

Az aktív idősödés testi és pszichológiai dimenzióinak vizsgálata

OTDK dolgozat

Készítette: Pölöskeiné Szénási Annamária
Károli Gáspár Református Egyetem

Bölcsészet és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai
Intézet

Témavezetők: Dr. Rózsa Sándor
Arató Judit

2024



I. TARTALOMJEGYZÉK	
II. ABSZTRAKT	3
III. BEVEZETÉS	4
III.1. Magyarországon idősödni, epidemiológiai adatok	4
III.2. Az idősor egészségpszichológiája	6
III.3. Az aktív idősödés koncepciója	7
III.4. A pozitív idősödés koncepció faktorainak vizsgálata különböző modellekben	10
III.5. Krónikus betegségek pszichoszociális szempontjai időskorban	12
III.6. Krónikus betegségek pozitív idősödést meghatározó aspektusa testi egészség és életminőség	12
III.7. Az idősödéssel járó testi változások pszichés aspektusai, mentális egészség	14
III.8. A ko- és multimorbid krónikus betegségek meghatározásának módszertani kérdései	16
IV. CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK	18
V. MÓDSZEREK	18
V.1. Vizsgálati minta	18
V.2. Mérészközök és az egészségi állapot kérdései	20
V.2.1. Az autonómia mérőeszköze: EQ-5D-5L	20
V.2.2. A mentális egészség mérőeszköze: MHC-SF	21
V.2.3. Az időskori depresszió mérőeszköze: GDS-15	21
V.2.4. Az optimizmus mérőeszköze: Életszemlélet teszt (LOTR)	21
V.3. Statisztikai elemzés	21
VI. EREDMÉNYEK	22
VI.1. A skálák leíró statisztikái, kapcsolatvizsgálatok eredményei	22
VI.2. A krónikus beteg vizsgálati csoport eredményei	23
VI.3. Skálák közötti korrelációk vizsgálata	26
VI.4. Mentális egészség bejósói az autonómia vonatkozásában	27
VI.5. Multimorbiditás vizsgálata	29
VII. KÖVETKEZTETÉSEK	31
VII.1. A krónikus betegségek és az autonómiában való korlátozottság pszichológiai jelentősége	31
VII.2. Nemi különbségek	32
VII.3. Krónikus betegségek és a testi és mentális egészség kapcsolata a jelen vizsgálati mintában	33
VII.4. Az egészségi állapot, depresszió, mentális egészség és optimizmus összefüggései	34
VII.5. Együttjáró betegségek és kapcsolatuk a mentális egészséggel	35
VIII. KORLÁTOK, KITEKINTÉS	37
IX. IRODALOMJEGYZÉK	37

II. ABSZTRAKT

Jó hír, hogy hazánkban is egyre növekszik a születéskor várható élettartam (KSH, 2023). Ugyanakkor az időskori jóllét megteremtése és fenntartása komoly társadalmi felelősség vállalást és kihívást ró mindannyiunkra. Ennek megfelelően az aktív idősödés (Active Ageing) elve a romló fizikai és mentális egészséggel szemben hirdeti az életminőség fenntartásának lehetőségeit. A WHO pozitív idősödés koncepciója öt tényező köré rendezi a jó életminőség bejósolt, ezek közül kiemelkedő a testi egészség megőrzése és a jó mentális egészség. Kutatásunk célja az aktív idősödés testi és mentális dimenzióinak vizsgálata krónikus betegek körében, valamint multimorbid betegség-mintázatok feltárása magyarországi 55 éves kor feletti idősök körében.

A teljes vizsgálati mintánk (n=832), 60,1%-ának (n=500) volt valamilyen krónikus betegsége, amely köztudottan befolyásolja az életminőséget. A vizsgálatunkban a krónikus betegségeket 16 tételből álló, önjellemzős listával mértük fel, valamint az egészségi állapot szubjektív megítélése mellett az alkalmazott mérőeszközök a következők voltak: EQ-5D-5L (EuroQol Group, 1990), MHC-SF (Mental Health Continuum), GDS (Geriatric Depression Scale), LOT-R (Life Orientation Test).

Az autonómiában (mozgékonyosság, önellátás, szokásos tevékenységek elvégzése) való akadályozottsággal romlik a mentális egészség, az egészségi állapot szubjektív megítélése és az optimizmus ugyanakkor a depresszió előfordulási aránya emelkedik. Eredményeink szerint a depresszió közvetlenül és az optimizmus által közvetve befolyásolja a krónikus betegek mentális egészségét. A mintában négy nagyobb betegségcsoportot azonosítottunk: (1) szív és érrendszeri, mozgásszervi betegségek, (2) endokrinológiai betegségek, (3) metabolikus szindróma, (4) autoimmun betegségek. Az egyszerre fennálló krónikus betegségek számának növekedésével (multimorbiditás) romlik a mentális egészség.

Az aktív idősödést meghatározza a testi betegségekkel való megküzdés, amelyet befolyásol az optimista szemléletmód. Lényeges továbbá az autonómiájukban korlátozott idősök mentális egészségének fejlesztése, mert körükben fokozottabb a depresszió kialakulásának rizikója, különösen, ha több krónikus betegségben is szenvednek. Kiemelt megoldás lehet a személyre szabott intervenciók alkalmazása, amely a betegségteher mérséklésében segítheti az időseket, ezzel is a pozitív idősödésüket támogatva.

III. BEVEZETÉS

A kutatási témám kiválasztását személyes okok határozzák meg. Motivációm már évekkel ezelőtt befolyásolta a déd és nagyszüleim gondozása és a velük való igazán különleges családikötődés. 2022-ben csatlakozhattam a Semmelweis Egyetem „*Diófogyasztás hatása a kognitív képességekre idős populációban*” kutatócsoportjába, majd 2023-ban a Károli Gáspár Református Egyetemen „Az idősödés pozitív tényezői, az időskor egészségpszichológiája” című kutatásban lett lehetőségem tovább mélyíteni a tudásomat az időskor egészségpszichológiájáról. A kutatásban a hazai és a nemzetközi szakirodalom feldolgozásában, a kérdőívek kiválasztásában, adatgyűjtőként majd a statisztikai próbák elvégzésében és a publikálásban is részt veszek/vettem ezért ezen TDK pályamunkámban szeretném a kutatás során kapott eredményeinket és saját következtetéseimet ismertetni.

Jelen társadalmunk abban a szerencsés helyzetben van, hogy egyik legnagyobb eredménye: az egyre növekvő átlagos élettartam (KSH, 2023). Ugyanakkor ez nagy kihívás elé is állítja a tudományt. Az egyén esetében a megnövekedett élettartam új szociális követeléseket is elhoz magával, mint például az autonómia és a függetlenség megőrzése vagy az életminőség fenntartása (Egészségügyi Világszervezet: World Health Organization (WHO) 2002).

Az idősödés pozitív megközelítése (ageing well) szerint a társadalmi részvétel és függetlenség megtartása által lehet az életminőséget jó színvonalon tartani. Ezzel áll szemben a korábbi betegség- és problémafókuszú, valamint leépülést és izolációt kilátásba helyező szemlélet. Fontos paradigmaváltást tükröz a WHO által 1990-es években felvetett és kiadott Active Ageing politikai irányelveket tartalmazó dokumentuma (Second United Nations World Assembly on Ageing) mely átfogóan taglalja az időskort érintő legfontosabb jellemzőket.

A pszichológiában már 1991-ben Erik Erikson a pszichoszociális fejlődéelméletében az idősöedésre egyfajta növekedés-fókuszú megközelítésben gondol. Amennyiben az ezen szakaszra eső normatív krízis sikeres megoldása megtörténik, a személy olyan erényeket tudhat magáénak, mint a bölcsesség, vagy az élettel való megelégedés. Ha ez nem következik be, akkor a halállal való szembenézés akár hosszú kétségbeeséssel járó éveket okozhat.

III.1. Magyarországon idősödni, epidemiológiai adatok

Magyarországon 2009-ben jelent meg az Idősügyi Nemzeti Stratégia (81/2009.(X.2.) OGY. számú határozat) amely az idősödők és idősek aktivitásának, és függetlenségének

megőrzését célul kitűző program. Ez a dokumentum olyan társadalmi felelősségvállalásra és nemzeti szolidaritásra ösztönző intézkedéseket vetített előre, melyek célja az időskorhoz kapcsolódó negatív attitűdök és előítéletek csökkentése, az időskori jövedelembiztonság megteremtése, a munkaerőpiaci részvétel segítése, a generációk közötti nagyobb együttműködés facilitálása, az alternatív képzési lehetőségek fejlesztése révén (Lampek, 2015). Ezen dokumentum hatására több hazai szervezet és önkormányzat fogalmazott meg saját idősügyi stratégiát. Ezek minden esetben figyelembe veszik az idősök jogait, a prevenciót és integrációt szolgálja, a közszolgáltatások és településfejlesztésben idősbarát megközelítést alkalmaznak, és megteremtik az intergenerációs szolidaritás feltételeit (Budapest Főváros XIII. kerületi Önkormányzat, 2016).

Ugyanakkor ha a magyar népesség idősödését tekintő adatokat elemezzük, látható hogy hasonlóképpen a nyugati országokhoz, Magyarországon is egy hosszabb folyamat eredménye a megnövekedett élettartam; 1930-ban 9,8% volt a 60 éves és annál idősebbek aránya a lakosságban, 1960-ban már 13,8%-ra emelkedett, ami tovább folytatódott 2011-ben, 23%-ra, 2050-re pedig már 30%-ra teszik az időskorúak számát. Az aktív korúakhoz viszonyítva 2021-ben 312 fő időskorú jutott ezer 15 és 64 év közötti emberre, mely 2030-as évektől vélhetően gyorsan növekvő tendenciát fog mutatni (Központi Statisztikai Hivatal, 2021). 2023. január 1-jén a közel 9,5 millió magyar lakosból majdnem 2 millió volt 65 éves vagy afölötti (Központi Statisztikai Hivatal, 2023).

2020-ra az EU-15 övezetben 102-107 millió közé tették az idősök számát, míg az EU-25 övezetben már 120-125 millió, 2025-re pedig várhatóan minden harmadik polgár 60 év fölötti lesz. Jellemző trend továbbá az „idősödés elnöiesedése”, tehát az öregedők, öregek és agastyánok korosztályában egyre magasabb a nők aránya.

Magyarországon 2001-ben a nők születéskor várható élettartama 76 év volt, míg a férfiaknál ez csupán 68 évre tehető. 2019-re mindkét nem várható élettartamában megfigyelhető volt a növekedés, szintén a nőknél magasabb értékkel: 79,33 év, a férfiaknál pedig 72,86 év.

Legalább ilyen fontos ugyanakkor számításba venni az egészségben eltöltött évek várható számát, mely 2006-ban Magyarországon a nőknél: 57,5 a férfiaknál: 54,7 év volt, 2019-re a nőknél 63,1 év a férfiaknál 60,9 év, 2022-re pedig már a nőknél 64,1, a férfiaknál 61,5 évre emelkedett ez a szám (Központi Statisztikai Hivatal, 2021). A férfiak esetében magasabb a megbetegedés kialakulásának valószínűsége is, mely magyarázható egyfelől biológiai tényezőkkel, valamint éltmódbeli különbségekkel is, ezek pedig befolyásolják az életminőséget

(Pék, 2014). Ezek alapján elmondható, hogy önmagában a hosszabb élettartam nem eredményez hosszabb egészséget is. Így különösen indokolt az életminőség javítását és fenntartását célzó intervenciók, illetve az azokat lehetővé tévő és szükséges beavatkozási kritikus pontok feltárása és elemzése és intervenciók készítése.

Ezen számokból egyértelműen következik, hogy egy valóban az egész társadalmat érintő, intézkedéseket és válaszokat igénylő jelenségről van szó. Melyre muszáj egy – mentális állapotnak és egészségnek kedvező – pozitív idősödés megközelítési tervet alkotnunk, ugyanakkor a nemzetközi szakirodalomban már számos elméleti és empirikus koncepció született a témában melyet a következőkben részletesen áttekintünk.

III.2. Az időskor egészségpszichológiája

Az időskort egészségpszichológiai szempontból megvizsgálva először is lényeges, hogy tisztázzuk, hogy tulajdonképpen mi is értendő időskor alatt. A WHO szerint 45 évtől középkorúakról beszélünk, melyet 50 éves kor körül az áthajlás követ egészen 60 évig, ami 74 éves korig az idősödés/öregedés korszakát teszi ki, 75 és 89 év közé tehető az idős/öregkor, 90 éves kortól már aggastyán, matuzsálemi korba pedig 100 év fölött lép az egyén (Lampek, 2015). Az életkoron kívül még számos tényező befolyásolja, hogy kik sorolhatóak időskorúak csoportjába. Ilyenek lehetnek például a testi kritériumok; légzőszervi, szív-és érrendszeri, és további krónikus megbetegedések. De akár a hallás, látás romlása vagy a testtartás, haj és bőr állapotának megváltozása.

