

CZIBERE IBOLYA, SZILVÁSI HENRIETTA, SZIKSZAI ZITA,
FÁBIÁN GERGELY, IMRE SÁNDOR

*A 90 évnél idősebb debreceni lakosok
kognitív státusának és egészségi állapotának
szociológiai vizsgálata*

Bevezetés

A modern jóléti társadalmak egyik legfontosabb vívmánya, hogy az egyének egyre hosszabban élhetnek kielégítően, fenntartható egészségben és életminőségben. Ez sokkal többet jelent, mint a konvencionálisan használt egészség kategória, egységben tartalmazza az egyén személyiségének biológiai, pszichológiai, szociális és spirituális jellemzőit. Megismerése rendszerszemléletet, holisztikus megközelítést igényel, az egyéni sajátosságok figyelembevételével. Az idősödés fékezésének biológiai, pszichológiai, szociológiai és spirituális módozatai valóságos anti-aging (öregedést fékező) kultuszt alakítottak ki. Az emberek egyszerre szeretnének hosszabban, de testileg-lelkileg egészségben, önállóan, öntevékenyen és boldogan élni. Az idősödés-teóriák mentén végzett kutatások mindinkább megerősítik, hogy az életmódnak meghatározó szerepe van az élettartamon belüli esély-évek, vagyis az egészségben eltöltött időtartam megnövelésében, azaz a születéskor, a 30 és a 60 éves korban várható élhető életidő vonatkozásában.

Az idősödés hosszú távú demográfiai és társadalmi kérdéseivel foglalkozó kutatások sorában egy önmagában egyedülálló kezdeményezés volt a 90 éven felüli nemzedékről információkat gyűjteni. Debrecenben 2005-ben készült az első ilyen irányú adatfelvétel. Az időskorúak zártabb, nehezebben „megközelíthető” csoportját alkotják azok az emberek, akik betöltötték a 90. évüket, és életük utolsó időszakát élik meg. Mi motiválta őket, mi volt számukra a legfontosabb az életben, illetve mi segítette őket ilyen hosszú életkor megéléséhez? Milyen támogató rendszer veszi körül őket most? Kutatásunkban és ebben a tanulmányban is ezekre a kérdésekre kerestük a választ. Az életcél eléréséhez mindig szükséges egy támogató rendszer, amely egyrészt endogén, azaz örökletes testi, lelki, szellemi tényezőkből, egészségi állapotból, másrészt exogén, külső tényezőkből, mint például a kulturális, szociális, gazdasági környezetből tevődik össze (Ivan 1997). A belső és külső tényezők sajátos keverékei a kialakított életformák. A hosszú távú életforma kialakításához szükséges egy nagyon fontos tulajdonság, a

megkeresést végeztünk. A mintavétel során a 83 debreceni körzetből 16 lakótelepen, 9 belvárosban, 10 kertvárosban lévő, 2 külterületen és 1 elit övezetben található körzet került kiválasztásra, 51 fő a megkérdezettek közül bentlakásos szakosított szociális ellátást nyújtó intézményekben élt³.

A kutatás eredményei

A 212 fő válaszadó az Észak-Alföld régió valamely településén született, 71,7 százalékuk alapvető tartózkodási helyként is ezt a területet nevezte meg. 32 százalékuk Debrecenben született. A megkérdezettek 74,1 százaléka nő és 25,9 százaléka férfi volt.

Lakóhelyüket illetően a kutatásban a nők körében legnagyobb arányban a lakótelepeken élők, a férfiak körében a kertvárosban élők vettek részt. A lakóhely jellege szerint a mintába legmagasabb számban a lakótelepeken élők kerültek, a 212 fő 29,2 százaléka. A tulajdonviszonyokat tekintve az adatfelvétel időszakában a saját lakásán a megkérdezettek 33 százaléka, hozzátartozója lakásán 30,7 százaléka élt. Az önkormányzati és egyházi fenntartású szakosított szociális ellátásban részesülő 90 éven felüli személyek aránya 24 százalék volt. A betöltött életkor alapján a legnagyobb arányú csoportot 146 fővel a 90-93 évesek alkották, 100. életévét 5 fő töltötte be.

1. tábla. Az önkéntes válaszadáson alapuló vizsgálat alanyainak nem és lakóhely szerinti megoszlása (fő)

Nem	Lakóhely jellege Debrecenben							Összesen
	belváros	elit övezet	külterület	lakótelep	kertváros	önkormányzati idősothton	egyházi idősothton	
Férfi	14	0	2	14	16	4	5	55
Nő	24	11	2	48	30	30	12	157
Összesen	38	11	4	62	46	34	17	212

³A válaszadást 12 férfi és 30 nő utasította vissza, lakóhely szerinti legnagyobb számban a kertvárosokban élők.

Iskolai végzettségüket tekintve legnagyobb arányban az alacsony iskolai végzettségűek képviseltették magukat, 12,1 százalékuknak semmilyen iskolai végzettsége sem volt, 44,3 százalékuk csupán elemi iskolai végzettséggel (1-8 osztály) rendelkezett.

2. tábla. Iskolai végzettségek megoszlása (fő)

Iskolai végzettség	Nem		Összesen
	férfi	nő	
Nincs	4	21	25
Elemi	14	80	94
Polgári	2	2	4
Szakképesítés	4	13	17
Szaktmunkás	8	9	17
Érettségi	9	11	20
Főiskolai diploma	4	12	16
Egyetemi diploma	10	1	11
Egyéb	0	2	2
Összesen	55	151	206

Családi állapotukat tekintve 76,9 százalékuk özvegyként, 12,7 százalékuk házasságban, 4,2 százalékuk egyedülállóként, 5,6 százalékuk elváltként és 0,9 százalékuk élettársi kapcsolatban élt. Összességében túlnyomó többségük egyedül élt.

