

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

Pedagógiai és Pszichológiai Intézet

**Lakóhelyi körülmények szerepének vizsgálata az  
időskor megélésében rehabilitációs ellátásban  
részesülő idősök körében**

Szerző: Bede Melinda

Témavezető: Dr. Pachner Orsolya

Külső témavezető: Dr. Róthyné Kovács Babett

## Absztrakt

A 21. század társadalmi átalakulása az időskorúak szerepére, megítélésére és lakóhelyi társas körülményeire is hatást gyakorol. Kérdés, hogy miképp alakul az időskor megélése e társadalmi változások kontextusában, illetve, hogy mely tényezők húzódnak meg háttérben – tekintve az egyéni és a társas aspektus szerepét. Jelen kutatás célját olyan időskorú személyek vizsgálata adta, akik egy vármegyei kórház rehabilitációs osztályán részesülnek ellátásban, mivel a „kórházi lét” akcidentális krízise által megragadhatóbbá válnak azon megküzdést elősegítő tényezők, melyek a gyarapodó veszteségélmények következtében egyébként is meghatározók az idősök körében. A vizsgálat elrendezését tekintve keresztmetszeti, a résztvevők a WHO időskor definíciója értelmében 60. életévüket betöltött személyek (N=100). A mérőeszközök körébe egy szociodemográfiai kérdőív, saját szerkesztésű kérdések, egy demencia szűrő teszt, illetve standard kérdőívek tartoztak a társas támogatás, a reziliencia, a magányosság, az idősödéssel kapcsolatos attitűdök, az élet értelmessége, az időskori életminőség és a geriátriai depresszió tényezőjét felmérve. Eredményeink rámutatnak, hogy a szociális tényezők eltérő mértékben és különböző utakon fejtik ki hatásukat az időskor megélésére. Az életminőség, illetve az élet értelmessége háttérben alapvető a társas támogatás és a magányosság szerepe, ám az individuális tényezők befolyása sem vitatható. A depresszió esetén azonban kizárólagos egyéni meghatározottság mutatkozik, mely a minta sajátosságaival magyarázható: előfordul, hogy a depressziós tünetek háttérben csupán a kórházi ellátás akcidentális krízisének hatása azonosítható. A lakóhelyek szociális jellemzőinek vizsgálata az egyszemélyes háztartásban élők negatívabb helyzetére mutat rá, akik alacsonyabb támogatottsággal és magasabb magányosságérzéssel rendelkeznek, kevésbé tapasztalják meg az élet értelmességét, illetve magasabb szintű halálfélelem jellemzi őket. Ezen eredmények tükrében jelen kutatás fő üzenetét a szociális környezet átható szerepe adja, mely a 21. századi időseket érintő változások szempontjából jelentős átalakuláson megy keresztül. Úgy tűnik, hogy az egyedül élés kiemelt rizikó az időskor megélését tekintve, így előfordulhat, hogy a társadalmi előítéletek ellenére a szociális intézmények lesznek azok, melyek lehetőséget teremtenek ezen életszakasz pozitívabb megélésére az állandó társas közeg biztosítása által.

**Kulcsszavak:** *időskor megélése, lakóhely, szociális környezet, társas támogatás, magányosság*

## Tartalomjegyzék

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Szakirodalmi bevezető.....</b>                                                        | <b>4</b>  |
| <i>Társadalmi előregedés Magyarországon .....</i>                                        | <i>5</i>  |
| <i>A népesség öregedési folyamatának egészségügyi vonatkozása.....</i>                   | <i>5</i>  |
| <i>Időskorúak lakóhelyi társas körülményei a 21. században .....</i>                     | <i>6</i>  |
| <i>„Idősnek lenni” a 21. században.....</i>                                              | <i>7</i>  |
| <i>Életminőség egyéni meghatározottsága az időskor veszteség-elmélete tükrében .....</i> | <i>7</i>  |
| <i>Életminőség társas meghatározottsága az időskor aktivitás-elmélete tükrében .....</i> | <i>8</i>  |
| <i>Túl az én-integritáson és a kétségbeesésen: élet értelmessége és depresszió .....</i> | <i>8</i>  |
| <i>Időskor megélése a lakóhelyi társas körülmények függvényében.....</i>                 | <i>9</i>  |
| <b>Módszer .....</b>                                                                     | <b>9</b>  |
| <i>Célok .....</i>                                                                       | <i>9</i>  |
| <i>Hipotézisek, kutatási kérdések .....</i>                                              | <i>10</i> |
| <i>Vizsgálati személyek .....</i>                                                        | <i>10</i> |
| <i>Mérőeszközök.....</i>                                                                 | <i>11</i> |
| <i>Eljárás.....</i>                                                                      | <i>14</i> |
| <i>Statisztikai módszerek.....</i>                                                       | <i>14</i> |
| <b>Eredmények.....</b>                                                                   | <b>15</b> |
| <i>Leíró eredmények.....</i>                                                             | <i>15</i> |
| <i>Szociodemográfiai jellemzők.....</i>                                                  | <i>15</i> |
| <i>Lakóhelyi körülmények.....</i>                                                        | <i>15</i> |
| <i>Kórházi ellátás aspektusai .....</i>                                                  | <i>16</i> |
| <i>Mentális állapot: demencia.....</i>                                                   | <i>16</i> |
| <i>Az időskor megélésének lakóhelyi meghatározottsága.....</i>                           | <i>17</i> |
| <i>Szoociális tényezők lakóhelyi eltérései.....</i>                                      | <i>17</i> |
| <i>A szociális tényezők és az időskor megélésének kapcsolata .....</i>                   | <i>18</i> |
| <i>Az időskor megélésének lakóhelyi eltérései .....</i>                                  | <i>19</i> |
| <i>A rehabilitációs ellátás okának szerepe az időskor megélésében .....</i>              | <i>20</i> |
| <i>Szociális és egyéni tényezők szerepe az időskor megélésének hátterében.....</i>       | <i>21</i> |
| <i>Mediációs elemzés komponensei .....</i>                                               | <i>21</i> |
| <i>Direkt hatások .....</i>                                                              | <i>22</i> |
| <i>Az élet értelmességének meghatározói.....</i>                                         | <i>24</i> |
| <i>A depresszió meghatározói .....</i>                                                   | <i>24</i> |
| <i>Az életminőség meghatározói.....</i>                                                  | <i>25</i> |
| <b>Diszkusszió.....</b>                                                                  | <b>26</b> |
| <b>Irodalomjegyzék .....</b>                                                             | <b>31</b> |

## Szakirodalmi bevezető

A 21. századi modern társadalmak időskorhoz való viszonyulása nagy mértékű változást mutat a korábbi generációkhoz képest. Egykor alapvetőnek számított az idősök társadalmilag elismert tekintélye és privilégiumokkal való jutalmazása, melynek háttérében a „bölcsgondolkodó szereppel” való felruházás állt (Kállai, 2013; in: Törőcsik, 2015). Napjainkban azonban kettős szemlélet uralkodik, amely által az időskorúak stabil értékrenddel, gazdag tapasztalattal és bölcsességgel való jellemzése mellett az öregedéstől való félelem, a negatív, leértékelő attitűdök (Füzesi et al., 2013), illetve a szeretethez, tisztelethez, félelemhez és undorhoz hasonló ellentétes érzelmek is megjelennek (Islam, 2016).

Az időseket érintő sztereotípiák, előítéletek és diszkriminatív megnyilvánulások az ageizmus jelenségéhez köthetők (Ayalon et al., 2019), melynek alapjául a valós vagy vélt életkori sajátosságok szolgálnak (Butler, 1968; in: Islam, 2016). E negatív viszonyulás sok esetben olyan túláltalánosított jellemzőkön alapul, mint a rigiditás, az inkompetencia és az inaktivitás (Füzesi et al., 2013), ugyanakkor a népesség öregedésével járó egészségügyi és szociális szükségletek okozta társadalmi teher (Ferwagner & Pék, 2021) is indikátorként szolgálhat. Az ageizmus magyarázó kerete a modernizációs elmülethez kapcsolódik, mely szerint az időskorúak képtelenek alkalmazkodni a modern társadalmak megváltozott helyzetéhez és technológiai fejlődéséhez, így elveszítik korábban érvényben lévő társadalmi státuszukat (Islam, 2016). Az alkalmazkodás sikertelensége következtében jellemző, hogy a hagyományos társadalmi intézmények kirekesztik őket, ami az idősök részéről társadalmi inaktivitáshoz, vagyis egy „szerep nélküli szerephez” vezethet (Burgess, 1960; in: Islam, 2016).

A 21. század társadalmi változásai következtében tehát fókuszba kerül az időskorúak helyzete: az idősök társadalmi szerepének és megítélésének átalakulása mellett lakóhelyi társas körülményeikben is változás látható, ami a családi struktúrák, illetve a munkavállalási tendenciák átfonnálódásához köthető. Lényegi továbbá, hogy a népesség öregedési folyamata következtében előtérbe kerülnek a krónikus megbetegedések (Cserháti et al., 2023a), melyek szintén befolyást gyakorolnak a jóllétre (Ferwagner, 2023). Az időskorúak helyzetének több síkon történő átalakulását figyelembe véve kutatásunk célját ezen életszakasz szubjektív megélésének vizsgálata, illetve háttértényezőinek megértése adta. A társadalmi változások szempontjából kiemelt a szociális protektív és rizikótényezők szerepe, ám kérdéses, hogy e társas meghatározottságok milyen mértékben érvényesülnek más egyéni tényezők mellett.

## ***Társadalmi előregedés Magyarországon***

A társadalmi előregedés egyre élesebb tendenciát mutat napjainkban, mely folyamat háttérében a szülési hajlandóság csökkenése, illetve a halálozási mutatók javulása azonosítható (Botos, 2018). A Központi Statisztikai Hivatal (2024a) adatai szerint az elmúlt 40 évben megduplázódott a 65 év feletti időszerűak száma Magyarországon. Az időszerű populáció hasonló mértékű növekedése a gondozási igény fokozódása következtében jelentős terhet ró az aktív korúakra, ami családokat, illetve a szociális és az egészségügyi ellátórendszert egyaránt érinti (Patyán & Leleszi-Tróbert, 2022). A probléma mértékének megragadását az időszerűak eltartottsági rátája teszi lehetővé, mely szerint 1000 aktív korú személyre 319 időszerű jut napjainkban (KSH, 2024a). Ezen arány 2070-re elérheti a 612-t, ami már beláthatatlan terhet jelent az ellátóhálózat számára (KSH, 2024b).

### ***A népesség öregedési folyamatának egészségügyi vonatkozása***

A halálozási mutatók javulása a várható élettartam növekedését eredményezi, ami az Eurostat (2024) hazai adatai szerint a 65 év feletti nők esetén további 18,1 életévet, a férfiak esetén pedig 14,2 évet takar. Ám a 65 éves korban várható egészségben eltöltött életévek száma jelentősen alacsonyabb: a nők körében 7,5, a férfiak körében pedig 6,6 év. Ennek értelmében elmondható, hogy a 65 év feletti időszerű életéveik több, mint felét betegségben töltik el, ami az esetek jelentős részében krónikus megbetegedést takar – tekintve például a daganatos és a kardiovaszkuláris betegségeket, a diabetest, a reumás ízületi gyulladást és az Alzheimer-kórt. A krónikus betegségek nem fertőző, lassú progresszióval bíró és többnyire nem gyógyítható állapotok, melyek kialakulása összefügg az életmódbeli tényezőkkel, előfordulásuk pedig szigorú emelkedést mutat az életkorral (Prasad et al., 2012). Magyarországon a 65 év feletti időszerűak 69,6%-a él krónikus betegséggel (KSH, 2023a).

A krónikus betegségek és a funkciókárosodások előtérbe kerülésével felértékelődik a rehabilitációs ellátás szerepe. A rehabilitációs medicina célját az egészségkárosodás miatt fogyatékos vagy fogyatékoság szempontjából fokozottan veszélyeztetett személyek funkcióképességeinek optimalizálása adja, így tevékenysége a károsodott szervek orvoslása helyett a fogyatékosággal élő és krónikusan beteg emberekre irányul (European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance, 2018; in: Cserhádi et al., 2023a). A rehabilitációs ellátás Magyarországon többnyire kórházi fekvőbeteg ellátás formájában biztosított, ám néhány intézményben nappali és járóbeteg ellátás is elérhető. A rehabilitáció különböző formáihoz való hozzáférés korlátozott: a fekvőbeteg és nappali kórházi ellátás esetén maximális kihasználtság

mutatkozik, ami kérdéseket vet fel a növekvő szükségletek jövőbeni kielégítésének lehetőségeivel kapcsolatban (Cserhádi et al., 2023a).

