

TDK-dolgozat

**AZ INTÉZETI KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT ÉLŐ IDŐSKORÚAK
SZORONGÁSÁNAK VIZSGÁLATA**

BEVEZETÉS:	5
1.1. MEGOLDÁSRA VÁRÓ ELMÉLETI ÉS GYAKORLATI KÉRDÉSEK, FELADATOK, PROBLÉMÁK FELVÁZOLÁSA:	5
1.2. A KIDOLGOZÁS MENETÉNEK ÉS LOGIKÁJÁNAK, A TARTALMI RÉSZ FELÉPÍTÉSÉNEK RÖVID ISMERTETÉSE:	5
1.3. SZAKIRODALMI ÖSSZEFOGLALÓ	6
2. HIPOTÉZIS:	7
3. AZ IDŐSKOR:	8
3.1. A TÁRSADALOM ELŐREGEDESE:	8
3.2. KI AZ IDŐS?	9
3.3. AZ IDŐSÖDÉS FOLYAMATA:	10
3.4. SZEMLÉLETEK AZ IDŐSKORRÓL:	12
3.5. AZ IDŐS KOR BETEGSÉGEI:	14
3.1.1. Szervi betegségek:	14
3.1.2. Mentális zavarok:	15
4. A SZORONGÁS:	16
4.1. SZORONGÁS ÉS FÉLELEM:	17
4.2. A SZORONGÁS TÍPUSAI:	17
4.1.1. Normál szorongás:	17
4.1.2. Kóros szorongás:	17
4.3. SZORONGÁSOS ZAVAROK:	19
4.1.3. Kialakulása:	19
4.1.4. Fajtái:	19
5. IDŐSKORI SZORONGÁS:	22
5.1. KUTATÁSI EREDMÉNYEK:	24
5.1.1. Hungarostudy (2002):	24
5.1.2. Eurobarometer-Active Ageing (2012):	26
5.1.3. Global Age Watch (2013):	27
6. MEGKÜZDÉSI MÓDOK:	28
6.1. MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁK:	28
6.2. A MEGKÜZDÉS (COPING) KÉT KIMENETELŰ LEHET:	29
6.3. A SZORONGÁS KEZELÉSE – PSZICHOTERÁPIA:	30
7. SZEMÉLYES ÁLLÁSFOGLALÁS:	31
8. KUTATÁSI EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA:	33
8.1. AZ ADATLAPBÓL KINYERT EREDMÉNYEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA:	34
8.1.1. A nemek arányának eloszlása a két intézetben:	34
8.1.2. Vannak-e hozzátartozói a megkérdezett egyénnek?:	35
8.2. A SPECIFIKUMOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA ÉS KIÉRTÉKELÉSE A SPIELBERGER - FÉLE ÁLLAPOT-VONÁS SZORONGÁS KÉRDŐÍV ALAPJÁN:	38
8.2.1. Vonás – szorongás kérdőív specifikumainak összehasonlítása és eredményei:	39
8.2.1.1. Valami bánt:	39
8.2.1.2. Zaklatott vagyok:	39
8.2.1.3. Szorongok:	40
8.2.1.4. Elég önbizalmat érzek magamban:	40
8.2.1.5. Aggódom:	41
8.2.1.6. Túlzottan izgatott és feszült vagyok:	41
8.2.1.7. Jól érzem magam:	42
8.2.2. Állapot – szorongás kérdőív specifikumainak összehasonlítása és eredményei:	42

8.2.2.1.	<i>A sírás ellen küszködnöm kell:</i>	42
8.2.2.2.	<i>Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk:</i>	43
8.2.2.3.	<i>Boldog vagyok:</i>	43
8.2.2.4.	<i>Kevés az önbizalmam:</i>	44
8.2.2.5.	<i>Csüggedtnék érzem magam:</i>	44
8.2.2.6.	<i>Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni:</i>	45
8.2.2.7.	<i>Kiegyensúlyozott vagyok:</i>	45
8.3.	A SPECIFIKUMOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA ÉS KIÉRTÉKELÉSE A MEGKÜZDÉSI MÓDOK KÉRDŐÍV ALAPJÁN:	
	46	
8.3.1.	<i>Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem:</i>	46
8.3.2.	<i>Magamat okoltam és hibáztattam:</i>	47
8.3.3.	<i>Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat:</i>	47
8.3.4.	<i>Elfogadtam mások együttérzését és megértését:</i>	48
8.3.5.	<i>Más emberként kerültem ki a helyzetből-jó értelemben véve:</i>	48
8.3.6.	<i>Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam segíteni magamon:</i>	49
8.3.7.	<i>Imádkoztam:</i>	49
8.4.	VONÁS – SZORONGÁS KÉRDŐÍV KIÉRTÉKELÉSÉNEK EREDMÉNYEI:	50
8.5.	ÁLLAPOT – SZORONGÁS KÉRDŐÍV KIÉRTÉKELÉSÉNEK EREDMÉNYEI:	53
8.6.	MEGKÜZDÉSI MÓDOK KÉRDŐÍV KIÉRTÉKELÉSÉNEK EREDMÉNYEI:	55
9.	ÖSSZEFOGLALÁS:	57
9.1.	<i>A FELTETT KÉRDÉSEKRE, PROBLÉMÁKRA ADOTT VÁLASZOK RENDSZEREZÉSE:</i>	58
9.2.	<i>A TÉMA TOVÁBBI VIZSGÁLATÁNAK LEHETŐSÉGE:</i>	60
10.	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	61
11.	BIBLIOGRÁFIA:	62
12.	MELLÉKLETEK:	63
1. MELLÉKLET		64
2. MELLÉKLET		65
3. MELLÉKLET		66
4. MELLÉKLET		67

Bevezetés:

Két olyan területét választottam a pszichológiai jelenségeknek, melyek személyiségemhez közel állnak és melyek tanulmányozása szakmai kompetenciáim fejlődését is lehetővé teszi. Felgyorsult világunkban egyre gyakoribb, hogy az **időskorú emberek** háttérbe szorulnak: a társadalmi kirekesztődés, betegség, nyugdíjazás, anyagi helyzet romlása, fizikai erőnlét csökkenése, hozzátartozók elvesztése valamint az idősotthonba való beköltözés mind-mind rizikófaktorai lehetnek a **szorongás** kialakulásának.

A szorongás jelenségének kutatása azért fontos, hogy képet kapjunk az emberek lelki állapotáról, és a problémáikra megoldást találjunk.

1.1. Megoldásra váró elméleti és gyakorlati kérdések, feladatok, problémák felvázolása:

Elsőként **megvizsgálom az időskort**, majd a **szorongást**: igyekszem bővebben kifejteni az időskorú emberek legfőbb problémáit, valamint a szorongást befolyásoló rizikófaktorokat, és megküzdési módok alkalmazásával kapcsolatos stratégiákat, és ezekre a problémákra megoldást, magyarázatot találni:

- a) mi az oka az idősödés elnöiesedésének?
- b) miért ilyen rossz az időskorúak társadalmi megítélése?
- c) hogyan lehetne ezen változtatni?
- d) miért fogékonyabbak a lelki betegségekre?
- e) mi az oka az időskori szorongásnak?
- f) milyen megküzdési módokat alkalmaznak?

1.2. A kidolgozás menetének és logikájának, a tartalmi rész felépítésének rövid ismertetése:

A. Időskor

- a) Alapfogalmak,
- b) Modellek és korábbi kutatási eredmények,
- c) Magyarország helyzete bemutatása.

B. Szorongás

- d) Alapfogalmak,
- e) Szorongásos zavarok fajtái,
- f) Időskori szorongás,
- g) Megküzdési módok bemutatása.

C. Személyes állásfoglalás a vizsgált témakörről

D. Kutatási eredmények bemutatása

E. Összegzés

1.3. Szakirodalmi összefoglaló

A fentebb említettek alapján két nagy témakörre bontom írásomat. Az **időskor** területén belül tisztázom a **népesség elöregedését** és az **idősödés elnőiesedése** témaköröket, majd az időskorral kapcsolatos **alapfogalmakat** fejtem ki bővebben: ki az idős?, mit jelent az idősödés?, mik az időszerűk jellemzői?, melyek a tipikus betegségeik?. Továbbá ismertetem az **idősödéssel** kapcsolatos **modelleket, korábbi és aktuális kutatási eredményeket**, illetve az **idősek magyarországi helyzetét** is.

Áttérve a **szorongásra**, először itt is az **alapfogalmakat** tisztázom: mi a szorongás?, mi a különbség a szorongás és a félelem között?, mik a jellemzői?, mik a tünetei?, mik az okai?, milyen típusai vannak?. Kifejtésre kerülnek a **szorongásos zavarok fajtái**, az **időskori szorongás**. A témakört kiegészítve, ismertetem a szorongással való **megküzdési módokat** is.

A témához kapcsolódó szakirodalmak inkább az időskor és a szorongás témakörökben bővelkednek, míg az időskorban fellépő szorongásról viszonylag kevés elméleti és gyakorlati példa áll rendelkezésre. Ennek oka valószínűleg az, hogy az időskori szorongás kevésbé ismert kutatási terület, időskorhoz kapcsolódóan lelki betegségek terén inkább a depresszió és demencia területeken születik több kutatás. Napjainkban szerencsére több időskorral kapcsolatos kutatás áll rendelkezésre, vélhetően azért, mert a népesség elöregedésének vizsgálata több és bővebb kutatást igényel.

2. Hipotézis:

Az időskorú emberek körében magasabb a szorongásos tünetek előfordulása, mint a népesség többi korcsoportjában, valamint a tárgyalt korcsoporton belül is eltérő az arány a nők és a férfiak között (nőknél magasabb). **Az időskori szorongást előidéző** legfőbb **rizikófaktorok** a nyugdíjazás, betegség (testi és lelki), rokonok elvesztése, idősotthoni beköltözés (*Faludi, 1988*). Problémáink megoldására különböző **megküzdési módokat** alkalmazunk, melyek leginkább problémamegoldó vagy érzelmi indíttatásúak.

Kutatásommal arra szeretnék választ kapni, hogy a vizsgált emberek körében valóban fennállnak-e ezek a megállapítások valamint bővebb képet kapni arról, hogy milyen megküzdési módokat alkalmaznak.

Az elérhető szakirodalmak és saját tapasztalatok szerint próbálom elemezni a fő témaköröket:

- a) szakmai gyakorlat – tapasztalatszerzés,
- b) kérdőívezés (kapcsolatteremtés a kérdőívezettekkel),
- c) közvetlen környezet (ismerősök, szomszédok, rokonok),
- d) eddigi tanulmányok.

3. Az időskor:

3.1. A társadalom elöregedése:

Egyre nagyobb méreteket ölt **társadalmunk elöregedése**, amely az alacsony születési számnak és a növekvő várható élettartamnak köszönhető. Ugrásszerűen nő a 60 évesnél idősebb emberek száma, amely halmozott kockázatot jelent a gazdaságnak és életminőségi következményekkel jár a társadalmak számára (Berszán, 2008).

A világ 60 év fölötti népessége meghaladja a fél milliárdot, a 80 év fölötti népesség 50-60 millió főre tehető (Berszán, 2008).

Az elöregedés folyamatát befolyásolja a termékenység (keves gyermekvállalás-kevesebb születés), a halandóság és a népesség korösszetételének változása (Berszán, 2008).

Ezen belül is nemi különbségeket fedezhetünk fel: **több idős nő van, mint férfi**, melyet „feminization of ageing”-nek nevezünk (idősödés elnőiesedése, WHO, 1999). A különbség a nemi kromoszómák génhordozó kapacitásával is összefüggésbe hozható: a nők XX kromoszómáiban (szemben a férfiak XY kromoszómáival) több olyan fontos gén van jelen, ami a hosszú vagy hosszabb életet szolgálja. Pl.: a nőknek nagyobb a szociális szerepük, utód gondozása-felnevelése, társas kapcsolatok, stb. (Berszán, 2008).

Az idősödés elnőiesedését jól szemlélteti az alábbi táblázat, amely a születéskor várható átlagos élettartam alakulásának adataira mutat rá.

A születéskor várható átlagos élettartam alakulása Magyarországon (KSH):

Vizsgált időszak	Férfiak	Nők	Eltérés
1990	65,1 év	73,7 év	8,6 év
2001	68,1 év	76,4 év	8,3 év
2012	71,4 év	78,3 év	6,9 év

1. táblázat

Uniós adatok:

A legfrissebb Uniós mérések szerint (Eurostat - Basic figures on the EU (Autumn 2013)) **Magyarországon a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 71,2 év, a nőknél 78,7 év** volt a 2011-es esztendőben. Ezek az értékek az Uniós országok között a legalacsonyabbak közé tartoznak. A magyar népesség 16,9%-a 65 éven felüliekből áll.

Összehasonlítva a friss adatokat az egy évvel korábbi adatokkal, a 2010-es esztendőben a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 70,7 év, a nőknél 78,6 év volt, míg a magyar népesség 16,7%-a 65 éven felüliekből állt.

Jól látható hogy, tovább növekedett a születéskor várható élettartam mind a nőknél, mind a férfiaknál, így a népesség 65 éven felüli lakóinak száma is növekedett.

3.2. Ki az idős?

A különféle besorolási kategóriák előtt érdemes megvizsgálni egy elterjedt szót: Öreg az, aki annak érzi magát. Ha pozitívan állunk hozzá az öregedéshez, meghosszabbíthatjuk életünket, ha viszont negatívan éljük meg az öregedést (magány, mozgásszegény életmód, stb.) akkor jelentősen lerövidíthetjük életkoraink számát.

Többféle besorolás létezik, így nehéz erre a kérdésre konkrét választ adni. Néhány besorolási típus (*Berszán, 2008*):

a) a WHO szerint:

Korszak megnevezése	Intervallum
áthajlás-átmenet	45-50 év, 55-60 év
idősödés	60-75 év
időskor	75-90 év
agg-kor	90-100 év
matuzsálemi-kor	100 év felett

2.táblázat

b) az idős korosztályt feloszthatjuk három tényező szerint:

Tényező	Intervallum
Demográfiaiilag	60 évtől
Egészségügyileg	65 évtől
Nyugdíjazás szempontjából	nyugdíjba vonulás idejétől

3. táblázat

c) francia orvosi-szociális felbontás szerint:

Korszak	Intervallum
3. életkor	65 évtől
4. életkor	80 évtől

4. táblázat

3.3. Az idősödés folyamata:

Rögtön az elején fontos leszögezni, hogy az **idősödés nem állapot vagy betegség**, hanem egy **természetes folyamat**. Ezek alapján tehát az idősödés egy olyan biológiai, mentális és szociális területen végbemenő folyamat, amely a funkciók fokozatos csökkenésével jár, a folyamat egyirányú és megfordíthatatlan (Berszán, 2008).

Rajtunk múlik, hogy mennyit teszünk a sikeres idősödés érdekében:

- a) koncentráljunk a funkcióképesség megőrzésére (szellemi és fizikai),
- b) a betegségek kockázatát csökkentjük a lehető legkisebbre (egészséges-aktív életmód, egészséges táplálkozás, testmozgás, pozitív hozzáállás az idősödéshez),
- c) aktív részvétel a mindennapi életben (Kovács, 2003).

A társadalomnak is kiemelkedő szerepe van a sikeres idősödésben, így a *sikeres idősödés függ:*

- a) a környezettől,
- b) szocio-kulturális tényezőktől (Kovács, 2003).

Megkülönböztetünk normál illetve kóros öregedést, melyeknek a jellemzői a következők:

Normál öregedés: A normál öregedésre jellemző, hogy elfogadjuk a kor múlását, és alkalmazkodunk egyre változó helyzetünkhöz. Prioritást élvez a tanulási képesség, új dolgok megismerése iránti érdeklődés megőrzése, valamint a külvilággal, embertársainkkal való kapcsolat fenntartásának képessége. A normál öregedésben nagy szerepe van egészségi állapotunknak valamint a genetikai adottságainak is (Berszán, 2008).

Kóros öregedés: Kóros öregedés esetén, elsősorban a rossz szociális körülmények, a testi-lelki betegségek, a sok stressz, a magány, családi konfliktusok, egészségtelen életmód, az elfoglaltság hiánya és a negatív énképjellemző (Berszán, 2008).

Az öregedés biológiai, pszichológiai és szociális jellemzői:

Biológiai jellemzők:

- a) érzékszervi és mozgásszervi funkciók romlása,
- b) megváltozott test-séma és annak elfogadása (Berszán, 2008).

Pszichológiai jellemzők:

- a) törekedés a normál idősödés fenntartására (kiszolgáltatottsági-helyzet elkerülése, függőségek nélküli életmód, egészséges életmód (testi-lelki), szociális kapcsolatok ápolása),
- b) az öregedés a halál és a veszteségek időszaka (társ halála, kortársak elvesztése),
- c) igények és szükségletek megváltozása,
- d) személyiségünk is változik (Berszán, 2008).

Szociális jellemzők:

- a) társas kapcsolatok mennyisége-minősége,
- b) társadalmi szerepvállalás csökken,
- c) új kapcsolatok (nyitottság vagy elzárkózás) (Berszán, 2008).

A kor előrehaladtával fokozatosan csökken az idős emberek társadalmi életben való részvétele (pl.: felgyorsult életritmus, sok új információ, élettapasztalat elértéktelenedése, nyugdíjazás, hozzátartozók elvesztése, magány, közlekedési és kommunikációs nehézségek), pedig a társadalmi kapcsolatok iránti szükségletük nem csökken, éppen ellenkezőleg, növekszik (Kovács, 2003). Gondoljunk csak azokra az esetekre, amikor idős emberek azért járnak orvoshoz, hogy valaki meghallgassa Őket. Gyakran problémát jelent a segítségkérés- és a segítségnyújtás elfogadása, melynek több oka van: vagy a személyben keresendő, vagy pedig a társadalmi attitűdökben: a társadalom elvárja, hogy az idős emberek megbirkózzanak az élet kihívásaival.

Érdeemes bővebben beszélni a magányról illetve a magányosságról. A magány egy általunk megélt állapot, amelytől ösztönösen félünk. Ez a félelem jelentheti a haláltól való félelmet, de jelentheti az elszigetelődéstől, kirekesztődéstől való félelmet is, valamint a fájdalomtól való félelmet is (Berszán, 2008).

Az intézeti lét is kiválthat magányt, ha nem sikerült megfelelően beilleszkednünk, vagy nem érezzük jól magunkat az intézetben. A magányt elszűkíthetjük egy kisebb csoportra, a közösségen belüli magányra is. Az időskorú embereknel nagy figyelmet kell fordítanunk az intimitás megtartására. Ennek elmulasztás az emberi méltóság sérülését, szégyenérzést, és elzárkózó magatartást eredményezhet. Az említett jelenségek gyakran előfordulnak idősotthonban élő embereknel vagy többgenerációs családban élő idős embereknel (Berszán, 2008).

