

elte | ppk

Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pedagógiai és Pszichológiai Kar
Pedagógiai és Pszichológiai Intézet —
Szombathely

Az időskor szubjektív megélése a társas támogatás tükrében

Konzulens:

Dr. Pachner Orsolya
egyetemi adjunktus

Készítette:

Bede Melinda
Pszichológia BA

Tartalomjegyzék

Absztrakt	3
Szakirodalmi bevezető	4
<i>Az időskor téma relevanciája</i>	4
<i>Az időskor meghatározása</i>	4
<i>Társadalmi elöregedés Magyarországon</i>	5
<i>Az időskor szubjektív megélése: élettél való elégedettség és önértékelés</i>	6
<i>Élettél való elégedettség</i>	6
<i>Önértékelés</i>	8
<i>Az időskor megélését befolyásoló tényezők: társas támogatás és reziliencia</i>	9
<i>Protektív tényezők</i>	9
<i>Társas támogatás</i>	9
<i>Reziliencia</i>	10
<i>Lakóhelyi jellemzők szerepe az időskor megélésében</i>	11
<i>A családi integritás előnyei a magánnyal szemben</i>	11
<i>Szociális ellátás</i>	12
Módszerek	13
<i>Célok, kutatási kérdések</i>	13
<i>Hipotézisek</i>	13
<i>Vizsgálati elrendezés, minta</i>	15
<i>A vizsgálat menete</i>	15
<i>Mérőeszközök</i>	16
<i>Adatelemzési eljárások</i>	18
Eredmények	18
<i>Leíró statisztika</i>	18
<i>Hipotézistesztesztelés</i>	21
<i>Életkori összefüggések az időskor megélése és befolyásoló tényezői mentén</i>	21
<i>Az időskor megélését befolyásoló tényezők: társas támogatás és reziliencia</i>	21
<i>Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz mértéke</i>	22
<i>Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz forrásai</i>	23
<i>Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz típusai</i>	25
<i>A lakóhely és az időskor megélésének kapcsolata</i>	26
Diszkusszió	27
Irodalomjegyzék	33

Absztrakt

Elméleti háttér: A XXI. században élő idősök helyzetének többszintű átalakulásához a családi struktúrák átformálódása és a társadalmi előregedés sorolható, amelyek vetületeként az idősök életkörülményeinek változása említhető (Ferwagner & Pék, 2021). Az időskor szubjektív megélését protektív faktorok befolyásolhatják, mint a reziliencia és a társas támogatás. A társas támasz a személy környezetéből ered, így lakóhelyének jellemzői meghatározhatják észlelését.

Cél: Az időskor megélésének vizsgálata a lakóhely függvényében (család, egyszemélyes háztartás, szociális intézmény), továbbá az időskor megélésének aspektusai (önértékelés, élettél való elégedettség) és befolyásoló tényezői (társas támogatás, reziliencia) összefüggéseinek vizsgálata egymással és az életkorral, illetve a társas támogatás (mértéke, forrása, típusa) lakóhelyi különbségeinek feltárása.

Módszer: A vizsgálat egyszeri keresztmetszeti elrendezésű, a minta 60 év feletti résztvevőkből tevődik össze. A mérőeszközök közé kérdőívek és saját szerkesztésű kérdések tartoznak; az önértékelést, az élettél való elégedettséget, a társas támogatást és a rezilienciát felmérve.

Eredmények: Lakóhelyi különbségek láthatók a társas támogatás mértékében (forrásokhoz és típusokhoz hasonlóan): a szociális intézményben és a családban élők magasabb támasszal rendelkeznek az egyszemélyes háztartásban élőkénél. Az önértékelés és az élettél való elégedettség együttjárást mutat a befolyásoló tényezőkkel, az életkorral azonban kizárólag a reziliencia függ össze.

Következtetések: Az időskor szubjektív megélésében nincsenek lakóhelyi különbségek a társas támasz különbségei és a szignifikáns korrelációk ellenére, így előfordul, hogy a társas támogatás hatásait felülírta a reziliencia.

Szakirodalmi bevezető

Az időskor téma relevanciája

Maga az időskor, mint az ember pszichoszociális fejlődésének utolsó szakasza számos szempontból kiemelt jelentőséggel bír (Erikson, 1986, in: Kopp & Székely, 2013). Ideális esetben az időskor során egyszerre történhet meg az élet értelmének megélése, illetve a halandóság elfogadása. Többek között e paradoxon szubjektív megélése, illetve az én és az egyéni életút integrált szemlélése következtében egy olyan különös lényeglátó tudásminőség jellemezheti az időskorúakat, mint a bölcsesség.

Az időskor pozitív jellemzőiből adódóan nem meglepő, hogy társadalmilag elismert tekintélyük, tiszteletük és privilégiumokkal való jutalmazásuk egykor alapvetőnek számított, azonban e tendencia eltűnőben van, helyét gyakorta a generációs szakadékból, illetve az öregedéstől való félelemből adódó távolságtartás, illetve az idősek társadalmi teherként való szemlélete veszi át (Kerekes, 2015).

Az idősek megítélésének negatív irányú változása égető kérdéseket vet fel ezen életszakasz szubjektív megélésével kapcsolatban, amely szempont mentén az életkörülményeiket érintő változások sem mellékesek. Példaként említhető, hogy egyre több idős él szociális intézményben (többek között az urbanizáció, illetve a családok átalakuló struktúrája következtében), ami a korábban népszerű többgenerációs háztartásokhoz képest mindenképp eltérés. A különböző lakóhelyi meghatározottságokból kiindulva, például a családban és az egyszemélyes háztartásban élő idősek összevetése esetén felmerülhet a kérdés, hogy mekkora szerepe van a környezetnek (tekintve a társas támogatást), illetőleg az egyénnek (tekintve a rezilienciát) az időskor pozitív megélésében. Ez utóbbival kapcsolatban a bentlakásos szociális intézmények lehetséges hatásai is vethetnek fel kérdéseket, ugyanis társadalmi szinten az *idősothton* fogalma gyakorta negatív töltettel társul, többek között az ott élők autonómiájának elvesztéséből, illetve a hozzátartozóik kötelességének és felelősségének problémájából adódóan. A negatív konnotáció ellenére azonban egyre emelkedik a szociális intézményben élő idősek száma, amely hatására e kérdéskör egyre hangsúlyosabbá válhat.

Az időskor meghatározása

De tulajdonképpen mit is nevezünk időskornak? Ezen életszakasz összetettsége kiválóan tükröződik a különböző meghatározások sokszínűségében. A legáltalánosabbnak maga az életkori megközelítés mondható, noha az időskor pontos kezdete gyakorta vita tárgya. A versengő életkori besorolások közül a World Health Organization (Egészségügyi

Világszervezet, továbbiakban WHO) állásfoglalása mondható a legelfogadottabbnak, amely 60 évtől tartja számon az idősödés, 75 évtől pedig az idősor kezdetét. Az idősor pontos meghatározására azonban számos más megközelítés is kínálkozik, amely nézőpontok önmagukban ugyan esetlegesnek tűnhetnek, ám ha egymás mellett szemléljük őket, rendkívül komplex képet festenek az idősorról. Figyelembe vehetők többek között a biológiai kritériumok – például az öregedéssel járó fizikai, illetve szellemi teljesítmény csökkenése, a szociológiai jellemzők – például a munkaviszony megszűnése, illetve az egyes pszichológiai tényezők – például az idősori változások következtében beálló, majd jó esetben feloldódó diszkrepancia a reális és az ideális én között (Füzesi et al., 2013).

Erikson (1986) elméletének megfelelően az emberi fejlődés szakaszainak egymásra épülő jellegéből adódóan minden egyes periódus kimenetele hozzájárul a következőhöz. Belátható, hogy az emberi élet legtöbb krízisének tapasztalata az idősor szakaszában összontosul és fejt ki hatását. Így tulajdonképpen az idősor megélése szempontjából nem csak az életútra való visszatekintés szubjektív élménye meghatározó, hanem a kiforrott személyiség is, amely komplexitásához minden szakaszspecifikus krízis kimenetele hozzájárul. Így idősor során az egyén szükségszerűen szembenéz teljes életével és annak szubjektívan megítélt értelmével vagy hiábavalóságával, különböző szerepeinek megváltozásával vagy elvesztésével, illetve az idősor jellemző egyéb veszteségekkel. E szembenézés pozitív kimenetele esetén idősori fejlődésről beszélhetünk, vagyis az én-integritás megvalósulásáról, amelynek következtében az egyén képes elfogadni saját személyes életútját és halandóságát, megtalálni magát az értelmet, és bölcsességgé válva továbbadni azt a fiatalabb generációk számára. A szembenézés negatív kimenetele esetén azonban az egyéni élet értelmességének megélése hiányában a kétségbeesés jellemző, amelynek következtében nem meglepő az idősori visszafejlődés, ami gyakran magánnyal, izolációval társul (Kopp & Székely, 2013).

Társadalmi előreledés Magyarországon

A társadalmi előreledés jelensége – azaz az idősorú népesség növekedése – egyre élesebb tendenciát mutat világszerte. A társadalmak előreledésének folyamatához, ennek megfelelően pedig a várható élettartam növekedéséhez számos tényező hozzájárulhat, többek között kiemelt a termékenységi mutatók csökkenése és az egyre javuló életésélyek közötti együttjárás (Füzesi et al., 2013). A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai értelmében a 65 év feletti idősorúak 1990-ben a magyar népesség 13%-át tették ki, ám ez az arány 2020-ra szinte megduplázódott. Társadalmi szinten nagy terhet jelent az idősorú népesség hasonló mértékű növekedése, főként

a munkaerőpiacon tevékenykedőkre, a családokra, a közösségekre, illetőleg az egészségügyi és a szociális ellátórendszerekre nézve. Ezen nehézség szemléltetésére az időskori eltartottsági ráta hivatott, amely alapján Magyarországon a 2019-es adatok értelmében 100 aktív korú személyre 33 időskorú jutott. Ez a szám 2060-ra azonban valószínűsíthetően eléri az 52-t, amely már beláthatatlan teherrel járhat együtt (Boros et al., 2020).

Az időskorúak számának növekedésével, azaz a társadalom összetételének változásával sok esetben más jelentőség és megítélés is kapcsolódott hozzájuk. Egyszerre valósul meg az időskor vágyott állapotként való optimista felfogása, valamint az elidegenedés érzete és a modern társadalmak életmódjának többszintű átalakulása következtében kialakult pesszimista felfogás, miszerint az idősök terhet jelentenek a társadalom számára (Füzesi et al., 2013). Az idősök negatívabb megítélése többnyire olyan túláltalánosított jellemzőkön alapulhat, mint az egészségi állapot elégtelensége, a munkaerőpiacon való beváláshoz szükséges tudás korlátozottsága, az inaktivitás, illetve a nyugdíjazás következtében beálló rosszabb anyagi helyzet (Szemán, 2013). Ugyanakkor e megítélés összefüggést mutat magával a társadalmi előregedéssel is, amely következtében megsokszorozódik az aktív korúak felelőssége a segítségnyújtás és támasz igényéből, valamint az idősellátás területén felmerülő szükségletekből adódóan (Ferwagner & Pék, 2021).

Az időskor velejáróiként ismeretes életkori specifikus stresszorok és veszteségélmények sora mellett a negatívabb megítélést, a rohanó társadalmat, a szociális ellátórendszerek zsúfoltságát és a családok terheltségét szemlélve igen érdekfeszítő kérdés az, hogy hogyan is alakul az időskor szubjektív megélése napjainkban, és melyek azok a befolyásoló tényezők, amelyek protektív faktorként funkcionálhatnak esetükben.