Az Egészségügyi Világszervezet állásfoglalása szerint a multidiszciplináris megközelítéssel rendelkező integrált ellátás hatékony megoldást nyújthat (WHO, 2016) a Magyarországon jellemző kórházi fekvőbeteg ellátással szemben. Az integrált ellátás alapkonceptiója, hogy az egészségügyi és a szociális ellátórendszer ágazatainak együttműködése által összefüggő rendszert teremtsen az akut ellátástól a közösségi ellátásig (Barry et al., 2021; in: Cserhádi et al., 2023b). Noha előfeltételei a gazdaságilag kevésbé fejlett kelet-közép-európai országokban kevésbé teljesülnek, érdemi támpontokat nyújt az ellátásszervezésre vonatkozóan (Cserhádi et al., 2023b), mivel beemeli a krónikus betegségek folyamatos ellátásának gondolatát az epizodikus kezelés helyett, mely a hatékonyság növelése által előrelépést jelentene az érintettek állapota és az ellátórendszer terheltsége szempontjából (Hughes et al., 2020).

### ***Időskorúak lakóhelyi társas körülményei a 21. században***

A 21. század társadalmi folyamatai – mint a munkateher növekedése, a családok individualizációs folyamatai és az időskorúakhoz való negatívabb viszonyulás – az idősök lakóhelyi társas körülményeire is hatást gyakorolnak (Ferwagner & Pék, 2021). Korábban az időskorúak mindennapi ellátását családtagjaik végezték, ám e tendencia eltűnőben van, ahogy az egykor népszerű többgenerációs háztartások is (Töröcsik, 2015). A 2017-es hazai adatok értelmében a magánháztartásban élő időskorúak csupán 23%-a él együtt gyermekével, illetve annak családjával – tehát többgenerációs háztartásban. Noha a házastárssal, illetve élettárrsal élők egyelőre többségben vannak, egyre nő az egyszemélyes háztartásban élők száma, ami a magánháztartásban élő magyar időskorúak 29%-át érinti (Székely, 2017). Az egyedül élő időskorúak esetén a nők 11 és a férfiak 21%-a arról számol be, hogy nincs olyan hozzátartozója, aki szükség esetén meg tudná oldani ellátását (Monostori & Gresits, 2018). Jelentős változás továbbá, hogy a szociális intézmények népszerűsége folyamatos növekedést mutat: míg 2000-ben 39.847 fő, 2023-ban 56.173 fő számolt be arról Magyarországon, hogy idősök otthonában él (KSH, 2023b). A bentlakást nyújtó intézmények elsősorban olyan időskorú személyek ellátásáért felelősek, akik egészségügyi, illetve mentális állapota indokoltta teszi azt. Ám a mindennapi életvitelhez kapcsolódó szükségletek kielégítése mellett a testi és a lelki egészség gondozására is hangsúly kerül – például gyógytorna, mentálhigiénés segítség és közösségi programok formájában (Szücs, 2013).

### ***„Idősnek lenni” a 21. században***

Az időskor életszakasza a pszichoszociális fejlődés „csúcsaként” értelmezhető, hisz az egyén szükségszerűen szembenéz életútjával – melynek elfogadása az én-integritás eléréséhez, hiánya azonban kétségbeeséshez vezethet. Így elmondható, hogy az élettapasztalatok összességé lenyomatot képez az időskor megélésén (Erikson, 1950; in: Szabó, 2020). Az időskor megélése szempontjából kiemelt tényező az életminőség, mely az érzékelési képességek, az autonómia, a múlt, jelenre és jövőre vonatkozó képességek, a társadalmi részvétel, a halandóság elfogadása, illetve az intimitás jellemzői által (WHO, 2006; Tróznai & Kullmann, 2007) globális képet ad az egyén fizikai, lelki és szociális jóllétéről (Kopp & Martos, 2011). Kutatásunkban arra kerestük a választ, hogy mennyiben mutatkozik meg a szociális (társas támogatás, magányosság), illetve az egyéni tényezők hatása (reziliencia, idősödéssel kapcsolatos attitűdök) az időskor fejlődési krízisének kimenetelében, illetve az életminőségben.

#### *Életminőség egyéni meghatározottsága az időskor veszteség-elmélete tükrében*

Időskorban megsokszorozódik a veszteségélmények gyakorisága, ami fokozott kockázatot jelent az életminőségre nézve. Az időseknek többnyire szembe kell nézniük a munkaviszony megszűnésével és a jövedelemcsökkenéssel, a közeli hozzátartozók halálával, a társadalmi szerepvesztéssel, az esetleges lakóhelyváltással, valamint az általános egészségügyi állapot, az érzékszervi működés és a kognitív funkciók fokozatos hanyatlásával (Ferwagner, 2023). A veszteség-elmélet szerint az időskor a halmozódó veszteségek korszaka, mely során az egyén lemond képességeiről, szerepeiről és kapcsolatairól (Lampek, 2015). E megközelítés előtérbe helyezi az egyéni protektív faktorok szerepét, melyek elősegítik a korrall járó akcidentális krízisekkel való megküzdést. E pszichológiai erőforrások körében kiemelt jelentőséggel bír a reziliencia – vagyis a viszontagságokkal szembeni ellenállóképesség, ami háttérrel biztosít a külső (például kortársak halála) és a belső veszteségekkel (például krónikus betegségek) való megküzdéshez (Rowe & Kahn, 1987).

Az életminőség csökkenése tehát nem törvényszerű az életkor előrehaladtával (Ferwagner, 2023), ám a megküzdés sikerességét további egyéni tényezők befolyásolhatják. Az idősödéssel kapcsolatos attitűdök az életminőség és az életkilátások alapvető meghatározói, melyek az egyén személyes beállítódását takarják az időskor nyereséggel, illetve veszteséggel való azonosításának dimenzióján belül. Míg a nyereségekre való fókuszálás az öregedéshez való pozitív hozzáállást, az aktív életmódot és a fizikai állapothoz való alkalmazkodást hordozza magában, addig veszteségek szem előtt tartása gátat szab a törekvéseknek, ami az életminőség romlását eredményezheti (Vaillant & Mukamal, 2004; in: Tróznai & Kullmann, 2007).

### *Életminőség társas meghatározottsága az időskor aktivitás-elmélete tükrében*

Az aktivitás-elmélet pozitívabb keretek közé helyezi az időskor életszakaszát, de nem vitatja a fizikai és a mentális egészség irreverzibilis változásainak negatív hatását (Walker, 2002; in: Lampek, 2015). Az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) a következőképp határozza meg az aktív idősödés fogalmát: „Az aktív idősödés lehetőséget teremt arra, hogy az emberek kiterjesszék lehetőségeiket a fizikai, társadalmi, mentális jóllét területein az egész életciklusukon keresztül, és hogy részt vehessenek a társadalomban, mialatt megfelelő védelemben, szociális biztonságban, gondozásban részesülnek a szükségleteik szerint.” (UNECE, 2012; in: Patyán & Leleszi-Tróbert, 2022).

Az aktivitás-elmélet a személyes törekvéseken és az egyéni tényezőkön túl a közösség felelősségére is hangsúlyt fektet, mivel az egészség megléte és a betegség hiánya mellett a társas kapcsolatok minősége – így a családhoz tartozás is meghatározó az életminőségre nézve (Füzesi & Boros, 2015). A fizikai, lelki és szociális jóllét szempontjából a társas támogatás védőtényezőként szolgál a gondozás biztosítása, illetve a megküzdés elősegítése által (Cohen, 2004). Jelentős nehézség azonban, hogy az életkor előrehaladtával a kapcsolati háló folyamatosan szűkül (Albert, 2016), így az életminőséget tekintve kiemelt rizikófaktor a magányosság (Patyán, 2014), mely hatására nő a depresszió, a kognitív hanyatlás (Smith et al., 2016), a morbiditás, illetve a mortalitás kockázata (Cserháti et al., 2010).

### *Túl az én-integritáson és a kétségbeesésen: élet értelmessége és depresszió*

A pszichoszociális fejlődéselmélet alapján (Erikson, 1950; in: Szabó, 2020) az időskor életszakasza a teljes életív tapasztalatainak és pszichológiai feladatainak összességéként értelmezhető. Az életciklus-modell szerint az egyén fejlődése az életszakaszok során fellépő krízisekkel való megküzdés által lehetséges, mely sikeressége az erőforrások, sikertelensége pedig az elakadások halmozódását eredményezi. Az időskor szakasza kitüntetett jelentőségű, hisz az egyén számot vet életútjával, melynek feltétel nélküli elfogadása az én-integritás állapotához, hiánya pedig kétségbeeséshez vezethet, ami gyakorta halálfélelemmel társul.

Az időskor életszakaszának optimális kimenetele az élet értelmességének megelégsztését feltételezi, ami a mentális egészség központi komponensének tekinthető (Frankl, 1997; in: Konkoly Thege et al., 2008). A negatív kimenetel esetén megjelenő kétségbeesés és halálfélelem pedig jelentős hasonlóságot mutat az időskori depresszióval, mely alapvető tünetei közé a nyomott hangulat és az érdeklődés hiánya sorolható, ám az értéktelenség-érzés, a halállal kapcsolatos gondolatok, a koncentrációs nehézségek, illetve a pszichomotorium és a vegetatív funkciók változása is érdemi tünetként szolgál (Csókási, 2015).

Az élet értelmessége és a depresszió tehát az időskor megélésének ellentétes végpontjaiként értelmezhetők. Az élet értelmessége háttérben kulcsfontosságúak a szociális protektív faktorok, hisz magasabb szintű megélése érdekében szükségszerű, hogy önmagunkon kívüli értékekre fordítsunk figyelmet (Frankl, 1996; in: Konkoly Thege & Martos, 2006). Az időskori depressziót tekintve szintén meghatározó a szociális aspektus – kiemelve a társas támogatást, hisz a szociális izoláció és a magányosság jelentősen növeli kockázatát (Blazer, 2003; in: Csókási, 2015). Ugyanakkor a reziliencia védőfaktora sem elhanyagolható az egyéni tényezők közül, hisz elősegíti a veszteségekkel való megküzdést, mely által csökkenhet a depresszió kockázata (Csókási, 2015) és nőhet az élet értelmességének megélése (Miao & Cao, 2024).

#### *Időskor megélése a lakóhelyi társas körülmények függvényében*

Az időskorúak lakóhelyi társas körülményeinek átalakulása kérdéseket vet fel a társas támogatás és a magányosság szociális tényezőinek érvényesülésével, illetve az életminőség, az élet értelmessége és a depresszió lakóhelyi meghatározottságával kapcsolatban. Magas társas támogatottság esetén a szeretet, a gondoskodás és a kölcsönösség érzete által érzelmi és fizikális biztonság tapasztalható, így az erős családi kötelékek védőtényezőként szolgálhatnak a jóllétre nézve (Ferwagner & Pék, 2021). A szociális intézmények növekvő népszerűsége következtében kérdés, hogy miképp alakul a szociális tényezők érvényesülése és az időskor megélése az idősök otthonában élő személyek esetén. Noha a családi integritás eredményezte érzelmi biztonság kevésbé dominál esetükben, a mindennapi ellátásból adódó fizikai biztonság, illetve a gondozók és a lakótársak „kompenzáló hatása” annál jelentősebb. Az egyszemélyes háztartásban élő időskorúak esetén azonban kedvezőtlenebb körülmények valószínűsíthetők a társas támogatás alacsonyabb észlelt mértéke (Kopp & Székely, 2013) és a közeli kapcsolatok hiányából fakadó magányosság következtében. Fontos azonban kiemelni, hogy a szociális izoláció és a magányosság együttjárása nem törvényszerű (Cavallerro et al., 2007), hisz a magányosságérzés az egyén pszichológiai jellemzőitől is függ – tekintve például a rezilienciát (Jakobsen et al., 2020). Így belátható, hogy az életminőséget, az élet értelmességét és a depressziót meghatározó társas és egyéni dimenzió korántsem független egymástól.

## **Módszer**

### ***Célok***

Korábbi kutatási eredményeink alapján elmondható, hogy az időskorúak lakóhelyi társas körülményei meghatározzák az észlelt társas támogatás mértékét. A társas támogatás összefügg az időskor megélésével, azonban nem mutatkoznak érdemi lakóhelyi különbségek, amit a

lakóhelyenként eltérő háttértényezők indokolhatnak (Bede & Pachner, 2024). Ezen eredmények tükrében jelen kutatás célját a szociális (társas támogatás, magányosság) és az egyéni tényezők (reziliencia, idősödéssel kapcsolatos attitűdök) kapcsolatának vizsgálata adta az időskor megélésének aspektusaival (élet értelmessége, depresszió, életminőség). Így szükségessé vált a tényezők összefüggéseinek és lakóhelyi eltéréseinek megértése, továbbá annak feltárása, hogy milyen mértékű a szociális tényezők hatása az egyéni meghatározottságúakkal szemben. Ezen célok megvalósítását szolgálta, hogy a kutatás egy vármegyei kórház rehabilitációs osztályán zajlott, hisz feltételeztük, hogy a „kórházi lét” akcidentális krízise által megragadhatóbbá válnak az egyes megküzdést elősegítő tényezők – tekintve a társas támogatást és a rezilienciát. Ugyanakkor a kórházi ellátás önmagában is hatást gyakorolhat az időskor megélésére, figyelembe véve a kórházban való tartózkodás „okának” jellegzetességeit.

