

Felülről az ibolyát – avagy az időskori pszichés jóllét és az életút összefüggéseinek vizsgálata

Készítette: Posta Laura (GODS0Z)

Témavezető: Dr. Berán Eszter

PPKE-BTK

Pszichológia BA

Tartalomjegyzék:

1. Bevezető	2
1.1. Sikeres öregedés	2
1.2. Elméleti alap: az eriksoni pszicho-szociális fejlődési modell	3
1.3. A pszichés jóllét fő tényezői és az életút összefüggései	5
1.3.1. A krízissel való sikeres megküzdés	5
1.3.2. Társas kapcsolatok	6
1.3.3. Vitalitás	6
1.4. A pszichés jóllét egyéb tényezői és az életút összefüggései	7
1.4.1. Problémamegoldó-készség	7
1.4.2. Az érzelem önszabályozásának képessége	8
1.4.3. Fizikai és anyagi biztonság	8
1.4.4. Teljesítmény-igény	9
1.4.5. Kompetencia-érzés	9
1.4.6. Proszociális értékrend	9
1.4.7. Coping	10
1.4.8. Szorongás	10
1.4.9. Reménytelenség, depresszió	11
1.4.10. Az élet értelme	12
1.4.11. Egészség	13
1.5. Hipotézisek	14
2. Módszertan	15
2.1. A mérőeszközök	15
2.1.1. WHO-WBI-5: Rövid története és magyarországi validálása	15
2.1.2. Az életútra vonatkozó kilenc nyitott kérdés	16
2.1.3. Kódolási Kézikönyv	17
2.2. A vizsgálati személyek	20
2.3. A vizsgálat menete	20
2.4. Adatfeldolgozás	21
3. Eredmények	22
4. Limitációk	27
5. Diskusszió	28
6. Felhasznált irodalom	30

1. Bevezető

Témaválasztásom személyes motivációja egy közeli hozzátartozóm elvesztése, így ez a pilot-kutatás kicsit a gyászmunka része is. Az említett családtagom az élete utolsó négy évét egy idősotthonban töltötte és ez volt élete legboldogabb, legkiteljesedettebb időszaka. A mindennapi gondolkodásban sem az idősotthonokat, sem az időskort nem szoktuk a kiteljesedéssel összekapcsolni. Vajon mi történhetett ezzel az idős emberrel?

Empirikus kutatásomat az is motiválta, hogy a mai Magyarországon 2022-ben a népesség 21,9%-a 65 év feletti (forrás: Eurostat – lekérdezés ideje: 2022. 03.15.). Annak ellenére, hogy a lakosság több mint 1/5-e időskorú¹, ez a korosztály viszonylag alulkutatott a fejlődéslelektani szakirodalomban. Ennek egyik magyarázata lehet az a tény, hogy tisztán biológiai szempontokat figyelembe véve 65 év felett a legritkább esetben beszélhetünk fejlődésről. Ha viszont egy tágabb pszichológiai nézőpontból tekintünk az emberi életre, akkor a fejlődés egy egész életen át tartó folyamat. A mindennapi életben mi magunk is találkozhatunk olyan idős emberekkel, akik látszólag teljes életet élnek, de olyanokkal is, akik szinte már feladták az életet, vagy betegségekkel küzdenek főként. Ebben a kutatásban arra keresem a választ, hogy mitől függhet az, hogy valakinek az idős kora a szenvedésről, a leépülésről és a tevékenységek/kapcsolatok beszűküléséről, míg másoknál az élet szeretetéről és a vitalitás megőrzéséről szól. Feltételezem, hogy vannak aktuális okai (pl. egészség, fizikai aktivitás, életmód, szociális háló stb.), a személyiségben vagy az attitűdben rejlő tényezők, de magyarázhatják olyan tényezők is, melyek az életútban megragadhatók.

1.1. Sikeres öregedés

Scheidt, Humpherys és Yorgason (1999) kétféle öregedésről beszél: az elsődleges öregedés elkerülhetetlen és az élet szerves része, a másodlagos öregedés viszont a funkciók fokozatos leépülése, ami bizonyítottan megakadályozható, lassítható vagy éppen visszafordítható. Ebben az értelemben tehát sikeres öregedésről (successful aging) a másodlagos öregedés kapcsán beszélhetünk csak. Scheidt és munkatársai (1999) a sikeres öregedésnek három összetevőjét azonosították. Az első kettő viszonylag evidens: 1) a betegségek és fogyatékoságok hiánya (vagy alacsony száma) és 2) a magas kognitív és fizikai aktivitás. A harmadik tényező már sokkal meglepőbb: 3) az életbe bevonódás (engagement with life), ami részben az

¹ Bár a WHO definíciója szerint az idősödés kora 60-75 év közé tehető, és a 75-90 év közötti időszakot nevezik időskornak (Ivan, 2002), ebben a kutatásban – a szakirodalom (Eriksoni 1956; Blay és Marinho, 2012; Hussenoeder és mtsai, 2021), illetve az Eurostat és KSH demográfiai besorolása miatt – a 65 év felettieket fogom időseknek nevezni.

interperszonális kapcsolatokat (pl. szeretet-kapcsolatok, kommunikáció, információ-csere, érzelmi támasz, kölcsönös segítségnyújtás), részben pedig az értelmes, produktív tevékenységeket (pl. bármi létrehozása, mások segítése) foglalja magába. Mindezek a tényezők pozitív hatással bírnak mind a fizikai egészségre, mind pedig a pszichés jóllétre.

A pszichés jóllét egy olyan konstruktum, amely két dimenzióból is megközelíthető (Prince és mtsai, 1999). Egyrészt a jóllét annak az érzete, önreflexiója és fizikai tapasztalata, hogy az egyén fizikai és mentális állapota az élettel harmóniában van, illetve fiziológiailag és pszichésen is jól funkcionál, adaptív fejlődésre/változásra képes. Ez egy olyan holisztikus szemlélet, amely az egyén-környezet viszonylatában az egyénre és nem a környezeti változókra fókuszál. Másrészt a definíció azt is hangsúlyozza, hogy ezt a pozitív fiziológiai és pszichés funkcionalitást integrálni kell az egyén fejlődési rendszerébe, tehát időben tartósan fenn kell tudni tartani.

1.2. Elméleti alap: az eriksoni pszicho-szociális fejlődési modell

Az eriksoni pszicho-szociális fejlődési modell (Erikson, 1956) is hangsúlyozza, hogy a fejlődés egy az egész életen át tartó folyamat. Az egészséges fejlődésmenetű ember a születéstől a halálig nyolc különböző életszakaszon halad át. Minden egyes életszakasznak megvan a jellemző életkori intervalluma, a központi egzisztenciális kérdése és az adott szakaszra jellemző kihívásai, amelyek sikeres megoldása jelentősen növeli az énerőt. Más szavakkal kifejezve az életút és az énéjlődés az életszakaszokhoz köthető krízisek sora, melyek szükségszerűen és minden ember életében kivétel nélkül előjönnek². A krízisekkel/nehéz élethelyzetekkel való sikeres megküzdés olyan tapasztalattal és stratégiákkal vértelzi fel az embert, amelyeket aztán az élete hátralévő részében már birtokolni fog. Az adott szakaszban a krízissel való megküzdés feltételezi a korábbi szakaszok kihívásainak sikeres teljesítését is, de ez nem feltétlenül szükségszerű, a megoldatlan krízisek ellenére is tovább lépünk a következő szakaszba. Az élet mindenképpen megtörténik velünk. Erikson viszont arra hívja fel a figyelmet, hogy a megoldatlan vagy sikertelenül megoldott kríziseket az ember törvényszerűen görgeti maga előtt és ezek a jövőbeni életszakaszokban már problémákként jönnek elő újra és újra. Ez a modell olyan értelemben pszicho-szociális, hogy az egyes fejlődési szakaszokban a környezeti

² Erikson ezért is használja a fejlődési/normatív krízis elnevezést, szemben az akcidentális krízissel, mely váratlanul és ad hoc jelleggel bukkan fel az ember életében.

(szociális) faktoroknak rendkívüli jelentősége van az adott szakaszra jellemző kihívás legyőzésében. A nyolc szakasz vázlatos áttekintését az alábbi táblázatban foglaltam össze:

fejlődési krízis	jellemző életkor	egzisztenciális kérdés	nyerhető énerő
bizalom vagy bizalmatlanság	0-2	Bízhatok a világban?	remény
autonómia vagy szégyen	2-4	Rendben van, ha én vagyok?	akarat
kezdemenyezés vagy bűntudat	4-5	Rendben van, ha én cselekszem, mozgok, kezdeményezek?	szándék
teljesítmény vagy kisebrendűség	5-12	Értékes tagja vagyok a világnak?	kompetencia
identitás vagy szerepkonfúzió	12-19	Ki vagyok én és mi lehet belőlem?	hűség
intimitás vagy izoláció	19-40	Tudok szeretni?	szeretet
generativitás vagy stagnálás	40-65	Értékesé tudom tenni az életem?	gondoskodás
integritás vagy kétségbeesés	65-	Megfelelően éltem az életem?	bölcsesség

1. táblázat: Fejlődési szakaszok és krízisek Erikson modelljében (Erikson, 1956)

Jelen dolgozat szempontjából a különböző életszakaszok krízisfeldolgozása és az időskorra vonatkozó nyolcadik szakasz a releváns. Az időskorra vonatkozó nyolcadik szakasz, melynek fő feladata a visszatekintés, az életút értékelése, ami ideális esetben elvezethet az integritás/bölcsesség megéléséhez vagy – kevésbé szerencsés esetben – a kétségbeesés/halálfélelemhez. Az öregedés során természetesen csökken a produktívitasunk (pl. nyugdíjba vonulás), de ennek nem kell feltétlenül együtt járnia a vitalitás megszűnésével. Ezen időszak során merül fel az a végső egzisztenciális kérdés – ’Megfelelően éltem az életem?’ –, aminek már igazán nagy súlya van. A korábbi életszakaszok lezárulásakor is megjelenhet a gyász/veszteség-érzés, akár a kétségbeesés is, de a nagy különbség az, hogy akkor még előre tekintve látszanak a távlatok, a kinyíló lehetőségek. Az utolsó életszakaszba

lépve viszont félelmetes lehet az előre tekintés, és hangsúlyosabb a visszatekintő összegzés. Ha életünket sikeresnek értékeljük, akkor kifejlődik az én integritásának érzése, míg, ha nem látjuk produktívnak azt, amit tettünk, nem értük el életünk céljait, akkor elégedetlenek leszünk és kétségbeesünk, ami gyakran depresszióhoz vezethet (Erikson, 1956).