Ugyanakkor figyelembe kell vennünk a szociológiai fókuszú modelleket ahol viszont a leggyakrabban megjelenő objektív tényezők a munkaviszony megszűnése, jövedelemcsökkenés, fizikai tünetekben kifejezett egészségromlás, vagy a barátok, partner halála. Barak és Schiffman (1981) amerikai szociológusok négyes felosztása is lényeges, amely figyelembe veszi a szubjektív aspektust (feel-age), ezen túl pedig a külső megjelenést (look-age), tevékenységek végzésében való involváltságot (do-age) és érdeklődési kört (interest-age). Az objektív és testi jellemzők mellett ugyanakkor legalább ilyen lényeges a pszichológiai tényezőket is figyelembe venni. Itt gondolhatunk akár az ideális és reális ént összehasonlító megközelítésre melyben a szubjektív megélések különösen hangsúlyosak. A szubjektív aspektus hangsúlyozása azért is lényeges, mert a környezet felől érkező visszajelzések és minősítések nagyban befolyásolhatják az egyén önmagáról és jelen esetben időskoráról és az idősödés folyamatának megéléséről alkotott percepcióit (Jeszenszky, 2003). Ez különösen

fontos az egészségi állapot magyarázatában is, mivel a betegségek testi tüneteit öregkorral magyarázó attribúciók ronthatják az orvoshoz fordulási arányokat, így pedig megerősítik azt a laikus szabályt, mely szerint az életkor előrehaladtával szükségszerűen együttjár a betegségek magasabb száma és az egészségi állapot romlása (Csabai és Molnár, 1999).

Megfigyelhető egyfajta gazdasági-egzisztenciális eltolódás is: a korábbi, lelki problémákra és feleslegesség érzésre irányuló pszichológiai fókuszon túl ma már egyre inkább az anyagi problémák és az ezek okozta pszichés nehézségek jelentik az időskorhoz kapcsolódó negatív vélekedések és tapasztalások nagyobb részét (Dobossy és Virágh, 2004).

III.3. Az aktív idősödés koncepciója

Az időskort tekintő tudományos és társadalmi szemléletváltásban bekövetkező újra gondolás egyik lényeges pontja az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 1998-as megfogalmazása: „az idős emberek képessé tétele arra, hogy minél tovább aktívak maradjanak a társadalomban és a gazdaságban. Ez azt jelenti, hogy meg kell kapniuk a lehetőséget arra, hogy szabadon döntsenek arról, mivel töltik a szabadidejüket: tanulással, munkával, pihenéssel vagy ápolás és gondozás igénybevételével.”(OECD, 1998, idézi Lampek, 2015).

Az aktív idősödéshez leginkább kapcsolódó asszociáció a fizikai aktivitás. Csak hogy egy jóval összetettebb koncepcióról van szó, mely magában foglal olyan szubjektív megéléseknek teret adó aspektusokat mint például az autonómia, a kihívásokkal és nehézségekkel való megküzdés, hit az élet értelmességében, érdeklődés fennmaradása és fenntartására való képesség és motiváció vagy alkalmazkodás a világban bekövetkező változásokkal (Stenner és mtsai, 2011).

A WHO modellben alapul vett elnevezésben szereplő aktív jelző is nem csupán a fizikai aktivitásra való képességet jelöli, sokkal inkább hangsúlyozza a szociális, gazdasági, kulturális, spirituális és társadalmi aktív részvétel fenntartását. A definíció magában foglalja az egészség olyan életvitelbeli tényezőit, mint az autonómia, amely annak megélése, hogy a személy képes kontrollálni, megküzdni és döntéseket hozni a mindennapi életvitelét tekintően, mindezeket pedig saját elképzelései és preferenciái alapján teszi. A modell külön szerepet tulajdonít még a személyes függetlenségnek, mely a mindennapi életben végzett tevékenységben való szabadságra utal, ugyanakkor szorosan idekapcsolódik még két elnevezés, az ADL (activities related to daily living), amely a mindennapi tevékenységek elvégzésének angol mozaikszava

és olyan cselekvések értendők alatta, mint például: a mosdó fürdő használata, étkezés vagy a sétálás a lakásban. Az instrumentális tevékenységek IADL (instrumental activities of daily living) közé pedig például: a házimunka végzése, bevásárlás vagy az ételek elkészítése tartozik.

Menassa és munkatársainak 2023-ban megjelent, 59 tanulmányt feldolgozó szisztematikus áttekintésükben sorra vették az 1960 és 2022 között publikált, egészséges idősödés témakörébe tartozó, a konstruktumot illető elnevezéseket és modelleket. Az összesen 65 modell és 12 elnevezés közül a tanulmányok legnagyobb számban a sikeres (successful ageing), egészséges (healthy ageing), kellemes (ageing well) és aktív idősödés (active ageing) kifejezést használták. Emellett előfordult a produktív, pozitív, reziliens és fenntartható valamint a könnyed jelző is. A későbbiekben egyre inkább az egészséges, vitális és pozitív idősödés elnevezések lettek használatosak, melyek összefoglalóan az „aging well” terminus alá tartoznak (Oláh, 2019).

Ebből is látható, hogy ez egy nagyon tág fogalomrendszer; az egyén fizikai állapota, pszichológiai, függetlenségének mértéke, személyes hiedelmei és a környezet lényeges tulajdonságaihoz való viszonyulása mind beletartoznak.

1. ábra: A WHO aktív idősödés modellje, WHO (2002), az ábra közös szerkesztés (Kari, 2024)



Ezen aspektusokon alapulva a WHO aktív idősödés modellje (WHO, 2002) a determinánsok hat fő, kulturális, nemek közötti különbségek és hasonlóságok kontextusába ágyazott csoportját öleli fel, ezek még tovább bonthatók specifikus tényezőkre (1. ábra). Az *egészség és szociális szolgáltatások* dimenzió: egészségfejlesztés, a betegségek megelőzési lehetőségeinek népszerűsítése, a hosszú távú ellátás lehetőségének biztosítása; (mind informális, azaz hozzátartozók, mind formális szakemberek által nyújtott segítség) a megváltozott önellátási képességű emberek számára lehető legjobb életminőség, autonómia, és

függetlenség fenntartása érdekében, illetve, hogy a személy a saját preferenciái és döntései mentén élhessen.

Idetartoznak továbbá az egészségügyi, valamint mentális egészséget érintő szolgáltatások. A *viselkedéses komponens* elemei: pl. a dohányzás a tüdőrák kialakulásának fokozott rizikója miatt de funkcionális kapacitás csökkenést is eredményezhet. Szintén idetartozik a fizikai aktivitás. Ennek az egészségre és életminőségre gyakorolt pozitív hatása ma már köztudott. Ugyanakkor pozitív hozadéka még a funkcionális teljesítménycsökkenés késleltetése, valamint a legtöbb krónikus betegség megjelenési valószínűségének csökkenése mind az egészséges, mind pedig a már betegséggel együtt élőknel. A szívbetegség és egyéb krónikus betegségek lefolyásának súlyosságát is képes csökkenteni. Hatással van a mentális egészségre, emellett segít a szociális kapcsolatok megtartásában valamint az aktív életmód fenntartásában. Az aktív életvitel gazdasági szempontból is jelentős, a függetlenség megtartása és ezáltal az egészségügyi kiadások csökkentése miatt ugyanakkor a legtöbb idős ember továbbra is mozgásszegény életet él.

Ennek a komponensnek a további eleme még az egészséges étkezés. Ennek hiánya sajnálatosan gyakori az idős populációban a pénzügyi problémák, információs hiányosságok, vagy ételhez való limitált hozzáférés miatt. Ez gyakran összefügg a fogak elvesztésével, majd az annak következtében kialakuló alultápláltsággal, amely pedig befolyásolja a krónikus állapotok kialakulásának/súlyosbodásának valószínűségét. A már kialakult kórállapotokhoz szorosan hozzátartozik a gyógyszerek szedése, és az egészségügyi kezeléssel való együttműködés. Ezek viszont információ vagy tudáshiány de akár a szűkös anyagi források miatt gyakran elégtelen mértékűek lesznek.

A *személyes kategóriába* tartoznak a genetikai, biológiai és pszichológiai jellemzők. Kirkwood (1996) egy progresszív, generalizált funkció-károsodással járó folyamatként határozta meg az öregedést, mely a stresszválasz adaptivitásának elvesztésével és az életkorhoz kötött betegségek nagyobb előfordulási gyakoriságával jár. Fontos viszont kiemelni azt is, hogy a betegségek kialakulásának ugyan genetikai oka is van, de sok esetben a kiváltó ok nagyobb mértékben külső, azaz környezeti tényezőktől függ. Ugyanakkor most már egyre több bizonyíték szolgál arra, hogy az egészség és betegség egyensúlyát az élet során a genetikai, környezeti, életmódbeli, táplálkozási és bizonyos mértékig kiszámíthatatlan faktorok kombinációja határozza meg (Kirkwood, 1996, idézi WHO, 2002). A további három dimenzió az egyénen

túlmutató tényezőkre koncentrálnak, mint például a barátságos lakókörnyezetet, biztonságos lakhatási lehetőség, mely kapcsolódhat olyan pszichés tényezőkhöz is, mint az izoláció, magányosság, vagy akár fizikai tevékenységekhez, melyeket egy veszélyes környezetben nem végezne az egyén de a lég-, víz- és környezetszennyezés is a *fizikai környezeti faktor* része. Az iskolázottságot, társas támaszt, erőszak vagy bántalmazás fennállását a *szociális komponens tartalmazza* (5), ami némileg áthajlik a *gazdasági* (6) faktorba, hiszen például az iskolai végzettség összefügg a munkavállalási nehézségekkel és szocioökonómiai státusszal, ami viszont a kognitív kapacitásra hatással van, így összefogva több dimenziót is. Szintén hasonló összefüggést mutat a munkabér és az aktív munkavállaló időszakban tapasztalt életminőség az idős korban, nyugdíjazás után megfigyelhetővel. Ide sorolja még a modellt a szociális biztonságot és a munkához kapcsolódó jellemzőket is.

Látható, hogy a WHO aktív idősödés megközelítése hangsúlyozza az idős emberek függetlenséghez, részvételhez, méltósághoz, gondoskodáshoz és önmegvalósításhoz való emberi jogainak elismerését, amely a szükséglet-alapú paradigma felől a jog-központú szemlélet fele irányul, azaz figyelmet szentel jogok érvényesítésének lehetőségeihez való egyenlő hozzáférés biztosításának.

III.4. A pozitív idősödés koncepció faktorainak vizsgálata különböző modellekben

Szisztematikus áttekintések kiemelten fontosak az idősödés kutatások terén. Kiemelik a kutatásokban alkalmazott módszerek és változók hasonlóságait, ugyanakkor törekednünk kell megegyezésre a terminológia, definíció(k) és mérési módok tekintetében (Cosco és mtsai, 2013).

Peel és munkatársai 2004-ben egy nagy szakirodalmi áttekintést (1986-2003 közötti) metaanalízist végeztek, amelyben a sikeres öregedés alábbi magatartásbeli faktorait azonosították: (1) dohányzás, (2) fizikai aktivitás, (3) BMI, (4) diéta jellemzői, (5) alkoholfogyasztás, (6) egészségvédő gyakorlatok, (7) öregedéshez való pozitív hozzáállás.

Paúl és munkatársai (2012) empirikus kutatásukban vizsgálták a WHO által kidolgozott modellt, melyben összesen hat komponenszt azonosítottak: (1) egészségi komponens (szubjektív egészségi állapot, alvási nehézségek, szubjektív fizikai állapot, önellátási képesség és betegség) (2) pszichológiai komponens (pszichológiai distressz, boldogság, optimizmus, neuroticizmus, életminőség, környezet és magányosság) (3) kognitív működés csökkenése, látás, jövedelem és iskolázottsági szint) (4) biológiai komponens (csúcsáramlás és szorítóerő) (5) szociális

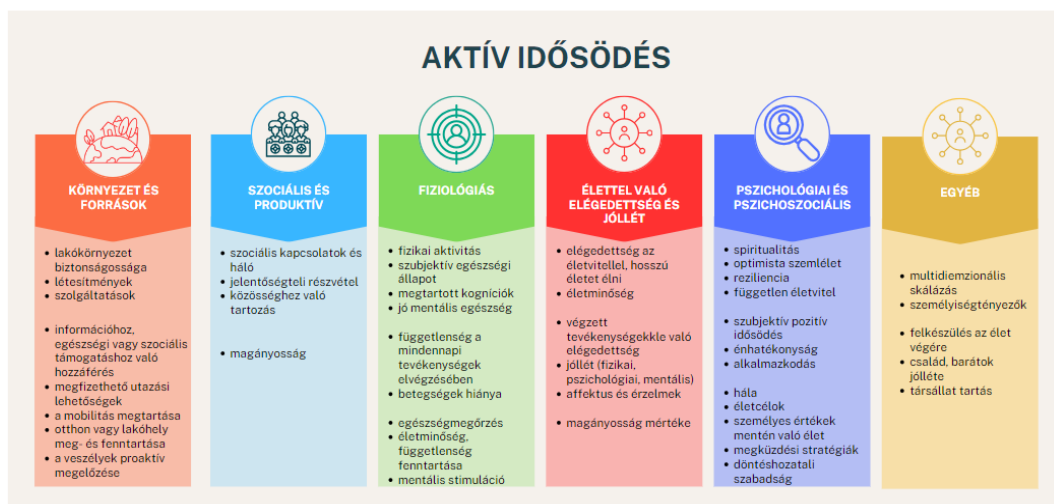
kapcsolatok komponens (család, barátok és egyéb bizalmas személyek) (6) személyiségi jellemzők komponense (extraverzió és nyitottság) (Paúl és mtsai, 2012).

Ezek közül az egészségi komponens bírt a legnagyobb magyarázóerővel az aktív idősödés tekintetében, ami a szubjektív egészségi állapotot, meglévő diagnózisok számát, az önellátási képességet és az életmódot is magában foglalta.