A magányosság szempontjából kiemelten veszélyeztetettek:

- a) 80 év felettiek,
- b) özvegyek,
- c) akinél fennáll szellemi károsodás,
- d) akik nem mernek kimozdulni otthonukból,
- e) akinek olyan egészségügyi problémája van, ami gátolja a közösségi életben való részvételt (pl.: inkontinencia),
- f) nem megfelelő megküzdés az elmúlt időszak gondjaival (Berszán, 2008).

3.4. Szemléletek az időskorról:

Deficit szemlélet:

Ez a modell a **hibákra, hiányokra koncentrál**, hogy milyen funkciókat veszítünk el az idősödés során, milyen hátrányok érik az idős embert:

- a) szervezet fizikai gyengülése,
- b) nyugdíjazás miatt rosszabb anyagi helyzet,
- c) kiszorulás a társadalmi életből,
- d) élettapasztalatok elértéktelenedése,
- e) modernizáció felgyorsulása,
- f) rászorultság miatt önbecsülés csökkenése.

A társadalomban a negatív, elutasító, leértékelő attitűdöket „indítja be”, amely szerint az idősödés-időskor csak nyűg az ember számára, valamint gazdasági teher a társadalom számára. Az idős emberekben ez pesszimista életszemlélethez vezethet (*Berszán, 2008*).

Érték szemlélet:

Az előző modell szöges ellentéte, amely az idősödést, **időskort**, mint **pozitív pluszként jellemzi**: az időskort a bölcsesség, élettapasztalat és a beérés időszakának tartja. A társadalom az idősekben lássa meg, és használja fel tapasztalatait, míg a nyugdíjas időszak a megszolgált és kiérdemelt nyugalom időszaka legyen. Ez a modell a generációk közötti megbecsülésre, hagyományokra épít, és az elfogadást hangsúlyozza. Az idős emberekben ez növeli az önértéket (*Berszán, 2008*).

Érdeemes megvizsgálni a WHO által megfogalmazott, aktív öregedés modelljét is, mely szerint az idős emberek aktív résztvevői a társadalomnak és értékes, aktív közreműködői, nem pedig pusztán ellátásra szoruló, társadalmi forrásokra terhet róó tagjai. A modell nagy hangsúlyt fektet a mentális egészség megőrzésére, valamint a jobb egészségügyi ellátás megvalósítását szorgalmazza (*Kovács, 2003*).

Az öregedést felfoghatjuk úgy is, mint a hanyatlás vagy az új lehetőségek korszakát:

Véleményem szerint téves az a felfogás, miszerint egy idős embernek nem lehet jövőképe. Az idős ember is ugyanúgy tervezhet, mint fiatalabb embertársai, csupán a tervezés idejét kell

átértékelni. Az idős kor új távlatokat nyithat, azonban ehhez nekünk is pozitívan kell szemlélnünk az életünkben végbemenő változásokat (Pikó, 2005).

A hanyatlás és új lehetőségek modellje:

Hanyatlás korszaka	Új lehetőségek korszaka
testi-lelki hanyatlás	az új életszakasz lehetőségei
veszteségek	béke önmagunkkal és a világgal
betegségek	összegzés (emlékek, élettapasztalatok)
nincs jövőkép	bölcsesség

5.táblázat (Berszán, 2008)

3.5. Az idős kor betegségei:

Időskorban az ember sokkal fogékonyabb különböző mentális vagy szervi betegségek kialakulására, gondoljunk csak arra, hogy egy fiatalabb ember szervezete könnyebben megbirkózik egy egyszerű megfázással, addig egy időskorú ember esetén a gyengébb szervezet miatt hosszabb ideig tarthat a gyógyulási folyamat.

3.1.1. Szervi betegségek:

A. Krónikus betegségek: ha a betegség már kialakult, már csak a tünetek enyhítésén van a hangsúly. Időskorban ilyen betegségek pl.:

- a) fertőző betegségek,
- b) légzőszervi megbetegedések,
- c) szív és érrendszeri megbetegedések,
- d) emésztőszervi elváltozások,
- e) mozgásszervi problémák,
- f) daganatos megbetegedések.

B. Multimorbiditás: ebben az esetben egyszerre több betegség van jelen (pl.: szorongás és depresszió együtt).

C. Gyógyszerszedés okozta káros hatások: többféle gyógyszer szedése válthatja ki, az idős emberek szervezete nehezebben dolgozza fel a bevitt hatóanyagokat (*Berszán, 2008*).

3.1.2. Mentális zavarok:

- a) szorongás (idős embereknél nagyobb az esélye, gyakran szövődik depresszióval),
- b) depresszió (az egyik leggyakoribb mentális probléma az időseknél),
- c) demencia.

4. A szorongás:

A szorongás egy **fizikai tünetekkel kísért lelki állapot**, amely több tényezőből tevődik össze:

- a) környezeti,
- b) biológiai,
- c) pszichológiai

(Faludi, 1988).

Jellemzői:

- a) nyugtalanság,
- b) indokolatlan félelem,
- c) rossz előérzet,
- d) ingerlékenység,
- e) pesszimizmus,
- f) állandó, túlzott aggodás.

Fizikai tünetei:

- a) emésztési problémák,
- b) szívdobogás,
- c) fejfájás,
- d) szédülés,
- e) szájszárazság, stb.

A szorongás kötődhet tárgyakhoz (pl.: lift), **gondolatokhoz** (pl.: családtag elvesztése), **vagy kényszercselekvésekhez** (pl.: „rendmánia”) (Berghammer és Zsombók, 2004).

Intenzitása alapján lehet állandóan jelen levő feszültség, vagy hirtelen, váratlanul megjelenő nagy erősségű (Berghammer és Zsombók, 2004).

A szorongás okai lehetnek:

- a) szociális és társadalmi környezet,

- b) testi okok (pl.: örökletes hajlam, szervi megbetegedések, szenvedélybetegségek),
- c) felgyorsult kor,
- d) sok feldolgozandó információmennyiség,
- e) hagyományos családi élet eltűnése (*Berghammer és Zsombók, 2004*).

4.1. Szorongás és félelem:

Meg kell különböztetnünk a szorongás és a félelem fogalmát: sokan keverik a két fogalmat, így egyáltalán nem mindegy, hogy egy adott esetben éppen szorongunk vagy félünk valamitől.

A szorongás és a félelem között az a különbség, hogy **a félelem konkrét dologra irányul** (pl.: félek, hogy megharap a kutya), **a szorongás** pedig „láthatatlan”, **nem konkrét dologra** irányul (pl.: hogy sikerül a szakdolgozat-védésem) (*Riemann, 1998*).

4.2. A szorongás típusai:

4.1.1. Normál szorongás:

A normál szorongás tulajdonképpen **a szervezet védő-rendszere**, figyelmeztetője, ami olyan helyzetekben lép közbe, amikor potenciálisan veszélyesnek ítélünk egy adott helyzetet. Akkor válik abnormálissá a szorongás, ha indokolatlanul, ok nélkül lép fel, és intenzitásában és időtartamában mértéktelenné válik (*Faludi, 1988*).

A normál szorongás ugyanakkor a hasznunkra válik: a mindennapi életben a javunkat szolgálja és fontos része a lelki működésünknek, nem gátol a teljesítményünkben, küzdelmeinkben. A környezetváltozás, nyaralás vagy pihenés a normál szorongás esetén az egyén javára válhat (*Faludi, 1988*).

4.1.2. Kóros szorongás:

A kóros szorongás éppen ellenkezője a normál szorongásnak: indokolatlanul, ok nélkül lép fel, és intenzitásában és időtartamában mértéktelenné válik, inkább **gátol a teljesítményben, küzdelmekben, a mindennapi életben:**

- a) nehézségek a munkahelyen,
- b) nehézségek a társadalmi életben,
- c) nehézségek a házasságban,
- d) nehézségek a szexuális életben (Faludi, 1988).

A kóros szorongásban szenvedő egyénnek a környezetváltozás sem használ.

Hazánkban a kóros szorongás gyakori, a lakosság 10-16 %-a szenved tőle (Faludi, 1988).

A kóros szorongást úgy is jellemezhetjük, hogy ilyenkor egyszerre vannak jelen a fizikai és a lelki tünetek is.

A kóros szorongás okai:

- a) fizikai betegségek, melyeknél a szorongás csak másodlagos jelenség,
- b) elmezavarok, melyeknél az alapbetegségeket kell előbb kezelni,
- c) szorongásos zavarok, melyeknél a szorongás az elsődleges jelenség (Faludi, 1988).

Fontos megvizsgálni, felülvizsgálni életvitelünket, ezzel is javíthatunk szorongásunk mértékén:

- a) gyors életritmus,
- b) kevés pihenés,
- c) kevés vagy rossz minőségű alvás,
- d) helytelen táplálkozás,
- e) káros szenvedélyek (túlzott kávé, energiatital, alkoholfogyasztás, dohányzás),
- f) környezeti feszültségek,
- g) fizikai betegségek (Faludi, 1988).

Különböző módszerekkel csökkenthetjük szorongásunk mértékét:

- a) biztonság érzése,
- b) események megszokott sorrendje, ceremóniák,
- c) pozitív érzelmek kialakítása,
- d) sok mozgás és sport,
- e) egészséges táplálkozás (Berghammer és Zsombók, 2004).

4.3. Szorongásos zavarok:

4.1.3. Kialakulása:

Kutatások kimutatták, hogy a biológiai vonalon az agy különböző részei felelősek a szorongásos zavarok kialakulásáért (*Berghammer és Zsombók, 2004*).

4.1.4. Fajtái:

Pánikbetegség: Olyan fizikai-lelki tünetekkel és pszichés-szervi betegséggel járó állapot, amely hirtelen kezdődik és megy végbe (*Berghammer és Zsombók, 2004*).

Jellemzői tünetei:

- a) ingadozó vérnyomás,
- b) szívritmuszavar,
- c) ízületi panaszok,
- d) fulladás,
- e) szédülés,
- f) gyakran halálfélelem

(*Berghammer és Zsombók, 2004*).

Pánikrohamról akkor beszélünk, ha időtartama nem haladja meg a 10 percet (*Berghammer és Zsombók, 2004*).

Az egyén fokozottan érzékenyebbé válik, torzul a gondolkodása, testi jelzése.

Agorafóbia: Alapvetően nyílt tértől való félelmet jelent, leggyakoribb fóbiák közé tartozik pl.: lift-és repülőgép fóbia, bezártság fóbia (*Berghammer és Zsombók, 2004*). A félelem eluralkodik az egyén felett, és gyakran csak kísérettel hajlandó kimozdulni (*Magyar, 1993*).

Kényszerbetegség: Meg kell különböztetnünk a kényszerszorongó gondolat (**obszesszió**) és a kényszerszorongó cselekedet (**kompulzió**) fogalmakat:

- a) **Kényszerszorongó gondolat:** agresszív, szexuális, vallásos kényszerszorongó gondolatok, inkább a felnőtteknél jellemző.
- b) **Kényszerszorongó cselekedet:** különböző rituálék, ismétléses cselekedetek jellemzik, inkább gyerekeknél jellemző (*Magyar, 1993*).

Szociális fóbia: Az emberek jelenléte váltja ki a félelmet, pl.: nagy tömeg, nyilvános étkezés, emberekkel való találkozás, nyilvánosság (nem összetévesztendő az egészséges lámpalázzal), megszégyenülés mások előtt. Megnehezíti, jelentősen befolyásolja a mindennapi életet (Berghammer és Zsombók, 2004).

Egyszerű (specifikus) fóbiák: Olyan túlzott félelem, amely egy konkrét tárgyhöz vagy helyzethez köthető (Berghammer és Zsombók, 2004).

Főbb típusai:

- a) állatokkal kapcsolatos (pl.: pókok),
- b) természeti környezettel kapcsolatos,
- c) orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos (pl.: vérvétel, injekció),
- d) szituatív fóbiák,
- e) egyéb félelmek

(Berghammer és Zsombók, 2004).

Posttraumás stressz: Olyan egyénekre jellemző, akik súlyos traumát éltek át, és ez szorongásos állapotot vált ki belőlük. Gyakran nevezik a háborús katonák betegségének is (Berghammer és Zsombók, 2004).

Generalizált szorongás: Állandó szorongás, aggodalmaskodás jellemzi az élet minden területén. Kialakulásában meghatározó tényezők a nevelés, család, stressz, és a jelentős életesemények. Az egyénnél akkor áll fenn ez az állapot, ha minimum hat hónapig tart, és alábbi hat tünet közül legalább három jelen van (Berghammer és Zsombók, 2004).:

- a) nyugtalanság érzése,
- b) gyors fáradékonyság,
- c) koncentrációs zavar,
- d) ingerlékenység,
- e) izomfeszülés,
- f) alvászavar (Berghammer és Zsombók, 2004).

Pszichés tünetei:

- a) gyakori, túlzott aggodalmaskodás,
- b) koncentrációs nehézségek,
- c) figyelem hiánya,

d) emlékezet zavarok (*Berghammer és Zsombók, 2004*).

Fizikai tünetei:

- a) szívszűrés,
- b) szapora pulzus,
- c) nehezített légzés,
- d) gombócérzés,
- e) szédülés,
- f) fejfájás (tarkótáji)

(*Berghammer és Zsombók, 2004*).

A szorongó egyénben kettős kép alakul ki: saját magukkal és embertársaival is távolságtartók. Igényeiket gyakran elfojtják, hajlamosak arra, hogy olyannak mutassák magukat, mint akiknek nincs szükségük arra, hogy foglalkozzanak velük. Emberi kapcsolataikban nehezen megközelíthetők, képzeletbeli falat húznak maguk köré (*Faludi, 1988*). Általában huszoneves korban kezdődik, és a jobb-rosszabb időszakok váltakozása a jellemző (*Faludi, 1988*).

A szorongás felismerése nélkülözhetetlen, leküzdése érettebbé tesz minket és hozzásegít további fejlődésünkhöz (*Riemann, 1998*).

5. Időskori szorongás:

Az időskori szorongásnak megvannak a maga specifikumai, rizikófaktorai, melyek alapvetően befolyásolják ennek a korcsoportnak a szorongásra való hajlamosságát:

A. nyugdíjazás: A munkával töltött évek után gyakran felmerül a kérdés: hogyan tovább, mitévő legyek? Általában elmondhatjuk, hogy az emberek vagy várják a nyugdíjba vonulás idejét, vagy rettegnek tőle: érdemes még a nyugdíjazás előtt egy stratégiát kialakítani a jövőbeli mindennapokra. Fontos, hogy megfelelő elfoglaltságot találjunk magunknak, pl.: hobbik, baráti kör, kertészkedés, tanulás. Sokan vannak úgy, nyugdíjba vonulásuk után, hogy megpróbálják bepótolni azokat a dolgokat, amelyekre munkával eltöltött éveik alatt nem jutott idő: több idő jut a családra, unokákra, valamint ismerőseikre. Új hobbikat, ismeretanyagokat fedezhetnek fel, sajátíthatnak el, pl.: számítógépezés, nyelvtanulás, utazás. A szabadidő eltöltésére kiváló hely lehet az idősek klubja, ahol új emberekkel ismerkedhetnek meg, és különböző foglalkozásokban, programokban lehet részük. Hasznos időtöltéssel nem érzik magukat haszontalannak, érezzék mindig azt, hogy ma is csináltak valami maradandót, hasznosat. Több időt fordíthatunk önmagunkra is, mint például: több testmozgás, séta a friss levegőn, kirándulások, egészséges táplálkozás. A nyugdíjazással életünk egy új szakasza kezdődik el, amire már jóval a nyugdíjas évek előtt tanácsos megkezdeni az előkészületeket (pl.: pénzt félretenni, kapcsolatok kiépítése, stb.) (Szabó, 1996).

B. fizikai erőnlét fokozatos csökkenése: A kor előrehaladtával fokozatosan csökken a fizikai erőnlét, rendszeres testmozgással azonban szinten tartható. Tanácsolt az aktív életmód folytatása: sok idős ember napja a tv nézésből és a „rutin” házimunka ellátásából áll, amit kiegészíthetünk például: napi 30 perc sétával, kirándulásokkal, kertészkedéssel, stb.

C. önállóság elvesztése vagy annak korlátozottsága: Sokan kerülnek abba a helyzetbe, hogy önmagukat képtelenek ellátni, és mások segítségére kényszerülnek. Fogadjuk el a segítséget, ismerjük fel, ha egyedül nem vagyunk

képesek különböző dolgokat megcsinálni. Saját mindennapjainkat könnyítjük meg vele, ha elfogadjuk, és igénybe vesszük mások segítségét.

D. anyagi problémák: A munka elhagyásával az anyagi, gazdasági helyzet is megváltozik. Ki több-ki kevesebb pénzből kénytelen rendezni mindennapi kiadásait. Jobb helyzetben vannak azok az idős emberek, akiknek a családja anyagi segítséget, kiegészítést tud adni.

E. testi betegségek: Időskorban az emberek jóval fogékonyabbak a különböző megbetegedésekre. Legjellemzőbb megbetegedések időskorban a szív és érrendszeri betegségek, mozgásszervi betegségek, daganatos megbetegedések. Fontos, hogy minél hamarabb megfelelő kezelésben részesüljünk, az időskori szervezet ugyanis nem gyógyul-regenerálódik olyan gyorsan, mint a fiatalabb egyénéké. Ennek oka pl.: a legyengült immunrendszer, gyógyszer hatóanyagainak lassabb felszívódása. Az idősek hajlamosak arra, hogy elbagatelizálják betegségeiket, problémáikat, ezért is kell minél hamarabb segítséget kérni, és figyelni rájuk illetve megadni nekik minden segítséget, tájékoztatást.

F. házastárs-családtag elvesztése: Hozzá tartozóink elvesztése mindig nehéz helyzet elé állít minket. Többé nincs mellettünk, akivel éveken át, egy életen át együtt éltünk, az életünk részét képezték. Ebben a nehéz helyzetben is törekedjünk arra, hogy ne hagyjuk el magunkat és fogadjuk el mások segítő szándékát. Így megelőzhetjük a mentális és testi leépülést. Szenteljünk figyelmet a megfelelő gyászmunkára is.