1.3. A pszichés jóllét fő tényezői és az életút összefüggései

A szakirodalomban számos tényező merül fel a pszichés jólléttel kapcsolatban különböző hangsúlyokkal. A krízisekkel való megküzdésen kívül a pszichés jólléttel, életminőséggel kapcsolatos tanulmányok és empirikus vizsgálatok egyrészt az önértékelésre és a szubjektív tapasztalatokra alapoznak, másrészt pedig próbálnak egyéb kapcsolódó faktorokat is bevonni a vizsgálatba. Ezek többnyire valamilyen pszichológiai, fizikai, egészségügyi és szociális aspektusok, amelyeket mindenképpen érdemes figyelembe venni.

Az időskorú populáció pszichés jóllétét vizsgáló kutatásom szempontjából kiemelkedően fontos a krízisekkel való megküzdés minősége. Ezen kívül a társas kapcsolatok és a vitalitás az a két konstruktum, amely konszenzusosan jelentős tényezőként jelenik meg a pszichés jólléttel foglalkozó tanulmányokban (pl. Bech, 1996; Bornstei, 2003; Eisenberg, 2003; Hupkens és mtsai, 2018; Ivan, 2002; Korczyn és Halperin, 2009; Scheidt, Humpherys és Yorgason, 1999) és én is fő faktorként kezelem őket. Fontossága miatt a vitalitás faktort is fő faktorként használok a kutatásban, bár hipotézist nem fogalmaztam meg ezzel kapcsolatban. Ennek az az oka, hogy a betegség/egészség szorosan összefügg a vitalitással, a betegpopulációt viszont BA-szakos hallgatóként nem vizsgálhatom ebben a pilot-kutatásban. Egy későbbi kutatásban tervezem az időskori mentális és szomatikus betegségek pszichés jóllétre gyakorolt hatását vizsgálni.

1.3.1. A krízissel való sikeres megküzdés

Thomas, Sagan és Larkin (2020) – Eriksonhoz hasonlóan – azt hangsúlyozza, hogy a kríziseknek, de akár a traumáknak is fontos szerepe lehet az énéjlődésben. A krízis/trauma mindig valami olyasmi, ami viszonylag rövid idő alatt nagy változást hoz az ember életében, ellentétben a lassan, de biztosan történő folyamatokkal, mint például az öregedés. A krízisek (a normatívok és akcidentálisak egyaránt) jellemzően négy fázisból állnak: 1) felkészülés, 2) a krízis megjelenése, 3) a krízis hatása és menedzselése, illetve 4) az adaptív feldolgozás, felépülés és a tanulságok levonása. Amint a „normalitás” visszaáll, tehát megtörténik a

felépülés, a folyamat gyakran leáll, pedig a tanulságok levonása nagyon fontos: a tanulságok becsatornázhatók a felkészülési (első) fázisba, ami növeli az egyén énjét a jövőben.

1.3.2. Társas kapcsolatok

Bornstein és munkatársai (2013) a kutatásaikban kimutatják, hogy a szociális izoláció mindentől függetlenül erős oda-visszaható kapcsolatot mutat a depresszióval és a szorongással. A társas kapcsolatok (akár képzel) hiánya önmagában is előidézi a szociális izoláció szubjektív érzetét, ami nagy eséllyel depresszióhoz és szorongáshoz vezetnek.

A társas kapcsolatok minőségét gyakran vizsgálják a Bowlby-féle kötődési stílusok alapján, mely belső munkamodellek a csecsemőkor anyja-gyermek kapcsolat mintájára alakulnak ki. Azonban ezek az elsődleges kötődési stílusok is képesek változni felnőtt korban, főként a „fontos mások” (tanárok, barátok, szerelmek stb.) hatására. A pozitív önértékelés jelentősen hozzájárul a pozitív társas kapcsolatok kialakításához. Az elsődleges gondozóknak nemcsak a kötődési stílus kialakításában, hanem a nyelv-elsajátításban és a szocializációban is elsődleges szerepe van (a család³, az iskola és kortárs közösségek⁴ mellett), ami jelentősen meghatározza a gyermek érzelmi és szociális fejlődését, ami viszont hatással van a későbbi társas kapcsolatai minőségére és így a pszichés jóllétre is (Bridges, 2003b).

1.3.3. Vitalitás

A vitalitás hiánya egy komplex érzelmi és fizikai élmény: kicsit a fáradtság, az enerváltság, energia-hiány és az irritabilitás keveréke, mely nemcsak a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel (Bagés és mtsai 1999), hanem definíciójából fakadóan a személy általános közérzetével is evidens módon kapcsolatban áll. Érzelmi élményként a vitalitás a szociális aktivitással, fizikai élményként pedig a fizikai aktivitással van szoros kapcsolatban. Mindkettő erősen befolyásolja az idősödő egyén függetlenség-élményét (pl. mennyire képes önmagát ellátni, mennyire képes a tevékenységekben részt venni), illetve pszichés jóllétét. Bagés és munkatársai (1999) átfogó szocio-demográfiai kutatása arra az eredményre jutott, hogy idős korban a fizikai aktivitás a fontosabb tényező a vitalitás szempontjából, összességében pedig a

3 Nem elhanyagolható a testvér-kapcsolatok szerepe sem – lévén a leghosszabb kapcsolat az egyén életében –, hiszen egész életünkben pozitív szocializációs erővel bírnak és a közösség-érzés/támogatás forrásai. A korai rivalizálást hamar felváltja az intimitás és támogatás, ami, főleg idős korban, a pszichés jóllét forrása.

4 Megfigyelték, hogy a kortársak olyan szocializációs tapasztalatot jelentenek, amelyek szükségesek az olyan készségek elsajátításához, amelyek meghatározzák a személyiségfejlődést és a társas kapcsolatok minőségét. A pozitív társas kapcsolat tehát nem luxus, hanem alapszükséglet!

kapcsolatban élés, az iskolázottság és a betegségek hiánya vagy minél alacsonyabb száma járul hozzá leginkább a magasabb vitalitáshoz.

1.4. A pszichés jóllét egyéb tényezői és az életút összefüggései

Az Erikson-i elmélet és a pszichés jóllét fő tényezőinek áttekintése után rátérek a dolgozat alapkérdésére, hogy vajon kimutatható-e valamilyen összefüggés az időskori pszichés jóllét és az életút között, más szóval, megfigyelhető-e valamilyen pszichológiai mintázat, olyan tapasztalatok, amelyek erősen befolyásolják az időskori pszichés jóllét minőségét, illetve milyen egyéb tényezők járulhatnak hozzá az időskori pszichés jólléthez. Empirikus kutatást nem találtam a témára vonatkozóan, viszont a Psychology Press 2013-as összefoglaló metaanalízise (Bornstein, Davidson, Corey és Moore, 2013) érdekes elméleti szempontokat fogalmaz meg a pszichés jóllét alakulásáról az élet előrehaladtával. A könyv szerzői holisztikusan közelítik meg a pszichés jóllét kérdését: a társas-emocionális, fizikai és kognitív dimenziókat is figyelembe veszik. A fókusz az énerőn, a pszichés erőforrásokon és az élet során bekövetkező személyes fejlődés hatásain van. A szerzők állítása szerint a pszichés jóllét forrásai olyan tényezők, melyek elsősorban a gyerekkorban alakulnak ki⁵, de az életút során is fejleszthetők, tanulhatók és külső segítséggel támogathatók. Ezek az alapvető erőforrások a 1) problémamegoldó-készség, 2) az érzelem önszabályozásának képessége, 3) fizikai és anyagi biztonság, 4) teljesítmény-igény, 5) kompetencia-érzés, 6) proszociális értékrend és a 7) coping (alkalmazkodó készség).

1.4.1. Problémamegoldó-készség

A problémamegoldó készség egy olyan, születésünktől fogva fejlődő kvalitatív és kvantitatív kognitív képesség, amely részben a különböző feladatok során elsajátítható információ-feldolgozási folyamatokból és a feladatok kreatív megoldási folyamataiból tevődik össze. Problémamegoldás során az egyén újabb és újabb alternatív cselekvési terveket dolgoz ki különböző kognitív vagy szociális helyzetekben: tervez, külső segítséget kér, kritikusan és kreatívan gondolkodik, reflektál önmagára és a környezetre. A neuroplaszticitásnak

⁵ A gyerekkorban mindenképpen kiemelkedő szerepe van, mert ilyenkor a fejlődés (szociális, emocionális, fizikai, kognitív stb.) sokkal gyorsabb, mint bármikor máskor az életút során. Kiemelkedő szerepe van abból a szempontból is, hogy a gyerekkorban kialakuló rendszerek (pl. csontozat, tüdőkapacitás, idegrendszer) és szokások (pl. táplálkozás, fizikai aktivitás, érzelem-kezelés, egészség-tudatosság) hosszútávú hatással bírnak az egész életút során, illetve később vagy egyáltalán nem, vagy nagyon nehezen változtathatók.

köszönhetően az agy egész életünk során képes változni és alkalmazkodni a (kognitív) kihívásokhoz (is) (Siegler, 2003).

1.4.2. Az érzelem önszabályozásának képessége

A pszichológusok az érzelmeket a pszichés jóllét alapvető „építőköveinek” tartják, hiszen nem csak hozzájárul, hanem egyben indikátora is a mentális egészségnek, illetve a pozitív érzelmek (és az érzelmek detektálásának és kifejezésének képessége vagy az érzelem-szabályozás) hozzájárulnak az egészséges személyiségfejlődéshez is. Az érzelmi fejlődés olyan folyamat, amely a csecsemőkortól egészen a halálig tart, de bizonyos szempontból a serdülőkor egy kiemelkedően intenzív időszak az érzelmi fejlődés szempontjából. Az érzelmek önszabályozásának képessége azért kiemelkedően fontos, mert az egyén autonóm módon, minden külső kontroll nélkül képes kialakítani egy olyan belső működési mechanizmust, amely segítségével 1) képes felismerni az adaptív és optimális állapottól való eltérést és 2) képes visszaállítani ezt az optimális állapotot (Graziano és Tobin, 2003).

1.4.3. Fizikai és anyagi biztonság

A biztonság alapvető emberi szükséglet, ami előfeltétele az egészségnek és ezáltal a pszichés jóllétnek is. A fizikai sérülés és a testi/lelki traumák megrendítik a biztonság-érzetet és meggátolják az egészséges pszichés fejlődést. A biztonság azonban nem csak a sérülések és traumák hiányát, hanem a biztonság-kereső magatartás jelenlétét (pl. kockázatos életmód kerülését), illetve a veszélyérzet miatti distressz hiányát is jelenti (Sleet és Mercy, 2003).