A második komponens pedig a pszichológiai tényezőket érintette, amely a szakirodalomban gyakran fellelhető mentális betegségek és időskori életminőség kapcsolatán túl (pozitív, mind a negatív affektusra kitért) olyan változók alkották ezt a dimenziót mint a distressz szintje, magányosság mértéke, a neuroticizmus vagy boldogság, optimizmus és életminőség. Ugyan a faktorok elrendeződése más mintázatot mutat, mint az elméleti modellben, az aktív idősödés koncepció multidimenzionális jellege szintén megerősítést nyert, melyben az egészségi állapot és a pszichológiai adaptáció kulcsszerepet játszik. Ezt erősíti meg azon következtetésük is, miszerint ahogy az emberek idősödnek, az életminőségüket nagyban meghatározza a mindennapi tevékenységeikben és önellátásukban tapasztalt önállóság mértéke, így az autonómia és függetlenség megőrzése kulcskérdés a jóllétük bejósolása szempontjából.

A leggyakrabban nem teljesülő kritérium a krónikus betegségek hiánya, Montross (2006) kutatásában a résztvevők csupán 15%-a nem szenvedett semmilyen testi betegségben emellett 28%-uk nem számolt be fizikai korlátozottságról, ugyanakkor lényeges szempont, hogy a vizsgálati személyek 92%-a vélekedett pozitívan időskoráról. Szintén a pozitív idősödést elősegítő tényezőket vizsgálva Fernández-Ballesteros (2010) európai és latin-amerikai mintán az egyik legfontosabb faktorként a függetlenség, az önellátás képességének megőrzését találta (2. ábra).

2. ábra: Pocock és mtsai (2023) aktív idősödés modellje, közös szerkesztés (Karai, 2024)



III.5. Krónikus betegségek pszichoszociális szempontjai időskorban

A különböző betegségek felosztásában is számos besorolási és meghatározási stratégia létezik mi nevezhető krónikus megbetegedésnek. Krónikusnak tekinthető az a betegség, mely hosszan tartó és gyógyítására jelenleg nincs ismert mód, ugyanakkor egy egyensúlyban tartható állapotként tekinthető és negatív következményei sokszor megelőzhetők (Tiringer és mtsai, 2014). Számos ismert betegségről tudunk mely megelőzhető, legalábbis egészségkárosító hatása korai felismeréssel jelentősen csökkenthető, ugyanakkor jellemzően az idősök túlnyomó többsége mégis nem csak egy hanem több krónikus betegségben is szenved.

Magyarországon a KSH adatai szerint a 65 év feletti háromnegyede szenved valamilyen krónikus betegségben, amely arány egyre csak növekedni látszik. Látható ez alapján, hogy ugyan az életkor is egyre növekszik jelen társadalmunkban, ha a betegségek száma szintén nő, ezzel pedig az életminőség romlik. Ez összességében aligha mutat pozitív irányba sem az idősök, sem a hozzátartozóik, sem pedig a társadalom egésze részére. Az átlagéletkort is figyelembe véve, elmondható, hogy a nők a férfiaknál hosszabb betegségben töltött évekre számíthatnak, továbbá az egyedül élők aránya is nagyobb a nőknél, ami az életkorral szintén növekszik.

A WHO 4 fő betegségcsoportot azonosít, melyek rosszabb életminőséghez vezetnek, ezek pedig a kardiovaszkuláris, krónikus légzőszervi és daganatos betegségek, illetve a diabétesz megbetegedések (Grover és Joshi, 2015). Magyarországon leggyakoribbak a keringési betegségek, cukorbetegség, májbetegség, illetve 80 éves kor felett megnő balesetek előfordulási gyakorisága, melyek közül nőknél a combcsonttörés kimagaslóan van jelen (Paksy, 2004). Az objektív adatok mellett ugyanakkor (ahogy már a korábbi kutatások is tájékoztatást nyújtottak) fontos számításba venni az idősök szubjektív minősítését saját egészségi állapotukat illetően.

III.6. Krónikus betegségek pozitív idősödést meghatározó aspektusai, testi egészség és életminőség

A pozitív pszichológia és egészségpszichológia összekapcsolódása éppen a krónikus betegségek kapcsán különösen fontos. Az idősök szubjektív megítélését vizsgáló magyar felmérés szerint a résztvevők több mint fele tartotta alapvető fontosságúnak a testi és mentális jóllét fenntartásához a jó egészségi állapotot és testi fitness megőrzését (Ferwagner, 2022).

Az aktív vagy sikeres idősödés korábban tárgyalt dimenziói sokban átfedést mutatnak az életminőség tényezőivel; az egészségi állapot, funkció és aktivitás szintje, családi és egyéb társas kapcsolatok, érzelmi jóllét és szocioökonómiai és környezeti faktorok egyaránt jelen vannak, éppen ezért multidimenzionális, objektív és szubjektív tényezőket, személyes, és társadalmi szinteket egyaránt figyelembe vevő szemléletmódra van szükség (Fernández-Ballesteros és mtsai, 2021).

Időskorban az egészséggel összefüggő életminőség legfontosabb tényezői az egészség megléte és a betegség hiánya, családhoz, vagy valahová tartozás a magányossággal szemben, mások segítésére való képesség és segítség kapása másoktól, a szeretet érzése és a kielégítő társas kapcsolatok megléte (Füzesi és Boros, 2015).

Hazánkban a krónikus betegek 32%-ának volt alacsony a jólléte 2019-ben, míg ez az arány a magukat rossz egészségi állapotúnak tartók körében 58% volt, a mérsékelten 37% és súlyosan korlátozottak esetében pedig 56%-ra volt tehető (Központi Statisztikai Hivatal, 2019b).

A várható átlagos élettartamot figyelembe véve a nők egészségügyi kilátásai ugyan jobbnak tűnnek, életminőségben rosszabb és önellátásban súlyosan korlátozott többletévek viszont az életminőség magas fokú romlását eredményezhetik (Központi Statisztikai Hivatal, 2023). Forjaz (2015) szisztematikus áttekintésében látható, hogy a legtöbb tanulmány talált kapcsolatot az időseknél fennálló krónikus betegségek és az alacsonyabb életminőség között, a multimorbiditást azonban csak néhány tanulmányban vették figyelembe (Marengoni és mtsai, 2011).

Brettschneider és munkatársai (2013) a MultiCare kohorszvizsgálat adatait elemezték, mely alapján átlagosan 7 krónikus betegséggel küzdöttek az emberek, amiben nem mutatkozott számottevő nemi különbség, ugyanakkor egyes betegségek, például az iszkémiás szívbetegség előfordulása kétszer olyan magas volt a férfiaknál, mint a nőknél, akiknél a csontritkulás volt gyakoribb. A multimorbiditás életminőségre gyakorolt hatásának vizsgálatában a szerzők erős szignifikáns kapcsolatot találtak a betegségek növekvő száma és a romló életminőség között, mely leginkább a Parkinson-kór, a több ízületet érintő gyulladás, depresszió, elhízás és a szívelégtelenség esetében. Az EQ-5D-5L életminőség-skálán mérve azt találták, hogy a mindennapi tevékenységekben (ADL) nagyobb valószínűséggel akadályozottak a nők és az

idősebbek, illetve a fájdalom és rossz közérzet is jelentősebb a nőknél, mint a férfiaknál. Továbbá a depresszió is jelentősen befolyásolja az általános jóllétet.

A multimorbid krónikus betegségek és az életminőség közötti negatív kapcsolatot igazolja Barile (2013) elemzése is, melyben 2004 és 2006 között felvett, közel 30 ezer 65 év fölötti időstől származó adatokat vizsgáltak. A kétéves után követés során a komorbid betegségek növekvő száma súlyosabb akadályokat jelentett a mindennapi tevékenységek elvégzésében, illetve az akadályozottság rosszabb életminőséget eredményezett. A kezdő időpontban meglévő multimorbid betegségek több, testi és mentális egészség szempontjából rossznak minősített napot okoztak, illetve a mindennapokban megélt korlátozottságon keresztül közvetetten is befolyásolták a testi és mentális egészséget.

III.7. Az idősödéssel járó testi változások pszichés aspektusai, mentális egészség

A betegségfókuszú – egészséget a betegség hiányával definiáló – koncepciók pozitív irányba való elmozdulásának legszemléletesebb példája a mentális egészség koncepciója, illetve annak leírása. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a mentális egészség fogalmát a *jóllét* azon állapotaként írta le, amelyben a személy kibontakoztathatja képességeit, megbirkózik a mindennapi életben adódó stresszhelyzetekkel, termékenyen dolgozik, aktív közösségi, szociális életet él (WHO, 2022).

Ahogy az aktív idősödés esetében, a mentális egészségnek is vannak olyan objektíve mérhető bejósolói, mint a jövedelem, iskolai végzettség vagy egészségi állapot, ugyanakkor a szubjektív komponens előtérbe kerülése egy jelentős alternatívát kínált a jóllét-kutatások számára. Az önkitöltős jóllét mérőeszközök javarészt a pozitív érzések, például boldogság megélésének mértékét, az élettel való általános elégedettséget ragadják meg, illetve a pszichológiai szempontból jelentős pozitív funkcionálás területeire fókuszálnak. A pozitív mentális egészség a hedonikus hagyomány nyomán az érzelmi jóllétet, illetve az eudaimonikus hagyomány mentén a pszichológiai és szociális jóllétet foglalja magában (Keyes és Waterman, 2003).

A krónikus betegségben szenvedők hangulati állapota gyakran jellemezhető lehangoltsággal, az érdeklődés csökkenésével, vagy éppen alvási és étkezési problémákkal, melyek időskorban fokozottan jelentkezhetnek. Éppen ezért is jelent nehézséget az időskori depresszió diagnosztizálása, hiszen a legtöbb esetben nem dönthető el egyértelműen, hogy amennyiben több betegsége is van a személynek, a testi tünetekből fakadnak a hangulati

tünetek, illetve a major depresszióra jellemző tünetek helyett gyakoribb a disztímia megjelenése, illetve a szomatikus tünetek túlsúlya (Szili, 2021).

Ezeket azzal a nézettel együtt értelmezve, mely szerint az időskor a hanyatlás és leépülés időszaka, feltehető, hogy az idősek jelentős része nem a jó életminőség és kiteljesedés lehetőségét látja ebben az életszakaszban. Tovább erősítik a prevenció hangsúlyozásának fontosságát azon kutatási eredmények, melyek a depresszió időben való felismerése és egyes társuló betegségek (pl. kardiális, cerebro-vaszkuláris és daganatos betegségek) morbiditási és mortalitási mutatóinak javulása közti kapcsolatot erősítették meg (Szili és mtsai, 2021).

A depressziós nyugdíjasok körében szignifikánsan magasabb volt a szorongás, reménytelenség és az észlelt stressz mértéke, valamint kevesebb intrinzik céllal rendelkeztek, mint a nem depressziós idősek. Cheng és munkatársai (2021) a krónikus betegek körében vizsgálták a szorongás és depresszió mértékét, és magasabb rizikót állapítottak meg azon betegek körében, akiknek nem csak egy, de több betegséggel is meg kell küzdeniük. Az életminőség színvonalának figyelembevétele mellett azt is fontos kiemelni, hogy az egyes betegségekre szedett gyógyszerek akár közvetlenül, vagy közvetve, de befolyásolhatják a mentális egészséget, illetve a depresszió kialakulását. A pajzsmirigy-betegségek, a szívkoszorúér-betegség, a szívinfarktus, a diabetes vagy a központi idegrendszer betegségei lehetnek a depresszióra hajlamosító egyfajta látens tényezők (Szekeres és mtsai, 2023).

Ahogy korábbi vizsgálatokban is feltárták, Cheng (2021) eredményei is megerősítették, hogy a depresszió és a fizikai egészség kölcsönösen meghatározzák egymást, azaz azon idősek, akik rossz egészségügyi állapotról számolnak be, nagyobb valószínűséggel szenvednek depresszív tünetektől, mint akik jobbnak tartják egészségüket, ugyanakkor a romló mentális egészség kihathat a fizikai állapotra is. McGilton (2018) eredményei is rámutattak, hogy a nagyobb számú krónikus betegség fennállása hozzájárul a depresszió kialakulásának magasabb kockázatához, különösképpen a nőknél, illetve, ha otthonhoz, vagy éppen ágyhoz kötött az illető, az autonómia és mozgásképeség szerepét is hangsúlyozva ezzel. Egy meta-analízis szerint a multimorbid krónikus betegségekben szenvedők körében két-háromszoros a depresszió előfordulási rizikója a krónikus betegségben nem, vagy csak egy betegségben szenvedőkhöz képest.

Hongkongi idősek kiemelték a pozitív hozzáállás szükségességét annak ellenére is, hogy az öregedéssel járó változások miatt már nem képesek ugyanazokat a tevékenységeket

elvégezni, mint fiatalokkorban (Chong és mtsai, 2006). Az öregedéssel és betegségekkel kapcsolatos változásokkal való megküzdés során az élettel való elfogadás, az öröm és a bánat elfogadása egyaránt fontos volt, hangsúlyozták az élet pozitív szemléletének fenntartását a sérelmek és stresszes életesemények következményein való túljutás érdekében (Tate és mtsai, 2003). Azon idősök, akik előre tekintettek, nem pedig hátra, belső elégedettséget tapasztaltak, ünnepelték és elfogadták az öregedést.

Mindezek alapján tehát az egészségmegőrzés, vagy éppen helyreállítás és aktuálisan lehetséges legjobb szintjének elérése szempontjából is egy olyan személyiségtényező az optimizmus, mely a betegség következtében megváltozott életkörülmények és az ebből fakadó stresszforrásokkal való megküzdésben is az egyén segítségére van, így pedig kiemelten fontos vizsgálati tényező.

III.8. A ko- és multimorbid krónikus betegségek meghatározásának módszertani kérdései

A komorbid krónikus betegségek egészségi állapotra gyakorolt fokozott negatív hatása számos kutatás fókuszát adja, már az elnevezések és definíciók is különfélék, így pedig a komorbiditás számításának módja is. Van den Akker és munkatársai 1996-ban áttekintették az 1966 óta publikált, témába vágó definíciókat, konszenzus hiányában az egy személy esetében két vagy több betegség együttes fennállását jelölték meg a komorbiditás meghatározásának legegyszerűbb módjaként.