### ***Hipotézisek, kutatási kérdések***

1. *Hipotézis:* A lakóhelyi csoportok (egyszemélyes háztartásban élő; többgenerációs háztartásban élő; házastárssal, illetve élettárssal élő; szociális intézményben élő időskorúak) különböznek a szociális tényezők mentén (társas támogatás; magányosság).
2. *Hipotézis:* A szociális tényezők (társas támogatás; magányosság) kapcsolatban állnak az időskor megélésének aspektusaival (élet értelmessége; depresszió; életminőség).
3. *Hipotézis:* A lakóhelyi csoportok (egyszemélyes háztartásban élő; többgenerációs háztartásban élő; házastárssal, illetve élettárssal élő; szociális intézményben élő időskorúak) különböznek az időskor megélésének aspektusai mentén (élet értelmessége; depresszió; életminőség).
1. *Kutatási kérdés:* Mennyiben határozza meg az időskor megélését (élet értelmessége; depresszió; életminőség) a rehabilitációs ellátás oka (tervezett; nem tervezett)?
2. *Kutatási kérdés:* Mennyiben függ az időskor megélése (élet értelmessége; depresszió; életminőség) a szociális (társas támogatás; magányosság), és az egyéni aspektusoktól (reziliencia; idősödéssel kapcsolatos attitűdök)?

### ***Vizsgálati személyek***

Jelen kutatás résztvevői a WHO időskor definíciója értelmében 60. életévüket betöltött személyek, akik egy vármegyei kórház rehabilitációs osztályán részesülnek ellátásában (N=100). A résztvevők elérését kórházi dolgozók segítették célzott szakértői mintavételezés által. Az osztályon tartózkodók „kiválasztásának” kritériumai közé olyan szempontok tartoztak, melyek meghatározók a kérdőíves módszer hatékonyságát tekintve – mint például a kognitív

hanyatlás mértékének, illetve a beszéd és a megértés zavarainak figyelembevétele, továbbá, hogy mely kórházi osztályról érkezett a beteg és milyen betegség/állapot előzménnyel. A rehabilitációs ellátásba összesen négy kórházi osztályról érkeznek betegek, melyekről a szakértői mintavétel kritériumai értelmében eltérő arányban kerültek a mintába. A traumatológiai (például combnyaktörés) és az ortopédiai (például csípő-, illetve térdprotézis) osztályról érkező betegek bevonhatók voltak a vizsgálatba, ahogy az érsebészeti osztályról érkezők is (például amputáció). Ám a neurológiai osztályról érkező betegek közül (például stroke) csupán a jobb állapotban lévők kerültek kiválasztásra. Jelen kutatás fókuszát a szociális aspektus adta, ami a minta rétegezését kívánta meg a lakóhelyi társas körülmények szerint: 1. egyszemélyes háztartásban élők; 2. többgenerációs háztartásban élők; 3. házastárssal, illetve élettárral élők; 4. szociális intézményben élők.

### ***Mérőeszközök***

A kérdőívcsomag egy szociodemográfiai kérdőívből, a kórházi ellátás aspektusaira vonatkozó saját szerkesztésű kérdésekből, illetve hét standard kérdőívből tevődik össze, melyek a társas támogatás, a reziliencia, a magányosság, az idősödéssel kapcsolatos attitűdök, az élet értelmessége, az időskori életminőség és a geriátriai depresszió mérését teszik lehetővé. A mérőeszközök leíró eredményeit az 1. Táblázat szemlélteti.

A *szociodemográfiai kérdőív* által egyrészt olyan alapvető adatok kerültek felmérésre, mint a nem, az életkor, a családi állapot és a legmagasabb iskolai végzettség, másrésztől kiemelt figyelmet fordítottunk a résztvevők lakóhelyi körülményeinek aspektusaira. Ennek megfelelően felmérésre került a település jellege (például város), a lakóhely jellege (például családi ház), a lakóhely komfortfokozata (például összkomfortos) és a lakóhely társas körülményei (például egyszemélyes háztartás). A kórházi ellátás jellemzőit *saját szerkesztésű kérdésekkel* ragadtuk meg, melyek által olyan információk kerültek feltárára, mint a rehabilitációs osztályon való tartózkodás ideje (Mióta? Várhatóan meddig?) és oka (tervezett és nem tervezett).

A *MOS SSS* (Sherbourne & Stewart, 1991; Sz. Makó et al., 2016) az észlelt társas támogatást feltáró többdimenziós önkitöltős kérdőív, mely összesen 20 tételt tartalmaz. Az 1. tétel a szociális háló kiterjedtségét azonosítja, a további 19 pedig a társas támogatás 3 típusát hivatott felmérni: instrumentális támasz (2., 5., 12., 15. tétel), érzelmi-információs támasz (3., 4., 8., 9., 13., 16., 17., 19. tétel) pozitív szociális interakción alapuló támasz (6., 7., 10., 11., 14., 18., 20. tétel). A kitöltők 5-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat aszerint, hogy az adott támasz típus milyen gyakran áll rendelkezésükre. Például: „Akad valaki, aki segít, ha ágynak esik.” (2. tétel; instrumentális támasz alskála). A társas támogatás globális mutatója a skála 19 tételének

összpontszámából adódik (minimum 19, maximum 95 pont), a támasz típusok pontértékét pedig a kapcsolódó tételek átlaga adja (minimum 1, maximum 5 pont).

A *Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív* 10 tételes változata (CD-RISC-10; Connor & Davidson, 2003; Járai et al., 2015) a problémákkal, illetve a stresszel való megküzdés képességét méri. A kitöltők 5-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat aszerint, hogy milyen mértékben jellemző rájuk az adott állítás. Például: „Amikor a dolgok reménytelennek tűnnek, akkor sem adom fel.” (4. tétel). A reziliencia mértéke a skála összpontszámából adódik, ami minimum 0, maximum 40 pont.

Az *UCLA Magányosság Skála 3. verziója* (UCLA-LS; Russell et al., 1980; Szabó et al., 2022) a magányosságérzés mérésére szolgáló önkitöltős kérdőív, mely 20 tételt tartalmaz (fordított tételek: 1., 5., 6., 9., 10., 15., 16., 19., 20.). A kitöltők egy 4-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat aszerint, hogy milyen gyakran jellemző rájuk az adott tétel. Például: „Milyen gyakran érzi azt, hogy már senkihez sem áll közel?” (7. tétel). A magányosság mértéke a skála összpontszámából adódik, ami minimum 20, maximum 80 pont.

Az *Idősödéssel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív* (AAQ; WHO, 2006; Tróznai & Kullmann, 2007) egy 24 tételből álló többdimenziós kérdőív, mely 3 alskála által ragadja meg az idősödéssel kapcsolatos vélekedéseket: növekedés (1., 2., 4., 5., 10., 18., 19., 21. tétel), veszteség (3., 6., 9., 12., 15., 17., 20., 22. tétel) fizikai változás (7., 8., 11., 13., 14., 16., 23., 24. tétel). A válaszadók 5-fokú Likert-skálán fejezhetik ki véleményüket az adott tétellel kapcsolatban. Például: „Ahogy öregszem, egyre nehezebb az érzéseimről beszélni.” (9. tétel; veszteség alskála). A skála kiértékelése összpontszám által lehetséges, ami minimum 24, maximum 120 pont. A globális mutató kiszámításához a veszteség alskála tételeinek megforgatása szükséges, így a magasabb pontszám pozitívabb attitűdöket tükröz.

A *Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálája* (BSCI-LM; Rahe & Tolles, 2002; Konkoly Thege et al., 2008) egy 8 tételes önmagában is alkalmazható kérdőív, amely megragadja, hogy a személy értelmesnek érzi-e életét. A skála 6 pozitívan (1., 3., 4., 6., 7., 8. tétel) és 2 negatívan megfogalmazott tételt (2., 5. tétel) tartalmaz. A válaszadók 3-fokú Likert-skálán fejezhetik ki, hogy milyen mértékben jellemző rájuk az adott állítás. Például: „Meg vagyok békélve a helyemmel az életben.” (8. tétel). Az élet értelmességének mutatóját az alskála összpontszáma adja, ami minimum 0, maximum 16 pont.

A *WHOQOL-OLD* egy 24 tételből álló többdimenziós kérdőív, mely az időskori életminőséget hivatott feltárni (WHO, 2006; Tróznai & Kullmann, 2007). A skála 6 dimenzió által teszi lehetővé a globális életminőség megragadását, melyek mindegyike 4 tételt tartalmaz: érzékelési képességek (1.\*, 2.\*, 10.\*, 20. tétel); autonómia (3., 4., 5., 11. tétel); múltra, jelenre

és jövőre vonatkozó képességek (12., 13., 15., 19. tétel); társadalmi részvétel (14., 16., 17., 18. tétel); halál és haldoklás (6.\*, 7.\*, 8.\*, 9.\* tétel); intimitás (21., 22., 23., 24. tétel). A válaszadók 5-fokú Likert-skálán fejezhetik ki véleményüket arról, hogy mennyire értenek egyet az adott állítással. Például: „Mennyire van alkalma, hogy valakit szeressen?” (23. tétel; intimitás alskála). A negatívan megfogalmazott tételek (\*) megforgatását követően az életminőség globális mutatóját a skála összpontszáma adja (minimum 24, maximum 120 pont), a dimenziók kiértékelése pedig a kapcsolódó 4 tétel összegzésével történik (minimum 4, maximum 20 pont).

A 15 tételes *Rövid Geriátriai Depresszió Skála* (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986; Perczel-Forintos et al., 2018) az időskori depressziós tünetegyüttes felmérésére szolgál. A résztvevők igen/nem válaszadás formájában rögzíthetik állásfoglalásukat a kérdések mentén, annak megfelelően, ahogy az elmúlt héten érezték magukat. Például: „Gyakran unatkozott?” (4. tétel). A skála értékelése során minden válasz, amely a depressziós tünetek meglétére utal, 1 pontot kap: az 1., 5., 7., 11. és 13. tétel esetén a „nem”, a 2., 3., 4., 6., 8., 9., 10., 12., 14. és a 15. tétel esetén pedig az „igen” válaszok. A depresszió mértéke az összpontszámból adódik, ami minimum 0, maximum 15 pont. Az összpontszám alapján három övezet különíthető el: normál övezet (0-4 pont); közepesúlyos (5-10 pont) és súlyos depresszió (11-15 pont).

### 1. Táblázat

#### *Mérőeszközök leíró eredményei*

|                   | Átlag  | Szórás | Minimum | Maximum | Cronbach- $\alpha$ |
|-------------------|--------|--------|---------|---------|--------------------|
| <b>MOS SSS</b>    | 80,180 | 15,324 | 32      | 95      | 0,928              |
| <b>CD-RISC-10</b> | 30,00  | 6,023  | 15      | 40      | 0,748              |
| <b>UCLA-LS</b>    | 34,890 | 9,561  | 20      | 70      | 0,865              |
| <b>AAQ</b>        | 89,320 | 12,441 | 58      | 117     | 0,800              |
| <b>BSCI-LM</b>    | 13,138 | 2,622  | 2       | 16      | 0,643              |
| <b>WHOQOL-OLD</b> | 95,870 | 12,214 | 62      | 118     | 0,856              |
| <b>GDS-15</b>     | 3,277  | 3,393  | 0       | 14      | 0,843              |

Noha a kognitív hanyatlás figyelembevétele a célzott szakértői mintavétel kritériumai közé tartozott, mérőeszközeink körét egy demencia szűrő teszt is bővíti az eredmények megbízhatóságának biztosítása érdekében. A *Mini Mental State Examination* (MMSE) egy kognitív teszt, mely a demencia szűrésére és súlyossági fokának megállapítására alkalmas

(Fábián, 2014). A teszten elérhető maximális pontszám 30. Az összpontszám alapján 4 súlyossági övezet meghatározható: normál (24-30 pont), enyhe (15-23 pont), középsúlyos (10-14 pont) és súlyos demencia (10 pont alatt).

### ***Eljárás***

A kutatás egyetem és kórház általi engedélyezését követően a személyes adatfelvétel 2024. január és augusztus között zajlott. A célzott szakértői mintavétel értelmében az adatfelvétel – a rehabilitációs osztályra való betegfelvétel ütemezése szerint – heti egy konzultációval társult. A kutatásban való részvételi kritériumok alapján kiválasztott személyek esetén az adatfelvételt a tájékoztató és beleegyező nyilatkozat ismertetése, beleegyezés esetén pedig annak kitöltése előzte meg. A kérdőívsomag terjedelmére való tekintettel az adatfelvétel két részletben zajlott (többnyire egy héten belül). Míg a kérdőívsomag első része (szociodemográfiai kérdőív, saját szerkesztésű kérdések, MOS SSS, UCLA-LS, WHOQOL-OLD, AAQ) körülbelül 40-60 percet, addig második része (CD-RISC-10, BSCI-LM, GDS-15, MMSE) 30-50 percet vett igénybe. Az esetek többségében az adatfelvétel egy vizsgáló helyiségben zajlott, ám a vizsgálati személyek állapotától függően a kórházi ágy mellett is megoldott volt. Amennyiben a *Rövid Geriátriai Depresszió Szűrő Skála*, illetve a *Mini Mental State Examination* eredménye indokoltta tette, jelzés történt a rehabilitációs osztály főorvosa, illetve a kórházi pszichológus felé.