Az időskor szubjektív megélése: élettél való elégedettség és önértékelés

Élettél való elégedettség

Az időskor során, vagyis az ember pszichoszociális fejlődésének utolsó szakaszában az egyik legfőbb cél a saját életút értelmének fellelése (Erikson, 1986, in: Kopp & Székely, 2013), amely nagy mértékű összefüggést mutat az életminőség egyik számottevő vetületével, az élettél való elégedettséggel. Maga az életminőség több dimenzió mentén értelmezhető, mint például a fizikai, kognitív, érzelmi és társas működés, illetve az egészség percepciója (Tiringer, 2012, in: Kaszás, 2021). Az élettél való elégedettség pedig ezen életterületek kognitív értékelő komponense, ami az élet és az életminőség szubjektív értékrend alapján történő megítélését eredményezi (Diener et al., 1985). Aspektusai közé olyan objektív és szubjektív tényezők

sorolhatók, mint az önállóság, a hasznosság érzete, az életkörülmények és társas kapcsolatok minősége, illetve az egészségi állapot (Beerens et al., 2013; Jing et al., 2016, in: Kaszás, 2021).

Az étellel való elégedettség mértéke viszonylag stabilnak mondható az élet folyamán, csupán kisebb változások léphetnek fel az aktuális életkörülmények javulása, illetve romlása következtében (Nybo et al., 2004, in: Kaszás, 2021). Azonban a stabilitás az idősödés során körülbelül 70 éves kor körül megtörni látszik, az életminőség szubjektív értékelése gyakorta negatívabbá válik. Az étellel való elégedettség csökkenése többnyire az egészségi állapot romlásának, illetve a gyakori és intenzív veszteségélményekkel való szembesülésnek tulajdonítható. Ezen folyamatok többségében az elmúlással állnak kapcsolatban és olyan alapvető motivációs mechanizmusokat írhatnak felül, amelyek az étellel való elégedettség stabilitásáért felelősek (Gerstorf et al., 2010). A többszemponútú hanyatlás következtében az idősök gyakorta ütközhetnek korlátokba olyan alapvető tevékenységi körök kapcsán, amelyekhez korábban nem volt szükségük erőfeszítésre, mint például az önállóság vagy a társas interakciókban való aktív részvétel (Ekström et al., 2008; Gwozdz & Sousa-Poza, 2009, in: Kaszás, 2021). Ezen rizikófaktorok szubjektív megélése a depresszió valószínűségével, illetve a különböző negatív érzelmek fokozódásával is együttjárhat, többek között a haszontalanság és a magány érzetével (Bozo et al., 2009; Gleicher et al., 2011, in: Kaszás, 2021).

Ugyanakkor az idősödés során nem törvényszerű az étellel való elégedettség csökkenő tendenciája, hisz az időskor megélése szempontjából a lehetséges védőfaktorok szerepe sem elhanyagolható. Az idősök körében az életminőség, illetve az étellel való elégedettség magasabb szintje a megfelelő egészségi állapoton túl a kevesebb észlelt stresszel és a magasabb társas támogatással is összefüggésbe hozható (Gerino et al., 2017). Ez utóbbi a protektív tényezők tekintetében kiemelt jelentőséggel, hisz a biztonságot nyújtó társas kapcsolatokkal való elégedettség akár az egészségi állapot romlásából adódó nehézségeket is képes kompenzálni (Berg et al., 2009, in: Kaszás, 2021). A társas támogatás ugyanakkor egy másik jelentős védőtényező, a reziliencia – vagyis a viszontagságokkal szembeni ellenállóképesség – előmozdításában is számottevő lehet, hisz a sikeres megküzdés szempontjából a szociális közegből eredő komplex segítségnyújtás sem mellékes (Rowe & Kahn, 1997). Így belátható, hogy mindkét protektív tényező alapvető jelentőséggel bírhat az időskori jóllét, illetve az azzal való elégedettség szempontjából (Fuller-Iglesias, 2008).

Önértékelés

Maga az önértékelés a szelf értékelő komponenseként fogható fel, amely olyan pozitív vagy negatív értékelésekből tevődik össze, ahogy énünkkel kapcsolatban érzünk (Jones, 1990, in: Smith et al., 2016). Két típusát különböztethetjük meg: míg a személyiségjellemzőként is értelmezhető vonásszerű önértékelés az énnel kapcsolatos hosszútávú érzéseket, addig az állapotszerű önértékelés a pillanatnyi, múlandó érzéseket foglalja magában (Smith et al., 2016). Többnyire képes tükrözni az egyén jóllétének egyes dimenzióit, például a fizikai, emocionális és pszichológiai komponenseket (Smith et al., 2000, in: Gerino et al. 2017). Ennek megfelelően az egyes környezeti tényezők is hatással lehetnek rá közvetett módon, például a gazdasági-társadalmi státusz, illetve akár a társas meghatározottságokkal rendelkező lakóhely.

Az időskor szubjektív megélését befolyásoló védőfaktorok mentén kiemelt a társas támogatás (Rowe et al., 1997) és reziliencia szerepe, ugyanis ezen tényezők összefüggést mutatnak a pozitívabb önértékeléssel (Windsor et al., 2015; Bolton et al., 2016, in: Smith et al., 2018). Ám ezen összefüggés nem feltétlenül csak a szelffel kapcsolatos érzelmek befolyásolását eredményezi, hiszen maga az önértékelés nem csak értékelő komponensként, de protektív tényezőként is értelmezhető. A pozitív önértékelés többnyire a helyzetek kontrollálhatóságának érzetével társul, amely adaptív megküzdési módokkal (Forgács, 2015), illetve jobb mentális és fizikai egészségi állapottal járhat együtt (Taylor & Stanton, 2007).

Időskorban a pozitív önértékelés eléréséhez, illetve fenntartásához a veszteségek elszenvedése és a társadalmi változások során bekövetkező lehetséges autonómia-, illetve szerepvesztés következtében felértékelődhet közeli kapcsolatok, illetőleg a társas támogatás jelentősége. A környezetből érkező segítségnyújtás többek között a szeretet és az elfogadás megélése mentén növelheti az énhatékonyság érzetét, ami a reziliencia védőtényezője által biztosított ellenállóképességgel együttesen pozitív irányba mozdíthatja el az önértékelést. A szociális közeg által nyújtott támasz alacsony mértéke esetén a veszteséggel, illetve stresszel járó helyzetek az egyéni hatékonyság érzete helyett a tanult tehetetlenség megélését eredményezhetik, amely szélsőséges esetben depresszióhoz vezethet (Forgács, 2015). E szempontok mentén tehát belátható, hogy az időskorúak esetén kockázati tényező lehet a társas támogatás elégtelen mértéke, a magány, illetve az izoláció (Fry & Debats, 2002).

Az időskor megélését befolyásoló tényezők: társas támogatás és reziliencia

Protektív tényezők

Rutter (1987) nézetei alapján a protektív faktorok két típusba tartozhatnak: beszélhetünk szociális tényezőkről, mint például a társas támogatás és a társadalmi-gazdasági státusz, illetve egyéni tényezőkről, mint például a reziliencia és az énhatékonyság (Fuller-Iglesias et al., 2008). A reziliencia az egyén alkalmazkodásának képességét határozza meg a különböző változások, nehézségek fellépése esetén, azonban a környezeti változók szerepe sem elenyésző az alkalmazkodás kapcsán. Az időskor szempontjából a gyakori veszteségélmények következtében kiemelt jelentőséggel bírnak a közeli társas kapcsolatok, melyeknek pozitív hatása alapvető, például a stresszcsökkentés, a pozitívabb önértékelés, a megküzdés (Kahn & Antonucci, 1980, in: Fuller-Iglesias et al., 2008), illetve a jóllét és az élettel való elégedettség tekintetében (Pentz, 2005, in: Fuller-Iglesias et al., 2008).

Maga a társas támogatás kétféle módon fejtheti ki protektív hatását, amely mechanizmusok a *főhatás* és a *stresszcsökkentő* modellek által érhetők tetten. Előbbi a társas kapcsolatok alapvető pozitív befolyását írja le, például a személy egészségmagatartására, illetve pozitív érzelmeinek túlsúlyára nézve. Az utóbbi modell pedig ezen protektív hatásokat a stresszes élethelyzeteken keresztül szemlélteti, amelyek során a társas támasz segítséget nyújthat a megküzdésben, hisz az egyén tisztában van azzal, hogy számíthat mások segítségére még a nehéz körülmények ellenére is (Cohen, 2004). Így a társas támogatás tulajdonképpen a reziliencia elősegítőjeként is felfogható, hisz támogatást nyújt az egyén számára a nehézségekkel szembeni megküzdéshez (Rowe & Kahn, 1997).

Társas támogatás

A protektív faktorként szolgáló társas támogatás olyan komplex segítségnyújtási formát takar, amely az egyént körülvevő szociális közegből érkezik, észlelése és igénybevétele pedig pozitívumokkal jár együtt (Kerekes & Kállai, 2013). A társas támasz magas mértéke többnyire a törődést, elfogadást, szeretetet és a közösséghez tartozás érzetét foglalja magában (Cobb, 1976, in: Forgács, 2015). A másoktól kapott támogatás természetéből adódóan meghatározó a szociális interakciók minősége és mennyisége szempontjából (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001, in: Cohen, 2004), aminek értelmében a mentális egészség (Kósa et al., 1999, in: Forgács, 2015) és a jóllét előjelzőjeként is azonosítható (Cohen, 2004). Magas észlelt szintje a számos pozitív vetülete mellett akár teljesítménynövelő hatással is bírhat, alacsony mértéke azonban – a jóllét előjelzőjeként – egészségromboló lehet (Nagy, 1998; Czigány, 2012, in: Forgács, 2015).

A társas támogatás főbb forrásaiként említést tehetünk a *családról*, a *barátokról*, illetve a *jelentős másokról* például gondozók vagy szomszédok személyében (Zimet et al., 1988). A társas támogatás típusai szempontjából pedig különbséget tehetünk *érzelmi-információs* (például meghallgatás, tanácsadás), *pozitív szociális interakción alapuló* (például közös időtöltés), illetve *instrumentális támasz* (például segítségnyújtás a bevásárlásban) között (Sz. Makó et al., 2016). Miként maga a támasz tehát a személy környezetéből ered, közvetlen életterének / lakóhelyének jellemzői nagyban hozzájárulhatnak szubjektív észleléséhez.

A társas támogatás jelentősége az időskorúak szempontjából kiemelt, többek között a fizikai és kognitív funkcióik romlásából adódó segítség/gondozás szükségéből, a gazdasági erőforrások elapadásából, valamint a szeretett személyek elhalálozása miatt a közeli kapcsolatok csökkenéséből adódóan (Steptoe et al., 2013). Miként a társas támogatás egy komplex szociális eredetű protektív faktorként értelmezhető, azon idősök, akik alacsony észlelt szintjével rendelkeznek, többek között az élettel való elégedetlenséggel, illetve a magányossággal jellemezhetők (Gilmour, 2012, in: Ferwagner & Pék, 2021). A magány, illetve az izoláció hosszútávú hatásaként a lelki egészség károsodásán kívül számos betegség incidenciájának és súlyosságának növelése is említhető (Forgács, 2015).

Reziliencia

A reziliencia – azaz a viszontagságokkal szembeni ellenállóképesség – komplexitásából adódóan nem beszélhetünk univerzális definícióról, azonban többnyire elfogadott tény, hogy a konstruktum egyszerre függ a tartós egyéni személyiségjellemzőtől és a fejlődési folyamat eredményeképp elsajátított megküzdési stratégiáktól (Ong et al., 2009; Fletcher & Sarkar, 2013, in: Clark et al., 2018). Windle (2011) meghatározása alapján a reziliencia összetevő közé (1) vonásszerű énvédő tényezők, (2) a megküzdés és az alkalmazkodás képessége, valamint (3) a környezeti és társas meghatározottságok (például társas támasz) tartoznak (Allen et al., 2018).

A reziliencia konstrukta szempontjából tehát az egyén sikeres alkalmazkodásán van a hangsúly az életben fellépő különböző változásokkal, illetve nehézségekkel szemben (Masten, 1994, in: Fuller-Iglesias et al., 2008). A reziliencia énvédő hatását longitudinális vizsgálatok is alátámasztották, miszerint egyéni meghatározottsága a későbbi életszakaszokban és a különböző élethelyzetekben egyaránt megmutatkozik (Smith-Osborne & Felderhoff, 2016).

