvaccinated people do not believe that they are at risk of getting the coronavirus. Furthermore, based on the results we could identify a definite anti-vaccination attitude group. The next data characterized the profile of the unvaccinated study group and help to make clear the underlying background, reasons of being unvaccinated.

3.1. Profile of unvaccinated people

Almost half - 42% - of the unvaccinated people in our sample are very sure that the vaccine will not work, and almost a third 30.6% are afraid that they will become infected because of the vaccine. Furthermore, the majority do not usually feel safe after any vaccinations (59.2% definitely disagree), moreover they are afraid of the undiscovered consequences (68.6% definitely agree), and trust more in the safety of their natural immunity over the vaccine, regarding getting sick (45.5% definitely agree). Remarkable, that a decisive majority of them - 61.8% - definitely do not want a vaccine for themselves in the future. Also a decisive majority of the sample - 67.3% - are very cautious, they want to wait in order to see how vaccines affect other people. More than a half - 55.5% - of the whole unvaccinated group says that their distrust of the health system is a main reason for their vaccination attitude. There is significant agreement with the statement that 'although most vaccines appear to be safe, there may be issues that have not yet been discovered' (58.3% explicitly agree). Almost two third of them - 75% - have concerns about vaccines safety.

Near half - 48.1% - of the unvaccinated explicitly agree that natural exposure to viruses and bacteria provides the safest protection. They also have less confidence that the government will ensure the safety and effectiveness of vaccination (76.7% say this is a main reason).

42.5% of the whole sample have already been infected and more than a half of them - 55.9% - are not at all worried about SARS-CoV-2.

3.2. Profile of anti-vaccinationists group

Of the 507 individuals in the study, 422 were specifically anti-vaccinationists ('anti- group') representing 82 percent of the participants. This relatively high number is also due to the fact that we intentionally searched during the sampling for those, who are opposed vaccination.

In addition to those described above, the group of definitely anti-vaccinationists has significantly less trust in the health care system, compared with the remaining half of the sample. The *anti-group* is also significantly more concerned about possible side effects (84.3% say it is a main reason).

Members of the anti-group are significantly less likely to agree that they can rely on vaccines to stop serious infectious diseases (52.3% of the unvaccinated strongly disagree). They also found the period of restrictions significantly more difficult (34% of the unvaccinated found it fairly difficult, 15% found it very difficult) (Mann-Whitney U test: $p=0.005$).

3.3. Significant differences between the anti-group and the remaining part of unvaccinated people are the next:

Members of anti-group:

- ✧ agree to a significant extent that being exposed to diseases naturally is safer for the immune system than being exposed through vaccination (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ a significant part of the group is more concerned about the future unknown effects of the vaccines (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ have significantly less trust in the health care system (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ agree to a significant extent that 'although most vaccines appear to be safe, there may be problems that we have not yet discovered' (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ are significantly more concerned about the safety of the vaccination (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ are significantly more concerned about possible side effects (Mann-Whitney U test: $p = 0.008$)
- ✧ feel significantly less protected after vaccinations (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ agree to a significant extent that natural exposure to viruses and germs gives the safest protection (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ are significantly less confident that the government will ensure the safety of vaccination (Mann-Whitney U test: $p < .001$)
- ✧ agree significantly less that they could rely on vaccines to stop serious infectious diseases (Mann-Whitney U test: $p < .001$)

3.4. Age-related characteristic

We have analyzed the differences between younger and older age subsamples and among younger-bending-older age subsamples. We found significant differences between young and old (below and over 65 years) age groups at these items:

- ✧ 'I'm worried about possible side effects' The younger ones more....
- ✧ 'I feel protected after vaccinations' The older ones feel more protected....
- ✧ 'There are many important things happening in the world that the public is never informed about' The younger ones agree more....

In terms of political stance, the median was 4.00, young people tended toward the middle right (3.50) and older people tended toward the middle left (4.35).

In each groups above the age 50, the number of married people was significantly higher than any other marital status type (χ^2 Tests $p < .001$), and between 50-55 and 56-60, cohabitation was also relatively more common, as well as divorce.

Demographic features of the whole sample: 34.2% live in big cities, 35.8% in small towns, 21.3% in villages (other respondents live in suburbs or on farms).

There was no significant difference in the distribution of age groups 50-55, 56-60, 61-65, 66-70, 70+ in terms of anti-vaccination attitude in the elderly, measured by Chi-squared test.

The studied unvaccinated - including the subsample of elderly (above age of 65) - who had already been infected reported significantly higher levels of stress (Mann-Whitney U $p < .001$).

The younger age group (under 50) reached a near-significantly higher depression level compared to the 56-60 year olds ($p=0.053$). The level of depression was higher in the 50-55 years age group (median: 8) than in all other groups, and compared to the 56-60 years age group (median: 1) at a significant level ($p=0.009$) (Figure 1.).

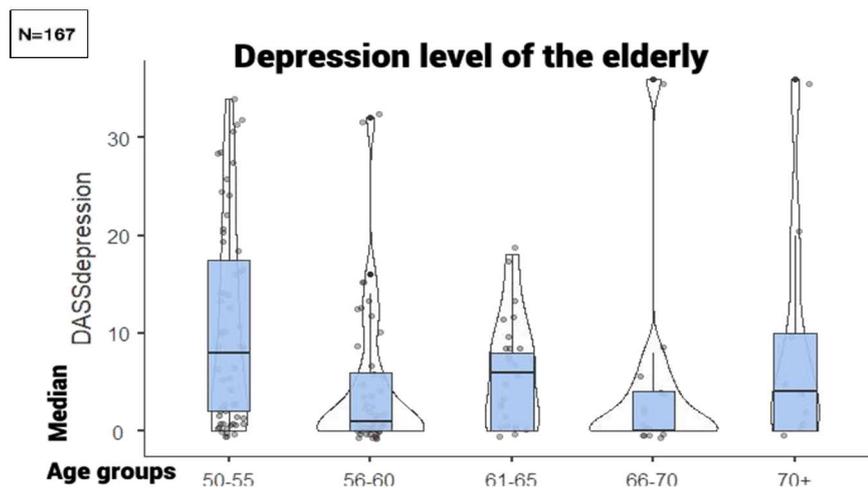


Figure 1. - Depression level of the elderly: median and distribution of the DASS-21depression subscale by age groups

The younger age group (under 50) reached a significantly higher stress level compared to the 56-60 year olds ($p=0.029$). Stress levels in the 50-55 year age group (median: 14) were higher than in all other groups, and compared to age group 56-60 years at a significant level ($p=0.003$, median: 7) (Figure 2.).

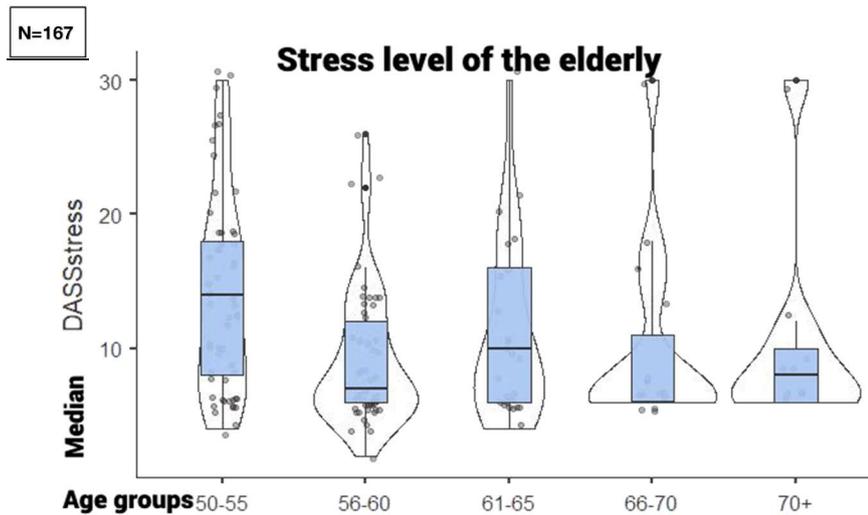


Figure 2. - Stress level of the elderly: median and distribution of the DASS-21 stress subscale by age groups

ANOVA has also confirmed that the rate of belief in *conspiracy theories* begins to decline sharply at around age 45 - this declining transition lasts until between ages 45 and 55, and then stabilizes above age 55 at a lower level ($p < .001$). No significant difference was found between the younger group (below 45) and the middle aged group (45-55) but the elderly group (over 55) achieved a significantly lower value compared to both the middle aged ($p = 0.019$) and the younger group ($p < .001$) (Figure 3.).

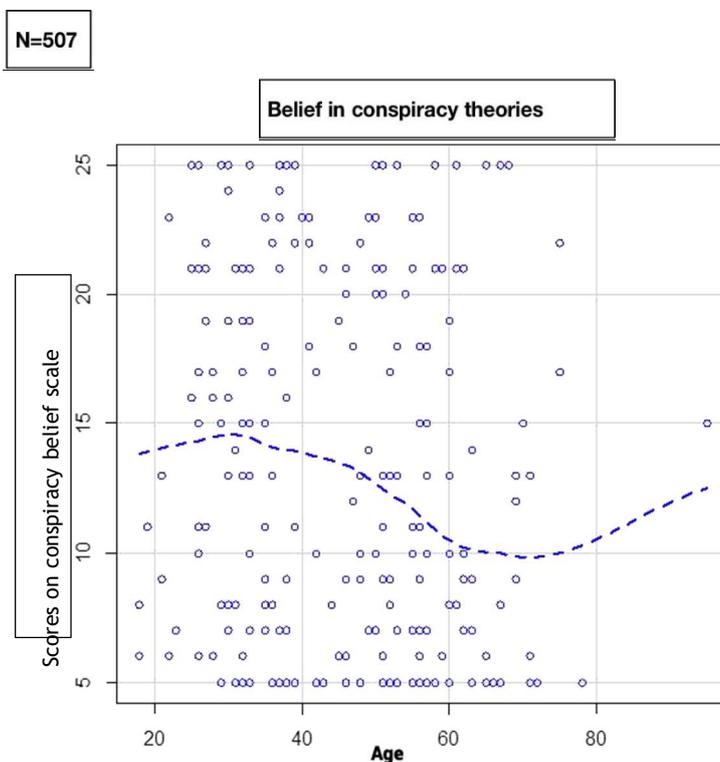


Figure 3. - Belief in conspiracy theories by age

Proactive coping level for age 35-50 was significantly higher than for the other older (above 50) ($p=0.030$) or younger (below 35) ($p<.001$) age groups, performed the Kruskal-Wallis Test (Figure 4.).

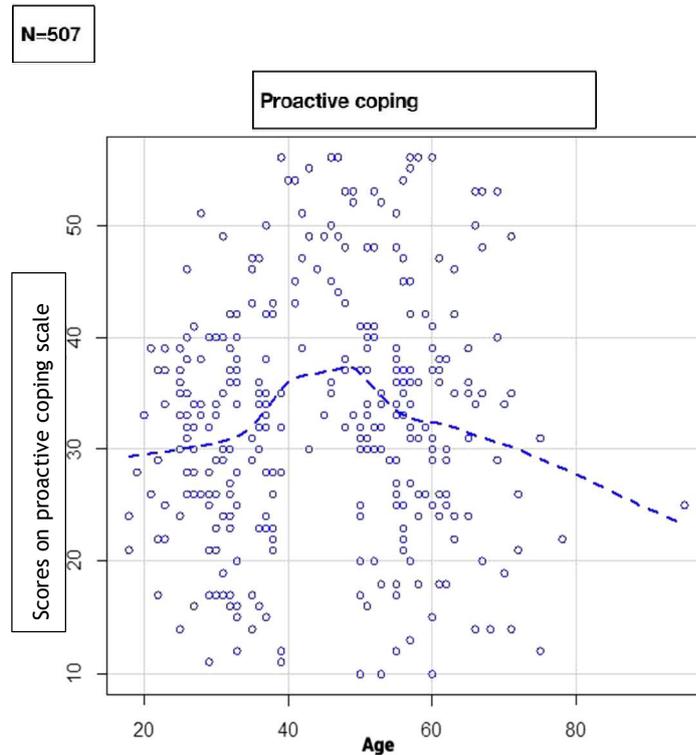


Figure 4. - Proactive coping by age

The *DASS-21 anxiety subscale* was examined by educational attainment using the Kruskal-Wallis test, where the p -value was 0.04677. Primary school graduates were in the moderate range in terms of their level of anxiety, compared to the normal median for respondents in the other categories, the difference is significant.

Responses to the *DASS-21 stress subscale* were also subjected to statistical analysis from an age perspective (age cut off: 65 years); the Wilcoxon rank test reached a p -value of 0.00642, measuring a significantly higher level of stress in the younger age group (Figure 5.).

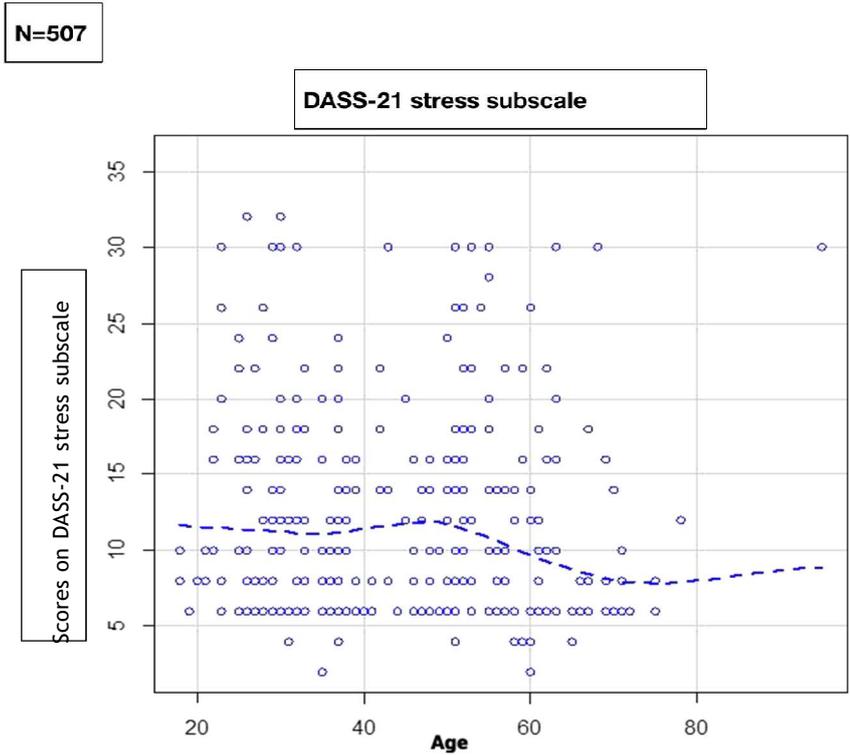


Figure 5. - DASS-21 stress subscale by age

The DASS-21 depression subscale was analyzed from an age aspect using the Wilcoxon Rank Sum Test, where p was 0.04369. The depression value in the younger age group (under 65) reached a median of 4, which is twice that of the elderly (over 65) (Figure 6.).

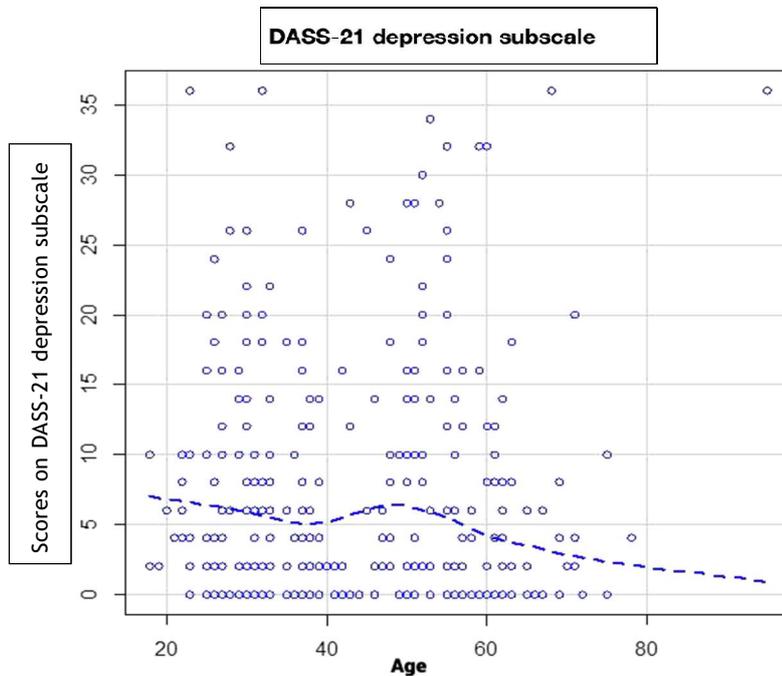


Figure 6. - DASS-21 depression subscale by age

On the concerns about financial profiteering subscale in the VAX Scale, seniors (above age 65) reached significantly higher scores (Wilcoxon rank test $p = 0.008416$) (Figure 7.).

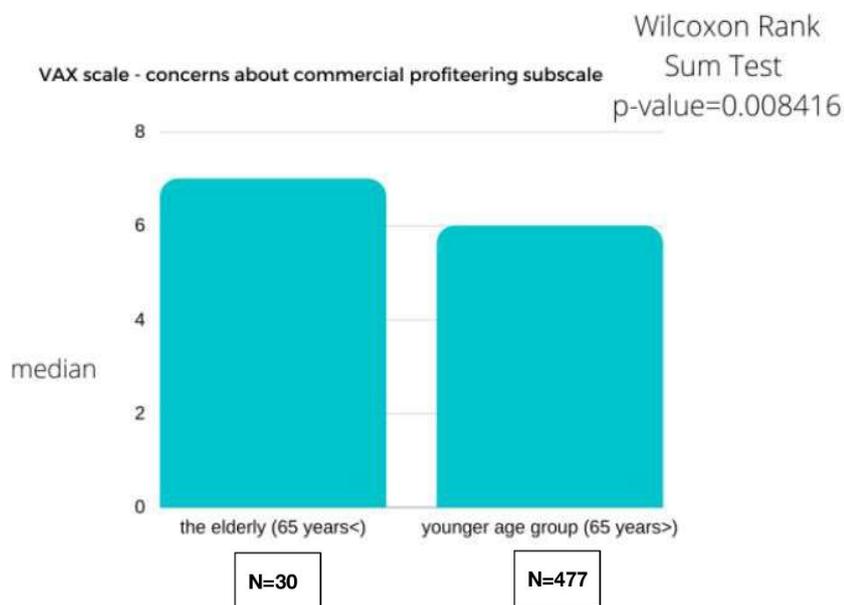


Figure 7. - VAX scale - concerns about commercial profiteering subscale by age

In addition to previously presented we found no significant difference in other aspects of age distribution. No causality was found for any other subscales, and the variance of the DASS-21 subscales is not explained by any other variables (Figure 7.).

4. Discussion

In the case of stress, according to the results, it is clear that the 50-55 and 55-60 age groups are at risk compared to younger people, and above 60 the stress and anxiety fall even below the level of young people. Thus, in the whole study sample, the levels of stress and depression in the 50-55 age group were found to be significantly higher than in the other older or younger elderly age groups. Actually, the life section between 50-60 years represents the *age of transition to old age*. In parallel the *sandwich generation* refers to middle-aged individuals who are constrained to support concurrently aging parents and growing children and these mainly occurs at adults ages from 40 till 59 (Parker and Patten, 2013). Comparing all these data we can conclude that members of the 50-55 age group who have been involved are in increasing danger during the Covid-19 pandemic - at the same time there is the challenging transition process, and they also bear the burdens of the sandwich generation.

From the point of view of the *sandwich generation* the assumption should be considered that the perceived mental load in adults approaching or entering the age of transition is higher and

their mood life is worse. The 'normative' burdens arising from their generational situation can play a role in this, especially tasks such as ensuring the standard of living, family management, caring for children and parallel their aging parents. At the same time, we can count on the negative changes caused by the pandemic, which can range from an existential threat — temporary or permanent job loss — through frustrations caused by restrictions to a constant fear of Covid-19 virus infection. The members of this age group are economically active, so the burden of maintaining of their own and currently of their family members' lives is heavier on them than on retirees and the elderly. The fact that the growing burden is likely to be more difficult to bear may also be due to the fact that they are generally in poorer health compared to the younger age groups, their bearing capacity is lower, and the loss of their jobs or financial resources may be more precarious due to the pandemic.

Studying the characteristics of the sandwich generation at the intersection of some international research, we can see that results relating to the risk of stress still exist as effect of uncontrollable stressors among the members of this age group. Isolation, high workload, economic situation, and the pandemic itself is causing discomfort that leads to stress (Putro, S. S., & Riyanto, S., 2020).

A study during the COVID-19 pandemic aimed to examine the associations between family care, economic stress, and depressive symptoms among Chinese adults in urban and rural areas. Research results showed that care for both the elderly and younger ones was associated with significantly higher depressive symptoms compared with non-caregivers, and similar results were found in urban areas. In addition, economic stress reinforced the effect of family care needs on depressive symptoms in sandwich generation caregivers caring for both the elderly and children (Liu, C. et al., 2021). A convenience sample (N = 77) of those belonging to the sandwich generation reported significantly more burden since the onset of the Covid-19 pandemic when compared to pre-pandemic burden in the U.S. The unprecedented, ongoing disruption, fear of death, and the stressors that come with it make the Covid-19 pandemic an enormous burden (Archer, J., et al., 2021).

The personal and financial sacrifices made by members of the sandwich generation have been in the focus of the media (Anderson 1999; Immen 2004; Kleiman 2002, as cited in Williams, C. 2004). However, some analysts have indicated that the sandwich generation is small, and the negative consequences are overemphasized (Fredriksen and Scharlach 1999, as cited in Williams, C. 2004). Others believe that caring for the senior by family members is better

defined as 'helping' and that intensive care is very limited (Rosenthal and Stone 1999, as cited in Williams, C. 2004).

When we compared the *results of those over 65 in our sample* with those of younger age groups - below 65- , we found that over 65 their levels of stress and depression were both significantly lower. With older age the growing number of age-related chronic diseases in any case means an increased health risk, and also the course of the pandemic is more severe in them, with a higher need for care and more frequent mortality. Nevertheless, two basic aspects of psychic life, perceived stress and depression, appear to be more favourable in the sample of people over 65 years of age. It can be assumed that the relative balance resulting from their more economically inactive status plays a role in this, that even if their income is lower, it is more continuous and stable due to their pensions. They are in a better mental state according to the perceived stress and depression than the younger ones, despite the fact that information conveyed by the media also marks their generation as more vulnerable during the pandemic. Our results help to understand, why the *unvaccinated people* haven't been immunized. What resources may have helped them specifically in these health beliefs. Presumably they formed their beliefs in spite of or against of information obtained from these very sources. The vast majority or a significant proportion of the unvaccinated people are suspicious of vaccines or attribute them harmful or unexpected effects. *Anti-vaccination attitude* can be linked, among other things, to the fact that nearly half of the sample clearly trusts in their natural protection over vaccines, regarding diseases. At the same time, the vast majority of them are taking a wait-and-see attitude, waiting for more information on the effectiveness of vaccines on others. Members of the clearly *anti-vaccinationist* group are more distrustful towards the health care system than the other unvaccinated people, and for more than half of them this is the ground for their opposition to vaccines. Most of them fear that vaccines may have hitherto unknown adverse effects, or have even greater fear of possible side effects. Compared to the other unvaccinated, a slightly higher proportion believe that natural exposure to viruses and bacteria provides the most reliable protection, while the role of vaccines in controlling infections is underestimated by the anti-vaccinationists. Their reluctance to get vaccinated may also be heightened by their distrust of the government, which is reflected in the vast majority, two-thirds of them. They are experiencing greater frustration while being quarantined during the pandemic, and also because of the other austerity measures. In the group of unvaccinated, the subgroup of clearly anti-vaccinationists has partly common characteristics, their profile shows a similar pattern

5. Conclusions

Along with the attitudes of unvaccinated and anti-vaccinationists and their beliefs about health, we can list the points and views that can form the attack points of a persuasive strategy. Thus, a plastically, clearly defined profile can serve as a basis for provoking change that can facilitate a more favourable shift towards vaccine propensity. Therefore, the results provide the possibility to serve important aspects for the communication strategies with unvaccinated elderly.

In Hungary, too, we can monitor the change in the acceptance of natural protection resulting from the transmission of the infection. This is a change in the status and scope of vaccination and coronavirus protection certificates. In Hungary, the protection of those who have been infected will be officially terminated from 15 February 2022, the protection certificate will expire and instead only the vaccination certificate proving the appropriate vaccination will be valid and desirable.

In international practice, proof of protection has been mostly accepted so far and has been equivalent to a vaccination certificate. One of the exceptions to this is Australia, where it is no longer possible to enter without a vaccination card. We learned about this from the media in connection with the sensational case of Djokovic, who is currently the number one tennis star in the world. He did not have a vaccination certificate, but was infected with coronavirus, and that was not enough to qualify for the Australian Open - was deported and could not enter the country for three years.

Uncertainty can also be felt in the professional circles regarding answering the complex question of the extent to which antibodies formed as a result of natural infection protect against coronavirus infection compared to antibodies provoked by the vaccine. As more and more of the challenges posed by many mutations in coronavirus, the process of developing and administering different vaccines and assessing their effects change over relatively short time intervals, there are no clear epidemiological models to use.

As a result of the above, the aversions, avoidance behaviour and reservations of the unvaccinated and the anti-vaccinationists about vaccination are partly understandable, as they, like all of us, can feel themselves confused in the middle of a rapidly changing communication network defined by a number of conflicting information. It is being re-evaluated almost daily, shaping in a rapidly changing pandemic situation, what is what 'common sense' dictates and how and in what way it is worthwhile and necessary to perceive, think and behave in the turmoil of a pandemic.

Among the *limitations* of our study, we have to underline that the sample is not representative due to snowball method of sampling. Women are overrepresented. Otherwise, the distribution of residence does match relatively well to the Hungarian pattern and the age distribution, too. The relatively higher number of the anti-vaccinationists is resulted from the special sampling arrangement, because we intentionally searched for those who are opposed to vaccination. Highlighting the patterns of the sandwich generation and the age transition to old age were also important aspects of the analysis. The members of sandwich generation – between 50-60 years – have increased risk of stress and depression as effects of uncontrollable stressors among them. They have deserved special attention and care during the pandemic. The authors unanimously share the belief that vaccination is one of the main methods in the fight against Covid-19 virus.

Literature

Anderson, T. (1999): Taking a bite out of the sandwich generation. USA Today 128 no. 2654 (November): 18-19.

Archer, J., Reiboldt, W., Claver, M., & Fay, J. (2021): Caregiving in Quarantine: Evaluating the Impact of the Covid-19 Pandemic on Adult Child Informal Caregivers of a Parent. Gerontology and Geriatric Medicine. <https://doi.org/10.1177/2333721421990150>

Borsi, G. (2022): A magyarok sem a kormányban sem a médiában nem bíznak.

BGT (2022): A magyarok sem a kormányban, sem a médiában nem bíznak. Index, 2022.01.22. elérhető: <https://index.hu/belfold/2022/01/22/a-magyarok-sem-a-kormanyban-sem-a-mediaban-nem-biznak-meg/>

Fredriksen, K., & Scharlach, A. E. (1999): Employee family care responsibilities. Family Relations 48, no. 2 (April): 189-196.

Immen, W., (2004): Caught in the 'sandwich.' Globe and Mail. March 17. C1-2.

Kleiman, C. (2002): Sandwich generation needs support. The London Free Press, April 29. Business section.

Liu, C., Zhang, L., Ahmed, F., Shahid, M., Wang, X., Wang, Y., Wang, J., & Guo, J. (2021): Family Care, Economic Stress, and Depressive Symptoms Among Chinese Adults During the COVID-19 Outbreak: Difference by Urban and Rural Areas. Frontiers in psychiatry, 12, 700493. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.700493>

Parker, K. & Patten, E. (2013): The Sandwich Generation. Rising Financial Burdens for Middle-Aged Americans. Pew Research Center. Report January 30. elérhető: <https://www.pewresearch.org/social-trends/2013/01/30/the-sandwich-generation/>

Phillips, C. (2022): Global Trustworthiness Monitor. Is Trust in Crisis? Foreword. Trust in 2021. <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-01/Global-Trustworthiness-Monitor-2021.pdf>

Putro, S. S., & Riyanto, S. (2020): How Asian sandwich generation managing stress in telecommuting during Covid-19 pandemic. IJSRED, 3(3), 485-92.

Rosenthal, Carolyn J. & Leroy O. Stone. (1999): How much help is exchanged in families? Towards an understanding of discrepant research findings. SEDAP research paper no. 2. Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP). Hamilton, Ont.: McMaster University.

Szepesi, A. (2021): Koronavírus: omikron az új mutáns neve, a WHO aggasztónak tartja. elérhető: <https://www.napi.hu/nemzetkozi-gazdasag/koronavirus-fertozes-omikron-uj-mutacio-who-aggasztonak-tartja.741048.html>

WHO (2021): Home, News, Update on Omicron <https://www.who.int/news/item/28-11-2021-update-on-omicron>

Authors:

Adrienn Kaszás, Győző Pék, Balázs Órsi

University of Debrecen, Faculty of Humanities, Institute of Psychology

Corresponding author:

Adrienn Kaszás

ORCID: 0000-0002-4744-0615

e-mail: adrienn.kaszas@icloud.com

University of Debrecen, Faculty of Humanities, Institute of Psychology

4032 Debrecen, Egyetem tér 1.



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

COMPARISON OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS IN NURSING HOME RESIDENTS AND COMMUNITY-DWELLING ELDERS

Arzu Yüksel*, Emel Bahadır Yılmaz, Cansu Esra Kesekci*****

* Aksaray University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey

** Giresun University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey

*** Silivri State Hospital, Children's Service, Turkey

Keywords: Older people, nursing home, community-dwelling, geriatric nursing

Abstract

Purpose: This study aimed to compare the sociodemographic characteristics in nursing home residents and community-dwelling elders.

Methods: This descriptive study consisted of 342 older people between October and November 2019 (nursing home = 79, community-dwelling = 263). The data were collected by "Questionnaire Form for Individuals Living in Nursing Homes" and "Questionnaires for Individuals Living in Community-Dwelling." Comparisons between groups were made with the chi-square test. Descriptive characteristics were presented as numbers, percentage, mean, standard deviation, min. and max. scores.

Results: The average age of the elderly living in a nursing home was 77.35 ± 7.40 (min: 66, max: 97). Before coming to the nursing home, 38.0% lived with their spouses. The average age of community-dwelling older people was 70.90 ± 5.57 (min: 65, max: 88). Of community-dwelling older people, 81.7% lived with their families. There was a significant difference between both groups regarding age, income status, having a child, having a physical disability,

using dentures, ability to maintain activities of daily living, self-confidence, sleep problems, social activity, smoking rates, and history of visiting a nursing home ($p < 0.05$).

Conclusion: Compared to the community-dwelling older people, the elderly living in a nursing home were more senior, lonely, had a lower income, had higher physical disabilities, had lower social activity and self-confidence, had more sleep problems, and smoked.

Introduction

The need for nursing homes in Turkey has increased in recent years. While the population aged 65 and over, considered the elderly population, was 6 million 495 thousand 239 people in 2015, it increased by 22.5% in the last five years. It reached 7 million 953 thousand 555 people in 2020. While the proportion of the elderly population in the total population was 8.2% in 2015, it increased to 9.5% in 2020 (Turkish Statistical Institute, 2021). The Ministry of Family and Social Services stated that as of September 2021, 163 nursing homes with a capacity of 16,509 provided services to approximately 14 thousand people. It was envisaged that the rate of population over the age of 65 to the whole population (9.5%) will be 11% in 2025, 12.9% in 2030, 16.3% in 2040, 22.6% in 2060, and 25.6% in 2080. Therefore, by the end of 2023, 23 nursing homes with a capacity of 2.320 will be put into service (Sert-Karaaslan, 2021).

Because older adults have a respectable place and authority in the traditional family structure, being placed in a nursing home voluntarily or by their children is generally not seen as a situation they are fully ready for and can easily accept. In addition, the "inadequate and wrong policies" of the relevant public institutions limited the preference of institutional care services such as nursing homes. However, especially in recent years, the changes in the living conditions, the education levels of the individuals, and the developments in different areas have increased the number of individuals who accept nursing homes as a social necessity (Artan & Irmak, 2018).

It is accepted that Turkish society sees the nursing home as the last place that the elderly and their families will think of out of desperation only when it is necessary for socio-economic reasons. Society sees the nursing home as the most suitable option where the elderly, who have no one and financial means, are sheltered, cared for, and fed (T.R. Prime Ministry General Directorate of Social Assistance and Solidarity, 2006). In recent years, rapid changes in Turkey have also affected the family as a part of society. In modern societies, the traditional family gradually disappeared with industrialization and urbanization. The nuclear family replaced the

traditional family, and nursing homes were needed for the elderly out of this union (Ebadi-Asayesh & Özben, 2019).

Studies were carried out with the elderly living in nursing homes. According to a study, before the elderly started living in a nursing home, 58% were alone, 20% lived with their daughter, 12% lived with their son, 10% lived with their spouse (Artan & Irmak, 2018). According to another study, 38.1% of the elderly lived alone, 18.3% lived with their married children, and 2.2% lived with their single children before they came to the nursing home. The reasons forcing the elderly to choose nursing home life were their desires 25.3%, not taking care of their children 23%, and loneliness 16.4% (Kılıç & Şelimen, 2017). The reasons for the elderly to stay in nursing homes were financial difficulties (72%), not being able to take care of themselves in daily life (67%), the desire not to be a burden to the family (52%), and the feeling of loneliness (45%) (T.R. Prime Ministry General Directorate of Social Assistance and Solidarity, 2006).

Studies on the subject were carried out only with the elderly living in nursing homes. Therefore, this study aimed to compare the sociodemographic characteristics in nursing home residents and community-dwelling elders.

Aim

This study was conducted as a descriptive and comparative study to determine why older people choose a nursing home.

Method

Design

The population of the descriptive and comparative study consisted of older people living in a community-dwelling or a nursing home in the Central Anatolian Region of Turkey.

Sample

The sample consisted of 342 elderly individuals who agreed to participate in the study between October and November 2019 (nursing home = 79, community-dwelling = 263). Individuals staying in a nursing home and living outside the nursing home, over 65 years old, conscious, not having any mental problems, and not having communication difficulties were included in the sample. Ninety-six elderly individuals are living in the nursing home between the specified dates. Seven of the elderly individuals were diagnosed with Alzheimer's; one of them did not speak Turkish, three had hearing problems (also illiterate), and six did not want to answer the questionnaires. Hence, 79 elderly individuals participated in the study. Two hundred sixty-three

elderly individuals residing outside the nursing home in Aksaray who agreed to participate in the study were reached in the same date range.

Data collection tools

Data were collected by “Questionnaire Form for Individuals Living in Nursing Homes” and “Questionnaires for Individuals Living in Community-Dwelling.” The questionnaires consisted of sociodemographic characteristics, such as age, gender, having a child, social insurance, economic income, chronic disease, physical disability, continuous medication use, using dentures, brushing the denture, ability to maintain activities of daily living, self-confidence, sleep problems, having a social activity, caring for an elderly relative, and visiting a nursing home.

Ethical consideration

Before starting the study, written permissions were obtained from the Education and Publication Department of the Ministry of Family, Labor and Social Services and Aksaray University Human Research Ethics Committee (date: 19.04.2019 no: 2019/04-03). Elderly individuals participating in the research were informed about the study, and an explanation was given that individual information would be kept confidential. Then, written consent was obtained from the individuals, and data were collected in line with the principles of the Declaration of Helsinki.

Data analysis

SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 24.0) was used to evaluate the data. Descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation were used. In addition, the chi-square test was used to compare the descriptive characteristics of the older adults living and not staying in nursing homes. The $p < 0.05$ level was considered statistically significant.

Results

Characteristics of older adults living in nursing home

The average age of the elderly living in a nursing home was 77.35 ± 7.40 (min: 66, max: 97). Before coming to the nursing home, 38.0% lived with their spouses, and 35.4% lived alone. Of the participants, 59.5% were male, 70.9% were widowed, 73.4% had a child, 63.2% were illiterate, 54.4% had social insurance, and 62.0% had an income.

Seventy-two percent of the participants had a chronic disease, including hypertension for 30.5%, dementia for 25.6%, diabetes mellitus for 15.6%, and heart disease for 11.6%. Of them, 16.5% had physical disability.

Characteristics of community-dwelling older adults

The average age of community-dwelling older people was 70.90 ± 5.57 (min: 65, max: 88). 81.7% of community-dwelling older people lived with their families. Of the participants, 70.7% were male, 74.9% were married, 96.2% had a child, 46.8% graduated from primary school, 89.4% had social insurance, and 94.7% had an income.

Approximately 62.0% of the participants had a chronic disease, including hypertension for 31.4%, diabetes mellitus for 27.6%, heart disease for 22.0%, and respiratory disease for 9.3%. Of them, 1.9% had physical disability.

Comparative findings

There was a difference in terms of some sociodemographic variables between both groups (Table 1). Of older adults staying in nursing home, 31.6% were 82 years old and above and 50.2% of community-dwelling older adults were between 65-69 years old ($p < 0.001$). Of participants in nursing home, 73.4% had a child and 96.2% of community-dwelling older adults had a child ($p < 0.001$). Of older adults staying in nursing home, 62.0% had an income and 94.7% of community-dwelling older adults had an income ($p < 0.001$).

Of them in nursing home, 16.5% had a physical disability and 1.9% of community-dwelling older adults had a physical disability ($p < 0.001$). Of older adults staying in nursing home, 82.3% used dentures and 66.9% of community-dwelling older adults used dentures ($p = 0.009$). Of participants in nursing home, 86.1% had ability to maintain activities of daily living and 95.8% of community-dwelling older adults had ability to maintain activities of daily living ($p = 0.002$). Of participants in nursing home and community-dwelling, 22.8% and 10.6%, respectively had low self-confidence ($p = 0.006$). Sixty-two percent and 46.4% of participants in nursing home and community-dwelling had sleep problems, respectively ($p = 0.015$). Of them in nursing home, 67.1% had no social activity and 39.2% of community-dwelling older adults had no social activity ($p < 0.001$). Smoking rates of older adults in nursing home and community-dwelling were 35.4% and 22.1%, respectively ($p = 0.016$). Of older adults staying in nursing home 11.4% of them visited a nursing home and this rate in community-dwelling older adults was 36.9 ($p < 0.001$).

Table 1. Comparison of Socio-Demographical Characteristics of Individuals Staying in Nursing Homes and Community-Dwelling

Characteristics	Nursing home (n=79)		Community dwelling (n=263)		Test/p values
	n	%	n	%	
Gender					
Female	32	40.5	77	29.3	$\chi^2=3.528$ p=0.060
Male	47	59.5	186	70.7	
Age					
65-69 years old	12	15.2	132	50.2	$\chi^2=58.792$ p=0.000
70-75 years old	21	26.6	82	31.2	
76-81 years old	21	26.6	33	12.5	
≥ 82 years old	25	31.6	16	6.1	
Having a child					
Yes	58	73.4	253	96.2	$\chi^2=38.247$ p=0.000
No	21	26.6	10	3.8	
Social insurance					
Yes	43	54.4	235	89.4	$\chi^2=3.528$ p=0.060
No	36	45.6	28	10.6	
Having income					
Yes	49	62.0	249	94.7	$\chi^2=57.776$ p=0.000
No	30	38.0	14	5.3	
Chronic disease					
Yes	57	72.2	164	62.4	$\chi^2=2.549$ p=0.110
No	22	27.8	99	37.6	
Physical disability					
Yes	13	16.5	5	1.9	$\chi^2=25.810$ p=0.000
No	66	83.5	258	98.1	
Continuous medication use					
Yes	56	70.9	163	62.0	$\chi^2=2.094$ p=0.148
No	23	29.1	100	38.0	
Using dentures					
Yes	65	82.3	176	66.9	$\chi^2=6.886$ p=0.009
No	14	17.7	87	33.1	
Brushing the denture					
Yes	51	64.6	203	77.2	$\chi^2=5.071$ p=0.024
No	28	35.4	60	22.8	
Ability to maintain activities of daily living					
Yes	68	86.1	252	95.8	$\chi^2=9.578$ p=0.002
No	11	13.9	11	4.2	
Self-confidence					
Yes	61	77.2	235	89.4	$\chi^2=7.689$ p=0.006
No	18	22.8	28	10.6	
Sleep problems					
Yes	49	62.0	122	46.4	$\chi^2=5.942$ p=0.015
No	30	38.0	141	53.6	
Having a social activity					
Yes	26	32.9	160	60.8	$\chi^2=19.097$

No	53	67.1	103	39.2	p=0.000
Smoking					
Yes	28	35.4	58	22.1	x ² =5.787
No	51	64.6	205	77.9	p=0.016
Caring for an elderly relative					
Yes	52	65.8	187	71.1	x ² =0.805
No	27	34.2	76	28.9	p=0.370
Visiting a nursing home					
Yes	9	11.4	97	36.9	x ² =18.455
No	70	88.6	166	63.1	p=0.000

x²= chi-square test

Discussion

The present study found that while before coming to the nursing home, 38.0% lived with their spouses, and 35.4% lived alone, 81.7% of community-dwelling older people lived with their families. Similarly, according to a study, before the elderly started living in a nursing home, 58% were alone (Artan & Irmak, 2018). According to another study, 38.1% of the elderly lived alone and the reasons forcing the elderly to choose nursing home life were their desires 25.3%, not taking care of their children 23%, and loneliness 16.4% (Kılıç & Şelimen, 2017). As a result, it can be said that loneliness and inadequacy of social support resources are effective in choosing a nursing home for the elderly.

The present study determined that (25.6%) this number is one-fourth of the elderly living in nursing homes had dementia when looking at the rates of chronic diseases. However, dementia was not found in the elderly living in the community. Dementia in the elderly in nursing homes may have started before they came here, or it may occur after they have settled here, related to the quality of the service provided. Poorer cognition and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) were consistently associated with an increased risk of nursing home admission. Most of our meta-analyses demonstrated impairments in activities of daily living as a significant risk (Toot et al., 2017). Zimmerman et al. (2012) found primarily no differences across outcomes including function, cognition, depressive symptoms, pain, morbidity, behavioral symptoms, engagement, and quality of life-based on residence in a nursing home or residential care/assisted living, other than increased hospitalization for people with mild dementia.

The present study showed that the physical disabilities of the elderly living in nursing homes are higher than those living in the community. Yuan et al. (2021) determined three physical frailty subgroups in nursing home: “mild physical frailty” (prevalence: 7.6%), “moderate physical frailty” (44.5%), and “severe physical frailty” (47.9%). Marmeleira et al. (2017)

defined that nursing home residents had low physical activity and physical fitness; physical activity and physical fitness were worse in people with cognitive impairment, and more physical activity was significantly associated with better physical fitness. Therefore, health professionals should plan and implement programs for physical therapy, social groups, and motor skills to slow down the physical disabilities of elderly individuals living in nursing homes and improve their existing capacities and skills.

According to present study, the ability to maintain activities of daily living in the elderly living in the community was higher than those in nursing homes. Parlak-Demir (2017) defined that individuals living in their homes are more independent and social in their daily living activities than those residing in a nursing home. According to Lee & Cho (2017), activities of daily living and rehabilitation needs of the older adults who received home care improved, while the older adults who received nursing home care experienced deterioration.

The present study showed that elderly individuals living in nursing homes have lower participation rates in social activities and self-confidence than those living in the community. The individuals living in the nursing home stated that their activities in their free time renew them, develop self-confidence, and provide a socialization environment (Esentaş et al., 2018). Social participation and social networking among the elderly are highly beneficial in achieving successful and healthy aging. Engagement in social activities is accompanied by optimal cognitive and physical functioning (Ghazi et al., 2017). It is necessary to encourage the social participation and interaction of the elderly in nursing homes and create suitable environments and activities.

The study found that the participants had sleep problems. This rate is significantly higher for those living in nursing homes. Different physical and mental issues can cause sleep problems. Sleep disturbance and sleep disorders in older patients can be associated with specific co-morbidities, including depression, heart failure, respiratory disorders, gastro-oesophageal reflux disease, nocturia, pain, Parkinson's disease, dementia, polypharmacy, and falls (McCarthy, 2021). The vast majority of older adults living in nursing homes are experiencing sleep problems. It is essential for older adults to be educated and counseled to solve the sleeping problem and for the older adults to be aware of the behaviors that may cause sleeping problems to prevent/reduce the sleeping problem (Birimoglu-Okuyan & Bilgili, 2017).

Conclusion and suggestions

Compared to the community-dwelling older people, the elderly living in a nursing home were more senior, lonely, had a lower income, had higher physical disabilities, had lower social activity and self-confidence, had more sleep problems, and smoked.

It was recommended that leisure activities and activity groups should be established for the elderly living in nursing homes. These activities will also contribute to their mental, social and physical capacities. Individual and group therapies should be planned to improve self-confidence. Screening should be done at regular intervals to identify and treat physical and mental health problems.

References

- Artan, T., & Irmak, H. S. (2018). Evaluation of the perspective of aging in nursing home of elderly living in nursing homes: Sample of İstanbul Bahçelievler, Zeytinburnu and Sultangazi Nursing Home. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29, 51-70.
- Birimoglu-Okuyan, C., & Bilgili, N. (2017). Sleep status of people in nursing home and related factors. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 6, 3.
- Ebadi-Asayesh, F., & Özben, M. (2019). Nursing homes and elderliness: samples from Agri and Istanbul. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 849-864.
- Esentaş, M., Güzel, P., Yıldız, K., & Çokşen, M. (2018). The role of the quality of life of the participation to the time leisure time activities in nursing home. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12, 235-241.
- Ghazi, H. F., Sutan, R., Elnajeh, M., Qader, M. A. A., & Baobaid, M. F. (2017). The importance of social participation and networking among elderly people: short review. *Journal of Management and Science*, 15, 99-107.
- Kılıç, Ü., & Şelimen, D. (2017). Determination of the causes that force the elders to choose living in nursing homes. *Journal of Research and Education in Nursing*, 3, 73-82.
- Lee, K., & Cho, E. (2017). Activities of daily living and rehabilitation needs for older adults with a stroke: A comparison of home care and nursing home care. *Japan Journal of Nursing Science*, 14, 103-111.
- Marmeleira, J., Ferreira, S., & Raimundo, A. (2017). Physical activity and physical fitness of nursing home residents with cognitive impairment: A pilot study. *Experimental Gerontology*, 100, 63-69.

- Mc Carthy, C. E. (2021). Sleep disturbance, sleep disorders and co-morbidities in the care of the older person. *Medical Sciences*, 9, 31.
- Parlak-Demir, Y. (2017). Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16, 19-27.
- Sert-Karaaslan, Y. (2021). Until the end of 2023, 23 nursing homes with a capacity of 2 thousand 320 will be put into service. <https://www.aa.com.tr/tr/gundem/2023-yili-sonuna-kadar-2-bin-320-kapasiteli-23-huzurevi-hizmete-acilacak/2403145>
- Toot, S., Swinson, T., Devine, M., Challis, D., & Orrell, M. (2017). Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 29, 195-208.
- T.R. Prime Ministry General Directorate of Social Assistance and Solidarity. (2006). Evaluation of Social Services Provided to the Elderly: Summary Report. <https://www.huzurevleri.org.tr/docs/YaslilaraSunulanSosyalHizmetlerinDegerlendirilmesi.pdf>
- Turkish Statistical Institute. (2021). Seniors with statistics, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227>
- Yuan, Y., Lapane, K. L., Tjia, J., Baek, J., Liu, S. H., & Ulbricht, C. M. (2021). Physical frailty and cognitive impairment in older nursing home residents: a latent class analysis. *BMC Geriatrics*, 21, 487.
- Zimmerman, S., Anderson, W., Brode, S., Jonas, D., Lux, L., Beeber, A., ... Sloane, P. (2012). Comparison of characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia. *Comparative Effectiveness Review*, 79.

Authors:

Assoc. Prof. Arzu YÜKSEL*, Assoc. Prof. Emel BAHADIR YILMAZ**, Nurse Cansu Esra KESEKÇİ***

* Aksaray University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey.

ORCID ID: 0000-0001-7819-2020.

** Giresun University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey.

ORCID ID: 0000-0003-1785-3539.

*** Silivri State Hospital, Children's Service, Turkey.

Corresponding Author:

Dr. Emel BAHADIR YILMAZ,

ORCID ID: 0000-0003-1785-3539.

Giresun University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Piraziz, Giresun, Turkey.

E-mail: ebahadiryilmaz@yahoo.com.

Phone: +90 454 310 18 40 / 3008



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

AN EXPLORATORY METAPHOR ANALYSIS ON THE PERCEPTIONS OF NURSING STUDENTS ABOUT THE CONCEPT OF AGING

Emel Bahadır Yılmaz*, Arzu Yüksel**

* Giresun University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey

** Aksaray University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey

Keywords: Nursing, student, aging, metaphor

Abstract

Purpose: The aim of this study was to reveal the perceptions of nursing students about the concept of aging through metaphors.

Methods: The basic qualitative research design was used to evaluate the metaphors of nursing students regarding the concept of aging from their perspectives. The study sample consisted of 104 senior nursing students at Aksaray University in the 2021-2022 academic year. A purposive sampling method was used. "Metaphoric Perceptions Data Collection Form", which was prepared by the researchers in line with the literature, was used as a data collection tool. The form consists of two parts. In the first part, the demographic characteristics of the students were investigated. In the second part, the sentence "Aging is like ... because ..." was given to reveal students' metaphors regarding the concept of aging. The metaphors developed by the students regarding the concept of old age were analyzed and interpreted with Metaphor Analysis. Metaphor analysis has been associated with content analysis.

Results: The mean age of the students participating in the study was 21.65 ± 0.99 (min: 20, max: 25). Of students, 68.6% were female, 33.3% lived in city, and 84.3% had nuclear family. About

half (50.0%) of their grandparents lived in their house. Of the students, 39.2% thought about living with your parents when you start a family in the future; 52.9% lived with older adults aged 65 and over until now; 92.2% cared for an older patient during clinical practice; and 74.5% wanted to work in a health institution serving the elderly after graduation. Students produced a total of 102 valid metaphors for the concept of aging. Four main themes were obtained from the data. The main themes were aging as an ending story, a need for care, attention, and support, a new beginning, and a source of life.

Conclusion: Nursing students' metaphors about aging are generally negative, but also contain expressions of respect.

Introduction

The aging period, an essential stage in human life, is included in social and health science study areas. Today's nursing students will form professionals who provide services to the elderly in society soon. Compared to other community segments, the geriatric age group has a higher need for permanent care. Considering these features, it is a crucial issue to know students' attitudes in the field of health towards the elderly (Salman et al., 2018).

Studies using the Ageism Attitude Scale in Turkey show that the attitudes of nursing students are not discriminatory (Bahadır-Yılmaz, 2018; Yardımcı-Gürel, 2019). However, studies evaluating students' attitudes by asking open-ended questions show that they do not have the desired attitudes. After graduation, a low percentage of students want to work with the elderly group (3.9%), and they perceive old age as more "compassion, wisdom, dependency" (Salman et al., 2018). In another study, 36.3% of students expressed a willingness to care for older people in the future (Ayaz-Alkaya & Birimoğlu-Okuyan, 2017). According to another study, a low percentage of students (4.2%) want to work with the elderly group after graduation, and most (69.8%) perceive aging as "dependence, passivity, poverty" (Adıbelli et al., 2013).