3. tábla. A családi állapot jellemzői (fő)

		Családi állapot					Összesen
		hajadon/ agglegény	házas	özvegy	elvált	élettársa van	
Nem	férfi	2	21	28	2	2	55
	nő	7	6	136	8	0	157
Összesen		9	27	164	10	2	212

A leggyakoribb családi állapot a férfiak és a nők között is az özvegyesség volt, jelentősen többen voltak viszont a házas férfiak a házas nőkhöz képest. Feltételeztük, hogy a nők inkább tartózkodnak özvegyességükre hozzátartozóik lakásán, feladva függetlenségüket, de nem tudtunk statisztikai összefüggéseket kimutatni a nem és az özvegyesség, valamint

a tartózkodási hely (hozzátartozója/ismerőse lakása/saját lakása) dimenziói között. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy van-e összefüggés a családi állapot idejének hosszúsága és az adott személy mentális, érzelmi állapota között. Ebben az esetben sem tudunk semmilyen összefüggést kimutatni a rövidebb és a hosszabb ideje egyedülállók/házasok/özvegyek/elváltak/élettársi kapcsolatban élők között mentális és érzelmi állapotuk (MMSE és a GDS értékeik minősége) alapján.

A válaszadók 85,4 százaléka többgyermekes családból származott. A gyermekszám és a különböző változók közötti kapcsolat hiányára utalnak az alábbi megállapítások:

- A válaszadó testvéreinek száma és a gyermekeinek száma között nincs kapcsolat. Nem állítható például, hogy aki kisebb családból származik, kisebb családot vállalt, és ennek ellenkezője sem igaz. A nagyobb családból származás esetében szintén nincs hasonló összefüggés.
- A gyermekek száma és az iskolai végzettség közötti kapcsolat elemzése szerint nem állíthatjuk, hogy azoknak a nőknek, akik csak 1-2 gyereket szültek, nagyobb arányban van eleminél magasabb végzettségük, mint a 3-10 gyerekeseknek. A férfiak esetében sincs kapcsolat a gyerekszám és az iskolai végzettség között ebben a korosztályban.
- A gyermekszám és a depressziós szint között sem nemenként, sem a GDS értékcsoportjai szerint nem mutatható ki kapcsolat a két változó között, tehát a gyermekszám nem befolyásolta a depresszió jelenlétét és fokát.
- A gyermekszám és az MMSE között sem nemenként, sem a mentális állapotot mérő teszt értékcsoportjai szerint nem mutatható ki kapcsolat, tehát a kognitív státusra nincs hatással a gyermekek száma a családban.

Megvizsgáltuk azt is, hogy az általunk előfeltételezett egyik legfontosabb érték, a család értéke és a kapcsolatok fenntartása hagyományozódott-e a saját család felé, illetve a saját család részéről ez aktivizálódik-e valamilyen támogatás formájában. A megkérdezettek 58 százaléka nagyon idős korában is támogatta családját, 68,3 százaléka pedig kapott támogatást családjától. A támogatás formái (természetben, munkában, pénzben, illetve ezek kombinációi) nem kerültek elemzésre.

4. tábla. Szoros kapcsolat tartása a családdal és a lakóhely jellege⁴ (%)

Lakóhely jellege	Kapcsolat jellege		
	Szoros kapcsolat	Nem szoros kapcsolat	Összesen
Belváros	78,9	21,1	100,0
Elit	90,9	9,1	100,0
Külterület	50,0	50,0	100,0
Lakótelep	79,0	21,0	100,0
Kertváros	91,3	8,7	100,0
Önkormányzati idősoththon	47,1	52,9	100,0
Egyházi idősoththon	52,9	47,1	100,0
Összesen	74,5	25,5	100,0

Szignifikánsan az önkormányzati idősoththonokban élők mondták legkisebb arányban, hogy szoros a családi kötelék, a legnagyobb arányt a kertvárosiak képviselték. Ugyancsak az idősoththonokban élőkre jellemző, hogy gyakrabban nem támogatták a családot.⁵

5. tábla. Az idős személy család-támogatása és az idős személy számára a családtagok fontossága közötti kapcsolat (fő)

	Nem fontosak a családtagok	Fontosak a családtagok	Összesen
Nem támogatja a családot	15	57	72
Támogatja a családot	8	115	123
Összesen	23	172	195

Ebben az összefüggésben gyenge pozitív kapcsolat⁶ figyelhető meg, vagyis, akik támogatták a családot, azoknak a családtagok nagyobb arányban voltak fontosak, mint azok körében, akik nem támogatták a családjukat.

⁴ Chi négyzet $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,366$; $p < 0,001$

⁵ Chi négyzet $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,405$; $p < 0,001$

⁶ Fisher $p = 0,005$

6. tábla. Saját családtól kapott támogatás és az idős személy számára a családtagok fontossága közötti kapcsolat (fő)

	Nem fontosak a családtagok	Fontosak a családtagok	Összesen
Nem támogatja a család őt	11	24	35
Támogatja a család őt	8	133	141
Összesen	19	157	176

A saját családtól kapott támogatás és a családtagok fontosságának dimenziói között pozitív a kapcsolat, kis mértékben erősebb, mint az előzőekben⁷, de erősségét illetően ez is gyenge kapcsolat. Azt mondhatjuk tehát, hogy akik kaptak támogatást a családjuktól, azok inkább ítélték fontosnak a családtagokat.