G. időotthoni elhelyezés: Sajnos sok ember számára nem adatik meg a lehetőség, hogy otthonában, vagy családja körében töltsen el nyugdíjas éveit. Ennek végeláthatatlan oka van: pl.: anyagi helyzet, család álláspontja, közös megegyezés, betegség, kényszer, önellátás-felügyelet hiánya, stb. Az idősek otthonában az egyén intézettől függően egy vagy többágyas szobában lakik, ahol biztosított az orvosi felügyelet, az étkeztetésük valamint rendszeres foglalkoztatásban (programok, kirándulás, stb.) van részük. Mielőtt beköltözünk egy ilyen típusú intézetbe, fontos hogy minél több intézetet keressünk fel, hogy a számunka legmegfelelőbbet választhassuk ki. Az

alábbiakban felsorolok néhány szempontot, amik döntőek lehetnek a választásnál:

- a) intézet elhelyezkedése (belváros, külváros),
- b) megközelíthetőség (tömegközlekedés),
- c) az épület konstrukciója (hány emelet, van-e lift),
- d) házirend (pl.: bútorok, személyes tárgyak).

Ha van rá lehetőségünk, a kiválasztott intézetben töltsünk el egy kis időt a beköltözés előtt, mérjük fel a terepet, ismerkedjünk a lakókkal. Ha már beköltöztünk, alakítsuk ki saját ismertségi körünket, legyünk jóban az ápolókkal, dolgozókkal. (*Pető és Tengerdi, 2007*)

Az idősotthoni elhelyezés körülményeiről és feltételeiről az 1993. évi III. törvény ad tájékoztatást (ki költözhet be, milyen szolgáltatásokban részesül, milyen jogai és kötelezettségei vannak a lakónak, stb.).

A szorongás az időskorban lévők között a legmagasabb, ezen belül is a nők körében gyakoribb. Jellemzően befolyásoló tényező még az alacsony iskolázottság, amely miatt az idős emberek kiszorulnak a társadalmi körforgásból, értéktelennek, haszontalannak, kiszolgáltatottnak érezhetik magukat. (*Kopp, 2006*). Az élet számos területére kihatással lehetnek a fentebb felsorolt tényezők, (pl.: ügyintézés, bevásárlás, közlekedés, egészségügy), amelyek szintén okozhatnak szorongást, szorongásos tüneteket (*Mészáros, 1988*).

5.1. Kutatási eredmények:

5.1.1. Hungarostudy (2002):

A *Hungarostudy* 2002-es kutatása alapján érdemes néhány vizsgált tulajdonságot kiemelni a 65 év feletti emberekre vonatkoztatva (*Hungarostudy 2002: egy országos reprezentatív felmérés, amely a magyar népesség életminőségét vizsgálta*):

- a) *unalom*: növekszik mindkét nemnél,
- b) *önbizalom*: csökken mindkét nemnél,
- c) *fájdalomtűrés*: nőknél magasabb,
- d) *ellenségesség*: férfiaknál magasabb,

- e) *közösségi hatékonyság*: nőkre jellemzőbb,
 f) *tolerancia*: nőkre jellemzőbb (Kopp, 2006).

Az életminőség fogalma:

Tág fogalom, az egyén fizikai és szellemi állapota, társadalmi kapcsolata, és a környezetéhez köthető viszonyát foglalja magában (Kovács, 2003).

A vizsgálat eredményeiből láthatjuk azt is, hogy a 65 év feletti idős emberek hogyan ítélik meg jelenlegi egészségi és szociális állapotukat (Kopp, 2006).:

a) *vitális kimerültség*:

Férfiak	Nők
alvászavar	
szorongás	
depresszió	
fájdalom	
munkaképesség csökkenése	családi állapot
	társas támogatás hiánya

6. táblázat

b) *rosszabb egészségi állapot*: a 65 év feletti idős emberek szerint a jelenlegi egészségi állapotuk:

Egészségi állapot	Válaszadók százalékos aránya
nagyon rossz	11,9 %
rossz	24,2 %
közepes	47,3 %
jó	15,1 %
kiváló	1,4 %

7. táblázat

Az adatokból jól látható, hogy a 65 év feletti emberek többsége közepesnek vagy annál rosszabbnak ítéli meg egészségi állapotát, melynek hátterében az erre a korosztályra jellemzőbb egészségügyi problémák állnak.

A Hungarostudy 2002-es életminőség-vizsgálata rámutatott arra is, hogy a nők között jelentősen nagyobb a szorongás mértéke, mint a férfiaknál.

Ezek az adatok visszavezethetők a magyar nők életminőségét befolyásoló tényezőkre, melyek az alábbiak:

- a) alacsony iskolai végzettség,
- b) a munkavállalásban a férfiakkal szembeni alacsonyabb elismertség,
- c) anyagi elmaradás a férfiakhoz képest,
- d) sokrétű szerepvállalás a mindennapi életben,
- e) bántalmazás,
- f) betegségekre való nagyobb esély (pl.: csontritkulás) (Kopp, 2006).

A vizsgálat szerint a nőknél a legfőbb szorongást kiváltó okok az ellenségesség-érzés (a nők inkább a lelki terrort „alkalmazták”, míg a férfiak a fizikait), szegénység, életcélok hiánya, bántalmazás (Kopp, 2006).

A magyarországi idős emberek által fontosnak vélt életminőségi funkciók a WHO QOL-OLD felmérése alapján:

- a) egészség (betegség és/vagy fájdalom hiánya),
- b) család ↔ magány,
- c) segíteni másokat és segítséget kapni,
- d) szeretet,
- e) társas kapcsolatok,
- f) beszélgetés másokkal,
- g) lelki békesség (Kovács, 2003).

5.1.2. Eurobarometer-Active Ageing (2012):

Ez a felmérés az aktív öregedést vizsgálta, melyek alapján öt területet különböztethetünk meg:

Az időskorról és az idősebb emberekről alkotott általános nézetek: ebben a kategóriában azt vizsgálták, hogy mit gondolunk arról, hogy ki számít fiatalnak vagy idősnek. Magyarországon az emberek többsége úgy gondolja, hogy 45 év alatt tekinthetünk valakit fiatalnak, míg az idősödés az emberek szerint 58 évnél kezdődik el. Az európai átlag a két kategóriában 41,8 év és 64 év volt.

Idősebb emberek a munkahelyen: ebben a kategóriában azt vizsgálták, hogy az emberek támogatnák-e a nyugdíjkorhatár kitolását (minden ötödik magyar támogatta, az európai átlag pedig minden harmadik ember), illetve hogy a nyugdíjkorhatár betöltése után is lehetőség legyen munkát vállalni (támogatottság az EU-ban: 61%, Magyarországon: 40%). A vizsgálat kiterjedt még a kötelező nyugdíjazás korhatárára, amit a magyarok 55%-a támogatna is.

Önkéntes munka és idősebb embereknek nyújtott támogatás: Az európai körülbelül egy negyede vesz részt önkéntes munkában, míg a magyaroknál ugyanez a szám 14%. Ahol kevésbé terjedt el az önkéntesség, ott nagyobb számban számoltak be arról, hogy a hétköznapiakban különféle módon segítenek az idős embereknek.

5.1.3. Global Age Watch (2013):

Frissebb kutatási eredményekkel (2013. október) szolgál az öregedésről szóló első globális felmérés. A felmérés során 91 ország idős lakóinak helyzetét vizsgálták, mely vizsgálatok alapján Magyarország a nem túl előkelő 40. helyet foglalja el. Az első kategóriában a viszonylag jónak mondható 19. helyet foglalja el országunk. Ebben a részben a lakás fenntartását fedező összeget, az időskori szegénységet, az általános jóllétet és az egy főre jutó GDP-t vizsgálták.

A második kategóriában csupán az 57. helyet foglaljuk el. Ebben a kategóriában a 60 évnél várható élettartamot, az egészséges életmódot, és a szellemi jóllétet vizsgálták. Itt akár példaként említhető a műtétek esetén több éves várólista, így sok idős ember számára nehezzé válik a betegsége kezeltetése, vagy legrosszabb esetben meg sem éri az évekkel későbbre kitűzött műtét idejét.

A harmadik kategóriában a 39. helyen állunk. Itt az időskorú emberek foglalkoztatottságát és képzettségét vizsgálták. Megemlítendő példa, hogy sok idős ember jár nyugdíjas egyetemre, melyek nagy népszerűségnek örvendenek. Ez is egy jó lehetőség a szabadidő hasznos eltöltésének, valamint kiépíthetünk új kapcsolatokat is, valamint nem utolsósorban, új ismeretekkel gyarapodunk.

Az utolsó, negyedik kategóriában teljesítettünk a legrosszabbul, mindössze a 65. helyen végeztünk. Ebben a kategóriában a társadalmi kapcsolatokat, a fizikai biztonság-érzést, a szabadságot (függetlenség), és a közterületek megközelíthetőségét vizsgálták.

6. Megküzdési módok:

A megküzdési stratégiák részletezése előtt, érdemes tisztázni a megküzdés fogalmát, folyamatát:

„**Megküzdés** alatt azt a **folyamatot** értjük, amely leírja a személy folyamatos gondolati és viselkedési erőfeszítéseit arra, hogy valamiképpen kezelje az őt érintő eseménynek személy által észlelt követelményeit.” (Oláh, 2006. 384. o.)

A megküzdést úgy is jellemezhetjük, mint egy „**üss vagy fuss**” (fight or flight) reakciót, amely úgy is értelmezhető, hogy az adott helyzettel szembenézünk, vagy elmenekülünk előle (Oláh, 2006).

Szorongásainkat általában elfojtjuk, letagadjuk, elkerüljük, vagy elnyomjuk, ezeket elfojtó mechanizmusnak nevezzük (Riemann, 1998).

6.1. Megküzdési stratégiák:

Foglalkoznunk kell problémáinkkal (jelen esetben szorongásunkkal), újra és újra küzdjünk meg velük, hogy minél előbb visszatérhessünk a megszokott kerékvágásba, és ismét teljes életet élhessünk.

Erre a célra kialakíthatunk különböző megküzdési stratégiákat is, melyeket annak tükrében választunk ki, hogy korábbi tapasztalataink szerint melyik vált be, valamint az adott helyzet is meghatározhatja.

„A megküzdési stratégiákat leggyakrabban problémafókuszú és érzelmi fókuszú csoportokba sorolják. A *problémafókuszú stratégiák* közös jellemzője, hogy a helyzet vagy esemény befolyásolására tesznek kísérletet. Az *érzelmi fókuszú stratégiák* nem a helyzet vagy esemény megváltoztatására, hanem az ezekkel kapcsolatos érzelmi folyamatok befolyásolására irányulnak.” (Oláh, 2006. 384. o.)

Ilyen stratégiák lehetnek:

- a) érzelmi megoldások,
- b) problémára koncentrálnunk,
- c) segítség és tanácskérés,
- d) saját figyelem elterelése a problémáról (pl.: kreatív tevékenység),
- e) helyzet átminősítése (pl.: a pozitívumok kiemelése),
- f) humor

(Berghammer és Zsombók, 2004).

6.2. A megküzdés (coping) két kimenetelű lehet:

- a) **ha sikeres:** problémáink legyőzése után, magasabb célokat tűzhetünk ki magunk elé, ezáltal az eredményesség érzése tölt el bennünket, melynek következménye az én-erő, kompetencia élmény és a hatékonyságunk fokozódása.
- b) **ha sikertelen:** nem ismerjük a probléma megoldásának kulcsát, vagy nem érezzük magunkat képesnek a megoldására, amely szorongáshoz vezethet *(Kopp, 2006).*

Ha önmagunk nem tudjuk megoldani problémáinkat (kóros szorongás esetén), mindenképpen forduljunk orvoshoz, ugyanis a kezeletlen szorongásnak több súlyos következménye lehet *(Berghammer és Zsombók, 2004):*

- a) **az egyén elkerüli a feszültségkeltő helyzeteket:** fontos hogy ne mindig a könnyebb utat válasszuk, tudatosan menjünk szembe problémáinkkal, ezáltal hozzászoktatva magunkat a változáshoz, ami által fejlődünk.
- b) **az egyén életmódja beszűkül:** folytassunk változatos életmódot, néha térjünk el a megszokottól, próbáljunk ki új dolgokat, hobbiakat, tevékenységeket.
- c) **az egyén tevékenységi köre monotonná válik:** mindenkinek megvan a napi rutinja, ezt azonban egészítsük ki egyéb tevékenységekkel (ha egészségi állapotunk engedi) pl.: egy kis kerti munka, séta, közösségi élet.
- d) **az egyén elszigetelődik az emberektől:** járjunk közösségbe, ha egészségi állapotunk ezt nem engedi, vegyük igénybe mások segítségét, ápoljuk a kapcsolatot rokonokkal, barátokkal, fogadjuk őket látogatóba.

6.3. A szorongás kezelése – pszichoterápia:

A szorongás kezelésének, feldolgozásának legfontosabb lehetősége a pszichoterápia. A pszichoterápia **célja** hogy gyógyszeres kezelés mellett, különböző terápiákkal és relaxációs gyakorlatokkal **segítse az egyént problémái megoldásában** (Berghammer és Zsombók, 2004).

A pszichoterápia felfedi a szorongás kialakulásának állomásait az egyénben, valamint keresi az individuális-családi és szociális-kulturális körülményekkel való összefüggéseit azzal a céllal, hogy szembenézhessünk szorongásunkkal és leküzdjük azt (Riemann, 1998).

A pszichoterápiánál több tényezőt kell szem előtt tartanunk:

- a) kapcsolat minősége a terapeuta és a kezelt között,
- b) a terápia előtt megkötött szerződésben foglaltak betartása

(Popper, 2002).

7. Személyes állásfoglalás:

Mind emberileg, mind szakmailag mindig is az idős korosztály állt hozzám a legközelebb, így különös szívügyem a velük való munka, foglalkozás jobbá tétele:

Véleményem szerint sürgősen **változtatni kell az idők társadalomban való megítélésén**, nem helyes, ahogyan az emberek erről a korcsoportról, társadalmi rétegről gondolkodnak.

Többségünk (saját és szakirodalmi tapasztalatok alapján) sajnos csak **tehernek tekinti** az időseket, ahelyett hogy bölcsességüket, élettapasztalataikat és értékeiket hasznosítanánk a mindennapi életben.

Napjainkban az emberek többsége híján van a megfelelő kommunikációs és empátias készségeknek, melyeknek hasznosításával sokat segíthetnénk az idős emberek mindennapjaiban, pl.:

- a) meghallgatjuk Őket,
- b) segítünk nekik,
- c) tiszteletet tanúsítunk velük szemben,
- d) megbecsüljük Őket.

A fentebb említett, Buda Béla által megfogalmazott Érték-modell követendő példa lehet mindenki számára!

A mai, rohanó világban az embereknek sajnálatos módon nincsen se idejük, se türelmük idős embertársaikkal törődni, ezért is érezhetik magukat kiszolgáltatottnak és „elhagyottnak”. Megváltozott társadalmi kapcsolataik miatt (több generációs családmódel eltűnése, hozzátartozók elvesztése, kevesebb szociális interakció) igenis szükségük van a segítségre. Jelentősen megváltozott az idők és a fiatal generáció közötti különbség, elsődlegesen megemlítendő a tisztelet hiánya.

Érdemes megemlíteni a sok új információt, impulzust, ami az idős embereket éri: **a társadalom elvárja, hogy maguk boldoguljanak**, ami az internet, „okos” telefonok, érintőképernyők, stb. világában nem egyszerű feladat még némelyik középkorú ember számára sem.

Megfelelő segítség és odafigyelés nélkül a többségük nem boldogul, így nem csoda, hogy fokozatosan kirekesztődik a társadalomból, amely elmagányosodáshoz (amely az egyik legfőbb probléma ebben a korcsoportban), rosszabb esetben lelki betegségek (szorongás, depresszió, öngyilkossági kísérlet) kialakulásához vezethet.

8. Kutatási eredmények bemutatása:

A kutatással az volt a **célom**, hogy **felmérjem a bentlakásos intézetben élő idős emberek lelki/érzelmi állapotát**, így kapva képet arról, hogy **milyen mértékű a szorongásuk**, illetve hogy szorongásaik ellen **milyen megküzdési módokat alkalmaznak**. Főbb kritériumként azt tűztem ki, hogy a kérdőívet kitöltő egyén 65, vagy annál idősebb legyen, és ne szenvedjen veseszületett betegségektől, hogy ne torzítsák a kutatás eredményeit. Az életkor meghatározásánál elsősorban az egészségügyi besorolást vettem figyelembe, másodsorban 65 év alatt jellemzően kevesebb az idősotthoni lakók száma.

Erre a célra a kérdőíves módszert találtam a legalkalmasabbnak, melynek során két féle kérdőívet töltöttek ki a lakók, melyek a következők:

- a) **Spielberger-féle Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív** (*Spielberger, 1970*),
- b) **Megküzdési MódoK Kérdőív** (*Kopp és Skrabski, 1995*).

Azért döntöttem ezen kérdőívek alkalmazása mellett, mert megállapításai, kérdései konkrétan tükrözik a kutatási területemet, megfelelően irányulnak a kutatás céljára, valamint összetétele könnyen értelmezhető az idős emberek számára is.

A két kérdőívet **kiegészítettem egy általam összeállított adatlappal**, melyben a kutatáshoz szükséges, alap, illetve specifikus információkat kértem a lakóktól: nem, életkor, családi állapot, beköltözés időpontja, beköltözés oka, hozzátartozók, látogatás gyakorisága, szervi betegségek illetve foglalkozás típusa.

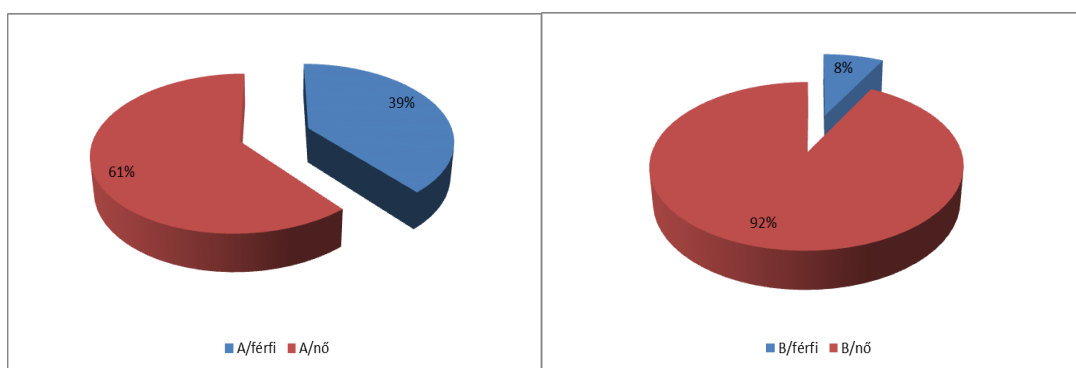
A kutatásomat az alábbi szisztéma szerint értékelem ki:

- a) az adatlappól kinyert adatokat vázoló (az egyén neve, foglalkozásának típusa, hozzátartozók megléte, hozzátartozók látogatásának rendje, beköltözés ideje, szervi betegségek),
- b) a felhasznált kérdőívekből 7-7-7 specifikus megállapítást kiragadva, összehasonlítom a két intézet lakói között elért eredményeket,
- c) a kérdőívek teljes kiértékelésének összehasonlítása.