Some factors affect students' attitudes towards aging. Students who live with the older adult at home, care for elderly family members and communicate with elderly individuals every day have higher attitude scores towards aging (Ayaz-Alkaya & Birimoğlu-Okuyan, 2017). Students who are senior students, female, who live with the older adult at home, and care for elderly family members have higher attitude scores towards aging (Altay & Aydın, 2015). These results show that students who interact with an older adult have more positive attitudes.

The rate of students taking gerontology nursing course in undergraduate education is very low. Only 22.3% consider the training received to be sufficient to meet the care needs of a geriatric patient (Adıbelli et al., 2013). Therefore, some studies to increase and maintain a positive

attitude towards the elderly recommend including more topics and practices related to aging and elderly care in undergraduate education, to ensure that students participate in activities that will increase awareness of elderly care, and to organize programs on geriatric nursing before and after graduation (Adıbelli et al., 2013; Ayaz-Alkaya & Birimoğlu-Okuyan, 2017).

Aim

This study aimed to reveal the perceptions of nursing students about the concept of aging through metaphors.

Methods

Design

In the research, from the qualitative research designs (Merriam, 2013) focusing on how individuals create, interpret, and add meaning to their lives, the phenomenological (phenomenological) design, which is used to determine the opinions of individuals about a phenomenon, was used. The phenomenology design focuses on phenomena that are aware of but do not have an in-depth and detailed understanding (Yıldırım & Şimşek, 2008). In the study, the basic qualitative research design was used to evaluate the metaphors of nursing students regarding the concept of aging from their perspectives.

Participants

The study sample consisted of 104 senior nursing students at Aksaray University in the 2021-2022 academic year. A purposive sampling method was used. These participants were preferred in the sampling with the criterion of easy accessibility. One hundred four students agreed to participate in the study in the data collection phase.

Data collection tools

The research data were collected with metaphors, which is a frequently used data collection method to describe and understand experiences and perceptions. The purpose of collecting data with metaphors is to obtain in-depth information about how individuals perceive events through the metaphors obtained through interviews and the meanings attributed to the metaphors (Yıldırım & Şimşek, 2008). In the study, "Metaphoric Perceptions Data Collection Form", which was prepared by the researchers in line with the literature, was used as a data collection tool. The form consists of two parts. In the first part, the demographic characteristics of the students were investigated. In the second part, the sentence "Aging is like ... because ..." was

given to reveal students' metaphors regarding the concept of aging. The participants were given a metaphorical perceptions data collection form, and they were asked to fill in the forms by creating a single metaphor in line with their thoughts on the concept of aging. No guidance was given to them in this context.

In addition, the form used as a data collection tool included information about the purpose of the research, the purpose for which the obtained data will be used, and the concept of metaphor. Students were given 20 minutes to think about the concept of old age sufficiently and to produce their metaphors for this concept. These forms, which the students filled in with their handwriting, constituted the main data source of the research.

Ethical considerations

Ethics committee approval was obtained from the Aksaray University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee and written permission from the institution where the study would be conducted before the study was conducted. In addition, the students who accepted to participate in the research were informed about the researchers' purpose and method of the study, and their written and verbal consents were obtained.

Data analysis

The metaphors developed by the students regarding the concept of old age were analyzed and interpreted with Metaphor Analysis (Cameron & Low, 1999; Bryant & Charmaz, 2007; Cameron & Maslen, 2010; Suter, 2012). Metaphor analysis has been associated with content analysis (Moser, 2000). It was conducted by Saban (2009) in 5 stages. The data analysis in this study was carried out in five stages:

(1) Coding and sorting phase: It was checked whether there was a specific metaphor in the students' writings. Coding was done according to the metaphors produced. The codes were delivered as both words and phrases. Codes made in the form of words or phrases are "turtle," "growing tree," "last page of the book," "tree that has shed its leaves."

(2) Sample metaphor image compilation phase: This time, the metaphors put forward by the students were arranged in alphabetical order, and the raw data were reviewed again. A "sample metaphor list" was created by choosing one "example metaphor expression" representing each metaphor.

(3) Main theme and sub-themes development phase: At this stage, useful metaphors were examined in terms of their common features. The subject of the metaphor was analyzed in terms of the source of the metaphor and the relationship between the subject and the source of the

metaphor. Each metaphor image has been associated with a theme in terms of common features related to aging, examined under different conceptual main themes, and divided into sub-themes.

(4) The stage of ensuring validity and reliability: It is essential to present the research process in detail to ensure validity in qualitative research. For this reason, the analysis of the data is explained in detail. During the data analysis, the sample metaphor image was compiled, the compiled sample metaphor image was included in the findings section, and quotations were made from the students' statements. In order to ensure the reliability of the research, the metaphor, main theme, and sub-themes were finalized in line with the expert opinions taken by taking expert opinions from 3 faculty members who are experts in their fields.

(5) Transferring the data to the computer environment: At this stage, the frequency (f) values were calculated by transferring the metaphors, main themes and sub-themes to the computer environment.

Results

Sociodemographic characteristics

The mean age of the students participating in the study was 21.65 ± 0.99 (min: 20, max: 25). Of students, 68.6% were female, 33.3% lived in city, 84.3% had nuclear family, and 82.4% perceived moderate socioeconomic status. Of them, 70.5% perceived good family relationships and 93.1% of their parents lived together. About half (50.0%) of their grandparents lived in their house. Of the students, 39.2% thought about living with your parents when you start a family in the future; 52.9% lived with older adults aged 65 and over until now; 92.2% cared for an older patient during clinical practice; and 74.5% wanted to work in a health institution serving the elderly after graduation (Table 1).

Table 1. Students' sociodemographic characteristics (n=102)

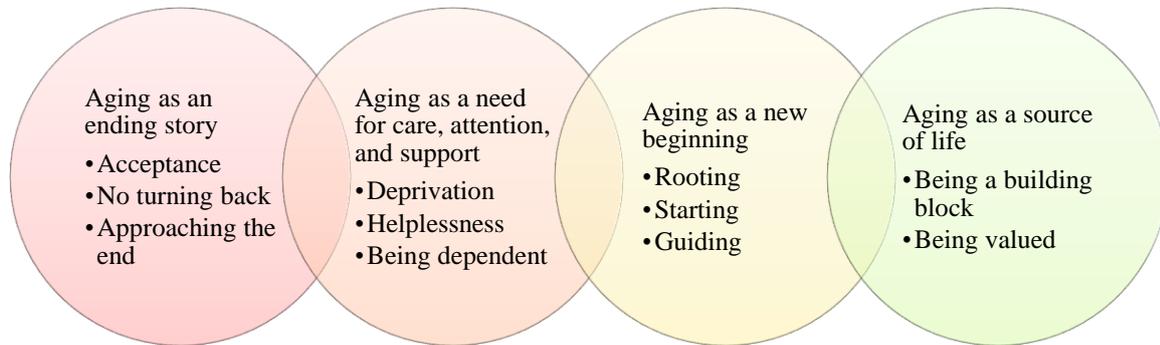
Characteristics	n	%	
Gender	Female	70	68.6
	Male	32	31.4
Age (mean \pm sd = 21.65 \pm 0.99)	20 years old	6	5.9
	21 years old	47	46.1
	22 years old	32	31.4
	23 years old	14	13.7
	25 years old	3	2.9
Place of residence	Metropolitan city	23	22.5
	City	34	33.3
	Town	30	29.4

	Village	15	14.8
Family structure	Nuclear	86	84.3
	Extended	11	10.8
	Divorced	5	4.9
Perceived socioeconomic status	High	9	8.8
	Moderate	84	82.4
	Low	9	8.8
Parents' relationship status	They live together	95	93.1
	They live apart	5	4.9
	Father is not alive	2	2.0
Perceived family relationships	Good	72	70.5
	Medium	28	27.5
	Bad	2	2.0
Where grandparents live	They are not alive	23	22.5
	They live in their house	51	50.0
	They live with their first-degree relatives	16	15.7
	They live with the students' families	12	11.8
Thinking about living with your parents when you start a family in the future	Yes	40	39.2
	No	62	60.8
Living with older adults aged 65 and over until now	Yes	54	52.9
	No	48	47.1
Caring for an older patient during clinical practice	Yes	94	92.2
	No	8	7.8
Wanting to work in a health institution serving the elderly after graduation	Yes	76	74.5
	No	26	25.5

Themes

Students produced a total of 102 valid metaphors for the concept of aging. The metaphors revealed the students' perceptions of the concept of aging. Four main themes and 11 sub-themes were collected. The main themes were aging as an ending story, a need for care, attention, and support, a new beginning, and a source of life. Sub-themes were acceptance, no turning back, approaching the end, deprivation, helplessness, being dependent, rooting, starting, guiding, being a building block, and being valued (Figure 1).

Figure 1. Themes and sub-themes



Theme 1. Aging as an ending story

Acceptance

In this sub-theme, students interpreted aging as irresistible.

"Aging is living alone, loneliness; because they don't want it as they get older." (S.15)

"Aging is like fatigue; because physical strength decreases and health deteriorates." (S. 23)

"Aging is mostly helplessness when you have no one; it is the state of a child, it is a way of expressing what you have lived until that age; because you don't have anyone, you can't do anything when you're sick." (S. 47)

No turning back

The prominent feature of the metaphors in this sub-theme was that old age had a disability.

"Aging is like my outgoing dreams; because my dreams are dead like old people." (S. 6)

"Aging is like a child whose toy has been taken away; because old people lost many things he had and their abilities." (S. 66)

"Aging is like a chronic disease; because old people need special care after a while, and a person with a chronic disease also needs special care." (S. 72)

Approaching the end

In this sub-theme, students saw aging as death and an end.

“Aging is like autumn; because you see a tree in its most magnificent state in spring; then autumn comes, only a dry wood remains from that magnificent tree.”(S. 12)

“Aging is like the last page of the book; because the life of a person is like the leaves of a book, people are born, and the book begins, the pages of the book progress as people live, and at the end of aging, people have come towards the end of their life.”(S. 73)

“Aging is like the last journey; because they have gone on many difficult journeys in their lives, and aging is the last stage of this journey. They will make their preparations and go on a journey for the last time. Some will continue to explore new places on this journey. Some will rest and sleep on this journey. And they will complete their journey.”(S. 85)

Theme 2. Aging as a need for care, attention, and support

Deprivation

"Aging is like a tree that has lost its leaves; because he has come to the end of his life." (S. 22)

"The value of aging is unknown, similar to an item that becomes valuable when one dies; because it is considered useless." (S. 61)

"Aging looks like a tree devoid of branches; because as they get older, their children start to leave one by one." (S. 79)

"Aging is like a pencil; because as it functions, moves, and is used, it is consumed and eventually ends." (S. 86)

Helplessness

"Aging is like a turtle; because you live life slower than others." (S. 62)

"Aging is like an open wound; because when we don't take care of it, it opens even more, and eventually a bad result occurs." (S. 67)

"Aging is like the decay of a fruit after it has ripened; because human life has a developmental stage, a maturity, and a death, that is, an end." (S. 76)

Being dependent

“Aging is like childhood; because children are dependent on someone else for both love and care.” (S. 2)

“Aging is like a newborn baby; because they require care.” (S. 4)

“Aging is like a flower that withers and demands care; because all of their systems have regressed, and they are unable to meet their daily needs.” (S. 44)

“Aging is like childhood; because as they get older, people start to be like children, they become more fragile, they want attention, they need care, and they need help from someone” (S. 50)

Theme 3. Aging as a new beginning

The prominent feature of the metaphors in this main theme is that aging is strong.

Rooting

In this sub-theme, students defined aging as a tree, plane tree, and rooted tree.

“Aging is like a tree; because it grows and takes root over the years.” (S. 13)

“Aging is like a plane tree; because they have completed the rush of life, they gather his grandchildren and his family together as he sits in the shade of the plane tree.” (S. 59)

"Aging seems to me like a big tree with long branches and a broad trunk; because they show us to be strong, to stand up despite everything, to hold on to life." (S. 77)

“Aging is like the earth; because we can get efficiency no matter how much it wears out.” (S. 81)

Starting

“Aging is like heaven; because it is a beautiful thing.” (S. 9)

“Aging is like a new world; because life for them has just begun.” (S. 39)

“Aging is like climbing a mountain; because as you climb, your fatigue increases, your breath becomes narrower, but your vision expands.” (S. 100)

Guiding

In this sub-theme, students defined aging as experience, library, and hope.

“Aging is like a library; because they have knowledge and experience about life, events and situations. We can find the answers we seek in them.” (S. 3)

“Aging is like experience; because older people are the most experienced.” (S. 11)

“Aging is like an encyclopedia; because it is full of knowledge and experience.” (S. 63)

“Aging is like a book; because it is worn out from use, but it is full of knowledge.” (S. 80)

Theme 4. Aging as a source of life

Being a building block

In this sub-theme, students interpreted the concept of old age as maturation.

“Aging is like a fruit ripening with time; because the older you get, the more you enjoy life.” (S. 28)

“Aging is like a ripe fruit; because, like fruits, people have a certain lifespan and become more and more mature as time goes on.” (S. 29)

“Aging is a door to a new universe; because without a certain age we cannot acquire different thoughts.” (S. 53)

Being valued

"Aging is like aged wine; because over the years, each experience adds wisdom to one's soul."

(S. 5)

"Aging is like a treasure chest; because it contains many treasures and experiences." (S. 60)

Discussion

The present study found four main themes and eleven sub-themes. The main themes were aging as an ending story, a need for care, attention, and support, a new beginning, and a source of life. Sub-themes were acceptance, no turning back, approaching the end, deprivation, helplessness, being dependent, rooting, starting, guiding, building blocks, and being valued. Two main themes projected positive attitudes towards aging, and two projected negative attitudes. Similarly, in a study, Turkish nursing students reported that they perceived aging more as "compassion, wisdom, addiction" (Salman et al., 2018). In another study, Turkish nursing students defined aging as "dependence, passivity, and poverty" (Adibelli et al., 2013). Özdil et al. (2021) found that Turkish nursing students' attitudes toward the elderly were positive. During the pandemic, their views of the elderly were vulnerable and emotional shake such as desolateness, exhaustion, feeling useless, and fear of death. However, Finnish nursing students considered older adults as individuals with their personalities and many resources (Salin et al., 2020). Some Thai nursing students defined the positive aspects of ageing, and older adults being wise, resourceful, and competent. Other described older adults as frail and in need of care and support (Mattsson & Rosendahl, 2017).

Students' negative perceptions or attitudes towards aging may also negatively affect their willingness to work with the elderly. About – a little bit less than - two-thirds (58.0%) of Turkish nursing students were willing to work with the old after graduation (Demir et al., 2016). According to a scoping review, nursing students in lower and middle-income countries reported insufficient knowledge in the care of older adults. However, nursing students reported positive attitudes towards the care of older adults but held misconceptions about caring for older adults. Nursing students also said a low preference for working with older adults (Abudu-Birresborn et al., 2019).

It is essential to present clinical experiences that will enable their interaction in developing students' attitudes towards older adults. Lack of experience with older adults caused a lack of enjoyment to work with them. After clinical experience in residential aged care, nursing students built positive relationships with older adults (Moquin et al., 2018). In addition, it is essential for instructors to be role models in developing positive attitudes towards older adults.

In a study, because of instructors being positive and strong role models through demonstrations, expectations, and support, students mirrored their positive attitudes towards older adults (Gibbs & Kulig, 2017). Finally, it is thought that receiving a gerontology nursing education will positively affect students' attitudes. Likewise, the education received about the elderly has increased physical, cognitive, and mental expectations of the students regarding old age (Akpınar-Söylemez et al., 2018).

Conclusion and suggestions

In conclusion, this study found that some students have positive attitudes towards older adults, and some have negative attitudes. In this direction, the following are recommended: 1) The interaction between students and older adults should be increased. 2) Students should take courses on aging and elderly care. 3) Students should receive clinical training in services or institutions with older adults.

References

- Abudu-Birresborn, D., McCleary, L., Puts, M., Yakong, V., & Cranley, L. (2019). Preparing nurses and nursing students to care for older adults in lower and middle-income countries: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 121-134.
- Adıbelli, D., Türkoğlu, N., & Kılıç, D. (2013). Views of nursing students about ageing and their attitudes toward older people. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6, 2-8.
- Akpınar-Söylemez, B., Akyol, M. A., Küçükgüçlü, Ö., & Işık, A. T. (2018). Nursing students' expectations regarding aging. *Geriatric Bilimler Dergisi*, 1, 40-48.
- Altay, B., & Aydın, T. (2015). Evaluation of the attitudes of nursing students towards ageism. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12, 11-18.
- Ayaz-Alkaya, S., & Birimoğlu-Okuyan, C. (2017). Nursing students' attitudes towards the elderly. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4, 43-52.
- Bahadır-Yılmaz, E. (2018). The relationship between nursing students' professional values and their attitudes towards the elderly people: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 70, 8-12

- Demir, G., Biçer, S., Bulucu-Böyüksoy, G. D., & Özen, B. (2016). Attitudes of nursing students about ageism and the related factors. *International Journal of Caring Sciences*, 9, 900-908.
- Gibbs, S. S., & Kulig, J. C. (2017). "We definitely are role models": Exploring how clinical instructors' influence nursing students' attitudes towards older adults. *Nurse Education in Practice*, 26, 74-81.
- Mattsson, K., & Rosendahl, S. P. (2017). Teaching gerontology in globalized academics: a qualitative study of Thai nursing students' views on ageing when studying abroad. *Contemporary Nurse*, 53, 36-47.
- Merriam, S. B. (2013). *Qualitative research: a guide to design and practice* (Turan S, Translation editor). Ankara: Nobel Academic Publishing.
- Moquin, H., Seneviratne, C., & Venturato, L. (2018). From apprehension to advocacy: a qualitative study of undergraduate nursing student experience in clinical placement in residential aged care. *BMC Nursing*, 17, 8.
- Özdil, K., Küçük-Öztürk, G., Çatıker, A., & Bulucu-Büyüksoy, G. D. (2021). Views of senior nursing students on the problems of the elderly during the Covid-19 process and attitudes against ageism. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14, 357-369.
- Salin, S., Hautsalo, K., Vanni, K., Seitsamo, S., & Yli-Koivisto, L. (2020). Finnish nurse students' attitudes towards older adults and the teaching of gerontological nursing – A survey study. *Nurse Education Today*, 88, 104379.
- Salman, M., Gülçek, E., Aylaz, R., & Polat, F. (2018). Evaluation of the attitudes of nursing students towards elderly people. *Elderly Issues Research Journal*, 11, 1-7.
- Yardımcı-Gürel, T. (2019). Attitudes of nursing students towards ageism and related factors. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 11, 381-389.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). *Qualitative research methods in the social sciences*. Ankara: Seçkin Publishing.

The Authors:

Assoc. Prof. Emel BAHADIR YILMAZ*, **Assoc. Prof. Arzu YÜKSEL****

* Giresun University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey. ORCID ID: 0000-0003-1785-3539

** Aksaray University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey. ORCID ID: 0000-0001-7819-2020

Corresponding Author:

Dr. Emel BAHADIR YILMAZ, Giresun University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Piraziz, Giresun, Turkey.

E-mail: ebahadiryilmaz@yahoo.com.

Phone: +90 454 310 18 40 / 3008



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

SENIOR POLICY IN HUNGARY, POLAND, AND RUSSIA

Book review

Sarah Makar

ELTE Doctoral School of Social Science

Keywords: senior policy, Central Europe, Hungary, Poland, Russia

Introduction

By publishing this book authors aimed to provide information about policy measurements on senior populations in Hungary, Poland, and Russia to enable comparisons and identify the best practices.

In addition, the book also includes valuable information relating to the policies on the seniors. The book introduces excessive information about main demographic trends and anticipated changes regarding seniors in Europe in general and more specifically on the above-mentioned countries. Furthermore, the book introduces short analysis of important terms that is used and the progress of these terms in the field. Although retirement policy is unrelated directly to senior policy according to authors, yet it was also covered in the book for its significance in old people's financial and well-being.

About the authors:

Boguslawa Urbaniak – Prof. Ph.D. Habil. Faculty of Economic and Sociology, department of Labour and social policy, Poland.

Yaroslava Evseeva – MA, Russian academy of science, Centre of scientific information studies in social science, Department of Sociology, Russia.

László Patyán – Ph.D., Faculty of Health, Department of Gerontology, University of Debrecen Hungary.

Chapters and contents

The book is divided into five chapters; the first, "The European Union is Going Grey," by Bogusława Urbaniak, highlighted the issue of aging in Europe, where the birth rate is declining, and the number of elderly people is increasing. The chapter discusses the topic of "double aging" in Europe, which means that the number of elderly (+65) and elderly (+80) persons is rapidly increasing, posing a challenge to national social policies in European countries. The chapter provides some extremely useful graphics, such as the percentage of people aged +80 in the EU28 nations in 2018 and the increase in the share of people aged +65 in EU members between 2010 and 2018. The author warns that by the year 2100, the expected rates will have tripled than the rates in 2018. The author's suggestions were that countries should embark on preparing long term action plans to adjust to the main fields of the social policies according to the changes in the demographic structures.

Second chapter of the book "what are we talking about? A terminological analysis" by Bogusława Urbaniak provides information about different terms related to senior policies. To separate five concepts, the author relied mostly on a study by Syatur-Jaworska (2016); 1. social policy on aging 2. Social policy on old age 3. Social policy on elderly people 4. active aging policy 5. senior policy. The meaning and connotation underlying the terms were included in this chapter, despite the fact that their titles do not reveal any differentiation. Two terms from around the world were mentioned in this chapter: first, "active aging," which refers to the process of maximizing chances for health, involvement, and security in order to improve the quality of life for the elderly. Second, "healthy aging" has reportedly supplanted "active aging" in contemporary documents, according to the author. With the introduction of a department of senior policy by the Ministry of Labour, the author incorporated and defined a country-specific term "senior policy" that has become part of the public discourse in Poland.

Third chapter by László Patyán titled "Senior Policies in Hungary" included a specific analysis of aging policies in Hungary. The chapter begins with a broad set of worldwide aging policies, ranging from age-friendly environments to care policies and universal pension programs. The author briefly summarizes the historical movement in care from institutional to more home-like care, with an emphasis on the well-being and feelings of the elderly. Second, the author highlighted the need of creating an age-friendly environment to not only remove physical

barriers but also to truly suggest non-discrimination and civic engagement for seniors. Third, the author emphasizes the holistic meaning of "active aging," as well as its significance in the lives of elderly people and certain critics. Finally, the author presented ideal or standard standards for pension policy that promote seniors' rights in his section on social policy guidelines for seniors.

From a broader perspective, the author takes us to Hungary for a more focused look. The unique demographic parameters that influence seniors' social policy in Hungary were illustrated in detail using charts and graphs in this chapter. The author included very serious critics in his fourth section of his chapter about the failures to provide appropriate community services for the elderly due to a variety of reasons, including local government organizational problems, chronic lack of sufficient financial support, a lack of professional knowledge, and a variety of other legislative issues. Positive points, on the other hand, were mentioned, such as the collaboration between local government and non-governmental entities. The importance of church services was also noted favorably. As an example of best practices the author mentioned few examples, those are mainly focuses on the activities of municipalities; one is "Újbuda 60+", and "Nyíregyháza gives more"

Boguslawa Urbaniak's fourth chapter, "Polish Senior Policy," discusses the socioeconomic and political measures that have been implemented in Poland in response to the issues of an aging population. The chapter begins with a summary of senior policy, including examples of initiatives that have been implemented at both the regional and local levels. According to the author, Poland's social policy challenges originate mostly from a lack of clarity in senior policy activities to adapt to ongoing demographic changes in areas such as healthcare, social assistance, education, and housing. addition to issues like the deliberative ignorance of population aging in the public discourse and citizens' poor understanding of healthy aging. Furthermore, there is a shortage of the skilled workers in geriatric care.

The outline also includes a survey's result showed that decision makers and government officials believe that senior care system should be based on family care as the neither the central nor the local authorities can afford to fund the institutionalized care. The outline also named two fundamental documents that direct senior policy in Poland stating very important areas of focus and rights for the wellbeing of the senior citizens. However, there was no mention of how these measures will be implemented or funded, or whether seniors were involved in their formulation.

Second part of the chapter shortly mentioned some of central and local government's activities such as senior clubs and care in residential nursing center. Further, the author in details gave us a thorough knowledge on policies towards older people in the labor market and retirement policy in Poland supported by graphs and statics. The author explained Poland's pension system how it is managed and funded, how the pension is calculated and what measures the government makes to protect the vulnerable seniors with low income and with disabilities. what are the problems, showed the trail of increasing the age of pension in 2013 and how it was reversed in 2017 and the old age of pension was restored. The chapter also explain the pension for old people with disability in Poland. The author ends her chapter by explaining senior policy in the city and voivodeship (similar to county or governorate in another countries) of Lodz; mentioning the low rates of satisfaction with life and life expectations for men and women in Lodz side by side with the endeavors from the city hall and voivodeship office to work together aiming prevent social exclusion of older people and increase their participation in social, cultural , physical, educational activities and improving their health and wellbeing.

Chapter 5 "Senior policy: Russia and Moscow" gives an overview of the history and contemporary case of social policy towards old people in Russia. The chapter starts short description of demographic information such as life expectancy age, number of pensioners, problem of gender imbalance in the population. Following that, the author takes us in an interesting historical overview to understand the history of care for old people from the 16th century and the role of the church at that time, passing by the soviet era to the contemporary social policy and NGOs' cooperation with the government naming some projects and actively participated in the field NGOs. Proceeding, the Author dedicate the biggest proportion of her chapter to explain the pension system in Russia. Similar to the overview of the senior care, the author mentioned the historical background in the pension system; what is meant to be, how did it develop over years, how was it working in the beginning the soviet union rule and how was it right before the collapse of the system. Furthermore, the author explained the recent pension system and types of pensions and types of pensioners. The author had two important criticism to the new regulations; one with the recent increase of the age of retirement as the healthy ones according to her, will continue working beyond their official retirement. The second with fine or punishment the country stated for business which fire employees before their pension age, as these businesses will try to find a way around it, rather the government should get bounces/ opportunities for developing if they employ or train the older workers. In the forth section, the author stated very important issues regarding the seniors in Labour policy

showing the statistics about senior who continue to work after the pension and reasons behind it, the attitude towards seniors in the Labour market such as ageism and interviews results of HR specialists' opinion about older employees, rate of hiring old people and the gender representation. The author also puts an alert about the most vulnerable group and the gaps in Labour policy regarding the older employees. The author ends her chapter with the educational cultural policy section towards older people. Mentioning the good practice of the clubs and education center that help seniors to use the internet, learn new languages and have drawing, dance, singing, taking part in sport...etc. in addition to good example of the city Tuymazy, a T.V channel for +50, people university, leading role Mosco introduce for old people including program "Moskovskoye". The author mentioned studies showing why and why not old people like to learn, and which group is keener in education. The author also named few good examples of associations, centers, NGOs that helps seniors to improve their skills in many activities such as handicraft, ICT, foreign language, photography, community volunteer, nature reserve ...etc.

Strengths

The authors exerted a sincere effort to explain the senior policy in the three selected counties. The book contains valuable information varying from demographic situation, governmental endeavors in central and community levels to improve the wellbeing of the senior citizen and the good practices and projects. The book is considered reference for scholars who are interested in the field of aging from many aspects, the international law, social policy, gerontology, sociology, public health. The book also considered as a guidance for national decision makers, senior policy makers, local government, and NGOs to solve the problems and fill the gaps in seniors' policy for improving their actively and healthy participation in the society. By introducing a lot of examples for best practices in the three countries, the book delivers valuable information for workers in this field from social workers, care givers, NGOs, centers, and association who deal with seniors. As the three selected countries share the history of being former soviet countries.

The counties share a lot in common; decision maker view towards old citizen, economic burden on the government, former citizen's ideology of dependency on the state to satisfy the needs. Therefore, the comparison between the counties regarding the progress of care for seniors after the collapse of the regime is very practical and functional.

Critical review

The book is generally quite useful, but there are a few minor flaws. The large demographic differences across the countries make comparisons difficult; Russia's population alone is 144,500,000, whereas Hungary and Poland have populations of 9,800,000 and 38,000,000, respectively. Another issue is that, as EU states, Hungary and Poland must adhere to EU ideas such as active aging, intergenerational solidarity, age-friendly environments, and aging in place, whereas Russia as a non-Eu country does not have to comply with European Commission's directive and recommendation.

Although the book aimed to enable comparisons between the selected countries, the authors dealt with senior policy from one's own understanding and scope of interest. Despite the fact that the authors agree that the pension system is unconnected to senior policy but has a significant impact on the financial and well-being of seniors, it has been explored in depth in the cases of Poland and Russia, but only briefly in the case of Hungary. The section on Russian social policy introduces the historical context of the meaning of social policy and its evolution in Russia, although this historical context was disregarded in Poland and Hungary. The author of the Hungarian social policy chapter was particularly interested in ways to promote the well-being and participation of seniors in society, as well as to introduce best practices in the country. While the chapters on the Polish and Russian cases focused more on the legal and economic position of the elderly, they also made a point of addressing regulations and gaps in social policy that significantly influence the lives of the elderly. The same can be said for the "educational and cultural strategy" indicated in the Russian case but not in the Polish or Hungarian cases.

The first chapter even from the title "European union is going grey" excluded the Russian case; many mentioned graphs of course didn't include Russia. The author should be careful about this issue as it affects the coherency of the book.

The second chapter of the book is meant to give analysis of the senior policy by offering definitions and analysis to the terms used in this field. There was no one definition to the "social policy". The author focused one reference - Syatur Jaworska, (2016)- to differentiate between many types of policies relating to aging, some of the terms did not include in difference in meaning while mentioned in practice it refers to different areas. The author didn't mention whether the usage of these terminology strictly used in Poland or in the international literature as well. Followed by WHO's two terminologies active and healthy aging. More related

terminology even mentioned in this book where not discussed in this section naming few “aging in place”, “age friendly environment”, “replacement rate” in calculating pension.

It was unclear what to be considered as policy for senior; Politician’s declarations, promises by the government or rearrangements, set of regulations, or strategic plans with time and financial framework.

Recommendation to the authors

The points of the selected topic should be clearly set and identified before writing; further publications should include the missed parts of the discussion in order to make a feasible comparison between countries.

Conclusion

The book drives our attention to the fact that the population of old people in Europe is in rapid continues increase, therefore the policy maker should set measurements to adapt to this change. The book contains a lot of valuable information about the demography of old populations, social policy, pension system, cultural policy in Hungary, Poland, and Russia. Authors shed light on the gaps in the social system and problems of old people. On the other hand, the book contains many of best practices and good examples initiatives and programs done by the central and local governments and the civil society as well. All authors introduce recommendations to improve social policy and encourage the good practice for improving seniors’ wellbeing, satisfaction, quality of life and healthy and actively engaging in society without discrimination.

Reference

Urbaniak, B., Evseeva, Y., & Patyán, L. (2020): Senior Policy in Hungary, Poland and Russia. Wydawnictwo Uniwersytetu Lodzkiego/Lodz University Pressz.

Author:

Sarah Makar

PhD student, ELTE Doctoral School of Social Science Budapest, Hungary.

sarahmakar@student.elte.hu



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

A VÁROSI ZÖLDTERÜLETEK SZEREPE A DEMENCIÁVAL ÉLŐK ÉS GONDOZÓK JÓLLÉTÉNEK MEGŐRZÉSÉBEN

Dr. Fekete Márta^{1,2}, Dr. Frankó Luca³, Dr. Pataki György⁴, Kiss Veronika⁵

¹Gálfi Béla Gyógyító És Rehabilitációs Közhasznú Nonprofit Kft.

²MDRG Kft.

³ELTE, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Szervezet-és Vezetépszichológia Tanszék

⁴ESSRG Nonprofit Kft.

⁵Döntéelmélet Tanszék, Vállalatgazdaságtan Intézet, Budapesti Corvinus Egyetem

Kulcsszavak: városi zöldterület, jóllét, gondozó-gonozott diád, demencia, informális gondozó

Absztrakt

Empirikus kutatásunk célja annak feltérképezése volt, hogy a városi lakókörnyezet zöldterületein tett séta hogyan járul hozzá a demenciával élő betegek és az őket gondozó családtagjaik jóllétének megőrzéséhez. A vizsgálatban 3 gondozó-gonozott diád vett részt, a gondozók a rendszeres közös sétákról egy hónapon keresztül (2021 április-májusban) készítettek naplóbejegyzéseket. A naplóírás mellett egy kvantitatív kérdőív kitöltése is a gondozók kutatótársi feladatának részét képezte, amelyben a gondozók értékelték saját és demenciával élő hozzátartozójuk mentális és hangulati állapotát, valamint a kettejük együttműködését a séta előtt, alatt és után. A 39 sétáról beérkezett kérdőívek értékelései alapján a gonozottak és a gondozók esetében is az eredmények szignifikáns javulást mutattak a

mentális állapot és hangulat tekintetében, illetve a kettejük együttműködésének alakulásában is a séta hatására. Ezt a tendenciát a naplóbejegyzések szöveges tartalmai is alátámasztották, magyarázták. Kis mintás kutatásunkban sikerült tehát igazolni, hogy az általunk vizsgált gondozó-gondozott diádok esetén a városi zöld környezetben tett séta mindkét fél hangulati és mentális állapotára, valamint kettejük együttműködésére is kedvező hatású volt. Eredményünk jelentősége abban áll, hogy hazai mintán is alátámasztja a városi zöldterületek egészségmegőrzésben betöltött szerepét krónikus betegek és gondozó családtagjaik körében: a séta a természetben ily módon egy alacsony költségű, általánosan pozitív hatású és relatíve könnyen és sokak számára elérhető, mégis nagy hatású intervenciónak tekinthető.

THE ROLE OF URBAN GREEN SPACES IN THE WELL-BEING OF PEOPLE WITH DEMENTIA AND THEIR CARERS

Keywords: urban green space, well-being, caregiver – care recipient dyad, dementia, informal caregiver

Abstract:

The aim of our empirical research was to explore how walking in green spaces in urban neighbourhoods contributes to the well-being of people with dementia and their informal carers. The study involved 3 caregiver – care recipient dyads, with carers keeping diary entries of regular walks together for a month (April-May 2021). In addition to the diary writing, carers completed a quantitative questionnaire as part of their research, in which they assessed their own and their relative's mental and mood state and their interaction before, during and after the walk. Based on the assessments of the questionnaires received from the 39 walks, results showed significant improvements in mental state and mood for both carers and cared-for persons, as well as in the way their dyads interacted with each other as a result of the walk. This trend was also supported and explained by the textual content of the diary entries. Thus, our small sample study was able to demonstrate that in the case of the caregiver – care recipient dyads we studied, a walk in an urban green environment had a positive effect on the mood and mental state of both partners, as well as on their cooperation. The significance of our results is that they support the role of urban green spaces in health promotion among chronic patients and

their informal caregivers in a national sample: walking in nature can thus be considered a low-cost, generally positive and relatively easy and accessible intervention with a high impact.

Jelen publikáció egy több lépésből álló, többféle módszertant alkalmazó kutatás részeredményeit mutatja be. A kutatás célja annak vizsgálata volt, hogy a városi lakókörnyezethez tartozó zöldterületek hogyan járulnak hozzá a demenciával élő betegek és gondozó családtagjaik mentális egészségének megtartásához, illetve javításához. A vizsgálat során igyekeztünk megismerni, megérteni a *szabadban eltöltött séta* – mint egy a széles rétegek számára elérhető és általánosságban pozitív hatást kiváltó aktivitás – alatt átélt élményeket mind a beteg, mind a gondozója, mind pedig a kettejük alkotta diád vonatkozásában

A kutatás elméleti háttérét számos korábbi vizsgálat azon következtetése adta, hogy a demenciával élők és gondozó családtagjaik (informális ápolóik) életminősége egymásra kölcsönösen hat, így bármelyikük állapotának a javítása a másikra is pozitív hatású (Etters et al., 2008; Fekete, 2018; Fonareva-Oken, 2014; Kramer, 1997; Kraijo et al., 2012). Tekintettel arra, hogy gyakran évekig, akár egy–másfél évtizedig tartó, egyre nagyobb fizikai és lelki terhelést jelentő gondozási tevékenység hárul a laikus, a feladatra korábban nem készülő hozzátartozókra, így ők különösen nagy támogatást igényelnének az egészségük és jóllétük megőrzéséhez. Azonban ahogy a beteg hozzátartozóik gondozásában, úgy saját mentális egészségük karbantartásában is magukra maradnak. Jelen publikáció fókuszában éppen ezért a gondozott családtagok és a gondozók által alkotott diádok állnak, a városi zöldkörnyezet rájuk, lelki egészségükre, jóllétükre gyakorolt hatását mutatja be.

Kutatásunk egy szélesebb interdiszciplináris kutatási együttműködésben született. Az ELKH Ökológiai Kutatóintézet és a Budapesti Corvinus Egyetem között egy MTA Kiválósági Együttműködési Programban nyert pályázat tette lehetővé a társadalmi jóllét és a természet összefüggésének vizsgálatát 2019-2021-ben. E hároméves közös kutatás utolsó évében lett kiemelt téma a természeti környezet mentális egészségre gyakorolt hatása, amelybe jelen kutatásunk is beágyazódott. E kutatási irány elméleti produktuma a nemzetközi szakirodalom áttekintése és összefoglalása volt, mégpedig egészségtudományi, környezet- és egészségpszichológiai és az interdiszciplináris ökoszisztéma szolgáltatás kutatási területekről (Mihók et al., 2021). Az elvégzett empirikus kutatások között kapott teret jelen kutatásunk is a Budapesti Corvinus Egyetem kutatási munkájának keretében.

Elméleti háttér

A természeti környezet mentális egészségre gyakorolt kedvező hatása tulajdonképpen régóta „ismert”, egyfajta ősi bölcsességként elfogadja ezt az emberiség évezredek óta. A hatásmechanizmusra vonatkozó magyarázó elméletek a pszichológiatudományon belül azonban csak néhány évtizeddel ezelőtt kezdtek el megjelenni, a téma szisztematikus, tudományos tesztelése pedig a kilencvenes években indult el. Továbbra sem létezik azonban egy központi elmélet, amely teljes körű magyarázattal szolgálna a természet-ember tranzakcióra vonatkozóan, az egyes teóriák egymást kiegészítve, egyfajta mozaikként tárják elénk ezt a mechanizmust. A tranzakció kifejezés, mint a kapcsolat jellegét leíró minőség a környezetpszichológiai megközelítésből ered. A diszciplína azon alapvetését írja le, hogy az ember nem értelmezhető és vizsgálható a mindenkori társas és fizikai környezete nélkül, hiszen azzal szerves egységet alkot. Ahogyan az egyén képes megváltoztatni a környezetét, úgy a környezet is befolyásolja viselkedésünket, érzéseinket, tapasztalatainkat (Dúll, 2006).

Mostanra már tudományosan elfogadott, hogy a természeti környezettel való kapcsolat általában véve pozitív hatással van a mentális egészségre és az emberi pszichére. Ezt a jótékony hatást kezdetben elsősorban fiziológiai és kognitív jellegű vizsgálatokban igazolták. A terület egyik első és mai napig fontos magyarázó teóriája Kaplan (1995) Figyelem Regenerálódási Elmélete (Attention Restoration Theory – ART), ami a természet frissítő erejét a figyelmi működésünkre való jótékony hatásával magyarázza. A zöldben való jelenlét ugyanis erőfeszítés nélküli figyelmet igényel, ami mentális fáradtság esetén képes élénkítően, frissítően hatni (Kaplan, 1995). A természet által megélt érzelmi és kognitív helyreállító mechanizmusokat később maga a szerző és további számos empirikus tanulmány is igazolta, feltárva például a jelenség neuropszichológiai hátterét. Egy 2019-es metaelemzésben (Norwood et al., 2019) arra jutottak a szerzők, hogy a természeti környezetben tartózkodó személyeknél alacsony frekvenciájú agyhullámok és alacsonyabb agyi aktivitás detektálhatóak a frontális területeken, ami egy jóleső kipihentség érzést eredményez.

A természeti környezet pozitív hatása azonban nem csak a kognitív vagy a fiziológiai funkciókban, de a jóllét vagy a hangulat mutatóiban is mérhető és kimutatható. Egy friss kutatás eredményét kiemelve, Meidenbauer és munkatársai (2020) leírják, hogy egy rövid séta a természetben nagyobb mértékben képes pozitív érzések kiváltására vagy negatív érzések megszüntetésére, mint egy hasonló idejű városi séta. A hangulat javulásában kapott különbség még egy passzív helyzetben (pl.: üldögélés egy padon) is megmutatkozik természeti és városi környezetek között, sőt még a virtuális valóságban is kimutatható. A séta önmagában is a jóllét

növekedését célzó tevékenységnek tekinthető, ez a hatás pedig fokozódik, ha zöld környezetben zajlik. Choe és munkatársai (2020) is beszámoltak arról, hogy a mindfulness csoport jóllétre gyakorolt hatása még nagyobb volt, ha az a természetben zajlott. Fontos kiemelni, hogy a jóllét fogalma és mérése tudományterületenként eltér, a szakirodalom is számos alternatívát felsorakoztat, ami az eredmények összevetését némileg nehezíti. Mi jelen kutatásunkban a pillanatnyi mentális és hangulati állapotot értjük alatta.

Mára azt is tudjuk, hogy a természet nem csak a maga „vadságában” és nagy dózisban képes hatást gyakorolni ránk. A téma egyik úttörő kutatójának, Ulrichnak sikerült igazolnia, hogy a természeti környezet pusztá látványa is olyan pozitív érzéseket generál a vizsgálati személyekben, mint a barátságosság, az öröm vagy játékoság (Ulrich, 1979, 1981, 1983, 1986 idézi Summers & Vivian, 2018). Schorr és munkatársai (2020) pedig egy idősekkel végzett kutatásukban azt találták, hogy nemcsak egy direkt természetélménynek, de már a természet észlelt elérhetőségének is mérhető hatása van: depressziós betegek esetében a természeti környezet alacsony észlelt elérhetősége a depressziós tünetek növekedésével, ezzel szemben a magas észlelt elérhetőség magasabb jólléttel járt együtt. Nem is feltétlenül kell tehát kimenni a természetbe ahhoz, hogy a kedvező hatásai érvényesülni tudjanak, már maga a tudat, hogy ez bármikor megtehető, elég lehet a jóllét növekedéséhez. Ez az eredmény azt is jól mutatja, hogy már a természeti környezet elérhetősége is egyfajta ökoszisztéma szolgáltatásnak tekinthető, a hozzáférés mértéke pedig megosztja társadalmunkat.

A kutatások nagy része – ahogyan ez összefoglalónkban is megjelenik – egészséges populáción történik. Ezzel együtt születnek természetesen vizsgálatok különböző klinikai csoportokra specializálódva is. Vizsgálták a természet pozitív, gyógyító hatását – csak néhány példát említve – poszttraumás stressz szindrómával vagy ADHD-val diagnosztizált személyek körében is, ahol a szerzők az ökotéripia kedvező hatásait hangsúlyozták (Summers & Vivian, 2018). A demenciával élő betegeket holisztikus megközelítésben kezelő szakemberek is a természet minél szélesebb körű alkalmazását és a szabadban eltöltött idő növelését forszírozzák a páciensek körében (Mmako et al., 2020). A kertészkedés például bizonyítottan csökkenti a demencia előrehaladott stádiumára jellemző agitált, agresszív viselkedés előfordulását, amit a mai gyakorlatban a legtöbbször számos mellékhatással járó gyógyszeres kezeléssel tudnak csak csillapítani (Whall et al., 1997 in Summers – Vivian, 2018). Kutatásunk középpontjában is ez a több szempontból sérülékeny csoport állt, a demenciával érintett családok. A demencia egy tünetegyüttes, amely többféle kórképet kísérhet, illetve a különböző típusaihoz különböző kórfolyamatok vezetnek. A jellemző tünetek meghatározása mellett a szakemberek gyakran

hangsúlyozzák, hogy minden demenciával élő személy esete más, így sem a terápiának, sem a jóllétük biztosításának nincs egységes receptje.

A természeti környezet kedvező hatása – különösen, ha az egészséget és betegséget nem két kategóriának, hanem egy dimenzió két végpontjának tekintjük – egyetemesnek tűnik. Mindez azért is kiemelkedően fontos, hiszen az emberek általában és szerencsés esetben nem egyedül, hanem társakkal, családtagokkal, vagy krónikus betegek esetén akár a gondozóikkal együtt keresik a feltöltődési lehetőségeket. Nagy jelentőséget nyernek tehát azok a színterek, amelyek a rekreációt a lehető legszélesebb rétegek számára tudják biztosítani. A krónikus betegek gondozója hazánkban nagyon gyakran egy közeli családtag, aki ritkán vagy szinte sosem tud kiszakadni az ápolási tevékenységből, gyakran észrevétlenül merül el a gondozói szerepben és vállal egyre nagyobb terheket. Kutatások igazolják, hogy a gondozók pszichológiai működése széles spektrumon mozog a gyengétől, a szuboptimálison keresztül az optimálisig (Fekete, 2019).

Bár számos más krónikus állapot esetén is jelentős teher hárul a családtagokra, demencia esetén ez különösen igaz. Ennek oka egyrészt az egészségügyi és a szociális ellátórendszer kapacitáshiánya, másrészt a kóros állapot előrehaladásának fokozatos és rendkívül hosszú volta. A demencia nem a természetes öregedés része, de az életkor előrehaladtával előfordulása nő (Prince et al., 2013). Prince és munkatársai metaanalízis útján kapott eredményei azt mutatják, hogy a világ legtöbb régiójában a 60 év feletiek 5-7%-a érintett demenciával, majd a 80 év feletieknek már 10-16%, a 90 év feletieknek pedig a legtöbb régióban legalább a 30%-a mutatja a demencia tüneteit. A világ számos országában – ahogy Magyarországon is – a társadalom előregedése zajlik és ez a tendencia folytatódik a belátható jövőben is. Mindezeket értékelve, az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) a demenciát az úgynevezett „prioritást élvező kórképek” közé sorolta 2008-ban (WHO, 2008) hangsúlyozva annak társadalmi és gazdasági jelentőségét. A tünetegyüttes össztársadalmi hatását egyrészt a nagy számú előfordulás adja, másrészt az informális gondozás, azaz a családtagok gondozásban vállalt szerepe. Bármely mértékben is vállal szerepet egy hozzátartozó a gondozásban, azt egyéb családi, társadalmi szerepeinek rovására képes többnyire megtenni. Így például a komoly gazdasági hatással járó fizetett munkavállalói képessége is csökken. A demencia gazdasági hatásait számba véve a direkt egészségügyi költségek eltörpülnek a tünetegyütteshez köthető indirekt költségekhez képest (ADI, 2015). Az informális ellátás költségeit gyarapítja a gondozó családtagok önkéntesen, díjazás nélkül a beteg érdekében végzett munkája, az erre fordított

ideje, valamint egyre nyilvánvalóbb, hogy jelentős költségeket generál az informális ápoló egészségének és jóllétének megőrzése, helyreállítása (Krol et al., 2015).

A leírtak mentén könnyen belátható tehát, hogy kiemelten fontos az olyan, széles rétegek számára elérhető aktivitások, intervenciók népszerűsítése, amelyek egyaránt jelentenek feltöltődést mind a demenciával élő személy, mind az őt gondozó családtagja számára. Ilyen program lehet egy közös séta a természetben, ami nem túl megterhelő, nem jár nagy költségekkel, mégis számos pozitív egészségi vonatkozása lehet mind a beteg, mind pedig az őt ápoló családtag számára. Egy a demenciával élők természethez való viszonyát vizsgáló tanulmányban (Cook, 2020) az eredmények között a betegre gyakorolt pozitív hatás mellett a gondozó hozzátartozók kikapcsolódási lehetőségét is leírták a szerzők. Egy a gondozók terheit összegző tanulmányban pedig (Pearlin et al., 1990) elsődleges stresszorként magát a beteget azonosították. Ebből következően, ha a beteg „jobban van”, az a gondozóra is kedvező hatású lesz. Fontos megtalálni tehát azokat az intervenciók lehetőségeit, amelyek vagy a stressztényező hatásának csökkentését, vagy az elkerülhetetlen terhekkkel való megbirkózást segítik. A demenciával élők jóllétének vizsgálata esetén érdemes mindenképpen rendszerszemléletben gondolkodni és a gondozó – gondozott diádot együtt vizsgálat tárgyává tenni, hova tovább, az őket körülvevő fizikai világot is bevenni az elemzésbe. A beteg és a betegség ugyanis sosem légüres térben létezik, hanem egy szocio-fizikai kontextusba ágyazva. Ebbe a gondolatbemenetbe illeszthető a zöld környezetben való sétának, mint egy általánosan pozitív hatású intervenciónak a vizsgálata a demencia vonatkozásában. A természet ugyanis egy „univerzálisan jó környezet”, alkalmas a legkülönbözőbb fizikai, pszichés és mentális állapotú személyek igényeinek kiszolgálására változatos *affordanciájának* hála (Sando & Sandseter, 2020). Az *affordancia* szót Gibson (1977) használta először; azt írja le, hogy egy adott téri-tárgyi környezet milyen viselkedérepertoárt kínál fel potenciális használója számára. A természet változatosságának köszönhetően könnyen egy „kedvenc helyé” (Korpela, 2001) válhat egy gondozó számára is. Korpela fogalma a személy számára fontos, identitásképző helyeket jelenti, melyek regeneráló, önszabályozó funkcióval bírnak és jellemzően megterhelő, stresszes vagy akár fenyegető helyzeteket követően látogatják az emberek (Sallay, 2014). Az önszabályozás folyamatának vizsgálatakor a pszichológia sokáig figyelmen kívül hagyta a fizikai környezet szerepét, mára azonban egyre többen számolnak ezzel az aspektussal is. Természetesen „kedvenc hely” bármi lehet, a kutatások során megkérdezettek beszámolói alapján azonban jellemzően „magukkal ragadó szépséggel rendelkeznek, a társas nyomások alóli felszabadulás, a kifejezés szabadsága és a kontroll élményét adják, aminek eredményeképp

a személyek ellazulnak, aggodalmaik és negatív érzéseik csökkenését, pozitív érzéseik erősödését tapasztalják” (Sallay, 2014: 39.o.). A „kedvenc helyek” fogalmát kultúrközi összehasonlításban is vizsgálták egy finn-magyar kutatás keretében. Azt találták, hogy a résztvevők 56%-ban természeti környezeti helyeket neveztek meg kedvenc helyként, és mind negatív, mind pozitív hangulati állapotban szívesen keresték fel ezeket. A szerzők azt állapították meg, hogy amennyiben valaki negatív hangulatban keresi fel kedvenc helyét, a látogatás az érzelemszabályozó folyamatok részét képezi, ezzel is hozzájárulva a jóllét növekedéséhez (Korpela et al., 2020).