7. tábla. Az idős személy család-támogatása és saját családtól kapott támogatás közötti kapcsolat (fő)

	Nem támogatja a család őt	Támogatja a család őt	Összesen
Nem támogatja a családot	31	37	68
Támogatja a családot	6	103	109
Összesen	37	140	177

Eredményeink szerint⁸ egymástól nem független az, hogy az idős embert támogatja a családja, és az a tény, hogy ő támogatja a családját.

Feltételeztük, hogy az idős ember családot támogató magatartása és az önértékelésen alapuló egészségi állapot hatással van egymásra.

8. tábla. Az idős személy család-támogatása és az egészségi állapota közötti kapcsolata (%)

Egészségi állapot	Nem támogatja a családot	Támogatja a családot	Összesen
Rossz	68,8	31,3	100,0
Nem túl jó	46,5	53,5	100,0
Jó	30,6	69,4	100,0
Nagyon jó	33,3	66,7	100,0
Kitűnő	14,3	85,7	100,0
Összesen	37,4	62,6	100,0

⁷ Fisher $p < 0,001$

⁸ Fisher $p < 0,001$; Phi és Cramér's $V = 0,479$; $p < 0,001$

Eredményeink szerint a jobb egészségi állapotban lévők nagyobb arányban támogatták a családot⁹. Ugyanakkor az idős emberek családot támogató magatartása és a GDS szintje között nem tudunk kapcsolatot kimutatni.

9. tábla. Az idős személy család-támogatása és az MMSE kapcsolata (%)

MMSE	Nem támogatja a családot	Támogatja a családot	Összesen
Rossz	83,3	16,7	100,0
Közepes	53,1	46,9	100,0
Jó	34,7	65,3	100,0
Kiváló	30,1	69,9	100,0
Összesen	37,3	62,7	100,0

Az idős emberek családot támogató magatartása és MMSE szintje között a kapcsolat gyengén szignifikáns¹⁰, vagyis, akik támogatják a családot, kevéssel jobb kognitív funkcióval rendelkeznek¹¹.

10. tábla. Az idős személy egészségi állapota és saját családjától kapott támogatás kapcsolata (%)

Egészségi állapot	Nem támogatja a család	Támogatja a család	Összesen
Rossz	23,5	76,5	100,0
Nem túl jó	35,7	64,3	100,0
Jó	12,9	87,1	100,0
Nagyon jó	22,2	77,8	100,0
Kitűnő	0,0	100,0	100,0
Összesen	19,8	80,2	100,0

Az idős emberek egészségi állapota és a saját családjuktól kapott támogatás dimenziói között rendkívül ambivalens kapcsolatot találtunk: a jobb egészségi állapotban lévőket nagyobb arányban támogatja a családja¹². Ugyanakkor eredményeink szerint a jobb vagy rosszabb kognitív állapotban lévő időseket nem támogatja saját családja jobban vagy kevésbé, a két tényező között nincs statisztikai összefüggés.

⁹ Kendall-féle gamma asszociációs együttható. Gamma=0,366; p=0,003

¹⁰ t-teszt: p=0,004

¹¹ Kendall-féle gamma asszociációs együttható. Gamma=0,316; p=0,009

¹² Kendall-féle gamma asszociációs együttható, Gamma=0,335; p=0,024

A szellemi és fizikai aktivitás jellemzői

A szellemi és fizikai aktivitás mérésére a következő kategóriákat határoztuk meg:

- ún. „szuperaktív”: olyan személyek, akik önállóan kelnek fel az ágyból, öltözködnek, tisztálkodnak, sétálnak; van legalább 2 szellemi és 1 fizikai tevékenységük; járnak baráti társaságba, vagy támogatják a családjukat, vagy szervezetnek tagjai, és az MMSE=25-30, valamint a GDS=0-4
- ún. „aktív”: olyan személyek, akik önállóan kelnek fel az ágyból, öltözködnek, tisztálkodnak, sétálnak, van legalább 2 szellemi és 1 fizikai tevékenységük, járnak baráti társaságba, vagy támogatják a családjukat, vagy szervezetnek tagjai, és az MMSE=18-30, valamint a GDS=0-9
- ún. „inaktív”: olyan személyek, akik nem képesek vagy segítséggel képesek felkelni az ágyból, öltözködni, tisztálkodni, sétálni, nincs szellemi és fizikai tevékenységük, nem járnak baráti társaságba, vagy nem támogatják a családjukat, vagy nem szervezet tagjai, és az MMSE=0-10, a GDS=10-15

11. tábla. „Szuperaktív” 90 éven felüli személyek (fő)

Lakóhely jellege	Férfi	Nő	Összesen
Belváros	4	3	7
Lakótelep	0	3	3
Kertváros	4	1	5
Összesen	8	7	15

12. tábla. „Aktív” 90 éven felüli személyek (fő)

Lakóhely jellege	Férfi	Nő	Összesen
Belváros	5	3	8
Elit	0	1	1
Lakótelep	1	10	11
Kertváros	7	4	11
Idsotthon	0	1	1
Összesen	13	19	32

13. tábla. „Inaktív” 90 éven felüli személyek (fő)

Lakóhely jellege	Férfi	Nő	Összesen
Belváros	0	1	1
Lakótelep	1	0	1
Összesen:	1	1	2

A kognitív státus és az érzelmi állapot

A Mini Mental State Examination eredmények alapján 4,2 százalékuknak volt rossz (0-10), 16 százalékuknak közepes (11-17), 35,3 százalékuknak jó (18-24) és 39,1 százalékuknak kiváló (25-30) kognitív státusa. 5,2 százalékuk nem válaszolt a teszt kérdéseire.