Gyakran felmerül a közgondolkodásban és a szakirodalomban is az anyagi jólét és a pszichés jóllét viszonya és dilemmája (A pénz (nem) boldogít!?) D’Ambrosio, Jäntti és Lepinteur (2020) komplexen vizsgálják a pénz és a boldogság kapcsolatát. Megkülönböztetik az állandó jövedelmet és vagyont, illetve az éppen aktuális bevételt. Azt találták a kutatásukban, hogy a felhalmozott vagyon és állandó bevétel (függetlenül a mértéküktől) nagyobb mértékben járulnak hozzá a pszichés jólléthez, mint az aktuális jövedelem. Az idősekre levetítve ez azt jelenti, hogy a kialakított létbiztonság és a rendszeres bevétel (ld. nyugdíj) elegendő tényező a pszichés jólléthez, ezen túl az anyagi jólét mértéke nem járul hozzá jelentősen a szubjektíven megélt boldogságszinthez.

1.4.4. Teljesítmény-igény

A pozitív önértékelés jelentősen hozzájárul a teljesítmény-igényhez. Egy másik fontos tényező lehet a kíváncsiság (akár egy új dolog iránt, akár egy megszokott dolog új aspektusa iránt), hogy többet szeretnénk megtudni a világról. Más motivációval kapcsolatos aspektusokhoz hasonlóan, a teljesítmény-igénynek is két dimenziója van: 1) képesség a tevékenység elindítására és 2) képesség a tevékenység célorientált mederben tartására. A belső motiváció mellett egy olyan környezet, amely támogatja az aktivitást és elvárja a jó teljesítményt, szintén jelentősen hozzájárul az egyén pszichés jóllétéhez (Donahue és Dietz, 2003).

A teljesítmény-igény egy másik fontos aspektusa a 'mastery motivation' (alapos ismeret megszerzésére irányuló motiváció), ami egy olyan szinten fejleszthető kognitív kompetencia (= amit már tudok) és diszpozíció (= milyen új tudást szeretnék elsajátítani), amely – részben a cél-orientáltság, részben pedig a kontroll-érzés miatt – erősen önjutalmazó értékkel bír, tehát külső jutalmak és pozitív feedback⁶ nélkül is élvezetes és örömeztető fokozó (Donahue és Dietz, 2003).

1.4.5. Kompetencia-érzés

Kompetencia, autonómia, kontroll, énhatékonyság – szorosan összetartozó fogalmak, melyek abból a tapasztalatból erednek, hogy az egyén képes környezetére hatással lenni és a helyzeteket uralni, ami emberi alapszükséglet. Az énhatékonyság érzése fontos eleme az éntelődésnek kognitív és affektív szempontból is. Az énhatékonyságnak is számos olyan faktora van, amely fejleszthető egy életen át. Emellett a pozitív önértékelés is jelentősen hozzájárul a kompetencia-érzéshez, amely szintén növeli a pszichés jóllétet (Plank és MacIver, 2003).

1.4.6. Proszociális értékrend

Az együttérzés és a proszociális (pl. támogató, segítő, együttérző) viselkedés nagyon fontos aspektusai a szociális kompetenciának és a pozitív éntelődésnek. Ennek az a magyarázata, hogy a támogató viselkedés elkerülhetetlenül pozitív interakciókat és emberi kapcsolatokat eredményez, ami gyakran kölcsönösen gondoskodó szeretet-kapcsolatokat generál (Eisenberg, 2003).

⁶ Ennek ellenére az intézményes oktatásnak kulcsszerepe kellene, hogy legyen a teljesítmény-igény megteremtésében, fenntartásában és fokozásában.

1.4.7. Coping

A korai elméletekben a coping vagy alkalmazkodás nagyjából egyet jelentett az adaptív funkcionalitással. A modern elméletekben a definíció sokkal tágabb jelentéssel bír: az egyén olyan kognitív vagy viselkedési stratégiákat használ, melyek képesek csökkenteni a distresszt a maladaptív helyzetekben is. Ezek a stratégiák pozitív kimenetelhez vezetnek más, addig ismeretlen helyzetekben, illetve pozitív feedback-ként hatnak az önértékelésre, énhatékonyságra és a pszichés jóllétre is (Bridges, 2003a).

Az időskorú vizsgálati alanyok pszichés jóllétének vizsgálatához azért választottam a WHO-WBI-5 mérőeszközt, mert rövid, egyszerű, könnyen kiértékelhető, de mindemellett egy megbízható teszt (Cronbach-alfa: 0,85). WHO Jólét Skála magyarországi validálása során kimutatták, hogy a szorongás, reménytelenség/depresszió, élet értelme és az egészségi állapot olyan faktorok, amelyek erős korrelációt mutatnak az általános pszichés jólléttel (Susánszky, Konkoly, Stauder és Kopp, 2006).

1.4.8. Szorongás

Sokan úgy gondolják, hogy az idősök körében kevesebben szenvednek szorongásos zavaroktól, mint a fiatalabb korosztályban, hiszen – akár élettapasztalatuknál fogva is – jobban tisztában vannak az élet nehézségeivel és azok megoldási stratégiáival, illetve élethelyzetüknél fogva kevesebb elvárásnak kell megfelelniük, ami a belső feszültséget okozhatná. Való igaz, hogy arányaiban kevesebb 65 év feletti ember kerül az egészségügyi ellátórendszerbe (Blay és Marinho, 2012) szorongásos tünetek miatt, de ez nem bizonyítja, hogy nem is gyakori a szorongásos zavar ebben a korosztályban. Ennek több oka is lehet: a szorongás 1) gyakran párosul depresszióval, ami a diagnózisnál előtérbe kerül, 2) ritkán okoz olyan tüneteket, amik a mindennapi életet működésképtelenné tennék az idős ember szemszögéből, 3) az idősebb emberek jobban koncentrálnak a szomatikus tünetekre, illetve 4) az idősebbek kevésbé ismerik fel a lelki tüneteket. Blay és Marinho (2012) kifejezetten a 65 év feletti korosztályban, standard diagnosztikai eljárással megállapítható szorongásos tünetek gyakoriságát vizsgálta. A nemzetközi adatokat összevetve arra a megállapításra jutottak, hogy a 65 év feletti korosztálynál valamivel ritkább a generalizált szorongás (4,7%), mint a különböző fóbiák (pl. eleséstől való félelem, szociális fóbiák – 6,5%), de az arány így is magas, sőt, a nők körében még magasabb (14%). Az általános pszichés jóllét szempontjából azért érdekes ez az adat, mert

a szorongás – akár észrevétlenül is – hozzájárulhat a tevékenységektől való visszavonuláshoz és az egészségsomláláshoz (ld. magas kortizol-szint, kevés és túl óvatos/abnormális mozgás).

1.4.9. Reménytelenség/depresszió

A depressziót viszont a laikusok közül is sokkal többen tartják tipikus időskori hangulatzavarnak. A Hussenoeder és munkatársai (2021) által végzett átfogó európai kutatás érdekes adatokat és jelentős összefüggéseket állapított meg a depresszió és a pszichés jóllét kapcsolatáról. A depresszió a 65 év feletti korosztályt átlagosan 30%-ban érinti valamilyen mértékben (nők – főként házasság: 35%, férfiak: 25%), és az életkor előrehaladtával a súlyossága fokozódik. Ez több szempontból is kihat a pszichés jóllétre és az életminőségre: a depresszió negatívan hat 1) a fizikai egészségre, sőt, felerősíti a szomatizációs zavarokat, 2) a társas kapcsolatokra, hiszen gyakran vezet visszahúzódáshoz/izolációhoz, ami önmagában is depresszióhoz vezethet főleg az időseknél, akik eleve egy szűkebb szociális közegben mozognak többnyire, 3) a szenzoros és kognitív képességekre, mivel csökken a (társas) tevékenységekben és aktivitásokban való részvétel, ami elősegítheti a demencia kialakulását, 4) illetve az önértékelésre és énhatékonyságra.

Korczyn és Halperin (2009) a kutatásukban kifejezetten az időskorban gyakran jelentkező depresszió és a kognitív leépülés összefüggéseit vizsgálta. Bár konkrét orvosi adatokkal nem igazolható a két klinikai kondíció kapcsolata, a megfigyelések határozottan igazolják az együttjárást. A kutatások egyrészt rávilágítanak arra, hogy a depresszió gyakran a kognitív leépülésre adott pszichológiai válaszreakció (így a depresszió tekinthető tulajdonképpen a korai demencia egyik első tünetének is), másrészt azt is kimutatták, hogy a depresszió magas rizikó-faktora az olyan kognitív betegségeknek (pl. demencia, Alzheimer), melyek az agy fehérállományának degenerációjával járnak. A fehérállomány megbetegedése viszont bizonyítottan összefügg az agyi vérrellátással, így a kardiovaszkuláris-rendszer egészségével. Ezen kívül depressziónál és demenciánál is mérhetően alacsonyabb a monoaminerg neurotranszmitterek (főként dopamin, szerotonin, noradrenalin) mennyisége, melyek szintén negatívan hatnak a pszichés jóllétre⁷.

⁷ Green, Brown, Jager-Hyman, Cha, Steer és Beck (2015) például a BDI-kérdőív (Beck Depression Inventory) segítségével kimutatták, hogy a reménytelenség magasabb korrelációt mutat az öngyilkossággal (ismételt öngyilkossági kísérletek és megvalósult öngyilkosságok tekintetében is), mint a depresszió és főként a kamaszok és az idősebb korosztály körében.

1.4.10. Az élet értelme

Az élet értelmének megtalálása, megélése és az élet értelmébe vetett hit fenntartása minden életkorban kihívás, de a témával kapcsolatos összefoglaló áttekintés (Hupkens, Machielse, Goumans és Derkx, 2018) tanulsága szerint ez idős korban még hatványozottabban igaz. Az élet értelmének megtalálása az egész életen át tartó pszichológiai fejlődés eredménye (ld. Erikson-elmélete, 1956), melynek fontos tényezői és motiváló erői a kreativitás (értsd teremtés, alkotás), a felfedezések és felismerések, illetve a megélt tapasztalatok. Az élet értelmének felismeréséhez csak az önmagunkhoz és másokhoz való kapcsolódás révén juthatunk el.