Vizsgálatunkban mi is arra vállalkoztunk tehát, hogy jobban megértsük a természeti környezetben való sétának a hatását a demenciával élő személyek és gondozóik jóllétére vonatkozóan, illetve, hogy a nemzetközi szakirodalomban leírt hatásokat hazai mintán is igazoljuk.

Módszer

A kutatás módszereinek kiválasztásakor meghatározó szempont volt a megvalósíthatóság mellett, hogy a kutatótársként bevont gondozó hozzátartozók mennyi feladattal terhelhetők több héten keresztül a mindennapi gondozási feladataik mellett. A teljes kutatási folyamat során többféle vizsgálati eszköz ötvözetét alkalmaztuk.

1., A kutatás első lépéseként lebonyolított sétainterjú módszertanának alapját egy demenciával élő személyek és a lakókörnyezetük kapcsolatát vizsgáló tanulmány adta (Odzakovic, 2018). Két beteg is a demencia tünetegyüttes előrehaladottabb stádiumában volt, így esetükben a séták során elsősorban a gondozóiktól nyert információra támaszkodtunk. A legkevésbé súlyos állapotú betegtől elemzésre alkalmas tartalomhoz jutottunk.

2., A kutatás következő szakaszában kezdődött a kutatótársnak tekintett gondozók önálló munkája, amelynek során a családtagjukkal folytatott rendszeres sétákról 4 héten keresztül naplőbejegyzéseket készítettek. Kérésünknek megfelelően hetente háromszor önállóan sétáltak általuk szabadon választott városi zöldterületeken vagy városközeli erdőkben. Az elérhető zöldterületek ugyan eltérő minőségűek voltak – volt, ahol teljesen vad környezet, máshol inkább épített környezetben „visszazöldített” terület, városi park volt a séták fő helyszíne –, de azok pár percnyi sétávon belül estek. A séták eseményeit, élményeit a gondozók naplőbejegyzésekben rögzítették, amely bejegyzésekhez részletes útmutatást adtunk (1.

Melléklet). A gondozott személyről és önmagukról is kellett nyilatkozniuk a bejegyzésekben: az általános állapotuk mellett többek között mindkettőjük hangulatáról; a gondozott aktivitásairól, étkezéséről, alvásáról; a gondozó saját fizikai állapotáról, motivációjáról, illetve kettejük viszonylatában az együttműködésükről.

A naplóbejegyzés kvalitatív élményanyagát egy rövid kvantitatív kérdőívvel is kiegészítettük. A pár perc alatt kitölthető kérdéssor egy online felületen volt elérhető, amelynek kitöltését a sétát követően minél hamarabb kértük. A tétel arra irányultak, hogy a beteg, illetve a gondozója mentális és hangulati állapotát megismerjük a séta előtt, alatt és után. Ily módon kívántuk a pszichológiai jóllét fogalmát – a gondozó-kutatótársak számára is érthető és egyszerű módon – operacionalizálni. Jelen publikáció szerzői a jóllétről az életminőség egyik meghatározó tényezőjeként gondolkodunk (OECD, 2011). Életminőségi tényezőként keveredik benne a szubjektív jóllét és az egészségi állapot, utóbbin belül is a lelki egészség szerepe. Hangsúlyozandónak tartjuk azt a körülményt is, hogy a szubjektivitás – a gondozó szemszögéből történő értékelés – mellett a gondozó és gondozott adott pillanatban fennálló állapotának vagy kapcsolatának meghatározására került mindig sor, tehát a jóllét így tulajdonképpen „pillanatnyi jóllétként” értelmezhető. Mindezen túl felmértük kettejük együttműködését is a gondozók megítélésének mentén, szintén pontozva a séta előtti, alatti és utáni állapotot.

A kérdőív struktúrája egyrészt azt a célt szolgálta, hogy a folyamatba nyerjünk betekintést, azaz, hogy hogyan változott a hangulat és a mentális állapot, valamint az együttműködés a séta során, illetve a hármas tagolással a gondozót próbáltuk arra is ösztönözni, hogy erre a folyamat jellegre koncentráljon, ezt próbálja megragadni a naplóbejegyzés elkészítésekor is.

3., A kutatás lezárásaként a vizsgálatban részt vett gondozókkal fókuszcsoportos beszélgetést folytattunk, amelynek során az előző vizsgálati elemek néhány eredményének értékelését végeztük el.

Jelen publikációban sem a sétainterjúk, sem a fókuszcsoport szisztematikus elemzésének eredményei nem kerülnek ismertetésre. Ezek az elemzési munkák még zajlanak és egy újabb publikációban kerülnek közlésre.

- Minta

A kutatásetikai engedély birtokában célzottan kerestünk meg olyan családokat, amelyek demenciával élő személyről gondoskodnak. A toborzás nem volt könnyű, mivel a megkeresett hat családból mindössze 3 vállalta a részvételt. Ők az írásos ismertető után részletes szóbeli tájékoztatást kaptak a kutatás teljes menetéről és abban vállalandó szerepükről. A tájékoztatás és felkészítés sikerét mutatja, hogy a teljes kutatási folyamat (sétainterjútól a záró fókuszcsoportos beszélgetésig terjedő) közel 8 hete alatt egyik család sem adta fel a részvételt.

A kutatásba végül tehát három gondozó-gondozott páros/diád csatlakozott. A résztvevők demográfiai adatait, a diádok viszonyrendszerét az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat – a résztvevők demográfiai adatai

Diádok	Demenciával élő személy			Gondozó		Gondozott-gondozó	
	Életkora (év)	Neme	Tünetek becsült kezdete (év)	Életkora (év)	Neme	Kapcsolata	Közös háztartásban élnek?
I.	76	férfi	9	74	nő	feleség	igen
II.	77	férfi	6	72	nő	feleség	igen
III.	83	nő	5	18	nő	unoka	nem

Minden demenciával élő gondozottnál időskorban kezdődő betegségről van szó, és bár a betegség kezdete többnyire nem ismert pontosan, de esetükben a felismerés időpontja alapján feltételezhető, hogy a tünetek az aktív életkort még nem érintették.

A gondozók mind nők, ketten a gondozottal azonos korosztályt képviselnek, ők feleségként gondozzák házastársukat, közös háztartásban élnek. Egy fiatal felnőtt gondozó unokaként társ gondozója a külön háztartásban, egyedül élő nagymamájának.

Bár nem végeztünk a betegség előrehaladottságára vonatkozó, a kognitív funkciót objektíven felmérő tesztek, az interjúk során mind a gondozók direkt beszámolóit, mind a demenciával élő személyek viselkedése, képességei képet adtak állapotukról. A 76, illetve 77 éves férfiak állapota jóval súlyosabb volt, mint a számos téren segítségre, irányításra szoruló, de egyedül lakó 83 éves nő társuké.

Eredmények

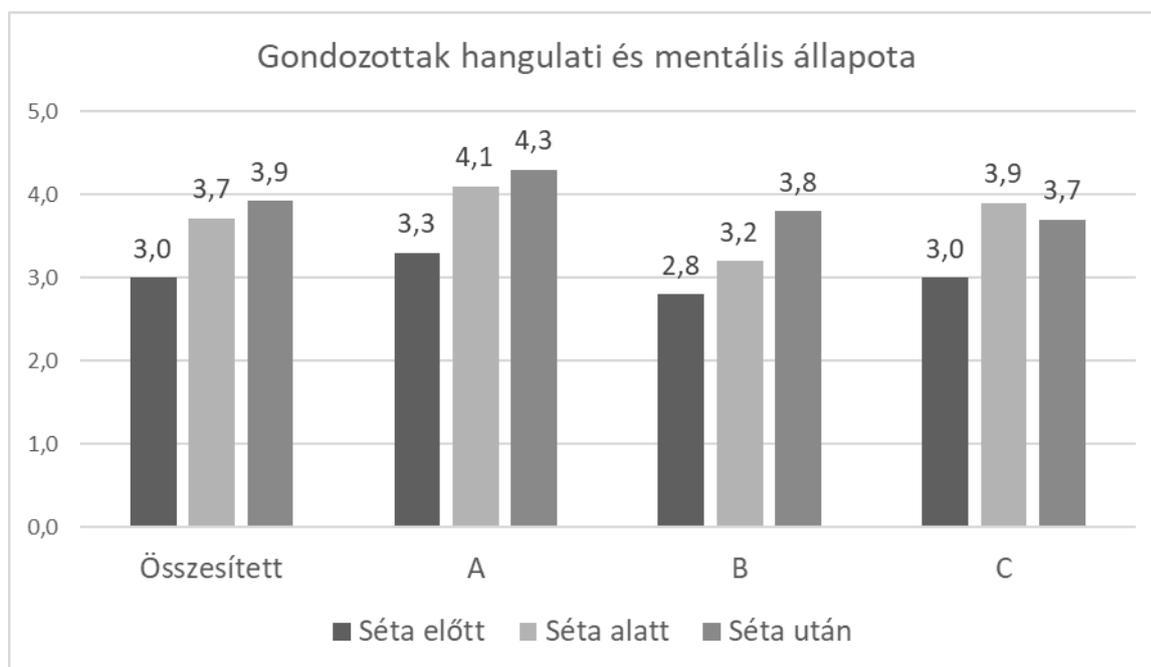
Jelen tanulmányban a séták után beküldött kvantitatív kérdőívek eredményét ismertetjük, azaz a résztvevők hangulatának és mentális állapotának, valamint a diádok együttműködésének alakulását mutatjuk be a természeti környezetben tett séta hatására. A kvantitatív eredményeket a „számszakilag kiugró” sétákhoz tartozó naplóbejegyzések egyes részleteinek bemutatásával egészítjük ki.

A kutatás keretében 2021 tavaszán összesen 39 sétát értékelték kérdőívvel a gondozók és ugyanennyi naplóbejegyzést készítettek. Az alapfeladatot, miszerint 4 héten keresztül heti 3 sétáról kell feljegyzést készíteni, egy gondozó teljesítette pontosan 4 hét alatt, egy pár néhány napos csúszással fejezte be a sétasorozatot, illetve egy gondozó-gondozott páros a sétákkal egy hetes lemaradásba került. Amíg a lemaradók utolsó naplóbejegyzésére vártunk, addig a többiek továbbra is készítettek feljegyzéseket, így született összesen 39 kitöltött kérdőív, illetve naplóbejegyzés. A sétákkal való csúszást az érintett hetek rendkívül esős időjárása magyarázta.

A kérdőívben a gondozott és a gondozó séta előtti, séta alatti, valamint séta utáni hangulatáról és mentális állapotáról, valamint ugyanilyen időbeli felosztásban az együttműködésükről, kapcsolatukról kellett nyilatkoznia a gondozónak. A betegé mellett tehát saját állapotát, illetve „közös állapotukat” is értékelnie kellett egy 5 fokozatú skálán, ahol a '1' a „nagyon rossz”, míg az '5' a „nagyon jó” értékelést jelentette (köztes értékek: elég rossz, átlagos, elég jó, ld. 2. melléklet).

Mind a demenciával élő gondozott személyek (1. ábra), mind a gondozók esetében (2. ábra) a hangulat és a mentális állapot javulását detektáltuk a séta hatására.

1. ábra – Gondozottak hangulati és mentális állapota



A négy oszlop csoportban az összesített és anonim módon a diádonkénti értékeket (A, B, C oszlop csoportok) is megadtuk, amelyből látható, hogy összegezve a gondozottak hangulati és mentális állapota a gondozók megítélése szerint a séta előttihez képest javult a séta alatt, a varianciaanalízis mentén ez a növekedés szignifikáns ($p=0.0002$).

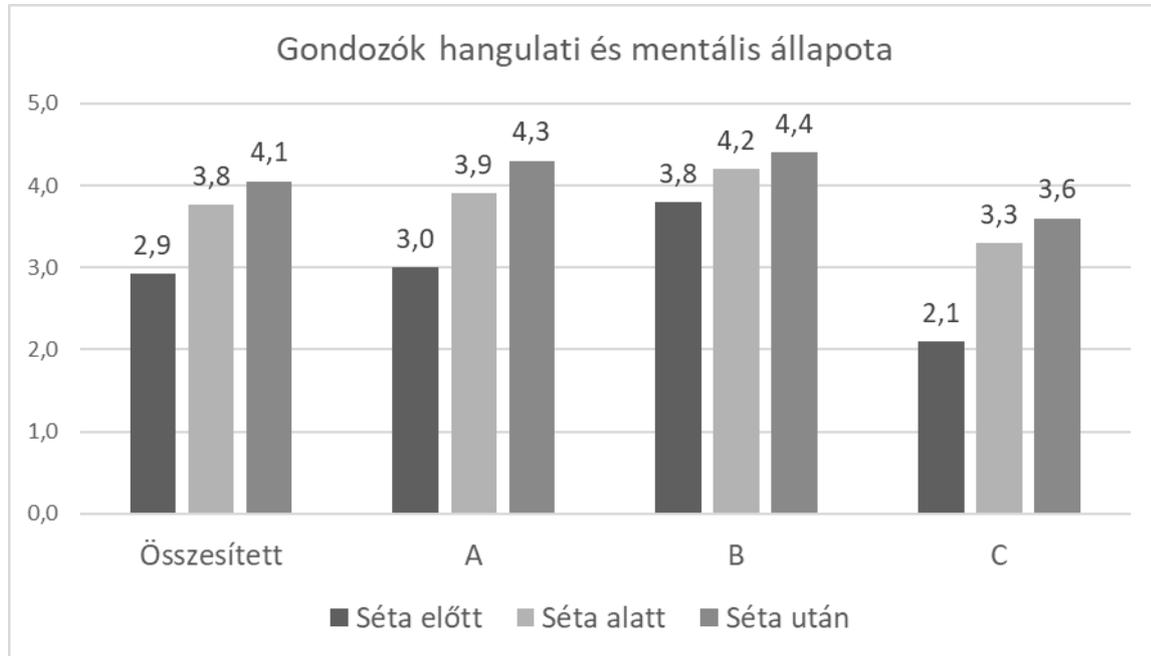
Ha páronként is megnézzük az eredményt, akkor látható, hogy a séta előttihez képest a séta alatti állapota a gondozottaknak minden diád esetében javult (0,4-0,9 ponttal). Abban már különbség mutatkozik, hogy a séta utáni időszakra ez hogyan változott, de az összegzett eredmény további enyhe javulást mutat (3,7 – 3,9 pont), így az „átlagos” hangulatról az „elég jó” szintet érte el vagy közelítette meg minden gondozott esetén a gondozója megítélése szerint.

Abban nem volt különbség, hogy a gondozók a gondozottak kiindulási – séta előtti – állapotát „átlagosnak” írták le (2,8 – 3,3), de ezt magyarázza, hogy mindenkinek más a viszonyítási alapja, tehát az „átlagos” állapot jelenti a számukra mindennapit, megszokottat. A séta alatt az átlagpont már az „elég jó” értékeléshez állt többnyire közelebb (3,9 – 4,1), egy diád esetén azonban – bár egyéni szinten volt javulás a kiindulási állapothoz képest (2,8 vs. 3,2) – a séta alatt is inkább az átlaghoz közelítő értékeket kaptunk. A séta utáni állapot összegezve tehát minden egyes diádnál is „elég jó” vagy annál csak kevéssel rosszabb volt (3,7 – 4,3).

A gondozók a saját hangulatukat és mentális állapotukat már kevésbé egységesen ítélték meg, összesítve „átlagos” értékelést kaptunk a kiindulási, séta előtti állapotukra vonatkozóan (2.

ábra). Volt azonban olyan gondozó, akinek az átlagos séta előtti állapota „elég jó” (3,8) volt, míg másé összesítve „elég rossz” (2,1).

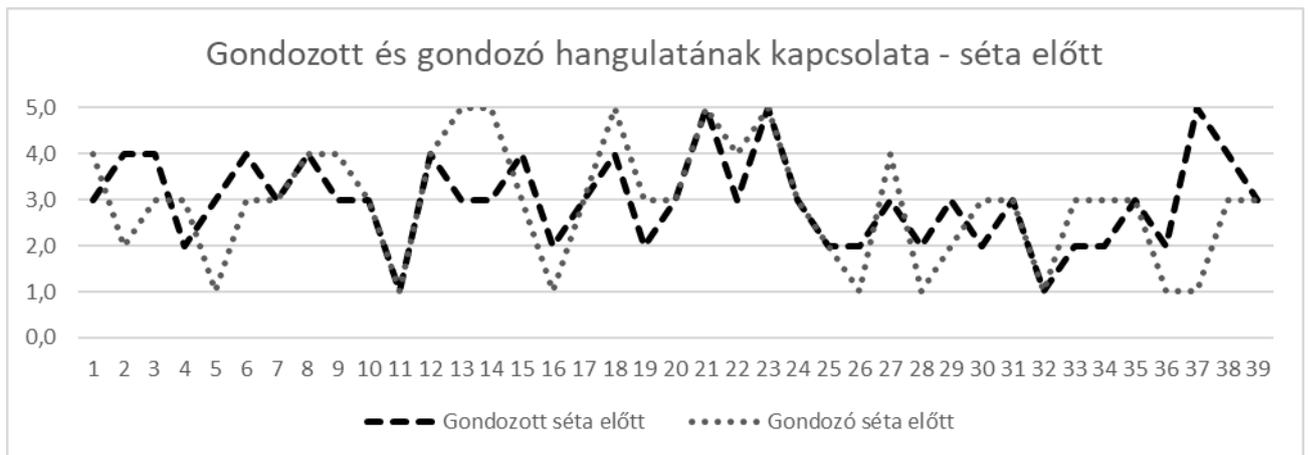
2. ábra – Gondozók hangulati és mentális állapota



A séta alatti időszakban a gondozók összegezve elérték az „elég jó” (3,8) állapotot, majd a séta utáni időszakra vonatkozóan további kis mértékű javulásról számoltak be. A varianciaanalízis mentén, minden gondozó minden sétájával kalkulálva, a séta hatása a gondozók mentális és hangulati állapotára szignifikánsan pozitív volt ($p < 0.0001$).

Külön sétánként is megvizsgáltuk a gondozók és gondozottak hangulatának együttmozgását (ld. 3-4. ábrák). Egymásra vetítve a gondozott személyek és a gondozók összesített hangulatát és mentális állapotát bemutató görbéket, látható, hogy azok többnyire együtt mozogtak akár a séta előtti, akár a séta alatti állapotot ábrázoltuk.

3. ábra – Gondozó és gondozott hangulatának kapcsolata a séta előtt



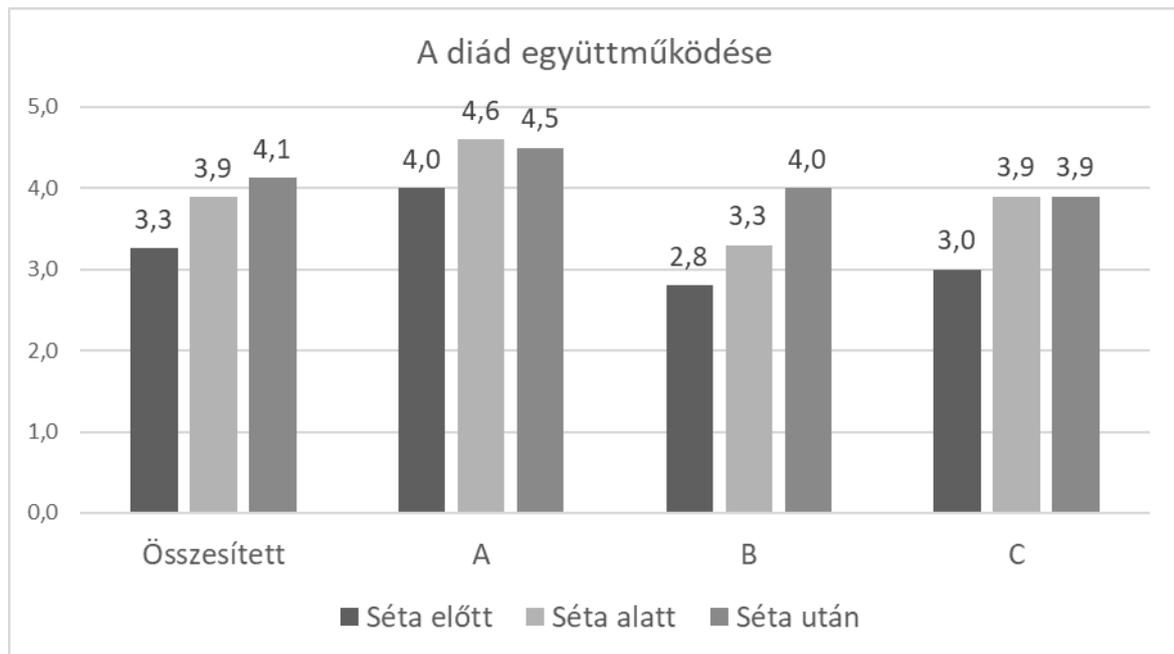
4. ábra – Gondozó és gondozott hangulatának kapcsolata a séta alatt



A válaszok értékelésekor fontos tudatosítani, hogy nem ismerjük a demenciával élő személy klinikai diagnózis szerinti hangulati (affektív) státuszát és mentális állapotát, kognitív funkcióját, tehát a viszonyítási alap, az „átlagos” hangulat/állapot az lesz, amit a gondozó akként értékel. Ez az értékelés tehát nem alkalmas arra, hogy a betegek között összehasonlítást végezzünk, azért sem, mert a gondozó aktuális állapota is meg fogja határozni, hogy ő hogyan vélekedik a gondozott személy állapotáról.

Az együttműködés terén is javuló tendenciáról számoltak be a gondozók a kérdőív eredményei alapján (ld. 5. ábra).

5. ábra – A diád együttműködése



A varianciaanalízis alapján az összes értékelésre vonatkozóan a séták a gondozottak és gondozók együttműködésében szintén szignifikáns javulást tapasztaltunk ($p < 0.0001$).

Együttműködés terén is összesítve a legnagyobb változás minden diád esetén a séta alatt jelentkezett, ugyanakkor változó a diádonkénti dinamika. Volt, ahol összességében kevés volt a változás, de az „elég jó” értékről (4,0) induló együttműködés is átlépett a „nagyon jót” jelentő határon (4,6), amely javulás a séta utáni időszakban is fennmaradt (4,5). Más esetben az „átlagos” együttműködés a séta alatt „elég jóra” változott és az is maradt a sétát követően (3,0 – 3,9 – 3,9). Egy diádnál az „átlagos” séta előtti együttműködés a séta alatt kis mértékben javult csupán (2,8 – 3,3), de a séta utáni együttműködést már határozottan jobbnak írta le a gondozó (4,0).

Érdeklődéssel vártuk, hogy vajon a kvantitatív és a kvalitatív módszertan egyidejű alkalmazása során kapott eredmények hogyan viszonyulnak egymáshoz, azok kölcsönösen igazolják-e egymást. Erre a kérdéseinkre a szélsőséges kvantitatív értékelést (nagyon rossz, elég rossz, nagyon jó) tartalmazó séták naplóbejegyzéseinek célzott elemzésével kerestük a választ.

Azt találtuk, hogy a naplóbejegyzések gyakran feltárták az okát a kiugró értékeléseknek. Például amikor egy-egy gondozó „nagyon rossz” értékelést adott a saját séta előtti hangulatára, naplóbejegyzésben a következőket jegyezték le:

„Hát ez nagyon morózus hangulatban indult és nem igazán volt kedvem mert X teljesen beszámíthatatlan volt. Már reggel elég furcsán ébredt, össze-vissza keresett mindent, egész nap nem találta a helyét.”

vagy

„Tehát a mai nap, ahogy mostanában lassan mindig, ugyan olyan rosszul indul, a mai még rátett egy lapáttal, ami miatt én nagyon morózus voltam, vagyis az átlagnál is rosszabbul.”

vagy

„A mai nap is nagyon nehezen indult, mint általában most minden nap.”

Amikor a gondozó séta előtti hangulata „nagyon jó” volt, a naplóbejegyzések így szóltak:

„Egy hete van itthon nagyfiam a családjával. Jókedvűen indulunk...”

vagy

„Fel vagyok töltve szeretettel.”

vagy

„Ma nagyon vidám hangulatban indultunk el, nagyon szépen sütött a nap, kimondottan egy ideális sétaidő volt.”

Az együttműködésre vonatkozó naplóbejegyzések a kvantitatív értékelés alátámasztása mellett a kritikus nehézségekre is rávilágítottak. Az együttműködés egy fontos tényező a gondozók terheinek és következményesen életminőségüknek a szempontjából, mivel a demenciával élő, de bármely más, gondozásra szoruló személy irányíthatósága kritikus kérdés. A gondozók a naplóbejegyzéseikben is gyakran számoltak be rutincselekvések (pl. öltözködés, evés) terén jelentkező problémákról, amelyekkel akár minden nap szembesülnek. A sétával kapcsolatban kritikus kérdés az öltözködés, egyrészt a megfelelő öltözet elfogadása, másrészt az együttműködés az öltözködésben. A séta előtti rossz együttműködés jellemző okairól szólnak a következő bejegyzések:

„Sétához az öltözködést nem igazán jól viseli. Néha bőgni tudnék mire indulunk.”

vagy

„Óvatosan kell mindent csinálni, mert rögtön azt mondja, hogy ne rángass. (öltözésnél) Abszolút nem működik közre, sőt, ezért van bennem némi szorongás. Vajon jól csinálom-e.”

vagy

„Szokásos öltözési procedura, de nagy nehezen elindultunk.”

vagy

„...ma már hajlandó volt átöltözni”

vagy

„Átöltözni kb fél óra után sikerült”.

A kvantitatív és kvalitatív kutatási módszer párhuzamos alkalmazásának előnyei az események (séta előtt – alatt – után) dinamikájának visszaadása kapcsán is megmutatkoztak. Megfigyeltük, hogy a gondozók egyrészt viszonylag ritkán alkalmaztak szélsőséges kvantitatív értékelést (nagyon/elég rossz, nagyon jó), másrészt ritkán volt egy elemzett eseményen (sétán) belül nagy (minimum 3 pontos) mozgás az értékelésben. Megvizsgálva ilyen eseteket, azt találtuk, hogy a naplóbejegyzésekben rögzítésre kerültek a kirívó történések, az értékelés háttere. Például egy eset, ahol a gondozott személy hangulata 2-5-4 pont; gondozó hangulata 1-3-4; együttműködés 2-4-4 pont:

Mind a gondozott, mind gondozója hangulata rossz volt az adott napon: *„rossz hangulatban, de ma már hajlandó volt átöltözni és még beszélgetni is, megkérdeztem, hogy mit szólna egy kis sétához, meglepetésre válaszolta, hogy próbáljuk meg”.* A séta azonban pozitív változást hozott, amit a kvantitatív értékelés is megmutatott, a naplóbejegyzés pedig megmutatta a hátterét: *„A parkban minden előzetes kérdés nélkül szinte folyamatosan beszélt, észrevette a gesztenyefákat milyen szépen virágoznak, csicseregnek a madarak, milyen nagy a forgalom és nagyon vidáman sétáltunk.”*
„Teljesen el voltam varázsolva ez nem lehet igaz, hogy napokig küzdöttünk most meg minden jó és szép.” *„Hazafelé már azért kissé lelombozódott, megint kezdett az agyi fogaskerék kicsit akadozni, de nagyon el is fáradt.”*

Egy másik eset, amikor a gondozott hangulata 2-2-4 pont; gondozó hangulata 2-3-3 pont, együttműködésük 2-3-4 pont:

„A szokottnál is csendesebb ma. Nem szeretem. Örülök, ha meg tudom nevetetni ... Olyankor azt gondolom, hogy ez jó neki. Séta közben nem akarta, hogy énekeljünk. Ilyen sem volt még. Én élvezem a kintléteket, ilyenkor soha nem gondolok a nehézségekre, amik várnak ránk. ... Csináltam fotókat, virágokról bokrokról, no persze róla is, de őt nem érdekelte, csak azt hajtogatta, hogy haza haza.”

A naplóbejegyzések többnyire magyarázatot adtak arra is, amikor egy-egy esetben az állapot változásának dinamikája eltért a szokásostól, a javulás helyett romlást mutatott a kvantitatív értékelés, például amikor a gondozott hangulata 5-3-4 pont, gondozó hangulata 5-3-5 volt:

„Csalódott volt, mert nem tudtunk a vadasparkba bemenni.” „Én is csalódott voltam, mert nem tudtunk bemenni a vadasparkba. Viszont a teljesen új környezet nagyon izgalmas volt. Reggel nagyon izgatott voltam, mert ugye az eredeti terv az volt, hogy a vadasparkba megyünk és már nagyon rég nem voltam én se.”

Következtetés

A kérdőívek értékelése alapján a kitűzött célt sikerült teljesíteni: információt nyertünk nemcsak a zöld környezetben történő séta hatásáról, hanem a folyamat dinamikájáról is. Az eredményeket a naplóbejegyzésekkel összevetve ugyanakkor a magyarázó tényezőkről is információhoz jutottunk.

A zöld környezetnek, a természeti találkozásnak a mentális egészségre gyakorolt pozitív hatása az eredmények alapján mind a demenciával élők, mind pedig gondozóik esetén érvényesült. A gondozottak és gondozóik hangulata és mentális állapota egyaránt szignifikánsan javult a városi zöldterületeken folytatott séták hatására, ahogy kettejük kapcsolata, a diádok együttműködése is szignifikánsan javult a közös tevékenység eredményeként. A családtagjaik által gondozott betegek hangulata és mentális állapota a gondozó hozzátartozójuk megítélése szerint a sétákat közvetlenül megelőző állapotukhoz képest már a séta alatt jelentősen javult, ez a tendencia pedig a séta után is legalább stagnált, de egyes esetekben tovább javult. Mindez azt igazolja, hogy a demenciával élő személyekre pozitív hatású a városi vagy városközei zöld környezetben folytatott séta összecsengően több kutatási eredménnyel, ahol a természeti találkozás rövid távú, szinte terápiás hatását már igazolták (Bratman, 2019; Summers & Vivien, 2018). Kutatásunk jelentősége abban áll, hogy ezt az összefüggést hazai mintán és körülmények

között is ki tudtuk mutatni, a naplóbejegyzések élményanyaga pedig a hatásmechanizmusba, a folyamat dinamikájába engedett mélyebb betekintést.

A szakirodalomból tudjuk, hogy a „természetben töltött idő” (*time in nature*) egyike a „terápiás életmódbeli változásoknak” (*therapeutic lifestyle changes*), amelyek terén elért kedvező változások (több idő a természetben) előnyösek a betegeknek (Walsh, 2011). Az életmód megváltoztatása önmagában vagy kiegészítésként is terápiás hatású lehet, ugyanakkor elérhető, megfizethető, gyorsan bevezethető. A mentális betegségeknél kiemelkedően fontos, hogy egy-egy intervenció alkalmazásához ne kapcsolódjon stigma, és ne legyen mellékhatása vagy szövődménye. Kutatásunk is igazolta, hogy a városi zöldterületeken folytatott rendszeres séta, mint életmód, terápiás hatású a gondozottra és gondozóra nézve egyaránt. A természeti környezet „feloldozó”, szabadságot jelentő hatását a gondozó hozzátartozók a sétainterjúk során is megfogalmazták, rögzítették naplóbejegyzéseikben, illetve a kvantitatív értékelésben is megjelenítették. A hozzátartozók szöveges beszámolói és kvantitatív értékelésük is megerősíti azokat az ismereteket, miszerint a zöld expozíciónak közvetlen, és a jelek szerint is gyors hatása a stressz csökkentése, illetve a mentális felfrissülés (James, 2015).

Összegezve tehát, jelen kis mintás kutatás is alátámasztja azokat az eddigi eredményeket, amelyek szerint a természet és a mentális egészség pozitív kapcsolata legalább közepesen erős bizonyítékokkal alátámasztható, és az idősebb korosztályban ezek az evidenciák még erősebbek (Fong, 2017; James, 2015).

Kutatásunkban olyan gondozó-gondozott párok vettek részt, akiknek a zöldterületek a mindennapi életükben elérhetőek. A naplóbejegyzésekből megismert, előkészületi nehézségek (pl. öltözködés) mellett kiemelten fontos körülmény a demenciával élők, de más, fizikai akadályozottsággal élők, így sok időskorú esetén is, hogy a zöldterületek elérhetőek, illetve jól megközelíthetőek legyenek. Ahogy az egyik beteg példája mutatja, akár segédeszközzel is, amelynek elfogadása az érintett pár életét – és talán a gondozóét még inkább – megkönnyítette azáltal, hogy növelte a közös mozgásterüket.

Kutatásunk erősségének tekintjük a többféle módszertan párhuzamos alkalmazását. A témában több kvalitatív kutatás szolgált számunkra mintaként, de az általunk kiegészítésül alkalmazott kvantitatív módszer további eredményeket hozott és megerősítette a szöveges beszámolókat. Fontosnak tartjuk, hogy a demenciával élő személyeket is sikeresen bevontunk egy róluk és gondozó társukról szóló kutatásba, ahogy a gondozókat is sikerült meggyőznünk arról, hogy aktív részvételük értékes adalékokkal szolgál a téma tudományos megismerésében. Nem várt

eredménye volt a kutatásunknak, hogy a hozzátartozókban tudatosította gondozói tevékenységük fontosságát, az általuk kezdeményezett tevékenységek – jelen esetben a zöld környezetben folytatott séta – jóllét befolyásoló szerepét.

A kis minta jelenti kutatásunk fő korlátját, bár a témában nem ritkák az alacsony esetszámú vizsgálatok a populáció nehéz elérhetősége okán. Egy potenciális következő vizsgálat esetén a naplóbejegyzések készítésének instrukcióját annyiban módosítanánk, hogy ha például a kedvezőtlen időjárás miatt nem kerül sor a sétára, akkor is kérnénk feljegyzések készítését, hogy ily módon információt kapjunk arról is, hogy a – gyakran várt – pozitív hatású program elmaradása milyen következményekkel jár. Bízunk abban, hogy vizsgálatunk ösztönzést nyújthat kollégáinknak is további hazai empirikus kutatások elkészítéséhez nemcsak a „demencia – természet – mentális jóllét” témakörben, hanem általában is a mentális jóllét és a természeti környezet kapcsolatát illetően.

Köszönetnyilvánítás

Ez a kutatás nem jöhetett volna létre a gondozó családtagok és a gondozottak részvétele nélkül. Nagyon köszönjük mindannyiójuknak, hogy időt és energiát szántak a kutatásban való részvételre, hogy a gondozók társ-kutatóként felkészültek, s megélt és reflektált tudásukat adták a folyamathoz. Ugyancsak köszönettel tartozunk a természet és mentális jóllét szélesebb elméleti megalapozásában részt vevő kutatótársainknak, Báldi Andrásnak, Martos Tamásnak, Mihók Barbarának és Sallay Violának. Természetesen az írásban szereplő minden állításért csak a szerzők tartoznak felelősséggel.

Etikai engedély:

A kutatás az Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Kutatásetikai Bizottsága által 2021/190 számon kiadott engedélyének megfelelően került lebonyolításra.

Támogatás:

A kutatás „A társadalmi jóllét ökológiai alapjai - tájhasználat és klímaváltozás hatása vízi és szárazföldi ökoszisztémákra” HU MTA Kiválósági Együtműködési Program 2019–2021 keretében valósult meg.

Irodalomjegyzék

1. Alzheimer's Disease International (2015): World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. ADI. Elérhető: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015> (Utoljára letöltve: 2021. 10. 20.)
2. Attention Restoration Theory (2021. 04. 20.). In Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Attention_restoration_theory
3. Bratman, G.N., Anderson, C.B., Berman, M.G., Cochran, B., De Vries, S., Flanders, J., ... & Kahn, P.H. (2019): Nature and mental health: An ecosystem service perspective. *Science advances* (5), 7: eaax0903.
4. Choe, E. Y.; Jorgensen, A. & Sheffield, D. (2020): Simulated natural environments bolster the effectiveness of a mindfulness programme: A comparison with a relaxation-based intervention. *Journal of Environmental Psychology* (67), 101382.
5. Cook, M. (2020): Using urban woodlands and forests as places for improving the mental well-being of people with dementia. *Leisure Studies* (39), 1: 41-55.
6. Dúll, A. (2006): Környezetpszichológia: szemlélet, elmélet és alkalmazás. In Bagdy, E. & Klein, S. (Eds.), *Alkalmazott pszichológia* (pp. 160-187). Budapest: Edge 2000.
7. Eppers, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008): Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* (20), 8: 423–428.
8. Fekete, M, Szabo, A., Stephens, C., Alpass, F. (2019): Older New Zealanders in caregiving roles: Psychological functioning of caregivers of people living with dementia. *Dementia* (18), 5: 1663-78.
9. Fonareva, I., Oken, B. S. (2014): Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International Psychogeriatrics* (26), 5: 725–747.
10. Fong, K.C., Hart, J.E., James, P. (2018): A review of epidemiologic studies on greenness and health: updated literature through 2017. *Current environmental health reports* (5), 1: 77-87.
11. Gibson, J. (1977): The theory of affordances. In R. E. S. J. Bransford (Ed.), *Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology* (pp. 67-82). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

12. James, P., Banay, R.F., Hart, J.E., Laden, F. (2015): A review of the health benefits of greenness. *Current epidemiology reports* (2), 2: 131-142.
13. Kaplan, S. (1995): The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology* (15): 169-182.
14. Korpela, K.M., Hartig T., Kaiser, F. G., Fuhrer, U. (2001): Restorative experience and self-regulation in favorite places. *Environment and Behavior* (33): 572-589.
15. Korpela, K; Korhonen, M., Nummi,T; Martos, T. & Sallay, V. (2020): Environmental self-regulation in favourite places of Finnish and Hungarian adults. *Journal of Environmental Psychology* (67), 101384.
16. Kraijo, H., Brouwer, W., de Leeuw, R., Schrijvers, G., van Exel, J. (2012): Coping with caring: Profiles of caregiving by informal carers living with a loved one who has dementia. *Dementia-International Journal of Social Research and Practice* (11), 1: 113–130.
17. Kramer, B. J. (1997): Gain in the caregiving experience: Where are we? What next?. *Gerontologist* (37), 2: 218–232.
18. Krol, M., Papenburg, J., van Exel, J. (2015): Does Including Informal Care in Economic Evaluations Matter? A Systematic Review of Inclusion and Impact of Informal Care in Cost-Effectiveness Studies. *Pharmacoeconomics* (33), 2: 123–35.
19. Meidenbauer, K.L., Stenfors, C.U.D., Bratman, G.N., Gross, J.J., Schertz, K.E., Choe, K.W., Berman, M.G. (2020): The Affective Benefits of Nature Exposure: What’s Nature Got to Do with It?. *Journal of Environmental Psychology* (72), 101498.
20. Mihók, B., Fekete, M., Frankó, L., Martos, T., Pataki, Gy., Sallay, V., Báldi, A. (2021): *Természet és lelki egészség. ELKH Ökológiai Kutatóközpont, Vácrátót - Budapest, 37 old., ISBN 978-615-6375-00-1*
21. Mmako, N. J., Courtney-Pratt, H., Marsh, P. (2020): Green spaces, dementia and a meaningful life in the community: A mixed studies review. *Health & Place* (63), 102344.
22. Norwood, M. F.; Lakhani, A.; Maujean, A.; Zeeman, H.; Creux, O. & Kendall, E. (2019): Brain activity, underlying mood and the environment: A systematic review. *Journal of Environmental Psychology* (65), 101321.
23. Odzakovic, E., Hellström, I., Ward, R., Kullberg, A. (2020): ‘Overjoyed that I can go outside’: Using walking interviews to learn about the lived experience and meaning of neighbourhood for people living with dementia. *Dementia* (19), 7: 2199-2219.
24. OECD (2011). *Compendium of OECD Well-Being Indicators*. OECD

25. Palanica, A.; Lyons, A.; Cooper, M., Lee, A. & Fossat, Y. (2019): A comparison of nature and urban environments on creative thinking across different levels of reality. *Journal of Environmental Psychology* (63): 44-51.
26. Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, M.M. (1990): Caregiving and the stress process – An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* (30), 5: 583–94.
27. Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., Ferri, C.P. (2013): The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia* (9), 1: 63-75.
28. Sallay, V. (2014): Környezeti-érzelmi önszabályozási folyamatok a családi otthon terében. Doktori disszertáció, ELTE Pszichológiai Doktori Iskola.
29. Sando, O. J., Sandseter, E. B. H. (2020): Affordances for physical activity and well-being in the ECEC outdoor environment. *Journal of Environmental Psychology* (69), 101430.
30. Schorr, A.V., Ayalon, L., Tamir, S. (2020): The relationship between satisfaction with the accessibility of the living environment and depressive symptoms. *Journal of Environmental Psychology* (72), 101527.
31. Summers, J. K., Vivian, D. N. (2018): Ecotherapy – A forgotten ecosystem service: A review. *Frontiers in Psychology* (9), 1389.
32. Unicef (2012): Children in an Urban World. The state of the world's children 2012 Children in an urban world.
33. Walsh, R. (2011): Lifestyle and mental health. *American Psychologist* (66), 7: 579.
34. World Health Organization (2008): Mental Health Global Action Programme – Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. World Health Organization. ISBN 978 92 4 159620 6

A szerzők:

Fekete Márta, PhD

Gálfi Béla Gyógyító És Rehabilitációs Közhasznú Nonprofit Kft.

MDRG Kft.

fekete.marta.se@gmail.com

Frankó Luca, PhD

ELTE, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Szervezet-és Vezetépszichológia Tanszék

franko.luca@ppk.elte.hu

Pataki György, PhD

ESSRG Nonprofit Kft.

pataki.gyorgy@essrg.hu

Kiss Veronika

Döntéselmélet Tanszék, Vállalatgazdaságtan Intézet, Budapesti Corvinus Egyetem

veronika.kiss@uni-corvinus.hu

A szerzők bemutatása, életrajza, a kutatásban és a publikáció elkészítésében végzett munkájuk:

Fekete Márta:

Orvos, egészségügyi közgazdász. PhD fokozatot 2020-ban szerzett a Budapesti Corvinus Egyetemen a demenciával élők informális ápolásának és a társadalmi fenntarthatóság kapcsolatának kutatási témájában. Kutatóként érdeklődési területe az időskorúak életminősége, az informális ápolás és a társadalmi érzékenyítés.

A kutatás ötletgazdája, a kutatás gyakorlati részének fő kivitelezője; jelen publikációban a demenciára vonatkozó elméleti háttér és az eredmények ismertetése volt a fő feladata.

Frankó Luca:

Pszichológus, tanácsadó, család- és párterapeuta jelölt, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Szervezet-és Vezetépszichológia Tanszékének egyetemi adjunktusa. Doktori fokozatát az ELTE-n, a Pszichológiai Doktori Iskola környezetpszichológia modulján szerezte. Fő kutatási

területe jelenleg a munkavégzés, elsősorban az elmúlt tíz évben népszerűvé váló új generációs irodai struktúrák környezetpszichológiai szemléletű vizsgálata.

A kutatáshoz és a publikáció megszületéséhez a pszichológiai elméleti és kutatásetikai háttérrel biztosította, valamint az adatgyűjtés módszereinek és eszközeinek kiválasztásában, összeállításában vett részt.

Pataki György:

Közgazdász, a menedzsment- és szervezettudományok doktora. 1994 és 2019 között hazai felsőoktatási intézmények főállású oktatója-kutatója volt. Az ESSRG Nonprofit Kft. egyik alapító tulajdonos kutatója. Kutató munkáját elsősorban az Európai Unió finanszírozásában zajló nemzetközi projekteken végzi a fenntarthatósági kutatások sokszínű területén.

Részt vett a kutatás tervezésében, a kutatási módszerek kiválasztásában, valamint a kutatás kivitelezésében is szerepet vállalt. A publikáció megszületése során a multidiszciplináris megközelítés megjelenítése köszönhető munkájának.

Kiss Veronika:

Biológus, közgazdász. Doktori tanulmányait 2014-ben kezdte meg a Budapesti Corvinus Egyetemen. 14 év kutatási és ENSZ, valamint európai uniós nemzetközi környezetvédelmi és fenntarthatósági szakpolitikai folyamatokat befolyásoló munkatapasztalattal rendelkezik, számos nemzetközi projektet vezetett.

A kutatásnak „A társadalmi jóllét ökológiai alapjai – tájhasználat és klímaváltozás hatása vízi és szárazföldi ökoszisztémákra” c. MTA Kiválósági Együttműködési Programba való ágyazása köszönhető munkájának.

A szerzők nyilatkoznak, hogy a közölni kívánt tanulmány máshol nem jelent meg.

1. Melléklet

A naplóbejegyzések elkészítéséhez adott szempontok

- A gondozotról:

- Milyen volt az általános állapota?
- Milyen volt a beteg viselkedése általában? Megfigyelhető volt-e a szokatlantól eltérő aktivitás, agresszió, nyugalom, irányíthatóság vagy együttműködés stb.?
- Milyen volt az alvásának minősége és mennyisége a séta előtt és után? Történt-e a séta hatására ebben változás?
- Milyen volt a beteg hangulata? Észlelt-e rajta esetleg félelmet, szorongást vagy kifejezetten pozitív érzelmeket? Ha igen, miből látta ezt?
- Milyen volt az étvágya a séta előtt és után, esetleg közben? Történt-e a séta hatására ebben változás?
- Mennyit beszélt a beteg a séta alatt vagy után? Megjelentek-e nála új vagy régen emlegetett témák? Felidézett-e régi emlékeket a séta ideje alatt? Ha igen, minek hatására?
- Hogyan alakult a beteg tájékozódása térben és időben? Ezt miből tapasztalta?
- A séta alatt felidézett-e a beteg esetleg korábbi közös sétákat vagy bármilyen, a természethez kapcsolódó emlékeket a naplózás időszakából vagy régebbi, de már a betegsége alatti időkből?
- Utalt-e valamilyen módon a beteg a természethez való viszonyára? Ha igen, milyen módon (akár szó szerint idézve)?

- A gondozóról:

- Milyen volt az általános állapota? Történt-e ma Önnel bármi rendkívüli, szokatlan?
- Milyen volt a fizikai egészségi állapota (betegség, fáradtság érzés, fizikai erőnlét, kipihentség)?
- Milyen volt a hangulata? Észlelt-e magán félelmet, stresszt esetleg szorongást vagy éppen kifejezetten pozitív érzelmeket, mint például öröm, feldobottság, elégedettség? Ez megnyilvánult esetleg valamilyen viselkedésében is (pl. kevesebbet dohányzott, többet nevetett stb.)?

- Milyen volt reggel a hangulata? Mennyire volt motivált a feladatai elvégzésében?
- Milyen volt ma az Ön számára a természetben lenni a séta alatt?
 - Kettejük kapcsolatáról:
 - Milyen volt az együttműködésük a séta alatt? (Itt kifejtheti a fentebb pontokban is kifejezett érték indoklását)
 - Mennyire volt gördülékeny a sétára való elindulás, illetve maga a séta?
 - Hogyan, milyen módon tudtak egymáshoz kapcsolódni? Ebben volt-e szerepe a természetnek? Ha igen, mi?
 - Könnyű vagy nehéz volt beszélgetni, témát találni a séta során?
 - Történt-e valami szokatlan az együttműködésükben a séta alatt?
 - Volt-e konfliktusuk? Ha igen, sikerült-e feloldani? Ha nem, hogyan tudták kezelni? Ha igen, hogyan sikerült?
 - Milyen természeti környezet vette ma körül Önöket (meleg volt, csepergett az eső, csicseregtek a madarak, virágoztak a fák, borult volt az idő stb.)? Ennek volt-e hatása a kettejük együttműködésére?

2. Melléklet

Az online felületen lehetőleg közvetlenül (kb. egy órán belül) a sétából hazaérkezést követően kitöltendő kérdőív:

- **Kérdések a gondozotról:**

Milyen hangulati és mentális állapotban volt ma a gondozott közvetlenül a séta előtt?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

Milyen hangulati és mentális állapotban volt ma a gondozott a séta alatt?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

Milyen hangulati és mentális állapotban volt ma a gondozott közvetlenül a séta után?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

- **Kérdések a gondozóról:**

Milyen hangulati és mentális állapotban volt ma Ön közvetlenül a séta előtt?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

Milyen hangulati és mentális állapotban volt ma Ön a séta alatt?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

Milyen hangulati és mentális állapotban volt ma Ön közvetlenül a séta után?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

- **Kettejük kapcsolatára vonatkozó kérdések:**

Milyennek érezte a kapcsolatukat, együttműködésüket közvetlenül a séta előtt?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

Milyennek érezte a kapcsolatukat, együttműködésüket közvetlenül a séta alatt?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5

Milyennek érezte a kapcsolatukat, együttműködésüket közvetlenül a séta után?

Nagyon rossz	Elég rossz	Átlagos	Elég jó	Nagyon jó
1	2	3	4	5



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

ÉSZLELT TÁRSAS TÁMASZ IDŐSKORBAN

Ferwagner Anna, Dr. Pék Győző

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet

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

Absztrakt

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

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

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

PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN OLD AGE

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

Abstract

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

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

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

Bevezetés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Módszerek és minta

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eredmények

Támogató személyek száma:

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

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

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

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

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

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

Instrumentális támasz:

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

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

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

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

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

Érzelmi információs támasz:

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

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

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

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

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

Pozitív szociális interakciókon alapuló támasz:

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

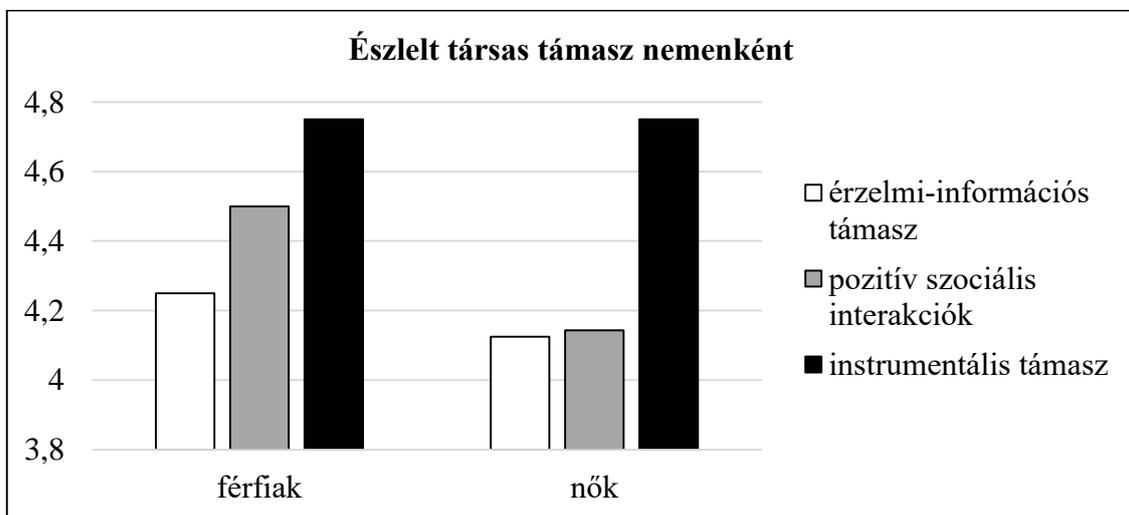
Az *önálló független életvitel feladása és az életkor változók együttes hatásának* vizsgálatok a lineáris modell még árnyaltabb képet mutatott ($p=9.673e-7$; $R^2=0.289$; $F(5, 104)=8.453$). Az 5. táblázatban látható eredmények alapján jól látszik, hogy míg az önálló független életvitelt folytatók esetében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

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

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

Támasz típusok összehasonlítása

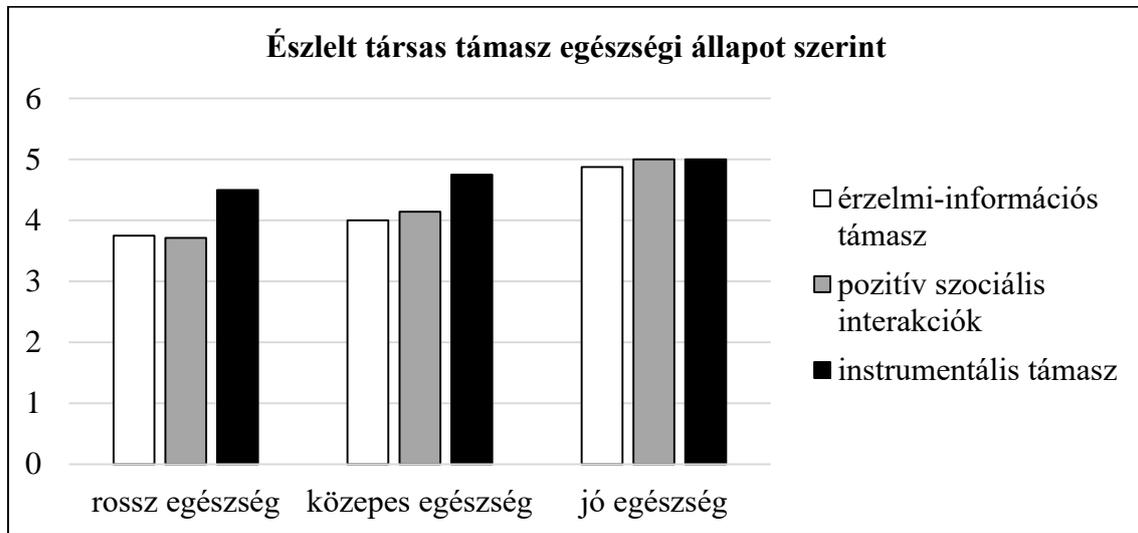
Egyik támasztípus sem különbözik szignifikánsan a férfiak és a nők esetében, továbbá mindkét nem esetében az érzelmi-információs támasz bizonyult a legkisebb, míg az instrumentális támasz a legnagyobb mértékűnek, amely az 1. ábrán látható.