A kutatásra két szombathelyi bentlakásos intézetben került sor: elsőként a **Vas Megyei Szakosított Szociális Intézetben** (továbbiakban „A”) végeztem kutatást, amely egy tartós bentlakást biztosító intézet. Másodikként a **Nyugdíjas Bérlok Házában** (továbbiakban „B”) végeztem kutatást, amely egy olyan tartós bentlakást biztosító intézet, amely arra ad lehetőséget, hogy bizonyos önrész befizetése után a lakó sajátjának tudhatja a lakást, valamint egész napos felügyeletben részesül.

8.1. Az adatlapból kinyert eredmények összehasonlítása:

8.1.1. A nemek arányának eloszlása a két intézetben:



1.ábra: A nemek eloszlása a két intézetben

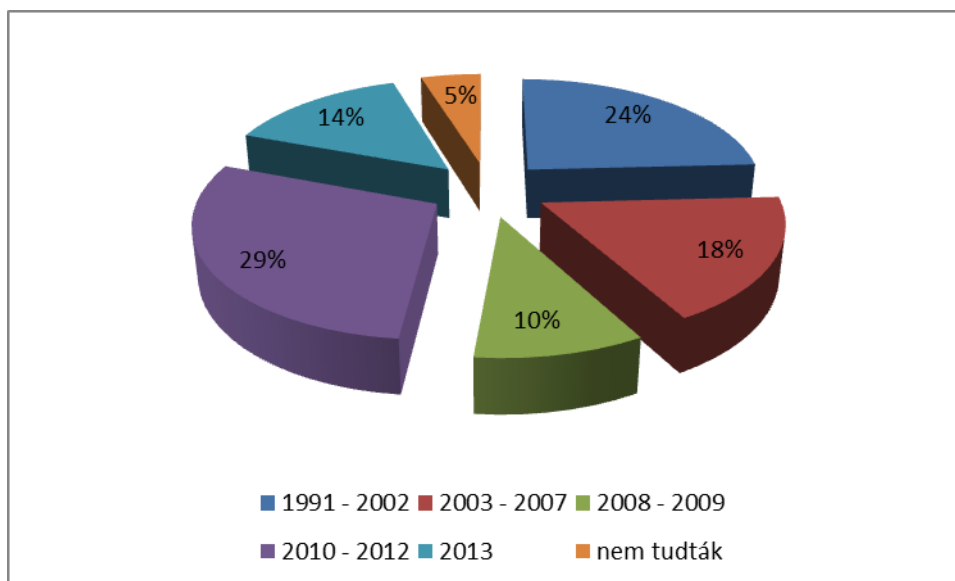
Az „A” intézetben a megkérdezett egyének száma **36 fő (14 férfi/22 nő)**, míg a „B” intézetben a megkérdezettek száma **26 fő (2 férfi/24 nő)** volt. Az értékek közötti eltérés magyarázható a két intézet jellege között: míg az „A” intézet **hagyományos** típusú bentlakási lehetőséget biztosít a lakók számára, addig a „B” intézet **további szolgáltatásokat** nyújt a lakóknak. Tapasztalataim szerint a nőkre jobban jellemző az intézetbe vonulás eljövetele, míg a férfiakra ez kevésbé jellemző.

A megkérdezett lakók („A” és „B” intézet) beköltésének időpontjait 10 vagy régebb óta, 7, 5, 3, vagy 1 éven belüli kategóriákra osztottam fel, az így kapott kép alapján láthatjuk, hogy a lakók többsége 2010 és 2012 között került be az intézetbe, míg viszonylag sokan vannak, akik 10 éve vagy annál régebben kerültek az intézetbe.

Mikor költöztek az intézetbe?

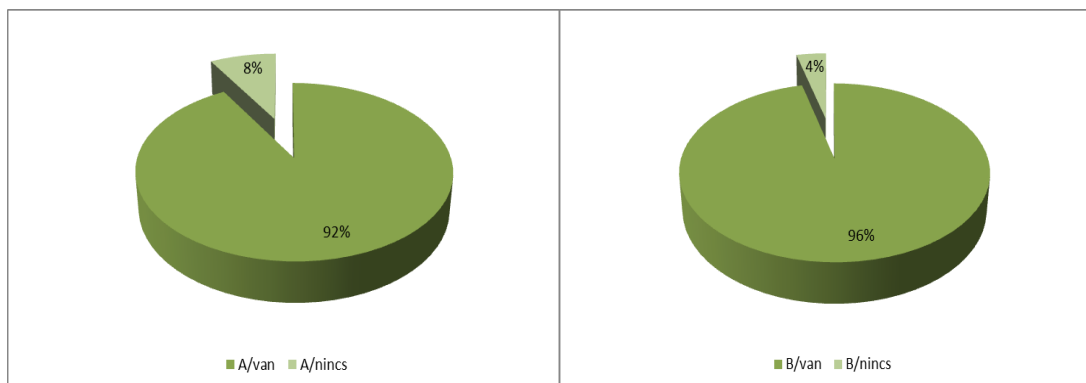
1991-2002	2003-2007	2008-2009	2010-2012	2013	Nem tudták	Összesen
15 fő	11 fő	6 fő	18 fő	9 fő	3 fő	62 fő

8.táblázat



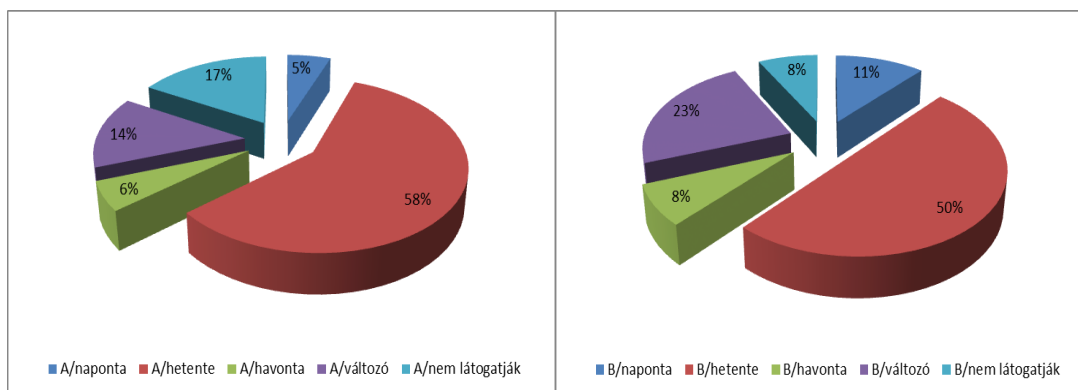
2.ábra: Mikor költöztek be a lakók?

8.1.2. Vannak-e hozzátartozói a megkérdezett egyénnek?:



3.ábra: Lakók hozzátartozói

Ebben a kategóriában mindkét intézetnél **egységesen pozitív értékek láthatók**, a lakók túlnyomó többségének van hozzátartozója. Érdekes azt is megvizsgálni, hogy **a hozzátartozók milyen gyakran látogatják a megkérdezett lakókat**:



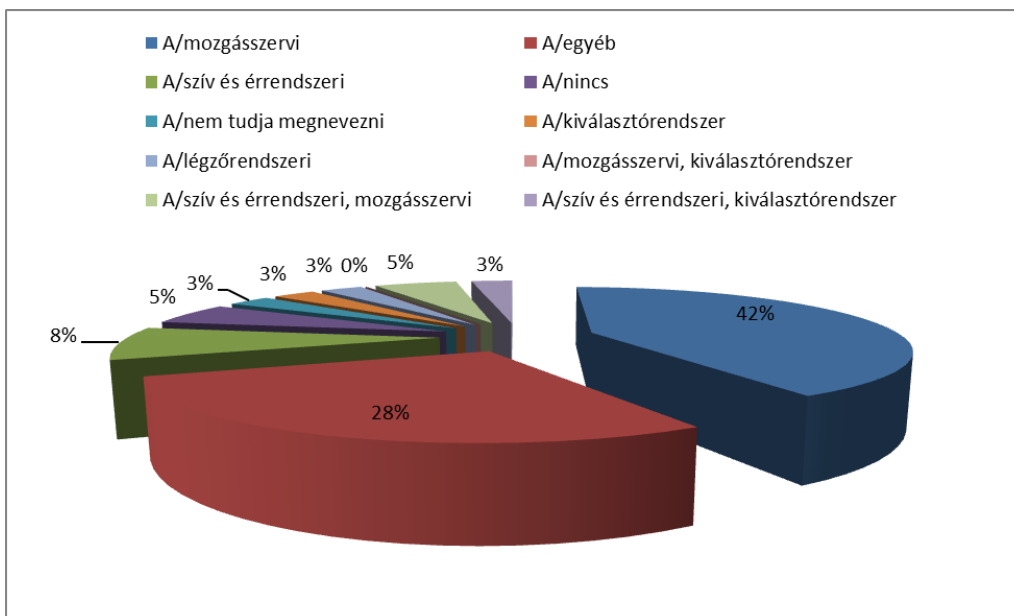
4.ábra: Látogatás gyakorisága

Jól látható, hogy mindkét intézet lakóit közel azonos arányban minden héten látogatják a családtagok, rokonok. A lakók lelki világának jót tesz a folyamatos és rendszeres látogatás, törődés, így könnyebben telnek a mindennapok.

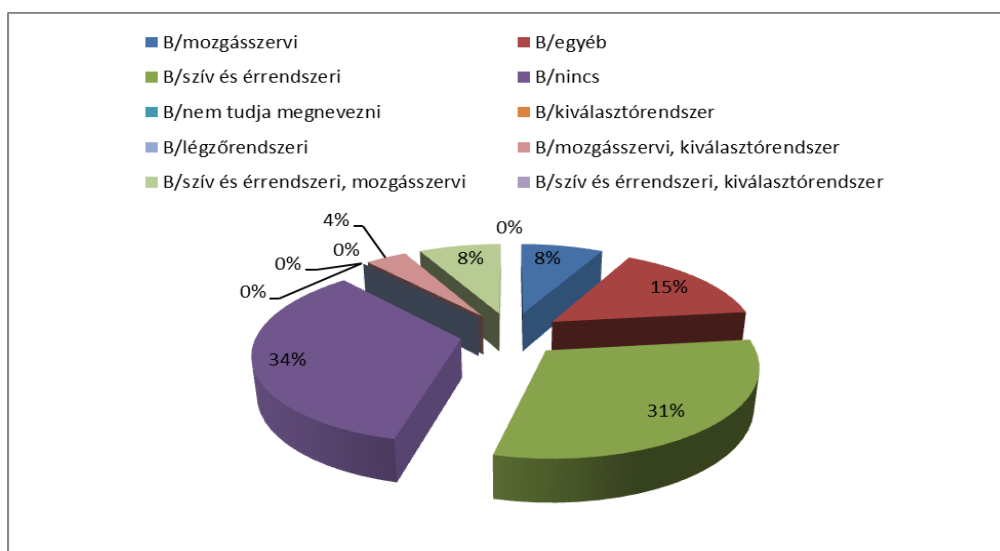
Nagy eltérés tapasztalható azok között, akik azt a választ adták, hogy hozzátartozói nem látogatják. Ennek okai között legtöbbször a megromlott viszony és a nagy földrajzi távolság szerepelt.

Megfigyelhető, hogy az „A” intézetben a második legmagasabb értéket (17%), míg a „B” intézetben a legalacsonyabb értéket (8%) képviseli ez a kategória.

Az időskorú embereknel nagy szerepet játszanak a jellemző **szervi betegségek**. Arra voltam kíváncsi, hogy ezek közül a jellemző szervi betegségekből a lakók között melyek a **legjellemzőbbek**:



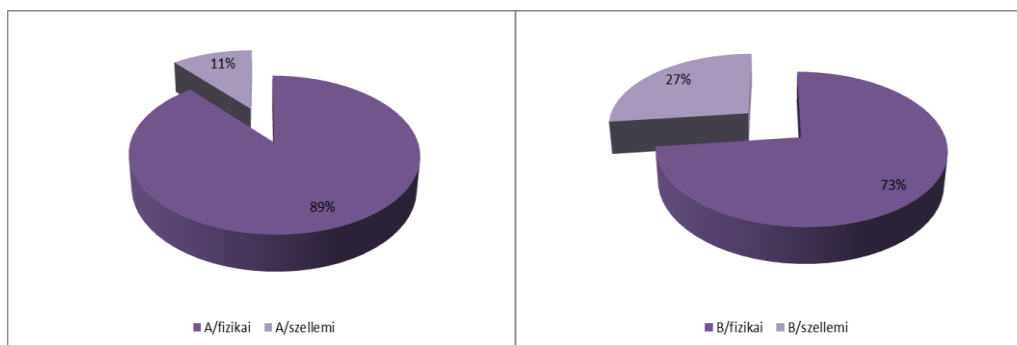
5.ábra: „A” intézet lakóinak szervi betegségei



6.ábra: „B” intézet lakóinak szervi betegségei

A kapott értékek alapján szembevetendő a különbség a két intézet lakói között: míg az „A” intézetben a **mozgásszervi betegségekben** szenvedők dominálnak (15 fő), addig a „B” intézetben a **szív és érrendszeri betegségek** képviseltetik magukat nagy számban (8 fő). Ami viszont a leglátványosabb eltérés a két intézet lakói között: a **„B” intézet lakói sokkal egészségesebbek**. A „B” intézet lakóinak 34%-a arról számolt be, hogy nincs semmilyen szervi betegsége, míg ez a szám az „A” intézet lakói között mindössze 5%. Ez a szám azért is fontos, mert a **szervi betegségek is kiválthatják a szorongást**.

Dolgozatomban említettem, hogy az alacsony iskolázottság is befolyásolhatja a szorongás kialakulását, így vizsgáltam **a lakók foglalkozásának típusait** is:



7.ábra: A lakók foglalkozásának típusai

Mindkét intézetben a fizikai foglalkozást végzők voltak többen, amely visszavezethető arra, hogy régen sokaknak nem volt lehetőségük tovább tanulni illetve szakmát szerezni különböző okok miatt, pl.: földrajzi távolság, otthon volt rájuk szükség, stb.

A Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet adatlapja és annak összesített eredményei: 1. melléklet.

A Nyugdíjas Bérlok Háza adatlapja és annak összesített eredményei: 2. melléklet.

8.2. A specifikumok összehasonlítása és kiértékelése a Spielberger - féle Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív alapján:

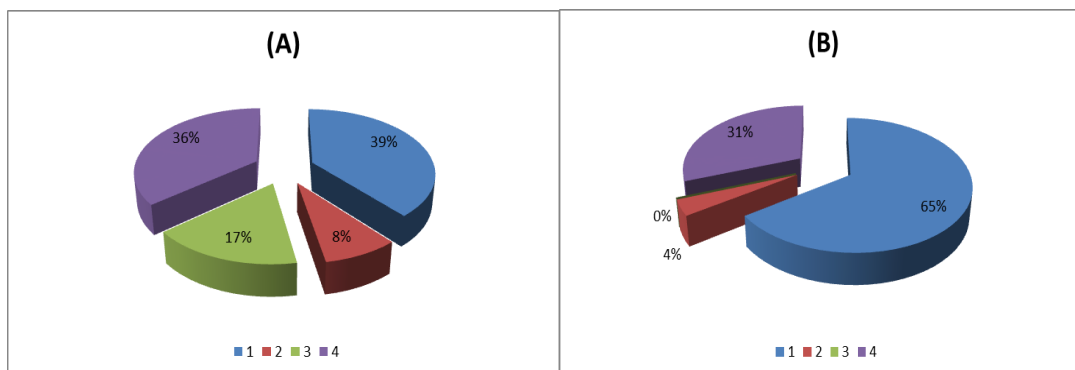
Úgy gondoltam, hogy néhány kiemelt, a szorongásra és időskorra különösen jellemző kérdőívbeli állítást érdemes összehasonlítani az intézet lakói között. A specifikumok kiválasztásakor arra törekedtem, hogy ne általános jellegű megállapításokat válasszak (pl.: nyugodt vagyok), hanem olyanokat, ahol nagyon eltérő vagy éppen nagyon meglepő eredmények születtek.

A diagramon jelöltek szerint, a válaszok:

4: nagyon/teljesen jellemző, 3: eléggé jellemző, 2: valamennyire jellemző, 1: egyáltalán nem jellemző.

8.2.1. Vonás – szorongás kérdőív specifikumainak összehasonlítása és eredményei:

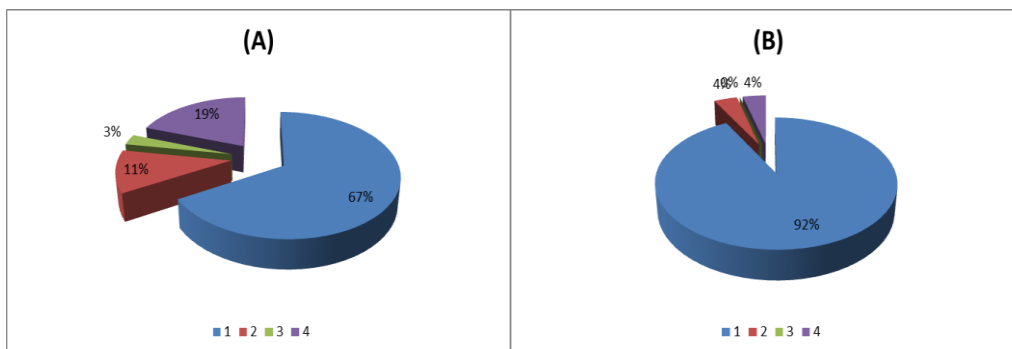
8.2.1.1. Valami bánt:



8.ábra: Valami bánt

Ennél a kategóriánál a megkérdezettek főként családi problémákról számoltak be, emellett még az „A” intézetben a szobatársakkal kapcsolatos panaszokat hallattak a lakók. Akár ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a két intézet lakói között közel kétszeres az eltérés a tekintetben, hogy az illetőt **bántja-e valami, van-e valamilyen gondja, problémája**.