A lakóhely jellege és az MMSE értékek kapcsolata: míg a rossz, a közepes és a jó kognitív státus az időotthonban élők körében fordult elő legnagyobb arányban, a legmagasabb MMSE értékcsoportban a nem intézményben élők képviselték magukat. A depressziót mérő Geriatric Depression Scale a megkérdezettek 38,6 százalékánál nem mutatott ki depressziós tüneteket, a depresszió tünetei jelentkeztek 33,9 százalékuknál, és a betegség valószínűsíthető volt 18,3 százalékuknál. 9 százalék nem válaszolt a teszt kérdéseire.

A lakóhely jellege és a GDS értékek kapcsolatának vizsgálata szerint a legmagasabb értéket képviselő, vagyis a depresszió valószínűségét jelző csoportban az időotthoni lakosok felülreprezentáltak.

14. tábla. Az anyagi helyzet és a GDS értékek közötti kapcsolat¹³

Anyagi helyzet	Létszám	Átlag	Standard Deviation	Minimum érték	Maximum érték
Ön anyagilag biztonságban él	162	5,69	3,52	0	15
Ön anyagi helyzetét illetően nehezebb körülmények között él	15	5,33	4,24	1	13
Ön nehéz anyagi körülmények között él	13	9,08	4,39	2	15
Összesen	190	5,89	3,72	0	15

¹³ Kruskal-Wallis próba p=0,022

Az anyagi helyzetet mérő skála csoportjaiból a nehéz anyagi körülmények között élők csoportja válik ki a GDS értékek alapján, vagyis a nehéz anyagi körülmények között élők a depressziós skálán magasabb pontszámot értek el.

A kutatási eredmények rövid összefoglalása

Életcélok

A tanulmányban bemutatott adatok alapján a megkérdezettek többségénél a legfontosabb értéknek megjelenő tényező nem a megélhetés, a becsület vagy az egészség, hanem a család volt. A család tehát alkalmas nemcsak az életcél fenntartására, hanem valódi életcélként is (Krause 2004) funkcionál. A család, mint életcél, amely meghatározta az idős ember életét, valamint a gyermekszületés között statisztikai összefüggés is kimutatható volt: akiknek született gyermekük, gyakrabban említették ezt az életcél, közülük is a 3-4 gyerekesek körében fordult elő leggyakrabban. A lakóhelyet illetően a legnagyobb arányban a lakótelepeken élők említették a családot, családi állapotukat tekintve leginkább az özvegyek. Akik a családot választották legfontosabb értéknek a kérdőívben, azok nagyobb arányban kaptak támogatást saját családjuktól, mint azok, akik mást jelöltek be, mint legfontosabb tényezőt. A családot, mint életcél említők 56 százaléka jó egészségi állapotúnak mondta magát, 88,8 százaléka biztonságos anyagi helyzetben élt. Közel egyharmada a családot választóknak járt baráti társaságba, majdnem egytizedük nagyon idős korában is. Egyesületbe, szervezetbe 54,9 százalékuk járt, a kutatás időszakában is járt egynegyedük.

Családnagyság

A férfiak 18,5 százalékának, a nők 17,8 százalékának nem volt gyermeke. A testvérek és a gyermekek száma között, a gyermekszám és az iskolai végzettség között, a gyermekszám és a GDS, valamint MMSE értékek között nem volt kimutatható összefüggés.

A család, mint támogató és támogatott rendszer

A család-támogatás és a családtagok fontossága között gyenge pozitív kapcsolat, míg az idős személy, mint támogatott, és a családtagok fontossága között erősebb összefüggés állt fenn. Van kapcsolat a családot támogató és a családtól támogatást elfogadó csoportok között is. Nem erős a kapcsolat abban a tekintetben, hogy az idős

személy támogatta a családját, és úgy ítélte meg, hogy ő fontos a családtagjai körében. Azok az idős személyek, akiket családjuk támogatásban részesített, inkább úgy ítélték meg, hogy fontosak a család számára, ez szoros összefüggést mutatott. Az időskorúakban élők kevésbé támogatták a családjukat, és szoros családi kapcsolatot az önkormányzati intézményben élők kevésbé ápoltak, mint a többi lakóhelyen tartózkodók.

Az ún. transzfer-elméletek hátterében a nemzedékek közötti cserekapcsolatok állnak. Kérdéseink arra irányultak, hogy a 90 évnél idősebb személyek számíthatnak-e családjukra, és a család rájuk. Azt tapasztaltuk, hogy háromnegyedük szoros családi kapcsolatokat ápol. Akik jó, nagyon jó, kitűnő egészségi állapotúaknak ítélték magukat, azok gyakrabban támogatták a családot, mint azok, akiknek az egészségük rosszabb volt; a család, ambivalens módon, szintén őket támogatta inkább, mint a rosszabb egészségi állapotúakat. Aki támogatta a családot, kicsivel jobb mentális állapotban volt, a depressziós skála értékeivel viszont nem találtunk összefüggést.

Anyagi helyzet

A megkérdezettek túlnyomó többsége biztonságos anyagi helyzetben élt. A biztonságos és a nehezebb anyagi körülmények között élők GDS értékei nem, viszont a nehéz anyagi helyzetben lévők depressziós értékei pozitívan korreláltak, magasabb értékeken mozogtak.