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

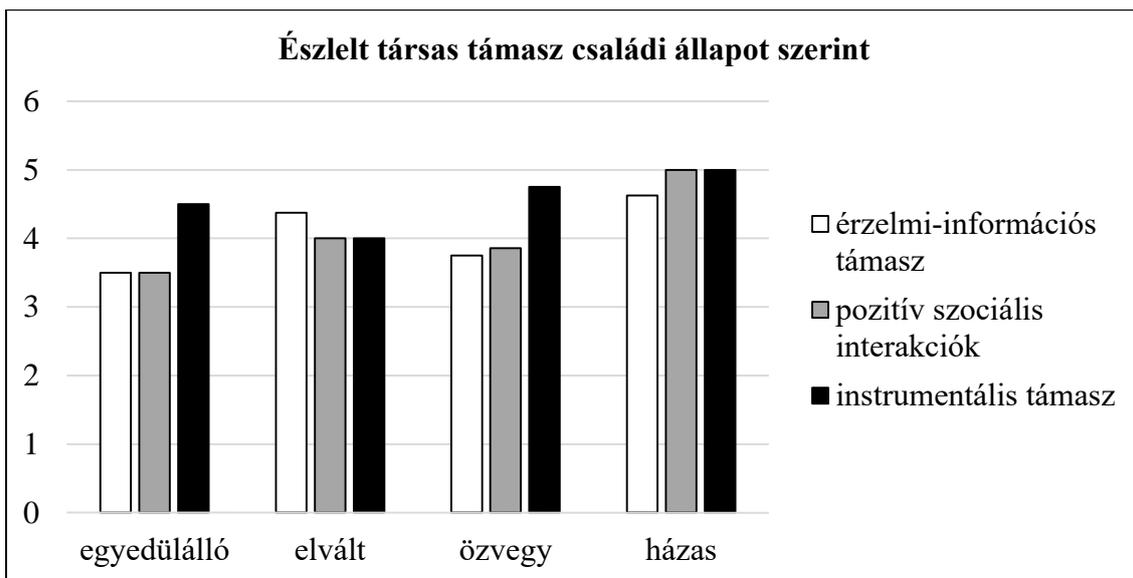
A rossz és kielégítő egészségi állapotban lévők szignifikánsan kisebb támaszt észleltek az instrumentális támaszon kívüli támasztípusok esetében, mint a jó és kiváló egészségi állapotban

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



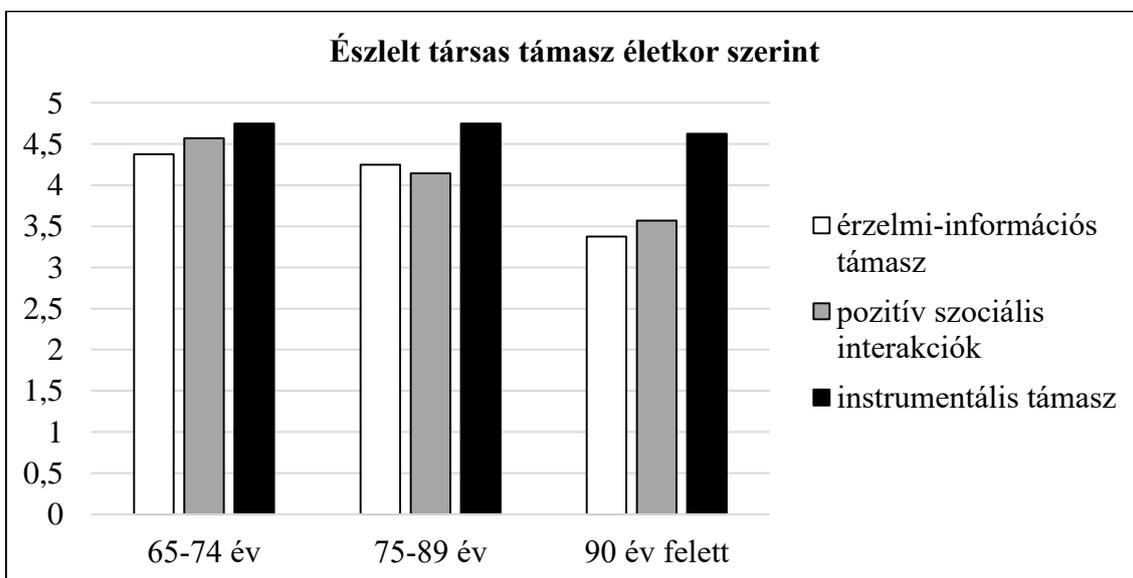
2. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása egészségi állapotok szerint (rossz-kielégítő egészségi állapot; közepes egészségi állapot; jó-kiváló egészségi állapot) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

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



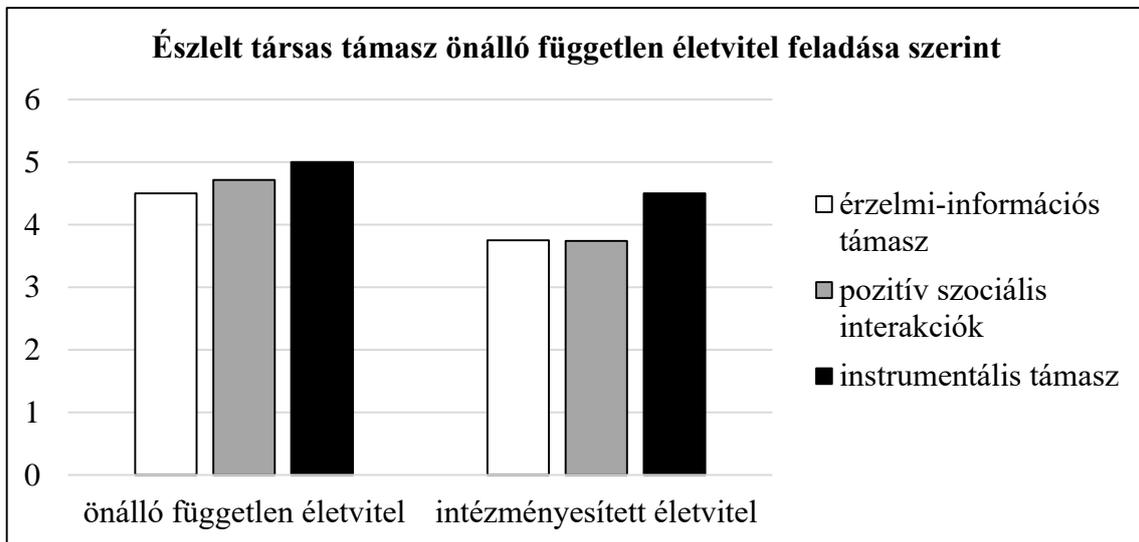
3. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása családi állapot szerint (egyedülállók; elváltak; özvegyek; házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

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



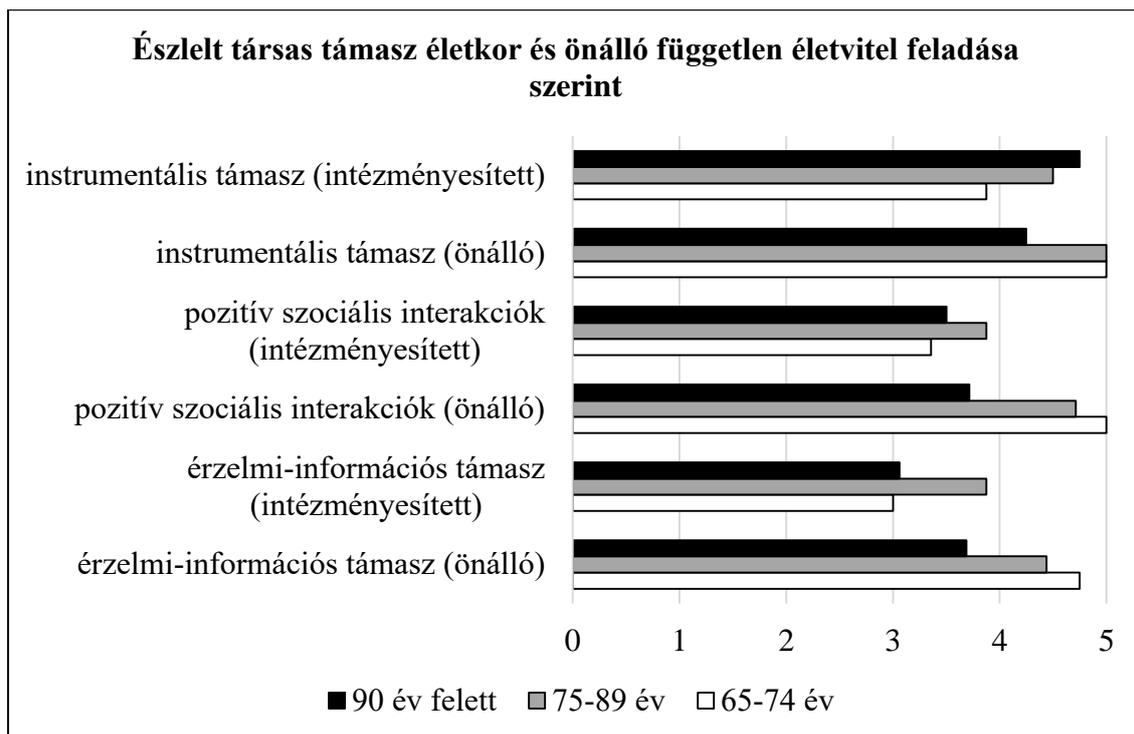
4. ábra: Észlelt társas támasz típusok összehasonlítása korcsoportonként (életkor: 65-74 év között; 75-89 év között; 90 év felett) a Társas Támasz Kérdőív 2-20. kérdéseire adott válasz alapján (lineáris modell; medián értékek)

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



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

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



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

Korrelációk:

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

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

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

Következtetések és javaslatok

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

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

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

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

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

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

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

Irodalomjegyzék

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

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

A szerzők:

Ferwagner Anna

ferwagner.anna@gmail.com

Dr. Pék Győző PhD

Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet

4032 Debrecen, Egyetem tér 1.

viktorbaker55@gmail.com

Levelező szerző:

Ferwagner Anna

PhD hallgató, Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola Pszichológia Program

e-mail: ferwagner.anna@gmail.com



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

On-line verzió: ISSN 2062-3690

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

A SÓSTÓ-GYÓGYFÜRDŐK ZRT. KÍNÁLATA AZ IDŐSÖDŐ GENERÁCIÓKNAK

Helmeczi Gabriella

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

Kulcsszavak: generáció, fürdőgyógyászati kezelés, mozgásszervi megbetegedés, gyógyturizmus, Sóstó-Gyógyfürdő

Absztrakt

Magyarország korfáját elemezve láthatjuk, hogy öregedő szerkezetű társadalomban élünk, ennek köszönhetően az idősebb generációk egyre jelentősebb mértékben fordulnak elő a gyógyturisztikai szektorban. Tanulmányom célja a generáció fogalmának és csoportosításának megértése, összehasonlítása a gyógyturisztikai célcsoportok generációs szempontú meghatározásával. A gyógyturizmus legnagyobb csoportját a *60 év feletti idősök alkotják*, akik leggyakrabban mozgásszervi bántalmakkal keresik fel a gyógyfürdőket. Szabolcs-Szatmár-Bereg megye különösen gazdag a gyógyfürdőkben, közülük is kiemelkedik a Sóstó-Gyógyfürdő, mely nemzetközi jelentőségű fürdőnk. Tanulmányomban a szakirodalom és a statisztikák alapján jellemzem a hazai generációkat, továbbá a Sóstó-Gyógyfürdő adatai és a hely kínálata alapján a gyógyturizmus lehetőségeit – nevezetesen az egészségturisták egészségmegőrzésében és javításban, a fürdőkultúra kialakításában, valamint a szabadidő kellemes és hasznos eltöltésében – kívánom feltárni.

Keywords: generation, thermal bath treatment, musculoskeletal disorders, medical tourism

Abstract

Analyzing the age pyramid of Hungary, we can see that we live in an aging society, due to which the older generations are becoming more and more important in the medical tourism sector. The largest group of medical tourism is the elderly over the age of 60, who most often visit spas with musculoskeletal disorders. Szabolcs-Szatmár-Bereg county is especially rich in spas, the Sóstó Spa, which is our spa of international significance, also stands out. The aim of the Sóstó Spa is to play a role in maintaining and improving the health of health tourists, in developing a bathing culture, and in spending a pleasant and useful leisure time.

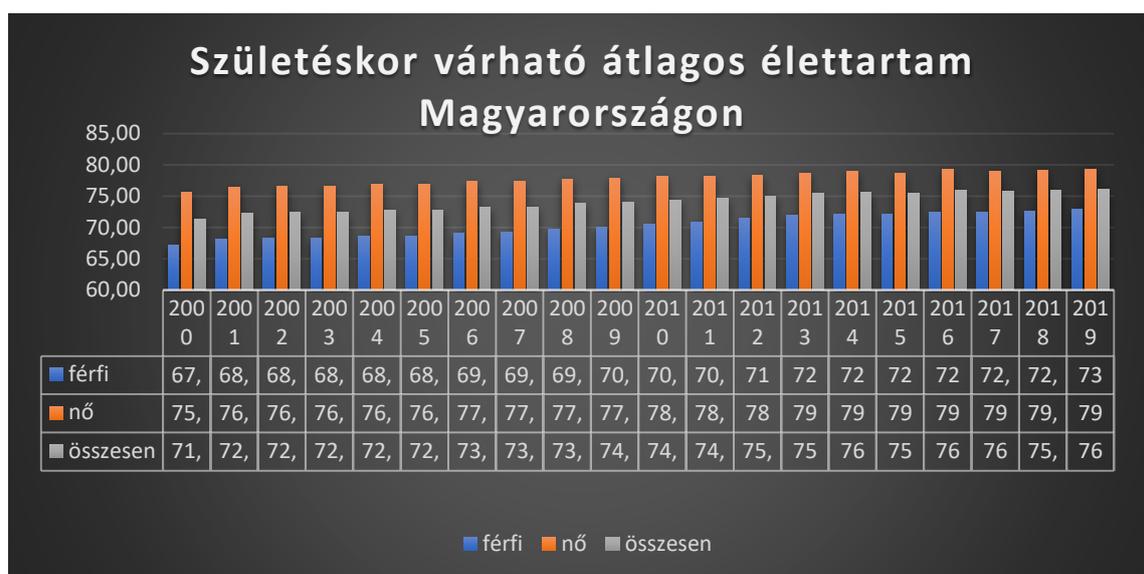
Bevezetés

Az elmúlt évtizedek statisztikai adatai bizonyítják, hogy a fejlett világ országaiban folyamatosan nő a születéskor várható élettartam (1. ábra) és a népességben egyre nagyobb az idősek aránya – mindez azt jelenti, hogy öregedő korszerkezetű társadalomban élünk (KSH, 2020). A KSH interaktív korfájáról leolvasható, hogy a 60 év fölötti magyar népesség aránya nőtt, 2000-ben 19% volt, 2010-ben 22%-ra, 2020-ban 26%-ra változott, és ha ez így marad, az arány 2050-re a 34%-ot is elérheti. Ha a 65 év felettek arányát is vizsgáljuk, láthatjuk, hogy hazánkban 2000-ben 15% volt, 2010-ben 17 %-ra, 2020-ban 21%-ra növekedett ez a szám. Az előrejelzések szerint 2050-re a 28%-ot is elérheti az arányszám. A várható élettartam Magyarországon alacsonyabb az uniós átlagnál. Az uniós átlag 2015-ban 80.6 év, hazánkban pedig 75,7 év volt.

Megváltozott az idősek korösszetétele is, 2000-ben a népesség 17%-a volt 60-80 év közötti és 2%-a 80 év feletti. Ez az arány az előzőekhez hasonlóan növekvő tendenciájú, 2020-ban a 60-80 éves korosztály az összlakosság 22%-a, a 80 év fölötti korosztály a népesség 3,9%-a (KSH interaktív korfa, 2020).

A nemek arányát tekintve az 1000 férfira jutó nők száma a korosodással fokozatosan emelkedik: 60-64 éveseknél 1295, 85 éven felülieknél eléri a 2372-t (Iván, 2002).

1. ábra: Születéskor várható élettartam Magyarországon



Forrás: Saját szerkesztés KSH-adatok alapján

Az időskorúak aktivitásának megőrzése korunk egyik nagy társadalmi kihívása. Különböző generációs elméletek rendkívül népszerűek a társadalomkutatók körében, számos vizsgálathoz jelentenek kiindulópontot. Kutatások igazolják, hogy az idősebb generációk egyre jelentősebb tényezővé válnak a fogyasztói piacon az egyének emelkedő várható élettartama, és az egészségben, aktívan eltöltött évek számának növekedése miatt. Mindez nemcsak az egészségtudatos életmódra, az emelkedő nyugdíjkorhatár miatt a munkaképesség megőrzésére, hanem ezen belül a szabadidő eltöltésére és a turisztikai szokásokra is hatással van (Lohmann & Danielsson, 2001).

Idős(ödő) generáció

Mielőtt bemutatnám a generációk egy csoportját, fontos meghatározni magát a *generáció* fogalmát. A generáció fogalmának meghatározásával számos szakirodalom foglalkozik, több megközelítés és definíció született a témával kapcsolatban. A generációkutatások alapjait William Strauss és Neil Howe (1992) fektették le. Szerintük a generáció olyan személyek csoportja, akik azon a történelmi időn és téren osztoznak, mely kollektív személyiséget biztosít nekik.

Különbséget tehetünk a generáció szociológiai és biológiai megfogalmazásai között. Szociológiai értelemben a generáció olyan személyek csoportja, akik ugyanabban a korszakban születtek s akiket sajátos események, trendek és folyamatok alakítottak és kötnek össze.

A hagyományos biológiai meghatározás szerint a generáció a szülők és utódaik születése közötti átlagos időintervallumot jelöli, mely két évtizedet jelent. A múltban ez a fogalom jó alapot képezett a szociológusok számára, mára irreleváns. Ha napjainkban is ezt az elméletet követnénk, a generációs idő az eddigiéknél hosszabbra tolódna. Ennek oka, hogy a gyermekvállalás kitolódott, a szülők és utódaik születése közötti időintervallum két évtizedről három évtizedre változott (McCrindle, 2010).

A generációkat különböző szempontok szerint csoportosíthatjuk (1. táblázat). Az egyik felosztás a digitális technológiához való viszony alapján került leírásra. A klasszikus besorolás szerint 3 csoportot különböztetünk meg: fiatal generáció, középgeneráció, idős generáció (Törő, 2021).

1. táblázat: A generációk felosztása

Generációk	Létszám (fő) 2020-ban	A teljes lakossághoz viszonyított arány 2020-ban	Klasszikus felosztás
Veteránok 1944 előtti szülöttek	739 396 fő	7,6 %	Idős generáció
Baby Boomerek 1945–1964	2 299 382 fő	23,63%	
X generáció 1965–1979	2 243 616 fő	23,06%	Középgeneráció
Y generáció 1980–1994	1 900 809 fő	19,53%	
Z generáció 1995–2010	1 619 657 fő	16,64%	Fiatal generáció
Alfa generáció 2010-től szülöttek	927 912 fő	9,54%	

Forrás: KSH interaktív korfa adatai alapján

A turizmus célcsoportjai az életkor alapján nagyjából követi a fenti korcsoportos megoszlást, de vannak a turisztikai piacra érkező korosztályok között összefonódások. A gyakorlatban a következő csoportokra bonthatók: ifjúsági turizmus, középkorosztály turizmusa, idősek turizmusa (senior turizmus). Turisztikai motiváló tényező lehet az egyéni fejlődés, szocializáció, szabadidő kihasználása, relaxáció, valamint egészségügyi okok, utóbbi egészségturizmus néven külön ággá vált. A senior korúak esetében a kutatások azt bizonyítják, hogy az idős korosztályt az egészségi állapot megőrzése és javítása szintén ösztönzi az utazásra, szolgáltatások igénybevételére. A senior korcsoport növekvő szerepe igazolja, hogy a szegmens turisztikai igényeinek feltárása a turizmus szakma fontos feladata (Kolos & Kövesdi, 2020);

Balázs & Bene, 2019). A gyógyturizmus alapfogalmából adódik, hogy ebben az esetben nem csak turistákról, hanem gyógyulni vágyókról, azaz *gyógyturistákról* beszélhetünk.

Az egészség és a turizmus kölcsönhatása

A gyógyturizmus legnagyobb csoportját a 60 év feletti idősök alkotják, akik leggyakrabban mozgásszervi bántalmakkal keresik fel a gyógyfürdőket. A mozgásszervi megbetegedések kialakulásának több oka lehet: *helytelen testtartás, túlterhelés, rendszeres mozgás hiánya, a „kor”*, hiszen az említett panaszok előfordulásának jelentős része 50-60 éves kor utánra tehető.

A mozgásszervi panaszok jelentős részét képezik az ízületi megbetegedések, melyen belül megkülönböztetjük a gyulladásos ízületi megbetegedéseket, illetve a kopásos ízületi megbetegedéseket. Míg az előbbiek legjellemzőbb tünetei a fájdalom, az ízület merevsége, és időnkénti duzzanata is, az utóbbiaknál a tünetek kialakulását megelőzően először az ízületi porcok kopása figyelhető meg.

Hazánk a gyógyvizek „paradicsomának” tekinthető. Magyarországi gyógyhelyek legnagyobb része termálvízre, néhány jelentős fürdőnk viszont langyos vízre alapozott, illetve vannak hideg vizű gyógyfürdőink is. A gyógyturizmus gyógyüdülőhelyekre koncentrálódik. Jellemző a szektorra, hogy nem szezonális, a turisták egész évben folyamatosan igénybe veszik szolgáltatásait. Az idősök számára kialakított programoknál, szolgáltatásoknál fokozottan figyelembe kell venni az életkori sajátosságait (Papp, 2017).

A 2. ábra a magyar termál-gyógyhelyeket mutatja be nemzetközi, regionális és lokális jelentőség szerinti bontásban. Több megyéhez hasonlóan Szabolcs-Szatmár-Bereg megye is gazdag a gyógyfürdőkben, közülük is kiemelkedik a Nyíregyházán üzemelő **Sóstó-Gyógyfürdő**, mely nemzetközi jelentőségű fürdőnk.

2. ábra: Termál-gyógyhelyek Magyarországon



Forrás: Papp I. (2017). Szálloda- és vendéglátásmenedzsment

Kutatási kérdések és módszerek

Az eddigi fejezetek bemutatták a hazai generációkat, az idős generáció jellemzőit, életkori sajátosságból adódó betegségeket és az idősök kapcsolatát a gyógyturizmus szektorral. A továbbiakban olyan tanulmányok, statisztikák és interjúk eredményei kerülnek bemutatásra, melyek kapcsolódnak az idős korosztályhoz, mozgásszervi problémákhoz, valamint a gyógyturizmus szektorhoz. A tanulmány középpontjában a Sóstó-Gyógyfürdő szerepel, melynek gyógyturisztikai lehetőségeit kívánom feltárni.

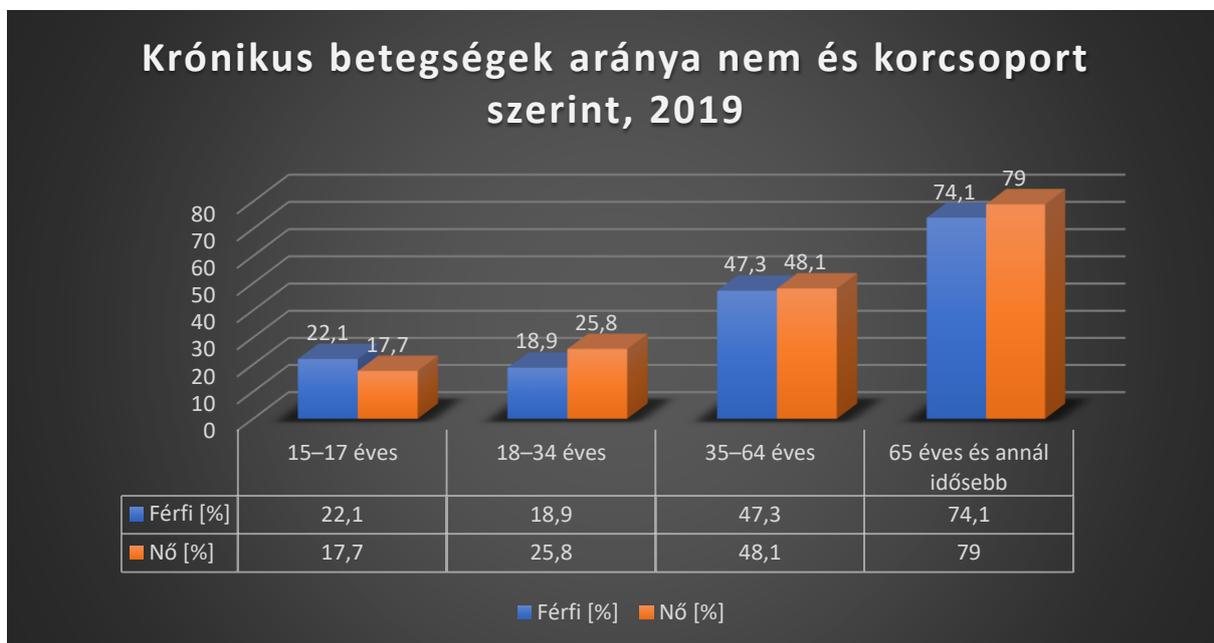
Mozgásszervi betegségekkel kapcsolatos eredmények

A 2014-es és 2019-es európai lakossági egészségfelmérés (KSH, <https://www.ksh.hu/elef>, <https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html>) adataiból láthatjuk, hogy jelentős a magyar lakosságon belül a mozgásszervi betegségekkel küzdők száma. A hát- és gerincfájás a lakosság 21%-át, ízületi kopás pedig a lakosság 17%-át érinti.

2019-ben a magyar lakosság 48%-a számolt be arról, hogy van krónikus, legalább 6 hónapja fennálló, vagy vélhetőleg a későbbiekben legalább ugyanennyi ideig tartó betegsége. A nők közül többen küzdenek ilyen betegséggel (51%), mint a férfiak (44%). A krónikus betegek

aránya az életkorral párhuzamosan emelkedik: a 15–17 évesek egyötödének, a 65 évesek és annál idősebbek 77%-ának volt krónikus, hosszantartó egészségi problémája. (3. ábra)

3. ábra: Krónikus betegek aránya, 2019



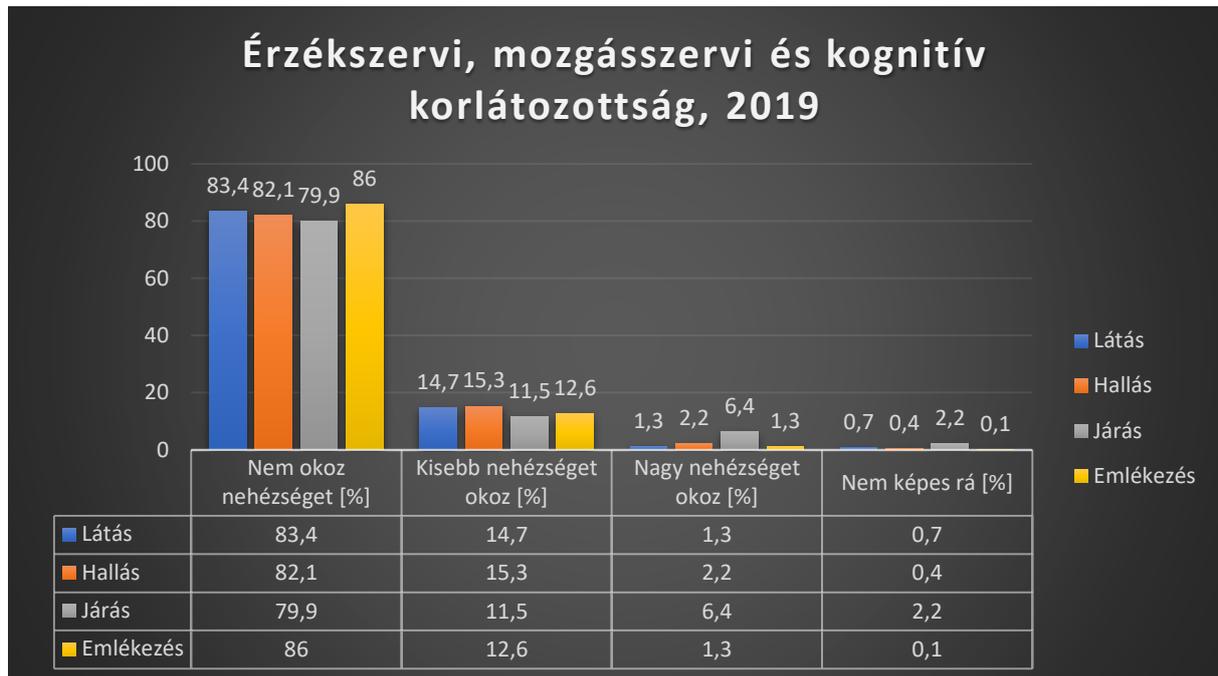
Forrás: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html

A magyar lakosság 61%-ának volt a felmérést megelőző 12 hónapban olyan hosszantartó betegsége, amit orvos állapított meg. A leggyakoribb krónikus betegség a magasvérnyomás-betegség, amelyben majdnem minden harmadik magyar szenved. Ezt követi két mozgásszervi betegség: a lakosság egyötöde (a férfiak 17, a nők 22%-a) küzd derék- és hátfájással, 15%-a (a férfiak 13, a nők 17%-a) pedig ízületi porckopással (arthrosissal).

„Az egészségtudatosság fontos területe a rendszeres testmozgás. Aktív életkorban időnk jelentős részét iskolában vagy a munkahelyünkön töltjük, így az életkortól, illetve attól függően, hogy milyen jellegű munkát végzünk, a fizikai és mentális igénybevételeink is eltérő lehet, ami szintén befolyásolhatja egészségi állapotunkat.” (KSH, Lakossági egészségfelmérés, 2019). A felmérés eredményeiből leszűrhető, hogy a sportolás és szabadidő eltöltés gyakoriságát a jövedelmi helyzet nagyban befolyásolja.

Az érzékszervi, mozgásszervi és kognitív problémák vizsgált területei a látás, a hallás, a járás és az emlékezés voltak. A lakosság körében e területek közül a járás jelenti a leggyakoribb gondot, minden ötödik embernek nehézségei vannak a gyaloglásban vagy lépcsőn való közlekedésben. (4. ábra)

4. ábra Mozgásszervi korlátozottság, 2019

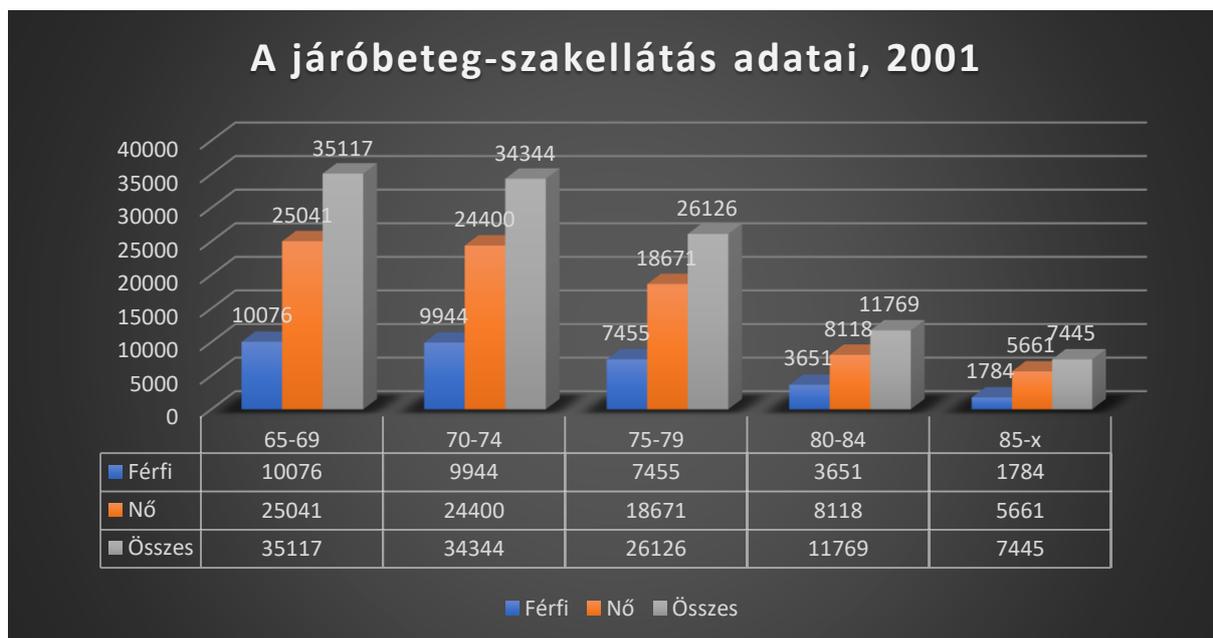


Forrás: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html

Az idős emberek gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Az összes kórházi ápolási eset 1/3-át, a járóbeteg-szakellátás klinikai jellegű rendelésein megjelent betegek 1/5-ét a 65-x éves betegek teszik ki. Az idős emberek évente 2-3 alkalommal fordulnak a járóbetegszakellátás orvosaihoz (Paksy, 2004).

Ha a mozgásszervi betegségeket BNO csoportosítás alapján vizsgáljuk, láthatjuk, hogy a csont- és izomrendszer betegségei (M00–M99) gyakori időskori betegségek, főleg a kopási-degeneratív eredetű ízületi bántalmak száma és aránya nagy. A járóbeteg-szakellátás rendelésein 573 ezer 65 éves és idősebb személy (151 ezer férfi és 422 ezer nő) jelent meg 2001-ben (5. ábra), ez azt jelenti, hogy egy év folyamán az idős férfiak 26,3%-a, a nők 43,3%-a kereste fel a járóbeteg-szakellátás rendeléseit a csont- és izomrendszer betegségei miatt (Paksy, 2004).

5. ábra: A járóbeteg-szakellátás és a kórházi morbiditás adatai, 2001



Forrás: KSH, Időskorúak Magyarországon eredményei alapján

Mit kínál a Sóstó-Gyógyfürdő a gyógyturistáknak?

A sóstói gyógyvíz gyógyhatása klinikailag bizonyított, melyről a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Jósa András Rendelőintézet közleménye tanúskodik. Elsők között Jósa András, Szabolcs megye főorvosa fogalmazta meg a tó vízének jelentőségét. Szerinte a víz meggyógyít görvénycórtól, csúztól, köszvénytől, idült lobbos izzadmányoktól és egyéb vérbetegségektől. Sóstógyógyfürdő a megszámlálhatatlan élmény és öröm mellett egy további fontos dolgot is tartogat az idelátogatók számára, ez pedig nem más, mint az egészség (Tóth, 1996).

A ma szakembere így fogalmaz: Komplex ellátás vehető igénybe a mozgásszervi problémákkal küzdő betegek számára. A gyógyítás alapja a gyógyvíz (nátrium-kloridos, jódos, brómos, hidrogén-karbonátos gyógyvíz). A fürdő Magyarországon vezető az orvosi céllal történő gyógyvíz felhasználásban. A kezeléseket a már kivizsgált betegek vehetik igénybe, ha már készült valamilyen képalkotó diagnosztikai eljárás az illetőről és szakrendelőben átesett egy részletes mozgásszervi betegvizsgálaton. Az aktuális panaszokhoz igazodva a szakorvos gyógykúrát állít össze.

A Sóstó-Gyógyfürdő célja az egészségturisták egészségmegőrzésében és javításban, a fürdőkultúra kialakításában, valamint a szabadidő kellemes és hasznos eltöltésében való szerepvállalása. Ebből következik, hogy az egészség- és gyógyturisztikai szolgáltatások

igénybevételének több oka és motivációja lehet: *prevenció, korrekció, rekreáció és rehabilitáció*. A mozgásszervi betegségek kezelésére segítséget nyújt a fürdőben működő gyógyászat és a *komplex fürdőgyógyászati kezelés*, mely gyógyvizes és ehhez társuló természetes gyógytényezők és a szárazföldi kezelések kombinálását jelenti. A fürdőben elérhető kezelések a 2. táblázatban kerülnek bemutatásra:

2. táblázat: Sóstó-Gyógyfürdő kezelések

Sóstó-Gyógyfürdő kezelései	
Természetes gyógytényezőkön alapuló kezelések	Fizioterápiás kezelések
Gyógyvizes medencefürdő	Elektromos kezelés
Iszappakolás	Ultrahang, sonoforesis, víz alatti ultrahang
Súlyfürdő	Lágylézerterápia
Szénsavfürdő	Magnetoterápia
Orvosi gyögmasszázs	Kryoterápia
Tangentor	Száraz gyógytorna
Víz alatti csoportos gyógytorna	Ultrahang, sonoforesis, víz alatti ultrahang

Forrás: <https://www.aquariusspa.hu/hu/gyogyaszati-tudastar>

Számos olyan interjú készült már a fürdő szakorvosával, melyekben ismerteti a reumatológiai betegségeket, a lehetséges kezelési módokat, valamint az igénybevétel lehetőségeit: A gyógykúra négy különböző kezelésfajtból áll. A gyógyvizes medencefürdő minden beteg kúrájában szerepel, a fennmarad három kezelés a meglévő problémától függ, az ahhoz illeszthető terápiát választják. A kezeléseket a már kivizsgált betegek vehetik igénybe abban az esetben, ha már készült valamilyen képalkotó diagnosztikai eljárás az illetőről és szakrendelőben átesett egy részletes mozgásszervi betegvizsgálaton. Az aktuális panaszokhoz igazodva a szakorvos gyógykúrát állít össze.

2021-ben a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának és a fürdő szakorvosainak együttműködése révén elindult a fürdőkezelések eredményességeinek vizsgálata, amelyből már látható, hogy a kezelések igénybevétele után csökkent a betegek fájdalomérzete, javult az izomfeszesség. (Takács, 2021)

A kezeléseket kedvezményesen vehetik igénybe a társadalombiztosítással rendelkező magyar állampolgárok, de a biztosító nem finanszírozza 100%-ban a kezeléseket, viszont évente 2x15 alkalom támogatott. A 2019-es egészségfelmérés eredményeiből leszűrhető, hogy a sportolás és szabadidő eltöltés gyakoriságát a jövedelmi helyzet nagyban befolyásolja. Éppen ezért fontos

tudni, hogy a fürdőgyógyászati kezelések támogatottak, így az alacsonyabb jövedelmű lakosok számára is elérhetőek.

Összegzés

A bemutatott téma áttekintésének a célja a generáció fogalmának és csoportosításának megértése, összehasonlítása a turisztikai célcsoportok generációs szempontú meghatározásával. Magyarország korfáját elemezve láthatjuk, hogy öregedő szerkezetű társadalomban élünk, ennek köszönhetően az idősebb generációk egyre jelentősebb mértékben fordulnak elő a gyógyturisztikai szektorban.

Összefoglalásként kiemelhető a fentebb említett, a vizsgálat szempontjából fontos mondat: A senior korcsoport növekvő szerepe igazolja, hogy a szegmens turisztikai igényeinek feltárása a turizmus szakma fontos feladata (Kolos & Kövesdi, 2020) – kiegészítve azzal a megjegyzéssel, hogy az időskorúak aktivitásának, egészségének a megőrzése a társadalom szempontjából is kiemelten lényeges, stratégiai fontosságú.

A hazai és nemzetközi szakirodalomból, a lakossági egészségfelmérés eredményeiből és a szakorvossal készült interjúk elemzéséből kitűnik, hogy a kor előrehaladtával és egyéb tényezők miatt (például egészségtudatosság hiánya) hamarabb, korábbi életkorokban jelenhetnek meg azok a mozgásszervi problémák, melyek megelőzésére, korrigálására, kezelésére Magyarországon számos fürdőgyógyászati ellátás vehető igénybe.

A bemutatott Sóstó-Gyógyfürdő kiemelt jelentőségű gyógyhelyünk, számos kezelési lehetőséget kínál a mozgásszervi problémával küzdő betegeknek. A fürdőorvossal készült interjúkban hallható, hogy a panaszok változó testi lokalizációban és változó súlyossággal megjelenve rontják a beteg életminőségét. A támogatott kezeléseket a már kivizsgált betegek vehetik igénybe, a kúrát az aktuális panaszokhoz igazodva a szakorvos állítja össze.

A kezelések eredményességének kvantitatív vizsgálatából látható, hogy javul a betegek egészségi állapota. (Takács, 2021)

Mindezek alapján kijelenthető, hogy növekvő fontosságú az a feladat, hogy a jövőben még nagyobb figyelmet, elismertséget és szerepet kapjanak a fürdőgyógyászati ellátások a lakosság körében mind hazánkban, mind külföldön.

Az írás kapcsolódik a Debreceni Egyetem, Egészségügy Kar által vezetett HEAL ALL Erasmus + pályázati projekt (ID: KA203-19A5CC6E) kutatásaihoz.

Felhasznált irodalom

Balázs, K., & Bene, Á. (2019). Az aktív időskor szerepe a fogyasztóvédelemben. Magyar Gerontológia, 11(37-38), 65–77. <https://doi.org/10.47225/MG/11/37-38./7449>

Egészségpercek Dr. Czímer Éva reumatológussal – hanganyagok, Elérhető: <https://www.aquariusspa.hu/hu/egeszsegpercek-dr-czimer-eva-reumatologussal-hanganyagok>

Európai lakossági egészségfelmérés, 2015/29, Elérhető: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>, Letöltés: 2021.12.20.

Iván, L. (2002): Az öregedés élettani és társadalmi jelenségei, Magyar Tudomány. Elérhető: <http://www.matud.iif.hu/02apr/ivan.html>, Letöltés: 2021.12.21.

KSH, Interaktív korfa, Elérhető: <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html>

KSH, Születéskor várható élettartam, Elérhető: https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00025.html

Kolos, K., & Kövesdi, J. (2020). Az idősek turizmusban való részvétele Magyarországon: motivációk és turisztikai élmények vizsgálata. Megjelent: Turizmus bulletin 20(1), 21-33

Lohmann, M., & Danielsson, J. (2001). Predicting travel patterns of senior citizens: How the past may provide a key to the future. Journal of Vacation Marketing, Elérhető <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135676670100700405>, Letöltés:2021.12.21.

Mccrindle, M., & Wolfinger, E.(2010.: Az XYZ ábécéje. A nemzedékek meghatározása. Részlet Marc McCrindle – Emily Wolfinger The ABC of XYZ.Understanding the Global Generations című könyve első fejeze-téből. UNSW Press, 2009. 1–22. Megjelent: Korunk 2010. november, 21(11).

Neil, H., & William, S. (1992). Generations. The History of America’s Future, 1584 to 2069. Harper Perennial.

Paksy, A. (2004). Az időskorúak egészségi állapotának jellemzői – megbetegedés adatok alapján. Megjelent :Időskorúak Magyarországon., 110-113.

Papp, I. (szerk.) (2017). Szálloda- és vendéglátásmenedzsment. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Takács, P., Czímer, É., Szakál, Z., & Péter, K., (2021): Komplex fürdőgyógyászati ellátások eredményességének vizsgálata Nyíregyháza, Sóstó-Gyógyfürdön 2015-2021. Megjelent:

Rusinné, Fedor Anita (szerk.) A Magyar Tudomány Ünnepe 2021 - „Tudomány: iránytű az elérhető jövőhöz” Nemzetközi Interdiszciplináris Konferencia Absztraktfüzet. Nyíregyháza, Magyarország : Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar p. 18.

Tóth, M., Vincze, I. (1996): Iránytű Nyíregyháza, Sóstófürdő, Sóstó Fejlesztési, Beruházási és Vállalkozási Rt., Nyíregyháza.

Törőcsik, M., Szűcs, K. (2021): Fogyasztói magatartás. Akadémiai Kiadó, Budapest.

A szerző:

Helmeczi Gabriella

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Nyíregyháza, Egészségügyi Informatikai Tanszék

helmeczi.gabriella@foh.unideb.hu



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

MOLEKULÁRIS GERONTOLÓGIA NAPJAINKBAN

Pályiné dr. Krekk Zsuzsanna

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Kulcsszavak: molekuláris gerontológia, öregedésméletek, idegrendszer öregedése, vér-agy gát öregedése, Alzheimer-kór

Absztrakt

Az öregedés komplex, molekuláris szintű folyamatainak megismerése és megértése napjainkban alapvető fontosságú. A molekuláris szintű mechanizmusok egyrészt értelmezik a klasszikus gerontológia élettani jelenségeit, másrészt preventív és terápiás lehetőségek alapját is képezhetik. Jelen irodalmi adatokon alapuló összefoglaló a molekuláris gerontológia néhány alapfogalmának összegzését követően a tudományterület legújabb eredményei közül az idegrendszer öregedésével kapcsolatos új eredmények közül kíván néhányat bemutatni.

Keywords: molecular gerontology, aging theories, nervous system aging, blood-brain barrier aging, Alzheimer's disease

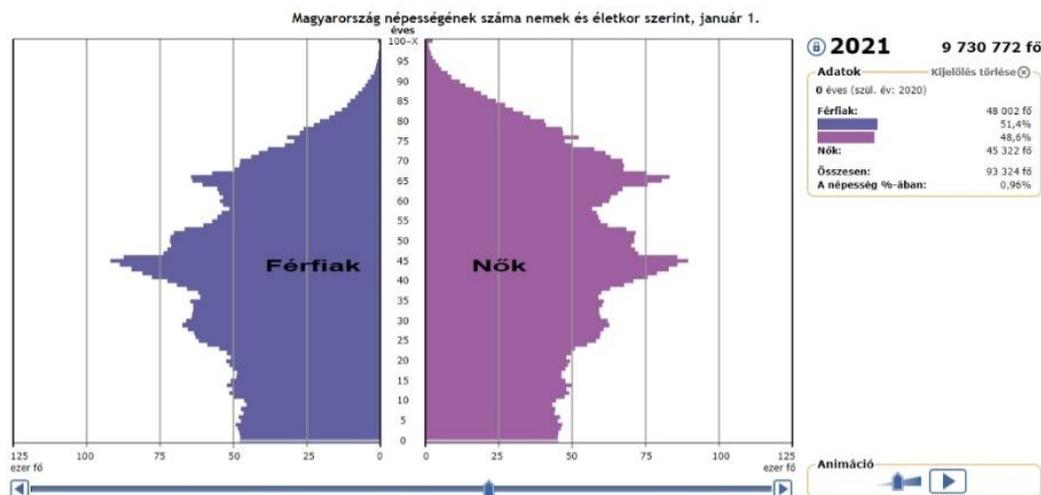
Abstract

Recognizing and understanding the complex processes of aging at the molecular level is essential today. The mechanisms at the molecular level of aging interpret classical gerontological knowledge, on the other hand, they can form the basis of prevention possibilities. Following

the summation of some basic concepts of molecular gerontology, a summary based on this literary data aims to present some of the latest results in the field of neuroscientific aging.

Molekuláris gerontológia

Az átlagéletkor folyamatos emelkedése globális és hazai viszonylatban egyaránt közismert (Gavrilov 2015), egyre inkább indokolttá válik az öszülő évszázad elnevezés. A statisztikai adatok az mutatják, hogy a 60 évesek és a 60 évnél idősebbek demográfiai részesedése 20% és 30% közé esik a fejlettebb társadalmakban és arányuk folyamatosan emelkedik (e-cím 1.) Ez az arány a magyarországi demográfiai adatokhoz hasonló tendenciájú. A KSH interaktív korfája jól reprezentálja a hazai idősödő társadalom életkori jellemzőit és modellezi a következő évtizedek várható demográfiai változásait. (1. ábra) (e -cím 2).

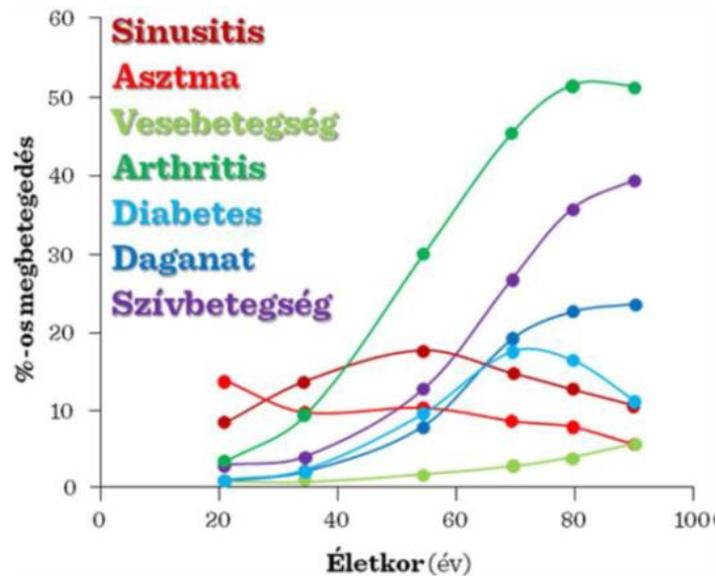


1. ábra. Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint interaktív korfán ábrázolva (Forrás: KSH 2021.)