### ***Statisztikai módszerek***

Az adatok statisztikai elemzéséhez az SPSS 29.0 és a JASP 0.19 programcsomagot használtuk. A Shapiro-Wilk normalitásvizsgálat alapján csupán az *Idősödéssel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív* esetén teljesült a normális eloszlás, így többnyire nem-parametrikus próbákat alkalmaztunk. A lakóhelyi különbségek feltárásához a szociális tényezők (társas támogatás, magányosság) és az időskor megélésének aspektusai (élet értelmessége, depresszió, időskori életminőség) esetén Kruskal-Wallis próbát végeztünk, a változók közötti együttjárást pedig Spearman-féle korrelációval vizsgáltuk. A kórházi ellátás oka alapján (tervezett, nem tervezett) az időskor megélésében látható különbségek megértéséhez Mann-Whitney U-tesztet alkalmaztunk. Az egyéni és a szociális tényezők szerepének feltárása érdekében az adatok standardizálását követően mediációs elemzést végeztünk robusztus modellillesztési módszert alkalmazva, a hiányzó adatokat pedig maximum likelihood-alapú becsléssel kezeltük.

## Eredmények

### *Leíró eredmények*

#### *Szociodemográfiai jellemzők*

A teljes minta 100 résztvevőből áll – ám a kérdőívesomag második felét csupán 94 fő töltötte ki. A résztvevők a WHO besorolása alapján három életkori csoportra különíthetők el: idősödő (60-74), idős (75-90), és agg életkorúak (90 felett). E felosztás szerint a résztvevők 61%-a az idősödő, 39%-a pedig az idős kategóriába esik, agg életkorú személy tehát nem került a mintába ( $M=72,610$ ;  $SD=6,600$ ;  $Min=60$ ;  $Max=89$ ). A nemek megoszlása kiegyenlítettnek tekinthető: 77 nő és 23 férfi teszi ki a mintát, akik átlagéletkora nem mutat érdemi különbséget ( $M_{nő}=73,130$ ,  $SD_{nő}=6,843$ ;  $M_{fi}=70,870$ ,  $SD_{fi}=5,488$ ). A legmagasabb iskolai végzettséget tekintve közel azonos elemszámú csoportok láthatók: a résztvevők 25%-a általános iskolát, 30%-a szakközépiskolát, 26%-a középiskolát, 19%-a pedig főiskolát vagy egyetemet végzett.

#### *Lakóhelyi körülmények*

A vizsgálati személyek többsége vármegyeszékhelyen él (56%), ám városból (16%) és faluból (28%) is érkeztek a vármegyei kórház rehabilitációs osztályára. A lakóhelyi jellemzőket tekintve 65 fő családi házban, 14 fő sorházban, 21 fő pedig lakótelepi lakásban lakik – mely résztvevők közül 81% úgy nyilatkozott, hogy otthona összkomfortosnak tekinthető, míg 17% komfortosnak, 2% pedig komfort nélkülinek ítélte azt. A lakóhelyi társas körülményeket tekintve kiegyenlített az egyes csoportok aránya, azonban szociális intézményben élők nem kerültek a mintába. A családi állapot szempontjából változatosságot tükröz a lakóhelyi csoportok összetétele, melynek szemléltetésére 2. Táblázat hivatott.

### *2. Táblázat*

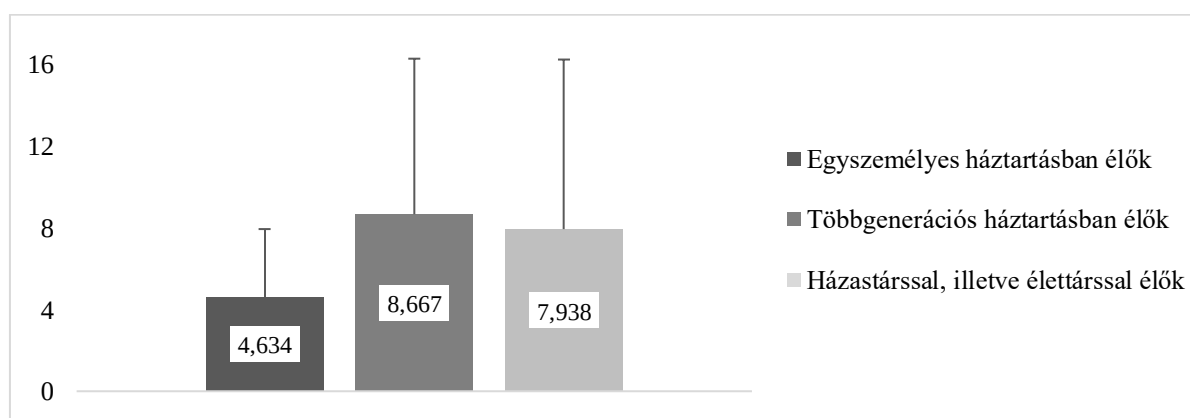
*Családi állapot a lakóhelyi társas körülmények szerint*

| Családi állapot     | Lakóhelyi társas körülmények          |                                         |                                               |
|---------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                     | Egyszemélyes háztartásban élők (N=41) | Többgenerációs háztartásban élők (N=27) | Házastárssal, illetve élettárssal élők (N=32) |
| Nőtlen/hajadon      | 4                                     | 1                                       | 0                                             |
| Házass              | 0                                     | 12                                      | 30                                            |
| Élettársi kapcsolat | 1                                     | 0                                       | 1                                             |
| Elvált              | 8                                     | 3                                       | 1                                             |
| Özvegy              | 28                                    | 11                                      | 0                                             |

A lakóhelyi körülményeket tekintve a társas háló kiterjedtsége is informatív, ami a közeli kapcsolatok mennyiségi mutatójaként azonosítható. A teljes minta esetén a résztvevők szociális kapcsolatainak száma nagy változatosságot mutat, ami minimum 0, maximum 40 főt takar ( $M=6,780$ ;  $SD=6,675$ ). A lakóhelyi csoportokon belül az egyszemélyes háztartásban élők számolnak be a legkevesebb közeli kapcsolatról ( $M=4,634$ ;  $SD=3,307$ ), őket követik a házastárssal, illetve élettárssal élők ( $M=7,938$ ;  $SD=8,304$ ), végül pedig a többgenerációs háztartásban élő időskorúak ( $M=8,667$ ;  $SD=7,616$ ) – mely eredményeket az 1. Ábra szemlélteti.

1. Ábra

*Társas háló kiterjedtsége a lakóhelyi társas körülmények szerint*



### *Kórházi ellátás aspektusai*

A vizsgálati személyek rehabilitációs osztályon való tartózkodása 70%-ban tervezett okra vezethető vissza (például helyreállító műtét), 30%-ban azonban nem tervezett ok áll háttérben (például baleset vagy stroke). A kérdőívcsomag első részének felvétele időpontjában a résztvevők átlagosan 10,210 napja tartózkodtak az osztályon ( $SD=8,632$ ), ám olyan is előfordult, aki 1 napja, illetve aki 35 napja érkezett. Ugyanezen időpontban történő beszámolójuk szerint átlagosan további 15,040 napon át fog tartani kezelésük ( $SD=8,013$ ;  $Min=1$ ;  $Max=42$ ), ám ezen időtartamok a felépülés üteme szerint módosulhatnak. Összességében elmondható, hogy a résztvevők rehabilitációs ellátása átlagosan 3-4 hétig tart, a kérdőívek felvételének időpontja pedig változatosságot mutat kezelésük kezdetét tekintve.

### *Mentális állapot: demencia*

A célzott szakértői mintavételezés kognitív hanyatlásra vonatkozó kritériumának figyelembevétele mellett a demencia szűrés alapján a résztvevők közül ( $N=94$ ) 6 fő enyhe, 2 fő pedig közép súlyos tartományba sorolható. A demenciában érintettek kérdőíves adatainak

felhasználhatóságához kapcsolódó kérdések eldöntése érdekében reliabilitás vizsgálatot végeztünk a normál övezetbe eső és a demenciában érintett résztvevők adataival (3. Táblázat).

### 3. Táblázat

*Mérőeszközök megbízhatósága a demencia függvényében*

|            | Normál tartományba esők<br>(N=86) | Demenciában érintettek<br>(N=8) |
|------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| MOS SSS    | $\alpha=0,928$                    | $\alpha=0,895$                  |
| CD-RISC-10 | $\alpha=0,870$                    | $\alpha=0,795$                  |
| UCLA-LS    | $\alpha=0,755$                    | $\alpha=0,626$                  |
| AAQ        | $\alpha=0,791$                    | $\alpha=0,728$                  |
| BSCI-LM    | $\alpha=0,570$                    | $\alpha=0,868$                  |
| WHOQOL-OLD | $\alpha=0,830$                    | $\alpha=0,876$                  |
| GDS-15     | $\alpha=0,845$                    | $\alpha=0,856$                  |

A kérdőívek megbízhatósága kisebb mértékű csökkenést mutat a társas támogatást, a rezilienciát, a magányosságot és az idősödéssel kapcsolatos attitűdöket felmérő skálák esetén a demenciában érintettek körében, ám az élet értelmességét, az életminőséget és a depressziót feltáró kérdőívek mentén ellentétes tendencia megfigyelhető. A reliabilitási mutatók összességében jónak, illetve kiválónak tekinthetők, továbbá nincs jelentős eltérés a két csoport között – így a demenciában érintettek adatai nem kerültek kizárásra.

### ***Az időskor megélésének lakóhelyi meghatározottsága***

#### *Szociális tényezők lakóhelyi eltérései*

Feltételeztük, hogy a lakóhelyi csoportok között eltérések láthatók a társas támogatás és a magányosság szociális tényezőjében (*1. Hipotézis*). Eredményeink alapján elmondható, hogy a társas támogatás globális mutatóját, illetve az egyes támasz típusokat tekintve (instrumentális, érzelmi-információs, pozitív szociális interakción alapuló) hasonló tendencia rajzolódik ki, mint a magányosság esetén. Az egyszemélyes háztartásban élő idősök alacsonyabb támogatottságról és magasabb magányosságérzésről számolnak be, mint a többgenerációs háztartásban és a házastárssal, illetve élettárssal élők – ez utóbbi két csoport között azonban nem látható érdemi különbség. A lakóhelyi csoportok leíró jellemzőit a 4. Táblázat, a Kruskal-Wallis próbák és a páros összehasonlítások eredményét pedig az 5. Táblázat szemlélteti.

#### 4. Táblázat

*Szociális tényezők leíró jellemzői a lakóhelyi csoportok szerint*

|                                       | (1) Egyszemélyes háztartásban élők |        | (2) Többgenerációs háztartásban élők |        | (3) Házastárssal, illetve élettárral élők |        |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------|--------------------------------------|--------|-------------------------------------------|--------|
|                                       | M                                  | SD     | M                                    | SD     | M                                         | SD     |
| <b>Társas támogatás</b>               | 71,780                             | 16,097 | 83,593                               | 12,248 | 88,063                                    | 11,051 |
| Instrumentális                        | 4,360                              | 0,714  | 4,787                                | 0,378  | 4,859                                     | 0,539  |
| Érzelmi-információs                   | 3,546                              | 1,159  | 4,065                                | 1,018  | 4,434                                     | 0,788  |
| Pozitív szociális interakción alapuló | 3,711                              | 1,038  | 4,561                                | 0,553  | 4,737                                     | 0,472  |
| <b>Magányosság</b>                    | 37,951                             | 9,618  | 32,037                               | 8,290  | 33,375                                    | 9,648  |

#### 5. Táblázat

*Szociális tényezők lakóhelyi eltérései*

|                                       | Kruskal-Wallis teszt           | Páros összehasonlítás          |                                |          |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|
|                                       |                                | 1-2                            | 1-3                            | 2-3      |
| <b>Társas támogatás</b>               | $\chi^2(2)=24,912$ ; $p<0,001$ | <b><math>p&lt;0,01</math></b>  | <b><math>p&lt;0,001</math></b> | $p>0,05$ |
| Instrumentális                        | $\chi^2(2)=20,476$ ; $p<0,001$ | <b><math>p&lt;0,01</math></b>  | <b><math>p&lt;0,001</math></b> | $p>0,05$ |
| Érzelmi-információs                   | $\chi^2(2)=13,165$ ; $p<0,01$  | <b><math>p&lt;0,05</math></b>  | <b><math>p&lt;0,001</math></b> | $p>0,05$ |
| Pozitív szociális interakción alapuló | $\chi^2(2)=27,913$ ; $p<0,001$ | <b><math>p&lt;0,001</math></b> | <b><math>p&lt;0,001</math></b> | $p>0,05$ |
| <b>Magányosság</b>                    | $\chi^2(2)=9,232$ ; $p<0,05$   | <b><math>p&lt;0,01</math></b>  | <b><math>p&lt;0,05</math></b>  | $p>0,05$ |

#### *A szociális tényezők és az időskor megélésének kapcsolata*

Feltételeztük, hogy a társas támogatás és a magányosság szociális tényezői kapcsolatban vannak az időskor megélésével (2. Hipotézis). A korrelációs elemzések értelmében a társas támogatás az élet értelmességével ( $r=0,457$ ;  $p<0,001$ ) és az életminőséggel ( $r=0,438$ ;  $p<0,001$ ) pozitív irányú közepes erősségű összefüggést, míg a depresszióval alacsony erősségű negatív együttjárást mutat ( $r=-0,264$ ;  $p<0,05$ ). A magányosság tényezője esetén pedig az élet értelmessége ( $r=-0,514$ ;  $p<0,001$ ) és az életminőség mentén erős negatív ( $r=-0,692$ ;  $p<0,001$ ), míg a depresszió mentén közepes erősségű pozitív irányú korreláció látható ( $r=0,460$ ;  $p<0,001$ ).