Azonban az idősök életkori sajátosságaikból adódóan több belső (biológiai eredetű: például betegségek), illetve külső veszteségélménnyel (környezetből eredő: például kortársak halála) szembesülhetnek, amelyek gyakorisága és intenzitása alapjaiban megkérdőjelezheti

alkalmazkodásuk minőségét. Így előfordul, hogy az idős egyén számára a megpróbáltatások adott aspektusa a hosszútávú fennállás következtében szinte már normatívvá válik (Davis et al., 2007, in: Fuller-Iglesias et al., 2008). Míg a külső hátrányok esetén lehetséges a megküzdés és a sikeres alkalmazkodás, addig a belső hátrányok, például az egészségi állapot romlása szempontjából (főként, ha az adott nehézség az idős számára már normatívvá vált) inkább az elfogadás, illetve a szükségszerű alkalmazkodás dominálhat, mint reziliens viselkedés (Rowe & Kahn, 1987). Tehát azon idősök, akik képesek aktívan megküzdni a fellépő nehézségekkel, illetve alkalmazkodni az öregedéssel járó biológiai és környezeti kihívásokhoz, a reziliencia énvédő erejét is tükrözik (Fuller-Iglesias et al., 2008).

Lakóhelyi jellemzők szerepe az időskor megélésében

A családi integritás előnyei a magánnyal szemben

A magány – vagyis az időskor szubjektív megélésének egyik jelentős rizikótényezője – többnyire az olyan közeli kapcsolatok hiányából fakad, amelyek képesek lennének kielégíteni az egyén szeretet és önmegerősítés iránti szükségleteit. Tartós fennállása összefüggést mutathat a depresszióval, a negatívabb énképpel, az izolációval, sőt, az egészségügyi, illetve a kognitív hanyatlással is (Smith et al., 2016). Ennek értelmében valószínűsíthető, hogy a különböző lakóhelyek (és társas jellemzőik) függvényében az egyszemélyes háztartásban élő idősök nagyobb mértékben jellemezhetők a közeli kapcsolatok hiányával – így a magánnyal, mint a családban élők. Ám a magány érzete nem feltétlenül csak a közeli kapcsolatok hiányából, hanem például a lakóhely változásából is adódhat, ha ez a meglévő kapcsolatok megszakadását eredményezi (Smith et al., 2016). Ez utóbbi az idősök szempontjából igencsak meghatározó, tekintve a szociális ellátórendszer egyre fokozódó terheltségét.

A családi integritás a biztonság érzetét nyújthatja a kölcsönös kapcsolatok folytonos jellegéből adódóan, amely a lelki egészség megteremtésének és fenntartásának egy alapvető kiindulópontja. Így a családi integritás az idősök szempontjából kiemelt jelentőségű lehet, hisz a negatívabb belső változások, illetve a környezetből eredő megítélések ellen a család közelsége védőfaktorként funkcionálhat, elősegítve a pozitívabb önértékelést, az élettel való megbékélést és elégedettséget, valamint értelmet adva a mindennapoknak (Kopp & Székely, 2013).

A családi integritás fenntartását azonban több tényező is veszélyeztetheti. Sok esetben hátrányban vannak azok a családtagok, akik egymástól távol élnek, hisz esetükben a kapcsolattartás egyértelműen nehezített. A családi generációk között létrejövő elidegenedés sajnálatos módon rizikófaktorként említhető, például a magány, az izoláció, illetve a depresszió

valószínűségét érintően (Kopp & Székely, 2013). Ennek értelmében ugyan szélsőséges lenne kijelenteni, hogy az egyedül élő idősök mindenképpen hátrányban vannak az időskor pozitív megélése szempontjából azokhoz képest, akik családjukkal élnek közös háztartásban, azonban a lakóhely mindenképp befolyásoló tényezőnek tekinthető.

Szociális ellátás

A társadalmi elöregedés és a XXI. századi iparosodott társadalmakban élőkre jellemző munkavállalási tendenciák együttes szemlélete magyarázó okként szolgál arra, hogy miért nő folyamatosan az időotthonban élők száma. Míg 1993-ban 30.155 fő, 2017-ben már szinte a kétszer annyian: 54.770 idős számolt be arról Magyarországon, hogy szociális intézményben él (Bácskay, 2017, in: Ferwagner & Pék, 2021).

Az idősök számára fenntartott tartós bentlakást nyújtó intézmények esetén elmondható, hogy olyan időskorúak ellátásáért felelősek, akik elégtelen egészségügyi, illetve mentális állapottal rendelkeznek, amelynek következtében nem képesek saját maguk ellátására, és közeli hozzátartozóik sem tudják, vagy nem szeretnék vállalni gondozásukat. Ennek értelmében ezen személyek élethosszig tartó elhelyezést kapnak az adott intézményekben, amelyek biztosítják teljeskörű ellátásukat. Az olyan alapvető szükségleteket kielégítő intézkedések megteremtése mellett, mint a lakók megfelelő pihenésére szolgáló lakószoba, az egészségügyi ellátás, az étkezés, a tisztálkodás, illetve a takarítás biztosítása, többnyire hangsúlyt fektetnek az ott lakók lelki egészségének ápolására is. A hasonló jellegű intézkedésekre példa többek között a mentálhigiénés segítség biztosítása, a vallásgyakorláshoz szükséges lehetőségek kialakítása, illetve a közösségi tevékenységek és programok megszervezése (Szücs, 2014).

E szolgáltatások, illetve az időotthonok társas jellemzőinek ismeretében lényegi kérdés, hogy miképp alakul az időskor megélése a szociális intézményben élők esetén azokhoz képest, akik családtagjaikkal, vagy épp nélkülük – egyszemélyes háztartásban élnek. Az időotthonban élők mindennapjait tekintve feltételezhető, hogy a család által biztosított protektív tényezők esetükben kevésbé dominálnak – amely következtében nőhet a magány kockázata (Smith et al., 2016). Azonban előfordul, hogy esetükben a társas támasz további forrásai kompenzáló hatással bírnak, amelynek értelmében számottevő lehet a gondozókkal, illetve a lakótársakkal kialakított közeli kapcsolatok szerepe, mint védőfaktor.

Módszerek

Célok, kutatási kérdések

Jelen kutatás legfőbb célját az időskor szubjektív megélésének vizsgálata adja – az önértékelés, illetve az élettel való elégedettség aspektusai mentén – az egyes lakóhelyek függvényében (család, egyszemélyes háztartás, szociális intézmény). E tekintetben központi kérdés, hogy vajon mutat-e összefüggést az időskor szubjektív megélése a lakóhellyel, illetve ennek következtében láthatók-e különbségek az egyes lakóhelyi csoportok között?

E kérdés megalapozottságához elengedhetetlen az időskor szubjektív megélésének és az arra ható tényezők – azaz a társas támogatás, illetve a reziliencia – összefüggéseinek vizsgálata. Ennek értelmében felmerül a kérdés, hogy valóban található-e kapcsolat az időskor megélésének mért aspektusai, illetve a vizsgált befolyásoló tényezők között?

A központi cél relevanciájának alátámasztása érdekében a célok közé sorolandó a különböző lakóhelyeken tapasztalható társas támogatás lehetséges különbségeinek feltárása (társas támasz mértéke, forrása és minősége). Kérdés, hogy láthatók-e lakóhelyi különbségek a társas támogatás egyes aspektusai esetén?

Végül a célok közé sorolandó az életkori összefüggések vizsgálata az időskor megélésének aspektusai, illetve a befolyásoló tényezők mentén. Az életkori elemzés ugyan szorosan nem kapcsolható jelen kutatás központi céljához, ám annál értékesebb információkkal szolgálhat az időskor átfogóbb megértése szempontjából. Kérdés, hogy az önértékelés, az élettel való elégedettség, a társas támogatás, illetve a reziliencia vajon különböző mértékben jellemzi-e az időseket életkoruk változásával?

Hipotézisek

Életkori összefüggések az időskor megélése és befolyásoló tényezői mentén

- H1. Az életkor negatív együttjárást mutat az önértékelés mértékével.
- H2. Az életkor negatív együttjárást mutat az élettel való elégedettség mértékével.
- H3. Az életkor negatív együttjárást mutat a társas támogatás mértékével.
- H4. Az életkor negatív együttjárást mutat a reziliencia mértékével.
- H5. A WHO által meghatározott életkori besorolás értelmében a 60-74 év közötti idősödők csoportja magasabb rezilienciával rendelkezik, mint a 75-90 év közötti idősök.

Az időskor megélését befolyásoló tényezők: társas támogatás és reziliencia

- H6. Az önértékelés mértéke pozitív irányú együttjárást mutat a társas támogatással.

H7. Az élettel való elégedettség mértéke pozitív irányú együttjárást mutat a társas támogatással.

H8. Az önértékelés mértéke pozitív irányú együttjárást mutat a rezilienciával.

H9. Az élettel való elégedettség mértéke pozitív irányú együttjárást mutat a rezilienciával.

Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz mértéke

H10. A családban élő idősök magasabb társas támaszról számolnak be, mint a szociális intézményben és az egyszemélyes háztartásban élők.

H11. A szociális intézményben élő idősök magasabb társas támaszról számolnak be, mint az egyszemélyes háztartásban élők.

Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz forrásai

H12. A családban élő idősök csoportja magasabb átlagpontszámmal rendelkezik a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív „Család” alskáláján, mint az egyszemélyes háztartásban és a szociális intézményben élők.

H13. A szociális intézményben élő idősök csoportja magasabb átlagpontszámmal rendelkezik a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív „Barátok” alskáláján, mint az egyszemélyes háztartásban és a családban élők.

H14. Az egyszemélyes háztartásban élő idősök csoportja alacsonyabb átlagpontszámmal rendelkezik a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív „Jelentős mások” alskáláján, mint a családban és a szociális intézményben élők.

Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz típusai

H15. A szociális intézményben élők csoportja magasabb instrumentális társas támaszról számol be, mint a családban és az egyszemélyes háztartásban élők.

H16. A családban, illetve a szociális intézményben élő idősök csoportja magasabb érzelmi-információs társas támaszról számol be, mint az egyszemélyes háztartásban élők.

H17. A családban, illetve a szociális intézményben élő idősök csoportja magasabb pozitív szociális interakción alapuló társas támaszról számol be, mint az egyszemélyes háztartásban élők.

A lakóhely és az időskor megélésének kapcsolata

H18. Azon idősök, akik családban, illetve szociális intézményben élnek, pozitívabb önértékeléssel rendelkeznek, mint az egyszemélyes háztartásban élők.

H19. Azon idősök, akik családban, illetve szociális intézményben élnek, magasabb élettel való elégedettséggel rendelkeznek, mint az egyszemélyes háztartásban élők.

Vizsgálati elrendezés, minta

A kutatás adatfelvétele az etikai kérelem engedélyezését követően 2022 nyarán zajlott, elrendezését tekintve egyszeri keresztmetszeti, mérőeszközei közé papíralapú önkitöltős kérdőívek tartoznak. A mintavételezés módja elméletalapú, melynek kritériumait a WHO által meghatározott *időskor* definíció adja, miszerint ezen életszakasz alsó határa a 60. életév. Ennek megfelelően a kutatás résztvevői olyan 60. életévüket betöltött személyek, akik szellemileg viszonylag jól funkcionálnak, cselekvőképességük pedig nem korlátozott, hisz ez utóbbi tényezők számottevők a kérdőívcsomag érdembeli kitöltése szempontjából. A 100 fős minta összetétele három lakóhelyi csoportra különíthető el: családban, szociális intézményben és egyszemélyes háztartásban élő idősök, e szempontnak eleget téve a mintavételezés módja megkívánt egyfajta „rétegezettséget”.