8.2.1.2. Zaklatott vagyok:

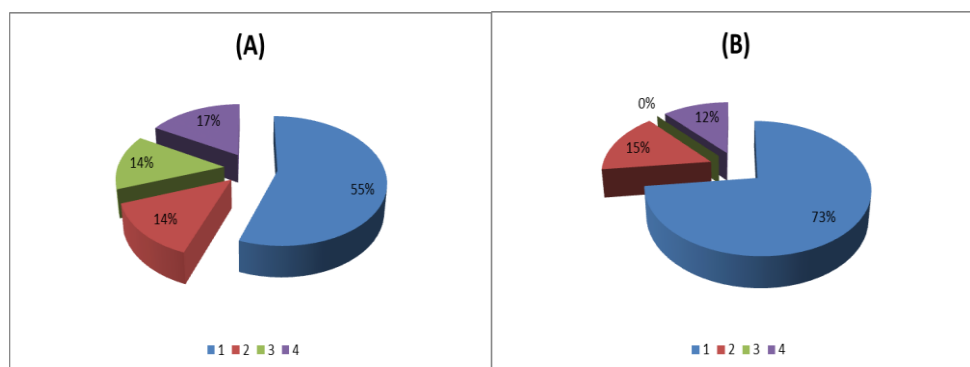


9.ábra: Zaklatott vagyok

A legnagyobb értéket mindkét esetben az **egyáltalán nem jellemző** - tehát általában nyugodt- kategória érte el. A kapott kép valószínűsíthetően annak köszönhető, hogy a lakók

biztonságban érzik magukat az intézetekben (pl.: állandó orvosi felügyelet, létbiztonság, étkeztetés).

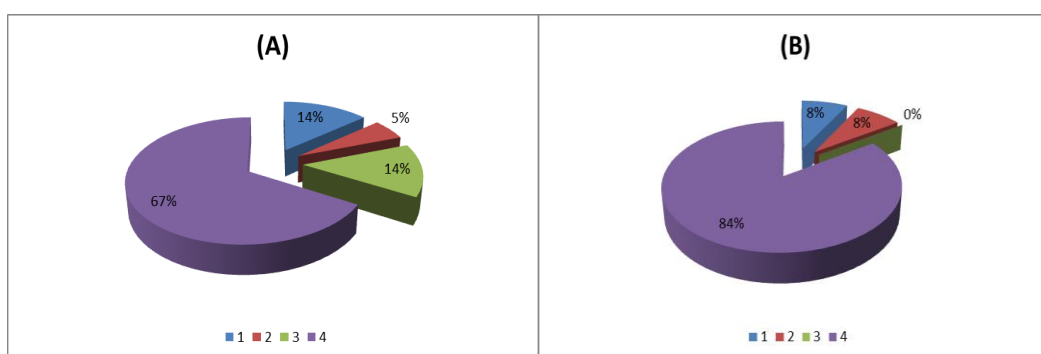
8.2.1.3. Szorongók:



10.ábra: Szorongók

Alapvetően itt is a **nem jellemző** (1-es érték) van túlsúlyban, azonban megfigyelhető, hogy az „A” intézetben mind a 3-as, mind a 4-es kategóriában több válasz érkezett. A lakók legtöbbször az intézeti-léttel kapcsolatos problémáikat foglalmazták meg, néhány esetben anyagi problémák és betegségek is a szorongás okaként kerültek elő.

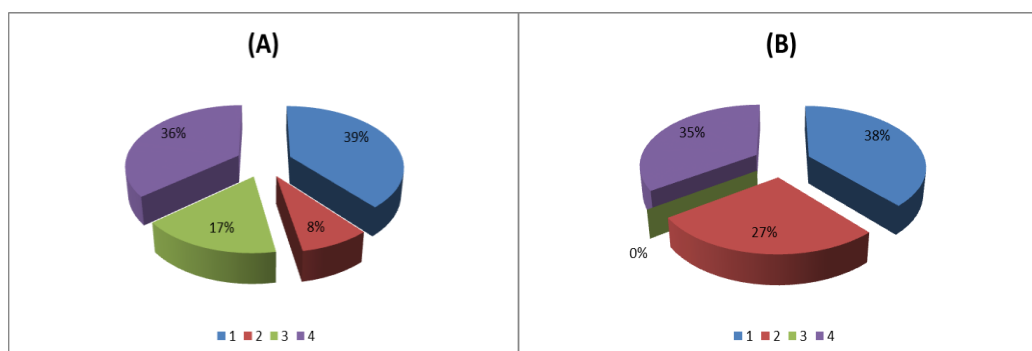
8.2.1.4. Elég önbizalmat érzek magamban:



11.ábra: Elég önbizalmat érzek magamban

Érdekesek az itt kapott eredmények is: mindkét intézet lakói általában **nem szenvednek önbizalomhiányban**, a „B” intézetben valószínűleg az is közrejátszott az eredményben, hogy itt kevésbé vannak kiszolgáltatott helyzetben a lakók.

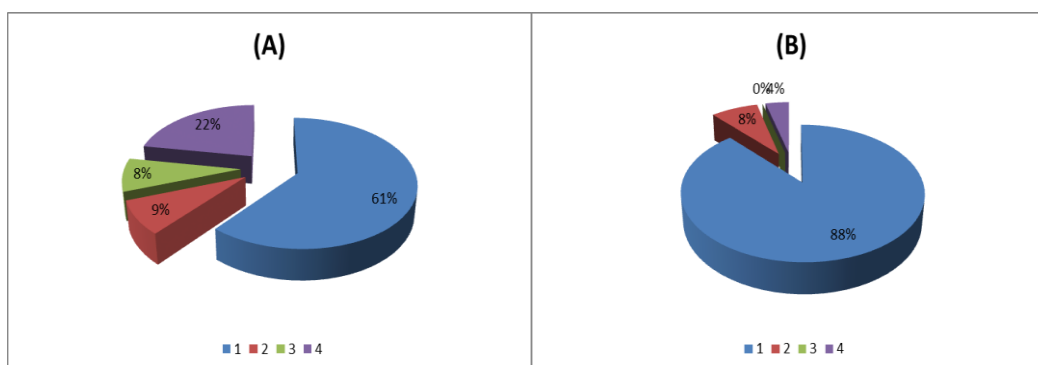
8.2.1.5. Aggódok:



12.ábra: Aggódok

Alapvetően mindkét intézet lakói az 1-es és 4-es értéket jelölték meg legtöbbször: leginkább a család, betegségek és a jövő miatti aggodalmaikat hozták fel érvként.

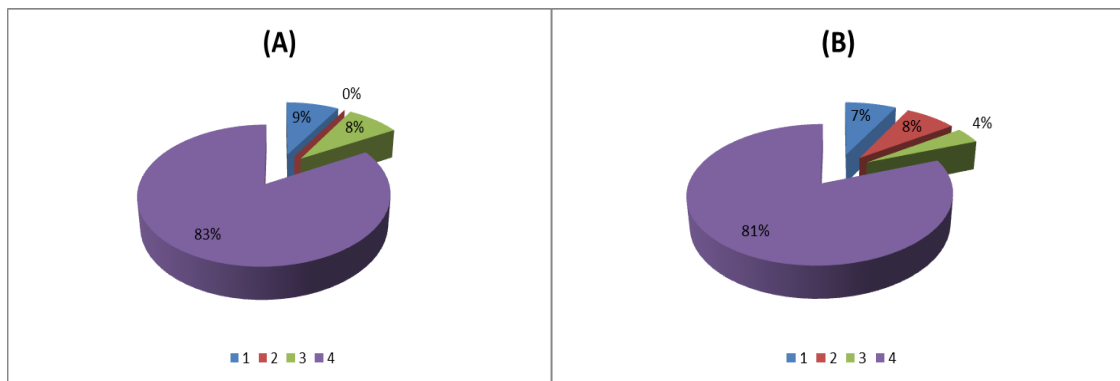
8.2.1.6. Túlzottan izgatott és feszült vagyok:



13.ábra: Túlzottan izgatott és feszült vagyok

Túlnyomó részben mindkét intézet lakói **nyugodt lelki állapotról** számoltak be, sokan az időskorra hivatkoztak („ebben a korban mi történhet velünk”).

8.2.1.7. Jól érzem magam:



14.ábra: Jól érzem magam

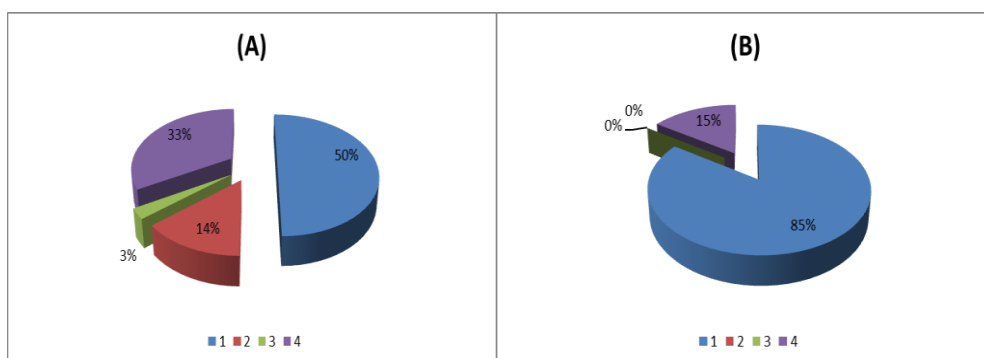
Ebben a kategóriában egységes eredmények születtek mindkét intézetben, azaz általában jó lelki állapotban voltak, **jól érezték magukat** testileg-lelkileg, illetve az ellátással is elégedettek a lakók.

A Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet vonás – szorongás kérdőívének eredményei: 3. melléklet és annak összesített eredményei: 4. melléklet.

A Nyugdíjas Bérloők Háza vonás – szorongás kérdőívének eredménye: 3. melléklet és annak összesített eredményei: 4. melléklet.

8.2.2. Állapot – szorongás kérdőív specifikumainak összehasonlítása és eredményei:

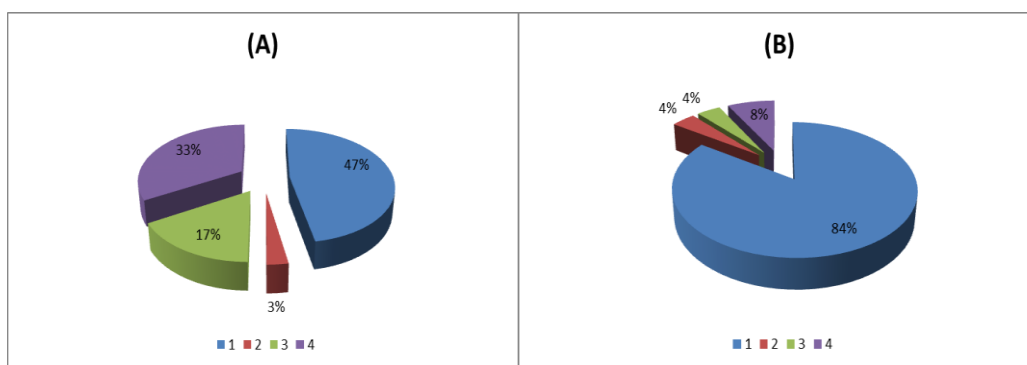
8.2.2.1. A sírás ellen küszködnöm kell:



15.ábra: A sírás ellen küszködnöm kell

Markáns különbség látszódik a két intézet lakói között: az „A” intézet vizsgált lakóira jobban jellemző ez az állítás, amibe bele kell vennünk azt is, hogy vannak érzékenyebb lelkű emberek, akik könnyebben elérzékenyülhetnek (aminek nincs köze a szorongáshoz).

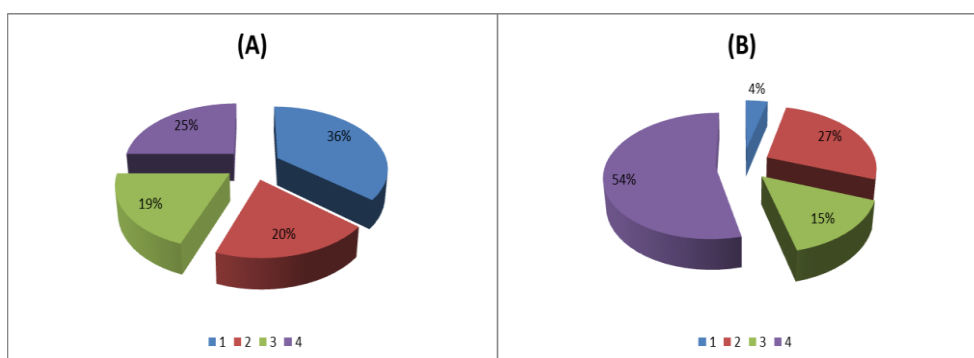
8.2.2.2. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk:



16.ábra: Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk

Szintén családi, egészségügyi és intézetbeli problémákról számoltak be a lakók, amikor erre a kérdésre adtak választ, **a különbség** azonban így is **szemmel láthatóan nagy** az intézetek lakói között.

8.2.2.3. Boldog vagyok:

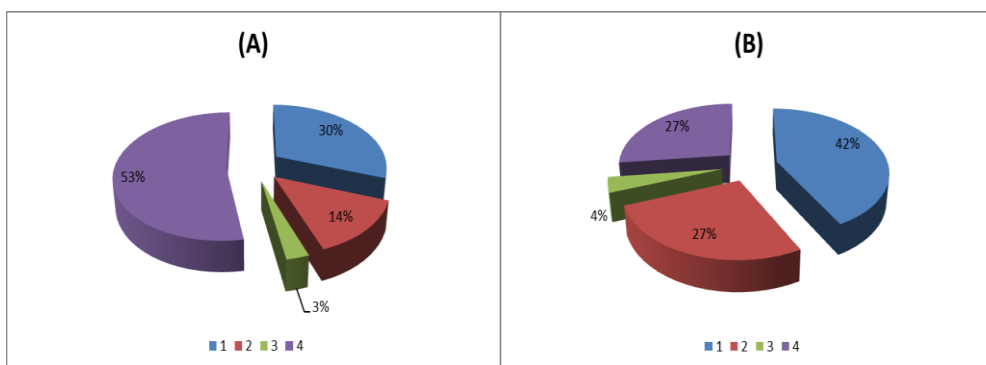


17.ábra: Boldog vagyok

Mindkét intézet lakói túlnyomó részben boldognak vallották magukat, azok közül akik az ellentétes étéket jelölték meg (tehát boldogtalanok), már jóval nagyobb a különbség. Ennél a megállapításnál is sokféle befolyásoló tényezőt kell számításba venni: nem tudjatuk, hogy az

illető éppen milyen hangulati szakaszban járt (látogatták-e, történt-e vele valamilyen pozitív esemény, stb.).

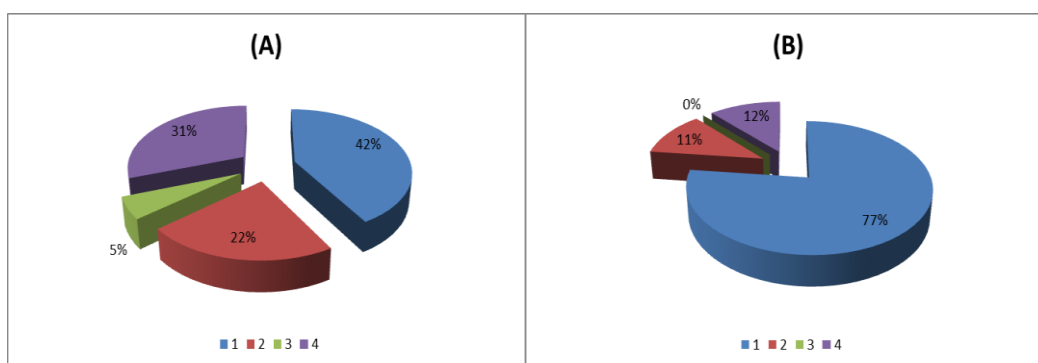
8.2.2.4. Kevés az önbizalmam:



18. ábra: Kevés az önbizalmam

Habár a lakók nagyrésze elég önbizalmat érez magában (általában), a kérdőív ezen részében (jelenlegi állapot) már más képet mutatnak az adatok: az „A” intézetben élők körében markánsan több azoknak a száma, akik kevés önbizalmat éreztek magukban. A kevés önbizalom fakadhat az időskorból adódóan is, de szerepet játszhat benne a negatív énkép is.

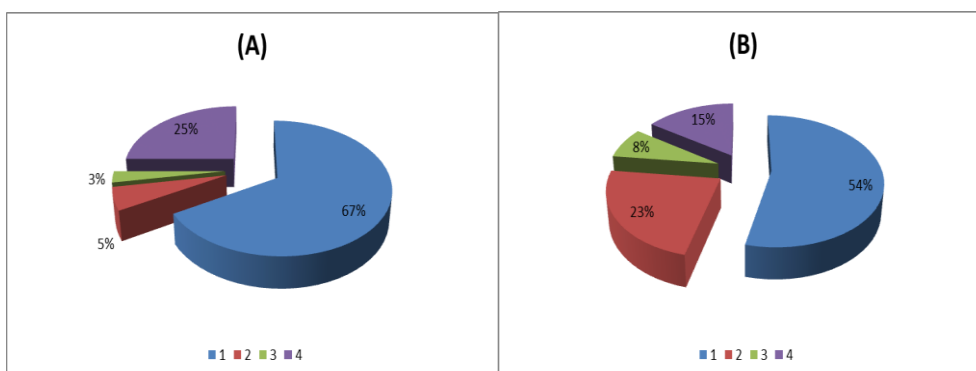
8.2.2.5. Csüggedtnek érzem magam:



19. ábra: Csüggedtnek érzem magam

Nem volt jellemző a megkérdezett lakókra hogy csüggedtek lennének, azonban akik annak vallották magukat, náluk nagymértékű különbséget tapasztalhatunk.

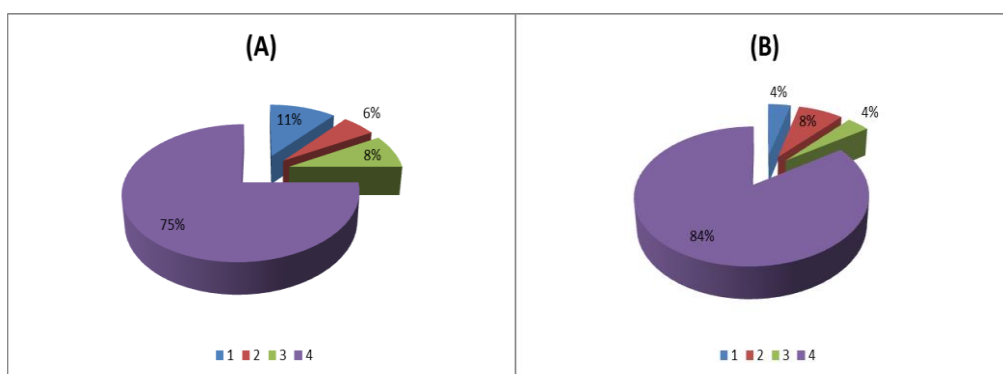
8.2.2.6. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni:



20.ábra: Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak, és nem hagynak nyugodni

Ennél a megállapításnál azt vizsgáltam, hogy vajon mennyire önmarcangolóak a megkérdezett lakók, vagy éppen mennyire pazarolnak felesleges energiákat lényegtelen dolgokra és mennyire koncentrálnak a fontosabb dolgokra, problémákra. Az „A” intézet lakói érték el nagyobb értéket az 1-es (tehát nem jellemző) kategóriában. **Legtöbbjükre nem jellemző** hogy lényegtelen dolgokon rágódnának. A **két intézet** lakói között, **akikre jellemző** ez az állítás, szintén az „A” intézet lakói vannak többen.