### *Az időskor megélésének lakóhelyi eltérései*

A szociális tényezők és az időskor megélésének aspektusai között látható szignifikáns kapcsolatot figyelembevéve valószínűsíthető, hogy a társas támogatás és a magányosság lakóhelyi különbségei az élet értelmessége, a depresszió és az életminőség esetén is megmutatkoznak (3. Hipotézis) – mely tényezők leíró eredményeit a 6. Táblázat szemlélteti.

#### *6. Táblázat*

*Az időskor megélésének leíró jellemzői a lakóhelyi csoportok szerint*

|                                               | <b>(1) Egyszemélyes háztartásban élők</b> |        | <b>(2) Többgenerációs háztartásban élők</b> |        | <b>(3) Házastárssal, illetve élettárrsal élők</b> |        |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------|--------|
|                                               | M                                         | SD     | M                                           | SD     | M                                                 | SD     |
| <b>Élet értelmessége</b>                      | 12,425                                    | 2,995  | 14,087                                      | 1,564  | 13,355                                            | 2,537  |
| <b>Depresszió</b>                             | 3,800                                     | 3,275  | 2,478                                       | 2,998  | 3,194                                             | 3,781  |
| <b>Életminőség</b>                            | 94,341                                    | 11,135 | 97,926                                      | 12,976 | 96,094                                            | 12,977 |
| Érzékszervi képességek                        | 16,512                                    | 2,882  | 17,074                                      | 2,986  | 15,625                                            | 3,740  |
| Autonómia                                     | 16,220                                    | 2,734  | 15,000                                      | 3,595  | 15,125                                            | 3,035  |
| Múlta, jelenre és jövőre vonatkozó képességek | 15,463                                    | 2,829  | 15,519                                      | 3,567  | 15,563                                            | 3,100  |
| Társadalmi részvétel                          | 15,585                                    | 2,470  | 16,222                                      | 2,607  | 15,688                                            | 2,822  |
| Halál és haldoklás                            | 17,317                                    | 3,335  | 19,000                                      | 2,057  | 17,031                                            | 3,459  |
| Intimitás                                     | 13,244                                    | 3,105  | 15,111                                      | 3,055  | 17,063                                            | 2,514  |

Feltételezéseink ellenére azonban csupán az élet értelmessége, valamint az életminőség két dimenziója (halál és haldoklás, intimitás) esetén következtethetünk lakóhelyi eltérésekre (7. Táblázat). Az élet értelmessége esetén tendencia rajzolódik ki a csoportok eltérésére vonatkozóan: az egyszemélyes háztartásban élők kevésbé tartják értelmesnek életüket, mint a többgenerációs háztartásban élők. Az életminőség halál és haldoklás dimenzióját tekintve a többgenerációs háztartásban élők képesek leginkább elfogadni az elmúlást, az egyszemélyes háztartásban és a házastárssal, illetve élettárrsal élők kevésbé. Az intimitás dimenzió esetén az egyszemélyes háztartásban élők ítélik legkevésbé bensőségesnek kapcsolataikat, őket követik a többgenerációs háztartásban, majd a házastárssal, illetve élettárrsal élők.

7. Táblázat  
Az időskor megélésének lakóhelyi eltérései

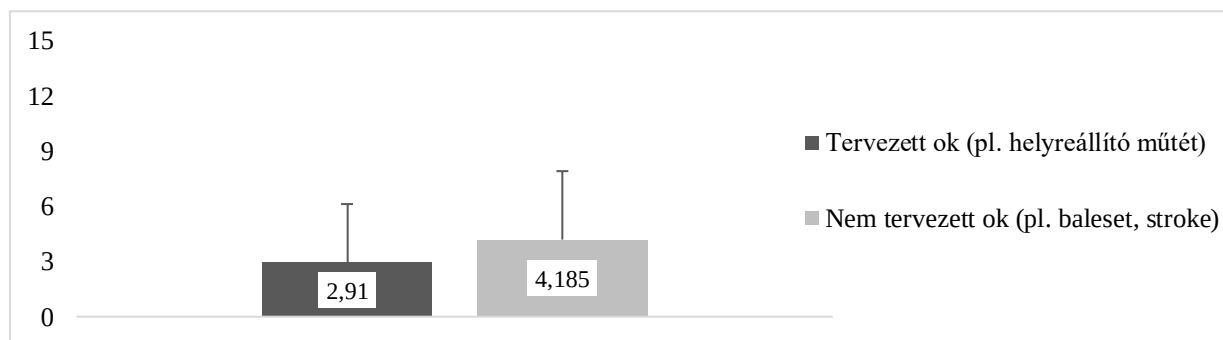
|                                               | Kruskal-Wallis teszt           | Páros összehasonlítás         |                                |                               |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
|                                               |                                | 1-2                           | 1-3                            | 2-3                           |
| Élet értelmessége                             | $\chi^2(2)=5,872$ ; $p=0,053$  | <b><math>p&lt;0,05</math></b> | $p>0,05$                       | $p>0,05$                      |
| Depresszió                                    | $\chi^2(2)=4,234$ ; $p>0,05$   | $p>0,05$                      | $p>0,05$                       | $p>0,05$                      |
| Életminőség                                   | $\chi^2(2)=2,266$ ; $p>0,05$   | $p>0,05$                      | $p>0,05$                       | $p>0,05$                      |
| Érzékszervi képességek                        | $\chi^2(2)=2,485$ ; $p>0,05$   | $p>0,05$                      | $p>0,05$                       | $p>0,05$                      |
| Autonómia                                     | $\chi^2(2)=2,560$ ; $p>0,05$   | $p>0,05$                      | $p>0,05$                       | $p>0,05$                      |
| Múlta, jelenre és jövőre vonatkozó képességek | $\chi^2(2)=0,169$ ; $p>0,05$   | $p>0,05$                      | $p>0,05$                       | $p>0,05$                      |
| Társadalmi részvétel                          | $\chi^2(2)=1,297$ ; $p>0,05$   | $p>0,05$                      | $p>0,05$                       | $p>0,05$                      |
| Halál és haldoklás                            | $\chi^2(2)=6,726$ ; $p<0,05$   | <b><math>p&lt;0,05</math></b> | $p>0,05$                       | <b><math>p&lt;0,05</math></b> |
| Intimitás                                     | $\chi^2(2)=23,437$ ; $p<0,001$ | <b><math>p&lt;0,05</math></b> | <b><math>p&lt;0,001</math></b> | <b><math>p&lt;0,05</math></b> |

***A rehabilitációs ellátás okának szerepe az időskor megélésében***

A lakóhelyi csoportosítás mellett a kórházi ellátás aspektusai sem mellékesek az időskor megélése szempontjából, hisz előfordul, hogy a rehabilitációs ellátás oka (tervezett – például helyreállító műtét; nem tervezett – például stroke, baleset) hatást gyakorol az életminőségre, az élet értelmességére, illetve a depresszióra (*1. Kutatási kérdés*). Az időskor megélése szempontjából az életminőség ( $M_{\text{tervezett}}=96,357$ ,  $SD_{\text{tervezett}}=12,846$ ;  $M_{\text{nem tervezett}}=94,733$ ,  $SD_{\text{nem tervezett}}=10,712$ ;  $U=1168,00$ ,  $p>0,05$ ) és az élet értelmessége ( $M_{\text{tervezett}}=13,179$ ,  $SD_{\text{tervezett}}=2,907$ ;  $M_{\text{nem tervezett}}=13,037$ ,  $SD_{\text{nem tervezett}}=1,765$ ;  $U=1057,500$ ,  $p>0,05$ ) tényezője mentén nem láthatók csoportközi különbségek. Ám azon résztvevők, akik nem tervezett okból kerültek kórházi ellátásba, magasabb mértékű depressziót mutatnak ( $M_{\text{tervezett}}=2,910$ ,  $SD_{\text{tervezett}}=3,209$ ;  $M_{\text{nem tervezett}}=4,185$ ,  $SD_{\text{nem tervezett}}=3,721$ ;  $U=708,500$ ,  $p<0,05$ ) – mely eredményeket a 2. Ábra szemlélteti. A nem tervezett okból érkezők negatívabb helyzetére irányuló tendencia a depresszió súlyosságának százalékos megoszlásában is megfigyelhető, amely adatok a 8. Táblázatban kerülnek megjelenítésre.

## 2. Ábra

*Depresszió mértéke a kórházi ellátás okának tervezettségét függvényében*



## 8. Táblázat

*Depresszió súlyossága a kórházi ellátás okának tervezettségét szerint*

|                                           | Tervezett ok (N=67) |        | Nem tervezett ok (N=27) |        |
|-------------------------------------------|---------------------|--------|-------------------------|--------|
|                                           | N                   | %      | N                       | %      |
| <b>Normál övezet (0-4 pont)</b>           | 54                  | 80,597 | 17                      | 62,963 |
| <b>Középsúlyos depresszió (5-10 pont)</b> | 10                  | 14,925 | 8                       | 29,623 |
| <b>Súlyos depresszió (11-15 pont)</b>     | 3                   | 4,478  | 2                       | 7,407  |

## *Szociális és egyéni tényezők szerepe az időskor megélésének hátterében*

### *Mediációs elemzés komponensei*

Az időskor megélésének globális mutatói közül csupán az élet értelmessége tényezőjében következtethetünk lakóhelyi különbségekre, noha a korrelációs elemzések mentén az életminőség és a depresszió szociális tényezőkkel való kapcsolata egyaránt kirajzolódik. E globális mutatókat tekintve a lakóhelyi társas körülmények mellett a kórházi ellátás oki tényezője sem mellékes, mely a depresszió csoportközi különbségeiben érhető tetten. Mindezek figyelembevételével érdemi kérdés, hogy mely háttérmechanizmusok játszanak szerepet az időskor megélésében e specifikus kórházi minta esetén. A lakóhelyi csoportosítás szempontjából releváns szociális tényezők mellett az egyéni tényezők szerepkörének feltárása is számottevő – tekintve a rezilienciát és az idősödéssel kapcsolatos attitűdöket, melyek akár felül is írhatják a szociális aspektus hatását (2. Kutatási kérdés). A háttértényezők pontos szerepének megértése érdekében mediációs elemzést végeztünk, mely által jól elkülöníthető a szociális és az egyéni aspektus jelentősége. E két fő útvonal értelmében prediktorként a társas

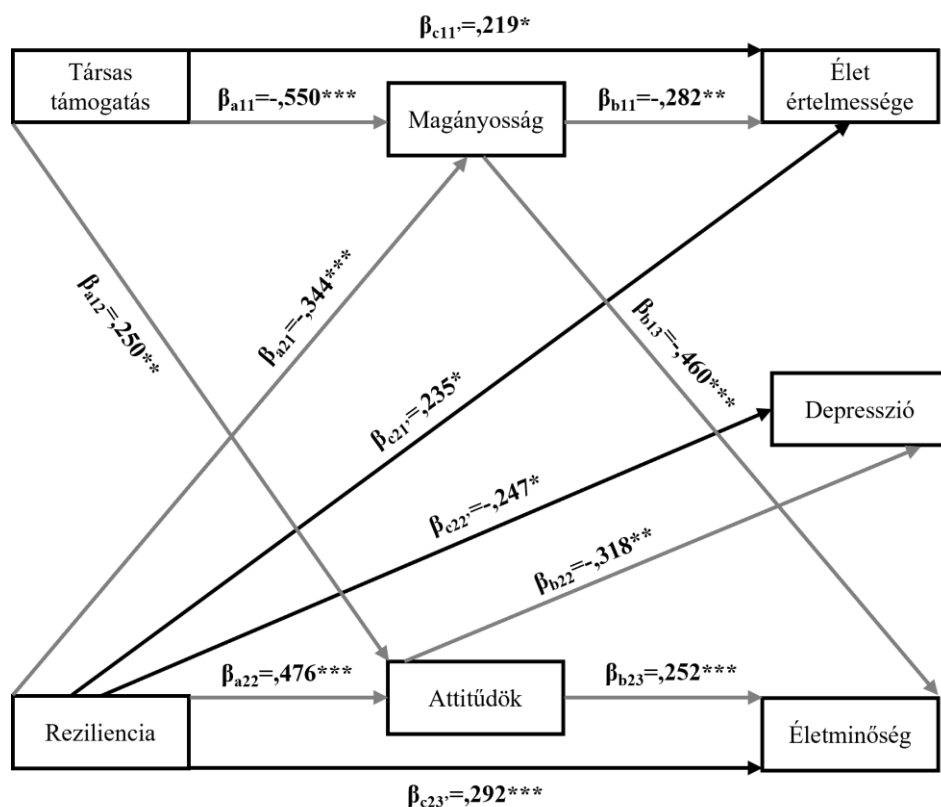
támogatás szociális és a reziliencia egyéni tényezőjét, mediátorként pedig a magányosság szociális és az idősődéssel kapcsolatos attitűdök egyéni meghatározottságú konstruktumát emeltük be a modellbe (ám utóbbiak esetén feltételezhető, hogy egyik prediktortól sem függetlenek). Végül kimeneti változóként az idősor megélésének globális mutatói – az élet értelmessége, a depresszió és az életminőség kerültek meghatározásra.