Az idős emberek az élet értelmével kapcsolatos kérdésekre válaszolva (Hupkens és mtsai, 2018) mindig megemlítették a pszichés jóllétet, a fizikai egészséget és az életminőséget, a „jó” életet. A kérdés az, hogy milyen körülmények befolyásolják a „jó” életet és mi az élet értelmének forrása. Az idős emberek által leggyakrabban említett körülmények: az egészség, szociális és szeretet-kapcsolatok, magas szocio-ökonómiai státusz és értelmes tevékenységek. Az élet értelmének forrása pedig elsősorban és kultúrától függetlenül az emberi kapcsolatok és a vallás/spiritualitás.

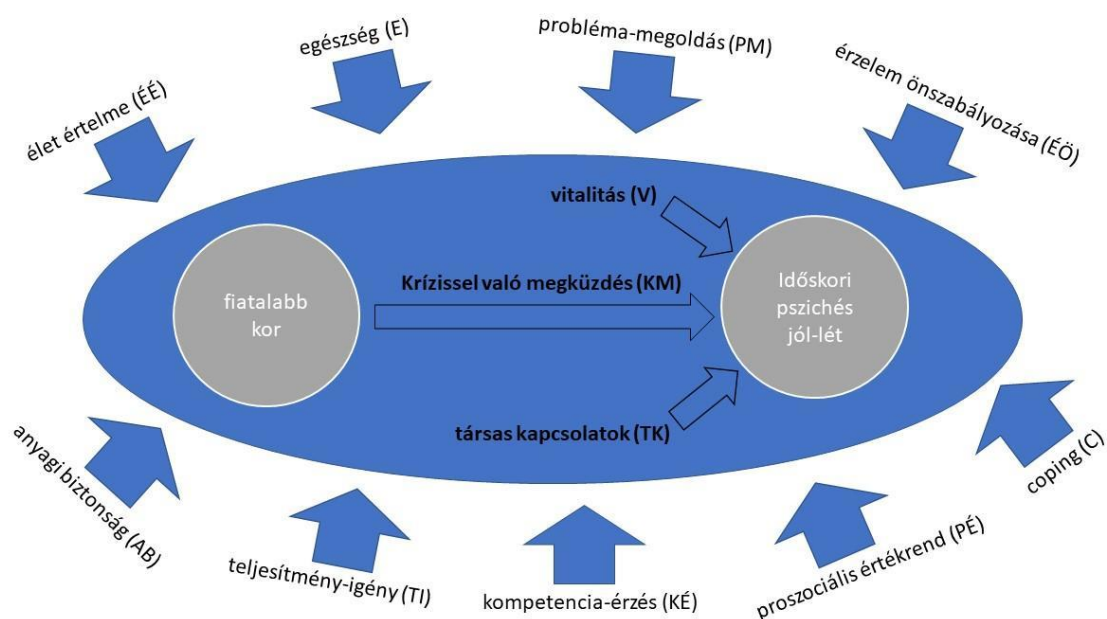
A további kutatások is egyértelműen bizonyítják, hogy pozitív korreláció van a vallásosság és/vagy spiritualitás, illetve a pszichés jóllét között (Ivtzan, Chan, és Gardner, 2013). A szakirodalomban nincs egyetértés abban a tekintetben, hogy a két fogalom – vallásosság és spiritualitás – azonos konstruktumra vonatkoznak-e, és ha nem, mi a kettő közötti különbség. Ivtzan és munkatársai (2013) nem tekintik azonosnak a két fogalmat: a vallásosság egyfajta hit-rendszer és hit-közösséghez tartozás több-kevesebb közösségi aktivitással, a spiritualitás pedig egy olyan transzcendencia-élmény, amely túlmutat az individuum határain és egy olyan egyetemes rendezőelvet feltételez, amely áthatja az életünket és értelmezhetővé teszi a tetteinket és élményeinket. A kutatás azt bizonyította, hogy a spiritualitás (mely természetesen része lehet a vallásosságnak is) nagyobb mértékben járul hozzá a pszichés jólléthez, mint a vallásosság. A mindennapjaikban az (idős) emberek ezt három területen élik meg leginkább: 1) az önmegvalósítás szintjében, 2) az élet értelmének megtalálásában és 3) a személyes fejlődésben.

1.4.11. Egészség

A fizikai egészség nagy mértékben hat a szubjektíven megélt pszichés jóllétre és általában véve az életminőségre is az élet minden szakaszában, de különösen idős korban. Az élet előrehaladtával változnak a személyes erőforrások és – a test természetes öregedése mellett – az életmóddal kapcsolatos viselkedésminták testi egészségre gyakorolt hatása 65 év felett már törvényszerűen egyre nyilvánvalóbbá válik. Köztudott, hogy a világ legnagyobb részén a nők várható élettartama magasabb (KSH: 2022-ben Magyarországon a nők esetében: 79 év, férfiak esetében: 72 év)⁸, de ezen kívül idős korban a két nem fizikai és mentális egészségi állapotában nem mutathatók ki jelentős különbségek (Carmel, 2019). Az idős emberek körében gyakoriak a mozgásszervi, szív- és érrendszeri, daganatos és gyulladásos betegségek, illetve a diabétesz és a depresszió. A kockázatos életmód (dohányzás, alkohol és más drogok fogyasztása) tekintetében is a nők „felzárkóztak” a férfiakhoz, elhízásban és egészségtelen táplálkozásban is közel azonos mértékben érintett a két nem. Gyakori a társbetegségek együttes kialakulása is. Természetesen a különböző betegségek különböző mértékben, de mindig negatívan hatnak a pszichés jóllétre. Jó hír viszont, hogy az iskolázottság és az aktív életmód mindig negatív korrelációt mutat a betegségek számával.

A következő ábrán foglaltam össze azokat a pozitív tényezőket, amelyek a jelen kutatásban fontosak az időskori pszichés jóllét szempontjából. A tárgyalt szakirodalom alapján különös jelentőséggel bír a krízissel való (sikeres) megküzdés, a vitalitás és a társas kapcsolatok, ezért ezek fő hangsúlyt kapnak és külön faktorként kezelem őket, míg a többi tényezőt egy negyedik gyűjtő faktorba (a pszichés jóllétet segítő tényezők) sorolom.

⁸ forrás: KSH – lekérdezés ideje: 2022. 03.15.



1. ábra: Összefoglaló ábra, mely megmutatja az időskori pszichés jóllét és az életút összefüggéseinek a szakirodalomban megfogalmazott azon tényezőit, amelyek pozitívan járulnak hozzá a pszichés jólléthez

1.5. Hipotézisek

A jelen kutatásban egy olyan pilot-vizsgálatot végeztem el, mely empirikusan teszteli az időskori pszichés jóllét és az életút lehetséges összefüggéseit. A szakirodalom alapján azt feltételeztem, hogy a személyes fejlődés egy egész életen át tartó folyamat, így minden életkorban van lehetőség a pozitív/negatív változásra, de bizonyos életszakaszokban a normatív és akcidentális krízisek facilitálhatják is ezeket a változásokat. A pszichés jóllétet egy szubjektíven megélt állapotként definiálom, amely többnyire független a környezeti tényezőktől, viszont összefüggésben van az egyéni életúttal.

A hipotézisek:

0. Az életútban beazonosíthatók olyan tényezők és életesemények, amelyek jelentősen befolyásolják az időskori pszichés jóllétet.

1. Akik sikeresen küzdöttek meg krízishelyzetekkel az életükben, idős korukban nagyobb pszichikai jóllétről számolnak be, mint akiknél nem volt krízis vagy nem volt sikeres krízisfeldolgozás.

2. Az idős emberek több normatív krízist említene, mint akcidentális krízist.

3. Akik számára fontos értéket jelentenek az általuk fenntartott emberi kapcsolatok, idős korukban nagyobb pszichés jóllétről számolnak be.

2. Módszertan

Az aktuális pszichés jóllét vizsgálatához a WHO jóllét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatát használtam. A WHO Jóllét Skála az egyik leggyakrabban használt mérőeszköz, amelyet a pszichológiai jóllét önértékelésen alapuló mérésére használnak a klinikai, általános vagy követéses vizsgálatokban. Ennek magyar változata a WBI-5 (Well-Being Index-5-tételes), ami rövidege ellenére egy érvényes és megbízható mérőeszköz. A kérdőív kiegészítéseképpen pedig egy rövid strukturált interjúban irányított, tervezett és nyitott kérdésekkel kérdeztem rá az életút azon aspektusaira, melyek a szakirodalom alapján relevánsak az időskori pszichés jóllét szempontjából. A pilot-kutatásban teszteltem egyrészt az interjú kérdéseket és a válaszok minőségét, másrészt próbáltam feltérképezni az időskorú személyek hajlandóságát a kutatásban való részvételre. Az eredmények alapján lehetőségem volt a WHO-teszt és az interjúk közötti korreláció vizsgálatára is.

2.1. A mérőeszközök

2.1.1. WHO-WBI-5: Rövid története és magyarországi validálása

A WHO Jóllét Index története 1982-ig nyúlik vissza, amikor is egy nemzetközi (cukorbetegeket vizsgáló) kutatás keretében felmerült az igény egy olyan gyors és megbízható eszközre, amely az életminőséget méri. Az volt a cél, hogy a pozitív mutatók kerüljenek előtérbe. Az eredeti kérdőív 28 tételből állt, de mivel továbbra is fennállt a rutinszerű használat igénye, a kérdőív több módosuláson esett át, míg végül létrejött az az 5-tételes verzió, amely a jóllét negatív és pozitív aspektusait egyetlen dimenzióban egyesítette (Bech, 1996).

Susánszky, Konkoly, Stauder, és Kopp (2006) 2002-ben végeztek egy átfogó, országos szintű általános egészségfelmérést Magyarországon, amely a WBI-5 rövidített magyar verziójának adaptálásához is alapul szolgált. A validálás során a kérdőív egy egyszerű, de megbízható és érvényes mérőeszköznek bizonyult az aktuális pszichés jóllét és pozitív életminőség vizsgálatához, ami kiválóan alkalmazható a 65 év feletti korosztály vizsgálatában is, és amit a jelen kutatás is alkalmaz (ld. 1. Melléklet). Az 5-tételes WHO Általános Jóllét Skála belső megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,85). A validálás során kimutatták, hogy az általános

jóllét mellett a teszt más faktorokkal is korrelációt mutat: erős és negatív összefüggés van a jóllét és a depresszió, a szorongás, valamint a reménytelenség között, illetve erős és pozitív kapcsolat mutatható ki a jóllét és az egészségi állapot (a válaszadó önmagához és másokhoz viszonyított szubjektív egészségi állapota is), a vitalitás és az élet értelme faktorok között is.