8.2.2.7. Kiegyensúlyozott vagyok:



21.ábra: Kiegyensúlyozott vagyok

Kiegyensúlyozottság – tág kategória, testi-lelki értelemben lényegében minden tényező ide tartozik, ennek fényében válaszoltak a lakók: nagyobb eltérés nem volt tapasztalható, kimagaslóan **mindkét intézet lakói kiegyensúlyozottnak érezték magukat.**

A Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet állapot – szorongás kérdőívének eredményei: 3. melléklet és annak összesített eredményei: 4. melléklet.

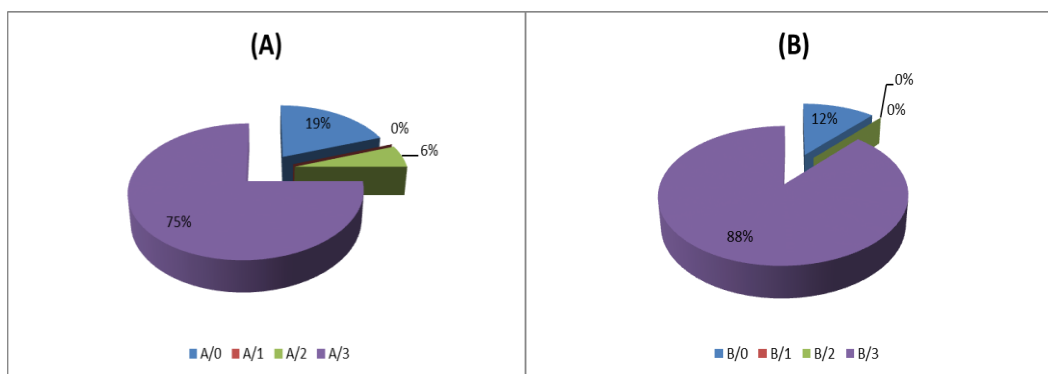
A Nyugdíjas Bérlok Háza állapot – szorongás kérdőívének eredménye: 3. melléklet és annak összesített eredményei: 4. melléklet.

8.3. A specifikumok összehasonlítása és kiértékelése a Megküzdési Módot Kérdőív alapján:

Ennél a kérdőívénél annyi eltérés van az előzőekhez képest, hogy más pontozási skálát alkalmazunk:

3: nagyon jellemző volt, 2: jellemző volt, 1: alig volt jellemző, 0: nem volt jellemző.

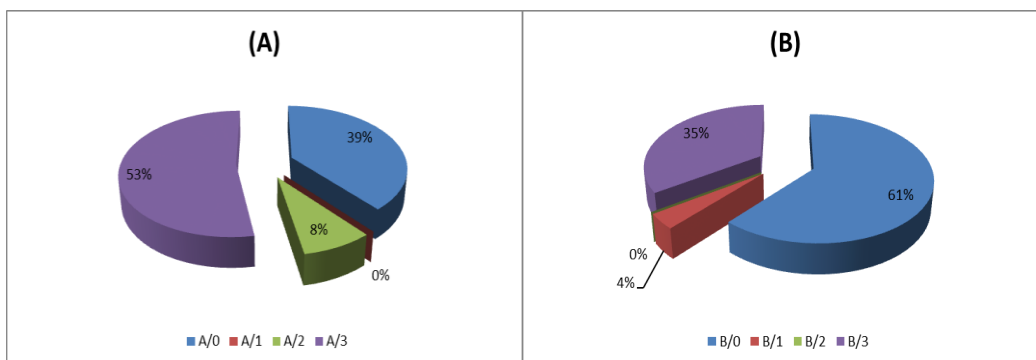
8.3.1. Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem:



22.ábra: Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem

Ennél a specifikumnál a lakók problémamegoldó képességeire voltam kíváncsi, tehát ha adódik egy probléma, milyen úton-módon próbálják azt megoldani. A lakók **nagy többségben** választották a **nagyon jellemző** (3-as) kategóriát, csak kevesen döntöttek úgy, hogy nem foglalkoznak problémáik megoldásával.

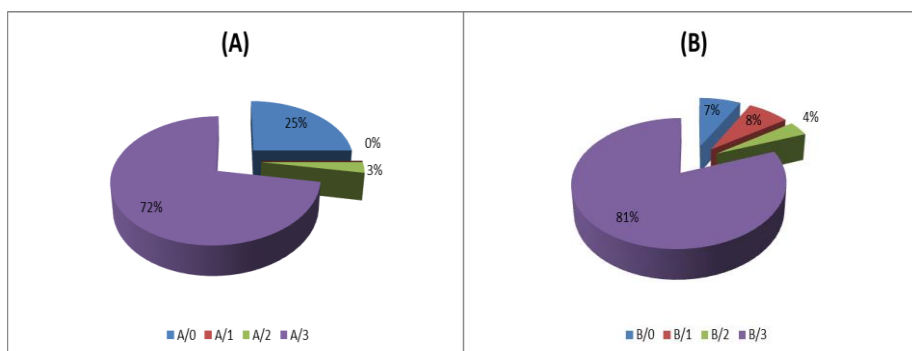
8.3.2. Magamat okoltam és hibáztattam:



23.ábra: Magamat okoltam és hibáztattam

Markáns különbség látható a két intézet lakói között: míg a „B” intézet lakóira nem jellemző az önhibáztatás, addig az „A” intézet lakóinál túlnyomó részt fennáll ez a jelenség.

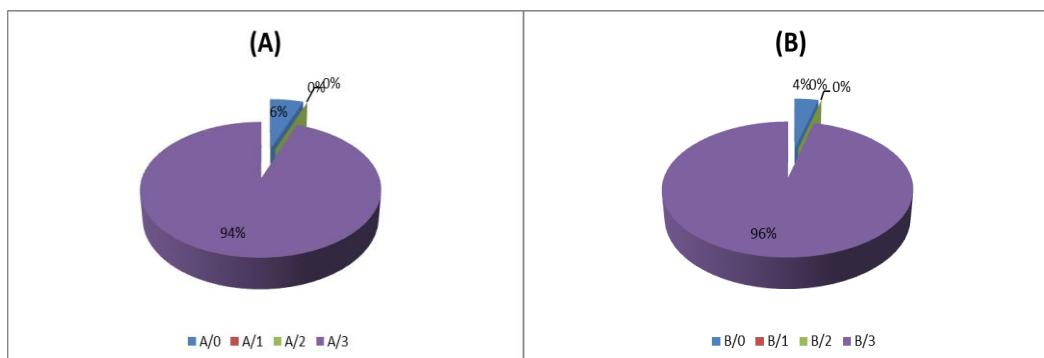
8.3.3. Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat:



24.ábra: Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat

Ennél a megállapításnál arra voltam kíváncsi, hogy a lakók mennyire pozitív szemléletűek, mennyire látják át helyzetüket. Nagy többségben **mindkét intézet lakói** a 3-as értéket választották, tehát képesek „meglátni” egy rosszabb helyzet pozitív oldalát is.

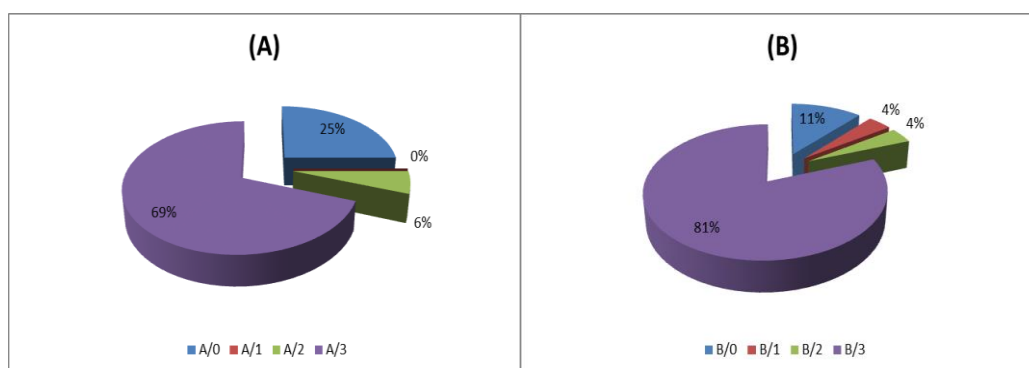
8.3.4. Elfogadtam mások együttérzését és megértését:



25.ábra: Elfogadtam mások együttérzését és megértését

Ennél a résznél azt vizsgáltam, hogy a lakók mennyire nyitottak a segítség elfogadására. A kérdőívben szerepelt egy hasonló megállapítás (egy általam nagyra tartott baráttól, vagy rokontól kértem tanácsot), azonban úgy láttam, hogy mivel ez a megállapítás tágabb értelmű (magában foglalja a rokonokat és barátokat), érdekesebb ezt megvizsgálni. **Mindkét intézet lakói** (szinte kivétel nélkül) **nyitottak a segítségre és a tanácsokra**. Mindig jó, ha van valaki a közelünkben, akihez bajainkkal, gondjainkkal fordulhatunk.

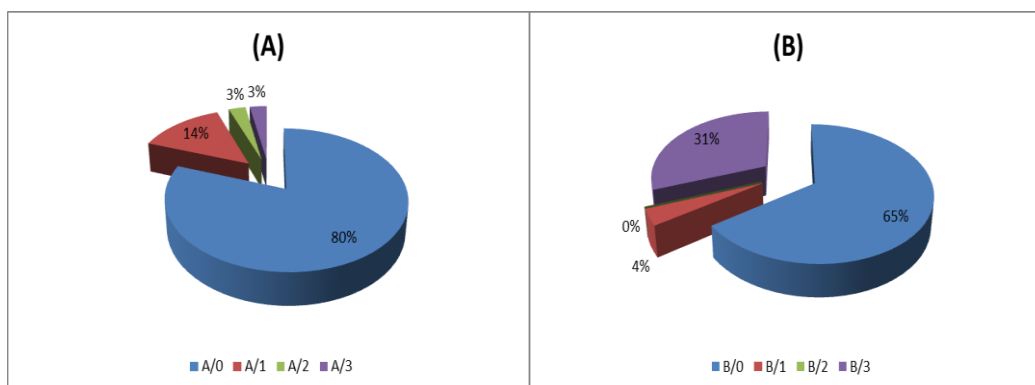
8.3.5. Más emberként kerültem ki a helyzetből-jó értelemben véve:



26.ábra: Más emberként kerültem ki a helyzetből-jó értelemben véve

Többségében jól jöttek ki a lakók az adott helyzetből, tehát feltételezhetően **jó problémamegoldó képességekkel rendelkeznek** (1. megállapítás). **Lényegi eltérés** látható a két intézet között a „nem volt jellemző” választ adók között. Az „A” intézet lakóiból többen választották ezt az opciót.

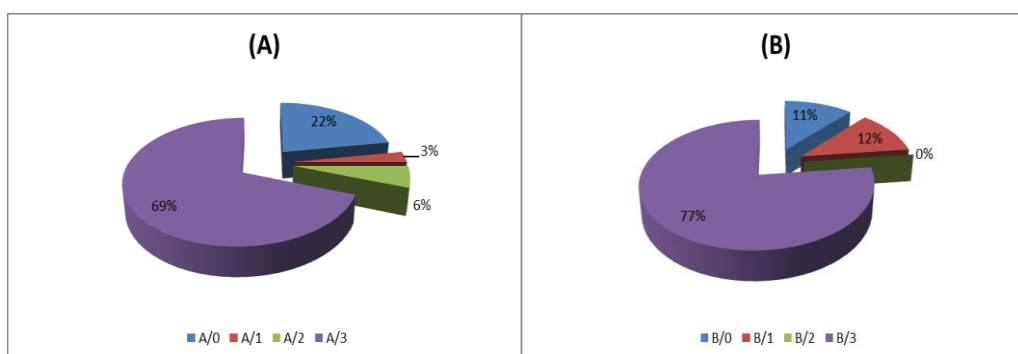
8.3.6. Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam segíteni magamon:



27.ábra: Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam segíteni magamon

Arra számítani lehetett, hogy a lakók többsége a **nem jellemző** opciót fogja választani, azonban meglepő volt számomra, hogy sokan nyíltan beszéltek és vállalták enyhébb (evés, dohányzás) vagy súlyosabb (alkoholfogyasztás, nyugtatók és gyógyszerek szedése) pótcselekvéseiket.

8.3.7. Imádkoztam:



28.ábra: Imádkoztam

Idős korban sokkal többen fordulnak a vallás felé. Életük végéhez közeledve, szembenézve a halál gondoaltával az emberek sokkal inkább nyitottak a vallás felé. Ennek azonban hátulütője is lehet az az eset, ha valaki eddig vallásgyakorló volt, de pl.: szerettei elvesztése, vagy betegsége után elfordul a vallástól. Mindkét intézetben tapasztaltam példákat az említett

esetekre. Ennek megfelelően, **többségben** vannak azok a lakók, akik **rendszeren imádkoznak** és a vallás felé fordulnak.

A **Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet** megküzdési módok kérdőívének eredménye: **3. számú melléklet** és annak összesített eredményei: **4. számú melléklet**.

A **Nyugdíjas Bérlokk Háza** megküzdési módok kérdőívének eredménye: **3. számú melléklet** és annak összesített eredményei: **4. számú melléklet**.

8.4. Vonás – szorongás kérdőív kiértékelésének eredményei:

A kérdőív kiértékelésnél a megoldó-kulcs által meghatározott határértékeket vettem figyelembe:

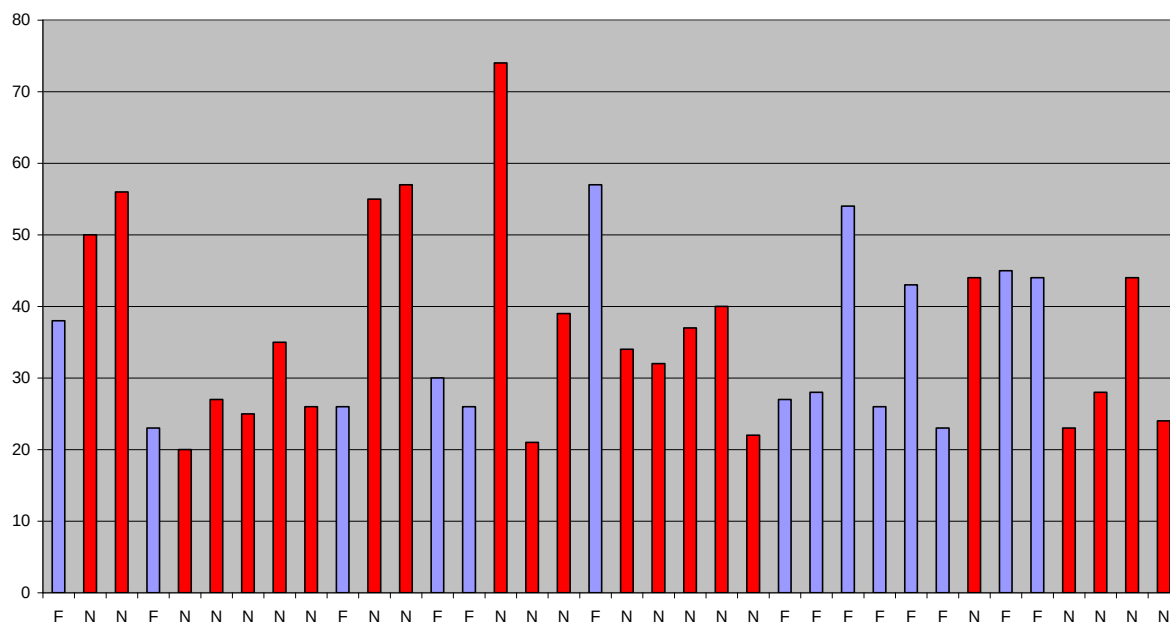
Határértékek:

	Átlag	Szórás
Férfi	40,96	7,78
Nő	45,37	7,97

9.táblázat

A kérdőív ezen részében az állítások a lakók **általános lelki állapotára** vonatkoznak.

Vonás – szorongás kérdőív
Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet

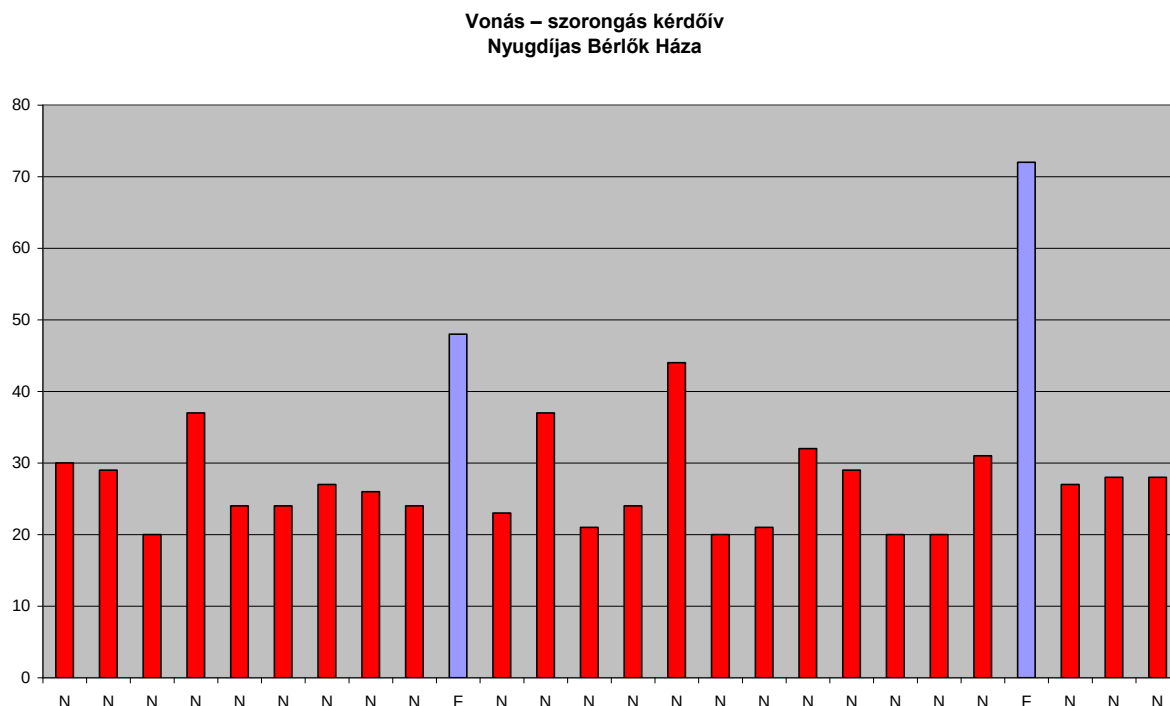


29.ábra: Vonás-szorongás kérdőív kiértékelése (Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet)

A kérdőívet kitöltő **nők** körében **öt** esetben tapasztaltam az **átlagtól eltérő**, **két** esetben pedig **határ közeli értéket**.