### *Direkt hatások*

A társas támogatás közvetlenül csupán az élet értelmességére gyakorol szignifikáns hatást a kimeneti változók közül, míg a reziliencia a depresszióra és az életminőségre is. A magányosság és az idősődéssel kapcsolatos attitűdök közvetítő tényezőjével azonban mindkét prediktor összefüggést mutat. A direkt hatások alapján elmondható, hogy az élet értelmessége inkább társas, a depresszió pedig egyéni meghatározottságú, hisz előbbi a mediátor tényezők közül kizárólag a magányossággal, utóbbi pedig az idősődéssel kapcsolatos attitűdökkel mutat kapcsolatot. Az életminőség globális mutatója háttérben azonban mind a társas, mind az egyéni aspektus alapvető szerepet játszik. A mediációs elemzés direkt hatásaira vonatkozó eredmények a 9. Táblázatban áttekinthetők, a modell szemléltetésére pedig a 3. Ábra hivatott, melyen kizárólag a szignifikáns direkt hatások kerültek megjelenítésre.

### *3. Ábra*

*Mediációs modell komponensei között megvalósuló direkt kapcsolatok*



9. Táblázat  
Komponensek közötti direkt hatások

| Komponensek                   |                   | Path | $\beta$ | SE(B) | z      | p                | LLCI   | ULCI   |
|-------------------------------|-------------------|------|---------|-------|--------|------------------|--------|--------|
| <b>X → M hatások</b>          |                   |      |         |       |        |                  |        |        |
| Társas támogatás              | Magányosság       | a11  | -,550   | 0,088 | -6,284 | <b>&lt;0,001</b> | -0,722 | -0,379 |
| Reziliencia                   | Magányosság       | a21  | -,344   | 0,072 | -4,791 | <b>&lt;0,001</b> | -0,485 | -0,203 |
| Társas támogatás              | Attitűdök         | a12  | ,250    | 0,088 | 2,826  | <b>&lt;0,01</b>  | 0,077  | 0,423  |
| Reziliencia                   | Attitűdök         | a22  | ,476    | 0,090 | 5,291  | <b>&lt;0,001</b> | 0,300  | 0,653  |
| <b>M → Y és X → Y hatások</b> |                   |      |         |       |        |                  |        |        |
| Magányosság                   | Élet értelmessége | b11  | -,282   | 0,106 | -2,663 | <b>&lt;0,01</b>  | -0,489 | -0,074 |
| Társas támogatás              |                   | c11' | ,219    | 0,086 | 2,537  | <b>&lt;0,05</b>  | 0,050  | 0,389  |
| Magányosság                   | Élet értelmessége | b11  | -,282   | 0,106 | -2,663 | <b>&lt;0,01</b>  | -0,489 | -0,074 |
| Reziliencia                   |                   | c21' | ,235    | 0,101 | 2,338  | <b>&lt;0,05</b>  | 0,038  | 0,433  |
| Attitűdök                     | Élet értelmessége | b21  | ,139    | 0,092 | 1,519  | >0,05            | -0,040 | 0,319  |
| Társas támogatás              |                   | c11' | ,219    | 0,086 | 2,537  | <b>&lt;0,05</b>  | 0,050  | 0,389  |
| Attitűdök                     | Élet értelmessége | b21  | ,139    | 0,092 | 1,519  | >0,05            | -0,040 | 0,319  |
| Reziliencia                   |                   | c21' | ,235    | 0,101 | 2,338  | <b>&lt;0,05</b>  | 0,038  | 0,433  |
| Magányosság                   | Depresszió        | b12  | ,209    | 0,130 | 1,604  | >0,05            | -0,046 | 0,464  |
| Társas támogatás              |                   | c12' | ,059    | 0,095 | 0,619  | >0,05            | -0,128 | 0,246  |
| Magányosság                   | Depresszió        | b12  | ,209    | 0,130 | 1,604  | >0,05            | -0,046 | 0,464  |
| Reziliencia                   |                   | c22' | -0,247  | 0,098 | -2,525 | <b>&lt;0,05</b>  | -0,438 | -0,055 |
| Attitűdök                     | Depresszió        | b22  | -,318   | 0,118 | -2,688 | <b>&lt;0,01</b>  | -0,550 | -0,086 |
| Társas támogatás              |                   | c12' | ,059    | 0,095 | 0,619  | >0,05            | -0,128 | 0,246  |
| Attitűdök                     | Depresszió        | b22  | -,318   | 0,118 | -2,688 | <b>&lt;0,01</b>  | -0,550 | -0,086 |
| Reziliencia                   |                   | c22' | -0,247  | 0,098 | -2,525 | <b>&lt;0,05</b>  | -0,438 | -0,055 |
| Magányosság                   | Életminőség       | b13  | -,460   | 0,097 | -4,763 | <b>&lt;0,001</b> | -0,649 | -0,271 |
| Társas támogatás              |                   | c13' | -,022   | 0,079 | -0,278 | >0,05            | -0,176 | 0,132  |
| Magányosság                   | Életminőség       | b13  | -,460   | 0,097 | -4,763 | <b>&lt;0,001</b> | -0,649 | -0,271 |
| Reziliencia                   |                   | c23' | ,292    | 0,073 | 3,994  | <b>&lt;0,001</b> | 0,149  | 0,436  |
| Attitűdök                     | Életminőség       | b23  | ,252    | 0,075 | 3,342  | <b>&lt;0,001</b> | 0,104  | 0,399  |
| Társas támogatás              |                   | c13' | -,022   | 0,079 | -0,278 | >0,05            | -0,176 | 0,132  |
| Attitűdök                     | Életminőség       | b23  | ,252    | 0,075 | 3,342  | <b>&lt;0,001</b> | 0,104  | 0,399  |
| Reziliencia                   |                   | c23' | ,292    | 0,073 | 3,994  | <b>&lt;0,001</b> | 0,149  | 0,436  |

### *Az élet értelmességének meghatározói*

Az élet értelmességére a szociális és az egyéni tényezők egyaránt hatást gyakorolnak – ám a közvetítő tényezők kapcsán a társas aspektus dominanciája látszik kirajzolódni: az indirekt hatásokat tekintve kizárólag a szociális eredetű magányosság mediálja a társas támogatás és a reziliencia hatását. Összességében elmondható, hogy a társas támogatás és a reziliencia direkt hatása pozitív az élet értelmességére nézve, ám elégtelen mértékük esetén negatív hatás figyelhető meg a magányosságérzés növelésén keresztül. A modell a szignifikáns útvonalak figyelembevételével 46%-ban magyarázza az élet értelmességét. A kimeneti változó háttérében álló indirekt és teljes hatások szemléltetésére a 10. Táblázat hivatott.

*10. Táblázat*

*Az élet értelmességének szociális és egyéni meghatározottsága*

|                         | Komponensek                                            | Path   | $\beta$ | SE(B) | z     | p                | LLCI   | ULCI  |
|-------------------------|--------------------------------------------------------|--------|---------|-------|-------|------------------|--------|-------|
| <b>Indirekt hatások</b> | Társas támogatás→<br>Magányosság→<br>Élet értelmessége | a11b11 | ,155    | 0,069 | 2,253 | <b>&lt;0,05</b>  | 0,020  | 0,290 |
|                         | Társas támogatás→<br>Attitűdök→<br>Élet értelmessége   | a12b21 | ,035    | 0,025 | 1,392 | >0,05            | -0,014 | 0,084 |
| <b>Teljes hatás</b>     | <b>Társas támogatás→<br/>Élet értelmessége</b>         | c11    | ,409    | 0,087 | 4,729 | <b>&lt;0,001</b> | 0,240  | 0,579 |
| <b>Indirekt hatások</b> | Reziliencia→<br>Magányosság→<br>Élet értelmessége      | a21b11 | ,097    | 0,041 | 2,354 | <b>&lt;0,05</b>  | 0,016  | 0,178 |
|                         | Reziliencia→<br>Attitűdök→<br>Élet értelmessége        | a22b21 | ,066    | 0,045 | 1,486 | >0,05            | -0,021 | 0,154 |
| <b>Teljes hatás</b>     | <b>Reziliencia→<br/>Élet értelmessége</b>              | c21    | ,399    | 0,100 | 3,994 | <b>&lt;0,001</b> | 0,203  | 0,594 |

### *A depresszió meghatározói*

Az élet értelmességével ellentétben a depresszió háttérében leginkább az egyéni tényezők dominálnak a mediációs modell kontextusában. A prediktor tényezők közül kizárólag a reziliencia gyakorol direkt hatást a depresszióra, így elmondható, hogy a reziliencia csökkenti a depresszió kockázatát. A közvetítő tényezők kapcsán szintén egyéni meghatározottságra

következtethetünk: a reziliencia hatását az idősődéssel kapcsolatos attitűdök tényezője mediálja. Az indirekt útvonalak közül a társas támogatás szerepe is megmutatkozik az idősődéssel kapcsolatos attitűdök közvetítésével, ám nem tekinthető szignifikánsnak teljes hatása. A mediációs modell 37,3%-ban képes bejósolni depresszió tényezőjét. A kimeneti változó háttérében álló indirekt és teljes hatások szemléltetésére a 11. Táblázat hivatott.

*11. Táblázat*  
*A depresszió szociális és egyéni meghatározottsága*

|                         | Komponensek                                 | Path   | $\beta$ | SE(B) | z      | p                | LLCI   | ULCI   |
|-------------------------|---------------------------------------------|--------|---------|-------|--------|------------------|--------|--------|
| <b>Indirekt hatások</b> | Társas támogatás → Magányosság → Depresszió | a11b12 | -,115   | 0,076 | -1,510 | >0,05            | -0,264 | 0,034  |
|                         | Társas támogatás → Attitűdök → Depresszió   | a12b22 | -,080   | 0,039 | -2,021 | <b>&lt;0,05</b>  | -0,157 | -0,002 |
| <b>Teljes hatás</b>     | <b>Társas támogatás → Depresszió</b>        | c12    | -,135   | 0,096 | -1,416 | >0,05            | -0,323 | 0,052  |
| <b>Indirekt hatások</b> | Reziliencia → Magányosság → Depresszió      | a21b12 | -,072   | 0,046 | -1,548 | >0,05            | -0,163 | 0,019  |
|                         | Reziliencia → Attitűdök → Depresszió        | a22b22 | -,151   | 0,061 | -2,477 | <b>&lt;0,05</b>  | -0,271 | -0,032 |
| <b>Teljes hatás</b>     | <b>Reziliencia → Depresszió</b>             | c22    | -,470   | 0,089 | -5,289 | <b>&lt;0,001</b> | -0,644 | -0,296 |

#### *Az életminőség meghatározói*

Az életminőség tekinthető a legösszetettebb komponensnek a kimeneti változók körében, hisz hat különböző dimenzió alkotja globális mutatóját. Az életminőség a prediktor változók közül kizárólag a rezilienciával áll közvetlen kapcsolatban, ám az indirekt hatásokat tekintve a szociális és az egyéni aspektus egyaránt érvényesül háttérében. Szignifikáns közvetítő hatás figyelhető meg a magányosság és az idősődéssel kapcsolatos attitűdök mediátorát tekintve mind a társas támogatás, mind a reziliencia esetén. Összességében elmondható, hogy a társas támogatás befolyása csupán indirekt utakon, a reziliencia hatása viszont közvetlenül is érvényesül az életminőségre nézve. A mediációs modell 66,2%-ban magyarázza az életminőség tényezőjét a szignifikáns útvonalak alapján. A kimeneti változó háttérében álló indirekt és teljes hatások eredményei a 12. Táblázatban megtekinthetők.