Egészségi állapot

a) Orvoshoz fordulás, kórházban tartózkodás

A megkérdezettek egyötöde egy éven belül nem volt orvosnál, évente 2-3-szor már többen, 24,5 százalékuk kereste fel orvosát, illetve az orvos őt. Ennél gyakrabban történt megkeresések aránya: 17,5 százalék hetente, 21,2 százalék havonta 2-3-szor, havonta és 2-3 havonta látta orvosát különböző panaszok kezelése céljából. Egy éven belül 27,8 százalékuk volt legalább egyszer kórházban. Rendszeres orvosi felügyeletben a 90 évnél idősebb személyek kétötöde részesült.

b) Önértékelésen alapuló állapotfelmérés

Saját önértékelésük szerint az idősek 9,4 százaléka rossz, 21,7 százaléka nem túl jó, 47,6 százaléka jó, 8,5 százaléka nagyon jó, 3,8 százaléka kitűnő egészségi állapotban volt. 9 százalékuk nem válaszolt a kérdésre. Kiemelhető eredmény, hogy a szellemi és az érzelmi állapot, valamint a családi állapot időtartama (pl: a rövidebb és az igen hosszú özvegyesség) között nem volt statisztikai összefüggés.

c) Dohányzás

A megkérdezettek 2,8 százaléka cigarettázott, de erős dohányos (naponta legalább egy csomag cigaretta, illetve dohány elfogyasztása) nem volt közöttük. Aktív korokban egyötödük gyújtott rá, erős dohányos 3,8 százaléuk volt és a legtöbben a munkahely miatt hagyták abba a dohányzást.

d) Fizikai és szellemi aktivitás

Az egészségi állapot önértékelésénél árnyaltabb képet ad azoknak a tevékenységeknek az elemzése, amelyek a mindennapokhoz tartoznak. Mérésükre alkalmas Katz és társai (1970) háromfokú skálája. A megkérdezettek egyharmada önállóan sétált, kétharmada önállóan öltözködött, 52,8 százaléka egyedül tisztálkodott és 65,1 százaléka képes volt segítség nélkül ágyból, székből felállni. Ezek az arányok igen jónak tekinthetők a 90 éves és idősebb korosztály esetén.

A válaszadók 21,7 százaléka nem volt képes sétálni, 3,3 százaléka egyedül nem tudott öltözködni, 4,7 százaléka önállóan nem tudott tisztálkodni, 1,4 százaléka pedig nem volt képes ágyból felkelni, székből felállni. Összességében nem számottevő az inaktivitás a korosztály mozgékonyágát illetően.

Az IADL vizsgálat (Lawton-Brody 1969) az instrumentális napi tevékenységek önálló véghezvitelének mérésében nyújtott segítséget. A háromfokú mérőskála a „nem szoktam” változóval egészült ki: ezáltal kifejezésre juthatott egy árnyaltabb megközelítés, azaz amikor helyette elvégzik, illetve nem az ő feladatához tartozik az adott tevékenység (pl: férfiak esetében egyes háztartási munkák). Bevásárlást önállóan 17,5 százaléuk végzett, ami 2 százalékkal kevesebb, mint amit a 80 évesek és idősebbek vizsgálata során Szűcs (2000) tapasztalt. A 90 évesek és idősebbek 26,4 százaléka segítséggel vásárolt be, nem szokott bevásárolni 40,6 százaléka, 10,4 százaléka nem volt képes már rá, vagyis jelentős részükre már nem jellemző az önálló bevásárlás.

Ételt önállóan készített közel egynegyedük, míg a 80 évesek és idősebbek (Szűcs 2000) több mint egyharmada, azaz ennél a tevékenységnél nagyobb az eltérés, mint az előző esetben. A 90 évnél idősebbek 29,2 százaléka segítséggel főzött, nem szokott főzni egyharmaduk, és nem volt képes főzni 7,5 százaléuk, vagyis 71,1 százaléuk nem volt képes ilyen típusú önálló tevékenységre. 31,6 százaléuk önállóan takarított, 27,4 százaléuk önállóan mosott.

Pénzügyeit, hivatali ügyeit önállóan 18,4 százalék, segítséggel 17,4 százalék végezte. Nem szokott ilyen jellegű tevékenységet végezni 43,4 százaléuk, 7,1 százaléuk pedig nem volt képes erre, vagyis a megkérdezetteknek kb. 50 százaléka már nem látott el hivatalos, pénzzel kapcsolatos teendőket.

Jelentős mértékben, 34,4 százalékban találtunk viszont olyan időseket, akik nem végeztek semmilyen fizikai tevékenységet.

A nagyobb arányban végzett rendszeres szellemi tevékenységek közé tartozott a televíziózás (69,3 %), az olvasás (50,5 %) és a rádióhallgatás (43,9 %). Azok, akik semmilyen szellemi tevékenységben sem vettek részt, a fizikaihoz képest kevesebben voltak, 9,9 százalékot képviseltek.

A megkérdezettek közel háromnegyedének MMSE eredményei alapján jó kognitív státusa volt, és kétötödük depressziós tüneteket sem mutatott.

Szociális kapcsolatok

A megkérdezettek jelentősebb csoportja aktív szociális életet élt. Baráti társaságba korábbi életében a megkérdezettek 71,7 százaléka járt, a kérdés időpontjában is járt 18,9 százalékuk. Egyesület, szervezet tagja régen 57,5 százalék volt, idős korukra ez 31,6 százalékra csökkent, amely igazán jónak mondható arány. Igazolódik az a megállapítás, hogy idős korban az emberek inkább minőségi és nem mennyiségi kapcsolatokra törekszenek (Carstensen 1992), azok, akik régen jártak, és most nem járnak baráti társaságba, négyötödét teszik ki a régen baráti társaságba járóknak. Valós az a veszély, hogy a barátok, ismerősök elvesztésével a passzivitás erőteljesebbé válik az idős emberek számára (Losonczi 1995).