A teszt öt egyszerű kérdésből áll, amelyek arra vonatkoznak, hogy a vizsgálati személy hogyan érezte magát az elmúlt két hét során. A válaszok egy 4-fokú Likert-skálán (egyáltalán nem jellemző / alig jellemző / jellemző / teljesen jellemző) megítélhető állításokat tartalmaznak, pontozása 0-3-ig terjed, így összesen 0-15 pont szerezhető⁹. A mérőeszköz fordított tételt nem tartalmaz, így értelemszerűen a nagyobb pontszámok jelentik a pozitívabb, kedvezőbb pszichikai jóllétet.

2.1.2. Az életútra vonatkozó kilenc nyitott kérdés

A szakirodalom alapján olyan kérdéseket fogalmaztam meg, amelyek kellőképpen nyitottak és semlegesek ahhoz, hogy az adatközlő maximális szabadságot érezzen abban a tekintetben, hogy mit és mennyit oszt meg az életéből. Ezzel párhuzamosan arra is törekedtem, hogy a kérdések olyan témák felé orientálják a válaszadót, amelyekből információhoz juthatok a pszichés jólléttel összefüggésbe hozható változókkal kapcsolatban. A kérdések pozitív hangvételére is törekedtem, egyrészt a pozitív rapport megteremtése érdekében, másrészt annak elkerülése végett, hogy a krízisek, esetleg traumatikus élethelyzetek felidézése megterhelje az adatközlőt. Ilyen kérdés lehet például a „Milyen nehéz élethelyzeteket/kríziseket oldott meg sikeresen az élete során?”, melynél bár a pozitív kimenetelre helyezem a hangsúlyt, a vizsgálati személy felidézhet számára nehéz, akár traumatikus emlékeket. A kutatás etikai engedély köteles, a vizsgálatához a PPKE Etikai Bizottsága engedélyt adott (engedélyszám: 2022_20).

A kutatásban használt 9-tételes strukturált interjú kérdései:

1. Hogy jellemezné jelenlegi életét?
2. Mit szeret leginkább a jelenlegi életében?
3. Min változtatna a jelenlegi élethelyzetében?
4. Mire emlékszik vissza legszívesebben az életében?
5. Mai tudásával mit csinálna másképp az életében?

⁹ Annyit változtattam a kérdőíven, hogy a pontszámokat nem tüntettem fel, csak a szöveges választ. Döntésem oka az volt, hogy az első kitöltő úgy értelmezte, hogy a számok a gyakoriságra vonatkoznak. A félreértések elkerülése végett kivettem a pontszámokat a válasz-négyzetből, így oda csak egy X került a megfelelő rubrikába. (A kérdőívet ld. az 1. számú Mellékletben).

6. Milyen nehéz élethelyzeteket/kríziseket oldott meg sikeresen az élete során?
7. Miket tart/tartott a legfontosabb értéknek az életben?
8. Milyen tevékenységeket végzett szívesen az élete során?
9. Milyen tevékenységeket végzett pusztán kötelességből az élete során?

2.1.3. Kódolási Kézikönyv

A Kódolási Kézikönyvet részben a szakirodalom, részben az interjúk alapján állítottam össze abból a célból, hogy az interjúk pontértékeket kaphassanak és így összevethetők lehessenek a WBI-skálával. A tárgyalt szakirodalom alapján eredendően csak a négy pozitív faktorban gondolkodtam: krízissel való sikeres megküzdés, vitalitás, társas kapcsolatok és egyéb pszichés jóllétet segítő tényezők. Sok interjúalany azonban pont ezeknek a tényezőknek a hiányáról vagy ellentétéről beszélt, ezért meghatároztam egy ötödik faktort, a pszichés jóllétet rontó tényezőkkel, amelynek az értékét végül kivontam az összpontszámból. Pontosan definiáltam, hogy az adott faktorhoz milyen tényezők tartoznak és útmutatást adtam a pontozáshoz. A tényezőket és ambivalens eseteket több helyen idézetekkel is illusztráltam.

A 9-kérdéses strukturált interjúhoz tartozó pontozási szempontokat a következő irányelvek alapján határoztam meg: a pszichés jóllétet segítő négy faktorra (társas kapcsolatok, sikeres megküzdés, vitalitás, pszichés jóllétet támogató egyéb tényezők) konkrét utalás esetén kérdésenként egy-egy pontot kell adni, ha nincs konkrét utalás, akkor 0 ponttal értékelendők. A pszichés jóllétet rontó tényezők kérdésenként -1 ponttal értékelendők, amennyiben van konkrét utalás, ha nincs, akkor 0 pont. Egy válasz egy-egy szempontból egy ponttal értékelhető, tehát egy kérdésre minimum -1 és maximum 4 pont adható, abban az esetben is, ha több dolgot is említ a vizsgálati személy egy kérdésen belül egy adott faktorial kapcsolatban. (példák: 1. sok barátja van és a nagycsaláddal is tartja a kapcsolatot – társas kapcsolatok, azaz +1 pont; 2. jó a viszonya a családtagjaival és egy vallási közösségbe is jár rendszeresen – társas kapcsolatok és pszichés jóllétet segítő tényezők, azaz +2 pont) Amennyiben a válaszadó ugyanazt az életeseményt említi meg több válaszban is, ebben az esetben is a kérdésekre adott válaszok külön-külön pontozandók. Ambivalens válaszok esetében a végkimenetel és az aktuális állapot a mérvadó. (példák: 1. bántalmazó kapcsolatban élt, de sikerült megszakítania a kapcsolatot – sikeres megküzdés, azaz +1 pont; 2. élvezzi az internetezést mert sok emberrel tart kapcsolatot általa, de egészségtelennek tartja a gép előtt ülést – társas kapcsolatok, azaz +1 pont; 3. sok embernek segít, de néha fárasztónak találja – társas kapcsolatok, azaz +1 pont) Összességében

egy ember a 9 válasza alapján -9 és 36 pont közötti pontszámot érhet el. A pontozás rögzítése excel táblában történik.

Mind az öt szempont (társas kapcsolatok, sikeres megküzdés, vitalitás, a pszichés jól-létet támogató tényezők és a pszichés jól-létet rontó tényezők) a szöveg egészében, mind a 9 válaszban keresendő. Az öt faktor lehetséges tartalmi elemei az alábbi felsorolásban láthatók:

1. társas kapcsolatok:

- szeretet kapcsolatok, közösségek, társasági élet
- intimitás, feltárulkozás igénye és képessége
- proszociális értékrend, együttérzés, támogató viselkedés (pl. *„Én mindenkit segítettem egész életemben, és mindig ezt kaptam vissza.”*)
- segítség kérése és/vagy elfogadása (pl. *„Szerencsére az unokám minden nap jön reggel és este és segít felvenni meg levenni a kompressziós harisnyát, akkor váltunk egy pár szót.”*)
- gyermekvállalás, szülőség

2. sikeres megküzdés:

- rugalmasság, alkalmazkodás, coping
- jó problémamegoldó készség, hatékony információ-feldolgozás, tervezés, kreatív és alternatív megoldások
- normatív krízisek megoldása, énerő
- pozitív önértékelés, énhatékonyság, kompetencia-érzés (pl. *„Jöttek a kinevezések, a tisztelet, a 70-es években én már műszaki igazgató voltam.”*)
- önreflexió
- nehéz élethelyzetek/krízisek megoldása
- traumák feldolgozása (pl. *„A fiam meghalt autóbalesetben 24 évesen. Soha nem felejttem el őt és mindig elevenen él bennem. Nagyon jó érzés beszélni róla...”*)
- integritás megélése, bölcsesség, humor (pl. *„Amikor máj-áttétet diagnosztizáltak, az első gondolatom az volt, hogy na akkor én már nyáron a Farkasrétiben napozok.”*)
- élet értelmességének érzése, élettél való elégedettség
- külső vagy belső konfliktusok feloldása

3. vitalitás:

- fizikai aktivitás
- szellemi aktivitás
- értelmes, örömet okozó tevékenységek (pl. *„Facebookon felvettek egy somogyi csoportba és nekik írok ilyen helytörténeti meg néprajzi dolgokat, meg hogy milyen volt az élet egy somogyi faluban a világháború előtt.”*)
- kreativitás, teljesítmény-igény, kíváncsiság, belső motiváció (pl. *„Egy éve megismertem a folyami horgászatot a Rábán, na az egy teljesen más világ!”*)
- pozitív élettapasztalatok
- fizikai egészség
- önellátás, mindennapi funkcionalitás (akár segítséggel is)

4. pszichés jóllétet segítő tényezők:

- szerencse (pl. *„Én azt mondom, hogy nagyon szerencsés vagyok. Remek életem van.”*)
- érzelem önszabályozásának képessége (pl. *„Aztán meghalt...minden olyan más. Nagyon hiányzik. Haza akartam menni, de tudom, hogy a lányomnak dolgoznia kell, nem tud velem foglalkozni, úgyhogy maradtam.”*)
- distressz hiánya
- anyagi jólét, magas szocio-ökonómiai státusz, fizikai biztonság
- iskolázottság, műveltség, intelligencia, művészet szeretete
- vallásosság, spiritualitás, transzcendencia-élmény
- természet szépségének élvezése, állatok szeretete

5. pszichés jóllétet rontó tényezők:

- betegség, amely szorongást kelt és/vagy az életminőséget rontja
- alkoholizmus, kockázatos életmód
- fizikai aktivitás hiánya, korlátozottsága
- kognitív leépülés, demencia
- tétlenség, unalom (pl. *„Nézem egész nap a tévét, de az élet nem itt van, hanem ott, a képernyő másik oldalán.”*)
- magány, elszigeteltség, visszahúzódás, izoláció, társas kapcsolatok hiánya
- boldogtalan és/vagy bántalmazó párkapcsolat
- szerencsétlenség érzése

- reménytelenség, depresszió
- anyagi nélkülözés, veszélyeztetettség
- élet értelmetlenségének érzése
- szorongás, aggodalom, distressz, kétségbeesés, halálfélelem
- konfliktusok feloldásának képtelensége
- rugalmatlanság, rossz alkalmazkodás
- nehéz élethelyzetek/krízisek kezelésének képtelensége (pl. „*A férjem meghalt nagyon korán, de azt nem sikeresen oldottam meg.*”)
- traumák feldolgozásának hiánya, veszteségek

2.2. A vizsgálati személyek

A vizsgálati személyeket személyes megkeresés útján, hólabda módszerrel választottam. Összesen 24 (13 nő és 11 férfi) 65 és 96 év közötti (átlagéletkor: 79,6 év) vizsgálati személy vett részt a kutatásban. Demográfiaiilag a minta igen változatos: 11 fő felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, 9 főnek a legmagasabb iskolai végzettsége középfokú, 4 főnek maximum általános iskolai végzettsége van. 7 fő vidéken él, 17 fő Budapesten. 12 fő párkapcsolatban él, 10 fő egyedül, 2 fő pedig kétszemélyes szobákban idősotthonban.