A többség jóval a megadott határérték alatti számot érte el. Érdeemes megjegyezni, hogy **egy** **kirívóan magas érték** is született.

A **férfiak** körében is **hasonló eredményt** láthatunk: öt esetben tapasztalható átlag feletti, egy esetben pedig határ közeli eredmény.



30.ábra: Vonás-szorongás kérdőív kiértékelése (Nyugdíjas Bérlok Háza)

A **nők** körében **nem tapasztaltam átlag feletti eredményeket**, ami valószínűleg annak is köszönhető, hogy a vizsgált intézet más jellegű szolgáltatásokat nyújt a lakóknak, ez által biztosítva jobb életkörülményeket (pl.: saját szoba, főzés, stb.) az ott lakóknak. Az itt lakók kevésbé vannak kiszolgáltatva a lakótársak okozta stressznek, ezáltal megtarthatják privát szférájukat is.

Az intézet jellegéből adódóan jobban magukra vannak hagyva az ott élők és társadalmunkban a **férfiak önállótlanabbak a nőknél**. E két eset is jól példázza, hogy a férfiak társukat elvesztve nehezebben birkóznak meg a mindennapi élet gondjaival, problémáival (pl.: magukról való gondoskodás, magány, stb.).

A **két intézet** eredményeit összevetve hasonlóan alakult az átlag feletti értéket meghaladó egyének száma, valamint az is látható az adatokból, hogy a többi lakó által **elért eredmények** jóval az **átlag alatt** maradtak. Mindkét intézetben egy-egy kirívóan magas eredmény született, azzal a különbséggel, hogy míg az egyik intézetben női lakó, a másikban férfi lakó érte el a magas eredményt.

Mivel ez a kérdőív **a lakók általános lelki állapotát** vizsgálta, nem szabad figyelmen kívül hagyni bizonyos tényezőket, amelyek befolyásolják az eredményeket:

- a) kipihentség érzése,
- b) időjárás,
- c) személyes vagy családi problémák,
- d) sajátos személyiség jellemzők (pl.: valaki érzékenyebb).

8.5. Állapot – szorongás kérdőív kiértékelésének eredményei:

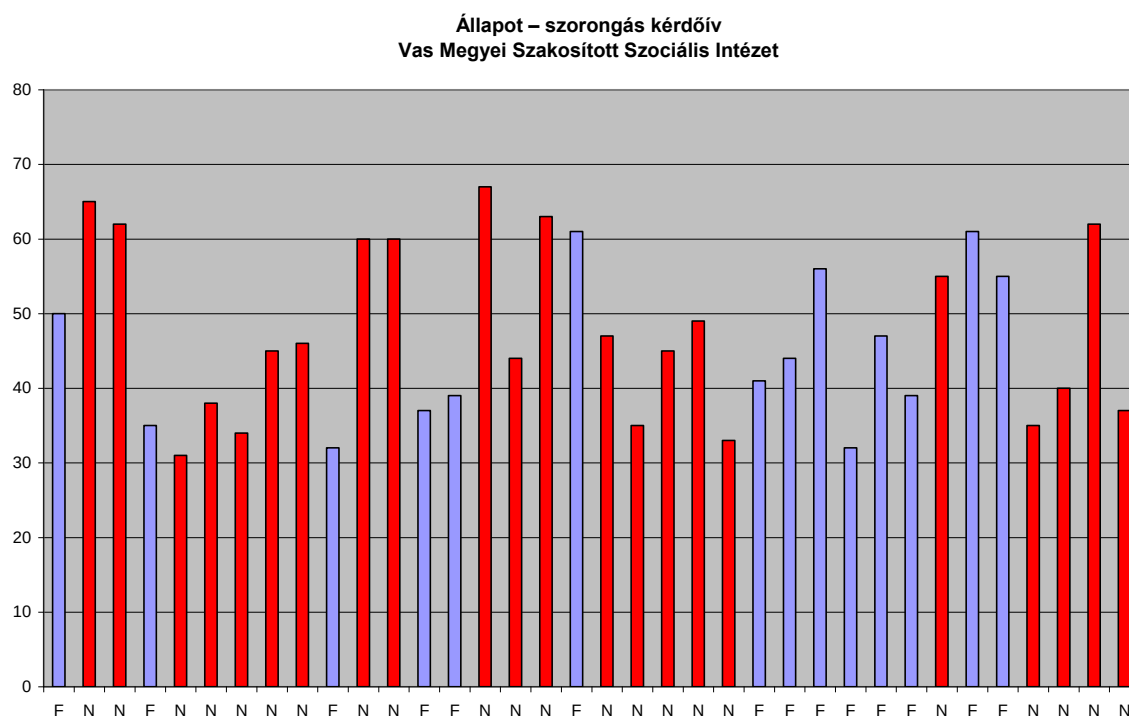
A kérdőív kiértékelésnél a megoldó-kulcs által meghatározott határértékeket vettem figyelembe:

Határértékek:

	Átlag	Szórás
Férfi	38,40	10,66
Nő	42,64	10,79

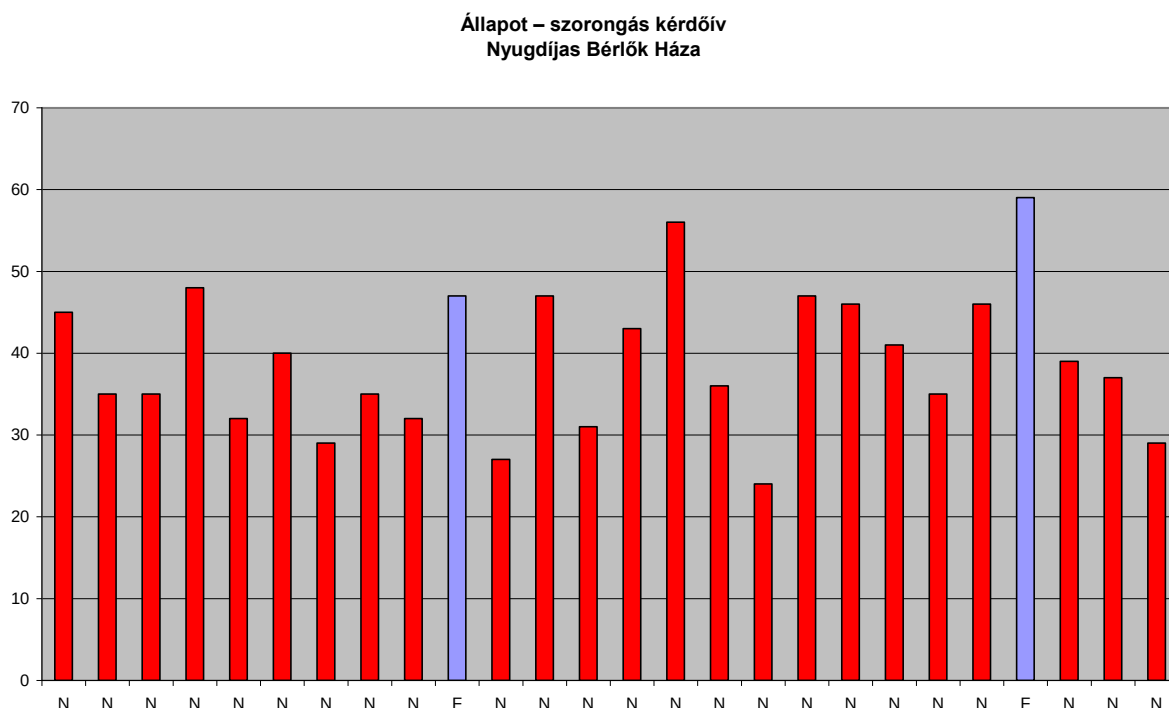
10.táblázat

A kérdőív ezen részében az állítások a lakók **aktuális lelki állapotára** vonatkoznak.



31.ábra: Állapot-szorongás kérdőív kiértékelése (Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet)

A megkérdezett **nők** közel felénél (**14 fő**) tapasztalható **átlag feletti érték**, míg a **férfiak** esetében ez az érték közel kétharmados (**10 fő**). **Általánosságban** mondható, hogy **az ott élők nagy részének nem megfelelő a lelki állapota**, szoronganak.



32.ábra: Állapot-szorongás kérdőív kiértékelése (Nyugdíjas Bérlok Háza)

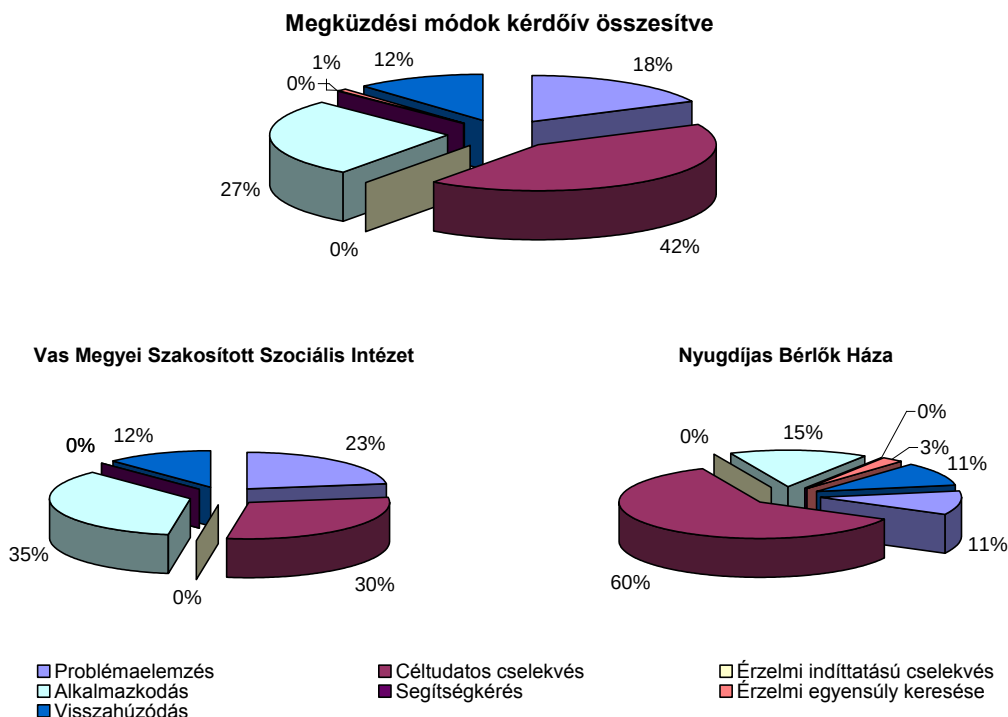
Ebben az intézetben a **nők átlag feletti értékét** csupán a lakók egyharmada (**8 fő**) éri el, ami egyúttal ismét igazolja azt az állítást, hogy az itt tapasztalható jobb életkörülmények pozitívan befolyásolják az itt lakók szorongásának mértékét.

A **férfiak** esetében ismét azt a képet láthatjuk, hogy **a tartós egyedüllét jobban megviseli őket**, mint a nőket.

A két intézet lakói közötti különbség visszavezethető arra is, hogy a szociális intézet lakói körében többen számoltak be különböző betegségekről. Ez a **szervi betegségeket** feldolgozó **diagramon** jól látható.

A megkapott eredmények alapján elkezdhetünk azon munkálkodni, hogy az időskorúak szorongását milyen módon csökkentjük, szüntessük meg, illetve az újonnan beköltözött lakók esetében hogyan tudjuk a szorongás erősödését megelőzni.

8.6. Megküzdési módok kérdőív kiértékelésének eredményei:



33.ábra: Megküzdési módok kérdőív teljes illetve intézetekre lebontott kiértékelése

Azért választottam a százalékos ábrázolást, mert a lakók többféle megküzdési módot is alkalmazhatnak.

A megkapott eredmények alapján **a lakók túlnyomó többsége céltudatosan küzd** a felmerülő problémáival. Az előző adatok (állapot és vonás szorongás diagramok) összességében is azt bizonyítják, hogy **a lakók többsége nem közelíti meg a szorongás átlagértékét**. Érdekes megfigyelni, hogy az érzelmi alapú megküzdési módok nem, vagy csak igen csekély mértékben fedezhetők fel a lakók körében, hasonlóan a segítségkéréshez.

Összehasonlítva a két intézetet, **látványos különbségek** fedezhetők fel, ahogyan az állapot és vonás szorongás diagram is megmutatta. A szociális intézetben a lakók többsége beletörődött, alkalmazkodott a helyzethez. Ezt igazolja a magas számú szorongásos lakók száma is. Figyelemre méltó hogy az itt élők közel negyede képes elemezni a problémáit és szembenézni azokkal. A nyugdíjas ház lakóinak szorongási értékei az átlaghoz képest alacsonyabbak, ezt támasztja alá, hogy a lakók nagy százalékban céltudatosan gondolkodnak, míg a másik intézet lakóira ez kevésbé volt jellemző.

A kinyert adatokból is jól látszik, hogy a lakók változatos módon próbálják megoldani nehézségeiket, problémáikat.

Mindkét kérdőívnel érdemes megjegyzést tenni a válaszadók őszinteségéről. Nem tudhatjuk bizonyosan, hogy a kapott értékek, eredmények valóban a lakók aktuális/általános lelki állapotát tükrözik, vagy esetleg önmagukat vagy hozzátartozóikat (pl.: látogatás sűrűsége) akarták jobb színben feltüntetni. Így a már korábban említett befolyásoló tényezőkhez tartozhat ez a feltételezésem is, amely nem az időskorú emberek csoportja „ellen” irányul, csupán úgy gondolom, hogy ez is egy általános emberi tulajdonság, melynek előfordulását itt is szem előtt kell tartani.

9. Összefoglalás:

Az elméletek szerint a **nőknél** jóval **magasabb** arányban fordulnak elő **szorongásos tünetek**, mint a férfiaknál, melyeket különféle tényezőkkel magyarázhatunk (pl.: tágabb nemi szerepvállalás, alacsony iskolázottság, betegségek, stb.). Ugyan a férfiaknál is vannak befolyásoló tényezők bőven (pl.: munkaképesség fokozottabb csökkenése, stb.), de ezek a tényezők nem olyan nagy mértékűek, hogy az szorongáshoz vezessen. Az intézetekben végzett kutatásom is alátámasztja azon szakirodalmi elméleteket, melyek szerint a nők körében magasabb a szorongásos tünetek száma. Mindkét intézetben tapasztaltam egy-egy kiugróan magas eredményt (egy-egy női és férfi lakónál), azonban ha a többi megkérdezett lakó eredményeit nézem, a női lakók körében magasabb értékeket tapasztaltam. Valószínűleg, az **intézeti körülmények** is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a férfiak között is születtek magasabb értékek, ami az előzetes várakozásokhoz képest számomra meglepő volt.

Említést kell tennem az időskori szorongást befolyásoló/előidéző **rizikófaktorokról** is. A kutatás eredményeit alátámasztva, látható (személyes adatokról készült diagramok), hogy valóban valós rizikófaktor az **intézetbe költözés/kerülés** (a lakók túlnyomó többsége vagy 2010-12, vagy 10 évnél régebb ideje él intézetben). A nagy távolság a két intervallum között is mutatja, hogy míg a viszonylag rövid ideje ott élők is küzdenek nehézségekkel (pl.: beilleszkedési nehézségek, még kialakulatlan kapcsolat az intézet dolgozóival, magányosság érzés, stb.), addig a régebb óta beköltözötteknél a legfőbb nehézségek inkább a rossz viszony a lakótársakkal és a dolgozókkal és a befásult, beszűkült életmódban keresendő. Az is jól látható, hogy sok lakó számolt be különböző **betegségekről**, amelyek szintén valós rizikófaktorai lehetnek a szorongás kialakulásának. A betegségek által elesnek különböző lehetőségektől, amelyek által fenntarthatnák lelki egészségük színvonalát (pl.: közös foglalkozásokon részvétel, szabadtéri tevékenységek, lakókkal közös beszélgetések-programok, mozgásszegény életmód, stb.).

Mind a nők, mind a férfiak magasabb szorongás-szintjében közrejátszhatott az a tényező is, miszerint a lakók többsége **fizikai munkát** végzett, vagy **alacsony iskolai végzettséget** szerzett. Erre maguk a lakók is többféle választ adtak: többségük szerint nem volt lehetőség a tovább tanulásra, szakmaszerzésre, míg többen arról számoltak be, hogy otthon, a családjukban volt rájuk nagyobb szükség. Az alacsony iskolai végzettség magával vonzza a

rosszabb anyagi és megélhetési **körülményeket** is. Ezekhez a megállapításokkal szorosan összefügg a **nyugdíjba lépés** is, mint következő rizikófaktor. Sok lakó számolt be anyagi jellegű problémákról, illetve gazdasági helyzetéről (pl.: hogyan osztja be a pénzét, vannak-e plusz gyógyszerei), melyek alkalmanként nehéz helyzetbe hozhatják őket mindennapjaik során. Ahogyan azt már említettem az időskori szorongás rizikófaktorainál, jelentősen jobb a helyzetük azoknak a lakóknak, akik **családjuktól, rokonaiktól** számíthatnak anyagi hozzájárulásra is.

Az adatok alapján az látható (milyen gyakran látogatják), hogy a lakók többségét hetente **látogatják** hozzátartozóik. Sajnos viszonylag nagy számban fordul elő, hogy a lakókat nem látogatja senki, ami szintén lehet a forrása magánynak, kirekesztődésnek majd akár a szorongásnak is, amely a lakók beszámolóí szerint bizonyosságot is nyert.

Összességében tehát bizonyosságot nyert az ismertetett rizikófaktorok kihatása a szorongás kialakulására vagy mértékének változására, melyre a lakók által adott válaszok is bizonyító erővel bírnak.

A megküzdési módokra vonatkozó kutatás azt tükrözi, hogy a lakók bizonyos helyzetek, problémák, gondok leküzdésére különféle **megküzdési módokat**, stratégiákat használnak. Számomra meglepő volt, hogy a lakók nem alkalmaznak külön fajta érzelmi alapú megküzdési módokat (pl.: másokon történő feszültség-levezetés.)