A gyermekek nevelése céljából fontosnak és szükségesnek ítélt értékek

A megkérdezettek a ma generációjának felnövekedése szempontjából a családi (engedelmesség, családcentrikusság, iskoláztatás, következetesség, kötelességtudat, takarékoság, tisztelet), a jellembeli (becsületesség, függetlenség, hazaszeretet, jó modor, kitartás, munkabírási, önzetlenség, segítőkészség, szemérmesség, szerénység,) és a lelki értékek közül a lelki élet értékeire (alkalmazkodóképesség, békesség, hit, jószág, megbocsátás, szeretet, türelem) való törekvés fontosságát hangsúlyozták leginkább.

Hasonló témájú hazai és nemzetközi kutatások

Kutatási eredményeink egy részét célcsoportunktól kissé eltérő életkorú, százéves személyekkel végzett kutatási eredményekkel is összehasonlítottuk, azzal a szándékkal,

hogy feltárjuk a hasonlóságokat és különbségeket közöttük. 1960-ban, 1970-ben és 1987-ben végeztek hazai adatfelvételeket a 99. életévüket betöltött állampolgárokkal (Beregi-Klinger 1989) (Klinger 1990). Az 1987-es vizsgálat (továbbiakban A.) eredményei a debreceni vizsgálatéval (továbbiakban B.) hasonló nagyságrendű volt, a debrecenivel közel azonos, 50 férfi és 168 nő adatait elemezte és értékelte. A válaszadók apai halálozási kora 89 év felett nem tért el lényeges mértékben, közel 10 százalék (A.) és 6,1 százalék (B.) volt. Az anyai halálozási korra ugyanez vonatkoztatható, 15 százalék (A.) és 10,3 százalék (B.) volt. (Klinger 1990) Családi állapot tekintetében a férfiak esetén 29,1 százalékkal alacsonyabb (B.), csupán 50,9 százalékos özvegyiség állt fent, a nők 86,6 százalékos arányú özvegyége (B.) azonban nagyon megközelítette a korábbi 89 százalékos arányt (A.). (Beregi and Klinger 1989) Intézményben a férfiak kisebb aránya élt Debrecenben. (Klinger 1990)

17,8 százalékuknak (A.) önállóan ment a mozgékonyt és a mindennapi tevékenységet egyaránt jelentő sétálás. Ettől az aránytól jóval többen, 33 százalékuk tudott sétálni a debreceni kutatásban (B.). A sétálásra képtelenek aránya fordított a korábbi kutatáshoz képest, 11 százalék (A.) és 21,7 százalék (B.) (Klinger 1990).

Korunk negyedik hatalmi ágaként is emlegetik a médiát, amely nagy hatással volt az idős emberek életére is, az elmúlt majdnem 20 év alatt életükben jelentősen megnőtt a médiahasználat. A férfiak rendszeres rádióhallgatása és újságolvasása a korábbi (Klinger 1990) és a jelenlegi kutatásban is domináns, a tévénézésben a nők a mostani debreceni kutatásban kevéssel nagyobb részvételt mutattak a férfiakhoz képest. A legnagyobb arányú növekedés a tévénézés terén figyelhető meg mind az elemi, mind a középfokú végzettségűek körében. A közép- és felsőfokú végzettségűek tévénézése 78,7 százalékos volt, 10 százalékkal magasabb, mint az elemi végzettségűeké. Ez a különbség a duplája volt régen. (A.) A rádióhallgatás terén kevesebb, mint egynegyedére csökkent az eltérés. Újságot régen az elemi végzettségűek 37 százaléka, most 43,6 százaléka olvasott. A közép-és felsőfokú végzettségűek körében ez a tevékenység 158 százalékkal nőtt (B.), a két külön iskolai végzettségű csoport között 159 százalékos a különbség, a magasabb iskolai végzettségűek javára.

Annak az iskolai végzettségre utaló megállapításnak (Klinger 1990), mely szerint mind az iskolázottság hiánya, mind az iskolázottság megléte elősegítheti a nagyobb valószínűségű hosszúéletűséget, eredményeink nem mondanak ellent. Egy japán tanulmány is megerősítette, a magasabb iskolai végzettség nem szükségszerűen egyértelmű magyarázó tényezője a különlegesen magas életkor elérésének (Tauchi et al. 1999). A japán kutatók 1992-ben kezdődő, Tokióban, Aichi és Okinawa előjáróságokban élő, összesen 1040 elemszámú százévesekről szóló vizsgálata (H. Tauchi et al. 1999) arra mutatott rá, hogy a matuzsálemek többsége személyiségükben munkaszerető, szociális és kitartó emberek. A debreceni vizsgálat szintén megmutatta, hogy a hosszúéletűség magyarázatát a döntő többség a munkaszereteten határozta meg. A személyiségvonások közül a kitartásra és a kudarckezelésre kérdezett rá a debreceni kérdőív, a válaszadók 67 százaléka ki szokott tartani saját elképzelései mellett, és 54,7 százaléka belenyugszik a sikertelen helyzetekbe. A családdal való szoros kapcsolat a debreceni megkérdezettek esetében nagyobb arányú, negyötöde a válaszadóknak, míg Aichiban alig haladja meg az 53 százalékot. Az iskolai végzettséget

illetően a tokiói felmérés 12,6 százalékos arányához hasonló, 12,7 százalékos arányban végeztek felsőfokú tanulmányokat a debreceni megkérdezettek. Anyagi helyzet tekintetében a debreceniek csupán 6,1 százaléka, míg az aichi-i válaszadók 23,5 százaléka élt nehéz körülmények között. A debreceni kutatásban idősotthonokban 24 százalék élt, ez a tokiói vizsgálatnál a kórházi tartózkodásokkal együtt 30 százalékot tett ki. A kutatás időszakában is dohányzók aránya az Aichiban dohányzók arányánál (3,2%) kevéssel alacsonyabb volt. Jelentős különbséget mutat viszont az Aichiban élők önértékelésen alapuló állapotfelmérése, a debrecenieknél nagyobb arányban, a válaszadók 55,2 százaléka értékelte jónak az egészségét.