2.3. A vizsgálat menete

A vizsgálati személyeket az otthonukban, illetve az idősotthonban kerestem fel előre egyeztetett időpontban. A szóbeli tájékoztatás és a tájékoztató-beleegyező nyilatkozat aláírása után rögzítettem a demográfiai adatokat, a kérdőívet azonosító kóddal láttam el, majd a vizsgálati személyek kitöltötték a WBI-5 kérdőívet. Utána egyenként feltettem a 9-tételes strukturált interjú kérdéseit. Az interjúk átlagosan 20-40 percet vettek igénybe. Kizárólag arra szorítkozom, amit a vizsgálati személy önszántából megosztott, semmilyen feltáró jellegű kérdést nem tettem fel, esetleg a nehezebb élethelyzetek felidézésénél az együttérzésemet fejeztem ki. A válaszokat hangfelvevővel rögzítettem, majd a felvételekről átiratot készítettem, a hanganyagot utána töröltem. Az interjú közben megfigyeltem és jegyzeteltem a metakommunikációs jeleket és egyéb reakciókat. Az interjú után megkérdeztem, hogy hogyan érzi magát a vizsgálati személy. Amennyiben erős negatív érzésekről számolt volna be az adatközlő, ajánlottam volna az adott helyzetnek megfelelő segítségnyújtó helyeket és szakértő személyeket. Pilot-kutatásról lévén szó, megkérdeztem a vizsgálati személyek véleményét a

kérdésekről és a vizsgálat egész menetéről, visszajelzéseiket lejegyeztem. Ezek az észrevételek szintén hasznosak lehetnek egy későbbi kutatás szempontjából.

2.4. Adatfeldolgozás

A vizsgálati személyek WBI-5 összpontszámait az Eredmények részben található összefoglaló táblázatban jelenítettem meg. Az interjúk feldolgozásában és pontozásában a Kódolási Kézikönyvre támaszkodtam. A vonatkozó szövegrészeket aláhúzással jeleztem, a pontszámot zárójelben adtam meg, betűkóddal utalva a konstruktumra (SK=sikeres megküzdés, TK=társas kapcsolat, V=vitalitás, PS=pszichés jóllétet segítő tényezők, PR=pszichés jóllétet rontó tényezők). Az interjú-skála rész- és összpontszámai szintén az összefoglaló táblázatban láthatók. A kódolás bemutatására két interjú feldolgozása és pontozása található mintaként a 2. Mellékletben. A WBI-skála és az interjú-skála pontszámait Pearson-korrelációval vetettem össze JASP-ben.

A szubjektív csökkentése érdekében egy független kódoló szintén lepontozta az interjúk 25%-át, azaz 6 szöveget a Kódolási Kézikönyv alapján. A két pontozás összevetéséhez intraclass korrelációt alkalmaztam JASP-ben. Az interrater reliabilitás magasnak bizonyult minden faktor esetében és az összpontszám tekintetében is ($p < .03$, $r = 0.83-0.96$).

3. Eredmények

Természetesen az elméleti bevezetőben vázolt tényezők, melyek a pszichés jóllétre hatnak, egymással is kapcsolatban állnak, de ezeket az összefüggéseket nem vizsgáltam. A krízissel való megküzdéssel, a társas kapcsolatok és a vitalitás is egész életünkön keresztül hozzájárulnak a pszichés jólléthez, de ebben a pilot-kutatásban az időskori jóllét szempontjából emeltem ki ezeket a faktorokat, a pszichés jóllétet segítő egyéb tényezőkkel és a pszichés jóllétet rontó tényezőkkel együtt. A kapott pontszámokat az alábbi táblázatban foglaltam össze:

vizsgálati személyek	WBI-5 pontszám	interjú pontszámok					
		sikeres megküzdés	társas kapcsolatok	vitalitás	pszichés jóllét	pszichés rosszullét	össz-pontszám
PL01	1	1	1	1	3	-3	3
PL02	10	1	5	5	4	-4	11
PL03	14	2	4	7	7	-3	17
PL04	9	3	4	5	6	-1	17
PL05	15	4	6	5	6	-1	20
PL06	8	1	6	3	2	-4	8
PL07	4	2	3	2	2	-4	5
PL08	9	2	2	2	5	-7	4
PL09	15	5	5	4	7	-1	20
PL10	13	3	5	2	7	-2	15
PL11	9	4	4	3	7	-3	15
PL12	15	4	3	4	8	-2	17
PL13	7	5	3	4	5	-6	11
PL14	9	1	5	2	5	-3	10
PL15	13	2	3	3	4	-2	10
PL16	10	4	2	5	5	-2	14
PL 17	12	5	5	6	7	-2	21
PL 18	9	2	1	3	6	-6	6
PL 19	11	4	3	3	4	-4	10
PL 20	11	2	4	3	4	0	13
PL 21	15	3	4	4	6	0	17
PL 22	9	3	4	4	4	-3	12
PL 23	15	1	4	3	6	0	14
PL 24	9	3	6	6	6	-4	17

2. táblázat: A vizsgálati személyek által elért pontszámok a WBI-5 kérdőívben és a 9 nyitott, feltáró jellegű kérdésből álló életút interjúban (itt a pontozás alapja: a Kódolási Kézikönyv)

A kutatás sikeresen bizonyította, hogy jelentős összefüggés van az életút és az időskori pszichés jóllét között, illetve beazonosíthatók olyan tényezők, amelyek nagy eséllyel befolyásolják a pszichés jóllét minőségét időskorban. A WBI-skála és az interjú-skála (mindkét skálán a magasabb pontszám egy boldogabb életet jelent) közötti összefüggést Pearson-korrelációval vizsgáltam ($p < .001$, $r = 0.64$), ami azt mutatja, hogy jelentős összefüggés mutatható ki az aktuális pszichés jóllét és az életút között. A két skála pontszámai alapján három csoport rajzolódott ki, 4 személy viszont az egyik csoportba sem besorolható, őket külön kiemelem a csoportok mellett. (a statisztikai outputok a 3. Mellékletben találhatók)

Az **első csoport**ba két fő tartozik, akik mindkét skálán alacsony értékeket értek el (WBI 1-4 pont, interjú összpontszám: 2-5 pont). Mindketten olyan tényezőket említettek, amelyek a szakirodalom alapján is tipikusan a pszichés jóllétet rontó tényezőként szerepelnek: a bántalmazás és az örökbefogadott státusz, illetve ezeknek a traumáknak a feldolgozatlanágából adódó szerhasználat és betegségek. Ezek a személyek voltak azok, akik visszatekintve másképp élték volna az életüket, bizonyos dolgokat megbántak. (pl. „*Hát az alkoholt kivenném az életemből.*” vagy „*’56-ban disszidálnom kellett volna.*”) Jelenleg mindketten párkapcsolatban élnek, önellátásra képesek. A lakásukat jellemzően nem hagyják el, szociális izolációban élnek. Az aktuális életüket jellemezve az egyik vizsgálati személy az unalmat és az élet értelmetlenségét, a másik a magányt emelte ki. Életükre visszaemlékezve az alanyok sok nehézségről és veszteségről (pl. „*A kórházban halt meg a feleségem agyvérzésben 29 évesen. Én meg egyedül maradtam egy 3 éves gyerekkel.*”) számoltak be.

A **második csoport**ban, a WBI-skálán közepes értéket (WBI 7-12 pont, interjú összpontszám: 10-17 pont) elérők között viszont már voltak meglepetések. 14 fő közepes értéket ért el a WBI-skálán, közülük viszont 2 fő kiugróan alacsony, 1 fő pedig kiugróan magas értéket ért el az interjú-skálán. Az a 11 fő, akik közepes értékeket értek el mindkét skálán, jellemzően jelenleg is aktív társasági életet élnek, különböző közösségek tagjai (pl. család, nyugdíjas klub, egyházi közösség, énekkar, kiránduló klub), illetve fizikailag is aktívak (pl. „*Szeretem, hogy tudom űzni a kedvenc sportomat, az evezést.*”) és elégedettek az életükkel (pl. „*A lényeg, hogy megtaláljuk a kis dolgokban az örömet.*”, „*Töreksem, hogy mindenben megtaláljam a jót.*”) Öten említettek betegségeket, amelyek azonban nem akadályozzák a teljes életet, mindegyikük önellátásra képes, illetve kellő humorral kezeli a helyzetét (pl. „*Amikor májráktétet diagnosztizáltak nálam, az első gondolatom az volt, hogy na akkor én már nyáron a Farkasrétiben napozok.*”) Egy fő említette, hogy 7 éves koráig nevelő szülőknél élt, de nagy szeretetben nevelkedett, egy fő pedig örökbefogadó szülőként nevelt fel két gyermeket. Három

fő bántalmazó kapcsolatban élt, az egyikőjük saját erejéből nem tudott kilépni, a társ megbetegedésével módosult a kapcsolatuk, a másik két alany fiatalon elvált. Többen említettek veszteségeket is: közeli hozzátartozó halálát, otthon elvesztését, balesetet. A munkáról mindenki úgy beszélt, mint az élet értelmességének és a személyes kompetenciaérzésnek a forrása. Hárman még aktívan dolgoznak, a többiek jelenlegi életükben hiányolják az ilyen típusú teljesítményeket és elismerést. Hét fő számára kifejezetten fontos a proszociális értékrend, a mások segítése (pl. „*Adni, adni, adni, ez a jó kapcsolat garanciája.*”) és a kihívások (pl. „*Volt egy ilyen felfedező klubunk egészen a '90-es évekig.*”). Négyen is említettek olyan tevékenységet, amibe mostanában kezdtek bele: zongorázás, nyelvtanulás, folyami horgászat. Hat fő említette a kulturális programokat és művészetet, mint fontos örömforrást.