Az öregedési folyamatok kutatásának három nagy klasszikus területét különítjük el (Semsei 2011). A legismertebb a társadalomgerontológia, amely a társadalmi vonatkozásokat vizsgálja. Az idősödéssel összefüggő társadalmi jelenségekhez szorosan kapcsolódó érzelmi, értelmi és egyéb pszichológiai változásokat kutatja a pszichogerontológia. A harmadik kutatási terület a biogerontológia, amely az öregedési folyamatok biológiai vonatkozásait elemzi.

A gerontológiai kutatások mindhárom fő területét befolyásolja a megbetegedési gyakoriság időskori emelkedése. Közismert, hogy az életkor előrehaladtával a

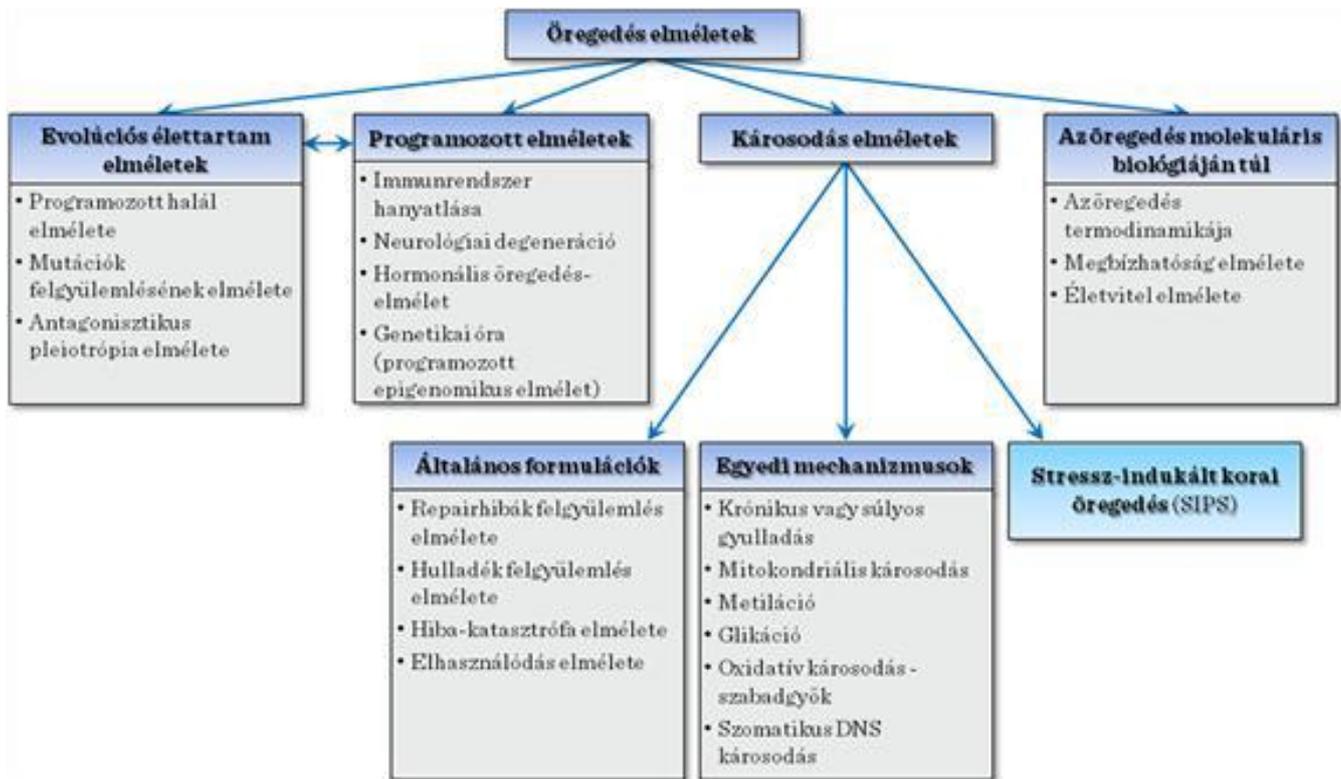
megbetegedések gyakorisága az életkorral arányosan növekszik. A statisztikai adatok alapján az esetszámok azt mutatják, hogy ez a köztudatban jelen lévő arányosság a betegségek megléte és az életkor nagysága között 60 és 80 éves kor között valósul meg leginkább. Meglepő módon az életkor további előrehaladásával a megbetegedések összesített aránya nem nő, sőt 80 éves kor után több kórkép esetén is csökkenő tendenciát mutat. (2. ábra) (Kvell 2011.)



2. ábra: Megbetegedési gyakoriság az életkor függvényében. (Forrás: Kvell 2011.)

A jelenség magyarázata jelenleg nem ismert, de a folyamatok molekuláris szintű elemzése esetlegesen magyarázatot adhat ezekre a megfigyelésekre.

A biogerontológia kutatási területe rendkívül összetett (Suresh 2018), ezen belül került megfogalmazásra az öregedési elméletek egyre bővülő köre, amit a 3. ábra próbál a jelenlegi ismereteink alapján összefoglalni. (Kvell 2011.)



3. ábra: Főbb öregedési elméletek összefoglaló táblázata. (Forrás: Kvell 2011.)

Az ábra jól szemlélteti, hogy az öregedés komplex élettani folyamatában ma már egyre több összetevő molekuláris háttere vált ismertté. Ugyanakkor az ismert folyamatok száma egyre bővül. A kutatási eredmények azt mutatják, hogy molekuláris szinten minden emlős faj (rendszerint a *Homo sapiens* is) hasonló öregedési folyamatokat mutat. Habár az öregedési folyamat háttérében exponenciálisan növekvő számban írnak le molekuláris folyamatokat, az eredmények azt mutatják, hogy a javítási mechanizmusok (repair pathways) az egyik legjelentősebb élettartamot növelő mechanizmus csoport. A károsodást javító folyamatok fontosságát hangsúlyozó elképzelést alátámasztják a 3. ábrán bemutatott öregedési elméletek, amelyek közül a legnagyobb arányban éppen az említett károsodás öregedési elméletek vannak jelen a legnagyobb arányban.

Egyetlen gént ugyan nem tudtak azonosítani a javítási folyamatok kapcsán, de egyre több gént tudnak kapcsolni ehhez a folyamathoz, melyeket csoportnéven élettartam növelő géneknek (longevity assurance genes: LAG) neveznek (Rattan 2007). Ezek a gének szabályozzák a legismertebb öregedést lassító folyamatokat, mint például a DNS hibáit javító mechanizmusok (Park 2011), a sejtek transzlációs folyamatainak stabilitását biztosító hatásokat (Kirwood 1984) és a károsodott fehérjék lebontási hatékonyságának szabályozását (Scmith 2013). Az utóbbi folyamat kapcsán érdemes megemlíteni, hogy a hibás aminosav peptidláncba való

beépülésének elfogadható mértéke kb. 5/10.000 aminosav. Szintén a LAG gének aktivitása révén valósul meg a stresszre adott válasz fokozása (Kapahi 1999) és a szabadgyökök, valamint az oxidáció okozta károsodás elleni védekezési kapacitás emelése (Jones 2015). Értelemszerűen ezeknek a géneknek a hibája az élettartam rövidüléséhez vezet. A humán mutációs ráta (ami a génhibák egyik indikátora) jelenleg ismert mértéke nagyságrendileg 10^{7-11} bázispáronként 1 mutáció.

Az öregedési folyamatok kapcsán szintén a legismertebb mechanizmusok közé tartozik a telomér rövidülés hatása (Broccoli 1995). Telomérek nevezzük a kromoszómák végének repetitív DNS szekvenciákat tartalmazó régióját, funkciója a kromoszóma végének védelme a károsodásoktól az osztódás során. Működése révén gátolja a gének degradációját a kromoszóma végeinél. Az öregedés folyamatában a telomér hossza is változik, ugyanakkor az is lehetséges, hogy a rövidülés nem oka, hanem következménye az öregedésnek.

Az öregedés mértékét befolyásoló mechanizmusok okozhatnak krónikus vagy súlyos gyulladást, mitokondriális károsodást (Slagboom 1990), metilációt, ROS-mediált oxidatív károsodást és szomatikus DNS károsodást mutációkon keresztül

Jelenlegi ismereteink szerint nincs egyetlen öregedést leíró univerzális elmélet, hanem az öregedést egy komplex folyamatként szükséges értelmeznünk.

Az idegrendszer öregedési folyamata

Az élettani folyamatok így az öregedés szabályozásának központja az idegrendszer. Az idegrendszer ellátja szabályozási feladatát ebben a folyamatban miközben önmaga is öregszik. Számos az idősödéshez jellegzetesen társuló kórkép (Alzheimer kór, Parkinson-kór) is az idegrendszert érinti. A legfrissebb molekuláris gerontológiai eredmények közül többet is az idegrendszer öregedésével kapcsolatos kutatások eredményeként publikáltak, ami nem meglepő, hiszen a fenti kórképek súlyozott és emelkedő arányban vannak jelen az idősödő társadalmakban.

A központi és a perifériás idegrendszer is funkcionális hanyatlást mutat az öregedési folyamat során. A redukált funkciókat rendszerszerűen összegezve a perifériás idegrendszer károsodását az autonóm, a motoros és a perifériás szenzoros funkciók egyéntől függő mértékű romlása mutatja. Míg (csak néhányat kiemelve) a csökkent térbeli tájékozódó képesség, a memóriavesztés (fiziológias szinten), a gyengült poszturális reflexek és a károsodott motoros koordináció a központi idegrendszeri folyamatok idősödéssel járó csökkent működését jelzik.

A következőkben az idegrendszer öregedési folyamatához köthető legjellegzetesebb kórképek rövid összefoglalására kerül sor.

A gerontológiai kutatásokban központi szerepet játszik az agyi keringési folyamatok (cerebral blood flow, CBF) elemzése, mivel ez a rendszer jelentős eltérést mutat a szervezet egyéb részeinek keringésétől. Már önmagában CBF autoregulációja is sokkal nagyobb mértékű a test többi részénél, mivel 60 és 140/160 Hgmm artériás középnyomási tartományban is képes fenntartani a CBF állandóságát (Kvell 2011).

Az ischémia az agy egyik legnagyobb rizikófaktora, mely szintén a kóros agyi keringési folyamatokhoz tartozik. Az ischémia során romló vagy megszűnő vérellátás nagyon gyors agyi funkcióvesztéshez vezet, aminek az egyik oka, hogy az agyban nincsenek energiaraktárak. A véráramlás 1-2 másodpercnyi megszűnése eszméletvesztést, 3-5 perces leállás pedig irreverzibilis kérégkárosodást okoz. Érdekes megfigyelés, hogy az érzékenység mértéke nem szisztémás, hanem régióként jelentős eltérések lehetnek, például az agytörzs 25-30 perces ischémiát is tolerálhat.

A CBF korfüggő csökkenését emberben és állatokban egyaránt diagnosztizálták, a csökkenés főként limbikus rendszert és az asszociációs kéreg régiókat érinti. A folyamat hátterében az áll, hogy prekapillaris arteriolák és kapillarisok sűrűsége csökken, sőt ez a csökkenés akár a 40%-t is elérheti. A CBF csökkenése miatti fiziológiás kockázatot növeli, hogy az agyi erek merevsége miatt fokozott rizikót jelent intrakraniális vérzésre fejtrauma vagy más megterhelés esetén.

A legelterjedtebb időseket érintő vaszkuláris eredetű idegrendszeri zavar a stroke. Az esetek többsége (80%) ischémiás eredetű (tranzienst ischémiás attack /=TIA/, ami 5 perc-től 24 óra alatt reverzibilis, vagy permanens, ill. progresszív formák), a maradék 20% szubarachnoideális, vagy intracerebrális vérzéses stroke (Kvell 2011).

Az idős kor gyakoribb neurológiai kórképei közé tartozik az Alzheimer kór. Az Alzheimer kór egy progreddáló, idősebb életkorhoz kötődő ismeretlen eredetű kognitív funkcióvesztés, amely magatartási zavarokkal is jár (Kvell 2011, Semsei 2011). Az eseteknek csak a 20%-a vezethető vissza genetikai okokra. A kór kialakulása során a neuronok, szinapszisok vesztese megy végbe, amely egyes agykérgi és szubkortikális régiók atrófiáját okozza. Egyetlen folyamat önmagában nem azonosítható a kór kialakulása során, de számos molekuláris mechanizmust írtak le. A leginkább elfogadottak elméletek az Alzheimer – kór kialakulása kapcsán a következők:

1. A kolinerg teória (Francis 1999), amely azt fogalmazza meg, hogy a csökkent acetilkolin szintézis vezet a funkciózavarhoz.

2. Szintén az Alzheimer kór kialakulását értelmezi a béta-amyloid teória (Gouras 2015) amely azt írja le, hogy az oldhatatlan amyloid béta prekursor protein maradványok plakkokat képeznek, melyek károsítják a neuronokat.
3. Szintén a fehérjékhez kötődő elmélet az Alzheimer - kór kialakulása kapcsán a tau protein misfolding teória (Penke 2020), melynek leírása során kísérletesen igazolták, hogy a tau protein intracelluláris neurofibrilláris szálai tönkreteszik a mikrotubulusokat és károsítják a neuron transzport rendszerét.

A vér-agy gát öregedésének szerepe az Alzheimer kór kialakulásában

Az előzőekben felvázolt széles körben elfogadott teóriák mellett egyre inkább ismertté válik egy viszonylag új felfedezés, amely szerint a vér-agy gát öregedésének feltételezhetően alapvető szerepe van az idegrendszer öregedésében és az Alzheimer-kór kialakulásában is (Banks 2021).

A vér-agy gát nem egyszerűen a központi idegrendszer és a vér között speciális sejtek által alkotott határfelület, sokkal inkább egy specializált sejtekből álló rendszer melynek összetett funkciója van. A vér-agy gát meglétét már az 1800-s évek végén felismerte Paul Erlich, ugyanakkor működésének teljes értelmezése napjainkban is folyik. Elsődleges szerepe az idegrendszer védelme, többek között a káros vegyületek agyszövetbe jutásának megakadályozásával. A vér agy-gát védelmi funkciója viszont nem csupán a káros anyagok bejutását gátolja meg, hanem a gyógyszerek agyba való bekerülését is, és ezzel megnehezíti a központi idegrendszeri betegségek kezelését. A vér-agy gát az immunrendszer elemeinek (például a test többi részében lévő makrofágok) agyba való bejutását sem teszi lehetővé (Erikson 2018). Az agy ezért saját védelmi rendszerrel rendelkezik, melynek fontos eleme az idegsejtek egyik speciális típusa a mikroglia, amely többek között folyamatosan ellenőrzi az agyi mikrokörnyezet állapotát. A mikroglia és a vér-agy gát túlsó oldalán működő immunrendszer között van kapcsolat, mely különféle jelzőanyagok egymásra hatásával valósul meg. A mikroglia a vér-agy gátra is hatással van az általa termelt citokinek, prosztaglandinok és egyéb vegyületek révén (Fonseca 2014). A vér-agy gát „fellazulásáról” egyes fertőzéseket követően már korábban publikáltak eredményeket (Lossonsky 2004). Kimutatták, hogy a vér-agy gát átjárhatóbbá válása mérhető az élő szervezetben a cereprospinalis folyadék (CSF) és a szérum albumin arányából, sőt ez az arányszám a vér-agy gát épségének az indikátoraként is használható (Erikson 2013).

A legújabb eredmények azt mutatják, hogy az ApoE4 allélt hordozó betegeknél a vér-agy gát sokkal gyorsabban öregszik (Montagne 2020). Az APO fehérjék már korábban is ismertek voltak (Baird 2006), tudjuk, hogy az apolipoprotein E nevű fehérje az APOE génről termelődik, és a vérben keringő 5-féle fő apolipoprotein (A-E) egyike. A különböző apolipoproteinek kombinációja az APOE-genotípust adja meg. Az APOE-nek három különböző változata (allélja) ismert: epsilon 2, epsilon 3 és epsilon 4 (APOE- ϵ 2, APOE- ϵ 3, APOE- ϵ 4). A leggyakrabban előforduló változat az APOE- ϵ 3, amely a népesség 60%-ában kimutatható.

Számos publikáció született, amelyek az APOE- ϵ 4-nek a 65 év felett jelentkező, idős kori Alzheimer-kór kialakulásában játszott szerepét elemzik (Serrano-Poozo 2021). A kockázatnövelő hatás additív, vagyis ez a génváltozat egy példányban (ϵ 2/ ϵ 4 vagy ϵ 3/ ϵ 4 genotípus) valamennyire fokozza, két példányban (ϵ 4/ ϵ 4) erősebben fokozza az Alzheimer-kór esélyét. Fontos megjegyezni azonban, hogy ez a kockázat csak viszonylagos. Az APOE- ϵ 4-pozitív emberek többsége soha nem lesz Alzheimer-kóros, és az Alzheimer-kórosok közül sokan APOE- ϵ 4-negatívak. Az allotípusok vizsgálata alapján már külföldön és itthon is szolgáltatóként végzik az ApoE4, mint Alzheimer –kór kockázati faktor vizsgálatát (e-cím 3).

A legújabb publikációkban a vér-agy gát öregedését és egyben átjárhatóbbá válását a periciták fokozott ütemű pusztulásával is jellemzik. Ugyanakkor egy éppen ellentétes folyamatot is megfigyeltek, melynek során az asztrociták hiperaktívvá válnak (Banks 2021).

Ez a felfedezés a molekuláris gerontológiai kutatások jelentős előremutató eredménye. Nem csupán az idegrendszer rendkívül komplex öregedési folyamatának a jobb megértését teszi lehetővé, hanem a terápiás fejlesztésekhez is alapul szolgálhat. Egyrészt a vér-agy gát öregedése, “átjárhatóbbá válása” magyarázatot adhat arra is, miért reagálnak érzékenyebben az idősek bizonyos gyógyszerekre. Másrészt a fenti eredmények tükrében felmerül annak lehetősége, hogy a periciták funkcionalitását megőrző tevékenységek, például a rendszeres testmozgás, a kalóriabevitel visszafogása jótékony hatású lehet (amit egyébként a gyakorlat korábban igazolt is). A tapasztalati megfigyeléseken túl még perspektivikusabb az a felmerült lehetőség, hogy a periciták transzplantációjával lassítsák az idegrendszer öregedési folyamatát és az Alzheimer-kór előrehaladását (Tachibana 2018).

Összegzés

Az öregedés komplex, molekuláris szintű folyamatainak megismerése és megértése napjainkban alapvető fontosságú. A molekuláris szintű mechanizmusok egyrészt értelmezik a klasszikus gerontológia élettani jelenségeit, másrészt prevenció és terápiás lehetőségek alapját is képezhetik. Az idegrendszer öregedésével kapcsolatos új eredmények alátámasztják a fenti megállapítást, hiszen a vér-agy gát öregedésével kapcsolatban publikált és itt bemutatott eredmények egyaránt értelmezik a már ismert az öregedéssel társuló idegrendszeri változásokat, másrészt terápiás fejlesztések alapjául is szolgálhatnak.

Irodalomjegyzék

Baird, P.N., Richardson, A.J., Robman, L.D., Dimitrov, P.N., Tikellis, G, McCarty, C.A., & Guymer, R.H. (2006) Apolipoprotein (APOE) gene is associated with progression of age-related macular degeneration (AMD). *Hum Mutat.* 2006 Apr; 27 (4):337-42.

Banks, W., Reed, M., Logsdon, A., Rhea, E., & Erickson, M. (2021): Healthy aging and the blood–brain barrier. *Nature Aging* volume 1, pages243–254 (2021)

Broccoli, D., Young, J.W., & de Lange, T. (1995): Telomerase activity in normal and malignant hematopoietic cells. *Proc Natl Acad Sci USA.* 92: 9082–9086

Erickson, M., Banks, W., & Danzer, R., (2018): Neuroimmune Axes of the Blood–Brain Barriers and Blood–Brain Interfaces: Bases for Physiological Regulation, Disease States, and Pharmacological Interventions. *Pharmacological Reviews* April 2018, 70 (2) 278-314

Erickson, M.A., & Banks, W.A. (2013): Blood-brain barrier dysfunction as a cause and consequence of Alzheimer’s disease. *J Cereb Blood Flow Metab* 33:1500–1513.

Fonseca AC, Matias D, Garcia C, Amaral R, Geraldo LH, Freitas C, & Lima FR (2014): The impact of microglial activation on blood-brain barrier in brain diseases. *Cell Neurosci* 8:362.

Gavrilov, L.A., & Gavrilova, N.S. (2015): New Developments in the Biodemography of Aging and Longevity. *Gerontology.* 2015; 61(4):364-71.

Gouras, G.K., Olsson, T.T., & Hansson, O. (2015): β -Amyloid peptides and amyloid plaques in Alzheimer's disease. *Neurotherapeutics* 2015 Jan. 12 (1):3-11.

Jones, D.P. (2015) Redox theory of aging. *Redox Biol.* 2015 Aug; 5 (4):71-79.

- Kapahi P, Boulton ME, & Kirkwood TB (1999) Positive correlation between mammalian life span and cellular resistance to stress. *Free Radic Biol Med.* 1999 Mar; 26 (5-6):495-500.
- Kirkwood, T.B., Holliday, R., & Rosenberger, R.F. (1984) Stability of the cellular translation process. *Int Rev Cytol.* 1984; 92():93-132.
- Kvell, K., Pongrácz, J., Székely, M., Balaskó, M., Pétervári, E. & Bakó, Gy. (2011): *A Gerontológia Molekuláris és Klinikai Alapjai*, Pécsi Tudományegyetem 2011. 51-129. o.
- Lossinsky, A.S., & Shivers, R.R. (2004): Structural pathways for macromolecular and cellular transport across the blood-brain barrier during inflammatory conditions. *Histol Histopathol* 19:535–564.
- Park, S.H., Kang, H.J., Kim, H.S., Kim, M.J., Heo, J.I., Kim, J.H., Kho, Y.J., Kim, S.C., Kim, J., Park, J.B., & Lee, J.Y. (2011) Higher DNA repair activity is related with longer replicative life span in mammalian embryonic fibroblast cells. *Biogerontology.* 2011 Dec; 12 (6):565-79.
- Francis, P. T., Palmer, A. M., Snape, M., & Wilcock, G. K. (1999). The cholinergic hypothesis of Alzheimer's disease: a review of progress. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66(2), 137-147.
- Penke, B., Szűcs, M., & Boglár, F. (2020): Oligomerization and Conformational Change Turn Monomeric β -Amyloid and Tau Proteins Toxic: Their Role in Alzheimer's Pathogenesis. *Molecules.* 2020 Apr; 25 (7): 1659
- Rattan, S. I. (2007) The science of healthy aging: genes, milieu, and chance. *Ann N Y Acad Sci.* 2007 Oct; 1114 ():1-10.
- Schmidt, M., & Finley, D. (2013) Regulation of proteasome activity in health and disease. *Biochim Biophys Acta.* 2013
- Semsei, I., (2011): *Gerontológia*, Debreceni Egyetem kiadó 2011. 11-18. o., 49- 110.o.
- Serrano-Pozo, A., Das, S., & Hyman B. (2021): APOE and Alzheimer's disease: advances in genetics, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Lancet Neurol* 2021 Jan; 20 (1):68-80
- Slagboom P.E., Knook. D. L. (1990): *Molecular Gerontology*. Springer Nature. 1990. Pages 37-52.
- Rattan, S.I. (2018): *Biogerontology: research status, challenges and opportunities*, *Acta Biomed.* 2018; 89(2): 291–301.

Tachibana, M., Yamazaki, Y., Liu, C., Bu, G., & Kanekiyo, T. (2018) Pericyte implantation in the brain enhances cerebral blood flow and reduces amyloid- β pathology in amyloid model mice. *Exp Neurol* 2018 Feb; 300:13-21.

Internetes hivatkozások

1. www.informed.hu/betegsegek/geriatrics (Letöltés: 2021.12.20.)

A gerontológia fogalma Geriátria - InforMed Orvosi és Életmód portál: gerontológia

2. <https://www.ksh.hu/> (Letöltés: 2021.12.11.)

Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint, 1870-2070 (ksh.hu)

3. <https://www.nih.gov>. (Letöltés: 2021.12.19.)

Study reveals how APOE4 gene may increase risk for dementia | National Institutes of Health (NIH)

A Szerző:

Pályiné dr. Krekk Zsuzsanna

ORCID : 0000-0002-2863-6313

adjunktus

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Elméleti és Integratív Egészségtudományi Tanszék

Nyíregyháza Sóstói u. 2-4

Tel.: +36 52 512 900

E-mail cím: palyikrekk.zsuzsanna@foh.unideb.hu



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

A TELEMEDICINA SZOLGÁLTATÁS TÉRHÓDÍTÁSA A PANDÉMIA IDEJÉN

Paulikné Varga Barbara

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Debreceni Egyetem Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola

Kulcsszavak: telemedicina, pandémia, internethasználat, egészségügyi ellátás

Absztrakt

A COVID világjárvány idején az info- és telekommunikáció szerepe az egészségügyi ellátásokban különösen felértékelődött. A kapcsolattartás alternatív módját tették lehetővé az orvos és páciense között az online kommunikációs formák és a mindennapi használtban elterjedt eszközök azokban az esetekben, amikor nincs feltétlenül szükség közvetlen személyes találkozásra, illetve a vészhelyzetben megelőzheti a szükséges személyes találkozást a távkonzultáció. Ebben a szituációban újszerű felelősséget és etikai terhet jelent az orvos számára a diagnosztizálás. Ezt ugyan könnyíthetik a laboratóriumi, a képalkotó diagnosztika korábban elkészült leletei, a közvetlen kommunikációt teremtő online rendszerek, de egy új diagnózis kialakításának vannak érzékeléssel megerősíthető feltételei is. A koronavírus okozta pandémia idején az alap- és járóbeteg ellátó rendszerben a járvány megfékezése céljából – központi protokoll ajánlására – a személyes orvos-beteg találkozások számának minimalizálására törekedtek. Azokban az esetekben, ahol már korábban kialakult egy személyes kapcsolat az orvos és a beteg között, ismert a beteg kórtörténete, és kénytelenek a telemedicinát használni, éppen a legjobb értelemben vett hivatásukat gyakorolják. A

telemedicina hasznosságát a pandémia idején bizonyította, további fejlesztése nagy kihívás mind az informatika, mind az orvostudomány számára.

Keywords: telemedicine, pandemic, internet use, health care

Abstract

During the pandemic, the role of information and telecommunications in health care became particularly important. An alternative way of communicating between the doctor and his/her patient has been through online forms of communication and the tools commonly used in everyday cases where a face-to-face meeting is not absolutely necessary, or in an emergency, a face-to-face meeting may be preceded by a remote consultation. In this situation, diagnosis is a huge responsibility and an ethical burden for the physician. Although this can be facilitated by the findings of the laboratory, the previously completed imaging diagnostics, and the online systems that create direct communication, there are also conditions for the development of a new diagnosis that can be confirmed by perception. During the coronavirus pandemic, efforts were made to minimize the number of personal doctor-patient encounters in the primary and outpatient care systems to curb the epidemic, in order to curb the epidemic. In cases where a personal relationship between the doctor and the patient has already been established, the patient's relationship between the doctor and the patient has already been established, the patient's medical history is known and they are forced to use telemedicine, they are practicing their profession in the best sense. The usefulness of telemedicine during the pandemic has been demonstrated, and its further development is a major challenge for both informatics and medicine.

A telemedicina fejlődése

A telemedicina, amely a gyógyítás alternatív lehetőségét kínálja, az infokommunikációs eszközök terjedésével párhuzamosan fejlődött és bővül napjainkban is. Emellett azokon a területeken kezdték alkalmazni, ahol orvoshiány van vagy rendkívüli helyzet alakult ki. Így érthető, hogy a távdiagnosztikai területe rendelkezik a legnagyobb múlttal, szinte az internet terjedésével egyidejűleg alakult ki. Ma már mondhatni, minden kontinensen beépítették a gyakorlatba az első formáját, a távoli leletezést, és ezáltal Európában, Ausztráliában, Észak-Amerikában, Dél- Afrikában is nagy népszerűségnek örvend (Daragó és tsai, 2013). Ezzel a nemzetközi szinten elfogadott megoldással, akár interaktív kapcsolattal a nagy távolságokat

vagy épp az orvoshiányt lehetet úgy leküzdeni, hogy elkészülhet a beteg lelete, és akár orvos nélkül is elkezdődhet a gyógykezelése. Ehhez társul az is, hogy a távoli földrészek radiológusai közreműködésével oldják meg képalkotó diagnosztikai leletek (röntgen, ultrahang, stb.) gyors és szakszerű elkészítését. A távleletezés gyakorlata már Magyarországon is több éves múlttal rendelkezik, hiszen a radiológus szakemberhiány miatt nem lehet másképpen megoldani a problémát. (net1; net2; net3) A telemedicina másik területe a távmanipuláció, amikor a beavatkozást végző személy távolról végzi a vizsgálatot vagy beavatkozást. Ebben a két esetben a beteg bár jelen van a telemedicina alkalmazásakor, de nem igényel tőle aktív tevékenységet. Mindeközben a távkonzílium és telemonitoring alkalmazása aktív betegoldali közreműködést, együttműködést vár el. A távkonzílium első alkalmazása több, mint egy évszázada történt. 1920. november 8-án, a tengeren dolgozó hajóorvosoknak biztosítottak konzíliumi támogatást a New York-i Seamen's Church Instituteben (Daragó és tsai 2013). A világűrben lévő űrhajósok vitális paramétereit, pulzusát, vérnyomását telemetria segítségével figyelik az űrközpontokban, és szükség esetén már megoldottak távolról végzett beavatkozást is. A távkonzílium vagy szupervízió esetében a távdiagnosztikához hasonlóan a diagnózis felállításán túl, a beteggel egyeztetve a kezelés folyamatának meghatározására is sor kerülhet. Magyarországon a telemedicinális ellátás elterjedése a közfinanszírozott ellátásban a COVID pandémia előtt nem részesült nagy elfogadottságban.

A tradicionális orvoslásban meghatározhatóak azok az ellátási események, illetve azok részei, amelyekhez nem szükséges a közvetlen orvosi, egészségügyi szakdolgozói jelenlét, ezáltal csökkenthető az infrastruktúra igénybevétele, más esetekben az egészségügyi szakemberek azonban jogosan ragaszkodnak a személyes orvos-beteg találkozáshoz. Ez alól talán csak a háziorvosi ellátás képez kivételt, ahol bár kimondatlanul, de elfogadott lett a személyes jelenlét nélküli, akár a gondozói hálózat dolgozója általi gyógyszerfelírás. A pandémia hatalmas pozitív változást idézett elő az e-Health szolgáltatások alkalmazásában. Hatására a 2017-ben bevezetett Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben alkalmazott e-szolgáltatások igénybevétele is elfogadottá vált. A lakosság egészségügyi ellátatlansága okán 2020. szeptemberében változás következett be. 2012-ben még a telemedicina szolgáltatások elterjedésének egyik aggályaként szerepelt, hogy bár a nehéz anyagi körülmények között tevékenykedő intézmények számára hatékonyabb lenne a betegek ilyen módszertanú ellátása, azonban az OEP¹ finanszírozás elmaradása miatt nem voltak motiváltak a telemedicinális ellátás bevezetésében (Ficzere, 2012).

¹ OEP- Országos Egészségbiztosítási Pénztár

8 évvel később, a koronavírus járvány hatására az EMMI² rendelete tette lehetővé a telemedicinális ellátás tényleges elterjedését. A járóbeteg szakellátás területén csak meghatározott beavatkozáskódokra (OENO³, WHO⁴) terjesztették ki a telemedicinális ellátás lehetőségét. A háziorvosi ellátásban a gyógyszerfelírás, tanácsadás, konzultáció, betegirányítás, beutaló megírás, beteggondozás és rehabilitációs tevékenység esetén alkalmazható az ellátás okaként feltüntethető telemedicinális ellátás (157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet, EMMI).

A különböző felhasználási lehetőségek és az előjegyzési protokoll bevezetése megnövelte az orvosok telefonhívásainak gyakoriságát, a rendelési idő leterheltségét. A telemedicinális ellátás bevezetése mégis nagy előrelépést jelentett a korábbi időszak módszertanához viszonyítva, de nem szabad megfeledkezni a hátrányairól sem. A kezelőorvos úgy határoz meg diagnózist és terápiát, hogy nem tud fizikálist státuszt felmérni, csak a beteg által elmondottak jelenthetnek támpontot. Ennek feloldására lenne alkalmas a telemonitoring. A telemonitoringos megoldások általában nem egy megoldást vagy terméket népszerűsítene, hanem az adott beteg által a beküldött, és adatbázisban összegyűjtött értékeket egy orvos, vagy egészségügyi dolgozó elemzi, és szükség esetén azonnali vagy igény szerinti visszajelzést ad. (net4) Ezen információk birtokában már a kezelőorvos is magabiztosabban alkothat véleményt a beteg egészségi állapotáról.

A személyes információkhoz azonban nem juthat hozzá bárki, annak védelmét is biztosítani kell, amihez mindenképpen szükség van a betegek és az egészségügyi szakdolgozók adatkezelési és adatvédelmi oktatására, valamint a technológiai továbbképzésre (net5). Megállapítható, hogy nem minden betegség esetén alkalmazható ez a módszer, de mára már megkerülhetlenné vált. (Daragó és tsai. 2013)

A telemedicina a jelenlegi járvány idején már bizonyította életképességét, nagyrészt az ügyintézés, a szervezés, a nyilvántartás adminisztrációjában, de jelentős eredményeket mutatott fel a hatékony gyógyításban is.

Fejlődni azonban csak akkor tud, ha a betegek adminisztrációja olyan mértékben kiterjeszhető, hogy a kórtörténetüket, az alkalmazott terápiákat a gyógyítási ellátásának minden fázisában meg lehessen ismerni, azt ellenőrizni lehessen. Az ilyen rendszerek informatikai kiépítése, hozzáférhetősége, biztonsága, és a differenciált felhasználási módok, jogosultságok kiépítése egyszerre kíván az informatikai háttér fejlesztésén dolgozóktól hardver és szoftver újításokat. Ráadásul nemzetközi kompatibilitást is érvényesíteni kell, amit a pandémia kezelése különösen

² EMMI- Emberi Erőforrások Minisztériuma

³ OENO- Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása

⁴ WHO-World Health Organization

aktuálisá tett. A munkájuk sikere viszont elképzelhetetlen az egészségügy szakmai szempontjainak az érvényesítése nélkül. Ma már különféle adatbázisokat használnak a gyógyításban, például a betegségek kódolt rendszerét a gyógyszerek rendszerének korrelációjával együtt kiépítették. Ettől összetettebbek azok a betegadminisztrációs rendszerek, amelyek személyesen a TAJ⁵ számuk alapján nyilvántartott betegekhez kapcsolódnak. A Debreceni Egyetem erre a feladatra szerveződő szakmai csoportja – szinte „percekkel” a pandémia előtt – bevezette UDMED néven a betegadminisztrációs rendszerét. A dolgozókkal történő megismertetésben magam is részt vettem, részben jelenléti oktatással, részben online oktatási segédanyag kidolgozásával.

A következőkben röviden vázolom a legismertebb adminisztrációs rendszerek felhasználási területeit.

A betegadminisztrációs rendszerek

A ma ismert egészségügyi információs rendszerek rendkívüli változáson mentek keresztül az elmúlt közel 30 évben. A Homogén Betegség Csoport (HBCs) szerinti finanszírozás 1993-as bevezetése elképzelhetetlen lett volna a kórházi információk gyűjtésére alkalmas GYÓGYINFOK⁶-os program nélkül. A kor technikai eszközei mellett elsődlegesen a finanszírozási adatok rögzítése, feldolgozása volt a követelmény, de a rendszerfejlesztők rámutattak az egészségügyben rejlő lehetőségekre, az adatelérés elengedhetlenségére és az egészségügyi informatikai szakma létjogosultságára. Először elszigetelt, szakma- és/vagy betegségspecifikus betegnyilvántartó rendszerek jöttek létre, melyeket már azok a rendezett adatbázisok és az azokat kezelő kórházi információs rendszerek követték, amelyek a megfelelő helyen, megfelelő időben biztosítani tudták az arra jogosult személy számára az információhoz való hozzáférést (Kékes, Surján, Balkányi, & Kozmann, 2000). Az egészségügyi információs rendszerek létrehozásán túl további fontos feladat a kvantitatív orvosi adatok rögzítése, tárolása, továbbítása. Az orvosi mérések eredményei nélkül ma már elképzelhetetlen volna a gyógyítási tevékenység, ezért is fontos az információhoz való hozzáférés biztosítása elsődlegesen az orvos szakma, másodlagosan a lakosság számára.

Az egészségügyi elektronikus informatikai háttér-rendszer (eHealth), ahol minden páciens adatai egy központi adatbázisba kerülnek – természetesen törvényben megszabott keretek között. Az adatokhoz – a megfelelő jogosultságok birtokában – a kezelőorvosok bárholnan

⁵ TAJ- Társadalombiztosítási Azonosító Jel

⁶ GYÓGYINFOK- Gyógyító Ellátás Információs Központ

hozzáférhetnek, így például nem okozhat gondot, ha a beteg valamiért nem tudja magával vinni korábbi leleteit.

Az egészségügyi ellátásban először a kórházi információs rendszerekben jelentek meg azok az infokommunikációs eszközök, amelyek alapot jelentenek a telemedicina elterjedésének. A telemedicina használatának alapvető feltétele a 2017-ben bevezetett Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT), amelyhez első körben a háziorvosi szolgálatok, járó- és fekvőbeteg-ellátó intézmények és az összes gyógyszerár csatlakozott. Az EESZT egy olyan központi információs rendszer és adatbázis, amelyben a páciens engedélye alapján bárhol elérhetőek a kezelőorvos által szükségesnek tartott adatok. (Kékes, Szegedi, & E. Kiss, 2018) 2018 őszén az Országos Mentőszolgálat, 2021 szeptemberében a gyógyászati segítőeszköz forgalmazók váltak csatlakozásra kötelezetté (net6). Az előzetes várakozásokkal ellentétesen az EESZT magánszolgáltatókra történő kiterjesztése lehetővé tette azt a szakmailag alátámasztott igényt, hogy az infokommunikációs hálózatokat a köz- és magánszolgáltatók közösen használhatják (Dózsa & Ruzsovics, 2019). A szakmailag megfelelően HISA⁷ konform módon gyűjtött adatok pozitív tulajdonsága, hogy az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben lévő adatok megbízhatósági problémája fel sem merül.

Az idősök helyzete a rendkívüli egészségügyi ellátás igénybevétele során

A COVID pandémia első hullámában a legnagyobb működési problémát az idős orvosok kiemelése jelentette az ellátórendszerben. Papp Magor értekezésében olvasható, hogy háziorvosi körzettípusonként 2007 és 2017 között 13,9%-kal nőtt a 65 éves, illetve annál idősebb háziorvosok száma. A vizsgált időszakban körzettípusonként 3,7 és 5,4 között nőtt a háziorvosok átlagéletkora. A vegyes körzetekben 56,4 év, a felnőtt körzetekben 57 év, míg a gyermek körzetekben 59,5 év volt az átlagéletkor a 2017. január 1.-i adatok alapján (Papp, 2021). Az orvoshiány és az elvesztésüktől való aggodalom mellett az orvosokra jellemző hivatástudat és a tenni akarás okán viszont az idős orvosok elvállalták a telefonos kapcsolattartást, valamint azon betegek ellátását, akik nem a Covid-vírus miatti ellátást igényeltek.

A Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság (NMHH) megbízásából 2017. októberében végzett reprezentatív felmérés alapján megállapításra került, hogy a háztartások 93%-a rendelkezik mobiltelefonnal, s ezek kétharmada már 4 évvel ezelőtt okostelefon volt. Nagyon fontos megállapítás, hogy a fiatalok (91%) és aktív korú lakosság (81%) adatait figyelembe véve a

⁷ HISA- Healthcare Information System Architecture

legnagyobb növekedést a 60 év feletti lakosság körében találták, közöttük a legalább hetente internetezők száma egy év alatt 31%-ról 41%-ra növekedett (net7). Ez az érték a pandémia időszakában tovább emelkedett, amelyekről ma még legfeljebb a kereskedelmi statisztikákból vannak becsléseink, de már a nemzetközi és hazai szakirodalom, az NMHH 2017. évi felmérése is arra a következtetésre ad lehetőséget, hogy az idős lakosság is egyre fogékonyabb az okostelefonok és Small screen technológiák felhasználására, alkalmazására. Ezzel együtt azt is fontos hangsúlyozni, hogy az idős kor időt és lehetőséget nyújt az önképzésre, az új lehetőségek felfedezésére (Bene, Móré & Zombory, 2020). Az új technológiák, eszközök iránti hajlandóságot és fogékonyságot szimbolizálja az is, hogy az NMHH 2020. évi felmérésében a megkérdezettek 52%-a nyilatkozta, hogy a családi kapcsolattartásra – akadályoztatásuk esetén – videohívást kezdeményeznek. Az akadályoztatás és a fertőzésektől való félelem a pandémia alatt fokozottabban érvényesült. A betegek a telemedicina előnyeként említik ezen kívül, hogy kisebb mértékű munkahelyi, illetve időbeni kiesést okoz, és az utazási költség is elmarad. Az egészségügyi intézmények számára a hatékonyságnövelés, valamint az idős, egyedülélő betegek egészségi állapotának naprakész nyomon követése jelenti a legfőbb pozitívumot.

A leírt tendenciák nyomán elmondható, hogy nemcsak az aktív korú lakosság, de az idősek számára is sok esetben megoldást jelenthet a telemedicinális ellátás, egy videohívás lebonyolítása a kezelőorvosával. Világviszonylatban az mHealth applikációk egyharmadát a mentális egészség, 15%-át az endokrin betegségek, 10%-át a szív és érrendszeri betegségek monitorozására hozták létre. Megállapításra került az is, hogy ezen telemedicinális szolgáltatásokat az uniós tagállamok tekintetében leginkább Németországban és az Egyesült Királyságban alkalmazzák, ezzel együtt az került megállapításra, hogy az egy lakosra jutó telehealth szolgáltatásból befolyó bevétel a Skandináv országokban a legmagasabb. (net4).

A lakosság szempontjából a vezető morbiditási és mortalitási betegségek, mint a szív- és érrendszeri, a krónikus obstruktív tüdőbetegség és a cukorbeteg alapellátásban lévő gondozása jelentené a megoldandó feladatot. Habár az egyes világrészekben eltérő mértékben, de a WHO adatai alapján a 25 év feletti lakosság átlagosan 40%-a szenved hipertóniában. (Kékes, Szegedi, & E. Kiss, 2018) A gyakoriság alapján indokoltan a hipertónia gondozása volt az első a telemedicina terjedése szempontjából. A hatékonyabb gondozása érdekében már a 2000-es évektől egyre kiterjedtebben alkalmazták az otthoni vérnyomásmérésre az elektronikus mérőeszközöket (szenzor), amelyek az okostelefonok, tabletek megjelenésével már közvetlen kapcsolódtak az adatgyűjtő központokhoz. Hazai és nemzetközi szakirodalmi adatok alapján az otthoni vérnyomásmérés és a telemonitoring alkalmazása egyaránt javítja a beteg adherenciáját,

az antihipertenzív kezelés eredményességét és csökkenti a túlkezelés kockázatát (Kiss&Kékes, 2012; Parati, Omboni & Ambini, 2009).

A krónikus pangásos szívelégtelenség a telemedicinális eszközökkel legalaposabban vizsgált terület (Kékes, Szegedi, & E. Kiss, 2018). Clarke és munkatársai (2011) 3-15 hónap követési idővel, 3480 főre kiterjedő vizsgálatának alapján megállapították, hogy a beteg egészségi állapotának monitorozásával, a szakszemélyzet támogatásával és a nővérek otthoni látogatásával szignifikánsan csökkent a halálozás és a kórházi felvételek száma..Említésre méltó az Olaszországban, Lombardia területén elindult TELEMACO (TELEMedicina Ai piccoli COMuni lombardi) projekt, ami egy infrastrukturálisan elmaradottabb mezőgazdasági vidéken nyújt teljeskörű otthoni telemedicinális ellátást krónikus pangásos szívelégtelenségben szenvedő betegek számára (Schmidt, Schuchert, Krieg, & Oeff, 2010) .

A diabetes mellitus esetén a telemedicinális ellátás jelentős mértékben megkönnyítheti az azonnali beavatkozás lehetőségével a beteg kezelésének és gondozásának sikerességét, példa lehet a beteg által gyűjtött mérési adatok alapján beállított gyógyszeradagolás szabályozása (Kékes, Szegedi, & E. Kiss, 2018).

Ezek a telemedicinális megoldások hatékonyan segíthetnék a Magyarországon betöltetlen háziorvosi praxisokkal rendelkező vidéki területeken élő lakosság egészségügyi ellátását. A szolgáltatások szempontjából nem cél a teljes idejű, a „24/7/365” állapot elérése, de már a törődést mutatja a lehetőség, hogy szükség esetén az összegyűjtött, feltöltött adatokat a kezelőorvos megnézheti.

A telemedicina és a pandémia kölcsönhatásai

Elsősorban az időskorú, krónikus betegek egészségi állapotának folyamatos nyomon követésére és védelmének érdekében szinte egyetlen mód a telemedicinális eszközök használata. Ezek közé soroljuk a vészjelző berendezéseket, az egyszerű és az okos telefonokat is, bár ezek csak a figyelmeztetést, a kikérdezést teszik lehetővé, sokszor így is életet menthetnek. Az orvosi ellátás aspektusából a telemedicinális egészségügyi ellátás összetettebb, az anamnézis, a státusz, a diagnózis, a terápia meghatározásából áll. Ehhez a vizsgálathoz ellátás esetén előre megkérhetjük a beteget, ha állapota engedi, hogy működjön közre, például mérje meg a gyógyszerfelírás esetén a vérnyomását, vércukorszintjét, ha nem ezt tesszük, akkor nem beszélhetünk státusz-meghatározásról, ami az ellátás alapfeltétele.

A közeljövőben – a fejlesztés érdekében, úgy vélem – az ellátórendszernek a jelenlegi leterheltsége mellett, ki kell alakítania a szolgáltatási térben egy olyan egészséginformatikai megoldást, amely során a mesterséges intelligenciát igénybe véve, alkalmazva, legalább a

súlyos állapotú betegek egészségi állapotát nyomon lehetne követni. A jelenlegi helyzet javítására szolgáló intézkedések bevezetése egyre sürgetőbb, hiszen már csaknem két éve élnek úgy emberek⁸, hogy csak telefonon, e-mailen tartják a kapcsolatot az orvosukkal.

A telemedicinális ellátás előnye a hagyományos ellátással szemben az alacsonyabb erőforrásigény, azonban erősen korlátos az igénybevételi lehetősége. Másrészt előfordulhat, hogy nemcsak mentális állapotuk romlása miatt nem javulnak a külvilágtól elzárt emberek, hanem a diagnosztizálásuk nem elég sikeres. Gondoljunk bele, hogy az otthonuk elhagyása nélkül, olyan vitális paraméterek hiányával kell az orvosoknak az állapotukról dönteni, amelyek a telemedicina módszereinek a fejlesztésével pótolhatóak lennének. Már most is jelentős előnyt adnak az okosórák, az okostelefonok, amelyeknek az egészséggel kapcsolatos applikációin megjeleníthetőek a telemonitoring alkalmazások, és a vitális paraméterek gyűjtésével akár életet is menthetnek, de ezek használata még nem nevezhető általánosnak épp a legveszélyeztetettebb rétegekben.

Végezetül kijelenthetjük, a telemedicina nem szoríthatja ki a személyes orvoslást, de sokszínűvé, gyorsabbá, hatékonyabbá teheti olyankor is, amikor nincs világjárvány.

Felhasznált irodalom

- Bene, Á., Móré, M., & Zombory, J. (2020). A digitalizáció néhány elemének időseket érintő hatásai–Karantén előtti helyzetkép, *Magyar Gerontológia*, 29-51.
- Daragó, L., Jung, Zs., Ispán, F., Bendes, R., & Dinya, E. (2013). A telemedicina előnyei és hátrányai, *Orvosi hetilap*, 1167-1171
- Dózsa, C., & Ruzsovics, Á. (2019). A telemedicina nemzetközi helyzetismertetése és a hazai telemedicina program szabályozási és finanszírozási kihívásai, II. rész. *IME*, 5-10.
- Ficzere, A. (2012). Telemedicina szolgáltatás bevezetéséhez szükséges lépések. *IME*.
- Kékes, E, Surján, Gy., Balkányi, L., & Kozmann, Gy. (2000). *Egészségügyi informatika, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest*
- Kékes, E., Szegedi, J., E. & Kiss, I. (2018). A telemedicina szerepe a beteg-orvos, beteg-alapellátás, beteg-szakellátás kapcsolat optimális megoldása érdekében. *IME-Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 24-33.

⁸ Jelen cikk megjelenéséhez képest (2021. december)

- Kiss, I., & Kékes, E. (2012). A hipertóniás betegek célvérnyomáselérési arányának és gondozási minőségének segítése telemedicinális lehetőségek alkalmazásával. *Hypertonia és Nephrologia*, 243-5.
- Papp, M (2021). A háziorvosi ellátás humánerőforrás krízise Magyarországon longitudinális vizsgálat tükrében. Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola
- Parati, G., Omboni, S., & Ambini, F. (2009). Home blood pressure telemonitoring improves hypertension control in general practice. The Tele BP Care study. *Journal of Hypertension*, 198-203.
- Schmidt, S., Schuchert, A., Krieg, T., & Oeff, M. (2010). Home telemonitoring in patients with chronic heart failure: a chance to improve patient care? . *Deutsches Arzteblatt Internationa*, 131-138.

Internetes hivatkozások

- net1: <https://www.telemedicineclinic.co.uk/about-tmc/>, letöltés: 2021.10.19
- net2: <https://mok.hu/hirek/lapszemle/most-radiologushiany-miatt-van-veszely-a-honvedkorhazban>, letöltés: 2021.10.19
- net3: <https://immedicare.co.uk/our-services/>, letöltés: 2021.10.20
- net4: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf
- net5: [Kaspersky_Healthcare-report-2021_eng.pdf](#) (kasperskycontenthub.com), letöltés: 2021.11.20.
- net6: Lakosság - EESZT Információs portál (gov.hu), letöltés: 2021.11.20
- net7: https://nmhh.hu/dokumentum/195102/lakossagi_internethasznalat_2017.pdf, letöltés: 2021.10.20

A Szerző:

Paulikné Varga Barbara

ORCID: 0000-0001-9217-0135

tanársegéd, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar Egészségtudományi Intézet, Egészségügyi
Informatikai nem önálló Tanszék 4400 Nyíregyháza Sóstói u. 2-4.