Marengoni és munkatársai (2009) különböző krónikus betegségek ko- és multimorbiditását az idős korban feltáró vizsgálatában mind a betegségek számát, mind pedig a klaszterelemzéssel kapott betegségpárosokat elemezték. Eredményeik szerint az általuk beemelt 15, a populáció legalább 3%-ában előforduló betegség öt klaszterbe rendeződött; az első klaszter négy kardiovaszkuláris betegséget foglalt magába, a másodikba pajzsmirigy diszfunkció, COPD és koronária-betegség került, a harmadikban diabétesz és látási, illetve hallási problémák voltak, míg a negyedik igen vegyes betegségeket tartalmazott, mint a depresszió, demencia és csípőfájdalom, az utolsó klaszterbe pedig a vérszegénység és a rosszindulatú daganatos megbetegedés került. Az általuk vizsgált betegségek mindegyike jellemzően inkább más betegségekhez társulva fordul elő, mint önmagában, illetve a legerősebb együttes előfordulási esélyt a magas vérnyomás és szívelégtelenség között találták.

A statisztikai módszerek közül feltáró faktorelemzéssel vizsgálták közel 150 ezer 65 év feletti idős adatait Schäfer és munkatársai (2010). Vizsgálatukban egy 46 betegséget tartalmazó listát vettek alapul, melyek a német járóbeteg-ellátásban leggyakrabban előforduló, ICD-10 kódú betegségek (van den Bussche és mtsai, 2011). A szerzők a klaszterelemzéssel szemben azért érvelnek a faktorelemzés mellett, mert előbbi minden betegséget csak egy klaszterhez rendelne, miközben a valóságban egyes betegségek gyakran társulhatnak különböző mintázatokhoz. Ezzel szemben a faktorelemzés levetővé teszi minden betegség esetében az egyes mintázatokkal való kapcsolatának mértékét, így a betegségek egy vagy akár több mintázat részévé is válhatnak. A mintázatokat tekintve három faktor különült el mind a nők, mind a férfiak esetében, a nők 50,3%-a, a férfiak 48,2%-a tartozott ezek közül legalább egybe. Az első a metabolikus szindróma (inzulin-rezisztencia, magas vérnyomás, elhízás, köszvény), mely értelmezhető az ok-okozati komorbiditás példjaként, mivel ezek a betegségek valószínűleg azért fordulnak elő együtt, mert ugyanazok a kockázati tényezők (pl. cukorbetegség és köszvény).

Boyd (2005) valamint 2013-ban Sinnige és munkatársai is felhívták a figyelmet a mérési problémák azon vetületére, mely a betegségeket különállóként vizsgálva a szakmai útmutatókban (guideline-ok) is megmutatkozik, holott komorbid betegségek fennállása esetében nem elegendő ezek kombinálása, különösképp a gyógyszerek és betegségek közötti kölcsönhatások miatt sem. A szerzők 23 tanulmány áttekintésével határozták meg a leggyakrabban előforduló betegségpárokat, melyek közül a depresszió társult a legnagyobb számban más betegséghez, testi betegségeket tekintve pedig a magas vérnyomás, a diabétesz és a koszorúér-betegség prevalenciája volt a legmagasabb. Ezeken felül ellentmondó életmód-javaslatokat találtak például a csonttritkulás (osteoarthritis) és a diabétesz esetében, mely idősök esetében gyakran előforduló betegségpár, így javasolják a gyógyszer-és életmódbeli javaslatok alapját adó irányelvek olyan irányú módosítását, melyek figyelembe veszik legalább a leggyakoribb, illetve idősök esetében fokozottan jellemző vagy életviteli problémát okozó komorbid betegségeket. Ezek mentén egy specifikus, állapotra szabott kezelési terv kidolgozása válhat lehetővé, melyhez viszont szükséges a ko- és multimorbid betegségek és azok életminőségre gyakorolt hatásának vizsgálata.

IV. CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

Kutatásunk célja az aktív idősödés fizikai és pszichoszociális dimenzióinak vizsgálata oly módon, melyben a testi betegségek és a mentális egészség összefüggései kerülnek elemzésre.

A fő kérdésünk az volt, hogy miként alakul az életminőség Magyarországon a krónikus betegség(ek)el élők körében, illetve az autonómia szintje milyen szerepet tölt be a fizikai és mentális egészség meghatározásában. Hipotéziseink között szerepelt, hogy az időskori funkcionális korlátozottság, emelkedett szorongás és depresszió szint hatását mérsékelni tudja többek között a pozitív adaptáció. Ebből kiindulva további kérdés még, hogy a mindennapi tevékenységeikben akadályozott betegek depresszió-szintjének mértékét befolyásolja-e a pozitív életszemlélet, az optimizmus.

Az áttekintett szakirodalmak alapján a betegségek számának növekedésével rosszabb mentális egészség feltételezhető. Ezért különbség várható a vizsgálati csoportok között aszerint, hogy van-e krónikus betegségük, és ha igen akkor egy vagy több betegséggel kell megküzdeniük. Az autonómia szintje alapján a leginkább korlátozottak körében várható rosszabb mentális egészség és a depresszív tünetek nagyobb mértéke.

A célkitűzések között szerepel még annak vizsgálata, hogy a mentális egészség és depresszió bejósolásában milyen szerepe van a testi egészségnek, autonómiának és optimista életszemléletnek, emellett egy ezen változókból alkotott magyarázó modell ellenőrzése.

V. MÓDSZEREK

V.1. Vizsgálati minta

A vizsgálati mintámat a Károli Gáspár Református Egyetem „Az idősödés pozitív tényezői, az időskor egészségpszichológiája” című nagyszabású kutatás adja, amely adatbázisban jelenleg körülbelül 1800 fő szerepel akiket a hallgató társakkal közösen vizsgáltunk. Az adatgyűjtés 2023 szeptemberétől indult (hosszas előkészületi munka után) kényelmi mintavétellel, online, illetve papír alapú kérdőívvel, melyben a hallgatók is részt vettek. A kérdőív e-mailes, telefonos és közösségi oldalon való megkeresés, illetve – ahol indokolt volt – személyes találkozó révén jutott el a felkért személyekhez. A kitöltés minden esetben anonim módon és jutalmazás nélkül történt, az adatgyűjtés a hatályos jogszabályok

figyelembevételével zajlott. A kutatást a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének Etikai bizottsága jóváhagyta, az etikai engedély száma: BTK/6509-1/2023.

Összesen 832 fő, legalább 55 éves kor feletti vizsgálati személyt sikerült megkérdeznünk. Az adatok elemzéséhez 3 csoport kialakítása volt indokolt: (1) nincs krónikus betegsége, (2) a két leggyakrabban előforduló betegségből csak az egyikkel (magas vérnyomás vagy kopásos, gyulladásos mozgásszervi betegségek) és (3) mindkettővel küzdő személyek csoportja.

A vizsgálati mintában összesen 832 fő adatai szerepelnek ennek 73,3% nők, a férfiak a minta 26,3%-át adják. Legmagasabb iskolai végzettség tekintetében jelentősen felülreprezentáltak a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkező személyek (60%), a szakközépiskolát vagy gimnáziumot végzettek aránya 28,5%, a szakmunkások 5,9%-ban, a doktori fokozattal rendelkezők 4%-ban, a 8 általánost vagy kevesebbet végzettek pedig 1,7%-ban vannak jelen. A kitöltők több, mint fele házas és együtt is él házastársával (54,8%), őket követi az elváltak arányszáma (18,4%), valamint a vizsgálatban résztvevők 16,3%-a özvegy. A vizsgálati személyek legnagyobb részének két gyermeke van (49,8%), 19,8%-uknak egy, 17,1%-uknak pedig három gyermeke van. A mintában lévő személyek harmadának nincs még unokája (34,6%), de 17,7%-ának már kettő is.

Az egészségi állapotra vonatkozó kérdés tekintetében a résztvevők fele tartotta jónak saját egészségét (52,9%), 31,2%-uk már csak közepesen, 4,6% rossznak és 1,1%-uk nagyon rossznak ítélte meg. A kitöltést megelőző évben 20,2%, azaz 101 fő volt kórházban az elmúlt évben, 333 főt (66,6%) kezelt orvos egészségügyi panaszokkal. Az összes vizsgálati személy közül 500 főnek, azaz minta 60,1%-a rendelkezik valamilyen krónikus betegséggel, amely befolyásolja az életét. Felülreprezentáltak a mintákban nők (315 fő, 63%), a diplomával rendelkezők (291 fő, 58,2%), a fővárosban élők (187 fő, 37,4%) és a házasok (288 fő, 57,6%).

1. táblázat: Az összes krónikusbetegség előfordulási gyakorisága a mintában, valamint a gyógyszeresedés és a fennállás időtartama

	fennáll a betegség		szed rá gyógyszert		legalább 3 éve tart	
	n	%	n	%	n	%
allergia	94	18,8	58	11,6	85	17
anyagcsere betegség	33	6,6	19	3,8	27	5,4
asztma	52	10,4	41	8,2	48	9,6
autoimmun betegség	29	5,8	21	4,2	26	5,2
cukorbetegség	105	21	92	18,4	86	17,2
csontritkulás	46	9,2	28	5,6	32	6,4
daganatos betegség	16	3,2	8	1,6	11	2,2
epe-máj betegségek	26	5,2	7	1,4	18	3,6
érelmeszesedés	51	10,2	36	7,2	42	8,4
fekély	9	1,8	5	1	7	1,4
hormonális zavarok	23	4,6	15	3	18	3,6
kopásos, gyulladáso	195	39	98	19,6	178	35,6
mozgásszervi betegség						
magas vérnyomás	350	70	343	68,8	322	64,4
reflux	101	20,2	72	14,4	92	18,4
szívritmus zavarok	79	15,8	71	14,2	71	14,2
veseelégtelenség	12	2,4	5	1	10	2

V.2. Mérészközök és az egészségi állapot kérdései

A szubjektív egészség megítélésére a következő kérdésre válaszoltak a kitöltők egy ötfokú skálán (1= nagyon rossz, 5 = kiváló) „Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?”.

A tesztbatteriaiban kitértünk a krónikus betegségek néhány jellemzőjére, először is, hogy van-e a személynek olyan krónikus betegsége, ami jelenleg is befolyásolja az életét. A következő kérdések csak azon személyek számára nyíltak meg (a papíralapú kérdőívben az instrukció szerint csak azoknak kellett válaszolni) akik igennel válaszoltak az előbbi kérdésre. Egy 16 betegségből álló listában (1. táblázat) jelölhették meg, milyen betegségük van, majd hogy ugyanezekre szednek-e gyógyszert, illetve mióta állnak fenn. Utóbbi kérdés esetében 5 lehetőség közül választhattak: kevesebb, mint egy éve, 1-2 éve, 3-5 éve, 6-10 éve, több mint 10 éve.

V.2.1. Az autonómia mérőeszköze: EQ-5D-5L

Az autonómia mérésére az EQ-5D-5L kérdőívet használtuk, valamint a hozzá tartozó vizuális analóg skálát (VAS). A mérőeszközt az EuroQoL-csoport dolgozta ki az általános egészségi állapot és egészségprofilok felmérésére, mely korábban csak 3, a revideált változat 5 területet fed le: (1) mobilitás, (2) önellátás, (3) mindennapi tevékenységek, (4) fájdalom és diszkomfort és (5) szorongás és depresszió. Az előző kérdőívhez (EQ-5D-3L) képest itt 5 fokozatú skálán minősíthetik a felsorolt dimenziókban tapasztalt akadályozottságuk mértékét. Jelen vizsgálatban a mozgékonyagra, önellátásra és a szokásos tevékenységek végzésére vonatkozó kérdések kerültek az elemzésbe (EuroQol Group, 1990).

V.2.2. A mentális egészség mérőeszköze: MHC-SF

A Mentális egészség kontinuum skála (Keyes, 2009). 14 tétellel méri, hogy a kitöltők az elmúlt egy hónapban milyen gyakran élték át azt az érzést, amit az egyes állítások tartalmaznak, ezt egy 6 fokú skálán fejezheték ki (1 = soha, 6 = minden nap). A kérdőív összpontszámából számított átlagpontszám a kitöltők globális szubjektív jóllétét prezentálja, alskálánként pedig az egyes jóllét-területeken elért pontszámokat. A magyar adaptációt Reinhardt (2020) végezte, aki a skála egészét (Cronbach-alfa = 0,89) és az alskálákat is megbízhatónak találta.

V.2.3. Az időskori depresszió mérőeszköze: GDS-15

Az időskori depresszió felmérésére a Rövid Geriátriai Depresszió Skála (Geriatric Depression Scale, GDS; Sheikh és Yesavage, 1986) alkalmaztuk vizsgálatunkban. A mérőeszköz 15 eldöntendő kérdéssel (0 = nem, 1 = igen) méri, hogy azok az elmúlt héten mennyiben volt jellemzőek a kitöltők érzéseire. Az eredeti és a magyar változat is megbízhatónak számít; a skála Cronbach-alfa értéke 0,95 (Szekeres és Hargitai, 2021).

V.2.4. Az optimizmus mérőeszköze: Életszemlélet teszt (LOTR)

Vizsgálatunkban az optimizmus mérőeszköze az Életszemlélet teszt (Life Orientation Test, LOTR; Scheier és Carver, 1985) volt. Ez 10 tétellel méri a konstruktumot, ugyanakkor csak 6 tétel, ami valóban a skála pontszámát adja, 4 tétel töltelék tétel, tehát ezek nem kerülnek pontozásra. A kitöltők 5-fokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem értek egyet, 5 = teljesen egyetértek) jelölhetik be, mennyire értenek egyet olyan állításokkal. Bérdi és Köteles (2010) vizsgálatukban megfelelőnek találták a skála megbízhatóságát (Cronbach-alfa = 0,784).