A két alacsony interjú-pontszámmal rendelkező személy volt az, akinek soha nem volt semmilyen intim kapcsolata a felnőtt életében, és a munkájuktól is szenvedtek az aktív időszakukban. Kérdés, hogy jelenleg azért számoltak-e be egy átlagos pszichés jóllétről, mert úgymond jól berendezkedtek a magányra vagy ez valamilyen énvédő mechanizmus következménye, esetleg megfelelési torzítás eredménye.

A legidősebb interjúalanyom (96 éves!) viszont a legmagasabb értéket érte el az interjú-skálán (21 pont!). A WBI pontszáma azért lett közepes értékű, mert nem tud aludni – ami egyébként a válaszadók 90%-ára igaz: aki veszített pontot a WBI-skálán, az elsősorban a rossz alvásminőség miatt volt. A 96 éves vizsgálati személyem viszont jelenleg is rádió-amatőrként kommunikál az egész világgal, hat nyelven beszél, rengeteg országot bejárt, egy Macintosh számítógépen írja az élete emlékkönyvét, egy facebook csoporton keresztül szociológusokkal oszt meg Somogy-megyei néprajzi adatokat. Minden nap sétál, igaz, segítséggel. Egész életében, és a munkájában is állandóan a kihívást kereste és mindig stabil párkapcsolatban élt.

Örömteli az az eredmény, hogy a **harmadik csoportban**, ami az interjúalanyaim közel 33%-át jelenti, a vizsgálati személyek kimagasló pszichés jóllétről (WBI 13-15 pont, interjú összpontszám: 17-20 pont) számoltak be. Hangsúlyozták a szabadságot, a mindennapi kötelezettségek hiányát, az optimizmust és a szerencsét. Életükre visszaemlékezve utazásokról, a munkáról és a családi/baráti közösségekről beszéltek. Egy vizsgálati személy az idősotthonban találta meg a szerelmet („*Találkoztam egy férfival, aki az életem legjobb barátja lett, megfogta a kezemet.*”), de mások is hangsúlyozták a jó párkapcsolat megtartó erejét (pl. „*Nagyon szeretem a férjemet, most volt a 61. házassági évfordulónk!*”). Egy fő említette, hogy bántalmazó kapcsolatából elszökött és sikeresen új életet kezdett („*Elbujdostam, aztán*

felszöktem Pestre a testvéremhez.”). Többen említettek nehéz élethelyzeteket, amiket egyéni bátorsággal (pl. szexuális zaklató feljelentése) és kreativitással oldottak meg (pl. munkahelyi mulasztás helyrehozása). Nagyon sokan közülük a közösségért dolgoznak jelenleg is (pl. helyi emlékház üzemeltetése, turistacsoportok szervezése, népdalkör fenntartása), erős proszociális értékrendről számoltak be. Gyakori volt a spirituális élmények (például amikor egy fő a fiát vesztette el: *„Itt volt a szivárvány vége a kertünkben, amikor meghalt.”*) vagy a hála (pl. *„Minden reggel és este elmegyek a kereszthez az utcában és megköszönöm az életet Istennek és hogy így tartom magam.”*) megjelenése. Az anyagi jólétet azonban senki nem említette fontos tényezőként (pl. *„Kevés volt a pénzünk, de mindig lépésről-lépésre csinosítottuk a házat.”*). Jellemző volt az az attitűd is, hogy az életben megjelenő nehézségeket egyszerű feladatként vagy kihívásként érdemes kezelni, erőt kell meríteni belőlük (pl. *„A betegségeből nagyon sok erőt és optimizmust tudtam és tudok meríteni, amivel jól tudok gazdálkodni.”* vagy *„Kétszer voltam börtönben, de annak is megvolt a helye.”*) és nem panaszkodni vagy megroppanni miattuk.

Ebben a csoportban is volt egy érdekesség. A legfiatalabb interjúalanyom (65 éves) a maximális 15 WBI pontszám ellenére egy viszonylag átlagos boldogságszintről (14 pont) számolt be az életút interjújában. A beszélgetés során nekem őszintének tűnt az élettel való elégedettsége, de ez következhet egy alacsonyabb tudatossági szintből is (kedvenc tevékenységei például *„Dolgozni, iszogatni a haverokkal...csavarogni, vásárolni, tévézni.”*), de énvédő mechanizmusok vagy a szociális megfelelés szintén lehet a háttérben az ő esetében is.

Összességében a vizsgálati személyek kivétel nélkül örömmel vettek részt a vizsgálatban, őszintén és szívesen beszéltek magukról. Négy fő családi fotókat is mutatott az interjú után. A WBI-kérdőívről és az életútinterjúról pozitív volt a visszajelzés. Kiemelték, hogy a kérdések érdekesek és elgondolkodtatók voltak, élvezték a visszaemlékezést. Hat fő jelezte, hogy kifejezetten erős pozitív érzései voltak, 3 fő pedig arról számolt be, hogy némileg felkavarta az emlékek felidézése. Egy fő hiányolta, hogy a párkapcsolatokról nem volt konkrét kérdés.

Sikerült választ találnom a kutatás alapkérdésére – azaz a **nulladik hipotézisre** –, hogy beazonosíthatók-e olyan tényezők, amelyek nagy eséllyel befolyásolják a pszichés jóllét minőségét idős korban. Az empirikus kutatásom megerősítette a szakirodalomban is gyakran megjelenő tényezőket, mint például a sikeres megküzdést (ld. Erikson, 1956.), különösen nagy hangsúlyt kapott ezen kívül a bátorság és a coping, mint a pszichés jóllét forrásai. A női interjúalanyok 40%-a és 1 férfi tapasztalt bántalmazást a párkapcsolatai során, de akinek volt

bátorsága kilépni a kapcsolatból, az az ember időskorában magasabb pszichés jóllétről számolt be, mint aki benne maradt a boldogtalan házasságban. (pl. „*El kellett volna hagynom a férjemet, de nem tudtam volna megcsinálni, hát a gyerekek apja. Lelkiismeretfurdalásom lett volna.*” WBI pontszáma: 10; „*21 évesen elhagytam a férjem...elbujdostam, aztán felszöktem Pestre a testvéremhez.*” WBI pontszáma: 15) Sok interjúalany a munkát emelte ki, mint a teljesítmény-igény, az élet értelmessége és kompetencia-érzés fő forrása. Pilot-kutatásom viszont nem igazolta vissza a magas szocio-ökonómiai státusz fontosságát: vizsgálati alanyaim nem emelték ki sem az anyagi jólét (pl. „*Jól jön a pénz, de mi a bánatnak.*”) sem az iskolázottság (pl. „*Esetleg a tanulás. De az se olyan fontos, így is nagyon jó életem van.*”) jelentőségét. Érdekes nemi különbség is megjelent: a legszebb emlék kérdésre a nők többsége az anyaságot emelte ki (pl. „*A lányom születésére. Három éves koráig csak vele voltam és az volt életem legcsodálatosabb időszaka.*”), a férfiak inkább a munkájukról beszéltek (pl. „*A munkában rengeteg elismerés ért.*”). Meglepő volt számomra, hogy az alvásnak, szerencsének vagy a humornak milyen jelentőséget tulajdonítanak az interjúalanyaik. 90%-ban megjegyezték a szabadságot, a kötelességek hiányát. Nagyon sokan a természet, utazás és kultúra szeretetét hozták föl, illetve sokan említettek spirituális élményeket is.

Az **első hipotézis** értelmében a krízissel való sikeres megküzdés olyan tényező, amely növeli az énerőt. A krízissel való megküzdés hatását az aktuális pszichés jóllétre (WBI pontszám) három csoportban vizsgáltam: krízissel sikeresen megküzdők ($n=8$, $Mdn=13$), olyanok, akik nem számoltak be krízisről ($n=7$, $Mdn=9$) és akik sikertelen krízisfeldolgozásról számoltak be ($n=9$, $Mdn=9$). A három csoport pszichés jólléte Kruskal-Wallis teszttel vizsgálva szignifikánsan különbözött ($X^2(2, N=24) = 5.469$, $p < .012$). A három csoport közötti különbséget Holm-korrekcióval korrigált Dunn-tesztekkel vizsgáltam meg. Ezek szerint a krízissel sikeresen megküzdők pszichés jólléte szignifikánsan a legmagasabb ($p < .05$), a krízissel sikertelenül megküzdők és azok között, akik nem számoltak be krízisről nem tudtam jelentős különbséget kimutatni ($p = 0,108$). (A statisztikai outputok a 3. Mellékletben találhatók.)

A **második hipotézis** értelmében különválasztottam a normatív és akcidentális krízisekre való utalásokat. Az Erikson (1956) által meghatározott normatív kríziseket a vizsgálati személyek összesen 15 esetben említették, az alábbi témákban és számban:

- Bizalom-bizalmatlanság: 0
- Autonómia-szégyen: 0
- Kezdeményezés-bűntudat: 2 (örökbeadás)

- Teljesítmény-kisebbség: 1 (megalázás)
- Identitás-szerepkonfúzió: 1 (kényszerházasság kamaszkorban)
- Intimitás-izoláció: 2
- Generativitás-stagnálás: 9 (élet értelmetlensége, motivátlanság)
- Integritás-kétségbeesés: 0

Az akcidentális krízisek említésének száma viszont összesen 36 volt, amelyeket az alábbi témák köré tudtam csoportosítani:

- Politikai okokból adódó krízisek: 7 (bebörtönzés, kulák-lista, kényszer kitelepítés, disszidálás stb.)
- Halásos kimenetelű baleset okozása: 1
- Haláleset: 12
- Bántalmazás: 10
- Válás: 2
- Baleset: 4

Az eredeti hipotézist a pilot-kutatás cáfolta: a vizsgálati személyek több akcidentális krízist említettek, mint normatív krízist.

A **harmadik hipotézis** a társas kapcsolatok és az időskori pszichés jóllét kapcsolatára vonatkozik, mivel a társas kapcsolatok kiemelkedő jelentőséggel bírnak a pszichés jóllét szempontjából. Az összefüggést Pearson-korrelációval vizsgáltam JASP-ben, mivel az adataim skála-típusúak és normál eloszlásúak. Szignifikáns kapcsolatot tudtam kimutatni ($p=0,05$), viszont a két skála korrelációja viszonylag gyenge ($r=0,33$). Ennek egyik oka lehet az alacsony elemszám ($N=24$) vagy az egyéb pszichés jóllétet segítő tényezők kompenzáló hatása. (A statisztikai outputok a 3. Mellékletben találhatók.)