Jelen kutatás mintáját Magyarország, pontosabban a Közép-Dunántúl egyes településein élő időskorúak adják. A lakóhelyi csoportosítás értelmében nyolc különböző intézmény felkeresése által sikerült a résztvevőket elérni, ám e ponton lényeges kiemelni, hogy a minta az elérhető intézmények, illetve az általuk biztosított résztvevők számának korlátozottsága következtében nem reprezentatív. A családban élő idősök többségét két kisebb községben található, de igen nagy létszámú nyugdíjasklub biztosította. A szociális intézményben élők csoportja három különböző idősothton lakóiból áll, amelyek közül mind különböző fenntartású (városi, egyházi, magán), ezzel színes összetételt eredményezve. Végül az egyszemélyes háztartásban élők kategóriája olyan idősökből állt össze, akik étkezni jártak a megkeresett három városi fenntartású nappali ellátást biztosító intézmény egyikébe.

A vizsgálat menete

A kutatás során az adatfelvételt személyesen végeztem, hisz az aktív részvétel nélkülözhetetlen volt a papíralapú kérdőívek kitöltése során felmerülő szükséges segítségnyújtás (például felolvasás), valamint a szükséges etikai lépések szempontjából. A kérdőívek felvételét az intézményi, valamint a résztvevői beleegyező nyilatkozatok rövid szóbeli ismertetése, majd kitöltése előzte meg. Beleegyezés esetén az adatfelvétel módja, pontosabban az, hogy kiscsoportos, vagy egyéni módon történjen meg, az adott intézményektől, illetve az ott tartózkodóktól függött. A nyugdíjasklubok esetén kisebb létszámú csoportonként működőképesen folyt a kitöltés, általában csak az instrukciók hangsúlyozása volt szükséges.

Ellenben az egyes szociális intézmények lakói nagyobb mértékben tartottak igényt a személyre szóló segítségre, például olvasás, írás, vagy értelmezés terén. Ennek megfelelően a kérdőívcsomagra szánt optimális 15-20 percnyi idő gyakran egy-másfél órát vett igénybe.

Mérőeszközök

Jelen kutatás során a résztvevők 5 darab papíralapú kérdőívet töltöttek ki, ami ideális esetben 15-20 percet vett igénybe. A vizsgált változók felmérése (önértékelés, élettel való elégedettség, társas támogatás, reziliencia) a következő mérőeszközök használatával történt:

A *Rosenberg Önértékelés Skála* (Rosenberg Self-esteem Scale – RSES; Rosenberg, 1965) jelen kutatásban alkalmazott hazai változata (RSES-H; Sallay et al., 2014) a globális, vonásönértékelést hivatott mérni, az önelfogadásra és értékességre vonatkozóan. Összesen 10 tételből áll, 5 pozitív (1., 2., 4., 6. és 7.) és 5 fordított tételt fogalmaz meg (3., 5., 8., 9. és 10.). Például: „Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.” (2. tétel), illetve „Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke.” (5. tétel). A skála belső konzisztenciája az eredeti vizsgálat esetén jónak Cronbach- $\alpha=0,860$, jelen kutatás értelmében pedig elfogadhatónak bizonyult Cronbach- $\alpha=0,722$. A kitöltők 4-fokú Likert-skálán jelölhetik válaszaikat az „egyáltalán nem értek egyet” (=0 pont) választól a „teljesen egyet értek” (=3 pont) válaszig. Az önértékelés mértéke a skála összpontszámából adódik, így minimálisan 0, maximálisan 30 pont érhető el.

Az *Élettel való Elégedettség Skála* (Satisfaction with Life Scale – SWLS; Diener et al., 1985), illetve annak magyar adaptációja (SWLS-H; Martos et al., 2014) az életminőség, illetve a jóllét szubjektív értékelését hivatott mérni. Ezen kérdőív viszonylag rövid a maga 5 tételével, amelyek közül mindegyik pozitív irányú. Például: „Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz.” (1. tétel). Az Élettel való Elégedettség Skála belső konzisztenciája az eredeti Cronbach- $\alpha=0,840$, illetve a jelen vizsgálat esetén is jónak mondható Cronbach- $\alpha=0,863$. A kitöltők 7-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat a „egyáltalán nem értek egyet” (=1 pont) választól a „tökéletesen egyetértek” (=7 pont) válaszig. Az élettel való elégedettség mértéke a skála összpontszámából adódik, amely minimálisan 5, maximálisan 35 pont lehet.

A *Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Skála* (Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS; Zimet et al., 1988) egy eredetileg 12 tételes, azonban a magyar validálás során (a megerősítő faktoranalitikus modellbe való illeszkedés miatt) 10 tételre szűkített önjellemző kérdőív (Papp-Zipernovszky et al., 2017), amelyben fordított tételek nem találhatók. Maga a skála az észlelt társas támogatás szubjektív mérését teszi lehetővé 3 alskála használatával, amelyek a társas támasz forrásait képviselik: család (3., 4., 6., 9.), barátok (5., 7.,

10.), jelentős mások (1., 2., 8.). Például: „A családom szívesen segít a döntéseim meghozatalában.” (9. tétel). A teljes skála megbízhatósága az eredeti kutatás alapján kiváló Cronbach- α =0,910, jelen vizsgálat szempontjából pedig jó Cronbach- α =0,892. Az egyes alskálák reliabilitása az eredeti és jelen adatok alapján is kiválónak, illetve jónak mondható (Család: Cronbach- $\alpha_{eredeti}$ =0,910, Cronbach- α_{jelen} =0,896; Barátok: Cronbach- $\alpha_{eredeti}$ =0,930, Cronbach- α_{jelen} =0,934; Jelentős mások: Cronbach- $\alpha_{eredeti}$ =0,870, Cronbach- α_{jelen} =0,802). A kitöltők 5-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat, hogy milyen mértékben érvényesek rájuk az egyes tételek: „egyáltalán nem” (=1 pont) választól a „teljes mértékben” (=5 pont) válaszig. Az észlelt társas támogatás mértéke a skála összpontszámából adódik, amely minimálisan 10, maximálisan 50 pont lehet, az egyes alskálák kiértékelése pedig az alskálákhoz tartozó tételek átlagolásával lehetséges.

A *Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív* (Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) illetve annak jelen kutatásban alkalmazott magyar, 10 tételű változata (CD-RISC-10; Járai et al., 2015) a problémákkal, stresszel való megküzdés képességét méri. A kérdőív kizárólag pozitív tételeket tartalmaz, például: „Erős emberként gondolok magamra.” (6. tétel). A skála konzisztenciája jónak mondható, az eredeti Cronbach- α =0,850, és a jelen vizsgálat tükrében egyaránt Cronbach- α =0,874. A kitöltők 5-fokú Likert-skálán jelölhetik állásfoglalásukat az „egyáltalán nem igaz” (=0 pont) választól a „szinte mindig igaz” (=4 pont) válaszig. A reziliencia mértéke a skála összpontszámából adódik, így minimálisan 0, maximálisan 40 pont szerezhető.

A *saját szerkesztésű kérdések* lényegében a kérdőívcsomag kiegészítésére szolgálnak. Olyan alapvető adatokhoz biztosítanak hozzáférést, mint a nem, életkor és lakóhely, további 8 tétel pedig a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Skála által nem érintett aspektusokra fókuszál. A társas támasz forrását képző közeli kapcsolatok mentén (család, barátok, jelentős mások) az első 3 tétel a gyakoriságot hivatott mérni (naponta, hetente többször, hetente, havonta többször, havonta, ritkábban). Például: „Milyen gyakran találkozik családjával?” (1. tétel). A következő 3 tétel szintén gyakoriságot mér, azonban a társas támogatás típusainak függvényében (instrumentális, érzelmi-információs, pozitív szociális interakción alapuló). Például: „Milyen gyakran osztja meg másokkal érzelmeit?” (6. tétel). Az utolsó 2 tétel egymással szoros összefüggésben van, az előző tételektől azonban eltérnek, hisz bizonyos mértékben túlmutatnak a társas támogatáson. 7. tétel: „Kivel tölti el szabadideje legnagyobb részét?”, illetve 8. tétel: „Kivel töltené el szívesen szabadideje legnagyobb részét?” (egyedül, barát, család, segítő szolgáltatást nyújtó személy, ismerős).

Adatelemzési eljárások

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS programcsomag 28. verziójának használatával ment végbe. A Shapiro-Wilk normalitásvizsgálat tükrében az önértékelést mérő skála (RSES-H) esetén teljesült a parametrikus próbák előfeltételeként szolgáló normális eloszlás, azonban ez a további 3 skála esetén nem mondható el [élettel való elégedettség (SWLS-H), társas támogatás (MSPSS), reziliencia (CD-RISC-10)]. Továbbá a saját szerkesztésű kérdések esetén sem voltak alkalmazhatók parametrikus próbák a változók ordinális mérési szintjéből következően. Ennek értelmében (az önértékelést mérő skálán kívül) többnyire nem-parametrikus próbákat használtam. Így a leíró statisztikát követően (minimum, maximum, átlag, szórás) Pearson-, illetve Spearman-féle korrelációt, független mintás T-próbát, illetve Mann-Whitney U-tesztet, valamint varianciaanalízist és Kruskal-Wallis-tesztet végeztem a hipotézisek vizsgálatára.

Eredmények

Leíró statisztika

A konkrét hipotézisek tesztelése és az eredmények közlése előtt szükségeszerű a minta egészének, valamint kapcsolódó adatainak értelmezése. Ide sorolható a mintából létrehozott csoportok, valamint a hipotézisek változóinak (önértékelés, élettel való elégedettség, reziliencia, társas támogatás) jellemzése.

A teljes minta 100 valid kitöltőből áll, hiányzó adat pedig nincs ($N=100$). A résztvevők lakóhely alapján történő csoportba sorolása viszonylag kiegyenlítettnek tekinthető: a kitöltők közül 32% egyszemélyes háztartásban, 35% családban, 33% pedig szociális intézményben él.

A résztvevők életkora nagyobb változatosságot mutat, amelynek értelmében a legfiatalabb résztvevő 61, a legidősebb azonban 93 éves. Az átlagéletkor a teljes mintát tekintve 75,46 év ($SD=8,021$), amelyen belül az egyszemélyes háztartásban élő idősök esetén 75,156 ($SD=7,153$), a családban élők esetén 69,171 ($SD=4,89$), a szociális intézményben élők esetén pedig 82,424 év ($SD=5,54$). Így az egyes lakóhelyen élő idősök között jelentősebb eltérés látható az átlagos életkor mentén (főleg a családban és a szociális intézményben élőket tekintve).

A nemek megoszlása a felkeresett bentlakásos, illetve nappali ellátást biztosító szociális intézmények és a nyugdíjas klubok esetén a következőképpen alakul: a nők a teljes minta 77%-át teszik ki, míg a férfiak a 23%-át. Ezen eloszlás az egyszemélyes háztartásban ($N_{nő}=26$; $N_{fé}=6$), a családban ($N_{nő}=23$; $N_{fé}=12$), illetve a szociális intézményben élő idősök esetén ($N_{nő}=28$; $N_{fé}=5$) is hasonló irányú aránytalanságot mutat a nők javára. Ugyanakkor a nők és a

férfiak átlagéletkora szinte azonos – megközelítőleg 75 év ($M_{nő}=75,571$, $SD_{nő}=8,291$; $M_{ffi}=75,087$, $SD_{ffi}=7,198$).

Az életkori elemzésekhez szükséges kategóriák a WHO besorolásának megfelelően lettek elkülönítve három eltérő csoportra: idősödő (60-74), időskor (75-90); aggkor (90 felett). Ezen felosztás alapján a kitöltők közül 46% esik az idősödő, 52% az idős, 2% pedig az agg kategóriába.

A teljes minta egyes aspektusainak áttekintését követően a konkrét hipotézisek változóinak jellemzése is számottevő. A *Rosenberg Önértékelés Skála* (RSES-H) tekintetében a 4-fokú Likert-skálán jelölt átlagos pontérték 2,172 ($SD=0,402$), az átlagos összpontszám pedig (a maximálisan elérhető 30 pontból) 21,72 ($SD=4,025$). A skálán jelölt legalacsonyabb pontérték 1,4, a legmagasabb 3, ez utóbbiak az összpontszám tekintetében minimum 14, maximum 30 pontot jelentenek.