PhD hallgató, Debreceni Egyetem Társadalomtudományi Doktori Tanács Ihrig Károly

Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

AZ IDŐSEK ÉS AZ INFOKOMMUNIKÁCIÓS TECHNOLÓGIÁK ELSŐDLEGES VONATKOZÁSAI

Kristóf Zsolt, Győri Anita

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

Kulcsszavak: idősök, infokommunikációs technológiák, életminőség

Absztrakt

Cikkünkben kitérünk az információs és kommunikációs technológia (továbbiakban IKT) rövid áttekintésére, az idős korosztály legjellemzőbb sajátosságaira, végül azt vizsgáljuk, hogyan és mely részterületeken tudnak kapcsolódni az idősök az IKT megoldásaihoz. A gyorsan fejlődő technológia világában még azoknak sem könnyű kiigazodni, akiknek nem kell gondolkodni azon, hogy hogyan tanulják meg az IKT használatát. Komoly hátránnyal indulnak azok, akik életük egyharmadában, felében nem voltak kapcsolatban az infokommunikációs technológiákkal, idős korban pedig ez a hátrány tovább növekedhet. Manapság egyre nehezebb különbséget tenni online és offline világ között és valószínűleg ez a jövőben sem lesz könnyebb. A jóléti államokat előregedő társadalom jellemzi, az ezekből fakadó problémák régóta jelen vannak minden területen, ahogy az egészségügyben, úgy a gazdaságban is. Tanulmányunkban megvizsgáljuk és összegyűjtjük a témakörhöz szorosan kapcsolódó releváns szakirodalmakat, melyek az életminőségre, a magányosság leküzdésére, a társadalmi felzárkóztatásra és az egyén egészségi állapotára vonatkoznak. Célunk, hogy megvizsgáljuk milyen lehetőségekkel segíti az IKT az idős emberek minőségi öregedését, milyen tényezők motiválják az idősöket az eszközök használatában, melyek azok a nehézségek, amelyek akadályozzák az alkalmazást és a tanulást, illetve, hogy összességében milyen jövőbeni kilátások elé nézünk. Vizsgálatunk angol és

magyar nyelvű szakirodalomra vonatkozott, azokra a publikációkra, melyek Európában jelentek meg vagy európai országokban végezték a kutatást, a 65 éves vagy idősebb emberek körében, 2011 és 2021 között.

PRIMARY ASPECTS OF THE ELDERLY AND INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGIES

Zsolt Kristóf, Anita Győri

Keywords: the elderly, information and communication technology, quality of life

Abstract

In this article, we will briefly review information and communication technology (ICT), the most typical characteristics of the elderly age group, and finally, we will look at how and in which areas the elderly can connect to ICT solutions. It is not easy to navigate in a world of rapidly evolving technology even for those who do not have to think about how to learn using ICT. In a rapidly evolving world of technology, it is not easy for those who does not need to think about how to learn how to use ICT to adapt. Those who have not been in touch with ICT for a third or half of their lives start from a serious disadvantage, and this disadvantage can increase in old age. Today it is increasingly difficult to distinguish between the online and offline worlds, and this is unlikely to become easier in the future. Welfare states are characterized by an aging society, and the resulting problems have long been present in all areas, from health to economy. In our study we will examine and bring together relevant literature closely related to this topic, covering quality of life, overcoming loneliness, social inclusion and the health of the individual. Our aim is to explore the potential of ICT for quality ageing of older people, the factors that motivate them to use the tools, the difficulties that hinder their use and learning, and the future prospects. Our study covered the English and Hungarian language literature, publications published in Europe or research conducted in European countries, among people aged 65 and over, between 2011 and 2021.

Bevezetés

Az idősök infokommunikációs technológiákkal történő interakciója pozitívan befolyásolhatja szellemi tevékenységüket és összességében jó hatással lehet a mentális egészségük serkentésére. Ez a mentális stimuláció javíthatja a memóriájukat is. Az IKT-t használó idősök úgy érzik, sokkal magabiztosabbak és kevésbé vannak elszigetelve a társadalomtól, megnöveltnek látják a társadalmi támogatást és társadalmi interakciót, jobb kognitív képességekkel rendelkeznek, fennmaradhat a függetlenség érzése a mindennapi életükben és körükben alacsonyabb szintű depressziót mérnek a kutatók. Az IKT-t megfelelő szinten alkalmazó személyek kiemelten hasznos tagjai lehetnek közösségüknek, mivel képesek átadni bölcsességüket és tudásukat a fiatalabb generációknak a fejlett technológián keresztül is. A digitális technológiákat értően használó idős személy és a fiatalabb generációk közötti digitális szakadék elmosódottabbá válhat. Ezzel együtt javulhat az érintettek személyes életminősége, a függetlenség és autonómia fenntartása a mobilitást is fokozza, kialakulhat és működhet a személyre szabott integrált szociális és egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. Kijelenthető, hogy a digitális kompetenciák színvonalas alkalmazása összességében pozitívan tud hatni az idősök saját életére és a hozzájuk tartozókéra is (Blazun, 2013).

Jelenleg – főleg az elmúlt évtizedekhez képest – a kifejezetten idősebbek számára készült technológiai eszközök és megoldások felé mutatott igény, ennek következtében pedig ezek piacképessége is fellendülésben van. A gerontechnológia – melynek területéhez tartozik minden olyan okos szolgáltatás és technikai innováció, amely az idősök életminőségét javíthatja – segíthet a minőségi öregedésben és az önálló élet fenntartásában. A kapcsolati szolgáltatások erősíthetik a szocializációt és csökkenthetik az esetleges ellátási költségeket (Peterson & Prasad, 2011).

Amikor az idősök az IKT lehetőségeket használják, számos kedvező hatással találkozhatnak. Digitális tudásuk fejlődésével csökkenhet a kirekesztődésük, ezzel együtt a magány érzete is, egészségi állapotuk folyamatos monitorozásával lassítható az egészségromlás, addig ismeretlen, új információkhoz tudnak hozzájutni, mely által fenntarthatják vagy növelhetik a mentális kondíciójukat. Kialakíthatják és menedzselhetik a családi és baráti kapcsolattartást, távolabb élő személyekkel tudják felvenni a kapcsolatot, illetve, ha mindezekben fiatalabb családtagjaik segítik őket, szorosabb családi köteléket és intergenerációs hasznot is hoz a folyamat (Bene és mtsai, 2020). Figyelmet kell fordítani arra ugyanakkor, hogy a pozitív tényezők mellett megjelenhetnek a negatív vonatkozások is. Ezek magában foglalhatják azokat az érzéseket, amelyek a személyes kontaktus hiánya miatt

keletkeznek, olyan egészségi hatások erősödhetnek, mint a szem terhelése, a hosszabb ideig tartó ülés miatt rosszabbodó testtartás, internetes visszaélések célpontjai lehetnek az idősek, esetleg felmerülhet körükben is internet-és okoseszköz függőség.

Cikkünkben azt vizsgáljuk, hogy az IKT hogyan segítheti az idősek mindennapjait a tanulás, a magányosság az egészségügy és egyéb, általánosabb területek vonatkozásában.

Az infokommunikációs technológia és alkalmazásai

Az információs és kommunikációs technológiára (IKT) nincs általános, mindenki által ismert és elismert definíció. Minden olyan digitális eszköz ebbe a meghatározásba tartozik, amely ötvözi az informatikát és a távközlést. Ezek az eszközök lehetővé teszik az információ tárolását, hozzáférhetőségét, kezelését, illetve továbbítását. IKT-t használunk, ha tv-t nézünk, videót készítünk, telefonálunk, közösségi oldalakon vagyunk jelen, interneten vásárolunk vagy akár autónkban, akár egyéb okoseszközünkön bekapcsoljuk a GPS-t. Az IKT magját szoftverek, hardverek, hálózatok és médiumok alkotják, amelyek elsősorban információgyűjtésre, bemutatásra, feldolgozására, tárolására és továbbítására szolgálnak hangon, szövegen és képeken keresztül (Al-Rahmi és mtsai, 2020).

A 21. századra az élet egészét átható és állandóan elérhető technológia jelentős mértékben átalakította az emberek életét. Dolgozunk, kommunikálunk, ügyeinket intézzük, problémákat oldunk meg és ismereteket szerzünk a segítségével. Megváltoztatta az emberek szokásait, szórakozását, kapcsolattartási és vásárlási módjait, az információteremtés módszerét, és mindezekkel összefüggően a munka természetét is (Molnár, 2011). Létrejöttek a „digitális bennszülött” és „digitális bevándorló” fogalmak, melyekkel megpróbálták kifejezni napjaink társadalmának IKT hozzáértés alapján vett különbségeit (Prensky, 2001). Prensky aszerint különböztette meg a két csoportot, hogy tagjaik mikor találkoztak a technológiával. Digitális bennszülöttként tekintett azokra a fiatalokra, akik számára már természetessé vált az IKT mindennapos használata, a digitális bevándorlók pedig azok voltak, akik felnőtt korukban találkoztak a digitális eszközökkel és aktívan kellett tanulniuk a használatukat. Mivel egyre inkább elmosódnak ezek a határok később Prensky maga javasolt egy új kifejezést, a „digitális bölcsességet”, mely már nem képez korosztályon alapuló különbséget, sokkal inkább egyfajta digitális technológia készséget jelöl (Prensky, 2009). Ehhez kapcsolódóan találkozhatunk a szakirodalomban a „digitális szakadék” kifejezéssel, mely szintén a nemzedékek közötti különbséget szemlélteti, ám a 2001-ben leírtaktól tágabb módon. Nemcsak demográfiai értelemben kerül használatra, hiszen földrajzi vagy társadalmi csoportok közötti különbségekre

is alkalmazható (Fehérvári, 2017). A digitális szakadék fogalmával egyidős az információs társadalom fogalma is, mely egy olyan, új jellegű társadalmat takar, amelyben az információs és telekommunikációs technológiák széles körű elterjedésével az adott társadalom tagjainak jobb minőségű életre, ezzel együtt új típusú életvitelre, modernebb munkavégzésre van lehetősége. A fentiekkel a társadalomban betöltött megváltozott szerep is együtt jár (Z. Karvalics, 2001).

Az információs és kommunikációs technológia alkalmazási lehetőségeit a 2019-ben megjelent Covid-19 vírus miatt kihirdetett veszélyhelyzet szükségszerűen előtérbe helyezte. Még inkább felerősödött az igény az információ gyors áramlására, a naprakészségre, a kapcsolattartásra, szociális igényeink kielégítésére, a digitális lehetőségeink megismerésére.

A kutatások eredményei szerint a fiatalok, a gyermekek voltak védettebbek a megbetegedés súlyos vagy akár halálos kimenetelétől, ugyanakkor akár kisebb tünetek mellett vagy tünetek nélkül is terjeszthették a betegséget. A fentieket alátámasztották további kutatások, melyek eredményei azt mutatták, hogy a fertőzött személyekkel történő hosszabb időn át tartó érintkezés – akár csak az egy légtérben tartózkodás – lehetett a vírus terjedésének legvalószínűbb módja. Járványok idején a kockázatcsökkentő stratégiák, például a társadalmi távolságtartás a vírusok terjedését nemcsak a sűrűn látogatott iskolákban tudja lassítani, hanem bármilyen egyéb közösségben is (Kristóf, 2020). Az egészségügyi kockázat megnövekedett szintje, a szociális távolságtartás komolysága és kötelezősége mindenkire hatással volt. Nagyon gyorsan kellett elsajátítanunk egy új világ normáit, melyben a digitális eszközök széles körű alkalmazása mindennapi elvárássá emelkedett.

Egy magyarországi interjú alapú kutatás alapján általában elmondható, hogy a karantén idején az idősekkel foglalkozó szervezetek fokozottabban figyelték tagjaikat, igyekeztek fenntartani a kapcsolatot mindenkivel és többnyire az új infokommunikációs technológiát használva, összekötötték a tagságot egymással. A kapcsolattartás a tagok közötti információáramláson túl a szabadidős tevékenységekről szólt, amelyekben számos innovatív ötlet valósult meg. Az idősekre az összetartás és az egymásra való odafigyelés volt jellemző. A kutatók leginkább azok esetében fogalmaztak meg problémákat, akik nagyvárosokban, lakótelepeken, erkély nélküli lakásokban éltek meg a karantént. Az interjúalanyok meglátása és tapasztalatai szerint a vidékiek, illetve a kerttel, udvarral rendelkezők mentálisan könnyebben vészték át a korlátozásokat. Általános tapasztalat, hogy az idősek betartották a szabályokat, viselték a maszkot, kesztyűt, bár a vásárlási korlátozást nehezebben fogadták. A válaszadók között legtöbbször azt fogalmazták meg, hogy a gyerekekkel, főleg az unokákkal, dédunokákkal való kapcsolat hiányzott nagyon (Huszti és mtsai, 2020).

Az időskori ageizmus és a minőségi öregedés

Az öregkor ma jogi meghatározás kérdése abban az értelemben, hogy arra az életkorra vonatkozik, amikor az emberek visszavonulnak a munkától, és olyan sajátos jóléti szolgáltatásokra tarthatnak igényt, mint a nyugdíj. Magyarországon a nyugdíjkorhatár 65 év, cikkünkben az időskor a 65 év felettiekre vonatkozik.

A nyugdíjazás elemi változásokat hoz a nyugdíjba vonuló személy és családja életébe. Lecsökken a jövedelem, fokozatosan leépülnek a munkahelyi, baráti kapcsolatok, a felszabadult időt a legtöbb friss nyugdíjas nem mindig tudja optimálisan kezelni. Sokszor feleslegesnek érzik magukat, ami mentális problémákat okozhat. Egy olyan társadalomban, ahol a munka centrális érték, a nyugdíjazás státuszvesztéssel is jár és az évek során összegyűjtött tudás és szakértelem már nem kelt tiszteletet a fiatalabb generációkban. Ezek mellett az öregségi vagy az özvegyégi nyugdíj, a házastárs halála után egyre kevésbé fedezi a létfenntartást, mely időskori szegénységhez is vezethet (Giddens, 2008). Ilyen élethelyzetekben fontos és szükségessé válik a kiemelt figyelem. A társas támogató hálózat hiánya szorosan kapcsolódik a vélt, és hosszú távon a valós egészségi állapottal. Azok, akiknek a szociális kötelékeik beszűkülnek, nagyobb eséllyel mutatnak depresszív tüneteket, válnak szomorúvá vagy számolnak be a feleslegesség érzéséről. Ezek az érzések meghatározzák általános közérzetüket, megelégedésüket. Mindezek az idős korosztálynál fokozottabban jelentkeznek, ezért a társas szabadidő-eltöltésüket egyfajta védőfaktorként foghatjuk fel. Ez kiemelten érinti a bentlakásos idősök intézményének lakóit, akik gyakran valamilyen nehezített életkörülmény, betegség vagy haláleset miatt határoznak az idősök otthona mellett (R. Fedor és mtsai, 2021).

Az ENSZ Egészséges Öregedés Évtizede (2021-2030) egy globális együttműködés, amely összhangban van a Fenntartható Fejlődési Célok elmúlt tíz évével, és amely egyesíti a kormányokat, a civil társadalmat, a nemzetközi ügynökségeket, a szakembereket, a tudományos szférát, a médiát és a magánszférát, az idősök, családjaik és a közösségeik életének javítása érdekében. A világ népessége egyre gyorsabb ütemben öregszik és ez a demográfiai átalakulás a társadalom szinte minden területére hatással lesz. Már most is több mint 1 milliárd 60 éves vagy annál idősebb ember él, többségük alacsony és közepes jövedelmű országokban. Sokan még azokhoz az alapvető erőforrásokhoz sem férnek hozzá, amelyek az értelmes és méltó élethez szükségesek. Sokan olyan korlátokkal szembesülnek, amelyek megakadályozzák teljes körű részvételüket a társadalomban. A nyugdíjas kor eljövételével általában a gazdasági aktivitás csökken, az egészségi állapot romlik, de azokon a területeken is beszűkülés tapasztalható, amelyek egyénileg is irányíthatók. A barátok átlagos számának csökkenése idős

korra észrevehető. Megjegyzendő, hogy például a külső kapcsolatok beszűküléséről egyes esetekben maga az idősebb személy is tehet. Ezzel kapcsolatosan a manapság erősödő, a középfokú oktatásban kötelezővé tett önkéntes munka egy hatékony megoldás lehet a fiatalok idősebb korosztályokkal való kapcsolattartásának fokozására, növelésére (Takács & Fábán, 2014).

Az idős korosztály egyre növekvő aránya miatt a velük szembeni diszkrimináció is növekszik, melyhez egy új, modern fogalom is társul, az ageizmus. A fogalom az angol age szóból ered, ami kort jelent, tehát az ageizmus az életkor alapján gyakorolt hátrányos megkülönböztetést jelenti. A fogalomból eredően alapvetően nemcsak idősekre vonatkozott a megkülönböztetés. Napjainkban mégis az idősebb korosztállyal szemben megnyilvánuló előítéletekkel kapcsolatosan használják. Maga a fogalom azért került kialakításra, mert az időskor az elmúlt évtizedekben lényegesen hosszabbá vált, melynek következtében egyre több idős szeretne tevékenyen, aktívan élni, viszont a társadalom ezt legtöbbször nehezen vagy alig tudja kielégíteni. Sajnos sokszor még ma is eltartott, időotthonban élő, gondoskodásra szoruló személyekként gondolunk az idősekre (Kokas & Lakatos, 2013).

Az idősök hátrányos megkülönböztetése a következő formákban nyilvánulhat meg:

- Nyelvi megkülönböztetésbe tartoznak azok a szavak, kifejezések, melyeket a fiatalabb generáció idegen nyelvekből vett át (pl. meeting, chat, online, stb.) vagy a generációi rétegnyelvekhez tartozik (pl. csaj, zsír, stb.), de az idősebb korosztály nem ismeri, nem használja és nem érti. Emellett a nyelvi diszkrimináció része az is, hogy a fiatalabb korosztály, illetve a társadalom és a média sincs mindig tekintettel az idősebb korosztály lassabb beszédtempójára és beszédértésére.
- A lakóhelyi megkülönböztetés megnyilvánulhat abban, hogy megszűnnek azok a közösségi terek, parkok, ahol az idősebb korosztály is jól érezhetné magát, kikapcsolódhatna és biztonságban érezné magát.
- A családon belüli diszkrimináció leggyakoribb esete, hogy idős rokonukat elhanyagolják a családtagok, nem veszik meg a gyógyszereiket, esetleg bántalmazzák őket, elveszik a nyugdíjukat, megtakarított pénzüket. Ezek az esetek csak ritkán derülnek ki, mert az idősekben gyakran is nem tudatosul, hogy rosszul bánnak velük, esetleg félnek a bántalmazóiktól.
- A mediális diszkrimináció a tömegkommunikációban van jelen. A médiában az idősök ritkán szerepelnek, ha szerepelnek is, gyakran erőteljesen lealacsonyító, diszkriminatív helyzetben (pl. vizelettartási problémák, feledékenység, műfogsor használat). Kevés olyan műsor van, amely kifejezetten az idős korosztályt szólítaná meg. Ebbe a megkülönböztetési

formába tartozik az informatikai jártasság hiánya is. Az idősebb korosztály nagyrészt nem ismeri és nem tudja használni a számítógépet, okostelefonokat. Mindemellett az internethasználat sem épült be a mindennapjaik rutinjába, így naprakész információkkal sem rendelkeznek.

- A gazdasági diszkriminációhoz soroljuk az idősebbek jóindulatát, hiszékenységet kiaknázó házaló kereskedőket, csalókat, akik könnyen becsapják, átverik őket. Jellemzően egészségügyi termékek eladásával és a kivételes ajánlat csábításával próbálják becsapni őket (Balázs & Bene, 2019). Ebbe a kategóriába tartozik annak ténye is, hogy az idősebbek nem, vagy csak sokkal szigorúbb feltételekkel vehetnek fel hitelt pénzintézettől, vagy köthetnek biztosítást, hiszen életkoruk önmagában magasabb kockázati faktornak számít.
- A munkahelyi diszkrimináció leginkább az ún. „fiatal időseket” érinti, sőt már a középkorosztály is veszélyeztetett (40-45 év feletti). Jellemzően az idősebb munkavállalót érinti elsőként a leépítés, az idősebb munkakereső sokkal hosszabb ideig marad tartósan munkanélküli (Kokas & Lakatos, 2013).

Rowe és Kahn szerint a minőségi öregedésnek 3 összetevője van, melyek a betegség alacsony valószínűsége és a betegségekkel összefüggő fogyatékoság, a magas kognitív és fizikai kapacitás, valamint aktív elkötelezettség az élet iránt. Mindhárom kifejezés relatív és külön-külön is fontosak, de ezek kombinációja képviseli a minőségi öregedést a legteljesebben (Rowe & Kahn, 1997). Vizsgálva az egyes összetevőket, azokat további kisebb tényezőkre bonthatjuk. A betegség hiányában szerepet játszik az öröklődés, egyes genetikai tényezők és a külső környezeti tényezők, beleértve az életmód elemeit. A magas kognitív kapacitásba beletartozik az élethosszig tartó tanulás, a memória fejlesztése. Az élet iránti elkötelezettség függ az életútától, az egyén megküzdési stratégiájától és ide sorolhatjuk a társas; családi és baráti kapcsolatokat. Vaillant és Mukamal szerint a minőségi öregedés 2 legfontosabb pszichoszociális előre jelzője a magas iskolai végzettség és a kiterjedt családi hálózat (Vaillant & Mukamal, 2001). Az időskori jólét meghatározásához 6 funkciótartományt írnak le, melyek az orvos által értékelt objektív fizikai egészség és a visszafordíthatatlan testi fogyatékoság hiánya, a második a szubjektív egészségmegítélés, a harmadik az aktív élethossz, a negyedik terület az objektív mentális egészség. Az ötödik terület az élettel való szubjektív elégedettség és végül a hatodik a szociális támogatás. Ezeket a kategóriákat sokkal inkább kell keretként tekinteni, mintsem a minőségi öregedés meghatározó elemeinek. Teater és Chonody bemutatva a minőségi öregedés számos pontját, amelyet megfogalmaztak a szakirodalomban, felhívják a figyelmet, hogy óvatosan kell ezeket kezelni, hiszen a siker szubjektív, így sokkal inkább kell

az emberre, mint egyénre figyelni és a szubjektív öregedés felől megközelíteni ennek elősegítését. Nem lehet az időseket homogén csoportnak tekinteni. Továbbá fel kell ismerni a felelősséget, hogy ne támasszunk irreális elvárásokat az idősebbekkel szemben (Teater & Chonody, 2020).

A kulturális, szociális és pszichológiai dimenziókat figyelembe véve Bengtson és munkatársai a családtagok közötti interakciót sokrétű és többdimenziós konstrukcióként értelmezték (Bengtson & Roberts, 1991). A konstrukció elemei a következők voltak:

- Szeretet: a családtagok iránti érzelmi kötődés típusa és foka, valamint ezen érzelmek kölcsönössége (melegség, közelség, megértés, bizalom, tisztelet stb.);
- Társulás: az interakció gyakorisága és mintái, amelyek láthatók azokban a tevékenységekben, amelyekben a családtagok egymással érintkeznek, akár személyes kapcsolatba kerülés, akár a technológia révén;
- Konszenzus: az értékekben, attitűdökben és hiedelmekben való egyetértés mértéke;
- Erőforrások megosztása: a generációk közötti segítségnyújtás és az erőforrások cseréjének mintái, mint például a pénzügyi, fizikai és érzelmi támogatás;
- Családi normák: a családtagokkal szembeni egyéni kötelezettségek elvárásai, amelyek tágabb kulturális értékekkel kapcsolatosak;
- Az interakció lehetőségstruktúrája: befolyásolja a családtagok száma, típusa és földrajzi közelsége (Azevedo & Ponte, 2020).

Összességében kijelenthető, hogy az idősödés és maga az időskor nem tekinthető homogén mintának, sokkal inkább igaz rá, hogy számtalan normális és kóros elváltozás alkotja. Nem elsősorban a naptár szerint idősödünk, és komoly különbségek észlelhetők a felmérések és vizsgálatok adatai alapján az idős egyének életminőségét befolyásoló jellemzők között (Iván, 2002).

Az idősek és az infokommunikációs technológiák vonatkozásai

Manapság, amikor egyrészt a középkorú generációk többsége már többé-kevésbé elsajátította az IKT-t a hatékony munkavégzés és szabadidős tevékenységek eszközeként, másrészt a fiatalabb lakosság számára az infokommunikációs technológiák már gyermekkoruk óta a mindennapok teljesen átlagos részévé váltak, addig az idős lakosság többségének még mindig kevés ismerete van ezen a téren (Blazun, 2013).

Az idősebb felnőtteket gyakran sztereotip módon úgy ábrázolják, mint akik ellenállnak a változásoknak, képtelenek és nem hajlandók új technológiákat elfogadni. Úgy tűnik, egyes idősebb felnőttek felvették és magukévá tették ezeket a negatív életkori sztereotípiákat és valóban túl öregnek vagy túlságosan kívülállónak tartják magukat ahhoz, hogy sikeresen alkalmazzák a mindennapi információs és kommunikációs technológiákat. Valójában a negatív öregedés önfelfogásában szenvedő idősebb felnőttek nagyobb valószínűséggel tapasztalnak fizikai, szociális vagy kognitív veszteségeket, ahogy idősödnek. Ezen kívül hajlamosak sztereotip módon cselekedni, különösen akkor, ha olyan környezetnek vannak kitéve, amely aktiválja ezeket az életkori sztereotípiákat (Köttl és mtsai, 2021). 2011-ben a hozzáférés és a hozzáférhetőség hiánya volt a két legnagyobb akadály az idősebb felnőttek és az IKT-használat között, ami tovább csökkentette a számítógépes ismereteket, hiányzott a motiváció és az új technológiák elfogadása. Egyrészt az új és feltörekvő technológiákat többnyire a fiatalabb generációk számára tervezik és forgalmazzák, akik általában a legnagyobb fogyasztói csoportot alkotják. Másrészt az idős korrallal járó változások, mint például a fizikai állapot általános romlása, az ízületi gyulladás és az éles látás elvesztése szintén hozzájárultak a digitális megosztottság növeléséhez.

Az idősek támogatása, különösen az otthoni gondozás sok feladatot és segítő személyt igényel. A megfelelő technológia bevezetése nagy hatással lehet a következőkre:

- mindennapi élet: háztartási tevékenységek végzésének támogatása, környezetfigyelés és lakásautomatizálás (pl. világításvezérlés);
- személyes fejlődés: tanulási tevékenységek fejlesztésének támogatásával, az egész életen át tartó tanulás fenntartása, kikapcsolódás és egyéb közösségi tevékenységek;
- speciális rehabilitációs és egészségnevelési programok kidolgozása;
- gyógyszerkezelés: e-recept, gyógyszer bevitelét jelző alkalmazások;
- egészségi állapot ellenőrzése: létfontosságú jelek monitorozása (pl. vérnyomásmérés, pulzusmérés) táplálkozás és mentális funkciók figyelése;
- személyes biztonság: értesítés elesés és rutinváltás esetén (pl. hosszú ideig mozdulatlan);
- és az otthoni biztonság, beleértve a behatolás- és tűzriasztást (Teixeira és mtsai, 2011).

A negatív sztereotípiákon túllépve, képzeletben húzhatunk egy vonalat, mely elválasztja azokat az idős embereket, akik még nem használják aktívan az életükben az IKT-t azoktól, akik már igen. Egy Finnországban végzett interjúból kiderült, hogy az öregedés okozta negatív fizikai változások, mint például a szív- és tüdőbetegségek vagy a láb- és hát problémák csökkentették a saját testükbe vetett bizalmukat. Ebben a helyzetben a mobiltelefon lehetővé

tette számukra, hogy továbbra is fenntarthatassák korábbi kapcsolataikat. Ezt a lehetőséget tartotta az idősödő felnőttek számára az egyik legfontosabb kérdésnek a legtöbb interjúalany. A telefonos kommunikáció mellett sokan hasznosnak találták a szöveges üzeneteket, különösen akkor, amikor munka közben próbáltak kapcsolatba lépni gyermekeikkel. A kamera alkalmazást szórakoztatónak találták, különösen az unokák képei voltak fontosak, melyeket gyakran használtak háttérképként. A telefonkönyv funkciót is hasznosnak ítélték, kivéve egy 68 éves nőt, aki fejből akarta tudni a telefonszámokat, hogy edzeni tudja a memóriáját (Suopajarvi, 2015).

Az infokommunikációs technológiák elsajátítása, a tanulás folyamata

Ahhoz, hogy mind szélesebb körben alkalmazni tudják az idősök az IKT adta lehetőségeket, az első lépést a megfelelő kompetenciák elsajátítása, vagyis a tanulás jelenti. Az idősök IKT-jártasságának növelése ma az egész életen át tartó tanulás egyik legfontosabb célja. A mai magyar társadalomban már vannak példák olyan képzésekre, amelyek céltudatosan az idősödők és idősök jellegzetes igényei szerint szerveződnek. A pozitív példák mellett is úgy gondolom, még több ilyen képzésre lenne szükség. A jelenlegi oktatási-képzési rendszer kevésbé vállal aktív szerepet az idősök tanulásában-művelődésében. Az időszerű munkavállalók 88%-a nem találkozott gyakorlati munkája során az informatikával. A hiányos digitális kompetenciák különösen nagy problémát jelentenek a munkapiacról kiszoruló 65 év felettiek körében. A foglalkoztatás akadálya elsősorban az informatikai tudatlanság, az e-kommunikáció használatából való kirekesztődés (Laukó & Mihálka, 2016).

Az idős felnőttek jobban tanulnak olyan tanulási környezetben, amely lehetővé teszi az önálló tempójú oktatást. Ez az elv különösen érvényes azokra, akiknek meg kell tanulniuk használni az ismeretlen, modern berendezéseket. A rövidtávú memóriavesztés és a digitális technológiával kapcsolatos szorongásuk miatt nehezen emlékeznek az egyes eszközök működtetéséhez szükséges lépésekre. Sok idős felnőtt kényelmetlenül próbálja ki magát a számítógépes környezetben és szüksége van lehetőségre, hogy megerősítse önbizalmát és önbecsülését (Henrique, 2013).

Különböző tanulmányok kimutatták, hogy az IKT attitűd összetevői módosíthatók. Az idősök IKT-műveltségének növelése érdekében a motiváció és a használat élménye nagyon fontos és kiemelt szerepe van az észlelt hasznosságnak. Sokszor ugyanis az idősök nincsenek is tisztában azzal, hogy milyen előnyt hagynak ki, addig, amíg meg nem tapasztalják és így nem is éreznek motivációt a használatra. A megfelelő szociális támogatás és a felmerülő problémák megoldásának lehetőségei tovább növelik a használati hajlandóságot (Álvarez-Dardet és mtsai,

2020). Az idősök tekintetében gyakran alkalmazzák a kutatók a technostressz vagy technofóbia fogalmakat. Tágabb értelemben az IKT használata által előidézett stresszt értjük alatta. (Tarafdar és mtsai, 2007). Ez a fogalom nemcsak az idősökre vonatkozik. Nimrod az idősökkel és a technostresszel kapcsolatos 2018-ban megjelent tanulmányában (Nimrod, 2018) egy új skála kifejlesztését mutatta be, amelyet a technostressz mérésére terveztek, különösen az idősebb IKT-t használók körében. A főbb stresszt előidéző állapotok a korábbi tanulmányok alapján 5 elemet tartalmaztak:

- Túlterhelés: több feladattal kell megküzdeniük, mint indokolt lenne, így végül a feladatok elvégzése is lassabb,
- Invázió: a nyilvános és személyes határok elmosódása miatt a mindennapi életbe való behatolás,
- Bonyolultság: állandó változás, az IKT használati feltételeit nehéz megtanulni és használni,
- Adatvédelem: a személyes adatok hozzáférhetősége miatti félelem,
- Befogadás: kisebbség érzése a fiatalabb korosztály felhasználóihoz képest és az ebből következő nyomás a megfelelés vonatkozásában.

Egy Németországban végzett kiscsoportos kutatás során egy társasházi lakóközösségben, a szokásos süti-és teadélutáni beszélgetés során mutattak be különböző IKT alapú lehetőségeket. A részvétel önkéntes alapú volt. A foglalkozáson táblagépeken keresztül próbálták vázolni a lehetőségeket. Kezdetben az egyszerű fotó és videókészítésével kezdték, mert az idősök egy része fényképeket hozott a családtagjairól vagy egy számukra kedves helyről. Ezután felmerült az igény, hogy ezeket a fényképeket tudják cserélni, mert az általuk készített képeken ők nem szerepelnek, viszont a többi tag által készített képeken igen. Így megtanulták az e-mail használatát, mely lehetőség során kapcsolatba kezdtek lépni a családtagjaikkal. Ezekkel az ismeretekkel interakcióba tudtak lépni a szomszédjaikkal, így a szociális életükre is hatással volt, új kapcsolatokat alakítottak ki. Majd további igényként felmerült a távoli rokonokkal való kapcsolattartás, nem csak írás formájában, így ismerkedtek meg a Skype-pal. Az élménybeszámoló hatására a csoport többi résztvevője is letöltötte és használni kezdte az alkalmazást. Később egymás között osztották meg a nyaralási képeket és tapasztalatokat, amíg nem tudtak részt venni a csoportos órákon. A foglalkozás során a Google Maps segítségével virtuális séta keretében bemutatták a szülőfalujukat, korábbi iskoláikat. Ezek a kiscsoportos kutatások megmutatták, hogy mennyire fontos az idős embereknek a visszaemlékezés és a személyes életút bemutatása (Müller és mtsai, 2015).

A magányosság perspektívái

A társadalmi elszigeteltség és a magány különösen káros hatással van az idősök testi és lelki egészségére. Ez az idősök körülbelül 30-50%-t érinti. A magány érzéséhez kapcsolódó társadalmi elszigeteltség tudata és az ebből fakadó erősödő hiányérzet ritkább interakciókhoz vezet. Továbbá a korlátozott közösségi hálózatokhoz kapcsolódó szociális és családi támogatás jelentősen erősítheti az affektív (érzelmi alapú) rendellenességeket, amelyek elősegítik vagy súlyosbítják a szorongás és a depresszió tüneteit (Tanner és mtsai, 2014). Egyes tanulmányok szerint a szubjektív szociális elszigeteltség (magányosság) szignifikánsan nagyobb mértékben járul hozzá a depresszió és az alvászavarok tüneteinek, mint az objektív társadalmi elszigeteltség (Doménech-Abella és mtsai, 2019; Choi és mtsai, 2015). Kutatók felismerték, hogy idős pesszimista önértékelésű embereknél, illetve gyakran depressziós vagy érzelmi problémákkal küzdő személyeknél nagyobb a halálozási kockázat. Míg az idős emberek, akik élvezik az életüket, általában jobb egészségi állapotot tapasztalnak (Liorenti-Barosso és mtsai, 2021).

A népesség elöregedésével párhuzamosan jelentős változások történtek az úgynevezett posztmodern család környezetében, amelyet annak strukturális törékenysége jellemez. Ezek a változások bizonytalanságot keltenek a társadalmi kapcsolatokban, és befolyásolják az élet során bekövetkező átmenetek szerepét, új kihívások elé állítva az egyéneket, a családokat és társadalmi életüket (Bobillier-Chaumon és mtsai, 2014). Bár a magány magában foglalhatja az objektív társadalmi kapcsolatok hiányát is, a társadalmi elszigetelődést a valódi és a kívánt kapcsolatok közötti eltérés szubjektív észleléseként fogalmazták meg. Az érzelmi elszigeteltség a kapcsolatok minőségére utal, ami a széthúzás érzését, az intimitás hiányát vagy a jelentős kapcsolatok elvesztését jelenti. Az érzelmi magányt az „abszolút magány” egyik legmélyebb és lehangolóbb érzésének tekintik. Az öregséggel kapcsolatos érzelmi problémák gyakran összefüggnek a stresszes események tapasztalataival, amelyek gyakoriak. Az ilyen érzelmi helyzetek szomorúsággal, tehetetlenséggel, magányossággal járnak, és tükrözhetik a társas és személyes veszteségek kezelésének egyéni tapasztalatait, amelyek például a családtagok elvesztéséből származhatnak (Azevedo & Ponte, 2020). Azevedo és Ponte rámutat arra is, hogy a technológia által közvetített generációk közötti kapcsolatokat nemcsak az affinitás és az idősök családban betöltött szerepével kapcsolatos közös értékek motiválják, hanem a fiatalok irányából érzékelt nyomás is.

Amikor a fiatal felnőttek idősödő szüleiket meglátogatják, a kölcsönös segítségnyújtás bizonyos erőforrások cseréjén alapulhat. Az idő előrehaladtával ugyanakkor a generációk

közötti különbségek a felhalmozódó tapasztalatok különbségeinek növekedése miatt szélesedhetnek, ez pedig egyre nehezebbé teszi a segítség biztosítását.

Egyes résztvevőknél nem merül fel a családtagok önkéntes támogatásának elvárása az IKT használatában. A fiatalabb generációk bizonyos esetekben segíthetnek, mert erkölcsi kötelességüknek érzik, és nem azért, mert a digitális technológia segítségével minőségi kapcsolatokat szeretnének kialakítani szüleikkel és nagyszüleikkel. Segíthetnek, de a generációk közötti szolidaritás koncepciója által javasolt közelség és csere nélkül. Korábbi tanulmányok szerint az idősek számára tervezett IKT-beavatkozások hatékonyan csökkentik a társadalmi elszigeteltséget és a magányt, azáltal, hogy elősegítik a társadalmi kommunikációt és javítják a fizikai tevékenységekben való részvételt az idősek körében (Choi & Lee, 2021).

A magányosság érzése csökkenthető internet alapú közösségi terekben, akár virtuális világokban történő barangolás segítségével is. További kihívás lehet a virtuális világok megismerése, például a Second Life három dimenziós terének feltérképezésével. Nemcsak fiatalok vagy középkorúak számára áll fenn ez a lehetőség, az időskorúaknak is számos felfedezhető területet tartogat a Second Life. Ez a virtuális tér olyan világ, mely egyfajta közösségi hálózatként funkcionál, ahol a világba belépett személyek közösen hozhatnak létre és szerkeszthetnek objektumokat, az egymással való találkozáson, beszélgetésen és a meglévő tárgyakkal való interakciók kivitelezésén kívül (Kristóf és mtsai, 2011).

Meg kell jegyeznünk ugyanakkor, hogy új, kevésbé hozzáértő, a digitális kompetenciákban járatlan felhasználók esetén mindenképp javasolt a virtuális tér alapfunkcióinak, moduljainak bemutatása vagy valamilyen valós időben történő kapcsolattartás, vagy egy, a Second Life terében elhelyezhető oktatóanyag segítségével, mivel számukra a környezet használata kezdetben nehézkes lehet. Érdeemes ugyanakkor ezen felhasználók számára, illetve az idősek részére is biztosítani a három dimenziós tér alkalmazásának lehetőségét. Kiderült ugyanis, hogy a virtuális terek megfelelő használatában még járatlan személyek is szívesen használták a Second Life terét, izgalmasnak találták a lehetőségeket, és motiválta őket az a tény, hogy az alapvetőbb tevékenységek elsajátíthatók voltak kevés gyakorlás után is (Kristóf & Tóth, 2019).

Az egészséggel kapcsolatos lehetőségek

Az idősek arányának a népességben belüli növekedése az egészségügyi ellátás költségeinek emelkedését okozza. Az otthoni betegápolás és a szociális gondozás egy idősödő társadalomban egyre erősebben fonódik össze. A fentiek megfelelő fenntartása már nemcsak

egészségügyi, hanem önkormányzati feladat is, így pedig a piaci alapon működtetett ellátó-gondozó létesítmények száma megnövekedhet (Paulikné Varga, 2020a).

Önmagában az, hogy tovább élünk, nem jelent fejlődést, ha ezek az évek nem egészségesen telnek. Valójában, a krónikus betegségek, mint a krónikus szív- és érrendszeri betegségek, cukorbetegség, csontritkulás, neurodegeneratív betegségek, a krónikus légzési rendellenességek, a demencia és egyéb kóros állapotok fokozódnak az idősödő lakosság körében. Ezen súlyosbító tényezők együttes megjelenésével együtt a fizikai és kognitív képességek általánosan romolhatnak. Fokozott kockázattal érhetik az időseket az esések, törések, fogyatékoságok, a táplálkozás romlása, neurológiai és cerebrovaszkuláris rendellenességek vagy a súlyos zavartság szindróma (Csesznek és mtsai, 2020).

Jelenleg is létezik már az egészségügyi ipar, melynek kialakulását sok egyéb tényező mellett a gyógyszeripar erőteljes ütemű fejlődésének és fejlesztésének, az internet világméretű hatásainak, a digitális adatbázisok esszenciális fontosságának és a képalkotó diagnosztikai technikák elterjedésének köszönhetünk (Paulikné Varga, 2020b).

A fenti tények az egészséggel kapcsolatos információs és kommunikációs technológiák (IKT) bevezetését teszik szükségessé, hogy az időseknek költséghatékonyabbá válhasson az egészségügyi ellátása. Mindehhez viszont az idősebb felnőtteknek fel kell készülniük e technológiák alkalmazására (Heart & Kalderon, 2013).

Az IKT alapú technológiák hozzáadott értéket is jelenthetnek számos olyan klinikai paraméter értékelésekor és nyomon követésekor, amelyekkel kapcsolatban a szakértők gyakran jelentenek értékelési torzításokat. Ez különösen igaz a neuropszichiátriai tünetekre, amelyek esetében a következő veszélyek állhatnak fenn:

- hiányzik az aktuális értékelési kérdőívek és interjúk objektivitása,
- a páciens önbevallásaihoz szubjektívitas kapcsolódik,
- az értékelő szubjektív,
- kulturális különbségek lehetnek a tünetek kifejezőképességében
- kognitív károsodás miatti agnózia, észlelési rendellenesség, felismerési képtelenség lehet jelen,
- fennállhat a neuropszichiátriai tünetek miatti rendellenességek tudatosságának hiánya (Auriane és mtsai, 2016).

Az IKT-s megoldások használatával lehetővé tudják tenni a betegek teljesítményének és cselekvéseinek valós idejű és valós élethelyzetekben történő megfigyelését és pontos értékelését. Az IKT-módszerek, ha a beteg kívánt funkcionális eredményeire összpontosítanak,

klínikailag relevánsabb információkat szolgáltathatnak a kezelésre adott teljes válasz meghatározásához, valamint a demencia pontos diagnosztizálásához. Ezen túlmenően, az ilyen módszerekkel azonosíthatók azok a váratlan változások, amelyeket a hagyományos pszichometriai mérések nem képesek detektálni (Robert és mtsai., 2013).

Számos olyan eszköz van, melyeknek a belsejében elhelyezett érzékelők figyelik az egyedül élő időseket otthonukban, az általuk gyűjtött adatoknak köszönhetően riaszthatnak gondozókat, rokonokat, ha szükséges. Ezek az érzékelők lehetővé teszik az idősök viselkedésének megfigyelését. Monitorozható, hogy hányszor nyitja ki egy cukorbeteg a hűtőszekrényt, hogy egy idős ember milyen mozdulatokat végez a házban, hányszor használja a konyhát, megfelelően használja-e és így tovább.

Az I-DONT-FALL projekt célja az esés észlelési és kockázatkezelési keretrendszerének megvalósítása a kockázatértékelés többletényező megközelítésével. A páciens esésérzékelőt visel, amely, ha eséseményt észlel, riasztást ad ki Bluetooth kapcsolaton keresztül egy Android eszközre. Az Android eszköz automatikus üzeneteket küld az eseményről egy címzettlistára. Figyelmezteti a telefonos szolgálatot is, mely során közvetlenül felveszik a kapcsolatot az idős személlyel vagy a gondozójával, hogy ellenőrizzék állapotát, illetve szükség esetén kapcsolatba lépnek a klinikai sürgősségi személyzettel (Genovese és mtsai, 2018).

Egészségi monitorozást tesznek lehetővé különféle okoskarkötők is. Ezek képesek észlelni olyan adatokat, mint a vérnyomás és pulzusszám, rögzíteni tudják a gyaloglás lépésszámát, az alvás minőségét. Egy kutatás során a karkötők óránként rögzítették a páciens vérnyomás- és pulzusszámadatait; az adatokat mobilalkalmazáson rögzítették. A vérnyomást és a pulzusszámot automatikusan átlagolták naponta. A lépések számát ebben a vizsgálatban naponta 0 óra és 20 óra között számolták. A hordható készülék beépített testmozgásrögzítője az alvás közbeni csuklómozgások amplitúdója és gyakorisága szerint mérte az alvás minőségét. A hordható eszköz a pulzushullámalakot, a pulzushullám emelkedő meredekségét és a sávidőt egy fotoelektromos érzékelő segítségével becsülte meg. A hordható eszköz zöld fénykibocsátó dióda (LED) fényét egy fotodiódával párosították, hogy megvilágítsák a csukló bőr alatti ereit. A vörös fényt visszaverő és zöld fényt elnyelő megoldáson keresztül a hordható eszközök mérik a véráramlást és kiszámítják a pulzusszámot. A hordható eszköz használatakor az idősök az alkalmazás kijelzőjén keresztül láthatták saját egészségi adataikat. Személyes célokat is kitűzhettek, ezzel is növelve a részvételi kedvet.

Egy tanulmány kimutatta, hogy a séta csökkentheti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és javíthatja az idősök egészségét (Klenk és mtsai, 2013). Ez előmozdítja az idősök

egészségügyi kezelésének fontosságát. A séta az idősök leggyakoribb gyakorlata, ezért személyes egészségi adataik szerves részét képezi a megtett lépések számának rögzítése. A jövőben az idősök egészségi állapota más egészségi adatokkal együtt értékelhető az egészséget befolyásoló tényezők meghatározásakor (Zhou és mtsai, 2019).

Ezek az eszközök külön-külön, egyedi eredményekre összpontosítanak. A magas vérnyomás monitorozására szolgáló öngondoskodó alkalmazások gyakran egyedi jeleket/tüneteket értékelnek, mint a vérnyomás vagy az életmódbeli viselkedés, a fogyás vagy a dohányzás abbahagyása. Mindazonáltal több érték együttes jelenléte klinikailag releváns különösen multimorbiditás esetén. Mivel a magas vérnyomás tünete lehet egy másik mögöttes megbetegedésnek, például veseartéria-szűkületnek, veseelégtelenségnek, metabolikus szindrómának, az érintett személynek több jelet és tünetet is követnie kell. Hasznos lehet például az IKT használata a vércukorszint, a testsúly, a vérzsír (trigliceridszint és a nagy sűrűségű lipoproteinszint) egyidejű nyomon követésére olyan embereknél, akik metabolikus szindrómával összefüggő magas vérnyomásban szenvednek (Monaco és mtsai, 2019).

Úgy tűnik, hogy az álmatlanság (insomnia) rokkantsággal, sérülési kockázattal, metabolikus szindrómával, szív- és érrendszeri betegségek kockázatával, kognitív károsodással, depresszióval és életminőség romlásával függ össze (Salvemini és mtsai, 2019). A legtöbb kezelési iránymutatás azt javasolja, hogy az álmatlanság szabályozásának nem gyógyszeres megközelítései, beleértve az alváshigiéniát és a viselkedési módszereket, használhatók támogató terápiaként. Ezek közül az insomnia kognitív viselkedésterápiájának erős tapasztalati bizonyítékai vannak. Egy internet-alapú program hasznos és olcsó első lépésnek bizonyult az álmatlanság kezelésében. Salvemini és munkatársai rámutattak, hogy randomizált, kontrollált vizsgálatokra alapozva jelentős bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a kognitív viselkedésterápia hatékony és hosszú távú kezelés a betegek 50-70%-ánál. A terápia kiszűri azokat a tényezőket, amelyek idővel fenntartják az álmatlanságot, beleértve az álmatlanságot állandósító szokásokat, az alvással kapcsolatos diszfunkcionális felismeréseket és a homeosztatisz alvási készlet károsodását. Nagyon fontos az alvásnaplók rögzítése és olvasása. Egy 31 fővel végzett interjú kutatás során összegezve az eredményeiket, a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy az IKT-alapú gondozói támogatás a vidéki területeken élő idősök számára egy módja annak, hogy megtanulják az új technológia átvételét és visszanyerjék a társadalmi befogadást. Ez a mindennapi élet minőségének javításához is hozzájárul (Blusi és mtsai, 2013).

Összefoglalás

Az IKT számtalan területen próbál eszközként megjeleníteni az idősek életében. Azért érdekes kutatási terület, mert gyakran, akik kutatják sem tudják, milyen élethelyzeteket hoz az időskor, mik azok a tényezők, azok a sajátosságok, amiket csak elmondhatnak az idősek, de a társadalom többi szereplője nem tudja megélni és megérteni. Az idősek IKT befogadásával kapcsolatban leglényegesebbnek az észlelt hasznosság, valamint a családi és baráti kapcsolatok megléte és támogató jelenléte bizonyult. Így bármilyen technológiai eszköz és fejlesztés csak akkor képes hozzáadott értéket adni, ha az idősek tudják azt a saját életükben alkalmazni. Számos cikk hívta fel a figyelmet arra a gyengeségre, amelyek az eszközök fogyasztóközönségét érintik. A legtöbb eszköz főleg a fiataloknak, illetve a középosztálynak szól, az idősekre nem fordítanak kellő figyelmet ebből a szempontból. Fogyasztó társadalom lévén ennek megváltoztatása csak szoros összefogással lehetséges. Fel kell ismernünk a felelősséget az idősebb családtagjainkkal, rokonainkkal szemben, aktívan kell részt vállalni a támogatásukban. Ez a változás érinti a gyártókat, az egészségügyben dolgozókat, a családtagokat, az oktatási rendszert. Az idősek általában azt fejezték ki, hogy szeretnének tanulni és használni az IKT eszközöket, de ennek több korlátja is van. Az idős résztvevők közül szinte mindegyik hangsúlyozta, hogy nem akar kiszorulni a társadalomból. Általában a gyermekeikkel és fiatalabbakkal való kapcsolat és kommunikáció hiányára panaszkodtak. Az infokommunikációs technológiák hatékony eszközként funkcionálhatnak az idős polgárok társadalomba való visszailleszkedésére, széles körű tapasztalataik hasznosítására és az egészséges időskor biztosítására. Az egyik legnagyobb kihívás az, hogy a piacon jelenleg sok IKT alapú megoldást nem a célcsoporttal együtt fejlesztettek ki. Alapvető fontosságú, hogy ezek a technológiák figyelembe vegyék az idősek szükségleteit, képességeit, erőforrásait és idejét. Valójában az IKT-hoz való hozzáférés az idősebb lakosság körében különböző tényezőktől függően változhat, például az oktatástól, a társadalmi-gazdasági helyzettől, sőt a technológia használatára való képességüktől és hajlandóságuktól is. Az IKT alapú technológiák nem mindig integrálódnak megfelelően a mindennapi tevékenységek természetes folyamatába klinikai vagy otthoni környezetben, ami fontos az ilyen technológiák hosszú távú fenntarthatóságának eléréséhez. Ezért elengedhetetlen, hogy a megcélzott felhasználók, azaz az idős emberek, részesei legyenek az alkotási folyamatnak. A közös alkotás a befogadást is megkönnyítheti azáltal, hogy az idős embereket, valamint a szolgáltatókat is bevonják az IKT-használathoz szükséges oktatás és képzés tervezésébe. Szélesebb körben kell terjeszteni azt a pozitív képet, hogy az időskor nem jár együtt a társadalmi elszigeteltséggel. A magányosság

csökkentésében jelentős szerepet játszik az IKT, ezáltal nő az életminőség mely befolyásolja az egészségünket is. Ezen kívül az egészségügyi gondozást is jelentősen megkönnyíti, kizárva a korlátokat, a szubjektivitásból adódó torzításokat. Segítségül szolgál a biztonságos közlekedéshez, a személyi és otthoni biztonsághoz. Azok az idős személyek, akik már alkalmazzák az élet valamely területén az IKT-t, pozitívan értékelik és hajlandók a tartós használatukra.