12. Táblázat  
Az életminőség szociális és egyéni meghatározottsága

|                         | Komponensek                                  | Path   | $\beta$ | SE(B) | z     | p                | LLCI  | ULCI  |
|-------------------------|----------------------------------------------|--------|---------|-------|-------|------------------|-------|-------|
| <b>Indirekt hatások</b> | Társas támogatás → Magányosság → Életminőség | a11b13 | ,253    | 0,071 | 3,588 | <b>&lt;0,001</b> | 0,115 | 0,391 |
|                         | Társas támogatás → Attitűdök → Életminőség   | a12b23 | ,063    | 0,028 | 2,241 | <b>&lt;0,05</b>  | 0,008 | 0,118 |
| <b>Teljes hatás</b>     | <b>Társas támogatás → Életminőség</b>        | c13    | ,294    | 0,071 | 4,137 | <b>&lt;0,001</b> | 0,155 | 0,434 |
| <b>Indirekt hatások</b> | Reziliencia → Magányosság → Életminőség      | a21b13 | ,158    | 0,044 | 3,601 | <b>&lt;0,001</b> | 0,072 | 0,244 |
|                         | Reziliencia → Attitűdök → Életminőség        | a22b23 | ,120    | 0,041 | 2,938 | <b>&lt;0,01</b>  | 0,040 | 0,200 |
| <b>Teljes hatás</b>     | <b>Reziliencia → Életminőség</b>             | c23    | ,570    | 0,072 | 7,969 | <b>&lt;0,001</b> | 0,430 | 0,711 |

## Diszkusszió

A 21. század társadalmi változásai által fókuszba kerül az időskorúak helyzete – így ezen életkor szubjektív megélése is. Változások láthatók az időskorúak szerepe és megítélése mentén: a modern világhoz való nehezített alkalmazkodás következtében társadalmilag elismert tekintélyük a kitaszítottság irányába mozdul el (Islam, 2016). A népesség öregedési folyamatának hatására egyre nő a krónikus betegségek előfordulásának aránya (Cserhádi et al., 2023a), ami jelentős rizikó az idősök fizikai jóllétére nézve (Ferwagner, 2023). A lakóhelyi társas körülmények átalakulása következtében a szociális jóllét is kiemelt szemponttá válik, hisz az egyszemélyes háztartásban (Székely, 2017) és a szociális intézményben élő időskorúak száma állandó növekedést mutat (KSH, 2023b). E társadalmi folyamatok figyelembevételével jelen kutatás célját olyan időskorú személyek vizsgálata adta, akik egy vármegyei kórház rehabilitációs osztályán részesülnek ellátásban, hisz a „kórházi lét” akcidentális krízise aktiválja a megküzdési képességeket, így kifejezettebbé válhatnak azon megküzdést elősegítő tényezők, melyek a gyarapodó veszteségélmények hatására egyébként is előtérbe kerülnek az idősök körében. Az időskor megélésének vizsgálata kapcsán kiemelt hangsúlyt fektettünk a lakóhelyi társas körülményekre, hisz feltételeztük, hogy a társas támogatás protektív és a magányosság

kockázati tényezője eltérő mértékben érvényesül az egyszemélyes háztartásban, a többgenerációs háztartásban, a házastárssal, illetve élettárssal, valamint a szociális intézményben élő időskorúak körében. A társas aspektuson túl azonban az egyéni jellemzők – vagyis a reziliencia és az idősödéssel kapcsolatos attitűdök – szerepe is lényegi az időskor megélésének hátterében, mely az időskori életminőség, illetve az időskori fejlődési krízis kimeneteleként is értelmezhető élet értelmessége és depresszió által válik megragadhatóvá. Ennek értelmében vizsgálatunk központi célja az időskor megélése hátterében meghúzódó társas és individuális jellemzők hatásmechanizmusainak mélyebb feltárására irányult.

Eredményeinket tekintve érdemi lakóhelyi eltérések láthatók a társas támogatás és a magányosság szociális tényezőiben. Fontos megjegyezni, hogy idősök otthonában élők nem kerültek a mintába, így valószínűsíthető, hogy rehabilitációs ellátásukat a szociális intézmények biztosítják. A lakóhelyi különbségek az egyszemélyes háztartásban élők negatívabb helyzetére mutatnak rá, akik alacsonyabb támogatottsággal és magasabb magányosságérzéssel rendelkeznek, mint a többgenerációs háztartásban és a házastárssal, illetve élettárssal élők. Ez utóbbi két csoport között azonban nem látható érdemi eltérés a szociális tényezők mentén, mely eredménnyel a társas háló hasonló mértékű kiterjedtsége is összecseng.

Előzetes feltételezéseinket alátámasztva elmondható, hogy az időskor megélésének szociális meghatározottsága jelentős, ami elemzéseink értelmében többnyire a közepes, illetve erős együttjárások által is kirajzolódik. A társas támogatás szociális tényezője az életminőség (Cohen, 2004), illetve az élet értelmessége előjelzőjeként azonosítható (Frankl, 1996; in: Konkoly Thege & Martos, 2006); míg a szociális izoláció és a magányosság kiemelt rizikó a depresszió szempontjából (Blazer, 2003; in: Csókási, 2015). Ennek ellenére a szociális tényezők lakóhelyi eltérései csupán részben tükröződnek az időskor megélésében: kizárólag az élet értelmessége, illetve az életminőség két dimenziója esetén (halál és haldoklás, intimitás) láthatók különbségek. Ezen eltérések szintén az egyszemélyes háztartásban élők negatívabb helyzetére hívják fel a figyelmet, akik kevésbé tapasztalják értelmesnek életüket és alacsonyabb mértékben fogadják el az elmúlást, mint a többgenerációs háztartásban élők. Az intimitás pozitív hozadékait azonban a házastárssal, illetve élettárssal élők tapasztalják meg leginkább, ugyanakkor kevésbé képesek elfogadni az elmúlást, mint a többgenerációs háztartásban élők. Előfordul, hogy az elmúlástól való félelem hátterét a partner elvesztésének, illetve magára hagyásának gondolata adja, mely a szorosabb „egymásra utaltsággal” magyarázható. A lakóhelyi csoportok egymáshoz való viszonyát tekintve összességében elmondható, hogy az időskor megélése nem független a lakóhelyi társas körülményektől, ám az életminőség és a

depresszió globális mutatóiban (a szociális tényezőkkel való érdemi összefüggés ellenére) kevésbé tükröződik a lakóhely szerepe, ami háttérmechanizmusaik feltárását teszi indokolttá.

Eredményeink szerint az *életminőségre* a társas és az egyéni tényezők egyaránt befolyást gyakorolnak, noha az individuális jellemzők hatásának túlsúlya látszik kirajzolódni. Úgy tűnik, hogy a társas támogatás és az életminőség között nincs közvetlen kapcsolat, mely összecseng a lakóhelyi elemzések eredményével. Azonban a támogatás közvetett szerepe vitathatatlan, hisz az időskorúak alacsony társas támogatottsága a magányosságérzés növelése, illetve az időszedéssel kapcsolatos attitűdök veszteség-fókuszának előtérbe kerülése által kedvezőtlenebb életminőséghez járulhat hozzá (Vaillant & Mukamal, 2004; in: Tróznai & Kullmann, 2007). Az individuális dimenzió hangsúlyát figyelembe véve pedig elmondható, hogy a reziliencia nem csupán indirekten, hanem a megküzdés elősegítése által önmagában is egyféle „biztosítékot” jelent a fizikai, lelki és szociális jóllét fenntartására nézve. Az *élet értelmessége* háttérben a társas és az egyéni jellemzők egyaránt meghatározók, ám e komponens esetén a szociális aspektus dominanciájára következtethetünk – ami alátámasztja a lakóhelyi különbségek vizsgálatának eredményét. A társas támogatás és a reziliencia magas mértéke növeli az élet értelmességének megélését, alacsony szintje azonban a magányosságérzés fokozása által negatív hatást gyakorol rá. A magányosság tehát az élet értelmesként való megélésének kulcsfontosságú rizikótényezője, mely komponens esetén alapvető a társas meghatározottság, ám nem egyenlő a társas támogatottság elégtelen mértékével – vagyis a szociális izolációval (Cavallerro et al., 2007). Ennek értelmében előfordulhat, hogy az idős személy a családi közeg ellenére is magányosnak érzi magát, illetve, hogy szűk szociális kapcsolatrendszer mellett sem tapasztal magányt (Patyán, 2014) – mely ellentmondásosnak tűnő jelenségre a reziliencia egyéni tényezője jelenthet magyarázatot. Az élet értelmessége ellenpólusaként értelmezhető *depresszió* esetén azonban meglepő módon kizárólag az individuális aspektus szerepe válik megragadhatóvá. A reziliencia protektív hatása közvetlen és közvetett módon is megfigyelhető, hisz az időszedéssel kapcsolatos attitűdökre gyakorolt befolyása által csökken a veszteség-fókuszú beállítódás, ami összefüggést mutat a depresszió alacsonyabb kockázatával. Előfordul azonban, hogy a depresszió egyéni meghatározottsága csupán a minta sajátosságait tükrözi, hisz a kórházi ellátás okozta akcidentális krízis – főként a nem tervezett okból érkezők esetén (például baleset, stroke következtében) – lenyomatot képezhet e konstruktumon. Ezen felállást tekintve belátható, hogy a veszteségekkel való megküzdést (Rowe & Kahn, 1987) és a nyereségekre való fókuszálást biztosító reziliencia kiemelt jelentőséggel bír a „kórházi lét” negatív velejáróival való megbirkózás szempontjából.

Jelen kutatás mintájának sajátosságait figyelembe véve a vizsgálat korlátai sok esetben akár erősségként is felfoghatók: noha a vármegyei kórházi rehabilitációs osztályán történő célzott szakértői mintavételezés értelmében a minta nem reprezentatív – ami a résztvevők lakóhelyi, életkori és mentális állapotát érintő összetételében is megmutatkozik – egy speciális élethelyzetben tekinthetünk rá az idősekre. A kórházi lét akcidentális krízisének negatív hatása csökkenti az időskor megélését megragadó eredményeink általánosíthatóságát, ám ez egyben jelentős előnyt is takar, hisz érdemi információkkal szolgál az időskorban gyarapodó veszteségélmények szempontjából releváns megküzdési potenciálokról. A lakóhelyi aspektust tekintve szembetűnő, hogy a résztvevők többsége esetén magas szocioökonómiai státusz feltételezhető, amit a vármegyeszékhelyen történő mintavételezés indokolhat. Idősek otthonában élők nem kerültek a mintába, ami – a szociális intézmények növekvő népszerűségét tekintve (KSH, 2023b) – jelentős korlát az eredmények időskorú populációra való általánosítása szempontjából, ám jól reprezentálja e lakóhelyi csoport kórházi rehabilitációs ellátásban való megjelenését. Az életkori megoszlás, illetve a mentális állapot esetén látható torzítások korántsem függetlenek egymástól, hisz a szakértői mintavételezés egyik alapvető szempontját a kognitív hanyatlás figyelembevétele adta – melynek előfordulási aránya egyre csak nő az életkor előrehaladtával (Ferwagner, 2023). Így nem kerültek be a mintába azon időskorú személyek, akik esetén feltételezhető, illetve bizonyított volt a kognitív hanyatlás előrehaladottabb mértéke. Ennek ellenére a vizsgálat keretein belül folytatott demencia szűrés alapján hat fő esetén enyhe, két fő esetén pedig középsúlyos demencia feltételezhető. Az érintettek adatai nem kerültek kizárásra, mivel úgy tűnik, hogy esetükben is megbízhatóan működnek a vizsgálatban használt standard kérdőívek, ami a mérőeszközök alkalmazhatóságának tágabb kereteire világít rá. Végül a résztvevők életkori megoszlását tekintve jelentős korlát, hogy 90 év felettiek nem kerültek a mintába, ami ugyan jól reprezentálja az aggastyánok csökkent létszámát az idősek körében, ám előfordul, hogy ezen arány a demenciában érintettek előzetes kiszűrésével is összefügg. A várható élettartam növekedésével egyre inkább fókuszba kerül az aggastyánok életkori csoportja, így az élet kései szakaszának pontosabb megértése jelentős információkhoz segítene hozzá az időskor megélésére nézve. Az emberi lét utolsó szakasza az életvégi kihívásokkal való szembesülés által egyféle letisztulási folyamatot idézhet elő az egyénben, melynek célja, hogy a gyarapodó veszteségek, illetve a személyes értékek szempontjából lényegtelen aspektusok helyett a létezés pozitív mozzanataira irányítsa a figyelmet (Erikson, 1998; in: Szabó, 2020) – így e folyamat sikeressége háttérében is kérdéses a társas, illetve az egyéni tényezők befolyásának szerepe.