Az *Élettel való Elégedettség Skála* (SWLS-H) értelmében a 7-fokú Likert-skálán jelölt átlagos pontérték 4,872 ($SD=1,325$), az átlagos összpontszám pedig (a maximálisan elérhető 35 pontból) 24,36 ($SD=6,625$). A skálán jelölt legalacsonyabb pontérték 1,2, a legmagasabb 7, ez utóbbiak az összpontszám tekintetében minimum 6, maximum 35 pontot jelentenek.

A *Connor-Davidson Reziliencia Skála* (CD-RISC) 10 itemes változata tekintetében az 5-fokú Likert-skálán jelölt átlagos pontérték 3,059 ($SD=0,713$), az átlagos összpontszám pedig (a maximálisan elérhető 40 pontból) 30,59 ($SD=7,139$). A skálán jelölt legalacsonyabb pontérték 1,3, a legmagasabb 4, ez utóbbiak az összpontszám tekintetében minimum 13, maximum 40 pontot jelentenek.

A *Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Skála* (MSPSS) értelmében az 5-fokú Likert-skálán jelölt átlagos pontérték 4,192 ($SD=0,731$), az átlagos összpontszám pedig (a maximálisan elérhető 50 pontból) 41,92 ($SD=7,319$). A skálán jelölt legalacsonyabb pontérték 1,3, a legmagasabb 5, ez utóbbiak az összpontszám tekintetében minimum 13, maximum 50 pontot jelentenek.

A *saját szerkesztésű kérdések* a kutatás szempontjából releváns demográfiai adatok felmérése mellett a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Skála érintett területeit egészítik ki.

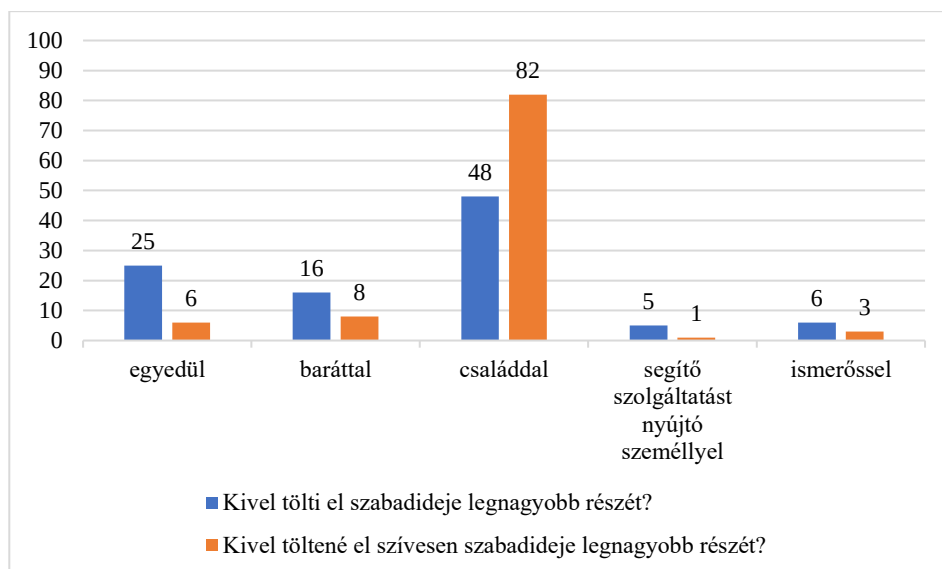
A társas támasz lehetséges forrásainak gyakoriságalapú felmérése (1., 2., 3. kérdés) a válaszártékek móduszának figyelembe vételével értelmezhető. A családdal való együttlét szempontjából míg az egyszemélyes háztartásban, illetve a családban élők többsége a „naponta”, addig a szociális intézményben élők nagy része a „hetente” opciót jelölte. A barátokkal való együttlét esetén míg a családban élők többsége a „hetente”, addig az

egyszemélyes háztartásban, illetve a szociális intézményben élők nagy része a „ritkábban” válaszlehetőséget jelölte. A jelentős másokkal való együttlét tekintetében pedig míg az egyszemélyes háztartásban, illetve a szociális intézményben élők többsége a „naponta”, addig a családban élők nagy része a „hetente” opciót jelölte.

A társas támogatás típusainak gyakoriságalapú felmérése (4., 5., 6. kérdés) szintén a válaszártékek móduszának figyelembe vételével értelmezhető. Az instrumentális társas támasz tekintetében mindhárom lakóhelyi csoport többsége a „ritkábban” válaszlehetőséget jelölte. Az pozitív szociális interakción alapuló típus esetén míg az egyszemélyes háztartásban élők, illetve a szociális intézményben élők többsége a „naponta”, addig a családban élők nagy része a „havonta” opciót jelölte. Végül az érzelmi-információs társas támasz esetén míg a szociális intézményben élők többsége a „naponta”, addig az egyszemélyes háztartásban, illetve a családban élők nagy része a „ritkábban” válaszlehetőséget jelölte.

A sajtószervezésű kérdéseket tekintve végül érdemes kiemelni azon két tételt (7. kérdés: „Kivel tölti el szabadideje legnagyobb részét?” és 8. kérdés: „Kivel töltené el szívesen szabadideje legnagyobb részét?”), amelyek az idősek valódi és ideális szociális közegére vonatkoznak. Az 1. ábrán látható diagram vízszintes tengelye hivatott az adott válaszlehetőségeket, függőleges tengelye a válaszok számát szemléltetni.

1. ábra
Valódi és ideális szociális közeg



Az 1. ábra alapján megfigyelhető, hogy a 7. kérdés kapcsán a lakóhelyi csoportok hasonló elemszáma ellenére a legtöbb kitöltő családját jelölte meg (N=48). Tehát körülbelül ugyanannyian választották ezt az opciót, mint a további négy válaszlehetőséget összesen

(N=52), noha ez utóbbiak közül az „egyedül” opció igencsak kiugró (N=25). A 8. kérdésre adott válaszok körében szintén a „családdal” lehetőség a leggyakoribb, körülbelül kétszer annyi résztvevő jelölte meg, mint ahányan a 7. kérdés során (N=82). Így belátható, hogy a „családdal” válaszlehetőség a legnépszerűbb mind a valódi, mind az ideális szociális közeget tekintve.

Hipotézistesztezés

Életkori összefüggések az időskor megélése és befolyásoló tényezői mentén

Első lépésben az időskor megéléseinek aspektusait, illetve az arra ható tényezőket érdemes az életkor függvényében szemléltetni a lehetséges eltéréseket felmérve, hisz jelen minta esetén is igen nagy változatosság figyelhető meg e tekintetben; míg a legfiatalabb kitöltő 61, addig a legidősebb 93 éves.

Az életkor összefüggéseinek vizsgálata során az önértékelés tekintetében Pearson, míg az étellel való elégedettség, a társas támogatás, illetve a reziliencia esetén Spearman korrelációt végeztem. Az eredmények tükrében elmondható, hogy jelen minta esetén az életkor változása nem jár együtt az időskor megéléseinek különbségeivel, vagyis az önértékeléssel ($r=-0,165$, $p>0,05$) és az étellel való elégedettséggel ($r=0,128$, $p>0,05$). Az időskor megélését befolyásoló tényezők közül míg a társas támogatással szintén nem ($r=0,097$, $p>0,05$), addig a rezilienciával negatív irányú, alacsony erősségű szignifikáns korrelációt mutat ($r=-0,211$, $p<0,05$).

A korrelációk eredményének függvényében tehát kizárólag a reziliencia esetén megalapozott az életkorral kapcsolatos további elemzés. A WHO életkori besorolása értelmében a 60-74 évesek idősödőnek, a 75-90 évesek időseknek, a 90 év felettiek pedig agastyánnak mondhatók. Jelen mintát tekintve azonban csekély számban beszélhetünk agastyánokról (N=2), így csak az idősödők (N=46) és az idősek (N=52) értelmezhetők csoport szinten, amelyek elemszáma hozzávetőlegesen kiegyenlítettnek tekinthető. A létrehozott két kategória összehasonlításához Mann-Whitney U próbát alkalmaztam. A hipotézisemet igazoló eredmény az életkor és a reziliencia közötti negatív irányú korrelációval összecsengően alátámasztja, hogy az idősödők szignifikánsan reziliensebbek, mint az idősek ($M_{\text{idősödő}}=32,456$, $SD_{\text{idősödő}}=5,864$; $M_{\text{idős}}=28,865$, $SD_{\text{idős}}=7,861$; Mann-Whitney U=880,5, $p<0,05$).

Az időskor megélését befolyásoló tényezők: társas támogatás és reziliencia

Jelen kutatás központi céljához, azaz az időskor megélése mentén látható lakóhelyi különbségek vizsgálatához kapcsolódó hipotézisek tesztelése során elsőként célszerű az időskor szubjektív megéléseinek jelen kutatásban felmért aspektusai (önértékelés, étellel való

elégedettség), valamint annak befolyásoló tényezői (társas támogatás, reziliencia) közötti összefüggéseket szemléltetni, hisz ezen változók együttjárása szükségszerű a további következtetések kellő megalapozottságához.

Az időskor megélésének két aspektusa, illetve a két befolyásoló tényező közötti összefüggések vizsgálatához Spearman korrelációt végeztem, mivel az egyes skálákkal mért adatok nem normális eloszlásúak (kivéve Rosenberg Önértékelés Skála esetén). Feltételezéseimet alátámasztva az egyes változók között pozitív irányú szignifikáns együttjárásokat találtam. Míg az időskor megélésében nagy szerepet játszó önértékelés korrelációjának erőssége a társas támogatással alacsony ($r=0,237$, $p<0,05$), a rezilienciával pedig közepes ($r=0,476$, $p<0,001$), addig a szintén meghatározó étellel való elégedettség együttjárásainak erőssége mindkét befolyásoló tényező mentén, azaz mind a társas támogatás ($r=0,366$, $p<0,001$), mind a reziliencia esetében ($r=0,358$, $p<0,001$) alacsonynak mondható.

Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz mértéke

E minta esetén kirajzolódó tendencia alapján belátható, hogy a környezet által nyújtott társas támasz (még ha jelen kutatásban alacsony korrelációs erősséggel is), de meghatározó az idősök önértékelése és étellel való elégedettsége szempontjából. Így kézenfekvő ez utóbbi tényezők lehetséges eltéréseinek a lakóhely alapján történő csoportbontás mentén zajló vizsgálata (egyszemélyes háztartásban élő, családban élő, szociális intézményben élő), hisz feltételezt, hogy az egyes lakóhelyek szociális és környezeti jellemzőiből adódóan különböző mértékű, forrású és minőségű társas támogatással rendelkeznek az ott élők.

A társas támogatás mértéke szempontjából feltételezt, hogy a családban élők számolnak be a legmagasabb társas támogatásról, őket követik a szociális intézményben, majd végül az egyszemélyes háztartásban élő idősök. A csoportok átlagainak egymáshoz való viszonya részben megfelel a feltételezett sorrendnek, miszerint az MSPSS összpontszám az egyedül élő idősök esetén a legalacsonyabb ($N=32$, $M=38,437$, $SD=8,519$). Részben azonban nem várt, meglepő eredményeket produkál, hisz nem a családban élők ($N=35$, $M=42,828$, $SD=6,359$), hanem a szociális intézményben élők számolnak be a legmagasabb társas támogatásról ($N=33$, $M=44,333$, $SD=5,780$).