Irodalomjegyzék

Al-Rahmi, W. M., Alzahrani, A. I., Yahaya, N., Alalwan, N., & Kamin, Y. B. (2020). Digital communication: Information and communication technology (ICT) usage for education sustainability. *Sustainability*, 12(12), 5052.

Álvarez-Dardet, S. M., Lara, B. L., & Pérez-Padilla, J. (2020). Older adults and ICT adoption: Analysis of the use and attitudes toward computers in elderly Spanish people. *Computers in Human Behavior*(110), 1-8.

Azevedo, C., & Ponte, C. (2020). Intergenerational solidarity or intergenerational gap? How elderly people experience ICT within their family context. *Observatorio*, 14(3), 16-35.

Auriane, G., David, B., Valeria, M., Roxane, F., Anne-Marie, Z. C., Susanne, T., Renaud, D. (2016). Recommendations for the Use of ICT in Elderly Populations with Affective Disorders. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8, 269.

Balázs, K., & Bene, Á. (2019). Az aktív időskor szerepe a fogyasztóvédelemben. *Magyar Gerontológia*, 11(37-38), 65-77.

Bene, Á., Móré, M., & Zombory, J. (2020). A digitalizáció néhány elemének időseket érintő hatásai - karantén előtti helyzetkép. *Magyar Gerontológia*, 12(39), 29-51.

Bengston, V. L., & Roberts, R. E. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53(4), 856-870.

Blazun, H. (2013). *Elderly People's Quality of Life with Information and Communication Technology (ICT): Toward a Model of Adaptation to ICT in Old Age*. Juvenes Print Oy.

Blusi, M., Asplund, K., & Jong, M. (2013). Older family carers in rural areas: experiences from using caregiver support services based on Information and Communication Technology (ICT). *European Journal of Ageing*, 10(3), 191-199.

- Bobillier-Chaumon, M. E., Michel, C., Tarpin-Bernard, F., & Croisile, B. (2014). Can ICT improve the quality of life of elderly adults living in residential home care units? From actual impacts to hidden artefacts. *Behaviour and Information Technology*, 33(6), 574.
- Choi, H., Irwin, M. R., & Cho, H. J. (2015). Impact of social isolation on behavioral health in elderly: Systematic review. *World J Psychiatry*, 5(4), 432-438.
- Choi, K. H., & Lee, H. S. (2021). Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. *Healthcare*, 9(3), 293.
- Csesznek, K., Cersosimo, G., & Landolfi, L. (2020). New challenges for the elderly. A sociological reflection on socialization to ICT's as an opportunity in the time of COVID-19. *Revista română de sociologie*, 31(1-2), 49-58.
- Doménech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M., & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 246, 82-88.
- Fehérvári, A. (2017). Digitális egyenlőtlenségek Magyarországon. *Educatio*, 26(2), 157-168.
- Genovese, V., Mannini, A., Guitolini, M., & Sabatini, A. M. (2018). Wearable Inertial Sensing for ICT Management of Fall Detection, Fall Prevention, and Assessment in Elderly. *Technologies*, 6(4), 91.
- Giddens, A. (2008). *Szociológia*. Osiris Kiadó.
- Heart, T., & Kalderon, E. (2013). Older adults: Are they ready to adopt health-related ICT? *International journal of medical informatics*, 82(11), 209-231.
- Henrique, G. (2013). Elderly & ICT: a need and urgency for an effective info-inclusion. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, 211-230.
- Husztai, É., Bene, Á., & Patyán, L. (2020). Időskorúak a karantén helyzetben. *Magyar Gerontológia*, 12(Különszám), 32-33.
- Iván, L. (2002). Az öregedés aktuális kérdései. *Magyar Tudomány*, 2002(4), 412-418.
- Klenk, J., Denking, M., Nikolaus, T., Peter, R., Rothenbacher, D., & Koenig, W. (2013). Association of objectively measured physical activity with established and novel cardiovascular biomarkers in elderly subjects: every step counts. *Epidemiol Community Health*, 67, 194-197.

- Kokas, D., & Lakatos, S. (2013). Az idősek. In A. Varga (Ed.), *Esélyegyenlőség a mai Magyarországon* (pp. 163-172). Pécs, HU: Pécsi Tudományegyetem BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék.
- Köttl, H., Cohn-Schwartz, E., & Ayalon, L. (2021). Self-Perceptions of Aging and Everyday ICT Engagement: A Test of Reciprocal Associations. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(9), 1913-1922.
- Kristóf, Z. (2020). International trends of remote teaching ordered in light of the coronavirus (COVID-19) and its most popular video conferencing applications that implement communication. *Central European Journal of Educational Research*, 2(2), 84-92.
- Kristóf, Z., Bodnár, K., & Takács, P. (2011). Implementation opportunities of the Moodle Learning Management System in virtual environment: The Sloodle Project. *Teaching Mathematics and Computer Science*, 9(2), 275-293.
- Kristóf, Z., & Tóth, K. (2019). Developing and examining a virtual learning environment. *Hungarian Educational Research Journal*, 9(3), 511-526.
- Laukó, G., & Mihálka, M. (2016). Az időskorúak társadalmi esélyegyenlősége. *Magyar Gerontológia*, 8(29-30), 72-100.
- Liorenti-Barosso, C., Kolotouchkina, O., & Manas-Viniegra, L. (2021). The Enabling Role of ICT to Mitigate the Negative Effects of Emotional and Social Loneliness of the Elderly during COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(8), 3923.
- Molnár, G. (2011). Az információs-kommunikációs technológiák hatása a tanulásra és oktatásra. *Magyar tudomány*, 172(9), 1038-1047.
- Monaco, A., Maggi, S., Cola, P. D., Hassan, T. A., Palmer, K., & Donde, S. (2019). Information and communication technology for increasing healthy ageing in people with non-communicable diseases: identifying challenges and further areas for development. *Aging Clinical and Experimental Research volume*, 31, 1689-1693.
- Müller, C., Hornung, D., Hamm, T., & Wulf, V. (2015). Measures and tools for supporting ICT appropriation by elderly and non tech-savvy persons in a long-term perspective. In *ECSCW 2015: Proceedings of the 14th European Conference on Computer Supported Cooperative Work* (263-281). Oslo, Norway.
- Nimrod, G. (2018). Technostress: measuring a new threat to well-being in later life. *Aging & Mental Health*, 22(8), 1086-1093.

- Paulikné Varga, B. (2020a). Néhány szempont a magyar egészségügyi ágazat problématerképének összeállításához. *Acta Medicinae et Sociologica*, 11(30), 23-31.
- Paulikné Varga, B. (2020b). Kutatási kérdőjelek az egészségügyi szervezetfejlesztésnek vizsgálatában. *Acta Medicinae et Sociologica*, 11(31), 144-163.
- Peterson, C. B., & Prasad, N. R. (2011). Easy life, intelligent systems, and life 2.0: European research on ict for aging adults. In *IASTED HCI Conference 2011*. ACTA Press.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants part 2: Do they really think differently? *On the Horizon*, 9.(6), 1-6.
- Prensky, M. (2009). H. Sapiens Digital: From Digital Immigrants and Digital Natives to Digital Wisdom. *Journal of Online Education*, 5(3), 1552-3233.
- R. Fedor, A., Ungvári, S., & Markos, V. (2021). Az idősök szociális kapcsolatai és szabadidő-eltöltése. *Metszetek*, 10(1), 86-104.
- Robert, P., Castelli, E., Chung, P. C., Crispim, C., Mallea, P., & Bremond, F. (2013). SWEET-HOME ICT technologies for the assessment of elderly subjects. *Innovation and Research in BioMedical engineering*, 34(2), 186-190.
- Rowe, J. W., & Kahn, L. R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Salvemini, A., D'onofrio, G., Ciccone, F., Greco, A., Tullio, A., Addante, F., Greco, A. (2019). Insomnia and Information and Communication Technologies (ICT) in Elderly People: A Systematic Review. *Medical Sciences*, 7(6), 70.
- Suopajarvi, T. (2015). Past experiences, current practices and future design: Ethnographic study of aging adults' everyday ICT practices - And how it could benefit public ubiquitous computing design. *Technological Forecasting and Social Change*, 93, 112-123.
- Takács, P., & Fábíán, G. (2014). A nyíregyházi lakossági panelfelméréshez kapcsolódó életminőség vizsgálatok. *Acta Medicinae et Sociologica*, 5(12-13), 165-188.
- Tanner, E. K., Martinez, I. L., & Harris, M. (2014). Examining functional and social determinants of depression in community-dwelling older adults: Implications for practice. *Geriatric Nursing*, 35(3), 236-240.
- Tarafdar, M., Tu, Q., Ragu-Nathan, B. S., & Ragu-Nathan, T. (2007). The Impact of Technostress on Role Stress and Productivity. *Journal of Management Information Systems*, 24(1), 301-328.

Teater, B., & Chonody, J. M. (2020). How Do Older Adults Define Successful Aging? A Scoping Review. *The International Journal of Aging and Human Development*, 91(4), 599-625.

Teixeira, A., Rocha, N., Dias, M. S., Braga, D., Queirós, A., Pacheco, O., Pereira, C. (2011). A New Living Lab for Usability Evaluation of ICT and Next Generation Networks for Elderly@Home. In *Proceedings of the 1st International Living Usability Lab Workshop on AAL Latest Solutions, Trends and Applications (AAL-2011)*, 85-97.

Vaillant, G. E., & Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-847.

Z. Karvalics, L. (2001). Bevezető az információs társadalom tudománytörténetéhez. *Információs társadalom*, 1(1), 34-48.

Zhou, S., Ogihara, A., Nishimura, S., & Jin, Q. (2019). Analysis of health changes and the association of health indicators in the elderly using TCM pulse diagnosis assisted with ICT devices: A time series study. *European Journal of Integrative Medicine*, 27, 105-113.

A szerzők:

Kristóf Zsolt¹, Győri Anita²

¹Adjunktus, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségügyi Informatikai Tanszék, PhD-hallgató, Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola

²Végzős egészségügyi szervező, Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

Levelező szerző elérhetősége:

Kristóf Zsolt

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Egészségügyi Informatikai Tanszék, PhD-hallgató, Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola

e-mail: kristof.zsolt@foh.unideb.hu



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

On-line verzió: ISSN 2062-3690

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

ÁLLATTARTÓ IDŐSEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Virginás Zolna

Debreceni Egyetem, Szociológia és Társadalompolitikai Doktori Iskola

Kulcsszavak: egészség, állatok, idősek, terápia.

Absztrakt

Az ember egy komplex lény: biológiai, pszichikai és társadalmi tényezők ötvözete. Életünket jelentős mértékben befolyásolják az egész világra kiterjedő társadalmi hatások és kommunikációs hálózatok. Az egészséghez harmónia és összhang szükséges a természettel, önmagunkkal, embertársainkkal és a természetfeletttel. Az állattartás nem csupán egy életforma, hanem naponta ismétlődő társadalmi rítus, szimbolikus értékekkel, társas interakciókkal. Kutatásom célja állattartó, különböző szociokulturális környezetben élő idős emberek egészségi állapotának vizsgálata.

Keywords: health, animals, elderly, therapy

Abstract

The human is a complex being: a combination of biological, psychological and social factors. Our lives are significantly influenced by worldwide social influences and communication networks. Animal husbandry is not only a way of life, but a daily social rite, with symbolic values and social interactions. Health requires harmony with nature, ourselves, our fellow human beings and the supernatural. The aim of my research is to examine the health status of elderly people and their interactions with animals.

Bevezetés

Jelen és jövő társadalmunk egyik aktuális kihívása az idősek helyzete: elmagányosodásuk, kapcsolathálóiknak beszűkülése. A fenntartható fejlődés és jövő biztosítása érdekében, az „ezüst gazdaság” diverzitásában fejleszteni kell a mentális egészséggel kapcsolatos szolgáltatások palettáját, figyelni kell a jólléti szolgáltatásokra. Tudjuk, hogy a társadalmi patológiás tényezők semlegesítése a társadalmi immunogén tényezők (vallás, társas támogatás, társas megbirkózás, barátság, lelki béke, család...), pszichoszociális puffer rendszerén keresztül lehetséges, melyek segítenek az egészségmegőrzésben, az egyensúly fenntartásában, a betegségek megelőzésében és a hatékony gyógyulásban (Pikó, 2006). Az életminőség és társadalmi integráltság kétirányú kölcsönhatásban van. *„az ok- okozati viszonyt azért nehéz meghatározni, mert az idősek integráltságának egyszerre következménye és oka is a társas és közösségi részvételük: egy jobban integrált személynek nagyobb lehetőségei vannak a társas részvétel különböző formáinak gyakorlására, ugyanakkor a társas részvétel egyúttal a kapcsolat ápolásán keresztül a társas integrációt erősítő tevékenység is”* (Kucsera 2012: 427). Az idősek integrációját makroközösségi szinten az határozza meg, hogy mennyire részesei, szereplői a társadalom egészének. A mikroközösségi integráció, a társadalmi beágyazottság, tehát az egyén szubjektív életminőségét alakító legfontosabb tényező (Kucsera, 2012). Ezen megközelítésre alapozva feltételezhető, hogy az állatterápia közvetve segítheti az idősek társadalmi integrációját. A társállatokon keresztül növekedhet bizalmi szintjük, pozitívabb lehet önértékelésük, mely segítheti aktívabb társadalmi részvételüket, normakövető cselekvéseik változását, kapcsolathálóik virágzását. Az egyének társadalmi integráltsága annál magasabb, minél erősebb a valakihez vagy valakikhez tartozás érzése (Kucsera, 2012). A társállatok a jelenre irányítják az idősek figyelmét, és megmutatják nekik milyen értékesek ezek a pillanatok, amellett, hogy egyszerűen társaságot biztosítanak, az állatok egy bizonyos életritmus, életstílus fenntartására is rákényszerítik gazdáikat (Becker, 2002).

Az egészség fogalma és társadalmi meghatározottsága

Egészség szavunk jelentése: egész, hiánytalan, harmonikus, teljes. Az élet négy területét öleli fel, az egészséghez harmónia és összhang szükséges a természettel, önmagunkkal, embertársainkkal és a természetfeletttel (Várad, 2007).

A WHO meghatározásai alapján, az egészség fogalma a következőképpen tágult az idők folyamán:

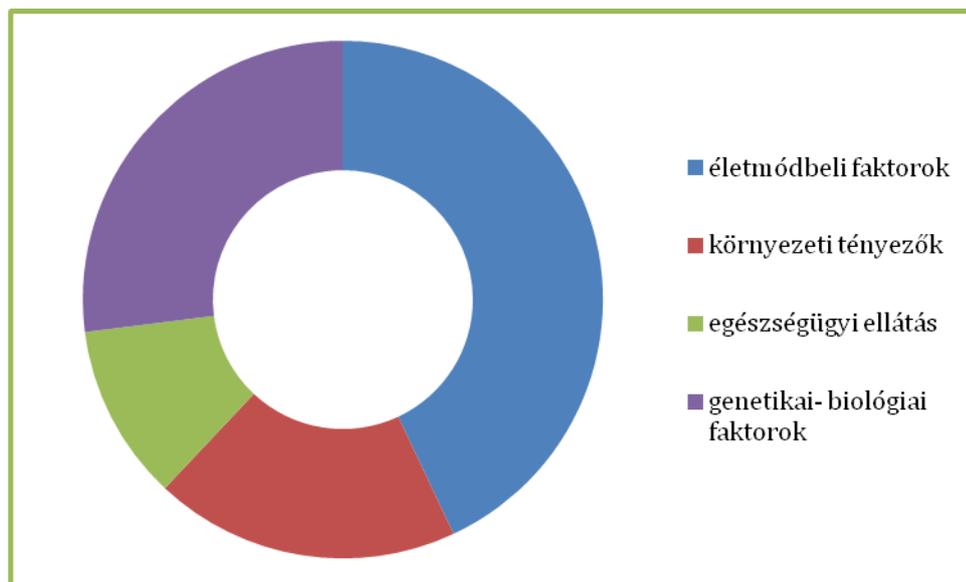
WHO, 1946: *„az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota”*.

WHO, 1984: „az egészség olyan fokon áll, amennyire az egyének és közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint képesek megbirkózni a környezet kihívásaival” (Pikó, 2006: 33-34).

WHO, 1986: „a mentális egészség, a jóllét azon állapota, amelyben az egyén képes a lehetőségeit kiteljesíteni, a normál stresszhelyzetekkel megküzdeni, produktívan és eredményesen dolgozni, valamint a közössége érdekében, hatékonyan közreműködni „(Kun, 2015: 50).

Pikó (2006) leírja, hogy egészségi állapotunkat több tényező befolyásolja, legfontosabbak láthatók a következő 1. ábrán. Az életmódbeli faktorok 43%, a genetikai- biológiai faktorok 27%, a környezeti tényezők 19% és az egészségügyi ellátás 11%-os megoszlást mutat ebben a modellben.

1. Ábra: Az egészségi állapotot befolyásoló legfontosabb tényezők



Forrás: Pikó, 2006:40

Az egészségi állapotot befolyásoló fent leírt tényezők figyelembevételével is hangsúlyozható, hogy az egészség egy komplex, több dimenzióból álló, holisztikus jellegű, egyén és környezete közötti, dinamikus egyensúlyi állapot. Az előbbi definíciók kiemelik a társadalom szerepét is az egészség értelmezésében, közvetve felhívják a figyelmet a szociális jóllét fogalmára. Ahhoz, hogy harmonikusan illeszkedjünk a társadalomba, egyensúlyra van szükség a saját önmegvalósításunk és a társadalmi szabályokhoz való alkalmazkodásunk között. A szociológia ezért kiegészítette a naturalisztikus egészségkép- mely csak a fiziológiás paramétereket, tekintette objektív mérőeszköznek- és a szociokulturális megközelítést helyezte előtérbe, mely

a társadalmi normákat is beemelte az alapvető kritériumok közé. A társadalmi jelenségek függvényében kezdte értelmezni az egészség és betegség fogalmát. Az egészségkép társadalmi meghatározottságát segíti megérteni Parsons társadalmi egészségdefiníciója'' *Az egészség optimális képesség, hogy hatékonyan el tudjuk látni társadalmi szerepeinket, feladatainkat, amelyekre szocializálva vagyunk''* (idézi: Pikó, 2006: 36).

Egészségünk állapotáról nagyon fontos képet ad laikus egészségképünk, vagyis az egészségünkről alkotott szubjektív véleményünk. Ezt meghatározzák az egészség lelki és szociális dimenziói: boldogság, harmónia, kiegyensúlyozottság mellett, a hivatalos, aktuális egészségpolitika elvei, valamint a spirituális dimenziók és a kulturális, társadalmi helyzetünk. *''Az egészséggel, egészségkockázatokkal és betegségekkel kapcsolatos laikus vélekedések a hivatalos egészségdefiníciókat egészítik ki''* (Pikó, 2006: 38). Azzal a véleménnyel is találkozhatunk, ami egyenlőségjelet tesz a jóllét és az egészség közé (Atkinson, 2001), ezen érvelésben is fontos szerepet kap a szubjektív értékelés, a testi és lelki egészség szinte elválaszthatatlan fogalmak (Bakos, 2015).

Az ember egy komplex lény: biológiai, pszichikai és társadalmi tényezők ötvözete. Élettani-biokémiai folyamatai befolyásolják, a társadalmi normák és értékrendszerek hatnak gondolataira, érzéseire, hangulatára és az élethez való viszonyára. George Engel (1977) fogalmazta meg a biopszichoszociális modellt, mely tükrözi az emberi lét hármass felosztását és integrált egységét. Kutatásom egyik kiindulási elméletének ezt a modellt tekintem, mely szerint az egészség biológiai; pszichológiai; és szociális rendszerek, komponensek összessége:

- *A Biológiai rendszer:* az egészség és betegségfolyamatok anatómiai, strukturális és funkcionális jellegzetességei.

- *A Pszichológiai rendszer:* a pszichikai mechanizmusokat, pszichodinamikai folyamatokat tartalmaz.

- *A Szociális rendszer:* a társas funkcionalitást, a társadalmi magatartást és az egyén társas, csoportbeli viszonyait jelenti (idézi Pikó, 2006: 17).

A modell továbbfejlesztett változata kiegészült a spirituális jelzővel, így a holisztikus emberképet fejezi ki, a biopszichoszociális- spirituális modell, ahol a spirituális rendszer: az egyén spirituálisa, hitvilága (Pikó, 2006).

Jelen írás elméleti alapjául szolgáló másik elmélet: Antonovsky koherenciaérzés- elmélete (1979, 1987) szerint, az életünk feletti kontroll érzése a koherenciaérzés, vagyis, hogy mennyire tartjuk világunkat kezelhetőnek, megérthetőnek és jelentőségteljesnek. Természetesen befolyásolják e látószöveget egyéni és társadalmi jellemzők. Antonovsky hangsúlyozta, hogy *„az az egyén, aki értelmét látja életének, aki megoldhatónak találja az élete*

során keletkezett problémákat, és képes megérteni a körülötte levő világ jelzéseit, könnyebben megbirkózik az egészséget veszélyeztető stresszekkel is” (idézi: Pikó, 2006: 43).

Kutatás

Kutatásom célja állat „baráttal” rendelkező, különböző szociokulturális környezetben élő idős emberek vizsgálata, tanulmányozása a szubjektív egészségi állapot, az egészség önértékelésének, az egészségkockázati magatartások gyakoriságának függvényében. Az állatoknak és az állattartásnak terápiás célból kiaknázható, szervezhető-szociális-mentális hatásait feltérképezni és a magánykerülő megküzdési stratégiákat azonosítani.

Minta

A vizsgálatomban résztvevő állattal rendelkező személyek az idős generációt képviselik. Kiválasztásuk egyik szempontja az volt, hogy 55 év fölöttiek legyenek, sóvidékiek, akik haszonállatot vagy háziállatot tartanak háztartásukban. A kutatás 2018-2020 közötti időszakban készült, 20 egyéni interjú és 150 kérdőív rögzítésével.

Kutatási területem a Sóvidék, a Kis- Küküllő felső szakasza mentén a Görgényi- havasok és a Hargita- hegység nyugati oldalán elterülő terület. 46°25' és 46°40' északi szélesség, valamint a 25°00' 25°20' keleti hosszúság között (Józsa, 2002). Természetföldrajzi adottságai az állattartást tették lehetővé a sóbányászat, fazekasság és fakitermelés mellett (Sófalvi, 2005). A térségben hagyományosan sok állatot tartanak, vidéken szinte minden családnak vannak háziállatai: szárnyasok, szarvasmarhák, lovak, sertések, juhok. A tradicionális mezőgazdasági termelés, az önellátó gazdálkodás a jellemző, sokszor a modern technikai, technológiai eszközök nélkül (Sallay, 2005). Legfontosabb települései: Alsósófalva, Atyha, Békástanya, Felsősófalva, Fenyőkút, Illyésmező, Kalonda, Korond, Pálpataka, Parajd, Sóvár, Szováta.

A kutatás módszerei

A helyszíni kutatást megelőzően és azzal párhuzamosan könyvtári kutatómunkát végeztem, a szakirodalom feldolgozása, az elméleti keret meghatározásához. Az forrásokhoz való hozzáférést a Debreceni Egyetemi és Nemzeti Könyvtár, a Sapientia EMTE Csíkszeredai Karának könyvtára nyújtotta. A kutatás módszerei: az adatgyűjtés és az adatfeldolgozás módszereit jelentették. Az adatgyűjtés helyszíni terepmunkán valósult meg. A kutatásom célkitűzéseit szem előtt tartva, hogy minél objektívebben tudjam feltérképezni a kutatásban résztvevők egészségi állapotát és bio- pszicho- szociális jellemzőit az állatterápia függvényében, kevert módszertant alkalmaztam: kvantitatív és kvalitatív módszereket, interjút

és saját készítésű kérdőíves adatfelvételt. A kérdőívbe beépített pszichoszociális kérdéseket a következő dimenziók alapján választottam: általános társadalmi jellemzők, társadalmi és társas kapcsolatok, egészség, képességek, értékek, valamint állattartással kapcsolatos kérdések, attitűdvizsgálat.

A standard kérdőívek közül a következőt használtam:

WHO JÓL-LÉT KÉRDŐÍV (WBI-5), rövidített magyar változat, melynek belső megbízhatósága magas (Cronbach- alfa: 0,85). A kérdőív használható a különböző terápiás eljárások hatékonyságának vizsgálatára az életminőség szempontjából, az alanyok szubjektív megítélése alapján (Susánszky, 2006). Az Egészségügyi Világszervezet kutatócsoportja által kifejlesztett életminőségmérő módszer, hat fontos területet ölel fel:

- *Fizikai állapot:* a funkcionális kapacitás, bizonyos tünetek pl. fájdalom megléte, fizikai erőnlét;
- *Pszichikai állapot:* gondolkodás, érzések, hangulat, testkép, tanulási és memóriefunkciók;
- *Függetlenség/ önállóság:* képesség az önálló, mindennapos életvitelre, illetve munkavégzésre;
- *Társas kapcsolati háló:* társas kontaktusok mennyisége, a kapcsolatok minősége, társas támogatás;
- *Környezettel való kapcsolat:* lakókörnyezet, fizikai és társadalmi környezet, közlekedés lehetőségei, egészségügyi és szociális ellátás hozzáférhetősége;
- *Lelki/spirituális jelenségek:* hit, vallásosság, az élet értelméhez való viszonyulás (Pikó, 2006:37).

A verbális adatszerzési technikák közül kvalitatív módszerként, a mélyebb ok- okozati viszonyok feltárása érdekében, félig- strukturált szociológiai interjúkat vettem fel.

A mintavétel hólabdatechnikával történt, interjú alanyaimat randomszerűen választottam, illetve egyeseket a Pro Agricultura Hargitae Universitas Alapítvány folyóirata alapján kerestem meg.

A kutatás eredményeinek bemutatása

Miért reagálunk általában pozitívan az állatokra? Mi a társadalmi haszna? Ha végig gondoljuk, hogy rurális környezetben, ahol még fellelhetők az régi parasztgazdaságok és megfigyeljük ősapáink, ősanyáink vagy jelenleg hagyományos módon élő gazdálkodóink életét, kiknek élete még szorosan kötődik a természethez, belőle és általa élnek, tudásuk ősi, mely nemzedékről

nemzedékre vándorol. Mindennapjaik nehézségei ellenére: korán kellés, nehéz fizikai munka, derűsek, vidámak, többnyire pozitívak.

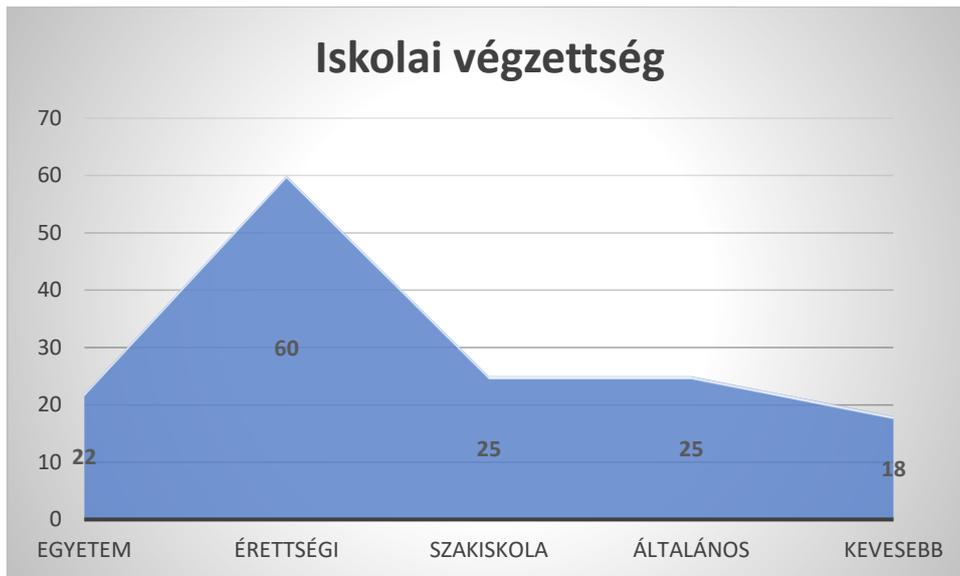
Becker (2002) megfogalmazta, hogy ha az ember azt gondolja magáról, hogy senki sem szereti, és senkinek sincs szüksége rá, be is következik, ha viszont az ember egészséges, valaki másról gondoskodni tud, akkor szeretetre méltónak tartja magát, és az egész világról alkotott képe megváltozik, ez utóbbi megfigyelhető a megkérdezett állattartó gazdák esetében is. Az állatok a gazdálkodók számára, többszörös tőkét jelentenek: gazdaságit, kulturálist, társadalmi, szimbolikust, olyan rurális értéket, amely felgyorsult, globális társadalmunkban egy kihálófélben levő életformát, világot képvisel. A félig strukturált interjúk során összegyűjtött adatokat tanulmányozva, elemezve, a fogalmak közötti kapcsolatrendszereket figyelembe véve, a következőkben tárgyalt megállapításokra jutottunk.

Pszicho- szociális jellemzők

Az első kérdéscsoportban a válaszadók pszicho- szociális jellemzőit próbáltam feltérképezni. A kérdések az alanyok személyére vonatkoztak: kor, családi állapot, kikkel él egy háztartásban, iskolai végzettség, foglalkozás. Valamint kíváncsi voltam, milyen típusú megküzdési stratégiát alkalmaznak probléma megoldásra, ezért rákérdeztem vallásosságukra, társas kapcsolataikra.

A válaszok alapján a megkérdezettek 31,33 % férfi és 68,67 % női állattartó. Életkoruk alapján legtöbben (72-en) hetvenes éveikben járnak, átlag életkoruk 68,71 év. Elindulási időpontként (mióta foglalkoznak állattartással) legtöbben a nyugdíjba vonulást említették, az egyik tipikus érv a magyarázatra, hogy a mai kor emberének, már nem kielégítő az a minimális összeg, amit a nyugdíjból kap, ezért igyekeznek más jövedelemforrást is találni.

Iskolai végzettségüket tekintve, legtöbben érettségizettek (60 személy), a többiek közel azonos arányban egyetemi vagy főiskolai végzettségűek, illetve általános iskolát vagy nyolc osztálynál kevesebb osztályt végeztek (2. ábra).



2. ábra: Kutatási alanyaim iskolai végzettsége- Forrás: saját szerkesztés

A megkérdezettek 38% a háztársával él egy háztartásban, többiek különböző százalékban gyerekekkel, albérlővel és 30% egyedül csak az állatával (3. ábra).



3. ábra- Kivel él egy háztartásban? - kérdés válaszai. Forrás: saját szerkesztés

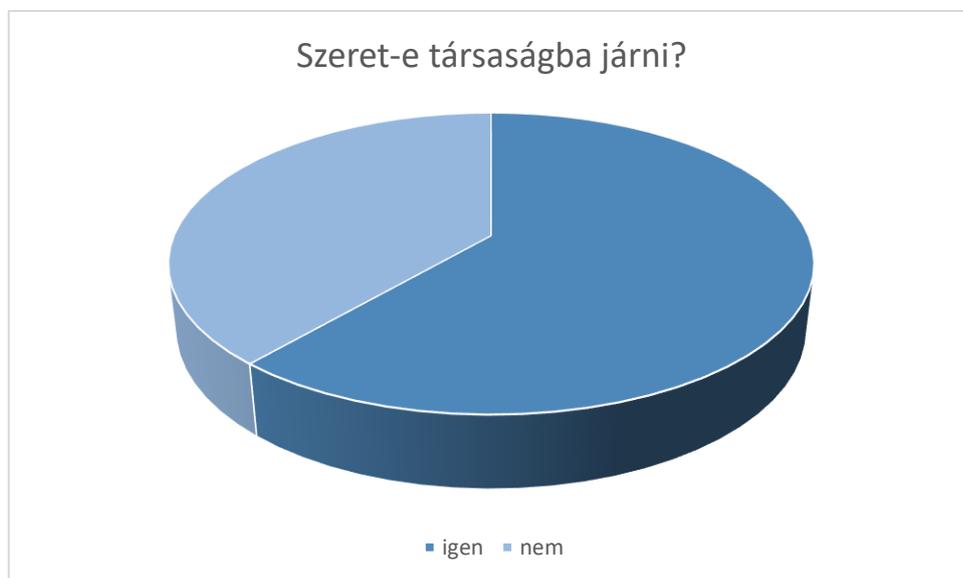
Legtöbben a család valamely tagjával, háztárssal vagy gyerekekkel beszélnek meg problémáikat, az egyedülállóknál a beszélgető partner a barát, szomszéd, a pap vagy a szociális munkás (4. ábra).



4. ábra: Kivel beszéli meg problémáit? - kérdés válaszai. Forrás: saját szerkesztés

Arra a kérdésre, hogy általában „Szeretnek-e társágba járni?” a válaszadók többsége igennel válaszolt (5 ábra).

A megkérdezettek 99% vallásosnak tartja magát.



5. ábra – Szeret-e társaságba járni? – kérdés válaszai. Forrás: saját szerkesztés

Az adatok alapján megállapítható, hogy leginkább a problémaközpontú megküzdés jellemzi őket, a probléma megváltoztatására összpontosítanak, a leggyakrabban használt megküzdési stratégiák dimenziói: az aktív megküzdés, a pozitív újraértékelés, az elfogadás és a tervezés. Az állatok, életükben szociabilitást segítő faktorként jelennek meg, jelenlétükben könnyebben

megy a kommunikáció, kommunikációs csatornák szélesednek, változatosabbak. Az egyik válaszadó, M. néni beszámolójából egyértelműen kiderül, hogy az ő beszélgetési palettája állatainak köszönhetően szélesedett. Egy másik válaszadó, L. néni esetében is hasonló a helyzet, aki így fogalmazott azzal kapcsolatban, hogy mi történik míg a negyven tejhordója elviszi a napi adagot:

„Még igen sokat beszélek. Mindenkiel beszélek. A férjem is egy kicsit olyan hallgató a fiam is, akkor mind mondja reggel is mikor jönnek a néni is a tejért. Miért mind beszélek annyit, hát mindenki elmondja hogyan aludt mit csinált, akkor engemet érdekel, ki kísérem akkor mondják miért kísérem ki, hát azért, mert addig még beszélgetünk” (2. interjú alany, L, néni).

Állattartás

A román országos átlaghoz viszonyítva a sóvidéki állattartás elenyészőbb (net3.). A községi polgármesteri hivatalok nyilvántartásai alapján községekénti állatok számát az 1. táblázat tartalmazza.

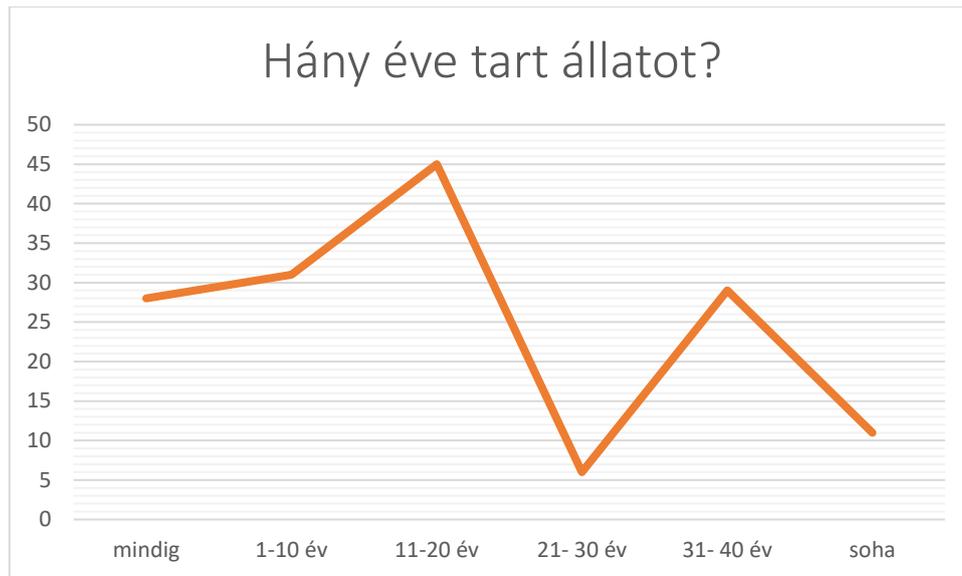
1. Táblázat: Sóvidéki háziállatok száma községenként.

Község	Marha félék	Sertés félék	Juh	Kecske	Szárnyasok	Ló	Nyúl	Méhek
Korond	2450	720	2500	360	3200	209	260	1178
Parajd	1246	449	6157	508	2910	66	60	1704
Szováta	515	507	3885	515	4359	140	720	2115

Forrás: a községek Polgármesteri Hivatalának adatai alapján, saját szerkesztés

Az Állategészségügyi Körök statisztikai adatai alapján ez az állatállomány Korondon 783, Parajdon: 552 és Szováta 45 gazdánál oszlik meg. Az állattartó gazdák életkorát tekintve 70% ötven év feletti. Nyilvántartják a kutya és macskatartókat is, ami Korond községben: 985, Parajd: 1089, Szováta: 1655 gazdát jelent.

A kutatásban résztvevő állattartók, arra a kérdésre, hogy „Hány éve tart állatot”, átlag 13, 64 évet jelöltek meg (6 ábra).



6. ábra- hány éve tart állatot? – kérdés válaszai. Forrás: saját szerkesztés.

A megkérdezettek átlagosan napi 4, 901 órát foglalkoznak állataikkal.

A vizsgálati alanyok perspektíváit és nézőpontjait, mindennapjaikat figyelembe véve megállapítható, hogy falusi környezetben a legértékesebb tőke a föld és annak élővilága. Elfogadják és tisztelik a természet erejét, melyet szolgálnak, és nem birtokolnak. A parasztság egy önellátó életforma, megtermeli magának az ételt, italt, ruhát, erkölcsös életet él, a lopás szégyen, az adott szó szent. Az állatokról alkotott gondolkodásukról megállapítható, hogy véleményüket kettősség jellemzi. Először is az állatokra eszközként tekintenek, célszerűségüket hangsúlyozzák: haszonállat, élelemforrás, jövedelem kiegészítő:

- *''Szoktunk eladni, akkor meg van nekünk az élelmünk, tojás, tej, hús nem kell, hogy megvásároljuk ezeket. Szeressük, na'' (1. interjú alany)*
- *''a férjem is szereti az állatokat. Még egy kis jövedelem is és foglalkozunk'' (3. interjú alany)*
- *„mert pénzhez hozzá segítettek, megélhetési forrás, ez olyan, mint bárkinek a munkahely” (5. interjú alany)*
- *„érdemes tartani, mert hasznos állat, pénzt hoz a házhoz elég szépen” (8 interjú alany)*
- *„megéri ezt csinálni, mert ezért a faluból nem kell kimenni. Itthon van az ember, s ezt akárhogycsinálja” (12. interjú alany)*

Ugyanakkor antropomorf jellemzőiket is hangsúlyozzák: szociális, érző, értő lényként tekintenek rájuk.

- *''Szoktam, sokszor beszélek az állatokkal. Nincs olyan reggel, hogy ne menjek be mondjak nekik jó reggelt, hogy aludtatok. Na...nevet. Mindig szólok hozzájuk. (2. interjú alany)*
- *Reagálnak, az állat is érzi, ha szereted, mert ha durva vagy akkor nem, látszik, hogy húzódik el tőled'' (3. interjú alany)*
- *''Ez amelyik van most olyan jámbor, jön utánunk, éppen nem beszél. (4. interjú alany)*
- *Beszélgetek velük, persze mondom, neki Cifrának hívják a tehént, hogy adjál sok tejet, mert ma reggel sokan viszik. Mintha tudná, hogy mit mondok, úgy nézz, úgy nyalja, kidugja a nyelvét, csókolja a kezem nekem meg a férjemnek is'' (1. interjú alany)*

Az állatok, a föld töke, áldás a család részére, a gondviselés ajándékai, a környezetet nem védik, hanem élnek rajta, vele. Fontos összekötő kapocs interjú alanyaimnál, hogy mély érzéseket táplálnak, szeretik állataikat:

- *''Szeretem, nagyon szeretem. Egész nap el lehetne velük beszélgetni. Megyünk az istállóba, már úgy tudja a tehén, nyal, csókol'' (1. interjú alany)*
- *''Állataimat. Igen, igen nagyon szerettem. Mindegyiket szeretem, így van. Nincsen különbség, hogy melyiket jobban'' (2. interjú alany)*
- *''szeressük na. Megéri, hogy foglalkozzak vele, mert érzem, hogy szeret'' (3. interjú alany)*
- *''Buxsi a fő, vele, ha süt a nap, ha havaz hozzá megyek, mert tudom, hogy vár engem és akkor megyek. ez egy természetes dolog'' (6. interjú alany)*

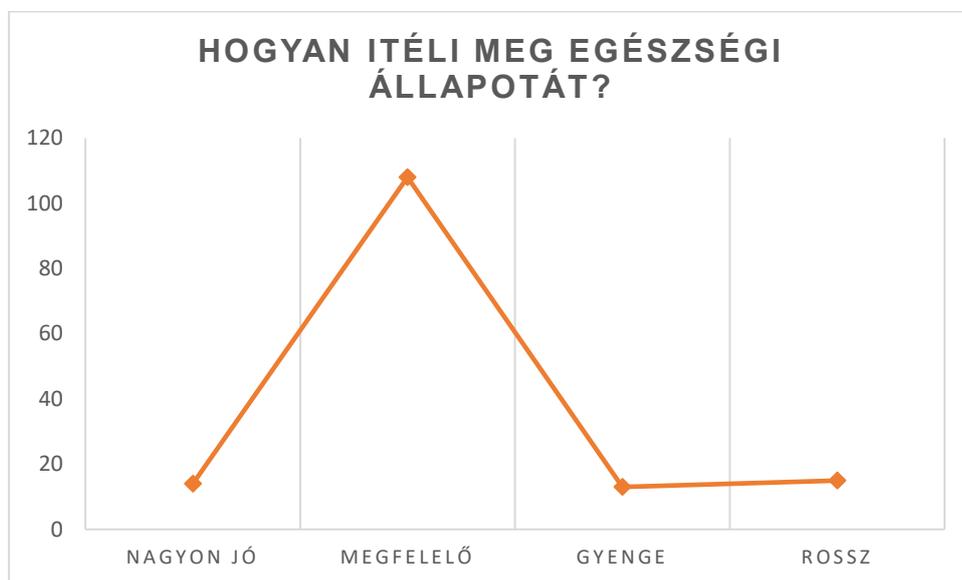
Ismereteik, tudásuk, nemzedékről nemzedékre vándorol, magukba szívják, szülőktől, szomszédoktól, autodidakta módon, saját bőrükön tapasztalják, bővítik, fejlesztik (tapasztalati tanulás). A pásztor nem könyvből tanult, hagyományos ökológiai tudással rendelkezik, mindennapi élete köti az erdőhöz, gyepkehez, kooperálnak a természettel, miközben használják, búzát, termelnek, marhát nevelnek. A marginalizálódott szereplőktől eltekintve a jó juhász tudja, hogy fenntarthatóan kell használnia a legelőt, a jószág száján át látni azt, minden döntést az elődök tapasztalata alapján és az utódok figyelembevételével igyekeznek meghozni, hosszú időtávban, közösségben és túlélésben gondolkodnak (Babos, 2020):

- *''Állattartó ismereteket, hát igazából már az iskolában is tanultunk, a szomszédoktól megkérdeztük, amit nem tudtunk. a szüleinktől még éltek, amikor bele mentünk. Így öröklődik egyik ágról a másikra'' (3. interjú alany)*

- *''láttam édesanyám mit csinál, mit csinál a tehénnel. Többet a férjem, mert ő árván nőt fel az édesapja meghalt, amikor 14 éves volt és maradt egy csomó tehén. ő tanított meg kapálni, ő tanított meg állatokat gondozni'' (1. interjú alany)*
- *''úgy beléjöttünk. Tartottunk, akkor még többet, s még többet'' (2. interjú alany).*

Egészség

A kutatás egyik főcélja az volt, hogy feltárjam van-e pozitív hatása az állatnak (haszon és házi) az állattartó egészségére, ezért az utolsó kérdéskör kérdéseit ennek megfelelően állítottam össze, és az alanyaim egészségi állapotának feltérképezésére használtam (7. ábra).



7. ábra: Szubjektív egészségkép. Forrás: saját szerkesztés

Saját szubjektív értékelésük szerint teljes egészében egészségesnek, egyik megkérdezett sem vallja magát. Felsorolják betegségeiket, gyógyszereiket, de valamilyen formában azért mind hálát adnak a jó Istennek, hogy jó a helyzetük, pozitívan gondolkodnak:

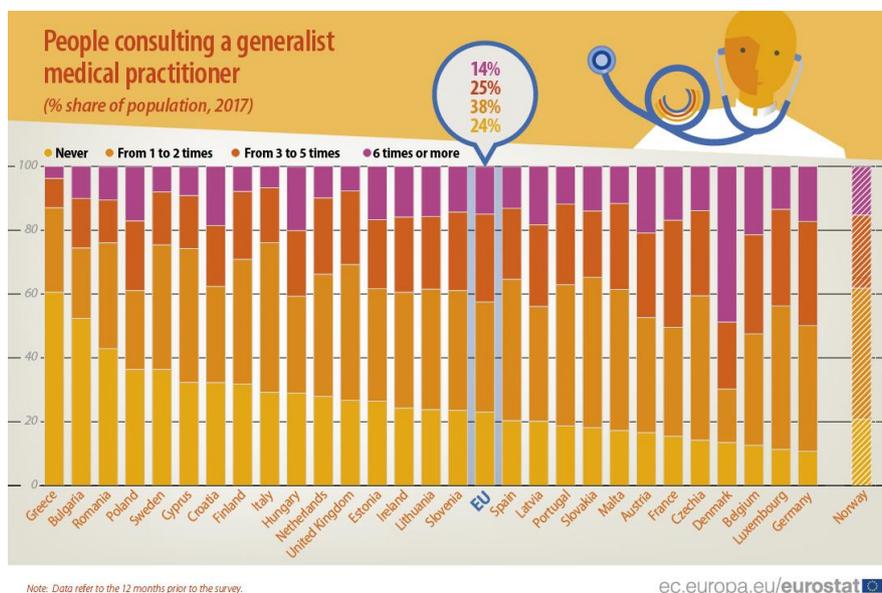
- *''Hát mit mondjak, a jó Istennek hálát adok eddig'' (2. interjú alany)*
- *'' még mind szaladgálok, még nem vagyok görbe, nem járok bottal. Örvendek, hogy a jó Isten ilyen egészséget is adott'' (3. interjú alany)*
- *„segített abban, hogy egészséges legyek. Az állat mellett nincs idő azon gondolkodni, hogy beteg vagyok vagy sem” (17. interjú alany)*
- *„az egészségünk Hála Istennek megfelelő, kisebb nagyobb problémák néha akadnak, de általában minden rendben” (19. interjú alany)*

Orvost gond esetén és felülvizsgálatkor keresnek fel (8. ábra).



8. ábra: Hányszor jár orvoshoz kérdés válaszai. Forrás: saját szerkesztés

Az Eurostat, 2017-es adatbázisa szerint, az orvoslátogatás gyakoriságát tekintve, Románia az európai átlag alatt szerepelt (net1.). A lakosság 41% nem jár orvoshoz, további 13% évente egyszer, kétszer. 5% a lakosságnak az, akik rendszeresen igénybe veszik az egészségügyi szolgáltatásokat (9. ábra).



9. ábra. Az Európai Unió országaiban az orvoslátogatás gyakorisága. Forrás: net1. (Eurostat, 2017.)

Az OECD országokban a daganatos-, keringési-, légző- és emésztőrendszeri betegségek okozzák az elhalálozások 90%-át (net2.). A sóvidéki családorvosok 2019 évi jelentése, a Hargita Megyei Egészségbiztosítási Pénztár felé, a következő betegségekkel kezelt pácienseket tartalmazza, gyakorisági sorrendben: magas koleszterinszint, magas vérnyomás, szívbetegség, cukorbetegség, asztma, ízületi gyulladás, reuma, allergiás betegség, idült hörghurut, depresszió, tüdőtágulás, csonttritkulás, szívroham, szívinfarktus, agyvérzés, rosszindulatú daganat.

A kutatásban résztvevők válaszaik alapján, megfigyelhető az állatoknak pozitív mentálhigiénés hatásai gazdáikra nézve, hozzájárulva ezzel a pszichoszomatikus betegségek kialakulásának prevenciójához:

- *''Még az állatok sokat segítenek a bánatomon, a lelki állapotomnak is'' (3. interjú alany)*
- *''Mindig megnézem, mikor látom, olyan boldog vagyok, úgy várják, az eledelt, szaladgálnak, örvendek én is. Jobbá teszi az életünket, a mozgásunkat'' (1. interjú alany)*
- *''Jól esik, hogy az állatokat elrendezed és akkor szépek'' (2. interjú alany)*
- *''el kell foglalja valamivel magát, mert szellemileg beteg és a ló maga gyógyítja, úgy beszélget a lóval, mintha egy élőlény lenne neki, társa lenne. Ez élteti a fiamat'' (3. interjú alany).*

A WHO öt tételű, jóllét kérdőívével az egyének általános közérzetét vizsgáltuk, a kitöltést megelőző kéthetes időszakra vonatkozóan.

A válaszadók étellel való elégedettségéről megállapítható, hogy az elmúlt két hét során az állattal rendelkező gazdák 47.9%-a teljesen vidámnak és jókedvűnek érezte magát.

„Az elmúlt két hét során érezte-e magát nyugodtnak és ellazultnak?” kérdésre, az állattartó gazdák 47.9% jellemzőnek, 25.2% teljesen jellemzőnek, 23.9% alig jellemzőnek, míg 3% egyáltalán nem találta önmagára jellemzőnek az ellazult állapotot.

Aktívnak és élénknek az állattartó gazdák 48.3% jellemezte az elmúlt két hét kedélyállapotát. Ébredéskor frissnek és élénknek, a megkérdezettek 47.4% érezte magát, 2.6% egyáltalán nem találta jellemzőnek magára nézve.

„Az elmúlt két hét során, a napjai tele voltak-e az ön számára érdekes dolgokkal?” kérdésre a minta 47% vallotta, hogy igen jellemző rá, 4.3% alig jellemző választ adott.