Dolgozatomban kifejtett **személyes álláspontom** több ponton is visszaköszön. Örömmel tapasztaltam, hogy sok szakirodalomban olvastam az idősekkel kapcsolatos problémák javításának lehetőségeiről (az már más kérdés, hogy ez valóban megvalósul-e?). Sajnos a **mai társadalom** nem „idős-barát”, amit az élet számtalan területén én is tapasztalok. Írásom számos problémára mutat rá, melyekkel javítani lehetne az időskorú emberek helyzetén, kiknek társadalmi helyzetüket is jól példázza a sok lakó által elmondott kellemetlen történet is.

9.1. A feltett kérdésekre, problémákra adott válaszok rendszerezése:

Az **idősödés elnőiesedésének** elsődleges okát abban látom, hogy a nők társadalmi szerepvállalása sokkal nagyobb spektrumú, mint a férfiaké. Elsősorban gondolok itt az anyaszerepre és a különböző szociális és társadalmi szerepekre, tevékenységekre. A férfiak átlagéletkorát csökkentheti a sokkal több fizikai munka, ez által nagyobb esély a

betegségekre, lebetegedésekre. Az idősödés elnőiesedésre is jó példa az intézet lakóinak átlagéletkor-vizsgálata. Míg az intézet női lakóinál ez a szám 79,2 év, addig a férfi lakóknál ez a szám 75,4 év volt.

Az időskorúak **társadalmilag alacsonyabb megítélésének** okát abban látom, hogy többségünk sajnos csak tehernek tekinti az időseket, ahelyett hogy bölcsességüket, élettapasztalataikat és értékeiket hasznosítanánk a mindennapi életben. Napjainkban az emberek többsége híján van a megfelelő kommunikációs és empátiás készségeknek, valamint azoknak a kompetenciáknak, melyek hasznosításával sokat segíthetnénk az idős emberek mindennapjaiban. További okokként megemlíthető a társadalmi kapcsolatok megváltozása és a fiatalabb generációval való kapcsolat megváltozása. A többgenerációs családmódel eltűnése, a felgyorsult világ (pl.: új technikai eszközök bevezetése) és a megváltozott szociális interakciók (pl.: kapcsolattartás interneten) hátrányos, sokszor kirekesztett helyzetbe hozzák az időskorú embereket. Ezeken a rosszul és tévesen berögzült attitűdökön véleményem szerint az idős emberek érdekében mielőbb változtatni kell. Elsősorban gondolok itt olyan programokra, ahol a fiatalabb korcsoportot közelebb hozhatnánk az időskorú emberekhez és ez által megismertetnénk őket mindennapi problémáikkal, de hangsúlyozandó terület az önkéntesség- önkéntes munka vállalása is.

Az időskorúak fogékonyabbak a különböző **lelki** betegségekre, **jelenségek** (szorongás, depresszió, demencia) kialakulására, melynek tényét a korábban már ismertetett rizikófaktorok szerepének tulajdonítom. A rizikófaktorok szerepének fontossága mellett nem szabad kihagyni a személyiségünk „motívumait”, valamint a biológiai, pszichológiai és szociális tényezőket sem. Ugyanezek a megállapítások igazak az **időskori szorongásra** kialakulására is, kiegészítve a specifikus befolyásoló tényezőkkel (nyugdíjazás, idősotthoni beköltözés, családtag-rokonok elvesztése, önállóság elvesztése, társadalmi kirekesztettség).

Problémáink, gondjaink megoldása nagy odafigyelést igényel. Ilyenkor különböző **megküzdési módokat** és stratégiákat dolgozunk ki, amelyek többféle típusúak lehetnek (pl.: probléma-fókuszú, érzelmi alapú).

A különféle megküzdési módokat kialakíthatjuk korábbi tapasztalataink szerint is, így a jövőben hasonló helyzetekben már tudni fogjuk, hogy hogyan viszonyuljunk a probléma megoldásához.

9.2. A téma további vizsgálatának lehetősége:

- a) az általam összegyűjtött adatok kiértékelése: a személyes adatok részletesebb kielemezése és a nemek eloszlásának vizsgálata a különböző kérdésekben. Megnézni egyénenként, hogy hányféle megküzdési módot alkalmaznak az ott élő emberek. A teljes kérdőív kérdésenkénti kielemezése és összehasonlítása.
- b) további bentlakásos intézetek bevonása a vizsgálatba: minél több intézetet vonunk be a kutatásba, annál teljesebb képet kapunk az időskorú emberek lelki állapotáról. Ennek tudatában tudjuk őket segítséggel, tanácsokkal ellátni, melyek **szorongásukat hosszabb távon csökkentik** vagy lehetőség szerint **megszüntetik**.
- c) saját otthonukban élő idős emberek bevonása: fontos volna a nem intézeti ellátásban részesülő időskorú emberek helyzetéről is képet kapni, **megelőzni** vagy **megszüntetni** az ő **szorongásukat** is, ezáltal a **társadalmi kirekesztődésüket**.
- d) a vizsgálat megyei majd országos szintű kiterjesztése: törekedni arra, hogy **teljes képet** kapjunk az országban élő **időskorú emberek lelki állapotáról**.

A további kutatási lehetőségek között szerepelhet a **nemzetközi kutatás megkezdése** is, azonban a lehetőségek tárháza szerteágazó.

10. Köszönetnyilvánítás

Köszönöm konzulensemnek, **Szélesné Dr. Ferencz Editnek** a szakdolgozat során adott hasznos ötleteit és jó tanácsait.

Hálával tartozom tereptanáromnak, **Tóthné Fliegler Andreának**, aki a dolgozat megírásához és szakmai továbbfejlődésemhez tanácsaival, odafigyelésével és eszközökkel járult hozzá.

Ez úton szeretnék köszönetet mondani a kutatás eredményes végrehajtásában nyújtott önzetlen segítségükért és biztatásukért a **Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet** és a **Nyugdíjas Bérlok Háza lakóinak**.

Valamint köszönöm **szüleimnek**, hogy lehetővé tették számomra, hogy az elképzeléseimet megvalósítsam.

11. Bibliográfia:

01. Berghammer Rita – Zsombók Terézia (2004): *Szorongás, depresszió*. B+V Kiadó, Budapest.
02. Berszán Lidia (2008): *Alkonyidő – Szociális munka idős személyekkel*. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, Kolozsvár.
03. Faludi Gábor (1988): *A szorongás mai szemmel*. Artunion / Széchenyi Kiadó, Budapest.
04. Kopp Mária - Kovács Mónika Erika (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
05. Kovács Mónika (2003): *Időskori depresszió és szorongás*. Springer Tudományos Kiadó, Budapest.
06. Magyar István (1993): *Psychiatria*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
07. Mészáros Árpád (1988): *Az időskorú népesség társadalmi, egészségügyi és családi problémái*. KSH, Magyar Család – és nővédelmi tudományos társaság, Budapest.
08. Oláh Attila (2006): *Pszichológiai alapismeretek*. Bölcsész Konzorcium, Budapest.
09. Péntek Beáta – Zoltán László (2008): *Idősoththonok*. Hol töltssem idős éveimet? SpringMed Kiadó, Budapest.
10. Pető Zoltán – Tengerdi Antal (2007): *Az időskor. Válogatás a soproni gerontológiai konferenciák előadásaiból 1994-2004*. Edutech Kiadó, Sopron.
11. Pikó Bettina (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
12. Popper Péter (2002): *Lélek és gyógyítás*. Saxum Kiadó Bt., Budapest.
13. Riemann Fritz (1998): *A szorongás alapformái*. Háttér Kiadó, Budapest.
14. Szabó Gyula (1996): *Felkészülés a nyugdíjas évekre*. SubRosa Kiadó, Budapest.

12. Mellékletek:

1. **számú melléklet:** *A Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet adatlapja és annak összesített eredményei*
2. **számú melléklet:** *A Nyugdíjas Bérlők Háza adatlapja és annak összesített eredményei*
3. **számú melléklet:** *A Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet és a Nyugdíjas Bérlők Háza vonás-szorongás, állapot-szorongás, és megküzdési módok kérdőíveinek eredményei (specifikumok)*
4. **számú melléklet:** *A Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet és a Nyugdíjas Bérlők Háza vonás-szorongás, állapot-szorongás, és megküzdési módok kérdőíveinek összesített eredményei (specifikumok)*

Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet														
lakók	nem	kor (év)	családi állapot	beköltözés ideje	miért került az intézetbe?	hozzátartozó	látogatás gyakorisága	szervi betegségek	foglalkozás			nem		
1	férfi	74	házas	2013	betegség	van	hetente	mozgásszervi	fizikai			férfi	nő	össz.
2	nő	65	özvegy	2013	felügyelet hiánya, önellátás hiánya	van	változó	mozgásszervi	fizikai			14	22	36
3	nő	68	özvegy	1997	egyéb	van	változó	egyéb	fizikai					
4	férfi	72	nőtlen	2003	egyéb	van	havonta	mozgásszervi	fizikai					
5	nő	79	özvegy	1997	felügyelet hiánya	van	változó	nincs	fizikai			hozzátartozó		
6	nő	78	özvegy	2005	betegség	van	hetente	mozgásszervi	fizikai			van	nincs	össz.
7	nő	75	özvegy	2002	betegség	van	változó	szív és érrendszeri	fizikai			33	3	36
8	nő	90	özvegy	2011	felügyelet hiánya, önellátás hiánya, betegség	van	hetente	szív és érrendszeri	fizikai					
9	nő	72	özvegy	2011	felügyelet hiánya, önellátás hiánya, saját elhatározás, közös elhatározás, betegség	van	változó	egyéb	fizikai					
10	férfi	72	nőtlen	2004	saját elhatározás	van	nem látogatják	egyéb	fizikai			látogatás gyakorisága	naponta	2
11	nő	67	özvegy	2013	felügyelet hiánya, önellátás hiánya, saját elhatározás, betegség	van	hetente	egyéb	fizikai				hetente	21
12	nő	84	özvegy	2010	betegség	van	hetente	egyéb	fizikai				havonta	2
13	férfi	87	házas	2010	betegség	van	hetente	mozgásszervi	fizikai				változó	5
14	férfi	81	özvegy	2009	betegség	van	hetente	nincs	szellemi				nem látogatják	6
15	nő	85	özvegy	2013	betegség	van	hetente	mozgásszervi	fizikai				össz.	36
16	nő	84	özvegy	2013	betegség	van	naponta	mozgásszervi	fizikai					
17	nő	90	özvegy	2012	egyéb	van	naponta	mozgásszervi	fizikai					
18	férfi	80	nőtlen	2012	közös elhatározás	van	havonta	szív és érrendszeri	fizikai			szervi betegségek	mozgásszervi	15
19	nő	71	özvegy	2007	betegség	van	hetente	mozgásszervi	szellemi				egyéb	10
20	nő	79	hajadon	2011	egyéb	van	hetente	mozgásszervi	szellemi				szív és érrendszeri	3
21	nő	79	özvegy	2013	felügyelet hiánya	van	hetente	mozgásszervi	fizikai				nincs	2
22	nő	78	özvegy	nem tudja	felügyelet hiánya	nincs	nem látogatják	nem tudja megnevezni	fizikai				nem tudja megnevezni	1
23	nő	80	özvegy	2011	betegség	van	hetente	szív és érrendszeri, mozgásszervi	fizikai				kiválasztórendszer	1
24	férfi	86	házas	2011	betegség	van	hetente	egyéb	fizikai				légzőrendszeri	1
25	férfi	74	nőtlen	nem tudja	betegség	nincs	nem látogatják	mozgásszervi	fizikai				mozgásszervi, kiválasztórend-szer	0
26	férfi	70	elvált	2003	betegség	van	hetente	egyéb	fizikai				szív és érrendszeri, mozgásszervi	2
27	férfi	70	nőtlen	1998	egyéb	nincs	nem látogatják	egyéb	fizikai				szív és érrendszeri, kiválasztórendszer	1
28	férfi	66	elvált	2010	betegség	van	nem látogatják	szív és érrendszeri, mozgásszervi	szellemi			össz.		36
29	férfi	74	özvegy	2013	önellátás hiánya	van	hetente	egyéb	fizikai					
30	nő	78	elvált	nem tudja	betegség	van	hetente	kiválasztórend-szer	fizikai					
31	férfi	79	özvegy	2010	betegség	van	hetente	mozgásszervi	fizikai			foglalkozás		
32	férfi	66	nőtlen	1999	felügyelet hiánya, betegség	van	nem látogatják	légzőrendszeri	fizikai			fizikai	szellemi	össz.
33	nő	85	özvegy	2013	felügyelet hiánya, saját elhatározás, betegség	van	hetente	mozgásszervi	fizikai			32	4	36
34	nő	84	özvegy	2011	betegség	van	hetente	mozgásszervi	fizikai					
35	nő	75	özvegy	2010	betegség	van	hetente	egyéb	fizikai					
36	nő	82	özvegy	2012	betegség	van	hetente	szív és érrendszeri, kiválasztórendszer	fizikai					

Nyugdíjas Bérlok Háza														
lakók	nem	kor (év)	családi állapot	beköltözés ideje	miért került az intézetbe?	hozzátartozó	látogatás gyakorisága	szervi betegségek	foglalkozás			nem		
37	nő	78	házas	1998	saját elhatározás	van	hetente	szív és érrendszeri	fizikai			férfi	nő	össz.
38	nő	80	özvegy	2006	egyéb	van	változó	egyéb	fizikai			2	24	26
39	nő	80	özvegy	2008	saját elhatározás	van	változó	egyéb	szellemi					
40	nő	76	hajadon	2008	betegség	van	hetente	egyéb	fizikai			hozzátartozó		
41	nő	82	özvegy	2012	saját elhatározás	van	naponta	szív és érrendszeri	fizikai			van	nincs	össz.
42	nő	84	özvegy	2011	saját elhatározás	van	naponta	nincs	fizikai			25	1	26
43	nő	81	özvegy	2009	egyéb	van	hetente	szív és érrendszeri	szellemi					
44	nő	77	özvegy	2012	saját elhatározás	van	változó	nincs	szellemi			látogatás gyakorisága	naponta	3
45	nő	76	özvegy	2008	saját elhatározás	van	változó	nincs	fizikai				hetente	13
46	férfi	85	özvegy	1991	egyéb	van	naponta	egyéb	fizikai				havonta	2
47	nő	88	özvegy	1993	saját elhatározás	van	hetente	nincs	szellemi				változó	6
48	nő	83	özvegy	2001	felügyelet hiánya, önellátás hiánya	van	hetente	szív és érrendszeri	fizikai				nem látogatják	2
49	nő	76	özvegy	2005	saját elhatározás	van	hetente	nincs	fizikai				össz.	26
50	nő	70	özvegy	2005	egyéb	van	hetente	mozgásszervi	fizikai					
51	nő	82	özvegy	2007	betegség	van	havonta	szív és érrendszeri	szellemi		szervi betegségek	mozgásszervi	2	
52	nő	80	özvegy	1998	felügyelet hiánya	van	havonta	nincs	fizikai			egyéb	4	
53	nő	92	özvegy	1994	felügyelet hiánya	van	változó	szív és érrendszeri, mozgásszervi	szellemi			szív és érrendszeri	8	
54	nő	80	özvegy	2009	saját elhatározás	van	hetente	szív és érrendszeri	fizikai			nincs	9	
55	nő	74	özvegy	2006	saját elhatározás	van	nem látogatják	szív és érrendszeri	fizikai			nem tudja megnevezni	0	
56	nő	75	elvált	2011	saját elhatározás, közös elhatározás	van	hetente	mozgásszervi	fizikai			kiválasztórendszer	0	
57	nő	85	özvegy	2002	saját elhatározás	nincs	nem látogatják	nincs	fizikai			légzőrendszeri	0	
58	nő	85	özvegy	1999	egyéb	van	hetente	nincs	fizikai			mozgásszervi, kiválasztórend-szer	1	
59	férfi	71	elvált	2007	egyéb	van	hetente	nincs	fizikai			szív és érrendszeri, mozgásszervi	2	
60	nő	65	özvegy	2013	egyéb	van	hetente	szív és érrendszeri. Mozgáaszervi	fizikai			szív és érrendszeri, kiválasztórendszer	0	
61	nő	83	özvegy	1991	egyéb	van	hetente	mozgásszervi, kiválasztórendszer	fizikai			össz.	26	
62	nő	84	özvegy	2000	egyéb	van	változó	szív és érrendszeri	szellemi					
												foglalkozás		
												fizikai	szellemi	össz.
												19	7	26

2. melléklet

Összesítő												
	Két IntézetEgyütt				Vas Megyei Szakosított Szociális Intézet				Nyugdíjas Bérlek Háza			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pontértékek:												
Állapot-szorongás kérdőív:												
A sírás ellen küszködöm kell	40	5	1	16	18	5	1	12		22	0	4
Úgy érzem, hogy annyit megoldatlan problémán van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk	39	2	7	14	17	1	6	12		22	1	2
Boldog vagyok	14	14	11	23	13	7	7	9		1	7	14
Kevés az önbizalmam	22	12	2	26	11	5	1	19		11	7	7
Csüggedtetnek érzem magam	35	11	2	14	15	8	2	11		20	3	3
Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak és nem hagynak nyugodni	38	8	3	13	24	2	1	9		14	6	4
Kiegyensúlyozott vagyok	5	4	4	49	4	2	3	27		1	2	22
Vonás-szorongás kérdőív:												
Valami bánt	31	4	6	21	14	3	6	13		17	1	8
Zaklatott vagyok	48	5	1	8	24	4	1	7		24	1	1
Szorongok	39	9	5	9	20	5	5	6		19	4	3
Elég önbizalmat érzek magamban	7	4	5	46	5	2	5	24		2	2	22
Aggódok	24	10	6	22	14	3	6	13		10	7	9
Túlzottan izgatott és feszült vagyok	45	5	3	9	22	3	3	8		23	2	1
Jól érzem magam	5	2	4	51	3	0	3	30		2	2	21
Pontértékek:	0	1	2	3	0	1	2	3		0	1	3
Megküzdési módok kérdőív:												
Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem	10	0	2	50	7	0	2	27		3	0	23
Magamat okoltam és hibáztattam	30	1	3	28	14	0	3	19		16	1	9
Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat	11	2	2	47	9	0	1	26		2	2	21
Elfogadtam mások együttérzését és megértését	3	0	0	59	2	0	0	34		1	0	25
Más emberként kerültem ki a helyzetből jó értelemben véve	12	1	3	46	9	0	2	25		3	1	21
Evással, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek zsedésével próbáltam segíteni magamon	46	6	1	9	29	5	1	1		17	1	8
Imádkoztam	11	4	2	45	8	1	2	25		3	3	20

4. melléklet