V.3. Statisztikai elemzés

Az adataink elemzéséhez a skálák megbízhatóságának ellenőrzésére a Cronbach-alfa értéket, illetve az item-maradék korrelációt számítottuk ki. A társadalomtudományi kutatásokban általánosan elfogadott 0,7-es Cronbach-alfa (Rózsa és mtsai, 2006) értéket minden skála elérte, illetve az item maradék-korrelációk is minden esetben elérték a megfelelőnek tekinthető 0,2-es értéket (Kline, 2015).

Ezután a skálák leíró statisztikáinak kiszámítása következett. A csoportok összehasonlításához és a változók közötti együttjárások vizsgálatához alkalmazandó eljárás kiválasztásához a ferdeség és csúcsosság értékeinek, valamint a Kolmogorov-Smirnov teszttel

normalitás vizsgálatára is sor került. Ha a szóráshomogenitás-tesztelés eredményei azt mutatták, hogy ez a feltétel is teljesül, független mintás t-próbával, a szóráshomogenitás szignifikancia sérülésének esetében pedig nemparaméteres eljárásokat alkalmaztunk a csoportok középértékeinek összehasonlítására. A különbségek értelmezéséhez a hatásmértékeket is figyelembe vettünk (Takács, 2017).

A multimorbiditást és elemzését Schäfer (2010) nyomán faktorelemzési eljárással végeztük (főkomponenselemzés és tetrakorikus korreláció). A szerzőket követve feltételezhetjük, hogy a krónikus betegségek progresszív lefolyásúak és akkor kerülnek diagnosztizálásra, ha ebben a lefolyásban egy bizonyos küszöb szintet elérnek. Ezeket az elemzéseket a JASP 0.18.3.0 programmal végeztük.

A mentális egészség és a depressziót bejósoló skálák közötti együttjárás vizsgálatára korrelációs elemzéseket végeztünk valamint többszörös lineáris regressziós (TLR) modelleket. A TLR modellek elemzésekor minden esetben kiszámításra kerültek a kollinearitás mutatói, melyek nem haladták meg az elfogadható mértéket.

A multikollinearitás vizsgálata alapján a VIF (Variance Inflation Factor) értékek minden esetben 5 alattiak, így elmondható, hogy nem állt fent túl erős kapcsolat a változók között (Menard, 2002). Ezt követően a szubjektív egészségi állapot, depresszió, mentális egészség és optimizmus közötti kapcsolatok vizsgálatára moderált mediációs modell tesztelése történt az SPSS programcsomag Process 4.2-es verziójával.

VI. EREDMÉNYEK

VI.1. A skálák leíró statisztikái, kapcsolatvizsgálatok eredményei

Először a leíró statisztikai elemzést végeztük el, elvégzése után azt tapasztaltuk, hogy a kutatásba bevont idős emberek mentális és szubjektív egészsége, illetve optimizmusuk közepesnek mondható (2. táblázat).

Minden vizsgált skála normalitása sérült, így ennek figyelembevételével készültek a további statisztikai próbák.

2. táblázat: Az elemzésben használt skálák leíró statisztikái a teljes mintán

Skála	tételek száma	M	SD	Ferdeség	Csúcsosság	Normalitás ^a	Cronbach-alfa
MHC-SF	14	3,22	0,83	-0,531	0,212	0,005*	0,890
GDS-15	15	2,31	2,77	1,51	2,25	0,210**	0,823
LOTR	6	3,63	0,63	-0,33	0,42	0,08**	0,704
Szubjektív egészségi állapot	1	3,44	0,72	-0,589	0,760	0,278**	-

MHC-SF: Mental Health Continuum, mentális egészség, GDS-15: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió, LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus

*p<0,005, **p<0,001

^aKolmogorov-Smirnov teszt

Nemi különbségeket a krónikus betegcsoportban nem találtunk a Mann-Whitney próba alapján a szubjektív és mentális egészség, depresszió, illetve optimista életszemlélet vonatkozásában. A krónikus beteg és egészséges csoportban sem volt szignifikáns különbség a nők és férfiak száma között (Khi2 (1) = 0,628 (p = 0,4279), Fisher-egzakt-próba p = 0,4642). A beteg és nem beteg csoportokat összehasonlítva minden skála esetében szignifikáns különbség mutatkozott, tehát a szubjektív és mentális egészség, valamint az optimizmus szintje szignifikánsan alacsonyabb volt azoknál, akiknek van valamilyen krónikus betegsége, míg a depresszió szintje pedig magasabb volt az említett betegcsoportban (3. táblázat). A hatásmértékeket figyelembe véve, ezen különbségek a depresszió esetében voltak leginkább mérvadók, a másik három skála esetében alacsonynak mondhatók.

3. táblázat: A beteg és nem beteg csoportok középvértéktesztelésének összefoglaló táblázata

	Szubj. eg.	MHC	LOTR	GDS
Mann-Whitney U	48388,500	54690,500	60394,500	55612,500
Wilcoxon W	173638,500	151710,500	171079,500	98977,500
Z	-10,311	-2,541	-3,439	-4,728
p	0,000	0,011	0,001	0,000
Cohen d	0,744	0,188	0,249	-0,227
nem beteg cs. rangátlag	504,39	385,18	420,35	336,66
beteg cs. rangátlag	347,28	344,80	364,00	412,68

Szubj.Eg.: az egészségi állapot szubjektív megítélése; MHC: Mental Health Continuum, mentális egészség; LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus; GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió

VI.2. A krónikus beteg vizsgálati csoport eredményei

A betegség okozta korlátozottság mértékét tekintve az EQ-5D-5L három, dichotóm (nincs problémája az adott dimenzióban/van problémája) dimenziója került az elemzésbe. A mozgékonyság tekintetében közel fele-fele arányban tapasztaltak (246 fő), illetve nem tapasztaltak (251 fő) nehézséget a kitöltők. Önellátásában a minta csupán kis része volt korlátozva (36 fő), míg szokásos tevékenységei elvégzésében 125 fő számolt be valamilyen fokú problémáról.

A mozgékonyság minden skála esetében szignifikánsan különbözik a problémát észlelő és nem észlelő csoportok középértéke szerint (4. táblázat). Látványosan jobb eredményt találtunk azon személyek szubjektív és mentális egészsége, akik nem számoltak be problémáról, mint azoké, akik beszámoltak, továbbá optimistábbnak is mutatkoznak, depresszió szintjük pedig alacsonyabb volt. A Cohen-féle d értékek alapján a szubjektív egészség esetében erős, a depressziónál közepes, a mentális egészség és optimizmus esetében gyengének mondhatók ezek a különbségek.

4. táblázat: A mozgásban korlátozott és nem korlátozott csoport középértéktesztelésének összefoglaló táblázata

	Szubj. eg.	MHC	LOTR	GDS
Mann-Whitney U	18103,500	21193,500	22956,000	20836,000
Wilcoxon W	48484,500	44846,500	50451,000	49756,000
Z	-8,800	-2,252	-3,174	-4,803
p	0,000	0,024	0,002	0,000
Cohen d	0,846	0,261	0,309	-0,455

Szubj.Eg.: az egészségi állapot szubjektív megítélése; MHC: Mental Health Continuum, mentális egészség; LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus; GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió

Az önellátás tekintetében is hasonlóképpen szignifikáns különbséget jelzett a Mann-Whitney próba az ezen dimenzióban korlátozottak és a nem korlátozott csoport között mind a négy skála tekintetében (5. táblázat). A hatásmértéket és középértékeket megnézve elmondható, hogy azon személyek szignifikánsan magasabb depresszió pontszámmal rendelkeznek és szubjektív, illetve mentális egészségük is rosszabb, akik korlátozottak az önellátásban, mint azok, akik nem tapasztalnak ilyen jellegű problémát, mely különbség a hatásmérték alapján is jelentős.

5. táblázat: Az önellátásban korlátozott és nem korlátozott csoport középértéktesztelésének összefoglaló táblázata

	Szubj. Eg.	MHC	LOTR	GDS
Mann-Whitney U	3317,000	4803,000	6502,000	4435,000
Wilcoxon W	3983,000	5299,000	7132,000	100138,000
Z	-6,621	-2,252	-1,442	-4,203
p	0,000	0,024	0,149	0,000
Cohen d	1,368	0,604	0,345	-0,902

Szubj.Eg.: az egészségi állapot szubjektív megítélése; MHC: Mental Health Continuum, mentális egészség; LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus; GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió

A szokásos tevékenységek szempontjából vizsgálva, a mintázat szintén hasonló, a korlátozott csoport rosszabbra értékelte egészségi állapotát, valamint mentális egészsége és az optimizmus szintje is alacsonyabb volt, mint a problémát nem tapasztaló csoport esetében,

ahogyan a depresszió szintje is magasabb volt az előbbi csoportban. A hatásmérték a depresszió és a szubjektív egészség esetében a legerősebb, a másik két skála tekintetében közepesnek mondható (6. táblázat).

6. táblázat: A mindennapi szokásos tevékenységeik elvégzésében korlátozott és nem korlátozott csoport középértéktesztelésének összefoglaló táblázata.

	Szobj. Eg.	MHC	LOTR	GDS
Mann-Whitney U	11187,000	14748,000	15255,500	12693,500
Wilcoxon W	19062,000	20313,000	22276,500	75528,500
Z	-9,580	-2,499	-4,333	-6,487
p	0,000	0,012	0,000	0,000
Cohen d	1,151	0,373	0,472	-0,812

Szobj. Eg.: az egészségi állapot szubjektív megítélése; MHC: Mental Health Continuum, mentális egészség; LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus; GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió

Nemi különbségek terén mozgékonyág esetében tendenciaszintű eltérés mutatkozott (Khi-négyzet-próba ($f = 1$): $\text{Khi}^2 = 3,475$ ($p = 0,0623$), Fisher-egzakt-próba: kétoldalu: $p = 0,0714$; Cramér $V = -0,084$), a nőknél több problémával. Az önellátásban és szokásos tevékenységek ellátásában nem mutatkozott jelentős nemi különbség a krónikus betegcsoportban.

Ezek után annak vizsgálatára, hogy a három autonómiát érintő dimenzió közül melyik jósolja be leginkább a szubjektív és mentális egészséget, illetve a depressziót, egy lépésenkénti többszörös lineáris regresszió-elemzést végeztem. Ennek eredményeit a 7. táblázat foglalja össze. Mindhárom skála esetében szignifikáns modellt kaptam, a szubjektív egészség esetében 26%-os magyarázóerővel, mindhárom dimenzió jelentősnek bizonyult, mégis a szokásos tevékenységek elvégzése esetében volt a legerősebb a kapcsolat (Standard Beta-eh. = -0,279). A mentális egészség és depresszió esetében csak ez az egy változó bírt szignifikáns bejósoló erővel, noha a modellek maguk 2% és 1%-ot magyaráznak a kimeneti változók varianciájából.

7. táblázat: A többszörös lineáris regresszió-elemzések összefoglaló táblázata

	Szobj. Eg.				MHC				GDS			
	St. Beta	SE	95% CI LL	UL	St. Beta	SE	95% CI LL	UL	St. Beta	SE	95% CI LL	UL
(1) mozgékonyág	-0,227	0,062	-0,447	-0,203	-	-	-	-	-	-	-	-
(2) önellátás	-0,145	0,121	-0,637	-0,162	-	-	-	-	-	-	-	-
(3) szokásos tevékenységek	-0,279	0,078	-0,613	-0,308	-0,157	1,287	-6,824	-1,764	0,333	0,276	1,570	2,656
R ²	F (3, 493) = 58,348, SIG/p < 0,001 0,262				F (1, 439) = 11,125, SIG/p = 0,001 0,025				F (1, 471) = 58,488, SIG/p < 0,001 0,111			

A kapott adatok alapján megállapíthatjuk, hogy bármely az autonómiát érintő szempontból korlátozott személyek rosszabbra értékelik az egészségüket, valamint alacsonyabb a mentális egészségük is. Életszemléletük optimista, depresszió szintjük magasabb, mint azon személyeknek, akik nem tapasztalnak problémát az autonómia területén.

VI.3. Skálák közötti korrelációk vizsgálata

Ebben a szakaszban a szubjektív egészségi állapot, a mentális egészség, az optimista életszemlélet és a depresszió közötti összefüggések elemzésének bemutatására kerül sor.

Először a skálák közötti, illetve az életkorral való együttjárás vizsgálata történt korrelációs és rangkorrelációs elemzéssel. Az életkor esetében gyenge negatív kapcsolatot mutatott a szubjektív egészség és az optimista életszemlélet, a többi skála esetében pedig közepes együttjárást. A depresszió mind a szubjektív és mentális egészség, mind az optimizmussal negatív kapcsolatot mutat, azaz értéke növekszik az előbbieket csökkenésével.

8. táblázat: Skálák közötti Pearson korrelációs együtthatók összefoglaló táblázata

	Szubj. Eg.	MHC	LOTR	GDS
Szubj. Eg.	-			
MHC	,268**	-		
LOTR	,367**	,585**	-	
GDS	-,413**	-,588**	-,480**	-
Életkor	-,112*	-0,01	-,106*	0,018

Szubj. Eg.: az egészségi állapot szubjektív megítélése; MHC: Mental Health Continuum, mentális egészség; LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus; GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió
* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Az egészséges, egy (magas vérnyomás vagy kopásos/gyulladásos ízületi betegség) és két krónikus betegséggel (azaz mindkét említett betegség) rendelkező csoportot összehasonlítva, hasonló eredményeket kaptam a mentális egészségét bejósoló modellek kapcsán. A betegcsoportok tekintetében olyan személyek kerültek csak az elemzésbe, akik gyógyszert szednek az adott betegségre és az legalább 3 éve fennáll.