Összefoglalóan és a korlátok szem előtt tartásával elmondható, hogy a lakóhelyi társas körülmények által meghatározott szociális tényezők eltérő mértékben és különböző utakon gyakorolnak hatást az időskor megélésére. Azonban a depresszió – mely az időskori fejlődési krízis negatív kimeneteléhez, vagyis a kétségbeeséshez kapcsolható – kizárólagos egyéni meghatározottságából adódóan kivételnek tekinthető. A szociális eredetű magányosság depresszióra gyakorolt negatív hatása egy széles körben elfogadott összefüggés (Blazer, 2003; in: Csókási, 2015), azonban előfordul, hogy a társas aspektus jelentősége azért nem válik láthatóvá jelen kutatás speciális kórházi mintája esetén, mert a hónapok óta húzódó depressziós tünetek helyett az akcidentális krízis okozta állapot került feltárássra. Az időskorúak aktuális állapotát megragadó életminőség, illetve az időskori fejlődési krízis optimális kimeneteleként azonosítható élet értelmessége esetén azonban alapvető a szociális közeg funkcionális jellemzőjeként azonosítható társas támogatás, illetve a magányosságérzés jelentősége, noha az individuális tényezők befolyása sem vitatható. A lakóhelyek szociális jellemzői szempontjából úgy tűnik, hogy a többgenerációs háztartásban és a házastárssal, illetve élettárssal élő időskorúak között nincs érdemi különbség, ami bizakodásra ad okot a többgenerációs háztartások csökkenő népszerűsége ellenére (Törőcsik, 2015). Ám a társas támogatás és a magányosság lakóhelyi meghatározottsága az egyszemélyes háztartásban élők negatívabb helyzetére is rávilágít, akik az időskor megélését tekintve kevésbé tapasztalják meg az élet értelmességét és alacsonyabb mértékben képesek elfogadni az elmúlást. E tendencia egy irányba mutat az időskori fejlődési krízis negatív kimenetelével, vagyis a kétségbeeséssel és a halálfélelemmel, így belátható, hogy a társas aspektus jelentősége e tekintetben sem elhanyagolható (Erikson, 1950; in: Szabó, 2020). Jelen kutatás legfőbb üzenetét tehát a szociális környezet átható szerepe adja, mely az időskorúakat érintő társadalmi változások hatására jelentős átalakuláson megy keresztül. Úgy tűnik, hogy az egyedül élés kiemelt rizikó az időskor megélésére nézve, mely problémát társadalmi szintre helyezi, hogy Magyarországon egyre csak nő az egyszemélyes háztartásban élők aránya (Székely, 2017). Lehetséges, hogy e nehézségre épp az időstthonok jelentenek megoldást, hisz a szükséges gondozás mellett állandó társas közeget biztosítanak. Korábbi kutatási eredményeink alátámasztják, hogy a szociális intézményben élő időskorúak hasonló mértékű társas támogatottságot tapasztalnak, mint a családban élők, a támasz pozitív hatása pedig esetükben tekinthető a legjelentősebbnek (Bede & Pachner, 2024). Így előfordulhat, hogy a társadalmi előítéletek ellenére épp a szociális intézmények lesznek azok, melyek lehetőséget teremtenek az időskor pozitívabb megélésére ezen átalakuló (és átalakulásra készítő) modern világban.

## Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném hálámat kifejezni témavezetőmnek, Dr. Pachner Orsolyának, aki szakmai iránymutatásával kutatásom minden lépését végigkíserte, így nagyban hozzájárult ahhoz, hogy e munka létrejöhessen. Köszönettel tartozom külső témavezetőmnek, Dr. Róthyné Kovács Babettnek, aki az adatfelvétel megvalósításához segített hozzá. Végül, de nem utolsósorban pedig hálával tartozom minden résztvevőnek, akik lehetővé tették dolgozatom elkészülését.

## Támogatás

A KULTURÁLIS ÉS INNOVÁCIÓS MINISZTERIUM EKÖP-24 KÓDSZÁMÚ EGYETEMI KIVÁLÓSÁGI ÖSZTÖNDÍJ PROGRAMJÁNAK A NEMZETI KUTATÁSI, FEJLESZTÉSI ÉS INNOVÁCIÓS ALAPBÓL FINANSZÍROZOTT SZAKMAI TÁMOGATÁSÁVAL KÉSZÜLT.



## Nyilatkozat MI használatáról

Kijelentem, hogy jelen dolgozat elkészítése során nem használtam MI-technológiát, továbbá semmilyen MI-technológiával előállított tartalom nem került bemutatásra saját munkámként.

## Irodalomjegyzék

- Albert, F. (2016). Az idősök kapcsolathálózati jellegzetességei. *Demográfia*, 59(1-2), 173–200.  
<https://doi.org/10.21543/Dem.59.2-3.2>
- Ayalon, L., Dolberg, P., Mikulionienė, S., Perek-Białas, J., Rapolienė, G., Stypinska, J., Willińska, M. & de la Fuente-Núñez, V. (2019). A systematic review of existing ageism scales. *Ageing research reviews*, 54(100919). <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100919>
- Bede, M. & Pachner, O. (2024). Az időskor szubjektív megélésének vizsgálata a lakóhelyi társas körülmények szerint. *Magyar Gerontológia*, 16(43) befogadott, megjelenés alatt.
- Botos, K. (2018). Az előregedő társadalom problémái. *Polgári Szemle*, 14(6), 95–104.  
<https://doi.org/10.24307/psz.2018.1208>
- Cavallero, P., Morino-Abbele, F. & Bertoccio, B. (2007). The Social Relations of the Eldrely. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(1), 97–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.014>

- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cserháti, P., Laczkó, T., Flóris, I. & Somogyi, P. (2010). Assessment of the treatment and rehabilitation of proximal femoral fractures in Hungary performed within the SAHFE Europe Project. [A csípőtáji törések kezelésének és rehabilitációjának értékelése a SAHFE európai projekt révén.] *Rehabilitáció*, 20(2), 96–101.
- Cserháti, P., Kullmann, L. & Dénes, Z. (2023a). Integrált rehabilitációs ellátás I. – hazai előzmények, erősségek, gyengeségek. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 22(2), 16–22. <https://doi.org/10.53020/IME-2023-202>
- Cserháti, P., Kullmann, L. & Dénes, Z. (2023b). Integrált rehabilitációs ellátás II. – Nemzetközi tapasztalatok és tanulságok. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 22(3), 5–11. <https://doi.org/10.53020/IME-2023-301>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Csókási, K. (2015). Az idősök mentális állapota. In Lampek, K. & Rétsági, E. (Eds.) *Egészséges idősödés*. (pp. 103-118). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Eurostat (2024). Mortality and life expectancy statistics. Elérhető: [Mortality and life expectancy statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=main&init=1&language=en&code=sdg-8-8-1&plugin=1)
- Fábián, G. (2014). *Állapotfelmérő eszközök az idősgondozásban*. Debreceni Egyetemi Kiadó.
- Ferwagner, A. (2023). Boldogság és értelmes élet időskorban. *Magyar Gerontológia*, 15(42), 38–61. <https://doi.org/10.47225/mg/15/42/14317>
- Ferwagner, A. & Pék, Gy. (2021). Észlelt társas támasz időskorban. *Magyar gerontológia*, 13(40), 78–102. <https://doi.org/10.47225/mg/13/40/10810>
- Füzesi, Zs. & Boros, J. (2015). Idősök életminősége és egészségmagatartása. In Lampek, K. & Rétsági, E. (Eds.) *Egészséges idősödés*. (pp. 28-46). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Füzesi, Zs., Töröcsik, M. & Lampek, K. (2013). Az időskor egészségpszichológiája: tények és trendek. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiring, I. (Eds.) *Az időskoriak egészségpszichológiája*. (pp. 63-82). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Hughes, G., Shaw, S. E. & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking integrated care: A systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *Milbank Quarterly*, 98(2), 446-492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>

- Islam, M. R. (2016). Ageism and Age Discrimination in Old Age: An Overview. *Philosophy and Progress*, 55(1-2), 91–108. <https://doi.org/10.3329/pp.v55i1-2.26392>
- Jakobsen, I. S., Madsen, L. M. R., Mau, M., Hjemdal, O. & Friberg, O. (2020). The relationship between resilience and loneliness elucidated by a Danish version of the resilience scale for adults. *BMC psychology*, 8(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00493-3>
- Járai, R., Vajda, D., Hargitai, R., László, N., Csókási, K. & Kiss, E. Cs. (2015). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 15(1), 129–136.
- Konkolý Thege, B. & Martos, T. (2006). Az Életcél-kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 153–169. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.1>
- Konkolý Thege, B., Martos, T., Skrabski, Á. & Kopp, M. (2008). A rövidített stressz és megküzdés kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 9(3), 243–261. <https://doi.org/10.1556/Mental.9.2008.3.4>
- Kopp, M. & Martos, T. (2011). A társadalmi összjóllét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a mai magyar társadalomban I. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(3), 241–259. <https://doi.org/10.1556/Mental.12.2011.3.3>
- Kopp, M. & Székely, A. (2013). Nagyszülők, szülők és unokák: testi és lelki egészség. A generációk közötti kapcsolatok egészségpszichológiai szerepe. In: Kállai, J., Kaszás, B. & Tiring, I. (Eds.) *Az időszerűak egészségpszichológiája*. (pp. 105-118). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Központi Statisztikai Hivatal [KSH] (2023a). Krónikus betegség nem és korcsoport szerint [4.1.1.35.]. *STADAT*. Elérhető: [4.1.1.35. Krónikus betegség nem és korcsoport szerint](#)
- Központi Statisztikai Hivatal [KSH] (2023b). A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak ellátási típusonként [25.1.1.31.]. *STADAT*. Elérhető: [25.1.1.31. A tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést nyújtó szociális intézményekben ellátottak ellátási típusonként](#)
- Központi Statisztikai Hivatal [KSH] (2024a). A népesség összetétele főbb korcsoportok szerint, eltartottsági ráták, öregedési index [22.1.1.4.]. *STADAT*. Elérhető: [22.1.1.4. A népesség összetétele főbb korcsoportok szerint, eltartottsági ráták, öregedési index](#)
- Központi Statisztikai Hivatal [KSH] (2024b). Eltartottsági ráta. *Fenntartható fejlődés indikátorai*. Elérhető: <https://www.ksh.hu/sdg/1-1-sdg-8.html>

- Lampek, K. (2015). Az aktív időskor és a társadalom. In Lampek, K. & Rétsági, E. (Eds.) *Egészséges idősödés*. (pp. 8-26). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Miao, M. & Cao, R. (2024). Mutually beneficial relationship between meaning in life and resilience. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 58, 101409. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2024.101409>
- Monostori, J. & Gresits, G. (2018). Idősödés. In Monostori, J., Öri, P. & Spéder, Zs. (Eds.) *Demográfiai portré 2018*. (pp. 127-146). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Patyán, L. (2014). Egyszemélyes háztartásban élő idősök életminősége. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 4, 123–141.
- Patyán, L. & Leleszi-Tróbert, A. M. (2022). Az aktív idősödés egyéni és társadalmi dimenziói. *Máltai Tanulmányok*, 4(6), 78–93. <https://doi.org/10.56699/MT.2022.4.6>
- Perczel-Forintos, D., Ajtay, Gy., Barna, Cs., Kiss, Zs. & Komlósi, S. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Semmelweis Kiadó.
- Prasad, S., Sung, B. & B. Aggarwal, B. (2012). Age-associated chronic diseases require age-old medicine: Role of chronic inflammation. *Preventive Medicine*, 54, 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.11.011>
- Rahe, R. H. & Tolles, R. L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: a useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 61–70. <https://doi.org/10.1023/A:1014950618756>
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
- 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, 165–173. [https://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_09](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
- Sherbourne, D. C. & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Smith, E. R., Mackie, D. M. & Claypool, H. M. (2016). *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Szabó, D., Lévy, E. E., Salgó, E., Gerlinger, L. & Unoka, Zs. (2022). *UCLA Magányosság Skála (3. verzió)*. Publikálatlan mérőeszköz.

- Szabó, L. (2020). Úton az időskor felé. *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 7(2). <https://doi.org/10.29376/parbeszed.2020.7/2/3>
- Székely, G. (2017). Lakáspiaci életutak. *Ezüstkor: korosodás és társadalom*. KSH, 18-27.
- Sz. Makó, H., Bernáth, L., Szentiványi-Makó, N., Veszprémi, B., Vajda, D. & Kiss, E. Cs. (2016). A MOS SSS – Társas támasz mérésére szolgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 16(3), 145–162.
- Szücs, A. A. (2013). A XXI. szociálpolitikai útkeresése az idősekről való gondoskodás területén. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringier, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 137-148). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Töröcsik, M. (2015). Az idősök társas kapcsolatai – az idősök generációs szerepei. In Lampek, K. & Rétsági, E. (Eds.) *Egészséges idősödés*. (pp. 120-141). Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Tróznai, T. & Kullmann, L. (2007). Az idős emberek életminőségének és idősödéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 17(2), 137–143.
- World Health Organization [WHO] (2006). WHOQOL-OLD Manual. European Office, Copenhagen.
- World Health Organization [WHO] (2016). Integrated care models: an overview: working document. Elérhető: <https://iris.who.int/handle/10665/375502>