A három csoport közötti különbségeket az ANOVA nonparametrikus változatával, Kruskal-Wallis próbával vizsgáltam, páros összehasonlításokat is végezve. A három csoport összehasonlítása esetén szignifikáns eltérés látható az MSPSS összpontszámok mentén [$\chi^2(2)=11,326$; $p<0,01$]. Azonban közelebbről megvizsgálva, míg az egyszemélyes

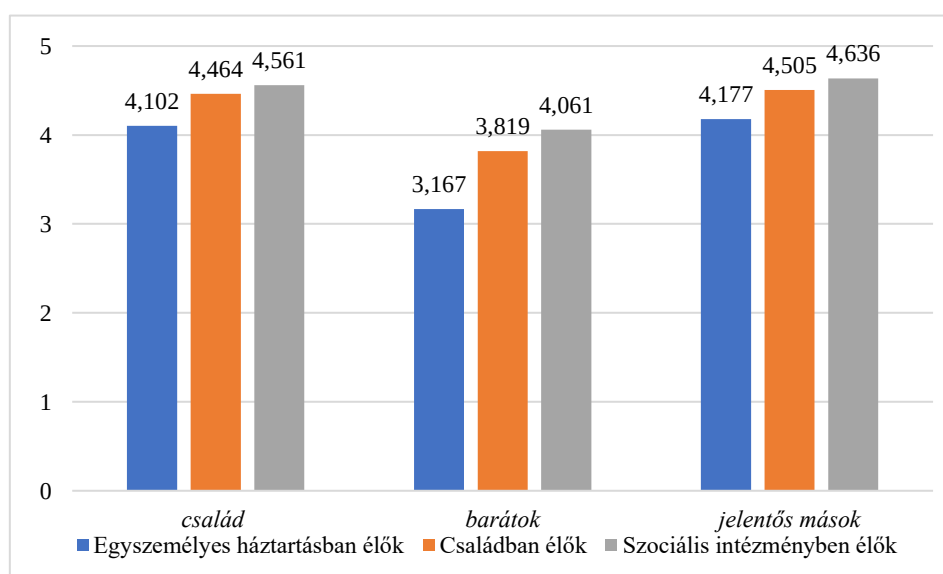
háztartásban élő idősök értékei valóban szignifikánsan eltérnek mind a családban ($p < 0,05$), mind a szociális intézményben élőkétől ($p < 0,001$), addig ez utóbbi két csoport között nem beszélhetünk szignifikáns különbségről ($p > 0,5$). Ezen eredmények tehát csak részben támasztják alá hipotéziseimet, hisz nem a családban élők rendelkeznek a legmagasabb társas támogatással, ugyanakkor nem is mutatnak érdembeli eltérést a szociális intézményben élőkhez képest. Azonban a családban és a szociális otthonban élők szignifikánsan magasabb MSPSS összpontszámmal rendelkeznek, mint az egyszemélyes háztartásban élők.

Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz forrásai

Az utóbbi eredmények ismeretében képet kaphatunk az egyes lakóhelyeken élő idősök társas támogatásának mértékéről (és annak különbségeiről), azonban a forrásait érintő eltérések sem elhanyagolhatóak. A támaszforrások feltételezett csoportközi viszonya a kapcsolódó hipotézisekben a lakóhelyek társas jellemzőiből kiindulva kerültek meghatározásra. Feltételezett, hogy a legnagyobb mértékű *család* támaszforrással a családban élők, a *barátok* forrással a szociális intézményben élők, a *jelentős mások* forrással pedig e két csoport együttesen rendelkezik. A konkrét hipotézisek tesztelése során az MSPSS egyes alsókáláihoz tartozó átlagos skálapontszámok mentén végeztem összehasonlításokat a lakóhelyek között, Mann-Whitney U próbák alkalmazásával. A társas támogatás forrásai szempontjából az egyes csoportok átlagait és a csoportközi viszonyokat a 2. ábra szemlélteti.

2. ábra

A társas támogatás forrásainak csoportközi viszonya a lakóhelyek mentén



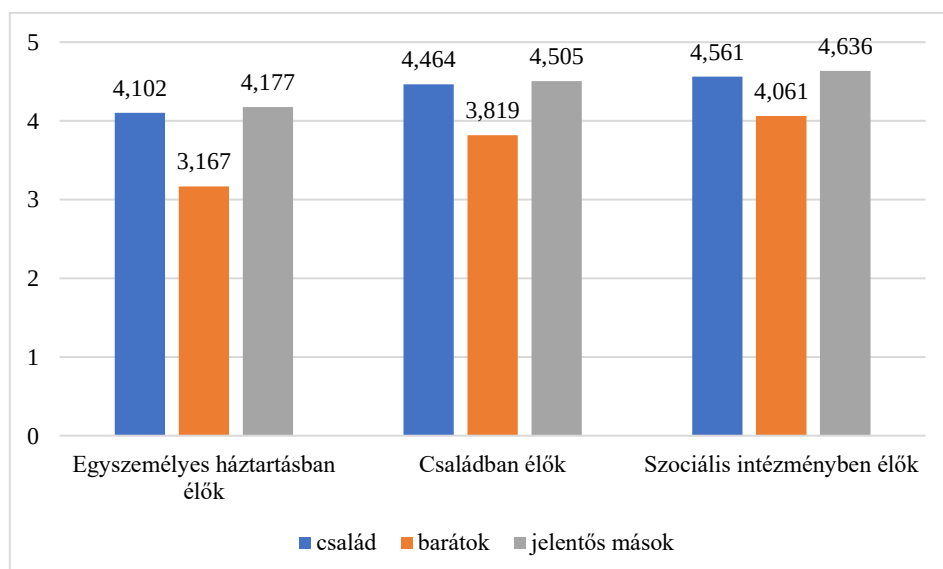
A 2. ábrán megfigyelhető, hogy a *család* alskála tekintetében az előzetes feltételezések ellenére az egyszemélyes háztartásban és a családban élők (Mann-Whitney $U=479$, $p>0,05$), valamint a családban és a szociális intézményben élők között nincs szignifikáns eltérés (Mann-Whitney $U=476$, $p>0,05$). Azonban figyelemre méltó módon a szociális intézményben élők szignifikánsan magasabb átlagpontszámot mutatnak, mint az egyszemélyes háztartásban élők (Mann-Whitney $U=381,5$, $p<0,05$).

A *barátok* alskála tekintetében a családban és a szociális intézményben élők között nincs lényegi különbség (Mann-Whitney $U=483,5$, $p>0,05$), azonban az egyszemélyes háztartásban élők szignifikánsan alacsonyabb átlagpontszámot mutatnak, mint a családban (Mann-Whitney $U=389$, $p<0,05$), és a szociális intézményben élők (Mann-Whitney $U=303$, $p<0,01$).

Végül a *jelentős mások* alskála szempontjából a *család* alskálához hasonló módon az egyszemélyes háztartásban és a családban élők között (Mann-Whitney $U=415,5$, $p=0,057$), valamint a családban és a szociális intézményben élők között nincs érdemi eltérés (Mann-Whitney $U=566,5$, $p>0,05$), ám az egyszemélyes háztartásban élők esetén szignifikánsan alacsonyabb átlagos pontszám látható a szociális intézményben élökhöz képest (Mann-Whitney $U=367$, $p<0,05$). Ugyanakkor a kapcsolódó hipotézis nem elvetendő, relevanciáját a családban és az egyszemélyes háztartásban élők közti eltérésre utaló tendencia támasztja alá.

A csoportközi viszonyok ismeretén túl felmerülhet a kérdés, hogy milyen felállás tapasztalható a konkrét lakóhelyi csoportokon belül az egyes támaszforrások mentén. E kérdéshez kapcsolódó eredmények szemléltetésére a 3. ábra hivatott.

3. ábra
A társas támogatás forrásainak csoporton belüli viszonya a lakóhelyek mentén

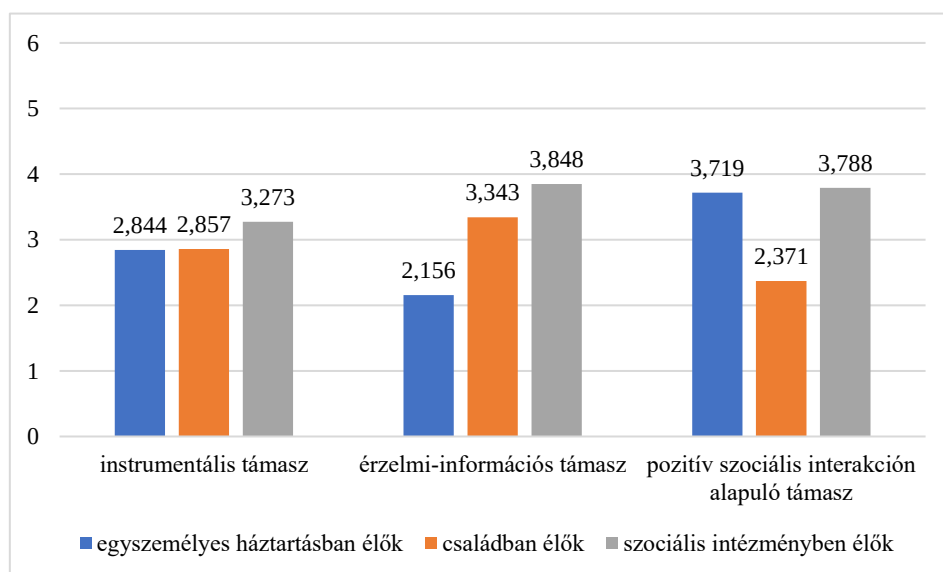


A 3. ábra alapján mindhárom lakóhelyi csoport esetén látható, hogy a *család*, illetve a *jelentős mások* forrás dominál, a köztük lévő különbség pedig elenyésző. Ezen eredmény betudható annak, hogy az MSPSS *jelentős mások* alskála tételei oly módon kerültek megfogalmazásra, hogy a kitöltő akárkire vonatkoztathat megválaszolásuk során, akár családtagjára is.

Társas támogatás a lakóhely függvényében: a társas támasz típusai

A lakóhelyeken tapasztalható társas támogatáshoz kapcsolódó hipotézisek az egyes támasz típusok lakóhelyek szerinti eltéréseit igyekeznek megragadni. Ennek feltárására a 4., 5., illetve 6. saját szerkesztésű kérdés hivatott, amelyek a típusokhoz (*instrumentális*, *érzelmi-információs*, illetve *pozitív szociális interakción alapuló támasz*) kapcsolódó események gyakoriságát felmérve (Például: „Milyen gyakran nyújtanak segítséget mások a mindennapi szükségleteiben?”) igyekeznek képet adni róluk. A támasz típusok feltételezett csoportközi viszonya a kapcsolódó hipotézisekben a támasz forrásokhoz hasonló módon, a lakóhelyek társas jellemzőiből kiindulva kerültek meghatározásra. Feltételezett, hogy az *instrumentális* típussal leginkább a szociális intézményben élők, az *érzelmi-információs* típussal a családban és a szociális intézményben élők, a *pozitív szociális interakción alapuló* típussal pedig szintén ez utóbbi két csoport rendelkezik. A gyakoriságot felmérő adatok elemzése során Kruskal-Wallis próbákat végeztem az ordinális mérési szintű változóknak megfelelően. A lakóhelyi csoportok közötti eltérések átláthatósága érdekében az eredményeket a 4. ábra szemlélteti.

4. ábra
A társas támasz típusai a lakóhely függvényében



A 4. ábrán megfigyelhető, hogy a feltételezések ellenére az *instrumentális támasz* esetén egyáltalán nem található szignifikáns különbség a három lakóhelyi csoport között [$\chi^2(2)=1,386$; $p>0,05$]. Ez azonban figyelemre méltó eredmény, ugyanis az egyes lakókörnyezetek sajátosságaiból adódóan szinte evidenciának tűnhetne, hogy az instrumentális támasz esetében a teljeskörű ellátás biztosítása miatt a szociális intézményben élők élveznek előnyt.