A krónikus betegségekben nem szenvedők csoportjában a többszörös lineáris regressziós modell mind a négy változó bevonásával szignifikáns eredményt adott ($F(4, 264) = 52,985$, $p < 0,001$), magyarázóereje 44,9%. A depresszió (Standard Beta-eh. = -0,393) jósolta be leginkább a mentális egészség szintjét, mely kapcsolat negatív volt, ahogyan a szokásos tevékenységekben való akadályozottság is (Standard Beta-eh. = -0,104), az optimizmussal (Standard Beta-eh. = 0,237) és a szubjektív egészségi állapottal (Standard Beta-eh. = 0,151) pedig pozitív kapcsolatot mutatott a mentális egészség. A magas vérnyomásban szenvedők körében ugyanazokkal a változókkal, a mentális egészséget bejósoló többszörös lineáris regressziós modell szignifikáns ($F(2, 282) = 124,860$, $p < 0,001$), magyarázóereje 47,1%. Ez esetben azonban csak a depresszió (Standard Beta-eh. = -0,395) és az optimizmus (Standard Beta-eh. = 0,399) bizonyult szignifikáns prediktornak, a szubjektív egészség és a szokásos tevékenységekben való akadályozottság nem.

A kopásos, gyulladásos mozgásszervi betegségben érintettek körében tesztelt TLR modell szintén szignifikáns volt ($F(2, 151) = 55,233, p < 0,001$). A mentális egészség varianciájának 52,8%-át magyarázta három prediktor, a depresszió (Standard Beta-eh. = -0,553), az optimizmus (Standard Beta-eh. = 0,352) és a szubjektív egészségi állapot (Standard Beta-eh. = -0,144). A szokásos tevékenységekben való akadályozottságnak ezek mellett már nem volt szignifikáns szerepe.

Azon személyeket vizsgálva, akik mind magas vérnyomásban, mind kopásos, gyulladásos mozgásszervi betegségben szenvednek, a mentális egészséget bejósoló modell a következőként alakult: a modell szignifikáns ($F(2, 103) = 67,756, p < 0,001$), a függő változó varianciájának 57,3%-át magyarázta, a vizsgált prediktorok közül pedig a depresszió (Standard Beta-eh. = -0,553) és az optimista életszemlélet (Standard Beta-eh. = 0,324) mutatott releváns magyarázóerővel, a szubjektív egészségi állapot és a szokásos tevékenységek elvégzése nem volt jelentős.

VI.4. Mentális egészség bejósólói az autonómia vonatkozásában

Annak vizsgálatára, hogy a szubjektív egészségi állapot és a mentális egészség között, illetve a depresszió és mentális egészség között van-e, az optimizmus által közvetített indirekt hatás, illetve az autonómiában, azon belül a szokásos, mindennapi tevékenységekben való korlátozottság szintjein (van probléma / nincs probléma) eltérő-e ez a hatás, egy moderált mediáció került elemzésre. Ehhez első körben egy többszörös lineáris regressziós elemzésben a szubjektív egészségi állapot, depresszió és az optimizmus került vizsgálatra az autonómiában korlátozott és nem korlátozott csoportban. Mindkét modellt megfigyelve az látható, hogy a depresszió és optimizmus bizonyult szignifikáns prediktornak.

Az autonómiában nem korlátozottak csoportjában a végső modell szignifikáns volt ($F(2, 312) = 100,816, p < 0,001$), magyarázóereje 39,4% ($R^2 = 0,394$), az említett prediktorok közül pedig az optimizmus jósolta be nagyobb mértékben a mentális egészséget (Standard Beta-eh. = 0,403), emellett pedig a depresszió mértéke (Standard Beta-eh. = -0,337). A szubjektív egészség pedig nem volt szignifikáns.

A napi tevékenységeket érintő problémát jelző csoportban szintén szignifikáns volt a végső modell ($F(2, 98) = 58,799, p < 0,001$), magyarázóereje 55,1%-os ($R^2 = 0,551$) és szintén ez a két prediktor bizonyult szignifikánsnak, ugyanakkor itt a depresszió együtthatója volt magasabb (Standard Beta eh. = -0,482), majd az optimizmusé (0,366), a szubjektív egészség pedig hasonlóan, itt sem bizonyult szignifikáns bejósolónak.

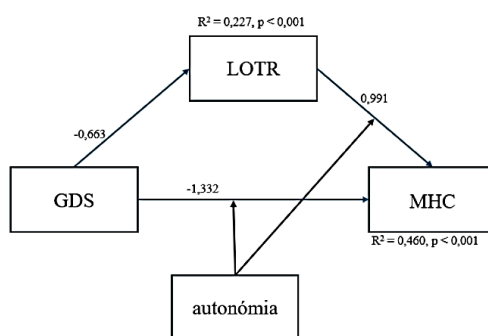
Ennek nyomán a mediációs elemzések közül a depresszió mint prediktor, optimizmus mint mediátor, a szokásos tevékenységekben való akadályozottság mint moderátor és a mentális egészség mint függő változót átfogó modell kerül bemutatásra. Ennek ellenőrzése a Process macro 15-ös modelljével történt, mely a moderált mediációban a b és c' útvonalakra gyakorolt hatást teszteli.

A modell a következőképp értelmezhető: A depresszió szignifikánsan bejósolja az optimizmust, mely kapcsolat negatív ($B = -0,6631$, $SE = 0,0671$, $p < 0,001$). Az optimizmus szignifikánsan bejósolja a mentális egészséget, amely kapcsolat pedig pozitív, azaz a magasabb optimizmus értékek magasabb mentális egészség értékekkel fognak együttjárni ($-1,3322$, $SE = 0,5626$, $p = 0,0184$).

A depresszió és mentális egészség direkt kapcsolatát nézve az autonómia két szintjén elmondható, hogy ha az autonómiában nem korlátozottakat nézzük, a hatás $-1,6177$ ($p < 0,001$), ami azt jelenti, hogy a depresszióban egy egységnyi növekedés esetén a mentális egészség körülbelül 1,6177 egységgel csökken, a többi változót kontrollálva.

Korlátozottság esetén a hatás $-1,9032$, ($p < 0,001$) ami a mentális egészség hasonló, de némileg nagyobb mértékű csökkenését jelzi. A depresszió optimizmus által mediált hatását tekintve a mentális egészségre, az indirekt kapcsolat az autonómia mindkét szintjén (korlátozott/nem korlátozott) szignifikáns. A korlátozottságot nem tapasztalóknál a hatás $-0,770$ ($BootSE = 0,1230$, $BootLLCI = -1,0259$, $BootULCI = -,5450$), a korlátozást tapasztalóknál pedig $-0,8838$ ($BootSE = 0,2267$, $BootLLCI = -1,3543$, $BootULCI = -0,4407$). A moderált mediáció indexe ($-0,113$) nem volt szignifikáns ($CI[-0.5439; 0.3287]$), azaz ahogy látható is, az autonómia szintjein nem különbözik szignifikánsan a kapcsolat erőssége (3. ábra).

3. ábra: A depresszió optimizmus által mediált, autonómia által moderált hatása a mentális egészségre



LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus; GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió, MHC: Mental Health Continuum, mentális egészség
Megjegyzés: az ábrán a szignifikáns mutatók szerepelnek

Ezen adatokból nyert eredmények arra utalnak, hogy míg az optimista életszemlélet szerepet játszik a depresszió és a mentális egészség kapcsolatának alakulásában, az autonómiában való korlátozottság nem módosítja szignifikánsan ezeket az összefüggéseket. Az optimizmus mediálja a depressziós tünetek és a mentális egészség közötti kapcsolatot, függetlenül az egyének autonómia-szintjétől.

VI.5. Multimorbiditás vizsgálata

Első körben annak vizsgálatára került sor, hogy az egyes betegségek mennyiben tudják bejósolni a szubjektív és mentális egészséget, depressziót és optimizmust. Ezeket többszörös lineáris regresszió-elemzéssel vizsgáltam, melynek eredményeit a 9. táblázat foglalja össze.

9. táblázat: Az egyes betegségek kapcsolata a depresszióval és a szubjektív egészséggel

	GDS				Szubi. Eg.			
	St. Beta	SE	95% CI		St. Beta	SE	95% CI	
			LL	UL			LL	UL
aszma	0,091	0,404	0,021	1,611	-0,112	0,092	-0,444	-0,084
cukorbetegség	-	-	-	-	-0,158	0,102	-0,415	-0,146
csonttritkulás	-	-	-	-	-0,091	0,103	-0,430	-0,024
daganatos betegség	0,142	0,703	0,847	3,610	-0,181	0,159	-1,054	-0,429
érelmeszesedés	-	-	-	-	-0,119	0,098	-0,477	-0,091
fekély	-	-	-	-	-0,110	0,209	-1,011	-0,188
kopásos, gyulladásos mozgásszervi betegség	0,103	0,255	0,082	1,086	-0,236	0,058	-0,464	-0,234
szívritmus zavarok	0,139	0,338	0,373	1,701	-0,210	0,078	-0,570	-0,263
R ²	0,064				0,277			
	F (4, 471) = 8,040, SIG/p < 0,001				F (8, 499) = 23, 457, SIG/ p < 0,001			

GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió; Szubi.Eg.: az egészségi állapot szubjektív megítélése

A mentális egészség esetében önmagában egyik betegség sem mutatkozott szignifikáns prediktornak. A depresszió esetében a daganatos betegségek, a szívritmus zavarok, a kopásos-gyulladásos mozgásszervi betegségek, illetve az asztma bizonyult szignifikáns magyarázóerővel, noha összesen 6,4%-ot ($R^2 = 0,064$) magyaráznak a függő változó varianciájából és mind a daganatos, mind az asztmás betegek alacsony számban voltak jelen a mintában. A szubjektív egészségi állapot varianciájának 27,7%-át ($R^2 = 0,277$) magyarázták a következő betegségek: kopásos-gyulladásos mozgásszervi betegségek, szívritmus zavarok, daganatos betegségek, cukorbetegség, érelmeszesedés, asztma, fekély, csonttritkulás.

Az együttjáró betegségek közti együttjárások feltérképezése faktorelemzési eljárással történt amelynek eredményét a 10. táblázat szemlélteti. A komorbiditás-vizsgálatokban gyakran alkalmazott tetrakorikus korrelációs elemzés lehetővé teszi a bináris változók közötti együttjárás tesztelését. Ennek a módszernek szintén előfeltétele a változók normális eloszlása, viszont mivel ezt nem tudjuk ellenőrizni, sem teljesíteni, feltételezzük, hogy egy látens

folytonos skála áll az adatok mögött. A Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) teszt alapján az általános KMO-érték 0,436 volt, ami gyenge mintavételi megfelelést jelez, melyet fontos szem előtt tartani az eredmények értelmezése során. Az egyes változók esetében a KMO-értékek 0,231 és 0,814 között mozogtak. A Bartlett teszt alapján ($\chi^2(105) = 4561.636$, $p < .001$) a változók megfelelnek további elemzésre. A főkomponenselemzés alapján négy nagyobb betegségcsoport mutatkozott, melyek definiálhatók a következőképp: I.: Szív és érrendszeri, mozgásszervi betegségek, II.: Endokrinológiai betegségek, III.: Metabolikus szindróma, IV.: Autoimmun betegség. Az első kategóriába került a csontritkulás, érelmeszesedés, daganatos betegségek, mozgásszervi betegségek, gasztrointesztinális betegségek (összevontan reflux és fekély) és a szívritmuszavar. Az endokrin rendszer megbetegedései közé a hormonális zavar, az epe és máj betegség, illetve a veseelégtelenség került, noha utóbbi a negyedik faktorba is sorolható lenne.

A metabolikus szindrómát alkotó magas vérnyomás és diabétesz egyértelműen kirajzolódott. Az autoimmun betegség kategóriájába pedig az allergia, asztma és az autoimmun betegségek kerültek. Fontos megjegyezni viszont, hogy a vizsgálati minta viszonylag kicsi, emiatt pedig a nők és férfiak mintája az alacsony elemszám miatt együtt került az elemzésbe.

10. táblázat: A főkomponenselemzés összefoglaló táblázata

	I.	II.	III.	IV.	h^2	χ^2
Csontritkulás	0,93				0,34	22,48**
Érelmeszesedés, érszűkület	0,68				0,37	2,55
Daganatos betegség	0,66				0,65	0,56
Kopásos, gyulladásos mozgásszervi betegség	0,57				0,63	1,02
Gasztrointesztinális betegség (fekély+reflux)	0,50				0,61	0,99
Szívritmuszavar	0,43				0,55	0,01
Hormonális zavar		0,88			0,28	10,59**
Epe és máj betegség		0,87			0,32	2,37
Veseelégtelenség		0,42		-0,46	0,38	1,17
Diabétesz			0,90		0,29	0,88
Magas vérnyomás			0,83		0,30	3,22
Anyagcsere betegség					0,62	8,06**
Allergia				0,80	0,37	0,35
Asztma				0,77	0,37	1,28
Autoimmun betegség				0,46	0,58	5,43*
Magyarázott variancia (%)	23,7	12,8	9,8	9,1		

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Az elemzés alapján leképezhető továbbá az összes krónikus megbetegedés mellett az is, hogy a 4 nagyobb betegségcsoportból kinek hány van, ezzel közelítve a multimorbiditás felé. 216 fő (43,2%) két csoportba tartozó betegségekkel küzd, 207 főnek (41,1%) pedig egy van, míg a három és négy betegségcsoport már ritkább; 64 fő (12,8%) és 5 fő (1%).