A debreceni nem idősotthonokban élők között magasabb arányban, 36 százaléuk sétált minden nehézség nélkül, míg a tokióiak 21,7 százaléka. A debreceni idősotthoniak 23,5 százaléka, a tokiói idősotthoniak 3,5 százaléka sétált önállóan. A pénzügyi, hivatali ügyek intézésében egyáltalán nem önálló az aichi-i matuzsálemek 43,4 százaléka, a debreceni 90 évesek és idősebbek 50,5 százaléka. Mindkét nemzet esetében a mindennapi tevékenységeket (ágyból, székben felkelés, öltözködés, tisztálkodás, sétálás, pénzügyek, hivatali ügyek kezelése) vizsgálva a férfiak saját nemükön belül magasabb arányban tudtak önállóan cselekedni, mint a nők. Az idősotthoniakat és a nem idősotthoniakat összevetve az intézményben nem élők saját csoportjukon belül jelentősen nagyobb arányban voltak önellátóak. Ez természetesen annak is a következménye, hogy az otthonokban élő nagyon idős emberek többnyire szűkös anyagi feltételek mellett, rossz egészségügyi és mentális állapotban élnek (Rácz-Hajas 2004). Tipikus időskori betegségekkel küzdenek, hosszú évek óta egyedül élnek. Mentális problémáik egy jelentős része leginkább fizikai állapotuk romlásával, betegségeikkel és fájdalmaikkal hozható összefüggésbe (Rácz-Hajas 2004)

A japán 100 éves és idősebb nők demenciája nagyobb mértékű, mint a debreceni csoportban, az MMSE legalacsonyabb értékcsoportjában a nők kevéssel nagyobb, a legmagasabb értékcsoportjában a férfiak jóval nagyobb arányban képviselték magukat. A közepes és a jó kategóriákban a nők sokkal magasabb arányban szerepeltek.

Az új-zélandi, népszámlálási adatokon alapuló százévesekről szóló közlemény (Wilkinson and R. Sainsbury 1998) szerint a 246 nőből és 51 férfiból álló népesség több mint felének nem volt iskolai végzettsége – ami igen sokkal haladja meg a debreceni arányt - felsőfokú végzettséggel pedig a nők 7 százaléka rendelkezett. Ez az arány csak 1 százalékkal kevesebb a debreceni 90 évnél idősebb nők azonos kategóriájában.

Egy görög vizsgálat (Stathakos et al. 2005) hasonló céllal kutatta a százéveseket, szeretett volna információt gyűjteni élethelyzetükről, egészségi állapotukról. A nemi megoszlás hasonlóságot mutat a debrecenivel, és mindkét célcsoport jóval meghaladta a születésekor várható átlagos élettartamot, viszont a görög matuzsálemek csak nagyon kis arányban, mindössze 2 százalékban éltek idősotthonban. Az iskolai végzettséget illetően a debreceniek sokkal nagyobb arányban iskolázottak, valószínűleg a magyar társadalmi normák jellegéből adódóan is. A teljeskörű görög populációt vizsgáló tanulmány kitért az idős embert támogató család fontosságára, amely egyrészt segít az autonómia, másrészt a kognitív funkciók ébren tartásában. A különösen aktív életet

élők (társasági élet, ADL, betegségek hiánya) a debreceni szuperaktívokhoz képest nagyon hasonló arányban, 6 százalékban szerepeltek a vizsgálatban.

Összefoglalás

A társadalom mindig is érdekelődést tanúsított azoknak az egyéneknek az életével kapcsolatban, akik valamilyen módon különleges képességekkel rendelkeznek. A ma embere számára az egyik ilyen különleges képesség a szép öregedés, a jó minőségi életet biztosító hosszú élettartam. Fontos kérdés tehát, hogy rendelkeznek-e a 90 éven felüliek különleges képességekkel kognitív státusukat, egészségi állapotukat illetően? Az öregedés mikéntje és mértéke összefügg az egyén eddigi élettörténetével, vagyis azzal, hogy az idős ember hogyan élt a felvételt megelőző évtizedek során (Lehr 1987). A kutatás nemzedékéhez tartozó emberek több olyan válságos helyzeten mentek át, amelyet képesek voltak megélni és átélni – betegségek, családtagok elvesztése, világháborúk okozta lelki és anyagi jellegű veszteségek nehezítették életüket. Születésük korszakában - a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint - 1910-1911-ben, a születéskor várható átlagos élettartam férfiak esetén 39,07 év, nők esetén 40,48 év volt. A kutatás kezdetének évében, 2004-ben férfiak esetén ez a mutató 68,59 év, nők esetén 76,91 év volt, vagyis nyilvánvaló a legidősebb generáció abszolút hátrányos helyzete a megélhető élet éveket figyelembe véve a jelen generációjának életesélyeihez képest. Mégis, a hátrányos helyzet ellenére szocializációjuk során olyan értékek kerültek előtérbe a korszak társadalmi és gazdasági helyzetéből adódóan, amelyek a családi és közvetlen közösség, mint biztonságot nyújtó szféra megteremtésére törekedtek (felelősségvállalás a munka területén, ésszerűség, veszteségek megélése, állhatatosság). Ezek a családi tőkébe történt befektetések aktív és passzív formában még az idősotthonokban élők számára is kamatozódtak, habár mérsékeltebben. Az ő állapotuk a mindennapi tevékenységek elvégzésében alacsonyabb önállósági szintet mutatott, mint a más lakóhelyeken élőké. Azt gondoljuk, hogy vizsgálatunk szereplői életformájuk kialakítása során központi szerepet szántak a családnak, szociális kapcsolataiknak. Nem rendelkeztek különleges szellemi képességekkel és egészséggel, és sokan maguk sem értették, hogyan is lettek „ilyen öregek”. Kognitív állapotukat tekintve a férfiak fele, a nők egyharmada kiváló állapotban volt, az egészségi állapotot érzékeltető mindennapi tevékenységek (ágyból, székől felkelés, öltözködés, tisztálkodás, sétálás, pénzügyek, hivatali ügyek intézése) önállóságában a férfiak magasabb arányt képviseltek. Tekintettel arra, hogy egy vizsgálat szerint Magyarországon a lakosság jelentős része, 30,6 százaléka panaszlik depressziós tünetegyüttesről (Kertai 1999), e korosztálynál is megtörtént a betegség felmérése, a GDS segítségével 72,5 százalékuknál (férfiaknál 50,9%, nőknél 34,3 %) nem valószínűsíthető depresszió.