Az *érzelmi-információs* [$\chi^2(2)=11,398$; $p<0,01$], illetve a *pozitív szociális interakción alapuló támasz* [$\chi^2(2)=8,841$; $p<0,05$] tekintetében azonban szignifikáns különbség található a három lakóhelyi csoport között. E két típus bizonyos értelemben hasonlít egymáshoz, méghozzá az adott szociális kapcsolatok funkciójából adódóan. Míg az instrumentális támasz célja elsődlegesen a „kézzelfogható” segítségnyújtás, addig a másik kettő típus ennél valamelyest bensőségesebb. Az *érzelmi-információs támasz* gyakorta meghallgatással, tanácsadással és odafordulással társul, míg a *pozitív szociális interakción alapuló támasz* (megnevezéséből adódóan) a közös időtöltés örömein alapszik. Ennek megfelelően e két típus esetén is feltételezhető a családban, esetleg a szociális intézményben élők előnye. A páros összehasonlítások alapján azonban míg az *érzelmi-információs támasz* eltérései eleget tesznek ezen feltételezéseknek, a *pozitív szociális interakción alapuló támasz* esetén egészen eltérő viszonyok rajzolódnak ki. Az *érzelmi-információs támasz* mentén a családban ($p<0,05$), illetve a szociális intézményben élők ($p<0,001$) szignifikánsan nagyobb mértékben számolnak be e típusról, mint az egyszemélyes háztartásban élők, egymástól azonban érdemben nem különböznek ($p>0,05$). A *pozitív szociális interakción alapuló támasz* esetén meglepő módon a szociális intézményben, illetve az egyszemélyes háztartásban élők érdemben nem különböznek egymástól ($p>0,05$), a családban élőkhez képest azonban mind a szociális intézményben ($p<0,01$), mint az egyszemélyes háztartásban élők ($p<0,05$) szignifikánsan nagyobb mértékben számolnak be erről a típusról.

A lakóhely és az időskor megélésének kapcsolata

Miként láthatóak a társas támogatás lakóhely alapú eltérései, amely pedig együttjárást mutat az önértékeléssel és az élettel való elégedettséggel, feltételezhetjük, hogy az időskor megélésének e két aspektusát tekintve is beszélhetünk csoportbéli különbségekről. A kapcsolódó hipotézisekben leírtaknak megfelelően feltételezhető, hogy az egyszemélyes háztartásban élők alacsonyabb önértékelésről és élettel való elégedettségéről számolnak be, mint a családban és a szociális intézményben élők.

A családban és a szociális intézményben élő idősök csoportja azonban érdemben nem különbözik egymástól a társas támogatás mértéke szempontjából, így e kérdéskör vizsgálata során ők egy közös csoportként kezelendők – mint másokkal együtt élők ($N=68$), szemben az egyszemélyes háztartásban élőkkel ($N=32$). A létrehozott két csoport összehasonlítása az önértékelés mentén független mintás T-próbával, míg az élettel való elégedettség tekintetében ennek nem-parametrikus megfelelőjével, Mann-Whitney U próbával történt. A feltételezések ellenére azonban nem található szignifikáns eltérés a magasabb társas támogatással rendelkező másokkal együtt élők csoportja és az egyedül élők között az önértékelés ($M_{\text{másokkal}}=21,882$, $SD_{\text{másokkal}}=3,869$; $M_{\text{egyedül}}=21,375$, $SD_{\text{egyedül}}=4,382$; $t=0,586$, $p>0,05$), illetve az élettel való elégedettség ($M_{\text{másokkal}}=25,205$, $SD_{\text{másokkal}}=6,311$; $M_{\text{egyedül}}=22,562$, $SD_{\text{egyedül}}=7,011$; Mann-Whitney $U=826$, $p=0,052$) tekintetében, noha ez utóbbi esetén tetten érhető a két csoport eltérésére irányuló tendencia.

Diszkusszió

Az időskor során a veszteségélmények gyakorisága és intenzitása többnyire növekvő tendenciát mutat (Stephoe et al., 2013), ami rizikótényezőként értelmezhető az időskor szubjektív megélésére nézve. Ez utóbbi szemponton túl azonban az időskor normatívnak tekinthető negatív vetületei mellett a környezet társas meghatározottsága sem mellékes. Jelen kutatás legfőbb kérdését ez utóbbi adja, miszerint láthatók-e eltérések az időskor megélésének aspektusai – vagyis az önértékelés és az élettel való elégedettség mentén a lakóhely (egyszemélyes háztartás, család, szociális intézmény) függvényében. Feltételezett, hogy a különböző lakóhelyeken eltérő mértékű és minőségű társas támogatás tapasztalható a lakóhelyek szociális jellemzőiből adódóan. Mivel a társas támogatás protektív faktorként fogható fel, valószínűsíthető, hogy hatással van az önértékelésre (Rowe et al., 1997) és az élettel való elégedettségre (Gerino et al., 2017). E feltételezések értelmében jelen kutatás legfőbb céljának megalapozottsága a társas támogatás lakóhelyi különbségeinek, illetve a protektív faktorok összefüggéseinek mélyebb vizsgálatához kötött.

Az egyes lakóhelyeken tapasztalható társas támogatás teljeskörű feltérképezése szempontjából a támasz mértékének, forrásának, illetve típusának felmérése egyaránt informatív. Feltételezett, hogy a családi integritás védőfaktora (Kopp & Székely, 2013) és a magány rizikótényezője (Fry & Debats, 2002) miatt a családban élők számolnak be a legmagasabb társas támogatásról, őket követik a szociális intézményben, majd végül az egyszemélyes háztartásban élő idősök. A statisztikai elemzések értelmében azonban kizárólag

az egyedül élők csoportja tér el érdemben a másik két lakóhelyi csoporttól, ők számolnak be a társas támasz legkisebb észlelt mértékéről.

A társas támogatás forrásai esetén (Zimet et al., 1988) az egyes lakóhelyek általános szociális jellemzőit tekintve feltételezett, hogy a *család* forrásról a családban élők, a *barátok* forrásról a szociális intézményben élők, a *jelentős mások* forrásról pedig e két csoport számol be a legnagyobb mértékben. Az eredmények értelmében a *család* és a *jelentős mások* forrás szempontjából érdekes módon épp a családban élő idősök azok, akik nem különböznek a szociális intézményben és az egyszemélyes háztartásban élőktől. E két támaszforrás mentén kizárólag a szociális intézményben, illetve az egyszemélyes háztartásban élők között látható szignifikáns eltérés, amely alapján a szociális intézményben élők azok, akik nagyobb mértékben számolnak be megtapasztalásukról. A *barátok* forrással az egyszemélyes háztartásban élők alacsonyabb mértékben rendelkeznek a másik két lakóhelyi csoporthoz képest. A támaszforrások észlelése következtében kirajzolódó lakóhelyi viszonyok nagyrészen alátámasztják a támasz mértéke mentén látható csoportközi különbségeket. Azonban előfordul, hogy ezen eredmények a minta sajátosságaiból adódnak, hisz például a család forrás lakóhelyi megoszlása az előzetes feltételezésekhez képest igen kirívó – miszerint a családban élők nem különböznek azon idősöktől, akik családjuk nélkül élnek.

A társas támogatás típusai (Sz. Makó et al., 2016) esetén a lakóhelyek társas jellemzőiből adódóan feltételezett, hogy az *érzelmi-információs*, illetve a *pozitív szociális interakción alapuló* típus esetén a másokkal együtt élők – tehát a családban és a szociális intézményben élő idősök nagyobb mértékben számolnak be e típusok észleléséről, mint az egyszemélyes háztartásban élők, illetve, hogy az *instrumentális* típussal a szociális intézményben élők rendelkeznek a legnagyobb mértékben. A statisztikai elemzések értelmében azonban kizárólag az *érzelmi-információs*, illetve a *pozitív szociális interakción alapuló* támasz mentén láthatók szignifikáns csoportközi különbségek, amelyek inkább a közös időtöltés, illetve az odafordulás pozitívumait ragadják meg a kézzelfoghatóbb segítségnyújtást magában foglaló *instrumentális* típussal szemben. Az *érzelmi-információs* támasz mentén az egyszemélyes háztartásban élők alacsonyabb mértékben számolnak be e típusról a másik két csoporthoz képest, amely eredmény összecseng a társas támasz mértékéhez, illetve forrásaihoz kapcsolódó lakóhelyi megoszlással. A *pozitív szociális interakción alapuló* támasz esetén azonban meglepő módon épp a családban élők azok, akik alacsonyabb mértékben rendelkeznek e típussal a szociális intézményben, illetve az egyszemélyes háztartásban élőkhez képest.

A központi kérdés megalapozottsága érdekében a társas támogatás lakóhelyi eltéréseinek vizsgálatán túl további összefüggések bizonyítása válik szükségessé az időskor megélésének aspektusai és befolyásoló tényezői között. Feltételezett, hogy a protektív hatást kifejtő társas támogatás és reziliencia megmutatkozik az önértékelés (Rowe et al., 1997; Windsor et al., 2015; Bolton et al., 2016, in: Smith et al., 2018) és az élettel való elégedettség mértékében (Fuller-Iglesias, 2008; Gerino et al., 2017). A korrelációs elemzések alapján látható, hogy míg az önértékelés szignifikáns együttjárásainak erőssége a társas támogatással alacsony, a rezilienciával pedig közepes, addig az élettel való elégedettség szignifikáns korrelációinak erőssége mindkét befolyásoló tényezővel alacsony.

Végezetül a minta sajátosságaiból adódóan kiemelt jelentőségű az életkori összefüggések vizsgálata, ugyanis az egyes lakóhelyi csoportok átlagéletkora között nagyobb eltérések láthatók ($M_{\text{egyedül}}=75,156$; $M_{\text{család}}=69,171$; $M_{\text{szoc.int.}}=82,424$ év). Ezen különbségek alapjaiban megkérdőjelezhetnék a lakóhelyek szerepét a társas támogatás, az önértékelés és az élettel való elégedettség lakóhelyi eltéréseiben. Jelen minta esetén azonban ez utóbbi tényezők nem függenek össze az életkorral. Kizárólag a reziliencia tényezőjével mutat negatív irányú alacsony erősségű szignifikáns korrelációt, így látható, hogy az életkor előrehaladtával egyre csökken a megküzdés és az alkalmazkodás képessége. A negatív irányú korrelációval összecsengően a WHO által meghatározott életkori csoportok szerinti idősödők (60-74), illetve időskorúak (75-90) között szignifikáns különbség található, miszerint az idősödő korcsoport reziliensebb. Bízható eredmény, hogy nem tapasztalható jelentősebb változás az észlelt társas támasz mértékében az idősödés folyamán, noha a kortársakkal való közeli kapcsolatok csökkenése miatt feltételezhető lenne (Steptoe et al., 2013). Azonban így értelmet nyerhet az, hogy miért nem mutatkozik életkori összefüggés az időskor megélése mentén. Egyrészt a protektív faktorként funkcionáló társas támogatás pozitív hatást gyakorol az önértékelésre (Rowe et al., 1997), hisz törődést, elfogadást és a közösséghez tartozás érzetét nyújthatja az idős számára (Cobb, 1976, in: Forgács, 2015). Másrészt az élettel való elégedettségre is jótékony hatással van, tekintve, hogy a biztonságot nyújtó társas kapcsolatok még az egészségi állapot romlásából adódó nehézségeket is kompenzálhatják (Berg et al., 2009, in: Kaszás, 2021).

Jelen kutatás legfőbb kérdésének relevanciája a társas támogatás csoportközi eltérései, illetve a szignifikáns korrelációk értelmében igazolást nyert, hisz látható különbségek tapasztalhatók az egyes lakóhelyek között a társas támogatás mértékében, forrásában és típusában, továbbá szignifikáns együttjárások találhatók az egyes lakóhelyeket jellemző társas támogatás, illetve az időskor megélése között. Ezen eredmények tükrében magától értetődő a

feltételezés, miszerint a magasabb társas támasszal rendelkező másokkal együtt élők – tehát a családban, illetve a szociális intézményben élők pozitívabb önértékeléssel rendelkeznek és elégedettebbek az életükkel, mint az egyszemélyes háztartásban élő idősök. Azonban jelen minta esetén az idősor megélésének egyik aspektusa esetén sem láthatók csoportközi eltérések. Ám ezen eredmények alapján még nem következtethetünk arra, hogy egyáltalán nincs különbség az idősor szubjektív megélésében az egyes lakóhelyek között, ugyanis az élettel való elégedettség mentén tendencia rajzolódik ki ez utóbbira vonatkozóan, ami a mintaméret növelésével valószínűleg kiéleződtebbé válna. E szempontot figyelembe véve előfordulhat, hogy a lakóhelyi különbségek hiánya csupán a minta méretéből adódik, hisz az idősor megélésének aspektusai, illetve a befolyásoló tényezők között szignifikáns együttjárás figyelhető meg. Azonban e korrelációk erőssége alacsony, ami a mintaméret növelésével nagy eséllyel élesebben kirajzolódna, ahogy a csoportközi különbségek is.