4. Limitációk

A pilot-kutatáshoz az alanyokat hólabda módszerrel gyűjtöttem, így a minta változatos, de nem reprezentatív sem demográfiai, sem elemszámában. Erős szűrőt jelentett maga az a tény is, hogy ki vállalta az interjút, illetve a betegpopulációt BA szakos hallgatóként én magam szűrtem ki.

Nem volt egységes a WBI válaszok (egyáltalán nem jellemző / alig jellemző / jellemző / teljesen jellemző) értelmezése sem. Az egyik interjú alany például azért nem jelölte sehol a 'teljesen jellemző' választ, mert nem akart „*túlzásokba esni*”. Többen bizonytalanok voltak, hogy hogyan értelmezzék az 'alig jellemző' választ, inkább abban gondolkodtak, hogy a két hét alatt hány napra volt igaz az adott válasz, de ennek megítélése szubjektív volt. A későbbi kutatásban érdemes lenne egy hasonlóan egyszerű és megbízható mérőeszközt találni, amelynek egyértelműbbek a válaszai (pl. számszerű gyakoriságon alapul).

A kutatás korlátja az is, hogy strukturált interjút használtam. Egy félig strukturált interjúban célirányosabb kifejtő kérdéseket is föl tudtam volna tenni (pl. normatív krízisek a különböző életszakaszokban, párkapcsolat, anyagi biztonságérzet forrása, szociális támasz), amik alapján jobban rá tudtam volna irányítani a figyelmet azokra az életeseményekre, amelyek a pszichés jólléttel kapcsolatba hozhatók.

Bár a Kódolási Kézikönyv létrehozásával és a független kódoló bevonásával sikeresen növeltem a kódolás és pontozás objektivitását, a kvalitatív kutatásoknál mindig van némi szubjektivitás. Ezen kívül a pontozásnál néha nehéz volt eldönteni, hogy az adott tényező melyik konstruktumhoz tartozzon, illetve hogyan értékelendő (pl. a kirándulás vitalitás (fizikai aktivitás) vagy pszichés jóllétet segítő tényező-e (természet szeretete); vagy '*A vásárlást. Akkor legalább látok embereket.*' típusú kijelentés például kapjon-e pontot társas kapcsolatra).

A válaszokat módosító énvédő mechanizmusok és a szociális megfelelési torzítás ezekkel a mérőeszközökkel nem szűrhető ki.

A pilot-kutatásom nem klinikai diagnosztikai jellegű, ennek ellenére egyik korlátja, hogy a fizikai és mentális betegségek – bár a mentális egészség nagyon fontos tényezői – és a vitalitás nem kapnak hangsúlyt. Ezek a dimenziók azért is fontosak, mert a különböző betegségek nem egyforma súllyal befolyásolják a pszichés jóllétet. Egy későbbi kutatásban a betegpopuláció bevonásával a vitalitás és egészség faktorok is hangsúlyt kaphatnak majd.

5. Diszkusszió

A kutatás sikeresen bizonyította, hogy jelentős összefüggés van az életút és az időskori pszichés jóllét között (Pearson-korreláció: $p < .001$, $r = 0.64$), illetve beazonosíthatók olyan tényezők, amelyek nagy eséllyel befolyásolják a pszichés jóllét minőségét időskorban. Az empirikus

kutatásom megerősítette a szakirodalomban is gyakran megjelenő tényezőket, mint például a **sikeres megküzdést** (ld. Erikson, 1956.), különösen nagy hangsúlyt kapott ezen belül a bátorság és a coping, mint a pszichés jóllét forrásai. A női interjúalanyok 40%-a és 1 férfi tapasztalt bántalmazást a párkapcsolatai során, de akinek volt bátorsága kilépni a kapcsolatból, az az ember időskorában magasabb pszichés jóllétről számolt be, mint aki benne maradt a boldogtalan házasságban. A **társas kapcsolatok** konstruktumon belül kiemelkedett a közösségiesség és a proszociális értékrend. A **vitalitás** faktoron belül pedig a fizikai aktivitás fontosabbnak tűnik, mint a szellemi aktivitás a pszichés jóllét szempontjából. Azok a vizsgálati személyek, akik valamilyen rendszeres fizikai aktivitásról számoltak be, minimum 11 pontot értek el a WBI-skálán, viszont ez nem volt igaz a szellemi aktivitás esetén (pl. versírás, keresztrejtvény-fejtés). (Szubjektív megfigyelésem szerint az elhunyt családtagom utolsó éveiben is a közösségiesség és a fizikai aktivitás járult hozzá elsősorban a kései boldogságához.) Pilot-kutatásomban nem vizsgáltam a betegpopulációt, ezért a fizikai és mentális betegségek és a vitalitás (ami nagy mértékben összefügg a mentális és fizikai egészséggel) – bár a pszichés jóllét nagyon fontos tényezői – nem kapnak hangsúlyt. Ezek a dimenziók azért is fontosak, mert a különböző betegségek nem egyforma súllyal befolyásolják a pszichés jóllétet. Egy későbbi kutatásban a betegpopuláció bevonásával a vitalitás és egészség faktorok is hangsúlyt kaphatnak majd.

A kutatás jelentős eredménye, hogy milyen új **pszichés jóllétet segítő tényezők** kaptak nagyon meghatározó vagy éppen csekélyebb fontosságot. Nagyon sok interjúalany a munkát emelte ki, mint a teljesítmény-igény, az élet értelmessége és kompetencia-érzés fő forrása. Pilot-kutatásom viszont nem igazolta vissza a magas szocio-ökonómiai státusz fontosságát. Meglepődtem a nemi különbségen: a legszebb emlék kérdésre a nők többsége az anyaságot emelte ki, a férfiak inkább a munkájukról beszéltek. Érdekes volt számomra, hogy az alvásnak, szerencsének vagy a humornak milyen jelentőséget tulajdonítanak az interjúalanyaim. 90%-ban megjegyezték a szabadságot, a kötelességek hiányát, mint a pszichés jóllét forrása. Nagyon sokan a természet, utazás és kultúra szeretetét hozták föl, illetve sokan említettek spirituális élményeket is. A jövőben érdekesnek találnám megvizsgálni ugyanezeket a tényezőket egy nagyobb mintán. Egy későbbi kutatásba (pl. MA szakdolgozatban) be lehetne vonni a betegpopulációt is: kíváncsi lennék például arra, hogy van-e különbség a szomatikus és a pszichés betegségek jóllétre gyakorolt hatásában, illetve figyelemre méltó lenne megvizsgálni, hogy a fiatalabb generációknál is kimutathatók-e a nemi különbségek és az alvásminőség ilyen mértékű fontossága.

Felhasznált irodalom:

Bagés, N., Appels, A. és Falger, P. R. (1999): Vital exhaustion as a risk factor of myocardial infarction: a case-control study in Venezuela. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(3), 279-290

Bech, P. (1996): The WHO (Five) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190

Blay, S. L. és Marinho, V. (2012): Anxiety disorders in Old Age. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 462–467

Bornstein, M., Davidson, L., Keyes, C. és Moore, K. (szerk.) (2013): *Well-Being - Positive Development Across the Life Course* (Psychology Press, New York)

Bridges, J. L. (2003a): *Coping as an Element of Developmental Well-Being* in: Bornstein és mtsai. (2013), 12. fejezet

Bridges, J. L. (2003b): *Trust, Attachment, and Relatedness* in: Bornstein és mtsai. (2013), 14. fejezet

Carmel, S. (2019): Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide. *Frontiers in Medicine*, 12 (10), 66-82

D'Ambrosio, C., Jäntti, M. és Lepinteur, A. (2020): Money and Happiness: Income, Wealth and Subjective Well-Being. *Social Indicators Research* 148, 47–66.

Donahue, K. J. és Dietz, L. J. (2003): *Mastery Motivation and Goal Persistence in Young Children* in: Bornstein és mtsai. (2013) 22. fejezet

Eisenberg, N. (2003): *Prosocial Behavior, Empathy, and Sympathy* in: Bornstein és mtsai. (2013) 19. fejezet.)

Erikson, E. (1956): The problem of ego identity, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121

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

Graziano, W. G. és Tobin, R. M. (2003): *Emotion Regulation from Infancy through Adolescence* in: Borstein és mtsai. (2013) 11. fejezet

Green, K., Brown, G., Jager-Hyman, S., Cha J., Steer R. és Beck A. (2015): The Predictive Validity of the Beck Depression Inventory Suicide Item, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 12, 6-20

Hupkens, S., Machielse, A., Goumans, M. és Derkx, P. (2018): Meaning in life of older persons: An integrative literature review. *Nursing Ethics*, 25(8), 973-991

Hussenoeder, F.S., Jentsch, D., Matschinger, H., Hinz, A., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G. és Conrad, I. (2021): Depression and quality of life in old age: a closer look. *European Journal of Ageing* 18, 75–83

Ivan, L. (2002): Az öregedés aktuális kérdései, *Magyar Tudomány*, 4, 412-418

Ivtzan, I., Chan, C.P.L. és Gardner, H.E. (2013): Linking Religion and Spirituality with Psychological Well-being: Examining Self-actualisation, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative. *Journal of Religion and Health* 52, 915–929

JASP <https://jasp-stats.org/>

Korczyn, D. A. és Halperin I. (2009): Depression and dementia, *Journal of the Neurological Sciences*, Volume 283, 1–2, 139-142

KSH <https://www.ksh.hu/stadat>

Plank, S. B. és MacIver, D. J. (2003): *Educational Achievement* in: Borstein és mtsai. (2013) 26. fejezet

Prince, M., Beekman, A., Deeg, D., Fuhrer, R., Kivela, S., Lawlor, B. és Copeland, J. (1999): Depression symptoms in late life assessed using the EURO–D scale: Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry*, 174(4), 339-345

Scheidt, R. J., Humpherys, D. R. és Yorgason, J. B. (1999): Successful Aging: What's Not to Like? *Journal of Applied Gerontology*, 18(3), 277–282

Siegler, S. R. (2003): *Thinking and Intelligence* in: Borstein és mtsai. (2013) 23. fejezet

Sleet, D. A. és Mercy, J. A. (2003): *Promotion of Safety, Security, and Well-Being* in: Borstein és mtsai. (2013) 7. fejezet

Susánszky, É., Konkoly, T. B., Stauder, A. és Kopp, M. (2006): A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 7/3, 247-255

Thomas S., Sagan A. és Larkin J. (2020): Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies. *European Observatory on Health Systems and Policies* (Copenhagen, Denmark)

Weissman, A. N. és Beck, A. T. (1978): Development and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation. *Proceedings of the Annual Meeting of the American Educational Research Association*, Toronto, 27–31