A következőkben egy többszörös lineáris regresszió elemzésben vizsgálatra került a krónikus megbetegedések száma mellett a multimorbiditás mutatója, illetve a korábban kapott

négy faktor, valamint a depresszió és optimizmus szintje annak ellenőrzésére, hogy a felsorolt változók mennyiben tudják bejósolni a mentális egészséget. A kapott modell szignifikáns $F(3, 411) = 120,986$, $p < 0,001$, magyarázóereje 47,1% ($R^2 = 0,471$). A bevont változók közül ugyanakkor csak a krónikus megbetegedések száma, az optimizmus és a depresszió bizonyult szignifikáns prediktornak (11. táblázat).

11. táblázat: A mentális egészséget bejósoló modell mutatóinak összefoglaló táblázata

	Std. Error	Standard Beta	t	p	Kollinearitás	
					Tolerancia	VIF
GDS	0,178	-0,425	-10,205	0,000	0,747	1,338
LOTR	0,126	0,386	9,427	0,000	0,772	1,295
Krónikus megbetegedések száma	0,284	-0,120	3,271	0,001	0,957	1,044

GDS: Geriatric Depression Scale, időskori depresszió; LOTR: Életszemlélet Teszt, optimizmus;

VII. KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálat újszerűségét az a megközelítés adja, mely szerint egy-egy specifikus betegségen túl az együttesen előforduló, ko-és multimorbid állapotok is bírhatnak pszichológiai relevanciával az életminőségre gyakorolt hatásuk által. Mivel korábban nem készült Magyarországon – jelenlegi tudásunk szerint – olyan átfogó kutatás, mely a több krónikus betegséggel élő idősök mentális egészségét mérte fel, illetve írta le az ezt meghatározó legfontosabb tényezőket, a kapott eredmények további kérdésfeltevések megfogalmazásához, illetve megerősítő elemzések elindításához adhatnak néhány megfontolásra érdemes pontot – vagy legalábbis figyelemfelhívó lehet az időskori krónikus betegségekkel való megküzdés támogatásának fontosságára.

VII.1. A krónikus betegségek és az autonómiában való korlátozottság pszichológiai jelentősége

A vizsgálati mintánk „beteg” és „nem beteg” csoportokra felosztása során kapott eredmények esetében elmondható, hogy lényeges különbségek mutatkoztak a csoportok között. Azok, akik krónikus betegséggel élnek, jelentősen alacsonyabb szintű szubjektív és mentális egészségről, valamint optimizmusról számoltak be, míg a depresszió mértéke magasabb volt ebben a csoportban.

Az autonómia mentén tovább vizsgálva korábbi kutatási eredményekhez hasonlóan alakult az egyes dimenziókban korlátozottak, illetve problémát nem tapasztalók aránya.

Brettschneider (2013) vizsgálatában a válaszadók 49,4%-a nem tapasztalt mozgékonytságot érintő problémát, ami a jelen mintában a válaszadók 50,8%-ára volt jellemző. Az önellátás az idézett kutatásban a minta 90,5%-ának, illetve jelen mintán 92,8%-nak nem okozott problémát. A szokásos napi tevékenységek elvégzése pedig előbbi kutatásban résztvevők 71,6%-ának, eredményeink szerint pedig 74,8%-nak nem volt problémás. Ezek az eredmények összehasonlítva a KSH 2019-es jelentésével kedvezőbbnek mondhatók, mint az akkori lakosság körében találtak. Magyarországon a 65 év feletti idősök 40-50%-a (nemtől függően) tapasztal mérsékelt vagy súlyos mértékű korlátozottságot a mindennapi tevékenységei ellátásában (Központi Statisztikai Hivatal, 2019a).

Felfedeztük a vizsgálatunk során, hogy mind az egészségi állapotukat, mind a mentális egészségüket rosszabbnak találták azok a személyek, akik valamilyen formában korlátozva voltak akár a mozgékonytságban, akár az önellátásban, akár a mindennapjaikhoz kötődő szokásos tevékenységek elvégzésében, valamint depresszió szintjük magasabb volt, illetve kevésbé volt rájuk jellemző az optimista életszemlélet, mint a nehézségeket nem tapasztalókra.

Ennek fényében különösen fontos arra az együttjárásra figyelmet fordítani, mely az autonómiájukban korlátozott személyek körében előforduló magasabb depresszió szintre világít rá. Az autonómiában való korlátozottság vizsgálata azért is lényeges, mert a multimorbid krónikus betegségek számos tényezőre, köztük az életminőségre és mentális egészségre gyakorolt hatása, vagy hatásának mértéke nagyban függhet attól, hogy a személy tapasztal-e a betegség okozta akadályokat a mindennapi tevékenységei során (Barile, 2013). Ennek nyomán tehát egy intervenció szempont is lehet, hogy milyen szakember és miként segíthet azoknak, akik már megélik valamilyen szintű korlátozottságot, illetve a prevenció mely szintjeink miként lehet eredményesen beavatkozni például a jövőbeni mozgásos problémák mérséklése érdekében.

VII.2. Nemi különbségek

Kutatásunk során vizsgáltuk a nemi különbségeket, illetve az egyes betegségek kapcsolatát a mentális egészséggel, szubjektív egészségi állapottal és a depresszió mértékével. A vizsgált tényezők közül csupán a mozgékonytságban mutatkozott tendenciaszintű eltérés a nők és férfiak értékeiben, mely alapján a nők körében magasabb a mozgásos problémák előfordulási gyakorisága. Ezt annak függvényében is fontos értelmezni, hogy a nők ugyan hosszabb élettartamra számíthatnak, ezzel együtt több egészségi problémára, illetve az autonómiájuk valamely területét érintő nehézségre is. Magyarországon 2019-ben a 65 év fölötti

nők több, mint 50%-a volt mérsékelten és súlyosan korlátozott a mindennapi tevékenységeinek elvégzésében (Központi Statisztikai Hivatal, 2019). Ez pedig azért is lényeges, mert utánkövetéses vizsgálatok alapján már egy ADL funkciót érintő tevékenységben való korlátozás előre tudja jelezni a másoktól való jelentősebb függést a mindennapi életvitel során (Gill és mtsai, 1998, idézi Barile és mtsai, 2013).

A mozgékonytságot érintő korlátozottság előrejelezheti, hogy később valószínűleg segítségre lesznek utalva az önellátás és a szokásos tevékenységek tekintetében is. Itt is fokozottan érvényesül az a prevenció fontosságát hangsúlyozó szemlélet, melyet például Barile (2013) is említ. Amennyiben a mozgásban való akadályozottságot valamilyen krónikus betegség, vagy például – ugyan jelen kutatásban nem érintettük – a korábbi mozgásszegény életmód és elhízás következtében kialakult érrendszeri károsodások okozzák, az életmódváltás- vagy javítás az időskori életminőség egyik meghatározó tényezője lehet már fiatal korban.

VII.3. Krónikus betegségek és a testi és mentális egészség kapcsolata a jelen vizsgálati mintában

A szakirodalomhoz hasonlóan jelen mintában is a magasvérnyomás (350 fő) volt a leggyakrabban előforduló betegség. Ezt a kopásos, gyulladásos mozgásszervi betegségek (195 fő) követték, valamint a diabétesz (105 fő), reflux (101 fő) és allergia (94 fő) de jelentős volt még a szívritmus zavarok (79 fő), az asztma (52 fő) és az érlemeszesedés (51 fő) is. Ezek közül a kardiovaszkuláris, krónikus légzőszervi betegségek és a diabétesz is azon betegségek közé tartoznak, melyeket a WHO a rosszabb életminőség prediktoraiként azonosít (Grover és Joshi, 2015). Vizsgálatra került az is, hogy az egyes betegségek milyen kapcsolatot mutatnak a következőkben tárgyalt skálákkal.

A mentális egészséget a betegségek önmagukban nem jósolták be szignifikánsan, mely alapvetően nem meglepő eredmény, hiszen egyfelől a mentális egészségnek számos olyan bejósolója van, melyek közvetlenül is meghatározzák azt. Másrészt pedig feltételezhető, hogy a betegségek olyan velejárói, mint például a fájdalom vagy a mozgáskorlátozottság mértéke lehetnek olyan tényezők, melyeken keresztül határozza meg a betegség a mentális egészséget.

A szubjektív egészség és a depresszió esetében szignifikáns eredmény mutatkozott. Az egészségi állapot szubjektív megítélését szignifikánsan előrejelezte 8 betegség: a kopásos-gyulladásos mozgásszervi betegségek, szívritmus zavarok, daganatos betegségek, cukorbetegség, érlemeszesedés, asztma, fekély és a csontritkulás.

Jelentős eredmény, hogy ezen betegségek a szubjektív egészségi állapotot 23,4%-ban képesek előrejelezni, noha az elemzett modellből csak azt vonhatjuk le következtetésként, hogy ezzel az együttjárással ennyit képesek magyarázni. Érdekes lehet ugyanakkor figyelmet szentelni ezen betegségeknek, különösképpen az asztmának, daganatos betegségeknek, a kopásos-gyulladásos mozgásszervi betegségeknek, és a szívritmuszavaroknak, melyek jelen elemzésben a depresszió esetében is szignifikáns bejósolónak bizonyultak. Szekeres (2023) a pajzsmirigy-betegségek, a szívkoszorúér-betegség, a szívinfarktus, a diabetes vagy a központi idegrendszer betegségeit sorolja azon egyfajta állapotok közé, melyek a depresszióra hajlamosíthatnak. Ezekkel jelen elemzés kevésbé fed át, ugyanakkor a kopásos, gyulladásos mozgásszervi betegségek például jelenthetnek rizikófaktort, amennyiben az autonómiában korlátozzák az egyént.

VII.4. Az egészségi állapot, depresszió, mentális egészség és optimizmus összefüggései

Jelen mintán is megerősítést nyert, hogy az észlelt egészségi állapot romlásával nő a depresszió szintje, illetve az életkor előrehaladtával rosszabbnak ítélték meg egészségüket a vizsgálatban résztvevők. A mediációs elemzés alapján elmondható, hogy a depresszió negatív, az optimista életszemlélet pozitív kapcsolatot mutat a mentális egészséggel. Az autonómiában korlátozottak körében – ugyan nem szignifikánsan különbözően – erősebb a depresszió mentális egészségre gyakorolt hatása, azaz körükben a depresszió mértékének növekedése nagyobb fokú mentális egészségromlással jár.

A multimorbid krónikus betegségekben szenvedő idősök jellemzően gyakrabban vádolták önmagukat, illetve a tagadás és háritás is jellemzőbb volt rájuk, melyek érzelemfókuszú megküzdésként értelmezhetőek.

Az adaptáció pozitívabb módjai viszont kevesebb distressz tünettől jártak együtt, valamint alacsonyabb szorongás- és depressziószinttel. Jelen modell is az optimizmus pozitív hatását mutatta a mentális egészségre, és hogy a depressziós tünetek közvetetten befolyásolhatják a mentális egészséget az optimizmuson keresztül. Itt lényeges megjegyezni, hogy a szakirodalomban leggyakrabban használt ADL mutató megfelelőjeként jelen elemzésbe is a szokásos tevékenységek elvégzésére vonatkozó kérdés került, ugyanakkor lehetett volna egy több információt hordozó skálát használni, illetve annak vizsgálata is érdemes lenne, hogy mennyiben járul hozzá a fájdalom az autonómia korlátozottságához. Mindezzel együtt viszont itt is igazolódott a pozitív életszemlélet kedvező hatása a mentális egészségre, melyet például a

Teater és Chonody (2020) által áttekintett tanulmányokban is lényeges tényezőnek tartanak a sikeres öregedés tekintetében.

További biztató eredmény, hogy magyar mintán is sikerült igazolni – még a régóta fennálló, gyógyszeres kezelést igénylő betegek körében is – az optimizmus pozitív kapcsolatát a mentális egészséggel és mint egyfajta védőfaktort a depresszióval szemben, mely sajnálatosan gyakori időskorban, fokozottan a kónikus betegek körében (Cheng és mtsai, 2021). A betegségekkel való megküzdésen túl az optimista életszemlélet tágabb értelemben is hozzájárul és meghatározza az aktív vagy sikeres idősödést, azáltal hogy segít egy pozitív időszakként megélni az öregedést, mintsem egyfajta életvégre váró időszakként (Amosun és Harris, 2018).

Magyar idősök körében készült felmérésében Ferwagner (2022) is az öregedés szubjektív megítélésének tematikájában írta le a pozitív szemléletet, a testi és/vagy mentális jóllétet, valamint a megkérdezett személyek egyharmada tartotta különösen fontosnak az aktivitás és önállóság megőrzését a jó mentális egészség és a sikeres idősödés érdekében.

Illeszkedve az aktív idősödés szemléletbe, a pozitív életszemlélet és az optimizmus olyan megküzdési módot jelenthet, melyet célzottan erősítve jelentősen mérsékelhető a betegségek és adott esetben a depresszív hangulat okozta teher. Amennyiben vonásként tekintünk az optimizmusra, kifejezetten eredményes lehet az ezzel inkább rendelkező személyek esetében tovább erősíteni a pozitív életszemléletet, míg másoknál különböző akár kognitív viselkedésterápiás, akár alacsony intenzitású intervenciók által segíteni a fókusz áthelyezését a helyzetek pozitív aspektusára (Fiske és mtsai, 2009).