Jelen kutatás szempontjából tehát a minta mérete mindenképp vet fel kérdéseket, hisz 100 fős elemszám esetén nehezített az általánosabb konklúziók levonása. Továbbá kiemelt, hogy a mintavételezés nem reprezentatív módon történt, amihez a felkeresett intézmények korlátozott száma, illetve a résztvevők sajátos jellemzőiből adódó torzítások is hozzájárultak. Például a bentlakásos szociális intézmények tekintetében fontos szempont, hogy különböző fenntartásúak (állami, egyházi, magán), ami a minta összetételének sokszínűségét eredményezi. Ugyanakkor mindhárom idősotthonról elmondható, hogy az átlaghoz képest magas életszínvonalat nyújt az ott élők számára, ami torzíthat az eredményeken, ahogyan az is, hogy a résztvevők Magyarországon, pontosabban a Közép-Dunántúl egyes településein élnek. További korlátként említhető a résztvevők életkori megoszlása, hisz az idősor megélésének mélyebb feltérképezéséhez szükséges lenne ezen életszakasz teljeskörű lefedése. Azonban a 90 év felettiek, vagyis az aggkorúak csupán a minta 2%-át teszik ki, ami nem mondható elfogadhatónak a messzemenő következtetések megalapozottsága szempontjából, ugyanakkor jól reprezentálja a 90 év felettiek csökkent létszámát az idősök körében. Módszertanilag a kérdőívsomag hatékonysága is vet fel kérdéseket, hiszen például az idősotthonban élő idősök fizikai, illetve mentális egészségi állapota többnyire károsodást mutat, így esetükben a kérdőíves módszer nehezebben, vagy abszolút nem alkalmazható. E módszertani hiányosság következtében a minta összetétele mentén is láthatók korlátok, hisz a kérdőívek felvétele során alapvető kérdés volt az intézményvezetők felé, hogy a kitöltő mentális állapota ne legyen kifogásolható. Ebből a kritériumból adódik, hogy a 90 év feletti idősök nagy részét nem javasolták a kutatásban való részvételre. E nehézség orvoslására esetleg strukturált interjú

alkalmazása, illetőleg a gondozók és a közeli hozzátartozók megkérdezésére szolgálhatna a jövőben. Végezetül a vizsgálat korlátjai szempontjából a mért tényezők körének hiányossága sem mellékes, hisz további aspektusok figyelembevétele bizonyára tovább árnyalhatná a kapott képet, tekintve a fizikai és mentális állapot, a jóllét, illetve a megküzdési módok tényezőit.

Összefoglalóan és a korlátok szem előtt tartásával elmondható, hogy jelen minta esetén különbségek láthatók a társas támogatás mértéke, forrása és típusa mentén az egyes lakóhelyek függvényében. Ezen eredmények egyrésről alátámasztják a vonatkozó feltételezéseket, többek között az egyszemélyes háztartásban élő idősök negatívabb helyzetét tekintve, amelyhez nagyban hozzájárulhat a magány, mint az időskorra jellemző kockázati tényező (Fry & Debats, 2002), így e lakóhelyi csoport esetén kiemelt jelentőséggel bírhat az odafordulás és a többszintű támogatás kérdése. Másrésről azonban újszerű, váratlan eltérések láthatók például a szociális intézményben élők pozitív helyzetét szemlélve. Ez utóbbi eredmény bizakodásra adhat okot az idősök életkörülményeinek változó tendenciája – vagyis az egyre népszerűbbé váló idősotthonok szempontjából, a társadalmi szintű előítéletek ellenére. E gondolat mentén azonban a kulturális sajátosságokat is érdemes számításba venni, miszerint a fejlődő országok többségében egészen más színezete van az idősotthonok megítélésének, mint Magyarországon. Az idősotthonok jelensége nem szükségszerűen társul negatív töltetű konnotációval, hisz a nívós életkörülmények biztosítása következtében az „elhagyatottság” érzete helyett más, pozitívabb vetületek is említhetők, mint például a gondok levétele az idősök válláról és a társasági élet biztosítása. Előfordul, hogy ezen pozitív példák Magyarország néhány szociális intézményére is hatást gyakorolnak, ami magyarázatot adhat jelen kutatás biztató eredményeire az idősotthonban élő résztvevőkkel kapcsolatban.

Habár a vizsgálat eredményei alátámasztották, hogy a szociális közegből érkező komplex társas támogatás (Kerekes & Kállai, 2013) protektív hatása megmutatkozik az időskor szubjektív megélésében, jelen minta esetén mégsem láthatók lakóhelyi különbségek. Ez egyrésről okot adhat az idősöket érintő társadalmi változásokkal kapcsolatos optimizmusra, másrésről azonban további kérdéseket vethet fel, például a reziliencia szerepét érintően. A reziliencia (az egyetlen közepes erősségű korrelációt szemlélve) magyarázatot adhat a lakóhelyi különbségek hiányának kérdésére, hisz e protektív faktor első sorban az egyéni személyiségjellemzőből, illetve a fejlődési folyamat által elsajátított megküzdési stratégiákból ered (Ong et al., 2009; Fletcher & Sarkar, 2013, in: Clark et al., 2018), noha a társas támogatás is elősegítheti énvédő hatását (Rowe & Kahn, 1997). Így nem elképzelhetetlen, hogy jelen minta esetén a reziliencia egyéni különbségei felülírják a társas támogatás mértékéből adódó lehetséges lakóhelyi

eltéréseket. E probléma jelentősége pedig csak fokozódik jelen kutatás azon eredményét szemlélve, miszerint épp a reziliencia tényezője az, amely az idősödés során egyre csak csökken. E hatásmechanizmus mélyebb feltárása bizonyára értékes információkhoz segítene hozzá az időskor megélésén belül ezen protektív faktor pontos szerepével kapcsolatban.

Köszönetnyilvánítás

Szeretném köszönetemet kifejezni témavezetőmnek, Dr. Pachner Orsolyának, aki kutatásom minden lépését végig kísérte, és szakmai segítségét nyújtva hozzájárult ahhoz, hogy e munka létrejöhessen. Köszönettel tartozom édesanyámnak a rengeteg támogatásért, aki több ízben segített az egyes időszotthonokkal, nappali ellátó intézményekkel, illetve nyugdíjas klubokkal való kapcsolatfelvételben. Köszönöm az intézményvezetők, illetve mentálhigiénés szakemberek lelkes segítségét, akik hozzájárultak az adatfelvétel koordinálásának sikerességéhez. Végül, de nem utolsó sorban pedig hálával tartozom minden résztvevőnek, akik nélkül e kutatás nem valósulhatott volna meg.

Irodalomjegyzék

- Allen, R. S., Dorman, H. R., Henkin, H., Carden, K. D. & Potts, D. (2018). Definition of Resilience. In Resnick, B., Gwyther, L. P. & Roberto, K. A. (Eds.) *Resilience in Aging*. (pp. 1-16). Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04555-5>
- Boros, J., Gábrriel, D. & Monostori, J. (2021). Idősödés. In Monostori, J., Őri, P. & Spéder, Zs. (Eds.), *Demográfiai Portré 2021*. (pp. 163-182). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Clark, P. G., Burbank, P. M., Greene, G., & Riebe, D. (2018). What Do We Know About Resilience in Older Adults? An Exploration of Some Facts, Factors and Facets. In Resnick, B., Gwyther, L. P. & Roberto, K. A. (Eds.) *Resilience in Aging*. (pp. 61-80). Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04555-5>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*. 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Diener, E., Emmons, E. R., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Ferwagner, A. & Pék, Gy. (2021). Észlelt társas támasz időskorban. *Magyar gerontológia*, 13(40), 78–102. <https://doi.org/10.47225/mg/13/40/10810>
- Forgács, A. (2015). Társas támasz a gyászban. In Kiss, E. Cs. & Sz. Makó, H. (Eds.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. (pp. 382-398). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.
- Fry, P. S. & Debats, D. L. (2002). Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 55(3), 233–269. <https://doi.org/10.2190/KBVP-L2TE-2ERY-BH26>
- Fuller-Iglesias, H., Sellars, B. & Antonucci, T. C. (2008). Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor. *Research in Human Development*, 5(3), 181–193. <https://doi.org/10.1080/15427600802274043>
- Füzesi, Zs., Töröcsik, M. & Lampek, K. (2013). Az időskor egészségpszichológiája: tények és trendek. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiring, I. (Eds.) *Az időskoriak egészségpszichológiája*. (pp. 63-82). Medicina Könyvkiadó Zrt.

- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C. & Brustia, P. (2017). Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02003>
- Gerstorf, D., Ram, N., Mayraz, G., Hidajat, M., Lindenberger, U., Wagner, G. G. & Schupp, J. (2010). Late-life decline in well-being across adulthood in Germany, the United Kingdom, and the United States: Something is seriously wrong at the end of life. *Psychology and Aging*, 25(2), 477–485. <https://doi.org/10.1037/a0017543>
- Járai, R., Vajda, D., Hargitai, R., László, N., Csókási, K. & Kiss, E. Cs. (2015). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 15(1), 129–136.
- Kaszás, B. (2021). *Időskori alkalmazkodási folyamatok*. Doktori (PhD) értekezés. Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Doktori Iskola Személyiség-és Egészségpszichológiai Program.
- Kerekes, Zs. (2015). Az időskor mint krízis. In Kiss, E. Cs. & Sz. Makó, H. (Eds.) *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. (pp. 182-218). Pro Pannonia Kiadói Alapítvány.
- Kerekes, Zs. & Kállai, J. (2013). Társas támogatás, szociális integráció, magány és intimitás időskorban. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringner, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 303-336). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Kopp, M. & Székely, A. (2013). Nagyszülők, szülők és unokák: testi és lelki egészség. A generációk közötti kapcsolatok egészségpszichológiai szerepe. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringner, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 105-116). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Martos, T., Sallay, V., Dészalvi, J., Szabó, T. & Ittész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.9>
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z. & Jámboři, Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, Princeton University Press. <https://doi.org/10.1126/science.148.3671.804>
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>

- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
<https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó T. & Ittész, A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 15(3), 259–275.
- Smith, E. R., Mackie, D. M. & Claypool, H. M. (2016). *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Smith, M. L., Bergeron, C. D., McCord, C. E., Hochhalter, A. K. & Ory, M. G. (2018). Successful Aging and Resilience: Applications for Public Health, Health Care, and Policy. In Resnick, B., Gwyther, L. P. & Roberto, K. A. (Eds.) *Resilience in Aging*. (pp. 17-34). Springer Nature Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-04555-5>
- Smith-Osborne, A. & Felderhoff, B. (2016). Formal and family caregiver protective factors in systems of care: a systematic review with implications toward a resilience model for aging veterans. *Traumatology*, 22, 29–39. <https://doi.org/10.1037/trm0000056>
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110(15), 5797–5801.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Szemán, Zs. (2013). Az időskorúakkal kapcsolatos attitűdök, előítéletek, nemzetközi és hazai vizsgálatok tapasztalata alapján. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringier, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 85-103). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Sz. Makó, H., Bernáth, L., Szentiványi-Makó, N., Veszprémi, B., Vajda, D. & Kiss, E. Cs. (2016). A MOS SSS – társas támasz mérésére szolgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, 16(3), 145–162.
- Szücs, A. A. (2013). A XXI. szociálpolitikai útkeresése az idősekről való gondoskodás területén. In Kállai, J., Kaszás, B. & Tiringier, I. (Eds.) *Az időskorúak egészségpszichológiája*. (pp. 137-148). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, D. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2