A 90 évnél idősebbek olyan gazdag élet birtokosai, amely élet elég hosszú időt ölel fel ahhoz, hogy a különböző külső körülmények ellenére céltudatosan irányított maradhatott (Wilson 2004), tudatosíthatták saját előrevivő és hátráltató

tulajdonságait, és részben családjukra támaszkodva, részben azt támogatva, kellő egyensúlyban tudták ezeket a jellemvonásokat tartani. Ez különlegessé teszi őket. A ma élő fiatalok részére – amennyiben vonzó számukra a magas minőségi életkor megélése – a legidősebb nemzedék hosszú távú életstratégiája üzenetként értékelhető.

Felhasznált irodalom

Beregi, E. – Klinger, A. (1989): Health and Living Conditions of Centenarians in Hungary International Psychogeriatrics. 1989; 1: 195-200.

Carstensen, L. L. (1992): Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. Psychology and Aging. 1992; 7: 331-338.

Dóra I. - Polónyi K. (szerk.) (2002): Ezüstkor. Időskorúak Magyarországon, 2002. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, KSH, Budapest

Folstein, M. F. – Folstein, S. E. – McHugh, P.R. (1975): „Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975;12, 189-198.

Ivan L. (1997): Ne féljünk az öregedéstől. Subrosa Kiadó, Budapest

Katz, S. – Downs, T. D. – Cash, H. R. – Grotz, R. C. (1970): Progress in development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10: 20-30.

Kertai, P. (1999): Megelőző Orvostan. Medicina, Budapest

Klinger, A. (1990): Results of Demographic Study of the Oldest People in E. Beregi (ed): Centenarians in Hungary. A social, medical and demographic study. Karger: Basel. 1-21.

Kovács M. (2003): Időskori depresszió és szorongás. Springer, Budapest

Krause, N. (2004): Stressors in highly valued roles, meaning in life, and the physical health status of older adults. Journal of Gerontology: Social Sciences 2004; 59: S287-S297.

Lawton, M. P. – Brody, E. M. (1969): Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9: 179-186.

Lehr, U. (1987): The elderly patient in Medical Practice 1-58 in W. Meier-Ruge (eds.): The elderly patient in General Practice. Karger : Basel. 1987.

- Losonczi Á. (1995): Az öregek sorsa a váltakozó múltak jelenidejében in: Kötet az idősekről (szerk: K. Lévai) „Esély” Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat, Budapest
- Mollenkopf, H. – Marcellini, F. – Ruoppila, I. – Flaschenträger, P. – Gagliardi, C. – Spazzafumo, L. (1997): Outdoor mobility and social relationships of elder people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. May-June 1997; 24: 295-310.
- Motta, M. - Bennati E. – Ferlito, L.- Malaguarnera, M. – Motta, L. and Italian Multicenter Study on Centenarians (IMUSCE) (2005): Successful aging in centenarians: myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. May-June 2005; 40: 241-251.
- Rácz A. – Hajós Zs. (2004): Care Work nemzetközi idősellátás-kutatás hazai tapasztalatai In: Balogh Emese (szerk.): A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásairól. Kapocs könyvek 7. NCSSZI, Budapest
- Stathakos, D. – Pratsinis, H. – Zachos, I. - Vlahaki I. – Gianakopoulou, A. – Zianni, D. – Kletsas, D. (2005): Greek centenarians: Assessment of functional health status and life-style characteristics. *Experimental Gerontology*. 2005; 40: 512-518.
- Szűcs Z. (szerk.) (2000): Az időkorúak helyzete a kilencvenes években Magyarországon. KSH, Budapest
- Tauchi H. – Sato, T. – Watanabe, T. (eds.) (1999): Japanese Centenarians. Institute for Medical Science of Aging, Aichi Medical University, Aichi: Japan.
- Van-Marwijk, H.W. – Wallace, P. - de-Bock, G.H. – Hermans, J. – Kaptein, A.A. – Mulder, J.D. (1995): Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *British Journal of General Practitioner*. 1995; 45(393): 195-199.
- Wilkinson, T. J. – Sainsbury, R. (1998): A Census-Based Comparison of Centenarians in New Zealand with Those in the United States. *Journal of American Geriatric Society*. 1998; 46: 488-491.
- Wilson, R. S. - Mendes De Leon, C. F. – Bienias, J. L. – Evans, D. A. – Bennett, D. A. (2004): Personality and Mortality in Old Age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2004;59B: P110-P116.