VII.5. Együttjáró betegségek és kapcsolatuk a mentális egészséggel

Figyelembe kell venni ugyanakkor azon adatokat, melyek azt mutatják, hogy időskorban nem csak a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága nő, de a betegségek számának növekedésével is számolni kell. Az együttjáró betegségek feltérképezésére Schäfer (2010) által alkalmazott faktorelemzési eljárást követtük, mely alapján négy betegségcsoportot alakítottunk ki. Az első faktorba a szív és érrendszeri, illetve mozgásszervi betegségek kerültek, illetve még ide kerültek a daganatos betegségek is a faktorsúlyok alapján. A faktor annyiban értelmezhető nehezen, hogy tág körben kerültek ide a betegségek, így valószínűleg túl általános megállapításokat tehetünk. Ezzel együtt viszont a betegségteher nagyon jelentős ebben a faktorban, hiszen a vezető halálozási okokat jelentő betegségek kerültek ide. Schäfer (2010) faktorelemzésen alapuló vizsgálatában szintén a kardiovaszkuláris betegségek alkották az egyik fő kategóriát, ahogyan a multimorbiditást más módszertannal vizsgáló egyéb kutatásokban is

konzisztensen megjelenik ez a betegségszoport (John és mtsai, 2003). Ezeknél a betegségeknel feltételezhető a kauzális komorbiditás, azaz a betegségek kialakulásának háttérben valószínűleg ugyanazok a rizikófaktorok állnak. Eredményeink szerint a metabolikus szindrómát alkotó magas vérnyomás és diabétesz egy külön faktort képez, mely viszont rizikótényezők tekintetében kapcsolódik a kardiovaszkuláris betegségekhez. Egy következő faktort alkotnak a hormonális rendszer megbetegedései, valamint az epe- és májbetegség és a veseelégtelenség. Utóbbinak a kardiovaszkuláris rizikótényezőkkel való kapcsolatát emelik ki Seliger és munkatársai (2004) demenciában érintett idősök körében, ezzel is a multimorbiditás vizsgálatának fontosságát hangsúlyozva – noha a demencia krónikus betegségként való értelmezése még mindig vitatott. Az epe, máj és vese betegségeinek együttes előfordulása szakmai szempontból magyarázható, az endokrin betegségekkel való kapcsolatuk viszont további vizsgálatot igényel. A negyedik faktor az autoimmun betegség elnevezést kapta, amibe magukon az autoimmun betegségeken kívül az allergia és az asztma került. Ezen faktorok mellett képeztünk egy multimorbiditási mutatót annak alapján, hogy a betegségkategóriákból kinek hány van.

A legtöbben egy (41,1%) vagy két (43,2%) betegségszoportba tartozó betegségekkel rendelkeztek, mely összecseng Schäfer (2010) eredményeivel, akik vizsgálatában a férfiak 48,2%-a, a nőknek 50,3%-a tartozott legalább egy multimorbid mintázatba. Egy többszörös lineáris regressziós elemzésben megvizsgáltuk, hogy az egyes faktorok, a multimorbiditási mutató, a betegségek száma, illetve a depresszió és optimizmus közül mely(ek) bizonyul(nak) jobb prediktornak a mentális egészség bejósłása szempontjából. A modellben a korábban ismertetett összefüggéshez hasonlóan a depresszió és az optimista életszemlélet szignifikánsan képes bejósolni a mentális egészséget, emellett pedig a krónikus betegségek száma tűnt lényeges prediktornak.

Ennek számos magyarázata lehet, többek között mérési és módszertani kérdések felől is közelítve. Számos kutatásban használják ugyanakkor továbbra is a betegségek számából képzett mutatót a ko-és multimorbiditás mérésére, mely Busija (2019) felosztásában az egyszerű számlálás alapú mérési mutatók közé tartozik. A pszichológiai aspektus megragadásához is lényegesnek látszik az egyszerű számláláson túl a specifikus profilok vizsgálata a hatékony intervenciós lehetőségek kidolgozásához. Annál is inkább, hogy a betegségek növekvő száma és számos, az életminőséget meghatározó tényező, mint például a romló autonómia, mentális egészség, vagy fokozódó szorongásos és depresszív tünetek között

számos kutatás talált összefüggést (Cheng és mtsai, 2021). A komplex összefüggések feltérképezése ugyanakkor – feltehetőleg az összetett módszertan és inkonzisztens definíciók és mérési módok miatt is – még várat magára.

A betegségek jelen vizsgálatban kapott együttjárásának pszichológiai intervenciója akkor válik hasznosíthatóvá, hogy amely betegségek, vagy betegségcsoportok jelentősen befolyásolják az egészségi állapot szubjektív megítélését, ott fokozottan figyelhetnek a szakemberek, egészségügyi ellátásban dolgozó pszichológusok a társuló betegségekkel küzdő személyek mentális egészségének megőrzésére és javítására.

VIII. KORLÁTOK, KITEKINTÉS

A kutatás jövőbeni céljai között szerepel a multimorbid betegség-mintázatok és ezek összefüggéseinek pontosabb megragadása, specifikusan a csoportra fókuszáltan bővíteni a vizsgálati mintát. Érdekes lenne több krónikus beteget bevonni, hogy életkori csoportok és nemek mentén differenciáltan, illetve a krónikus betegséggel nem diagnosztizáltak köréből egy illesztett mintán vizsgálhassunk bizonyos tényezőket. Módszertani megfontolásból a látens osztályelemzés mint a multimorbiditás adekvátnak tűnő vizsgálati módszere jelentős és érdekes eredményeket hozhat. Jelen kutatásban a krónikus betegségek felmérése nem képezte a tesztbatteria központi elemét, illetve önbevalláson alapult a lekérdezés, így lényeges lenne akár diagnosztikai szempontok mentén, akár egészségügyi adatbázisok alapján mérni a különböző betegségeket.

Köszönetnyilvánítás

EKÖP-24-KRE: „A kutatás a Kulturális és Innovációs Minisztérium, Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, az Egyetemi Kutatói Ösztöndíj Program keretében valósult meg.”

IX. IRODALOMJEGYZÉK

Amosun, S., & Harris, F. (2018). “What next now that you are sixty?” – Preliminary exploration of the self-reported aspirations of community-dwelling older persons in the Western Cape Province, South Africa within the active aging framework. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36(7), 791–798. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1508262>

Barile, J. P., Thompson, W. W., Zack, M. M., Krahn, G. L., Horner-Johnson, W., & Bowen, S. E. (2013). Multiple Chronic Medical Conditions and Health-Related Quality of Life in Older Adults, 2004–2006. *Preventing Chronic Disease*, 10, E162. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120282>

Bérdi M., & Köteles F. (2010). Az optimizmus mérése: Az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65, 273–294. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.2.7>

Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance. *JAMA*, 294(6), 716. <https://doi.org/10.1001/jama.294.6.716>

Budapest Főváros XIII. kerületi Önkormányzat. (2016). Beszámoló a Budapest főváros XIII. kerületi Önkormányzat Időügyi Program időarányos végrehajtásáról, 11-18 https://www.budapest13.hu/wp-content/uploads/2017/07/Idosugyi_Program_2016.pdf

Busija, L., Lim, K., Szoek, C., Sanders, K. M., & McCabe, M. P. (2019). Do replicable profiles of multimorbidity exist? Systematic review and synthesis. *European Journal of Epidemiology*, 34(11), 1025–1053. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00568-5>

Brettschneider, C., Leicht, H., Bickel, H., Dahlhaus, A., Fuchs, A., Gensichen, J., Maier, W., Riedel-Heller, S., Schäfer, I., Schön, G., Weyerer, S., Wiese, B., Bussche, H. van den, Scherer, M., König, H.-H., & Group, the M. S. (2013). Relative Impact of Multimorbid Chronic Conditions on Health-Related Quality of Life – Results from the MultiCare Cohort Study. *PLOS ONE*, 8(6), e66742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066742>

Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002710>

Cheng, C., Inder, K., & Chan, S. W. (2021). The relationship between coping strategies and psychological distress in Chinese older adults with multiple chronic conditions. *Australasian Journal on Ageing*, 40(4), 397–405. <https://doi.org/10.1111/ajag.12946>

Chong, A. M., Ng, S., Woo, J., & Kwan, A. Y. (2006). Positive ageing: The views of middle-aged and older adults in Hong Kong. *Age*, 26, 243–265.

Csabai M., & Molnár P. (1999). Egészség, betegség, gyógyítás. Springer Orvosi Kiadó. 197-200.

Dobossy I., & Virágh E. (2004). Mit gondolunk az öregedéstről? In J. Giczi & G. Sági (Szerk.), *Időskorúak Magyarországon. Központi Statisztikai Hivatal*, 189-195.

EuroQol Group. (1990). EuroQol—A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

Ferwagner A. (2022). Tevékeny időskor, aktív és sikeres idősödés. *Magyar Gerontológia*, 14(41), Article 41. <https://doi.org/10.47225/mg/14/41/12758>

Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., & Santacreu, M. (2021). Active Ageing and Quality of Life. In F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas (Szerk.), *Handbook of Active Ageing and Quality of Life. From Concepts to Applications* (p. 15–42). Springer.

Fernández-Ballesteros, R., Garcia, L., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D., Kornfeld, R., Lerma, A., Mendoza-Núñez, V. M., Mendoza-Ruvalcaba, N., & Orosa, T. (2010). The concept of ‘ageing well’ in ten Latin American and European countries. *Ageing and Society*, 30, 41–56. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09008587>

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Füzesi Z., & Boros J. (2015). Idősek életminősége és egészségmagatartása. In K. Lampek & E. Rétsági, Egészséges Idősödés. Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban (o. 28–46). Pécsi Tudományegyetem.

Grover, A., & Joshi, A. (2015). An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 210–227. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p210>

Jeszenszky Z. (2003). Az időskori mentálhigiéné társadalmi jelentősége. In M. Kovács (Szerk.), *Időskori depresszió és szorongás* (o. 23–29). Springer Tudományos Kiadó.

John, R., Kerby, D. S., & Hennessy, C. H. (2003). Patterns and impact of comorbidity and multimorbidity among community-resident American Indian elders. *The Gerontologist*, 43(5), 649–660. <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.649>

Lampek K. (2015). Az aktív időskor és a társadalom. In *Egészséges idősödés. Az egészségfejlesztés lehetőségei időskorban*. Pécsi Tudományegyetem. 13-23.

Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (o. 293–312). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-013>

Keyes, C.L.M. (2009). Brief description of the mentalhealth continuum short form (MHC-SF).1-4.

Kline, P. (2015). *A Handbook of Test Construction (Psychology Revivals): Introduction to Psychometric Design*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315695990> 178-182.

Központi Statisztikai Hivatal. (2019a/b). Egészségi okból fakadó korlátozottság, 2019.

Központi Statisztikai Hivatal (2023) https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0039.html WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

Központi Statisztikai Hivatal. (2021). Az aktív korúak és idősek aránya – Fenntartható fejlődési célok. <https://www.ksh.hu/sdg/4-19-sdg-1.html>

Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>

Menard, S. (2002). *Applied Logistic Regression Analysis*. SAGE. 1-7.

Montross, L. P., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D., Sitzler, D., & Jeste, D. V. (2006). Correlates of Self-Rated Successful Aging Among Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 43–51. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192489.43179.31>

Oláh A. (2019). A pozitív öregedés pszichológiai forrásai. *Lege Artis Medicinae*, 29(1–2), 79–87.

Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current gerontology and geriatrics research*, 2012, 382972. <https://doi.org/10.1155/2012/382972>

Paksy, A. (2004). Az időskorúak állapotának jellemzői-Megbetegedési adatok alapján. In J. 17-21.

Pék Gy. (2014). Egészségpszichológiai szempontok időskorban. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (Szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (o. 469–495). Medicina.

- Reinhardt M., Horváth Z., Tóth L., & Kökönyei G. (2020). A mentális egészség kontinuum skála rövid változatának hazai validációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 75(2), 217–246. <https://doi.org/10.1556/0016.2020.00014>
- Rózsa S., Nagybányai Nagy O., & Oláh A. (Szerk.). (2006). A pszichológiai mérés alapjai: Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás. Bölcsész Konzorcium. 76-82.
- Schäfer, I., Leitner, E.-C. von, Schön, G., Koller, D., Hansen, H., Kolonko, T., Kaduszkiewicz, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., & Bussche, H. van den. (2010). Multimorbidity Patterns in the Elderly: A New Approach of Disease Clustering Identifies Complex Interrelations between Chronic Conditions. *PLOS ONE*, 5(12), e15941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015941>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1–2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and „active ageing”: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 467–477. <https://doi.org/10.1177/1359105310384298>
- Szekeres T., Perczel-Forintos D., & Kresznerits Sz. (2023). A depresszió klinikai képe és differenciáldiagnosztikája időskorban. *Orvosi Hetilap*, 164(39), 1537–1543. <https://doi.org/10.1556/650.2023.32875>
- Szili I., Smohai M., Tanyi Zs., Mészáros V., Kovács D., Jakubovits E., & Kövi Zs. (2021). Időskori depresszió és életminőség. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 9(1), 90–111. <https://doi.org/10.52993/PSYHUNG.9.2021.1.6>
- Takács Sz. (2017). Bevezetés a matematikai statisztikába 2. - Többváltozós statisztikai módszerek. Antársz Kiadó. 140-163.
- Tate, R. B., Lah, L., & Cuddy, E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males: The Manitoba follow-up study. *The Gerontologist*, 43, 735–744.
- 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. <https://doi.org/10.1177/0091415019871207>
- Tiringer I., Varga J., & Molnár E. (2014). Kónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In J. Kállai, A. Oláh, & J. Varga (Szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (o. 305–331). Medicina.
- van den Bussche, H., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., von Leitner, E.-C., Schäfer, I., & Schön, G. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 11(1), 101. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-101>
- WHO. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf> 19-41.