A kérdőív eredményei alapján látható, hogy a kérdőív leírásában korábbiakban bemutatott hat fontos részterületen az állattal rendelkező gazdák mutatói nagyon jónak mondhatók.

Az interjúkban a válaszadók összefoglalóan így fogalmazzák ezt meg:

- *„mert ugye, mint mérnöknő is dolgoztam, meg annyi papírt túrtam, hogy rettenetes. Úgy jöttem haza, hogy olyan haszontalannak éreztem magam, olyan nehéz volt, annyit küzdöttem ezzel. S most egy ilyen paraszti munkával annyira hasznosnak érzem magam (7. interjú alany)*
- *„mert az Isten tenyerén mindenki jól van. Nem kell sem orvos, sem pszichológus, csak a munka és a művészet” (3. interjú alany).*

Konklúzió

Kutatásommal és az adatok elemzésével hozzájárultam Cicero örökérvényű szavainak megerősítéséhez: „semmi sem méltóbb az emberhez és semmi, sem tesz szabadabbá, mint a gazdálkodás”. A kutatásban szereplő idős emberek véleményét feltárva látható, hogy az állattartás nem csupán egy életforma, hanem naponta ismétlődő társadalmi rítus, szimbolikus értékekkel, társas interakciókkal (Giddens, 2008). Az állattartó idős emberek életvitelüknek köszönhetően sokat tesznek egészségük megőrzéséért, mivel a saját gazdaságuknak köszönhetően egészségesebben, természet közelebben táplálkoznak, gyakrabban esznek teljes kiőrlésű gabonát, bio zöldségeket és gyümölcsöket, saját tenyésztésből hústerméket, tejterméket. Fizikai aktivitásuk, testmozgásuk, a mindennapi munka miatt intenzívebb, ami egészségi állapotukra pozitívan hat. Leleményességük, természetszeretetük, hagyományos tudásuk, civilizációs ártalmaktól mentes közegük preventíven megelőzi, számos testi- lelki betegségük kialakulását, patikává válik a körülöttük levő világ.

Kutatási eredményeim azt is alátámasztják, hogy időseink, akik értelmét látják életüknek, megoldhatónak találják problémáikat vélhetően sokkal könnyebben megbirkóztak az egészséget veszélyeztető stresszekkel.

Az állatokról való gondoskodást Székelyföldön, a Sóvidék falvaiban vizsgált idős emberek körében kettőség jellemzi. Állataik haszonállat funkciót töltenek be, kereskedelmi céllal tartva, ugyanakkor a paraszti kultúra mindennapjaihoz hozzá tartozik, hogy figyelnek, törődnek, kötődnek állataikhoz, empátiát és további pozitív érzelmeket figyelhetünk meg kapcsolatukban.

Összegzés

Az állatok az emberek számára egészségmegőrző hatással rendelkeznek, a társállattal való fizikai kontaktusnak, interakcióknak közvetlen pszichológiai, kognitív hatásuk van, melyek mérhető módon tükröződnek egyes fiziológiai paraméterek pozitív változásában (Topál, 2011). A társállat mentális egészségvédő faktor. Jelen kutatás eredményei is szolgáltatóknak ezen kijelentést megerősítő adatokat, Topál (2011) kutatási eredményeivel összhangban. Az ember-állat interakciónak indirekt hatása is van, a szociális facilitáción keresztül, azáltal, hogy megkönnyíti az emberek közötti szociális integrációt (Topál, 2011).

Az állatterápia aktív megküzdési stratégiák használatára ösztönöz. A problémaközpontú megküzdés esetén a személyek a probléma megváltoztatására összpontosítanak. Eredményeim azt támasztják alá, hogy az állatbaráttal rendelkezőknél a leggyakrabban használt megküzdési stratégiák dimenziói: az aktív megküzdés, a pozitív újraértékelés, az elfogadás és a tervezés, míg az állatbaráttal nem rendelkező személyeknél a vallás és az eszköz jellegű szociális támasz keresése a domináns.

Az állat szociabilitásra ösztönző tényező. Az állat jelenlétében, könnyebben megy a kommunikáció, kommunikációs csatornák szélesednek, változatosabbak. A haszon és háziállatokon keresztül növekszik a gazdák bizalmi szintje, pozitívabb lesz az önértékelésük, mely segíti aktívabb társadalmi részvételüket, normakövető cselekvéseik változását, kapcsolathálójuk gazdagodását.

Mindezen komponensek alapján az Engelsi és Antonosky modellben foglaltakat megerősítő eredményekről számoltam be.

A kutatás egy további irányvonala lehet a kontroll csoport, vagyis azon válaszadók kutatásba bevonása, akik a jelen kutatásban megkérdezett személyektől csak annyiban különböznek, hogy nem tartanak állatot. Az ő véleményük feltárásával kaphatunk még árnyaltabb képet az állattartás idős személyekre gyakorolt hatásairól.

Ábra- és táblázatjegyzék

1. ábra: Az egészségi állapotot befolyásoló legfontosabb tényezők
2. ábra: Kutatási alanyaim iskolai végzettsége
3. ábra- Kivel él egy háztartásban? - kérdés válaszai
4. ábra: Kivel beszél meg problémáit? - kérdés válaszai
5. ábra: Szeret-e társaságba járni? – kérdés válaszai
6. ábra: Hány éve tart állatot? – kérdés válaszai
7. ábra: Szubjektív egészségkép

8. ábra: Hányszor jár orvoshoz kérdés válasza
9. ábra. Az Európai Unió országaiban az orvoslátogatás gyakorisága
1. táblázat: Sóvidéki háziállatok száma községenként

Irodalomjegyzék

- Atkinson, R.L. & Atkinson R.C. (2001). *Pszichológia*. Budapest, Osiris Könyvkiadó
- Babos, K. (2020). Mi a közös egy székelyben és egy ausztrál bennszülöttben? Etnoökológust kérdeztünk. Transindex.ro: 2020.02.11. elérhető: <https://eletmod.transindex.ro/?cikk=28247>
- Bakos, K. (2015). A pedagógusi szerep dilemmái és összefüggései az életminőséggel, In: *Metszetek*, 4(1) pp. 3-14.
- Becker, M. (2002). *Az állatok gyógyító ereje*. Budapest, Gold Book Könyvkiadó
- Giddens Anthony (2008): *Szociológia*. Osiris kiadó, Budapest.
- Hewstone, M., & Stroebe, W. (2007). *Szociálpszichológia*. Budapest, Akadémiai kiadó
- Illés, A. (2006). AI módszer a kutyás terápiában. elérhető: <http://mek.oszk.hu/03800/03851/index.phtml>
- Józsa, A. (2002). *A Sóvidék és fürdői*. Korond
- Kucsera, Cs. (2012). Egyedül élő budapesti idősek társas és közösségi részvételét gátló szubjektív okok. *Társadalmi integráció könyv tanulmánya*. MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont. pp. 427- 440.
- Kun, Á. (2015). A jóllétet meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 15(2) pp. 49- 71
- Pikó, B. (2006): *Orvosi szociológia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó
- Sallay, Á. (2005). *Tájvédelem és fejlesztés a Firtos kistérségben*. Táj építészeti és Kertművészeti Folyóirat. pp.31-36
- Sátori, Á. (2007). *Az állatokhoz való viszony a társas-társadalmi kapcsolatok rendszerében*. Budapest, Elte
- Sófalvi, A. (2005). *Sóvidék a középkorban*, Székelyudvarhely, Haáz Rezső Alapítvány
- Susánszky, É. (2006). A WHO Jól-lét kérdőív rövidített magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés-alapján. elérhető:

http://magtud.semmelweis.hu/files/kerdoivek/WHO_jollet_kerdoiv_%28WBI-5%29_validalo_tanulmany.pdf

Váradi, T. (2007). Út az egészség felé. Mesterkurzus. A megismerés útjai. Tanulmánykötet. Saxum kiadó.

Internetes források

net1. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

net2. <https://stats.oecd.org/>

net3. <https://insse.ro/cms/>

A szerző:

Virginás Zolna

Debreceni Egyetem, Szociológia és Társadalompolitikai Doktori Iskola, IV. éves phd hallgató, Cím: Korond, Hargita megye, Románia, mobil: 0040752527945, zolna4@yahoo.com



MAGYAR GERONTOLÓGIA

13. ÉVFOLYAM 40. SZÁM

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

-TUDOMÁNYNÉPSZERŰSÍTŐ-

BÖLCS ÖREGEDÉS AZ ÉLETÚT ALKONYÁN

Homor Tivadar

Kulcsszavak: gerontológiai dimenziók, időskori létállapot, öregség arcai, bölcs életfilozófia mentális gondozás, életútelelmzések

Absztrakt

A tanulmány rávilágít arra, hogy a megtett életút minősége, milyen lenyomatot képez időskori énkben. Az öregedés folyamatának komplex bemutatásával árnyaltabb diagnózist lehet felállítani az időskor sokarcúságáról, ezáltal hatékonyabb prevenció-, és gondozó tevékenységet lehet folytatni. A tanulmányban vázolt pozitív életfilozófia alkotóelemeinek megismerése és gyakorlatban való alkalmazása, hozzájárul az időskori mentális egyensúly fenntartásához.

Gyakorlati relevanciák: A kutatás eredményei elsősorban gondozóintézetekben idősotthonokban és nyugdíjas klubokban hasznosíthatók. Hatékonyan segíthetik az idős emberek testi - lelki - szellemi gondozását és problémás élethelyzetük elfogadását. A tanulmány felhasználható az alap és középfokú andragógiai képzéseken és szaktanfolyamokon (szociális munkás, szakápoló, terapeuta)

Keywords: gerontological dimensions, faces of old age, mental care, life path analyzis

Abstract

The study highlights what impression the quality of our life history has on our elderly ourselves. With this complex presentation of the aging process, a more nuanced diagnosis could be made about the versatility of ageing, thus more effective prevention and care programs could be carried out. The recognition and application of the positive philosophy of life outlined in the study contribute to maintaining good mental health of the elderly.

Practical relevance. The results of the research can be primarily utilized in care institutions, nursing homes and retirement clubs. It can effectively help the physical, spiritual and mental care of elderly people and help them accept their problematic life situation. The study might be utilized in practice on elementary and intermediate andragogy trainings and on vocational courses (social worker, specialist nurse, therapist).

A tanulmány célja

A test - lélek - szellem dimenziójából mutatja be az öregedés folyamatát. Irodalmi, művészeti, filozófiai, vallási és erkölcsi példákon keresztül érzékelteti időkorunk sokarcúságát. Rávilágít arra, hogy öregkori mentális állapotunk alakulását, milyen mértékben befolyásolja életutunk minősége. Mi az oka annak, hogy az elmúlás határán egyes emberek bölcsebben mások csak öregebben lépik át az időskor küszöbét. Diagnosztizálja a korosztály gondjait és problémáit. Életvezetési alternatívákat javasol a kiegyensúlyozott lelkiállapot fenntartásához. Időskori életérzés statisztikák tükrében, eltérő életutakat és magatartásformákat elemez.

Módszerek: személyes interjú, életút - elemzés, szakirodalom tanulmányozása

Az elmúlás határán



1. Ábra: Idős házaspár. Séta. forrás:

<https://pixabay.com/hu/images/search/id%C5%91s%20p%C3%A1r/>

Földi létünk legnagyobb problémája az idő, és az elmúlás. Megszülettünk, elindultunk lezáratlan életünk ordas ösvényén, úttalan utakon gyakran eltévedtünk és cél nélkül bolyongtunk. Távoli egzotikus tájakra vágytunk, mely nem lett otthonunk. Hajtott bennünket vad ösztönös éhség, nyugtalanság, vak reménység. Kínba fült mámorunkért, a pusztaság semmiért kockáztattuk a biztos meglévőt. Zaklatott életünk kaotikus világában vágy vezérelt képzeletünk hamis fantomjait követve, lázasan hajszoltuk a sikert, és az érvényesülést. Balgán reméltük, hogy valami értelmes nyomot hagyunk magunk után a múltó időben. E talmi értékekért szinte mindent feláldoztunk: barátság, szerelem, család, egészség. Aztán egy hideg őszi reggelen arra ébredtünk, hogy „*a semmi ágán ül szívünk*”¹ a kegyetlen idő észrevétlenül - ajtót sem csapva - elrabolta fiatalságunk. Egyre fogynak napjaink, lassan leperreg előttünk eltékozolt életünk. Ha ködbe burkolódnak a fák, furcsa árnyak táncolnak a lelkünkben. Mint falevél a novemberi szélben nyugtalan lelkünk havas mezőkön kóborol, halk lépteink az örök hajlék felé visznek. A némaság béna perceiben megérint bennünket az elmúlás az élet végességének gyötrő, fojtogató élménye. Elképzeljük, milyen az a hely, „*hova senkise jut soha kétszer: a legmesszebb a legközelebb*”.² Az őszi ködben felsejlik *Kháron*³ ladikja, mely ránk vár, hogy átvigyen bennünket az innenső partról a túlsó partra, *Hádész*⁴ birodalmába. Ha ilyen gondolatok kavarnak lelkünkben, elérkeztünk életünk utolsó szakaszához az öregkorhoz.

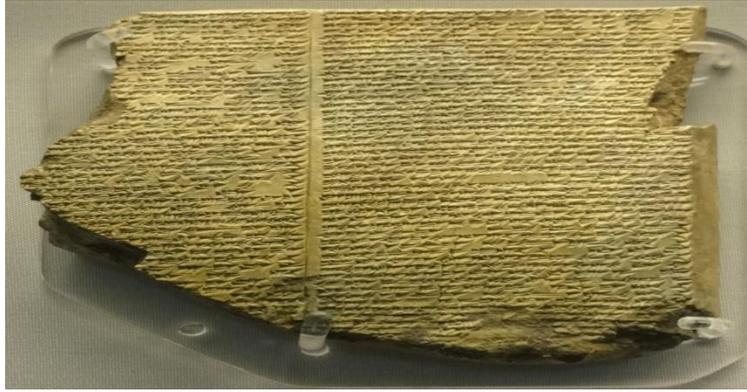
A hosszú élet és a halhatatlanság titkát keresve



2. Ábra: Kiűzetés a paradicsomból. forrás:

https://hu.wikipedia.org/wiki/Az_ember_buk%C3%A1sa

Mióta ember él a földön szüntelen keresi az örök lét titkát. Az ószövetség teremtésmítoszából tudjuk, hogy az édenkert kapuja örökre bezárult az ember előtt, amikor Isten, Ádámot és Évát bűnük miatt kiűzte a paradicsomból. *„Átkozott legyen a föld miattad, fáradtságos munkával élj belőle életednek minden napjaiban. Tövist és bogáncskórót teremjen neked; s egyed a föld növényeit. Arcod verítékével egyed a te kenyeredet, míg nem visszatérsz a földbe, mert abból vétettél: mert por vagy te, és ismét porrá leszel”⁵*. Édentől Keletre kezdetét vette az emberiség kínokkal és szenvedéssel teli, gyötrelmes élete. A bűnbeesés óta, a földi élet gyilkos harcmezővé vált, a halál az élők büntetése lett. *Gilgames*⁶, a mondabéli sumér király és a középkorban élt alkímisták is a csodálatos életelixírt keresték, mindhiába. Reménytelen küldetésük kudarcra ítéltetett, be kellett érniük azzal a szomorú felismeréssel, hogy ami teremtett elmúlik, semmi sem tart örökké.



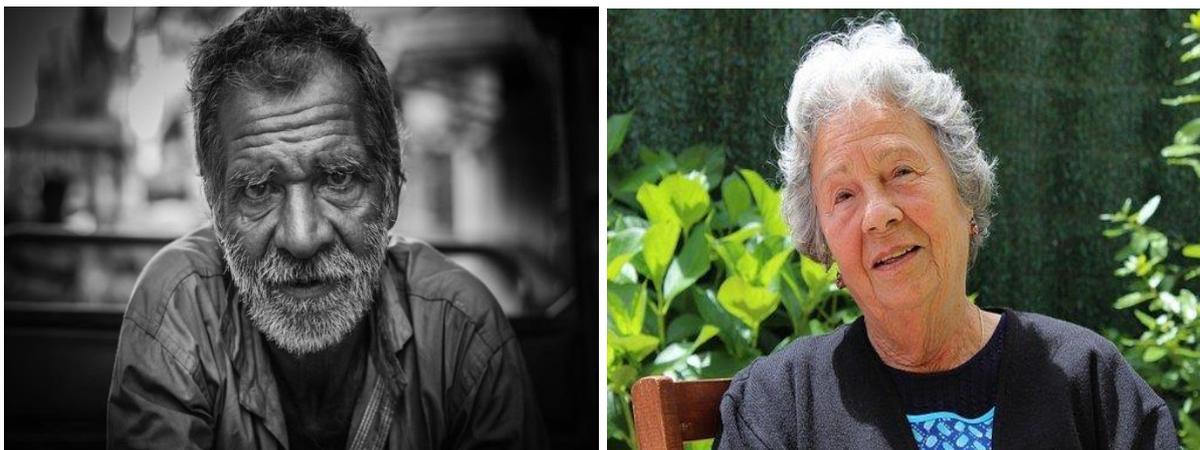
3. 3. Gilgames eposz-részlet. Sumér ékírásos agyagtábla. forrás:

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/bc/Library_of_Ashurbanipal_The_Flood

Napjaink genetikusai, a sejtek újra programozásával, gén-, nanotechnológiával kísérleteznek. Regeneratív orvoslással a betegségek kiküszöbölésére, az elmúlás és az öregedés kitolására törekednek (akár 150-200 évig is élhetünk) Végző cél: idegpályáink áthuzagolásával a testi-lelki fájdalom kiiktatása, a mentális harmónia, az örök boldogság, a hallhatatlanság, a megistenülés elérése. Optimista tudósok víziója szerint a 21. század második felében eljön a mesterséges intelligencia kora, „*megkísérelhetjük legyőzni az öregedést, akár magát a halált is, belefoghatunk abba, hogy a Homo sapiensből (értelmes emberből) Homo deust (istenembert) csináljunk.*”⁷ Nem tudhatjuk, hol húzódnak emberi kiteljesedésünk határai, aggasztónak tűnnek azok a jóslatok, melyek szerint, fel kell készülnünk arra, hogy néhány évtized múlva félig emberek, félig robotok leszünk. A *szingularitás*⁸ korában az ember odáig merészkedik, hogy Istent csináljon magából, az a civilizációnk végét jelentheti.

Az öregség arcai





4. Ábra: Arcok. <https://hu.depositphotos.com/stock-photos/id%C5%91s-emberek-st200.html>

A gerontológia az öregedés tudományával foglalkozik. Az elmúlt évtizedekben ez a tudományterület felértékelődött, az orvostudomány fejlődésével egyre jobban kitolódik az idős kor. A fejlett országokban, komoly problémát jelent a népesség elöregedése, az idős emberek gondozása. Az öregedéssel elkezdődik, testi, lelki, és szellemi hanyatlásunk. Minden érzékszervünk romlik, egyre nehezebben tudunk alkalmazkodni gyorsan változó környezetünkhöz, ráadásul mentális egyensúlyunk is gyakran labilissá válik. Amikor sejteink nem osztódnak tovább kezdetét veszi az öregedés, beköszönt az ősz, a hulló falevelek évadja, belső óránk visszafordíthatatlanná válik. Testünkön és lelkünkön a könyörtelen idő mély nyomokat hagy, csontjainkig hatol a tél fagyos lehelete. Átgázolt rajtunk az élet, kétségbeesve keressük hervadó emlékké vált múltunk összetört tükörcserepeit. Céltalanul elherdált éveink után nehezen találunk vissza önmagunkhoz, gyakran hatalmas úr tátong a lelkünkben, magányosnak és istenverte vesztesnek érezzük magunkat. Álmatlan éjszakákon az agyvérzés, a szívinfarktus, a rák és a demencia rémképei gyötörnek bennünket. Egyre gyakrabban köszönt ránk rossz kedvünk tele. *„Zordságod sok szép napot megöl. Egésznap dohogsz, mint egy roskatag malom, úgy kell neked vénséged elől miért nem szöktél el fiatalon”⁹.*

Bölcsebben, vagy csak öregebben lépjük át az időskor küszöbét?



5. Ábra: Meditáció. <https://pixabay.com/hu/images/search/b%C3%B6lcse%C3%A9g/>

Idős korban gyakran tesszük fel magunknak a kérdést, vajon tanultunk e életünk során hozott rossz döntéseinkből, hibáinkból, céltalan tévelygéseinkből, öncsaló nekirugaszkodásainkból? Bölcsebbek, vagy csak öregebbek lettünk? Önreflexiónkra adott válaszunk, sem egyértelmű, mert nincsen két egyforma idős ember, mindenki más és más életutat járt be. Úgy tartja a mondás: mindenkinek meg van a maga keresztje, kinek könnyebb, kinek nehezebb élet adatott. Az életút függvényében minden ember eltérő testi, lelki, szellemi állapotban jut el az idős kor küszöbéig. Következésképpen nagyon sok arca van öregkori létünknek. Aktuális mentális állapotunktól függ, hogy az adott időszakban bölcsebben: pozitív életfilozófiával (optimistán, derűsen, nyitottan, aktívan, hittel, elfogadással,) vagy csak öregebben (nyűgösen frusztráltan, kínoktól gyötörve, dühösen, elkeseredetten, reményvesztetten, magányosan) éljük mindennapjainkat.

Öreg korunk gondjai és problémái



6. Ábra: Gyászmunka. <https://pixabay.com/hu/photos/emberi-f%C3%A9rfi-gy%C3%A1sz-szomor%C3%BAs%C3%A1g-2829510/>

Napjaink irreálisan felgyorsult világában az idős emberekkel való törődést nyugnek és tehernek érzi a civilizált társadalom. A fejlett nyugati országokban is, egyre nagyobb terhet és kihívást jelent az idősek növekvő aránya a fiatalabb korosztályokhoz képest. Kellően átgondolt stratégia hiányában, a kormányok képtelenek megfelelően kezelni a *demográfiai pánikot*¹⁰. Az országos-, és helyi szociális ellátórendszerek, nyugdíjas szervezetek, klubok, gondozó intézetek nincsenek felkészülve a megnövekedett társadalmi elvárások kielégítésére. Az idős emberek problémáinak enyhítésére, az eddiginél lényegesen hatékonyabb finansziális -, szakmai-, és mentális támogatásra lenne szükség. A digitális világ fiatal nemzedékének szent fétisei: a siker, a hírnév, a karrier és az egoizmus. Az individualizmusra épülő on - line világ nem, vagy alig illeszthető az idős ember személyiségébe, ezért a totális izoláció és széthullás zűrzavara fenyegeti. Néhány év múlva az elöregedett korosztály számára is nélkülözhetetlen társadalmi, gazdasági, kulturális, egészségügyi, szabadidős és más közhasznú szolgáltatások döntő többsége, csak digitális úton lesz elérhető/igénybe vehető. A hetven év feletti korosztály jelentős része képtelen eligazodni ebben a világban, idegenkedik tőle, vagy bizalmatlan vele szemben. Ez a „*digitális szakadék*”¹¹ súlyos mentális zavarokat idézhet elő személyiségükben. Növeli az idős emberek további problémáját, hogy a nyugdíjazáskor ki kerülnek a munka világából, közösségi, baráti kapcsolatai beszűkülnek, vagy elhalnak, gyakran feleslegesnek és otthontalannak érzik magukat. Mindannyian „*azért jöttünk a világra, hogy valahol otthon legyünk benne*”¹² Mentális otthonosság hiányában a külvilágtól teljesen elszigetelődnek, bezárkóznak, elmagányosodnak, a kiszolgáltatottság ördögi csapdjába kerülnek, mely

személyiségük dezintegrációjához vezethet. A személyiség teljes leépülésekor az élet elveszti értelmét. Az öregkori problémakezelés az eddigieknél magasabb szintű törődést, odafigyelést és empátiát várna el a fiatalabb korosztályoktól a hozzátartozóktól és a regnáló kormányoktól egyaránt.

Az életút hatása az öregkorra



7. Ábra: Paul, Gauguin: Honnan jövünk, kik vagyunk, hová megyünk?

<https://moly.hu/enciklopedia/paul-gauguin-honnan-jovunk-kik-vagyunk-hova-megyunk>

Rögs életutunkat térben és időben csak egyszer van lehetőségünk végig járni, nincsen módunk ismétlésre, hibáink, botlásaink javítására. Életünk, megélt hétköznapiak visszafordíthatatlan egymásutánisága, és különböző élethelyzetek kaotikus sokasága. Minden életszakaszunk az „ismeretlenség bolygója,”¹³ ez azt jelenti, hogy amikor belépünk egy adott életszakaszba nincsen tapasztalásunk arról, hogy milyen kihívások várnak ránk és ezekre a kihívásokra, milyen megküzdési stratégiákat tudunk kialakítani. Életünkben gyakran válaszút elé érkezünk néha több, máskor kevesebb lehetőség közül választhatunk, de csak egy úton indulhatunk el. „Erdőn két út: mentem igen, arra amerre kevesen, és minden eldőlt akkor ott”¹⁴ Jó és rossz döntéseinknek meg van a következménye, melyek elől nem térhetünk ki vállalnunk kell a felelősséget. Életünk során szerzett pozitív negatív tapasztalataink, sikereink, kudarcaink, mély nyomokat hagynak lelkünkben, befolyásolják életérzésünk minőségét és előrevetítik öregkorunk mentális állapotát.

Eltérő életutak, ambivalens életérzések és magatartásformák

Ha visszatekintünk életutunkra, leltárt készítünk, ilyenkor számos önreflexiós kérdést teszünk fel magunknak. Honnan jöttünk? Kik vagyunk? Milyen a személyiségünk-, önismeretünk? Mi végre születünk erre a furcsa világra? Mi a hozadéka önmegvalósítási törekvéseinknek? Volt-e kellő hitünk, akaraterőnk vagy csak ide-oda sodort bennünket a szél? Ha ezekre a kérdésekre hiteles válaszokat adunk, rálátunk életünk minőségére. Személyiségünk, erkölcsi arculatunk, elsősorban alternatív életstratégiánk tükrében mutatkozik meg leginkább. Választásunk a bőség kosarából, többnyire neveltetésünktől, értékrendünktől és testi, lelki, szellemi adottságainktól függ leginkább. Fiatalon, - „*hunyt szemmel, bérceken futunk, s mindig csodára vágy szívünk, a legjobb amit nem tudunk, a legszebb amit nem hiszünk*”¹⁵ - s abban bízunk, hogy önerőből képesek leszünk törekvéseinket és vágyainkat beteljesíteni. Választott értékvilágunkat követve reméljük, hogy lesznek életünknek olyan kivételes pillanatai, melyek a teljesség csúcsmélységét és személyes kiteljesedésünket adják. E célok eléréséhez, úttalan utakon kell ösvényt taposni, mely legjobban szolgálja önmegvalósításunkat. A mai modern multikulturális társadalmakban zavarba ejtően sokféle *életút - modell kínálkozik*¹⁶ A lehetőségek plázájából, minden ember más és más választott célt követve (tudatosan vagy ösztönösen) véli megtalálni élete értelmét.

Mit mutatnak az időskori életérzés statisztikák

Nyugdíjas klubokban, idős otthonokban „*Bölcs öregedés*” címmel tartott prezentációim és interjúim során végzett (nem reprezentatív) méréseim szerint, az idős emberek 18%-a ítélte sikeresnek életútját (*több örömteli, boldog perc adatott nekem, mint fájdalom és szenvedés*). A megkérdezettek 47% - a kudarcosnak értékelte élete hozadékát (*túl sok volt a fájdalom, a csalódás és a sikertelenség*). Ambivalensnek (*kétféleképpen: egyszer lent, máskor fent*) minősítette életét, 31%. Nem adott egyértelmű választ 4% A három leggyakrabban választott életútnak is számtalan árnyalata rajzolódott ki a felmérésből. A beszélgetésekből az is kiderült, hogy az idős emberek mentális energiáit az életút mindennapjainak gyötrelmei, csalódásai, kiüttlanságai és frusztrációi emésztették fel leginkább, melyeknek nem kívánt következménye időskorban a krónikus depresszió. E szorult élethelyzetben a reményvesztett lélek leggyakoribb menekülési útvonala a biokémiai boldogságkeresés (alkohol, drog, gyógyszerek, játékszenvedély, mértéktelen étkezés) *A megkérdezett idős emberek döntő többsége által választott tipikus életutak (életérzések) főbb jellemzői.*

Sikeres életút/Izgalmas, kihívásokkal teli utazás

A sikeres életutat bejárt emberek, létük megélését, titkokkal és kalandokkal teli izgalmas utazásként értékelik. Attitűdjeik, érzéseik, gondolataik, érték választásuk csak rájuk jellemző egyéni mintázata különbözteti meg őket másoktól. Lázasan keresett sokféleség mellett, tudat alatt mindig egy feltételezhető szimbiotikus egység felé vonzódtak. Cselekedeteik rugóiban egyfajta vezérlő, normatív eszmét kerestek és követtek, melyet a rendezettség képében véltek felfedezni. Céljaik és vágyaik a jövő felé fordították tekintetüket, olyasmire törekedtek, ami értékessé tette életüket. Kudarcaikból tanultak, bátran szembe néztek a kihívásokkal, mertek kockáztatni. Határhelyzetben mindig önmagukat választották, többnyire racionális döntéseket hoztak, jól sáfarkodtak képességeikkel és a kínálkozó lehetőségeikkel, ezért a kiteljesedett élet valóság lett számukra. A hétköznapi gondjai, bajai nem törték meg lelküket, több fény és kevesebb árnyék kísérte életüket. E többlet munícióval a tarsolyukban, erősebb hittel és bölcsebb életfilozófiával felvértezve tekintenek hátralévő életükre.

Kudarcos életút¹⁷ /Ki vagyunk szolgáltatva a sors szeszélyének

Születéskor a teremtőtől/természettől kapjuk létünk összes eredőjét, hogy az ismeretlen úton üdvük, vagy kárhozatunk legyen. A csalódott, kiábrándult, megkeseredett idős emberek, ha belenéznek lelkük zavaros tükrébe, tisztán látják, hogy életművük, tolla és ecsetje, remekmű helyett, csak szánalmas utánzatot produkált. Ha végig gondolják születéstől késő ősbe érő életük sok kínját, és néhány szép szivárványhídját, úgy érzik, nem lenne erejük még egyszer mindent, ugyanígy végig csinálni. A rossz szereposztás miatt, olyan volt az életük, mint egy örült játék, melybe véletlenül belecsöppentek, a játékszabályokat nem ők hozták, szinte semmiről sem dönthettek, legfeljebb elszenveték a teremtő büntetését. Életük kezdetén felvett negatív kódok, olyan vakvágányokon indították el őket melyekről önerőből nem volt letérés, ki volt jelölve a tévút, ami ezután jött, csak reménytelen, sziszifuszi sziklagörgetés volt. Balga módon elhitték, hogy kedvük szerint szabad akaratukra bízva alakíthatják nekik tetsző önmagukat. Teljességre törekvő önmegvalósítási kísérleteik rendre kudarcot vallottak. Nem volt bennük kellő erő, kitartás, a helyes ösvényt szinte soha nem találták. Negatív énképük, labilis érzelmi töltésük – nyugtalanság, elvágódás, szorongás – tudatalatti vágyaik elfojtott készítetéseiből eredtek. Visszatérő kríziseik maradandó nyomot hagytak törékeny lelkükben. Életük fordulópontjain, többnyire hibás döntéseket hoztak, rosszul mérték fel a kínálkozó lehetőségeket, ezért a jobb, a más, a kiteljesedett élet illúzió maradt számukra. Deficités életükért eleve elrendelt végzetüket kárhozzátják. „*Ki vagyunk osztva, megvan helyzetünk, mit*

tehetnék e szabály ellenében, mint álló csillagok az égen, változhatatlan rajzunk jellemünk”¹⁸

A csalódott emberek, életük alkonyán sem találják meg az integritást és elfogadó megértést, mely az élet végességébe való bölcs belenyugvást adja. Utolsó lehetőségükig láznak a sorsuk ellen, életenergiákat a tehetetlen düh, a harag és az elégedetlenség emészti fel. A halál árnyékában sem képesek aktívan törődni fogó életükkel.

Ambivalens (kétarcú) életút

Janus arcú életutat bejárt emberek, ösztönösen elfogadják a létezés kettősségét: fény és árnyék, siker és kudarc, öröm és bánat egyaránt természetes velejárója az életnek. Nézetük szerint az élet jó-rossz döntések, véletlenek, hitek-tévhittek és vakhitek változata. Nem tudjuk, mi vár ránk, ezért fogadjuk el a sorsunkat olyannak amilyen. Egyszer fent, máskor lent. Jobbra, balra kileng életük ingája, egy idő után visszaáll a normális medrébe. Szélsőséges érzelmektől mentesen, racionalitással szemlélik a világot. *„Hidegen nézz jóra, rosszra, hogy ha hív, ha biztat, állj meg, hullámvás a hullám sorsa, bármi csábít hajt előre légy közömbös holtodiglan”¹⁹* Elmerülnek a mindennapokban, minimalizált céljaik hétköznapi szükségletek kielégítésre irányulnak. Félnak a csalódástól, ezért illúziók nélküli, óvatos közéletet választják. Csak úgy megtörténnek velük a dolgok. Képtelenek túllépni, létük szűkös határain, kerülnek az élet nagy kihívásait, maximális biztonságra törekednek. Az önmegvalósítás magasabb szintje soha nem érintette meg lelküket. Vágyaikat, álmaikat a létezés alapszintjére kódolják. Úgy vélik, hogy a boldogság a szerencsés csillagzat alatt született emberek jussa, nekik az effajta földi jóból kevesebb jutott, de megelégedtek a kevesebbrel is. Ha nagyritkán rájuk talált, e farkas léptű érzés, megbecsülték, mert tudat alatt érezték, hogy hamar elillan. Születéskor beléptek az ismeretlen életbe vezető ajtón úgy, hogy még nem volt semmi a birtokukban, életük végén kilépnek egy másik ajtón, úgy, hogy már nincs semmi a birtokukban. Azt kapták az élettől, amire kockázatkerülő lelküket ösztönösen kódolták: ambivalenciát.

Hogyan tegyük kiegyensúlyozottá magunkat időskorban?



8. Ábra: Idős pár. <https://hu.depositphotos.com/stock-photos/idős-emberek-st100.html?qview=6928848>

Létstratégiánk

A halál árnyékában próbáljuk meg idegpályáinkban kódolt testi-lelki fájdalmainkat minimalizálni. Számúzzuk agyunkból a rettegést, a félelmet a szorongást és az önostorozást.

Az öregkori bölcsesség feltételez egyfajta komplex intelligenciát, melynek főbb építőkövei:

- szellemi érettség (pozitív életfilozófia, hit, nyitottság, letisztultság,)
- mentális egyensúly (jó közérzet, optimizmus, derű, higgadtság, szélsőséges indulatoktól mentesség)
- aktív életmód (sport, hobby, közösségi kapcsolat, rendszeres elfoglaltság, megvalósítandó célok)
- elfogadás, elengedés, belenyugvás

Legyünk büszkék arra, hogy életünk törékeny csónakját szörnyű viharokon keresztül, öreg korunk csendes kikötőjébe navigáltuk. Ez a teljesítményünk akkor is figyelemre méltó, ha kudarcosnak ítéljük a mögöttünk hagyott utat. Bölcs belenyugvással fogadjuk el, hogy nem vagyunk korlátlan urai sorsunknak, a párkák fonalát nem mi szőjük és szakítjuk el. Botlásaink, tévedéseink ellenére, ez a mi utunk volt, mi mindent megtettünk, tőlünk ennyire telt.

Útravaló/Konklúziók



9. Ábra: Aranyóra /Alkonyat. <https://www.pexels.com/hu-hu/foto/aranyora-eg-else-ora-felhok-1212600/>

Fogadjuk el, hogy életvilágunk rideg otthona nem volt kompatibilis vágyainkkal, a szívünk belegyökerezett nehezen fékezhető ösztöneinkbe, ez okozta minden szenvedésünk. Engedjük el kielégületlen vágyaink, kísértő fantomjait, időskorban nincsen mód lelki térképünk újra rajzolására. Öreg fát nem lehet átültetni, tartja a népi bölcsesség. A mi dolgunk annyi volt az életben, hogy a ránk testált szerepet a lehető leghitelesebben eljátsszuk. Ha ez sikerült, ne legyen lelkiismeret furdalásunk. Gyötrelmes pillanat, amikor ráébredünk arra, hogy nincs már előttünk sok idő életünk gyertyái lassan csonkig égnek. Utolsó leheletünkig őrizzük lelkünkben *a hitet, a reményt és a szeretetet*²⁰, e sarkalatos erények nélkül idős korunkban sem tudunk értelmesen élni. Legfőbb bíránk a lelkiismeretünk legyen, mert belső hangunk mondja meg, hogy mi a jó, és mi a rossz. *A te világod te magad vagy. Tiéd a hatalom: lehetsz koldusa tenmagadnak, s király is magadon*²¹ Életünk alkonyán tanuljunk meg bölcsen élni, hogy földi zarándoklatunk végén, a holdsugár ösvényen méltóképpen tudjunk az elíziumi mezőkre távozni. *"Igen, igen. Meg kell öregedni. Egy pillanat még, valamit akartam... Mit is? Igen, élni. Tudom, most már késő. Mehetünk."*²²

Lektori Kommentár

A Magyar Gerontológia folyóirat közli Homor Tivadar Bölcs öregedés az életút alkonyán című esszé-jellegű tanulmányát, amely széleskörű kitekintéssel foglalkozik az emberi élettel és annak öregedésbe forduló szakaszával. Mint emberismeretet, etikát tanító tanár mélyebb összefüggéseket is megfogalmaz. Minden valószínűség szerint saját személyes

tapasztalatai, emberi kapcsolatai alapján teszi megállapításait, amelyek az öregedésről szóló szubjektív véleményét támasztják alá.

Ilyen dolgozat kiegészíti a tudományos elemzéseket. Helyesen mutatja be a sikeres, kudarcos és kétarcú életutat követő öregedés jellemzőit, a részleteiben sokarcú létformákat.

Nagyon fontos, hogy lássuk az életút szerepét az öregedés szociálpszichológiai minőségében (I. kohorsz- és konvoj-elméletek), ez a szerzőnél kiemelt jelentőséggel bír, a tanulmány fő érdeme. Azonban több helyen a szubjektív véleményét közli az egész élet, főleg az idősödés folyamatát, dominálónan negatív jelenségekkel jellemzi, ami jellemző a megfogalmazásaira is. Ehhez bizonyára hozzájárul felmérésének eredménye (47% kudarcos élet), amely valószínűleg egy sajátos csoport adatait tükrözi, tehát így kell értelmezni.

Mindezek alapján a nagyon szépen, intellektuálisan kidolgozott esszé az öregedés megítélésének, megélésének egyfajta, sok oldalt érintő, de a negatívumokat, bizonytalanságokat olykor kiemelő megközelítését képviseli, ami által viszont fontossá teszi minden idős számára az életút elemzését, az utolsó részben megfogalmazott életstratégiát: meg kell tanulni bölcsen élni.

Irodalom

1./ Áprily Lajos (2006): Összes költeményei. Osiris kiadó, Bp. ISBN: 9789633898857
<https://bookline.hu/product/home.action?>

(Letöltés: 2021.05.05.)

2./ Babits Mihály (2007): Összegyűjtött versei (Ladoameia)) Osiris Kiadó, Bp., ISBN:9789633899588: https://www.libri.hu/konyv/babits_mihaly.babits-mihaly-osszegyujtott-versei.html (Letöltés: 2021.05.05.)

3./ Babits Mihály (2007): Összegyűjtött versei.(Pszichoanalysis) Osiris Kiadó, Bp., ISBN:9789633899588: https://www.libri.hu/konyv/babits_mihaly.babits-mihaly-osszegyujtott-versei.html (Letöltés: 2021.05.05.)

4./ Digitális szakadék projekt.
https://www.nive.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=641#system-message-container (Letöltés:2020.11.15)

- 5./ Eminescu, Mihail (1974): Versei. (Ars Poetika) Európa Kiadó, Bp., <https://www.antikvarium.hu/konyv/mihail-eminescu-mihai-eminescu-versei-3106>
(Letöltés: 2021.05.06)
- 6./ Frost, Robert (2018): Versei. (Járatlan út) Európa Kiadó, Bp., ISBN:963-07-6319-2 <https://www.antikvarium.hu/konyv/robert-frost-robert-frost-versei-46777>
(Letöltés: 2021.05.06)
- 7./ Gilgames eposz: <https://korok.webnode.hu/products/toth-tibor-a-gilgames-eposz/>
(Letöltés:2020.11.17)
- 8./ Hádész. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=H%C3%A1d%C3%A9sz+vikip%C3%A9dia> (Letöltés:2020.11.17)
- 9./ Harari, Yuval, Noah, (2017): Homo Deus. A holnap története. Bp. Animus kiadó. ISBN9789633244975
- 10./ Hársing László (1995): Bevezetés az etikába. Nemzeti Tk., Bp., (49-52)
- 11./ Homor Tivadar (1919): Holtpont (1-7.) <http://mipszi.hu/cikk/130919-holtpont> .
(Letöltés: 2021.05.06)
- 12./ Homor T.- Kamarás I. (2010): Emberismeret és etika. Apáczai K. Celldömölk, (75-76)
- 13./ József Attila (2014): Összes költeményei. (Osztás után) Digitalbooks.hu. kft. Bp., ISBN:9789639555069 https://www.libri.hu/konyv/jozsef_attila.jozsef-attila-osszes-versei-1.html (Letöltés: 2021.05.06)
- 14./ József Attila (2014): Összes költeményei. (Reménytelenül) Digitalbooks.hu. kft. Bp., ISBN:9789639555069 https://www.libri.hu/konyv/jozsef_attila.jozsef-attila-osszes-versei-1.html (Letöltés: 2021.05.06)
- 15./ Kháron, <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Kharon+ladijka>
(Letöltés: 2021.05.06)
- 16./ Kundera, Milán (2018): A regény művészete. Európa Kiadó, ISBN: 9789634058939
- 17./ Losonczy Ágnes (2005): Bölcsőbb vagy csak öregebb.[PDF]Pannon Szemle 13. 3, (43-57) [losonczyagnes.hu > sites > default > files > pannon_szemle_oregsegrol](https://losonczyagnes.hu/sites/default/files/pannon_szemle_oregsegrol) (Letöltés: 2021.05.06)

- 18./ Márai Sándor: A gyertyák csonkig égnek.(hangoskönyv)
<https://www.google.com/search?q=Márai+Sándor+a+gyertyák+csonkig+égnek&client=firefox-b> (Letöltés:2020. 11. 13)
- 19./ Mózes I könyve. Kiűzetés a paradicsomból.
Átok.<https://abibliamindenkie.hu/karoli/GEN/3/> (Letöltés: 2021.05.06)
- 20./ Rónay György: Versei. (A te világod) <http://epa.oszk.hu/00300/00381/00140/alfoldy.ht>
(Letöltés: 2021.05.06)
- 21./ Szingularitás: Ray Kurzweil jóslata <https://444.hu/2017/03/16/ray-kurzweil>
(Letöltés: 2020. 11.05)
- 22./ Tamási Áron (2008): Ábel c. regénytrilógia. Ciceró Könyvstúdió Kft., Bp.
ISBN: 9789635396207https://www.geniusz.hu/tamasi_aron-abel-trilogia (Letöltés:
2021.05.06)

Képek

- 1./Idős házaspár. elérés: <https://pixabay.com/hu/images/search/id%C5%91s%20p%C3%A1r/>
(Letöltés: 2020.12.15.)
- 2./ Michelangelo: Kiűzetés a paradicsomból. Részlet a szixtuszi kápolna mennyezet freskójából, elérés:
<https://pixabay.com/hu/images/search/id%C5%91s%20p%C3%A1r/>https://hu.wikipedia.org/wiki/Az_ember_buk%C3%A1sa (Letöltés:2021.05.02.)
- 3./Gilgames eposz-részlet. Ékírásos agyagtábla. elérés:
https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/bc/Library_of_Ashurbanipal_The_Flood_Tabl (Letöltés: 2021.05.02.)
- 4./1-4. Idős emberek arcai. elérés: <https://hu.depositphotos.com/stock-photos/id%C5%91s-emberek-st200.html> (Letöltés: 2021. 04. 10.)
<https://pixabay.com/hu/photos/%C3%B6reg-ember-portr%C3%A9-utca-f%C3%A9rfi-2/>
<https://pixabay.com/hu/images/search/id%C5%91seknek/?cat=people&pagi=2>
<https://pixabay.com/hu/images/search/id%C5%91seknek/?cat=people&pagi=2>

5./ Meditáció. elérés: <https://pixabay.com/hu/images/search/b%C3%B6lcsess%C3%A9g/>
(Letöltés:2021. 05.03.)

6./ Gyázmunka elérés: <https://pixabay.com/hu/photos/emberi-f%C3%A9rfi-gy%C3%A1sz-szomor%C3%BAs%C3%A1g-2829510/> (Letöltés: 2021.05.07.)

7./ P. Gauguin: Honnan jövünk, kik vagyunk, hová megyünk? elérés: <https://moly.hu/enciklopedia/paul-gauguin-honnan-jovunk-kik-vagyunk-hova-megyunk>
(Letöltés: 2021.05.04.)

8./ Idős pár. elérés: <https://hu.depositphotos.com/stock-photos/idős-emberek-st100.html?qview=6928848> (Letöltés: 2021.05.04.)

9./ Aranyóra. elérés: [Alkonyat.https://www.pexels.com/hu-hu/foto/aranyora-eg-első-óra-felhok-1212600/](https://www.pexels.com/hu-hu/foto/aranyora-eg-első-óra-felhok-1212600/) (Letöltés:2021.05.04)

Jegyzetek

¹ József Attila: Reménytelenül c. költeményéből részlet. https://www.libri.hu/konyv/jozsef_attila.jozsef-attila-osszes-versei-1.html

² Babits Mihály: Laodameia c. költeményéből részlet. [Babits Mihály összegyűjtött versei https://mek.oszk.hu/html/vers0301](https://mek.oszk.hu/html/vers0301)

³ Kháron: görög mitológiai alak, az alvilág révésze. A halottak lelkét ő viszi át ladikján a Sztüx folyón. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Kharon+ladikja>

⁴ Hádész: az alvilág istene, a holtak ura a görög mitológiában. <https://hu.wikipedia.org/wiki/Had%C3%A9sz>

⁵ Mózes I könyve. Kiűzetés a paradicsomból. Átok. <https://abibliamindenkie.hu/karoli/GEN/3/>

⁶ Gilgames: Sumér város, Uruk 5. királya, kr. e. 2650 körül uralkodott. Róla szól a Gilgames eposz, a mezopotámiai mitológia alapvető műve, az emberiség legrégebb fennmaradt szépirodalmi alkotása. <https://korok.webnode.hu/products/toth-tibor-a-gilgames-eposz/>

⁷ Yuval, Noah, Harari (2017): Homo Deus. A holnap története. Bp. Animus k. Részlet a könyv bevezetőjéből!

⁸Singularitás: Ray Kurzweil jóslata szerint a 2030-as évek elején létrejön a szingularitás, vagyis a mesterséges intelligencia eléri, vagy meg is haladhatja az emberi intelligencia szintjét. E nézet szerint a számítógép olyan okos lesz, mint az ember, ha nem okosabb.... <https://444.hu/2017/03/16/ray-kurzweil>

⁹Áprily Lajos (2009): Összes költeményei. Osiris kiadó, Bp. Részlet a költő öregségről szóló költeményéből.

https://szfsze.webnode.hu/_files/200000195d9245da1d8/%C3%81prily%20Lajos%20%C3%B6sszes%20versei.pdf

¹⁰ Losonczi Ágnes (2005): Öregségről szóló tanulmánya, részletesen elemzi az öregedés problémakörét. [PDF]Pannon Szemle 13. 3, 43-57. [losoncziagnes.hu > sites > default > files > pannon_szemle_oregsegrol](http://losoncziagnes.hu/sites/default/files/pannon_szemle_oregsegrol)

¹¹ Digitális szakadék projekt. Magyarország Kormánya az Európai Unió támogatásával 22,9 milliárd forintra emelte a legalább 260 000 fő digitális készségeinek fejlesztését célzó „Digitális szakadék csökkentése” című kiemelt projekt keretösszegét. https://www.nive.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=641#system-message-container

¹² Tamási Áron (2008): Ábel c. regénytrilógiájából idézet! Ciceró Könyvstúdió Kft., Bp. ISBN: 9789635396207 https://www.geniusz.hu/tamasi_aron-abel-trilogia

¹³ Milan, Kundera (2018): A regény művészete c. könyvből részlet!. Európa Kiadó, ISBN: 9789634058939

¹⁴ Robert Frost (2018): Járatlan út című verséből részlet. Európa Kiadó, Bp., ISBN:963-07-6319-2 <https://www.antikvarium.hu/konyv/robert-frost-robert-frost-versei-4677>

¹⁵ Babits Mihály (2007): Összegyűjtött versei. Részlet a Psychoanalysis c. versből! Osiris Kiadó, Bp., ISBN:9789633899588: https://www.libri.hu/konyv/babits_mihaly.babits-mihaly-osszegyujtott-versei.html

¹⁶ Hársing László (1995): Bevezetés az etikába. Nemzeti Tankönyvkiadó., Bp., (49-52) c. könyvében részletesen kifejti, hogy önmegvalósításunk és életutunk minőségét alapvetően befolyásolja erkölcsi értékrendszerünk (szándék, következmény, cselekvésmód).

¹⁷ Homor Tivadar (1919): Holtpont (1-7.) <http://mipszi.hu/cikk/130919-holtpont> . Az írás a perszonális identitásfejlődés deficitjeit vizsgálja. Rávilágít arra, hogy a szociokulturális háttér, az önismeret, a genetikai kód, és a testi-lelki-szellemi diszpozícióink döntő mértékben befolyásolják életutunk minőségét.

¹⁸ József Attila (2014): Összes költeményei. Digitalbooks.hu. kft. Bp., Idézet Osztás után c. költeményéből. ISBN:9789639555069 https://www.libri.hu/konyv/jozsef_attila.jozsef-attila-osszes-versei-1.html

¹⁹ Mihail, Eminescu (1974): Versei. Európa Kiadó, Bp., Ars Poetica c. költeményéből idézet.
<https://www.antikvarium.hu/konyv/mihail-eminescu-mihai-eminescu-versei-3106>

²⁰ Homor T.- Kamarás I. (2010): Emberismeret és etika. Aáczi Kiadó. Celldömölk (75-76) A sarkalatos erények betartásával alkalmassá tesszük szívünket belső hangunk (lelkiismeretünk) meghallására.

²¹ Rónay György: A te világod c. költeményből részlet
<http://epa.oszk.hu/00300/00381/00140/alfoldy.ht>

²² Márai Sándor: A gyertyák csonkig égnek. c. hangoskönyvből részlet
<https://www.google.com/search?q=Márai+Sándor+a+gyertyák+csonkig+égnek&client=firefox-b>

A szerző:

Homor Tivadar

pedagógia, történelem, emberismeret-etika szakos tanár

9029.Győr, Szabadság u. 48/B

tel: 30/337-6678

hontiv@freemail.hu